

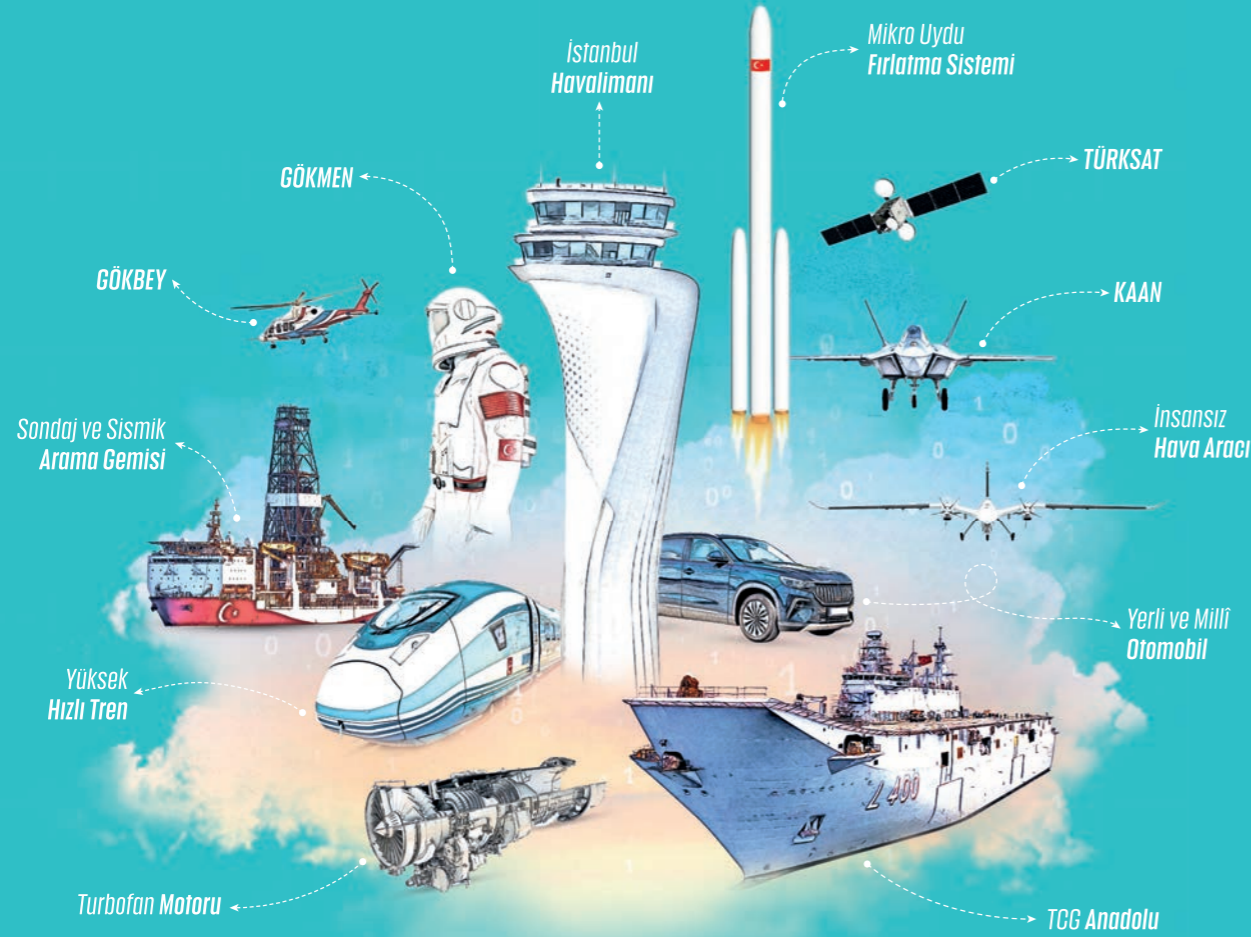
Bu kitaba sığmayan daha neler var!

eba
www.eba.gov.tr



Karekodu okut, bu kitapla
ilgili EBA içeriklerine ulaş!

Teknoloji Yolculuğumuz



**BU DERS KİTABI MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞINCA
ÜCRETSİZ OLARAK VERİLMİŞTİR.
PARA İLE SATILAMAZ.**

ISBN: 978-975-11-6915-0

Bandrol Uygulamasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğin Beşinci Maddesinin
İkinci Fıkrası Çerçevesinde Bandrol Taşınması Zorunlu Değildir.

MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSESİ

SAĞLIK SİGORTA VE FİNANSMANI

11-12 DERS MATERYALİ



MESLEKİ VE TEKNİK ANADOLU LİSESİ

SAĞLIK SİGORTA VE FİNANSMANI

11-12

Ders Materyali

Yazarlar

Emre ÇORUH
Eylem ADALI
Güldal KAYHAN
Kadriye TÜRKMEN
Sevim ÇOLAK



MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI YAYINLARI 8426
YARDIMCI VE KAYNAK KİTAPLAR DİZİSİ 2318

Her hakkı saklıdır ve Millî Eğitim Bakanlığına aittir. Ders materyalinin metin, soru ve şekilleri kısmen de olsa hiçbir surette alınıp yayımlanamaz.

HAZIRLAYANLAR

Dil Uzmanı

Buket AYKURT ÇAMEL

Program Geliştirme Uzmanı

ESRA YAVUZ

Ölçme ve Değerlendirme Uzmanı

Dr. ELİF SEYLİM

Rehberlik Uzmanı

CEMAL KOÇ

Görsel Tasarım Uzmanı

Gamze GÜDER

ISBN: 978-975-11-6915-0

Millî Eğitim Bakanlığının 24.12.2020 gün ve 18433886 sayılı oluru ile Meslekî ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğünce ders materyali olarak hazırlanmıştır.

BASKI

Ayrıntı Basım Yayım ve Mat. Hiz. Sanayi Ticaret A.Ş.
Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20
Kahramankazan/Ankara
Sertifika No: 49599



İSTİKLÂL MARŞI

Korkma, sönmez bu şafaklarda yüzen al sancak;
Sönmeden yurdumun üstünde tüten en son ocak.
O benim milletimin yıldızıdır, parlayacak;
O benimdir, o benim milletimindir ancak.

Çatma, kurban olayım, çehreni ey nazlı hilâl!
Kahraman ırkıma bir gül! Ne bu şiddet, bu celâl?
Sana olmaz dökülen kanlarımız sonra helâl.
Hakkıdır Hakk'a tapan milletimin istiklâl.

Ben ezelden beridir hür yaşadım, hür yaşarım.
Hangi çılgın bana zincir vuracakmış? Şaşarım!
Kükremiş sel gibiyim, bendimi çiğner, aşarım.
Yırtarım dağları, enginlere sığmam, taşarım.

Garbın âfâkını sarmışsa çelik zırhlı duvar,
Benim iman dolu göğsüm gibi serhaddim var.
Ulusun, korkma! Nasıl böyle bir imanı boğar,
Medeniyet dediğin tek dişi kalmış canavar?

Arkadaş, yurduma alçakları uğratma sakın;
Siper et gövdeni, dursun bu hayâsızca akın.
Doğacaktır sana va'dettiği günler Hakk'ın;
Kim bilir, belki yarın, belki yarından da yakın.

Bastığın yerleri toprak diyerek geçme, tanı:
Düşün altındaki binlerce kefensiz yatanı.
Sen şehit oğlusun, incitme, yazıktır, atanı:
Verme, dünyaları alsan da bu cennet vatanı.

Kim bu cennet vatanın uğruna olmaz ki feda?
Şüheda fışkıracak toprağı sıksan, şüheda!
Cânı, cânânı, bütün varımı alsın da Huda,
Etmesin tek vatanımdan beni dünyada cüda.

Ruhumun senden İlahî, şudur ancak emeli:
Değmesin mabedimin göğsüne nâmahlâl eli.
Bu ezanlar -ki şehadetleri dinin temeli-
Ebedî yurdumun üstünde benim inlemeli.

O zaman vecd ile bin secde eder -varsa- taşım,
Her cerîhamdan İlahî, boşanıp kanlı yaşım,
Fışkırır ruh-ı mücerret gibi yerden na'sım;
O zaman yükselerek arşa değer belki başım.

Dalgalan sen de şafaklar gibi ey şanlı hilâl!
Olsun artık dökülen kanlarımın hepsi helâl.
Ebediyyen sana yok, ırkıma yok izmihlâl;
Hakkıdır hür yaşamış bayrağımın hürriyyet;
Hakkıdır Hakk'a tapan milletimin istiklâl!

Mehmet Âkif Ersoy

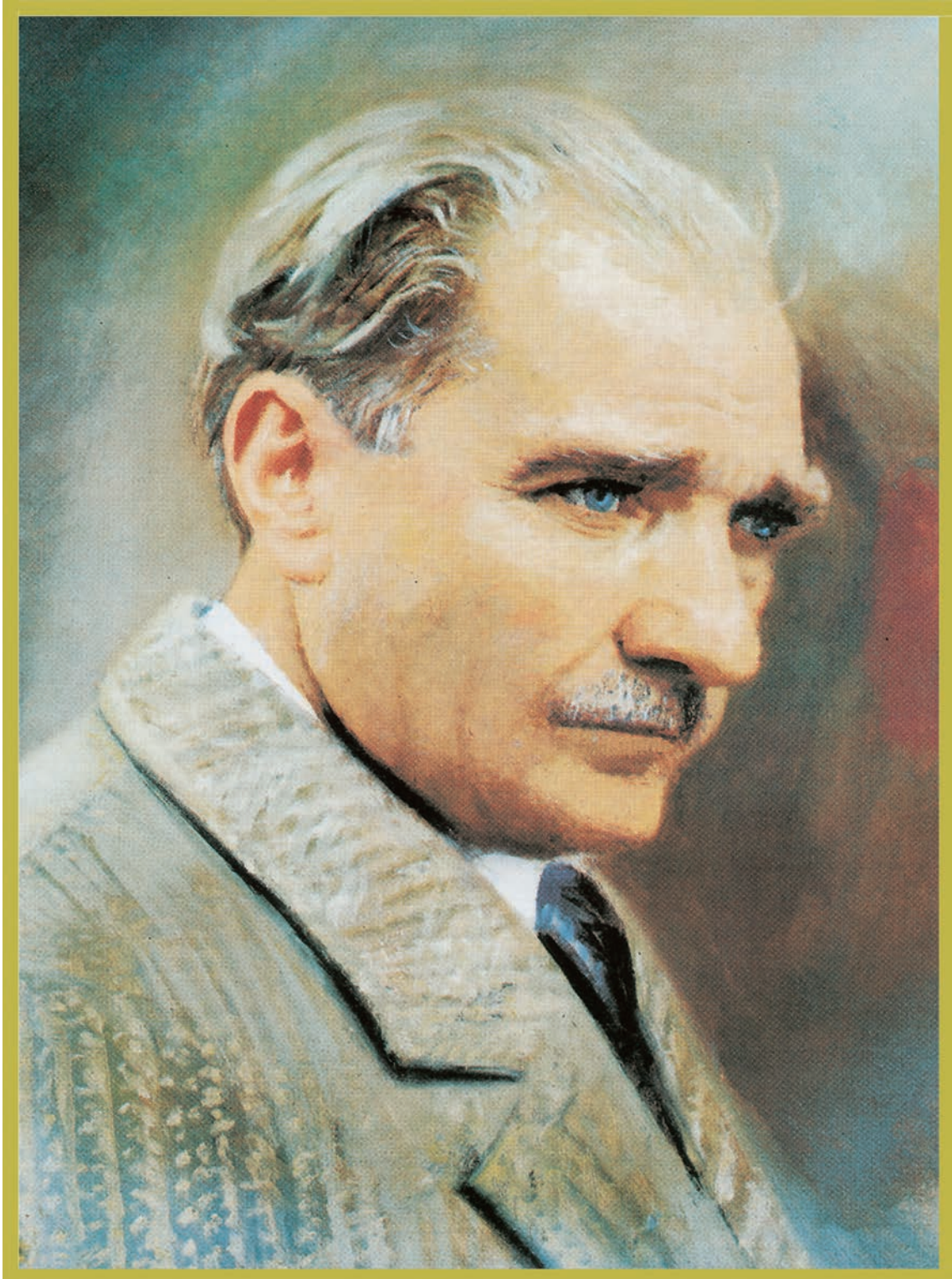
GENÇLİĞE HİTABE

Ey Türk gençliği! Birinci vazifen, Türk istiklâlini, Türk Cumhuriyetini, ilelebet muhafaza ve müdafaa etmektir.

Mevcudiyetinin ve istikbalinin yegâne temeli budur. Bu temel, senin en kıymetli hazinendir. İstikbalde dahi, seni bu hazineden mahrum etmek isteyecek dâhilî ve hâricî bedhahların olacaktır. Bir gün, istiklâl ve cumhuriyeti müdafaa mecburiyetine düşersen, vazifeye atılmak için, içinde bulunacağın vaziyetin imkân ve şeraitini düşünmeyeceksin! Bu imkân ve şerait, çok namüsaît bir mahiyette tezahür edebilir. İstiklâl ve cumhuriyetine kastedecek düşmanlar, bütün dünyada emsali görülmemiş bir galibiyetin mümessili olabilirler. Cebren ve hile ile aziz vatanın bütün kaleleri zapt edilmiş, bütün tersanelerine girilmiş, bütün orduları dağıtılmış ve memleketin her köşesi bilfiil işgal edilmiş olabilir. Bütün bu şeraitten daha elîm ve daha vahim olmak üzere, memleketin dâhilinde iktidara sahip olanlar gaflet ve dalâlet ve hattâ hıyanet içinde bulunabilirler. Hattâ bu iktidar sahipleri şahsî menfaatlerini, müstevlîlerin siyasî emelleriyle tevhit edebilirler. Millet, fakr u zaruret içinde harap ve bîtap düşmüş olabilir.

Ey Türk istikbalinin evlâdı! İşte, bu ahval ve şerait içinde dahi vazifen, Türk istiklâl ve cumhuriyetini kurtarmaktır. Muhtaç olduğun kudret, damarlarındaki asil kanda mevcuttur.

Mustafa Kemal Atatürk



MUSTAFA KEMAL ATATÜRK



İÇİNDEKİLER

DERS MATERYALİNİN TANITIMI	12
----------------------------------	----

1.ÖĞRENME BİRİMİ

1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN KAYNAKLARI	16
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI	16
1.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Kavramı	16
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Kavramının İşlevi	17
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ	21
1.2.1. Sağlık Finansmanında Kullanılan Yöntemler	22
1.2.1.1. Kamu Finansmanı	22
1.2.1.2. Piyasa Finansmanı	23
1.2.1.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanılan Modeller	25
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	30

2.ÖĞRENME BİRİMİ

2. SOSYAL SİGORTA VE SAĞLIK FİNANSMANI ÜZERİNE ETKİSİ	34
2.1. SOSYAL SİGORTA KAVRAMI VE MEVZUATI	34
2.1.1. Sosyal Sigorta Kavramı	34
2.1.2. Sosyal Güvenlik Sistemi	35
2.1.2.1. Sosyal Sigorta	37
2.1.2.2. Özel Sigorta	38
2.1.3. Sosyal Sigorta ve Mevzuat	39
2.1.3.1. Kısa Vadeli Sigorta Kolları	41
2.1.3.2. Uzun Vadeli Sigorta Kolları	43
2.2. SOSYAL SİGORTANIN SAĞLIK FİNANSMANI ÜZERİNE ETKİLERİ	45
2.2.1. Sosyal Sigortanın Sağlık Finansmanı İle İlişkisi	46
2.2.2. Sosyal Sigortanın Sağlık Finansmanına Etkisi	47
2.2.2.1. Finansal Kaynak Üzerine Olan Etkileri	47
2.2.2.2. Hakkaniyet Üzerine Etkileri	48
2.2.2.3. Verimlilik Üzerine Etkileri	48
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	51

3.ÖĞRENME BİRİMİ

3. SAĞLIK SİGORTASI ÖDEME YÖNTEMLERİ	54
3.1. SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMI	54
3.1.1. Sağlık Sigortasında Riskler	55
3.1.2. Sağlık Sigortasının Önemi ve Faydaları	56
3.2. SAĞLIK SİGORTASI TÜRLERİ	57
3.2.1. Özel ve Kamu Özelliğine Göre Sağlık Sigortası Çeşitleri	57
3.2.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası	57
3.2.1.2. Özel Sağlık Sigortası	58
3.2.2. Hayat ve Hayat Dışı Özelliklerine Göre Sağlık Sigortası Çeşitleri	61
3.2.2.1. Sağlık Sigortası	61
3.2.2.2. Hastalık Sigortası	62
3.2.2.3. Seyahat Sağlık Sigortası	62
3.2.3. Sağlık Sigortası Ödeme Yöntemleri	62
3.2.3.1. Sağlık Profesyonellerine (Çalışanlarına) Ödeme Yöntemleri	63
3.2.3.2. Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri	65
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	68

4.ÖĞRENME BİRİMİ

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI	72
4.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN PİYASA EKONOMİSİ ARACILIĞIYLA FİNANSMANI	72
4.1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ödeme Yöntemleri	72
4.1.2. Cepten Ödemeler Yoluyla Sağlık Hizmetleri Finansmanı	74
4.1.3. Özel Sağlık Sigortası Yoluyla Sağlık Hizmetleri Finansmanı	76
4.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU EKONOMİSİ ARACILIĞIYLA FİNANSMANI	79
4.2.1. Zorunlu Sosyal Sigorta İle Sağlık Hizmetleri Finansmanı	80
4.2.2. Vergi Gelirleri İle Sağlık Hizmetleri Finansmanı	82
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	85

5.ÖĞRENME BİRİMİ

5. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTASI	88
5.1. DÜNYADA SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMLERİ	88
5.1.1. Dünyada Sağlık Sigortasının Tarihçesi	88
5.1.2. Dünyada Sağlık Sigorta Sınıflandırılması	89
5.1.2.1. Geleneksel Hastalık Sigortası Sistemi (Bismarck Modeli)	90
5.1.2.2. Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi	91
5.1.2.3. Ulusal Sağlık Örgütü Sistemi [Beveridge (Biveriç) Modeli]	91
5.1.2.4. Karma Sistem	92
5.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTASI	93
5.2.1. Türkiye’de Sağlık Sigortasının Yasal Düzenlemesi	94
5.2.2. Türkiye’deki Sağlık Sigorta Yöntemleri	98
5.2.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumları (Primli Sistemde Sağlık Uygulamaları)	98
5.2.2.2. Primsiz Sistemde Sağlık Uygulamaları	100
5.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASI	102
5.3.1. Genel Sağlık Sigortası Kavramı	102
5.3.2. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı	103
5.3.3. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Koşulları	105
5.3.4. Genel Sağlık Sigorta Kapsamında Finansmanı Sağlanmayacak Sağlık Hizmetleri	107
5.3.5. Genel Sağlık Sigortasında Hizmet Basamakları Ve Sevk Zinciri	107
5.3.6. Genel Sağlık Sigortasında Yasal Düzenlemeler	108
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	111
KAYNAKÇA	113
GENEL AĞ KAYNAKÇASI	114
GÖRSEL KAYNAKÇASI	115
CEVAP ANAHTARI	116

DERS MATERYALİNİN TANITIMI



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

Konuya başlamadan önce hazır bulunuşluk sağlamak için kullanılacak soruları içerir.



BİLGİ KUTUSU

Konu hakkında kritik öneme sahip bilgileri içerir.



BİLİYOR MUYDUNUZ?



Konu hakkında merak uyandıran ve dikkat çeken bilgileri içerir.

Konu hakkında öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesi amacıyla boşluk doldurma, doğru/yanlış, açık uçlu, eşleştirme sorularını içerir.

SIRA SİZDE



DERS MATERYALİNİN TANITIMI

ETKİNLİK

Konu hakkında öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesi amacıyla bireysel ya da grup hâlinde işlem basamakları takip edilerek gerçekleştirilecek etkinlikleri içerir.



OKUMA METNİ

Konu hakkında ek bilgi sağlayacak okuma metinlerini içerir.



Beni Tara



Karekod taratılarak ulaşılabilecek ek bilgi ve metinleri içerir.

Öğrenme birimi sonunda yer alan ölçme ve değerlendirme çalışmalarını içerir.



ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

DERS MATERYALİNİN TANITIMI

2.ÖĞRENME BİRİMİ



SOSYAL SİGORTA VE SAĞLIK FİNANSMANI ÜZERİNE ETKİLERİ

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ?

- Sosyal Sigorta Kavramı
- Sosyal Sigorta Mevzuatı
- Sosyal Sigorta Kavramının Sağlık Finansmanı ile İlişkisi
- Sosyal Sigorta Kavramının Sağlık Finansmanına Etkisi

TEMEL KAVRAMLAR

- sosyal sigorta
- sosyal güvenlik
- malullük sigortası

KONULAR

2.1. SOSYAL SİGORTA KAVRAMI VE MEVZUATI
2.2. SOSYAL SİGORTANIN SAĞLIK FİNANSMANI ÜZERİNE ETKİLERİ

Öğrenme birimi içeriğinde temel olarak neler öğrenileceğini gösterir.

Öğrenme biriminin adını gösterir.


Öğrenme birimi içeriğinde geçen temel kavramları gösterir.

Öğrenme birimi içerisindeki konuları gösterir.

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN KAYNAKLARI

a) Gelir Toplama

Sağlık hizmetlerinin maliyeti için gerekli parayı toplama yöntemini gösteren bir kaynak oluşturma sürecine gelir toplama denir. Gelir toplama işlevi ödemeler ile ilgili durumları kapsamaktadır (Şema 1.2).




Şema 1.2- Gelir toplama işlevi

Sağlık hizmetleri finansmanında gelir; vergiler, özel ve sosyal sigorta primleri, bağışlar vb. kaynaklardan toplanmaktadır. Gelirler, bireyler sağlık hizmetini kullanmadan önce toplanmaktadır. Bu durum sağlık hizmetleri finansmanı açısından gelir toplamının önemli özelliğidir.

b) Fon Havuzlama

Fon, belirli bir iş için gerektiği kadar harcama üzere ayrılıp işletilen para, kaynak olarak tanımlanmaktadır. Fon havuzlama bir geliri biriktirme ve yönetim şeklidir. Geleneksel adıyla sigorta işlevi olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerine zaman zaman ihtiyaç duyulacağı belirsizdir. Fon havuzlama sayesinde belirsizliğin meydana getirdiği finansal riskin azaltılması sağlanmaktadır.

Bireysel düzeyde olan ve önceden hesaplanamayan büyük riskler çok sayıda kişi tarafından bir kaynağa havuzlandığı zaman öngörülebilen hale gelmektedir. Böylelikle belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riski paylaşılmaktadır. Ayrıca fon havuzlama sağlık hizmetleri talebini desteklemektedir. Bu destek ile kişilerin sağlık sorunlarında maddi kayıplardan çekinmeden sağlık kurumuna başvurması sağlanarak fon akışı garanti olmaktadır. Bu sayede yeni yatırımlar teşvik edilmektedir (Görsel 1.3).



Görsel 1.3: Yerli COVID-19 aşısı

c) Hizmet Sunuculara Ödeme Yapma

Kişilerin sağlık hizmetlerini kullanması karşılığında toplanan gelirin hizmet sunuculara aktarılması hizmet sunuculara ödeme yapma olarak adlandırılmaktadır. Fon havuzlayan kurum ile ödeme yapan kurum genellikle aynı olmaktadır. Sağlık hizmeti sunucusu; koruyucu, iyileştirme veya doğrudan tedavi amacına yönelik teşhis ve tedavi hizmeti veren kuruluşlardır (kamu ve özel hastaneler, aile sağlığı mer-

Öğrenme birimi içerisinde yer alan teorik bilgilerin somutlaştırılması amacıyla kullanılan görseller yer alır.

Öğrenme birimi içerisinde yer alan teorik bilgileri içerir.

Sayfa numarasını gösterir.

Bu ders materyalinde ölçü birimlerinin uluslararası kısaltmaları kullanılmıştır.

1. ÖĞRENME BİRİMİ



SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN KAYNAKLARI

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ?

- Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları
- Sağlık Hizmetleri Finansmanın İşlevi
- Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri
- Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanılan Modeller

TEMEL KAVRAMLAR

- Gelir toplama
- Fon havuzlama
- Kamu finansmanı
- Özel finansman
- Finansman modelleri

KONULAR

1. 1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

1. 2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ





1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN KAYNAKLARI

Yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bu durumun sürdürülmesi insanların sağlıklı olmalarıyla mümkün olmaktadır. Sağlık koşullarının iyi olması da tüm bireylerin kaliteli sağlık hizmetine kolay ulaşımı ile sağlanabilmektedir. Bunun gerçekleşmesi için sağlık hizmetlerinin verimli, etkin ve tutarlı bir şekilde finanse edilmesi gerekmektedir.

Ülkelerin sağlık sisteminin temel görevi, topluma sağlık hizmetleri sunmaktır. Yaşam süresinin artması, sağlık alanında teknolojik yenilikler (Görsel 1.1) ile tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve hastalık etkenlerinin yapısının değişmesi dünya genelinde sağlık harcamalarında önemli artışa sebep olmuştur. Bu durum tüm ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanının önemini artırmaktadır.



Görsel 1.1: Sağlık alanında teknolojik yenilikler

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Sizce kamudan alınan sağlık hizmetlerinin finansmanı nasıl karşılanmaktadır?
2. Gereksiz yapılan tetkikler, alınan ilaçlar vb. durumların ülke ekonomisi üzerine sizce ne gibi etkileri vardır?

Sağlık hizmetlerinin sunulmasının bir maliyeti vardır ve bu maliyetin çeşitli yöntemlerle karşılanması gerekir. Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun ülkelerin sağlığa ayırabilecekleri kaynaklara ait bütçe belirli sınırlar içerisindedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkelerin sağlık politikalarında önemli yer tutmaktadır.

1.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Kavramı

Sağlık hizmetlerinin maliyeti birçok ürün ve hizmete göre yüksektir. Bunun temel nedeni nitelikli sağlık hizmetlerinin ileri teknoloji araç gereçle sunulmasıdır. Tüm dünyada yıllar geçtikçe sağlık hizmetlerine yönelik harcamalar artmaktadır. Türkiye’de sağlık harcaması 2020 yılında bir önceki yıla göre %24,3 artarak 249 milyar 932 milyon TL’ye yükselmiştir. Yıllar geçtikçe artan sağlık harcamaları sağlık hizmetlerinin finansmanının önemini ortaya koymaktadır.

Finansman genel anlamı ile bir işletmenin, girişimin ya da örgütün devamını sağlamak, günlük faaliyetlerini sürdürebilmek ve yeni yatırımlar yapmak için parasal kaynak bulma yöntemleri olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılamak için ihtiyaç duyulan kaynakların oluşturulması, harekete geçirilmesi ve kullanılması **sağlık hizmetlerinin finansmanı** olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı toplum sağlığının yükseltilmesi ve geliştirilmesi amacına ulaşmak için önemli bir araçtır.



Sağlık hizmetlerinin finansmanının temel amacı, beklenmedik hastalıklar ve kazalarla (Görsel 1.2) karşı karşıya kalan insanları hastalığın maddi yükünden korumaktır. Sağlık hizmetlerinin etkin finansmanı, kişilerin ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmetlerini kullanamaması veya sağlık hizmetlerine yaptığı ödeme nedeniyle maddi kayıplar yaşamaması gibi sorunları azaltmakta ve ortadan kaldırmaktadır.



Görsel 1.2: İhmal sonucu kaza riski

ETKİNLİK

Etkinliğin Adı : Ülkelere Göre Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı

Etkinliğin Amacı : Farklı ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansman yapıları, sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynaklar hakkında bilgi sahibi olmak.

Yönerge : Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek “Ülkelere Göre Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı ” etkinliğini gerçekleştiriniz.

- Sınıf beş gruba ayrılır.
- Grupların her biri verilen ülkelerden (İngiltere, Almanya, Güney Kore, Çin, Türkiye) birinin sağlık hizmetleri finansman yapısını ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynakların son beş yıl içindeki değişimini ve genel bütçe içerisindeki oranını araştırır ve bir rapor hazırlar.
- Sınıf ortamında grup sözcüleri kısa sunumlar yapar.
- Her grubun sözcüsü sunum sonunda ülkeler arasında tespit ettikleri farklılıkları ortak bir bildiri ile rapor olarak sınıf panosunda sergiler.



1.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Kavramının İşlevi

Sağlık hizmetleri finansmanının üç temel işlevi vardır (Şema 1.1).

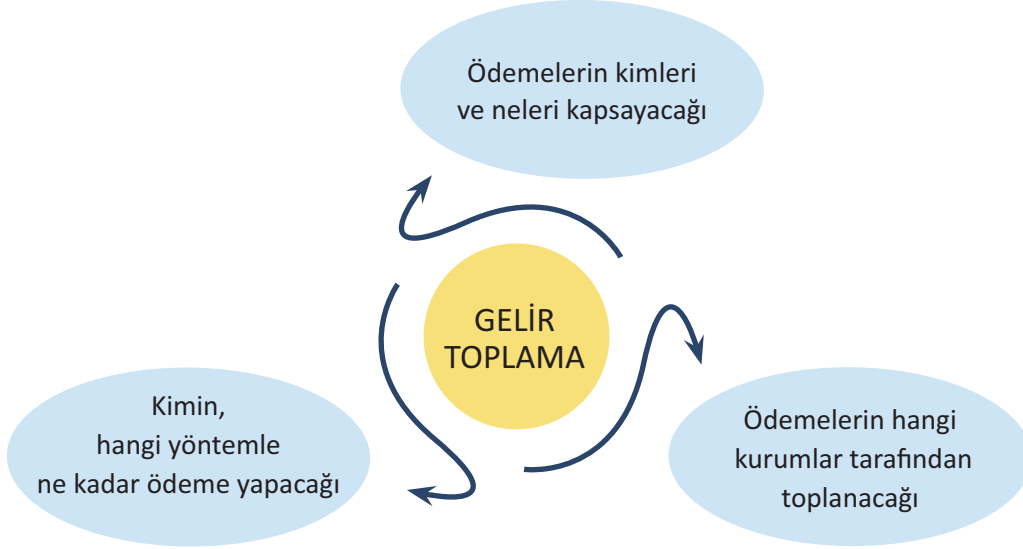


Şema 1.1: Sağlık hizmetlerinin finansmanının işlevi



a) Gelir Toplama

Sağlık hizmetlerinin maliyeti için gerekli parayı toplama yöntemini gösteren bir kaynak oluşturma sürecine **gelir toplama** denir. Gelir toplama işlevi ödemeler ile ilgili durumları kapsamaktadır (Şema 1.2).



Şema 1.2: Gelir toplama işlevi

Sağlık hizmetleri finansmanında gelir; vergiler, özel ve sosyal sigorta primleri, bağışlar vb. kaynaklardan toplanmaktadır. Gelirler, bireyler sağlık hizmetini kullanmadan önce toplanmaktadır. Bu durum sağlık hizmetleri finansmanı açısından gelir toplamanın en önemli özelliğidir.

b) Fon Havuzlama

Fon, belirli bir iş için gerektiğince harcanmak üzere ayrılıp işletilen para, kaynak olarak tanımlanmaktadır. **Fon havuzlama** bir geliri biriktirme ve yönetim şeklidir. Geleneksel adıyla **sigorta işlevi** olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağı belirsizdir. Fon havuzlama sayesinde belirsizliğin meydana getirdiği finansal riskin azaltılması sağlanmaktadır.

Bireysel düzeyde olan ve önceden hesaplanamayan büyük riskler çok sayıda kişi tarafından bir kaynaktan havuzlandığı zaman öngörülebilir hâle gelmektedir. Böylelikle belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riski paylaşılmaktadır. Ayrıca fon havuzlama sağlık hizmetleri talebini desteklemektedir. Bu destek ile kişilerin sağlık sorunlarında maddi kayıplardan çekinmeden sağlık kurumuna başvurması sağlanarak fon akışı garantilenmektedir. Bu sayede yeni yatırımlar teşvik edilmektedir (Görsel 1.3).



Görsel 1.3: Yerli COVID-19 aşısı

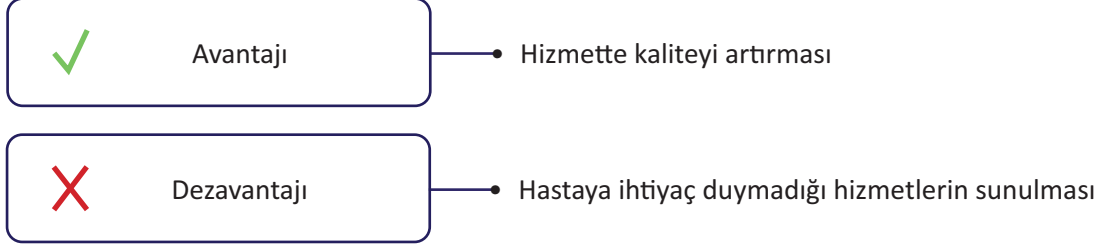
c) Hizmet Sunuculara Ödeme Yapma

Kişilerin sağlık hizmetlerini kullanması karşılığında toplanan gelirin hizmet sunuculara aktarılması **hizmet sunuculara ödeme yapma** olarak adlandırılmaktadır. Fon havuzlayan kurum ile ödeme yapan kurum genellikle aynı olmaktadır. Sağlık hizmeti sunucusu; koruyucu, iyileştirme veya doğrudan tedavi amacına yönelik teşhis ve tedavi hizmeti veren kuruluşlardır (kamu ve özel hastaneler, aile sağlığı



merkezleri, poliklinikler, muayenehaneler vb.). Hizmet sunuculara ödeme yapmada kimin adına ödeme yapılacağı bellidir. Hizmet sunuculara ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleridir. Her ödeme yönetiminin avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır.

Hizmet başına ödeme, hastaya ayakta ve yatarak tedavilerde sunulan her hizmet için yapılan ödemedir. Yöntemin avantaj ve dezavantajları Şekil 1.1'de verilmiştir.

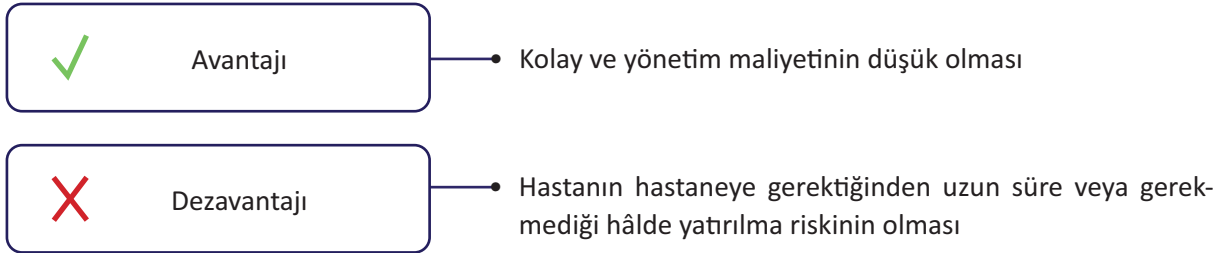


Şekil 1.1: Hizmet başına ödeme avantaj ve dezavantajı

Gün başına ödeme, hastanın yattığı gün sayısına göre yapılan ödemedir (Görsel 1.4). Yöntemin avantaj ve dezavantajları Şekil 1.2'de verilmiştir.

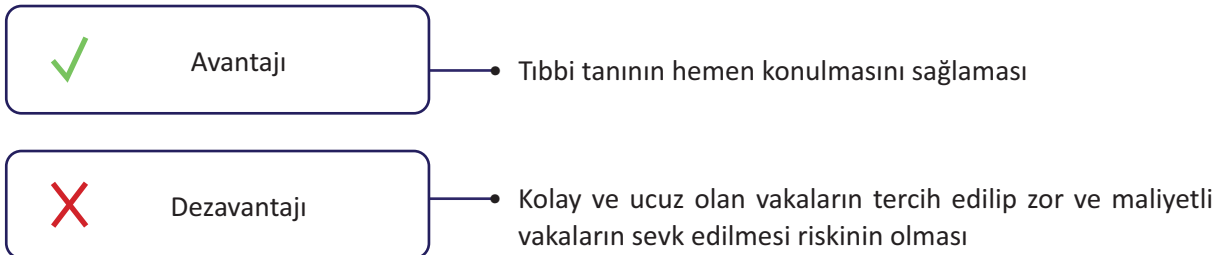


Görsel 1.4: Hastanede yatan hasta



Şekil 1.2: Gün başına ödeme avantaj ve dezavantajı

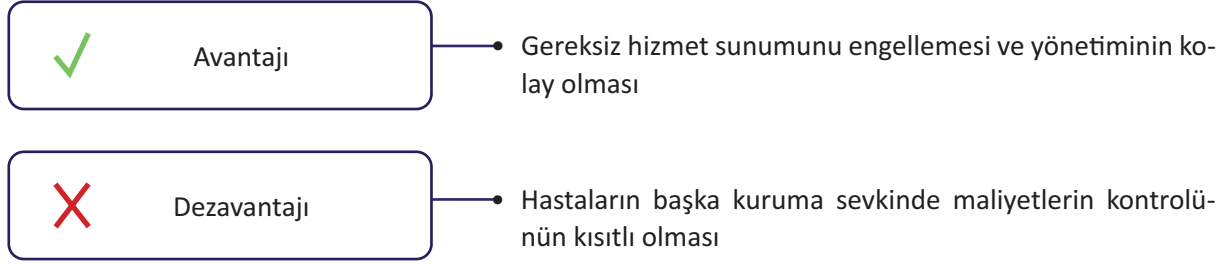
Vaka başına ödeme, hastaya ayakta ve yatarak tedavilerde konulacak tanıya göre yapılan ödemedir. Yöntemin avantaj ve dezavantajları Şekil 1.3'te verilmiştir.



