

Türk genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin sosyal koruma tabanları yaklaşımına göre finansman bakımından değerlendirilmesi¹

Duygu Açıık², Yusuf Alper³

² Yozgat Bozok Üniversitesi, Yerköy Meslek Yüksekokulu, Sosyal Güvenlik Programı, Yozgat, Türkiye.

³ Bursa Uludağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Bursa, Türkiye.

ÖZET

202 sayılı Sosyal Koruma Tabanları Tavsiye Kararı (Social Protection Floors Recommendation)" kapsamında oluşturulan Sosyal Koruma Tabanları, üç basamaklı bir yapı şeklinde tasarlanmıştır. Tasarlanan yapı kapsamında, birinci basamakta, temel gelir ve sağlık güvencesine, ikinci basamakta primli sosyal güvenlik garantilerine ve üçüncü basamakta ise isteğe bağlı sosyal güvenlik garantilerine yer verilmiştir. Oluşturulan tabanlarda temel amaç, sağlık hizmetlerine ulaşmalarında ülkelere, asgari düzeyde de olsa evrensel nitelikte korumayı sağlayacak bir yol haritası çizmektir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), ifade edilen bu temel amacı gerçekleştirmek için önemli faktörlerden birini sağlık hizmetlerinin finansmanının düzeyi ve yeterliliği olarak belirlemiştir. Çalışma kapsamında, Türk genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin sosyal koruma tabanları yaklaşımına göre finansman bakımından değerlendirmesinin yapılması amaçlanmaktadır. Değerlendirmeler, ILO tarafından sağlık hizmetlerinin uygunluğunu ortaya koymak için belirlenen ilkeler dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Yapılan değerlendirmelerde OECD tarafından yayınlanan sağlık harcamaları verilerinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda, Türk genel sağlık sigortasının uluslararası ölçekte genel görünümü ortaya koyulmuştur. Elde edilen verilere göre, Türk genel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin finansmanında tarafların katlandıkları mali yük bakımından bireylerin yoksulluk riskinin artmasına engel olmaktadır. Bu yönüyle genel sağlık sigortasının ILO standartlarına uygun olduğu ancak sağlık hizmetleri için GSMH'den ayrılan pay bakımından, sistemin, ILO standartlarına uygun olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER

Türk genel sağlık sigortası, sosyal koruma tabanları, sosyal güvenliği finansmanı.

Evaluation of health services provided under Turkish universal health insurance in terms of financing according to the social protection floors approach

ABSTRACT

No. 202 Social Protection Floors Recommendation designed as a three-tier structure. The first tier includes basic income and health insurance, the second tier includes premium social security guarantees and the third tier includes voluntary social security guarantees. The main objective of these pillars is to draw a road map that will provide universal, albeit minimal, protection for countries in accessing health services. The International Labor Organization (ILO) has identified the level and adequacy of financing of health services as one of the important

¹İlgili çalışma 30 Mayıs- 1 Haziran 2024 tarihleri arasında Ordu/Ünye'de düzenlenen 23. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresinde sözlü olarak sunulan "Türk Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sunulan Temel Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Koruma Tabanları Yaklaşımına Göre Finansman Bakımından Değerlendirilmesi" başlıklı bildiri den derlenerek oluşturulmuştur.

Atf: Açıık, D., & Alper, Y. (2024). Türk genel sağlık sigortası kapsamında sunulan temel sağlık hizmetlerinin sosyal koruma tabanları yaklaşımına göre finansman bakımından değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 14(ÇEEİ Özel Sayı), 1822-1833. <https://doi.org/10.48146/odusobiad.1538549>

factors to achieve this basic objective. The study aims to assess the financing of health services provided under the Turkish universal health insurance according to the social protection floors approach. The assessments were carried out by taking into account the principles set out by the ILO to demonstrate the appropriateness of health services. Health expenditure data published by the OECD were utilized in the evaluations. In this context, the general outlook of Turkish universal health insurance on an international scale is presented. According to the data obtained, Turkish general health insurance prevents the increase in the poverty risk of individuals in terms of the financial burden borne by the parties in the financing of health services. In this respect, it is concluded that general health insurance complies with ILO standards, but the system does not comply with ILO standards in terms of the share allocated from GNP for health services.

KEYWORDS

Turkish general health insurance, social protection floors, financing of social security

Giriş

14 Haziran 2012’de kabul edilen, 202 sayılı Sosyal Koruma Tabanları Tavsiye Kararı (Social Protection Floors Recommendation) ILO (International Labour Organization)’nun 101. Çalışma Konferansı’na katılan 185 ülkeden gelen hükümet, çalışan ve işveren temsilcilerinden 452sinin kabul oyu ile onaylanmıştır (Işık, 2012; ILO, 2014). Tavsiye Kararı’na göre oluşturulan Sosyal Koruma Tabanları, ILO tarafından üç basamaklı bir yapı şeklinde tasarlanmıştır. Temel gelir ve sağlık güvenceleri, primli sosyal güvenlik garantileri ve isteğe bağlı sosyal güvenlik garantilerinden oluşan basamaklarda sağlık hizmetleri için asgari düzeyde de olsa evrensel nitelikte hizmet sunan bir mekanizma hedeflenmiştir. Tasarlanan bu yapıyla mümkün olduğu kadar daha fazla sayıda bireye sosyal koruma sağlamak ve bu sayede sosyal eşitsizlikleri ve aşırı yoksulluğu önlemek amaçlanmıştır.

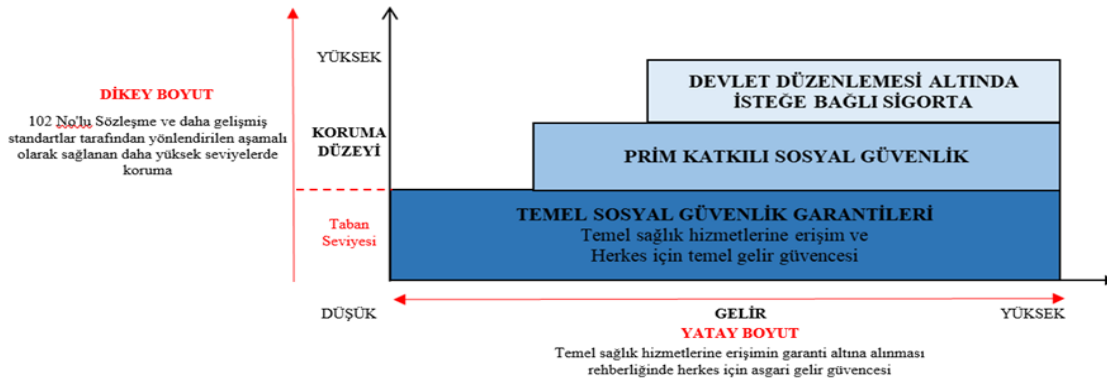
ILO’ya göre, “Sosyal güvenlik programlarını finanse edenler ve bunlardan yararlananlar arasındaki haklar ve yükümlülükler dengesini sağlamaya çalışırken finansmanda dayanışmayı sağlama, Finansman mekanizmaları ve sunum sistemleri dahil olmak üzere yöntem ve yaklaşım çeşitliliğini dikkate alma, Şeffaf, hesap verebilir ve sağlam mali yönetim ve idare oluşturma ve Sosyal adalet ve eşitliği dikkate alarak finansal, mali ve ekonomik olarak sürdürülebilir olma” (ILO, 2012: Bölüm 1/ Madde 3) sosyal koruma tabanlarının finansmanı için temel ilkelerdir. Bu ilkeler hizmet kalitesine doğrudan etki etmesinin yanında sağlık hizmetlerinin tabanının genişlemesine de katkı sağlamaktadır.

