



**T.C. İSTANBUL TİCARET
ÜNİVERSİTESİ**

**DIŞ TİCARET ENSTİTÜSÜ
WORKING PAPER SERIES**

Tartışma Metinleri

WPS NO/ 213 / 2019-04

**TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ SAĞLIK SİGORTASI, GENEL OLARAK AB
ÜLKELERİ DEĞERLENDİRMELERİ, İNGİLTERE İLE TÜRKİYE KIYASLAMASI
VE ÖNERİLER**

***HAMDİ TOLGA ÖZKARADUMAN**

*tolgaozkara86@gmail.com İstanbul Ticaret Üniversitesi Sigorta ve Risk Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Özet

Tamamlayıcı sağlık sigortası, kamu sigortaları tarafından karşılanmayan veya sadece bir bölümü karşılanan sağlık hizmetlerini içerir. Sosyal sigortanın karşıladığı tedavi masraflarına ek olarak ortaya çıkan giderler (evde bakım masrafları vb.) ve sağlık sigortası katılım payları tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında karşılanabilmektedir. Destekleyici sağlık sigortası ise, kamu sigortası tarafından karşılanmayan, kişinin konforunu daha arttıracak şekilde ek hizmetleri içermektedir. Bu ülkeden ülkeye değişmekle beraber; lüks hizmete erişim (tek kişilik odada kalış, kamu hastanesinde özel odada kalış gibi), hastane veya doktor seçebilmenin olduğu, ilaç desteği gibi hizmetleri kapsamaktadır. Bu çalışmada genel AB ülkelerinin sağlık hizmetleri ve harcamaları ele alınıp, İngiltere ve Türkiye karşılaştırılıp önerilerde bulunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, İngiltere, Türkiye

Abstract

Complementary health insurance includes health services that are not covered or covered by public insurance. In addition to the medical expenses covered by the social insurance, the expenses (home care costs etc.) and health insurance contributions can be covered under the supplementary health insurance. The supplementary health insurance includes additional services to increase the comfort of the person, which is not covered by public insurance. This varies changes from country to country; access to luxury services (such as stay in a single room, stay in a private room in a public hospital); This study addressed the general EU countries to take health services and spending, will be discussed about England and Turkey and will be made some suggestions about Turkey.

Keywords: Complementary Health Insurance, England, Turkey

Giriş

Sosyal sağlık sigortalarının finansmanı ister vergi ister primle sağlansın, hiçbir sistem tüm sağlık risklerini karşılayamamıştır. Bu durum karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda iki yöntemi gündeme getirmektedir. Bunlardan birincisi sağlık harcamalarının doğrudan cepten ödeme ile karşılanması yani finansal riskin sağlık hizmetini kullanan kişi tarafından üstlenilmesidir. İkinci yöntem ise finansal riskin özelsağlık sigortası tarafından karşılanmasıdır (1).

Özel sağlık sigortası özellikle yüksek gelirli ülkelerde yaygın olan bir sağlık finansman yöntemidir (2). Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun veya olmasın sigortalının karşılaştacağı hastalık veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür(3). Özel sigorta, kişilerin özel çıkarlarının çeşitli risklere karşıteminat altına alınması için serbest iradeleri (sigorta sözleşmesi) ile meydana getirdikleri bir risk teminatıdır (4). Ayrıca, gelişmiş ve kamu sağlık sigorta sistemini uygulayan ülkelerde ve genellikle sosyal sigorta sisteminin bulunduğu ülkelerde yaygın bir şekilde kullanılan finansman yöntemidir (5).

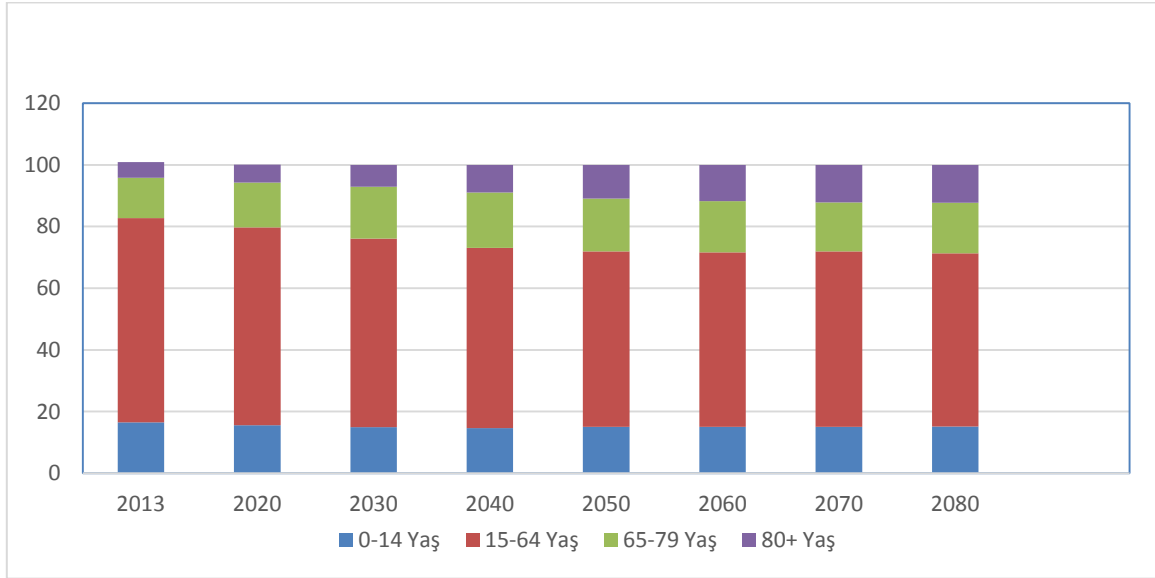
Özel sağlık sigortaları; ikame edici, ilave edici ve tamamlayıcı sigorta olarak sınıflandırılabilir. İkame edici/ yedek sağlık sigortası; yasal kapsam dışında kalan kişileri veya yasal ve özel sigorta kapsamı arasında seçim yapma şansı olan kişileri kapsamaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası; hizmetlerin kapsanmadığı (diş tedavisi, alternatif tedavi gibi) veya kamu tarafından yalnızca belirli kısmının kapsandığı (yasal kullanıcı katkıları gibi) hizmetleri içerir. İlave edici/destekleyici sağlık sigortası ise; hizmetlere daha hızlı ulaşım ve artan hizmet sunucusu seçimi sağlar (6).

