

Year: 2023


Volume: 13

Issue: 1

**Journal of Current Researches
on Health Sector
(J o C R e H e S)
www.jocrehes.com
ISSN: 2547-9636**



Review

 **Crossref** doi: 10.26579/jocrehes.13.1.6

Health Insurance System in Turkey: A Conceptual Evaluation

Hüseyin TONBAK¹ & Nezihe TÜFEKÇİ²

Keywords

Health Insurance,
Health
Transformation,
Türkiye.

Abstract

Health insurance systems can combine health insurance funds by bringing them together. This article aims to analyze the experiences of consolidating health insurance funds in Turkey and to make an evaluation on the subject. In this article, an evaluation has been made by examining different sources of information, including books, scientific articles, dissertations, reports and policy documents to find the most relevant documents on the subject. The findings show that improving equity in health financing and access to health care among different population groups is one of the main triggers for unifying health insurance funds. Challenges to consolidation of health insurance funds included resistance from groups benefiting from the better benefits package and concerns by workers and employers over increasing contribution rates. promoting equity in the financing of health services; reducing inequality in access to and utilization of health services; increase risk pooling; reduce administrative costs; have a greater chance of controlling total health expenditures. Increasing strategic purchasing has been cited as the main advantages of consolidating health insurance funds. Country experiences highlight the need for political commitment and credible economic growth to facilitate the implementation of consolidation of health insurance funds, to develop the aid package and to financially support the single national insurance scheme after unification.

Article History

Received
09 May, 2023
Accepted
30 Jun, 2023

Türkiye'de Sağlık Sigorta Sistemi: Kavramsal Bir Değerlendirme

Anahtar Kelimeler

Sağlık Sigortacılığı,
Sağlıkta Dönüşüm,
Türkiye.

Özet

Sağlık sigortası sistemleri sağlık sigortası fonlarını bir araya getirilerek birleştirebilmektedir. Bu makale Türkiye sağlık sigortası fonlarını birleştirme konusundaki deneyimlerini incelemeyi ve konu hakkında bir değerlendirme yapmayı amaçlamaktadır. Bu makalede konuyla ilgili en ilgili belgeleri bulmak için kitaplar, bilimsel makaleler, tezler, raporlar ve politika belgeleri dahil olmak üzere farklı bilgi kaynakları incelenerek bir değerlendirme yapılmıştır. Bulgular, sağlık finansmanında eşitliğin iyileştirilmesi ve farklı nüfus grupları arasında sağlık hizmetlerine erişimin sağlık sigortası fonlarını birleştirmek için ana tetikleyicilerden biri olduğunu göstermektedir. Sağlık sigortası fonlarının birleştirilmesi önündeki zorluklar arasında, daha iyi sosyal yardım paketinden yararlanan grupların direnişi ve işçi ve işverenlerin katkı payı oranlarının artırılması konusundaki endişeleri yer almıştır. Sağlık hizmetlerinin

¹ Corresponding Author. ORCID: 0000-0003-4653-6401. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, htonbak10@gmail.com

² ORCID: 0000-0002-8557-7823. Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nezihetufekci@sdu.edu.tr

Makale Geçmişi

Alınan Tarih
09 May, 2023

Kabul Tarihi
30 Jun, 2023

finansmanında eşitliğin geliştirilmesi; sağlık hizmetlerine erişimde ve hizmetlerden yararlanmada eşitsizliğin azaltılması; risk havuzlamasını artırmak; idari maliyetleri azaltmak; toplam sağlık harcamalarını kontrol etme şansı daha yüksektir. Stratejik satın almanın artırılması, sağlık sigortası fonlarının birleştirilmesinin ana avantajlar olarak öne sürülmüştür. Ülke deneyimleri, sağlık sigortası fonlarının birleştirilmesinin uygulanmasını kolaylaştırmak için, yardım paketini geliştirmek ve birleşmeden sonra tek ulusal sigorta planını finansal olarak desteklemek için siyasi taahhüdün ve güvenilir bir ekonomik büyümenin yaşanmasının gerekli olduğunu vurgulamaktadır.

1. Giriş

Sağlık sigortası sistemine sahip birçok ülkede, sağlık sigortası planlarının parçalanmasına ve risk havuzunun azaltılmasına yol açan çeşitli sigorta planları bir arada bulunmaktadır (Smith ve Witter, 2004). Bu parçalanma, farklı nüfus grupları arasında sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ve küçük sağlık sigortası fonları için finansal istikrarsızlık konusunda endişeler oluşturabilmektedir (Pooling Health Funds and Risks, 2023). Parçalanma ayrıca, belirli bir ön ödemeli fon miktarından potansiyel risk yeniden dağıtım derecesini azalttığı için mali yükün azaltılması gibi evrensel sağlık sigortasının hedeflerine ulaşılmasını erteleyebilir (Preker vd., 2013). Sağlık sigortası sistemindeki bir endişe olarak parçalanma (Carrin ve James, 2004; Pannarunothai vd., 2004) Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2000, 2008 ve 2010 raporlarında ele alınmıştır (World Health Organization, 2000; World Health Organization, 2008; World Health Organization, 2010). Ayrıca Dünya Bankası, Doğu Asya ülkelerini birden fazla sağlık sigortası fonunun yüksek idari maliyetlerine, yardım paketlerinin tekrarlanmasına ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile müzakere gücünün kaybına karşı uyarmıştır (Pooling Health Funds and Risks, 2023).

