

# Evrensel sağlık kapsamının sürdürülebilirliğinde tamamlayıcı sağlık sigortasının rolü

## Dr. Nihal Kalaycı Oflaz



2005 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesinde İktisat Bölümü'nde lisans eğitimini, 2011 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Yönetimi alanında yüksek lisansını tamamladı. Sağlık sektöründe başladığı çalışma yaşamına İstanbul Medipol Üniversitesi Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı görevi ile devam etti. Sağlık sektöründeki tecrübesi ve iktisat eğitimi sırasında edindiği bilgileri birleştirerek sağlık ekonomisi alanında hazırladığı doktora tezi ile 2018 yılında doktora eğitimini tamamladı. İstanbul Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesinde Dr. Öğretim Üyesi olarak görev yapmakta olup iktisat politikası ve sağlık ekonomisi alanında çalışmalarına devam etmektedir.

## Dr. Olcay Özen



2005 yılında Anadolu Üniversitesi İstatistik Bölümünden mezun oldu. Sağlık Yönetimi yüksek lisansını 2015 yılında, aynı alanda doktora eğitimini 2020 yılında İstanbul Medipol Üniversitesinde tamamladı. 2010 yılı itibarıyla Medipol Üniversitesi Rektörlük Özel Kalem Müdürü olarak görev yapmakta olup, 2021 yılından bu yana da İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetiminde Dr. Öğretim Üyesi olarak çalışmalarına devam etmektedir.

**S**ürdürülebilir Kalkınma Amaçlarından biri olan "Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam" amacının alt hedeflerinden biri olan "Evrensel Sağlık Kapsamı" tüm bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine finansal zorluk yaşamadan erişebilmesini hedeflemektedir. Ancak artan sağlık harcamaları, yaşlanan nüfus, teknolojik gelişmeler, kronik hastalık yükündeki artış, sağlığa zararlı ürünlerin tüketimindeki artış, sağlık okuryazarlığının yetersizliği gibi etkenler sağlık harcamalarını artırırken sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Bu noktada finansal sürdürülebilirliği sağlamaya yönelik gelir artışı sağlayan, harcamaları kontrol eden ve sağlık hizmetlerine olan talebin yönetilmesini sağlayan araçların kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Tamamlayıcı

Sağlık Sigortası (TSS), kamusal gelirlerin artışına destek olan bir araç olarak görülmektedir. TSS, kamu sistemini destekleyen ve bireylerin cepten yaptığı harcamaları azaltan, hizmet çeşitliliğini artıran ancak sosyal eşitsizlikleri artırma riski olan bir araç olarak ifade edilebilir. Sağlıkta hakkaniyet ya da eşit erişim konusunda sosyal problemlere neden olabileceği tartışılan tamamlayıcı sağlık sigortası sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine ya da evrensel sağlık kapsamına gerçekten katkı sağlayabilir mi? Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre, temel sağlık hizmetlerine erişim yaklaşık iki milyar insan için hâlâ mali zorluklara neden olurken; 1,3 milyardan fazla insan temel hizmetlere ve ilaçlara erişim konusunda sorunlarla karşılaşmaktadır (1). Bu nedenle bu soruya öncelikle evrensel sağlık kapsamı ve

sağlık kapsamına alınan temel sağlık hizmetlerini açıklayarak cevap vermek gerekmektedir.

## Evrensel Sağlık Kapsamı ve Finansal Sürdürülebilirliği

Herkese sağlık güvencesi hedefi doğrultusunda 1978 Alma-Ata Deklarasyonu ile temel sağlık hizmetlerinin dünya ölçeğinde tüm nüfusa yaygınlaştırılması benimsenmiş olsa da dünya genelinde sağlık hizmetlerinin herkese yaygınlaştırılması için yıllık 50 milyar dolar civarında bir kaynağa ihtiyaç duyulması sağlık hizmetlerinin kapsamı yerine öncelikli hizmetlerin sunulması anlayışının WHO ve UNICEF gibi kuruluşlarca benimsenmesine neden olmuştur (2). Geline nokta da herkese sağlık güvencesi hedefi Sürdürülebilir



