

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

Yrd. Doç. Dr. Ali GÜVERCİN
Geliřim Üniversitesi İ.İ.S.B.F. İşletme Bölümü
aliguvercin61@hotmail.com

Dr. Halil İbrahim MİL
Bařbakanlık
hibrahimmil@gmail.com

Bülent TARIM
Sosyal Güvenlik Kurumu, Müfettiř
bulenttarimm@gmail.com

zet: Türkiye nüfusunun tamamına yakınına hitap eden ve bütçesinin ise yaklaşık yarısına yakın bütçesi olan bir hizmet kurumu mantığına sahip SGK, sosyal sigorta hizmetlerinin yanı sıra toplumu oluşturan bireylerin sağlığıının korunması, hastalık halinin tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu amacıyla, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamaktadır. SGK, toplam kamu sağlık harcamaları içinde yaklaşık %80 oranında sağlık hizmetlerinin finansmanında rol almaktadır. Bu makalenin amacı sağlık hizmetleri finansmanı ve SGK'nın bu finansmandaki yerinin ortaya konulması olarak belirlenmiştir. Bu amaçla makalenin birinci bölümünde sağlık hizmetlerinin finansmanı anlatılmış, ikinci blmde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin finansmanı ele alınmış ve üçüncü blmde SGK'nın kamu ve özel sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmetlerinin satın alması açıklanmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, SGK

Health Care Financing and Social Security Institution (SSI)

Abstract: Social Security institution, which appeals to almost the entire population of Turkey, and has almost half amount of Turkey's budget, in addition to social security services, provides financing for health services with the aim of protection of health of individuals in society, treatment of disease (state) and rehabilitation. Social Security institution (SSI) covers an approximately 80 % share of the total public expenses in financing of health

services. The aim of this paper (study) is to reveal financing of health (care) services and the place of SSI in this regard. To this end, in the first chapter financing of health care services have been explained, in the second chapter financing of health care services in Turkey has been handled, in the third chapter, the purchase of health care services of SSI from public and private providers has been examined.

Key Words: Health, Health Care Financing, SSI

Giriş

Sosyal güvenlik; toplumu oluşturan bireylerin hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık ve ölüm gibi iradesi dışında meydana gelen gelir azaltıcı, gider artırıcı risklere karşı ekonomik güvence sağlayan bir sistemdir. Sosyal güvenlik, temel insan haklarından biridir ve bu temel hakkın sağlanmasında gerekli tedbirlerin alınmasını ve teşkilatların kurulmasını sağlama görevi devlete verilmiştir. Bu durum 1982 Anayasası'nın 60. Maddesinde açık olarak belirtilmiştir.

Sağlık ve sosyal sigortacılık alanında sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi ve toplumun geneline yayılması ülke ekonomisinin kalkınmasına ve refah düzeyinin artmasına da olumlu yansımaktadır.

Devletin görevleri arasında hem ekonomik kalkınma hem de sağlık politikalarını geliştirmek yer almaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması adına harcamaların artması kaçınılmazdır (Orhaner, 2006: 3).

SGK, Türkiye'nin sağlık ve sosyal sigortacılık bağlamında işleyen tek kamu kurumudur ve sağlık hizmetlerinin finansmanında %80'lik bir paya sahiptir. Özellikle 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm projesi ve 2008 yılında yapılan sosyal güvenlik reformu ile birlikte sağlık harcamalarında yıllar içinde ciddi artışlar yaşanmıştır. Dünya Bankası verilerine göre Türkiye'de 2003 yılında yaklaşık 13,6 milyar TL olan toplam kamu sağlık harcamaları, 2013 yılına gelindiğinde yaklaşık 50 milyar TL'ye yükselmiştir. Söz konusu artışta artan ortalama yaşam süresi, gelişen teknoloji ve hastalıkların yapısında meydana gelen değişim nedeniyle hızla yükselen sağlık harcamaları sağlık finansman sistemleri üzerinde baskı oluşturmuştur.

SGK, sağlık hizmetlerini kamu veya özel sağlık hizmet sunucularından satın almaktadır. Bu satın almalar karşılığı yapılan ödemeler önceden imzalanan protokol/sözleşmeler ile yapılmaktadır.

Bu makalede sağlık hizmetlerinin finansmanı ve finansman yöntemleri ele alınmış, Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanında SGK’nın yeri ortaya konulmuştur.