Çoğu ülkenin sağlık finansmanı reformlarında aradığı temel endişelerden biri, tek ve çok ödemeli sağlık sigortası sistemlerinin uygun şekilde uygulanması için bir rehberin varlığıdır. Tek ödemeli sistemde, genellikle devlet tarafından bir kuruluş aracılığıyla, gelirleri toplama ve birleştirme ve tüm ülke nüfusu için sağlık hizmetleri satın alma görevlerini yerine getirirken, çok ödemeli sistemde bu görevler birkaç kuruluş tarafından yapılmaktadır. Tek ödemeli sistemde tek bir sağlık sigortası fonu bulunmakta ve tüm finansal riskler bu fonda toplanmaktadır. Tek ödemeli sistem, hizmet satın alma konusunda kendi başına karar verme gücüne sahipken, çok ödemeli sistemlerde kişiler farklı sağlık sigortası kuruluşlarına aittir (Anderson ve Hussey, 2004; Hussey ve Anderson, 2003).

Çalışmalar, tüm nüfus için evrensel sağlık kapsamına ulaşmanın, sübvansiyonun zenginden fakire, sağlıklıdan sağlıksız insanlara ve gençler gibi düşük riskli kişilerden yüksek riskli kişilere kaydırılması dahil olmak üzere çeşitli çapraz sübvansiyon biçimlerini gerektirdiğini göstermektedir. Brezilya, Endonezya, Filipinler, Türkiye ve Güney Kore gibi birçok orta gelirli ülke, evrensel sağlık sigortası sağlayarak, ön ödeme prosedürlerine dayalı sağlık sigortası fonlarını geliştirerek ve sağlık sistemini iyileştirme programları uygulayarak sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği azaltmaya çalıştırmaktadırlar (Atun vd. 2013).

Resmi ve zorunlu sağlık sigortası fonlarının yanı sıra önemli sayıda yararlanıcıya sahip sağlık sigortası fonu olduğu ülkelerde, mevcut sağlık sigortası fonlarının

entegre edilmesi ve birleştirilmesi, sağlık sigortası sistemini güçlendirmek ve evrensel sağlık kapsamına doğru ilerlemek için olası bir seçenektir (Bärnighausen ve Sauerborn, 2002). Bu politika, sağlık sigortası programları arasında rekabetin olmadığı veya gerekli koşullar mevcut olmadığı için rekabete doğru ilerlemenin pahalı olduğu ülkelerde daha uygundur (Kwon, 2003). Bazı ülkeler bu yaklaşımı sağlık sigortası fonlarının boyutunu genişletmek, eşitliği ve adaleti iyileştirmek ve risk havuzlamasını iyileştirmek için uygulamıştır (Bärnighausen ve Sauerborn, 2002; Maeda vd., 2014).

Diğer ülkelerde, sağlık reformları sağlık sigortası fon sayısında azalmaya yol açmıştır. Örneğin, Estonya'da 2001'de ve Polonya'da 2003'te 17 bölgesel sağlık sigortası fonu tek bir ulusal fon oluşturmak üzere birleştirilmiştir (Thomson vd. 2009). Endonezya ve Peru da evrensel sağlık sigortasının son adımı olarak risk havuzlarının entegrasyonuna doğru ilerlemektedir. Kasım 2011'de Endonezya, ayrı nüfus gruplarını kapsayan beş hükümet sağlık sigortası fonlarını çapraz sübvansiyondan yararlanmayı, idari maliyetleri düşürmeyi ve daha adil fayda paketleri sağlamayı amaçlayan kapsamlı bir program altında birleşmeyi zorunlu kılan bir yasa çıkarmıştır (Lagomarsino vd., 2012). Endonezya, Ulusal Sağlık Sigortası programını 1 Ocak 2014'te resmen uygulamaya koymuştur. Bu program, daha önce hükümet ve diğer sosyal güvenlik sigortası programlarının kapsadığı programların birleşmesinden oluşmaktadır, ancak uygulama sonra tek ödemeli sistemle tüm vatandaşları kapsayan bir sistem ortaya çıkacaktır (Maeda vd., 2014). Peru'da, 2010 tarihli Genel Sağlık Sigortası Yasası, iki ana sağlık sigortası fonunu koordineli bir şekilde birleştirme süreci yoluyla evrensel sağlık kapsamına ulaşmak için zorunlu bir çerçeve oluşturmuştur (Maeda vd., 2014). Bununla birlikte Türkiye, farklı sigorta programlarını birleştirmek için kapsamlı reformlar gerçekleştirmiş, entegrasyon ve çapraz sübvansiyon elde etmiştir. Brezilya, genel vergilendirme yoluyla finanse edilen 1988 anayasasına göre Birleşik Sağlık Sistemi altında farklı programları birleştirmiştir. Tayland, 2001 yılında evrensel sağlık sigortası kapsamında iki ana programı birleştirmiş ve en fazla sigortalı üyenin bu fonda yer almasıyla çapraz sübvansiyon ve mali güvence sağlanmıştır. Bununla birlikte, Tayland'da hala üç sağlık sigortası fonu bulunmaktadır ve bu sağlık sigortası fonlarındaki kişi başına maliyet, kaynakların yeniden dağıtılmaması nedeniyle oldukça istikrarsızdır. Gana, sağlık sigortası fonu entegrasyonuna yönelik bazı önlemler almıştır. Gana, kaynakları zenginden fakire artan oranlı genel vergilendirme ve ulusal sağlık sigortası programının yeniden dağıtım işlevi yoluyla aktaran ulusal sağlık sigortası kapsamında tek bir risk havuzuna sahiptir.