Genel bir değerlendirme özelliği taşıyan bu çalışmanın öncelikli amacı, Türk genel sağlık sigortasını finansman bakımından ele almaktır. Değerlendirmeler, ILO tarafından sağlık hizmetlerinin finansmanı için belirlenmiş olan “Dayanışma” ve “Mali Sürdürülebilirlik” bakımından yapılmaya çalışılmıştır. “Hizmet Çeşitliliği” ve “Şeffaflık” ilkeleri ise çalışmanın kapsamı dışında tutulmuştur. Değerlendirmelerde, OECD tarafından yayınlanan sağlık harcamaları ve ilişkili diğer verilerden yararlanılmıştır. Değerlendirmelerde kullanılacak verilerde OECD kaynaklarından yararlanılarak karşılaştırmalı veriler sunulması, çalışmanın bir diğer amacı olan “Türk genel sağlık sigortasının finansman bakımından uluslararası, ölçekte değerlendirilmesine” de olanak sağlamıştır.

2012 Tarihli Sosyal Koruma Tabanları Tavsiye Kararı

2000’li yılların başından itibaren ILO’nun sosyal güvenlik ve sosyal koruma arasındaki ayrımı en net çizdiği ve sosyal güvenliği, sosyal korumanın bir unsuru olarak değerlendirdiği belge, 14 Haziran 2012’de kabul edilen, 202 sayılı Sosyal Koruma Tabanları Tavsiye Kararı’dır.

Tavsiye Kararı’nın amacı, üye ülkelere sosyal koruma tabanlarını oluşturmalarında ve asgari düzeyde de olsa evrensel nitelikli sosyal güvenlik standartlarına ulaşmalarında yol haritası çizmektir. Bu doğrultuda oluşturulan sosyal koruma tabanları ile daha fazla birey kapsama alınarak sosyal korumanın kapsamı genişletilecek, genişleyen kapsam sayesinde ise sosyal eşitsizlikler ve aşırı yoksulluk önenebilecektir.



Görsel 1 Sosyal koruma düzeyi ilo (2012), the strategy of the international labour organization social security for all building social protection floors and comprehensive social security systems.

Görsel 1’de görülebileceği gibi, üç basamaktan oluşan sosyal koruma tabanlarının yatay ve dikey olarak iki boyutu bulunmaktadır. Her iki boyut için temel amaç sosyal güvenliğin kapsamını genişletmektir. Ancak her bir boyutun kendine özgü temel amaçları da bulunmaktadır.

Yatay boyutta amaç, sağlık güvencesi ve asgari gelir garantisi olmayan ve bu nedenle yoksul olan veya yoksulluk tehlikesi olan bireyler için sosyal korumanın yaygınlaştırılmasıdır. Yatay boyutu oluşturan ilk unsur olan temel sağlık güvencesinin mali yükünün, “bireylerin yoksulluk riskini arttırmayacak nitelikte olması”, ikinci unsur olan temel gelir güvencesinin ise “insana yakışır nitelikte bir hayat standardı sağlaması” beklenmektedir. Bu bakımdan ILO, ulusal yoksulluk sınırları ve sosyal yardımlar için belirlenen gelir düzeyleri gibi ölçülebilir ve kıyaslanabilir sınırlar uygulanmasını tavsiye etmektedir (ILO, 2012). Ayrıca yatay boyut, ulusal düzeyde gerekli olarak tanımlanan temel mal ve hizmetlere etkin erişimin sağlanmasını da kapsamaktadır.

Sosyal koruma tabanlarının dikey boyutu ise yatay boyutta sunulan sosyal güvenlik garantilerinin daha gelişmiş ve daha yüksek düzeyde korumaya dönüştürülmesini ifade etmektedir. Bu kapsamda, kayıt dışı ekonomide yer alanları da kapsayacak ve bu kişilerin kademeli olarak kayıt altına alınmasını teşvik edecek şekilde, mümkün olan en kısa sürede, daha yüksek düzeyde gelir güvencesi ve daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sağlanması amaçlanmaktadır. Bu bakımdan dikey kapsamda beklenen daha yüksek koruma düzeyi; öncelikle kişiler bakımından kapsamın genişlemesi, ardından sağlanan yardımların sayısının, çeşitliliğinin ve seviyesinin artırılmasıyla mümkün olabilecektir (ILO, 2012).

202 sayılı Tavsiye Kararı’nın önemli bir özelliği, korumadan yoksun olanlara yönelik yardım ve ilkeleri ortaya koymasıdır. Ancak esnek ilkelerle oluşturulmuş olan Tavsiye Kararı’nda, sosyal koruma tabanları oluşturulurken her ülkenin kendi temel sosyal güvenlik seviyesine göre hedeflerini belirlemesine imkân tanınmıştır. Örneğin; sosyal güvenlik sistemini henüz oluşturmamış ülkeler için hedef, asgari düzeyde de olsa sosyal güvenlik sistemi oluşturmak iken sosyal güvenlik sistemi gelişmiş ülkeler için hedef, sağlanan korumanın kapsamını genişletmektir (Açık, 2024).

Türk Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Finansman Bakımından Değerlendirilmesi

Türk Genel Sağlık Sigortası Sistemi, 5510 sayılı Kanunda finansman merkezli tarif edilmiştir. Nitekim, Kanunun tanımlar başlıklı 3’üncü maddesinde; “Genel sağlık sigortası: Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta” olarak tarif edilmiştir. Türk GSS sisteminin dikkat çeken özellikleri: iş kazaları ve meslek hastalıkları dışında sebebe bağlı olmaksızın bütün sağlık hizmetlerinin

sunulmasının esas alınması, estetik endişeli gereksinimler dışında sağlık hizmetleri teminine yönelik hiçbir sınırlama getirmemiş olması, ilk sigortalılık girişinde hizmetlerden yararlanma için aranılan staj süresinde en asgari sigortalılık süresinin (30 gün) aranması, primli rejim olarak kurulması, finansman ihtiyacının sigortalı ve işveren primlerinin yanı sıra devlet katkısı ile finanse edilmesi ve ödeme gücü olmayanların primlerinin gelir testine bağlı olarak devlet tarafından ödenmesi olarak dikkat çekmektedir.

