

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKO. VE END. İLİŞ. ANABİLİM DALI
İŞ HUKUKU VE SOSYAL GÜVENLİK HUKUKU BİLİM DALI

5510 SAYILI YASA KAPSAMINDA YÜRÜRLÜĞE GİREN
GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE UYGULANMASINDAN
DOĞABİLECEK MUHTEMEL SORUNLAR

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Simge KAYA

BURSA 2010

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKO. VE END. İLİŞ. ANABİLİM DALI
İŞ HUKUKU VE SOSYAL GÜVENLİK HUKUKU BİLİM DALI

5510 SAYILI YASA KAPSAMINDA YÜRÜRLÜĞE GİREN
GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE UYGULANMASINDAN
DOĞABİLECEK MUHTEMEL SORUNLAR

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Simge KAYA

Danışman
Doç. Dr. Pir Ali KAYA

BURSA 2010

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim/Anasanat Dalı,
İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Bilim Dalı'nda 700713002 numaralı
Simgesi KAYA'nın hazırladığı "5510 Sayılı Yasa Kapsamında
Yünlüğe Birin Genel Sağlık Sigortası ve Uygulanmasını Dışabilmek Müktevel Sorular"
konulu Yüksek Lisans (Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik Tezi/Çalışması) ile
ilgili tez savunma sınavı, 18./10/ 2010 günü 09.00-12.00 saatleri arasında yapılmış, sorulan
sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin/çalışmasının başarılı (başarılı/başarısız)
olduğuna oy birliği (oybirliği/oy çokluğu) ile karar verilmiştir.

Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu Başkanı)
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi

Doç. Dr. Pir Ali KAYA
Uludağ Üniversitesi



Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi

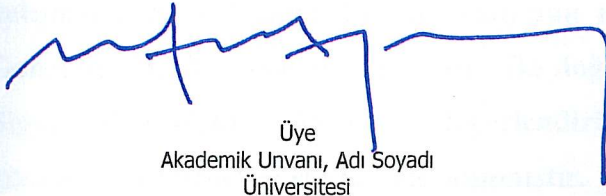
Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi

Prof. Dr. Yusuf Alper
Uludağ Üniversitesi



Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi

Prof. Dr. Ufuk Aydın
Anadolu Üniversitesi



Üye
Akademik Unvanı, Adı Soyadı
Üniversitesi

...../...../ 20.....

ÖZET

Yazar : Simge KAYA
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Anabilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Bilim Dalı : İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : x + 230
Mezuniyet Tarihi :/..../2010
Tez Danışmanı : Doç.Dr. Pir Ali KAYA

5510 SAYILI YASA KAPSAMINDA YÜRÜRLÜĞE GİREN GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE UYGULANMASINDAN DOĞABİLECEK MUHTEMEL SORUNLAR

Ülkemizde sağlık sektöründe son yıllarda yaşanan, örgütlenme ve finansman yetersizliği, hizmet kalitesinin yeterli olmaması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde olmaması gibi sorunların giderilmesi amacıyla, sağlık sektöründe köklü değişiklikler öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun”u hazırlanmış ve söz konusu Kanun 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilerek, 16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Yapılan bu düzenleme ile başta finansman sorunu olmak üzere, mevcut sağlık sistemi sorunlarına çözüm getirmesi amacıyla Genel Sağlık Sigortası modeli ortaya konulmuştur. Bu model, toplumun tüm fertlerinin ortaya çıkan hastalık riskine karşı sağlık hizmetlerinden eşit ve etkin bir şekilde faydalanmasını amaçlamaktadır. Bu çalışmada, Sosyal Güvenlik Reformu’nun en önemli bileşenlerinden birini oluşturan Genel Sağlık Sigortası ele alınmıştır. Bu doğrultuda 5510 sayılı Kanun’un Genel Sağlık Sigortası’na ilişkin hükümleri değerlendirilmiş ve uygulanmasında ortaya çıkan ve çıkması muhtemel sorunlar ele alınmıştır. Elde edilen bilgiler ışığında, Genel Sağlık Sigortası’nın uygulanmasında kapsam, örgütlenme, uygulama ve finansman açısından bazı sorunlar tespit edilmiş ve bu çerçevede öneriler sunulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler:

Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Güvenlik, Sağlık Hizmetleri.

ABSTRACT

Author : Simge KAYA
University : Uludağ University
Main Discipline : Labour Economics and Industry Relations
Discipline : Labour Law and Social Security Law
Thesis Quality : Graduation Thesis
Page Number : x + 230
Graduation Date : /.... /2010
Thesis Advisers : Dozent Pir Ali KAYA

IN 5510 NUMBERED LAW EXTENT, GENERAL HEALTH INSURANCE COMING INTO FORCE AND APPEARING PROBABLE PROBLEMS IN PRACTISE

In recent years, our country in health sector have problems because of insufficiency of organization, finance, service quality and preventive health services, to solve the problems in these areas, fundamental changes are anticipated health transformation programme, 5510 numbered social insurance and general health insurance law has been prepared in question law was accepted on 31st May 2006 and it was published on official newspaper on 16th June 2006.

With this arrangement, financial problems to be the basic, present health system problems were aimed to solve these problems.

General Health insurance model was put forward. This model aims society's all individuals to use the health services equally and effectively for appearing illness risks.

In this study, social security reform's, one of the most important components, general health insurance was taken up. In this direction, 5510 numbered Law's rules for general health insurance were evaluated and appearing probable problems in practice were taken up.

With the help of obtained information, some problems related with extent, finance, practice and organization were fixed and suggestions related with these areas were tried to be presented.

Key Words:

General health insurance, Social Security, Health Services

ÖNSÖZ

Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan sorunların giderilmesi amacıyla sağlık sektöründe önemli değişiklikler hatta yenilikler öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun”u kabul edilmiştir. Bu Kanun ile birlikte Genel Sağlık Sigortası modeli ortaya konulmuştur. Böylece sağlık sisteminin mevcut sorunlarına çözüm bulmak ve bireylerin yaşam kalitelerini yükselterek sağlıklı bir ortamda yaşamalarını ve sağlık hizmetlerine kolay ulaşmalarını sağlamak hedeflenmiştir. Bu çalışmada, Sosyal Güvenlik Reformu’nun en önemli ayağını oluşturan Genel Sağlık Sigortası ele alınmıştır. Bu doğrultuda, 5510 sayılı Kanun’un Genel Sağlık Sigortası’na ilişkin hükümleri değerlendirilmiş ve uygulanmasında ortaya çıkan ve çıkması muhtemel sorunlar ele alınmıştır.

Son olarak, araştırmam sırasında her türlü desteği veren ve gerekli anlayışı gösteren, araştırmama yön veren değerli hocam Doç. Dr. Pir Ali KAYA başta olmak üzere, tüm hocalarıma ve sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

Bursa, 2010

Simge KAYA

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
GİRİŞ.....	1

I. BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMI.....	5
1.2. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ DAYANAKLARI	8
1.2.1. Genel Olarak	8
1.2.2. Sağlık Hakkının Temel İnsan Hakkı Olma Özelliği.....	9
1.2.3. Sağlık Hakkının Anayasal Hak Olma Özelliği	13
1.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ TÜRK HUKUK SİSTEMİNDEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ	15
1.3.1. Genel Olarak	15
1.3.2. Osmanlı Döneminde Sağlık Hizmetleri.....	17
1.3.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönemde (TBMM Döneminde) Sağlık Hizmetleri	21
1.3.3. Cumhuriyet Sonrası Dönemde Sağlık Hizmetleri	22
1.3.3.1. 1923 – 1937 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri	22
1.3.3.2. 1937–1960 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri	25
1.3.3.3. 1960–1980 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri	27
1.3.3.4. 1980–2000 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri	32
1.3.3.5. 2000 Yılı ve Sonrasında Sağlık Hizmetleri	34
1.4. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ ÖZELLİKLERİ.....	37
1.4.1. Genel Olarak	37

1.4.2. Genellik İlkesi.....	37
1.4.3. Zorunluluk İlkesi	39
1.4.4. Tescil İlkesi.....	41
1.5. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ KAPSAMI.....	43
1.5.1. Genel Olarak.....	43
1.5.2. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar	45
1.5.3. Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Sayılanlar	51
1.5.4. Genel Sağlık Sigortalısı veya Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Sayılmayanlar	53
1.6. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ FİNANSMANI	54
1.6.1. Genel Olarak.....	54
1.6.2. Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi	56
1.6.3. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi	57
1.6.4. Özel Sağlık Sigortası Sistemi	58
1.6.5. Diğer Yöntemler	61
1.6.5.1. Doğrudan Finansman Yöntemi ve Dolaylı Finansman Yöntemi ...	62
1.6.5.2. Dağıtım Metodu ve Fon Metodu	63
1.6.5.2.1. Dağıtım Metodu.....	63
1.6.5.2.2. Fon Metodu.....	64
1.7. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	64
1.7.1. Prim Oranları ve Prime Esas Kazançlar	66
1.7.2. Prim Alınması Zorunluluğu.....	68
1.7.3. Prime Esas Kazançlar	68
1.7.3.1. Hizmet Akdi ile Çalışanlar için Prime Esas Kazançlar (4/a).....	68
1.7.3.2. Kendi Adına Bağımsız Çalışanlar için Prime Esas Kazançlar(4/b)	72
1.7.3.3. Kamu Görevlisi Olarak Çalışanlar için Prime Esas Kazançlar(4/c)	73
1.7.3.4. Yalnızca Genel Sağlık Sigortasına Tabi Olanlar İçin Prime Esas Kazançlar	75
1.7.3.5. İsteğe Bağlı Sigortalılar İçin Prime Esas Kazançlar.....	77
1.7.4. Prim Oranları ve Devlet Katkısı	79
1.7.5. Prime Esas Günlük Kazancın Sınırları	80
1.7.6. Prim Belgeleri ve Primlerin Ödenmesi.....	81
1.7.6.1. Prim Belgeleri ve İşyeri Kayıtları.....	81

1.7.6.2. Prim ödeme yükümlüsü	84
1.7.6.3. Primlerin ödenmesi	85
1.7.6.4. Prim borçlarına halef olma, gecikme cezası ve gecikme zammı iadesi gereken primler	90
1.7.7. Genel sağlık sigortası gelirlerinin kullanım amacı, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları için yapılan sağlık harcamaları	91

II. BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULANMASI

2.1. GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN SAĞLANAN HİZMETLER	92
2.1.1. Sağlık Hizmetleri	92
2.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	92
2.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	93
2.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	96
2.1.1.3.1. Genel Olarak	96
2.1.1.3.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	97
2.1.1.3.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	99
2.1.1.3.3.1. Birinci basamak tedavi hizmetleri	100
2.1.1.3.3.1.1. Aile Hekimliği	101
2.1.1.3.3.1.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Özellikleri	101
2.1.1.3.3.1.1.2. Aile Hekimliğinin Türkiye’de Gelişimi	106
2.1.1.3.3.2. İkinci basamak tedavi hizmetleri	110
2.1.1.3.3.3. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri	111
2.1.1.3.4. Rehabilitasyon	114
2.1.1.3.4.1. Tıbbi Rehabilitasyon	114
2.1.1.3.4.2. Sosyal Rehabilitasyon	114
2.1.1.4. GSS Kapsamında Finansmanı Sağlanacak Sağlık Hizmetleri ve Süresi	114
2.1.2. Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri	120
2.1.3. Yurt dışında tedavi	127
2.1.4. Diğer Hizmetler	132
2.2. FİNANSMANI SAĞLANMAYACAK SAĞLIK HİZMETLERİ	134

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN FAYDALANMA ŞARTLARI.....	136
2.3.1. Prim Ödemiş Olma	136
2.3.2. Katılım Payı Alınması	143
2.3.2.1. Katılım Payının Tahsili.....	146
2.3.2.2. Katılım Payı Alınmayacak Durumlar	149
2.3.3. Hizmet Basamakları ve Sevk Zincirine Uyma	153
2.3.4. Kimlik Tespiti ve Acil Haller	155
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	156
2.4.1. Sağlık Hizmeti Sunucuları ve Fiyatlandırma.....	162
2.4.2. Sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve bildirim zorunluluğu ve kontrol yetkisi	163
2.5. İŞVERENİN, GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ VE ÜÇÜNCÜ ŞAHISLARIN SORUMLULUĞU.....	164
2.6. GEÇİŞ VE YÜRÜRLÜK HÜKÜMLERİ.....	165

III. BÖLÜM

BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

3.1. SAĞLIK SİGORTASININ DÜNYADAKİ GELİŞİMİ.....	168
3.2. İNGİLTERE SAĞLIK SİSTEMİ	169
3.2.1. Genel Olarak.....	169
3.2.2. Kapsam	170
3.2.3. Örgütlenme	171
3.2.3.1. Bölge Sağlık Yönetimi (Regional Health Authority, RHA).....	171
3.2.3.2. Aile Hekimliği Komitesi (Family Practitioner Comitee, FPC) ...	171
3.2.4. Uygulama.....	172
3.2.4.1. Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) ve Özellikleri.....	172
3.2.4.2. Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti	174
3.2.5. Finansman.....	178
3.3. ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ.....	179
3.3.1. Genel Olarak.....	179
3.3.2. Kapsam	180

3.3.3. Örgütlenme	181
3.3.4. Uygulama.....	182
3.3.5. Finansman.....	186
3.4. FRANSA SAĞLIK SİSTEMİ	189
3.4.1. Genel Olarak.....	189
3.4.2. Kapsam	190
3.4.3. Örgütlenme	192
3.4.4. Uygulama.....	194
3.4.5. Finansman.....	197

IV. BÖLÜM

TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULANMASINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR GENEL OLARAK

4.1. Kapsam Açısından.....	202
4.2. Örgütlenme Açısından	205
4.3. Uygulama Açısından	208
4.3.1. Genel Olarak.....	208
4.3.2. Aile Hekimliği Açısından	210
4.4. Finansman Açısından.....	213
SONUÇ	220
KAYNAKLAR.....	224
ÖZGEÇMİŞ	230

GİRİŞ

Sosyal güvenlik, insanların insan onuruna yaraşır bir şekilde, kimseye muhtaç olmadan yaşamalarının temini amacıyla beşikten mezara kadar bugünlerinin ve yarınlarının teminat altına alınması olarak tanımlanabilir. Fizyolojik ve toplumsal risklere karşı bireyi koruyan, bu çerçevede yoksulluğa ve gelir dağılımındaki adaletsizliğe karşı toplumsal huzuru sağlamak amacıyla, gelişmiş ya da az gelişmiş olmasına bakılmaksızın bütün ülkelerde (birbirinden kimi farklılıklar arz etse de) bir sosyal güvenlik sistemi mevcuttur.

Ülkemizde Anayasa'nın 2. maddesinde yer alan "sosyal devlet" ilkesinin Cumhuriyetin niteliklerinden biri olarak sayılması, 5.maddesinde "...insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmasının..." devletin temel amaç ve görevleri arasında kabul edilmesi, 56.maddesinde herkesin sağlıklı ve dengeli bir şekilde yaşamasının bir hak olarak kabul edilmesi suretiyle kişilerin sosyal güvenlikleri anayasal güvence altına alınmıştır.

5510 sayılı yasanın kabulünden önce ülkemizde sosyal güvenlik sistemi, farklı statüleri bulunan ve işlevleri farklı sosyal güvenlik kanunları ile belirlenmiş SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı şeklindeki sosyal güvenlik kurumları ile 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun geçici 20.maddesine göre banka, oda, borsa ve sigorta şirketlerinin bünyesinde kurulan özel emeklilik sandıkları ve diğer sosyal yardım kuruluşlarından oluşmuştu.

1990'lı yıllardan itibaren gerek ülkemizin kendine has koşullarından (erken emeklilik uygulaması, af-yeniden yapılandırma gibi uygulamalar, sosyal güvenlik kapsamının genişlemesi, nüfusun giderek artması... vs.), gerekse gelişmiş ülkelerin 1980'li yıllardan itibaren yaşamaya başladığı ortak nedenlerden (uzayan ortalama ömür, tıp alanındaki teknolojik değişimler... vs.) ötürü sosyal güvenlik kurumları mali yönden açık vermeye başlamış, mevcut yapının nüfusun tüm kesimlerini kapsamaması ve sosyal güvenlik kuruluşlarının yapısal anlamda dağınık olması sebebiyle sorunların çözüme kavuşturulamaması ve norm-standart birliğinin sağlanamaması da buna eklenince ülkemizde kapsamlı bir sosyal güvenlik reformunun hazırlanması şart hale gelmiştir.

2003 yılında 58.Hükümetin açıkladığı “Acil Eylem Planı” ile sosyal güvenlik reformu olarak tartışılan süreç başlamıştır. Acil Eylem Planının giriş kısmında planın gerekçesi açıkça ifade edilmiştir. Söz konusu plana göre, 58. Hükümet döneminde ekonomik istikrarı sağlamış, rekabetçi bir piyasa yapısı oluşturmuş, sürdürülebilir bir kalkınma ortamını yakalamış ve bunun nimetlerini adil bir şekilde dağıtan, yoksulluk ve yolsuzluğun giderildiği, özgür ve müreffeh insanların barış içinde yaşadığı, çağdaş dünya ile entegre olmuş, farklılıkların zenginlik olarak algılandığı ve bu anlayışı ile yeni bir dünyanın inşasına katkıda bulunan ve böyle bir dünya içinde itibarlı, demokratik, doğu ve batının bir arada hayat bulduğu bir Türkiye vizyonunu hayata geçirmek planlanmaktadır. Bahsedilen bu planların gerçekleşmesinin siyasi ve idari anlamda birçok düzenlemenin yapılmasına bağlı olduğu ifade edilmiştir. Bir yol haritası olarak düzenlenen AEP; Kamu Yönetimi Reformu, Ekonomik Dönüşüm Programı, Demokratikleşme ve Hukuk Reformu ve Sosyal Politikalar olarak 4 ana politika başlığı altında toplanmıştır. Gelir Dağılımında Adaletin Sağlanması, İşsizliğin Önlenmesi, Nitelikli Eğitim, Sağlıklı Toplum, Herkese Sosyal Güvenlik ile Kentleşme ve Yerleşme alt başlıkları Sosyal Politikalar ana başlığı altında toplanmıştır.

Sosyal güvenlik reformu 4 aşamalı olarak öngörülmüştür. İlk aşama; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, ikincisi; sosyal sigortalar hükümlerinin tek bir kanunla bir araya getirilmesi suretiyle norm ve standart birliğinin sağlanması, üçüncüsü genel sağlık sigortası ve dördüncü aşama ise primsiz ödemeler sisteminin sosyal sigorta sisteminden ayıklanması ve tek elden yürütülmesidir. Aslına bakıldığında, GSS ile Sosyal Sigortalar Kanunu ayrı ayrı düşünülmüştür. Ancak daha sonra tek bir Kanun ile düzenlenmiştir.

T.C Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-kur’un tüzel kişiliklerine son vererek bu kurumları tek çatı altında toplayan 5502 sayılı ‘Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu’ 16/05/2006’da kabul edilmiş, 20/05/2006’da Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Böylece, 20.05.2006 tarihli 5502 sayılı Kanun ile mevcut sosyal güvenlik kuruluşları “Sosyal Güvenlik Kurumu” adı altında birleştirilerek reformun ilk aşaması gerçekleştirilmiştir.

Reformun ikinci aşaması kapsamında ise, norm ve standart birliğinin sağlanması amacıyla ‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı’ hazırlanarak Türkiye

Büyük Millet Meclisi'ne sunulmuş ve 5510 sayılı söz konusu Kanun 31/05/2006'da kabul edilmiştir. 16/06/2006'da Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. 01/01/2007 tarihi de yürürlük tarihi olarak belirlenmiştir. Ancak Cumhurbaşkanlığı Makamı ve Ana Muhalefet Partisi'nin, söz konusu Kanun'un bazı maddelerinin Anayasa'ya aykırılığı iddiasıyla Kanun yürürlüğe girmeden önce Anayasa Mahkemesi'ne başvurması üzerine, Anayasa Mahkemesi'nin 15/12/2006 tarihli ve E.2006/111, K.2006/112 sayılı kararı ile bazı maddeleri iptal edilmiş ve yürürlüğünü durdurma kararı verilmiştir. Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı üzerine biri 01/07/2007, biri 01/01/2008, biri de 01/06/2008 olmak üzere söz konusu Kanunun yürürlük tarihi üç kez ertelenmiştir. 17/04/2008 tarihinde 5754 sayılı Yasa ile büyük ölçüde revizyon geçiren 5510 sayılı Kanun'un Genel Sağlık Sigortası'na dair hükümleri nihayet 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Böylece reformun ikinci ve üçüncü aşamasını oluşturan "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girerek reformun söz konusu iki aşaması da gerçekleştirilmiştir. Bu çerçevede 28/08/2008 tarihli ve 26981 sayılı Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği ile 28/08/2008 tarihli ve 26981 sayılı Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği kabul edilmiştir. Ayrıca Kanun ve ilgili yardımcı mevzuat çerçevesinde birçok tebliğ ve genelge yayımlanmıştır. Belirtelim ki, 5510 s.K. ile ilgili değişiklik girişimleri devam etmektedir ve Kanun'un uygulaması ile ilgili kimi sıkıntılar henüz bitmemiştir. Dolayısıyla Türk hukuk sisteminde 5510 s.K., yürürlüğe girişi ve uygulaması sıkıntılı olan temel kanunlardan birisidir.

Türkiye'de uygulamaya konan GSS, kapsam açısından Beveridge modelini örnek almıştır. Böylece tüm nüfusun kapsama alınması amaçlanmıştır. Finansman açısından ise, prim ödeme esasına dayalı Bismarck modeli örnek alınmıştır. Özetle Türkiye'de getirilen GSS, iki sistemin özellikleri dikkate alınarak getirilmiş bir sistemdir.

Ayrıca GSS konusu anlatılırken, sağlık hizmetinin sunumu mekanizmalarından da bahsedilmiştir. Bu çerçevede sağlık hizmeti sunumu yöntemlerine değinilmiştir. Çünkü GSS'nin uygulaması ile sağlık hizmetinin sunumu iç içe geçmektedir. Bu hizmetlerin farklı kurumlar tarafından yürütülmüş olması bu özelliği ortadan kaldırmaz. Daha açık bir ifade ile sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığına bağlı kurum veya Bakanlıkça yetkilendirilmiş kurumlarca yürütülmesi, buna mukabil GSS'nin SGK tarafından uygulanması bu iki hizmetin (sigorta ile sağlık hizmetlerinin sunumu) iç içe geçmesini ortadan kaldırmamaktadır.

Yukarıdaki değerlendirmeler ışığında, bu çalışmada sosyal güvenlik reformu çerçevesinde, ilk defa uygulanacak olan Genel Sağlık Sigortası üzerinde durulmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde GSS, kavramsal çerçeve açısından ele alınmış ve tanımı üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlık hakkının temel insan hakkı olma ve anayasal bir hak olma özelliğinden bahsedilerek, uluslar arası ve ulusal dayanaklarına değinilmiştir. GSS'nin Türk hukuk sistemindeki tarihsel gelişimi, Osmanlı Dönemi, Cumhuriyet öncesi ve Cumhuriyet sonrası dönem olmak üzere dönemlere ayrılarak incelenmiştir. Ayrıca GSS'nin genellik, zorunluluk ve tescil ilkelerinden bahsedilmiş, daha sonra GSS, kapsam açısından ele alınmıştır. Bu bölümde son olarak, GSS'nin finansmanı konusu ele alınmıştır.

İkinci bölümde, GSS uygulama açısından incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinin tanımı ve sınıflandırılması yapılarak, GSS kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklardan bahsedilmiştir. Söz konusu hizmet ve haklardan faydalanma şartları da yine bu bölüm içerisinde ele alınmıştır. Son olarak sağlık hizmetlerinin sunumu konusuna değinilmiştir.

Üçüncü bölümde, sağlık sistemleri bakımından dünyada ön plana çıkan Avrupa ülkelerinden İngiltere, Almanya ve Fransa olmak üzere üç ülkenin sağlık sigortası sistemleri üzerinde durulmuştur. Bu ülkeler kapsama alınan nüfus, sağlık hizmetleri açısından sağlanan haklar, örgütlenme, uygulama ve finansman bakımından Batı ülkeleri arasında örnek teşkil eden ülkelerdir. Ancak belirtelim ki, Amerika gelişmiş bir Batı ülkesi olmasına rağmen bu çalışmada incelenmemiştir. Bunun nedeni, Amerika'da bu ülkelerden farklı olarak sosyal sigortalar yerine özel sigortacılığın gelişmiş olması ve bu alanda özel sektörün ağırlıklı olarak yer almasıdır.

Çalışmanın dördüncü ve son bölümünde ise, Türkiye'de GSS'nin uygulanmasında ortaya çıkan sorunlar ile gerçekleşmesi muhtemel sorunlar, kapsam, örgütlenme, uygulama ve finansman açısından ele alınmıştır.

I. BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMI

Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır.¹ Ayrıca GSS uygulaması, temel veya tamamlayıcı bir finansman mekanizması yöntemi olarak, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinin bir metodudur.² Genel sağlık sigortası sisteminde, bir ülkede yaşayan herkes, gerek prim ödeyerek, gerekse prim ödemedi sağlık sigortası kapsamına alınır.

5510 sayılı yasa ile getirilen en önemli yeniliklerden biri Genel Sağlık Sigortası'dır. Genel Sağlık Sigortası düzenlemeleri ile ülke sınırları içerisindeki tüm vatandaşların sağlık güvencesine kavuşturulması amaçlanmaktadır. Sağlıklı bir toplumun ancak sağlıklı bireylerden oluşacağından hareketle, tüm nüfusun sağlık düzeyini artırmak GSS'nin temel amacıdır. Sağlık sigortası, koruyucu ve tedavi edici müdahalelerle toplumun sağlığını iyileştirmektedir.³ Burada bahsedilen sağlık yalnızca bedenen değil, tam bir iyilik halidir. Nitekim 224 sayılı 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2 nci maddesinde de belirtildiği gibi sağlık, yalnızca hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.⁴

¹ Pir Ali Kaya – Nejat Güneri, Çalışma Mevzuatı Külliyyatı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2006, s:401.

² Charles Normand -Axel Weber 'Social Health Insurance', WHO, 1994 s:14, <http://libdoc.who.int/publications/50786.pdf>

³ Charles Normand -Axel Weber, (1994), a.g.e, s:19

⁴ 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12.01.1961 Tarih 10705 sayılı Resmi Gazete, www.saglik.gov.tr

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSSK) ile Türkiye’de ilk defa Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulmuştur. Ancak Kanun, Anayasa Mahkemesi tarafından bazı hükümlerinin iptal edilmesi ve yürürlüğünün durdurulması sonucu bir süre yürürlüğe girememiştir.⁵ İlk olarak 19 Nisan 2006 tarihinde TBMM’de kabul edilen 5489 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Cumhurbaşkanı tarafından bazı maddelerinin tekrar görüşülmesi istemiyle veto edilerek, TBMM’ye iade edilmiştir.31 Mayıs 2006 tarihinde Kanun aynen kabul edilerek, 1 Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe girmek üzere 16 Haziran 2006 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Ancak Hükümetin hazırlayarak TBMM’ye sunduğu 5510 sayılı Kanunda değişiklik yapan yasa tasarısı, 17 Nisan 2008 tarih ve 5754 sayılı ‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’ adıyla kanunlaşmıştır.⁶ 5754 sayılı Yasa ile önemli ölçüde revizyon geçiren 5510 sayılı Kanun’un Genel Sağlık Sigortası’na dair hükümleri nihayet 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

"5510 sayılı Kanunda düzenlenen şekli ile Genel Sağlık Sigortası, SSK, Bağ-kur ve Emekli Sandığı gibi sosyal sigorta kurumlarının yanı sıra yeşil kart sahipleri gibi devlet tarafından verilen sağlık hizmetlerinin yönetiminin bir sigorta sistemi altında birleştirilmesi ve primli rejim haline getirilmesidir. Bir başka deyişle, bu sistem ile birlikte statüsü ne olursa olsun bütün çalışanlar(işçi, memur, esnaf-sanatkâr, serbest çalışan) ve gelir sahibi olanlar (Türkiye’de ikamet eden yabancı uyruklular) prim ödeyerek, diğerleri de (yeşil kartlılar, madalya aylığı alanlar vb) primleri devlet tarafından ödenerek bir sosyal sigorta sistemi çatısı altında toplanmış bulunmaktadır."⁷

Ülkemizde reformdan önceki sağlık sistemine bakıldığında hem kurumsal hem de finansman yöntemi açısından karma bir modelin uygulandığı görülmektedir. Örneğin, SSK ve Bağ-kur primli sistemle finanse edilirken, çalışan devlet memurları ve emeklileri ile yeşil kart kapsamındaki kişiler vergilerle finanse edilmekteydi. Ancak bu sistem verimsiz ve karmaşık bir yapı sergilemekteydi. Buna ek olarak, bu sistem ile ülkemizde tüm nüfus

⁵ 5510 sayılı Kanun’un Anayasa Mahkemesi’nin 15.12.2006 tarih ve 2006/100 E., 2006/111 K.ile yürütmesi durdurulmuştur.(RG 30.12.2006 T., 26392 Beşinci Mükerrer Sayı)

⁶ RG.(08.05.2008 Tarih ve 26870 Sayı)

⁷ Yusuf Alper, Sosyal Güvenlik Hukuku Ders Notları, Bursa,2007,s:108.

sağlık güvencesi bakımından kapsam ve koruma altına alınamamıştır. Devletin sağlık kurumları uzun yıllar dağınık bir halde (belediyelere, meslek teşekküllerine, memur kesimlerine, üniversitelere, sosyal güvenlik kurumlarına, silahlı kuvvetlere dağıtılmış haldedir) bulunmakta, çalışanlara, emeklilere, bunların aile bireylerine olanaklar ölçüsünde sağlık hizmeti vermeye çalışmaktaydılar. Yine de devletin sunduğu sağlık hizmetlerinden halkın %35'i faydalanamamaktaydı.⁸ Bu nedenle, tüm vatandaşları kapsayacak ve finansmanın tek elden yürütüleceği bir sistemin getirilmesi amaçlanmıştır.