Sağlık reformlarının başarısı, teknik olarak ne kadar iyi geliştirilip uygulandıklarına bağlı olsa da, ülkeden ülkeye farklılık gösteren çok çeşitli sosyal, ekonomik, politik ve kültürel faktörler tarafından kolaylaştırılır veya engellenir. Bu, sağlık sigortasında tek ödeyiciye geçişin bağlama duyarlı olduğunu ve farklı ülkeler arasında ülkeler arası karşılaştırmanın, özellikle gelişmekte olan ülkeler olmak üzere dünya çapında politika üreticiler için uygun kanıtlar sağladığını ortaya koymaktadır.

Parçalı bir sağlık sigortası sisteminde, aşağıdaki maddelerde sağlık sigortası fonları arasındaki farkların derecesinin sağlık eşitliği durumunu doğrudan etkileyebileceğini ve sağlık sigortası fonlarının birleştirilmesinin uygulanmasını engelleyebileceğini belirtmekte fayda bulunmaktadır. Bunlar:

- her bir sağlık sigortası planı kapsamındaki tüm nüfusun yüzdesi,
- farklı risk havuzlarının üyeleri tarafından alınan katkı oranlarındaki, yardım paketlerindeki, sağlık hizmetlerinin kalitesindeki farklılıkların boyutu,
- kullanıcı ücretlerindeki farklılıklar,
- farklı yararlanıcılar tarafından ödenen cepten yapılan harcamaların miktarı.

Türkiye, Tayland ve Endonezya gibi sadece birkaç sigorta planına sahip ülkelerde bile risk havuzları arasındaki bu farklılıklar, politika yapıcıları sağlık hizmetlerinde eşitsizliği sona erdirmek için bir çözüm olarak sağlık sigortası fonlarının birleştirmesine yöneltmiştir. Buna karşılık, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) Slovak Cumhuriyeti, Çek Cumhuriyeti, İsviçre ve Fransa gibi birden fazla risk havuzuna sahip bazı üyelerinde, yukarıdaki göstergelerde eşitlik açısından sağlık sigortası sisteminin performansı tatmin edicidir. Sağlık sigortası programları, aynı katkı paylarını alarak aynı yardım paketini sağlamakla yükümlü olduğundan, yararlanıcılar hangi plana ait olursa olsun, aynı sağlık hizmetlerine erişmektedirler (Paris vd., 2010).

Özellikle son yıllarda evrensel sağlık kapsamına ulaşmak için bir strateji olarak sağlık sigortası fonlarını konsolide etmeye yönelik ülkelerin deneyimi, gelişmekte olan ülkeler ve sağlık sigortası sistemlerini geliştirmenin ve genişletmenin yollarını arayan ülkeler için çok yararlı olabilmektedir. Bunun nedeni, sağlık sigorta fonu birleştirilmesi sürecindeki operasyonel zorlukların ve engellerin ve bunun avantajlarının ve dezavantajlarının belirlenmesinin, bu sektörde politika oluşturma için uygun kanıtların yanı sıra fon birleştirme politikasına doğru ilerlemek için yararlı dersler sağlamasıdır.

2. Türkiye’de Sağlık Sigortasının Yapısal Özellikleri

2.1. Birleşme Öncesi ve Sonrası Sağlık Sigortası Sistemi

Birleşmeden önce Türkiye’de 5 sağlık sigortası fonu bulunmaktaydı: 1- Özel sektör çalışanları, kamu sektörünün mavi yakalı çalışanları ve tarım işçileri ile bakmakla yükümlü oldukları kişilere sağlık hizmeti ve emeklilik hizmeti sağlayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 2007 yılında toplam nüfusun %47,91’ini kapsıyordu. 2- Bağ-Kur veya nüfusun %22,5’ini oluşturan serbest meslek sahiplerini kapsayan Esnaf, Sanatkarlar ve Serbest Meslek Sahipleri Sosyal Sigorta Kurumu. Bu program doğrudan tıbbi hizmetler sağlamaz, ancak gerekli hizmetleri kamu ve bazı özel sağlık sektörü ile sözleşme yapmak suretiyle satın almaktaydı. 3- Sağlık sigortası ve emeklilik fonunun bileşimi olan Devlet Memurları Emekli Sandığı, 2007 yılında nüfusun %15’ini kapsıyordu. Bu fon, yatarak ve ayakta tedavi hizmetlerini kapsamaktaydı. Bu fon da Bağ-Kur’a benzer şekilde kendi tıp merkezlerine sahip olmayıp, kamudan ve özel sektörden hizmet satın almıştı. 4- Devlet Memurları Sigorta Fonu 5- Yeşil Kart Programı: 1992 yılında devlet, yatılı sağlık hizmetlerini