Bu çalışmada daha çok özel sağlık sigortasına alternatif olan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası üzerinde durulmuştur. Çalışmanın ilk bölümünde bazı AB ülkeleri baz alınarak sağlık harcamaları değerlendirilmiştir, ikinci bölümünde İngiltere'deki Sağlık Sistemi, üçüncü bölümde ise Türkiye'deki Sağlık Sistemi incelenmiştir. En son olarak da İngiltere ve Türkiye'deki özel sağlık sigortaları değerlendirilip bazı önerilerde bulunulmuştur.

1. Türkiye ve Bazı AB Ülkelerindeki Sağlık Harcamalarına Genel Bakış

Şekil 1’de görüldüğü gibi 2013 yılında %18’den fazlasını yaşlı nüfus oluşturmaktadır. 2050 yılına gelindiğinde ise %50’nin üzerine çıkacağı öngörülmektedir. Çalışma çağındaki nüfusta da %10’luk bir düşüş beklenmektedir. Nüfusun yaşlanması sağlık ihtiyaçlarının artacağı anlamına gelmektedir. Böylelikle, sağlık harcamalarını tetikleyecektir. Çalışma çağındaki nüfus oranının azalıp bağımlı nüfus üzerindeki artış sosyal sigortalar üzerindeki etkiyi daha da artıracaktır. Bununla beraber insan ömrünün artması, sağlık hizmetlerinde finansal yaptırımların yapılması için tamamlayıcı özel sağlık sigortasının gerekliliği ön plana çıkmıştır.

Şekil 1: Avrupa Birliği Yaş Gruplarına Göre Nüfus Projeksiyonu (28 Ülke)

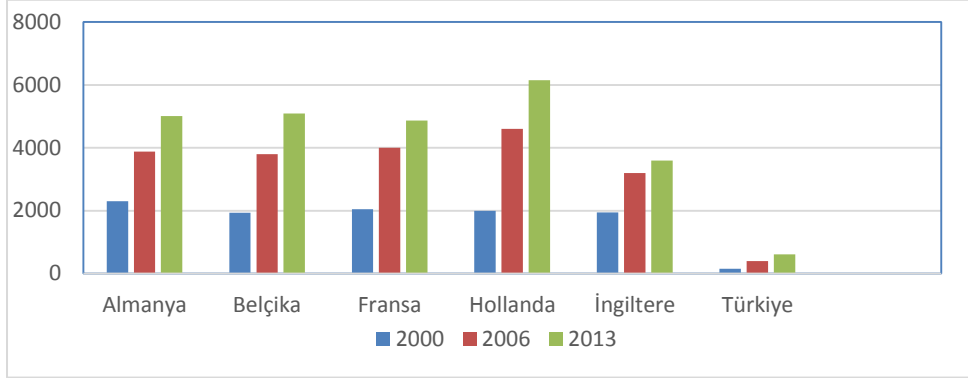


Kaynak: Eurostat, EUROPOP, 2013

Sosyal güvenlik mevzuatları ve kurallarına bağlı kalarak tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortalarının içerikleri belirlenmiştir. Özellikle gelişmiş ülkelerin sağlık sigorta mevzuatlarına bağlı kalarak Türkiye'deki sağlık sigortaları incelenip şekillenmiştir.

Şekil 2’de bize kişi başına düşen sağlık harcamalarının her geçen sene tüm ülkelerde artış olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarında 6.145\$ ile Hollanda ilk sırada yer alırken Türkiye’de ise bu rakam sadece 608 \$ olarak belirtilmiştir.

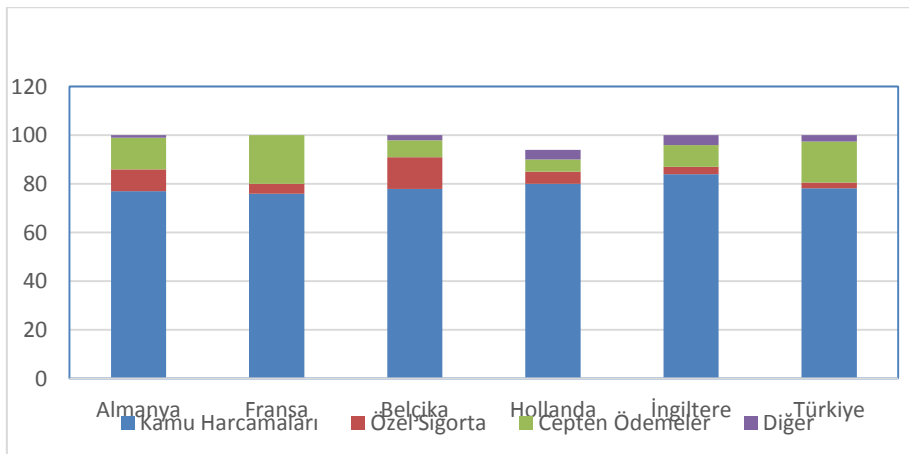
Şekil 2: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (Dolar)