Kalkınma Hedefleri ile somutlaştırılmış, sağlık ve kaliteli yaşam ana hedefine bağlı olarak Evrensel Sağlık Kapsamı 2030 yılına kadar ulaşılması hedeflenen bir alt hedef olarak saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü evrensel sağlık kapsamını, tüm insanların ihtiyaç duydukları kaliteli sağlık hizmetlerinin tamamına, ihtiyaç duydukları zaman ve yerde, mali sıkıntı çekmeden erişebilmeleri olarak tanımlamaktadır. DSÖ, evrensel sağlık kapsamını üç temel boyutta açıklamaktadır. Bu boyutlar; **1) Kapsanan nüfus:** Tüm nüfusun sağlık güvencesine alınmasını ve sigortalı/sigortasız ayrımını ortadan kaldırmayı esas alır. **2) Temel sağlık hizmetleri:** Tanı, tedavi, rehabilitasyon ve önleyici hizmetler olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin kapsama alınması benimsenmiştir. **3) Mali koruma:** Bireylerin sağlık hizmetleri nedeniyle yoksullaşmasının önüne geçmeyi, cepten yapılan sağlık harcamalarının payının azaltılmasını önlemeyi hedeflemektedir. Bu üç boyutla ilişkili olarak kapsanan hizmetlerin finansmanı ve sunulan temel sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ülkeler arasında farklılıklar sergilenmesine neden olmaktadır (3). Her ne kadar finansman boyutu özellikle COVID-19 pandemisinden sonra evrensel sağlık kapsamının sürdürülebilirliği konusunda endişe yaratmaya başlasa da COVID-19

pandemisi öncesinde de Evrensel Sağlık Kapsamı açısından ilerlemenin sağlanmasında küresel bir duraksama süreci yaşanmaktaydı. Evrensel sağlık kapsamının alt hedefleri olan SKH 3.8.1, "Hizmet Kapsamı Endeksi" ile takip edilmektedir. 100 üzerinden puanlanan bu endeksin küresel değeri 2015 yılında 65 puan iken yavaş bir ilerleme hızı ile 2019 yılında 68 puana yükselmiş ve 2021 yılına kadar bu seviyede seyretilmiştir. DSÖ'ye göre bu yavaş ilerlemeye bağlı olarak 4,5 milyar insan temel sağlık hizmetlerinden tam olarak faydalanamamıştır. Evrensel Sağlık Kapsamının diğer alt hedefi olan SKH 3.8.2, "Mali Koruma"yı ifade etmekte olup nüfusun maruz kaldığı katastrofik sağlık harcamalarının boyutunu ölçülemektedir. Katastrofik sağlık harcamaları, bir hane halkının toplam tüketim harcamasının (veya gelirinin) yüzde 10'unu veya daha fazlasını (%25) aşan cepten sağlık harcamaları olarak tanımlanır (1, 3). 2023 Küresel İzleme Raporu'na göre, 2000 yılında dünya genelinde katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalan nüfus oranı yüzde 9,6 iken, 2019 yılında bu oran yüzde 13,5'e yükselmiş ve 1 milyardan fazla kişiyi etkilemiştir. Dahası, 2019 yılında cepten sağlık harcamaları nedeniyle 344 milyon insan aşırı yoksulluğa, 1,3 milyar insan ise göreceli yoksulluğa sürüklenmiştir (1).

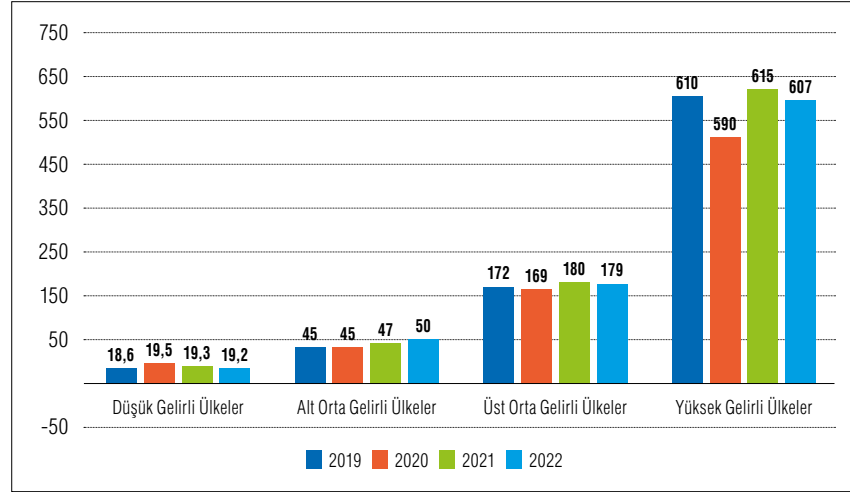
Herkese sağlık güvencesi hedefi doğrultusunda 1978 Alma-Ata Deklarasyonu ile temel sağlık hizmetlerinin dünya ölçeğinde tüm nüfusa yaygınlaştırılması benimsenmiş olsa da dünya genelinde sağlık hizmetlerinin herkese yaygınlaştırılması için yıllık 50 milyar dolar civarında bir kaynağa ihtiyaç duyulması sağlık hizmetlerinin kapsamı yerine öncelikli hizmetlerin sunulması anlayışının WHO ve UNICEF gibi kuruluşlarca benimsenmesine neden olmuştur.