Türk GSS sisteminin finansmanı, sosyal güvenliğin karşılıklı yardımlaşma ve dayanışma ilkesini güçlendirici özelliklere sahip olarak düzenlenmiştir. Bağımlı olarak çalışan aktif sigortalılar %5, işverenleri %7,5 oranda prim öderken, devlet tahsil edilen primlerin ¼'ü oranında doğrudan katkıda bulunmaktadır. Kendi adına bağımsız çalışanlar primlerin tamamını kendileri ödemektedir. Bütün nüfusun zorunlu olarak GSS kapsamında olması devletin bir başka yolla da sistemin finansmanına doğrudan katılımını getirmiştir. Buna göre, çalışan aktif sigortalı, aylık alan pasif sigortalı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsünde olmayan ancak zorunlu olarak GSS kapsamına alınan 8 milyon 187 bin kişiden 2 milyon 3 bininin primlerini kendileri öderken, gelir testi sonucunda ödeme gücü bulunmayan 6 milyon 183 bin kişinin primi devlet tarafından ödenerek GSS kapsamına alınmıştır (SGK/sigortalı, 2024). Gelir testi sonucunda primini kendi ödeyen 2 milyon 3 bin kişi ise prime esas kazancın alt sınırı üzerinden %3 oranında prim ödemektedir. Öte yandan, prime esas kazançların alt sınırının asgari ücret, üst sınırının ise 7,5 katı olarak belirlenmesi, çok geniş bir gelir yelpazesindeki kişilerin kazanca bağlı olarak prim ödemelerine rağmen aynı hizmete erişebilmeleri de sistemin dayanışmacı ilkesini güçlendirmekte, yüksek gelirlilerden düşük gelirlilere doğru bir gelir transferini sağlamaktadır.

SGK'nın 2023 yılı toplam giderleri 2,2 trilyon TL olarak gerçekleşmiştir. Bu giderlerin 553 milyar TL'si (% 24,7'si) sağlık harcamalarından oluşmaktadır (SGK/mali, 2024). 2023 yılı itibarıyla uzun vadeli sigorta kolları ile GSS'ye devlet katkısı 325 milyar TL olarak gerçekleşmiş ve Kurum toplam giderlerinin %14,7'sine ulaşmıştır. Öte yandan 2024 yılı Cumhurbaşkanlığı yıllık programına göre, 2022 yılında vergi gelirleri ile finansmanı sağlanan bütün sosyal yardım ve hizmetler için yapılan harcama 143 milyar TL'dir. Sosyal yardım harcamaları içinde en yüksek harcama kalemini 33,5 milyar TL ile (%23,4) devlet tarafından ödenen GSS primleri oluşturmaktadır (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2024). Türkiye'nin 2023 yılı toplam sosyal koruma harcamaları GSYİH'nin yalnızca %10,5'tir ve bu Dünya ortalamasının (%19,3) oldukça gerisindedir (ILO, 2024). Toplam sağlık harcamaları bakımından da bu yetersizlik kendini göstermektedir (Dünya %6,5, Türkiye %3,0) (ILO, 2024). Hem genel sosyal koruma harcamaları hem de sağlık harcamaları bakımından Türkiye'nin sosyal koruma harcamaları yetersiz olmasına rağmen, Türk GSS sisteminin yasal kurgusu ve işleyişi sosyal güvenliğin sosyal yardımlaşma ve dayanışma ilkesini güçlendiren özelliklere sahiptir, tespitinde bulunmak yanlış olmayacaktır.

Türk GSS sisteminin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmasını Kurum istatistiklerinden takip etmek mümkündür. GSS'nin hayata geçirildiği 2012 yılında toplam müracaat sayısı 386 milyon iken, bu sayı 2023 yılı sonunda 606 milyona erişmiştir (SGK/sağlık, 2024). Bu kişi başına sağlık hizmetlerine erişimin (tek başına bir olumlu gösterge olarak değerlendirme güç olmakla birlikte) yıllık 7,1'e yükseldiğini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmet kalitesine doğrudan etki etmesinin yanında temel sağlık hizmetlerinin tabanının genişlemesine de katkı sağlamaktadır. 1980'li yıllardan itibaren farklı nedenlerle sağlık hizmetlerinin artan maliyeti sistemin giderlerinin azaltılması eğilimlerini güçlendirse de sağlık için yapılan yatırımlar zaman içerisinde artmıştır. Örneğin; 2012 yılı sonrasında, OECD ülkelerindeki ortalama sağlık harcamalarının büyüme oranı, genel ekonomideki büyümeye yakın olmuştur. 2019'da sağlık harcamalarındaki büyümede genel ekonomik büyümeden daha fazla artış gerçekleşmiştir. Bu dönemde, GSMH'de yıllık reel büyüme oranı 1,6 iken, sağlık harcamaları büyüme oranı 3,7 olmuştur. 2020 yılında meydana gelen Covid-19 Salgını sürecinde kişi başına düşen GSMH'de ortalama %4,5'ten daha fazla düşüş yaşanmasına rağmen kişi başına sağlık harcamaları artış göstererek 4,4'e yükselmiştir (OECD, 2021). Benzer bir artış cari sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payında da

gözlemlenmiştir. Tablo 1’de, OECD ülkelerine ait cari sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı yer almaktadır. Tabloya göre, son 8 yıllık süreçte sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı dönemsel dalgalanmalara rağmen genel olarak artış göstermiştir.

Tablo 1 OECD ülkelerinde cari sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla payı, 2015-2022, OECD, Health expenditure and financing