Şekil 1.3: Vaka başına ödeme avantaj ve dezavantajı

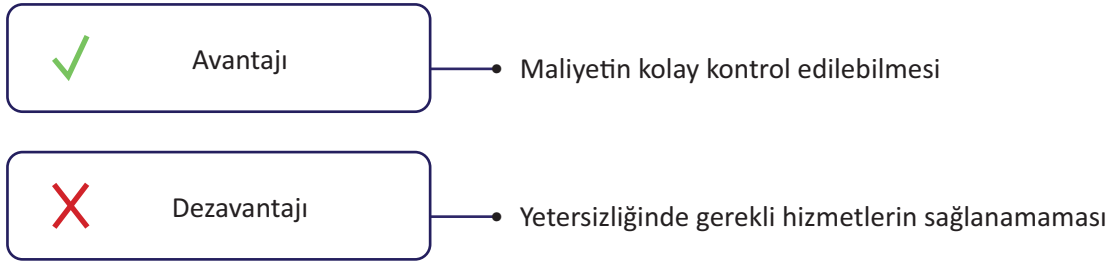


Kişi başına ödeme, ayakta ve yatarak tedavilerde hizmet sunulan kişi sayısına göre yapılan ödemedir. Yöntemin avantaj ve dezavantajları Şekil 1.4'te verilmiştir.



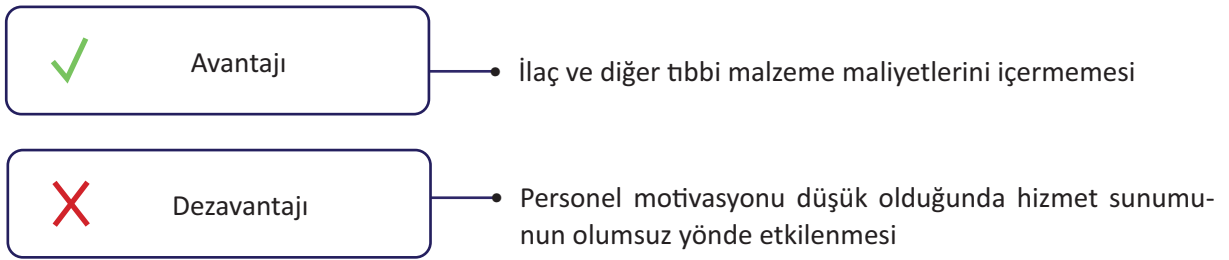
Şekil 1.4: Kişi başına ödeme avantaj ve dezavantajı

Bütçe ödemesi, hizmet sunuculara yapılan sabit bütçe ödemesidir. Yöntemin avantaj ve dezavantajları Şekil 1.5'te verilmiştir.



Şekil 1.5: Bütçe ödemesi avantaj ve dezavantajı

Ücret ödemesi, hizmet sunucuların personel ödemeleri için kullandığı ödemedir. Yöntemin avantaj ve dezavantajları Şekil 1.6'da verilmiştir.



Şekil 1.6: Ücret ödemesi avantaj ve dezavantajı



ETKİNLİK

Etkinliğin Adı : Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı İle İlgili Temel Kavramlar

Etkinliğin Amacı : Sağlık hizmetleri finansman kavramı ve finansman işlevi hakkında bilgi sahibi olmak.

Yönerge : Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı İle İlgili Temel Kavramlar” etkinliğini gerçekleştiriniz.

- Öğrenciler dört kişilik gruplara ayrılır.
- Gruplar ders içerisinde öğrendikleri ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansman yapısı ile ilgili temel kavramları, sağlık hizmetlerinde finansmanın işlevi ile ilgili tanımları ve finansman terimlerini liste hâlinde kâğıda yazar.
- Listeler sınıf panosuna asılarak sergilenir.
- Öğrenciler ayağa kalkar ve listeleri inceleyerek kendi listelerine yazmayı unuttukları maddeleri işaretler.
- Listeler incelenerek hangi öğrenmenin kaç kişi tarafından gerçekleştirildiğinin değerlendirilmesi yapılır.
- Gruplar eksik kalan maddelerini görüp tamamlar.
- Gruplar birleşerek öğrendikleri kavramlarla ilgili kavram haritası hazırlar ve bunu sınıf panosunda sergiler.



1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Sağlık hizmetlerinde kullanılan finansman yöntemleri denince aklınıza ne geliyor?
2. Sağlık hizmetlerinin finansmanında karar verici pozisyonda olsanız nasıl bir sağlık finansman sistemi/modeli kurmayı planlıyorsunuz?

Bir sağlık sisteminin en önemli bileşenlerinden biri sağlık hizmetleri (Görsel 1.5) faaliyetlerinin yerine getirilebilmesi sürecinde gerekli finansman altyapısının güçlendirilmesidir. Sağlık hizmetlerine ilişkin reformlarda finansal kaynak oluşturma, kaynakların daha verimli ve adil kullanımı, var olan kaynakların sağlık hizmetleri içerisindeki alternatif kullanım alanlarına yönlendirilmesi şeklinde değişiklikler yapılmaktadır. Bu durum sağlık sistemi içinde finansman fonksiyonunun önemini daha da artırmaktadır.



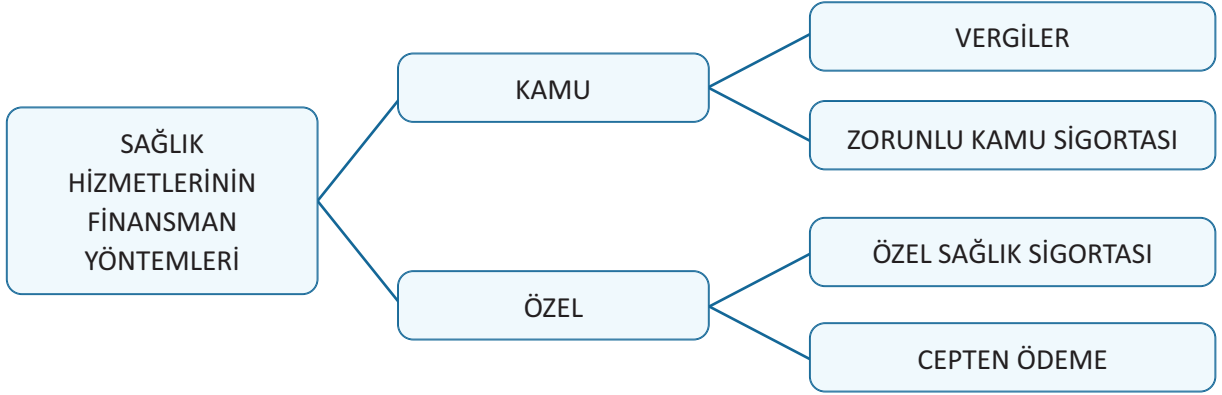
Görsel 1.5: Sağlık hizmeti alan kişi



Ülkelerin sağlık hizmetleri finansman yöntemleri, ülkenin sosyoekonomik durumuna ve politikalarına göre şekillenmektedir. Finansman yükü toplum tarafından çeşitli yöntemlerle paylaşılmaktadır.

1.2.1. Sağlık Finansmanında Kullanılan Yöntemler

Sağlık hizmetleri finansmanı, farklı yollarla toplanan kaynağın farklı şekillerde kullanımı ile sağlanır. Ülkeler toplumun talep ettiği sağlık hizmetlerini sunabilmek için gerekli finansal kaynakları piyasa (özel) ya da kamusal kaynaklardan elde etmektedir (Şema 1.3).



Şema 1.3: Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri

1.2.1.1. Kamu Finansmanı

Kamu finansmanı içerisinde vergiler ve zorunlu kamu sigortası yer almaktadır.

a) Vergiler

TDK'ye göre devlete ilişkin genel giderleri karşılama amacı ile yükümlülerinden çeşitli adlarla alınan paraya **vergi** denmektedir (Görsel 1.6). Vergiler ülkelerin ekonomik olarak güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Kamu gelirlerinin önemli bir bölümü vergilerden elde edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde finansman yöntemleri arasında en sık kullanılan yöntem vergilerle finansman diğer adıyla kamu gelirleri ile finansman yöntemidir.

Vergilerle finansman yönteminde toplanan kamu gelirlerinden belli bir oran sağlık sektörüne ayrılmaktadır. Vergiler aracılığıyla sağlık hizmetleri için ayrılan finansal yük toplumun tümü tarafından paylaşılmaktadır.

Genel vergiler ile finansman yönteminin en önemli avantajı sağlık hizmetlerine erişimde toplumsal statü veya gelir gibi özelliklerin ön planda olmamasıdır. Bu sistemde sağlık hizmetlerine erişim tüm toplumun eşit hakkı olarak görülmektedir.



Görsel 1.6: Vergi haftası afişi



Sağlık hizmetleri için toplanan gelir doğrudan hizmete veya mala dönüştürülebilmektedir. Vergiler ile finansman yönteminde hizmet üretenler ve tüketenler arasında yüz yüze bir ilişki yoktur. Bu nedenle tüketicilerin hizmet sektörüne baskısı en aza inmekte ve sağlık sektöründe planlı yapılanma kolaylaşmaktadır.

b) Zorunlu Kamu Sigortası (Sosyal Sağlık Sigortası)

TDK'ye göre doğal afet, kaza, yangın, hırsızlık, ölüm, kuraklık (Görsel 1.7) gibi riskler yüzünden gelecekte ortaya çıkabilecek kayıpları karşılamak amacıyla belli bir prim karşılığında satın alınan güvence, teminat **sigorta** olarak tanımlanmaktadır. Kamunun yönetimi ve denetimi altında olan sigortalar **zorunlu kamu sigortaları** olarak adlandırılmaktadır. Bu finansman yöntemi daha önceden belirlenmiş kişilerin belli oranda prim ödemesi yoluyla sigortalanması şeklinde bir sistemdir. Daha çok çalışan ve işveren katkıları ile finanse edilmesinin yanında devlet katkısı da söz konusudur. Bu nedenle **sosyal sağlık sigortası** olarak da adlandırılmaktadır. Bu yöntemin en önemli özelliklerinden biri kapsamındaki kişiler için zorunlu olmasıdır. Kapsadığı kesim nüfusun tamamı ise **genel sağlık sigortası** olarak da adlandırılmaktadır.



Görsel 1.7: Kuraklık

Sosyal sağlık sigortasının kapsadığı kesimin düzenli ve belirli bir gelire sahip olması gerekmektedir. Sigorta ile garanti altına alınan sağlık hizmetlerinin içeriği ve genişliği bu gelirlerden elde edilen sigorta fonuyla orantılıdır.

1.2.1.2. Piyasa Finansmanı

Piyasa finansmanı içerisinde özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler yer almaktadır.

a) Özel Sağlık Sigortası

Kişilerin olası sağlık risklerine karşı kendi talepleriyle sigorta sözleşmesi imzalayarak oluşturdukları risk teminatına **özel sağlık sigortası** denmektedir. Sigortalı kişinin karşılaştığı hastalık veya kaza gibi durumlarda ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç giderlerini karşılayan bir sigorta türüdür. Kişinin bir sosyal sağlık sigortasının olması ya da olmaması özel sağlık sigortasının kapsamını etkilemez. Bu sigorta yönteminde anlaşma, sigortalı ve sigorta şirketi tarafından belirlenen esaslara göre sigorta poliçesi ile yapılmaktadır (Görsel 1.8).



Görsel 1.8: Sigorta poliçesi imzalayan çift

Özel sağlık sigortaları kâr amaçlı bir sistem olduğu için yüksek risk grubu kişiler için daha yüksek bir fiyat tarifesi uygulamaktadır. Ödeme gücünün kişilere dayandığı bir sistemdir. Sosyal sağlık sigortası ile arasındaki en önemli fark, özel sağlık sigortasının emeklilik ve sakatlığı kapsamamasıdır.



b) Cepten Ödemeler

Kişilerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan kendi ceplerinden ödeyerek yaptıkları tüm harcamalara **cepten ödemeler** denmektedir (Görsel 1.9). Hastalık riskleri için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve enformel ödeme olarak üç başlık altında incelenmektedir.



Görsel 1.9: Ödeme yapan hasta

Doğrudan ödeme, sosyal sağlık sigortası kapsamı dışında kalan tüm hizmetler için yapılan ödemelerdir.

Kullanıcı katkısı, sosyal sağlık sigortası kapsamında olan hizmetlerin kullanımı sırasında yapılan ödemelerdir.

Enformel ödeme, sosyal sağlık sigortası kapsamında olan hizmetler için yapılan ve resmi olmayan kayıt dışı ödemelerdir.

SIRA SİZDE

Aşağıda finansal yöntemlere yönelik verilen bilgilere uyan kelimeleri bularak kutucuklara yazınız.

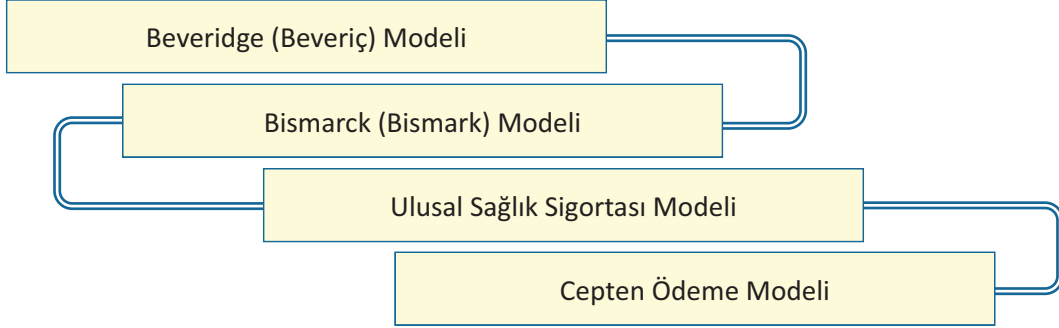


__ M _ / _ _ _ _ S _ _ _ I	1. En sık kullanılan finansman yöntemidir.
__ L _ _ _ _ C _ / K _ _ _ _ S _	2. Sosyal sağlık sigortası kapsamında alınan hizmetin karşılığı olarak yapılan ödemelerdir.
__ E _ / _ A _ _ _ K / _ İ _ _ _ _ S _	3. Kişinin kendi iradesiyle sözleşme imzalayarak yaptığı sigorta çeşididir.
__ _ U _ _ _ / _ A _ _ _ _ / S _ _ _ _ R _ _ _ I	4. Diğer adı sosyal sağlık sigortası olan finansal yöntemdir.
__ F _ _ _ E _ / _ _ E _ _ I _ _	5. Resmi olmayan kayıt dışı ödemelerdir.



1.2.1.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanılan Modeller

Ülkeler vatandaşlarını sağlıklı tutmak, hastalığının tedavisini sağlamak ve sağlık harcamalarını kontrol etmek gibi mali amaçlarla çeşitli sağlık sistemleri geliştirmektedir. Bu sistemlerin temel dinamiklerinden birini sağlık hizmetlerinin finansmanı oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanının en doğru şekilde sağlanması için çeşitli modeller geliştirilmiştir. Tüm dünyada genel olarak kabul görmüş dört finansman modeli bulunmaktadır (Şema 1.4).



Şema 1.4: Finansman modelleri

a) Beveridge Modeli

İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan finansman modelidir. Bu model İngiltere’de William Beveridge (Vilyım Beveriç) tarafından tasarlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet tarafından vergiye dayalı bir şekilde sağlanmaktadır. Bu modelde sağlık hizmetleri yol, su, elektrik, güvenlik (Görsel 1.10) gibi sıradan bir kamu malı olarak görülmektedir. Tüm vatandaşların belirlenmiş katkı payları dışında sağlık hizmetlerine erişimi ücretsiz sağlanmaktadır. Bu modeli kullanan ülkelere İngiltere, İsveç, İtalya ve Finlandiya örnek olarak verilebilir.



Görsel 1.10: Güvenlik güçleri



Görsel 1.11: Maaş bordrosu

b) Bismarck Modeli

1883 yılında Almanya’da Otto Von Bismarck (Otto Von Bismark) tarafından geliştirilmiş sağlık hizmetlerinde kullanılan finansman modelidir. Bu modelde bir sigorta sistemi bulunmaktadır. Sigortanın finansmanı işveren ve işçilerin maaş kesintileri (Görsel 1.11) ile sağlanmaktadır. Bu model kişileri hastalık risklerine karşı sigortalamaktadır. Alman sigorta sistemi olarak da adlandırılan bu modelde hastaneler ve doktorlar özel olma eğilimindedir. Bu modeli kullanan ülkelere Almanya, Fransa, Hollanda ve İsviçre örnek olarak verilebilir.

c) Ulusal Sağlık Sigortası Modeli

İçerisinde Bismark ve Beveridge modelinden bazı unsurlar bulunan model, karma model olarak da adlandırılmaktadır. Modelde devlet tarafından işletilen özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılmakta ve



bu sunucular vatandaşlardan alınan vergi ve prim ödemeleri ile finanse edilmektedir. Kâr amacı olmadığı için daha kolay organize edilen, daha ucuz bir modeldir. Bu modelde maliyetleri kontrol edebilmek adına hastaların hizmet alması için bekleme listesi oluşturulabilmektedir (Görsel 1.12). Modeli kullanan ülkelere Kanada, Güney Kore ve Tayvan örnek olarak verilebilir.



Görsel 1.12: Bekleme listesine hasta ekleyen sağlık personeli

ç) Cepten Ödeme Modeli

Sağlık hizmeti veremeyecek kadar düşük gelir seviyeli ülkelerde görülen bir finansman modelidir. Bu modelde parasını ödeyebilenler sağlık hizmetinden yararlanabilmekte (Görsel 1.13), parasını ödeyemeyenler hasta kalmakta ya da yaşamları son bulmaktadır. Bu modeli kullanan ülkelere Çin, Hindistan ve Afrika ülkeleri örnek olarak verilebilir.



Görsel 1.13: Ödeme yapan hasta



BİLGİ KUTUSU

Türkiye Modeli (Genel Sağlık Sigortası)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık hizmeti kamu malı niteliğindedir. Sağlık hizmetini sunmak devletin görevlerindedir ve T.C. Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile sağlanmaktadır.





ETKİNLİK

Etkinlik Adı : Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları

Etkinliğin Amacı: Sağlık Hizmetleri finansman yöntem ve modelleri hakkında bilgi sahibi olmak.

Yönerge : Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek "Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları" etkinliğini gerçekleştiriniz.

- Sınıf iki gruba ayrılır (Her gruptan bir kişi sırayla anlatıcı olacaktır.).
- Seçilen bir yazıcı tarafından aşağıdaki tabloda verilen kavramlar sırayla bir karta yazılır (Aşağıda örnek kart yazılmıştır.).
- Tüm sınıfın katılımıyla kavramların altına kullanılması istenmeyen kelimeler yazılır.
- İlk grupta anlatıcı olan öğrenci bir kart seçerek yasaklı kelimeleri kullanmadan kendi grubuna kavramı anlatmaya çalışır.
- Oyun sırasında diğer grup süre tutar (45 sn.).
- Süre sonunda bilinen her kavram için bir puan verilir.
- Diğer grup oyuna başlar. Kartlar bitinceye kadar her grup sırayla oyunu oynar.
- Oyun sonunda en çok puanı alan grup oyunu kazanır.

Örnek Kart

Beveridge Modeli

2. Dünya Savaşı

İngiltere

William Beveridge

Vergi

Devlet

Sigorta	Kamu Gelirleri ile Finansman
Özel Sağlık Sigortası	Bismarck Modeli
Doğrudan Ödeme	Ulusal Sağlık Sigortası
Kullanıcı Katkısı	Cepten Ödemeler
Enformel Ödeme	Genel Sağlık Sigortası





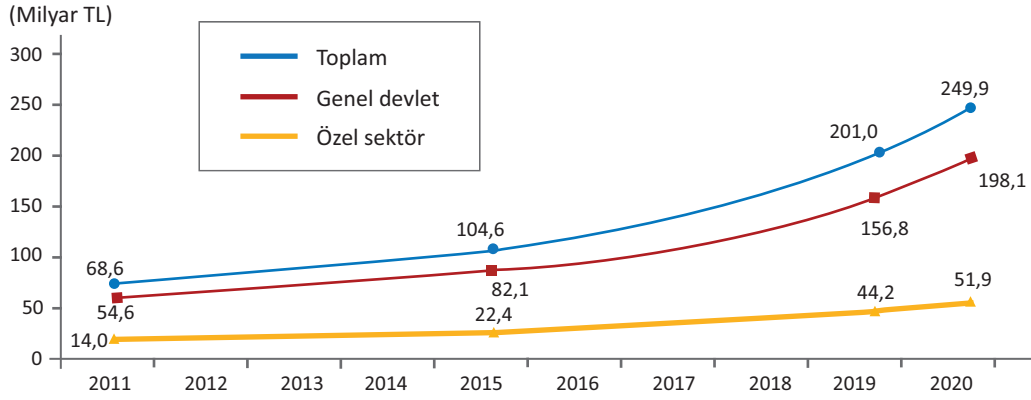
OKUMA METNİ

Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020

Toplam sağlık harcaması 249 milyar 932 milyon TL olarak gerçekleşti.

Toplam sağlık harcaması 2020 yılında bir önceki yıla göre %24,3 artarak 249 milyar 932 milyon TL'ye yükseldi. Genel devlet sağlık harcaması %26,3 artarak 198 milyar 62 milyon TL'ye ulaştı. Özel sektör sağlık harcaması ise %17,3'lük bir artış oranı ile 51 milyar 869 milyon TL olarak tahmin edildi.

Sağlık harcamaları, 2011-2020



Toplam sağlık harcamasının %79,2'si genel devlet bütçesinden karşılandı.

Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2020 yılında %79,2, özel sektör sağlık harcamasının ise %20,8 olarak gerçekleşti. Genel devlet ve özel sektörün alt bileşenlerine bakıldığında, 2020 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu %51,0, merkezi devlet %27,6, hane halkları %16,0, sigorta şirketleri %2,6, hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ile diğer işletmeler %2,1, mahalli idareler %0,7'lik bir paya sahip oldu.

Genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması, 2019-2020

	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	201 031	100,0	249 932	100,0
Genel devlet	156 819	78,0	198 062	79,2
Merkezi devlet	51 492	25,6	68 927	27,6
Mahalli idareler	1 373	0,7	1 632	0,7
Sosyal Güvenlik Kurumu	103 954	51,7	127 504	51,0
Özel sektör	44 212	22,0	51 869	20,8
Hane halkları	33 626	16,7	40 105	16,0
Sigorta şirketleri	5 801	2,9	6 458	2,6
Diğer ⁽¹⁾	4 785	2,4	5 306	2,1

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(1) "Diğer" sağlık harcamaları, hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.



Cari sağlık harcaması 233 milyar 62 milyon TL olarak gerçekleşti.

Cari sağlık harcaması 2020 yılında bir önceki yıla göre %23,8 artarak 233 milyar 62 milyon TL'ye yükseldi. Sağlık harcamaları kapsamındaki yatırımlar %31,9 artarak 16 milyar 870 milyon TL'ye ulaştı.

Toplam sağlık harcamasının %49,4'ü hastanelerde yapıldı.

Toplam sağlık harcamasının sağlık hizmeti sunucularına göre dağılımı incelendiğinde, ilk üç sıra 2020 yılında da değişmedi. Sağlık hizmetleri ve ürünleri satın almak için başvuru alan sağlık kurumları içerisinde en büyük payı 2020 yılında %49,4 ile hastaneler oluşturdu. Hastaneleri sırasıyla %25,2 ile perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar ve %10,3 ile ayakta bakım sunanlar izledi.

Sağlık hizmeti sunucularına göre sağlık harcamaları, 2019-2020

	(Milyon TL)			
	2019 ^(r)	Pay (%)	2020	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	201 031	100,0	249 932	100,0
Cari sağlık harcaması	188 237	93,6	233 062	93,3
Hastaneler	97 446	48,5	123 397	49,4
Evde hemşirelik bakımı	1	0,0	1	0,0
Ayakta bakım sunanlar	23971	11,9	25 664	10,3
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	51 922	25,8	63 053	25,2
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	8 884	4,4	13 055	5,2
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	949	0,5	1 166	0,5
Sınıflandırılmayan diğer kategori	5 065	2,5	6 726	2,7
Yatırım	12 794	6,4	16 870	6,7

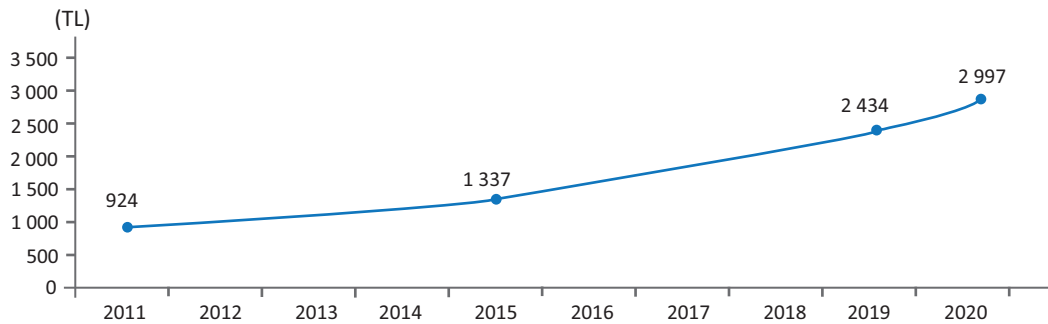
Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(r) 2019 yılı verileri idari kayıtların güncellenmesi nedeniyle revize edilmiştir.

Kişi başına sağlık harcaması 2 bin 997 TL olarak gerçekleşti.

Kişi başına sağlık harcaması 2019 yılında 2 bin 434 TL iken 2020 yılında %23,1 artarak 2 bin 997 TL'ye yükseldi.

Kişi başına sağlık harcaması, 2011-2020



Kaynak: "<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>" adresinden alınmış ve düzenlenmiştir (Erişim tarihi: 12.04.2022, erişim saati:14.00).



ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıda verilen soruların doğru cevaplarını işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek olmasına sebep olan temel faktördür?
 - A) Personel maaşlarının fazla olması
 - B) Hastane sayısının fazla olması
 - C) Personel sayısının fazla olması
 - D) İleri teknolojik araç gereç gerektirmesi
 - E) Teknoloji kullanımının olmaması
2. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerinin finansmanının amaçları arasında yer almaz?
 - A) Toplumsal sağlık statüsünü yükseltmek.
 - B) Sağlık hizmetinden yararlanmama durumunu azaltmak.
 - C) İnsanlara karşılıksız nakit ödemeler yapmak.
 - D) İnsanları beklenmedik kazaların parasal yükünden korumak.
 - E) Toplumun sağlık düzeyini geliştirmek.
3. Aşağıdakilerden hangisi gelir toplama işlevinin sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından en önemli özelliğidir?
 - A) Kimin hangi yöntemle ödeme yapacak olması
 - B) Gelirin sağlık hizmetini kullanmadan önce toplanması
 - C) Ödemeleri hangi kurumların yapacak olması
 - D) Gelirin vergiler, sigorta primleri, bağışlar vb. kaynaklardan toplanması
 - E) Ödemelerin kimleri kapsayacak olması
4. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri finansmanının işlevlerindedir?
 - A) Fon havuzlama
 - B) Gider toplama
 - C) Gider hesaplama
 - D) Fon toplama
 - E) Fon hesaplama
5. Aşağıdakilerden hangisi fon havuzlama işlevinin faydaları arasında sayılamaz?
 - A) Belirsizlik sonucu oluşan finansal riski azaltır.
 - B) Sağlık hizmetlerinin fon akışını garantiler.
 - C) Yeni yatırımlara teşvik eder.
 - D) Büyük riskleri öngörülebilir hâle getirebilir.
 - E) Sağlık kurumuna ödeme yapılmasını sağlar.
6. Aşağıdakilerden hangisi hizmet başına ödeme yönteminin dezavantajıdır?
 - A) Hastaya ihtiyaç duymadığı hizmetlerin sunulması
 - B) Hizmet süresini uzatması
 - C) Hizmet maliyetini artırması
 - D) Hizmette kaliteyi artırması
 - E) Personel motivasyonunu artırması
7. Aşağıdakilerden hangisi gün başına ödeme yönteminin avantajıdır?
 - A) Diğer tıbbi maliyetleri içermemesi
 - B) Yönetim maliyetinin düşük olması
 - C) Hizmette kaliteyi artırması
 - D) Hastanın gerektiğinden uzun süre hastanede kalması
 - E) Tıbbi tanının kısa sürede konması



- 8. Aşağıdakilerden hangisi vaka başına ödeme yönteminin avantajıdır?**
- A) Kolay ve ucuz vakaların tercih edilip zor ve maliyetli vakaların sevk edilmesi
 B) Hizmette kaliteyi artırması
 C) Tıbbi tanının kısa sürede konması
 D) Hastanın gerektiğinden uzun süre hastanede kalması
 E) Diğer tıbbi maliyetleri içermemesi
- 9. Aşağıdakilerden hangisi kişi başına ödeme yönteminin dezavantajıdır?**
- A) Gereksiz hizmet sunumunu engellemesi
 B) Yönetiminin kolay olması
 C) Hizmet kalitesini artırması
 D) Hastaların başka kuruma sevkinde maliyet kontrolünün sınırlı olması
 E) Personel motivasyonunu artırması
- 10. Aşağıdakilerden hangisi bütçe ödemesi yönteminin avantajıdır?**
- A) Yetersizliğinde gerekli hizmetin sağlanamaması
 B) Hastanın gerektiğinden uzun süre hastanede kalması
 C) Tıbbi tanının uzun sürede konması
 D) Hizmet maliyetini artırması
 E) Maliyetinin kolay kontrol edilebilmesi
- 11. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinden değildir?**
- A) Kamu finansmanı
 B) Vergiler
 C) Zorunlu kamu sigortası
 D) Özel sağlık sigortası
 E) Kişisel yatırımlar
- 12. Sağlık hizmetlerinin finansmanı arasında en sık kullanılan yöntem hangisidir?**
- A) Cepten ödemeler
 B) Vergiler
 C) Özel sağlık sigortası
 D) Zorunlu kamu sigortası
 E) Genel sağlık sigortası
- 13. Aşağıdakilerden hangisi önceden belirlenmiş kişilerin belli oranda prim ödemesi yoluyla sigortalanması şeklinde bir finansman yöntemidir?**
- A) Özel finansman
 B) Sosyal sağlık sigortası
 C) Piyasa finansmanı
 D) Cepten ödemeler
 E) Vergiler
- 14. Aşağıdakilerden hangisi özel sağlık sigortasının özelliklerinden değildir?**
- A) Devlet katkısı vardır.
 B) Kişilerin kendi iradesi söz konusudur.
 C) Sigorta poliçesi imzalanır.
 D) Emekliliği kapsamaz.
 E) Ödeme gücü kişilere dayanır.
- 15. Aşağıdakilerden hangisi cepten ödemeler başlığı altında değerlendirilir?**
- A) Kullanıcı kirası
 B) Enformel ödeme
 C) Formel katkı
 D) Dolaylı ödeme
 E) Doğrudan katkı



16. Aşağıdakilerden hangisi tüm dünyada genel olarak kabul görmüş finansman modeli arasında yer almaz?
- A) Beveridge
B) Bismarck
C) Bisveridge
D) Cepten ödeme
E) Ulusal sağlık sigortası
17. Aşağıdakilerden hangisi İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan ve sağlık hizmetlerinin kamu malı olarak görüldüğü finansman modelidir?
- A) Beveridge
B) Bismarck
C) Cepten ödeme
D) Genel sağlık sigortası
E) Ulusal sağlık sigortası
18. Aşağıdaki finansman modellerinden hangisi Alman sigorta sistemi olarak da adlandırılır?
- A) Beveridge
B) Bismarck
C) Cepten ödeme
D) Genel sağlık sigortası
E) Ulusal sağlık sigortası
19. Aşağıdaki finansman modellerinden hangisinde devlet tarafından işletilen özel sağlık hizmeti sunucuları kullanılır?
- A) Beveridge
B) Bismarck
C) Cepten ödeme
D) Genel sağlık sigortası
E) Ulusal sağlık sigortası
20. Aşağıdaki finansman modellerinden hangisi sağlık hizmeti veremeyecek kadar düşük gelir seviyeli ülkeler tarafından kullanılır?
- A) Beveridge
B) Bismarck
C) Cepten ödeme
D) Genel sağlık sigortası
E) Ulusal sağlık sigortası
21. Aşağıdaki finansman modellerinden hangisinde sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet tarafından vergiye dayalı bir şekilde sağlanmaktadır?
- A) Beveridge
B) Bismarck
C) Cepten ödeme
D) Genel sağlık sigortası
E) Ulusal sağlık sigortası
22. Aşağıdaki finansman modellerinden hangisinde sağlık hizmetlerinin finansmanı işveren ve işçilerin maaş kesintileri ile sağlanmaktadır?
- A) Beveridge
B) Bismarck
C) Cepten ödeme
D) Genel sağlık sigortası
E) Ulusal sağlık sigortası
23. Aşağıdaki finansman modellerinden hangisi Türkiye'de uygulanan modeldir?
- A) Beveridge
B) Bismarck
C) Cepten ödeme
D) Genel sağlık sigortası
E) Ulusal sağlık sigortası

2. ÖĞRENME BİRİMİ



SOSYAL SİGORTA VE SAĞLIK FİNANSMANI ÜZERİNE ETKİLERİ

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ?

- Sosyal Sigorta Kavramı
- Sosyal Sigorta Mevzuatı
- Sosyal Sigorta Kavramının Sağlık Finansmanı İle İlişkisi
- Sosyal Sigorta Kavramının Sağlık Finansmanına Etkisi

TEMEL KAVRAMLAR

- Sosyal sigorta
- Sosyal güvenlik
- Malullük sigortası

KONULAR

2.1. SOSYAL SİGORTA KAVRAMI VE MEVZUATI

2.2. SOSYAL SİGORTANIN SAĞLIK FİNANSMANI ÜZERİNE ETKİLERİ





2. SOSYAL SİGORTA VE SAĞLIK FİNANSMANI ÜZERİNE ETKİLERİ

İnsanlar kaza, hastalık, doğal afetler gibi nedenlerden can ve mal kaybına uğramaktadır. Sigorta, kişileri bu kayıplara karşı koruyarak kişilerin güven içinde çalışmalarını ve risklerden korkmadan yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktadır. Ayrıca sigorta ile kişiler hastalandıklarında, yaşlandıklarında ve ölüm hâlinde ailelerinin geçim sıkıntısına düşmeyeceğini bilmekte; arabasının, evinin, değerli eşyalarının zarara uğraması nedeniyle oluşan maddi kayıplar endişesinden uzak yaşamaktadır. Ülkede sigorta sisteminin yaygın olarak uygulanması ülkenin ticareti ve sanayisinin gelişmesini de sağlamaktadır.

2.1. SOSYAL SİGORTA KAVRAMI VE MEVZUATI



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Hayatınızı hangi risklere karşı garanti altına almak istersiniz?
2. Hayatınızın tüm risklere karşı garanti altında olması size ne gibi faydalar sağlar?

Tarih boyunca insanlar hastalık, iş kazaları, maluliyet (sakatlık), yaşlılık ve ölüm gibi gelirlerin azalmasına neden olabilecek veya ek harcamalar yapılmasını gerektirecek birçok riskle karşılaşmıştır. Bu risklerden hastalık, kaza veya maluliyet gibi durumların gerçekleşmesi önceden bilinmezken yaşlılık ve ölümle yüze kalınacağı bir gerçektir.

İleride ortaya çıkma olasılığı olan tehlikelerden korunmak için belirli bir ücret karşılığında meydana gelecek hasarların teminat altına alınmasına **sigorta** denilmektedir. Sigorta ile sağlanan güvence kanuni bir sözleşmeyle düzenlenir.

2.1.1. Sosyal Sigorta Kavramı

İnsanların gelecekte meydana gelebilecek tehlikelere karşı kendilerini güvende hissetme istekleri sosyal güvenlik düşüncesinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Tarih boyunca güven ihtiyacını karşılamak için çeşitli yöntemler kullanılmış fakat modern olarak sosyal güvenlik uygulamaları 20. yüzyıldan sonra ilerleme göstermiştir. İnsanların sosyal güvenlik ihtiyacı başlangıçta aile içi dayanışma (Görsel 2.1), yardımlaşma dernekleri, esnaf sınıfı tarafından oluşturulan loncaların (usta, kalfa, çırakların oluşturduğu dernek) desteğiyle giderilmeye çalışılmıştır. Sanayi Devrimi'nden sonra ekonomik yapının değişimiyle birlikte kırsal kesimlerden şehir merkezlerine göçler artmış ve insanlar kendi kendilerine çözebildikleri sosyal güvenlik problemlerini artık çözememeye başlamıştır. İhtiyaçların değişmesiyle insanların sosyal güvenliklerini sağlamak için kullandıkları geleneksel yöntemlerin etkisi azalmış ve 19. yüzyılın sonlarına doğru modern sosyal sigorta sistemlerine ihtiyaç duyulmuştur.