Grafik-1'de Dünya Bankasının gelir grubu sınıflandırmasına göre kişi başına ortalama cepten sağlık harcamasına ilişkin verilere yer verilmiştir.

Yüksek gelirli ülkeler hariç tüm gelir gruplarında 2022 yılında kişi başına cepten sağlık harcamaları, COVID-19 öncesi olan 2019 seviyesinin üzerinde gerçekleşmiştir. Oransal artış incelendiğinde; 2019-2022 yılları arasında düşük gelirli ülkelerde kişi başına düşen ortalama cepten sağlık harcaması artışı yüzde 3 olup düşük ve yıllar içinde nispeten istikrarlı bir seyir göstermektedir. Alt orta gelirli ülkelerde 2019-2022 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamalarındaki artış yüzde 11'dir. Bu durum cepten ödeme yükünün arttığını göstermektedir. En yüksek oransal artış bu ülke grubunda gerçekleşmiştir. 2021'de 47 dolar olan harcama, 2022'de 50 dolara yükselmiştir. Üst orta gelir grubundaki ülkelerde 2019-2022 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamalarındaki artış yüzde 4'tür. Harcamalarda pandemi sonrasında küçük ama istikrarlı bir artış görülmektedir. Bu ülke grubunda cepten yapılan sağlık harcamaları diğer gruplara göre daha yüksektir. Bu durum sağlık hizmetlerinin daha pahalı olduğu veya kamu desteğinin yeterince güçlü olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Yüksek gelirli ülkeler ise cepten ödeme yükünde düşüş yaşanan tek gelir grubudur. Bu değişimin düşüş yönünde olmasının nedeni yüksek gelirli ülkelerde kamu sağlık harcamalarının artışı gösterdiği ve sosyal güvenlik kapsamının genişlemiş olabileceği şeklinde değerlendirilebilir.

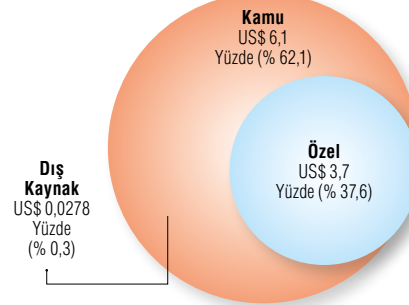
Günümüzde artan sağlık harcamalarının başlıca nedenleri; nüfusun yaşlanması, tıbbi teknolojilerin gelişmesi ve artan maliyetlerdir (4, 5, 6). Bununla birlikte kronik hastalık yükündeki artış, uzun vadeli bakıma yönelik artan talep finansal sürdürülebilirliği zorlaştırabilmektedir (7). Sağlık sistemlerinin finanse edilmesinde artan sağlık harcamalarına ilave olarak kamu kaynaklarının iktisadi problemler nedeniyle daralması, COVID-19 pandemisi gibi öngörülemez riskler nedeniyle kamu bütçesine yük oluşturan ilave baskıların ortaya çıkması gibi problemler finansal sürdürülebilirliğin sağlanamaması endişesi yaşanmasına neden olmaktadır. Finansal sürdürülebilirlik, sağlık sistemlerinin gelirlerinin, harcamalarını karşılamaya yeterli olması durumunu ifade etmektedir. Vergi temelli sistemlerin dayanıklılığı ve sigortalıların

Grafik 1. Gelir grubuna göre kişi başı ortalama cepten sağlık harcaması, dolar cinsinden (2019-2022)



Kaynak: World Health Organization, 2024.