1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Niteliğine göre sosyal riskler; mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik riskler olmak üzere üçe ayrılır. Sağlık hizmetleri; mesleki riskler ile fizyolojik riskler kapsamında insanların karşılaştığı bedeni sıkıntılar sonucu oluşan bir ihtiyaçtır. “Her işin başı sağlık” düşüncesi ile insanlar yaşamlarının her döneminde sağlıklı yaşamak istemektedir ve dolayısıyla da hastalık riski ve sigortası sosyal güvenlik kapsamında değerlendirilmektedir.

İnsanlara sağlıklı yaşama hakkı sağlamak devletin temel görevlerinden birisidir. Devlet, sağlık hizmetlerini kaliteli, yeterli, ulaşılabilir ve sürdürülebilir bir şekilde sunmak için gerekli sağlık politikaları geliştirir ve geliştirmelidir.

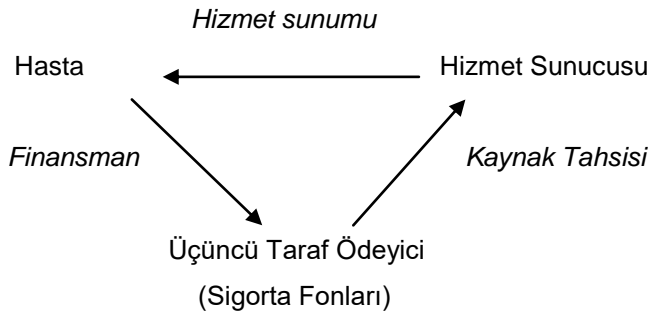
Sağlık hizmetlerinin kaliteli, yeterli, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olarak sunulmasının da bazı maliyetleri bulunmaktadır. Devlet, bu maliyetleri finanse edecek sistemleri oluşturmakta ve takibini yapmaktadır.

1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Tanımı ve Amacı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel olarak sağlık hizmet sunucuları ile finanse edenler arasında kaynak aktarımı sürecini ve sistemini ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanını daha iyi anlamak için “Sağlık Hizmetleri Üçgeni” ne bakmakta yarar vardır.

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak değişimi ve aktarımı olarak tanımlanan bu süreçte, bireyler sağlık ihtiyaçlarını gidermek için sağlık hizmet sunucularına gitmektedir. Bunun bedeli olarak hastalar ve/veya üçüncü taraf ödeyicileri hizmeti sunana kaynak aktarımı yaparlar. Bu işlem, birinci taraf, ikinci taraf ve üçüncü taraf kavramları ile açıklanmaktadır. Birinci taraf, yani sağlık hizmetlerini alan bireyler ikinci tarafa doğrudan ödeme yapabilmekte yani kaynak akışı doğrudan doğruya hasta ile hizmet sunucusu arasında gerçekleşebilmektedir. Bu, hizmet sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen en basit transfer şeklidir. Karmaşık transfer şekli ise, bir üçüncü tarafın sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmasıdır. Kamu ve özel kuruluş olabilen üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse etmek için, kapsam altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir/prim toplamaktadır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunucularına aktarılmaktadır. Bu sistemde üçüncü taraf ödeme mekanizmasının geliştirilmesinin temel nedeni, sağlık sorunlarının ortaya çıkma zamanının belirsizliğinden dolayı bireylerin karşılaşılabileceği finansal riskin paylaşılmasını/azaltılması ve bireyler arasında yeniden dağıtılmasını sağlamaktır (Mossialos, Dixon, Figueras ve Kutzin, 2002: 2-3).

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesindeki amaç tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır (İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur., 2010: 89).

1.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri şunlardır; gelir toplamak, fon biriktirmek ya da fon havuzlaması yapmak ve sağlık hizmetlerini satın almak olarak özetlenebilir (Gottret ve Schieber, 2006: 47).

Gelir toplama işlevi, elde edilen gelirlerin kim tarafından ödendiği, yapılan ödemelerin türü ve gelirlerin kim tarafından toplandığı ile ilgilidir (Mossialos vd.,2002: 6).Gelir toplamada birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil (hükümetler ve kuruluşlar) kaynaklar elde edilir. Gelir toplama yöntemleri ise vergiler, genel sağlık sigortası primleri, bireysel tasarruflar, cepten ödemeler, borç ve bağışlardır (Çelik, 2011: 171).