Görsel 2.1: Aile içi dayanışma



2.1.2. Sosyal Güvenlik Sistemi

Sosyal güvenlik, herhangi bir sosyal risk nedeniyle gelir kaybına uğrayan kişilerin başkalarının yardımına ihtiyaç duymadan sosyal ve ekonomik gereksinimlerini karşılayarak yaşamlarını güvence altına almayı amaçlayan sistemler bütünüdür.

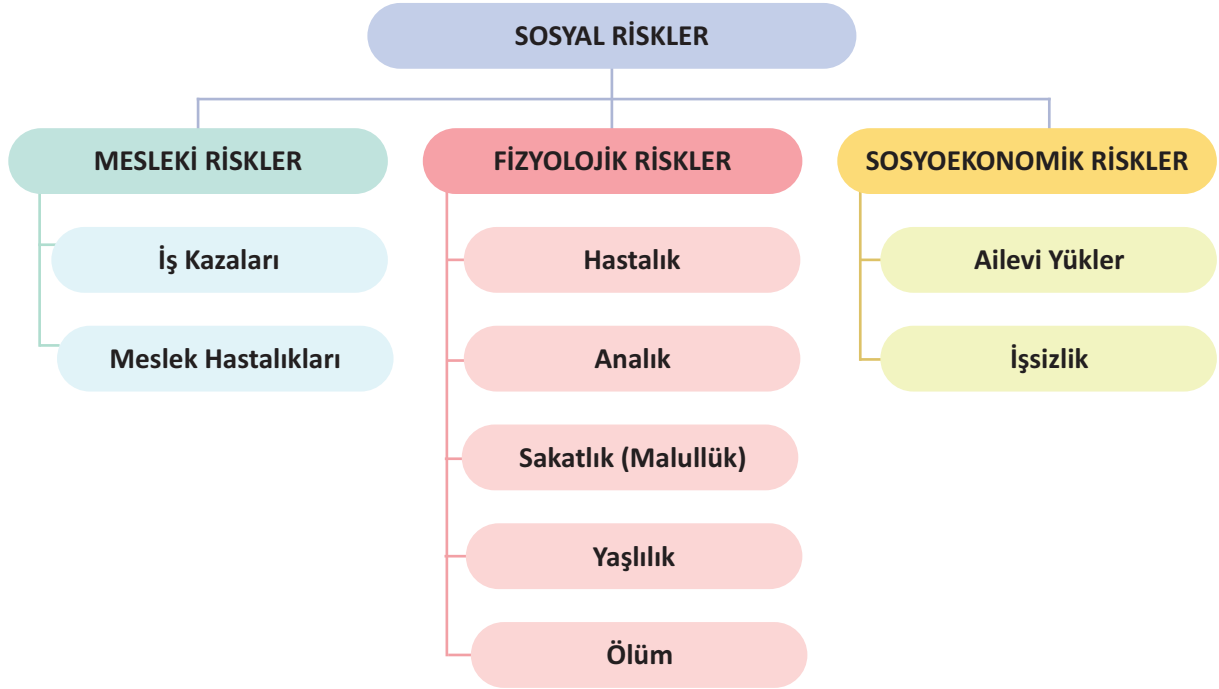
BİLİYOR MUYDUNUZ?



1929 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşanan ekonomik krizin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırmak amacıyla 1935 yılında sadece işçileri değil yoksulluğa düşen tüm insanları kapsayan Sosyal Güvenlik Kanunu kabul edilmiştir. Çağdaş sosyal güvenlik sistemin öncülüğünü bu kanun yapmaktadır.

Sosyal güvenlik bireyleri karşılaştığı tüm tehlikelere karşı korumaz. Belirli sosyal risklerin neden olduğu gelir kayıpları ya da gider artışlarına karşı güvence sağlar. **Sosyal risk**, kişinin sağlığında ya da mal varlığında azalmaya neden olan ve gerçekleşme zamanı bilinmeyen fakat ileride gerçekleşme ihtimali olan veya gerçekleşmesi kesin tehlikeler olarak tanımlanır.

Sosyal güvenlik tarafından karşılanan sosyal risklerin kapsamı ilk kez 1944 yılında Uluslararası Çalışma Teşkilatı'nın Philadelphia (Filedefiya) Konferansı'nda belirlenmiştir. Konferansta sosyal riskler; fizyolojik riskler (kazalar, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm), mesleki riskler (meslek hastalıkları, iş kazaları) ve sosyoekonomik riskler (çocuk yetiştirme ve işsizlik) şeklinde üç gruba ayrılmıştır (Şema 2.1).



Şema 2.1: Sosyal risklerin sınıflandırılması



Görsel 2.2: Malulen emekli olan birey

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 102 sayılı ve 1952 tarihli Sosyal Güvenliğin Asgari Normlar Antlaşması'nda sosyal güvenliğin dokuz temel sosyal risk dalını tespit etmiştir. Bunlar; hastalık, işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalıkları, analık, malullük (Görsel 2.2), nakdî yardımlar, aile yardımları ve ölümdür. Sözleşmede bu risklere karşı alınması gereken önlemler aşağıda sıralanmıştır:

- Hastalık durumunda sağlık yardımı
- Hastalık durumunda tazminat
- Yaşlılıkta maddi güvence
- İşsizlik durumunda yardım ya da maddi destek
- Meslek hastalıkları ve iş kazalarında tazminat
- Sakatlık durumunda maddi güvence
- Analık durumunda tazminat veya yardım
- Ölüm durumunda maddi güvence
- Aile yardımları

Ülkeler sosyal, kültürel veya ekonomik durumlarına göre dokuz sosyal risk dalını hatta daha fazlasını sosyal güvence kapsamına almayı amaçlamaktadır. Örneğin Yeni Zelanda dokuz sosyal risk dallarının yanında doğa risklerini de sosyal güvenlik sistemine almıştır. Tüm bu farklılıklardan dolayı sosyal güvenlik sistemleri ülkeler arası farklılık göstermektedir.

Sosyal güvenlik sisteminin yararları aşağıda verilmiştir.

- Ülkedeki insanların tümünü kapsamına alır.
- Sosyal risklerin sebep olacağı gelir kayıplarını önler.
- Bireylere karşılaşılabilecek risklerin verebileceği zararlara karşı çalışma azmi kazandırır ve böylece bireyler çalıştıkları sürece elde ettikleri hayat standartlarını sürdürmüş olur.
- Bireyler karşılaşılabilecek risklere karşı sağlanacak olan korunma miktarını ve süresini önceden bilir.
- Ülkenin sosyoekonomik gelişimine katkı sağlar.

Sosyal güvenlik amaçlarına ulaşmada kullanılan araçlardan biri sosyal sigorta diğeri ise sosyal yardım ve hizmetlerdir.

Sosyal sigortalar ve özel sigortalar primli sosyal güvenlik sistemini oluşturur. Sosyal ve özel sigortaların

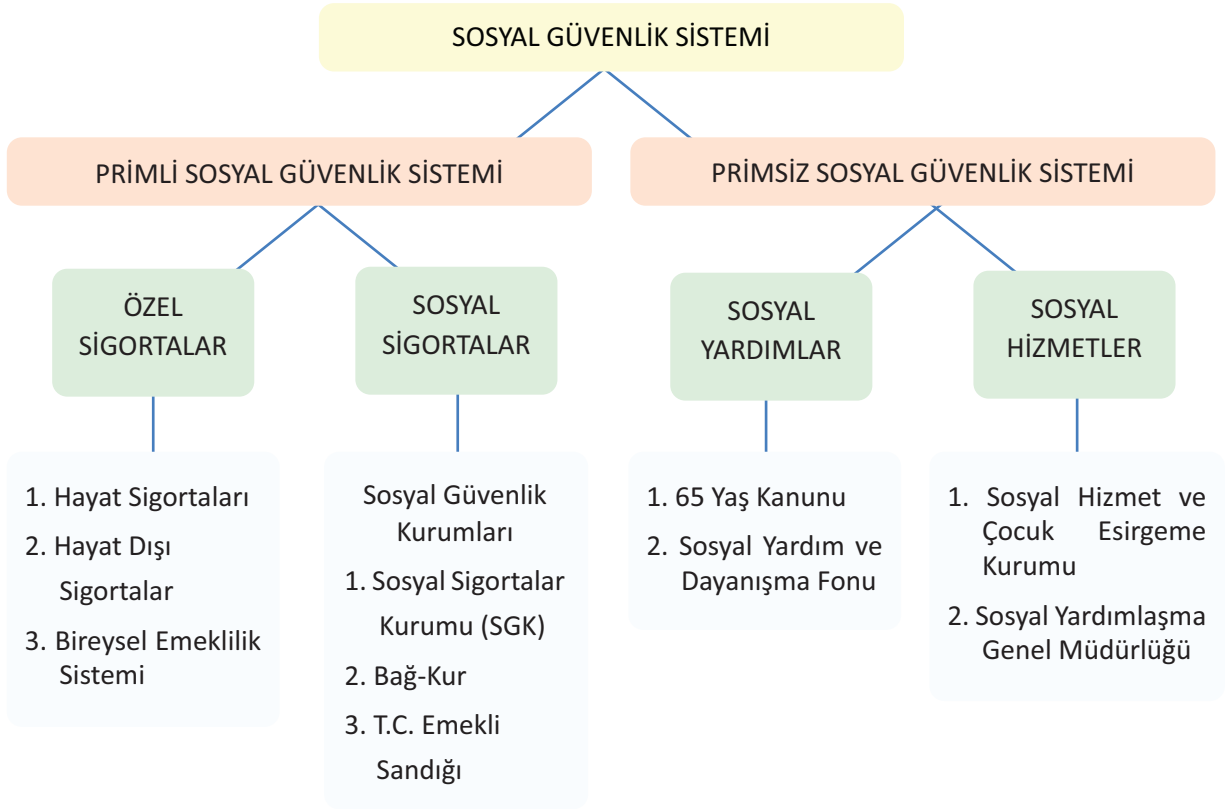


ortak özelliği maddi kaynağın kısmen ya da tamamen sigortalının ödediği primlerden oluşmasıdır fakat sosyal sigorta ve özel sigortalar arasında gerek sigorta hak ve ödevleri gerekse sigortalılık süresi bakımından farklılıklar vardır.

Sosyal yardımlar ve hizmetler kısmen ya da tamamen devlet bütçesinden sağlanır. Maddi yapılan sosyal yardımlara örnek olarak özel gereksinimi olan ya da 65 yaş üstü kişilere (Görsel 2.3) bağlanan maaşlar verilebilir. Sosyal hizmetler ise ihtiyacı olan kişilere gıda, konut, sağlık, eğitim, çocuk bakımı, hasta ve yaşlı bakımı gibi alanlarda yapılan hizmetlerdir. Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin oluşum şeması Şema 2.2’de verilmiştir.



Görsel 2.3: 65 yaş üstü kişiler



Şema 2.2: Türkiye sosyal güvenlik sistemi oluşum şeması

2.1.2.1. Sosyal Sigorta

Sosyal sigorta, sigortadan yararlanacak bireylerin prim adı verilen maddi katkılarıyla işlemektedir. Sosyal sigorta kapsamına ilk olarak düşük gelirli işçiler alınırken daha sonraları işçi sözcüğünün anlamının gelişmesiyle sigortalı sayısı artmıştır. Tüm bireylerin sosyal sigortaya girişi zorunludur. Sigortalı sayısının artması risklerin daha fazla dağılmasını böylece sigorta primlerinin sigortalılar üzerindeki yükünün azalmasını sağlamaktadır. **Sosyal sigorta** çalışan ve ekonomik açıdan zayıf insanların iş gücünü ve



geleceklerini garanti altına alarak toplum hayatında sosyal güvenliği sağlamak amacıyla kurulan zorunlu sigorta türüdür.

Sosyal sigortanın özellikleri şunlardır:

- Sosyal sigorta zorunludur.
- Kişilerin sigorta sözleşme şartlarını belirleme ve sigortacıyı seçme serbestliği bulunmamaktadır.
- Kapsamını ve kaynağını kanun belirler.
- İşverenin ve sigortalının ödeyeceği prim ya da sigortalıya sağlanacak kazanımlar bireylerin iradelelerine ve özel durumlarına göre değişmez.
- Sigortalının sigortalı olduğu süre boyunca sigortadan vazgeçmesi mümkün değildir.
- Kişilerin sosyal sigortadan faydalanabilmesi için belli bir statüye sahip olması gerekir. Örneğin işçi statüsünü kazanmış veya kamu çalışanı olmak.
- Sosyal sigortada güvence altına alınan sosyal risklerin gerçekleşme olasılığının istatistik hesaplamalara göre belirlenmesi zordur. Sosyal sigorta riskleri kısıtlı ekonomik varlığa sahip sosyal sınıfları etkileyen işsizlik, hastalık, sakatlık, meslek hastalığı, iş kazası, analık, yaşlılık ve ölümdür.
- Sosyal sigortalar devlet tarafından düzenlenmektedir. Böylece devlet sigortacı konumundadır. Türkiye’de sosyal güvenliği Sosyal Sigortalar Kurumu, T.C. Emekli Sandığı ve Bağ-Kur’un tek çatı altında toplandığı Sosyal Güvenlik Kurumu sağlamaktadır.
- Sosyal sigorta sigortalılar arasında yeniden gelir dağılımını sağlayarak sosyal dengeyi sağlamış olur. Primlerin gelir seviyesine göre alınması sebebiyle sigortalılar az prim verse de karşılaşılan risklere karşı geliri fazla olanlarla aynı güvence sağlanmış olur.

2.1.2.2. Özel Sigorta

Özel sigortalar kişilere emeklilik, kaza, sağlık ve hayat sigortası dallarında sosyal güvence sağlamaktadır. Özel sigortaları sosyal sigortalardan ayıran en önemli özellik zorunlu olmamasıdır. Özel sigortalılar sigortalı ile sigortacı arasında gönüllülük esasına dayalı olarak yapılan karşılıklı sözleşme ile kişileri kapsamına almaktadır. Özel sigortalar herhangi bir sosyal güvenlik kapsamında bulunanlar için sosyal sigortalılarla sağlanan güvencenin üstünde bir güvence sağlayarak ek sosyal güvenlik kurumu olma özelliği taşımaktadır.

Özel sigortaların özellikleri şunlardır:

- İsteğe bağlıdır. Sigortayı yaptıran kişi istediği sigortacıyı seçer, sigortacıyla birlikte sigorta sözleşme içeriğini belirleyerek sözleşmeyi yapar.
- Özel sigorta için herhangi bir statüye sahip olmaya gerek yoktur. Herkese açıktır (Görsel 2.4).
- Güvence altına alınan risk konuları kişinin can ve mal varlığına ilişkin risklerdir.
- Özel sigorta sözleşmeleri özel sigorta şirketleri tarafından yapılır. Bu şirketler sözleşme içeriğini hazırlarken kâr amacını göz önünde bulundurur.
- Ödenecek prim oranı risklerin tehlike derecesine göre belirlenir. Sigorta kapsamı ve ödenecek prim miktarı sigortayı yaptıran kişi tarafından belirlenir.
- Sigorta süresi belirlidir. Hayat sigortası dışındaki sigortalar için süre çoğunlukla bir yıl ya da bir yıldan



Görsel 2.4: Özel sigorta yaptıran genç çift



daha azdır. Örneğin seyahat sigortalarında bir ay, üç gün vb. olabilirken yangın, hırsızlık sigortalarında bir yıldır.

- Sigortalının çıkarları ön plandadır. Ülkenin kamu yararı öncelikli değildir.

SIRA SİZDE

Aşağıdaki tabloda verilen sosyal sigorta ve özel sigorta arasındaki farklardan eksik verilenleri doldurunuz.



Karşılaştırma Kriteri	Sosyal Sigorta	Özel Sigorta
1. Sigorta ilişkisinin kaynağı		
2. Sigortanın zorunluluğu		
3. Yararlanma şartı		
4. Sigorta hizmetini veren		Özel sigorta şirketleri
5. Sigorta süresi		
6. Sigortada gözetilen yarar	Kamu yararı	
7. Amacı		

2.1.3. Sosyal Sigorta ve Mevzuat

Türkiye’de başlangıçta yardımlaşma, aile dayanışması, yardım sandıkları gibi geleneksel sosyal güvenlik teknikleri kullanılmış; modern sosyal güvenlik uygulamalarına Cumhuriyet’in ilanından sonra geçilmiştir. Türkiye’de sosyal güvenlik uygulamaları için çıkarılmış ilk kanun 1936 yılında yayımlanan 3008 sayılı İş Kanunu’dur. Sigorta kollarının kurulması ise İkinci Dünya Savaşı nedeniyle 1945 yılında gerçekleşmiştir. Yıllara göre çıkarılan sosyal sigorta kolları ile ilgili kanunlar şunlardır:

- 1945 yılında 4772 sayılı İş Kazaları Meslek Hastalıkları ile Analık Sigorta Kanunu
- 1950 yılında 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu
- 1951 yılında 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu
- 1957 yılında 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortası Kanunu kabul edilmiştir.

Ayrıca 16.07.1945 tarihinde çıkarılan 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe giren 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ile İşçi Sigortaları Kurumu kurularak 1945 yılına kadar kurulan çok sayıdaki sandığın da birleştirilmesi sağlanmıştır.

BİLİYOR MUYDUNUZ?



1921 yılında 151 sayılı Ereğli Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun ile kurulan Amele Birliği, Türkiye’nin kanun ile kurulan ve üyeliği zorunlu olan ilk sosyal güvenlik kuruluşudur.



Görsel 2.5: İşçi statüsünde çalışan birey

sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (Bağ-Kur) kurulmuştur (Görsel 2.6). 10.09.1977 tarihli ve 2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Yasasıyla muhtarların Bağ-Kur kapsamında zorunlu sigortalı olmaları sağlanmıştır. Ayrıca 04.05.1979 tarihli 2229 sayılı Kanun ile hiçbir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olmayan ev hanımlarına ve Türk vatandaşlarına Bağ-Kur kapsamında isteğe bağlı sigortalı olma hakkı tanınmıştır.

1983 yılında 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ve 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalılar Kanunu kabul edilerek tarım kesiminde çalışanların sosyal güvenlikleriyle ilgili düzenlemeler yapılmıştır.

Farklı sosyal güvenlik kanunlarına kayıtlı olarak çalışanlar arasındaki hak ve yükümlülüklerde standart birliğinin sağlanamaması sosyal güvenlik sisteminde reform yapılmasını gerekli kılmıştır. Sigorta hak ve yükümlülüklerde eşitliğin sağlanması, sağlık sigorta sisteminin kurulması, mali anlamda sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi amacıyla 20.05.2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. Bu Kanunla T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğünü tek çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı kurulmuştur. Aynı zamanda reform nüfusun tamamına eşit, kaliteli ve kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan genel sağlık sigorta sistemi oluşturmayı amaçlamıştır. Bu nedenle 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilerek 01.10.2008 tarihinde tüm maddeleriyle yürürlüğe girmiştir.

Bu Kanunun amacı sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usûl ve esasları düzenlemektir (madde 1).

Bu Kanun; sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasından yararlanacak kişileri, işverenleri, sağlık hizmeti sunucularını, bu Kanunun uygulanması bakımından gerçek kişiler ile her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve tüzel kişiliği olmayan diğer kurum ve kuruluşları kapsar (madde 2).



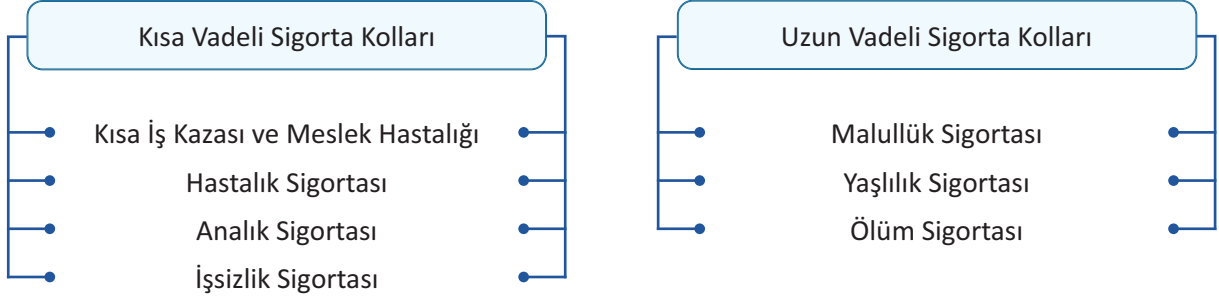
Görsel 2.6: Bağımsız çalışan birey



5510 sayılı Kanun'a ulaşmak için QR kodu taratınız.



5510 sayılı Kanun sosyal sigorta kollarını kısa ve uzun vadeli sigorta kolları olmak üzere ikiye ayırmıştır.



Şema 2.3: 5510 sayılı Kanun'a göre sigorta kollarının ayrımı

2.1.3.1. Kısa Vadeli Sigorta Kolları

Kısa vadeli sigorta kolları uygulamaları sigortalı kişinin çalışmaya ve işe başladığı anda gelişebilecek risklere karşı sigortalı ve yakınlarına koruma sağlanmasını hedeflemektedir.



BİLGİ KUTUSU

5510 sayılı Kanun'da düzenlenen sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, vazgeçmek, azaltmak veya başkalarına devretmek mümkün değildir.



a) İş Kazası ve Meslek Hastalığı

5510 sayılı Kanun'un 13. maddesine göre **İş kazası**;

- Sigortalının iş yerinde bulunduğu sırada (Görsel 2.7),
- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle veya görevi nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş veya çalışma konusu nedeniyle iş yeri dışında,
- Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının görevli olarak iş yeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- Emziren kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,



Görsel 2.7: İş kazası geçiren sigortalı



- Sigortalıların işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş gelişi sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özüre uğratan olaydır.

Kanun'un 14. maddesine göre **meslek hastalığı**, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük hâlleridir.

Sigortalının çalıştığı iş nedeniyle meslek hastalığına tutulduğunun;

- Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları tarafından usûlüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi,
- Kurumca gerekli görüldüğü hâllerde, iş yerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbi sonuçlarını ortaya koyan denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi, sonucun Kurum Sağlık Kurulu tarafından tespit edilmesi zorunludur.

b) Hastalık ve Analık Hâli

Bu Kanun'un 15. maddesine göre sigortalının, iş kazası ve meslek hastalığı dışında kalan ve iş göremezliğine neden olan rahatsızlıklar, **hastalık hâlidir**.

Sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmayan eşinin gebeliğinin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik hâlinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik (Görsel 2.8) ve analık hâliyle ilgili rahatsızlık ve özürlülük hâlleri **analık hâli** kabul edilir.



Görsel 2.8: Gebe kadın

İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hâllerinde sağlanan haklar şunlardır (madde 16):

- Sigortalıya; geçici iş göremezlik süresince günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilmesi.
- Sigortalıya; sürekli iş göremezlik geliri bağlanması.
- İş kazası veya meslek hastalığı sonucu ölen sigortalının hak sahiplerine; gelir bağlanması.
- Gelir bağlanmış olan eş ve çocuklara; evlenme ödeneği verilmesi.
- İş kazası ve meslek hastalığı sonucu ölen sigortalı için; cenaze ödeneği verilmesi.

Sigortalıya hastalık veya analık hâllerine bağlı olarak ortaya çıkan iş göremezlik süresince, günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilir.



c) İşsizlik Sigortası

İşsizlik sigortası ile ilgili esaslar 5510 sayılı Kanun'la düzenlenmemiş olmasına rağmen primlerin tahsili ve ödenmesi ile ilgili hükümler 5510 sayılı Kanun'a paralel olarak 4447 sayılı kanunla yürütülmektedir.

İşsizlik sigortasının amacı; işsizlik sigortasına ilişkin kuralları ve uygulama esaslarını düzenlemek ve sigortalılara işsiz kalmaları hâlinde (Görsel 2.9), bu Kanun'da öngörülen ödeme ve hizmetlerin yerine getirilmesini sağlamaktır (madde 46). İşsizlik sigortası zorunludur. Bu Kanun kapsamına giren ve hâlen çalışmakta olanlar bu Kanun'un yürürlüğe girdiği tarihte, yeni girenler ise işe başladıkları tarihten itibaren sigortalı olurlar (madde 48).



Görsel 2.9: İşsiz kalan sigortalı

2.1.3.2. Uzun Vadeli Sigorta Kolları

Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası kollarını kapsamaktadır.

a) Malullük Sigortası

Sigortalının veya işverenin talebi üzerine kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca usûlüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi sonucu, çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malullük sigortası bakımından malûl sayılır (madde 25) (Görsel 2.10).

Ancak sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce sigortalının çalışma gücünün %60'ını kaybettiği önceden veya sonradan tespit edilirse sigortalı bu hastalık veya özürü sebebiyle malullük aylığından yararlanamaz.



Görsel 2.10: Malullük sigortasından yararlanan birey

Malullük sigortasından sağlanan haklar ve yararlanma şartları şunlardır:

- Malullük sigortasından sigortalılara sağlanan hak, malullük aylığı bağlanmasıdır.

Sigortalıya malullük aylığı bağlanabilmesi için sigortalının;

- 25. maddeye göre malûl sayılması,
- En az on yıldan beri sigortalı bulunup toplam olarak 1800 gün veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede malûl olan sigortalılar için ise en az beş yıldan beri sigortalı bulunup toplam 900 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması,
- Malûliyeti nedeniyle sigortalı olarak çalıştığı işten ayrıldıktan veya iş yerini kapattıktan veya devrettikten sonra Kurumdan yazılı istekte bulunması, hâlinde malullük aylığı bağlanır.



b) Yaşlılık Sigortası

Yaşlılık (Görsel 2.11) sigortasından sigortalıya sağlanan haklar şunlardır (madde 28):

- Yaşlılık aylığı bağlanması.
- Toptan ödeme yapılması.

İlk defa bu Kanun'a göre sigortalı sayılanlara;

- Kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmuş olmaları ve en az 9000 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması şartıyla yaşlılık aylığı bağlanır.



Görsel 2.11: Yaşlılık dönemindeki bireyler

c) Ölüm Sigortası

Ölüm sigortasından sağlanan haklar şunlardır (madde 32):

- Ölüm aylığı bağlanması.
- Ölüm toptan ödemesi yapılması.
- Aylık almakta olan eş ve çocuklara evlenme ödeneği verilmesi.
- Cenaze ödeneği verilmesi.

Ölüm aylığı;

- En az beş yıldan beri sigortalı bulunup toplam olarak 900 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş,
- Malûllük veya yaşlılık aylığı almakta iken veya malûllük veya yaşlılık aylığı bağlanmasına hak kazanmış olup henüz işlemi tamamlanmamış,
- Bağlanmış bulunan malûllük veya yaşlılık aylığı, sigortalı olarak çalışmaya başlamaları sebebiyle kesilmiş durumda iken ölen sigortalının hak sahiplerine, yazılı istekte bulunmaları hâlinde bağlanır.

SIRA SİZDE



Aşağıdaki soruları cevaplayınız.

1. S. adlı işçi işe gitmek için durakta servis beklerken başka bir aracın çarpması sonucu yaralanmış, olay yerine gelen ambulans tarafından en yakın sağlık kuruluşuna götürülerek tedavi altına alınmıştır. Sağlık kuruluşu tarafından bu vaka ne olarak kaydedilmiştir?
2. Bedenen çalışma gücünü %60 oranında kaybettiği sağlık kurulu tarafından onaylanan S. adlı işçi hangi haklara sahiptir?



ETKİNLİK

Etkinlik Adı: Sağlık Sigortası ve Özellikleri

Etkinlik Amacı: Sosyal sigorta kavramını ve özelliklerini kavramak.

Kullanılacak Malzemeler: Müsvedde bir kâğıt, soruların yazılması için küçük kâğıtlar, makas, kutu

Yönerge: Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek “Sağlık Sigortası ve Özellikleri” etkinliğini gerçekleştiriniz.

- Sınıfta her öğrenci en az iki adet soru hazırlar, soru kâğıtlarının arkasına da cevaplarını yazar.
- Öğretmen rehberliğinde sorular toplanır, düzenlenir ve kontrol edilir.
- Sorular kutuda toplanır.
- Öğretmen ilk kâğıdı çeker.
- Öğretmen müsvedde kâğıdı top şekline getirir ve topu herhangi bir öğrenciye verir.
- Topu alan öğrenci soruya cevap verir.
- Cevabı yanlış ise soru kâğıdını başka bir öğrenciye verir.
- Cevabı doğru ise kutudan soru çeker.
- İki yanlış cevap veren öğrenci yarışma dışı kalır.
- En çok doğru cevap veren öğrenci yarışmayı kazanır.



2.2. SOSYAL SİGORTANIN SAĞLIK FİNANSMANI ÜZERİNE ETKİLERİ



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Bireyler için finansal açıdan sosyal sağlık sigortasının ne gibi faydaları vardır?
2. İnsanların sağlık sigortasının olması ile sağlık hizmeti almak için sağlık kuruluşlarına yaptıkları başvuru sayıları arasında sizce nasıl bir ilişki bulunmaktadır?

İnsanlar yaşamları boyunca çeşitli mesleki, fizyolojik ve sosyoekonomik risklere maruz kalmaktadır. Bu risklerin ortadan kaldırılması, bireyler üzerindeki etkilerinin azaltılması ve bireylerin iyileştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca insanların artan güvenlik ihtiyaçlarına cevap verecek ve insan onuruna yaraşır huzurlu ve mutlu bir yaşam sunacak bir yapıya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaçtan doğan toplumun bütün bireylerinin hiçbir ayırım ve ayrıcalık gözetilmeksizin hem ekonomik hem de sosyal bakımdan güvence altına alınmasını amaçlayan; birbirleri arasında sıkı bir birlik ve uyumla kurulmuş olan sistemler bütünü “Sosyal Güvenlik” olarak tanımlanmaktadır.



2.2.1. Sosyal Sigortanın Sağlık Finansmanı İle İlişkisi

Sanayi devrimi öncesi yaşayan toplumlarda sosyal güvenlik işlevi yardım sandıkları, aile içi destekler ve dinsel nitelikli kurumlar tarafından yerine getirilirken sanayi devrimi ile bu alanda yeni bir bakış açısı gelişmiştir. Söz konusu dönem içinde işçilerin kötü çalışma koşulları (Görsel 2.12) devletlerin sosyal politika alanında da birtakım koruyucu yeni düzenlemeler yapmalarını zorunlu kılmıştır. Bu amaçla geliştirilen sosyal sigorta sistemi kamu menfaatini gözeterek ve kâr amacı gütmeksizin sosyal güvenlik sağlama amacıyla kullanılmaktadır.



Görsel 2.12: Kötü çalışma koşulları olan işçiler



BİLGİ KUTUSU

Türkiye’de sosyal sigorta sisteminde sigortalı kişi, işveren ve devlet tarafından ödenen primlerle aynı zamanda ilave devlet katkıları ile finanse edilmektedir.



Sosyal sigorta, temelinde bireylerden prim toplamaya dayalı olarak sigortalama anlayışı ile işçileri kazalara, hastalıklara, yaşlılığa ve malullüğe karşı korumayı amaçlamaktadır. 1881 yılında Almanya’da başlamıştır ve dünyada oldukça fazla uygulama alanı bulmuştur. Sosyal sigorta dayanışma temellidir. Hizmetten yararlanmanın ihtiyaca göre olduğu sosyal sigorta sisteminin finansmanında primler bireylerin gelirleriyle orantılıdır.

Sosyal sigortanın temelinde insanların karşılaşılabileceği riskli durumlardaki belirsizlik yatmaktadır. Kişilerin ne zaman hastalanacağı ve hastalandığı zaman ne kadar para harcayacağı belli olmadığından olası riskleri ortaklaşa bir şekilde karşılamayı amaçlayan sosyal sigortayla sağlık hizmetleri finansman biçimi geliştirilmiştir.

Bireyin sağlığını kaybetme tehlikesi durumunda sosyal sigorta sisteminin sağlık alanında iki ayrı temel sorumluluğu bulunmaktadır. Bunlardan ilki hastalığın teşhis ve tedavisi için gerekli koşulların sağlanması (sağlık kurumlarının inşa edilmesi gibi), ikincisi ise verilen sağlık hizmetinin bedelinin ödemeleri ile ilgilidir. Hastalanan kişinin ihtiyaç duyduğu tedavi ihtiyacıyla ilgili olarak yapılması gerekenler şunlardır:

- Klinik teşhisin yapılması
- Gerekiyorsa yataklı tedavi ve tıbbi müdahalelerin yapılması



- Her türlü ilaç ve iyileştirme araçlarının (protez gibi) temini
- Yurt içinde veya yurt dışına seyahat gerekiyorsa (Görsel 2.13) hastanın ve refakatçisinin yol parası ile zorunlu masraflarının karşılanması
- Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması



Görsel 2.13: Ambulans uçak ile hasta taşınması

2.2.2. Sosyal Sigortanın Sağlık Finansmanına Etkisi

Sosyal sigorta yöntemiyle herkese sağlık güvencesinin sağlanması son dönemlerde bazı ülkelerde uygulanmaktadır. Avrupa’da; İsviçre 1996, Belçika 1998, Fransa ise 2000 yılında tüm nüfusa %100 oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır.

Türkiye’de ise tüm nüfusa sağlık güvencesi (Görsel 2.14) sağlanması 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun kabulü ile mümkün olmuştur.



Görsel 2.14: Sağlık güvencesi

2.2.2.1. Finansal Kaynak Üzerine Olan Etkileri

Sağlık sigortası sisteminin uygulanması sağlık sektörüne ek kaynak yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigortanın faydaları şöyle sıralanabilir:

- Kişilere verilen sağlık hizmetlerinin finansmanı için düzenli bir gelir kaynağı oluşturur.
- Sağlık politikası kapsamındaki hedeflerin gerçekleştirilmesine yardımcı olur.
- Sağlık hizmet sunumunda süreklilik ve etkinlik sağlar.
- Sağlık sektörüne aktarılan kaynaklar (fonlar) rahatlıkla görülebilir planlamalar buna uygun olarak yapılabilir.
- Risk havuzu sayesinde finansal kaynağın farklı hizmet gruplarına bölünmesini sağlayarak kişilerin ödeme gücüne göre finansal yükü dağıtır.
- Sosyal sigortaya katılımın gelir ile artması nedeniyle yüksek gelir grubundakiler daha fazla katkıda bulunacakları için düşük gelirli kişilere bir sübvansiyon (mali yardım) söz konusu olur.



2.2.2.2. Hakkaniyet Üzerine Etkileri

Sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet kavramları farklı anlam taşımaktadır. **Eşitlik** kavramı kısaca matematiksel eşitlik olarak tanımlanmaktadır. **Sağlık sektöründe eşitlik** ise bir toplumda sağlık açısından bireyler arasında farklılık olmaması olarak tanımlanabilir. **Sağlıkta hakkaniyet**; tüm toplumun sağlıklı olmak için sağlık hizmeti kullanımında eşit fırsatlara sahip olması, mevcut sağlık hizmetlerine eşit ihtiyaç duyanların eşit erişimi ve sağlık hizmetlerinin tüketiminde eşitlik anlamına gelir (Görsel 2.15). Bir başka ifadeyle **hakkaniyet** teoride değil pratikte, herkesin uygun sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve kullanabilmesidir. (Braveman 2003).



Görsel 2.15: Sağlıkta hakkaniyet

Sağlık finansmanında kişiler arası hakkaniyetin sağlanmasının önemi, sağlıklı ve hasta bireyler arasında risk havuzlama ve farklı gelir düzeyleri arasında risk paylaşımını sağlamasıdır. Sosyal sigorta sistemi finansal kaynakları yalnızca sağlam olan kişiden hastaya değil aynı zamanda zenginden fakire de transfer eder. Böylece sağlıklı bireyler hasta bireylerin hizmet almalarına prim ödeyerek katkı sağlarken hasta ve yoksul bireyler hastalığın ve yoksulluğun verdiği yükü mücadele etmek zorunda kalmamış olacaktır.

Sosyal sigorta yöntemiyle finansmanda, sosyal sağlık sigortası sistemi prim miktarlarını belirlemek için bireyin yaş, cinsiyet gibi özelliklerine ve sağlıklı olma durumuna bakmaksızın kazandığı gelirini “taban” kabul eder. Dolayısıyla sosyal sigortada bir kişi çalışarak elde edilen geliri kadar ödeme yaptıktan ve eşit sağlık hizmeti aldığından sosyal sigorta sistemi genel olarak hakkaniyetlidir.

Sosyal sigortada hakkaniyet, özellikle primler gelire orantılı toplanıyor, buna karşılık sağlık hizmetinden yararlanma gereksinime göre oluyorsa geçerlidir. Fakat toplumun geliri yüksek olan zengin kesimlerin zorunlu sigorta kapsamına alınmayıp özel sigorta yaptırabilmelerine olanak tanınması ve sosyal sigorta kapsamındaki güvence paketinin daraltılması hakkaniyeti azaltır.