ÜLKE	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Türkiye	4,1	4,3	4,2	4,1	4,4	4,6	4,6	4,3
Lüksemburg	5,1	5,1	5,1	5,3	5,5	5,7	5,7	5,5
Meksika	5,7	5,6	5,5	5,4	5,4	6,2	6,1	5,5
İrlanda	7,3	7,5	7,1	6,9	6,7	7,1	6,7	6,1
Macaristan	6,9	7	6,7	6,6	6,3	7,3	7,4	6,7
Polonya	6,4	6,6	6,6	6,3	6,5	6,5	6,4	6,7
Estonya	6,6	6,7	6,6	6,7	6,8	7,6	7,5	6,9
Kosta Rika	7,6	7,3	7	7,3	7,2	7,8	7,6	7,2
İsrail	7	7,1	7,2	7,2	7,2	7,7	7,9	7,4
Litvanya	6,5	6,6	6,5	6,5	7	7,5	7,8	7,5
Slovak C.	6,8	7	6,8	6,7	6,9	7,1	7,8	7,6
Norveç	10,1	10,5	10,2	10	10,4	11,2	9,9	8
Kolombiya	7,5	7,5	7,7	7,6	7,8	8,7	9	8,1
Yunanistan	8,2	8,4	8,1	8,1	8,2	9,5	9,2	8,6
İzlanda	8,1	8,1	8,3	8,4	8,6	9,6	9,7	8,6
Letonya	5,7	6,1	6	6,2	6,6	7,2	9	8,8
Slovenya	8,5	8,5	8,2	8,3	8,5	9,4	9,5	8,8
Şili	8,4	8,6	9,1	9,2	9,4	9,7	9,3	9
İtalya	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7	9,6	9,4	9
Çek Cum.	7,4	7,4	7,4	7,5	7,6	9,2	9,5	9,1
Danimarka	10,3	10,2	10,1	10,1	10,2	10,6	10,8	9,5
Kore	6,6	6,9	7	7,5	8,2	8,4	9,3	9,7
Avustralya	10,2	10,1	10,1	10,1	10,2	10,7	10,6	10
Finlandiya	9,6	9,4	9,1	9	9,2	9,6	10,3	10,2
İspanya	9,1	8,9	8,9	9	9,1	10,7	10,7	10,5
Portekiz	9,3	9,4	9,3	9,4	9,5	10,5	11,1	10,6
İsveç	10,8	10,9	10,8	10,9	10,8	11,3	11,2	10,7
Belçika	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	11,2	11	10,9
Kanada	10,7	11	10,9	10,9	11	13	12,3	11,2
Hollanda	10,3	10,3	10,1	10	10,1	11,2	11,4	11,2
Yeni Zelanda	9,3	9,2	9	9	9,1	9,7	10,1	11,2
İsviçre	10,8	11	11	10,8	11,1	11,7	11,8	11,3
Birleşik Krallık	9,8	9,7	9,6	9,7	10	12,2	12,4	11,3
Avusturya	10,4	10,4	10,4	10,3	10,5	11,4	12,1	11,4
Japonya	10,8	10,7	10,7	10,7	11	11	11,3	11,5
Fransa	11,4	11,5	11,4	11,2	11,1	12,1	12,3	11,9
Almanya	11,2	11,2	11,3	11,5	11,7	12,7	12,9	12,7
ABD	16,5	16,8	16,8	16,6	16,7	18,8	17,4	16,6

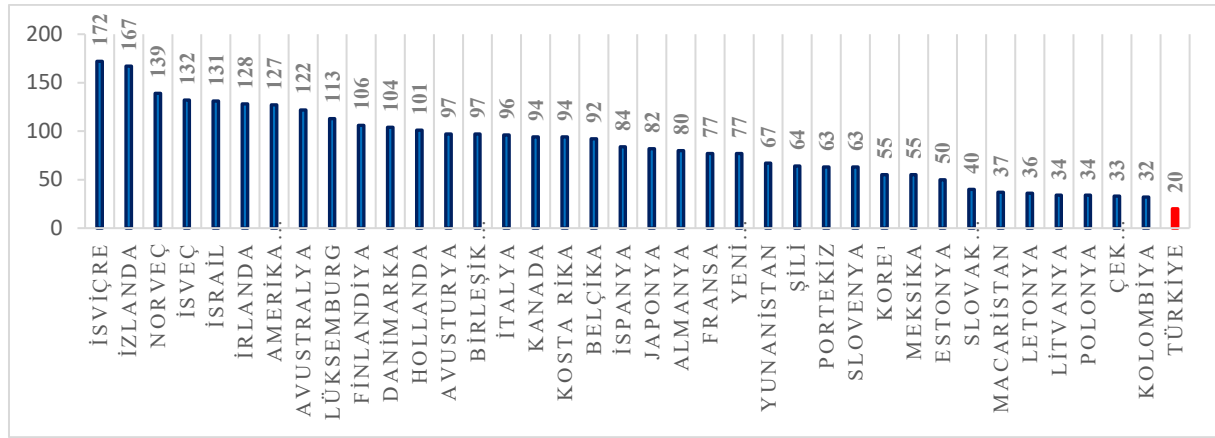
Tablo 1’de yer alan verilere göre, Avustralya, Kosta Rika, Danimarka, Macaristan, İrlanda, Meksika, Norveç ve İsveç’te sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı, 2022 yılında, 2015 yılına göre oransal olarak azalmıştır. Diğer OECD ülkelerinde ise oran artmıştır. 2022 yılı itibarıyla cari sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının en yüksek olduğu ülke %16,6 ile ABD, en düşük olduğu ülke ise %4,3 ile Türkiye olmuştur.

Covid-19 Salgınının yaşandığı 2020 yılında, cari sağlık harcamalarının en fazla artış gösterdiği iki ülke ABD ve Kanada’dır. Aynı dönemde Türkiye cari sağlık harcamaları düzeyinin en düşük olduğu ülkedir. Salgının hemen öncesinde, OECD (t.y.) tarafından yayınlanan “*Health Spending Projections to 2030*” başlıklı raporda, OECD ülkeleri genelinde, kişi başına düşen sağlık harcamalarının kişi başına düşen GSMH’den daha hızlı büyüyeceği öngörülmüştür. Buna göre, 2015-2030 döneminde, OECD genelinde, kişi başına sağlık harcamalarının yıllık ortalama %2,7 oranında, kişi başına düşen GSMH’nin ise %1,5 oranında büyüyeceği tahmin edilmektedir. Ayrıca, aynı dönem için Slovak Cumhuriyeti, Türkiye ve Kore’de sağlık harcamalarında en yüksek artışın gerçekleşeceği ve sağlık harcamalarının yılda %4’ün üzerinde büyüyeceği ifade edilmiştir (OECD

t.y.). Bu kapsamda, içinde bulunduğumuz dönemde, Türkiye’de sunulmakta olan sağlık hizmetleri ve dolayısıyla bu hizmetlere erişim, GSMH’den cari sağlık harcamaları için ayrılan payın yetersizliği nedeniyle, diğer OECD ülkeleri ile kıyaslandığında, nitelik ve/veya nicelik olarak olumsuz etkilenebilmektedir. 2015- 2030 yılları arasındaki dönem için yapılan tahminlerle ortaya koyulan tablo kapsamında ise cari sağlık harcamalarının artan maliyetinin sistemin finansman bakımından sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyebileceği ifade edilebilir.

Tablo 1’de, verilen harcama oranları her ne kadar sağlık için yapılan harcamalar konusunda bilgi verse de ülkeler arasında kıyaslamalar yapılırken satın alma gücü paritesine göre değerlendirme yapmak yerinde olacaktır. Çünkü satın alma gücü pariteleri, genellikle yılda bir kez hesaplanır ve para birimi dönüştürme ölçüsünün seçiminden, değişken döviz kurlarından ve kurları etkileyen döviz spekülasyonları ve faiz oranlarından etkilenmez.