ödeyemeyen yoksullara yardım etmek için Yeşil Kart Programını başlatmıştır (Yardim ve Uner, 2018; Akbulut vd., 2007; Gürsoy, 2015).

2.2. Politika hedefleri: Sağlık Sigorta Fonlarının Birleştirilmesi Nedenleri

1990'ların sonu ve 2000'lerin başında Türkiye'nin sağlık finansman sistemi ciddi sorunlar yaşamıştır. İlk sorun, sağlık sistemindeki yetersiz ve adaletsiz finansmanla ilgilidir. 1990 yılına kadar, GSYİH'nın yaklaşık %3,8'i sağlık sistemine tahsis edildi ve bu, OECD ve benzer gelire sahip diğer Avrupa ülkelerinden (%7,4) çok daha düşüktü. Düşük sağlık maliyetleri, adaletsiz ve parçalanmış bir sigorta sistemiyle birleşmişti. Mevcut beş sigorta planının, sağlık sisteminde verimsizliğe ve eşitsizliğe yol açan çeşitli hizmet paketleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile farklı sözleşme düzenlemeleri bulunaktaydı. Bazı kişiler sigortalı olmalarına rağmen sağlık sektöründe ciddi insan kaynağı eksikliği nedeniyle hizmetlere erişimde zorluk yaşadılar. Farklı katkı oranları, farklı kapsam ve hizmet derinliğine sahip yan hak paketleri, farklı sigorta programları arasındaki çeşitli erişim kuralları ve imtiyazları ile organizasyonel parçalanma, sigorta hizmetlerinin kalitesinde ve erişilebilirliğinde önemli farklılıklar yaratmıştır. Bu, 2003 Sağlıkta Dönüşüm Planının bir başyapıtı olarak Türkiye'deki sağlık sigortası sisteminin yapısal reformuna yol açmıştır (Gürsoy, 2015).

2.3. Birleşme Süreci

2006 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu, Esnaf, Sanatkarlar ve Özerk Sosyal Sigortalar Kurumu dahil olmak üzere mevcut tüm sağlık sigortası fonlarını birleştirmek için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde "Genel Sağlık Sigortası Sistemi" adlı tek bir sistem kurulmuştur. Çalışanlar ve Devlet Memurları Emekli Sandığı tek çatı altında "Sosyal Güvenlik Kurumu" adı altında birleşmiştir (Gürsoy, 2015; Tatar ve Kanavos, 2006; Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

2006 yılında beş sağlık sigortası tek bir Genel Sağlık Sigortası çatısı altında bir araya getirmek için Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nu onaylamıştır. Türk Tabipleri Birliği, tabipler birliği ve Cumhuriyet Halk Partisi, yasaya anayasa mahkemesinde karşı çıkmıştır. Bekleyen cumhurbaşkanlığı ve genel seçimler ışığında hükümet, yasanın uygulanmasını 1 Ekim 2008 tarihine ertelemiştir. Yasanın 2008 yılında yürürlüğe girmesinden sonra Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Devlet Memurları Emekli Sandığı Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilmiştir. Bir sonraki adımda, Ocak 2010'daki Aktif Devlet Memurları Sağlık Sigortası Sistemi ve 2012'deki Yeşil Kart planı sırasıyla Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilmiştir (Atun vd., 2013; Gürsoy, 2015; Tatar vd., 2011).

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) aracılığıyla, sağlık yardımlarının ve kapsamının Yeşil Kart da dahil olmak üzere farklı sağlık sigortası planları arasında senkronize edilmesi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulmasından önce başlamıştır. 2005 yılında, Yeşil Kart sahiplerine ayakta tedavi, ilaç ve Sosyal Sigortalar Kurumu yararlanıcılarına tüm kamu hastaneleri ve eczanelerden yararlanma hakkı verilmiştir (Gürsoy, 2015). 2006'da ilaç pozitif listesi, Yeşil Kart sahipleri de dahil olmak üzere tüm sağlık sigortası planlarına entegre edilmiştir. 2007'de yasal önlemler, sosyal güvenlik sistemi kapsamında olmasa bile tüm Türk vatandaşlarının ücretsiz birinci basamak sağlık hizmetine erişimini zorunlu kılmıştır. 2007 tarihli Sağlık Uygulama Kararnamesi (Resmi Gazete, 2007)

uyarınca, resmi sağlık sigortası planlarındaki yardımlar daha da uyumlu hale getirilmiştir (Tatar vd., 2011). GHIS yasının Ekim 2008'de yürürlüğe girmesi, yardım paketinin uyumlaştırılmasını tamamlamıştır. 2007'de, tüm sağlık sigorta fonları talep ve kullanım yönetimi sürecini standartlaştırmak ve birleştirmek için MEDULA adlı yeni bir elektronik bilgi yönetim sistemi tanıtılmıştır (Gürsoy, 2015).