2.2.2.3. Verimlilik Üzerine Etkileri

Sağlık finansmanında verimlilik, sağlık hizmetlerinin tüm kaynaklarının verimli kullanılması ile özdeşleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde maliyet artışı, kaynakların kullanılmasına yönelik verimliliği düşüren bir durumdur. Son yıllarda sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcama ve dolayısıyla toplam gelir içinde sağlık harcamaları oranı artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışın birçok nedeni bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şöyle sıralanabilir:

- Ortalama yaşam süresinin uzaması ve buna bağlı kronik hastalıkların ve yetersizliklerin sık görülmesi
- Sağlıkta ileri teknoloji kullanımının yüksek maliyetli olması
- Emek ve iş gücünün yoğun olduğu bir sektör olması
- Sağlık bilincinin artması ile sık hastane ziyaretlerinin olması
- Gelir artışı ile birlikte sağlık harcamaları talebinin artması
- Ahlaki tehlike



BİLGİ KUTUSU

Bir bireyin ya da kurumun alınan risklerin masraflarına katlanmak zorunda kalmaması durumunda görülen risk alma isteğindeki artış **ahlaki tehlike** olarak tanımlanmaktadır.



Sağlık hizmetleri piyasasında ahlaki tehlike ise hastaların sağlık giderlerinin üçüncü taraf olarak adlandırılan sigorta kuruluşları aracılığı ile finanse edilmesine bağlı olarak sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesidir. Bu durum iki temel soruna yol açmaktadır.

Birinci sorun, gereksiz hizmet talebinin oluşması, yani sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla tüketilmesidir. Bu sorun sağlık hizmeti veren kişi, kurum ve kuruluşlarda sebepsiz yığılmalara, aynı zamanda da gerçek sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişilerin hizmete ulaşamamasına sebep olmaktadır.

İkinci sorun, hizmet bedelini hastanın kendi cebinden ödememesi nedeniyle sigorta kuruluşunun hekimin davranışı üzerinde etkili olamamasıdır. Bu durumda da gereksiz tıbbi tahlillerin ve girişimlerin yapılmasına engel olunamamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde yapılan reform çalışmalarının en önemli nedeni artan sağlık harcamalarını kontrol etme çabasıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanının hangi yolla sağlandığı önemlidir. Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta aracılığı ile finanse edildiği durumlarda sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımında artış görülmektedir.

SIRA SİZDE



Aşağıda verilen cümlelerin başında verilen boşluklara cümle doğru ise "D" yanlış ise "Y" yazınız.

- () 1. Sağlık hizmetlerinde artan sağlık harcamalarını kontrol edebilmek yapılan sağlık reformlarının nedenlerindedir.
- () 2. Sağlık hizmetleri piyasasında ahlaki tehlike sağlık hizmetlerinin gereksiz ve aşırı tüketilmesidir.
- () 3. Sosyal sigortada hakkaniyet özellikle primler hastalıkla orantılı toplanıyor, buna karşılık sağlık hizmetinden yararlanma gereksinime göre oluyorsa geçerlidir.
- () 4. Sağlık sigortasının çoğu ülkelerdeki uygulanma nedeni sağlık sektörüne ek kaynak yaratabilmesidir.



OKUMA METNİ

Sağlık Hizmetlerinin Akılcı Kullanımı

Sağlık hizmetlerinin kaliteli, verimli ve etkili sunulabilmesi için, ilaçlar/antibiyotikler, poliklinik/klinik hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi alanlar başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin her alanında akılcı kullanım felsefesinin benimsenmesi şarttır. Sağlık hizmetlerinin akılcı kullanımı “maliyetlerin azaltılması, kaynakların verimli kullanılması ve insan sağlığına maksimum fayda sağlanabilmesi için, tüm sağlık hizmet alanlarının ve fiziki, beşeri ve mali kaynakların akılcı bir şekilde kullanılması” olarak tanımlanabilir. Akılcı kullanımda temel amaç, bu hizmetlerin ve kaynakların doğru ve bilinçli kullanılmasıdır. Akılcı olmayan kullanım ise, gereksiz kullanımlara, israfa, iş yüküne, hizmet kalitesinin azalmasına ve maliyetlerin artmasına neden olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin akılcı kullanımı ile ilgili ilk sistematik çalışmalar akılcı ilaç kullanımı (AİK) ile başlamıştır (Görsel 2.16). Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanlığı öncülüğünde, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmalar kapsamında; düzenli eğitimler ve toplantılar düzenlenmiş ve ulusal eylem planları, kamu spotları, faaliyet raporları ve kılavuzlar hazırlanmıştır. Ayrıca hastanelerde “akılcı ilaç poliklinikleri” açılmaya başlanmıştır.



Görsel 2.16: Akılcı ilaç kullanımı

Sağlık hizmetlerinin akılcı kullanımı ile ilgili yürütülen başka bir çalışma alanı ise laboratuvar hizmetleridir. Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı Tetkik ve Teşhis Hizmetleri Daire Başkanlığı öncülüğünde tetkik sonuçlarının klinik yararlılığı arttırması ve gereksiz istemleri azaltması amacıyla “Akılcı Tıbbi Görüntüleme Kullanımı Projesi” başlatılmıştır.

Poliklinik/Klinik hizmetlerinin akılcı kullanımı ile ilgili dünyada ve Türkiye’de yürütülen kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Poliklinik hizmetlerinin akılcı kullanılmasında en önemli araçlardan biri etkili ve kademeli bir sevk sisteminin oluşturulmasıdır.

Bazı gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de sevk sistemi uygulanmamaktadır. Örneğin İsveç’te, zorunlu sevk zincirinin uygulaması bulunmamaktadır ancak aile hekimine başvurmadan hastaneye başvuran hastalardan daha fazla katılım payı alınmaktadır. Ayrıca hastalar, aile hekimi sevkiyle özel sağlık hizmet sunucularına başvurursa ek ücret ödememektedir. Japonya’da da benzer bir durum söz konusudur. Japonya sağlık sisteminin en belirgin özelliklerinden biri, vatandaşlarının, sigortalılık durumlarına ve hastalık şiddetine bakılmaksızın sağlık kurumları seçiminde özgür olmasıdır. Fakat bireyler sevk mektubu olmadan hastaneye başvurularda en az 50 \$ ödemek zorundadırlar. Bu yeni sistemin uygulamaya girmesinden sonra, daha büyük hastanelerin ayakta tedavi bölümlerinin kullanımı azalmış ve sağlık hizmeti kullanımı daha küçük toplum tabanlı kliniklere kaymıştır.

Kaynak: Özkan, Ş. ve Aca, Z. (2020). Akılcı İlaç Kullanımında Sağlıklı Yaşam Becerilerinin Etkisi. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 10 (Sayı 2) , 273-288. DOI: 10.32331/sgd.84066 (Erişim tarihi ve saati: 25.07.2022, 14.00).



ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıda verilen soruların doğru cevabını işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi sosyal sigorta kavramı için söylenemez?

- A) İnsanların kendilerini güvende hissetmelerini sağlar.
- B) Zorunludur.
- C) Yararlanabilmek için statü gereklidir.
- D) Kapsamı devlet tarafından düzenlenir.
- E) Sosyal dengeyi sağlar.

2. Aşağıdakilerden hangisi sosyal güvenlik sisteminin yararlarından değildir?

- A) Ülkenin sosyo ekonomik gelişimine katkı sağlar.
- B) Kişilerin karşılaştığı sosyal risklerden dolayı yaşanan gelir kayıplarını önler.
- C) Ülkedeki tüm insanları kapsar.
- D) Kişiler karşılaştığı sosyal risklere karşı koruma miktarını önceden bilir.
- E) Kişilerin hayat standartlarını olumsuz anlamda etkiler.

3. Aşağıdakilerden hangisi sosyal sigorta sisteminin sağlık finansmanındaki finansal kaynak üzerine etkilerinden değildir?

- A) Sağlık hizmet sunumunda süreklilik ve etkinlik sağlar.
- B) Sağlık politikası kapsamındaki hedeflerin gerçekleştirilmesine yardımcı olur.
- C) Kişilere verilen sağlık hizmetlerinin finansmanı için düzenli bir gelir kaynağı oluşturur.
- D) Düşük gelirli kişilere bir sübvansiyon (mali yardım) söz konusu olur.
- E) Kişilerin sağlık durumlarına göre prim toplayarak ek kaynak oluşturur.

4. Cumhuriyetin ilanından sonra işçi statüsünde çalışanlar haklarını hangi kanunla sağlamıştır?

- A) Sosyal Sigorta Kanunu
- B) Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu
- C) T.C. Emekli Sandığı Kanunu
- D) Tarım İşçileri Sosyal Sigortalılar Kanunu
- E) Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Yasası

5. Aşağıdakilerden hangisi 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na göre kısa vadeli sigorta kollarından değildir?

- A) Analık
- B) Hastalık
- C) İşsizlik
- D) Malullük
- E) Meslek hastalığı

6. 5510 sayılı kanun'un 13. maddesine göre iş kazası ile ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- A) Sigortalının iş yerinde yaşadığı beden ve ruhen özüre uğratan olaydır.
- B) Sigortalının tatil gününde yaşadığı beden ve ruhen özüre uğratan olaydır.
- C) Sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında beden ve ruhen özüre uğratan olaydır.
- D) Hesabına bağımsız çalışanın yürütmekte olduğu iş nedeniyle iş yeri dışında yaşanan beden ve ruhen özüre uğratan olaydır.
- E) Emziren kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda meydana gelen beden ve ruhen özüre uğratan olaydır.



7. İş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı hangi sigortadan yararlanabilir?
- A) Analık
B) Hastalık
C) İşsizlik
D) Malullük
E) Yaşlılık
8. "....., temelinde bireylerden prim toplamaya dayalı olarak sigortalama anlayışı ile işçileri kazalara, hastalıklara, yaşlılığa ve malullüğe karşı korumayı amaçlamaktadır." cümlesinde boş bırakılan yere aşağıdakilerden hangisi gelmelidir?
- A) Hayat sigortası
B) Araç sigortası
C) Sosyal sigorta
D) Konut sigortası
E) İş sigortası
9. Sosyal sigorta sistemi dünyada ilk olarak ne zaman ve nerede uygulanmaya başlamıştır?
- A) 1818- Hollanda
B) 1864- İsviçre
C) 1881- Almanya
D) 1911- İngiltere
E) 1918- Fransa
10. Sosyal sigorta sisteminin finansmanında toplanan primlerin miktarı neye göre belirlenir?
- A) Cinsiyete
B) Gelire
C) Hastalığa
D) Mesleğe
E) Yaşa
11. Türkiye'de tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması ne zaman ve hangi kanunun kabulü ile mümkün olmuştur?
- A) 30.05.1989 tarih ve 5508 sayılı Kanun
B) 27.08.1990 tarih ve 5125 sayılı Kanun
C) 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı Kanun
D) 11.06.2001 tarih ve 5055 sayılı Kanun
E) 19.11.2001 tarih ve 5501 sayılı Kanun
12. Teoride değil pratikte, herkesin uygun sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve kullanılabilmesine ne ad verilir?
- A) Eşitlik
B) Hakkaniyet
C) Adalet
D) Sağlıkta saygı
E) Sağlık sistemi
13. Aşağıdakilerden hangisi sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinden değildir?
- A) Emek ve iş gücünün yoğun olduğu bir sektör olması
B) Ahlaki tehlikenin oluşması
C) Ortalama yaşam süresinin uzaması
D) Sağlık bilincinin azalması
E) İleri teknoloji kullanımının yüksek maliyetli olması
14. Aşağıdakilerden hangisi özel sigortanın özelliklerinden değildir?
- A) İsteğe bağlıdır.
B) Kapsamını kişi belirler.
C) Devlet çıkarları önceliklidir.
D) Statü gerekli değildir.
E) Sigorta süresi belirlidir.

3. ÖĞRENME BİRİMİ



SAĞLIK SİGORTASI ÖDEME YÖNTEMLERİ

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ?

- Sağlık Sigortası Kavramı
- Hastalık Riskleri
- İş Kazaları
- Meslek Hastalıkları
- Sağlık Sigortasının Önemi
- Sağlık Sigortacılığında Ödeme
- Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri

TEMEL KAVRAMLAR

- Maaş
- Ödeme
- Prim
- Risk
- Sağlık sigortası
- Teminat

KONULAR

3.1. SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMI

3.2. SAĞLIK SİGORTASI TÜRLERİ





3. SAĞLIK SİGORTASI ÖDEME YÖNTEMLERİ

Sağlıklı olma hakkı en temel insan haklarından biridir. Bireyler devletten sağlığının korunması ve gerektiğinde hastalıklarının tedavi edilmesini isteyebilme hakkına sahiptirler. Devletler vatandaşlarının sağlığını sürdürmek, insan gücü ve verimi artırarak uyum içinde yaşamalarını sağlamakla yükümlüdür. Kişilerin sağlıklı bir ortamda yaşaması için gerekli sağlık sistemini kurup tek elden hizmet vermesini planlamak da devletlerin sorumlulukları altındadır.

Kişilerin ruhsal, zihinsel ve bedensel olarak sağlıklı olması toplum sağlığı açısından belirleyici olabilmektedir. Sağlıklı kişi kendisi ve ülkesi için üretken kişidir. Kişilerin sağlıklı olması ile ülkeler eğitim, tarım, teknoloji, sanayi gibi alanlarda daha çok gelişir ve ekonomik kalkınma artar. Bu nedenle devletler birey sağlığına önem vermekte ve sağlığın sürdürülmesine yönelik çalışmalar yapmaktadır. Vatandaşların ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı bireyler olarak katılmaları amacıyla devletler zorunlu olarak sağlık hizmetini sunarak sağlık sektörünün getirdiği maliyetleri de çeşitli yöntemlerle karşılamaktadır.

3.1. SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMI



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Sağlık sigortası denilince aklınıza hangi kavramlar geliyor?
2. Sağlık sigortası yaptırmak sizce gerekli midir? Neden?

Sağlık sigortası, sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olma şartı aranmaksızın sosyal sigorta veya poliçe şartlarına göre kişinin karşılaşılabileceği kaza ve hastalık sonucu muayene, tanı testleri ve tedavi masraflarını karşılayan sigorta çeşididir (Görsel 3.1). Sigortalının karşılaştığı kaza veya hastalık durumu gerek özel hayatta gerek iş ortamında olsun iyileşmek için yapılan harcamalar sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır.



Görsel 3.1: Sağlık sigortası

Sağlık sigortasından sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olanların yanı sıra kayıtlı olmayanlar da yararlanabilmektedir. Kişiler isteğe bağlı özel sigorta şirketlerine de sağlık sigortası yaptırabilirler. Bu durumda hem sosyal güvenlik kurumunun sağladığı sağlık sigortasından hem de kendi yaptırdıkları özel sağlık sigortasından faydalanabilirler.

Kişinin sağlığını kaybetmesi durumunda sahip olduğu sağlık sigortası iyileşme sürecindeki masrafları karşılamakla yükümlüdür. Tedavi sonrası iyileşmelerin olabileceği gibi sağlığına kavuşamayan kişilerde geçici ya da kalıcı maluliyet durumunun da ortaya çıkabildiği görülmektedir.



BİLGİ KUTUSU

Sağlık hizmetlerinde kamu hizmetlerinin yanı sıra özel sektörün de yer alması rekabeti ve hizmet kalitesini artırmaktadır.



3.1.1. Sağlık Sigortasında Riskler

Risk kelime anlamı olarak ileride karşılaşılabilecek zarar veya zarara uğrama tehlikesidir. Sağlık sigortasındaki riskler hastalık, iş kazaları ve meslek hastalıkları olarak üç grupta toplanmaktadır.

a) Hastalık Riskleri

Hastalıklar çevresel ya da kalıtsal nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Radyasyon, hava ve su kirliliği, kanserojenler, patojen mikroorganizmalar, kimyasallar vb. etmenler çevresel faktörler olarak sınıflandırılabilir. Tetanoz, sıtma, grip, menenjit, pnömoni gibi hastalıklar çevresel kökenli hastalıklara örnektir. Kalıtsal hastalıklar ise genetik aktarım sonucu ortaya çıkan hastalıklardır. Diyabet, hipertansiyon, hemofili, down sendromu gibi hastalıklar ise kalıtsal hastalıklardan bazılarıdır. İster çevresel ister kalıtsal nedenlerle ortaya çıksın tüm sistem hastalıklarının teşhis ve tedavisinde sağlık sigortasından faydalanılır (Görsel 3.2).



Görsel 3.2: Sağlık sigortasından faydalanan hasta



Görsel 3.3: İş kazası



Görsel 3.4: Yaralanmaya neden olan iş kazası

b) İş Kazaları Riskleri

İş kazası planlanmayan ve beklenmedik bir anda ortaya çıkıp yaralanmaya ve zarara neden olan olaydır. İş kazası (Görsel 3.3) sonucu maddi kayıplar oluşabileceği gibi iş gücü kayıpları da oluşabilir.

İş kazaları, sigortalının iş yerinde bulunduğu süre boyunca işverenin verdiği görev sırasında veya sigortalı kendi işinde çalışıyorsa görevi nedeniyle başka bir yere gönderilmesi sebebiyle meydana gelen ve sigortalıyı bedenen veya ruhen öze uğratan olaylardır. Bir çalışanın mesai saatleri içinde çocuğunu emzirmek için işverenin sağladığı taşıtla yaptığı yolculuk sırasında meydana gelen kaza da iş kazasıdır. İş kazaları yorgunluk, dikkatsizlik, kişisel koruyucu önlemleri almamak, güvensiz çalışma şartları gibi nedenlerle ortaya çıkabilir.

İş kazaları sonuçlarına göre dörde ayrılır. Bunlar:

- Yaralanmalara neden olan kazalar (Görsel 3.4)
- Bir günden fazla işten uzaklaşmaya neden olan kazalar
- Sürekli iş göremezliğe neden olan kazalar
- Ölüme neden olan kazalar



BİLGİ KUTUSU

Türkiye’de genel sağlık sigortası uygulaması sosyal güvenlik kurumlarının 2006 yılında bir araya gelmesi ile 5510 sayılı Yasa ile 2008 yılında yürürlüğe girmiştir.



c) Meslek Hastalıkları Riskleri

Meslek hastalıkları sigortalının çalışma şartlarından veya yaptığı işin niteliğinden dolayı kişide ortaya çıkan hastalıklar, bedensel ve ruhsal oluşan özürlerdir. Sigortalının meslek hastalığına yakalanıp yakalanmadığı sağlık kurulu raporu ile tespit edilmektedir. Fiziksel, kimsyal ve biyolojik nedenler bazı organ ve sistemlerde meslek hastalıklarına neden olabilir. Örneğin onkoloji servisinde kemoterapi ilacı hazırlayan bir hemşirenin (Görsel 3.5) ilaca sürekli maruz kalmasından kaynaklı kansere yakalanması meslek hastalığıdır. Meslek hastalıkları gerekli tedbirlerin alınması ve çalışma şartlarının iyileştirilmesiyle önlenabilir nadir hastalıklar sınıfına girmektedir.



Görsel 3.5: Kemoterapi ilacı hazırlayan hemşire

3.1.2. Sağlık Sigortasının Önemi ve Faydaları

Toplumsal sağlığın oluşması bireylerin sağlıklı olmasıyla mümkündür. Bireylerin sağlıklı olması toplumun verimini artırmaktadır. Toplumun iş gücünün artması ve tedavi masraflarının azlığı ülkelerin ekonomik gelişmeleri açısından önemlidir. Kişilerin sağlıklı olması için her bireyin sağlık sigortası kapsamına alınması ve sağlık harcamaları için finansman oluşturulması büyük önem arz etmektedir.

Sağlık sigortası yapılan bireyler yarın ne olacak endişesinden kurtulurlar ve gelecekları için yatırım yapmış olurlar. Bireylerin sağlıklı günlerinde ödedikleri prim ve katkılar hastalandıklarında veya kazaya uğradıklarında kullanılır.

Sağlık sigortasının yararları şunlardır:

- Anayasal bir hak olan sağlığın korunması ve devami devletlerin sorumlulukları altındadır (Görsel 3.6). Devletler bu görevini yerine getirirken sağlık sigortası onlar için önemli bir destektir.
- Devlet sağlık hakkının gereklerini yerine getirirken harcamalarını vergilerden sağlarken bir yandan da sağlık sigortası primlerinin varlığı devlete katkı sağlar.
- Sağlık sigortası ile riskler küçük primlerle teminat altına alınabilir yani toplum önceden ödediği küçük primlerle riskler ortaya çıktıktan sonraki zarar rahatlıkla ödenebilmektedir.



Görsel 3.6: Devletin vatandaşlarına sunduğu sağlık hizmeti



- Toplanan primlerle sağlık hizmeti sunucuları hizmet arzını artırır.
- Sağlık sigortasına sahip kişilerin artması sağlık hizmeti verenlerin hizmet kalitesini artırmasını sağlar.
- Sağlık sigortası nedeniyle talep artışı ekonomide yatırım ve istihdam artışını ortaya çıkarır.
- Sağlık sigortası bireylerin geleceğe güvenle bakmasını sağlar.

3.2. SAĞLIK SİGORTASI TÜRLERİ



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Devletin vatandaşlarına sağlıkla ilgili verdiği hizmetler nelerdir?
2. Hastanelerde muayene ve tedavi işlemlerinin ücretsiz ya da cüzi miktarda ödemelerle yapılabilmesi sizce nasıl mümkün olmaktadır?

Sosyal güvenlik sistemi hastalık, işsizlik ve emeklilik durumlarında kişinin sağlığına tekrar kavuşması ve maddi sıkıntılarının en aza indirilmesi konularını kapsar. Sağlık sigortası ise hastanın tedavi masrafları ve işe dönene kadar oluşabilecek sorunlarını teminat altına alır. Sağlık sigortası sigortalının kendisi, eşi ve çocuklarının tedavi masraflarını ve geçimini sağlar. Farklı kategorilere göre sınıflara ayrılan sağlık sigortası özel ve sosyal sağlık sigortası olarak ikiye ayrılırken branşı itibarıyla da hayat ve hayat dışı olarak yine ikiye ayrılmaktadır.

3.2.1. Özel ve Kamu Özelliğine Göre Sağlık Sigortası Çeşitleri

Sağlık sigortası devletin ülkesinde yaşayan vatandaşlarına sunduğu sosyal sağlık sigortası ve özel şirketlerin isteğe bağlı sunduğu özel sağlık sigortası olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

3.2.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Dünya genelinde uygulanan sosyal sağlık sigortası önemli bir sağlık örgütlenmesidir. Bu sistemde sağlık harcamalarının finansmanının büyük çoğunluğu alınan primlerden karşılanmaktadır. Türkiye’de 01.01.2012’de uygulanmaya başlanan genel sağlık sigortası ile sağlık alanında önemli bir reforma imza atılmıştır.

Sosyal sağlık sigortası, bireylerin sağlıklarının korunmasını ve sağlık risklerinin ortaya çıkması durumunda yapılan harcamaları sağlayan, ülkedeki yabancılar dâhil (Görsel 3.7) bütün vatandaşları kapsayan sigorta güvencesidir.

Sosyal sağlık sigortasının amacı bireylerin isteğine ve ekonomik gücüne bakılmaksızın ortaya çıkabilecek risklere karşı ülkedeki tüm bireylerin sağlık hizmetinden eşit ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlamaktır. Sosyal sağlık sigortası ile sosyal güvencesi olmayanların da sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmakta ve sağlık harcamalarının ülke tarafından karşılanacağını taahhüttü verilmektedir. T.C. Anayasası’nın 56. maddesinde belirtilen



Görsel 3.7: Yabancı uyruklu hastanın sağlık hizmetinden yararlanması



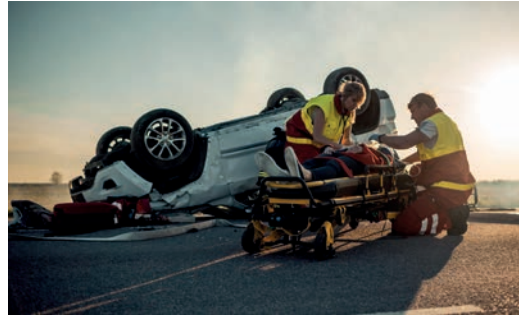
nihai hedef, sosyal sağlık sigortası ile toplumdaki herkesin sağlıklı yaşam güvencesine sahip olması, tüm halkı kapsaması ve kolay denetlenebilir olmasıdır.

Sosyal Sağlık Sigortasının Kapsamı

Türkiye’de ikamet eden veya Türkiye’de ikamet izni almış olup bir yıldan fazla Türkiye’de yaşayan herkes 01.01.2012 tarihinden itibaren zorunlu olarak sosyal sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Sosyal güvenlik sistemi içinde olan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kapsamındaki bireyler gelir durumuna bakılmadan ve prim ödemedi kendi sigortalılıkları nedeniyle sağlık yardımı almaya devam ederler. Genel sağlık sigortası ile yeşil kartlılar ve hiçbir güvencesi olmayan kişiler de sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Bu kişiler bölgelerinde bulunan kamuya ait Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına başvurarak belirlenen gelir durumuna göre primsiz ya da prim karşılığı sağlık sigortasından yararlanabilirler. Dolayısıyla sosyal sağlık sigortası; önceden sağlık hizmetinden yararlananları, isteğe bağlı sigortalı olanları, yasayla öngörülen şartlarda yurt sınırları içinde bulunan yabancı vatandaşları, vatansızları (hiçbir ülke vatandaşı olmayan), sığınmacıları ve bazı şartlarda yabancı ülke vatandaşlarını kapsamaktadır.

Sosyal sağlık sigortası uygulamasında hiçbir koşul aranmaksızın sağlık hizmeti alabilecek kişiler ve durumlar şunlardır:

- 18 yaşına kadar olan bütün çocuklar
- Tıbbi olarak başkasının bakımına muhtaç olanlar
- Acil durumlar (Görsel 3.8)
- İş kazası ve meslek hastalığı durumları
- Bildirimi zorunlu olan bulaşıcı hastalık durumları
- Koruyucu sağlık hizmetleri ve bağımlılık yapıcı maddeleri önlemeye yönelik yapılan çalışmalar
- Analık nedeniyle yapılan teşhis, tedavi, acil sağlık hizmetleri ve doğum
- Savaş durumunda genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu bireylerin sağlık hizmetleri



Görsel 3.8: Trafik kazası sonucu verilen acil yardım hizmeti

3.2.1.2. Özel Sağlık Sigortası

Özellikle orta ve üst düzey kişilere hitap eden özel sağlık sigortası sağlık ve hastalık durumlarında hem hayat hem de hayat dışı durumları kapsamaktadır. İsteğe bağlı olarak yaptırılan özel sağlık sigortası hastalık ve kaza sonrası yaralanmaları teminat altına almaktadır.

Sigorta sözleşmesi sigortacı ve sigorta ettiren arasında gerçekleşir (Görsel 3.9). Sigorta yaptıran kişi (sigortalı) pirim borcunu ödeyerek bazı haklara sahip olur. Sigorta sözleşmesinin geçerli olabilmesi için tarafların bazı yükümlülükleri yerine getirmesi gereklidir.



Görsel 3.9: Sigorta sözleşmesi yapan taraflar

Sağlık sigortası Sigortacılık Kanunu’na göre hem hayat hem de hayat dışını içine alan sigorta dalıdır. Sigorta, sigortalının sigorta süresi içinde hastalanması ya da yaralanması sonucu tedavi masraflarını protokoldeki belirtilen tutar kadar karşılar. Sigortalının harcamalarının kanıtlanması hâlinde masraflarının tamamı ya da bir kısmı sigorta şirketi tarafından karşılanır.



Bireyleri yaşamları boyunca tehdit eden hastalık ve kazalar hem tedavi masrafları hem de bu risklerden korunmak için aldıkları tedbirler nedeniyle ekonomik sıkıntıya sokmaktadır. Kaza ve hastalıklardan kaynaklı harcamaları kontrol altında tutmak için hastalık ve kaza sigortası yaptırma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Özel sağlık sigortasının amacı bireylerin sağlıklarını korumak, hastalık ve kaza hâlinde sağlık harcamalarını karşılamak, hastalık, sakatlık veya iş görmezlik durumlarında gelir sağlamaktır.

Sigorta hukukunun ilgili maddelerinde hangi hâllerde sigortanın geçerli olduğu belirtilmiştir. Sigortacı, hastalık sigortası ile sözleşme süresi içinde ortaya çıkan ve sözleşmede belirtilen hastalık durumlarında teminat sağlamaktadır. Sözleşmede birçok hastalık sigorta teminatına bağlanmışsa hastalıklardan birinin ortaya çıkması hâlinde bedel ödenmekte ve sözleşme sona ermektedir. Teminatın aksi belirtilmedikçe sadece birinin gerçekleşmesi durumunda verildiği kabul edilmektedir.

Sağlık sigortası ile sigortacının verdiği teminatlar şunlardır:

- Hastalıkların erken tanısı için ayakta yapılan işlemler, tıbbi tedavi masrafları, gebelik ve doğum dâhil sözleşmede belirtilen giderler
- Yatış gerektiren durumlarda (Görsel 3.10) günlük hastane masrafları
- Hastalık nedeniyle çalışamayan sigortalının günlük iş görememe parası
- Bakıma muhtaç duruma gelen sigortalının kararlaştırılan bakım giderleri



Görsel 3.10: Yatarak tedavi gören hasta

Sağlık sigortası sözleşmesinin devam etmesi için sigorta ettiren ve sigortacının bazı yükümlülükleri yerine getirmesi gereklidir. Sigorta ettiren/sigortalı, sözleşme hazırlanırken doğru beyanda bulunmalı, primlerini ödemeli ve risk durumunda sigortacıya bu durumu bildirmelidir. Sigortacı ise sigorta poliçesini vermek, verilen teminatları belirtmek, hasar durumunda tazminat ödemek ve şirketini güçlü tutmakla yükümlüdür.



Türkiye'de primsiz sosyal güvenlik sistemi sosyal devlet olma anlayışının bir gereğidir.

BİLGİ KUTUSU



Sigorta poliçesi sigorta sözleşmesinin yazılı hâlidir (Görsel 3.11). Sigortalı ile sigortacının hak ve sorumluluklarını göstermektedir. Sigorta poliçesinde mutlaka olması gereken bilgiler şunlardır:

- Sigorta ettiren/sigortalı ve varsa aracı ile sigortacının isim, soyisim, ticaret unvanı ve adresleri
- Sigortanın konusu
- Sigortanın bedeli
- Prim tutarı ve ödeme koşulları
- Düzenleme tarihi
- Verilen güvenceler
- Güvence başlangıç ve bitiş tarihi



Görsel 3.11: Sigorta poliçesi



Sigorta sözleşmesi poliçede belirtilen tarihler arasında geçerlidir. Bitiş tarihinde sona erdiği gibi bazı durumlarda da sözleşme kısmen ya da tamamen sonlandırılabilir. Bu durumlar şunlardır:

- Karşılıklı anlaşma
- Taraflardan birinin talebi
- Riskin gerçekleşmesi
- Riskin olma ihtimalinin ortadan kalkması (sigortalının vefatı gibi)
- Aciz hâle düşme (şartlarının kötüleşmesinden kaynaklı primleri ödeyememe gibi)



BİLGİ KUTUSU

Ölüm şartlı hayat sigortalarında dördüncü şahıs olan lehtardan söz edilebilir. **Lehtar**, sigortanın sonuçlarından yararlanan kişidir. Hayatını ölüm şartı olarak sigorta ettiren sigortalı ölürse sigorta bedeli yasal varislere kalmaktadır ancak sigortalı başka bir kişinin de sigortadan yararlanmasını isteyebilir. İşte o kişiye lehtar (sigortadan faydalanan kişi) denir ve sigorta ettiren belirlediği lehtarı sigortacıya bildirmekle yükümlüdür.



SIRA SİZDE



Aşağıda boş bırakılan yerlere doğru kavramları yazınız.

1. Sigorta sözleşmesinin yazılı hâline denir.
2. Ülkedeki bütün vatandaşların sağlığını koruyarak tedavi masraflarını karşılayan devletin verdiği sağlık güvencesine denir.
3. Vefat şartı koyulan hayat sigortalarında sigorta ettirenin özellikle sigortadan faydalanmasını istediği kişiye denir.
4. SGK'ye kayıtlı olsun ya da olmasın sosyal sigorta veya poliçe şartlarına göre kişinin tanı ve tedavi masraflarını karşılayan sigorta çeşidine denir.
5. İsteğe bağlı olarak yaptırılan, hastalık ve kaza sonrası yaralanmaları teminat altına alan, hem hayat hem de hayat dışı durumları kapsayan sigorta çeşidinin ismi dır.



3.2.2. Hayat ve Hayat Dışı Özelliklerine Göre Sağlık Sigortası Çeşitleri

Hayat sigortaları, sigortalının sigorta süresi içinde vefat etmesi durumunda vârislerine ya da lehtarına toplu nakdi ödeme ya da gelir ödemesi yapılarak emeklilik gelirine katkı sağlamak amacıyla yapılır. Hayat sigortaları ölüm, sakatlık, tedavi giderleri, ameliyat vb. durumlarda teminat vermektedir. Hayat sigortalarına birikimli hayat sigortası, grup hayat sigortası, ferdi kaza sigortası ve sağlık sigortası örnek verilebilir.

Hayat dışı sigortalar, sigortalının maddi varlıklarını tehdit eden ve parayla ölçülebilen risklere karşı güvence sağlamaktadır. Yangın sigortası, kaza sigortası, taşımacılık ve tarım sigortası hayat dışı sigortalara örnektir. Hayat dışı sigortaların süresi bir yıldan az olup tespit edilen sigorta değeri ile ödenecek sigorta bedeli eşit olmalıdır.

Hayat ve hayat dışı özelliğine göre sigortalar sağlık, hastalık ve seyahat sağlık sigortası olmak üzere üçe ayrılır.

3.2.2.1. Sağlık Sigortası

Sağlık sigortası sigortalının acil yardım, tıbbi ve cerrahi tedavilerini karşılamayı teminat eden sigorta türüdür. Özel sağlık sigortalarında iki ana teminat vardır. Bunlar yatarak ve ayakta tedavi teminatlarıdır.

1. Yatarak Tedavi Teminatı: Hastanede yatışı gerektiren tedavilerde hastanede kalınan süredeki tıbbi ve cerrahi tüm tedavi ve hizmetleri karşılamaktadır.

2. Ayakta Tedavi Teminatı: Muayene, teşhis işlemleri (MR, USG, laboratuvar tetkikleri vb.) ve ayakta yapılan küçük müdahaleleri kapsamaktadır.

Sağlık sigortası, sigorta süresi boyunca sigortalının hastalanması ya da yaralanması hâlinde tedavilerini, varsa gündelik tazminatlarını ve poliçe şartlarını karşılamaktadır.

Grup sigorta poliçeleri, en az on beş kişinin tek bir sigorta poliçesi ile sigortalandığı hayat ve sağlık sigortaları için geliştirilmiş bir sigorta poliçe çeşididir. Genellikle belirli bir işletmede çalışanlar ya da belirli bir meslek kuruluşunun üyeleri, yöneticilerinin başvurusuyla grup sigorta poliçesinden faydalanırlar.

Tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortasının karşıladığı teminatların dışında kalan sağlık risklerini karşılayan bir sağlık sigortası türüdür. Kişiler isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırabilirler. Tamamlayıcı sağlık sigortası; kamu sağlık sigortasının karşılamadığı, teminat paketi dışında kalan muayene, teşhis, tedavi ve konaklama ücretlerini karşılar (Görsel 3.12).



Görsel 3.12: Tamamlayıcı sağlık sigortası ile fizik tedavi alan hasta



3.2.2.2. Hastalık Sigortası

Sadece kişinin bünyesinden kaynaklı ya da bulaşıcı nedenlerle yakalandığı hastalıkları karşılamaktadır. Hastalık sigortası, poliçede yazılan hastalıkları (kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, organ nakilleri gibi) poliçede yazılan tutarda karşılayan bir sigorta türüdür. Kaza sonucu yaralanmaların getirdiği olumsuzluklar da hastalık sigortası kapsamında değerlendirilir. Kaza veya hastalık sonucu sigortalı hayatını kaybederse artık kişi sağlık sigortası kapsamında ele alınır.

3.2.2.3. Seyahat Sağlık Sigortası

Ulaşım yollarından herhangi birini kullanarak yurt dışına giden ya da yurt dışından gelenleri, seyahatleri boyunca oluşabilecek risklere karşı koruyan sigorta türüdür. Sigorta şirketi, seyahat sırasında ortaya çıkan hastalık ve kaza nedeniyle oluşabilecek sağlık giderlerini poliçede belirtilen teminat tutarında karşılar. Yurt içi seyahatlerde sağlık sigortasının başlangıç ve bitiş tarihi poliçede belirtildiği gibidir. Yurt dışı seyahatlerinde ise ülke dışına çıkıldığının pasaportla tespitiyle başlar, sigortalının ülkesine döndüğünün pasaportla tespitiyle son bulur.

BİLİYOR MUYDUNUZ?



ABD, Avrupa Birliği üye ülkeleri ve diğer bazı ülkelere giriş izni alabilmek için kişilerin seyahat sağlık sigortası yaptırması zorunludur.