Görsel 2’de, tüm OECD ülkeleri için temsili sağlık ürünleri ve hizmetleri sepeti kullanılarak sağlık fiyat seviyeleri gösterilmiştir.



Görsel 2 Satın alma gücü paritesine göre sağlık fiyat seviyeleri, OECD, Health statistics 2021

Görsel 2’ye göre, İzlanda ve İsviçre, OECD ülkeleri arasında en yüksek sağlık fiyatlarına sahip ülkelerdir. Ortalama olarak, aynı mal ve hizmet sepeti, İsviçre’de OECD ortalamasından %72, İzlanda’da ise %67 daha pahalıya mal olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiyatı benzer şekilde Norveç’te de yüksek olma eğilimindedir. Buna karşılık, Şili ve Yunanistan’da aynı sağlık ürünleri ve hizmetleri için fiyatlar, OECD ortalamasının yaklaşık üçte ikisi kadardır. OECD ülkeleri arasında en düşük sağlık hizmeti fiyatı ise OECD ortalamasının yaklaşık %20’si ile Türkiye’dedir. Bu göstergelerden yola çıkılarak, Türkiye’de, sosyal koruma tabanları kapsamında birinci basamakta oluşturulan sağlık hizmetlerinde hedeflenen “bireylerin yoksullaşmasına sebep olmayacak bir sistemin” oluşturulduğu ifade edilebilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında gerçekleştirilen harcamaların büyüklüğü ve sağlık hizmetlerinin fiyatı kadar önemli bir diğer konu harcamaların kimler tarafından finanse edildiğidir. Bu değişken finansman bakımından hem dayanışma ilkesini hem de sürdürülebilirlik ilkesini doğrudan etkilemektedir. Bu kapsamda, finansman düzenlemeleri yoluyla, bireyler veya gruplar, çeşitli sağlık hizmetleri almaktadır. Bunlar, devlet tarafından sağlanan finansman, zorunlu ve gönüllü sağlık sigortası kapsamında sağlanan finansman ve cepten ödemelerdir. Finansmanda taraflar arası dayanışmanın ve sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için esas olan finansman sağlama yöntemleri arasında dengeli dağılımın sağlanmasıdır.

Tablo 2 Finansman türüne göre sağlık harcamalarının oranı, 2021, OECD, Health at a Glance 2021

Ülkeler	Devlet Planları	Zorunlu Sağlık Sigortası	Gönüllü Sağlık Sigortası	Cepten Ödemeler	Diğer
ABD	26	57		11	6
Almanya	7	78	1	13	1
Avustralya	65	1	13	18	3
Avusturya	30	45	5	18	2

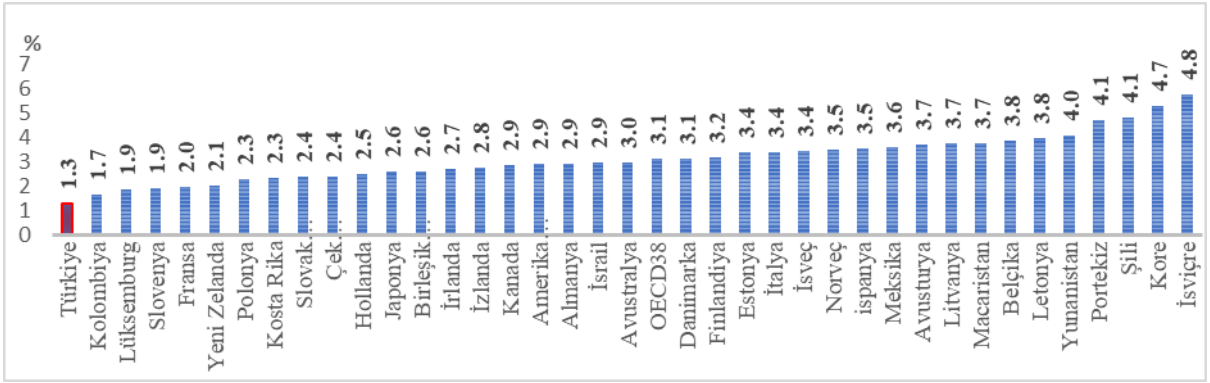
Belçika	22	55	5	18	
Birleşik Kr.	79		3	16	3
Çek Cumh.	13	69		14	4
Danimarka	83		2	14	
Estonya	8	66		24	1
Finlandiya	64	14	2	17	3
Fransa	6	78	6	9	1
Hollanda	6	76	5	11	1
İrlanda	74	1	12	12	2
İspanya	67	4	7	22	
İsrail	16	48	11	21	3
İsveç	85		1	14	1
İsviçre	23	44	7	25	1
İtalya	74		2	23	1
İzlanda	83			15	2
Japonya	8	76	2	13	1
Kanada	69	1	13	15	2
Kolombiya	2	75	8	15	
Kore	10	51	8	30	
Kosta Rika	4	70	3	22	1
Letonya	61	0	3	36	0
Litvanya	8	58	1	32	
Lüksemburg	5	80	3	10	2
Macaristan	9	60	2	28	2
Meksika	22	27	7	42	2
Norveç	86			14	
Polonya	10	62	6	20	2
Portekiz	59	2	8	30	1
Slovak Cum.	2	77		19	1
Slovenya	4	69	14	12	1
Şili	2	59	7	33	
Türkiye	23	54	3	17	2
Yeni Zelanda	70	9	5	13	3
Yunanistan	29	31	5	35	
OECD 38	35	39	5	20	1

Tablo 2’de görülebileceği gibi, verileri sunulan 38 OECD ülkesinden 14’ünde, devlet, sağlık hizmeti maliyetlerinin yarısından daha fazlasını karşılayarak temel finansman sağlama mekanizmasını oluşturmaktadır. Bu ülkelerde, devletlerin sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılama oranı %59 ile %86 arasında değişmektedir. Bu grupta yer alan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında devlet planlarının ağırlıkta olması özellikle zorunlu sağlık sigortası üzerindeki finansman baskısını azaltmıştır. Sağlık harcamalarının finansmanın ana yöntemlerinden bir diğeri olan zorunlu sağlık sigortası kapsamında yapılan ödemeler ise 38 OECD ülkesinde, ortalama olarak toplam ödemelerin %39’unu oluşturmaktadır. Zorunlu sigortalar, sağlık hizmetleri finansmanının büyük bölümünü karşılaması nedeniyle sağlık harcamalarının finansmanında vazgeçilemez niteliktedir. Almanya, Japonya, Fransa ve Hollanda’da sağlık harcamalarının %75’inden fazlası zorunlu sağlık sigortası programı tarafından karşılanırken Türkiye’de oran %54’tür. Zorunlu sağlık sigortası harcamalarının ağırlıklı finansman türü olduğu ülkelerde, sağlık harcamalarının finansman yükünün bireylerde olması, finansmanda dayanışma ilkesini olumsuz etkilese de sistemin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için zorunludur. Bu zorunluluk özellikle Türkiye gibi aktüeryal dengenin bozulduğu ülkelerde finansman bakımından dayanışmayı zedelemektedir.