Fon biriktirme işlevi, elde edilen gelirlerin yönetimini ifade etmektedir. Bu işlevde sağlık açısından oluşabilecek risklere karşı gelirlerin biriktirilmesi ve yönetilmesi amaçlanmaktadır. Bu fon oluşturma olayında riskin paylaşılması ve yardıma muhtaçların sağlık açısından finanse edilmesinde önemlidir.

Sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti satın alma işlevi ise fonda toplanan gelirlerin bu hizmetler karşılığında sağlık hizmet sunucularına aktarılmasıdır. Gelirleri toplayan yani fon oluşturan ile ödeme yapan birimler

genel olarak aynıdır. Sağlık hizmet sunucularına başlıca ödeme yöntemleri şunlardır; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleridir

Yukarıda anlatılanlar doğrultusunda sağlık hizmetlerinin finansmanı Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2:Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı



1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetleri finansmanı, farklı yollardan toplanan kaynakların farklı şekillerde kullanımı ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri kamu ve özel kaynaklı finansman yöntemleri olarak ikiye ayrılır. Kamu kaynaklı finansman yöntemleri, sosyal sağlık sigortası ve vergiler; özel kaynaklı finansman yöntemleri, özel sağlık sigortası, cepten ödeme ve tıbbi tasarruflardır.

1.3.1.Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri

- Sosyal sağlık sigortası, kişilerin belli oranda prim ödemek suretiyle sigortalandığı sistemdir. Bu finansman yöntemine “Bismarck Modeli”de denir. Sigorta ağırlıklı olarak çalışan ve işveren katkıları ile finanse edilmesine rağmen genellikle devlet katkısı da söz konusudur. Sigorta primleri, ortak bir havuzda toplanmakta ve gelişebilecek sağlık problemlerine karşı finansman sağlanmaktadır.

- Vergilerle finansman yöntemine “Beveridge Modeli” de denir. Vatandaşlardan çeşitli adlar altında toplanan vergiler bir fonda biriktirilmekte ve daha sonra bu gelirler devletin politikaları ile çeşitli sektörlerle dağıtılmaktadır. Vatandaşlar sağlık hizmetleri ile ilgili ödedikleri vergiler yoluyla katkı payları dışında herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Vergilerle finansman yöntemi Finlandiya, İsveç, Danimarka ve İngiltere, İtalya, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde yaygın olarak uygulanmaktadır (Evans, 2002: 31).

1.3.2. Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri

- Özel sağlık sigortası yöntemi genellikle gönüllü ve kar amaçlıdır; bu yöntemde bireylerin veya kurumların sağlık risklerinin özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sigortalanmasıdır. Bu yöntemde kamu tarafından sağlanan imkânlarla ek daha kaliteli, daha hızlı ve sosyal sigortaların kapsamadığı alanları güvence altına alma amacı ön plandadır (Öz, 2008: 14). Söz konusu sistemde özel sağlık sigortası kuruluşları sağlık hizmeti satın alan ile sunan arasında bir köprü vazifesi görmekte; topladığı primler doğrultusunda aradaki sözleşmeye istinaden bireylerin sağlık giderlerini ödemektedir.

- Tıbbi tasarruf hesabı, bireylerden sağlığa özel kullanılmak üzere kişilere özel tasarruf hesaplarına yapılan zorunlu veya gönüllü katkıları kapsayan bir hesaptır. Bu hesapla gelirler katkı payı toplanmakta ve zamanı gelince yine kişiye özel kullanılmaktadır.

- Cepten Ödemeler, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sonucu doğrudan kendilerinin ödeyerek yaptıkları sağlık harcaması şeklindedir. Bu yöntemde sağlık hizmetlerinin finansman yükü bireyler tarafından karşılanmakta ve başka herhangi bir birimin katkısı bulunmamaktadır.

2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Bireylerin sağlığının korunmasını ve iyileştirilmesini amaçlayan sağlık sistemleri ve giderleri adına ülkelerin sosyal güvenlik ve sağlık politikaları çok önemlidir.

Son yıllarda tüm ülkelerdeki sağlık giderleri artmaktadır. Bu giderlerdeki artışta kişi başı gelirin artması, sağlık bilincinin artması, şehir nüfusunun artması, yeni hastalıkların ve hasta sayısının artması gibi nedenler etkilidir. Bu gider artışları sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirliği sıkıntıya sokmuştur ve sağlık giderlerinin bütçe içindeki yeri giderek artmaktadır.