Kaynak: Dünya Bankası, 2014

Sağlık harcamaları kişi başına düşen milli gelire doğru orantılıdır. Türkiye incelendiğinde diğer ülkelere oranla daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Şekil 3'te görüldüğü gibi belirtilen ülkelerde kamu harcamalarının pay oranı diğer harcamalara göre daha yüksektir. Bu doğrultuda özel sigortaların pazardaki durumu kamu harcamalarının gerisinde kalmaktadır. Bu değerlendirmeler doğrultusunda Türkiye'deki özel sağlık sigortalarının harcamalarının pay oranı diğer ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Belirtilen ülkelerde, özel sağlık sigortası ile kapsanan nüfus oranına bağlı kalarak farklılık göstermektedir. Özel sağlık sigortası sahibi nüfus, tamamlayıcı özel sağlık sigortasının devreye girmesiyle bir nevi pazarlama sektöründe belirli bir yeri olması gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

Şekil 3: Belirtilen Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının Finansman Dağılımı (%Pay)



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, 2012

2. İngiltere Sağlık Sigortası Sistemi

Nüfus: 64 Milyon

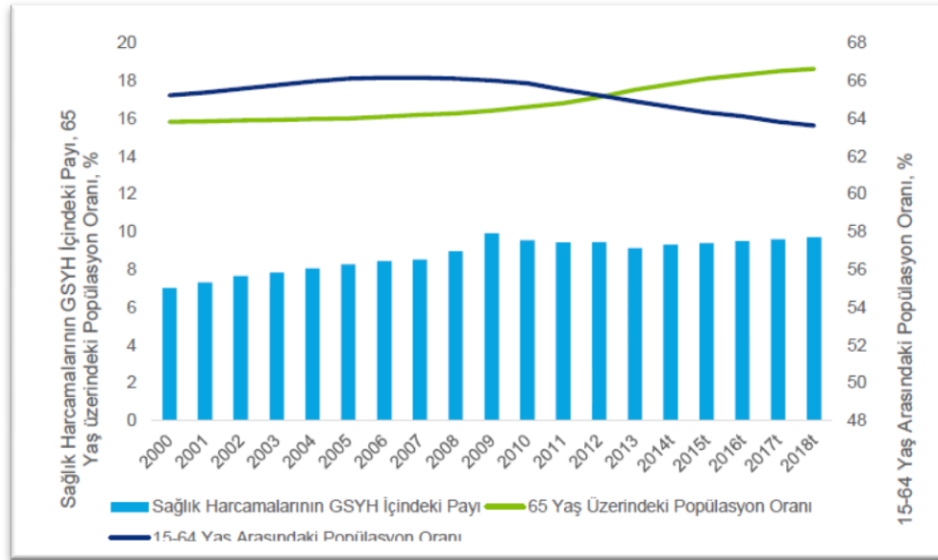
Kişi Başına Düşen GSYH*: 41.781 \$

Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı: %9,3

Ortalama Yaşam Süresi: 80,3 Yıl

Kaynak: Economist Intelligence Unit 2014

Şekil 4: İngiltere'de Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, 65 Yaş ve Üzeri ile Çalışma Çağındaki Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Economist Intelligence Unit; (t: tahmin)

İngiltere'de 2000-2013 yılları arasında GSYH (Gayri Safi Yurtiçi Hasıla) içindeki sağlık harcamaları payı %2 artmıştır. Bu payın 2018 yılı sonu itibariyle yaklaşık %10 artışı beklenmektedir. Aynı zamanda 2012 yılında çalışan nüfusun toplamına oranı %65 olup 2018 yılı sonu itibariyle %64'ün aşağısına düşmesi öngörülmektedir.

İngiltere'de Kamu ve Özel Sektör Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı:

Dünya Sağlık Örgütü, Global Sağlık Harcamaları Veri Tabanına göre Kamu Harcamaları: %84, Cepten Ödemeler: %9, Özel Sağlık Sigortası: %3, Diğer: %4.(Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Global Sağlık Harcamaları Veri Tabanı)

İngiltere vatandaşı olan herkes NHS (Devlet Sağlık Hizmetleri) tarafından ücrete tabi olmadan sigorta kapsamına girer. Belirli düzeyde kazancı olan bireyler sigorta katkı paylarına tabidir, ama hiç çalışmamış bireyler NHS kapsamındaki sigortaya katkı payı ödemekle yükümlü değiller. Sağlık ödemelerinin finansmanı %18'i katkı paylarından, %76'sı ise vergilerden oluşmaktadır(7).Sigorta katkı payını 16 yaşından büyük olanlar ve aylık maaşları 620£'dan fazla olanlar ödemeye tabidirler(8). Diğer ülke vatandaşları EHIC (Avrupa Sağlık Sigorta Kartı) kartına sahip olanlar ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Turistik amaçlı gelen ziyaretçiler için sadece bulaşıcı hastalıklar ve acil servis hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanmaktadır.NHS tarafından gelir seviyesi düşük olanlar için bazı ek teminatlar verilmektedir. Bu kapsamda göz ve diş muayeneleri, reçeteli ilaç ve hastaneye sevkıyat gibi masrafları da karşılamaktadır. Bu desteklerden yararlanılabilmesi için gelir üst sınırı olarak bakım evinde kalanlar için 23.250£, diğer bireyler için ise 16.000£ olması kararlaştırılmıştır(9).