Grafik 2. Küresel Sağlık Harcamaları, 2022  
US\$ 9.8 Trilyon



Kaynak: World Health Organization, 2024.

**Dünya Sağlık Örgütüne göre, temel sağlık hizmetlerine erişim yaklaşık iki milyar insan için hâlâ mali zorluklara neden olurken; 1,3 milyardan fazla insan temel hizmetlere ve ilaçlara erişim konusunda sorunlarla karşılaşmaktadır.**

katkılarından oluşan sigorta sistemlerinin etkinliği finansal sürdürülebilirliğin sağlanması açısından önem taşımaktadır (3). 2022 yılında küresel olarak gerçekleşen sağlık harcamaları Grafik 2'de sunulmuştur.

Grafiğe göre 2022 yılında toplam sağlık harcaması küresel olarak 9.8 trilyon ABD doları olarak gerçekleşmiştir. Bu harcamaların 6.1 trilyon dolarını yani yüzde 62.1'ini kamu harcamaları oluşturmaktadır. Yani sağlık hizmetleri büyük oranda devlet bütçesi, sosyal sigorta sistemleri veya kamu fonları yoluyla karşılanmaktadır. Özel harcamalar 3.7 trilyon dolar yani harcamaların yüzde 37.6'sına karşılık gelmektedir. Dış kaynaklar ise 0.0278 trilyon dolar (yaklaşık 27.8 milyar dolar) yani yüzde 0.3'tür. Gelişmekte olan ülkelerde genellikle bağışlar, uluslararası kuruluşlar veya kalkınma yardımları şeklinde gerçekleşmektedir. Dış kaynakların küresel düzeyde önemsiz bir paya sahip olması dış finansmanın toplam sağlık harcaması içindeki rolünün çok sınırlı olduğu şeklinde de yorumlanabilir.

Finansman yöntemi açısından ele alındığında, ulusal sağlık sistemlerinin büyük ölçüde genel vergilerden finanse edildiği, sosyal sağlık sigortası sistemlerinde finansman tipik olarak sağlık sigorta primleri ve vergilendirmenin kombinasyonundan oluştuğu görülmektedir. Özel sağlık sigortası ise her zaman gönüllülük esasına dayanmakla birlikte özel sağlık sigortasının satın alınmasının devlet tarafından sübvansede edilmesi de söz konusu olabilmektedir (6). Bu bağlamda öncelikle sağlıktaki karmaşık finansman yapısı Şekil 1'de sağlık harcamalarının ana finansman kaynakları ile finansman planları arasındaki ilişki açısından şematize edilmiştir.

Şekil 1 sağlıkta finansman sisteminin genel yapısını göstermektedir. Sağlıkta finansman yapısının üç ana finansman

kaynağı gösterilmektedir: **1) Ulusal kamu kaynakları:** Vergiler ve diğer yerel kamu gelirleri, sosyal sigorta katkıları. **2) Ulusal özel kaynaklar:** Diğer yerel özel gelirler, hane halkının doğrudan ödemeleri. **3) Dış kaynaklar:** Sağlık için dış yardımlar, hükümet programlarına dış yardım. Bu kaynaklar, farklı finansman programları aracılığıyla sağlık hizmetlerini finanse etmektedir. Bunlar: Hükümet Planları, Sosyal Sağlık Sigortası (SSS), Zorunlu Özel Sağlık Sigortası, Gönüllü Sağlık Sigortası ve Hükümet Dışı Kuruluş Programları ve diğer üçüncü taraf programlarından oluşmaktadır.

Finansman sistemi fark etmeksizin sağlık hizmetlerini finanse eden sosyal güvenlik sistemleri sürdürülebilirlik riski ile karşı karşıyadır. Dünya Bankasının 2024 yılında yaptığı tahminleri, çoğu düşük gelirli ve orta gelirli 41 ülkenin önümüzdeki beş yıl içinde hükümet harcamalarında durgunluk veya daralmayla karşı karşıya kalacağını göstermektedir. Düşük gelirli ülkelerdeki hükümetler GSYİH'nin yüzde 2'sinden azını sağlığa harcayacağını öngörürken, alt-orta gelirli ülkelerdeki hükümetlerde bu oran yüzde 3'ten azının harcayacağı yönünde tahminleri içermektedir. Dünya Bankası, hükümet bütçelerinin genel boyutunun küçülmesine ek olarak, sağlık için ayrılan payın da azaldığını ortaya koymaktadır (8).