Türkiye'de önceki dönemlerde sağlık hizmetlerine ulaşmakta ciddi olarak sıkıntılar yaşanmış, insanların beklentileri tam anlamıyla karşılanmamış, devamında ise özellikle 2000'li yılların başında bazı sağlık sıkıntıları baş gösterince sağlıkta dönüşüm bir zorunluluk haline gelmiştir (Adıgüzel ve Özkan, 2013:23).

Bu doğrultuda Türkiye'de özellikle son dönemlerde sağlıkta reform düşünceleri gelişmiş ve 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) uygulamaya konulmuştur. Bu programın hedefi; kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerinin adil ve hakkaniyetli bir şekilde bireylere sunma, sağlık giderlerini disipline etme ve finansal sürdürülebilirliktir (Sülkü, 2011:1). Temel ilkeler ise

insan odaklılık, sürdürülebilirlik, uzlaşmacı, gönüllülük, güçler ayrılığı, yerinden yönetim, hizmette rekabet, kalite gelişimine açık olmaktadır.

Türkiye’de önceki dönemlerde SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı (ES) ve yeşil kart uygulamaları vardı. Sağlık finansmanının büyük kısmı kamu tarafından karşılanmaktaydı. SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının ayrılması amaçlanmıştır. SDP ile kamuya ait üniversiteler, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, Cumhurbaşkanlığı gibi birkaç kuruma ait sağlık kurumları hariç tüm sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Bu şekilde sağlık hizmetlerinin sunumu tek elde toplanmıştır. Sonrasında 2006 yılında 5502 sayılı Kanunla aktüeryal denge, norm ve standart birliğini sağlamak için SSK, Bağ-Kur ve ES tek çatı altında Sosyal Güvenlik Kurumu’nda (SGK) toplanmıştır. Devamında ise genel sağlık sigortası (GSS) sistemine 2008 yılında 5510 sayılı Kanunla geçilmiştir.

GSS ile amaç; tüm vatandaşlara eşit ve nitelikli sağlık hizmeti sunma, risk paylaşımı ve adalete dayalı sistem oluşturma, sağlık alanında finansal koruma sağlamadır (Sülkü, 2011:29). GSS kapsamında sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektörden alınmaya başlanmış ve özel sağlık hizmet sunucularının sayısı artmıştır (Sülkü, 2011:16).

01.01.2012 tarihinden itibaren uygulama tarihleri birçok kez ertelense de sosyal güvenlik kapsamı dışında olan yeşil kartlı olan veya olmayan büyük bir kısım GSS kapsamına alınmıştır.

Genel olarak ise 2003 yılı ve sonrasında SDP ile sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri köklü değişikliğe uğramış ve kapsamları genişletilmiştir (Tatar, 2011). Sağlık hizmetleri için kamuya başvuran hastalar için bir sistem oluşturulmuş ve nüfusun büyük bir kısmı zorunlu olarak GSS’ de toplanmış ve sağlık finansmanının kontrolü SGK çatısı altında verilmiştir.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, ülkelerin benimsedikleri ekonomik ve siyasi politikalar, finansal yapılar ve yönetim biçimlerine göre değişiklik göstermektedir (Bat, 2013:16). Türkiye’de de merkezi yönetim biçiminden dolayı sorumluluk tek bir kuruma yani SGK’ ya verildiği görülmektedir.