İngiltere'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

İngiltere'de 'Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'ifadesi kullanılmamaktadır. 'ÖzelSağlık Sigortası' olarak geçmektedir. Yıllık olarak yenilenir ve sigortalıların isteği doğrultusunda yenileme tarihleri, bağlı oldukları şirketi ve poliçedekiteminatları ek ücrete tabi olarak değiştirebilir. Sigorta şirketleri bireylerin sağlık risklerine göre değerlendirir ve başvurular bu riskler doğrultusunda kabul eder. Anlaşmalı hastane ücretleri doktor ve kurum olmak üzere iki kısımdan olur. Doktorünücret değerlendirmesi kişisel olmakla beraber, hastanede bulunan oda, tıbbi malzemelervesaire kuruma aittir. Kurumla ilgili ödemeler sigorta şirketleri tarafından karşılanıp doktorla ilgili ödeme ise sigortalı tarafından yapılır. Daha sonrasında doktora yapılanödemeler sigortalıya şirket tarafından geri iade edilir.NHS hizmetlerinin bir kısmı ücrete tabi değildir. Bu kapsamda; yatarak veya ayakta tedaviler, ilaçlar, rehabilitasyon ve öğrenme güçlüğü tedavisi gibi hizmetler içerir. İlaçlardaki katılım payları da bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Örneğin İngiltere'de katılım payı alınırken, Galler ve

İskoçya'da katılım payı alınmamaktadır. Tezgah üzeri satılan ilaçlar NHS tarafından karşılanmaz ve bunun %41'i cepten ödemelerdir. Onun haricinde bir takım ilaçlar 12\$'ı geçmeyecek surette ortak ödeme sistemleri oluşturulmaktadır. Dış muayenelerinde ortak ödeme ise 315\$'a kadar çıkar(10). NHS dış hizmetlerini de kapsamaktadır, yapılan araştırmalar doğrultusunda nüfusun neredeyse yarısı NHS'nin dış hizmetlerinden faydalanmıştır(11). Katarakt, lazer göz ameliyatı gibi operasyonlar da hizmet dahilindedir, ama ameliyat kararı çıkınca, bekleme süresinin uzun olduğu bilinmektedir. Özel sigortalar ani oluşan, tedaviye çabuk cevap veren ve acilleri kapsayan çeşitli paketler içermektedir(12) ve bu paketlerin büyük bir kısmı yatarak veya özel bakım gerektiren hastalıkları kapsama alıp ayakta veya fiziksel tedavi içeren hizmetler için daha yüksek primli olmaktadır(13). Bu primler doğrultusunda, kişilerin ekonomik durumlarına göre seçenek sunar, örneğin düşük gelirlili bir bireye belirli hastanelerde sadece yatarak tedavi hizmeti sunulurken, daha kapsamlı bir sigorta ise yatarak, ayakta, psikoterapi ve fiziksel tedaviler gibi diğer hizmetler de daha itibarlı hastanelerde cepten harcamalarının büyük bir kısmını karşılar. Uzun dönemli bakım, pratisyen hekim muayeneleri ve acil sağlık hizmetleri özel sağlık sigortası içinde yer almamaktadır. Bu tarz bakım ve muayeneler uzun dönemli bakım sigortası teminatlarına girmektedir. Diğer taraftan özel sektörde pratisyen doktorların bulunmasına rağmen bu tarz muayeneleri özel sağlık sigortası karşılamayıp cepten ödeme ile gerçekleşmektedir. Özel sağlık sigorta kapsamında acil servis hizmetleri sağlanamamaktadır, bunun sebebi ise özel hastanelerde acil servis birimlerinin bulunmamasıdır. Özel sigortası olan bir birey NHS hastanesinde acil bakıma alınıp daha sonrasında ise özel odaya sevk edilebilmektedir. Tedavisi mümkün olmayan veya tekrarlayan hastalıklar normal şartlarda teminata dahil olmayıp, poliçenin türüne ve sigorta şirketine göre teminat altına alınabilir.

Bahsedildiği üzere İngiltere'de tamamlayıcı ve destekleyici sigorta ifadelerinin kullanılmamasından dolayı isteğe göre özel sağlık sigortasının seçilmesindeki neden muayenenin hastane ağı ile tamamlanması ve özel odada hizmetlerden faydalanmasıdır. NHS hizmetlerine talep yoğunluğunun artmasından ötürü finansal açıdan hizmetlerde yetersiz kalıp uzun bekleme sürelerinde artış olmuştur. Gerek talep yoğunluğunun artması gerekse finansal yetersizliklerden ötürü özel sağlık sigortasına sahip olmanın ana gerekçesi olarak nitelendirilmiştir. Bu sebeple muayeneler üzerinde daha çok söz sahibi olma ve lüks hastanelerde daha iyi bakım şartları altında olma gibi sebepler de özel sağlık sigortasına sahip olma isteğini tetiklemiştir. Özel sektör tarafından gerçekleştirilen dış bakım hizmetlerinin daha kaliteli olduğu düşünülmüştür. Bu demek oluyor ki, tamamlayıcı özel sağlık sigortası,

sigortalı memnuniyeti açısından özellikle diş tedavi masraflarının tamamlanması açısından tercih edilmektedir.