Evrensel nitelikli sağlık hizmetlerinin sunumunda bir diğeri finansman yöntemi olan cepten ödemeler büyük önem taşımaktadır. Cepten yapılan ödemeler; ne kamu girişimleri ne de özel sigortalar aracılığıyla sağlık ürünleri veya hizmetlerinin bedellerinin karşılanmadığı durumlarda, doğrudan sağlık ürün veya hizmetinden yararlananlar tarafından yapılan harcamalardır. Sağlık sistemlerinin yeterli mali koruma sağlayamadığı durumlarda, bireyler sağlık hizmetleri için cepten ödemelerle ürün veya hizmet bedelini kendileri ödemek zorundadır.

Bireylerin sağlık harcamaları için yapmış olduğu cepten ödemelerin artması, sağlık hizmetlerine erişimi azaltabilir, sağlık statüsünü zayıflatabilir, katlanılan harcamalar yoksulluğu derinleştirebilir ve sosyo-ekonomik eşitsizlikleri şiddetlendirebilir. Cepten ödeme oranlarının yüksek olduğu durumda yoksul haneler ve kronik hastalık ilaçları gibi uzun vadeli tedaviler için ödeme yapmak zorunda olanlar özellikle savunmasızdır. Tüm bu muhtemel sonuçlar sağlık hizmetlerinin finansmanında taraflar arasında adil dayanışmayı gerektirmektedir.

Tablo 2’de de gösterildiği gibi, verilerine erişilen 38 OECD ülkesinde, ortalama olarak, sağlık hizmetlerine yapılan tüm harcamaların beşte biri doğrudan cepten yapılan ödemeler yoluyla yararlanıcılardan sağlanmaktadır. 38 OECD ülkesi içerisinde cepten ödemelerin olmadığı bir ülke bulunmamaktadır. Cepten ödemeler, Meksika (%42), Letonya (%37), Yunanistan (%36) ve Şili’de (%33) tüm harcamaların üçte birini veya daha fazlasını oluştururken, Fransa cepten yapılan harcamaların en düşük olduğu ülkedir.

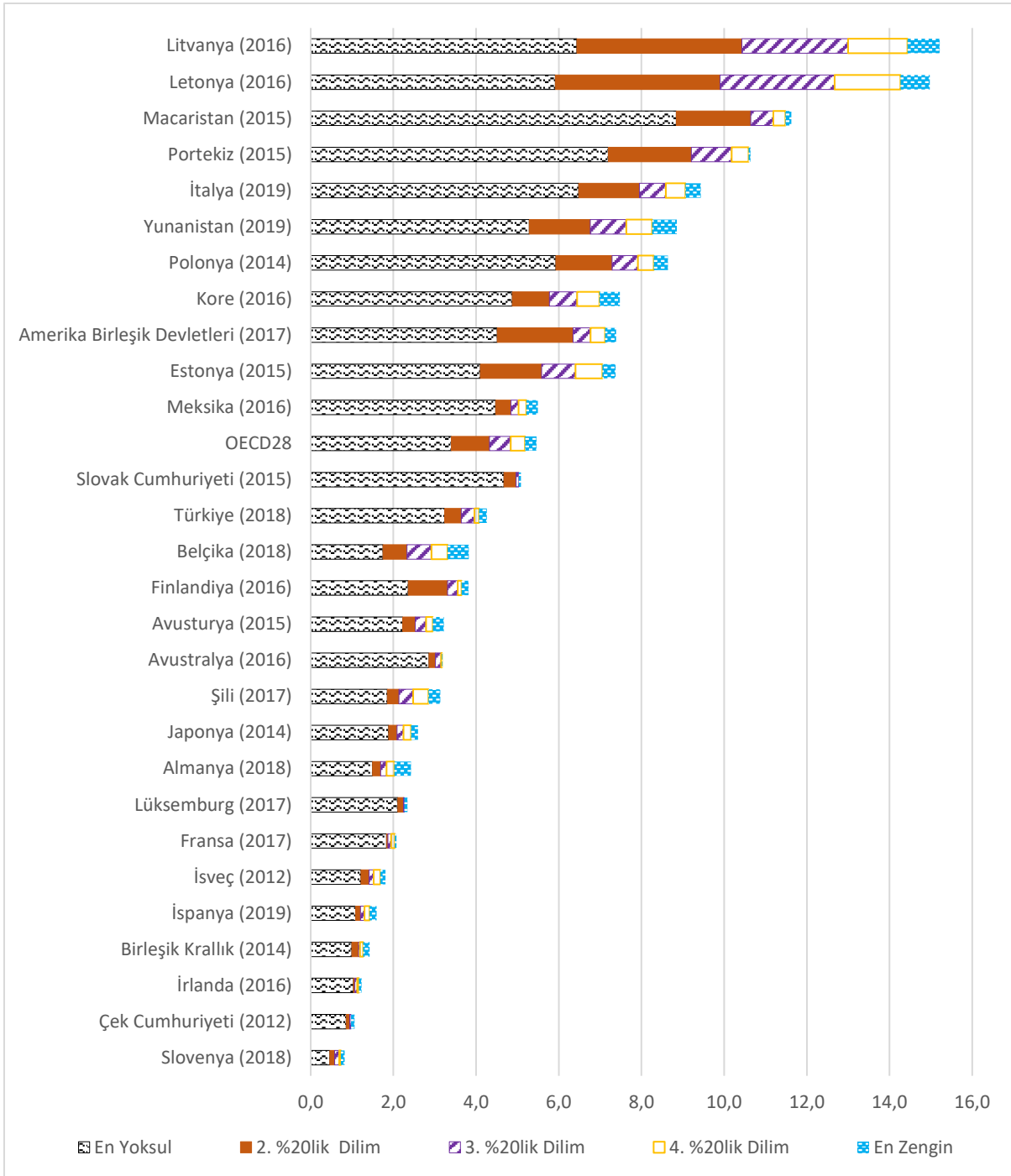


Görsel 3 Nihai hane halkı tüketiminin payı olarak cepten yapılan harcamalar, OECD, Health at a Glance 2021

Görsel 3’de yer alan 2021 yılı OECD verilerine göre; OECD ülkelerinde, toplam hane halkı harcamalarının %3,1’i sağlık ürünleri ve hizmetlerine yapılan cepten ödemelere ayrılmıştır. Bu ülkeler içinde, sağlık harcamaları için cepten ödeme oranlarının en yüksek olduğu ülke İsviçre, en düşük olduğu ülke Türkiye’dir.