Türkiye’de genel olarak sosyal sağlık sigortası uygulanmakta olup bunu da tek bir sigorta kurumu uygulamaktadır. Bu durumun artısı SGK’nın tek kurum olarak temel hizmet alıcısı (monopsonik) gücüne sahip olması ve bu doğrultuda sağlık hizmetleriyle ilgili kararları ve politikaları etkileme gücüne sahip olmasıdır (Tatar, 2011).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı SGK, merkezi yönetim bütçesi, özel sağlık sigorta kuruluşları ve cepten sağlanan kaynaklardan yapılmaktadır. GSS zorunlu ve herkesi kapsamaktadır. Kritik eşik Türkiye’de ikamet etmektir. GSS’nin gelirleri; sigorta primleri, devlet katkıları ve kullanıcı katkılarıdır (Yıldırım, Yıldırım ve Karabulut, 2012:150). Sigorta primleri, gelir temelli olup gelirden belli oranda prim alınması şeklinde olur. Bu oran kişinin sigorta primine esas kazancı (SPEK) üzerinden sabit %12,5’dir. %5’ini çalışan, %7,5’unu işveren öder. Emeklilerden herhangi bir kesinti yapılmamaktadır. Yoksulların primleri ise sosyal yardımlar şeklinde devlet tarafından karşılanmaktadır (Sülkü, 2011:29). Ayrıca devlet SGK’nın aylık tahsil ettiği malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile GSS priminin 1/4’ü oranında katkı yapmaktadır. Kullanıcı katkıları GSS kapsamında yaygın olarak kullanılmaktadır. Güncel katkı payları ve katkı paylarından muaf olma durumları Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT) yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin bir kısmı da özel sağlık sigortası kuruluşlarıncı sağlanmaktadır. Bireyler, özel sağlık sigortasından daha çok GSS’ yi tamamlayıcı mahiyette ve isteğe bağlı olarak yararlanmaktadır. Özel sağlık sigorta sistemi de prime esas çalışmaktadır (Yenimahalleli, 2007:183). Ayrıca bütün bu uygulamalarının dışında kalan kişiler ise cepten yapılan ödemelerle sağlık giderlerini karşılamaktadır.

2.2. Sağlık Harcamaları

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık harcamaları artış eğilimi göstermektedir. Ülke nüfusunun neredeyse tamamının GSS kapsamına alınması ve kapsamın genişlemesi, sosyal güvenlik haklarının geliştirilmesi ve sağlık hizmet sunucularına erişimin kolaylaşması gibi durumlar bireylerin sağlık kurumlarına başvuru sayısını doğal olarak arttırmıştır.

Tablo 1’deki verilere göre 2009 yılında sağlık hizmet sunucularına toplam başvuru sayısı 245.930 iken 2014 yılında bu rakam 447.020 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1: Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Müracaat Sayısı (Bin Adet)

Yıllar	Devlet 2. Basamak	Devlet 3. Basamak	Özel	Üniversite	Toplam
2009	122.659	39.905	66.877	16.488	245.930
2010	138.607	44.075	72.155	21.775	276.613
2011	155.292	50.142	86.750	25.179	317.362
2012	201.998	65.124	89.070	30.592	386.784

2013	220.789	73.167	92.733	34.699	421.388
2014	242.331	77.548	88.687	38.454	447.020

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bültenleri, Sağlık İstatistikleri, Ekim, 2015.

Tablo 1'den de anlaşılacağı üzere, son yıllardaki sağlık ve sosyal güvenlik politikaları neticesinde sağlığa erişim ve sağlık hizmetlerinin kullanımı artmıştır. Bu durum sağlık harcamalarının da paralel olarak artmasına neden olmuştur.

Tablo 2: Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Seyri

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kişi başı sağlık harcaması (TL)	516	635	725	812	804	845	928	987	1110
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurt içi hasılaya oranı (%)	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,2	5,4
Kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı (%)	67,8	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5
Özel sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı (%)	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5
Toplam kamu sağlık harcaması (Milyar TL)	35,4	44,1	50,9	57,7	57,9	61,7	68,6	74,2	84,4

Kaynak: TÜİK adresinden derlenmiştir, 2015

Tablo 2'deki tabloya göre, 2005'te yıllık kişi başına düşen sağlık harcaması 516-TL iken, bu rakam 2013 yılında yaklaşık 2 katına çıkarak 1.110-TL olduğu görülmektedir. 2005 yılından 2013 yılına kadar toplam kamu sağlık harcamalarının yaklaşık 2.8 kat arttığı görülmektedir. 2005-2013 döneminde toplam sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı %5 ila %6 arasında olmuştur. 2013 yılında toplam sağlık harcamalarında kamu sağlık harcamalarının payı %78,5 iken özel sağlık harcamalarının payı ise %21,5'tur.

Dolayısıyla günümüzde SGK, -kamu sağlık harcamalarının hepsi ve özel sağlık harcamalarının çoğu finansörü ve yöneticisi olduğu göz önüne alındığında- sağlık hizmetlerinin finansmanında en güçlü kurum konumunda olup temel alıcı olarak sağlık hizmetleri ile ilgili kararları ve sağlık politikalarını

doğrudan etkileyebilme gücüne sahiptir. SGK sağlık hizmeti alan ve sunanlar arasında köprü vazifesini gördüğü gibi işin yönetimini de üstlenmektedir.