Değerlendirmeler

2014 verilerine göre İngiltere nüfusunun %8'i özel sağlık sigortasına sahiptir. Bu nüfusun 1,4 milyon kişi bireysel, 3,8 milyon kişi ise grup sigortası dahilindedir. Son yıllarda İngiltere'de özel sağlık sigortası nüfusunda düşüş yaşanmıştır, bunun sebebi ise ekonomik dalgalanmalardır(14). Öte yandan yaşlı ve risk grubundaki kişiler bireysel sağlık sigortası pazar payının %20'sini oluşturmakla beraber, genel olarak sigorta şirketleri ödemelerinin %40'ını oluşturmaktadır(15). Daha önce de bahsedildiği üzere NHS'nin sağlık hizmetlerinde yoğun talepten ötürü finansmanı yetersiz kalmaktadır. Sonuç olarak uzman doktor randevusu ve pratisyen doktor tarafından muayene bekleme sürelerinde artış olmuştur. 2015 yılının şubat ayında bekleme süresi son yılların en yüksek oranı olmuştur. Bu dönem içerisinde 40.000 hastanın kaydı yapılmıştır ve tedavinin başlanması için 26 haftaya yakın beklenildiği bilinmektedir(16). Bu bekleme sürelerinin daha aza indirgenmesi için tamamlayıcı özel sağlık sigortalarının önemi daha çok vurgulanmıştır. Dolayısıyla NHS hizmetlerinin finansal açıdan daha iyi hizmet verebilmesi ve sistemin mali açıdan srdrebilirliğinin sağlanması için tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlaştırılması söz konusu olmuştur. Bununla beraber, özel sağlık sigortası kullanımının teşviki üzerine bazı direnmelerle karşı karşıyadır ve finansal açısından önümüzdeki zamanlarda düşüş beklenmektedir. Özel sağlık sigortasına mensup bireylerin birçoğu NHS'ye vergi yolu ile katkıda bulduklarını bilmemektedirler. Diğer Avrupa lkeleri arasında özel sağlık sigortası nüfusu oranının Türkiye'ye en yakın ülke olan İngiltere'de sağlık sigorta içeriklerinin geniş yelpazede olması, finansal yetersizliklerden ötürü hizmetlerdeki bekleme sürelerinin artması, özel sağlık sigorta bilincinin genel anlamda düşük olması gibi hususlar Türkiye ile benzeşmektedir. Sağlık sektörlerindeki ödemelerde zorluklar yaşandığından dolayı İngiltere'de tamamlayıcı özel sağlık sigortalarının daha aktifleşmesi için çalışmalar yapılmaktadır.

3.Türkiye’de Sağlık Sigortası Sistemi

Nüfus: 77,69 Milyon

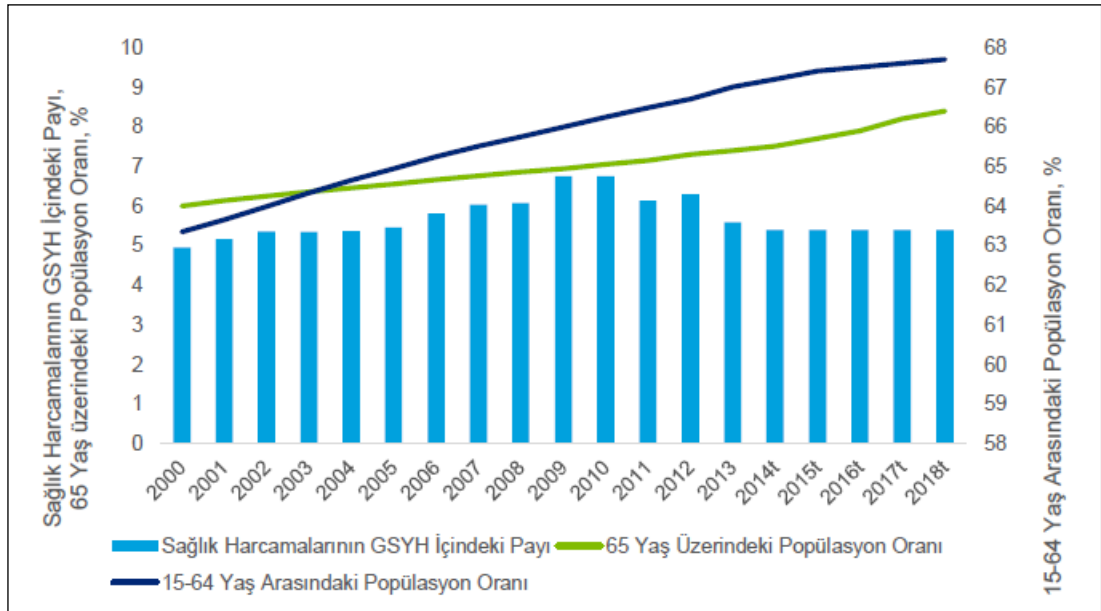
Kişi Başına Düşen GSYH*: 10.972 \$

Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı: %5,6

Ortalama Yaşam Süresi: 74,7 Yıl

Kaynak: Economist Intelligence Unit 2014

Şekil 5: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, 65 Yaş ve Üzeri ile Çalışma Çağındaki Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Economist Intelligence Unit; (t: tahmin)

Türkiye’deki sağlık ödemeleri GSYH (Gayrisafi Yurtiçi Hasılası) doğrultusundaki oranı %5,6’dır. Bu oran 2015-2018 yılları arasında sağlık ödemelerinin payı %5,4 olarak sabitlenmiştir. Öte yandan 65 yaş üzerindeki nüfusun toplam nüfusa olan oranı %7,4’tür. Bu oran başka ülkelerle mukayese edildiğinde oldukça altında kalmaktadır. Toplam nüfusun çalışmakta olan nüfusa oranı ise %67 civarında olup, 2018’de ise bu oran %67,7 civarına çıkması öngörülmektedir.