Genel sağlık sigortası uygulaması ile birlikte, bütün vatandaşların yanı sıra Türkiye'de bir yıldan daha uzun süre yaşayanlar, vatansızlar ve sığınmacıları da kapsayan bir sistem kurulması amaçlanmaktadır. Bu uygulama ile birlikte, vatandaşlar arasında sağlık hizmetine erişim ve kullanım konusundaki ayrımcılığın sona ermesi, herkese eşit kapsam ve kalitede sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır. Ayrıca, planlanan bir önemli yenilik ise, yoksul vatandaşların sağlık sigortası primlerinin devlet tarafından karşılanacak olmasıdır. Ayrıca, anne ya da babasının prim borcu olup olmadığına ya da diğer yükümlülüklerini yerine getirip getirmediğine bakılmaksızın, 18 yaş ve altındaki bütün çocuklar koşulsuz olarak bütün sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olmaktadır. Prim esasına dayanan GSS sistemi ile prim ödeme gücü olanlar primlerini kendileri ödeyerek, prim ödeme gücü olmayanlar ise primleri devlet tarafından ödenerek sağlık hizmetlerinden faydalanacaklardır. Ancak burada önemli olan husus, devlet tarafından belirlenmiş olan yoksulluk sınırının üzerinde bulunan, fakat geliri düşük olan vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında ortaya çıkacak olan sıkıntının nasıl giderileceğidir.

5510 sayılı yasanın genel gerekçesine bakıldığında bu yasanın neden getirilmek istendiği açıkça ifade edilmiştir. Gerekçeye göre; bugüne kadar bütün vatandaşları içine almak üzere bir genel sağlık sigortası sistemi geliştirilemediğinden çeşitli düzenlemeler ile bu eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır. Herkesi kapsayacak genel sağlık sigortası sistemi düzenleyici bir rol oynayacaktır. Bu yapı altında tüm nüfusu kapsayacak şekilde sağlık hizmetlerinin verilmesi hedeflenmektedir. Prime dayalı sosyal sigorta kuruluşları kendi kapsamında olan sigortalıların sağlık sigortası için belirlenmiş primlerini tahsil edip, genel

⁸ A.Can Tuncay-Ömer Ekmekçi, Yeni Mevzuat Açısından Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları, Legal Yayınları, İst,2009,s:375.

sağlık sigortası kurumuna transfer etmeleri veya doğrudan yetkili kurum bünyesinde oluşturulacak fona yatırımları, prime dayalı olmayan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonunun ise sosyal sigorta kuruluşları kapsamı dışında olanların tespiti ve bunların genel sağlık sigortası kapsamındaki ilişkilerini düzenlemeleri öngörülmektedir. Böylece herkes primli veya primsiz olarak sağlık hizmetlerinden yararlanır. Ayrıca belirtmek gerekir ki genel sağlık sigortası kapsamındaki primler, belirlenmiş sağlık hizmetlerini kapsar.⁹ Sağlık hizmetleri, 224 sayılı SHSHK'un (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun) 2nci maddesinde '*İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler*' olarak tanımlanmış iken, 5510 sayılı Kanun'un 3 üncü maddesinde '*Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere 63 üncü madde gereği finansmanı sağlanacak tıbbî ürün ve hizmetler*' şeklinde tanımlanmıştır.¹⁰ Görüldüğü gibi 5510 s.K.da sağlık hizmetlerinin tanımı 224 s.K.daki gibi yapılmamış, 63 üncü maddeye atıf yapılması suretiyle kapsama alınan sağlık hizmetlerinin belirtilmesi yeterli görülmüştür.

Toplumsal gelişmenin en önemli kaynağını insan yani birey oluşturur. Sağlıklı toplum ise sağlıklı bireylerden oluşur. Öyleyse, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmeleri ve sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmeleri sağlanmalı, sağlık hakları güvence altına alınmalıdır. Sağlık temel bir insan hakkı olup, sağlık hizmetleri ülkede yaşayan tüm insanların sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlayan en önemli faktörlerden biridir.

1.2. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ DAYANAKLARI

1.2.1. Genel Olarak

Modern bir sistemde haklar vatandaşlık temeline dayalıdır. Vatandaşlık temelinde oluşturulmayan tüm sosyal programlar, kapsayıcılık açısından problemlidir. Çünkü tanımlanan grupların dışında kalanlar için farklı çözümler aranır veya bizde olduğu gibi bazıları da görmezden gelinir. Bu nedenle de, programların kapsamı dışındakiler aile, komşu, cemaat veya hayırsever yardımına muhtaç kalırlar.

⁹ 5510 sayılı yasanın gerekçesi için bkz. Pir Ali Kaya – Nejat Güneri (2006), a.g.e.,s:402.

¹⁰ 5510 sayılı Yasa, <http://www.sgk.gov.tr>, Ayrıca bkz.224 sayılı Yasa, www.saglik.gov.tr

Huzurlu bir hayat sürdürmenin ve huzurlu bir toplum hayatı oluşturmanın temelini ‘yarınından emin olma’ duygusu oluşturur. Bireyin gelecekte bir başkasına muhtaç olmayacağını bilmesi ve buna inanması, kişinin ve yaşadığı toplumun huzuru açısından önemli bir faktördür.¹¹ İnsan hakları ile ilgili belgelerde ifadesini bulan sağlık hakkı da, vatandaşların toplumda huzur ve güven içinde yaşamasını sağlayan en önemli haklardan biridir. Sağlığını kaybettiğinde veya çalışamaz duruma geldiğinde de güvenliğinin sağlanacağını bilen kişi, kendisini daha fazla huzurlu ve güvende hissedecektir.

ABD hariç, bütün modern toplumlarda sağlığın bir hak olduğu düşünülmekte ve ülke vatandaşları sağlığa ulaşma haklarını devletlerden talep etmektedirler. Yani mesleği, statüsü veya cinsiyeti ne olursa olsun, tüm yurttaşların aynı kalitede sağlık hizmeti kapsamına alınması kabul görmüştür.

Bu çerçevede genel sağlık sigortası da, primli veya primsiz olarak, ülkede yaşayan tüm vatandaşları hatta belli şartlarda ülkede ikamet eden yabancıları da sağlık sigortası kapsamına alarak temel sağlık hakkını garanti altına alan bir sistemdir. Aşağıda sağlık hakkının temel insan hakkı olma özelliği ile anayasal hak olma özelliği tartışılacaktır.

1.2.2. Sağlık Hakkının Temel İnsan Hakkı Olma Özelliği

Sağlık hakkı, temel insan hakkıdır. Medeni, siyasi, ekonomik ve sosyal-kültürel haklar olarak bilinen diğer temel haklardan önde gelir. Çünkü bu hak sağlanmadıkça, diğer hakların gerçekleşme ve kullanılma imkânı yoktur. Sağlık hakkını kullanamayan kişinin medeni veya siyasi haklarını kullanması da pek mümkün olmaz.

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda sağlık şöyle tanımlanmıştır: Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.¹² Bu tanıma göre, sağlıklı kişi, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan faaliyetlerini engelleyen bozuklukları olmayan kişidir. Sağlık hakkı ise, kişinin devletten sağlığının korunmasını ve sağlığı bozulduğunda tedavi edilip iyileştirilmesini isteyebilmesi, bu amaçla toplumun tüm olanaklarından yararlanabilmesidir.

¹¹ Yusuf Alper, Sosyal Güvenlik Teorisi Ders Notları, Bursa,2004,s:3

¹² Nusret Fişek, ‘Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları’, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, 1982, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html

Temel bir insan hakkı olarak sağlık hakkı, ulusal ve uluslararası birçok düzenleme ile güvence altına alınmıştır.

Uluslararası düzenlemelere bakıldığında ilk olarak karşımıza Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 10.12.1948 tarihinde kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi" çıkmaktadır. Bildirge'nin 25.maddesi; *"1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir. 2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar. "* diyerek en temel hak olan "yaşam hakkı" çerçevesinde sağlık hakkına yer vermiştir.¹³

İkinci önemli belge olarak kabul edebileceğimiz,16.12.1966 tarihinde BM Genel Kurulu tarafından kabul edilen, 15.08.2000 tarihinde Türkiye tarafından imzalanan, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin bir devamı ve onu açmlayan bir belge niteliğinde olan ve devletlerin kabul ve imzasıyla o ülkeye ait bir "ulusal hukuk kuralı" haline gelmiş bulunan "Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi" nin 12. maddesi de sağlık hakkını "Sağlık Standardı Hakkı" başlığı altında şöyle düzenlemiştir. *"1. Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır. 2. Bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler, aşağıdakiler için de alınması gerekli tedbirleri içerir: a) Var olan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması; b) Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme; c) Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü; d) Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması."*¹⁴

Görüldüğü üzere bu düzenleme ile sağlık hakkı başlı başına bir hak olarak açıkça tanımlanmış olup, herkesin ruhsal ve fiziksel açıdan sağlıklı olması için ve taraf devletlerin

¹³ Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 1948 tarih ve 217 A(III) sayılı kararıyla kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi için bkz. <http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/iheb.html>

¹⁴ Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 1966 tarihli,2200 A(XXI) sayılı kararıyla kabul edilen Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi için bkz. <http://www.belgenet.com/arsiv/bm/bmekohak.html>

bu hakkı gerçekleştirebilmesi için koruyucu hizmetler başta, tedavi edici ve bakım hizmetlerini sağlamaları gerekmektedir.

18.10.1961'de Torino'da imzalanan "Avrupa Sosyal Şartı" diğer adıyla "Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi", sosyal haklar bakımından çok ileri hükümler içeren önemli bir belgedir. Sözleşmenin 11.maddesinde, 'Sağlığın Korunması Hakkı' başlığı altında :"*Akit Taraflar sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanı sıra, 1-Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak; 2-Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak;3-Salgın hastalıklarda yerleşik, bölgesel ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek; üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler.*" şeklinde bir düzenleme getirmiştir. Ayrıca sözleşmenin 13.maddesinde 'Sağlık ve Sosyal Yardım Hakkı' başlığı altında, "*Sözleşmeli Taraflar, sağlık ve sosyal yardım hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak için; 1.Yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla veya başka kaynaklardan, özellikle bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bunun gerektirdiği bakımı sunmayı; 2.Böyle bir yardım görenlerin bu nedenle siyasal ve sosyal haklarının kısıtlanmasını önlemeyi; 3.Herkesin, kişisel veya ailevi yoksunluklar halini önlemek, gidermek veya hafifletmek için gerekebilecek önerilerle kişisel yardımları uygun kamusal veya özel hizmetler eliyle alabilmesini sağlamayı; 4.Bu maddenin 1. 2 ve 3. fıkralarında değinilen hükümleri, ülkelerinde yasal olarak bulunan başka sözleşmeciler tarafların uyruklarını kendi uyruklarıyla eşit tutarak 11 Aralık 1953'de Paris'te imzalanmış olan Sosyal ve Tıbbi Yardım Avrupa Sözleşmesi'yle üstlendiği yükümlülükler uyarınca uygulamayı yükümlenirler.*" ifadesi yer almaktadır.¹⁵ Bu çerçevede, sözleşmeye taraf devletler, yeterli kazanç ve kaynaktan yoksun olan herkesin sosyal ve tıbbi yardım haklarına sahip olduğunu ve bunları uygulamak için gerekli önlemleri almayı kabul ederler.

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nin 35. maddesi "Sağlık Hizmetleri" başlığı altında "*Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu*

¹⁵ 1961 tarihli Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi için bkz. http://www.canaktan.org/hukuk/insan_haklari/yirminci-yuzyilda/avrupa_sosyal_sarti.htm.

sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün Birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması sağlanmalıdır." şeklinde düzenlenmiştir.¹⁶

28 Haziran 1952 tarihinde kabul edilen ILO'nun 102 sayılı "Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme" sine göre, söz konusu sözleşmeye taraf olan her üye, korunan kimselere sağlık durumları gerektirdiği zaman koruyucu veya tedavi edici nitelikte sağlık yardımları yapılmasını teminat altına alır. Sözleşme'nin 8 inci maddesinde 'Yardım yapılacak hal: Sebebi ne olursa olsun hastalık hali ile gebelik, doğum ve bunların doğurduğu neticelerdir.' şeklinde ifade edilmiştir. Böylece 'sebebi ne olursa olsun' ifadesiyle kişinin kendi kusurundan kaynaklanan bir sağlık sorunu da dâhil olmak üzere hastalık riskine karşı bir güvence getirilmektedir. Bununla birlikte 10 uncu maddede yapılacak yardımlar açıkça ifade edilmiştir. Maddeye göre, 'a) Hastalık halinde:

I) Evde yapılacak muayeneler dâhil, pratisyen hekimler tarafından yapılacak muayene ve tedaviler;

II) Mütihassıs hekimler tarafından, hastanelerde yatarak veya ayakta yapılacak muayene ve tedavilerle hastane dışında sağlanabilecek tedaviler ;

III) Hekim reçetesiyle lüzum gösterilen ilaçların temini;

IV) Lüzumu halinde, hastaneye yatırma;

b) Gebelik, doğum ve bunlardan ileri gelen hastalık ve arızalarda;

I) Doğumdan evvel, doğum esnasında ve doğumdan sonra, bir hekim veya diplomalı ebe tarafından yapılacak muayene ve tedaviler;

*II) Lüzumu halinde, hastaneye yatırma.'*¹⁷

¹⁶ 2000 tarihli Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi için bkz. http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/ab_thb.html.

¹⁷ 1952 sayılı ILO'nun 'Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme'si için bkz. http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/ilo_102.html

Sözleşmeye göre, korunan kişinin sağlığını korumak, çalışma gücünü yeniden kazandırmak ve kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmesini sağlamak için gerek evde muayene ve tedavi, gerekse hastanede ayakta veya yatarak muayene ve tedavi yardımı yapılır. Ayrıca, hekimin gerekli gördüğü ilaçların temin edilmesi, doğum öncesi ve sonrası yapılacak muayene ve tedaviler ile gerekli görüldüğü takdirde hastaneye yatırma da yapılacak yardımlar arasında gösterilmiştir.

İnsan hakları ile ilgili belgeler bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sağlık hakkı temel bir insan hakkı olarak açıkça ifade edilmektedir. İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si, devletlere ahlaki yükümlülükler yüklerken, buna mukabil sözleşmecilerce kabul edilen diğer uluslararası belgeler, taraf ülkelere hukuki sorumluluklar yüklemektedir.

1.2.3. Sağlık Hakkının Anayasal Hak Olma Özelliği

Türk hukukunda sağlık hakkı, 1961 Anayasası kabul edilinceye kadar Anayasa'da yer almamıştır. 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde '*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır*' şeklinde düzenleme yapılmıştır.¹⁸ Böylece sağlık hakkı açısından devlete doğrudan pozitif yükümlülük getirilmiştir.

Ülkemizde 7 Kasım 1982 tarihinde yürürlüğe giren 1982 Anayasası'nın 5 inci, 17 nci ve 56 ncı maddelerinde sağlık hakkından bahsedilmiştir. Ayrıca 2 nci maddesinde belirtilen 'sosyal devlet' ilkesi, Cumhuriyet'in temel niteliklerinden sayılmıştır. Anayasa'nın 5 inci maddesinde '*..... kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak, ...insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak*' devletin temel amaç ve görevleri arasında sayılmıştır. 1982 Anayasası tıpkı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde olduğu gibi 'yaşam hakkı'nı temel alan bir düzenlemeyi "Kişinin Hakları ve Ödevleri" bölümünde "Kişinin Dokunulmazlığı, Maddi ve Manevi Varlığı" başlığı altında 17 nci maddesinin birinci ve ikinci fıkralarında yapmıştır. Bu maddenin birinci fıkrasında yer alan '*herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.*' hükmü ile yaşam hakkı güvence altına

¹⁸ 1961 tarih ve 334 sayılı 1961 T.C. Anayasası için bkz. <http://www.anayasa.gen.tr/1961ay.htm>

alınmıştır. Bunun yanında aynı maddenin ikinci fıkrasında yer alan, ‘*Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.*’ hükmü ile kişinin rızası dışında tıbbi ve bilimsel deneylere tabi tutulması yasaklanmıştır. Ayrıca tıbbi zorunluluk olmadıkça ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulması da yasaklanmıştır. Anayasa’nın 56 ncı maddesinde ise “Sağlık, Çevre ve Konut” başlığı ve ‘Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması’ alt başlığı altında, ‘*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.*’ hükmü ile herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamaya bir hak olarak kabul edilmiştir. Ayrıca 56 ncı maddenin üçüncü fıkrasında ‘*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.*’ hükmü ile herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesi güvence altına alınmıştır. Ayrıca bu fıkra ile devlete sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verme yükümlülüğü de getirilmiştir. Dördüncü fıkrada ise ‘*Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.*’ hükmüne yer verilmiştir.¹⁹ Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, sosyal güvenlik görevini genel anlamı ile devletin genel görev ve sorumluluk alanı olarak tanımlamak ile yetinmemiş, vatandaşların sağlık harcamaları yönünden sosyal güvenlik altına alınmasını ayrıca konu edinerek, 56 ncı maddede ‘*Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.*’ hükmü ile ayrıca özel bir atıfta bulunmuştur.²⁰ Anayasada devletin sosyal hukuk alanındaki ödevlerinin sınırını ise, 65 inci maddede yer alan ‘*Bu görevlerinin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir*’ hükmü belirlemiştir.

Görüldüğü gibi anayasal bir hak olarak koruma altına alınmış olan sağlık hakkının 2 önemli bileşeni vardır. Bunlardan birincisi, sağlıklı olma hakkıdır. İkincisi ise, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır. Vatandaşlık bağıyla devlete bağlı olan herkesin bu hakkını kullanabilmesi için devlete önemli yükümlülükler düşmektedir. Devlet, sağlık hakkına dokunmamak, dokundurtmamak ve bu hakkı kullanabilmek için gerekli

¹⁹ 1982 tarih ve 2709 sayılı 1982 T.C Anayasası için bkz. Kemal Gözler, <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>

²⁰ Pir Ali Kaya – Nejat Güneri (2006),a.g.e., s:401

düzenlemeleri yapmakla görevlidir. Herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli tedbirleri almak, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak durumundadır.

Yukarıda bahsedilen tüm bu neden ve gerekçelerle "yurttaşlık bağıyla" bu devlete bağlı olan herkesin, daha da önemlisi İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi gereği tüm insanların "insan" olmaları sıfatıyla 'SAĞLIK HAKKI'na sahip oldukları açıktır.

1.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ TÜRK HUKUK SİSTEMİNDEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ

1.3.1. Genel Olarak

Her birey yaşamını, ruh ve beden sağlığı içinde, sağlığını tehdit eden tehlikelerden uzak, güvenlik duygusu içerisinde geçirmek ister. Bunun için birey ilk olarak kendi sosyal güvenliğini kendisi sağlamaya çalışır. Para biriktirme yani bireysel tasarrufla kişi, gelirinin bir kısmını gelecekte karşılaşması muhtemel olan bir sosyal riske karşı bir kenara ayırır. Paranın altın, gümüş, mücevher ya da gayrimenkule yatırılması, tasarruf hesabı açtırma, hisse senedi, tahvil, hazine bonusu alınması, hayat sigortası, bireysel emeklilik sigortası yaptırmak da bireysel tasarruflar arasında yer alır. Ancak bazı durumlarda para biriktirme de sosyal güvenliği sağlamada yetersiz kalmaktadır. Herkeste tasarruf alışkanlığının olmaması, gelirin düşük olması sebebiyle tasarruf yapılamaması ve sosyal güvenliğin sadece para ile yerine getirilememesi gibi nedenlerle bireysel tasarruf yeterli olamamaktadır.²¹ Bu noktada karşımıza ikinci aşama olarak topluca tasarruf çıkmaktadır. Belli bir insan topluluğuna dâhil olanlar, birikimlerini bir araya getirerek ekonomik risklere karşı daha büyük ve etkili bir güvence sağlayabilirler. Nitekim 13.yüzyıldan itibaren esnaf kesiminin örgütlendiği loncalar bünyesinde kurulan “**teavün (dayanışma) sandıkları**” topluca tasarruf tekniğinin ilk örneklerindendir.²² ‘Sosyal güvenlik gerçek kimliğine Sanayi Devrimi ile birlikte çağdaş sosyal sigortaların kurulması ve gelişmesiyle kavuşmuştur. Sosyal sigortalar, sosyal yardımlarla birlikte, sosyal güvenliğin iki ana unsurunu oluşturmuştur. Günümüzde ise, toplumun bütününün temel gereksinimlerinin devletçe karşılanması yöntemi, sosyal güvenliğin sağlanmasında sosyal sigortalara

²¹ Tuncay&Ekmekçi(2008),a.g.e.,s.8

²² Müjdat Şakar, Sosyal Sigortalar Uygulaması, Beta Yayınları, İst, 2009, s.11.

yeğlenen bir seçenek olarak önem kazanmış ve sosyal güvenlik bir kamu hizmeti haline gelmiştir.²³

Sosyal güvenlik, geçmişte bugünkü anlamıyla kullanılmamış olsa da, oldukça uzun bir tarihsel sürecin ürünüdür. Çünkü insan, tehlikelere karşı kendisini koruma duygusuna sahiptir. Ekonominin büyük ölçüde tarıma dayalı olduğu toplumlarda ve tarıma bağlı ticari faaliyetlerin ön planda olduğu toplumlarda, sosyal güvenlik ihtiyacı, ilk olarak aile içinde giderilmeye çalışılmıştır. Osmanlı toplumunda da aile, fertlerini kendi içerisinde tehlikenin zararlarından korumaya çalışmıştır. Aile bireylerinin yanı sıra, akrabalar, dostlar, komşular arasında yapılan yardımlaşma da bu konuda önemli yer tutar. Örneğin; hastalanan, yaşlanan, sakatlanan, dul veya yetim kalan bireylerin aile içerisinde veya dost ve komşuların yardımıyla bu tehlikelerin zararlarından korunması mümkündür. Ancak, yardımlaşmanın çoğu kez isteğe bağlı olması, isteyen için onur kırıcı olması, düzensiz ve gelişigüzel olması, sanayileşme ve şehirleşmenin sosyal dayanışma fikrini zayıflatması ve hatta ortadan kaldırması sosyal güvenlik sistemi içerisinde yetersiz kalmasına sebep olmaktadır.²⁴ Osmanlı Devleti'nde zanaat ve küçük sanatlara dayanan sanayi ve esnaflık oldukça gelişmiş olduğundan, esnafın ilk karşılıklı yardımları birer meslek kuruluşu olan ahilik ve daha sonra bunu takiben loncalar içinde başlamıştır. Cumhuriyet'in ilanından önce ise, Büyük Millet Meclisi Hükümeti döneminde Zonguldak ve Ereğli Kömür bölgesinde uygulanmak üzere “*Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menafi-i Umumiyesine Olarak Furuhtuna dair Kanun*” ve “*Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun*” olmak üzere iki yasa çıkarılmıştır.²⁵ Cumhuriyet'in ilanı ile birlikte yaşanan gelişmeler ve günümüzde sosyal devlet ilkesinin benimsenmesiyle sosyal güvenlik bir kamu hizmeti haline gelmiştir. Sosyal güvenliğin ve bunun yanında sosyal güvenliğin en önemli ayağını oluşturan sağlık sigortasının tarihçesini, Osmanlı Dönemi, Cumhuriyet Öncesi Dönem ve Cumhuriyet Sonrası Dönem olmak üzere 3 bölümde incelemek mümkündür.

²³ Sami Güven, Sosyal Politikanın Temelleri, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa,2001,s:143.

²⁴ Tuncay&Ekmekçi(2009),a.g.e.,s. 11, Ayrıca bkz. Müjdat Şakar (2009),a.g.e.,s.12.

²⁵ Ali Güzel-Ali Rıza Okur, Sosyal Güvenlik Hukuku,Beta Basım Yayım Dağıtım,İst.,1990,s:35

1.3.2. Osmanlı Döneminde Sağlık Hizmetleri

‘Bilindiği gibi endüstri öncesi toplumlarda aile, korporasyon, karşılıklı yardım sandıkları ve dinsel nitelikli hayır kurumları, yoksul ve hasta insanlara destek olma işlevini üstlenmişlerdir.’²⁶ Osmanlı toplumunda da sosyal güvenlik, temel olarak aile içi yardımlaşmalarla sağlanmaya çalışılmıştır. Avrupa’da yaşanan sanayi devrimiyle birlikte sosyal koruma gereksinimi içinde olan işçi sınıfının ortaya çıkması ile bugünkü anlamıyla sosyal güvenlik sistemleri oluşmaya başlamıştır. Ancak Türkiye’de bu süreç aynı şekilde işlememiş, bahsedilen ekonomik ve siyasal koşullar çok farklı bir gelişim seyri izlemiştir. Osmanlı Devleti’nin sanayileşme sürecine girememiş olması, gerçek anlamda bir sosyal politikanın oluşumunu engellemiştir.²⁷ Osmanlı Devleti’nde de Batıda olduğu gibi, sosyal güvenlik düşüncesi, karşılıklı yardımlaşma anlayışı ile başlamış ve gelişmiş; emeği ile geçinenlerin sosyal güvenliği esas itibarıyla üç esasa dayandırılmıştır. Bunlar aile içi yardımlaşma, meslek teşekkülleri çerçevesinde yardımlaşma ve sosyal yardımlar olarak özetlenebilir.²⁸

Osmanlı Devleti’nde toplum hayatının temelini aile oluşturmaktadır. ‘İmparatorluk döneminde, aile bir tür üretim ve tüketim birliği oluşturmaktaydı. ...Aile üyelerinden birinin bir hastalık ya da kazadan ötürü çalışamaz duruma gelmesi veya ölümü halinde, tarıma dayalı üretim faaliyeti öbürleri tarafından sürdürülmekteydi. Böylece hasta, sakat, yaşlı ve çocuklar gibi hiç ya da kısmen çalışamayan nüfusun geçindirilmesi yani ailenin koruyucu bir birim olma işlevini sürdürmesi, sosyal korumanın bir gereksinim olarak algılanmasına engel oluşturmuyordu.’²⁹

Nüfusun çoğunun tarım kesiminde çalışmasının yanı sıra, Osmanlı Devleti’nde zanaat ve küçük sanatlara dayanan sanayi ve esnafılık oldukça gelişmişti. Esnafın karşılıklı yardımlaşmaları ilk olarak birer meslek kuruluşu olan ahilik ve bunu takiben loncalar içinde başlamıştır. Gelirleri esas itibarıyla emek gelirine bağlı olan bu kesim, işini kaybetmesi, yaşlanması, hastalanması vs. durumlarıyla karşılaştığında tarımda çalışanlara oranla daha az elverişli bir durum söz konusu olmaktadır. Ortaya çıkan bu sosyal güvenlik

²⁶ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990) a.g.e.,s:16.

²⁷ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s:31

²⁸ Tuncay&Ekmekçi (2009),a.g.e., s:67

²⁹ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s:32

ihtiyacı, zorunlu esnaf birlikleri (loncalar) bünyesinde "**Orta Sandığı**" veya "**Teavün Sandığı**" olarak adlandırılan dayanışma sandıklarının kurulmasına yol açmıştır.³⁰ Ortaçağda loncalar ve bunlara ait yardımlaşma sandıkları devletçe ya da devletin öncülüğü ile kurulup örgütlenmiş değil; dinsel ve kültürel nedenlerden kaynaklanan esnafın karşılıklı dayanışma anlayışından doğmuştur.³¹ Bu sandıklardan yapılan yardımlar oldukça geniş kapsamlı olup, daha çok muhtaçlık şartına bağlanmıştır. Hastalanan üyelere tedavileri için gerekli yardımların yapılması, yaşlanarak işini terk etmiş ve muhtaç duruma düşmüş olan ustaların, tedavisi mümkün olmayan bir hastalık veya sakatlık nedeniyle iş göremez duruma düşmüş usta, kalfa ve çıraklar gibi bütün meslek mensuplarının geçimlerini sağlamak yine bu sandıkların görevleri arasında yer almaktadır.³² Görüldüğü gibi sandıklar, üyelerini ve ailelerini yaşlılık, hastalık ve malullük gibi risklere karşı korumuştur. Bu dönemde tam anlamıyla bir sağlık güvencesinden bahsedilemese de, sandıklar hastalanan üyelerine tedavi için gerekli olan yardımı yapmaktaydılar.

Bu dönemde, aile içi yardımlaşma ve meslek teşekküllerinin dışında, yardıma muhtaç olanlar için vakıflar kurulmuştur. "Avarız" ve "Müessesatı Hayriye" adını taşıyan vakıflar, bir tür sosyal yardım kurumları işlevini üstlenmişlerdi. Bu vakıflar, yoksullara hastalık, yaşlılık ve sakatlık durumlarında yardımda bulunmaktaydılar. Vakıflara ait hastanelerde müslim veya gayrimüslim, zengin veya fakir ayırımı yapılmaksızın herkes ücretsiz olarak muayene ve tedavi olunduğu gibi, ayrıca gerekli hallerde hastalar taburcu edilirken kendilerine bir takım elbise ile bir aylık geçimini sağlayacak tutarda para yardımı da yapılmıştır. Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinde Darülaceze, Darüleytam ve Kızılay gibi kurumlar sosyal yardım açısından önem kazanmıştır Bunun dışında din kurallarına dayanan sosyal yardımlar da, Osmanlı Devleti'nde halkın sosyal güvenliğinin sağlanmasında önemli bir unsur olmuştur. Toplumda, gelirleri yüksek olan kimseler,

³⁰ Müjdat Şakar (2009), a.g.e., s:30.