3. SGK'nın Sağlık Hizmeti Satın Alması

SGK, hak sahiplerine sağlık hizmetlerini kamu-özel ayrımı yapmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularıyla yaptığı sözleşmeler (protokoller) yoluyla sağlamaktadır. SGK ile sözleşme yapmayan sağlık hizmetlerinden alınan sağlık hizmetleri bedelleri acil sağlık hizmetleri dışında SGK tarafından karşılanmamaktadır. SGK, sağlık hizmetlerini finanse ederken GSS kapsamında topladığı gelirlerden sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmet karşılığı olarak ödeme yapmaktadır.

SGK tarafından 2014 yılı Ocak ayı verilerine göre, 820 kamu sağlık kurum ve kuruluşu, 1.751 özel sağlık kurum ve kuruluşu, 125 üniversite hastanesi, 23.975 eczane ve 5.077 optik müessesesi ile sağlık hizmet sunumu sağlanmaktadır.

Ülke nüfusunun tamamına yakınına geniş bir sağlık paketiyle hizmet verilirken, Türkiye'de tedavisi yapılamayan hastalar ve bazı tetkikler, yurt dışına gönderilip tetkik ve tedavileri yaptırılmaktadır.

Tüm sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin SGK tarafından Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yayınlanmakta ve bu tebliğ çerçevesinde sağlık giderlerini karşılanmaktadır. SUT, sağlık hizmet sunucuları tarafından yapılan hizmetleri ve karşılığında yapılacak ödemeleri bildiren ara ara yenilenen bir tebliğdir. SGK ile sözleşmeli sağlık hizmet sunucuları tarafından ayakta ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve tahlile ilişkin faturalama işlemleri SUT hükümleri çerçevesinde MEDULA denilen elektronik bir sistem üzerinden yapılmaktadır. MEDULA ise sağlık hizmeti sunucularının iç süreçlerine müdahale etmeksizin fatura bilgisini elektronik olarak toplayan, işlemlerin SGK ile entegre ve eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesini sağlayan bütünlük bir bilgisayar sistemidir. 2007 yılında uygulamaya giren sistem sayesinde sağlık hizmeti sunucularına başvuran hastaların hangi tarihte hangi hastaneye başvurduğu, hangi doktora muayene olduğu; tetkik, tedavi varsa yatış gibi tüm işlemleri ve ilaç alımları izlenebilmekte; maliyetlerin kontrolü ve süreç denetimi mümkün hale gelmiştir (SGK, 2011: 32).

Türkiye'deki sağlık hizmet sunucuları şunlardır:

1. Kamu Sağlık Hizmet Sunucuları
2. Özel Sağlık Hizmet Sunucuları
3. Eczane ve Optisyenler

3.1. Kamu Sağlık Hizmet Sunucularından Hizmet Alınması

5510 sayılı Kanununun 73. maddesinin 8. fıkrasında “Kurum, bu kanunun birinci fıkrasında belirtilen yöntemler dışında, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlamaya yetkilidir” hükmüne dayanarak 2009 yılından itibaren SGK Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucularından aldığı hizmetlerin tamamını götürü bedel ile satın almaya başlamıştır.

Her yıl belirlenen bir bütçe üzerinden Sağlık Bakanlığı ile SGK arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi imzalanmaktadır. Yürütülen işlemler bu sözleşme hükümlerine göre yapılır. Söz konusu sözleşme ile SGK, kapsamda bulunan sigortalıların Sağlık Bakanlığına müracaat sayıları ve yapılan işlemlerin sayısını dikkate almadan bir yıl boyunca alınacak hizmet karşılığı belirlenen bir meblağı ödemekte, Sağlık Bakanlığı da kendisine müracaat eden tüm sigortalıların sağlık hizmetini karşılamaktadır. Götürü bedel tutarı olarak 2009 yılında 7,91 milyar TL, 2010 yılında 13 milyar TL ve 2011 yılında ise 13,1 milyar TL belirlenmiştir (Topcuk, 2011:33).