Türkiye'de Kamu ve Özel Sektör Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı:

Dünya Sağlık Örgütü, Global Sağlık Harcamaları Veri Tabanına göre Kamu Harcamaları: %79, Cepten Ödemeler: %17, Özel Sağlık Sigortası: %2, Diğer: %2. (Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Global Sağlık Harcamaları Veri Tabanı)

Türkiye'de sağlık sigortası temel olarak Sosyal Güvenlik Mevzuatı Kapsamında Sunulan Sağlık Sigortası (SGKSS) ve İsteğe Bağlı Özel Sigortası olmak üzere iki şekilde finanse edilmektedir.

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemler zamanla değişime uğrayıp gelişmiştir. 1964 yılında Sosyal Sigorta Kurumu (SSK) kurulmuştur. 1972 yılında ise Bağ-Kur (Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuştur. 1986 yılından bu yana Bağ-Kur'a bağlı olanlar için sağlık sigortaları hizmet vermeye başlanmıştır. 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na tabi kalınarak 2012 yılında zorunlu hale getirilmiştir. 2013 yılında ise toplam nüfusun %99'u kapsar hale gelmiştir. Bu durumdan ötürü sağlık kuruluşlarında ve harcamalarında artışlar olmuştur(17).

Genel Sağlık Sigortaları 5510 Sayılı Kanun ile yürürlüktedir, bu kapsamda sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanılması için genel sağlık sigortasına sahip olması şartı gerekmektedir. Sağlık primlerinin ve katılım payının ödenmesi gibi hususlar söz konusudur. SGK tarafından karşılanan sağlık hizmetleri ile yatak, yol, yemek ve diğer hizmetlerin bedelleri Sağlık Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir. SGK tarafından sağlık hizmetlerine ait muayene fiyatlandırma yardımları yıllık olarak Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin gereksiz yere kullanılmasını önlemek amaçlı hasta katılım payı vardır. Aynı zamanda ayakta tedavide verilen ilaçlar, protezler ve dış muayenesi gibi tedaviler için de ek katılım payı vardır(18).

Türkiye'de sağlık hizmetleri 5510 Sayılı Kanun doğrultusunda Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Kuruluşları ve Sağlık Kurumları basamaklandırılarak yürürlüğe alınmıştır:

Sağlık Kuruluşları:

- Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşu: Acil Sağlık Hizmetleri Birimleri, TSK birinci basamak sağlık üniteleri vb.
- Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu: Ayakta teşhis ve tedavi için yapılan özel hizmetler.
- Serbest Eczaneler: 6197 sayılı kanun kapsamındaki Eczaneler de bu kapsamdadır.

Sağlık Kurumları:

- İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumu: Sadece devlete ait hastanelerin hizmet verdiği Acil Sağlık Hizmetleri Birimleri, TSK birinci basamak sağlık üniteleri vb.
- İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumu: Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneleri kapsar. Ayakta tedavi hizmetlerini kapsar.
- Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kurumları: Devlete bağlı özel araştırma hastanelerini, üniversite hastanelerini ve bazı semt kliniklerini kapsar.

Türkiye’de kurumlara ve doktorlara başvuru sayıları 2003 ve 2013 yılları arasında basamaklara göre değerlendirdiğimizde birinci basamak 2011 yılına kadar artış gösterirken 2012 yılından itibaren düşmüştür. 2012 ve sonrası yıllarda ikinci ve üçüncü basamaklarda artış olmuştur. 2013 yılı sonu itibariyle birinci basamakta yaklaşık 221 milyon başvuru olurken, ikinci ve üçüncü basamaklarda ise toplam başvuru 630 milyonu bulmuştur. 2013 yılı sonu itibariyle ise kişi başı olarak doktorlara başvuru sayıları da birinci basamağa göre ikinci ve üçüncü basamak sayılarını iki katı geçmiştir. Bu durumun genel sebebi Türkiye’de sevk zincirindeki sistemin zorunlu kılınmamasından ötürü olduğu öngörülmektedir. Öte yandan yıllık genel hastane sayısında büyüme oranı %2,5 iken özel hastanelerdeki büyüme oranı % 11,4 olmuştur (19).

Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası SGK’ya kaydı olan bireylerin herhangi bir fark ödemediği SGK hastanelerinde tedavi olmalarına imkan veren bir özel sağlık ürünüdür. Fatura tutarının bir kısmı devlet, diğer kısmı ise sigorta şirketlerince karşılanmaktadır. Bu hususla ilgili 28 Haziran 2012 tarihli 2012/25 Genelgede bazı uygulamalar getirilmiştir:

2012/25 SGK Genelgesine göre, Özel sağlık sigortasının bir türü olan “Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası”, genel sağlık sigortasının temel teminat paketi içerisinde yer almayan, temel teminat paketinde yer alıp kısmen karşılanan, yani cepten ödeme yapılan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası türüdür. Başka bir deyişle tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası, Kurum tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerini, özel sigorta aracılığı ile sigorta kapsamına almaktadır. Özel sağlık sigortasına sahip olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kurum ile

sözleşmeli/protokollü sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti alması sırasında kullanabilecekleri tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortasının kapsamı ve uygulamaya ilişkin hususlar aşağıda açıklanmıştır(20).