³¹ Murat Şen, Tanzimat Öncesi (Klasik Dönem)Osmanlı Devleti'nde Sosyal Güvenlik, e-akademi Hukuk,Ekonomi ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi,Sayı:3, Mayıs 2002 için bkz. [http://www.e-akademi.org/incele.asp?konu=Tanzimat%20%D6ncesi%20\(Klasik%20D%F6nem\)%20Osmanl%FD%20Devletinde%20Sosyal%20G%FCvenlik&kimlik=1166056444&url=makaleler/msen-1.htm](http://www.e-akademi.org/incele.asp?konu=Tanzimat%20%D6ncesi%20(Klasik%20D%F6nem)%20Osmanl%FD%20Devletinde%20Sosyal%20G%FCvenlik&kimlik=1166056444&url=makaleler/msen-1.htm)

³² Zahit Gönencan, 'Osmanlı Döneminde Sosyal Güvenlik Sistemleri' <http://www.ceis.org.tr/dergiDocs/zg%C3%B6nencan.pdf>

yoksul ve muhtaç kişilere, zekât, fitre, bağış, sadaka, adak, kurban, kefareti adı altında dini nitelikte olan bir takım sosyal yardımlar yapmışlardır.³³

Tüm bunların yanında Osmanlı Devleti'nde sağlık hizmetlerine bakıldığında merkezde hekimbaşılar, taşrada ise Darüşşifa denilen hastaneler dikkati çekmektedir. Seretıbbı-i Sultani denilen ve halkın kısaca hekimbaşı olarak adlandırdığı hekim, sarayın olduğu kadar tüm ülkenin sağlık işlerinden de sorumlu olup bugünkü sağlık bakanı ile eşdeğerti. Osmanlılar, Selçuklulardan devraldıkları darüşşifaları kabul ederek işletmişler, Edirne, Bursa ve İstanbul dışında pek az sayıda hastane kurmuşlardır. . Kurulan başlıca hastaneler, Manisa Birmarhanesi (1539), Mekke (1556), Sultanahmed (1617), Gureba-i Müslimin (1838), Bursa (1399), Edirne (1485) ve Edirne'deki Cüzzamhane'dir (1451).³⁴ Bu arada belirtmek gerekir ki, "gureba" kelimesi "garib" kelimesinin çoğuludur ve kimsesizler anlamına gelmektedir. Osmanlı'da, 19. yüzyılda bu isim altında kurulan hastaneler günümüz açısından devlet hastanesi anlamını taşımaktadır.³⁵

Osmanlı Devleti'nde çağdaş anlamda sosyal güvenlikten bahsetmek mümkün olmasa da, Tanzimat sonrası döneme bakıldığında sınırlı da olsa sosyal güvenlik ile ilgili bunun yanı sıra insanları hastalık riskine karşı korumayı amaçlayan birkaç düzenleme yapıldığını görmekteyiz. İlk olarak karşımıza, Ereğli Kömür Havzasında çalışan işçilerin çalışma şartlarını tespit eden ve hastalananların tedavilerine ilişkin bazı önlemler içeren "**1865 tarihli Dilaver Paşa Nizamnamesi**" çıkmaktadır. Bu nizamnameye göre, hastalanan işçiler, madende bulundurulacak doktora muayene ettirilecek, hastalığı hafif olanlar tedaviden sonra işine, ağır hastalar ise tedaviden sonra köylerine gönderilecekti. İşçileri korumaktan çok, üretimin aksamamasını hedefleyen bu nizamnamenin ardından, iş kazalarına karşı önleyici ve koruyucu tedbirlerin alınmasını zorunlu kılan "**1869 tarihli Maadin Nizamnamesi**" karşımıza çıkmaktadır. Bu nizamname ile birlikte, madenlerde bir doktor ve gerekli ilaçların bulundurulması zorunlu kılınmıştır. İş kazasına uğrayan işçilerin ölümü halinde ailelerine maden işleticileri tarafından mahkemece kararlaştırılacak tazminat ve yardım parası ödenecektir. Ancak burada işçinin kusur durumu ve buna bağlı olarak

³³ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e., s:33, ayrıca bkz. Murat Şen (2002), a.g.m.

³⁴ Haydar Sur, ' Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi', <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>

³⁵ Erdem Aydın, ' Osmanlılarda Tıp ', <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D1/4/3865.doc>

işverenin sorumluluğunun azalması gibi konulara yer verilmemiştir.³⁶ Bu düzenlemelerin yanında, Tanzimat sonrası yeni hastaneler açılmaya devam etmiştir. İlk olarak, Bezm-i Âlem Gureba-i Müslimin kadın hastanesi açılmış, bunu takiben 1851'de İzmir'de, 1879'da Bursa'da, 1888'de Edirne'de birer Gureba Hastanesi açılmıştır. Bunun yanında yabancılara ve azınlıklara hizmet veren hastaneler de açılmıştır. 19.yüzyılla birlikte Osmanlı Devletinde 1827 yılında tıp okulunun (Tıphane-i Amire) açılması ve Cerrahane'nin kurulması gibi bilimsel ve eğitim alanında da gelişmeler yaşanmıştır. Ayrıca hekimbaşılık kaldırılıp yetkilerinin Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine devredilmesinden sonra 1870'de yayınlanan bir nizamname ile Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak İdare-i Mülkiye-i Tıbbiye, 1871 yılında sivil halkın sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla "Sıhhiye Müfettişlikleri" ile "Memleket Tabiplikleri" kurulmuştur. Bu düzenleme ile öngörülen yapıya bakıldığında; tabipler haftanın belli gün ve saatlerinde, belirli bir yerde zengin, fakir gözetmeksizin başvuran tüm hastaları ücret almadan muayene edecek ve gerekli aşıları ücretsiz yapacaktır. Muayeneye gelemeyecek olanlar, tabipler tarafından evlerinde muayene edilecek, ödeme gücü olanlardan önceden belirlenmiş bir ücret alınacaktır. Yoksul olanlardan ücret alınmayacak, zorunlu giderler belediye sandığından hekime ödenecektir. Salgın hastalık çıktığında hekimler gereken önlemleri alacak ya da aldıracaklardır. Tabipler, bölgelerindeki hastane, eczane, sağlıkla ilgili yerleri denetlemek ve sağlıkla ilgili tüm işlerden sorumludur. Önemli bir gerekçe olmadan hastalara bakmamak, yoksullardan ücret almak işten uzaklaştırma nedenidir. Sağlık hizmetlerini yönetme görevi 1914 yılında kabul edilen bir kanun ile Dâhiliye Nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye'sine (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü) verilmiştir. İlk genel müdür Dr. Besim Ömer Paşa olup, Dr. Esat Paşa, Dr. Adnan Adıvar ve Aptullah Cevdet bu dönemde genel müdürlük yapan tanınmış hekimlerimizdir.³⁷

Yukarı da sayılan düzenlemelerin dışında, 1866 tarihli Askeri Tekaüt Sandığı, 1881 tarihli Sivil Memurlar Emekli Sandığı, 1890 tarihli Seyri Sefain Tekaüt Sandığı, 1909 tarihli Askeri ve Mülki Tekaüt Sandıkları ile 1917 tarihli Şirketi Hayriye Tekaüt Sandıkları gibi daha çok memurların emeklilik durumlarını ilgilendiren düzenlemeler de yapılmıştır.

³⁶ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s:34.

³⁷ Haydar Sur, a.g.m.

Tersanei Amireye Mensup İşçi Vesairenin Tekaüdiyeti Hakkında 1909 tarihli Nizamname ile 1910 tarihli Hicaz Demir Yolu Memur ve Müstahdemlerine Yardım Nizamnamesi daha çok işçilerin çalışma şartlarıyla ilgili kısmen de hastalık, kaza, yaşlılık gibi sosyal risklere karşı bazı yardımlar öngörmektedirler.³⁸ Bu sandıklar, asker ve memurlarla sınırlı olmak üzere, bazı işyerlerinde çalışanların özellikle yaşlılık ve hastalık durumlarında korunmalarını güvence altına almaktaydı.

Görüldüğü gibi, Osmanlı Devleti'nde modern anlamda bir sosyal güvenlik sisteminden söz etmek mümkün olmayıp, yapılan düzenlemeler çok dar kapsamlıdır. Bu dönemde parası olanlar özel hekimden hizmet alırken, parası olmayan yoksul vatandaşlar, hayır kurumları sayesinde (vakıflar gibi) sağlık hizmetlerinden yararlanmışlardır.

1.3.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönemde (TBMM Döneminde)

Sağlık Hizmetleri

TBMM Hükümeti dönemi olarak bilinen 1921–1923 tarihleri arasında geçen dönem de iki önemli yasa çıkarılmıştır. Bunlardan ilki, 28.04.1921 tarih ve 114 sayılı “*Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menafi-i Umumiyesine Olarak Fıruhtuna dair Kanun*” dur. Bu yasayla, Zonguldak ve Ereğli kömür bölgesinde üretim sırasında ortaya çıkan kömür tozlarının açık artırma yoluyla satılarak elde edilen paraların işçiler lehine kullanılması sağlanmıştı. İkincisi ise, asıl olarak İş Hukukunu ilgilendirmekle birlikte, sosyal güvenlikle ilgili de hükümler içeren 10.09.1921 tarih ve 151 sayılı “*Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun*” dur. Bu Kanunun sosyal güvenlikle ilgili hükümlerine göre, işverenler, hastalanan, kazaya uğrayan işçileri, ücretsiz olarak tedavi ettirmek ve bu amaçla maden ocağı yakınında hastane açmak ve doktor bulundurmak zorundaydılar. Bu yasa ayrıca, işçilerin ve işverenlerin zorunlu katılımıyla ihtiyat ve teavün sandıkları kurulmasını öngörüyordu. Bu sandıklar daha sonra ‘*Amele Birliği*’ adı altında birleşmişlerdir. Zorunluluk ilkesine dayanması ve işçiler için bir hak oluşturmasından dolayı Amele Birliği'nin Türkiye’de ilk sosyal sigortayı kurduğu

³⁸ Tuncay&Ekmekçi (2009),a.g.e., s: 69

söylenir. Ayrıca birliğin finansmanı, sosyal sigortalarda olduğu gibi asıl olarak işçi ve işverenden düzenli olarak alınan primlerle sağlanmaktaydı.³⁹

Yukarıda bahsedilen yasal düzenlemelerin yanında, sağlık tarihi yönünden Türkiye Cumhuriyeti'ndeki en önemli olaylardan biri kuşkusuz Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşudur. Sağlık Bakanlığı 2 Mayıs 1920'de yürürlüğe giren 3 sayılı Yasa ile kurulmuş, sağlık hizmetleri, ilk kez bakanlık düzeyinde işlevsellik kazanmıştır. Böylece de Türkiye Cumhuriyeti dünyada, sağlık hizmetlerinin bakanlık düzeyinde temsil edildiği ilk birkaç ülkeden biri olmuştur.⁴⁰ Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti olarak adlandırılan bu bakanlığa (Sağlık ve Sosyal Yardım bakanlığı) ilk bakan olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır.⁴¹

1.3.3. Cumhuriyet Sonrası Dönemde Sağlık Hizmetleri

1.3.3.1. 1923 – 1937 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri

Cumhuriyetin ilk yıllarında sosyal güvenliğe yönelik doğrudan düzenlemeler yapılmamıştır. Ancak 1926 tarihli Borçlar Kanunu, 1930 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu gibi yasalarla dolaylı bazı düzenlemelere gidilmiştir. Borçlar Kanunu'na göre, işveren işçinin yaşam ve sağlığının korunması için gerekli önlemleri almak zorundadır. Önlem alınmaması nedeniyle işçinin ölümü halinde ailesine tazminat ödemek zorundadır. Ayrıca uzun süreli hizmet sözleşmesine göre çalışan işçinin hastalık ve askerlik gibi kendi kusuru dışında bir nedenle işini yapamaması halinde kendisine ücret ödemesi gerekmektedir. 1930 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu ise, belirli sayıda işçi çalıştıran işverenlere, hastalık, kaza ve analık hallerinde, işçilere sağlık yardımı yapması konusunda bir takım yükümlülükler getirmiştir.⁴² Ayrıca sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan bu Kanun, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esaslarını belirlemiştir.⁴³ Sağlık hizmetlerinin devletin görevi olduğunu da birinci maddesinde şu şekilde açıklar :

³⁹ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s:35, Tuncay&Ekmekçi (2009),a.g.e., s:69, ayrıca bkz. Sait Dilik, 'Atatürk Döneminde Sosyal Politika',s:96, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/449/5056.pdf>

⁴⁰ Erdem Aydın,'Atatürk'ün Sağlık Kavram ve Anlayışı', Ankara Tıp Mecmuası (The Journal of The Faculty of Medicine,.) , Vol.48: 43–54,1995. <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/858/10886.pdf>

⁴¹ Haydar Sur, a.g.m

⁴² Ayrıntılı bilgi için bkz. Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s:37.

⁴³ Recep Akdur,'Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması', Ank., 1999, s:12 www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf

"Memleketin sıhhi şartlarına ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindedir".⁴⁴

Ayrıca bu Kanun'un öncesinde 1928 yılında T.C. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi kurulmuş ve Kurumun görevleri genel olarak halka koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu, düzenlenmesi ve Bakanlığa bu konuda danışmanlık ile hekimlerin genel ve sosyal hijyen eğitimleri biçiminde belirlenmiştir.⁴⁵

Yine bu dönemde kişi ve kapsam açısından oldukça dar kapsamlı bir takım sosyal güvenlik kanunları çıkarılmış ve İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. En önemlileri şunlardır: 1930 tarihli Askeri ve Mülki Tekaüt Kanunu, 1933 tarihli Vilayet Hususi İdareleri Tekaüt Sandığı ve İstanbul Mahalli İdaresiyle, Ankara Merkez Belediyesi Memurları Tekaüt Sandığı kurulmuştur. 1934 yılında DDY ve Limanlar İşletme İdaresinin Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı kurulmuş, daha sonra bu sandık 1968 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'na devredilmiştir. 1935 yılında ise, PTT Telgraf ve Telefon İdaresi Biriktirme ve Yardım Sandığı Nizamnamesi çıkarılmıştır.⁴⁶ Öte yandan işçiler de benzer yardımlaşma sandıkları kurmuşlardır. En önemlisi 1923 yılında Zonguldak ve Ereğli bölgesinde maden işçilerinin kurdukları Amele Birliği ve İhtiyat ve Teavün Sandıkları olmak üzere, Samsun Tütün İşçileri Teavün Cemiyeti ile İstanbul'da elektrik fabrikası işçilerinin kurduğu Yardım ve Teavün Sandığı bu türden kuruluşlardır.⁴⁷

Yukarıda sayılan düzenlemelerin dışında Cumhuriyet Dönemi'ne bakıldığında dönemin ilk Sağlık Bakanı olarak karşımıza Refik Saydam çıkmaktadır. Kısa aralıklar dışında 1937 yılına kadar 14 yıl bakanlık yapan Refik Saydam, Cumhuriyet'in ilk yıllarında izlediği politikalar ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve gelişmesinde önemli rol oynamıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuş, tedavi edici sağlık hizmetler konusunu yerel yönetimlere bırakmıştır. Bunlara örnek olması amacıyla Ankara,

⁴⁴ Erdem Aydın, 'Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri', Ankara Ecz. Fak. Derg., 31 (3) 183–192, 2002, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/24/1102/13086.pdf>, s:186

⁴⁵ Ahmet Saltık - Sarper Erdoğan, 'Türkiye Cumhuriyeti'nin Sağlık Bürokrasisi Gereksinimi', Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Cilt: XXII, Sayı: 213, Ank.,s:135.

⁴⁶ Tuncay&Ekmekçi (2009),a.g.e., s:70.

⁴⁷ Cemal Hüseyin Güvercin, 'Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihi', Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt:7, Sayı:2, 2004, s:92.

İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da birer "Numune Hastanesi" açılmasını sağlamıştır. Ayrıca dönemin önemli hastalıkları Trahom, Sıtma, Frengi, Lepra v.b gibi sık görülen, sakat bırakan ve öldüren hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için çaba harcamıştır. Bu hastalıklarla mücadele etmek üzere dikey örgütlenme anlayışı benimsenmiş, ayrı ayrı örgütler kurulmuştur. Ayrıca Refik Saydam, kamu sağlık hizmetlerinin il düzeyinde, Sağlık Müdürlükleri; ilçe düzeyinde Hükümet tabiplikleri şeklinde örgütlenmesini gerçekleştirmiş, yüksek ücret politikaları ile kamu sağlık hizmetini, personel açısından çekici hale getirmiştir. Bu dönemde gerçekleştirilen önemli bir uygulama da, kamu sağlık sektöründe görev alan tüm sağlık personelinin atama, yükselme, ödül, ceza gibi özlük haklarının tek elde, Sağlık Bakanlığında toplanmış olmasıdır. Böylece Bakanlık, hizmeti fiilen yürüten bir kurum haline getirilmiştir. Ayrıca bu dönemde sağlık personeli sayısının oldukça düşük ve yetersiz olmasından dolayı, Refik Saydam o dönemde var olan tek tıp fakültesinin çekiciliğini arttırmak için öğrencilerin okuma, barınma ve giyinme giderlerini karşılamıştır. 1923 yılında 554 olan hekim sayısının (19,860 kişiye bir hekim), 1930'da 1182'ye, 1940'ta ise 2387'ye çıkmasını sağlamıştır. O dönemde bulunabilen istatistiklere göre, 1923'teki ebe sayısı 136 (80 880 kişiye bir ebe), 1930'daki hemşire sayısı ise 202'dir (71 520 kişiye bir hemşire). Koruyucu hizmetlerde görev alacak hekim dışı sağlık insan gücünün yetersizliği ve o dönemin koşullarında kadınların sahada istihdamının zorluğu nedeniyle erkek personel eğitime ağırlık verilmiş, sağlık memurları yetiştirilmiştir.⁴⁸

1923 yılından sonra yaşanan bu gelişmelerden sonra 1936 yılına gelindiğinde, 3008 sayılı İş Kanunu ile Türkiye'de ilk kez sosyal sigortaların kurulması öngörülmüştür. Bu Kanun, kurulacak sigorta kollarını, bunların öncelik sırasını, sosyal sigortalarda zorunluluk ilkesini, sosyal sigortaların kişiler açısından kapsamını, yedinci fasılda (m.100-107), "*Sosyal Yardımlar*" başlığı altında düzenlemiştir. Kanun'da kullanılan "sosyal yardım" deyimini ile sosyal sigortalar kastedilmektedir.⁴⁹ 'Yedinci bölümde; iş yaşamındaki iş kazaları, mesleki hastalıklar, analık, ihtiyarlık, işten ayrılma, ölüm gibi hallerde yapılacak sosyal yardımların Devlet tarafından tanziminin ve idaresinin yapılacağı hüküm altına alınmış ve bu hizmetlerin yerine getirilmesi amacıyla İş Sigorta İdaresinin

⁴⁸ Haydar Sur, a.g.m.

⁴⁹ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s:38.

kurulması öngörülmüştür.⁵⁰ 1936 İş Kanunu, sigorta kollarının kademeli olarak kurulmasını öngörmüştür. ‘3008 sayılı Kanunun 107. maddesinde, önce iş kazaları, meslek hastalıkları ve analık sigortalarının kurulması öngörülmüş, diğer sigorta kollarına ait kanunların ise, o sigorta kollarının tatbiki imkânı hâsıl oldukça, Hükümet tarafından Büyük Millet Meclisine sevk edilmesi esası kabul edilmiştir. Ancak bu sırada patlayan II. Dünya Savaşının ülkeyi ekonomik güçlükler içinde bırakması, Kanunun öngördüğü tamamlayıcı mevzuatın çıkartılmasını geciktirmiştir.’⁵¹ Bu Kanun, her ne kadar sosyal sigortaların kurulmasına ilişkin ilk hükümleri içermişse de, sosyal sigortaların kurulması, ancak 1945 yılından sonra mümkün olabilmıştır.⁵²

1.3.3.2. 1937–1960 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri

1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu daha önce de belirtildiği gibi sigorta kollarının kademeli olarak kurulmasını öngörmüştü. Zaten sosyal güvenlik sistemleri doğası gereği, sosyal gereksinimler ve ekonomik koşullardan dolayı bir anda kurulamaz. Nitekim o dönemde İkinci Dünya Savaşı’nın da etkisiyle söz konusu Kanun’un sosyal sigortalara ilişkin hükümlerinin kademeli de olsa, yaşama geçirilmesi 1945 yılından itibaren olanaklı hale gelmiştir. Savaş, sanayileşme çabalarını durdurarak, savunma önlemleri karşısında sosyal güvenlik sorununu ikinci plana itmiştir. 1945 yılından itibaren sosyal güvenlik alanındaki çabaların yoğunluk kazanmasında ise, İkinci Dünya Savaşı sırasında İngiltere’de başlayan ve tüm Batılı ülkelerle birlikte Türkiye’yi de etkileyen kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi lehindeki yeni anlayış ve gelişmelerin rolü olmuştur.⁵³ Sosyal sigortalara ilgili ilk yasa, 1945 yılında çıkarılan ‘4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu’dur. Yine aynı yıl bu yasaya paralel olarak, sosyal sigortalara ilgili kanun hükümlerini uygulamak amacıyla ‘4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu’ çıkarılmıştır. Kurumun adı daha sonra 506 sK.’nin 136 ncı maddesi ile “Sosyal Sigortalar Kurumu” olarak değiştirilmiştir. 1949 tarihinde 5417 sayılı Kanunla ‘İhtiyarlık Sigortası’ kurulmuş ve çeşitli kanunlarla değişikliğe uğradıktan sonra 1957 tarihinde 6900 sayılı Kanunla ‘Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu’

⁵⁰ Diren Çakmak, ‘Toplumsal Uzlaşma Belgesi: 1936 Tarihli İş Kanunu’, Sosyal Bilimler Dergisi, 2007/1, http://www.anadolu.edu.tr/arastirma/hakemli_dergiler/sosyal_bilimler/pdf/2007-1/sos_bil_08.pdf

⁵¹ Müjdat Şakar (2009), a.g.e., s:33.

⁵² Tuncay&Ekmekçi (2009), a.g.e., s:70.

⁵³ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e., s:40.

kabul edilmiştir.1950 yılında 5502 sayılı Kanunla '*Hastalık ve Analık Sigortası*' kurulmuştur. 1952 yılında çıkarılan '*5953 sayılı Basın İş Kanunu*' ile gazeteciler, 1954 yılında çıkarılan '*6379 (1967 yılında 854 olan) sayılı Deniz İş Kanunu*' ile gemi adamları da sosyal sigortaların kapsamına alınmışlardır. Ayrıca 3008 sK.nun 100 üncü maddesi işsizlik sigortası kurulmasını öngörmüş ise de, bu sigorta kolu ancak 4447 sK. ile 1999 yılında kurulabilmiştir. İşçi kesiminde bu gelişmeler olurken, memur kesiminde de 1949 yılında çıkarılan '*5434 sayılı T.C.Emekli Sandığı Kanunu*' ile o güne kadar dağınık halde bulunan bütün kanun ve sandıklar birleştirilmiştir. Bu Kanun, 1950 yılında yürürlüğe girmiş, 5510 sK. ile bazı hükümleri yürürlükten kaldırılıncaya kadar sayısız değişikliğe uğramıştır. (Bkz. 5510 sK. Md.106/8) Bu düzenlemelerin dışında sosyal yardımlar alanında da 1957 tarihinde '*6972 sayılı Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Kanun*' ve 1959 yılında '*Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmasına dair 7355 sayılı Kanun*' kabul edilmiştir.⁵⁴

Yukarıda sayılan düzenlemelerin dışında Türkiye, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde dünyada sosyal güvenlik alanında ortaya çıkan gelişmelere ayak uydurmaya çalışmıştır.1948 tarihli '*İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi*' 1949 yılında Bakanlar Kurulu'na kabul edilmiş, 1948 tarihli Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasası, 1949 tarih ve 5062 sayılı Yasa ile onaylanmış ve Türkiye Dünya Sağlık Örgütü üyesi olmuştur. Bu sözleşmeler Türkiye'ye sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında yükümlülükler getirmiştir.⁵⁵

Görüldüğü üzere ülkemizde bu dönemde sosyal güvenlikle ilgili önemli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Sayılan düzenlemelerin dışında, sağlık hizmetleri alanında da bazı önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmeler sırayla ⁵⁶,

- 1945 yılında sıtmanın büyük salgınlar yapmasından dolayı bu hastalıkla mücadele etmek amacıyla "*Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu*" çıkarılmıştır.

⁵⁴ Tuncay&Ekmekçi (2009),a.g.e., s:71.

⁵⁵ Cemal Hüseyin Güvercin (2004), a.g.m., s:92.

⁵⁶ Haydar Sur, a.g.m.

- 1952 yılında, 1945 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu işçilere sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. Böylelikle, bu Kurum finansmanın yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olmuştur.
- Dr. Behçet Uz'un bakanlığı sırasında 1946–1947 yıllarında hazırlanan bir plana göre yaklaşık 20 000 nüfusa hizmet verecek "Sağlık Merkezleri" tasarlanmış, 10 hasta yatağının bulunacağı bu merkezlerde, iki hekim, 11 hekim dışı sağlık personelinin görev yapması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi öngörülmüşse de bu plan uygulamaya tam olarak konulamamıştır.
- 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile Verem ile mücadele için kentlerde "Verem Savaş Dernekleri" kurulmuştur.
- 1952 yılında "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü" kurulmuş, AÇS merkezleri, şubeleri ve istasyonları açılmıştır.
- Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler, Sağlık Bakanlığınca üstlenilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir. Buna bağlı olarak koruyucu hizmetlerde görev yapan personelin hastanelere kaymasına ve hizmet açığının doğmasına yol açılmıştır. Hastanecilik alanında büyük gelişmeler sağlanırken, koruyucu hizmetler gerilemiş, özellikle hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken önem verilememiştir.

1.3.3.3. 1960–1980 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri

27 Mayıs 1960 yılında yaşanan ihtilalden sonra, 1961 Anayasası kabul edilmiş, bu Anayasa ile birlikte herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ifade edilerek, sosyal haklar anayasal bir nitelik kazanmıştır. Gerekli teşkilatı kurma ve kurdurma yetkisi Devlet'e verilmiştir.(Bkz.1961 A.m:48) Ayrıca, 1961 Anayasa'sı ile birlikte Türk Hukuku'nda ilk defa sağlık hakkından bahsedilmiştir. 49.maddede '*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır*' şeklinde bir düzenleme yapılarak devlete doğrudan pozitif bir yükümlülük getirilmiştir (Bkz.1961 A.m:49). Görüldüğü gibi bu Anayasa ile sosyal güvenlik ve sağlık kavramları birer hak olarak tanımlanmış ve bu hakları sağlamanın Devlet'in görevi olduğu kabul edilmiştir.

Bu dönemde yapılan en önemli düzenlemelerden biri, " 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun "dur.1961 yılında kabul edilen, 1963 yılında uygulamaya konulan ve hala yürürlükte bulunan bu Yasa, 1961 Anayasası'ndaki sağlıkla ilgili hükümlerin yerine getirilebilmesi için atılan önemli bir adım olup, tam bir sosyal devlet anlayışıdır. Nitekim Kanun'un 1 inci maddesinde '*İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadiyle tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir*' denilerek Kanun'un amacı açıkça ifade edilmiştir. Ayrıca 2 nci maddede sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, '*vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır*' şeklinde ifade edilmiş, sosyalleştirmenin tanımı yapılmıştır.⁵⁷ Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde azımsanmayacak katkıları olan Nusret Fişek, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin tanımını şu şekilde yapmıştır: '*Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, bu hizmetin bireyler için kişisel kazanç kaynağı olmaktan çıkarılmasını, var olan olanaklardan herkesin eşit şekilde yararlanmasını, sağlık hizmetinden yararlanmanın kişilerin parasal olanaklarıyla sınırlandırılmamasını, hizmetin devlet eliyle yürütülmesini ve belirli bir programa göre geliştirilmesini sağlayan bir düzenin kurulması demektir*'.⁵⁸

224 sayılı Kanun ile birlikte "**hükümet tabipliği**" yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüştür.1963 yılında ilk kez Muş ilinde başlayan uygulamalar, 1983 yılında yapılan bir düzenleme ile tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca bu Kanun, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin temel ilkelerini '*eşit hizmet, sürekli hizmet, entegre hizmet, kademeli hizmet, öncelikli hizmet, katımlı hizmet, ekip hizmeti, denetlenen hizmet, uygun hizmet, nüfusa göre hizmet*' şeklinde sıralamıştır.⁵⁹ Eşit ve sürekli hizmet ilkesi ile herkese, her zaman ve her yerde sağlık

⁵⁷ 224 Sayılı Yasa, www.saglik.gov.tr

⁵⁸ Nusret Fişek, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Yayınlanmamış Yazıları I, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerinde Çalışmalar', Sağlık Dergisi, 37: Sayı:3, Mart 1963. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html

⁵⁹ Haydar Sur, a.g.m.

hizmeti verilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, entegre hizmet anlayışı ile koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin hatta rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada sunulması sağlanmaya çalışılmıştır (md.2). Kademeli hizmet ilkesiyle ise, söz konusu Kanun'un 13.maddesinde belirtildiği gibi, sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenlerin, acil haller dışında ilk olarak, sağlık evi veya sağlık ocağına başvurması, tedavisi mümkün olmayan durumlarda sağlık merkezi veya hastaneye sevk edilmesi öngörülmektedir. 23.maddede ise, katılımlı hizmet ilkesinden bahsedilmiş ve bu ilke, '*sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatı ile halk arasındaki münasebeti temin maksadiyle sağlık ocaklarında, sağlık merkezlerinde ve illerde, sağlık kurulları kurulur*' şeklinde ifade edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunun hekim ve yardımcı sağlık personelinden oluşan bir ekip aracılığıyla gerçekleştirilebileceği kabul edilmiştir (md.10). Nüfusa göre hizmet ilkesi ile ise, 5000–10.000 kişinin yaşadığı köy, kasaba veya kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacaktır (md.2).