Cepten yapılan ödemeler kapsamında, OECD ülkeleri genelinde, katlanılan en yüksek ödeme kalemi %43 oranında ilaçlar ve medikal ürünlerdir. İlaçlar ve medikal ürünleri, ayakta tedaviler (%22), dış tedavileri (%14) ve uzun dönem bakım harcamaları (%12) izlemektedir (OECD, 2021). Nihai hane halkı tüketiminin payı olarak cepten yapılan ödemelerin en yüksek düzeyde olduğu İsviçre’de, en yüksek harcama kalemi ayakta tedavi giderlerinden oluşmaktadır. Bu kapsamdaki ödemelerin en düşük olduğu ülke olan Türkiye için harcama kalemlerine göre oransal dağılıma erişilememiştir. Ancak Türkiye’de genel sağlık sigortasının kapsamına alınma şartları dikkate alındığında, ayakta tedavilerde bireylerin ödediği katılım payı sınırlı iken yatarak tedavilerde katılım payı alınmamaktadır. İlaçlar ve diğer tıbbi malzemeler için katlanılan katılım payı ise daha yüksektir. Bu nedenle Türkiye için en yüksek harcama kaleminin ilaçlar ve medikal ürünlerden alındığı söylenebilir.

Cepten yapılan ödemeler gibi, sağlık harcamalarında erişilebilirliği, finansmanda dayanışmayı ve harcamalar ile yoksulluk arasındaki ilişkiyi etkileyen önemli etmenlerden biri katastrofik sağlık harcamalarıdır. Katastrofik sağlık harcamaları, hane halkının sağlık hizmetleri için ödeyebileceği kaynakların önceden tanımlanmış yüzdesini aşan cepten yapılan ödemeler olarak tanımlanır (OECD, 2021, s. 193). Katastrofik sağlık harcamalarında eşik değer %40’dır. Sağlık için yapılan cepten harcamaların kullanılabilir hane halkı gelirin %40’ını aştığı durumda, sağlık harcamaları yoksulluğa sebep olmaktadır.



Görsel 4 OECD, %20'lik hane halkı gruplarına göre katastrofik sağlık harcaması olan hanelerin payı, Health at a Glance 2021 - © OECD 2022

Görsel 4'de, hane halkı gruplarına göre katastrofik sağlık harcaması yapan hanelerin oranına yer verilmiştir. OECD ülkeleri içinde katastrofik sağlık harcaması olan hanelerin ortalaması %5,4'tür. Grafiğe göre, katastrofik sağlık harcamaları karşısında hane halkının durumdan en fazla etkilendiği ülke, Litvanya, en az etkilendiği ülke ise Slovenya'dır. Nüfus gruplarının %20lik paylara bölüldüğü bu grafikte, birinci %20lik dilimde yer alan grup, katastrofik sağlık harcamalarından en fazla etkilenen, dolayısıyla sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşma ihtimali en yüksek olan gruptur. Gelir düzeyinin yükseldiği diğer gruplarda ise katastrofik sağlık harcamaları nedeniyle yoksulluk ihtimali tüm ülkelerde azalmaktadır.

Çalışma kapsamında Türkiye için katastrofik sağlık harcamaları karşısında hane halkının durumunu ortaya koyan OECD verilerine erişilememiştir. Bu sebeple Katastrofik sağlık

harcamalarının, Türkiye’de yoksulluk üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan verilerden yararlanılmıştır.

Tablo 3 Yıllara göre katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaşan hane oranları (%) Sağlık bakanlığı, sağlık istatistikleri yıllığı, 2021

Yıllar	Yoksul Hane Oranı	Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı	Sağlık Harcaması Nedeniyle Yoksullaşan Hane Oranı
2010	1,78	0,37	0,15
2011	1,01	0,17	0,15
2012	1,29	0,14	0,07
2013	1,20	0,22	0,15
2014	1,18	0,31	0,12
2015	1,33	0,30	0,13
2016	0,96	0,29	0,10
2017	0,99	0,32	0,12
2018	0,85	0,36	0,06
2019	1,39	0,43	0,06

Elde edilen verilerle hazırlanan Tablo 3’de görülebileceği gibi yoksul hane oranı süreç içindeki dalgalanmalara rağmen önemli oranda gerilemiştir. 2010- 2019 yılları arasındaki dönemde, sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranı, %0,06’ya düşmüştür. Sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranında yaşanan düşüş ülkemizde genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinde taraflar arasındaki finansman yükünün adil dağıtılmasının bir göstergesidir. Ayrıca bu sayede bireylerin üzerinde sağlık harcamalarından doğan maliyet baskısının azaldığı ifade edilebilir. Bu durumu sağlayan en önemli neden genel sağlık sigortası primleri devlet tarafından karşılanan grubun büyüklüğüdür. Ancak aynı dönem için katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranının artması, süreç içerisinde artan yaşam maliyetine karşı genel sağlık sigortasının tek başına koruma mekanizması olamayacağını göstermiştir. Genel sağlık sigortasının tek bir koruma mekanizması olarak kaldığı durumda sistemin finansman bakımından sürdürülebilirliği olumsuz etkilenebilecektir.

Sonuç ve Öneriler

ILO’nun ülkelere uygulanmasını önerdiği temel sağlık hizmetlerinin etkinliğini belirleyen önemli unsurlardan biri finansmandır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı hem hizmet kalitesine hem de temel sağlık hizmetlerinin tabanının genişlemesine doğrudan etki etmesi nedeniyle önemlidir. Beklenen bu etkilerin sağlanabilmesi, öncelikle sağlık hizmetlerine GSMH’den ayrılan pay ile ilişkilidir. Elde edilen verilere göre, Türkiye, cari sağlık harcamaları düzeyinin en düşük olduğu OECD ülkesidir. Yalnızca bu veri dikkate alındığında, finansman bakımından yetersizlik olduğu ifade edilebilir ancak çalışmada, finansman ile ilişkili diğer unsurlara da yer verilmiştir. Bu unsurların ilki satın alma gücü paritesidir. Satın alma gücü paritesinde, temsili sağlık ürünleri ve hizmetleri sepeti kullanılarak sağlık fiyat seviyeleri gösterilmiştir. Buna göre, OECD ülkeleri arasında en düşük sağlık hizmeti fiyatları, Türkiye’dedir. Diğer bir ifadeyle, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynak az olmasına rağmen, kaynaklarla elde edilen sunumlar, diğer OECD ülkelerine göre fazladır. Ayrıca çalışmada finansman yeterliliğini tespit etmek için harcamaların kimler tarafından finanse edildiğine değinilmiştir. Yapılan bu değerlendirmede, Türkiye’de, sağlık hizmetlerinin finansmanının ağırlıklı zorunlu sağlık sigortasından karşılandığı, dolayısıyla primli rejimlerden bütünüyle vazgeçmenin mümkün olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda yapılan bir diğer değerlendirmede, bireylerin cepten ödeme oranlarının, en düşük olduğu ülkenin Türkiye olduğu ortaya koyulmuştur. Bunun sonucunda, genel sağlık sigortasının bireyleri yoksulluktan kurtaran önemli bir uygulama olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Toplam sağlık harcamaları dikkate alınanda harcama seviyesi bakımından yetersiz olmakla birlikte Türk GSS sisteminin yasal kurgusu ve işleyişi ile finansman kaynakları sistemin sosyal güvenliğin karşılıklı yardımlaşma ve dayanışma ilkesini güçlendiren özelliklere sahiptir. GSS reformunun başında planlanan hasta sevk sisteminin kurulması, ilk basamak sağlık

hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sağlık hizmetleri arzı bakımından yapılacak planlamalar ile istismar ve suistimali önlemeye yönelik tedbirler GSS'nin sosyal yardımlaşma ilkesini güçlendirmeye katkıda bulunacaktır.