Genel Sağlık Sigortasının kapsamı geniş olmakla beraber kişiye yönelik koruyucu hizmetleri de ele alır (madde ve alkol bağımlılığı gibi), SGK anlaşmalı hastaneler doğrultusunda ayakta ve yatarak tedavileri, doğum ve analık hizmetleri aynı zamanda ağız ve diş tedavileri gibi hizmetleri de ele alır. Bu sağlık hizmetlerinde tıbbi malzeme, kemik iliği, aşılar ve kazalarda oluşan yaralar da ilişkin sağlık hizmetleri tarafından teminat altına alınmaktadır. Bununla beraber, estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri SGK tarafından karşılanmaz. 5510 Sayılı Kanununa göre ise sağlık hizmetlerinden faydalananlar ödemek zorunda oldukları katılım payları, ilgili sigorta şirketleri tarafından teminat kapsamına alınmamaktadır(21).

Tamamlayıcı ve Destekleyici Özel Sağlık Sigortalarının Avantajları:

- Bütçeye göre alternatifler sunulması
- Mali oluşacak risklerin özel sektör ve kamu arasında paylaşılması
- Denetim mekanizmasının sistemlerdeki usulsüzlüklerin ortadan kaldırılmasına destek olunması
- Düşük maliyetli ve geniş kapsamlı poliçeler ile çalışan memnuniyetinin iyileştirilmesi
- Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılarak seçeneklerin artırılması
- Cepten ödemelerin aza indirgenip kayıt altına alınması
- Sosyal güvenlik kurallarınca sunulan sağlık sigortasına yönelik fiyat artışı baskılarının azaltılması
- Diğer genel sağlık sigortası ürünlerindeki hastane ve doktor bazındaki yığılmaları azaltmaya yönelik olması

Sonuç ve Öneriler

Beklenen yaşam süresinin uzaması, teknolojik gelişmelerin sağlık alanına yansması ve sağlığa olan talebin artması gibi nedenlerle son çeyrek yüzyılda tüm dünyada sağlık harcamaları giderek artmış ve sağlık hizmetlerinin finansmanının sürdürülebilirliği temel amaç haline gelmiştir. Dünyada birçok ülke sosyal devlet ilkesi ile çok bağdaşmasa da sağlık harcamalarında sosyal sigorta ve ona yardımcı ödeme araçlarının olduğu karma bir finansman politikasına yönelmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda gelişmiş veya Türkiye gibi gelişmekte olan birçok ülkede önemli sorunlar olduğu ve sağlık hizmetlerinin finansmanının mevcut haliyle sürdürülebilirliğinin uzun vadede kolay olmadığı bilinmektedir. Birçok ülkede sosyal sağlık sigortasına destek amacıyla kullanılan TSS, bu finansman sorununun çözümünde önemli bir alternatif olarak görülmektedir.

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları bireylerin seçeneklerini ve seçim şanslarını artırıp maliyetler doğrultusunda hastane ağlarına yönelmesini sağlar ve daha konforlu, güvenilir hizmet sunar. Yaşlanan nüfusla beraber sağlık ihtiyaçları ve giderleri giderek daha da artmaktadır. Aynı zamanda gelişen teknolojiye paralel olarak ortalama yaş ömrü ve hasta beklentilerinin giderek artması sağlık ödemelerinde finansal baskılar oluşturmuştur. Birçok gelişmiş ülkelerde sosyal mevzuat kapsamı doğrultusunda içerik ve nüfus olarak bu kapsamla sunulan sağlık sigortaları finansal olarak artan baskılarla geliştirilen yöntemlerle mücadele etmektedir. Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımlarının önüne geçilmesine dair katılım payı uygulamalarında reformlar oluşturulmuştur. Sevk zinciri uygulamaları doğrultusunda birinci basamak muayene oranını ve başarısını artırmak için gerekli çalışmalar yapılmaktadır. Bu uygulamaların yanı sıra risklerin ve finansmanın özel sektör ile devlet arasında bölüşülmelerine yardımcı olan tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları rapor kapsamında pek çok ülkede incelenmektedir. İsteğe bağlı özel sigortalarda nüfus kapsamı doğrultusunda ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Finansal risk bölüştürmelerine ek olarak cepten ödemelerin aza indirgenmesi ve bu ödemelerin kayıt altına alınmasıyla tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları sağlık finansmanına katkı sağlamaktadır.

Giderek artan öğrenci sayısı ve teknolojik açıdan gelişimlere bağlı kalarak, sağlık ödemelerinin artışı nedeniyle, sigorta genel kapsamındaki sunulan hizmet teminatları istek doğrultusunda azaltılabilmektedir. Sağlık maliyetleri artınca da cepten ödeme yoluyla hastaya yansıtılabilmektedir, bu durum sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanmasından ötürü oluşabilecek bireyin sağlık durumu ile ilgili gerilime yol açabilir ve mali kontrolün ötesinde ters etki yaratıp kronik hastalıkların gelişimini hızlandırıp uzun vadede maliyetin yükselmesine sebep olabilecektir. Bu sebepten ötürü, tamamlayıcı ve destek özel sağlık

sigortaları kişiyi ani fiyat artışlarından koruyan bir nitelik taşır. Ayrıca, tamamlayıcı sağlık sigortaları, anlaşmalı sağlık hizmetleri ile finansman kurumunun hizmet bedelleri konusunda tamamlama amaçlı sigorta şirketi tarafından incelenmektedir, bu da tamamlayıcı sağlık sigortası ikili denetim fırsatı sunar. Tamamlayıcı sağlık sistemi doğrultusunda oluşabilen bazı usulsüzlükler önlenebilir ve sağlık sistemi daha da iyileştirilebilir.