3.2.3. Sağlık Sigortası Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı sağlık sisteminin devamı için önemlidir. Bazı İskandinav ülkelerinde hem hizmet sunumu hem de finansmanı devlet eliyle yapılırken bazı Avrupa ülkelerinde hem devlet hem de özel sektör tarafından yapılmaktadır. ABD’de bu hizmetlerin finansmanı devlet desteği olmadan sadece özel sigortalar ya da cepten ödemeler şeklindedir. Türkiye’de ise devlet ve özel sektörün sunduğu hizmetler hem devlet desteği hem de özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanmasından sonra karşılaşılan sorun ödeme yöntemlerinin nasıl olacağıdır. Verilen sağlık hizmetinin çeşitliliği ve karmaşıklığı ödeme yöntemlerinin de çok çeşitli olmasına neden olmaktadır. Minimum kaynakla kaliteli ve adaletli bir hizmetin sunulabilmesi için farklı ödeme yöntemleri geliştirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde ödeme sistemi, sağlık hizmetini finanse eden kurumun sağlık hizmetini üreten kuruma veya kişilere, sigortalının kullandığı hizmet karşılığında ödeme yapmasını kapsar. Sağlık hizmeti ödemeleri doğrudan (Görsel 3.13) ya da dolaylı ödeme şeklinde olabilir. Alınan sağlık hizmetinin karşılığının cepten direkt olarak ödenmesi doğrudan ödemedir. Dolaylı ödemede ise sağlık hizmeti alınırken hiçbir ödeme yapılmaz. Alınan hizmetin bedeli kişinin önceden ödediği primlerle özel sigortalar ya da Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır. Kişilerin önceden ödediği prim ya da ödeme gücü



Görsel 3.13: Doğrudan ödeme



yoksa genel sağlık sigortası kapsamında devletin yatırdığı primler finansman kaynağı olarak kullanılır. Dolaylı ödeme yönteminde finansmanı sağlayan SGK ve özel sigortaların ödeyecekleri parayı hesaplamak için bazı modeller kullanılır. Bu modellerin sınıflandırılması Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1: Sağlık Sigortasında Ödeme Yöntemleri

Sağlık Profesyonellerine Ödeme Yöntemleri	Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri
<ul style="list-style-type: none"> • Maaş Yöntemi • Hizmet Başına Ödeme Yöntemi • Kişi Başına Ödeme Yöntemi • Prim Ödemesi Yöntemi • Vaka Başına Ödeme Yöntemi 	<ul style="list-style-type: none"> • Bütçe Ödemesi Yöntemi • Hizmet Başına Ödeme Yöntemi • Günlük Ödemeler Yöntemi • Kişi Başına Ödeme Yöntemi • Vaka Başına Ödeme Yöntemi • Düz Oranda Ödeme Yöntemi

3.2.3.1. Sağlık Profesyonellerine (Çalışanlarına) Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmeti sunucuları, bireysel ya da kurum bünyesinde çalışan sağlık personeli olmak üzere iki çeşittir. Bireysel çalışanlar; uzman doktorlar, aile hekimleri, diş hekimleri ve evde bakım hemşireleri olabilir. Çalışan ve hasta memnuniyetini artırmak amacıyla sağlık profesyonellerine yapılan ödemeler altı başlık altında toplanmaktadır.

a) Maaş Yöntemi: Maaşa dayalı ödeme yöntemi sağlık sigortası ile hizmet sunucuları arasında yapılan ve belirlenen zamana karşılık ödeme yapılması esasına dayalıdır. Maaş usulü çalışma belli saat ve koşullarda çalışan personele (Görsel 3.14) genellikle bir aylık ödeme yapılmasıyla karakterizedir. Yapılan ödeme hasta sayısı, hizmet kalitesi, hizmetin maliyeti gibi değişkenlerden bağımsızdır. Dünyada en yaygın olan ödeme yöntemlerinden biridir.



Görsel 3.14: Maaş usulü çalışan sağlık personeli

b) Hizmet Başına Ödeme Yöntemi: Sağlık personellerine verdikleri hizmet karşılığında ödeme yapılmasına dayanan yöntemdir. Tanı ve tedavi işlemi başına belirlenen miktarların ödemesinin sağlık personeline yapılmasıdır. Mesela bir doktora yaptığı muayene ve ameliyat başına, bir eczacıya verdiği bir kutu ilaç başına ücret ödenmektedir. Bu yöntem daha çok özel muayenehane hekimliği ve özel sektör çalışanları için kullanılmaktadır.

c) Kişi Başına Ödeme Yöntemi: Doktora kendisine bağlı her kişi için sabit ve genellikle de yıllık ortalama üzerinden yapılan ödeme yöntemidir. Bu yöntemde hastalara sunulan hizmetin miktarına bakılmaz.



Görsel 3.15: Birinci basamak sağlık kuruluşu

Hekime o dönem baktığı her hasta için ödeme yapılır. Özellikle hastaları ile sürekli iletişimde olan hizmet sunucuları için uygun olan bu yöntem genellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında (Görsel 3.15) kullanılmaktadır. Türkiye’de aile sağlığı merkezlerinde hekim ve hemşirelere ödenen maaş uygulaması bu yönetime örnektir.

ç) Prim Ödemesi Yöntemi: Hizmet sunucularını teşvik etmek amacıyla verilen ek ödemelerdir. Ülkelerin sağlık politikası ve ekonomik çıkarı amacıyla belirlenen hedefe ulaşan sağlık personeline önceden belirlenen prim ödemesi yapılır. Örneğin daha az ve ucuz ilaç yazan hekim daha fazla prim almaktadır. Toplumda aşılama oranını artırmak amacıyla sorumlu olduğu bölgesinde aşılama yüzdesini yakalayan aile hekimlerine prim ödemesi yapılması da bu yönetime örnektir.

d) Vaka Başına Ödeme Yöntemi: Hekim ve diğer sağlık personeline önceden belirlenen kriterler çerçevesinde vakanın tanısına göre ödeme yapılmasına dayalı yöntemdir. Bu yöntemde tedavi edilen vakanın çeşidine göre ödeme yapılır. Doktor hastasına koyduğu teşhise göre ücret alır. Ücretlendirme iki farklı yönetime göre yapılmaktadır. Bunlar:

- **Teşhisin ne olduğuna bakılmadan her vaka için sabit fiyat esasına dayalı vaka başına ödeme**, vakanın şiddetine ve hastalığın tedavisinin ne kadar maliyetli olduğuna bakılmaksızın her vaka başına hekime ödeme yapılmasıdır.
- **Teşhislerin sınıflandırılmasına dayalı vaka başına ödemede**, en sık kullanılan sınıflandırma yöntemi **Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG)** yaklaşımıdır. Hastanın yaş, cinsiyet gibi çeşitli özellikleri, teşhisi, komplikasyonları ve tıbbi işlemlerine göre sınıflandırılmasının ardından her kategori için maliyetin hesaplanarak hekime ödeme yapılması işlemidir. Yatan hastaların sınıflandırılması için kullanılan bu uygulama Türkiye’nin de kullandığı bir yöntemdir.

SIRA SİZDE

Aşağıda verilen sağlık çalışanlarına ödeme yöntemlerinin tanımlarını karşısına yazınız.



ÖDEME YÖNTEMİ	TANIM
1. Prim ödemesi yöntemi	
2. Vaka başına ödeme yöntemi	
3. Maaş yöntemi	<i>Belirlenen zamana karşılık hizmet veren sağlık çalışanlarına yapılan ödeme yöntemidir.</i>
4. Hizmet başına ödeme yöntemi	
5. Kişi başına ödeme yöntemi	



3.2.3.2. Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri

Sağlık sigortası şirketleri ya da kamu kurumlarının hastaneler, sağlık merkezleri, görüntüleme merkezleri ve poliklinikler gibi sağlık hizmeti sunucularına yaptığı ödemelerdir. Sağlık kurumlarına yapılan ödemeler, hizmet sunucularının bina ve ekipman gibi yatırımlarını kapsadığı gibi hastalara hizmet sunduğu durumları da kapsamaktadır. Sağlık kurumlarına yapılacak ödeme yöntemlerinin hizmet sunucularının kaliteli hizmet verebilmesine olanak sağlayacak ve gereksiz hizmet sunumunun önüne geçiş israfı önleyecek nitelikte olması gerekmektedir. Sağlık kurumlarına ödemede kullanılan yöntemler altı başlık altında toplanmaktadır.

a) Bütçe Ödemesi Yöntemi: Belirli bir sürede sunulan sağlık hizmeti maliyetinin ileriye dönük toplu sabit ödemeler şeklinde yapılmasıdır. Yapılan ödeme miktarı bir önceki yıl yapılan ödemeler ve enflasyon oranlarına göre belirlenir. Sağlık kurumlarına bütçe ödemesi harcama kalemlerine göre (maaş, ilaç, malzeme, tamir, bakım vb. masraflar) ya da bir yıllık tahmini gider şeklinde yapılır.

b) Hizmet Başına Ödeme Yöntemi: Sağlık kurumlarına sunmuş olduğu hizmet (Görsel 3.16) ya da ürün başına yapılan ödeme yöntemidir. Özellikle hizmetler, ilaçlar, sarf malzemeler gibi giderlerin bedellerinin ödenmesinde kullanılır. Örneğin sunulan her bir tedavi hizmeti, yapılan her bir tetkik için hastaneye ilgili kamu kuruluşu tarafından ödeme yapılmasıdır.



Görsel 3.16: Hizmet alan hasta

c) Günlük Ödeme Yöntemi: Hastaya günlük verilen hizmetler (ilaçlar, tedavi, konaklama vb.) için yapılan harcamaların ödenmesi esasına dayanır. Ödeme yapılacak miktar, sağlık kurumunun bir yıllık maliyetinin hesaplanmasıyla başlar. Daha sonra belirlenen maliyet, sağlık kurumunun bir yıl içinde toplam yatan hasta gün sayısına bölünerek bir hastanın bir günlük masrafı bulunur. Böylece sağlık kurumlarına yapılacak ödeme miktarı belirlenmiş olur. Burada ödemeler sağlık kurumlarının yapısına göre farklılık gösterebilir. Örneğin bir şehir hastanesi ile ilçedeki bir aile sağlığı merkezine yapılan ödeme aynı değildir.

ç) Kişi Başına Ödeme Yöntemi: Ödemeyi yapan tarafla hastane arasında yapılan sözleşme kapsamında sigortalı her kişi için, hizmet alsın ya da almasın, belirli dönemi kapsayan hastaların tüm tedavi masrafları için hastaneye ödeme yapılmasıdır. Sağlık kurumlarına kişi başına ödeme yöntemi, sağlık profesyonellerine kişi başına ödeme yöntemiyle aynı şekilde hesaplanmaktadır. Ödemeler her kişi için aynı ücret üzerinden ya da yaş, cinsiyet, ikamet yeri, meslek gibi faktörler üzerinden yapılır.

d) Vaka Başına Ödeme Yöntemi: Sağlık kurumu tarafından tedavi edilen her bir vaka için sağlık kurumuna önceden belirlenen miktarda ödeme yapılmasıdır. Ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemi kullanılır. Her vaka için sabit bir fiyat ödemesi yapılabileceği gibi maliyet ve tıbbi benzerliklere göre de ödeme yapılabilir. TİG sınıflandırması bu yöntem için kullanılır. TİG ile benzer özelliklere ve hastalıklara sahip vakaların sınıflandırılması, maliyet hesaplaması yapılır ve ödemeler gerçekleştirilir.

e) Düz Oranda Ödeme Yöntemi (Ücret Ödemesi): Yatırım ve kuruluş masraflarında kullanılmak üzere sermaye sağlamak amacıyla tercih edilir. Bu yöntem ile sağlık kurumlarına cihaz ve malzeme alımı için bütçe sağlanmaktadır. Düz oranda ödeme yönteminin etkili olabilmesi için sağlık kurumunun ihtiyacı olan ekipmanların ve ortalama ömürlerinin doğru bir şekilde saptanması önemlidir.

**SIRA SİZDE**

Aşağıdaki tanımların hangi ödeme yöntemi olduğunu belirleyerek karşısına yazınız.



TANIMLAR	ÖDEME YÖNTEMİ
1. Tedavi edilen her hasta için sağlık kurumuna ödeme yapılmasıdır.	<i>Vaka başına ödeme yöntemi</i>
2. Hastaya yapılan günlük harcamalar için kullanılan ödeme yöntemidir.	
3. Vermiş olduğu hizmet nedeniyle sağlık kurumlarına ödeme yapılmasıdır.	
4. Belirli bir zamanda verilen sağlık hizmetinin ileriye dönük olarak ödenmesidir.	
5. Belirlenen bir dönem için hizmet alsın ya da almasın sigortalı her birey için ödeme yapılmasıdır.	

ETKİNLİK

Etkinlik Adı : Özel Sağlık Sigortasının Avantajları ve Dezavantajları

Etkinlik Amacı : Özel sağlık sigortasının avantajları ve dezavantajlarını kavramak.

Yönerge : Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek "Özel Sağlık Sigortasının Avantajları ve Dezavantajları" etkinliğini gerçekleştiriniz.

- Sınıftaki öğrenciler eşit sayıda olacak şekilde iki gruba ayrılır.
- Sınıf düzeni iç içe iki çember oluşturacak şekilde ayarlanır.
- Birinci grup içteki, ikinci grup dıştaki çemberi oluşturan sandalye ya da sıralara oturur.
- İç çemberdekiler "Özel sağlık sigortası yaptırmak gerekli midir? Özel sağlık sigortasının avantajları ve dezavantajları nelerdir?" konusu üzerine fikirlerini söyler.
- İç çemberdekiler tartışırken dış çemberdekiler tartışmayı izler.
- Dıştaki öğrenciler isterlerse içtekilere soru sorabilir.
- İç çemberdeki öğrenciler dıştakilerle yer değiştirerek aynı yöntem onlara da uygulanır.

**OKUMA METNİ****Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 28 Haziran 2012 tarihinde yayınlanan 2012/25 sayılı Genelge ile Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık



Sigortası ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Konuyla ilgili olarak SGK'ye sıkça sorulan sorular ve cevaplarından bazıları şöyledir:

1. Tamamlayıcı sağlık sigortası nedir? Genel sağlık sigortası ile nasıl bir ilişkisi vardır?

Cevap: Kurum tarafından kapsama alınmayan, kapsama alındığı hâlde kısmen karşılanan yani cepten ilave ücret ödemesi yapılan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası türüdür.

Ülkemizde uygulanmakta olan genel sağlık sigortası tarafından karşılanmayan hizmetleri (estetik amaçlı müdahaleler, özel hastanelerde çıkan ilave ücretler gibi) kapsamaktadır.

28.06.2012 tarihli ve 2012/25 sayılı Genelge öncesi hastaneler aynı sağlık hizmetini iki ayrı kuruma (Sosyal Güvenlik Kurumu ve Özel Sağlık Sigortası Şirketi) fatura ettiğinde SGK ödemeleri açısından sorun oluşur, bu nedenle sağlık hizmetine ait fatura ya tamamen sadece SGK'ye ya da tamamen sağlık sigortası şirketine fatura edilirdi. İlgili kısmın kuruma, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) miktarını aşan kısmın ise sigorta şirketine fatura edilmesi mevzuatsal açıdan mümkün değildi. Bu nedenle ilave ücret ve otelcilik ücreti gibi ortaya çıkan fiyat farkları hastalar tarafından cepten ödenirdi. Genelge ile hastalar tarafından cepten ödenen bu kısımların (hastalar tarafından istenildiği ve sigorta poliçesi satın alınması hâlinde) sigorta şirketleri tarafından hastanelere ödenebilmesinin yolu açılmıştır.

2. Bu Genelge ile SGK kapsamından çıkarılıp özel sigorta kapsamına alınan herhangi bir sağlık hizmeti var mıdır?

Cevap: Hayır. SGK tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinin kapsamında herhangi bir değişiklik olmamıştır. Genelge öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerine ait bedeller aynı şekilde karşılanmaya devam edilmektedir. Genelge yalnızca mevcut durumdaki uygulamayı SGK açısından düzenlemiştir.

3. Genel sağlık sigortası olan kişiler tamamlayıcı sağlık sigortası da yaptırmak zorunda mıdır?

Cevap: Hayır. Tamamlayıcı sağlık sigortası tamamen isteğe bağlı olup, genel sağlık sigortalısı kişinin sağlık hizmet bedelinin SUT'ta belirtilen tutarı kurum tarafından bu tutarı aşan ilave ücret gibi kısımları ise tamamlayıcı sağlık sigortası sigorta şirketi tarafından ödenmektedir.

4-Hangi hizmetler tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındadır?

Cevap: Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri (estetik girişimler, akupunktur gibi alternatif tedaviler vs.), ilave ücret tutarları, otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarlar, sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği fiyatları üzerinde kalan tutarlar.

5. Hasta katılım payları da tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında mıdır?

Cevap: Hayır, kanun gereği hasta katılım payları özel sigorta konusu yapılamamaktadır. Bu nedenle bu tutarlar hastalar tarafından ödenmektedir.

Kaynak: "http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/alo170_BimerSSS/saglik_hizmetleri/tamamlayici_sigorta " adresinden alınmış ve düzenlenmiştir (Erişim tarihi: 07.04.2022, erişim saati: 18.15).



ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıda verilen soruların doğru cevabını işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi sosyal sağlık sigortasının amaçlarından biri değildir?

- A) Kişilerin sağlıklarını korumak.
- B) Toplumdaki herkesin sağlık hizmetinden eşit şekilde faydalanmasını sağlamak.
- C) Bütün sağlık harcamalarının finansmanını sağlamak.
- D) Sağlık harcamalarının devlet tarafından karşılanacağını taahhütünü vermek.
- E) Bireylere sağlık güvencesi sunmak.

2. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sigortasının yararlarından değildir?

- A) Bireylerin geleceğe güvenle bakmasını sağlar.
- B) Sağlık hizmetine olan talep düşer.
- C) Sağlık hizmeti kalitesinin artmasını sağlar.
- D) Sağlık riskleri teminat altına alınabilir.
- E) Sigorta primleri devlete ekonomik destek olur.

3. Sigorta poliçesi için aşağıda verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- A) Sigorta sözleşmesinin yazılı hâlidir.
- B) Sigortalının hak ve sorumluluklarını gösterir.
- C) Sigorta poliçesi yapmadan sigorta sözleşmesi yapılabilir.
- D) Sigorta sözleşmesinin yapıldığını gösteren bir kanıttır.
- E) Taraflardan birinin talebi ile sözleşme sonlandırılabilir.

4. Hiçbir güvencesi olmayan kişilerin gelir durumunu tespit ettirmek için aşağıdaki kurumlardan hangisine başvurması gerekir?

- A) Muhtarlık
- B) Sosyal Güvenlik Kurumu
- C) Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı
- D) İlçe Sağlık Müdürlüğü
- E) İl Sağlık Müdürlüğü

5. Türkiye’de genel sağlık sigortası hangi tarihte uygulanmaya başlamıştır?

- A) 05.12.2006
- B) 25.10.2008
- C) 01.08.2010
- D) 01.01.2012
- E) 05.05.2014

6. Aşağıdakilerden hangisi sosyal sağlık sigortasının bir özelliğidir?

- A) Kâr amacı güder.
- B) Gönüllü yapılıdır.
- C) Riskler dışlanabilir.
- D) İstisnalar dışında zorunludur.
- E) Katkılar bireysel risklere göre belirlenir.

7. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sigortası kavramının özelliklerindedir?

- A) Tanı testlerini karşılamaz.
- B) Özel yaşamdaki kazaları kapsamaz.
- C) Hastalık sonucu tedavileri kapsar.
- D) Sosyal güvenlik sistemine bireysel kayıt olma şartı aranır.
- E) Özel sigorta yaptırılarda sosyal sağlık sigortası devre dışı kalır.



- 8. Aşağıdakilerden hangisi sosyal sağlık sigortası uygulamasında hiçbir koşul aranmaksızın sağlık hizmeti alabilecek durumlardan biri değildir?**
- A) İşsizlik
B) İş kazaları ve meslek hastalıkları
C) Koruyucu sağlık uygulamaları
D) Acil durumlar
E) Bağımlılık yapıcı maddeleri önlemeye yönelik yapılan çalışmalar
- 9. Aşağıdakilerden hangisi özel sağlık sigortasında sigortalının verdiği teminatlardan biri değildir?**
- A) Yatarak tedavide günlük hastane masrafları
B) Hastalık nedeniyle çalışamayan sigortalının günlük iş görememe parası
C) Hastalık nedeniyle yapılan tedavi bakım masrafları
D) Sözleşmede belirtilmediği hâlde sonradan ortaya çıkan özel giderler
E) Hastalığın erken tanısı için ayakta yapılan teşhis masrafları
- 10. En az on beş kişinin tek bir sigorta poliçesi ile sigortalandığı poliçe çeşidi aşağıdakilerden hangisidir?**
- A) Grup sigorta
B) Tamamlayıcı
C) Hayat
D) Hayat dışı
E) Hastalık
- 11. Çocukları için özel sağlık sigortası yaptıran kişi taraf olarak kimdir?**
- A) Sigorta acentası
B) Sigorta ettiren
C) Kanuni temsilci
D) Lehtar
E) Sigortalı
- 12. Aşağıdakilerden hangisi hayat sigortalarının özelliği değildir?**
- A) Sigorta süresi sonunda kişiye toplu para ödemesi yapılır.
B) İnsan hayatını ilgilendiren riskleri kapsar.
C) Sigorta ettiren ile sigortalı her zaman aynı kişidir.
D) Ölüm, sakatlık, tedavi masrafları gibi durumlar için teminat verir.
E) Emeklilik gelirine katkı sağlamak amacıyla yapılır.
- 13. Kişinin yaptığı işin niteliğinden kaynaklı hastalığa yakalanması aşağıdaki risk gruplarından hangisine girer?**
- A) İş kazaları
B) İşsizlik
C) Kalıtsal hastalık riskleri
D) Meslek hastalıkları
E) Biyolojik hastalık riskleri
- 14. Aşağıdakilerden hangisi kişinin hastalık ve kazalar sonucu oluşabilecek sağlık giderlerini karşılar?**
- A) Sağlık sigortası
B) Tatil sigortası
C) Kaza sigortası
D) Ferdi sigorta
E) Tamamlayıcı sigorta
- 15. Aşağıdakilerden hangisi hastalık sigortasının özelliklerinden değildir?**
- A) Kişinin bünyesinden kaynaklı hastalıklar için teminat verir.
B) Hastalık ölümle sonuçlansa bile hastalık sigortası devam eder.
C) Kaza sonucu yaralanmayı kapsar.
D) Bulaşıcı hastalıkları kapsar.
E) Poliçede belirtilen kronik hastalıkları kapsar.



16. Aşağıdakilerden hangisi özel sağlık sigortasının özelliğidir?

- A) Sigorta fiyatını belirleyen en önemli faktör risk yönetimidir.
- B) Prim oranı çok kere sabit olup sadece gelir miktarına bağlı olarak değişir.
- C) Önemli olan toplum sağlığını korumak ve toplumu oluşturan bireyleri iyileştirmektir.
- D) Sigorta sözleşmesinin içeriğini tespit etme özgürlüğü bulunmamaktadır.
- E) Özel sağlık sigortalarında talep kısa süreli ve yüksek maliyetli olduğu için hizmet kapsamı daha geniştir.

17. Belirli saat ve koşullarda çalışan sağlık personeline genellikle bir aylık ödeme yapılmasına dayanan ödeme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Vaka başına ödeme yöntemi
- B) Prim ödemesi yöntemi
- C) Maaş yöntemi
- D) Hizmet başına ödeme yöntemi
- E) Kişi başına ödeme yöntemi

18. Aşağıdakilerden hangisi herhangi bir ulaşım yolunu kullanarak yurt içi veya yurt dışına yolculuk yapma sebebiyle yolculuk sırasında karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı koruyan sigorta türüdür?

- A) Hastalık sigortası
- B) Tamamlayıcı sağlık sigortası
- C) Seyahat sağlık sigortası
- D) Acil sağlık sigortası
- E) Turizm sigortası

19. Aşağıdakilerden hangisi sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemlerinden değildir?

- A) Toplu ödeme yöntemi
- B) Hizmet başına ödeme yöntemi
- C) Vaka başına ödeme yöntemi
- D) Kişi başına ödeme yöntemi
- E) Prim ödemesi yöntemi

20. Doktor ve diğer sağlık personellerine önceden belirlenen kriterler çerçevesinde hastasına koyduğu teşhise göre ücret verildiği ödeme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Hizmet başına ödeme
- B) Vaka başına ödeme
- C) Kişi başına ödeme
- D) Maaş ödemesi
- E) Prim ödemesi

4. ÖĞRENME BİRİMİ



TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ?

- Sağlık Hizmetleri Finansmanı
- Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri
- Sağlık Hizmetlerinin Cepten Finansmanı
- Sağlık Hizmetlerinin Özel Sağlık Sigortası Aracılığı İle Finansmanı
- Sağlık Hizmetlerinin Zorunlu Sosyal Sigorta Aracılığı İle Finansmanı
- Sağlık Hizmetlerinin Vergiler İle Finansmanı

TEMEL KAVRAMLAR

- Cepten ödeme
- Genel sağlık sigortası
- Özel sağlık sigortası
- Sağlık hizmeti finansmanı
- Sosyal güvenlik kurumu
- Zorunlu sağlık sigortası

KONULAR

4.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN PİYASA EKONOMİSİ ARACILIĞIYLA FİNANSMANI

4.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU EKONOMİSİ ARACILIĞIYLA FİNANSMANI





4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

Bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de ihtiyaçlar sınırsız olmasına rağmen kaynaklar sınırlıdır. Bununla birlikte teknoloji ve tıbbın ilerlemesiyle sağlık hizmetlerinin maliyetleri de artmıştır. Bu nedenle sağlık sektöründe elde olan kaynakların dikkatli kullanılması sağlık sisteminin başarılı yürütülebilmesi için çok önemlidir.

Kişilere yeterli düzeyde sağlık hizmetinin sunulabilmesi için yeterli maddi kaynağın piyasa veya devlet tarafından sağlanması gerekmektedir. **Sağlık sisteminin finansmanı** birincil (kişilerin cepten yaptığı nakdi ödemeler) ve ikincil kaynaklardan gelirlerin toplanması, belirli bir havuzda biriktirilerek sağlık hizmeti verenlere geri ödemede bulunulması sürecidir (Görsel 4.1).



Görsel 4.1: Sağlık hizmetleri finansmanı

4.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN PİYASA EKONOMİSİ ARACILIĞIYLA FİNANSMANI



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Sizce sağlık hizmetlerinin alınabilmesinde sigortalı olmanın etkileri nelerdir?
2. Tamamen piyasa ekonomisi ile finanse edilen bir sağlık sisteminin sizce avantaj ve dezavantajları neler olabilir?

Birey ve toplumların en önemli zenginlik göstergelerinden biri sağlıktır. Teknolojinin ve sanayinin gelişmesiyle artan yaşam süresine bağlı olarak sağlık harcamalarına ayrılan pay da giderek büyümektedir. Sağlık sisteminin temel fonksiyonlarından biri olan finansman, bir ülkedeki sağlık yapılanmasını belirleyen temel öğelerden biridir. Sağlık hizmetleri için gerekli olan finansman devlet eliyle sağlanabildiği gibi bazı durumlarda ve ülkelerde piyasa ekonomisi ile de sağlanabilmektedir. Kaynak hangi yol ile sağlanırsa sağlansın iyi yönetilen bir sağlık sisteminde arzu edilen şey, bireyleri beklenmedik durumda bile karşıya kalınan sağlık hizmeti maliyetinden korumaktır.

Türkiye'de sağlık sisteminin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Bir taraftan belirli bir kesim için sağlık sigortacılığı uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmakta ve sistemin finansmanında özel harcamalar da pay almaktadır.

Bu finansmanların yanında Türkiye'de düşük ölçekte olsa da özel sağlık sigortacılığı, sigorta sandıkları, vakıf üniversiteleri gibi kaynaklar ve hane halkının sağlık harcamaları (cepten harcamalar) olmak üzere özel sektör sağlık harcaması kullanılmaktadır.

4.1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında üç temel işlev bulunmaktadır: Gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma. Sağlık hizmetlerinin finansmanında gelir toplama işlevi çalışanlardan ve



işverenlerden para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma sürecidir. Bu süreç kimin, hangi yöntemle ne kadar ödeme yapacağı ve bu ödemelerin kimleri/neleri kapsayacağı, aynı zamanda ödemeleri toplayacak kurumları içermektedir. Gelir toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları ve bağışlar oluşturmaktadır.

Gelir toplama yöntemleri “finansman yöntemleri” olarak da adlandırılmaktadır ve temel amaç bireyler için belirsiz olan sağlık ihtiyacının finansal riskinin paylaşılmasıdır. Fon havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar genellikle aynıdır ve hizmet sunuculara ödeme yapmada kimin adına ödeme yapılacağı bellidir.

İşletmeler çok farklı finansman teknikleri kullanabilir. Konu sağlık olduğunda ise bu yöntemler genellikle diğerlerinden ayrılmakta ve sektöre has sistemler ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri, cepten ödeme ve özel sağlık sigortasını içeren **piyasa ekonomisi aracılığıyla** zorunlu sağlık sigortası ve vergilerle finansmanı içeren **kamu ekonomisi aracılığıyla** ya da bu ikisinin değişik şekillerde birleştirilmiş olduğu bütünlendirilmiş yöntemlerle finanse edilir (Şema 4.1).



Şema 4.1: Sağlık hizmetlerinin finansmanı

Bu finansman şeklinde hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi sürecinde sağlık hizmeti verenler ile hizmet talebinde bulunanlar serbest piyasa koşullarında arz ve talebe göre oluşan denge fiyatını kabul ederler. Böyle bir ortamda sağlık hizmeti talep eden kişiler söz konusu sağlık hizmetinin doğuracağı maliyetleri direkt kendileri ödeyebileceği gibi özel sigorta kuruluşları aracılığıyla da karşılayabilirler.

BİLİYOR MUYDUNUZ?



Serbest Piyasa Ekonomisi: Ekonomik faaliyetlerin rekabet şartları altında serbestçe yapılabildiği, devlet kontrolü olmayan arz ve talebe dayalı bir ekonomik sistemdir.

Belli bir dönemde satılmak üzere piyasaya sunulan mal miktarına **arz** denir. **Talep** ise belirli bir fiyattan satın alınmak istenen mal ve hizmet miktarıdır. Arz edilen miktarın talep edilen miktara eşit olması durumuna **arz-talep dengesi** denmektedir.

Burada önemli olan husus, gerek kişilerin sağlık hizmetlerini doğrudan kendi ödemeleri ile elde etmesinde ve gerekse finansmanın özel bir sağlık sigortası aracılığıyla sağlanmasında herhangi bir kamu müdahalesinin söz konusu olmamasıdır. Yani sağlık sistemi tamamen özel kişi ya da kuruluşların fon aktarımları ile finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin serbest piyasa koşullarında finansmanı cepten ödeme ve özel sağlık sigortası olmak üzere iki şekilde ortaya çıkabilmektedir.



BİLGİ KUTUSU

Türkiye'de özel sağlık hizmeti veren kuruluşlar ile Sosyal Güvenlik Kurumu sözleşme yapabilmektedir. Yapılan bu sözleşme doğrultusunda özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmetlerinin bedelleri SGK tarafından karşılanmaktadır.



4.1.2. Cepten Ödemeler Yoluyla Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Cepten ödeme yönteminde kişi sağlık hizmetini satın almaktadır. Dolayısıyla birey hizmet alımını gerçekleştirirken yaptığı harcamaları daha sonra kamu ya da özel kaynaklardan iade olarak tahsil etmekte, hizmetin finansman yükünün tamamını kendi taşımaktadır.

Bireylerin aldıkları sağlık hizmeti karşılığında belirlenen bedeli doğrudan kendilerinin ödediği ve hastalık riskinden korunma adına herhangi bir önlem içermeyen finansman yöntemidir. Böylece hasta veya hasta yakını olan hane halkının sağlık hizmeti alırken veya tedavi görürken aynı yerde ödeme yapması zorunlu olmaktadır (Görsel 4.2).

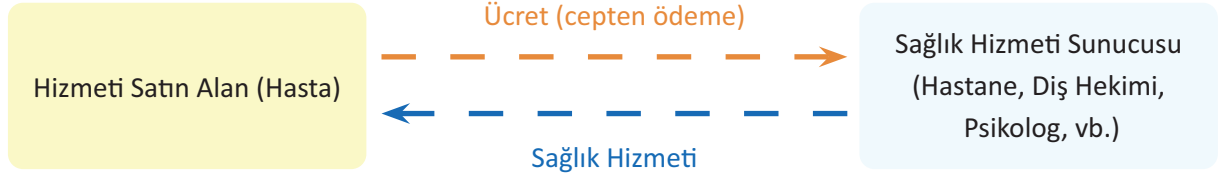


Görsel 4.2: Sağlık hizmeti alan hasta

Cepten ödeme sistemi, hizmeti kullanan bireyin hiçbir aracının veya primin olmadığı, ödemenin direkt hizmet sunumu anında hizmeti sunan birime yaptığı sistemdir. Bireyin doğrudan hizmet sunan birime hizmet anında ödeme yapmasıyla sağlık harcamaları finansmanının en basit şekli oluşmaktadır.

Bu yöntemle birlikte birey ödemeyi hizmet anında yaptığı için herhangi bir sağlık problemi olmadığı zamanlarda herhangi bir aracıya ya da kuruma ödeme yapmayacaktır. İnsanoğlunun her zaman bir hastalanma riski taşıması sebebiyle hastalık durumunda karşılaşılan maliyet, hastalığın türü ve tedavi sürecine göre çok az veya çok fazla olabilmektedir. Böyle bir durumda yüksek gelirli kişiler maliyet karşısında fazla etkilenmez iken düşük gelirli kişilerin bütçeleri sarsılmaktadır.

Kısacası bu yöntemde bireylerin sağlık riski her daim olurken sağlık hizmeti görmenin maliyeti sisteme dâhil olmadıklarından daha zorlayıcı olmaktadır.



Şema 4.2: Cepten ödeme sistemi ile finansman

Yukarıdaki şekilde cepten ödeme sistemiyle sağlık hizmetlerinin finanse edilme süreci gösterilmektedir (Şema 4.2). Bu finansal sistemde herhangi bir aracı kuruluş bulunmamakta, hizmeti satın alan (hasta) ile sağlık hizmeti sunucusu (hastane, diş doktoru, psikolog vb.) karşılıklı olarak sağlık hizmeti alım satımı yapmaktadır.

İçinde bulunulan zamanda giderek artan sağlık harcamalarının cepten ödeme ile hizmetten yararlananlar tarafından finanse edilmesi yoluyla azalabileceği ileri sürülmektedir. Çünkü bireyler, sağlık hizmeti satın alma maliyetini bizzat kendileri üstleneceklerinden gereksiz yere sağlık kurumlarına gitmeyecekler, bu şekilde sistemden daha az ve sadece gerekli olduğunu hissettiklerinde yararlanacaklardır. Fakat bireyler sağlık ile ilgili problemlerinin hangisinin önemli hangisinin önemsiz olduğu konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarından bunu kendileri saptayamayacaklardır. Bu nedenle son derece önemli olan ve gecikmeksizin müdahale edilmesi gereken bir hastalık maddi kaygılar nedeniyle ertelenebilecek ve bunun sonucunda ortaya çıkacak yeni sağlık problemlerinin maliyetleri katlanarak artabilecektir.

Örneğin baş ağrısı yaşayan kişinin (Görsel 4.3) bu durumu önemsememesi ve sağlık kuruluşuna gitmemesi olası bir beyin tümörü teşhisini geciktirecek ve tedavi masraflarını daha da artıracaktır. Böyle bir ortamda sağlık hizmetlerinden sadece ödeme gücü yeterli olan bireyler tam olarak yararlanabileceklerdir. Dolayısıyla bu durum sağlıklı yaşama hakkının toplumun her kesimine sağlanması düşüncesine aykırılık oluşturmaktadır.



Görsel 4.3: Baş ağrısı olan hasta

SIRA SİZDE

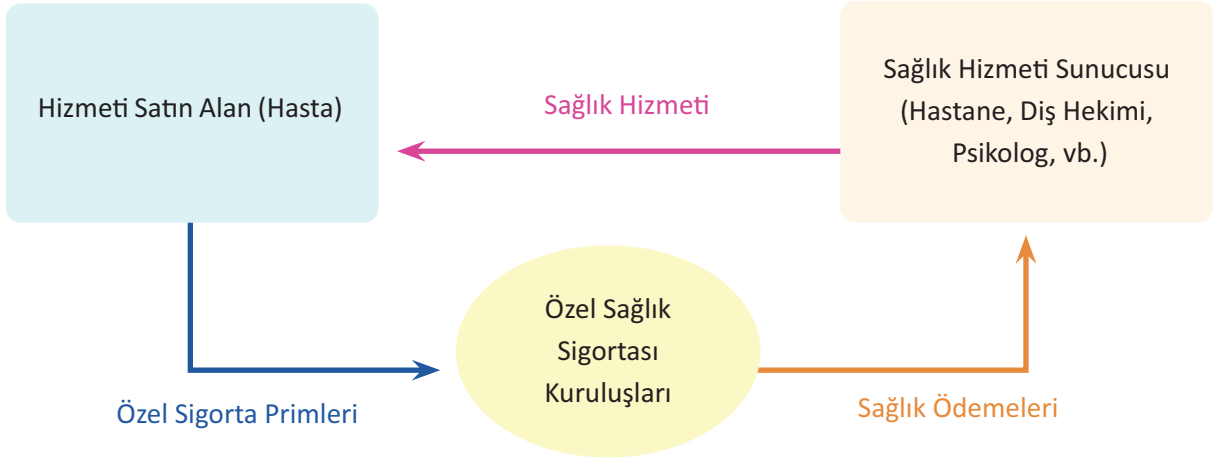
Sizce özel sağlık sigortası satın almak amacıyla yapılan prim ödemeleri cepten harcama finansman yöntemi kapsamına girer mi? Sebebini açıklayınız.