SGK, Sağlık Bakanlığı haricinde diğer kamu sağlık hizmet sunucularıyla da protokoller imzalamaktadır. 15.06.2007 tarihinde üniversite hastaneleri, belediye hastaneleri ve askeri hastanelerle imzalanan protokoller birbirleriyle yakınlık göstermekte ve aynı protokoller devam etmektedir. Burada Sağlık Bakanlığı'ndan farklı olarak götürü bedel değil, sunulan sağlık hizmeti karşılığında ödeme yapılmaktadır. SGK, kurum hekimliklerine sundukları hizmet karşılığında herhangi bir bedel ödememektedir. Ancak hekimlerin yazdığı sigortalı hastalara ait reçete bedellerini ödemektedir. Kurum hekimleri ile SGK arasında yapılmış bir protokol veya sözleşme bulunmamaktadır (Topcuk, 2011:33).

3.2. Özel Sağlık Hizmet Sunucularından Hizmet Alınması

SGK tarafından genel sağlık sigortalısı ve hak sahiplerine sağlık hizmetleri kamu haricinde sözleşme imzalanan özel sağlık hizmet sunucuları tarafından da verilmektedir. Bunlar özel hastaneler, tıp/dal merkezleri, fizik tedavi merkezleri, diyaliz merkezleri vb. sağlık kurumlarıdır. Bunların haricinde özel poliklinikler, diş tedavi merkezleri ve özel diş hekimleri, görüntüleme merkezleri, tıbbi tahlil ve tetkik laboratuvarları ile sözleşme yapılmamaktadır. SGK, sözleşme yapılmayan özel sağlık hizmet sunucularından sağlanan sağlık hizmetlerinin bedelini ödememektedir. Sadece acil hallerde (ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma vb.) sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularının faturalarının ödemesi yapılmaktadır.

SGK tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin fiyatı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı'nı temsil eden birer üye ve Kurumu temsil eden iki üye olmak üzere, toplam yedi üyeden oluşan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir. SGK belirli hizmetler için tanıya dayalı paket fiyat uygulamasını, belirli hizmetler için hizmet başına ödeme uygulamasını kullanmaktadır (Topcuk, 2011).

3.3. Eczacı ve Optikçilerden Hizmet Alınması

SGK, sigortalıların ilaç teminini sağlamak üzere Türk Eczacılar Birliği (TEB) üyesi eczanelerle protokol imzalamaktadır. SGK ile TEB arasında imzalanan protokol çerçevesinde, sigortalı hasta, reçetesini eczaneye vermekte, ilaçlarını almakta, ilaç katılım payını, muayene katılım payını eczaneye ödemektedir. Eczaneler her ay, sigortalılara verdikleri ilaç tutarlarını SGK'ya fatura etmektedirler. Buna karşın acil haller dışında SGK ile sözleşmesi olmayan eczanelerden temin edilen ilaçların bedelleri SGK tarafından ödenmemektedir.

SGK görmeye yardımcı tıbbi malzemelerin temini konusunda optisyenlik müesseseleri ile yine ayrı ayrı sözleşme yapmaktadır. Optisyenlerin, eczacılar gibi mesleki odaları ve birlikleri bulunmamaktadır. Sözleşme hükümleri doğrultusunda optisyenlik müesseseleri tarafından sigortalılara temin edilen görmeye yardımcı tıbbi malzemeler ile ilgili reçetelerin ödeme işlemleri, ödemeye esas belgelerin kontrolleri ve cezai şartlar yapılan sözleşme hükümleri doğrultusunda yürütülmektedir (Topcuk, 2011).

Sonuç ve Değerlendirme

SGK, 01.01.2008 yürürlüğe giren 5510 sayılı Kanun ile kamu çalışanlarının, bağımsız çalışanların ve bir hizmet akdiyle bağımlı çalışanların tüm sigorta kollarına ödedikleri primleri toplamaya ve harcamaları yapma yetkisine sahip bir kurum haline getirilmiştir. Bu anlamda SGK tarafından sosyal sigorta hizmetlerinin yanında sağlık hizmetlerinin yönetilmesi ve finansmanını da gerçekleştirilmektedir. SGK, sigortalılarına sunduğu sağlık hizmetini kamu-özel ayrımı yapmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularından (kamu sağlık hizmet sunucuları, özel sağlık hizmet sunucuları, eczaneler ve optisyenler) protokol ve sözleşmeler yoluyla hizmet satın almaktadır.