Ülkeden ülkeye tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortasına sahip olma durumunu sağlayan ana faktörler değişiklik gösterebilir. Örneğin yukarıda bahsedildiği gibi İngiltere’de kamu sağlık sisteminde bütçe açıkları ve yaşanan nüfus doğrultusunda sağlık hizmetlerine başvuruların artmasıyla uzun bekleme sürelerinde artış olmuştur. Tamamlayıcı sağlık sigortası uzun bekleme sürelerinin önüne geçilmesi konusunda alternatif bir unsur olmuştur. İngiltere’de özellikle dış muayenelerinde özel sağlık hizmetlerinin daha kaliteli olduğu düşüncesiyle teminat kapsamında olan dış muayenesi bireylerin isteği doğrultusunda tedavilerini tamamlamak amaçlı özel sağlık sigortalarına yönelmektedir. İngiltere örneğinde dikkat çeken diğer husus ise grup poliçelerine verilen önemdir, çünkü işverenlerin sundukları bazı haklardan ötürü özel sağlık poliçeleri ön plana çıkmıştır, bu durum ise çalışanların özel sağlık poliçeleriyle ilgili olan kaygılarını azaltmıştır.

Türkiye’de ise tamamlayıcı sağlık sigortalarının hem hastane ağlarında yığılma hem de ekonomik açıdan iyi bir alternatif olduğu konusunda sigorta şirketleri doğrultusunda yapılan reklamlar ve satışlarda artış göstermektedir. Bireylerin hangi sağlık sigortasına sahip olmasından ziyade hangisine ihtiyaç duyduğu daha önemlidir, çünkü 65 yaş ve üzeri nüfusun artışı ve bilinçsizce yapılan hastane sevkiyatları basamaklarda yığılmalara sebep olacaktır, bir noktada tıbbi masraflar artacağından tedavilerde de gecikmeler olacaktır. Bu sebeple isteğe bağlı özel sağlık sigortalarının yanı sıra tamamlayıcı sağlık sigortaları da öne çıkmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortalarıyla hem bireylerin bütçe ekonomisine katkıda bulunulacak hem de hastanelerdeki yığılmaların önüne geçilecektir.

Bu gibi değerlendirmeler dikkate alınarak hastanelerdeki hizmet kalitesinin geliştirilmesi, buna bağlantılı olarak hastane alt yapıları güçlendirilip müşteri memnuniyetinin artırılmasına yönelik bazı tedbirlerin alınması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- (1) Giray, B. (2010).*Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*(s.107)
- (2) Gottret, P. & Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited A Practitioner's Guide, The World Bank, Washington.*(s.103)
- (3) Orhaner, E. (2006). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, 1-22.*(s.9)
- (4) Tiryaki, D. & Tatar, M. (2000). *Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, 5(4):123-138.* (s.126)
- (5) Tapan, B. (2008). *Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.*(s.19)
- (6) Thomson, S. & Mossialos, E. (2004). *Private Health Insurance and Access to Health Care in The European Union. Euro Observer. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Spring, 6 (1), 1-8.*
- (7) Boyle S(2011) *Health Systems in Transition; United Kingdom (England): Health System Review,*
Erişim Adresi: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf, Son Erişim Tarihi: 15.10.2018
- (8) UK Government. *National Insurance,*
Erişim Adresi: <https://www.gov.uk/national-insurance/overview>, Son Erişim Tarihi:16.10.2018
- (9)Kriterler doğrultusunda hizmetin maliyetine göre farklılık göstermektedir ve ihtiyaca göre farklı bantlarda yardımlar verilmektedir. Detaylı erişim için:
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/nhs-low-income-scheme.aspx>Son Erişim Tarihi: 18.10.2018
- (10) The Commonwealth Fund (2017) *International Profiles Of Health Care Systems.*(s.49-50)
- (11) Health and Social Care Information Centre (2013/2014) *NHS Denta Statistics for England),*
Erişim Adresi: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB14738>, Son Erişim Tarihi: 20.10.2018
- (12) Association of British Insurance, *Health Insurance,*

Erişim Adresi: <https://www.abi.org.uk/Insurance-and-savings/Topics-and-issues/Health-insurance>, Son Erişim Tarihi: 21.10.2018

(13) Boyle S. (2011) *Health Systems in Transition; United Kingdom (England): Health System Review*, Erişim Adresi:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf, Son Erişim Tarihi: 15.10.2018

(14) Nuttfield Trust (2013) *Public Payment and Private Provision: The Changing Landscape of Health Care in The 2000s* Erişim Adresi:

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130522_public-payment-and-private-provision.pdf Son Erişim Tarihi: 08.11.2018

(15) King's Fund (2014) *The UK Private Health Market*,

Erişim Adresi: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/commission-appendix-uk-private-health-market.pdf> Son Erişim Tarihi: 05.11.2018

(16) NHS England İstatistikleri, *Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times Data (2014/15)* Erişim Adresi: <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting-times/rtt-data-2014-15/>, Son Erişim Tarihi:01.11.2018

(17,18) Sosyal Güvenlik Kurumu, *Kurumsal Tarihçe*, Erişim Adresi: www.sgk.gov.tr, Son Erişim Tarihi: 19.10.2018

(19) Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri (2013)

(20,21) 2012/25 sayılı SGK Genelgesi, Erişim Adresi:

http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a/28.06.2012_2012_25.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a, Son Erişim Tarihi: 27.10.2018