Bu Kanun ile birlikte, "**hükümet tabiplikleri**" sisteminin yerine "**sağlık ocakları**" sisteminin getirildiğinden bahsetmiştik. Bu sistemin yukarıda sayılmış ilkelerle birlikte tasarlanan örgütlenme modeli şöyledir ⁶⁰:

- Sağlık örgütlenmesinin temel birimi, 5–10 bin kişiye birinci basamak hizmeti verecek olan sağlık ocakları olup, her sağlık ocağında bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2–4 köy ebesi ve bir tıbbi sekreter ile hizmetli, şoför bulunacaktır.
- Sağlık ocakları ekip anlayışı içerisinde, kendi bölgesindeki tüm nüfusa, birinci basamak tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunacaktır. Personel sorumlu olduğu bölgede oturacak, hizmet sürekli ve gerektiğinde gezici olacaktır.
- Sağlık ocakları, tedavi edici hizmetler yönünden Devlet Hastanelerince, koruyucu hizmetler yönünden ise sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek, sevk zinciri kurulacaktır.

⁶⁰ Haydar Sur, a.g.m.

Ayrıca, belirtmek gerekir ki, bu Kanun'da belirtilen temel ilkeler, Kanun'un kabulünden 17 yıl sonra 1978 Alma-Ata Konferansı'nda aralarında Türkiye'nin de bulunduğu Dünya Sağlık Örgütü üyesi 134 ülke tarafından kabul edilmiştir. Bu ülkeler, "2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık" sloganı ile kendi halklarını sosyal güvenlik kapsamına almayı kabul etmişlerdir. Oysa bu süreç ülkemizde daha 1961'den itibaren başlatılmış ve 1978 Alma-Ata Konferansı'nda alınan kararlar bu sürecin önemine vurgu yapmıştır.⁶¹

Planlı Kalkınma Dönemi olarak adlandırılan 1960 sonrası döneme bakıldığında, kalkınma planlarında sağlık politikaları ile ilgili hedeflerin yer aldığını görmekteyiz. Örneğin, 1963 yılında hazırlanan 1.Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetleri ile ilgili hedefler şöyle sıralanmıştır⁶²:

- Türkiye'de sağlık seviyesini yükseltmek amacı ile çevre sağlık şartlarının iyileştirilmesi,
- Halkın sağlık konusunda eğitilmesi,
- Beslenme şartlarının düzeltilmesi,
- Aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması,
- Sağlık programlarının, tedavi hekimliğinin plânlamasında çok pahalı ve tesirsiz olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak olan bir sisteme doğru yöneltilmesi ve hastaneciliğin bu sistemin tamamlayıcı unsuru olarak ele alınması,
- Sağlık personeli sayısının artırılması.

1968 2.Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda GSS kurulması öngörülmüş, sağlık hizmetlerinin birbiri ile tutarlı bir bütün olarak ve verimli şekilde uygulanabilmesinin sağlanması, toplumun ruh ve beden sağlığının korunması, geniş halk kitlelerine yönelmiş ve özellikle koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık veren sosyalleştirme programlarının

⁶¹ Cemal Hüseyin Güvercin (2004), a.g.m., s:92.

⁶² 1963 1.Beş Yıllık Kalkınma Planı için bkz. <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf> s: 39

uygulanması ve sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi gibi hedefler belirlenmiştir.⁶³ Ayrıca 3., 4. ve 5. Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda da sosyalleştirme politikalarının gereği vurgulanmıştır.

Ayrıca sosyal güvenlik alanında yoğun düzenlemelere gidilen bu dönemde, primli sistem açısından önemli bir gelişme olarak sayılan ve 1964'te kabul edilip, 1965 yılında yürürlüğe giren "*506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu*" çıkarılmıştır. Bu Kanun, o güne kadar değişik tarihlerde kurulan ve dağınık bir görünüm sunan sosyal sigorta kollarını, kapsamlarını genişleterek bünyesinde toplamıştır.⁶⁴ Bu Kanun ile birlikte, daha önce adı İşçi Sigortaları Kurumu olan Kurum, Sosyal Sigortalar Kurumu adını alarak isim değiştirmiştir. Bu gelişmeyi 1971 yılında kabul edilen ve esnaf, sanatkâr ve diğer bağımsız çalışanlara yönelik olan "*1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu*" izlemiştir. Bu Kanun, bağımsız çalışanların yaşlılık, sakatlık ve ölüm risklerini karşılamak üzere çıkarılmıştır. Ayrıca 1985 tarih ve 3235 sayılı Kanun, hastalık riskini de Bağ-kur kapsamına almıştır.⁶⁵ Yine bu dönemde, Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO)'nün 1952 tarihli 102 sayılı "*Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşmesi*" 1971 tarih ve 1451 sayılı Kanun ile onaylanmış, Bakanlar Kurulu'nun 1974 tarih ve 7/7964 sayılı kararnamesi ile yürürlüğe girmiştir. Sözleşmede hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, işsizlik, iş kazası, meslek hastalığı, ölüm ve aile yükleri olmak üzere 9 risk sayılmıştır.⁶⁶

Öte yandan, primsiz sosyal güvenlik rejimi alanında da gelişmeler yaşanmıştır. Bunlar; 1976 tarih ve 2022 sayılı "*65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun*", 1968 tarih 1005 sayılı "*İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun*" ve 1980 tarih ve 2330 sayılı "*Görevleri Nedeniyle Yaralanan Yahut*

⁶³ 1968 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı için bkz. <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan2.pdf>, s: 215.

⁶⁴ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s:42.

⁶⁵ Tuncay&Ekmekçi (2009),a.g.e., s:72.

⁶⁶ Cemal Hüseyin Güvercin (2004), a.g.m., s:92.

Ölen Bazı Kamu Görevlilerine Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun" olarak sayılabilir.⁶⁷

1.3.3.4. 1980–2000 Yılları Arasında Sağlık Hizmetleri

1980 yılında yaşanan askeri darbe sonrası, 1983 yılında tekrar sivil yönetim göreve başlamıştır. Bu dönemde kabul edilen 1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasası'na paralel olarak hazırlanmıştır. Ancak, 1982 Anayasası'nda sağlık hizmetleri 1961 Anayasası'nda olduğu gibi devletçe sağlanan temel sosyal ve ekonomik bir hak olmaktan çok, devletçe planlanan ve denetlenen bir hizmete dönüşmüştür. Bu anlayışın uygulamaya yansımaları ise; sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu ve tüketiminin piyasa ekonomisi koşullarında daha ağırlıklı olarak yer alması ve rekabetçi bir ortamın yaratılarak hizmetlerin etkinliğinin ve kalitesinin artırılmasının hedeflenmesi olmuştur.⁶⁸ 1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuş, bu politikanın ülke yönetimlerine hâkim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin Türkiye'de yansımaları uzun zaman almamış, 24 Ocak 1980 kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Böylece, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika, resmi politika haline gelmiştir.⁶⁹ Kısaca, 1980'li yıllara gelindiğinde küreselleşme süreci ve devletin sosyal alanlarda desteğinin azalması veya bu alanlardan tamamen çekilmesini öngören liberal politikalar, sosyal güvenlik alanında da gerilemeye yol açmış, sosyal güvenliğin özelleştirilmesi gibi fikirler tartışılmaya başlamıştır.

1982 Anayasa'sının kabulünden sonra, ülkemizde sosyal güvenlikle ilgili önemli kanunlar çıkarılmıştır. Bunlar⁷⁰;

- 24.05.1983 tarihli 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu,

⁶⁷ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s:43.

⁶⁸ Asuman Altay, ' Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi', Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, bkz. <http://www.sayistay.gov.tr/yayin/dergi/icerik/der64m2.pdf>, s:43

⁶⁹ Recep Akdur (1999), a.g.m., s:16

⁷⁰ Tuncay&Ekmekçi (2009),a.g.e., s:73.

- 1983 yılında kabul edilen 2829 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumlarına Tabi Olarak Geçen Hizmetlerin Birleştirilmesi Hakkında Kanun,
- 17.10.1983 tarihinde kabul edilen 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ⁷¹,
- 08.05.1985 tarihli 3201 sayılı Yurt Dışında Bulunan Türk Vatandaşlarının Yurtdışında Geçen Sürelerinin Sosyal Güvenlikleri Bakımından Değerlendirilmesini Düzenleyen Kanun,
- 05.11.1985 tarih ve 3235 sayılı Kanun (1479 sayılı Bağ-kur Kanunu'nda değişiklik yaparak, Bağ-kur'dan sağlanan sigorta yardımlarının içine sağlık sigortasını da dahil etmiştir.),
- 14.06.1986 tarihli 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu,
- 25.08.1999 tarihli 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu,

Görüldüğü gibi 1982 Anayasası'nın kabulünden sonra sosyal güvenlikle ilgili çeşitli kanunlar çıkarılmıştır. Ayrıca daha önce kabul edilen birçok kanunda da sayısız değişiklikler yapılmıştır. Bunun yanında sağlıkla ilgili düzenlemelere de yer verilmiştir. Bu çerçevede karşımıza çıkan gelişmeler sırasıyla şu şekildedir.⁷²

- 1987 tarihinde kabul edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Kanun'dan sonra çıkarılan en önemli kanun'dur.),

⁷¹ 2925 sayılı Kanun ve 2926 sayılı Kanun, (bazı maddeleri dışında) 5510 sayılı Kanun ile 01.10.2008 tarihi itibarıyla yürürlükten kaldırılmıştır.

⁷² M. Turabi Yerli, Vatandaşların Sağlık Hizmetlerinden, Sağlık Reformu ve Genel Sağlık Sigortasından Beklentileri, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İst., 2006., Ayrıca bkz. Ayşe Günaydın, Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, İst., 2007., ayrıca bkz. Mümin Oktay, Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Yasal Düzenlemelerin Özel Sigorta Şirketlerine Etkileri ve Uygulama Modeli, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İst., 2007.

- 1989 yılında Türkiye’de bir ulusal sağlık politikası geliştirmek amacıyla DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) aracılığıyla hazırlatılan ‘Türkiye Master Planı’,
 - 1990 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşması doğrultusunda başlatılan Birinci Sağlık Projesi,
 - 1990 yılında çıkarılan ve sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmayı temel ilke olarak kabul eden 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı,
 - 1992 yılında gerçekleştirilen 1. Ulusal Sağlık Kongresi,
 - 1992 tarihli 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun⁷³,
 - 1993 yılında hükümet tarafından hazırlanan "Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı", "Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı", "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı" ve "GSS Kanun Tasarısı Taslağı",
 - 1994 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşması Doğrultusunda yürürlüğe konan İkinci Sağlık Projesi,
 - 1996 yılında ‘Sağlık Reformları Projesi’ne yer verilen 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı,
 - 1997 yılında Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı’nın Bakanlar Kurulu’na sunulması,
 - 1998 yılında Kişisel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı’nın TBMM’ne sunulması,
- 1.3.3.5. 2000 Yılı ve Sonrasında Sağlık Hizmetleri**
- 2000 yılında sağlık reformundan bahsedilen 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı,
 - 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı,

⁷³ Yusuf Alper, Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sigortalar, Alfa Yayıncılık, İstanbul, 1999, s:45.

- 25.06.2003 tarihli 4904 sayılı Türkiye İş Kurumu Kanunu,
- 16.07.2003 tarihli 4947 sayılı Sosyal Güvenlik Teşkilatı Kanunu,
- 2004 yılında yürürlüğe giren Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun,
- 2003 ve 2005 yılları arasında Sosyal güvenlik Reformu Yasa Tasarıları,
- 06.01.2005 tarihli 5283 sayılı Kanun (SSKurumu'na ait sağlık tesislerini Kurum bünyesinden çıkartarak Sağlık Bakanlığı'na devreden Kanundur.),
- 2006 tarihli 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu,
- 2006 yılında kabul edilen ancak Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararları sonrası 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.⁷⁴

Görüldüğü üzere, ülkemizde Osmanlı Devleti'nden günümüze kadar geçen süreçte sosyal güvenlikle ilgili bunun yanında sosyal güvenliğin en önemli ayağını oluşturan sigortalardan biri olan sağlık sigortası ile ilgili çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Özellikle 1980'li yıllardan sonra artan küresel eğilimlerle, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa yönlü bir gelişme süreci yaşanmaktadır. Gerek artan nüfus ve artan sağlık ihtiyaçları, gerekse küreselleşme eğilimleri sağlık hizmetlerinin sunumunda özelleştirmeyi hızlandırmaktadır. Birleşmiş Milletler ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar da sağlık hizmetlerindeki bu piyasa yönlü gelişmeyi desteklemektedirler. Nitekim ülkemizde de bu kuruluşların desteği ile 2002 yılında siyasal iktidar "*Acil Eylem Planı*"nı ve sonrasında "*Sağlıkta Dönüşüm Programı*"nı açıklamıştır. 58.Hükümetin 3 Ocak 2003 tarihinde açıkladığı AEP'nda "Sağlıklı Toplum" başlığı altında belirlenen hedefler açıkça ifade edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastanelerin tek bir çatı altında toplanması, hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılması, GSS sistemi ve kurumunun kurulması, aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri

⁷⁴ Tuncay Ekmekçi (2009) a.g.e., s:73, ayrıca bkz. Mümin Oktay(2007) a.g.e. s:33, ayrıca bkz. Ayşe Günaydın(2007), a.g.e., s:24.

kurulması, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi belirlenen hedefler olarak belirtilmiştir.⁷⁵ Sağlıkta Dönüşüm Programı ise, Aile Hekimliği'ne dayalı birinci basamak hizmet modeline uygun bir finansman modelinin geliştirilmesini; daha ileri tetkik ve yatarak tedavi gerektiren hallerde ise kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, işletmecilik esasları ile yönetilen, hizmet sözleşmeleri ile çalışan, idari ve mali açıdan özerk, ikinci basamak hizmet sunumu modeline uygun bir finansman modelinin geliştirilmesini amaçlayan bir programdır.⁷⁶ GSS ise, bu programın 8 bileşeninden biri olarak planlanmıştır. Bu programın amacı, "sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması", olarak sıralanmış ve halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi *etkililik*; kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi, *verimlilik*; insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının sağlanması ise, *hakkaniyet* ilkesi olarak tanımlanmıştır.⁷⁷

Ülkemizde reformdan önceki sürece bakıldığında, sağlık hizmetlerinin farklı kapsam ve kalitede verildiği görölmektedir. şöyle ki, ES, SSK, Bağ-kur ve Yeşil Kart uygulamalarının yaratmış olduğu farklılık ve nüfusun önemli bir kısmının hiçbir fonun parçası olmaması ve her türlü hizmetin dışında kalması ve tabi ki finansman sorunu gibi nedenlerle reform ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Reformla birlikte herkese eşit kapsam ve kalitede hizmet sunulması amaçlanmaktadır. Yine de bazı görüşlere göre, hizmete erişme imkânı olmayan ve GSS çerçevesinde dahi kapsam dışında kalacak olan önemli bir nüfusun varlığı da muhtemeldir.⁷⁸

⁷⁵ Acil Eylem Planı için bkz., www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2224/aep.pdf

⁷⁶ Fikret Gülen, ' 5489 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu', Türk-İş, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayın Organı, Sayı:372, Ank., 2006,s:79.

⁷⁷ Yusuf Alper, 'Sosyal Güvenlik Reformunun İkinci Yılına Girerken Genel Sağlık Sigortası : Sağlanan Gelişmeler ve Sorunlar', Mercek Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası, Yıl:15, Sayı:57, İst.,Ocak 2010,s:72.

⁷⁸ Çağlar Keyder-Nazan Üstündağ-Tuba Ağartan-Çağrı Yoltar, Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, İletişim Yayınları, İst.,2007,s:17

1.4. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ ÖZELLİKLERİ

1.4.1. Genel Olarak

Genel sağlık sigortası, nüfusun tamamının sağlık harcamalarını karşılamaya yönelik bir sistemdir. Ayrıca GSS, T.C vatandaşı olan herkesi ve T.C vatandaşı olmayan ancak Türkiye’de yaşayan çeşitli grupları sağlık hakkının kullanımı bakımından tek bir sistem altında birleştirmeyi amaçlayan bir sistemdir.⁷⁹ Bir başka deyişle, bu sistemde toplumun tüm fertleri sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanır. Etkinlik ve ulaşılabilirlik sistemin en önemli ilkeleri arasında yer alır. Ayrıca GSS, esas itibariyle ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın zorunlu olarak yapılır. Bu çerçevede genellik ilkesi ve zorunluluk ilkesi olmak üzere GSS’nin iki önemli özelliği karşımıza çıkmaktadır.

1.4.2. Genellik İlkesi

Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde faydalanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır. Sağlıklı bir toplumun sağlıklı fertlerden oluşacağı dikkate alındığında ve sağlık hakkının temel bir insan hakkı olduğu düşünüldüğünde, toplumun tüm fertlerinin genel sağlık sigortasından yararlanmasını sağlayan düzenlemenin yerinde olduğu söylenebilir.

Genel sağlık sigortasının temel özelliklerinden birini ‘genellik ilkesi’ oluşturur. Bu ilke, genel sağlık sigortasının tüm toplum birimlerine yaygınlaştırılmasını ifade eder. Modern toplumlarda sosyal devlet ve insan hakları anlayışlarının ön plana çıkmasıyla genel sağlık sigortasının kapsamının da bu doğrultuda genişlediği görülmektedir. Böylece ülkede yaşayan tüm fertler, genel sağlık sigortasından eşit ve etkin bir şekilde faydalanmaktadırlar. ‘Türkiye’de uygulamaya konulan genel sağlık sigortası uygulaması kapsayıcı bir sisteme sahiptir. Genel sağlık sigortasının kişi bakımından kapsamına vatandaşlar değil, istisnalar bir yana bırakıldığında, Türkiye’de ikamet eden herkes alınmaktadır. Kapsam bakımından vatandaş olan ve olmayan ayrımı yapılmamıştır. Bu yönü ile sosyal güvenlik bakımından vatandaş olan ile olmayan arasında ayrım yapılmamasını öngören ve sosyal güvenlik hakkını herkes için düzenleyen Anayasa m.60

⁷⁹ Yusuf Alper, ‘Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası’, Hekimce Bakış, Bursa Tabipler Odası, Sayı:66, Bursa, 2007.

hükmü ve yine bu alanda bir kanunla onaylanmış bulunan ILO'nun 118 sayılı sözleşme hükmüne uygun bir düzenleme yapılmış olmaktadır.⁸⁰ ILO'nun 28 Haziran 1962 tarihinde kabul ettiği ve T.B.M.M. tarafından 29.7.1971 tarih ve 1453 sayılı Kanunla onaylanması uygun bulunmuş olan "Vatandaşlarla Vatandaş Olmayan Kimselere Sosyal Güvenlik Konusunda Eşit İşlem Yapılması Hakkındaki 118 Sayılı Sözleşme"nin onaylanması, Bakanlar Kurulunun 5.7.1973 tarih ve 7/6217 sayılı kararı ile karara bağlanmış bulunmaktadır. Bu sözleşme ile üye devletlere, ülkelerinde bulunan yabancılara sosyal güvenliğe tabi olma açısından ve sağlanacak yardımlardan yararlanmaya hak kazanma açısından kendi vatandaşlarıyla eşit işlem yapma yükümlülüğü öngörülmektedir. Böylece taraf devletler, sözleşmeye taraf olan diğer ülkelerin vatandaşları ile mültecilere ve vatansız kişilere sosyal güvenlik alanında kendi vatandaşları ile eşit muamele yapmayı üstlenirler.⁸¹ Bu çerçevede Avrupa Birliği mevzuatına bakıldığında karşımıza, kısaca "**Sosyal Güvenlik Tüzüğü**" denilen 1408/71 sayılı Tüzük çıkmaktadır. Tüzük, üye ülkelerde, sosyal güvenlik sisteminin uygulanmasında, sigortalıya çalıştığı üye devletin kendi vatandaşına uyguladığı hak ve yükümlülükleri uygulayarak uyrukluğa dayalı ayrımcılığı yasaklamaktadır. Diğer taraftan, sosyal güvenlik sisteminden yararlanmada tek bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanma ilkesi benimsenmiştir. Sosyal güvenlik haklarından yararlanmada, birden fazla sosyal güvenlik sistemini kullanmayı engellemek amacıyla sosyal güvenlik yardımlarının çakışması önlenmektedir. Bu doğrultuda teklik ilkesi gereği, sigortalıya sadece bir üye ülkenin sosyal güvenlik mevzuatı uygulanacaktır.⁸² Ülkemizde yapılan düzenleme ile söz konusu tüzük arasında uyum sağlanmıştır. Genel sağlık sigortası sistemi de, kendi ülke vatandaşları ile istisnalar hariç Türkiye'de ikamet eden yabancı ülke vatandaşlarını da kapsama alarak bütüncül bir yapı sergilemektedir. Ayrıca prim ödeyen vatandaşlarla, primsiz sistem içinde yer alan vatandaşlar da hastalık riski karşısında tek bir sistem içinde sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmış olmaktadır. Böylelikle ülkede yaşayan tüm fertler, temel insan hakkı olan sağlık haklarını elde etme bakımından adil ve etkin bir sistemin içerisine alınmış olmaktadır.

⁸⁰ Kadir Arıcı, 'Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği Sorunu', Sicil İş Hukuku Dergisi, MESS, Sayı:13, İst.,2009,s:151.

⁸¹ M. Bülent Alpar, 'ILO Sosyal Güvenlik Nihai Raporu ve Gerçekleşen Değişiklikler', <http://www.kamu-is.org.tr/pdf/5412.pdf>

⁸² Pir Ali Kaya, Avrupa Birliği ve Türk İş Hukuku Bağlamında Eşitlik İlkesi,Nobel Yayın Dağıtım,Ank., 2007, s:114-115.

1.4.3. Zorunluluk İlkesi

Genel sağlık sigortası, sosyal sigortalar sistematigi içinde ele alınmiştir. Sosyal sigortalarda ‘zorunluluk ilkesi’ egemen olup, kimlerin zorunlu sigortalı sayılacağı, karşılanacak riskler, sağlanacak yararlar kanunla belirlenir.⁸³ Bir başka deyişle, sigortalı olmanın kişinin isteğine bağlı olması söz konusu olamaz. Kamu otoritesince zorunlu kılınmıştır.

‘Sosyal sigortaları özel sigortalardan ayıran en belirgin özellik zorunluluk ilkesinde kendisini gösterir. Sigortalı olma ve sigorta yardımlarından yararlanma, özel sigortaların aksine, kişinin iradesine terk edilmemiştir.’⁸⁴ Bu çerçevede genel sağlık sigortası sisteminde sisteme iştirak, esas itibariyle zorunludur. Ancak daha fazla kişiyi sosyal güvenlik şemsiyesi altına almak amacıyla isteğe bağlılık eski sisteme göre büyük ölçüde genişletilmiştir. İsteğe bağlı olarak sisteme girişin kolaylaştırılması ve isteğe bağlı sigorta imkânlarının artırılması sistemin zorunluluk esasından ayrıldığı anlamına gelmez.⁸⁵ İsteğe bağlılık, her ne kadar gönüllülük esasına dayandırılmış olsa da ve istisna olarak görülse de prim ödemede zorunluluk aynen devam etmektedir. Buradaki isteğe bağlılık, sisteme dâhil olmak ya da olmamak noktasında kendini göstermektedir.

5510 sayılı Yasa, sigortalı, isteğe bağlı sigortalı ve genel sağlık sigortalısı olmak üzere üç türlü sigortalılık kavramı getirmiştir. Yasa kısa ve uzun vadeli sigortalılar ile genel sağlık sigortası kapsamındaki kişiler için sigortalılığı zorunlu kılmıştır.⁸⁶

Zorunlu sigortalılık ilişkisinde, tarafların sözleşme özgürlüğü ile kurulan özel sigorta ilişkisinden farklı olarak, sigortalıların sigorta ilişkisini kurma ya da sigortalanmadan kaçınmaları söz konusu değildir. ‘Sosyal Güvenliğin bu evrensel ilkesi, 1936 İş Kanununun 101.maddesinde açıkça düzenlenmiştir. Buna göre; “İşçiler işyerlerine alınmalarıyla beraber kendiliğinden sigortalı olunmuş olurlar. Bunlar bu suretle sigortalı olmak hak ve vecibelerinden feragat veya istinkâf edemezler. İşçi sigorta hak ve vecibelerini azaltmak veya başkasına devir veya ferağ etmek yolunda sigortalı işçinin işverenle yahut üçüncü bir şahısla vukubulacak her türlü akitleri de hükümsüzdür.” Aynı

⁸³ Müjdat Şakar (2006),a.g.e., s.104.

⁸⁴ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s:39.

⁸⁵ Kadir Arıcı (2009), a.g.m.,s:152.

⁸⁶ Tuncay&Ekmekçi(2008),a.g.e.,s.100

ilke 01.10.2008 tarihinde 5510 s.K.un yürürlüğe girmesiyle yürürlükten kaldırılan 506 sayılı Kanunun 6.maddesinde de ifadesini bulmuştur.⁸⁷ Kısa ve uzun vadeli sigorta kollarında olduğu gibi genel sağlık sigortasına da katılım zorunludur. 5510 sayılı Kanunun 92 nci maddesinin birinci fıkrasında genel sağlık sigortalılığının zorunlu olduğu, kişinin isteğine bağlı olmadığı vurgulanmıştır. Maddeye göre, '*Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamındaki kişilerin sigortalı ve genel sağlık sigortalısı olması, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ise genel sağlık sigortalısı olması zorunludur. Bu Kanunda yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak, vazgeçmek veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir.*' (5510 s.K. md.92/I). Bu madde hükmüne göre, burada kişinin iradesi rol oynamaz. Kişi, sigortalı olma hakkından vazgeçemez. Bu maddede yer alan hükümlerin aksine bir akid yapamaz.

5510 sayılı Kanun'un 62 nci maddesinde genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ve onun bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yararlanacağı belirtildikten sonra, bu hizmetlerden yararlanmanın bu kişiler için bir hak, Kurum için ise hizmet ve hakları sağlamanın bir yükümlülük olduğu vurgulanmıştır(md.62/1). Kanun ayrıca, bu kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklarla, kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamayacağını (md.62/3) belirterek Kuruma çok prim ödeyenin de az prim ödeyenin de bu hizmet ve haklardan eşit biçimde (mutlak eşitlik ilkesi) yararlanacaklarını, sigortalılar ve bakmakla yükümlü olunan kişiler arasında ayırım yapılamayacağını vurgulamış olmaktadır.⁸⁸

5510 sayılı Kanun'un 60 ıncı maddesinde "Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar" başlığı altında neredeyse ülkede yaşayan herkes zorunlu olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. 4/a kapsamında sigortalı olanların sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihi takip eden 10.günden, 4/b ve 4/c kapsamında sigortalı olanların ise sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 'tabi oldukları bent kapsamındaki' genel sağlık sigortalılıkları sona erer. Ancak, kişinin '60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki' genel sağlık sigortalılığı sona erse bile, Kanun'un 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının bir başka bendi kapsamında genel sağlık sigortalılığı başlayacaktır. Yani, genel sağlık sigortasından kaçış neredeyse imkânsızdır. Sosyal sigortalılığın sona

⁸⁷ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990), a.g.e.,s39.

⁸⁸ Tuncay&Ekmekçi (2008),a.g.e.,s.125.

ermesinden ve sigortalılık niteliğinin kaybedilmesinden söz edilebilir ama genel sağlık sigortalılığının sona ermesinden söz edilemez.⁸⁹

Özetleyecek olursak, Kanun'un 60 ıncı maddesinde sayılanların genel sağlık sigortalısı olmaları zorunludur. Kanun kapsamında olan hiç kimse genel sağlık sigortalısı olma hakkından feragat edemez ya da Kanunda belirtilen yükümlülükleri yerine getirmekten kaçınmaz. Bunun aksini içeren herhangi bir sözleşme yapamaz.

1.4.4. Tescil İlkesi

5510 sayılı Kanununun 61 inci maddesinde genel sağlık sigortalılığı başlangıcının tespit ve tescil işlemleri açıkça ifade edilmiştir. Bu kapsamda genel sağlık sigortalısı olanların sigortalılık ilişkilerinin başlangıcı, bildiri ve tescili, sigortalıların durumuna göre farklılıklar göstermektedir. Nitekim 61 inci madde, md.60 ile kapsama aldıklarından bir kısmını bildirimde bulunmaya gerek olmaksızın tescil edilmiş saymıştır. Bir kısmını ise, bir ay içerisinde tescil yaptırmakla yükümlü tutmuştur.

- 4/a, 4/b,4/c kapsamında sigortalı olanlar ile isteğe bağlı sigortalı olanlar, sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildiriye gerek duyulmaksızın tescil edilmiş sayılır(md. 61/1-a).
- Primleri devlet tarafından ödenenlerden aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar, Kurumca tescil edildiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar. Bu kişilerin taleplerinin Kurumca değerlendirilmesi sonucu, talep tarihi itibariyle müstahak olduğu anlaşılanların talep tarihi, daha sonra müstahak olanların ise müstahak oldukları tarih, kurumca tescil edildikleri tarih olarak kabul edilir. İlgili mevzuat gereğince aylığa hak kazananlar, aylığa hak kazandıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar. Vatansız ve sığınmacılar, vatansız ve sığınmacı sayıldıkları tarihten itibaren, SHÇEK Kanunu gereğince korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler ise bu hizmetlerden ücretsiz yararlanmaya başladığı tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve

⁸⁹ Müjdat Şakar (2009),a.g.e., s:355.

ilgili kurumlarca kapsama alındığı tarihten itibaren bir ay içinde kuruma bildirilir (md. 61/1-b).

- Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşları; Türkiye'deki yerleşim sürelerinin bir yılı geçtiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler (md. 61/1-c).
- İşsizlik veya kısa çalışma ödeneğinden faydalananlar, söz konusu ödenekten faydalanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar. Türkiye İş Kurumu tarafından işsizlik ödeneğinin bağlandığı tarihten itibaren bir ay içinde Kuruma bildirilir (md. 61/1-d).
- Kurumdan gelir veya aylık alan kişiler, gelir veya aylıktan yararlanmaya başladığı tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirim gerek olmaksızın tescil edilmiş sayılır (md. 61/1-e).
- Diğer bentlere göre genel sağlık sigortalısı olma hakkını kaybeden ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar, diğer bentlere göre genel sağlık sigortalısı olmadıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler. Ancak, 4/a, 4/b, 4/c kapsamında genel sağlık sigortası sayılanların zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren 10 gün sonra bu bent kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır (md. 61/1-f).
- Genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tesciline bağlı olmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek kalmaksızın 18 yaşını dolduruncaya kadar genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır. 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babası da yok ise 18 yaşını dolduruncaya kadar 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında primi Devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılır (md. 61/2).

- 60 ıncı madde kapsamında genel sağlık sigortalısı iken durumunda değişiklik olan kişilerden, aynı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendine veya (g) bendi kapsamına giren kişiler durumlarında değişiklik olduğu tarihten itibaren en geç bir ay içinde Kuruma başvurmak zorundadır. Bu kişilerin 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamına girmediğinin tespit edilmesi halinde, durumlarında değişiklik olduğu tarihten başlamak üzere (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılırlar (md.61/3).

Genel sağlık sigortalılığı, yerleşim yerinin Türkiye olmadığı veya 60 ıncı maddenin üçüncü fıkrası gereği genel sağlık sigortası kapsamı dışına çıkılan tarihten itibaren sona erer.

1.5. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ KAPSAMI

1.5.1. Genel Olarak

Genel sağlık sigortası sisteminde, bir ülkede yaşayan tüm vatandaşlar, gerek prim ödeyerek, gerekse prim ödemediğinden yani primleri devlet tarafından ödenerek sağlık sigortası kapsamına alınır. Bu sistemle, toplumda yaşayan tüm fertlerin sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanması amaçlanmaktadır.

Hastalık halinde sağlıkla ilgili maddi yüklere karşı, toplumdaki her bir bireyin korunması, sosyal dayanışmanın bir ifadesi olarak kabul edilmesine rağmen, genel sağlık sigortası sistemi tarafından kapsama alınması gereken nüfusun oranı ile ilgili genel bir kural yoktur. Ancak aşikâr çözüm, tüm nüfusun kapsama alınmasıdır.⁹⁰

5510 sayılı Kanundan önce ülkemizde dağınık ve yararlanma koşulları birbirinden farklı sistemler mevcuttu. Bunun yanı sıra, nüfusun tümü kapsama alınamamıştı. Tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi konusunda eşitlik sağlanamamıştı. Oysa sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması hastalıkların ilerlemesine engel olmakta, sağlıklı bir toplum yaratılmasına yardımcı olmaktadır. Bu düşünceden yola çıkılarak, Genel Sağlık Sigortası ile birlikte tüm nüfusun kapsama alınması için düzenlemeler yapılmıştır.

⁹⁰ Charles Normand -Axel Weber (1994), a.g.m., s:37.

5510 sayılı Kanununun 3.maddesinde; *'Genel sağlık sigortası: Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta'* olarak tanımlanırken, *'Genel sağlık sigortalısı: Kanununun 60.maddesinde sayılan kişiler'* şeklinde ilgili maddeye atıf yapılarak tanımlanmıştır.

Kanuna göre, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler ise şu şekilde tarif edilmiştir: *'Bakmakla yükümlü olduğu kişi: Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinin dışında kalan genel sağlık sigortalısının, sigortalı sayılmayan veya isteğe bağlı sigortalı olmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;*

a) Eşi,

b)18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde mesleki eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malul olduğu tespit edilen evli olmayan çocuklarını,

c)Geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı Kurumca belirlenen kriterlere göre tespit edilen ana ve babasını' ifade eder.(md.3)

Kanunda, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler yukarıdaki gibi ifade edilmiş, ancak Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nde sigortalının bakmakla yükümlü olduğu anne ve babası ile ilgili olarak *'Her türlü kazanç ve irattan elde ettiği gelirinin asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan ana ve babası'* şeklinde bir ifade kullanılmıştır.⁹¹ Kısaca GSSİY'de anne ve babanın bakmakla yükümlü olunan kişi sayılabilmesi için, söz konusu kişilerin elde ettiği her türlü kazanç ve gelirin net asgari ücret tutarından az olması gerekmekte, başka çocuğundan sağlık yardımı almıyor olması şartı aranmaktadır.

⁹¹ Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği, www.sgk.gov.tr

5510 sayılı Kanun'da GSS kapsamına alınan kişilerle ilgili konular oldukça karmaşık bir şekilde düzenlenmesine rağmen, GSS'lı sayılmaları için kişilerin 'Türkiye'de ikamet ediyor olmaları' şartı 60 ıncı maddenin ilk fıkrasında açıkça ifade edilmiştir. Ayrıca söz konusu maddede GSS kapsamına alınan kişiler, tek tek sayılmak suretiyle tanımlanmıştır.

1.5.2. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar

Daha önce de belirtildiği gibi, toplumda yaşayan tüm vatandaşlar ya primlerini kendi ödeyerek ya da primleri devlet tarafından ödenmek suretiyle sağlık hizmetlerinden yararlanacaklardır. 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinde sağlık hizmetinden yararlanacak olanlar, bir başka deyişle genel sağlık sigortalısı sayılanlar açık bir şekilde ifade edilmiştir. Söz konusu maddeye göre; ' *Yerleşim yeri Türkiye olan kişilerden;*

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

1) (a) ve (c) bentleri gereğince sigortalı sayılan kişiler,

2) (b) bendi gereğince sigortalı sayılan kişiler,

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

c) Yukarıdaki (a) ve(b) bentlerine göre sigortalı sayılmayanlardan;

1) Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,

2) Vatansızlar ve sığınmacılar,

3) 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

4) 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,

5) 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

6) 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

7) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

8) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,

9) 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler, ile aynı Kanunun ek 16 ncı maddesine göre aylık alan kişiler,

10) 11/10/1983 tarihli ve 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

d) Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

e) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

f) Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler,

g) Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,

Genel sağlık sigortalısı sayılır (md.60).

Ayrıca; 28 Ağustos 2008 tarihinde çıkarılan Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nin 6 ıncı maddesinde Kanun'da kapsamda açıkça belirtilmemiş olan kişiler de kapsama alınmıştır. Bu kişiler;

** Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalılardan iş sözleşmesi askıda kalanlar, iş sözleşmesinin askıda kaldığı süre içinde,*

** 5510 sayılı Kanunun geçici 13 üncü maddesine göre 24/11/1994 tarihli ve 4046 sayılı Kanunun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanlar, 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrası (a) bendi kapsamında,*

** 5510 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin (g) bendi gereği Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce yurt dışındaki işyerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk işçileri Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrası (a) bendi kapsamında,*

** 5510 sayılı Kanunun 37 nci maddesi gereğince evlenme ödeneği alan kız çocuklardan; eşleri tarafından bakmakla yükümlü olunmayanlar ile iki yıllık süre içinde eşlerinden boşanan kız çocukları, gelir/aylıklarının kesildiği tarihten itibaren iki yıllık sürenin sonuna kadar 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrası (f) bendi kapsamında,*

genel sağlık sigortalısı sayılır.

Genel sağlık sigortası kapsamına bakıldığında kapsamda sayılanları üç kısımda incelemek mümkündür. İlk kısımda **prim ödeyerek genel sağlık sigortalısı sayılanlar** yer almaktadır. 4/1-a, 4/1-b, 4/1-c kapsamında yer alan sigortalılar bu kısımda sayılırlar. Bir başka deyişle, işçiler, memurlar ve kendi adına bağımsız çalışanlar prim ödeyerek genel sağlık sigortalısı sayılanlar arasında yer alırlar. Ayrıca Kanunun 4.maddesinde belirtilen ve 4-a kapsamındaki sigortalılar gibi değerlendirilen, işçi sendikalarının yönetim kuruluna seçilenler, güzel sanatlarla uğraşanlar, yabancı uyruklu kişiler koruma bekçileri, genel ev kadınları, usta öğreticiler, ders ücreti karşılığı çalışanlar ve geçici işçiler ile 4-c kapsamındaki sigortalılar gibi değerlendirilen kuruluş ve personel kanunları ile devlet memurları gibi emeklilik hakkına sahip olanlar, Cumhurbaşkanı, Başbakan, bakanlar, TBMM üyeleri, il daimi komisyonu üyeleri, memur sendikalarında görev alanlar, harp okulu ve polis okulu öğrencilerini de prim ödeyerek genel sağlık sigortalısı sayılanlar arasına dâhil etmek gerekir. İkinci kısımda ise, **çalışmaya bağlı geliri olmayan ancak prim ödeyerek genel sağlık sigortalısı sayılanlar** yer alır. Bunlar; isteğe bağlı sigortalı olanlar (m.60/1-b), müteakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla oturma izni almış

yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler (m.60/1-d) ile bu Kanuna göre genel sağlık sigortalısı sayılanlar dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlardır(m.60/1-g). Üçüncü kısımda ise, **primleri Devlet tarafından ödenerek genel sağlık sigortalısı sayılanlar** yer almaktadır. Düşük gelirliler, 2022 sayılı Kanun kapsamında muhtaç vatandaş aylığı alanlar, 1005 sayılı Kanun kapsamında Şeref Aylığı alanlar, 3292 sayılı Kanun gereğince Vatani Hizmet tertibinden aylık bağlananlar, 2330 sayılı Kanun gereğince aylık bağlanan kişiler, 2828 sayılı SHÇEK Kanunu hükümlerine göre koruma ve bakım hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalananlar, harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar, 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16 ncı maddesine göre aylık alan kişiler, 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, primleri devlet tarafından ödenerek GSS kapsamında sigortalı sayılmışlardır. Ayrıca bu gruba, primleri İş-Kur tarafından ödenen 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneğinden faydalanan kişiler de dâhil edilebilir.⁹²

Ayrıca 60 ıncı maddede, '*6 ncı maddenin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (f), (g), (h), (ı) ve (k) bentlerinde sayılanların öncelikle, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olup olmadığına bakılır. Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi ise tescili yapılmaz. Aksi takdirde birinci fıkra hükümlerinden durumuna uyan bende göre genel sağlık sigortalısı sayılır. Birinci fıkranın (f) bendi kapsamında gelir alması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanlar, aynı zamanda diğer bentler gereği de genel sağlık sigortalısı sayılması halinde (f) bendi dışındaki bentler kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.*' hükmü yer almaktadır(md.60/II). Bu hükme göre, 6 ıncı maddede belirtilen sigortalı sayılmayanlardan; işverenin işyerinde ücretsiz çalışan eşi, aynı konutta birlikte yaşayan ve üçüncü derece dâhil bu dereceye kadar hısımlar arasında ve aralarına dışarıdan başka kimse katılmaksızın, yaşadıkları konut içinde yapılan işlerde çalışanlar, ev hizmetlerinde çalışanlar (ücretle ve sürekli olarak çalışanlar hariç), resmî meslek ve sanat okulları ile yetkili resmî makamların izniyle kurulan meslek veya sanat okullarında ve yüksek okullarda fiilen normal eğitim süreleri içinde yapılan, tatbikî mahiyetteki yapım ve

⁹² Yusuf Alper, a.g.m. (2007)

Üretim işlerinde çalışan öğrenciler, sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen, hasta veya malûller, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri gereği sigortalı sayılması gerekenlerden 18 yaşını doldurmamış olanlar, kamu idareleri hariç olmak üzere, tarım işlerinde veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu Kanunda tanımlanan prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler, kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlardan, aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyetine ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenlerin öncelikle genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olup olmadığına bakılır. Eğer genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi değil ise, birinci fıkr hükümlerinden durumuna uyan bende göre genel sağlık sigortalısı sayılır.

Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişilerde ise, bu kişilerin öncelikle diğer bentler gereği genel sağlık sigortalısı olup olmadığına bakılır. 5510 s.K.nun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi kapsamında gelir alması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanlar, aynı zamanda diğer bentler gereği de genel sağlık sigortalısı sayılması halinde (f) bendi dışındaki bentler kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.(md.60/II) rneğin, emekli aylığı alan bir kişi aynı zamanda ticari bir faaliyette bulunuyorsa, yaptđı ticari faaliyet kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır. Bir başka örnekle açıklamak gerekirse, malullük aylığı alan bir kişi, aynı zamanda madalya aylığına hak kazanmış ise,60/1-c kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılacak, bir diğer ifadeyle genel sağlık sigortası primi devlet tarafından ödenecektir.

Birinci fıkranın (d) ve (g) bentlerinin uygulanmasında evli olanlar için, eşlerden hangisinin bu maddeye göre genel sağlık sigortalısı, hangisinin bakmakla yükümlü olunan kişi olacağının tespiti kendi tercihlerine bırakılır. Diğer bentler gereği eşlerin her ikisinin de genel sağlık sigortalılık şartlarının oluşması halinde her ikisi de ayrı ayrı genel sağlık sigortalısı sayılır.(md.60/4) Bu hükme göre, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler ile 60 ıncı maddede belirtilen bentler gereği kapsama alınmamış olan ve başka bir ülkede sağlık

sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlarda evli olanlar, eşlerden hangisinin genel sağlık sigortalısı, hangisinin bakmakla yükümlü olunan kişi olacağına kendileri karar verecektir. Ancak her ikisi de genel sağlık sigortası kapsamına giriyorsa, ayrı ayrı genel sağlık sigortalısı sayılacaklardır.

60 ıncı maddenin 5inci fıkrasında yapılan düzenlemeye göre, ‘4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan, ilgili kanunları gereğince bir yıldan fazla aylıksız izin kullanan eşler, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılır.’ Bu hükme göre, 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan ilgili kanunları gereğince aylıksız izin sürelerini bir yıla kadar kullananlar, bu süre boyunca genel sağlık sigortalısı sayılırlar. Bir yıldan fazla aylıksız izin kullanması halinde genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılacaklardır. Ayrıca, bir yıla kadar aylıksız izin sürelerinde, bu sürenin bitiminde göreve başlanması halinde genel sağlık sigortasından yararlanmak için ayrıca 30 gün prim ödenmesi şartı aranmaz.⁹³

60 ıncı maddenin son fıkrasına göre, ‘Bu maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi ile 80 inci maddede belirtilen aile; aynı hane içerisinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük ana ve büyük babadan oluşur.’ Görüldüğü gibi 60 ıncı maddenin son fıkrasında ilgili maddelerde geçen aile kavramının ne ifade ettiği açıkça ortaya konmuştur. Söz konusu hükme göre, Kanunda yer alan aile kavramı, aynı hane içerisinde yaşayan eş, evli olmayan çocuklar ile büyük anne ve büyük babadan oluşan topluluğu ifade eder. Ayrıca yeni düzenleme ile birlikte; 18 yaşını doldurmamış olan kişiler, bakıma muhtaç kişiler, acil haller, iş kazası ve meslek hastalığı halleri ile bulaşıcı hastalıklarda şartsız olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma imkânı getirilmektedir. GSSİY’nin 6 ncı maddesinin 10 uncu bendinin 4 üncü alt bendinde bahsedildiği üzere ‘Ana ve babası tarafından bakmakla yükümlü olunan kişi dahi olsa genel sağlık sigortasına ilişkin primlerinin ödenmemesi hâlinde 18 yaşını dolduruncaya kadar 61 inci maddenin ikinci fıkrası kapsamında’ genel sağlık sigortalısı sayılır. Yani anne ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18

⁹³ Müjdat Şakar (2009),a.g.e., s:361, ayrıca bkz. GSSİY md.6/7 www.sgk.gov.tr

yaşını dolduruncaya kadar genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır.

Görüldüğü gibi Genel Sağlık Sigortası düzenlemeleri ile ülke sınırları içerisinde yaşayan tüm vatandaşlara sağlık güvencesi getirilmektedir. Kanun, vatansızlar ve sığınmacılar dâhil herkesi genel sağlık sigortası kapsamına almıştır. 18 yaşından küçük çocuklar, anne ya da babaları tescil edilmese veya prim ödeme ve diğer yükümlülüklerini yerine getirmeseler dahi sağlık yardımlarından yararlandırılacaktır. Bunların tescilleri otomatik olarak yapılmıştır.

1.5.3. Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Sayılanlar

Kanuna göre, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler ise şu şekilde tarif edilmiştir: *'Bakmakla yükümlü olduğu kişi: Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinin dışında kalan genel sağlık sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;*

a) Eşi,

b) 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde mesleki eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malul olduğu tespit edilen evli olmayan çocuklarını,

c) Geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı Kurumca belirlenen kriterlere göre tespit edilen ana ve babasını' ifade eder. (md.3)

Yukarıdaki tanımlardan da anlaşılacağı gibi, eş, çocuklar ve ana-baba genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler olarak sayılmaktadır. Ancak burada ilk şart, bağımlı nüfus kapsamındaki kişilerin sigortalı olmaması veya kendi sigortalılıkları nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olmasıdır. Bunun yanı sıra, yaş sınırı kız ve erkek çocuklar için eğitim şartına bağlı olarak 25 yaş ile sınırlandırılacaktır. Ayrıca ailesi adına sağlık hizmeti alan bir kişinin evlenmesi durumunda da bu hakkı ortadan kalkacaktır. Ancak, ailesi adına sağlık hizmeti alma koşullarını yitiren ve evli olmadığı tespit edilen özürli çocuklar, sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam edeceklerdir. Genel Sağlık

Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nde malullük konusuna açıklık getirilmiştir. Yönetmelik malul çocuğu, *'yaşına bakılmaksızın çalışma gücünü en az % 60 oranında yitirdiği Kurum Sağlık Kurulu tarafından tespit edilen evli olmayan çocuk'* olarak ifade etmiştir.(Bkz. GSSİY md.7/ b)

5510 sayılı Kanun'a göre anne ve babanın sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılabilmesi için, yukarıda belirtildiği gibi geçiminin sigortalı tarafından sağlandığının Kurumca tespit edilmesi gerekmektedir.Ancak Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği 7 nci maddesinde bu konuya da açıklık getirerek, *'Her türlü kazanç ve irattan elde ettiği gelirinin asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan ana ve babası'* şeklinde ifade etmiştir.

GSS'li sayılanlarla ilgili olarak bir diğer husus da, anne ve babası boşanmış olan çocuklarla ilgili yapılan düzenlemedir. GSSİY 7 nci maddesinin 2 nci fıkrasında *'Ana ve babası boşanmış çocukların, genel sağlık sigortası kapsamındaki hakları, mahkeme kararı ile velayet hakkı verilmiş olan genel sağlık sigortalısı ana ya da baba üzerinden sağlanır. Velayet hakkı verilmeyen kişinin üzerinden de sağlık hizmeti ile yol gideri, gündelik ve refakatçi hakları sağlanabilir. Bu durum, çocuğun sağlık hizmeti ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlandırılacağı ana ya da baba tarafından Kuruma verilecek bir dilekçe ile belgelenir.'* şeklinde düzenlenmiştir. Hükme göre, annesi ve babası boşanmış olan çocuğa bakmakla yükümlü olan kişi esas olarak, mahkeme kararı ile velayet hakkı verilmiş olan anne veya babasıdır. Ancak talep edildiği takdirde, Kurum'a dilekçe verilmesi suretiyle velayet hakkı verilmeyen kişi üzerinden de, çocuğa sağlık hizmeti ile yol gideri, gündelik ve refakatçi hakları sağlanabilir.

'5510 sayılı Kanunla birlikte çocukların genel sağlık sigortası yardımlarından yararlanmaları konusunda en önemli değişiklik, kız çocuklarının bakmakla yükümlü olunan kişi olarak genel sağlık sigortası yardımlarından faydalanmaları alanında olmuştur. Çünkü 5510 sayılı Kanunla birlikte, malul olmayan kız çocuklarının bakmakla yükümlü olunan kişi olarak genel sağlık sigortası yardımlarından yararlanmaları için belli yaşlara kadar öğrenci olma şartları getirilmiş, aksi halde genel sağlık sigortası yardımlarından yararlanma imkânlarının sona erdirileceği hüküm altına alınmıştır. Ancak,5510 sayılı Kanun'un geçici 12.maddesiyle, 01.10.2008 tarihinden önce sağlık yardımlarından yararlanmaya başlayan ve malul olmayan kız çocuklarının durumlarında bir değişiklik

olana kadar, 01.10.2008 tarihinden sonra da belli yaşlara kadar öğrenci olma şartları aranılmadan, genel sağlık sigortasından yararlanmaya devam edebilecekleri öngörülmüştür.⁹⁴ Özetle, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte ilgili kanunları gereği bakmakla yükümlü olunan kız çocukları bu Kanun gereğince de bakmakla yükümlü olunan kişi sayılır. Ancak durumlarında değişiklik olduğunda sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları bu Kanun hükümlerine göre yeniden belirlenir. Bu kişilerin sigortalı ve sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilere ilişkin bilgileri ilgili kurumlar tarafından bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren en geç üç ay içinde Kuruma bildirilir.⁹⁵

1.5.4. Genel Sağlık Sigortalısı veya Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Sayılmayanlar

5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesinin 3 üncü fıkrasında genel sağlık sigortalısı sayılanların yanında genel sağlık sigortalısı sayılmayacaklar da açık bir biçimde ifade edilmiştir.

6 ncı maddenin birinci fıkrasının (d), (e) ve (l) bentleri kapsamında olanlar, ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular, birinci fıkranın (d) bendi kapsamına girenlerden Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar, (f) bendi kapsamında olup mülga 30/5/1978 tarihli ve 2147 sayılı ve 8/5/1985 tarihli ve 3201 sayılı kanunlara göre borçlanarak aylık bağlanan kişilerden ise Türkiye'de ikamet etmeyenler genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar (md.60). Bu düzenleme ile askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri, yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tâbi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tâbi olanlar, kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri

⁹⁴ Müjdat Şakar (2009),a.g.e., s:369

⁹⁵ 5510 s.K. Geçici md.12/8, www.sgk.gov.tr

çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kapsama alınmamışlardır. Bunun yanında mütekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişilerden Türkiye’de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar ile ceza infaz kurumları ve tutukevlerinde bulunan hükümlü ve tutuklular da genel sağlık sigortalısı ve sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar. Son olarak, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (f) bendi kapsamında olup mülga 30/5/1978 tarihli ve 2147 sayılı ve 8/5/1985 tarihli ve 3201 sayılı kanunlara göre borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye’de ikamet etmeyenler genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar.

Ayrıca, isteğe bağlı sigortalı olan yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye’de yerleşik olma hâli bir yılı doldurmamayanlar ile harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak Kurum tarafından belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar ile vatansız ve sığınmacıların eş, çocuk ve anne babalarının bakmakla yükümlü olunan kişi olamayacağı ifade edilmiştir.(GSSİY md.8)

1.6. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ FİNANSMANI

1.6.1. Genel Olarak

5510 s.K. da öngörülen GSS, sağlıkta dönüşüm projesinde bahsedilen “ *herkesten ödeme gücü esas alınarak prim tahsil edilmesi* ” ilkesine uygun olarak “ *katılımın zorunlu olduğu* ” bir primli finansman sistemidir.⁹⁶ Yeni düzenleme ile mali açıdan sürdürülebilir bir yapı olma özelliğini kaybetmiş olan Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde bozulmuş olan aktif-pasif dengesini sağlamak, sürdürülebilir ve güvenilir bir sistem kurmak amaçlanmıştır.⁹⁷ Bir yandan sağlık hizmetlerine olan talebin artması, diğer yandan sağlık

⁹⁶ Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:73.

⁹⁷ Nitekim genel gerekçede ifade edildiği gibi, ülkemizde reformdan önce tüm nüfus kamu sağlık güvencesi yönünden kapsama alınamamış; sağlık hizmeti harcamaları kişilerin iyileşmesini hedefleyen bütünlük bir politika çerçevesinde yapılamamıştır. Birinci basamak yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması, harcama düzeyini artırmıştır. Reformla birlikte bu

kurumlarının kaliteli sağlık hizmeti sunmak için gösterdikleri çabalar sağlık giderlerini arttırmış, sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarının giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için de finansmanın hangi kaynaklardan nasıl karşılanacağı önemli bir konu haline gelmiştir. Nitekim GSS, sağlık harcamalarının karşılanması ile ilgili bir finansman yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır.⁹⁸

Bilindiği gibi sağlık hizmeti ucuz bir hizmet değildir. Sağlık ihtiyacı ise, önceden tahmin edilemeyen bir zamanda ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkabilir. Böyle bir durumda, tüm bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli olan maddi imkânlarla sahip olması beklenemez. Dolayısıyla sosyal devlet anlayışı gereği ülkeler, toplumda yaşayan tüm bireyleri sağlık güvencesine almak durumundadırlar. Bu durum da çok ciddi ölçüde kaynak ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla tüm dünyada sağlık sisteminin finansmanı bir sorun olarak görülmekte, kaynak ihtiyacını karşılamak için de ülkeler kendi sosyo-ekonomik durumlarını dikkate alarak çeşitli finansman yöntemleri geliştirmektedirler. Finansman yöntemlerinin hangilerinin finansal açıdan sürdürülebilirliğinin (financial sustainability)⁹⁹ ve kapsamlı erişimin (universal access)¹⁰⁰ daha iyi sağlanabildiği konusunda oldukça yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Ancak vergi ve sigorta temelli yöntemlerin bir karışımının kullanılması en iyi seçenek olarak görülmektedir.¹⁰¹ Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin finansmanı için uygulanan sistemlere bakıldığında üç temel sistem karşımıza çıkmaktadır. Bu sistemler Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi, Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi ve Özel Sağlık Sigortası Sistemi'dir. Ülkemizdeki sistemi anlayabilmek için bu sistemlere değinmek yerinde olacaktır.

eksiklikler giderilmeye çalışılmış, tüm nüfusun kapsama alınması hedeflenmiştir. Prime dayalı bu sistemde, yüksek gelir grupları düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanlar hasta olanları, bekâr olanlar aile sahiplerini finanse etmesi amaçlanmış, bu çerçevede, sistemin riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülüp, gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından biri haline getirilmesi öngörülmüştür. Bkz. Kaya&Güneri (2006),a.g.e.,s:402.

⁹⁸ Yusuf Alper (2007), a.g.m.

⁹⁹ Finansal sürdürülebilirlik; en basit tanımı ile gelir gider dengesinin sağlanabilmesidir. Finansal yönetim ve planlama, kendi kendini finanse etme dâhil tüm kaynak oluşturma faaliyetleri sayesinde finansal sürdürülebilirlik gerçekleştirilir.

¹⁰⁰ Kapsamlı erişim: Sağlık hakkının temel insan hakkı boyutu dikkate alınarak ülkesellik ya da coğrafilik koşulları dikkate alınmadan dünyanın neresinde olursa olsun riske maruz kalındığı takdirde kişinin sağlık riskine karşı korunmasını öngören evrensel bir ilkedir.

¹⁰¹ Birkan Tapan, Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği, (Yayınlanmamış Doktora Tezi),Kadir Has Üniversitesi, İst., 2008,s:11

1.6.2. Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi ¹⁰²

Beveridge sistemi olarak da anılan Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi başta İngiltere olmak üzere Kanada, İsveç, Y.Zelanda, İspanya ve İtalya gibi birçok ülkede uygulama alanı bulmuştur. Bu sistemde, sağlık harcamaları vergilerle finanse edilen kamu kaynaklarından karşılanmakta ve tüm nüfus ücretsiz olarak sağlık yardımlarından yararlanmaktadır. Bu sistemin temelinde her vatandaş, sağlık hizmetlerine vatandaşlık bağı ile hak kazanmakta ülke vatandaşı olmak, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için gerekli ve yeterli koşul olarak kabul edilmektedir. Sistemin vergilerle finanse edilmesinin yanı sıra, sağlık hizmetinin kullanıldığı çeşitli aşamalarda kişilerin belli bir katkı payı ödemesi (ilaçlarda olduğu gibi), sistemin vergi ile finanse edilmesi ilkesini ortadan kaldırmamaktadır. ¹⁰³

İngiltere’de II. Dünya Savaşı öncesi, 1929 ekonomik bunalımının ardından, güçlenen işçi sınıfının mücadelesini engelleyebilmek ve savaş yıllarında artan kamuoyu talebine yanıt verebilmek için, sosyalist ülkelerdeki sağlık sistemi modelleri incelenerek Ulusal Sağlık Hizmetleri Servisi (USH) oluşturulmuştur. Beveridge Raporu’nda öneri olarak sunulan sistemin kuruluş yasası 1948’de çıkarılmıştır. National Health Service (NHS) olarak adlandırılan bu sistemin temel özellikleri, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin genel vergilerle finanse edilmesi, tüm nüfusu kapsamı ve eşitlik prensiplerine dayanmasıdır. Dolayısıyla vatandaşlar prim adı altında ikinci kez vergilendirilmezler. ¹⁰⁴ Ayrıca bu modelde, "*yönetimde birlik*" ve sosyal güvenlik yardımları açısından "*teklik ilkesi*" esastır. Ulusal düzeyde tek bir sosyal güvenlik kurumu olmakta ve bunun yönetimi tek bir bakanlığa verilmektedir. Ülkemizde reformla getirilen "*tek çatı modeli* ", örgütlenme yönüyle ve 5510 sayılı Yasa çerçevesinde *herkesin tek bir sistemde kapsama alınması* yönüyle bu modelle benzerlik göstermektedir. Yönetim açısından "Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı" adı altında tek bir kurum öngörülmekte ve bu kurum da, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın ilgili kuruluşu olarak kabul edilmektedir. Kapsam ve sosyal sigorta kolları açısından bakıldığında ise, Sosyal Sigortalar

¹⁰² Beveridge Sistemi, ileride İngiltere Sağlık Sistemi çerçevesinde ayrıntılı olarak inceleneceğinden bu kısımda sadece finansman boyutuyla ele alınmıştır.