2.4. Birleşme Kolaylaştırıcı Etkiler

2.4.1. Liderlik ve Politik Taahhüt

Türkiye'de, Türk hükümeti tarafından sağlanan ve TBMM'nin çoğunluğunun desteğini alan siyasi istikrar, sağlık reformlarında ve gelişmesinde önemli bir faktör olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nda kararlı bir dönüşüm ekibi, başbakanın reformlara verdiği kesin destek, sağlık bakanının liderliği ve ısrarı ve büyük yönetimi, TBMM'den geçen yasaların uygulanması için gerekli koşulları oluşturmuştur. Başbakan ve kabinenin desteğini alan bu ekip 10 yılı aşkın bir süre aralıksız faaliyet göstermiştir (Atun vd., 2013).

2.4.2. Bir Araştırma Ekibinin Oluşturulması, Eğitim Atölyesi ve Yürütme Programı

Türkiye'de de Sağlıkta Dönüşüm Programının ve evrensel sağlık sigortasının başarısının temel nedeni, 2003'ten 2013'e kadar 10 yıl boyunca birlikte çalışan insanlardan oluşan çok kararlı dönüşüm ekibi olan dönüşüm ekibiydi. Sağlıkta Dönüşüm Programının tasarlanması, uygulanması ve izlenmesi, dönüşüm için stratejik yönelim, süreklilik ve kurumsal hafızanın sağlanması ile ilişkilidir. Ekip, uluslararası ajanslar ve uzmanlarla çalışarak, uygulamanın stratejik ve operasyonel aşamaları arasındaki bağlantıyı sağlamıştır. Saha koşullarına ilişkin düzenli araştırmalar, il liderliği, yerel uygulama ekipleri ve Halk Sağlığı Bakanlığı arasında güçlü bağlantı kanalları oluşturulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programının başarısındaki bir diğer faktör de politika uygulama hızı olarak gösterilmektedir. Karar alınır alınmaz ya da yasa çıkar çıkmaz dönüşüm ekibi tarafından haftalık olarak takip edilen takvime göre uygulamaya geçilmiştir. Gecikme olduğunda, uygulama stratejileri değiştirilmiş ve zorlukları belirlemek ve çözmek için Sağlık Bakanlığı'nın yerel grupları veya özel ekipleri sorumlu olmaktadır. Bu hızlı uygulamalar reformlara karşı örgütlü direnişi engellemiş, bürokratik direnişlerin aşılmasına yardımcı olmuştur. Uygulama hızı, kullanıcılar ve halk için faydaların hızlı bir şekilde açıklanmasıyla meşrulaştırılmıştır (Bazyar vd., 2021).

2.4.3. İnsanları Bilgilendirmek, Hasta Memnuniyetine Odaklanmak ve Değişimin İnsanlar Tarafından Kabul Edilmesini Sağlamak

Türkiye'de dönüşüm ekibi, odak grupları oluşturarak ve yararlanıcıları analiz ederek Sağlıkta Dönüşüm Programı tarafından farklı insan gruplarında yapılan değişikliklerin kabul edilebilirliğini değerlendirmişlerdir. Odak gruplarının bulguları ve yararlanıcı analizleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı yelpazesinin yeniden tanımlanması, kamuoyunun bilgilendirilmesi ve programın uygulama sürecinin hızlandırılması için kullanılmıştır. Odak grup araştırmaları ve paydaş analizlerinin yanı sıra Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yıllık hanehalkı anketleri yapılmıştır. Anketler, insanların memnuniyetlerini ve farklı bakanlıklar

tarafından açıklanan reformlara tepkilerini ölçmek için bir endeks ortaya koymuştur (Bazyar vd., 2021).

2.4.4. Ekonomik Büyüme, İstikrar ve Finansal Fizibilite

Güney Kore gibi Türkiye’de de gerçekleşen ekonomik istikrar ve hızlı GSYİH büyümesi, gerekli mali kapasiteyi sağlayarak hükümetin sosyal işlere yatırım yapmasını sağlamıştır. Ekonomik büyüme arttıkça, hükümet sağlık bütçesini ve sağlık sektörüne yapılan yatırımı artırmıştır. Ayrıca özel sektörün sağlık yatırımları da bu süreçte hızla artmıştır. İstikrarlı GSYİH büyümesinin yanı sıra, yeni yasalar ve yöntemler vergi tahsilatını iyileştirmiş ve dengeli ekonomi politikaları vergi tahsilatını artırmış ve enflasyon ve işsizlik oranlarını düşürmüştür. Devletin artan vergi gelirleri, özelleştirmeyi ve yabancı yatırımları teşvik etmesi, devletin kamu bütçesi gelirlerini kullanarak Yeşil Kart kapsamını genişletmesini ve genel halk sağlık sigortasını kurmasını sağlamıştır (Bazyar vd., 2021).