Evrensel kapsama sahip ülkeler (örneğin Almanya, Fransa, İsveç, İngiltere) genellikle kamu finansman oranı yüksek, cep-ten ödeme oranı düşük sağlık sistemine sahip ülkelerdir. Kamu kaynaklı sağlık harcamalarının etkin yönetimi ile evrensel sağlık kapsamı mali açıdan sürdürülebilir kılınabilmektedir (9). Finansal sürdürü-

lebilirliğin sağlanması konusunda bir diğer örnek Tayland'dır. Ülkede 2002'de başlatılan evrensel sağlık sistemi, düşük gelirli gruplarını kapsayan "30 Baht Programı" ile desteklenmiştir. Program ile 20 yılda finansal erişim artmış, cep-ten harcamalar yüzde 30'dan yüzde 11'e düşmüştür (10). Tayland'da 2002 yılında, hane halkının yüzde 4,06'sı katastrofik sağlık harcamalarıyla karşı karşıya kalırken, 2021'de bu oran yüzde 2,10'a düşmüştür. Finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için 2023-2027 döneminde sağlık harcamalarının GSYH'nin yüzde 5'ini ve kamu harcamalarının yüzde 20'sini aşmaması hedeflenmektedir (11).

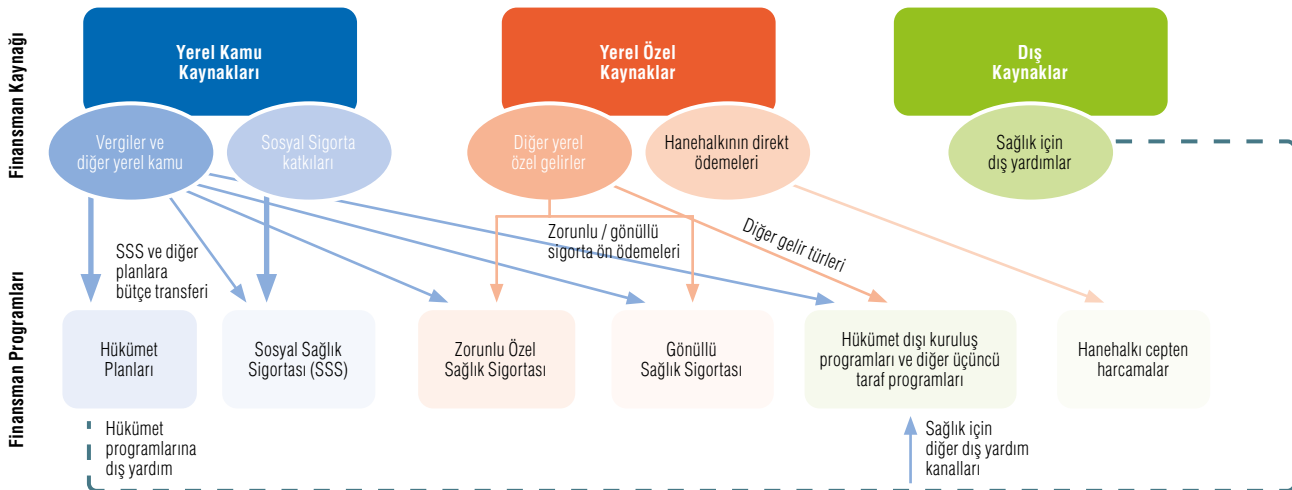
### Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS)

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, özel bir sağlık sigortası türü olup hizmetlerin kapsamadığı ya da kamu tarafından yalnızca belirli bir kısmının karşılandığı (örneğin yasal kullanıcı katkı payları gibi) durumları içerir ve tüm nüfusun yararlanmasına açık bir uygulamadır. Avrupa Birliği ülkelerinde kullanımı oldukça yaygındır (12). TSS'nin farklı ülkelerdeki uygulama örnekleri incelendiğinde Fransa'da kamu sisteminin yanında yaygın olarak tamamlayıcı sigorta kullanılmaktadır. Güney Afrika da özel sağlık sigortasını evrensel sağlık kapsamının tamamlayıcısı olarak kullanan ülkelerden biridir (13). Güney Afrika, 2022 yılında yüzde 46 pay ile gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranının en yüksek olduğu ülkelerden biri olmuştur (14). Fransa'da TSS'nin yaygın kullanımı kamu sistemiyle entegrasyonun güçlü olmasına bağlanırken, Güney Afrika'da bu durum sosyal eşitsizlikleri