¹⁰³ Mümin Oktay (2007), a.g.e.

¹⁰⁴ Rana Çetin, ‘İngiltere, Almanya ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları’,2007, <http://www.emekdunyasi.net/tr/article.asp?ID=28>

ve Genel sağlık Sigortası Kanunu, toplumun tüm kesimlerini tek bir kanun içinde sosyal güvenceye kavuşturmuştur. Ancak buna karşılık, finansman açısından esas olarak prime dayalı sosyal sigorta tekniği esas alınmaktadır.¹⁰⁵

Sağlık hizmetleri sisteminin ağırlıklı olarak genel vergilerden hakkaniyetli bir biçimde finanse edilebilmesi için üç ana şartın yerine getirilmiş olması gerekmektedir¹⁰⁶ :

1. Ülkenin vergilendirme sistemi adaletli olmalıdır.

2. Ülkenin genel refah düzeyi yüksek olmalı ve bu dengeli bir şekilde dağılmış olmalıdır.

3. Genel bütçe tahsisatında sağlık, geleneksel olarak öncelikli bir yere sahip olmalıdır.

Vergilendirme sisteminin adaletli olmadığı, genel refah düzeyinin düşük, bölgeler arası gelişmişlik farkının yüksek olduğu ve gelir dağılımının adaletsiz olduğu düşünülürse, Türkiye gibi bir ülkede sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesi pek de olanaklı görülmemektedir.

1.6.3. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi¹⁰⁷

Günümüzde de tüm dünyada ağırlıklı olarak uygulanan ve "zorunlu sosyal sigorta" tekniğine dayalı ilk sosyal güvenlik sisteminin esaslarını belirleyen model, Almanya'da 1880'li yıllarda Bismarck tarafından ortaya konulmuştur. Bismarck, sanayileşme sürecindeki Almanya'da, kentlerde sefalet içinde yaşayan ve 1877'deki ağır ekonomik bunalım nedeniyle yaşam koşulları daha da ağırlaşan işçi sınıfına güvence sağlamak amacıyla ilk sosyal sigorta sistemini oluşturmuştur.¹⁰⁸ Bismarck'ın temellerini attığı sosyal güvenlik ve sağlık sistemleri birden çok sigorta üzerinden prim toplanması esasına

¹⁰⁵ Ali Güzel, ' Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?', Çalışma ve Toplum, 2005/4, s:64-65, <http://www.calismatoplum.org/sayi7/makale3.pdf>

¹⁰⁶ Hasan Hüseyin Yıldırım, "Türkiye'de Sağlık Reformları:Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası", Sağlık ve Siyaset, <http://www.absaglik.com/GSSkanun.pdf>, 26 Nisan 2006.

¹⁰⁷ Bismarck Sistemi, ileride Almanya Sağlık Sistemi çerçevesinde ayrıntılı olarak inceleneceğinden bu kısımda sadece finansman boyutuyla ele alınmıştır.

¹⁰⁸ Ali Güzel (2005), a.g.m, s:63

dayanır.¹⁰⁹ ‘Bu modele göre, sağlık sigortasında üzerinde mutabakata varılan oranlarda, maliyetin bir kısmını çalışan, bir kısmını da işveren üstlenmektedir ve devlet düzenleyici (regülasyon) fonksiyonunu üstlenerek ve bazen de fakirlerin primlerine ya da kronik hastalıklar gibi sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkıda bulunarak finansmana destek sağlamaktadır. Dayanışma temelli, primlerin bireylerin gelirleriyle orantılı ve hizmetten yararlanmanın da ihtiyaca göre olduğu sosyal sigorta finansmanı; düzenli ve istikrarlı bir finansman biçimi olması, özerk yönetim ve denetime izin vermesi, sigorta katkılarının (hem işçi hem işveren) bordrolara yansıtılması ve benzeri konularda avantajlara; idari karmaşıklığın ve maliyetin yüksekliği (prim toplama, düzenleme, hizmet sunucuları ile sözleşme yapılması gibi), maliyet kontrol problemleri gibi konularda ise dezavantajlara sahiptir.’¹¹⁰ Ayrıca bu sistemin uygulanışı, kayıtlı istihdamın yaygın olduğu ülkelerde sağlıklı bir biçimde işlerken, Türkiye gibi kayıt dışı istihdamın yüksek olduğu ülkelerde sorunlu olmaktadır. Bunlara ek olarak bu sistemde istihdam dışında kalan veya belli bir geliri olmayan kişiler kapsam dışında kalmakta, bu kesim sosyal yardımlar ile sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmaktadır.

5510 sayılı Kanun yürürlüğe girinceye kadar, ilk sigorta kollarının kurulduğu tarihten itibaren, 506 s.K’ da ve 506 s.K.’un devamında Bismarck Modeli esas alınmıştır. Ancak 5510 s.K’un yürürlüğe girmesiyle beraber, sosyal güvenlik sisteminin idari yapılanması ve özellikle GSS’nin yaygınlaştırılması Beveridge Sistemi’ne yaklaştırılmıştır. Ancak finansmanın toplanma biçiminin Bismarckçı modele bağlı olarak sürdürülmesi ilke olarak benimsenmiştir.

1.6.4. Özel Sağlık Sigortası Sistemi

Özel sigorta, kişilerin özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı teminat altına alınması için serbest iradeleri (sigorta sözleşmesi) ile meydana getirdikleri bir risk teminatıdır. Bu sistem temelde ödeme gücü olan kesime dayanmaktadır. Ödeme gücü olmayan vatandaşları ise devlet güvence altına almak durumundadır.¹¹¹ Nitekim pazar ekonomisinin merkez üssü olan ABD’de bile sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanının tümü cepten

¹⁰⁹ Rana Çetin (2007), a.g.m.

¹¹⁰ Birkan Tapan(2008), a.g.e., ayrıca bkz. Türkan Yalçın-Hasan Hüseyin Yıldırım, ‘Sağlık Hizmetleri Finansmanı’, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, No:40, 2001, s:4, http://www.absaglik.org/hhy_saghizfin.pdf

¹¹¹ Mümin Oktay (2007), a.g.e., s:26-27.

yapılan harcamalardan oluşmamakta, yaklaşık %40'ı kamu kaynaklarından (genel bütçeden) sağlanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri finansmanının tümüyle cepten yapılan harcamalara veya özel sigortalara terk edilmesi mümkün değildir.¹¹²

Özel sigortalar, devlet tarafından sağlanan sosyal sigorta hizmetlerine ilave hizmet talep edenlerin ihtiyaçlarına cevap vermek amacıyla kurulmuş olup, birçok özelliği ile sosyal sigortalardan ayrılmaktadırlar. Sosyal sigortalar ile özel sigortalar arasındaki en önemli farklılıklar şu şekilde sıralanabilir¹¹³ :

- Sosyal sigortalar devlet tarafından kurulur ve kamu hukukuna tabi olarak faaliyet gösterirler. Özel sigortalar ise, özel hukuk hükümlerine göre faaliyet gösterirler.
- Sosyal sigortalarda zorunluluk ilkesi egemendir. Özel sigortalarda, gönüllülük ilkesi esastır.(Zorunlu deprem sigortası, zorunlu trafik sigortası gibi sigortalar hariç.)
- Sosyal sigortalarda haklar ve yükümlülükler kanunlarla belirlenmiştir. Ancak özel sigortalarda akit serbestîsi vardır.
- Sosyal sigortalar, çalışma gücü kaybı ve gelir kesilmesine yönelik zararlara karşı koruma sağlarken, özel sigortalar genellikle mal varlığına yönelik kayıpları karşılar.
- Sosyal sigortalar, kapsama aldıkları kişilerin gelirleri aynı olduğu takdirde her ikisinden de aynı oran ve miktarda prim alırken, özel sigortalar risk farklılaştırmasına gitmektedir. Özel sigortada, sigortalıların ödeyeceği prim miktarı yaş, cinsiyet, sağlık statüsü v.b özellikleri değerlendirilerek belirlenmektedir. Literatürde " *risk oranlaması (risk rating)* " olarak ifade edilen bu uygulama, düşük risk grubundaki sigortalıların düşük prim, yüksek risk grubundaki sigortalıların ise yüksek prim ödemesi esasına dayanmaktadır. Risk oranlaması, yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar gibi yüksek risk grubuna giren

¹¹² Hasan Hüseyin Yıldırım (2006), a.g.m.

¹¹³ Yusuf Alper(2004),a.g.e., s:21-22.

bireyler için bir dezavantaj doğurmakta ve bu bireylerin sigorta şirketleri tarafından "sigortalanamaz" olarak nitelendirilerek sigorta kapsamına alınmamasına yol açmaktadır. Bu uygulamanın ahlaki ve moral yönü literatürde oldukça yoğun tartışmalara neden olmaktadır. Risk oranlaması yöntemi ile sigorta şirketinin sigortalıları risk sınıfına ayırması ve böylece üstleneceği riski seçmesine sigorta sektöründe “kaymak sıyırma” (cream skinning) adı verilmektedir.¹¹⁴

- Sosyal sigortalarda yükümlülükler (prim ödeme) ferdi seviyede belirlenirken, sosyal güvenlik garantisi fertle birlikte ailesine sağlanır. Sosyal sigortalarda koruma birimi ailedir.¹¹⁵ Özel sigortalarda ise, prim ödeme yükümlülüğü de sağlanan koruma garantisi de ferdi seviyededir.
- Sosyal sigortalarda prim ödeme yükümlülüğü sigortalının yanı sıra işveren ve devlet tarafından yapılabilir. Özel sigortalarda ise, primler esas olarak sigortalının kendisi tarafından, nadiren de işverenin katkısı sağlanarak ödenir.
- Sosyal sigortalar kar amacıyla faaliyet göstermezler. Oysa özel sigortalar, esas itibariyle kar amacıyla faaliyet gösterirler.
- Sosyal sigortalarda ödenen primle sağlanan garanti arasında son derece zayıf bir ilişki varken, özel sigortalarda bu ilişki çok kuvvetlidir.
- Sosyal sigortalar, primleri belirlerken sigorta giderleri ve yönetim giderlerini dikkate alırken, özel sigortalar bu giderlere ek olarak kar unsurunu da göz önünde bulundururlar. Öte yandan sosyal sigortalar, tanıtım ve pazarlama faaliyetine ihtiyaç duymazken, özel sigortaların en önemli gider unsurlarının başında reklâm, tanıtım ve pazarlama harcamaları gelmektedir. Bu sebeple, özel sigortaların brüt primleri miktar olarak daha yüksektir.

Görüldüğü gibi özel sigorta sistemi, birey ve risk temelli olup, ödeme gücü olan kesime yöneliktir. Ayrıca sosyal sigortalarda olduğu gibi devlet garantisi altında

¹¹⁴ Mümin Oktay(2007), a.g.tz., s:26.

¹¹⁵ 5510 s.K. 60.md.'de belirtildiği üzere aile; aynı hane içerisinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük ana ve büyük babadan oluşur.

olmadığından, zarar etmesi durumunda iflası veya faaliyetine son vermesi mümkündür. Bu çerçevede bir ülkenin sosyal güvenlik sisteminin tamamen özel kesime bırakılması söz konusu olamaz.

1.6.5. Diğer Yöntemler

Uygulamada evrensel sistemler olarak karşımıza çıkmadıkları için genel olarak uygulanmasa da, sağlık sigortasının finansmanında kullanılan farklı yöntemler de mevcuttur. Sık kullanılmadığından bu yöntemler üzerinde ayrıntılı durulmayacaktır. Bu yöntemleri şöyle sıralamak mümkündür.¹¹⁶ **a) Piyango ve Bahis Gelirleri:** Bazı ülkelerde piyango ve bahisten elde edilen gelirler, sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulabilecek yöntemlerden biri olarak kullanılmaktadır. Doğrudan bir finansman kaynağı olmayıp, nadiren kullanılmaktadırlar. Adil olmadıkları için eşitsizliğe yol açabilirler. **b) Özel Amaçlı (Hypothecated/Earmarked) Vergiler:** Belli bir hizmet için tahsis edilmiş vergiler, özel amaçlı vergi niteliği taşır. Bu tür tüketim vergilerinde karşılaşılan en büyük problem, toplanmalarında ve dağıtımlarında yaşanan zorluklardır. Bu tür vergiler popüler olmamakla birlikte, eğer yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınıyorsa adaletsiz (regressive) bir özellik taşır. Az gelirli ailelere oransal olarak daha büyük bir yük yükler. Bu tür vergiler, araba, dayanıklı tüketim maddeleri gibi daha çok toplumun yüksek kesimince satın alınan lüks ürünlerden alınıyorsa aslında adil de (progressive) olabilirler. Ancak, belirli amaçla kullanılmak üzere alınması ve başka amaç için kullanılmamasından dolayı bu tür vergilerin sağlık hizmetleri finansmanında kullanılması pek mümkün görülmemektedir. **c) Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı/Borç kullanımı/İç ve Dış Borç:** Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan bir başka yöntem de açık finansman ve enflasyonun kullanılmasıdır. Enflasyon, genel fiyat seviyesindeki sürekli bir artışı ifade eder. Devlet harcamaları, gelirleri aşarsa bütçe açığı oluşur. Oluşan bütçe açığını en basit kapatma şekli para basmadır. Açık finansman, borç alma ve bunu şimdi harcayarak daha sonra belli zaman sürecinde, genellikle genel vergi dışı gelirlerden geri ödeme kararıdır. Bu ulusal ve uluslararası nitelik taşıyabilir, kısa vadeli düşük faizli borç, tahvil ve hisse senedi mekanizması ile olabilir. Bu fonların kullanımının maliyeti faizdir. Az gelişmiş ülkelerdeki enflasyon oranı (ki bu gerçek borç faiz oranlarını da etkiler) ve genellikle hükümetlerin

¹¹⁶ Birkan Tapan(2008), a.g.e., s:16–17–18.

kredi itibarı konusundaki şüpheleri bu tür finansmanın sağlık hizmetleri finansmanında kullanılmasını zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında açık finansman ve enflasyon yönteminin kullanılması, özellikle gelişmekte olan ülkelerin bu açığı ve enflasyon düzeyini kontrol altında tutmak için gerekli yönetsel disiplinden yoksun olmalarından dolayı bu ülkelerde daha büyük açıkları ve hiperenflasyonu beraberinde getirmesi mümkündür. Bu nedenle, bu yöntemin alternatif bir finansman kaynağı olabileceği, ancak temel bir finansman kaynağı olamayacağı açıktır.

1.6.5.1. Doğrudan Finansman Yöntemi ve Dolaylı Finansman Yöntemi

Bahsedilen finansman yöntemlerinin dışında literatürde sağlık hizmetlerinin finansmanı *doğrudan finansman yöntemi* ve *dolaylı finansman yöntemi* olmak üzere iki grupta ele alınmıştır. Bu değerlendirmelere göre, doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmeti talep eden kişi, arzı gerçekleştiren kamu veya özel kesime, kuruma ya da kişiye ücreti doğrudan ödemektedir. Bedelini ödemek suretiyle hizmeti alan tüketici, hastalık riskinin yol açtığı mali yükü kendisi karşılamaktadır. Ancak, ileri teknoloji gerektiren bakım ünitelerinde tedavi, anestezi, ilaç, ameliyat ve organ nakli vb. yüksek maliyetli işlemlerin doğrudan bireyler tarafından finanse edilmesi her zaman mümkün olamamaktadır. Bu noktada karşımıza dolaylı finansman yöntemi çıkmaktadır. Bu yöntemde, hizmet sunumunu gerçekleştiren ile talep eden arasında bir aracı yer almakta olup, aradaki para ilişkisi kısmen veya tamamen ortadan kalkmaktadır. Bu tip bir yapılanmada, risk paylaşımı söz konusudur. Nitekim hastalık durumu söz konusu olduğunda ortaya çıkan maliyet sadece tüketici tarafından üstlenilmemekte, aracı olan mali kuruma katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır. Dolaylı finansman yönteminde sağlık sistemi; Genel Vergilerle (gelir vergisi, kurumlar vergisi, katma değer vergisi, satış vergisi), Özel Vergilerle (çeşitli mallardan alınan vergiler, çeşitli üretim girdilerinden alınan vergiler), Primler ve Tüketici Katkıları veya Bağışlarla finanse edilebilmekle birlikte, bu sistemde çalışanların, işverenin ve devletin finansmana katılması söz konusudur.¹¹⁷

¹¹⁷ Ayşe Günaydın(2007),a.g.e.

Direkt ve indirekt sistem olarak da isimlendirilen bu iki yöntem ile aynı zamanda hizmeti üreten ve hizmeti finanse eden kurumun aynı ya da ayrı olmasına bağlı olarak yapılan bir sınıflandırma da kastedilmektedir. Nitekim isimlerinden de anlaşılacağı gibi, direkt sistemde hizmeti finanse eden kurum ile hizmeti üreten kurum aynıdır. Oysa indirekt sistemde, hizmeti finanse eden ve hizmeti üreten kurumlar farklı kurumlardır.¹¹⁸

1.6.5.2. Dağıtım Metodu ve Fon Metodu

Sosyal sigortaların finansmanı için kullanılan ve bunun yanında sağlık hizmetlerinin finansmanı için de kullanılabilecek metotlar arasında Dağıtım Metodu (yılı yılına finansman, repartisyon) ve Fon Metodu da (kapitalizasyon, biriktirme) sayılabilir. Bu metotlardan hangisinin seçileceğinin belirlenmesinde, sigorta kolunun özelliğinin yanında, ülkenin ekonomik ve sosyal yapısı, siyasi iktidarların sosyal sigortaların finansmanı ile ilgili tercihleri de etkili olmaktadır.¹¹⁹

1.6.5.2.1. Dağıtım Metodu

Yılı yılına finansman metodu olarak da adlandırılan bu yöntem, sosyal sigortaların sigorta ve yönetim giderlerinden oluşan bir yıllık toplam giderinin, aynı yıl içinde elde edilen toplam geliri ile karşılanmasını amaçlayan bir yöntemdir. Bu yöntem, daha çok sosyal sigortaların harcamalarının bir yıldan diğerine büyük değişiklikler göstermediği kısa vadeli sigorta kolları için uygundur. Ancak bu yöntemde, bir yılın gelirleri ile giderleri arasında tam bir denkleğin sağlanması mümkün olmayabilir. Çünkü bir yıllık sürede bile, sigorta kolunun gelir kaynaklarında azalma olabileceği gibi, giderleri de artabilir. Bu gibi durumlarda beklenmedik giderlerin karşılanması için küçük bir fon(ihtiyat fonu) oluşturulabilir. Fon oluşturulması, finansman metodunun dağıtım metodu olma özelliğini değiştirmez.

Dağıtım metodunda, zaman içerisinde ortalama hayat ümidinin artması, sağlık şartlarındaki iyileşmeler, tıbbi gelişmeler, salgın hastalıklardaki artışlar, doğum oranlarında ve aile yapısındaki değişimler, prim miktarının değiştirilmesini gerektirebilir.

¹¹⁸ M. Turabi Yerli(2006), a.g.e.

¹¹⁹ Yusuf Alper (2004), a.g.e., s:66-67.

1.6.5.2.2. Fon Metodu

Fon metodu, fertlerin veya sosyal grupların kendi sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılayacak tasarrufun ve birikimin kendileri tarafından karşılanması esasına dayanan bir yöntemdir. Biriktirme veya kapitalizasyon olarak da anılan bu yöntemde, uzun dönemde elde edilen gelirlerle uzun dönemli giderlerin karşılanması söz konusudur. Daha çok uzun vadeli sigorta kolları için tercih edilen, işsizlik sigortası için de mutlaka uygulanması gereken bir finansman metodudur.

Her iki finansman metodunun da avantajları ve dezavantajları olup, ülkeler kendi iktisadi, sosyal, demografik ve kültürel özelliklerini dikkate alarak bir seçim yaparlar. Ancak özellikle gelişmekte olan ülkelerde sistemin ilk kurulduğu yıllarda fon metodu benimsenirken, ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça ve devlet sosyal güvenliğe daha fazla kaynak ayırdıkça dağıtım metodu daha fazla tercih edilmektedir.¹²⁰

1.7. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye'de 5510 s.K. yürürlüğe girmeden önce ayrı, 5510 s.K.'dan sonra ayrı bir finansman sistemi öngörüldüğünü söylemek mümkündür.¹²¹ Esas itibarıyla "katımlı" yani ilgililerin prim ödemek suretiyle katkıda bulunduğu rejime dayalı sosyal güvenlik sistemimiz, çalışanların çalışma biçimlerinin farklı özelliklerine göre üç büyük sosyal güvenlik kurumu arasında bölünmüş durumda idi. Nitekim iş sözleşmesi ile çalışanların sosyal güvenliği, 1945'te 'İşçi Sigortaları Kurumu' adıyla kurulmuş olup adı sonradan 506 sayılı Kanunla değiştirilen 'Sosyal Sigortalar Kurumu'na, memurların ve diğer kamu

¹²⁰ Ayrıntılı bilgi için bkz. Yusuf Alper (2004),a.g.e. s:66-67

¹²¹ 5510 s.K.'dan önce emeklilik yaşı, prim alacaklarının tahsili ve fonların değerlendirilmesi gibi hayati parametre ve uygulamalara, aktüeryal dengeleme olan etkileri dikkate alınmadan yapılan dış müdahaleler ile bu müdahalelerin yarattığı yönetim zafiyetleri, katkı-yarar dengesi ile bağdaşmayan ve aktüeryal denge üzerinde olumsuz etki yaratan aylık hesaplama yöntemleri, sosyal yardımların genişletilmesi vb. durumlar, varolan sosyal güvenlik kurumlarının mali yapılarının bozulmasına, mali ve yönetsel özelliklerini kaybetmelerine, önemli finansman açıklarıyla karşı karşıya kalmalarına ve Hazine desteği olmadan işlevlerini yerine getiremez duruma düşmelerine, böylece kurumsal etkinliklerini kaybetmelerine neden olmuştur. Bu olumsuzluklar sağlık alanında da kendini göstermeye başlamış, kaynak ve zaman israfına neden olan projelerin varlığı, farklı standartta ve nitelikte hizmet alan kitlelerin memnuniyetsizliği, var olan uygulamaların gözden geçirilmesi gerekliliğini bir kez daha ortaya koymuştur. Böylece, mevcut sosyal güvenlik kurumlarının hukuksal varlıklarına son verilerek, bu kurumlara tabi çalışmakta olan sigortalı ve iştirakçiler ile bu kurumlardan gelir ve aylık almakta olanlar, 5510 s.K. ile birlikte ortak norm ve standart birliğinin sağlandığı aynı emeklilik ve sağlık sistemine dâhil edilmişlerdir. Bkz. Zeki Kaynak, Yeniden Yapılandırılan Sosyal Güvenlik Sistemimizde Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası, Yaklaşım Yayıncılık, Ank.,2007, s:18.

görevlilerinin sosyal güvenliği, 1949'da kurulmuş olan 'T.C.Emekli Sandığı'na, bağımsız çalışanların sosyal güvenliği de 1971 yılında kurulmuş olan 'Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu'na (kısa adıyla Bağ-kur'a) bırakılmıştı. Bu çerçevede 506 sayılı Sosyal Sigortalar K.nun uygulama yetkisi SSKurumuna, 1479 sayılı Bağ-Kur K'nun uygulaması Bağ-Kur'a, 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu da Emekli Sandığına verilmişti. Bazı banka ve sigorta şirketleri ile meslek odaları bünyelerinde kurulmuş olan vakıf statüsünde çalışan ve sayısı 17'ye düşmüş olan özel sandıklar da bu kuruluşlarda çalışan personelin ve aile bireylerinin sosyal güvenliğini sağlamaya çalışıyorlardı ki nüfusun sadece yüzde yarımını temsil ediyorlardı. Sosyal Sigortalar Kurumu nüfusun yarısından fazlasına sosyal güvenlik götüren en büyük sosyal güvenlik kurumu olup, bunu %23 ile Bağ-Kur, %20 ile Emekli Sandığı izlemekteydi. Katımlı rejimin ulaşmadığı muhtaç ve yoksul vatandaşların yararlandığı ve vergilerle birlikte sivil toplum örgütlerinin de gönüllü katkılarıyla finanse edilen kamusal yardımların (katılmasız rejim) sosyal güvenlikteki payı ise yüzde birden bile azdı.¹²² Bu karmaşık ve farklı uygulamaların olduğu yapı içinde her kesim farklı standartta hizmet almaktaydı. Bunun yanında aktif-pasif dengesinin bozulmasıyla da sosyal güvenlik kurumlarının açıkları her geçen gün artmaktaydı. Bu nedenlerden dolayı, mali açıdan sürdürülebilir ve her kesim için tek ve adil bir sistem oluşturulması amaçlanmıştır. Sosyal güvenlik sistemi yeniden yapılandırılırken, sağlık hizmetlerinin finansmanının Türkiye'de yaşayan herkes için eşit ve tek bir yapıya dönüştürülmesi öngörülmüştür.

Primli sosyal güvenlik rejimleri olarak da adlandırılan sosyal sigorta kurumlarının ve genel sağlık sigortasının gelir kaynağını sigortalılar ve işverenler tarafından ödenen primler oluşturur. Devlet de finansmana zaman zaman doğrudan veya dolaylı olarak prim ödeyerek katılır. Bazı ülkelerde hazine yardımı ve vergi desteği önemli bir kaynak oluştursa da sosyal güvenliğin en önemli aracı olan sosyal sigortaların başlıca finansman kaynağını işçi ve işverenlerden alınan primler oluşturur.¹²³ Sosyal sigorta primlerinin hukuksal niteliği tartışmalıdır. Bir görüşe göre, primler, ; ücretin bir parçası iken, kimi görüşlere göre, vergi ya da vergi benzeri bir niteliğe sahiptir. Bahsedilen ilk görüşe göre, primler, işveren açısından dahi, ücretin bir kesimidir. İşveren ücretin tümünü işçiye

¹²² Tuncay&Ekmekçi(2008),a.g.e.,s.95.

¹²³ Tuncay&Ekmekçi(2009),a.g.e.,s:131

ödemek yerine, belirli bir miktarını, prim adı altında Kurum'a yatırmaktadır. Bu nedenle, bu primlere, geri bırakılmış ücret, dolaylı ücret ya da sosyal ücret adı verilmektedir. İkinci görüşe göre ise, zorunlu oluşu ve kamu hizmeti niteliğindeki sosyal güvenliğin finansmanında kullanılmaları nedeniyle primler, vergi ya da vergi benzeri bir niteliğe sahiptir.¹²⁴ Ancak primler, ücret ve vergiden farklı, kendine has özellikleri olan bir finansman aracıdır. Bu çerçevede, Türkiye için önerilen finansman yöntemlerine ilişkin tartışmalar mevcuttur. Bazı kesimler, ülkemiz için en uygun finansman yönteminin vergilerle finansman metodu olduğunu savunurken, bazı kesimler finansmanın sigorta sistemi ile yani primlerle sağlanması gerektiğini iddia etmektedir.¹²⁵ Genel sağlık sigortası sisteminin finansmanında karma sistem esas alınmıştır. Bağımlı çalışanlar yani işçiler ve kamu görevlileri bakımından sistemin finansmanında üçlü finansman yöntemi benimsenmektedir. Bir başka deyişle, genel sağlık sigortasının finansmanı bağımlı çalışanlar için sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanacaktır. Böylece devlet, genel sağlık sigortası sistemi ile hastalık riskine karşı sosyal güvenlik sağlanmasında ilk defa üçüncü bir taraf olarak sisteme katkıda bulunmaktadır.¹²⁶ Kısaca, genel sağlık sigortası, sigortalı, işveren ve devlet primleri ile finanse edilecektir.

1.7.1. Prim Oranları ve Prime Esas Kazançlar

Sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının en önemli gelir kaynağını primler oluşturmaktadır. Primlerin dışında devlet katkıları, fon gelirleri gibi başka gelir kaynakları olsa bile, bu kaynaklar asla prim gelirlerinin üzerine çıkamaz ve temel finansman kaynağı olamazlar.

¹²⁴ Ali Güzel-Ali Rıza Okur(1990), a.g.e,s:152.

¹²⁵ Türk Tabipleri Birliği Ağustos 2003 tarihli Rapor'unda Türkiye için önerilen finansman sisteminden bahsetmiştir. Rapor'a göre, sağlık sisteminin finansmanında genel vergiler kullanılmalıdır. Hizmet üretimi ile finansman sistemi devlet elinde entegre edilmelidir. Bunların yanında sağlıkta özel sektöre doğru her tür kaynak aktarımına ve özelleştirmenin her biçimine son verilmelidir. Ayrıntılı bilgi için bkz. Osman Öztürk, 'GSS mi, SSS mi, ASS mi', Hekimce Bakış, Bursa Tabipler Odası, Sayı:66, Bursa, 2007. Buna karşı finansman konusunda çalışmalar yapan Hasan Hüseyin Yıldırım, vergilemenin adaletsiz olması, kişi başı milli gelirin çok düşük ve dağılımının adaletsiz olması gibi Türkiye'nin içinde bulunduğu özel koşullar değerlendirildiğinde sağlık sisteminin finansmanında mutlaka sosyal sigortaların yani primlerin kullanılması gerektiğini vurgulamıştır. Aksi takdirde yani Türk sağlık sisteminin vergilerle finanse edilmesi durumunda, vergilendirmenin adaletsiz ve kişi başı milli gelirin düşük ve adaletsiz olmasından dolayı hakkaniyetsizlik ortaya çıkacaktır. Bu durumda fakirler zenginleri finanse etmiş olacaktır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Hasan Hüseyin Yıldırım, 'Sağlıkta Dönüşüm Programı:Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Bir Sorgulama', Sağlık ve Siyaset, http://www.absaglik.com/hhy_sdp_sagfin.pdf, 09.02.2004.

¹²⁶ Kadir Arıcı, (2009), a.g.m.