Türkiye'de kamu sigortacılığı bağlamında tek bir sigorta kurumundan oluşan bir model tercih edilmektedir. Bu anlamda SGK, tek kurum olarak hizmet alıcı bir roledir ve tek alıcı olarak sağlık hizmetleri ile ilgili kararları ve sağlık politikalarını doğrudan etkileyebilme gücüne sahiptir. Bu durum genel sağlık

sigortacılığı ve sağlık hizmetlerinin finansmanı anlamında SGK'nın tek kurum olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

SGK'nın gelirlerinin giderlerini karşılayamaması nedeniyle açık vermektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri ise sağlık harcamalarının oranının giderek yükselmesi olduğu gerçeğidir. Bununla birlikte kişi başı gelirin yükselmesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi gibi diğer sebepler de bu sonuca olumlu katkı sağlayan diğer nedenler olarak gelmektedir. Bu problemlerin doğal bir sonucu olarak sağlık için toplanan gelirlerin sağlık giderlerini karşılama oranı yeterli ve sürdürülebilir bir düzeyde değildir. Ortaya çıkan finansman açığı, her yıl devlet bütçesinden/hazineden yapılan katkılarla karşılanabilmektedir. Bu sonuç ayrıca üzerinde çalışılarak çözümler geliştirilmesi gereken durumdur.

Artan sağlık harcamalarının sistem üzerindeki etkisini azaltmak ve sistemin sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla belirli araçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Aile hekimliği müessesesinin güvenilir bir şekilde hizmet sunabilecek seviyeye ulaşması, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkinliğin artırılması ve sevk zincirinin arzu edilen şekilde işlemesi noktasında hızlı ve sağlıklı girişimlerin yapılması gerekmektedir. Genel sağlık sigortası sisteminin asıl hedeflerinden olan kayıt dışı istihdamın önüne geçilerek sigorta prim hâsılâtının mümkün olduğu kadar artırılması ve bu şekilde hizmet finansmanının sigorta primleri aracılığıyla sağlanması amaçlanmalıdır. Bu bağlamda, vatandaşların hizmetten yararlanmaları sürecinde alınacak katılım payı, sistemi finanse eden bir araç olarak değil sadece asıl amacına hizmet edecek şekilde sistemden gereksiz yararlanmaların önüne geçebilmek olarak belirlenmelidir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında herkese hakkaniyetli ve kaliteli bir hizmet sunmanın yanında sistemin sürdürülebilirliği ve geleceği açısından sağlık politikalarına yön verecek söz konusu politika yapıcılara yardımcı olacak çalışmaların yapılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. 16.06.2006 tarihli 26200 sayılı Resmi Gazete.

ADIGÜZEL, Orhan ve Döndü Sönmez Özkan (2013), Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkında Kavramsal Çerçeve, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, Yıl 16, Sayı 87, Eylül-Ekim, ss.23-36.

BAT, A. Tufan (2013), OECD ve Avrupa Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Finansmanı, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, Yıl 16, Sayı 87, Eylül-Ekim, ss.6-17.

ÇELİK, Y. (2011), Sağlık Ekonomisi, 2. Baskı, Siyasal Kitapevi, Ankara.

EVANS, R. G. (2002), Financing Health Care: Taxation And The Alternatives, Mossialos, E., Dixon. A., Figueras, J., Kutzin, J. (Eds.), Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, ss.31-58.

GOTTRET, P. And Schieber, G. (2006), Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide, The World Bank, s.47.

İnternet: SGK Aylık İstatistik Bültenleri, Sağlık İstatistikleri. (2015, Ekim). Web: <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler> e.t: 21.10.2015

İSTANBULLUOĞLU, H., M. Güleç,, Oğur, R. (2010), Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, Dirim Tıp Gazetesi, Sayı 85, s.89.

MOSSIALOS, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (2002), Funding Health Care: An Introduction, Buckingham-Philadelphia: Open University Press. ss.2-6.

ORHANER, E. (2006), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 1, ss.1-22.

ÖZ, E. (2008), Ulusal Hane halkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

SUT, 24.03.2013 tarihli ve 28597 sayılı Sağlık Uygulama Tebliği.

SÜLKÜ, N. (2011), Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Program Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.

TATAR, M. (2011), Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi, Sayı 1, ss.105-129.

TOPÇUK, Y. (2011), Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, Yıl 14, Sayı 74, Temmuz-Ağustos, ss.29-41.

YENİMAHALLELİ Yaşar, G. (2007), Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

YILDIRIM, H. H., Yıldırım, T., Akbulut, Y. (2012), Sağlık Sigortacılığı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, ss.58-15