2.4.5. Kanıta Dayalı Kapsamlı Bir Strateji

Türkiye’deki Sağlıkta Dönüşüm Programı, Belçika, Küba, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Meksika, Tayland ve İngiltere gibi diğer ülkelerin kanıtlarına ve deneyimlerine dayanılarak tasarlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, uluslararası kuruluşlar ile ulusal ve uluslararası uzmanların işbirliğinden başarıyla yararlanmıştır. Uluslararası deneyimlerin yanı sıra, sağlık sektörünün kapsamı ve verimliliği ile Türkiye sağlık sisteminin önündeki engellere ilişkin yerel deneyim ve çalışmalarından yararlanılmıştır (Bazyar vd., 2021).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Planı kapsamında sigortaların birleştirilmesini kolaylaştıran diğer faktörler arasında alıcı bir ortam yaratılması, sağlığın insanların temel hakkı olarak görülmesi, programların sürekli öğrenilmesi ve izlenmesi ve esnek uygulama yer almaktadır.

2.5. Birleşme Öncesindeki Dirençler ve Sınırlamalar

Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31 Mayıs 2006’da TBMM tarafından kabul edilmiş ve 1 Ocak 2007’de uygulanması beklenmesine rağmen muhalefet yasanın anayasaya aykırı olduğunu iddia etmiştir. Bu yasa, Türk Tabipler Birliği ve diğer meslek tabip birliklerinin muhalefetiyle de karşılaşmış ve Anayasa Mahkemesi’ne itiraz edilmiştir. Yasa, uygulanmadan önce üç kez revize edilmiştir. Hükümet gerekli değişiklikleri yapmak için yasalaşma tarihini 1 Temmuz 2007’ye ertelemiştir. Cumhurbaşkanlığı ve genel seçimlerin ışığında, siyasiler hükümeti uygulamayı 1 Ocak 2008’e kadar ertelemeye ikna etmişlerdir. Yasanın revize edilmiş son hali 17 Nisan 2008’de yasalaşmış ve 1 Ekim 2008’de yürürlüğe girmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

2.6. Birleşmenin Olumlu Sonuçları

Programın uygulanmasından 3 yıl sonra Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı oldukça düşük olduğu düşünülen %19’a ulaştığı için, birleştirme sağlık finansmanı eşitliğini geliştirmede başarılı olmuştur (Yereli ve Koktas, 2010). Genel Sağlık Sigortası Kanunu uygulayarak, neredeyse tüm nüfus artık sağlık sigortası kapsamındadır.

Araştırmalar, Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun getirilmesinin hem yüksek sağlık harcamalarına karşı mali korumayı hem de nüfus genelinde sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği iyileştirdiğini ve daha zengin hane halklarının sağlık harcamalarının daha fakir ailelere göre daha fazla ödemesi nedeniyle sağlık finansmanını daha ilerici hale getirdiğini göstermektedir. Çalışmalar ayrıca 2000 ve 2012 yılları arasında Türkiye'de OECD ülkeleri arasında cepten harcamalarda en yüksek azalmayı ve Yeşil Kart Kapsamının genişletilmesinin bir sonucu olarak yoksullar arasında Cepten yapılan ödemelerin azalmasını göstermektedir (Yardım ve Uner, 2018; Gürsoy, 2020; Tirgil vd., 2019; Tirgil vd., 2018).

2.7. Birleşmenin Olası Riskleri ve Olumsuz Sonuçları

Sağlık sigortası fonları birleştirilirken dikkat edilmesi gereken bir husus, tek fonun uzun vadeli finansmanının garanti altına alınması gerektiğidir. Türkiye'de sağlık sisteminin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı 2000'de %5,4'ten 2009'da %6,7'ye hızla yükselmiştir. Bu rakam 2010 ve 2011'de sabit kalmıştır. Eleştirilenler, işsizliğin prim toplamayı zorlaştırdığına ve bunun yerine hükümetin ödemek zorunda olduğuna inandıkları için, evrensel sağlık sigortası uygulayarak hükümetin finansal katılımını artırma olasılığı hakkındaki endişelerini dile getirmişlerdir (Akbulut vd., 2007).

Türkiye'de sağlık sigorta fonlarının birleştirilmesinin yanı sıra, Sağlık Bakanlığı'nın yönetim rolünün güçlendirilmesi için yeni roller tanımlanmış ve ayrıca yeni kuruluşlara yeni idari (operasyonel) sorumluluklar verilmiştir. 2003-2010 yılları arasında Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı hastanelerin ve Yeşil Kart Programı'nın yönetiminden Sağlık Bakanlığı sorumluydu. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması ve hastanelerin özerkliğine ilişkin kanunun duyurulmasından sonra, Sağlık Bakanlığı strateji ve politikalar geliştirmeye, sağlık sisteminin performansını değerlendirmeye ve yanıt verebilirliği ve sektörler arası koordinasyonu izlemeye odaklanmıştır. Halk sağlığı, sözleşme yapma, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ile ilgili yürütme sorumlulukları yeni yarı devlet kuruluşlarına verilmiştir. Tek tip kamu sağlık sigortasının getirilmesinden sonra, Sosyal Güvenlik Kurumu Yeşil Kart Programının yönetimini devralmıştır (Bazyar vd., 2021).