Primlerle ilgili çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Kimi yaklaşımlara göre prim, sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının sağladığı hizmetlerden faydalanmanın bir "bedeli"dir (fiyatıdır). Bu tanım kısmen doğru olmakla birlikte, diğer mal hizmetlerin satın almaya zorunlu tutulmaması, bedelinin sadece satın alan tarafından ödenmesi, satın alınan mal ve hizmetler ile ödenen fiyat arasında güçlü bir ilişki olması gibi nedenlerden dolayı, primler fiyattan ayrılmaktadır. Bir başka görüşe göre, primler ücretin bir parçasıdır. Ücret üzerinden alınması dolayısıyla " *geciktirilen ücret* ", " *geri bırakılmış ücret* ", " *dolaylı ücret*" veya " *sosyal ücret* " olarak tarif edilmektedir. Prim, her ne kadar işveren için ücret maliyetinin unsurlarından biri olsa da ve bu kesintinin daha sonra sigortalıya dönmesi (geciktirilmiş ücret) söz konusu olsa da, kesilen ücret payı ile sağlanan sosyal güvenlik garantisi arasında her zaman bire- bir bir ilişkinin olmaması primin ücret olma özelliğini zayıflatmaktadır. Nitekim bazı sigortalılar az prim ödeyip çok fayda sağlarken, bazılarının çok az veya hiç faydalanamamaları söz konusu olmaktadır. Bir başka yaklaşımda ise, prim bir " *vergi* " dir. Sosyal güvenliğin bir kamu hizmeti olarak kabul edilmesi, prim ödemenin zorunlu olması, sağlanan hizmetler ile ödenen primler arasındaki ilişkinin zayıf olması, sosyal sigorta programlarının tüm toplum kesimini kapsamaması ve devletin sistemin finansmanına katkısının giderek artması primlerin vergi olma özelliğini güçlendirmektedir. Ancak vergi, ödeme gücü olandan alınan ve kamu hizmetlerinin finansmanı için kullanılan bir gelir kaynağıdır. Vergi ile finanse edilen kamu hizmetlerinden faydalanmada mutlaka vergi ödemiş olma şartı yoktur. Vergi ödemeyenlerde kamu hizmetlerinden faydalanabilirler. Oysa sosyal sigortalarda, sağlanan hizmetlerden faydalanabilmek için mutlaka prim ödemiş olmak gerekir. Bu bakımdan sosyal güvenlik primleri " tahsisi bir vergi " (para-fiskal gelirler)¹²⁷ olarak tarif edilebilir. Nitekim prim hangi amaçla alınmışsa, o amaçla kullanılır. Sosyal güvenlik primleri de sosyal güvenliğin finansmanı dışında kullanılamaz. Sayılan tüm bu özellikler bir araya getirilince, primi yalnızca fiyat, ücret veya vergi olarak tarif etmek mümkün olmamaktadır. O halde, prim tüm bu unsurları içinde barındıran ancak kendine has özellikleri olan bir finansman vasıtasıdır.¹²⁸

¹²⁷ Para-fiskal gelirler; sosyo-ekonomik alanda devlet müdahaleciliğinin genişlemesi sonucu artan kamu harcamalarının bir kısmını karşılamak için kamu veya yarı kamusal nitelikteki ekonomik, sosyal ve mesleki örgütlere, oluşturulma amaçlarının finansmanında kullanılmak üzere, bunlardan faydalananlardan zorunlu olarak tahsil edilen bütçe dışı gelirlerdir. Bkz. Yusuf Alper (2004), a.g.e., s:52.

¹²⁸ Yusuf Alper (2004), a.g.e., s:51-52.

1.7.2. Prim Alınması Zorunluluğu

5510 s.K.'un 79 uncu maddesi '*Kısa ve uzun vadeli sigortalar ile genel sağlık sigortası için, bu Kanunda öngörülen her türlü ödemeler ile yönetim giderlerini karşılamak üzere Kurum prim almak, ilgililer de prim ödemek zorundadır.*' şeklinde düzenlenmiştir (md.79). Böylece, bu kanun hükmü ile sigortalılar, sosyal sigorta kurumlarının en önemli gelir kaynağını oluşturan primleri ödemekle yükümlüdürler. Sosyal sigorta kurumları da elde ettikleri gelirlerle sigortalılara en iyi şekilde hizmet vermek durumundadırlar. Ayrıca Kanunda belirtildiği gibi Kurum tarafından tahsil edilen genel sağlık sigortası primleri, tahsil edilmesinin ardından doğrudan Kurum bütçesinin genel sağlık sigortası kalemine aktarılır (md.79). Ancak burada önemli olan, finansman politikasının ülkenin ekonomik ve sosyal koşullarına uygun yöntemle düzenlenmesi, gelir-gider dengesinin rasyonel bir şekilde kurulmasıdır. Bilindiği gibi ekonomik ve sosyal koşullar, her zaman sosyal güvenlik sistemlerinin hazırlayıcı ve yönlendirici faktörleri olmuştur. Ekonomi ve sosyal politika ile sosyal güvenlik arasında kopmaz bağlar vardır.¹²⁹ Dolayısıyla bir ülkede finansman yöntemi ve prim oranları belirlenirken ülkenin sosyo-ekonomik durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Aksi takdirde, zorunlu olmasına rağmen primlerin tahsilâtının gerçekleştirilmesinde sorunlar ortaya çıkacaktır. Toplumun ödeme gücünün çok üzerine belirlenen primler, bireyleri prim ödeme yükümlülüğünden kaçmaya ve hatta kayıt dışı çalışmaya itecektir.

1.7.3. Prime Esas Kazançlar

5510 s.K.'un 80'inci maddesinde prime esas kazançlar açıkça ifade edilmiştir. Kanun'da prime esas kazançlar, hizmet akdi ile çalışanlar, kendi adına bağımsız çalışanlar, kamu görevlisi olarak çalışanlar, yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanlar ve isteğe bağlı sigortalılar için ayrı ayrı belirtilmiştir.

1.7.3.1. Hizmet Akdi ile Çalışanlar için Prime Esas Kazançlar (4/a)

5510 s.K.'un 80 inci maddesinin birinci fıkrasında hizmet akdi ile çalışanların prime esas kazançlarının nasıl belirleneceği ifade edilmiştir.

'4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların prime esas kazançları aşağıdaki şekilde belirlenir.

¹²⁹ Ali Güzel-Ali Rıza Okur (1990),a.g.e., s:16.

a) *Prime esas kazançların hesabında;*

1) *Hak edilen ücretlerin,*

2) *Prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkaktan o ay içinde yapılan ödemelerin ve işverenler tarafından sigortalılar için özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen tutarların,*

3) *İdare veya yargı mercilerince verilen karar gereğince yukarıdaki (1) ve (2) numaralı alt bentlerde belirtilen kazançlar niteliğinde olmak üzere sigortalılara o ay içinde yapılan ödemelerin, brüt toplamı esas alınır.'*

Kanun'un 80'inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinde ise, prime esas kazançta tabi tutulmayacak ödemeler yer almaktadır. Söz konusu bende göre;

'(b) Aynı yardımlar ve ölüm, doğum ve evlenme yardımları, görev yollukları, seyyar görev tazminatı, kıdem tazminatı, iş sonu tazminatı veya kıdem tazminatı mahiyetindeki toplu ödeme, keşif ücreti, ihbar ve kasa tazminatları ile Kurumca tutarları yıllar itibarıyla belirlenecek yemek, çocuk ve aile zamları, işverenler tarafından sigortalılar için özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen ve aylık toplamı asgari ücretin % 30'unu geçmeyen özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payları tutarları, prime esas kazançta tabi tutulmaz.

(c) (b) bendinde belirtilen istisnalar dışında her ne adla yapılırsa yapılsın tüm ödemeler ile aynı yardım yerine geçmek üzere yapılan nakdi ödemeler prime esas kazançta tabi tutulur. Diğer kanunlardaki prime tabi tutulmaması gerektiğine dair muafiyet ve istisnalar bu Kanunun uygulanmasında dikkate alınmaz.

(d) Ücretler hak edildikleri aya mal edilmek suretiyle prime tabi tutulur. Diğer ödemeler ise öncelikle ödendiği ayın kazancına dâhil edilir ve ücret dışındaki bu ödemelerin yapıldığı ayda üst sınırın aşılması nedeniyle prime tabi tutulamayan kısmı, ödemenin yapıldığı ayı takip eden aydan başlanarak iki ayı geçmemek üzere üst sınırın altında kalan sonraki ayların prime esas kazançlarına ilâve

edilir. Toplu iş sözleşmelerine tabi işyerleri işverenlerince veya kamu idareleri veya yargı mercilerince verilen kararlara istinaden, sonradan ödenen ücret dışındaki ödemelerin hizmet akdinin mevcut olmadığı veya askıda olduğu bir tarihte ödenmesi durumunda, 82 nci madde hükmü de nazara alınmak suretiyle prime esas kazancın tabi olduğu en son ayın kazancına dâhil edilir. Bu durumlarda sigorta primlerinin, yukarıda belirtilen mercilerin kararlarının kesinleşme tarihini izleyen ayın sonuna kadar ödenmesi halinde, gecikme cezası ve gecikme zammı alınmaz ve 102 nci madde hükümleri uygulanmaz.

- (e) Saatlik, günlük, haftalık veya aylık olarak belirli bir ücrete dayanmış olmayıp da komisyon ücreti ve kâra katılma gibi belirsiz zaman ve tutar üzerinden ücret alan sigortalıların prim ve ödeneklerinin hesabında esas tutulacak günlük kazançları, 82 nci madde hükmüne göre belirlenen alt sınırdır.
- (f) Bir işverene tabi olarak çalışan sigortalının belirli ücretinin dışında ayrıca (e) bendi kapsamında ücret alması halinde, prime esas günlük kazancı bunların toplamından oluşur.
- (g) Primlerin hesabına esas tutulacak günlük kazanç, sigortalının, bir ay için prime esas tutulan kazancının otuzda biridir. Ancak günlük kazancın hesabına esas tutulan ay içindeki bazı günlerde çalışmamış ve çalışmadığı günler için ücret almamış sigortalının günlük kazancı, o ay için prime esas tutulan kazancının ücret aldığı gün sayısına bölünmesi suretiyle hesaplanır.
- (h) Sigortalıların günlük kazançlarının hesabında esas tutulan gün sayıları, aynı zamanda, bunların prim ödeme gün sayılarını gösterir. Ancak, işveren ve sigortalı arasında kısmî süreli hizmet akdinin yazılı olarak yapılmış olması kaydıyla, ay içerisinde günün bazı saatlerinde çalışan ve çalıştığı saat karşılığında ücret alan sigortalının ay içindeki prim ödeme gün sayısı, ay içindeki toplam çalışma saati süresinin 4857 sayılı İş Kanununa göre belirlenen haftalık çalışma süresine göre hesaplanan günlük çalışma saatine bölünmesi suretiyle bulunur. Bu şekildeki hesaplamada gün kesirleri bir gün kabul edilir.
- (ı) İşveren ve sigortalı arasında çağrı üzerine çalışmaya dayalı yazılı iş sözleşmesinde taraflar arasında çalışma süresi gün, hafta ve ay olarak

belirlenmemiş ise, sigortalının ay içindeki prim ödeme gün sayısı haftalık çalışma süresi en az yirmi saat kararlaştırılmış sayılarak (h) bendi hükmüne göre hesaplanır.

(i) 88 inci maddenin dördüncü fıkrasına göre ay içerisinde 30 günden az prim ödeme gün sayılarına ait eksik günlerin genel sağlık sigortası primleri, eksik çalışma süreleri dikkate alınmak suretiyle hesaplanır.'

88 inci maddenin dördüncü fıkrasına göre, 4(a) kapsamında sigortalı olan ve 4857 s.K.'un 13 ve 14 üncü maddelerine göre kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile bu Kanuna göre ev hizmetlerinde ay içerisinde 30 günden az çalışan sigortalılar için eksik günlerine ait genel sağlık sigortası primlerinin 30 güne tamamlanması zorunludur. Ayrıca, bu durumda olan sigortalıların eksik günlerine ilişkin genel sağlık sigortası primleri, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi veya (g) bendi kapsamında ödenir. Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalıların iş sözleşmesinin askıda kaldığı aylara ait genel sağlık sigortası primi, 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazancın alt sınırının 30 günlük tutarı üzerinden ilgili kamu idaresince ödenir (md.88/4).

(j) (Ek: 31/7/2008–5797/1 md.) Milli Eğitim Bakanlığına bağlı her derece ve türdeki örgün ve yaygın eğitim kurumlarında ek ders ücreti karşılığında ilgili mevzuatı çerçevesinde uzman ve usta öğretici olarak çalıştırılanların prim ödeme gün sayısı 30 günü aşmamak kaydıyla, bir takvim ayı içerisinde hak kazandıkları brüt ek ders ücreti toplam tutarının, prime esas günlük kazanç alt sınırına bölünmesi sonucu bulunur. Bu şekilde yapılacak hesaplamalarda tam sayıdan sonraki küsuratlar dikkate alınmaz.

5510 sayılı Kanun'un 80 inci maddesinin birinci fıkrasında açıkça belirtildiği üzere, hizmet akdi ile çalışanların prime esas kazançları brüt ücrettir. Belirtelim ki, yasa koyucu sadece brüt ücreti zikretmekle yetinmemiştir. Aynı zamanda brüt ücretin parçalarını oluşturan unsurları da ortaya koymuştur. Örneğin, o ay içinde alınan her türlü istihkak ya da adli veya idari makamlarca karara bağlanan her çeşit ödemeden bahsetmek suretiyle, brüt ücretin kapsamı dışında bırakılması düşünülebileceği veyahut tereddüde mahal verebileceği uygulamaları da denetim altına almıştır. Ayrıca bu düzenleme ile giydirilmiş ücret kavramına da yer verilmiştir. Süreklilik arz eden bütün ödemeler prime esas kazanç

tabi tutulmuştur. Burada bir istisna hükmü ile kıdem tazminatı, iş sonu tazminatı vb. tazminatlar ise prime esas kazancın dışında tutulmuştur.

1.7.3.2. Kendi Adına Bağımsız Çalışanlar için Prime Esas Kazançlar(4/b)

5510 s.K.un 4 üncü maddesinin (b) bendinde sayılanlar yani kendi adına bağımsız çalışanlar için belirlenen prime esas kazançlar, aynı Kanun'un 80 inci maddesinin ikinci fıkrasında belirtilmiştir.

- a) *Aylık prime esas kazanç, 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırı¹³⁰ ile üst sınırı¹³¹ arasında kalmak şartı ile kendileri tarafından beyan edilecek günlük kazancın otuz katıdır. Bu sigortalılar tarafından Kurumca belirlenen sürelerde aylık prime esas kazanç beyan edilir. Beyanda bulunmayan sigortalıların aylık prime esas kazancı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katı olarak belirlenir.*
- b) *Sigortalı aynı zamanda işveren ise aylık prime esas kazancı, çalıştırdığı sigortalıların prime esas günlük kazancının en yükseğinin otuz katından az olamaz. Aylık prime esas kazancı, çalıştırdığı sigortalının otuz günlük prime esas kazancından düşük olduğu tespit edilen sigortalıların aylık prime esas kazançları, tespit edilen kazanç düzeyine çıkartılarak aradaki farkın primi, 89 uncu madde hükümlerine göre gecikme cezası ve gecikme zammı uygulanmak suretiyle tahsil edilir.*
- c) *4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirecek birden fazla durumun söz konusu olması halinde, bu fıkranın (a) ve (b) bentlerinde belirtilen esaslara göre tek beyanda bulunulur(md.80/2).*

5510 s.K un 80 inci maddesinin ikinci fıkrasına göre, kendi namına ve hesabına bağımsız çalışanların prime esas kazançları esas itibariyle kendilerinin tespit edeceği kazançta göre yapılacaktır. Ancak kendi namına ve hesabına çalışan sigortalı şayet işveren konumunda ise, ödeyeceği prim yanında çalıştırdığı ve adına en yüksek derecede prim yatırılan işçinin prime esas kazancından daha düşük olmayacaktır. Ayrıca kendi namına ve

¹³⁰ Prime esas günlük kazanç alt sınırı; asgari ücretin 1/30'idir. (5510 s.K. md.82)

¹³¹ Prime esas günlük kazanç üst sınırı; günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır. (5510 s.K. md.82)

hesabına çalışanların birden fazla iş iştigal etmeleri durumunda sadece tek bir gelir beyanında bulunmaları söz konusu olacaktır.

1.7.3.3. Kamu Görevlisi Olarak Çalışanlar için Prime Esas Kazançlar(4/c)

5510 s.K.'a göre, ilk defa 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olanlar için prime esas kazançların hesabında esas alınacak tutarlar, aynı Kanun'un 80 inci maddesinin üçüncü fıkrasında ifade edilmiştir.

Bu Kanuna göre ilk defa 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olanların prime esas kazançlarının hesabında;

a) Aylıklarını personel kanunlarına göre alan sigortalılar için;

1) İlgili kanunları uyarınca aylık gösterge ve ek göstergeler üzerinden ödenen aylık tutarları,

2) Memuriyet taban aylık ve kıdem aylık tutarları,

3) Makam, temsil ve görev tazminatları, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 152 nci maddesi uyarınca ödenen tazminatlar (bölge, kurum, birim, çalışma mahalli, görevin niteliği ve benzeri kriterlere dayalı olarak asıl tazminatlara ilave, ek veya ayrıca ödenen tazminatlar hariç), 27/7/1967 tarihli ve 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanununun ek 17 nci maddesinin (A) bendinde yer alan cetvelde belirtilen oranlar üzerinden ödenen hizmet tazminatı (28/2/1982 tarihli ve 2629 sayılı Kanun ile 17/11/1983 tarihli ve 2955 sayılı Kanuna göre tazminat veya üniversite ödeneği alanların sadece rütbelerinin karşılığı hizmet tazminatları), 11/10/1983 tarihli ve 2914 sayılı Yükseköğretim Personel Kanununun 12 nci maddesi uyarınca ödenen üniversite ödeneği, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Kanununun 106 ncı maddesinin üçüncü fıkrası uyarınca ödenen ek ödeme,

b) Kadro karşılığı sözleşmeli olarak görev yapan sigortalılar için işgal ettikleri kadrolar esas alınmak suretiyle (a) bendinde öngörülen unsurlar üzerinden hesaplanan tutarı,

c) Açıktan vekil olarak atanan sigortalılar için, (a) bendinde öngörülen unsurlardan ilgili mevzuatı uyarınca ödenen tutarı,

ç) Başka bir kadro ya da görevin ödeme unsurları esas alınmak ve kıyaslanmak suretiyle aylık veya ücret ödenen sigortalılar için; emsal alınan kadro veya görevin prime esas kazanç tutarını geçmemek üzere, bu kazancın aylık veya ücret ödenmesinde öngörülen oranında hesaplanacak tutarı,

d) Büyükşehir belediye başkanları için bakanlık genel müdürünün, diğer belediye başkanları için ise öğrenim durumları itibarıyla 657 sayılı Kanuna göre yükselebilecekleri dereceyi aşmamak kaydıyla, 657 sayılı Kanuna ekli (I) sayılı ek gösterge cetvelinin "VIII. Mülki İdare Amirliği Hizmetleri Sınıfı" bölümünün (d) bendinde belirtilenlerin prime esas kazançları,

e) 78 sayılı Yükseköğretim Kurumları Öğretim Elemanlarının Kadroları Hakkında Kanun Hükmünde Kararname eki cetvellerde yer alan yükseköğretim kurumlarına bağlı konservatuarlarda 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanununun 15 inci maddesi uyarınca sözleşme ile istihdam edilen öğretim elemanlarından sanatçı öğretim elemanı olarak istihdam edilenler için, anılan Kanunda öğretim görevlisi kadro unvanında istihdam edilenlerin tahsil ve derecelerine göre belirlenen prime esas kazanç tutarı; kamu idarelerinde sanatçı, sanatkâr ve sanatçı öğretmen olarak sözleşme ile istihdam edilenler için, tahsil ve dereceleri itibarıyla 657 sayılı Kanuna tabi olarak teknik hizmetler sınıfında yer alan mühendislerin (a) bendindeki prime esas kazanç tutarı; yüksek öğretim kurumları ile diğer kamu idarelerinde sanat uygulamacısı ve sahne uygulamacısı olarak sözleşme ile istihdam edilenlerden en az ön lisans mezunu olanlar için tahsil ve dereceleri itibarıyla 657 sayılı Kanuna tabi olarak teknik hizmetler sınıfında yer alan teknikerlerin, diğerleri için ise teknisyenlerin prime esas kazanç tutarları,

f) İlgili kanunlarında emeklilik ya da ek gösterge açısından belirli bir kadro, unvan veya görevle bağlantı kurulanlar için, bağlantı kurulan kadro, unvan veya görevin prime esas kazanç tutarı,

g) Bu fıkranın (a) ilâ (f) bentleri kapsamı dışında kalan sigortalılar için atandıkları görev itibarıyla 657 sayılı Kanuna göre girebilecekleri sınıflardaki benzer görevlerin aynı kadro, unvan, tahsil ve derecesi için belirlenen prime esas kazanç tutarları,

esas alınır. Vekâlet veya ikinci görev karşılığında ilgili mevzuatı uyarınca yapılacak ödemeler prime esas kazancın hesabında dikkate alınmaz (md.80/3).

5510 s.K.un 80 inci maddesinin üçüncü fıkrasıyla getirilen en önemli değişiklik, kamu görevlilerinin de prime esas kazançlarının tıpkı hizmet akdi ile çalışanlarda olduğu gibi brüt ücrete dayandırılmasıdır. 80 inci maddenin finansmana ilişkin en önemli yeniliği bu düzenlemedir. Bu düzenlemeden önce kamu görevlilerinin prime esas kazançları kadro durumlarına bağlı olarak farklı farklı düzenlenmekteydi. Dahası birçok üst düzey kamu görevlisinin prime esas kazancı düşük olmasına rağmen aldığı ek ödemeler ya da makam tazminatları prime esas kazanca dâhil olmamakta idi. Ancak yaşlılık aylığının hesaplanmasında prime esas kazanç değil, son alınan maaş dikkate alındığı için emsal durumdaki bir işçiye göre çok daha yüksek gelir elde etmeleri söz konusu olmaktadır. Dolayısıyla bu düzenleme ile prime esas kazançlar bütün çalışanlar için aynı standartlar uygulanmak suretiyle ahenkleştirilmeye çalışılmıştır. Bu vesile ile sosyal güvenlik sisteminin finansmanının temininde de bir adım atılmıştır.

1.7.3.4. Yalnızca Genel Sağlık Sigortasına Tabi Olanlar İçin Prime Esas Kazançlar

Yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanlar için prime esas kazançlar 5510 s.K.un 80 inci maddesinin dördüncü fıkrasında şöyle düzenlenmiştir. *‘Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar bakımından prime esas aylık kazancın tespitinde; 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentlerinde sayılan kişiler için 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen kişiler için asgari ücret, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen kişiler için ise prime esas asgari kazanç tutarı esas alınır. Ancak, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmak için müracaat etmekle birlikte, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilen aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı; asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilen kişiler için 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının üçte biri, asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilen kişiler için 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutar, asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilen kişiler*

için 82 nci maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı prime esas asgari kazanç tutarı olarak esas alınır' (md.80/4).

5510 sayılı K.un 80 inci maddesinin 4 üncü fıkrası sadece sağlık sigortası primleri ile ilgili olarak özel bir düzenlemeye gitmiştir. Bu düzenlemeye göre, 4/1-a ve 4/1-b bentleri kapsamında¹³² sigortalı sayılanların prime esas kazançlarının tespitinde tıpkı 80 inci maddenin birinci, ikinci ve üçüncü fıkralarında sözü edilen prim esas kazanç esas alınmaktadır. Ancak Kanun'un 60 ıncı maddesiyle sadece sağlık sigortasıyla kapsama alınanlar için prime esas kazancın tespitinde, kapsama alınan kategorilerin gelirleri dikkate alınarak, birbirinden farklılık arz edecek bir tespite gidildiği görülmektedir. Şöyle ki,

Yalnızca GSS'na tabi olanlar bakımından prime esas aylık kazancın tespitinde;

- Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler ile 60 ıncı maddenin birinci fıkrasındaki diğer bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar için **prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı,**
- 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılanlar için **asgari ücret,**
- 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler (60/I/e) için **prime esas asgari kazanç tutarı,** esas alınır. Ayrıca, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmak için müracaat etmekle birlikte bu bent kapsamında sayılmayanlardan,

¹³² 5510 s.K'un 4/1-c kapsamında bulunan kamu görevlilerinin sağlık hizmetleri, primlerinin Kurumları tarafından SGK'na ödenmesi suretiyle hala Kurumları tarafından finanse edilmektedir. 'Kamu Personelinin GSS Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ' de konuyla ilgili yapılan düzenlemeye göre, "Sağlık hizmetleri devir alınan kamu idareleri 5510 sayılı Kanunun geçici 4 üncü maddesi kapsamında 15/01/2010 tarihinden itibaren Sosyal Güvenlik Kurumuna verecekleri aylık prim ve hizmet belgelerinde emekli keseneklerine esas aylıklarının % 12'si oranında genel sağlık sigortası primi tahakkuk ettirerek bu primin tamamını "Aylık Prim ve Hizmet Belgesinin Sosyal Güvenlik Kurumuna Verilmesine ve Primlerin Ödenme Sürelerine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ"de belirtildiği şekilde ve sürede Sosyal Güvenlik Kurumuna ödeyeceklerdir." Bkz. Kamu Personelinin GSS Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ, md.5, www.sgk.gov.tr

Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilen aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı;

- Asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilen kişiler için **prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının üçte biri,**
- Asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilen kişiler için **prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarı,**
- Asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilen kişiler için **prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katıdır.**

Ancak burada belirtmek gerekir ki, 5510 s.K.'un geçici 12.maddesi uyarınca, 01.10.2008 tarihinden itibaren iki yıllık süre içerisinde söz konusu (c) bendinin (1) numaralı alt bendi hükmü uygulanmayacaktır.¹³³ Dolayısıyla bu kişilere yeşil kart verilebilecektir.¹³⁴

4046 sayılı Kanununun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanların prime esas aylık kazançları ise, **iş kaybı tazminatı aylık tutarıdır.**¹³⁵

1.7.3.5. İsteğe Bağlı Sigortalılar İçin Prime Esas Kazançlar

İsteğe bağlı sigortalılar için prime esas kazançların hesabında dikkate alınacak tutarlara geçmeden önce isteğe bağlı sigortalılık hakkında bilgi vermek yerinde olacaktır.

İsteğe bağlı sigortalılık, zorunlu sosyal sigorta ilişkisi bulunmayan ya da bu ilişkiyi yitirmiş kişilerin isteğe bağlı olarak prim ödemek suretiyle uzun vadeli sigorta kollarına ve genel sağlık sigortasına tabi olmalarını sağlayan bir sigortalılık durumudur. Bu sigortalılık, sigortalının isteğine bırakılmış olup, sigortalılığın zorunlu olarak kurulması esasının istisnasını oluşturur. 506 s.K.'da yer alan isteğe bağlı sigortalılık ile 5510 s.K.'da

¹³³ 16 Haziran 2010 tarihli 5997 sayılı 'Bazı Kanunlarda ve 190 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun' ile 01.10.2010 tarihinde uygulanması gereken bu hüküm, 2012 tarihine ertelenmiştir.

¹³⁴ Mehmet Bulut, ' Sosyal Açından Ne Kadar Güvendeyiz? (Sosyal Güvenlik Reformunda Geline Nöktä)', Mercek, Yıl:15, Sayı:57, Ocak, İst.,2010.

¹³⁵ 28 Ağustos 2008 tarihli, 26981 sayılı Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği, md.12/6, www.sgk.gov.tr

bahsedilen isteğe bağı sigortalılık karşılaştırıldığında yeni düzenleme ile isteğe bağı sigortalılığın kolaylaştırıldığı görülmektedir. Nitekim 506 s.K.'da isteğe bağı sigorta kural olarak belirli bir süre çalışmış fakat zorunlu sigortalılık ilişkisi sona ermiş bulunan kişilere uzun vadeli sigorta kollarına ilişkin primlerini ödeyerek sigortalılık ilişkisini sürdürme olanağını sağlayan bir yol idi. Ancak geçmiş dönemde isteğe bağı sigortalılık, eşitlik ilkesine aykırı olduğu ve aktüeryal dengeyi bozduğu, isteğe bağı sigorta primlerinin sadece yaşlılık, malullük ve ölüm sigortası primlerini kapsamaması ve isteğe bağı sigortaya devam edenden hastalık sigortası primi alınmadığı, oysa isteğe bağı sigortalılık şartlarını yerine getiren bir kimseye yaşlılık ya da malullük aylığı bağlandığında ilgili sağlık hizmetlerinden de yararlanmaya başladığı gerekçeleriyle eleştirilmiştir. 5510 s.K. ile gerçekleştirilen yeni düzenleme ile birlikte Kanun'un 50, 51 ve 52 nci maddelerinde düzenlenen isteğe bağı sigortanın kapsamı genişletilmiş ve isteğe bağı sigortalı olabilmek için daha önce belirli bir süre çalışmış olma şartı kaldırıldığı gibi, isteğe bağı sigortalıların zorunlu sigorta ilişkisinin bulunmaması şartı da kısmi süreli çalışanlar için kaldırılmış ve ayrıca isteğe bağı sigortalılara genel sağlık sigortası primi ödemek suretiyle bu dönemde de sağlık yardımlarından yararlanma olanağı tanınmıştır. Son olarak belirtmek gerekir ki, isteğe bağı sigortalılıkta her ne kadar zorunluluk yok ise de, gerek Kurum'un isteği reddetme hakkının bulunmaması, gerekse kurulan ilişkinin Kurumla sigortalı arasında bir kamu hukuku ilişkisi yaratması, bu ilişkinin özel hukuk ilişkisi sayılmasına engel teşkil etmektedir.¹³⁶

İsteğe bağı sigortalı olmanın koşulları, 5510 s.K.'un 50 nci maddesinde aşağıdaki gibi belirtilmiştir.¹³⁷

- Türkiye'de ikamet etmek,
- Zorunlu sigortalı olmamak veya ay içerisinde 30 günden az çalışmak ya da tam gün çalışmamak,
- Kendi sigortalılığı nedeniyle aylık bağlanmamış olmak,
- 18 yaşını doldurmuş olmak,

¹³⁶ Tuncay&Ekmekçi (2009),a.g.e., s:252–253.