4.1.3. Özel Sağlık Sigortası Yoluyla Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi yoluyla finanse edilmesinin bir diğer aracı özel sağlık sigortası kurumlarıdır. Özel sağlık sigortalarının işleyişleri kamu sağlık sigortalarına oldukça benzerdir. Özel sağlık sigortası, bireylerin hastalık hâlinde oluşabilecek gelir kayıpları ve hastalığın finansal riskini azaltma amacıyla özel sigorta şirketlerine prim ödemesi yapmalarını ifade etmektedir. Bu finansman yönteminde alınan sağlık hizmeti karşılığında geri ödeme özel sağlık sigortası tarafından yapılır. Yani bireylerin ya da kurumların sağlık risklerini sigortalaması söz konusudur. Özel sağlık sigortası sistemi ile yapılan finansmanlar cepten yapılan ödemelerin olumsuz özelliklerini bir ölçüde giderebilecek özellikleri bünyesinde barındırmaktadır. Bu sistemde, hizmeti satın alan ile hizmeti veren arasında aracı rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır (Şema 4.3). Özel sağlık sigortası kuruluşları sağlık hizmeti alıcısı pozisyonunda olan bireylerden prim toplamakta, olası bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda ise bireylerin sağlık hizmeti aldıkları kurum veya kişilere hizmetin bedelini ödemektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortası kuruluşlarına **üçüncü taraf ödeyici** denilmektedir.



Şema 4.3: Özel sağlık sigortası ile finansman

Özel sağlık sigortalarına kişilerin yaptığı prim ödemeleri kamu sağlık sigortalarından farklı olarak isteğe bağlı yapılan ödemelerdir. Bunun yanı sıra özel sağlık sigortaları emeklilik, sakatlık gibi fonksiyonları kapsamayan, sigorta prim bedeli riske bağlı olarak değişen sigorta sistemleridir. Kamu sağlık sigortaları ise risk düzeyi ile ilgilenmeksizin maaş gibi ölçütlere bağlı olarak prim toplamaktadır.

Özel sağlık sigortalarında anlaşma, sigortalanacak birey ve sigorta şirketi tarafından belirlenen esaslara göre oluşturulur. Oluşturulan anlaşma **sigorta poliçesidir**.



BİLGİ KUTUSU

Prim kelimesinin birden fazla anlamı vardır. İş sektöründe **prim**, iş yaparı isteklendirip verimini artırmak amacıyla verilen paraya denir. Para piyasasında ürün, taşınır değer, döviz gibi varlıkların gelecekteki fiyatının yükselmesi durumuna **prim** denir. Sigortacılıkta ise verilen teminat karşılığı kişiden alınan ücrete verilen isimdir.





Türkiye’de ikamet eden herkes 2012 yılından itibaren zorunlu genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (Koçkaya, Atikeler ve Yenilmez, 2016: 86; Orhaner, 2018: 12). Sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunan ancak sağlık hizmeti konusunda beklentileri karşılanmayan veya farklı nedenlerden özel hastanelerden hizmet almak isteyen bireyler olabilmektedir (Görsel 4.4). Bazı özel hastanelerin Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşması olmadığı için verilen hizmet bedellerinin tamamı Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmayabilmektedir.

Özel hastanelerden hizmet almak isteyen ve giderlerinin sigorta tarafından karşılanmasını isteyen insanlar, özel sağlık sigortasına ihtiyaç duymaktadır. Özel sağlık sigortaları bu ihtiyacı karşılamak amacıyla özel hastaneler ile bu hastanelerden hizmet almak isteyen bireyler arasındaki bağlantıyı sağlamaktadır.



Görsel 4.4: Özel hastanede tedavi gören hasta

İşlevleri açısından özel sağlık sigortasının iki türü bulunmaktadır. Bunlar zorunlu sağlık sigortası yerine geçen **ikame edici özel sağlık sigortası** ve zorunlu sağlık sigortası ile birlikte görülen **tamamlayıcı özel sağlık sigortasıdır**.

İkame edici özel sağlık sigortaları zorunlu kamu sigortalarının alternatifidir. Bu sigorta, zorunlu kamu sigortası olmayan bireyler ile zorunlu kamu sigortaları kapsamından çıkma hakkı olan sigortalılar tarafından tercih edilebilmektedir. İkame edici sağlık sigortası, SGK kapsamı dışında kalan kişilerin veya kamu ve özel sigorta arasında seçim yapma şansı olan kişilerin primlerinin çalıştıkları kurum ya da kendileri tarafından ödendiği özel sağlık sigortasıdır.

Tamamlayıcı özel sağlık sigortası genellikle zorunlu kamu sağlık sigortası tarafından karşılanmayan hizmetlerin tamamı veya bir kısmı için ya da zorunlu sistem tarafından yalnızca bir miktarı ödenen hizmetler için tercih edilmektedir.

Sigortalının ödeyeceği prim tutarı yaş, cinsiyet, sağlık statüsü ve meslek gibi bazı kişisel özelliklere göre belirlenir. Özel sağlık sigortaları kâr amaçlı işletmeler olduğu için genellikle yüksek risk grubu olarak adlandırılan ve bu grupta yer alan yaşlı, sakat, kronik hastalığı olan vb. kişileri sigorta yaptırmaktan kaçınmaktadır (Görsel 4.5).



Görsel 4.5: Kronik hastalığı olan yaşlı hasta



Risk oranı yüksek olarak hesaplanan bireylerin ödeyecekleri prim tutarı da daha yüksektir. Bu sistemde sigorta şirketleri kendi ödemelerini minimum düzeyde tutabilmek amacıyla sigortalanacak bireylerin gelirlerinden ziyade hastalanma risklerini temel alarak sigorta primlerini belirlemektedir. Bu durumda hastalanma riski düşük olan bireylerden az miktarda sigorta primi alınırken herhangi bir hastalığı olan (diyabet, hipertansiyon vb.) ya da hastalanma riski yüksek olan (tütün ürünleri, bağımlılık yapıcı madde kullananlar vb.) kişilerden diğerlerine oranla daha yüksek prim alınmaktadır. Hatta bazı özel durumlarda kişilere sigortalanamaz raporu çıkarılabilmekte ve bu durumda birey özel sağlık sigortalarından faydalanamamaktadır.

BİLİYOR MUYDUNUZ?



Özel sağlık sigortasının uygulanmaya başlandığı ilk yıllarda Amerika'nın bazı eyaletlerinde sigorta şirketleri yüksek riskli bireyleri kapsam dışında tutabilmek için birtakım yöntemler kullanmışlardır. Kalp ve kas-iskelet sistemi hastalarını tespit etmek için sigorta şirketlerinin asansörsüz bir binanın yüksek katlarında hizmet vermeyi tercih ettikleri de bilinen uygulamalardandır.

Özel sağlık sigortası yönteminin birtakım avantajları da bulunmaktadır. Bu yöntemin en büyük avantajı gelir seviyesi yüksek olan bireylerin bu sigorta yöntemini seçmesi özendirilmek suretiyle sınırlı kamu kaynaklarının dezavantajlı gruplara aktarılmasını sağlamasıdır.

SIRA SİZDE

Aşağıda verilen cümlelerin başında verilen boşluklara cümle doğru ise "D" yanlış ise "Y" yazınız.



- () 1. Türkiye'de sağlık sisteminin finansman yapısı karma özellik göstermektedir.
- () 2. Cepten ödeme yönteminde hizmetin finansman yükünün tamamını sağlık hizmeti veren kurum taşımaktadır.
- () 3. Sağlık sisteminin finansmanı; birincil ve ikincil kaynaklardan gelirlerin toplanması, belirli bir havuzda biriktirilerek sağlık hizmeti verenlere geri ödemedede bulunması sürecidir.
- () 4. Sağlık hizmetlerinin finansmanında iki temel işlev bulunmaktadır: Gelir toplama ve hizmet sunuculara ödeme yapma.
- () 5. İşlevleri açısından özel sağlık sigortasının iki türü bulunmaktadır. Bunlar ikame edici özel sağlık sigortası ve tamamlayıcı özel sağlık sigortasıdır.



ETKİNLİK

Etkinlik Adı: Piyasa Ekonomisiyle Sağlık Finansmanını Tanıyalım

Etkinlik Amacı: Sağlık hizmetleri finansmanında özel sağlık sigortasının yerini tanımak.

Yönerge

- Sınıf beşer kişilik gruplara ayrılır.
- Gruplar gerekli veli izinleri dâhilinde özel sağlık hizmeti ve özel sağlık sigortacılığı hizmeti veren kurumları ziyaret ederek aşağıda verilen soruları sorar.
- Her grup elde ettiği cevapları derleyerek sağlık finansmanında özel sağlık sigortacılığının ülkemizdeki yeri, önemi, olumlu ve olumsuz yönlerini sınıf ortamında sunum yaparak paylaşır.

Sorulacak sorular

- Özel sağlık sigortasını daha çok kimler tercih ediyor? Tercih etme sebepleri nelerdir?
- Özel sağlık sigortası olan kişiler daha çok ne gibi hizmetler satın alıyor?
- Özel sağlık sigortacılığının avantajı nelerdir?
- Özel sağlık sigortasının olası dezavantajları nelerdir?



4.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU EKONOMİSİ ARACILIĞIYLA FİNANSMANI



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Sizde bir ülkede yaşayan insanların eşit ve kaliteli sağlık hizmeti almasında vergilerin rolü nedir?
2. Seçme şansınız olsaydı alacağınız sağlık hizmetleri için hangi finansman yöntemini tercih ederiniz? Neden?

Topluma sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanabilmesi, sağlık sisteminin arzu edilen seviyede verimli bir şekilde işlemesi açısından son derece önemlidir. Sistemin finansmanının sadece serbest piyasa koşullarına bırakılması durumunda ödeme gücü yetersiz bireyler sağlık hizmetlerinden mahrum kalabilmekte, sonuç itibarıyla sosyal refah seviyesinin azalması ile karşılaşılabilmektedir.

İçinde bulunulan dönemde çağdaş devlet anlayışında sosyal faydanın göz ardı edilmesi ve vatandaşların en temel haklarından biri olan sağlıklı yaşama hakkından vazgeçmesine göz yumulması mümkün değildir. Bu nedenle kamu sektörü sağlık sistemine garantör (güvence veren ve bunun gerçekleşmesini gözeten ve denetleyen kişi, kuruluş veya devlet) olarak katılmakta, söz konusu sağlık sisteminin toplumsal tabana yayılarak daha etkin kullanılmasını sağlamaya çalışmaktadır. Bu bağlamda devlet, sağlık

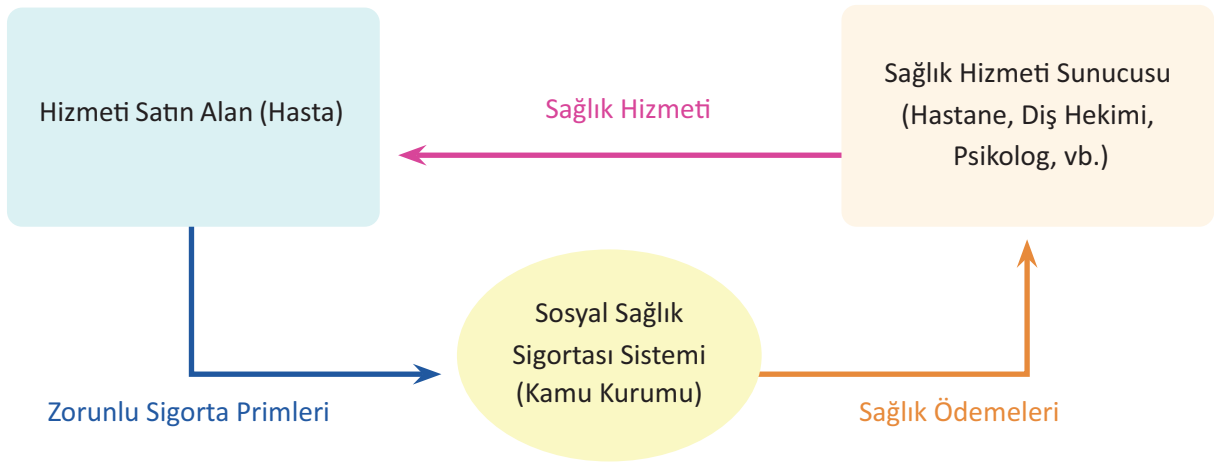


hizmetlerinin finansmanına zorunlu sosyal sigorta ile finansman ve vergi gelirleri ile finansman olmak üzere iki şekilde müdahale etmektedir.

4.2.1. Zorunlu Sosyal Sigorta İle Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Bismarck yöntemi olarak da bilinen sosyal sağlık sigortası yaklaşımı ilk olarak 1883 yılında gönüllülük yapısına sahip olan mevcut sigorta sisteminin devlet tarafından yürütülmesinin zorunlu hâle getirildiği Almanya'da geliştirilmiştir. Türkiye'de hastalık riski için finansal koruma sağlayan kamusal nitelikli ilk yasa 1950 yılında bir iş yerinde bağımlı çalışanlar için sigortacılık tekniği öngörülerek yürürlüğe girmiştir. Birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanının etkinliği, sağlık sisteminin istenen seviyede verimli bir şekilde işlemesi açısından son derece önemlidir.

Gelişen dünyada zaman içinde oldukça geniş uygulama alanı bulan kamu ekonomisi aracılığı ile finansman modelinde şirketler, çalışanlar, kendi adına çalışanlar ve devlet; sosyal sağlık sigortası fonuna prim ödeme yoluyla katkıda bulunur. Bu sistemde önemli olan husus, her koşulda kamunun sağlık hizmeti karşılığında finansmanı sağlayan aracı kurum olarak aktif bir şekilde yer almasıdır (Şema 4.4).



Şema 4.4: Sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi (zorunlu sosyal sigorta) aracılığı ile finansmanı

Zorunlu sosyal sağlık sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı amacıyla kişilerden toplanan primler özel bir amaç doğrultusunda toplanan kamu geliri niteliğindedir. Özellikle çalışanların söz konusu sisteme kayıtlı olmaları ve primlerini ödemeleri zorunludur. Bu bağlamda sistemin sadece çalışanları kapsayabileceği gibi vatandaşlarının tümünü kapsamaya da (genel sağlık sigortası) mümkündür. Genel sağlık sigortası şeklinde tasarlanmış bir sistemde, çalışan kesimin zorunlu olarak sisteme tabi olup ödeyeceği primler yanında çalışmayanlar ve gelir düzeyi yetersiz kişilerin de sisteme katılmaları zorunlu hâle gelmektedir. Burada, çalışmayan ancak maddi durumu yeterli olanlar primlerini kendileri sisteme aktarıırken gelir düzeyi yetersiz kişilerin primleri ise devlet tarafından karşılanmaktadır. Sonuç itibarıyla toplanan tüm sigorta primleri ortak bir havuza aktarılmakta ve ödemeler bu havuzdan gerçekleştirilmektedir.

Özel şirketlerin ve çalışanların yaptıkları prim ödemeleri genellikle çalışanın aldığı maaşın miktarıyla ilişkilidir. Kendi adına çalışanlar ise belirledikleri sabit bir fiyat üzerinden ya da tahmin edilen gelir üzerinden prim öderler. Bu sistemde devlet düzenleyici rolünü üstlenir. Bazen de gelir düzeyi düşük kişilerin primlerine veya kronik hastalıkları bulunan sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkıda bulunarak finansmana katkılar sağlar.



Türkiye'de primli rejim alanında yapılan son düzenleme tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı amaçlayan 31.5.2006 tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun kabulüdür. Bu yasa hem sosyal güvenlik alanında hem de sağlık finansmanı alanında köklü değişimleri beraberinde getirmiştir. Şimdiye kadar kurulan sosyal güvenlik rejimlerini aynı çatı altında birleştirmiş, ilk kez zorunlu devlet katkısını getirmiş ve tüm nüfusu zorunlu sağlık sigortası kapsamı altına almıştır. Dolayısıyla sağlık yardımları ve hizmetlerini içeren primsiz rejim uygulamalarını da yeniden düzenleyip yasa kapsamına alan **Genel Sağlık Sigortası (GSS)** sistemi getirilmiştir. Sistemin idari yapılanması ise üç sosyal güvenlik kurumunu (Emekli Sandığı, Bağ Kur, SSK) bünyesine alıp tek bir çatı altında toplayan 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı **Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu** ile kurulmuştur. Sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olarak Türkiye'de gerçekleştirilen önemli bir adım tüm sigorta kurumlarının genel sağlık sigortası adı altında birleştirilmiş olmasıdır.

Genel sağlık sigortasının işleyişi T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu genel sağlık sigortası Genel Müdürlüğüne yürütülür (Görsel 4.6). Kurum, kamu ve özel sektörde bulunan sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık kurumlarından alınan hizmetleri finanse eder. Genel sağlık sigortasının genel gelirleri; işçi, işveren ve devlet primi ile katılım paylarıdır. Sağlık hizmetlerinin zorunlu sosyal sigorta ile finansmanının temel özellikleri şunlardır:

- Üyelik zorunludur.
- İşverenler ve çalışanlar prim öderler.
- İlk uygulamada işçi ve işveren prim öderken zamanla devlet de finansmana katılmıştır.
- Tespit edilen primler genellikle işçi ve işveren arasında paylaştırılmaktadır.
- Ödenecek primler sigortalının maaşı ile orantılıdır ve alacağı sağlık hizmetini etkilemez.
- Üyelerin sağlık kurumlarını seçme özgürlüğü vardır ve böylece sağlık sunucuları arasında rekabet sağlanmaya çalışılır.



Görsel 4.6: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu



OKUMA METNİ

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Eğitiminin Sağlık Harcamalarına Etkisi

İnsanların hastalanmasını önlemek amacıyla güden koruyucu sağlık hizmetlerinin kaliteli ve uzun yaşam için gerekli olduğuna kimsenin itirazı yoktur ancak koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde sağlık harcamalarının azalacağı yönündeki ifadeler tartışmalıdır. Özellikle çocukluk döneminde sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin tedaviden daha ucuz olduğu ve yaşam süresine, kalitesine çok katkı sağladığı doğrudur. Ancak bu sayede uzayan yaşam süresi sonucunda yaşlı nüfus artmakta ve bu nüfusun sağlık harcamaları gündeme gelmektedir. Bu noktada yaşlılık dönemindeki koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık harcamalarını artırıp artırmayacağı sorusu önem kazanmaktadır.

Öte yandan sağlık harcamalarını inceleyen ve azaltma yollarını arayan çalışmaların çoğunluğunun hizmetlerin arz yönüne odaklandığı dikkati çekmektedir. Oysa talep yönüne odaklanmak belki de daha yararlı olacaktır. Yani bireylerin kendi sağlık sorunları ve hastalık riskleri konusunda bilgi sahibi olarak sorumluluk üstlenmeleri; kronik hastalıkları için geliştirecekleri özyönetim becerileri ve sağlıklarını koruma konusundaki öz-yeterlilik algıları gibi hizmet talebini kontrol amaçlı eylemlere odaklanmak harcamaları en az %20 oranında ve daha etkili bir şekilde azaltabilecektir.

Bu sonuçlar sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi (Görsel 4.7) programlarının önem ve gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.



Görsel 4.7: İlk yardım eğitimi alan kişiler

Kaynak: "<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/918341>" adresinden alınmış ve düzenlenmiştir (Erişim tarihi: 21.03.2022, erişim saati: 19.31).

4.2.2. Vergi Gelirleri İle Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Bu finansman yöntemi sağlık hizmetleri ödemelerinin tümünün veya çoğunluğunun vergilerden karşılandığı bir modeldir. Bu yöntem tüm nüfusu kapsar ve kanunen belirlenen katkı payları dışında ücretsiz hizmet verilmesi esasına dayanır. Yani sağlık hizmetlerinden faydalananlar gelir seviyesinden bağımsız



şekilde kamu tarafından finanse edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye olan ülkelerin çoğu genellikle vergilerle finansman yöntemini kullanmaktadır. Finansman kaynağı vergi olduğu için bu yöntemde sağlık ödemelerinde tüm toplumun katkısı mevcuttur. Dünyanın pek çok ülkesinde vergi gelirleri sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır.



BİLGİ KUTUSU

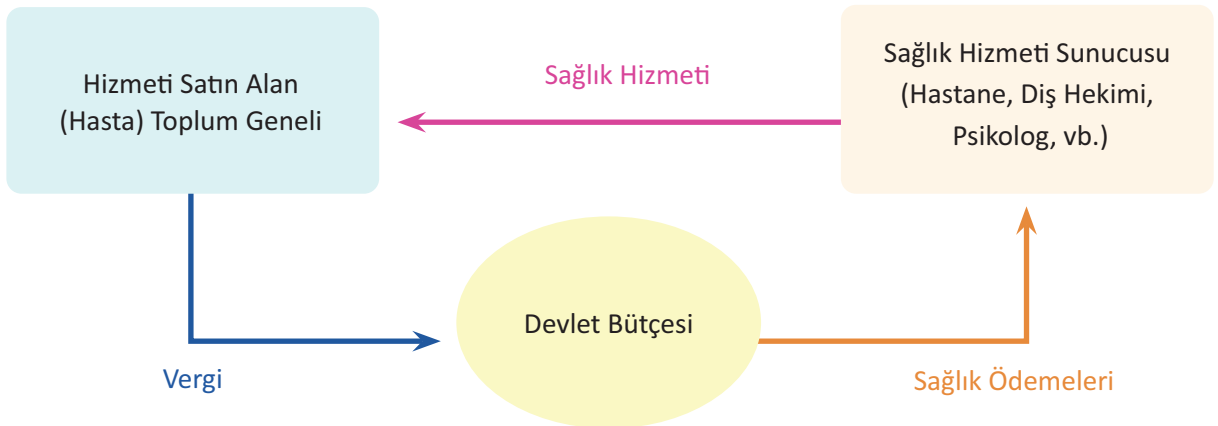
Vergi, devletin kamu harcamalarını gerçekleştirebilmek için temeli kanunlara dayanan ve kanuna göre oranı belirlenmiş, gerçek veya tüzel kişilerden alınan zorunlu ödemeler olarak tanımlanabilir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 73. maddesi devlete vergi toplama yetkisi ve gücünü vermektedir. Anayasanın 73. maddesi "Herkes, kamu giderlerini karşılamak üzere, malî gücüne göre, vergi ödemekle yükümlüdür." diyerek Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde yaşayan tüm gerçek ve tüzel kişilerin vergi ödevi olduğunu ifade etmektedir. Bilindiği üzere vergi, kamu harcamalarının finansmanı için toplansa da **bir ülkenin kalkınması ve gelişmesi için oldukça büyük öneme sahiptir.**



Tarihsel süreç içerisinde insanlığa sağlık hizmeti verilmesinin kamusal bir görev olarak algılanmaya başlanması ile birlikte sağlık hizmetlerinden tüm toplumun yararlanmasını sağlamak üzere birtakım çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Özellikle sosyal sigorta sistemi ile başlayan bu süreç, sunulan sağlık hizmetleri finansmanının genel bütçe gelirlerinden sağlanan vergiler ile finansman yöntemi kullanılarak devam etmiştir. Buradaki asıl amaç söz konusu hizmetlerin toplum geneline yayılarak her bireyin bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayabilmektir.

Sağlık hizmetlerinin vergi gelirleri ile finansmanında toplanan vergi gelirleri fon biriktirme havuzunda biriktirilerek ulusal bütçeye daha sonra ise ulusal bütçe gelirlerinden sağlık harcamaları için bir ödenek ayrılarak sağlık sektörüne aktarılmaktadır (Şema 4.5). Vergilerle sağlık finansmanının asıl amacı gelir düzeyi düşük olan ve sağlık sigortası kapsamının dışında bulunan bireylerin de her türlü sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlandırılmasıdır.



Şema 4.5: Sağlık hizmetlerinin vergi gelirleri aracılığı ile finansmanı



Vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinden tüm bireylerin yararlanabilmesi ve sosyal riskin toplum geneline paylaştırılabilmesi için kullanılan önemli bir araçtır. Beveridge modeli olarak anılan bu finansman yöntemi, hastalıkları önleme amaçlı ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirleri ile karşılanarak toplumun her ferdine eşit şekilde sunulacak bir ortamın oluşturulmasını sağlar.

Vergi gelirleri ile sağlık hizmetleri harcamalarının ödendiği bir sistemde sosyal sağlık riskine ilişkin harcamaların toplum geneline yayılabilmesi için vergi tabanının geniş olması gerekir. Yani kayıt dışı ekonomi ne kadar az ve vergilendirme süreci ne kadar başarılıysa havuzda toplanan miktar artacak ve tüm toplum tarafından o derecede hissedilebilecektir. Vergi sisteminin toplumu mümkün mertebe kapsamı, sosyal riskin paylaşımını artıracak ve eşit hizmet alımını sağlayacaktır.

BİLİYOR MUYDUNUZ?



Kayıt dışı ekonomi ekonomik faaliyetlerin fiilen gerçekleşmiş olmasına rağmen bu faaliyetlerle ilgili resmi kayıtların tutulmaması olarak nitelendirilen, kamu idarelerinin denetimi dışında kalan her türlü ekonomik işlem ve faaliyetlere denir. Diğer bir deyişle kayıt dışı ekonomi resmi kayıtlara girmeyen, yasal belgelerle belgelendirilmeyen, yetkili kamu organlarıncı kontrol edilemeyen ve milli gelir hesaplamalarında dikkate alınamayan ekonomik

işlem ve faaliyetlerin tamamıdır. Kayıt dışı ekonomi kavramı yerine; yeraltı ekonomisi, gayri resmi ekonomi, gizli ekonomi, saklı ekonomi, ikinci ekonomi, kara ekonomi, illegal ekonomi, kravatsız ekonomi, düzensiz ekonomi, paralel ekonomi, faturasız ekonomi, görünmez ekonomi, marjinal ekonomi, gölge ekonomi, kayıp ekonomi, vergisiz ekonomi gibi kavramlar da kullanılmaktadır.

Türkiye'de kayıt dışı ekonominin gayri safi milli hasılaya oranı yüzde 28-30 diliminde görünmektedir. Bu anlamda Türkiye, Meksika'ya benzer bir tablo göstermektedir. ABD'de ise yüzde 8 oranında bir kayıt dışı ekonomiden bahsedilebilir.

Türkiye sağlık hizmetleri finansman yapısında bahsedilen yöntemlerden tek birine sahip değildir, karma bir yapı söz konusudur. Zorunlu sigorta sistemi yanında özel sigorta, cepten yapılan ödemeler ve kamu gelirleri yani vergilerle finansman yöntemi hep birlikte ve iç içe karma bir şekilde uygulanmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında karma bir sistem benimsenmiş olmasına karşın hâlâ finansman yükünün büyük ölçüde kamu kesimi tarafından karşılandığı ifade edilebilir.



ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıda verilen soruların doğru cevabını işaretleyiniz.

1. Kaynaklardan gelirlerin toplanması, belirli bir havuzda biriktirilerek sağlık hizmeti verenlere geri ödemede bulunulması sürecine ne ad verilir?

- A) Sağlık hizmeti
- B) Sağlık sistemi
- C) Sağlık sisteminin finansmanı
- D) Sağlığın dönüşümü
- E) Sağlığın gelişimi

2. Aşağıdakilerden hangisinde sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri doğru verilmiştir?

- A) Sağlık sigortacılığı
- B) Kamu yardımı ve bağış
- C) Hane halkının sağlık harcamaları
- D) Sağlığın gelişimi ve sağlık hizmeti
- E) Gelir toplama, fon havuzlama, hizmet sunuculara ödeme yapma

3. Aşağıdakilerden hangisi özel sağlık sigortası yoluyla sağlık hizmetleri finansmanının özelliklerinden değildir?

- A) Özel sağlık sigortası kuruluşları bireylerden prim toplar.
- B) Özel sağlık sigortası kuruluşlarına üçüncü taraf ödeyici denilmektedir.
- C) Özel sağlık sigortaları kâr amaçlı olan işletmelerdir.
- D) Yaşlı, sakat, kronik hastalığı olan vb. kişileri sigorta yaptırmaktan kaçınmazlar.
- E) Risk oranı yüksek olan bireylerin ödeyecekleri prim tutarı daha yüksektir.

4. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri finansmanında gelir toplama yöntemlerinden değildir?

- A) Bireysel tıbbi tasarruf hesapları
- B) Vergiler
- C) Özel sağlık sigortası primleri
- D) Sosyal sağlık sigortası primleri
- E) Borçlar

5. Aşağıdakilerden hangisi özel sağlık sigortası yoluyla sağlık hizmetleri finansmanının avantajlarındanır?

- A) Gelir seviyesi yüksek olan bireylerin bu sigorta yöntemini seçmesi ile kamu kaynaklarının dezavantajlı gruplara aktarılması sağlanabilir.
- B) Risk oranı yüksek olan bireyler düşük prim ücretleri ile sigortalanabilir.
- C) Bazı özel durumlarda kişilere sigortalanamaz raporu çıkarılabilir.
- D) Sigortalanırken bireylerin gelirlerinden ziyade hastalanma riskleri temel alınır.
- E) Özel sağlık sigortaları kâr amaçlı işletmelerdir.

6. Aşağıdakilerden hangisi sağlık finansmanında cepten ödemenin dezavantajlarındanır?

- A) Birey sistemden sadece gerekli olduğunu hissettiğinde yararlanır.
- B) Gereksiz sağlık harcamaları azalır.
- C) Sadece ödeme gücü yeterli olan bireyler tam olarak sağlık hizmetinden faydalanır.
- D) Sağlık finansmanında aracı kuruluş bulunmaz.
- E) Birey herhangi bir kuruma prim ödemesi yapmaz.



7. Cepten ödeme yoluyla sağlık finansmanında alınan hizmet bedeli aşağıdakilerden hangisi ile ödenir?
- A) Bağışlar
B) Vakıflar
C) Özel sigorta
D) Bireyin kendisi
E) Sosyal sigorta
8. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerinin zorunlu sosyal sigorta ile finansmanının temel özelliklerinden değildir?
- A) Üyelerin sağlık kurumlarını seçme özgürlüğü yoktur.
B) Tespit edilen primler genellikle işçi ve işveren arasında paylaştırılmaktadır.
C) Ödenecek primler sigortalının maaşı ile orantılıdır ve alacağı sağlık hizmetini etkilemez.
D) İşverenler ve çalışanlar prim öderler.
E) Üyelik zorunludur.
9. yöntemi olarak da bilinen sosyal sağlık sigortası yaklaşımı ilk olarak yılında gönüllülük yapısına sahip olan mevcut sigorta sisteminin devlet tarafından yürütülmesinin zorunlu hâle getirildiği geliştirilmiştir.
- Cümlede boş bırakılan yerlere sırasıyla gelebilecek kelimeler aşağıdakilerin hangisinde doğru olarak verilmiştir?**
- A) Bismarck- 1883- Almanya'da
B) Nelson- 1981- İngiltere'de
C) Beveridge- 1821- Fransa'da
D) Karma- 1853- İspanya'da
E) Pierson- 1896- Hollanda'da
10. "Şirketler, çalışanlar, kendi adına çalışanlar ve devlet; sosyal sağlık sigortası fonuna prim ödeme yoluyla katkıda bulunur." Bahsedilen sağlık hizmetleri finansman modeli aşağıdakilerden hangisidir?
- A) Özel sağlık sigortası
B) Cepten ödeme
C) Sosyal sigorta
D) Vergiler ile finansman
E) Hayat sigortası
11. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun kabulü hangi tarihte gerçekleşmiştir?
- A) 11.05.2004
B) 31.05.2006
C) 21.05.2007
D) 31.05.2008
E) 15.05.2016
12. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisiyle finansmanı araçlarından **dır**?
- A) Cepten ödemeler
B) Vergiler
C) Özel sigortalar
D) Hayat sigortaları
E) Bağışlar

5. ÖĞRENME BİRİMİ



DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTASI

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ?

- Dünyadaki Sağlık Sigortası Tarihçesi
- Dünyadaki Sağlık Sigortası Sınıflandırması
- Türkiye'deki Sağlık Sigortası Yasal Düzenlemesi
- Türkiye'de Sağlık Sigortası Uygulaması
- Genel Sağlık Sigortası

TEMEL KAVRAMLAR

- Sağlık sigortası
- Sevk zinciri
- Yasal düzenleme

KONULAR

- 5.1. DÜNYADA SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİ
- 5.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTASI
- 5.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASI





5. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTASI

Toplumsal huzur, toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olmasıyla mümkündür. Sağlıkla ilgili altyapının hazırlanması, sağlık harcamaları için finansman oluşturulması ve toplumdaki tüm bireylerin sağlık sigortasına alınması sağlıklı toplum için önemlidir. Sağlık sigortasında bireyler sağlıklı oldukları dönemde ödedikleri primlerle kazaya uğradıklarında ya da hastalandıklarında aldıkları sağlık hizmetlerinin finansmanına kaynak oluşturmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulması, araç gereç, yetişmiş personel, ilaç vb. harcamaları gerekli kılmaktadır. Sağlık sigortası ile sağlık hizmeti alınması kolaylaşmakta ve bireyler yarın kaygısından uzak kalmaktadır (Görsel 5.1).



Görsel 5.1: Sağlık sigortası olan yaşlı çift

5.1. DÜNYADA SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMLERİ



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Sizce ülkelerin sağlık sistemleri hangi özellikleri taşımalıdır?
2. Sizce ülkeler neden farklı sağlık sigorta sistemleri kullanmaya ihtiyaç duyar?

Hastalık riski, üzerinde en fazla durulan sosyal güvenlik riskleri arasındadır. Çünkü hastalık teşhis, tedavi ve ilaç gibi ihtiyaçlar nedeniyle gider artışına sebep olacağı gibi geçici iş görmezliğe de yol açabilmektedir. Hastalık riskine karşı ülkelerin sağlık sistemlerinin verimli ve etkili olması önemlidir.

Sağlık sistemlerinin genel amacı vatandaşların sağlığını iyileştirmek, sağlığın ya da hastalığın finansal risklerine karşı koruma sağlamak ve toplumu tedavi etmektir. İdeal bir sağlık sisteminde bireylere sunulan sağlık hizmeti kaliteli olmalı, sağlık hizmetlerinin maliyeti asgari seviyede tutulmalı ve sağlık hizmetlerine erişim kolay olmalıdır.

5.1.1. Dünyada Sağlık Sigortasının Tarihi

Sağlık sigortası sosyal sigorta türleri içerisinde ilk kurulan sosyal sigorta koludur. Sağlık sigortası alanındaki ilk gelişmeler 13. yüzyılda madenlerde, 14. ve 15. yüzyıllarda ise loncalarda kurulan ve amaçları



ihityacı olanlara fayda sağlamak olan hastalık fonları ile başlamıştır. Sanayi devriminden sonra işçilerin yaşadıkları olumsuzluklar (meslek hastalıkları, iş kazaları vb.) nedeniyle gelirlerinin azalması risk olarak kabul edilmiş ve bu sorunlarını çözebilmek için ilk kez 1848 yılında Londra'da demiryolunda çalışan işçilere sağlık sigortası yapılmıştır. İlerleyen yıllarda 1881 yılında Almanya, 1888 yılında Avusturya ve 1891 yılında Norveç gibi ülkeler sağlık sigortası uygulamasını başlatmıştır.

Sağlık sigortasının başlangıç tarihi 1883 yılında Almanya'da Otto Von BİSMARK tarafından geliştirilen düşük gelirlili işçilerin hastalık sigortası ile korunmasını zorunlu kılan yasanın çıkarılması olarak kabul edilmektedir. Ayrıca genel olarak sosyal sigortanın da Bismark tarafından kurulduğu belirtilmektedir. Sosyal sigortanın kuruluş amacı işçileri hastalıklara, kazalara, maluliyete ve yaşlılığa karşı korumaktır. Başlangıçta zorunlu sosyal sigorta işverenlerin ve çalışanların ödedikleri primlerle finanse edilmekte iken ilerleyen zamanlarda devlet katkısı da kaynaklara katılmaya başlamıştır. Zorunlu sağlık sigorta kavramı gelişmekte olan ülkelerde ilk olarak Latin Amerika ülkelerinde, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra da diğer ülkelerde yaygın olarak uygulanmaya başlamıştır. Gelişmekte olan ülkelerin çoğu sosyal güvenlik sistemleri uygulamalarında tıbbi bakım da sunmaktadır.