Bir diğer yapısal reform ise Türkiye'deki hastanelerin dönüşümü olmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu hastaneleri gibi üniversiteler ve askeri kuruluşlar tarafından yönetilmeyen kamu hastaneleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu eylemin görünen nedeni, hizmet kalitesi açısından halk sağlığı sağlayıcıları arasında tekdüzeliği sağlamak iken; ancak incelikli motivasyon, kamu yönetimi reformları çerçevesinde düşünülen hastanelerin yerel yönetimlere devredilmesi sürecini iyileştirmek olarak değerlendirilmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Diğer reformlarla birlikte sağlıkta dönüşüm programı, sağlık sistemindeki insan kaynağı eksikliğine ilişkin sorunları vurgulamak için insan kaynakları departmanında dört yeni anahtar program yürütmüştür. İlk program tıp, hemşirelik, ebelik ve diğer ilgili alanlarda okul ve kolej sayısını artırmak için uygulanmıştır. İkinci program, hastaneler ve birinci basamak sağlık ocakları için ücret artışı ve performansa dayalı teşvikler ile sağlık çalışanları için sürekli maaş

artışı olasılığını içermektedir. Üçüncü program, sağlık çalışanları ile yeni sözleşmeler yazmaya ve özel sektörden hizmet satın almaya odaklanmıştır. Dördüncü program, 2010 yılında çıkarılan hekimler için ikili çalışmayı yasaklayan yasa olarak değerlendirilmiştir. Bu yasaya göre, Sağlık Bakanlığı tarafından istihdam edilmeyen hekimler, devlet hastanelerinde tam gün çalışmak zorunda olmuşlardır. Aynı zamanda özel sektörde çalışmaları da yasaklanmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

2005 yılında, Türkiye'deki sağlıkta dönüşüm planı, aile hekimi merkezli bir birinci basamak sağlık hizmeti modelini uygulamaya koydu ve fiziksel kaynaklar, insan kaynakları ve insan kaynakları için kapasite oluşturma olmak üzere üç alanda kaynakların artırılmasına vurgu yapılmıştır. Bu modele göre her aile hekimi 4000 kişilik bir nüfusa kırsal sağlık ocağı veya sağlık ocaklarında verilenden daha fazla hizmet vermiştir. 2005 yılından sonra yaklaşık 20.000 aile hekimi ekibi oluşturulmuştur. Mevcut altyapılar iyileştirilmiş ve çoğu kırsal sağlık ocağı ve sağlık ocağı aile hekimliği merkezleriyle birleştirilmiştir. 2011 yılına kadar yaklaşık 6250 yeni aile hekimliği merkezi kurulmuştur (Atun vd., 2013).

2.8. Gelecekteki Zorluklar

Türkiye'deki Genel Sağlık Sigortasının kapsamlı yapısı, değişen demografik yapı ve çeşitli ekonomik göstergeler nedeniyle sağlık harcamaları artarken, Türkiye'de mevcut temel zorluk genel sağlık sigortasını finansal olarak sürdürülebilir kılmaya odaklanmıştır. Reel gelirini beyan etmeyen kayıt dışı çalışanların ya da işgücüne kayıtlı olmayanların tespit edilerek vergilendirilmesinin yeni mali kaynaklar yaratılmasına yönelik olası çözümlerden bahsedilmiştir. Toplam sağlık harcamalarını azaltmak için şu önlemler önerilmiştir: çok kapsamlı olduğu düşünülen yardım paketinin daraltılması, paket ödeme yöntemlerine geçilmesi, ilaç listesinin güncellenmesi ve sözleşmelendirilmesi, yeni katkı paylarının belirlenmesi, oranlarının düşürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine vurgu yapılması ve sağlık sistemindeki hasta akışının yönetilmesi için aile hekimliği programına sevk sisteminin uygulanması ve kamu hastanelerinin özerkliğe ve kendi kendini yönetmeye zorlanmasıdır (Gürsoy, 2020).

3. Sonuç

Sağlık sigortası sistemine sahip birçok ülkede, kısmen sigortanın farklı grupları kapsayacak şekilde kademeli olarak gelişmesinin bir sonucu olan, nüfusun farklı kesimlerini kapsayan farklı planlar bulunmaktadır. Genellikle farklı gelir ve yönetim yapılarına sahip sağlık sigortası fonlarındaki bu parçalanma, sigortaların operasyonel prosedürlerinde ve farklı yönlerinde farklılıklar yaratacaktır. Sağlık sigortası fonları arasındaki farklar ne kadar fazla ve derinse, tek bir sigorta planı oluşturmak için o kadar fazla operasyonel zorluk ve direnç ele alınmalıdır.