artırıcı bir etki yaratmaktadır. Temel sağlık sigortası ve özel tamamlayıcı paketlerden yararlanan ülkelerden biri de Hollanda'dır. Avusturya, Belçika, Şili, Danimarka, Estonya, Almanya, İsrail, Japonya, Kore gibi OECD ülkelerinde ise gönüllü tamamlayıcı sağlık sigortasından yararlanılmaktadır (15). Benzer şekilde, Hırvatistan, Avustralya ve Fransa gibi ülkelerde gönüllü sağlık sigortasına yapılan bütçe transferleri, düşük gelirli grupların hizmete erişimini artırma amacı taşımaktadır. Özellikle Hırvatistan'da bu destekler, tamamlayıcı sağlık sigortasının sosyal koruma işleviyle bütünleşmesini sağlamaktadır (16).

### TSS'nin Olumlu/Olumsuz Etkileri ve Evrensel Sağlık Kapsamı ile İlişkisi

**Olumlu Etkileri:** Kamu üzerinde sağlık sisteminin yükünü azaltabilir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası nedeniyle özel sağlık kuruluşlarında artan sağlık talebi kamu hastaneleri üzerindeki yükü hafifletebilir. Kamu sistemlerinde yüksek bekleme sürelerinin olduğu durumlarda, bireylere hızlı erişim sunarak sistemi rahatlatılabilir. Bekleme sürelerinin azaltılması içinde katkı sağlayabilir (17). Bu durum Türkiye özelinde kamu hastanelerinin geri ödeme yöntemi olan global bütçenin daha verimli kullanılmasını sağlayabilir. Özel sağlık kuruluşlarına erişimin kolaylaşması ile hizmet sunumunun daha hızlı gerçekleşmesi söz konusu olabilir. Bu sayede de sağlık hizmeti yararlanıcılarının sağlık sonuçlarındaki iyileşme hızlanabilir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından yararlanan bireylerin sayısındaki artış sigorta sektöründe rekabeti artırarak daha kaliteli ve daha



Şekil 1. Sağlık harcamalarında ana finansman kaynakları ile finansman planları arasındaki ilişki  
Kaynak: World Health Organization, 2024.



uygun fiyatlı hizmet sunumuna olanak sağlayacaktır. Sigortalıların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşımının kolaylaşması ve sigortalı sayısının artması toplumun sağlık seviyesinde ve paralelinde toplumsal refahın artışı sağlayabilecektir.

**Olumsuz Etkileri:** Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kişilerin cepten ödeme yaparak edindikleri bir hizmet olduğu için düşük gelirli bireylerin sigortalanamamaları, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının önünde bir engel oluşturabilir. Bu durumda sağlıkta hakkaniyeti olumsuz etkileyecek ve eşitsizlikleri derinleştirebilecektir (18). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin sahip olabileceği bir hizmet hâline dönüştüğünde sağlıkta alt ve orta gelire sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engelleyebilir. Sigortaların özel sektörde geçerli olması, özel sağlık sunucularının daha da ticarileşmesine sebep olabilir. Bu durum sağlık hizmetlerinin finansal olarak erişimine engel oluşturabilir. Sigortaya olan talebin artması sigorta

şirketlerinin kârlarını artırabilmelerine olanak yaratacağından şirketler primleri kendi çıkarları doğrultusunda yükseltebilirler. Sigortaların kişiye özel olması, sağlık durumu ve beklentilere göre farklı sigorta planlarının bulunması, bireyler için karmaşaya sebep olabilir.

#### **Tamamlayıcı Sigortaların ESK ile ilişkisi**

Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının olumlu ve olumsuz etkileri değerlendirildiğinde evrensel sağlık kapsayıcılığı ile olan ilişkisi destekleyici ya da ayrıştırıcı yönüyle karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda TSS, temel sağlık hizmetlerinin dışında kalan hizmetleri kapsayarak, kamusal sistemlerin tamamlayıcısı olabilir. Özellikle; diş, göz, estetik, özel oda gibi hizmetler açısından bu rolü anlamlıdır (17).