Sonuç olarak ifade edilebilir ki, finansmana ilişkin tüm veriler birlikte değerlendirildiğinde, Türk genel sağlık sigortası uygulaması, sağlık hizmetlerinin ucuzluğu ve cepten ödemelerin az olması nedeniyle bireylerin yoksulluk riskinin artmasına engel olmaktadır. Bu yönüyle genel sağlık sigortasının ILO tarafından belirlenmiş olan "*finansmanda dayanışma*" ilkesine uygun olduğu ifade edilebilir. Ancak sağlık hizmetleri için GSMH'den ayrılan payın ve devletin doğrudan katlandığı sağlık maliyetlerinin sınırlı olması sistemin olumsuz yanını oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanında devlet planlarının katkısını arttırmak genel sağlık sigortasının etkinliğini arttıracaktır. Ancak devlet planlarının katkısı arttırılarak ILO'nun altını çizdiği "*mali sürdürülebilirlik*" ilkesinin gözardı edilmesi sistemin zaten bozuk olan aktüeryal dengesini daha da bozabilecektir.

Yazar Katkı Oranları

1. Yazar: %50, 2. Yazar: %50 arasında katkı sağlamıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı

"Türk genel sağlık sigortası kapsamında sunulan temel sağlık hizmetlerinin sosyal koruma tabanları yaklaşımına göre finansman bakımından değerlendirilmesi" başlıklı makalemizin herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile mali çıkar çatışması yoktur. Yazarlar arasında da herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynakça

- Açık D. (2024). Türk genel sağlık sigortasındaki dönüşümün sosyal güvenliğin evrensel dönüşümüne uygunluğu açısından değerlendirilmesi, TAEM Yayınları- 95..
- Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2024). 2024 yılı Cumhurbaşkanlığı yıllık programı. 2024-Yılı-Cumhurbaşkanlığı-Yıllık-Programı.pdf (Erişim tarihi, 24 Ekim 2024).
- ILO. (2012). R202- Social protection floors recommendation, 2012 (No. 202). https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524 (Erişim tarihi, 24 Ekim 2024).
- ILO. (2014). World social protection report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf (Erişim tarihi, 24 Ekim 2024).
- ILO (2024). World social protection report: 2024-26, International Labour Office. <https://www.ilo.org/publications/flagship-reports/world-social-protection-report-2024-26-universal-social-protection-climate> (Erişim tarihi 24 Ekim 2024).
- Işık, R. (2012). ILO'nun 14 Haziran 2012 tarihli ve 202 numaralı sosyal koruma ulusal tabanlarıyla ilgili tavsiye kararı üzerine bir not, MESS Sicil, (27), 241-243.
- SGK. (2024/Sigortalı). Sigortalı İstatistikleri. <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6> (Erişim Tarihi, 24 Ekim 2024).
- SGK. (2024/Mali). Mali İstatistikler. <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6> (Erişim tarihi, 24 Ekim 2024).
- SGK. (2024/Sağlık). Sağlık İstatistikleri. <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6> (Erişim tarihi: 24 Ekim 2024).
- OECD. (2023) Health Statistics. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (Erişim Tarihi, 01 Ağustos 2024).
- OECD. (2019). Society at Glance. <https://www.oecd.org/social/society-at-a-glance-19991290.htm> (Erişim Tarihi, 08 Ağustos 2024)

- OECD. (2021). Health at a Glance. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1692175707&id=id&accname=guest&checksum=1202B440142E054E83235E6644991D76> (Erişim Tarihi, 08 Ağustos 2024).
- OECD. (t.y.) Health spending projections to 2030 new results based on a revised OECD methodology, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-spending-projections-to-2030_5667f23d-en (Erişim Tarihi, 08 Ağustos 2024)
- Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık istatistikleri yıllığı*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> (Erişim Tarihi, 08 Ağustos 2024)

Extended Abstract

The Social Protection Floors Recommendation No. 202, adopted on 14 June 2012, was approved by tripartite consensus with the acceptance vote of 452 of the government, employee and employer representatives from 185 countries participating in the 101st Labour Conference of the ILO (Işık, 2012; ILO, 2014). Social Protection Floors established according to the Recommendation were designed by ILO as a three-tier structure. Accordingly, while the first tier includes basic income and health insurance, the second tier consists of premium social security guarantees and the third tier consists of voluntary social security guarantees.

The aim of the Recommendation is to provide a roadmap for Member States to build up their social protection floors and to achieve universal social security standards, even at a minimum level. In this way, social protection can be provided to as many individuals as possible and social inequalities and extreme poverty can be prevented. In this context, one of the important factors in achieving the main objective expressed in the Recommendation is the financing of Social Protection Floors. According to ILO, "Ensuring solidarity in financing while striving to achieve a balance of rights and obligations between those who finance social security programmes and those who benefit from them; taking into account diversity of methods and approaches, including financing mechanisms and delivery systems; establishing transparent, accountable and sound financial management and administration; and being financially, fiscally and economically sustainable, taking into account social justice and equity" (ILO, 2012: Chapter 1/ Article 3) are the basic principles for financing social protection floors. These principles not only have a direct impact on service quality but also contribute to the expansion of the base of primary health care services.

Within the scope of the study, in addition to determining the compliance of the Turkish General Health Insurance with social protection bases in terms of financing, it is also aimed to make an international evaluation in terms of the same variable. In this context, Turkish General Health Insurance was firstly evaluated in terms of financing according to the principles set by ILO and then comparisons were made in terms of OECD countries. Data published by OECD and ILO were utilised in the evaluations.

As a result of the study, it was found that Turkey is the OECD country with the lowest level of current health expenditures, but has the lowest health service prices among OECD countries in terms of purchasing power parity. In addition, in order to determine the adequacy of financing, the study analysed by whom the expenditures are financed. According to another result obtained, it is concluded that the financing of health services in Turkey is mainly covered by compulsory health insurance, thus it is not possible to completely abandon premium regimes. Another assessment in this context reveals that Turkey is the country with the lowest out-of-pocket payment rates of individuals. As a result, it is concluded that general health insurance is an important practice that saves individuals from poverty.