Sağlık sigortası fonlarının birleştirilmesi ve birden fazla sigortadan tek bir sigorta sistemine geçiş hem politika hem de uygulama açısından zordur. Parçalanma azaltılarak farklı gruplar etkilenir ve sigortalar birleştirilirken çıkarları dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte, bu ülkelerin deneyimleri, hükümet ve yöneticilerin siyasi taahhüdünün ve kararlılığının, karşı karşıya kaldıkları muhalefetlere ve siyasi zorluklara rağmen hedeflerine ulaşmalarına ve tek bir sağlık sigortası planı oluşturmaya doğru ilerlemelerine yardımcı olduğunu göstermiştir.

Sağlık sigortası fonlarının birleştirilmesi politikasını daha etkin hale getirmek ve sağlık sektörü için daha olumlu sonuçlar doğurmak için eş zamanlı olarak arz yönündeki reformlar eşlik etmelidir. Sağlık sigortası fonlarının birleştirilmesi deneyimi hakkında, özellikle sağlık sigortası fonlarının birleştirilmesinin süreci ve farklı aşamaları hakkında daha fazla ayrıntıyı ortaya çıkarmak için daha fazla çalışmanın yapılması, bunların belgelenmesi ve belgenin yayınlanması gerekmektedir.

Kaynakça

- Akbulut, Y., Sarp, N., & Ugurluoglu, E. (2007). Reform of the health care system in Turkey: a review of universal health insurance. *World Hospitals and Health Services*, 43(1), 13.
- Anderson, G.F. & Hussey, P. (2004). Special issues with single-payer health insurance systems.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., ... & Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99.
- Bärnighausen, T., & Sauerborn, R. (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle-and low-income countries?. *Social science & medicine*, 54(10), 1559-1587.
- Bazyar, M., Yazdi-Feyzabadi, V., Rashidian, A. & Bahsedı, A. (2021). The experiences of merging health insurance funds in South Korea, Turkey, Thailand, and Indonesia: a cross-country comparative study. *International Journal of Equity Health*, 20(66), 1-24.
- Carrin, G. & James, C. (2004). Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period, vol. 13. Geneva: World Health Organization.
- Gürsoy, K. (2015). An overview of Turkish healthcare system after health transformation program: main successes, performance assessment, further challenges, and policy options. *Sosyal Güvence*, (7), 83-112.
- Hussey, P., Anderson, G.F. (2003). A comparison of single-and multi-payer health insurance systems and options for reform. *Health Policy*, 66(3), 215-228.
- Kwon, S. (2003). Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: social solidarity or efficiency?. *International Social Security Review*, 56(1), 75-94.
- Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Muga, R., & Otoo, N. (2012). Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*, 380(9845), 933-943.
- Maeda, A., Araujo, E., Cashin, C., Harris, J., Ikegami, N., & Reich, M. R. (2014). Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies. World Bank Publications.

- Pannarunothai, S., Patmasiriwat, D. & Srithamrongsawat, S. (2004). Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. *Health Policy*, 8(1), 17–30.
- Paris, V., Devaux, M. & Wei, L. (2010). Health systems institutional characteristics. A Survey of 29 OECD Countries.
- Pooling Health Funds and Risks (2023). https://ieg.worldbankgroup.org/Data/reports/chapters/health_finance_chap3_update.pdf. (Erişim tarihi: 1 May 2023).
- Preker, A.S., Lindner, M.E., Chernichovsky, D. & Schellekens, O.P. (2013). *Scaling Up Affordable Health Insurance*. The World Bank.
- Smith PC, Witter SN. (2004). Risk pooling in health care financing: the implications for health system performance. produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank: World Bank.
- Tatar, M., & Kanavos, P. (2006). Health care reform in Turkey. *Eurohealth-London-*, 12(1), 20-22.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., Hernández-Quevedo, C., & World Health Organization. (2011). *Turkey: Health system review*.
- Thomson, S., Foubister, T. & Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union Challenges and policy responses*. Observatory studies series. Copenhagen: World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tirgil, A., Dickens, W. T., & Atun, R. (2019). Effects of expanding a non-contributory health insurance scheme on out-of-pocket healthcare spending by the poor in Turkey. *BMJ global health*, 4(4), e001540.
- Tirgil, A., Gurol-Urganci, I., & Atun, R. (2018). Early experience of universal health coverage in Turkey on access to health services for the poor: regression kink design analysis. *Journal of global health*, 8(2), 1-9.

- World Health Organization (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008). The World Health Report 2008: Primary health care (now more than ever).
- World Health Organization (2010). The World Health Report [2010]: Health Systems Financing; the Path to Universal Coverage.
- Yardim, M. S., & Uner, S. (2018). Equity in access to care in the era of health system reforms in Turkey. *Health Policy*, 122(6), 645-651.
- Yereli, A. B., & Koktas, A. (2010). Health care financing reform: The case in Turkey. Faculty of Economics and Administrative Sciences, Hacettepe University.
- Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2011). Healthcare financing reform in Turkey: context and salient features. *Journal of European Social Policy*, 21(2), 178-193.