Kaliteli sağlık hizmetine sadece özel kesimde arayan bireyler kamu sistemine olan talebin ve güvenin azalmasına neden olabilir (3). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, evrensel sağlık kapsamının hizmet çeşitliliği ve finansman çeşitliliği açısından katkı

sağlayabilmekte fakat regülasyonsuz ya da kontrolsüz bırakıldığında eşitsizliğin artışına neden olabilmekte ve kamusal sistemin zayıflamasına yol açabilmektedir. Gelir grupları arasında yarattığı eşitsizlik ayrıştırıcı bir role bürünmesine sebebiyet vermektedir (18).

Tamamlayıcı sağlık sigortalarının kamu sağlık sistemi ile entegre edilerek temel sağlık hizmetlerinin devlet tarafından güvence altına alınması ve düşük gelirli bireyler için sağlık hizmetlerine yönelik sağlanan sübvansiyonlar sağlık sisteminde eşitlikçi bir yapının güçlendirilmesine katkı sunabilmektedir (1, 19). Bu yaklaşım, evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmada hem mali koruma hem de hizmete erişim açısından sosyal adaletin sağlanmasında etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (20).

#### **Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları**

Türkiye’de TSS, Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) bağlı sigortalı bireylerin, SGK ile anlaşmalı özel hastanelerde

bazı sağlık hizmetlerinden fark ücreti ödmeden faydalanabilmelerine olanak tanımaktadır. Türkiye Sigorta Birliği verilerine göre 2023 yılı itibarıyla yaklaşık 4 milyon kişi TSS kapsamındadır. Bu oran, genel nüfusa göre değerlendirildiğinde yaklaşık yüzde 4,5'tir (21). Ancak bu sistemin etkililiği, bireylerin SGK'lı olmaları, başvuru özel hastanesinin hem SGK hem de ilgili sigorta şirketi ile anlaşmalı olmasına bağlıdır. Türkiye'de TSS poliçeleri genellikle ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri için düzenlenmekte olup, poliçe kapsamı sigorta şirketine göre değişmektedir. Mevcut düzenlemeye göre, sigorta başlangıcından önce var olan hastalıklar sigorta kapsamında yer almamaktadır (22).

TSS uygulamaları kamu hastanelerinin yükünü azaltma potansiyeline sahip olmakla birlikte, özel sağlık kuruluşlarına yöneliş artırarak sağlık hizmetlerinde iki ayrı sistemin oluşmasına neden olabilir. Ayrıca, TSS sahipliği gelir düzeyine göre değişmekte ve bu durum sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik yaratabilmektedir (12). Bu nedenle, düşük gelirli bireylerin TSS kapsamına alınabilmeleri için kamu sübvansiyonlarının sağlanması ve devletin düzenleyici rolünün güçlendirilmesi gerekmektedir (23, 10).

## Sonuç

Evrensel sağlık kapsamının sürdürülebilirliği açısından TSS'nin oynayabileceği rol hem finansal hem de sosyal boyutlarıyla dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. TSS, kamu sağlık sistemine destek sağlayarak finansal yükü azaltabileceği gibi, hizmet sunumunun hızlanmasına katkıda bulunması ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırarak genel sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sunabilmesi gibi olumlu özelliklere sahiptir. Ancak, gelir düzeyine bağlı olarak erişim farklılıkları yaratması ve sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirme potansiyeli, bu sistemin kullanılması tercih edilecekse dikkatle düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır.

Finansal açıdan bakıldığında, TSS kamu harcamalarının daha verimli kullanılmasını destekleyebilir, sigorta sektöründeki rekabeti artırarak kalite ve maliyet dengisinin sağlanmasına yardımcı olabilir. Ancak özel sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve sigorta primlerinin artması gibi riskler, düzenleyici politikaların önemini ortaya koymaktadır.

Sosyal etkiler bakımından, TSS düşük gelirli bireylerin hizmetlere erişimini zorlaştırma riski taşıdığı gibi, eşitsizlikleri artırıcı bir unsur olarak da ortaya çıkabilir. Bu nedenle, TSS uygulamaları düşük gelirli gruplar için sübvansiyonlarla desteklenebilir ve kamu sistemiyle entegre şekilde yürütülebilir.

Politika düzeyinde, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sistemlerinin sosyal koruma ilkesini güçlendirecek şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Devletin düzenleyici ve denetleyici rolünü etkin biçimde üstlenmesi hem mali sürdürülebilirlik hem de sağlıkta hakkaniyet ilkesi açısından kritik önemdedir.