İkinci Dünya Savaşı öncesi ABD'de ticari sigorta şirketlerinin çoğu, medikal ya da hastane maliyetlerinin sigorta edilebilir risk grubunda olup olmadığı konusunda zorluklar yaşamıştır. Sigorta şirketleri, sağlıklı ilgili durumları sigortalı ve tıbbi personelin ifadesine bağlı olduğu için kesin, ölçülebilir bir yapıda görmemekteydi. Bu yargı 1950 yılından sonra kırılmaya başlanmış, ABD ve diğer ülkelerdeki sigorta şirketleri sağlık sigorta ürünleri satmaya başlamıştır.

SIRA SİZDE



Aşağıda verilen cümlelerin başındaki boşluğa cümlede yer alan ifade doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

- () 1. Sosyal sigorta türleri içerisinde ilk kurulan sosyal sigorta kolu sağlık sigortasıdır.
- () 2. Düşük gelirlili işçilerin hastalık sigortasıyla korunmasını zorunlu kılan yasa Otto Von BİSMARK tarafından geliştirilmiştir.
- () 3. Sağlık sigortası ile ilgili ilk gelişmeler 16. yüzyılda başlamıştır.
- () 4. İdeal bir sağlık sisteminde bireylere sunulan sağlık hizmetlerine erişim zor olmalıdır.

5.1.2. Dünyada Sağlık Sigorta Sınıflandırılması

Sağlık, insanın içinde yaşadığı fiziki ve sosyal çevreye bağlı olarak vücut ve kafanın uyum içinde çalışmasını, yaşadığı hayattan zevk almasını, çevresi ve kendisiyle ilgili doğru kararlar vermesini ve verimli bir birey olmasını sağlayan olgudur. Dolayısıyla sağlıklı ve mutlu bir toplum için sağlık şartlarının iyileştirilmesi önemlidir. İnsanların hayatları boyunca çok kez sağlıkları bozulabilir. Bu durumlarda tedavinin sağlanması için sağlık sistemlerinin standartları ve kalitesinin sürdürülmesi gerekmektedir. Devlet kişilerin sağlıklı yaşamalarını sağlamak için gerekli sağlık sistemlerini kurmakla görevlidir. Sağlık sigorta



sistemleri dört gruba ayrılmaktadır. Sağlık sigorta sistemleri ve bu sistemleri uygulayan ülkeler Tablo 5.1'de verilmiştir.

Tablo 5.1: Sağlık Sigorta Sistemleri ve Bu Sistemleri Uygulayan Ülkeler

Geleneksel Hastalık Sigortası Sistemi	Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi	Ulusal Sağlık Örgütü Sistemi	Karma Sistem
<ul style="list-style-type: none">• Almanya• Avusturya• Fransa• Hollanda• Yugoslavya• Belçika	<ul style="list-style-type: none">• Kanada• Finlandiya• Norveç• İspanya• İsveç	<ul style="list-style-type: none">• Rusya• İngiltere• Danimarka• Çekoslovakya• Yunanistan• Macaristan• İtalya• Polonya• Romanya	<ul style="list-style-type: none">• ABD• Avustralya• İrlanda• Japonya• Güney Kore• İsviçre

5.1.2.1. Geleneksel Hastalık Sigortası Sistemi (Bismarck Modeli)

Geleneksel hastalık sigortası sisteminde çalışan kesim sosyal sigortaya bağlıdır. Sigorta sistemi finansmanı işveren ve işçiden alınan primlerle karşılanmaktadır. Almanya, Hollanda, Fransa ve Belçika geleneksel hastalık sigorta sistemi uygulamasında önderlik eden belli başlı ülkelerdendir. Geleneksel hastalık sigorta sisteminin temeli hastalık risklerine karşı sigortalama yapmaya dayalıdır ve ayakta bakım hizmetleri (Görsel 5.2) ile tedavi edici hizmetleri kapsar.



Görsel 5.2: Ayakta bakım hizmeti alan birey

Geleneksel hastalık sigortası sisteminde hastalık sigortasıyla ilgili tüm işlemler, kurumlara ait sandıklar tarafından karşılanmaktadır. Bazı tıbbi yardımlar ve tedaviler ücretsiz iken ilaçlar, çene cerrahisi, diş protez, muayene ve hastane ücretlerinin belli bir kısmı sigortalıdan alınmaktadır. Sigortalıların anlaşmalı hekime, devlet hastanesine veya anlaşmalı sağlık kuruluşlarına gitmeleri gerekmektedir. Anlaşması olmayan sağlık kuruluşuna gidilmesi durumunda sigortalı tedavi masraflarını kendi ödemek zorunda kalmaktadır. Geleneksel hastalık sigortası sistemini uygulayan ülkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %75'in üzerindedir. Örneğin 2017 tarihli OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı) verilerine göre Hollanda'da kamu sağlık harcama payı %80,7 iken Almanya'da %84,5'tir.



BİLGİ KUTUSU

OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı) daha iyi yaşamlar, daha iyi politikalar oluşturmaya çalışan uluslararası bir organizasyondur. 14 Aralık 1960 yılında kurulmuştur. 37 ülke üyedir. Türkiye de OECD üyesidir. Amacı üye ülkelerde yüksek sürdürülebilir ekonomik büyümeyi sağlayarak, hayat standardını yükselterek, üye olan ve olmayan ülkelerde sağlıklı ekonomik kalkınmaya katkıda bulunacak siyasal politikalar geliştirmektir.



5.1.2.2. Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi

Ulusal sağlık sigortası sistemi tüm nüfusu kapsamakta olup bu sistemle tüm vatandaşlara ücretsiz sağlık hizmeti verilmektedir. Bu sistemin finansman kaynağı vergi ve primlerdir. Bazı ülkelerde (örneğin İsveç'te) işçilerden prim alınmamaktadır. Ulusal sağlık örgüt sisteminde olduğu gibi bu sistemde de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Sistemin en önemli özelliklerinden biri de hastaların hekimlerini seçebilmeleridir. Hekimlerin ücretleri devlet ve hekim arasında yapılan sözleşmeye göre ödenmektedir. Bu sistemde sağlık giderleri peşin ödenmekte (Görsel 5.3) daha sonra devletten geri alınmaktadır. Ciddi hastalık, ameliyat, hastane masraflarına karşı zorunlu sağlık sigortaları devreye girmekte; basit rahatsızlıklarda ise özel sigortadan yararlanılmaktadır. İsveç, Kanada ve Finlandiya bu sistemi uygulayan ülkelere örnek verilebilir. Türkiye'de Geleneksel Hastalık Sigorta Sistemi'nden sonra **Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi** uygulanmaktadır.



Görsel 5.3: Sağlık giderlerini peşin ödeyen birey

5.1.2.3. Ulusal Sağlık Örgütü Sistemi (Beveridge Modeli)

Ulusal sağlık örgütü sisteminde sağlık hizmeti ücretsiz olup herkes sağlık hizmetinden sınırsız yararlanmaktadır. Merkezi bir sistem olan ulusal sağlık örgüt sisteminin bütçesi her yıl parlamento tarafından belirlenmekte ve finansmanı vergilerden karşılanmaktadır. Ülke genelinde sağlıkla ilgili faaliyetler ve sağlık politikası Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmaktadır.

Sistemin işleyişi, sağlık yardımları kapsamı ve düzeyi ülkelere göre farklılık göstermektedir. Örneğin Danimarka'da sağlık yardımları kişilerin gelir düzeyleri dikkate alınarak planlanmaktadır. Geliri her sene



belirlenen gelir seviyesinin üstünde olanlar aldıkları sağlık hizmetine ücret öderken gelir seviyesinin altında kalanlar sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanmaktadır (Görsel 5.4).

Sistemi uygulayan ülkelerden biri olan İngiltere'de sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan sosyal hizmet ve sosyal yardımların payı sosyal sigortalara göre daha fazladır. Çeşitli iş kaza yardımları, tıbbi yardımlar ve çocuk yardımı alabilmek için herhangi bir sigorta kaydının olmasına gerek yoktur. Bu yardımların finansı vergilerden karşılanmaktadır. İngiltere'deki her vatandaş, sistemin belirlediği bir pratisyen doktor listesine kayıtlıdır. Kişinin hastaneye yatırılması ya da uzman hekime sevki gerektiğinde tek yetkili bu hekimdir. Devlete bağlı ve özel çalışan doktorların tümü ücretlerini devletten almaktadır. Doktorların hastalara yapacakları uygulama ve uygulama ücretlerinin belirli olması nedeniyle bu sistemi kullanan ülkelerde kişi başı sağlık harcamaları düşük olmaktadır. Yapılacak uygulama ve uygulama ücretlerinin bilinmesi sağlık harcamalarının denetimine de olanak sağlanmaktadır.



Görsel 5.4: Ücretsiz sağlık hizmeti alan birey

İngiltere, İtalya, Danimarka ve İsveç'te hastane masrafı, hekim ücreti ve ilaç bedelleri bakımından benzerlik vardır. Hastane ve hekim masrafları devlet tarafından ödenmektedir fakat ilaç ücretleri uygulaması ülkelere göre farklılık göstermektedir. Örneğin devlet İngiltere'de ilaç bedellerinin tamamını, İsveç'te %50'sini, Danimarka'da %75'ini ödemekte, İtalya'da ise kişiler kendileri karşılamaktadır. İngiltere, Yunanistan, İtalya, Macaristan, Yeni Zelanda, Danimarka bu sistemi uygulayan ülkelerdendir.

5.1.2.4. Karma Sistem

Karma sistemde sağlık sigortası, hem özel sağlık sigortasını hem de ulusal sağlık sigortasını kapsamaktadır. Özel sigorta oranı daha fazla olup sosyal sigorta kapsamı daha azdır. Sistemin finans kaynağı sigorta primleridir. Bu sistemi uygulayan ülkelere örnek Japonya, ABD, Avustralya ve İsviçre'dir. Bu ülkelerde sigorta; yaş, iş çeşidi, işletme büyüklüğüne göre sınıflandırılır ve her sınıfın sağlık sigortası farklılık gösterir. Örneğin ABD'de sağlık yardımları özel sigortalara bırakılmış fakat 65 yaş ve üstü Medicare (mediker) ve belli bir seviye altında geliri olanlar Medicaid (medikeyd) isimli sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Ayrıca bütün hastanelerin ücretli olduğu ülkede ilaç paralarını ve tedavi masraflarını sigortalılar ya da Medicare ve Medicaid sistemi karşılamaktadır. Karma sistemli sağlık hizmeti çoğunlukla özel sigorta şirketleriyle yürütülmekte, gelir seviyeleri düşük olanlar sağlık hizmetinden faydalanamamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri Halk Sağlığı Kuruluşları tarafından verilmektedir. Bu sistemin finansman kaynağı özel sigorta şirketlerinden alınan primlerdir.

BİLİYOR MUYDUNUZ?

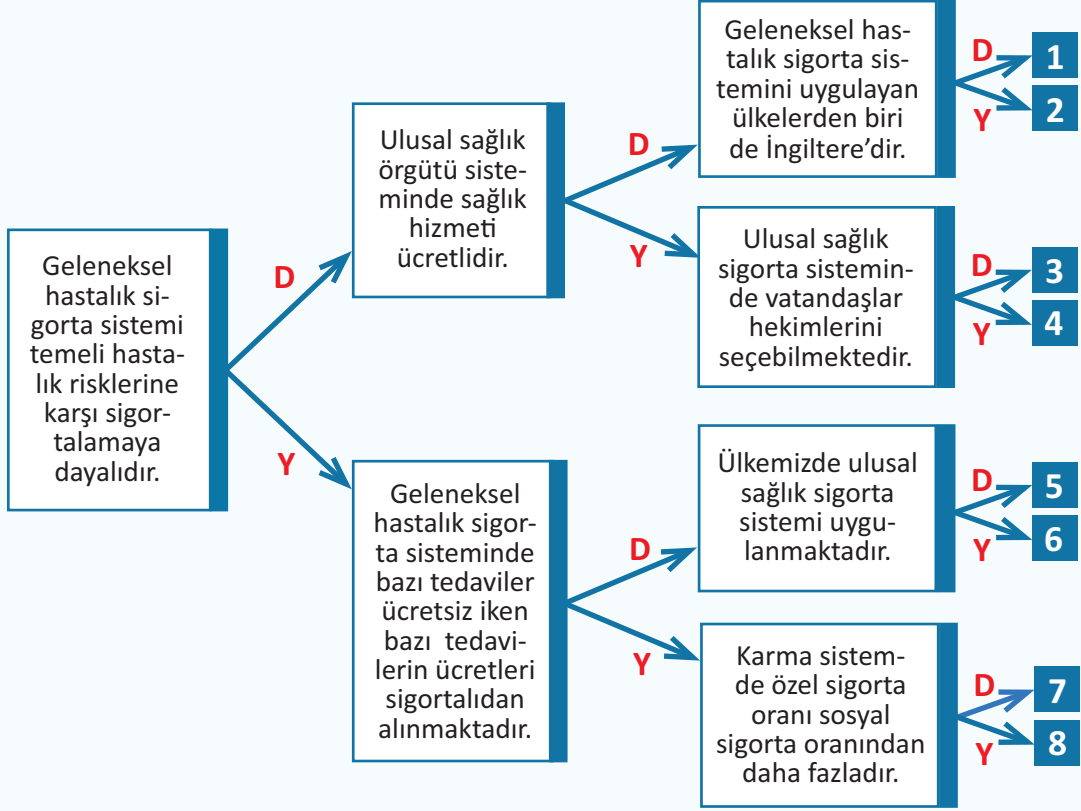


OECD sağlık veri tabanı, OECD üye ülkeleri genelinde sağlık ve sağlık sistemleriyle ilgili karşılaştırılabilir istatistiklerin en kapsamlı kaynağını sunmaktadır. Karşılaştırmalı analizler yaparak sağlık sistemlerinin uluslararası karşılaştırmalarından ders çıkarmak için önemli bir araçtır.



SIRA SİZDE

Aşağıda verilen cümlelerin doğru (D) ya da yanlış (Y) olduğuna karar verilerek ilgili ok yönünde ilerlendiğinde hangi çıkışa ulaşılır?



5.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTASI



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Sizce Türkiye için hangi sağlık sigorta sistemi daha uygundur? Neden?
2. Sağlık hizmetleri sisteminde değişiklik yapma yetkiniz olsa neleri değiştirmek istersiniz?

İnsanların en temel hakkı yaşama hakkıdır. Yaşamın devam ettirilmesinin en önemli unsurlarından biri de sağlık hakkıdır. Devletler insanların yaşama hakkını güvenceye alırken tıptaki gelişmelere önem vermeli ve tüm sağlık olanaklarını kullanmalıdır. Bireylerin sağlıklı bir hayat sürmeleri için devletlerin gerekenleri yapması kaçınılmaz bir sorumluluktur.



5.2.1. Türkiye'de Sağlık Sigortasının Yasal Düzenlemesi

Tıp alanındaki gelişmeler, sağlık hizmetlerinin yaygınlığının ve etkinliğinin artması, ölüm oranlarının azalmasını ve yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Ayrıca aile yapısındaki değişiklikler, boşanma ve tek ebeveynli ailelerin artması ailelere yönelik sağlık harcamalarını da artırmaktadır.

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarına gelir ve gider dengelerini bozan, sigortacılık prensiplerine aykırı müdahaleler yapılmıştır. Bu müdahaleler bir yandan sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerini azaltırken bir yandan da giderleri artırarak sistemin finansman açıklarına neden olmuştur. Prime esas kazancın düşük gösterilmesi, erken emeklilik uygulaması, prim tahsilat düşüklüğü, kayıt dışı istihdamın yüksekliği, prim affı ve ödeme kolaylığı vb. gelir azaltıcı uygulamalardandır.



Görsel 5.5: Çalışan işçi

Yaşam süresinin artması nedeniyle aylık bağlama sürelerinin artması, erken yaşta emeklilik uygulamaları, prim getirisi olmayan sosyal yardım zamları, prim gelirleri ve ödenen aylıklar arasındaki uyumsuzluk, sağlık sigorta giderlerini artırıcı uygulamalardandır. Ayrıca aktif sigortalı (Görsel 5.5) sayısının arttırılmaması ve herhangi bir yaş şartı olmadan aylık bağlanan kişi sayısının artması sosyal güvenlik kurumlarının aktif-pasif sigortalı oranının bozulmasına neden olmuştur. Aktif-pasif oranlarının bozulması sosyal güvenlik kurumlarını mali açıdan olumsuz etkilemiştir.



BİLGİ KUTUSU

Sosyal güvenliğin gelecekte varlığını olumsuz etkileyen konularının başında yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak değişen aktif-pasif nüfus oranı gelmektedir. **Aktif-pasif nüfus oranı** bir emekliyi aktif olarak çalışan kaç sigortalının finanse ettiğini gösteren bir orandır. Bu oranın kabul edilebilir değeri yedidir. Bunun anlamı bir emeklinin maaşının ve sağlık giderlerinin yedi sigortalı çalışan tarafından finanse edilmesidir.

Bu oran Avrupa Birliği ülkelerinde ortalama olarak dört seviyelerindedir. 2021 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Faaliyet Raporu verilerine göre Türkiye'de bu oran 1,93'tür. Bu oranın ikinin altına düşmesi sosyal güvenlik sistemi finansal durumunun sorun yaşayacağı anlamına gelmektedir.



Sosyal güvenlik kurumlarının aynı amaca yönelik kurulmalarına rağmen aralarında iş birliğinin ve koordinasyonun olmaması ayrıca bağımsız bir yapıya sahip olmamaları sosyal güvenlik finansman sorununun devam etmesine neden olmuştur. Sosyal güvenlik mevzuatı, genel özellikleri açısından ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) tarafından hazırlanan sosyal güvenlik ilkelerine uygun olmasına rağmen yasal düzenlemelerdeki değişikliklerin sıklığı ve ihtiyaç duyulan altyapının olmayışı sebebiyle sistemin finansman problemi devam etmiştir.

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının problemlerine yönelik yıllara göre çeşitli çözümler ve yeniden yapılanma arayışları uygulanmıştır. Tüm insanların sağlık sigortasına sahip olmasıyla ilgili birçok çalışma



yapılmıştır. Sağlık sigortası ile ilgili yapılan yasal düzenleme çalışmaları sırasıyla aşağıda verilmiştir:

A) 1921-1950 Yılları Arası

- Sağlık sigortası ilk olarak 1921 yılında madenci ve işçilerle ilgili olarak “151 sayılı Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun” ile kurulmuştur.
- 3008 sayılı İş Kanunu 1936 yılında yayımlanmış ancak 1946 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Kanunda işçilerin meslek hastalıkları, iş kazaları, hastalık, analık, yaşlılık ve ölüm hâlleriyle ilgili yapılacak sosyal yardımların devlet tarafından karşılanacağı belirtilmiştir.
- 1945 yılında çıkarılan 4772 sayılı İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk kanundur.
- 1949 yılında 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu kabul edilmiştir. Bu Kanun hem işverenden hem de çalışanlardan prim toplanması esasına dayalı bir sistemdir.
- 1950 yılında Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu hastalık konusuyla ilgili kabul edilen genel nitelikli bir kanundur.

B) 1950-1980 Yılları Arası

- 1964 yılında çıkarılan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 32-42. maddeleri hastalık sigortası ile ilgili maddelerdir.
- Sosyal güvenlik dışında kalan ve süreksiz olarak tarım işlerinde hizmet karşılığında ücret sistemine göre çalışanlardan istekte bulunanlara hastalık riskine karşı güvence sağlamak için 1984 yılında 2925 Sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu'nun Uygulanmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır. Ayrıca bu yönetmelik sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilere muayene ve tedavi imkânı da sağlamaktadır.
- 1986 yılında Resmi Gazete'de Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliği yayımlanmıştır.
- Ortalama yaşam süresinin ve sağlık hizmetine talebin artması, her üç çeşit sosyal güvenlik kuruluşunun (Görsel 5.6) sağlık giderlerinin artması nedeniyle 1999 yılında kabul edilen 4447 sayılı Kanun ile birçok kanunda sağlık sigortasıyla ilgili değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler şunlardır:

1. Bağ- Kur'da sağlık sigorta prim ödeme oranı yükseltilmiştir.
2. Sosyal Sigortalar Kurumuna prim ödemesi yapan sigortalıların sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olma şartı eklenmiştir.
3. Bağ- Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu sigortalıların ve bakmakla yükümlü kimselerin kullandığı tıbbi araç gereç ve protez bedellerinin %20'si kendisi tarafından ödenmesi (Görsel 5.7), Emekli Sandığı, Bağ- Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu emekli sigortalıların ve bakmakla yükümlü yakınlarının ise %10'unu kendilerinin



Görsel 5.6: Sosyal Güvenlik Kuruluşları



Görsel 5.7: İşitme protezi kullanan sigortalı



ödemesi esası getirilmiştir. Bağ- Kur sigortalı ve hak sahiplerine ilaç bedellerinin ve ayakta tedavi poliklinik ücretlerinin %20'sini, emeklilerin ise %10'unu katkı payı olarak ödeme esası getirilmiştir.



BİLGİ KUTUSU

Türkiye'de sağlık sistemi reformu 1980'li yıllarda başlayıp 1990 sonrasında değer kazanan genel sağlık sigortasının kurulma çalışmalarıdır. Bu çalışmalar kapsamında Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyişi Kanun Tasarısı Taslağı hazırlanmıştır. Bu tasarının amacı emeklilik ve sağlık sigortalılarının birbirinden ayrılmasıdır. Ayrıca hizmet sunan ve hizmet satın alan kurumları birbirinden ayırarak hizmet sunucular arasındaki rekabeti artırmaktır.



- 1999 yılında hazırlanan ve her bireyi sağlık sigortası kapsamına almak için yapılan son çalışma Sağlık Sandığı Kurumu Genel Müdürlüğü Kanun Tasarısı Taslağı'dır. Kısaca Sağ- Kur adıyla bilinmektedir. Bu tasarının amacı ülke sınırları içinde yaşayan tüm insanlara sağlık güvencesi sağlamak için Sağlık Sandığı Kurumunu kurmak, kurumun işleyişiyle ve sağlık sigortasıyla ilgili esasları düzenlemektir.

C) 2000 Yılı ve Sonrası

- Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2001-2005) sağlık hizmeti finansmanı ve sunumunun birbirinden ayrılması, her bireyin sağlık sigortası kapsamına alınarak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı sağlanması kabul edilmiştir.
- 16 Kasım 2002 tarihindeki Acil Eylem Planı'nda sağlık alanında yürütülmesi planlanan temel hedefler belirtilmiştir. Bu hedeflerden bazıları şunlardır:

1. Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak, aile hekimliği uygulamasına geçilecek, anne ve çocuk sağlığına önem verilecek.
2. Sağlık kuruluşları tek çatı altında toplanacak, hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıda olması sağlanacak.
3. Bilişim teknolojileri ve internetin sağlık bilgi sisteminde kullanılması sağlanacak.
4. Hasta memnuniyetini sağlayıcı, erişimi kolay, kaynakların verimli kullanıldığı sağlık sisteminin oluşturulması sağlanacak.
 - 2003 yılında Acil Eylem Planı doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır.

Dünya Bankası Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile ilgili Türkiye'ye destek vermiştir. Projenin amacı, düşük gelirli bireylerin kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin tüm nüfusa yayılmasını sağlamaktır.

Sağlık sigortası ile ilgili yapılan son çalışmalar 2006 yılında kabul edilen **5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**'dur. Bu kanunun amacı; sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası bakımından bireyleri güvence altına almak, sigortaların işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemek, sigortalardan yararlanacak bireyleri ve sağlanacak hakları, haklardan faydalanma şartlarını ve sigortaların finansman yöntemlerini düzenlemektir.



BİLİYOR MUYDUNUZ?



T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi'nde Resmî Gazete'de yayımlanan kanunlar, Cumhurbaşkanlığı kararnameleri, yönetmelikler, tebliğler ve diğer düzenleyici idari işlemler tek metin hâline getirilir ve güncel olarak yayımlanır. Mevzuat Bilgi Sistemi'nden ücretsiz olarak yararlanılmaktadır.



OKUMA METNİ

Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma

Son yirmi yılda Türkiye'de sağlık sektöründe yapısal ve teknolojik anlamda birçok değişiklik ve dönüşüm yaşanmaktadır. Bu dönüşümden en çok payını alan sektörlerden birisi de bilişim teknolojileridir. Bilgi teknolojilerinin kullanımı birçok sorunun çözümüne olanak sağlamaktadır. En alt kullanıcılarından en üst kullanıcılarına kadar bilgi sistemi kullanıcılarının ihtiyaç duyduğu tüm bilgilere ulaşması kişinin sağlık probleminin anında değerlendirilmesine ve gereksiz tetkiklerin yapılmayarak maliyetlerin düşürülmesine de katkı sağlamaktadır. Bilgi teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşması, toplumun sağlık düzeyini yükseltirken toplumun eğitim düzeyi de yükselmekte ve bunun sonucunda kalkınmada nitelikli insan gücü ortaya çıkmaktadır. Sağlık düzeyinin yükselmesi eğitim ve nüfusa dolaylı olarak yansımakta, ekonomik ve sosyal kalkınmayı sağlamaktadır. Bilgi teknolojileri sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini artırmak için kullanılmaktadır. Sağlık Bilgi Sistemleri, sağlık alanındaki gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan bilgi ve verilerin oluşturulması, düzenlenmesi, paylaşılması ve hastaların tanı ve tedavilerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi gibi işlemlerinin bütününe verilen addır. Sağlık Bilgi Sistemlerinin kullanılması ile sağlık alanında etkili ve yüksek kalitede hasta bakımına katkıda bulunması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin ve düzeyli olarak planlanabilmesi ve rutin işlemlerin aksamadan yürümesi kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında büyük önem arz etmektedir. Aynı zamanda daha iyi hasta bakımının sağlanması, randevu sistemleri ile hasta bekleme sürelerinin kısalması, bürokrasinin en aza indirilmesi ve hasta dosyalarının kaybolmasının önüne geçilmesi gibi yüksek faydalar da sağlamaktadır.

Sağlık bilgi teknolojilerinin diğer tüm sistemlerle uyumlu bir şekilde çalışmasını sağlamak için standardizasyona ihtiyaç duyulmaktadır. Bunu sağlamak için sağlık hizmetinin ana sunucusu konumunda olan sağlık bakanlığının konuya verdiği değer büyük önem taşımaktadır. Ayrıca sağlık alanında oluşturulan veri ve bilgilerin güvenli ve uyumlu bir şekilde transfer edilebilmesi ve sağlık kuruluşları ve hastalar ile paylaşılabilmesi için de sağlık veri standartlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık sektöründe yaşanan büyük gelişmeler, sağlık bakım hizmetlerinde maliyetlerin kontrolü verimlilik ve kalite konularına giderek daha fazla önem verilmesine neden olmuştur. Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda kurumlar değişen koşullara uygun olarak yeniden yapılandırılmakta ve sağlık bakım hizmetlerinin verilme biçimi ile klinik süreçler sürekli olarak değerlendirilmektedir. Yaşanan tüm bu gelişmeler, sağlık bakım hizmetlerinde bilgi teknolojilerinin giderek daha yoğun olarak kullanılmasına yol açmıştır.

Kaynak: "<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/509521>" Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma'dan alınmış ve düzenlenmiştir (Erişim tarihi: 21.05.2022, erişim saati: 15.00).



SIRA SİZDE



Aşağıda verilen cümlelerin başındaki boşluğa cümlede yer alan ifade doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

- () 1. 2000 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır.
- () 2. 508 sayılı kanun Sosyal Sigortalar Kanunu'dur.
- () 3. 5510 sayılı kanun Sağlık Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortalar Kanunu'dur.
- () 4. Türkiye'deki sağlık güvenlik kurumları olan SSK, Bağ- Kur ve Emekli Sandığı arasında iş birliğinin olmaması sağlık sigortası ile ilgili yapılan değişikliklerin nedenlerindedir.

5.2.2. Türkiye'deki Sağlık Sigorta Yöntemleri

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminde yaşanan sorunlar nedeniyle 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortalar Kanunu ile sosyal güvenlik reformu gerçekleştirilmiştir. Sosyal güvenlik reformunun yapılmasının temel sebepleri şunlardır:

- Sosyal güvenlik sisteminde yer alan Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ- Kur gibi kurumların birbirinden farklı gruplara farklı hizmetler sunması
- Tüm vatandaşların sosyal güvenlik sistemi kapsamında olmaması
- Sistem içindeki kişilerin hak ve yükümlülüklerinin farklı olması

Türkiye'deki sağlık sigorta uygulamaları temelde ikiye ayrılmaktadır. Bunlar; primli sistemde sağlık uygulamaları ve primsiz sistemde sağlık uygulamalarıdır.

5.2.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumları (Primli Sistemde Sağlık Uygulamaları)

Sosyal güvenlik sisteminde SSK, ES ve BAĞ- KUR kurumları 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında birleştirilmiştir. Türkiye'de sosyal sağlık sigortacılık hizmetini veren tek kurum SGK'dir.

Ayrıca Ereğli Kömür Havzası Amele Birliği Biriktirme ve Yardımlaşma Sandığı, İlkokul Öğretmenleri Sağlık ve Sosyal Yardım Sandığı (İLKSAN), Ordu Yardımlaşma Kurumu (OYAK) gibi sosyal güvenlik imkânı tanıyan tamamlayıcı sosyal güvenlik kuruluşlarıdır.

Bağ- Kur ve SSK'de sigortalı, Emekli Sandığı'nda iştirakçi olarak isimlendirilenler ve bu kurumda çalışanlar 5510 sayılı Sağlık Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortalar Kanunu'na göre sadece **sigortalı** olarak isimlendirilmiştir. Emekli Sandığı'nda yetim ve dul olarak tanımlananlar ise **hak sahibi** olarak isimlendirilmektedir.

Eski mevzuatta sigortalılar sosyal güvenlik kurumlarına göre aşağıdaki şekilde isimlendirilmektedir:

- SSK'ye bağlı sigortalılar, 5510 sayılı Sosyal Sigortalılar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda 4/a kapsamında sigortalı
- Bağ- Kur'a bağlı sigortalılar 5510 sayılı kanunda 4/b kapsamında sigortalı
- Emekli Sandığı'na bağlı katılımcılar 4/c kapsamında sigortalılar olarak adlandırılmıştır.



BİLGİ KUTUSU

İLKSAN ilkokul öğretmenleri üyelerine sosyal yardım (afet, emekli, evlenme, maluliyet, doğum gibi yardımlar) amacı ile Milli Eğitim Bakanlığına bağlı olarak özel kanunla kurulmuş, kendi tüzel kişiliği bulunan bir kamu kurumudur. İLK-SAN memuriyete giriş ile eş zamanlı olarak kazanılan bir hak ve yükümlülüktür.



Primli sistemde sağlık uygulamaları; Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu (BAĞ- KUR), Emekli Sandığı (ES), Vakıf Statüsünde Sosyal Sigorta Sandıkları, Tamamlayıcı Sosyal Sigorta Sandıklarında Sağlık Sigortası olarak ele alınmaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu adıyla kurulmuş 1965 yılında sosyal güvenlik alanındaki kapsamının değişmesiyle **Sosyal Sigortalar Kurumu** adını almıştır. 5510 Sayılı Kanun'un 4'üncü maddesi kapsamında hizmet akdi (sözleşmesi) ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan tüm sigortalıları kapsamaktadır. Hizmet akdine bağlı çalışanlar (zorunlu sigortalı), tarım işçileri, çırak, stajyer ve kursiyerler ile diğer sigortalılardan (sanatçı, koruma bekçileri) oluşmaktadır. Ülke nüfusunun büyük bir kısmına hizmet götürmesi nedeniyle Sosyal Sigortalar Kurumu ülkenin sosyal güvenliğinin sağlanmasında önemli bir yere sahiptir.

SSK sigortalılarına hastalık, meslek hastalıkları, iş kazaları, işsizlik, analık, yaşlılık, malullük ve ölüm risklerine karşı sosyal güvence sağlamıştır. Sağlık sigortası kapsamında ise SSK sadece sigortalıya yönelik meslek hastalıkları ve iş kazaları sigortası, sigortalı ve ailesine ise hastalık sigortası olarak hizmet vermektedir. Türkiye'de sosyal sigorta kurumlarının içinde sigortalılarına sağlık hizmetini doğrudan kendi sağlık kuruluşları tarafından veren tek kurum SSK'dir. Kurum 1952 yılından sonra sigortalıları için hastaneler ve sağlık kuruluşları açmıştır. Ayrıca kurum ilaç fabrikası ve sağlık kuruluşlarının içindeki eczanelerle sigortalıların ilaçlarını karşılamıştır. Fakat 2005 yılında SSK'ye bağlı tüm sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu düzenleme ile sigortalı olanların yanında Emekli Sandığı, Bağ- Kur ve Yeşil Kart sahibi hastaların SSK'ye bağlı sağlık kurumlarından faydalanmaları sağlanmıştır. SSK bu tarihten sonra üyeleri adına sağlık hizmetlerini üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer sağlık kurumları ile sözleşme yaparak satın almıştır.

BİLİYOR MUYDUNUZ?



Türkiye'de 2022 yılı şubat ayı verilerine göre toplam aktif sigortalı (4a) sayısı 18.274.345 kişidir.

Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu (BAĞ- KUR)

Bağ-Kur 1971 yılında 1479 sayılı kanunla kurulmuş sosyal güvenlik kurumudur. Bağ- Kur'un kuruluş amacı bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlamaktır. Kurum herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna dâhil olmayan kişileri ve ev hanımlarını isteğe bağlı sigortalı olarak kapsamına almıştır. Ayrıca 1983 yılından itibaren tarımda kendi adına ve hesabına çalışanlar da Bağ-kur kapsamına alınmıştır.



Bağ- Kur uzun süre sigortalılarına sağlık sigortası sağlayamamıştır. Kurum sağlık sigorta uygulamasına 1986 yılında başlayarak 1989 yılında tüm ülkeye yaygınlaştırmıştır. Bağ- Kur'a bağlı sigortalılar ve sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişiler malullük ve yaşlılık aylığı alanlar ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişiler sağlık sigortasından faydalanmaktadır. Bağ- Kur sigortalıların sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını kamu ve özel sağlık kuruluşlarından satın alarak karşılamaktadır.

Emekli Sandığı (ES)

Emekli Sandığı 1949 yılında 5434 sayılı Kanun ile kamu kesiminde çalışan memurlar ile onların dul ve yetimlerinin sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla kurulmuştur. ES üyelerine ve bakmakla yükümlü olduklarına malullük, yaşlılık ve ölüm durumlarında sosyal güvence sağlayan kurum 1971 yılından sonra sağlık yardımına da başlamıştır. Aktif durumda çalışan devlet memurlarının aldıkları sağlık hizmetinin giderleri çalıştıkları devlet kurumları tarafından dolayısıyla devlet bütçesinden karşılanmaktadır.

ES sandık üyelerinin sağlık hizmetleri ihtiyacını kamu ve özel sağlık kuruluşlarından satın alarak karşılamıştır. Kamu çalışanları sağlık yardımlarından çalıştıkları kurumlardan sevk kâğıdı alarak faydalanmıştır.

Vakıf Statüsünde Sosyal Sigorta Sandıkları

Türkiye'de SSK, Bağ- Kur ve ES olmak üzere sosyal sağlık sigortacılığı temelinde üç sosyal sigorta kuruluşu vardır. Ancak bu kuruluşların yanı sıra 506 sayılı Sosyal Sigorta Kanunu'nun geçici 20. maddesine göre özel sektörde çalışanlar için tamamlayıcı sandıklar kurulmuştur. Bu sandıklar ticaret odaları, borsalar, sanayi odaları, bankalar ve bunların oluşturduğu birliklere göre faaliyet gösteren sosyal sigorta sandıklarıdır. Sandıklar üyelerine 506 sayılı Kanun hükümlerinden az olmamak şartıyla meslek hastalıkları, iş kazası, malullük, analık, ölüm ve hastalık sigortasını sağlamıştır.

Tamamlayıcı Sosyal Sigorta Sandıklarında Sağlık Sigortası

Ordu Yardımlaşma Kurumu (OYAK) ve Amele Birliği en fazla söz edilen tamamlayıcı sosyal sigorta kurumlarıdır. OYAK Emekli Sandığı tarafından Türk Silahlı Kuvvetleri mensuplarına sosyal güvenlik haklarına ek haklar sağlamak amacıyla kurulmuştur. OYAK üyelerine emeklilik, maluliyet ve ölüm yardımlarında bulunmakta fakat hastalık yardımı vermemektedir.

Türkiye'de kurulan ilk sosyal sigorta kuruluşu Amele Birliğidir. 1921 yılında çıkarılan 151 sayılı Kanun'un 4. maddesi uyarınca Ereğli Havzasında çalışanların sosyal yardım ihtiyaçlarını karşılamak için kurulmuş olan sandık 1923 yılında fiilen göreve başlamıştır. Sosyal Sigortalar Kurumunun faaliyete geçmesiyle birlikte Amele Birliği tamamlayıcı sosyal güvenlik kurumu olarak faaliyete başlamıştır. Amele Birliği üyelerine öğrenim, sağlık, iş göremezlik, iş kazası, cenaze, gayrimenkul ikraz (borç verme) yardımları sağlamaktadır.