Evrensel sağlık kapsamının sürdürülebilirliğini sağlamak için yalnızca finansman değil, aynı zamanda hizmet erişimi ve kalite gibi alanlarda da bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. TSS, doğru tasarlanırsa bu bütüncül yapının önemli bir tamamlayıcısı olabilir.

Türkiye açısından değerlendirildiğinde, TSS hâlihazırda yalnızca SGK ile anlaşmalı özel hastaneler için geçerlidir. Dolayısıyla kamusal koruma ile yeterli bağ sağlanmadığı sürece evrensel kapsama ulaşılması önünde önemli bariyerler ile karşı karşıyadır. Bununla birlikte gönüllü ve cepten ödemeler ile finanse edilmesi ise sağlık hizmetlerine eşit erişimin önündeki diğer bir engel olarak görünmektedir.

## Kaynaklar

- 1) World Health Organization & World Bank. (2023). *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: WHO.
- 2) Yaşar G. & Ceyhan R. (2018). Sağlık Güvence-sinde Evrensel Sağlık Kapsamı ve Gelişimi, *Çalışma Ortamı Dergisi*, Cilt.158, ss.20-22, 2018. <https://calismaortami.fisek.org.tr/icerik/saglik-guvenesinde-evrensel-saglik-kapsami-ve-gelisimi/> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).
- 3) World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).
- 4) Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2016). *Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259400> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).
- 5) OECD (2017). *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*.
- 6) OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- 7) Scheil-Adlung, X. (2015). *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*. ILO. <https://www.ilo.org/publications/long-term-care-ltc-protection-older-persons-review-coverage-deficits-46> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

8) World Bank (2025). *Universal health coverage*. <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

9) OECD (2023). *OECD Health Statistics 2023*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-data.html> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

10) World Health Organization, & World Bank. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

11) National Health Security Office. (2022). *20 positive changes contributed by Thai UCS*. <https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/20-positive-changes-contributed-by-Thai-UCS/486/EN-US> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

12) Özer, Ö., Gözlü, M., Karsavuran, S., & Gözlü, K. (2014). Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (42).

13) Van den Heever, A. M. (2012). *The role of insurance in the achievement of universal coverage within a developing country context: South Africa as a case study*. *BMC Public Health*, 12(Suppl 1), 5.

14) World Data Atlas. (2025). *South Africa - Voluntary health insurance as a share of current health expenditure*, [https://opendataforafrica.org/atlas/South-Africa/topics/Health/Health-Expenditure/Voluntary-health-insurance-as-a-share-of-current-health-expenditure?utm\\_source=chatgpt.com](https://opendataforafrica.org/atlas/South-Africa/topics/Health/Health-Expenditure/Voluntary-health-insurance-as-a-share-of-current-health-expenditure?utm_source=chatgpt.com), (Erişim Tarihi: 21.07.2025).

15) OECD (2024). *OECD Health Statistics 2024 Definitions, Sources and Methods*, <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

16) World Health Organization (2024). *Global spending on health: emerging from the pandemic*. Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379750/9789240104495-eng.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

17) Colombo, F., & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD Health Working Papers.

18) Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W., & van de Voorde, C. (2013). *Voluntary health insurance in Europe: Role and regulation*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/326316> (30.05.2025).

19) UHC2030 (2023). *Universal Health Coverage (UHC) Message Sheet for 2023*. <https://www.uhc2030.org> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

20) Kutzin, J., Yip, W., & Cashin, C. (2016). *Alternative financing strategies for universal health coverage*. In R. M. Scheffler (Ed.), *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy: Volume 1* (267-309). World Scientific.

21) Türkiye Sigorta Birliği (2023). *2023 Yılı Sektör Raporu*. [https://www.tsb.org.tr/content/Broadcasts/TSB\\_2023\\_YILI\\_SEKTOR\\_RAPORU.pdf](https://www.tsb.org.tr/content/Broadcasts/TSB_2023_YILI_SEKTOR_RAPORU.pdf) (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

22) Sosyal Güvenlik Kurumu (2024). *Sağlık Uygulama Tebliği*. Resmi Gazete.

23) Askarzade, E., Gorji, H. A., & Arabloo, J. (2024). *The Role of Supplementary Insurance in Achieving Universal Health Coverage: A Comprehensive Review*. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 38, 28.