5.2.2.2. Primsiz Sistemde Sağlık Uygulamaları

Türkiye'de prim sistemiyle çalışan ve bu kapsamda sağlık yardımları yapan sosyal güvenlik kurumları bulunmaktadır. Bunların yanında devlet primsiz sistemle de devlet bütçesinden sağlık güvencesi olmayanlara yönelik sağlık yardımları sağlamıştır. Devlet bütçesinden yapılan sağlık yardımları şunlardır:

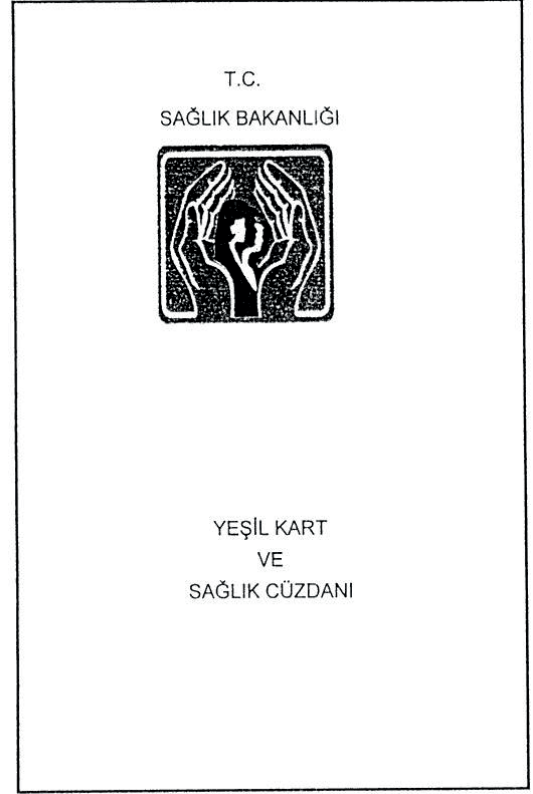
- Yurt dışında görev yapan personele yönelik sağlık yardımları
- Terörle mücadelede, asayiş hizmetlerinde, orman yangınlarının söndürülmesinde görev alan kişilere yönelik sağlık yardımları
- Er ve erbaşlara yönelik sağlık yardımları
- Afetlerde zarar gören kişilere yönelik yardımlar



- Yeşil kart (Görsel 5.8) kapsamında sağlanan sağlık yardımları
- Vatan hizmetinde bulunan ve İstiklâl madalyası sahiplerine yönelik sağlık yardımları
- Milli mücadele, Kıbrıs ve Kore savaşlarına katılanlara yönelik sağlık yardımları
- 65 yaşını doldurmuş muhtaç, kimsesiz vatandaşlara yönelik sağlık yardımları

Bu sağlık yardımlarından en kapsamlı olanı 1992 yılında 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun ile yürürlüğe giren Yeşil Kart uygulamasıdır. Bu uygulama ile hiçbir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan düşük gelirli vatandaşların genel sağlık sigortası kuruluşuna kadar sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanmıştır.

Yeşil Kart hiçbir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan, Türkiye'de ikamet eden, asgari ücretin sosyal sigorta primleri ve vergi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan Türkiye vatandaşlarına kaymakamlık ve valilik tarafından verilmektedir. Yeşil Kart Kanunu yataklı tedavi kurumlarında yatış yapılarak görülen tedavi masraflarını karşılamada sınırlı tutulmuş, ilaç ve diğer tıbbi malzeme ile ayakta tedavi masraflarını güvence altına almamıştır. Güvence altına alınmayan bu hizmetlerin bedellerinin 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu'nca karşılanması sağlanmıştır.



Görsel 5.8: Yeşil kart



BİLGİ KUTUSU

1992 yılında kabul edilen 3816 sayılı Kanun kapsamında yeşil kart sisteminden faydalananlar da 1.1.2012 tarihinden itibaren Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından resen genel sağlık sigortası olarak tescil edilmiş ve yeşil kartlı vatandaşlar da kapsama alanına alınmıştır. Bu tarihten itibaren herhangi bir sosyal güvenliği olmayan Türk vatandaşları yapılacak gelir testi sonucu 5510 sayılı Kanun'un 60'inci maddesi kapsamında tescil edilerek SGK'nin sağlık yardımlarından prim ödenmeksizin faydalandırılmaktadır.





SIRA SİZDE

Aşağıda verilen örneklerdeki sigortalılar hangi kurum kapsamına girmektedir, uygun olan harfleri örneklerin başındaki kutulara yazarak eşleştiriniz.



SİGORTALILAR

- 1. Devlet hastanesinde çalışan hemşire
- 2. Tekstil fabrikasında çalışan işçi
- 3. Market sahibi kişi
- 4. Özel hastanede çalışan hemşire

KURUMLAR

- a) Bağ-Kur
- b) Emekli Sandığı
- c) SSK
- ç) OYAK
- d) İLKSAN

5.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASI



HAZIRLIK ÇALIŞMALARI

1. Sizce genel sağlık sigortası kapsamında kimler yer almaktadır?
2. Sizce hiçbir şart aranmaksızın sağlık hizmeti verilecek durumlar nelerdir?

Sosyal Güvenlik Sistemin'de sağlık sigortasının önemli bir rolü vardır. Sağlığı bozulan kişilere tedavi imkânı sağlama ve hastalıkların önlenmesi sağlık politikasının temel unsurudur. Türkiye'de genel sağlık sigortası sosyal güvenlik reformu çerçevesinde uygulanmaktadır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigorta Kanunu ile sağlık hizmetlerini ülke nüfusunun tümünü eşit kapsayacak şekilde ve tek bir yapı altında birleştirmek öngörülmüştür.

5.3.1. Genel Sağlık Sigortası Kavramı

Genel sağlık sigortası kavramı dünyada yer alan önemli bir sağlık sigortası şeklidir. Bu sigortada sağlık hizmetlerinin finansmanın büyük bir bölümü hizmetten yararlananlardan alınan primlerle sağlanmaktadır. 01.01.2012 tarihinde uygulamaya giren genel sağlık sigortası ile Türkiye'de sağlık sigortası ilk kez kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır.

Genel sağlık sigortası ülkedeki yabancılar dâhil tüm kişileri kapsayan, öncelikle kişilerin sağlıklarının korunmasını amaçlayan, sağlık riskleriyle karşılaşmaları sonucu oluşan giderlerin finansmanını sağlayan sigorta güvencesidir. Genel sağlık sigortası kişilerin isteğine ve ekonomik gücüne bakılmaksızın meydana gelecek hastalık riskine karşı tüm kişilerin sağlık hizmetlerinden etkin ve eşit bir şekilde yararlanmasını sağlamaktadır. Toplumdaki tüm kişileri sağlık hizmetlerinden yararlandıran genel sağlık sigortası ile sosyal güvencesi olmayan kişiler de sisteme dâhil edilmiş ve sağlık harcamalarının devlet tarafından karşılanması güvence altına alınmıştır.



BİLGİ KUTUSU

Genel sağlık sigortasının uygulanması ile ilgili Kanun **5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**'dur. 20.05.2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan **5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu**'nda ise Genel Sağlık Sigortası ile ilgili teşkilatlanma yapısı yer almaktadır.



5.3.2. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı

01.01.2012 tarihinden itibaren Türkiye'de ikamet eden tüm kişiler ve Türkiye'de bir yıldan fazla ikamet eden, ikamet izni almış yabancılar zorunlu olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (Görsel 5.9). Bu tarihten önce isteğe bağlı prim ödeyenler, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK kapsamında çalışanlar ve çalışanların bakmakla yükümlü oldukları çocukları, eşleri, anne ve babaları için hiçbir değişiklik bulunmamaktadır. Sosyal Güvenlik Sistemi içerisinde olan Emekli Sandığı, Bağ- Kur ve SSK kurumları kapsamındaki kişiler (Görsel 5.10) ayrıca bir prim ödmeden ve herhangi bir gelir tespiti yapılmadan genel sağlık sigorta kapsamında kendi sigortalıkları sebebiyle sağlık yardımı almaya devam etmektedir.



Görsel 5.9: Genel sağlık sigortası kapsamındaki bireyler

Hiçbir güvencesi olmayan ve Yeşil Kart'a sahip kişiler genel sağlık sigortası kapsamına alınarak bu kişilerin sağlık sigortasından faydalanmaları sağlanmıştır. Yeşil Kart alındığı tarihten itibaren ölüm, maddi durum değişikliği vb. durumlar dışında bir yıl geçerlidir. Bir yılın sonunda vize edilmesi (geçerliliğinin devamı için yapılması gereken işlemler) gerekmektedir. Yeşil Kart sahipleri vize işlemleri için Yeşil Kart Yoklama Belgesi'ni doldurarak Yeşil Kartı aldıkları kaymakamlık ya da valiliğe vermek zorundadır. Bir yıl sonunda vize edilmeyen Yeşil Kartlar Kaymakamlık ve Valiliklerce Yeşil Kart bilgilerinin silinmesi için nüfus idaresine bildirilir. Dört ay süre içerisinde herhangi bir bildirimde bulunulmaması durumunda nüfus idaresi tarafından Yeşil Kart bilgileri silinir.



Görsel 5.10: Emekli sandığı kapsamındaki birey



Önceden sağlık hizmetlerinden yararlananların dışında vatansızlar, sığınmacılar, belirlenen şartlara uyan yabancı ülke vatandaşları, isteğe bağlı sigortalı olanlar da genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır.

Genel Sağlık Sigorta Kanunu'nun 60. maddesine göre sağlık sigortasında vatandaşlık önemli iken bu Kanun 5754 sayılı Kanun'un 38. maddesiyle değişikliğe uğramıştır. Kanun'un değişikliğe uğramasıyla Türkiye'de ikamet eden tüm kişiler sağlık sigortasına alınmıştır. İkametgâhi Türkiye'de olan kişilerden;

a) 5510 sayılı Kanunu 4/a, 4/b ve 4/c kapsamındaki sigortalılar,

b) İsteğe bağlı sigortalılar,

c) Yukarıdaki a ve b maddelerine göre sigortalı sayılmayanlardan;

- Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,
- Vatansızlar ve sığınmacılar,
- 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
- 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanunu'nun 74'üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanun'un ek 16'ncı maddesine göre aylık alan kişiler,
- 11/10/1983 tarihli ve 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara (Görsel 5.11) ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,
- 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,
- Bu Kanun veya bu Kanun'dan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,
- Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar, genel sağlık sigortalısı sayılır.

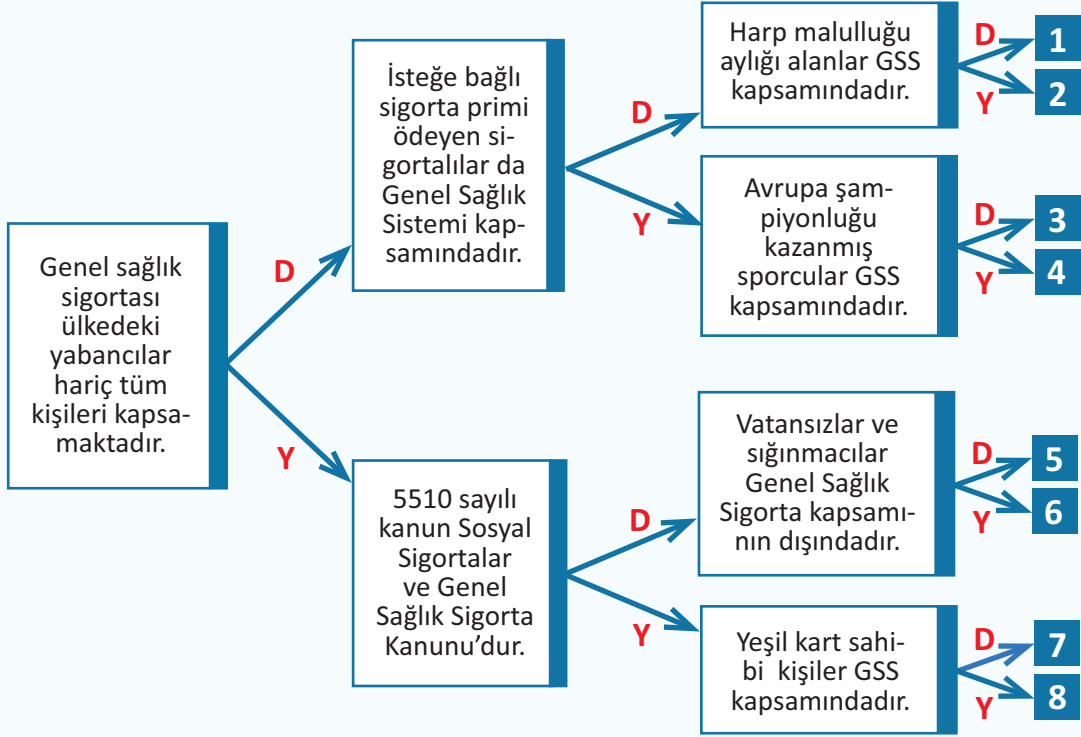


Görsel 5.11: 2022 Dünya olimpiyat kadın boks şampiyonu Busenaz SÜRMELE



SIRA SİZDE

Aşağıda verilen cümlelerin doğru (D) ya da yanlış (Y) olduğuna karar verilerek ilgili ok yönünde ilerlendiğinde hangi çıkışa ulaşılır?



5.3.3. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Koşulları

Genel sağlık sigortasında sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları şunlardır:

a) Genel sağlık sigortası kapsamında sayılan;

- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 4/a (SSK), 4/b (Bağ-Kur) ve 4/c (Emekli Sandığı) kapsamındaki sigortalı sayılan kişiler,
- Türkiye'de oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından (Görsel 5.12), herhangi bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler (karşılıklı olmak şartıyla),
- İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
- İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneği ve kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,



Görsel 5.12: Genel sağlık sigorta kapsamındaki yabancı ülke vatandaşı



- Başka bir ülkenin sağlık sigortası kapsamında olmayan vatandaşlar ve bu vatandaşların bakmakla yükümlü oldukları kişiler için sağlık hizmeti veren kuruluşa başvurduğu tarihten önce son bir yıl içinde **genel sağlık sigortası için toplam 30 gün prim ödeme gününün** olması gerekmektedir.

b) Genel sağlık sigortalısı sayılan isteğe bağlı sigortalılar ve yabancı ülke vatandaşlarından oturma izni almış ve herhangi bir ülkede sigortalı kapsamında olmayan kişiler ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık hizmeti veren kuruluşa başvuru yaptığı tarihte primle ilgili hiçbir borcunun olmaması gerekmektedir.

c) Genel sağlık sigortalısı sayılan 5510 sayılı Kanun'un 4/b kapsamındaki sigortalılar (Bağ- Kur) ve herhangi bir ülkede sağlık sigorta kapsamında olmayan vatandaşlar ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin yukarıdaki a maddesindeki şarta ek olarak sağlık hizmeti veren kuruluşa başvuru yaptığı tarihte 60 günden fazla primle ilgili hiçbir borcunun olmaması gerekmektedir.



BİLGİ KUTUSU

KISA ÇALIŞMA VE KISA ÇALIŞMA ÖDENEĞİ HAKKINDA YÖNETMELİK

MADDE 1 – Bu Yönetmeliğin amacı, 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu'na göre sigortalı sayılan kişileri hizmet akdine tabi olarak çalıştıran işverenin, genel ekonomik, sektörel veya bölgesel kriz ile zorlayıcı sebeplerle işyerindeki haftalık çalışma sürelerini geçici olarak önemli ölçüde azaltması veya işyerinde faaliyeti tamamen veya kısmen geçici olarak durdurması hallerinde, işçilere kısa çalışma ödeneği ödenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.



BİLİYOR MUYDUNUZ?



Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlık hizmeti veren kuruma başvuru yaparken nüfus cüzdanı, evlenme cüzdanı, pasaport, sürücü belgesi veya SGK tarafından verilen sağlık kartı belgelerinden birini göstermek zorundadır.

Genel sağlık sigorta uygulamasında şart aranmaksızın sağlık hizmeti verilecek kişiler ve durumlar şunlardır:

- 18 yaşını doldurmamış çocuklar
- Acil durumlar (Görsel 5.13)
- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar
- Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler
- Meslek hastalığıyla ilgili durumlar ve iş kazaları
- Kişiyeye ve madde bağımlılığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri



Görsel 5.13: Acil durumda sağlık hizmeti alan birey



- Analık sebebiyle ayakta ve yatarak yapılan acil sağlık hizmetleri, tıbbi bakım ve tedaviler
- Afet ve savaş durumlarında sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetleri

5.3.4. Genel Sağlık Sigorta Kapsamında Finansmanı Sağlanmayacak Sağlık Hizmetleri

Genel sağlık sigorta uygulamasında Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri şunlardır:

- Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital (doğuştan) nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri
- Sağlık Bakanlığınca insan sağlığı bakımından kullanılmasına veya uygulanmasına izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri
- Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri
- Kanununun 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentleri kapsamına giren yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce var olan kronik hastalığa ilişkin sağlık hizmetleri

5.3.5. Genel Sağlık Sigortasında Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri

Genel sağlık sigorta uygulamasında sağlık hizmeti veren kuruluşlar birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üç hizmet basamağına ayrılmıştır. Bu hizmet basamakları Sağlık Bakanlığı tarafından tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasındaki sevk zinciri de Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ön tanı, tanı ve hekimlerin uzmanlıkları dikkate alınarak belirlenmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerini ve bazı tedavi hizmetlerini sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık personeli, uzman aile hekimleri veya uzmanlaşmamış tıp personeli tarafından sunulmaktadır. Aile hekimleri, toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve dispanserler birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardır.

İkinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ve uzman tıp personelinin çalıştığı, farklı kapasiteye sahip hastanelerin tedavi amaçlı hizmetlerini içermektedir. Birinci basamak sağlık kurumları tarafından tedavi edilemeyen hastaların tedavileri ikinci basamak sağlık kurumları tarafından verilmektedir. Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, dal hastaneleri, özel hastaneler, diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardır.

Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey hastanelerdir. Bölge hastaneleri, ihtisas hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri (Görsel 5.14) üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren kurumlardır.



Görsel 5.14: Pamukkale Üniversite Hastanesi



Türkiye'de sevk zinciri uygulamasında kişiler önce birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumları tercih etmelidir. Bu kurumlarda tedavi imkânı yoksa ikinci basamak sağlık kurumlarına gidilmeli burada da sonuç alınmazsa üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuru yapılmalıdır.

Sağlık sistemi uygulamalarında birinci, ikinci ve üçüncü sağlık hizmetlerinin koordineli çalışmaları gerekmektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilir bir hastanın ikinci veya üçüncü sağlık hizmet veren kurumlarda tedavi edilmesi ülkenin sağlık harcamalarının artışı doğuracaktır.

SIRA SİZDE



Aşağıdaki soruları cevaplayınız.

1. A. adlı 66 yaşındaki adam burun akıntısı ve hâlsizlik şikâyetleri nedeniyle üniversite hastanesi dâhiliye bölümüne başvurmuştur. A. adlı adamın başvurusunu GSS sevk zinciri sistemine göre değerlendiriniz.
2. Burun şeklini beğenmeyen 20 yaşındaki genç burun estetiği yaptıрма isteğiyle ikinci basamak sağlık hizmeti veren özel bir hastaneye başvurmuştur. Bu gence yapılacak olan cerrahi işlemin finansmanı GSS tarafından karşılanır mı? Neden?

5.3.6. Genel Sağlık Sigortasında Yasal Düzenlemeler

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu genel sağlık sigortası uygulamasında temel kanundur. 31.05.2006 tarihinde kabul edilen bu Kanun genel sağlık sigortasından faydalanan kişileri, sağlık hizmeti veren kurumları ve işverenleri kapsamaktadır. 5510 sayılı Kanun'un amaçları şunlardır:

- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigorta Kanunu'nun işleyişi ile ilgili usul ve esasları belirlemek.
- Türkiye'deki tüm kişileri sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kapsamına almak.
- Bu Kanun'dan yararlanacak kişileri, sağlanacak hakları ve haklardan yararlanma koşulları ile finansmanını belirlemek.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname adıyla yürürlüğe giren 663 sayılı Kararname de Genel Sağlık Sigortası uygulamasında önemlidir. 663 sayılı Kararname ile sağlık kuruluşlarının etki alanları, görevleri ve sayıları değişmiştir.

Kanun uygulamalarındaki düzenlemeler yönetmeliklerle yapılmaktadır. 15.04.2008 tarihinde Ayakta Teşhis ve Tedavi yapılan Özel Sağlık Kurumları Hakkında Yönetmelik Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Bu Yönetmelik'in amacı sunulan sağlık hizmetinin kaynak israfına dikkat edilerek kaliteli, verimli ve dengeli olmasını sağlamaktır.

Sağlık sigorta uygulamasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen ikincil mevzuat Sosyal Güvenlik Kurumu Uygulama Tebliği'dir. Bu tebliğin amacı, Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlık yardımları karşılanan kişilerin sağlık kurumlarında yapılan tedavi ücretleri ve sağlık yardımlarının (hastalık sigortası, analık, meslek hastalıkları sigortası) verilmesiyle ilgili usul ve esasları tespit etmektir.



BİLGİ KUTUSU

Sosyal Güvenlik Kurumu uygulamasında Sosyal Güvenlik Kurumunca verilen sağlık sigortası yardımları 4/a, 4/b ve 4/c kapsamındaki bütün sigortalı ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler hastalık sigortasından yararlanmaktadır. Ayrıca 4/b kapsamındaki sigortalılar iş kazası, 4/a kapsamındaki sigortalılar da meslek hastalıkları ve iş kazaları sigorta yardımlarından yararlanmaktadır.



5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları hâlinde sağlıklarını kazanmalarını, meslek hastalığı ile iş kazası, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hâllerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedeller Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) bildirilmiştir.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) tarafından usul ve esasları belirlenen konular şunlardır:

- Sağlık kurumlarına müracaat ve işlemler
- Sağlık kurum ve kuruluşları belirleme
- Tedavi kategorileri ve katılım payları, dış tedavileri, yurt dışı tedavileri
- Kaplıca tedavileri, üremeye yardımcı yöntemler
- İlaç yazım ilkeleri, reçete ile ilaç kullanım raporları
- Eczanelerle yapılacak sözleşme, eşdeğer ilaç uygulamaları ve ilaçlarda yapılacak indirimler
- Organ ve doku nakli tedavileri
- Sağlık kurumunca bedeli ödenecek bazı tedavi yöntemlerinin usul ve esasları
- Ambulans bedelleri, tıbbi malzeme temini ve ödeme şartları
- Trafik kazazedeleriyle ilgili esaslar

SUT esaslarını Sosyal Güvenlik Kurum Başkanlığı yürütmektedir. Tebliğ esaslarındaki değişiklikleri kurum genelge ile duyurmaktadır.



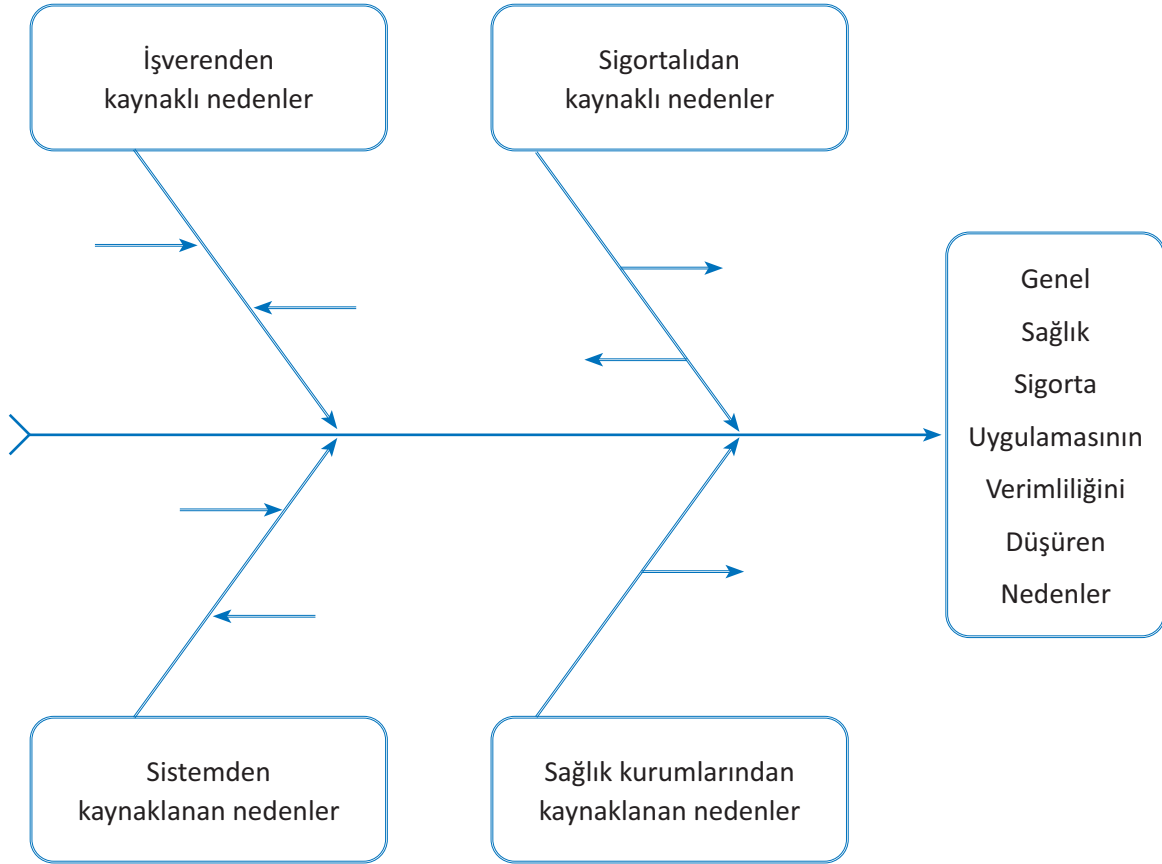
ETKİNLİK

Etkinlik Adı : Genel Sağlık Sigorta Uygulamasının Verimliliğini Düşüren Nedenler

Etkinlik Amacı : Genel sağlık sigorta sistemini değerlendirmek.

Yönerge : Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek "Genel Sağlık Sigorta Uygulamasının Verimliliğini Düşüren Nedenler" etkinliğini gerçekleştiriniz.

- Balık kılçığı tekniği hakkında öğrenciler bilgilendirilir.
- Etkinliğin adı ana sorun olarak belirlenir.
- Kâğıdın ortasına soldan sağa doğru ana kılçık çizilir.
- Kılçığın sonuna kutu çizilerek kutunun içine ana sorun yazılır.
- Beyin fırtınası tekniği kullanılarak sorunun olmasına sebep olan ana nedenler belirlenir, küçük kılçıklar şeklinde ana kılçığa 45 derecelik açıyla oklar çizilerek okların üzerine yazılır.
- İlk kılçıktan başlayarak ana nedenlere de oklar çizilerek bu nedenlerin alt nedenleri yazılır.
- Herkesin birbirinin görüşüne saygılı olması sağlanır.





ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıda verilen soruların doğru cevabını işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi Geleneksel Hastalık Sigortası Sistemi için söylenemez?

- A) Hastalık risklerine karşı sigortalama yapmaya dayalıdır.
- B) Almanya'nın da kullandığı sistemdir.
- C) Sağlık hizmetlerinin tümü ücretsizdir.
- D) Finansmanı işçi ve işveren primlerinden karşılanmaktadır.
- E) Çalışan kesim sosyal sigortaya bağlıdır.

2. Aşağıdakilerden hangisi Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi için söylenemez?

- A) Türkiye'nin uyguladığı sistemdir.
- B) Hastaların hekimlerini seçme özgürlükleri yoktur.
- C) Finansman kaynakları prim ve vergilerdir.
- D) Sağlık hizmeti ücretsizdir.
- E) Hekim ücretleri devlet tarafından ödenmektedir.

3. Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası bakımından bireyleri güvence altına almak, sigortaların işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemek için çıkarılan kanun aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu
- B) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- C) Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun
- D) Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun
- E) Emekli Sandığı Kanunu

4. Aşağıdakilerden hangisi genel sağlık sigorta uygulamasında şart aranmaksızın sağlık hizmeti verilecek durumlardandır?

- A) Aile hekimliği muayeneleri
- B) Diş hekimi muayenesi
- C) Acil sağlık hizmetleri
- D) Yardımcı üreme yöntemleri
- E) Kronik hastalıklardaki sağlık hizmetleri

5. Aşağıdaki Yeşil Kart uygulaması ile ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?

- A) Hiçbir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan kişilere verilir.
- B) Yeşil Kart'ın geçerlilik süresi bir yıldır.
- C) Yeşil Kart başvurusu için Türkiye'de ikamet etme zorunluluğu yoktur.
- D) Kaymakam veya valiliklerce verilir.
- E) Asgari ücretin üçte birinden az aylık gelir elde edenlere verilir.

6. Türkiye'de sağlık sigortasının ilk kez kurulduğu kanun aşağıdakilerden hangisidir?

- A) 1971 yılında kabul edilen Esnaf ve Sanatkarlar ve diğer bağımsız çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu
- B) 1949 yılında kabul edilen Emekli Sandığı Kanunu
- C) 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumuna ait Kanun
- D) 1945 yılında çıkarılan 4772 sayılı İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu
- E) 1921 yılında kabul edilen 151 sayılı Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun



7. Türkiye'de sosyal sağlık sigortacılık hizmetini veren kurum aşağıdakilerden hangisidir?
A) ES B) İLKSAN C) OYAK
D) SGK E) SSK
8. Aşağıdaki kişilerden hangisi genel sağlık sigorta kapsamında değildir?
A) Vatansızlar ve sığınmacılar
B) Harp malullüğü aylığı alanlar
C) Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu kazanmış sporcular
D) 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşları
E) Başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunan vatandaşlar
9. Aşağıdakilerden hangisi sevk zinciri uygulaması için doğru örnektir?
A) Hastalar kendilerine en yakın hastaneye başvurmalıdır.
B) Hastalar önce özel hastaneye başvurmalıdır.
C) Hastalar önce ikinci basamak sağlık kurumlarına memnun kalmazlarsa üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurmalıdır.
D) Birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilmeyen hastalar ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurmalıdır.
E) Hastalar ilk olarak üniversite hastanelerine başvurmalıdır.
10. Türkiye'de genel sağlık sigortası hangi tarihte uygulamaya girmiştir?
A) 02.05.2006
B) 05.03.2007
C) 01.01.2008
D) 01.01.2012
E) 01.01.2013
11. Uzman tıp ve sağlık personelinin yer aldığı farklı büyüklükteki hastanelerin tedavi amaçlı verdiği hizmetler hangisinde gerçekleşir?
A) Birinci basamak sağlık hizmetleri
B) İkinci basamak sağlık hizmetleri
C) Üçüncü basamak sağlık hizmetleri
D) Aile hekimliği
E) Ağız ve diş sağlığı özel sağlık kuruluşları
12. Aşağıdakilerden hangisi ideal bir sağlık sistemi için söylenemez?
A) Sağlık hizmet maliyetlerini asgari seviyede tutmalı.
B) Sağlık hizmetlerine erişim kolay olmalı.
C) Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmalı.
D) Hastayı finansal risklere karşı koruma sağlamalı.
E) Sınırlı sayıda kişiyi kapsamalı.
13. Aşağıdakilerden hangisi genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetidir?
A) Estetik amaçlı ortodontik diş tedavisi giderleri
B) Kişiyi yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
C) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak yapılan tedavi giderleri
D) İnsan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
E) Acil durumlardaki sağlık hizmetleri

CEVAP ANAHTARLARI

1. ÖĞRENME BİRİMİ											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
D	C	A	B	E	A	B	C	D	E	E	B
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
B	A	B	C	A	B	E	C	A	B	D	

2. ÖĞRENME BİRİMİ									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	E	E	A	E	B	D	C	C	B
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	B	D	C						

3. ÖĞRENME BİRİMİ									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	B	C	C	D	D	C	A	D	A
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	D	A	B	A	C	C	A	B

4. ÖĞRENME BİRİMİ									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	E	D	E	A	C	D	A	A	C
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	B								

5. ÖĞRENME BİRİMİ											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
C	B	B	C	C	E	D	E	D	D		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
B	E	A									

SIRA SİZDE CEVAP ANAHTARLARI

1.ÖĞRENME BİRİMİ

SAYFA 24

1. Kamu Finansmanı	2. Kullanıcı katkısı	3. Özel Sağlık Sigortası
4. Zorunlu Sağlık Sigortası	5. Enformel ödemeler	

2. ÖĞRENME BİRİMİ

Sayfa 39

Karşılaştırma Kriteri	Sosyal Sigorta	Özel Sigorta
1. Sigorta ilişkisinin kaynağı	Kanun	Sigorta sözleşmesi
2. Sigortanın zorunluluğu	Zorunlu	Gönüllü
3. Yararlanma şartı	Statü gerekli	Hiçbir şart gerekmez.
4. Sigorta hizmetini veren	Devlet	Özel sigorta şirketleri
5. Sigorta süresi	Devamlı	Sürelî
6. Sigortada gözetilen yarar	Kamu yararı	Kişisel yarar
7. Amacı	Kamu hizmeti	Kâr elde etme

Sayfa 49

1) D	2) D	3) Y
4) D		

3.ÖĞRENME BİRİMİ

Sayfa 60

1. sigorta poliçesi	2. sosyal sağlık sigortası	3. lehtar
4. sağlık sigortası	5. özel sağlık sigortası	

Sayfa 64

1. Hizmet sunucularını teşvik etmek amacıyla verilen ek ödemelere dayalı yöntemdir.
2. Hekim ve diğer sağlık personeline önceden belirlenen kriterler çerçevesinde, vakanın tanısına göre ödeme yapılmasına dayalı yöntemdir.
4. Sağlık personellerine verdikleri hizmet karşılığında ödeme yapılmasına dayanan yöntemdir.
5. Doktora kendisine bağlı her kişi için sabit ve genellikle de yıllık ortalama üzerinden yapılan ödeme yöntemidir.

Sayfa 66

2. Günlük ödeme yöntemi	3. Hizmet başına ödeme yöntemi	4. Bütçe ödemesi yöntemi
5. Kişi başına ödeme yöntemi		

4.ÖĞRENME BİRİMİ

SAYFA 78

1) D	2) Y	3) D
4) Y	5) D	

5. ÖĞRENME BİRİMİ

Sayfa 89

1-D	2-D	3-Y
4-Y		

Sayfa 93

D-Y-D-3. çıkış

Sayfa 98

1) Y	2) Y	3) D
4) D		

Sayfa 102

1) B	2) C	3) A
4) C		

Sayfa 105

Y-D-Y-6. Çıkış

- Akbulut, P. (2018). Sağlık Sigortacılığı. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi.
- Bolukçu, F. (2020). Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Harcamalarının Kapsamı ve Finansmanı. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 2(2), 11-27.
- Bostancı, Y. (2008). Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası. Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 16 (1), 145-173.
- Çelik, P. Y. (2019). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelikay, F., Gümüş, E. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 177-216.
- Çıraklı, Ü., Gökkaya, D., Kibar, R. (2021). Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Yeşil Karttan Faydalanan Vatandaşların Yeşil Kart Uygulaması Hakkındaki Görüşleri Üzerine Nitel Bir Araştırma. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 7(2), 292-307.
- Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı.
- Dalkılıç, D. D. (2018). Hayat ve Hayat Dışı Sigortalar. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi.
- Daştan, İ. & Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması . SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi , 5 (1) , 104-134 .
- Erol, H., Özdemir, A. (2014). Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi (4) 1, 9-35.
- Erumut, M. C. (2012). Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem. Sosyal Güvence Dergisi , 93-125.
- Gümüş, F. Ç. V. E. , Çelikay, F. & Gümüş, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı . Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi , 11 (1) , 177-216 .
- Hussein, H. A. (2019, 07). Gelişmiş Ülkeler Ve Türkiye'nin Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.
- Işık, H. (2001). Sağlık Hizmetleri: Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi 2010; yıl: 85 sayı: 2 (86-99).
- Kızılova, A.T. (2015). Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası: Gelişimi, Uygulanması Ve Sorunları. Yüksek Lisans Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü. (2020). Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Alanı Çerçeve Öğretim Programı. Ankara.
- Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü. (2020). Sağlık Hizmetleri Alanı Çerçeve Öğretim Programı. Ankara.
- Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü. (2020). Sağlık Sigortası ve Finansman Ders Bilgi Formu. Ankara.
- Orhanel, E. (2018). Türkiye'de Sağlık Sigortası. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Orhaner, P. D. (2010). Sağlık Sigortacılığı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.

- Tatar, P. D. M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi . SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi , 1 (1) , 0-0 .
- Uğurluoğlu, E., Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi , 11 (2) , 1999-2026 .
- Uğurluoğlu, Ö. & Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı . Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi , 8 (1) , 3-29 .
- Yardımcı, D. C. (2020). Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Harcamalarının Finansmanı. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Yenimahalleli Yaşar,G. (2007). Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı.

Kaynakça, APA 6.0 referanslama sistemi kullanılarak oluşturulmuştur.

GENEL AĞ KAYNAKÇASI VE GÖRSEL KAYNAKÇASI

Ders materyalinin genel ağ kaynakçasına ve görsel kaynakçasına karekodu okutarak ulaşabilirsiniz.

Karekoda ulaşamaması durumunda aşağıdaki linki kullanabilirsiniz.

<http://kitap.eba.gov.tr/karekod/Kaynak.php?KOD=2816>