¹³⁷ 5510 s.K., md.50., www.sgk.gov.tr

- İsteğe bağlı sigorta talep dilekçesiyle Kuruma başvuruda bulunmak.

İsteğe bağlı sigorta kapsamındaki genel sağlık sigortalılarının prime esas kazançlarına gelince, GSSİY'nin 12 nci maddesinin 2 nci fıkrasında, 5510 s.K.'un 82 nci maddesine atıfta bulunularak bu konuya açıklık getirilmiştir. Fıkraya göre, söz konusu kişilerin prime esas kazançları, Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas kazancın alt sınırı ile üst sınırı arasında olmak koşuluyla kendilerince belirlenir. Prime esas kazancın alt sınırı, asgari ücretin otuzda biri, üst sınırı ise, alt sınırın 6,5 katıdır.¹³⁸

Görüldüğü gibi yeni düzenleme ile isteğe bağlı sigortalılığın kapsamı genişletilmiş ve isteğe bağlı sigortalı olmak kolaylaştırılmıştır. Ayrıca genel sağlık sigortası primini ödemek koşulu ile sağlık yardımlarından yararlanma olanağı getirilmiştir. Böylelikle isteğe bağlı sigortalılık özendirilmekte ve mümkün olduğu kadar çok kişiyi sosyal güvenlik şemsiyesi altına almak amaçlanmaktadır.

1.7.4. Prim Oranları ve Devlet Katkısı

5510 s.K.un 81 inci maddesinin birinci fıkrasının (f) bendinde yapılan düzenlemeye göre, *'Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için, 82 nci maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın %12,5'idir. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar ile 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (e) bendi ve bu Kanunun geçici 13 üncü maddesinde belirtilenlerin genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın % 12 si'dir (md.81/1/f). Görüldüğü gibi kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olan genel sağlık sigortalıları için prim oranı, prime esas kazancın %12,5'idir. Ancak, yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanlar ile 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler ve 4046 sayılı Kanunun 21 inci maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanların genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın %12'sidir. Bunun dışında GSSİY'nin 13 üncü maddesine göre;*

'- Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalıların iş sözleşmesinin askıda kaldığı aylara ait genel sağlık sigortası primi, Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazancın alt sınırınının 30 günlük tutarıdır.

¹³⁸ GSSİY, md.12/2., www.sgk.gov.tr, ayrıca bkz. 5510 s.K. md.82, www.sgk.gov.tr

- *Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamına girenler için prim ödeme yükümlülerinin ödeyecekleri genel sağlık sigortası primi; primin tahakkuk ettirileceği ay itibarıyla anılan bendin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde sayılan toplam kişi sayısının üçe bölünmesi suretiyle bulunacak kişi sayısına (3) ilâ (10) numaralı alt bentlerde sayılan kişi sayısının eklenmesi suretiyle bulunacak toplam kişi sayısı esas alınarak hesaplanır. Ancak, bu kişilerden aynı zamanda Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamı dışındaki bentlerin kapsamına girerek genel sağlık sigortalısı sayılanlar, bu fıkraya göre tespit edilecek kişi sayısı hesabına dâhil edilmez.*

- *Bu Yönetmeliğin 11 inci maddesinin altı, yedi ve sekizinci fıkralarında sayılanlardan ayrıca genel sağlık sigortası primi alınmaz.*

Ayrıca söz konusu Kanun maddesinin(md.81) son fıkrası uyarınca Devlet, genel sağlık sigortası priminin dörtte biri oranında Kuruma katkı yapar. Devlet katkısı olarak hesaplanacak tutar, talep edilen tarihi takip eden 15 gün içinde Hazinece Kuruma ödenir.

1.7.5. Prime Esas Günlük Kazancın Sınırları

5510 s.K.un 82 nci maddesinin birinci fıkrasında prime esas günlük kazancın sınırları *'Bu Kanun gereğince alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı, asgarî ücretin otuzda biri, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır.'* şeklinde ifade edilmiştir (md.82/1). Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi prime esas kazancın alt ve üst sınırının hesaplanmasında asgarî ücret temel alınmıştır.

Ayrıca Kanun, aynı maddenin 2 nci fıkrasında alt sınırın altında veya üst sınırın üstünde günlük kazancı olanlar ile ücretsiz çalışanlar için de bir açıklama getirmiştir. Buna göre, günlük kazancı alt sınırın altında olanlar sigortalılar ile ücretsiz çalışan sigortalıların günlük kazançları alt sınır üzerinden, günlük kazançları üst sınırdan fazla olan sigortalıların günlük kazançları da üst sınır üzerinden hesaplanır(md.82/2).

Söz konusu maddenin üçüncü fıkrasına göre, günlük kazancı alt sınırın altında olan sigortalılarda, kazanç ile alt sınır arasındaki farka ait sigorta primleri işveren tarafından ödenir. Ücretsiz çalışan sigortalılara ait sigorta primlerinin tümü de yine işveren tarafından ödenir (md.82/3).

Aynı maddenin son fıkrası uyarınca, *'Sigortalıların bu Kanununun 53 üncü maddesine göre belirlenen aynı sigortalılık haline tâbi olacak şekilde birden fazla işte*

çalışması nedeniyle Kuruma ödenen primler toplamı, bu sigortalılık hali için belirlenen prime esas kazanç üst sınırı üzerinden hesaplanacak miktarı aşarsa, aşan kısmın tamamı, sigortalının talebi üzerine en geç talep tarihini takip eden ay içinde hissesi oranında sigortalıya defaten geri ödenir. Geri verilen primler için ayrıca gecikme cezası ve gecikme zammı ile faiz ödenmez.’ (md.82/4).

1.7.6. Prim Belgeleri ve Primlerin Ödenmesi

Prim belgeleri ve primlerin ödenmesi; prim belgeleri ve işyeri kayıtları, prim ödeme yükümlüsü, primlerin ödenmesi, prim borçlarına halef olma, gecikme cezası ve gecikme zammı ile iadesi gereken primler ana başlıklarını kapsamaktadır.

1.7.6.1. Prim Belgeleri ve İşyeri Kayıtları

Prim belgeleri ve işyeri kayıtları 5510 s.K. un 86 ncı maddesinde şu şekilde düzenlenmiştir. *‘İşveren bir ay içinde 4 üncü ve 5 inci maddeye tâbi çalıştırdığı sigortalıların ve sosyal güvenlik destek primine tâbi sigortalıların;*

- a) Ad ve soyadlarını, T.C. kimlik numaralarını,*
- b) 80 inci maddeye göre hesaplanacak prime esas kazançlarını,*
- c) Prim ödeme gün sayıları ile prim tutarlarını,*

gösteren ve örneği Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenen asıl veya ek aylık prim ve hizmet belgesini, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındakiler için en geç Kurumca belirlenecek günün sonuna kadar, diğer sigortalılar için ise ait olduğu ayı takip eden ayda Kurumca belirlenecek günün sonuna kadar Kuruma vermekle veya sigortalı çalıştırmadığı takdirde, bu hususu sigortalı çalıştırmaya son verdiği tarihten itibaren, onbeş gün içinde Kuruma bildirmekle yükümlüdür.

İşveren, işyeri sahipleri; işyeri defter, kayıt ve belgelerini ilgili olduğu yılı takip eden yılbaşından başlamak üzere on yıl süreyle, kamu idareleri otuz yıl süreyle, tasfiye ve iflâs idaresi memurları ise görevleri süresince, saklamak ve Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilen memurlarınca istenilmesi halinde onbeş gün içinde ibraz etmek zorundadır.

İşverenin, sigortalıyı, 4857 sayılı İş Kanununun 7 nci maddesine göre başka bir işverene iş görme edimini yerine getirmek üzere geçici olarak devretmesi halinde, sigortalıyı devir alan, geçici iş ilişkisi süresine ilişkin birinci fıkrada belirtilen belgelerin aynı süre içinde işverene ait işyerinden Kuruma verilmesinden, işveren ile birlikte müteselsilen sorumludur.

Ay içinde bazı işgünlerinde çalıştırılmadığı ve ücret ödenmediği beyan edilen sigortalıların, otuz günden az çalıştıklarını ispatlayan belgelerin işverence ilgili aya ait aylık prim ve hizmet belgesine eklenmesi şarttır. Kamu idareleri ile toplu iş sözleşmesi imzalanan işyerlerinde bu şart aranmaz.

Sigortalıların otuz günden az çalıştığını gösteren bilgi ve belgelerin aylık prim ve hizmet belgesinin verilmesi gereken süre içinde Kuruma verilmemesi veya verilen bilgi ve belgelerin Kurumca geçerli sayılmaması halinde, otuz günden az bildirilen sürelerle ait aylık prim ve hizmet belgesi Kurumca re'sen düzenlenir ve muhteviyatı primler, bu Kanun hükümlerine göre tahsil olunur.

Sigortalıyı çalıştıran işveren ile alt işveren ve iş görme edimini yerini getirmek üzere sigortalıyı geçici olarak devralan işveren; aylık prim ve hizmet belgesinin Kurumca onaylanan bir nüshasını sigortalının çalıştığı işyerinde, birden ziyade işyeri olması halinde ise sigortalının çalıştığı her işyerinde ayrı ayrı olmak üzere, Kuruma verilmesi gereken sürenin son gününü takip eden günden başlanarak, müteakip belgenin verilmesi gereken sürenin sonuna kadar, sigortalılar tarafından görülebilecek bir yere asmak zorundadır.

(Değişik yedinci fıkra: 17/4/2008–5754/50 md.) *Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurlarınca, fiilen yapılan denetimler sonucunda veya işyeri kayıtlarından yapılan tespitlerden ya da kamu idarelerinin denetim elemanlarınca kendi mevzuatı gereğince yapacakları soruşturma, denetim ve incelemeler neticesinde veya kamu kurum ve kuruluşları ile bankalar tarafından düzenlenen belge veya alınan bilgilerden çalıştığı anlaşılan sigortalılara ait olup, bu Kanun uyarınca Kuruma verilmesi gereken belgelerin yapılan tebligata rağmen bir ay içinde verilmemesi veya noksan verilmesi halinde, bu belgeler Kurumca re'sen düzenlenir ve muhteviyatı sigorta primleri Kurumca tespit edilerek işverene tebliğ edilir. İşveren, bu maddeye göre tebliğ edilen prim borcuna karşı tebliğ tarihinden itibaren bir ay içinde, ilgili Kurum ünitesine itiraz edebilir. İtiraz, takibi durdurur. İtirazın reddi halinde, işveren kararın tebliğ tarihinden itibaren bir ay*

içerisinde yetkili iş mahkemesine başvurabilir. Yetkili mahkemeye başvurulması, prim borcunun takip ve tahsilini durdurmaz. Mahkemenin Kurum lehine karar vermesi halinde, 88 inci ve 89 uncu maddelerin prim borcuna ilişkin hükümleri uygulanır.

(Ek fıkra: 17/4/2008–5754/50 md.) Kurumun denetim ve kontrole görevli memurlarınca işyerinde fiilen yapılan tespitlerden ve kamu idarelerinin denetim elemanlarınca kendi mevzuatı gereğince yapacakları soruşturma, denetim ve incelemelerden kayıt ve belgelere dayanmaksızın çalıştığı belirlendiği halde, hizmetlerinin veya prime esas kazançlarının Kuruma bildirilmediği anlaşılan veya eksik bildirildiği tespit edilen sigortalıların geriye yönelik hizmetlerinin veya prime esas kazançlarının, en fazla tespitin yapıldığı tarihten geriye yönelik bir yıllık süreye ilişkin kısmı dikkate alınır.

Aylık prim ve hizmet belgesi işveren tarafından verilmeyen veya çalıştıkları Kurumca tespit edilemeyen sigortalılar, çalıştıklarını hizmetlerinin geçtiği yılın sonundan başlayarak beş yıl içerisinde iş mahkemesine başvurarak, alacakları ilâm ile ispatlayabilirlerse, bunların mahkeme kararında belirtilen aylık kazanç toplamları ile prim ödeme gün sayıları dikkate alınır.

Sigortalının çalıştığı bir veya birden fazla işte, bu Kanunda yazılı şartları yerine getirmiş olmasına rağmen, kendisi için verilmesi gereken aylık prim ve hizmet belgesinin işveren tarafından verilmediği veya verilen aylık prim ve hizmet belgesinde kazançların veya prim ödeme gün sayılarının eksik gösterildiği Kurumca tespit edilirse, hastalık ve analık sigortalarından gerekli ödemeler yapılır.

Bu maddede belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilmemesi halinde, 102 nci maddeye göre işlem yapılır.

Kamu idarelerinde işyerinin özelliği nedeniyle prim belgelerinin farklı sürelerde verilme zamanını belirlemeye, Kurum yetkilidir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar ile belgelerin içerik ve şekli, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir. ' (md.86).

1.7.6.2. Prim ödeme yükümlüsü

Prim ödeme yükümlüsü ile ilgili olarak 5510 s.K. un 87 nci maddesinde yapılan düzenlemeye göre; *'Bu Kanunun uygulanmasında kısa ve uzun vadeli sigorta kolları ile genel sağlık sigortası ve isteğe bağlı sigorta bakımından;*

a) (Değişik: 17/4/2008–5754/51 md.) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentlerine ve 5 inci maddenin (a) bendine tabi olanlar için bunların işverenleri,

b) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine tâbi olanlar ile bu kapsamda sayılan kişilerden sosyal güvenlik destek primine tâbi olanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar ve 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentlerinde sayılan kişilerin kendileri,

c) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan kişiler için primi yılı merkezî yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri,

d) (Değişik: 17/4/2008–5754/51 md.) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde sayılan kişiler ile 5 inci maddenin (e) bendinde belirtilenler için Türkiye İş Kurumu,

e) 5 inci maddenin (b) bendinde belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde meslekî eğitim görenler ile meslek liselerinde zorunlu staja tâbi tutulan öğrenciler için Milli Eğitim Bakanlığı veya bu öğrencilerin eğitim gördükleri okullar, yüksek öğrenim sırasında zorunlu staja tâbi tutulan öğrenciler için öğrenim gördükleri yüksek öğretim kurumu,

f) (Değişik: 17/4/2008–5754/51 md.) 5 inci maddenin (c) ve (g) bentlerine tabi olanlar için işverenleri veya kendileri,

prim ödeme yükümlüsüdür. ' (md.87).

Sayılanlara ek olarak, Yönetmelikte belirtildiği üzere; kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalıların iş sözleşmesinin askıda kaldığı aylara ait genel sağlık sigortası primi, ilgili kamu idaresi tarafından ödenir. Ayrıca, isteğe bağlı sigortalı olanlar bakmakla yükümlü olunan kişi olsalar dahi, Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve genel sağlık sigortası primini ödemekle yükümlüdürler. Yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye'de yerleşik olma hâli bir

yılı doldurmadıkça genel sağlık sigortası primi alınmaz ve bu kişiler genel sağlık sigortalısı sayılmaz.¹³⁹

1.7.6.3. Primlerin ödenmesi

Primlerin ödenmesi ile ilgili hükümler, 5510 s.K ve GSSİY’de ayrıntılı olarak yer almıştır.

‘4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen sigortalıları çalıştıran işveren, bir ay içinde çalıştırdığı sigortalıların primlerine esas tutulacak kazançlar toplamı üzerinden bu Kanun gereğince hesaplanacak sigortalı hissesi prim tutarlarını ücretlerinden keserek ve kendisine ait prim tutarlarını da bu tutara ekleyerek en geç Kurumca belirlenecek günün sonuna kadar Kuruma öder.

Hak edilen ancak, ödenmemiş olan ücretler üzerinden hesaplanacak primler hakkında da birinci fıkradaki hüküm uygulanır.

60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (b), (c), (d) ve (g) bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar için, her ay otuz tam gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi zorunludur. Şu kadar ki, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olanların aynı ay içinde zorunlu sigorta kapsamında prim ödeme gün sayısı bulunması halinde, ayın kalan günleri için isteğe bağlı sigorta gün sayısı kadar genel sağlık sigortası primi ödenir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı olmakla birlikte, 4857 sayılı Kanununun 13 ve 14 üncü maddelerine göre kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile bu Kanuna göre ev hizmetlerinde ay içerisinde 30 günden az çalışan sigortalılar için eksik günlerine ait genel sağlık sigortası primlerinin 30 güne tamamlanması zorunludur. Bu durumda olan sigortalıların eksik günlerine ilişkin genel sağlık sigortası primleri, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi veya (g) bendi kapsamında ödenir. Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalıların iş sözleşmesinin askıda kaldığı aylara ait genel sağlık sigortası primi, 82 nci

¹³⁹ GSSİY, md.14., www.sgk.go.tr

maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazancın alt sınırının 30 günlük tutarı üzerinden ilgili kamu idaresince ödenir.

60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamına girenler için prim ödeme yükümlülerinin ödeyecekleri genel sağlık sigortası primi; primin tahakkuk ettirileceği ay itibarıyla anılan bendin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde sayılan toplam kişi sayısının üçe bölünmesi suretiyle bulunacak kişi sayısına (3) ilâ (10) numaralı alt bentlerde sayılan kişi sayısının eklenmesi suretiyle bulunacak toplam kişi sayısı esas alınarak hesaplanır. Ancak, bu kişilerden aynı zamanda 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamı dışındaki bentlerin kapsamına girerek genel sağlık sigortalısı sayılanlar, bu fıkraya göre tespit edilecek kişi sayısı hesabına dâhil edilmez.

87 nci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen yükümlüler, her aya ait primlerini takip eden ayda Kurumca belirlenecek günün sonuna kadar Kuruma öderler. Bu kişiler primlerini en fazla 360 günle sınırlı olmak üzere peşin olarak erken ödeyebilir. Erken ödeme halinde erken ödenen her gün için 21/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usûlü Hakkında Kanunun ek 1 inci maddesine göre erken ödeme indirimi hükümleri uygulanır. Ancak yapılan erken ödeme indirimi, prime esas kazançtan indirilmez. Erken ödemede sigortalılık süresi, sigorta priminin ait olduğu her ayın ilk gününden itibaren, prim ödeme gün sayısına dâhil edilir. Erken ödeme yapılan ve prim ödeme gün sayısına dâhil edilmeyen sürede isteğe bağlı sigortalılığın sona ermesi halinde, sigortalılık süresinden sayılmayan günlere ait primler ilgililere iade edilir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendinin (4) numaralı alt bendine tabi sigortalılar için, genel sağlık sigortası primi ile kısa ve uzun vadeli sigorta kolları primlerini ayrı ayrı veya birlikte tahsil edilecek şekilde prim ödeme tarihlerini veya dönemlerini belirlemeye Kurum yetkilidir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanların, her ay için otuz tam gün prim ödemesi zorunludur.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen sigortalıları çalıştıran işverenler, çalıştırdığı sigortalıların primlerine esas tutulacak kazançlar toplamı üzerinden bu Kanun gereğince hesaplanacak prim tutarlarını ücretlerinden keserek ve kendisine ait

prim tutarlarını da bu tutara ekleyerek, en geç Kurumca belirlenecek günün sonuna kadar Kuruma öderler.

87 nci maddenin birinci fıkrasının (c) ve (d) bentlerinde belirtilen yükümlüler, her aya ait primleri ilgili ayı takip eden ayın sonuna kadar Kuruma öderler.

Kuruma fiilen ödenmeyen prim tutarları, gelir vergisi ve kurumlar vergisi uygulamasında gider yazılamaz.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendinin (4) numaralı alt bendi kapsamında sigortalı olarak tescil edilmiş olanların prim borçlarını, sattıkları tarımsal ürün bedellerinden borç tutarını geçmemek şartıyla % 1 ilâ % 5 oranları arasında olmak üzere kesinti yapılmak suretiyle tahsil etmeye Kurum yetkilidir.

Prim borçları katma değer vergisi iade alacağından mahsubu suretiyle de ödenebilir. Bu takdirde katma değer vergisi iade hakkı sahibi kendisinin, mal veya hizmet satın aldığı veya iştirak veya ortaklık ilişkisi içinde bulunduğu işverenlerin prim borçları için de mahsup talep edebilir. Bu işverenlerin mahsup talebinde buldukları ayda muaccel olan prim borçlarının birinci fıkrada belirtilen ödeme sürelerini izleyen onbeş gün içinde mahsup suretiyle ödenmesi halinde, yasal süresi içinde ödendiği kabul edilir. Ancak prim borçlarının katma değer vergisi iade alacağından mahsup suretiyle ödenmesi talebinde bulunulduğu halde, süresinde mahsup edilemeyen veya eksik mahsup edilen prim borçları için birinci fıkrada belirtilen ödeme sürelerini izleyen günden başlanarak gecikme cezası ve gecikme zammı uygulanır. Kurum, Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile bu uygulamadan faydalanacak işverenleri; iştigal konusu, işletme türü ve işletme büyüklüğü itibarıyla belirlemeye ve lehine mahsup talebinde bulunulan işverenlerin prim borcu ödeme süresini otuz günü aşmamak üzere uzatmaya yetkilidir.

Kurum, prim ve her türlü alacaklarını, işverenlere olan borçlarından mahsup etmek suretiyle tahsil etmeye yetkilidir.

Primlerin özel ödeme şekilleri kullanılmak suretiyle ödenmesi zorunluluğunu getirmeye ve primlerin yatırılacağı tahsilât kuruluşlarını belirlemeye Kurum yetkilidir.

Kurumun süresi içinde ödenmeyen prim ve diğer alacaklarının tahsilinde, 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunun 51 inci, 102 nci ve 106 ncı

maddeleri hariç, diğer maddeleri uygulanır. Kurum, 6183 sayılı Kanunun uygulanmasında Maliye Bakanlığı ile diğer kamu kurum ve kuruluşları ve mercilere verilen yetkileri kullanır.

Kurum, 6183 sayılı Kanun kapsamında takip edilen alacakları hariç olmak üzere her türlü alacağın teminatını teşkil etmek üzere Yeni Türk Lirası ve/veya yabancı para birimi üzerinden ticari işletme, taşınır ve/veya taşınmaz rehni dâhil olmak üzere her türlü teminat almaya yetkilidir.

Kurumun 6183 sayılı Kanun kapsamında takip edilen prim ve diğer alacakları amme alacağı niteliğinde olup, imtiyazlı alacaktır. Kurumun taraf olduğu her türlü dava ve icra takiplerinin kısmen veya tamamen aleyhe neticelenmesi halinde 2004 sayılı İcra ve İflas Kanununda yazılı tazminat ve cezalar Kurum hakkında uygulanmaz.

Kurumun prim ve diğer alacaklarının tahsilinde, 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunun uygulamasından doğacak uyuşmazlıkların çözümlenmesinde Kurumun alacaklı biriminin bulunduğu yer iş mahkemesi yetkilidir. Yetkili iş mahkemesine başvurulması alacakların takip ve tahsilini durdurmaz.

Kurumun sigorta primleri ve diğer alacakları haklı bir sebep olmaksızın bu Kanunda belirtilen sürelerde ödenmez ise kamu idarelerinin tahakkuk ve tediye ile görevli kamu görevlileri, tüzel kişiliği haiz diğer işverenlerin şirket yönetim kurulu üyeleri de dâhil olmak üzere üst düzeydeki yönetici veya yetkilileri ile kanuni temsilcileri Kuruma karşı işverenleri ile birlikte müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Kurum, kamu idarelerinde işyerinin özelliği nedeniyle primlerin farklı zamanlarda ödeme süresini belirlemeye yetkilidir. Prim alacaklarının tahsili için muacceliyet tarihinden itibaren en geç bir yıl içinde icra yoluna başvurmayan Kurum yetkili personeli hakkında genel hükümlere göre kovuşturma yapılır.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.’ (md.88).

Kanun’un 88 inci maddesinin son fıkrası uyarınca çıkarılan Yönetmeliğin 15 inci maddesine göre, GSS primlerinin ödenmesinde, Kanunun 88 inci maddesi ve Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliğinin ilgili hükümleri esas alınacaktır. Ayrıca, yalnızca GSS’ye

tabi olanlar için aylık prim ve hizmet belgesi alınmayacağı ve GSS priminin alınmasına esas tahakkuk işleminin Kurum tarafından oluşturulacağı belirtilmiştir (GSSİY md.15).

Reform ile birlikte primin ödenmemesi halinde sağlık hizmetlerinden yararlanma koşullarına ilişkin önemli düzenlemeler yapılmıştır. Bu konu, ikinci bölümde sağlık hizmetlerinden faydalanma şartları başlığı altında ayrıntılı olarak inceleneceğinden burada kısaca bahsedilecektir. Reform ile prim ödeme yükümlüsü olduğu halde sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarih itibariyle 60 günden daha az prim borcu bulunanların sağlık hizmetlerinden yararlanmaması söz konusu değildir. Ancak, 60 günden fazla prim borcu olanlar sağlık hizmetlerinden yararlanamayacaklardır. Ayrıca, 18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, acil haller, iş kazası ve meslek hastalığı halleri, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklar, koruyucu hekimlik hizmetlerinde, analık hallerinde, afet ve savaşta ve de grev-lokavt durumlarında prim borcuna ve prim ödeme gün sayısına bakılmaksızın tedavileri sağlanmaktadır. Bunun yanında, Bağ-kur uygulamalarında daha önceden bağımsız çalışanlar ile bakmakla yükümlü olduklarının sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için hiç prim borcu olmaması gerekmekte iken, reform ile 01.10.2008 tarihinden sonra 2 aya kadar prim borcu bulunanlara da sağlık yardımlarından yararlanma hakkı getirilmiştir.¹⁴⁰

Primlerin ödenmesi ile ilgili olarak değinilmesi gereken önemli bir husus da, genel sağlık sigortasının, primlerin her ay 30 gün üzerinden tahakkuk ettirilerek tahsil edilmesi esasına göre kurulmuş olmasıdır. Sistemin bu ilkesi dikkate alınarak, kamuda mevsimlik ve kısmi süreli işlerde çalıştırılan işçilerin hizmet akitleri askıda iken çalışmadıkları sürelerin primlerinin asgari ücret üzerinden işverenleri tarafından ödenmesi öngörülmüştür. Özel sektörde mevsimlik ve kısmi süreli işlerde çalışan işçiler ise bu haktan yoksun bırakılmıştır. Hizmet akitleri askıda iken çalışmadıkları sürelerin primlerini ceplerinden kendileri ödemektedirler.¹⁴¹ Bu durum, primlerin tahsil edilmesinde eşit olmayan bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır.

¹⁴⁰ Mehmet Bulut (2010), a.g.m., s:172.

¹⁴¹ Mustafa Kumlu, 'Genel Sağlık Sigortası Sağlık Harcamalarını Artırdı', Mercek, Yıl:15, Sayı:57, Ocak 2010, İst., s:25.

1.7.6.4. Prim borçlarına halef olma, gecikme cezası ve gecikme zammı iadesi gereken primler

5510 s.K.un 89 uncu maddesinde yapılan düzenlemeye göre, *(Değişik birinci fıkra: 17/4/2008-5754/53 md.) Sigortalının çalıştırıldığı işyeri aktif veya pasifi ile birlikte devralınır veya intikal ederse ya da başka bir işyerine katılır veya birleşirse eski işverenin Kuruma olan prim ile gecikme cezası, gecikme zammı ve diğer ferilerinden oluşan borçlarından, aynı zamanda yeni işveren de müştereken ve müteselsilen sorumludur. Bu hükme aykırı sözleşme hükümleri Kuruma karşı geçersizdir. Bu fıkranın uygulanmasına ilişkin usul ve esasları belirlemeye Kurum yetkilidir.*

Kurumun prim ve diğer alacakları süresi içinde ve tam olarak ödenmezse, ödenmeyen kısmı sürenin bittiği tarihten itibaren ilk üç aylık sürede her bir ay için % 3 oranında gecikme cezası uygulanarak artırılır. Ayrıca, her ay için bulunan tutarlara ödeme süresinin bittiği tarihten başlamak üzere borç ödeninceye kadar her ay için ayrı ayrı Hazine Müsteşarlığınca açıklanacak bir önceki aya ait Yeni Türk Lirası cinsinden iskontolu ihraç edilen Devlet iç borçlanma senetlerinin aylık ortalama faizi bileşik bazda uygulanarak gecikme zammı hesaplanır. Ancak, ödemenin yapıldığı ay için gecikme zammı günlük hesaplanır. Bakanlar Kurulu, ilk üç ay için uygulanan gecikme cezası oranını iki katına kadar artırmaya veya bu oranı % 1 oranına kadar indirmeye, yeniden kanunî oranına getirmeye ve uygulama tarihini belirlemeye yetkilidir. Dava ve icra takibi açılmış olsa bile, prim ve diğer Kurum alacaklarının ödenmemiş kısmı için gecikme cezası ve gecikme zammı tahsil edilir.

Yanlış veya yersiz alınmış olduğu tespit edilen primler, alındıkları tarihten on yıl geçmemiş ise, hisseleri oranında işverenlere, sigortalılara, isteğe bağlı sigortalılara veya genel sağlık sigortalılarına veya hak sahiplerine kanunî faizi ile birlikte geri verilir. Kanunî faiz, primin Kuruma yatırıldığı tarihi takip eden aybaşından, iadenin yapıldığı ayın başına kadar geçen süre için hesaplanır. Ancak Borçlar Kanununun 65 inci maddesi hükmü saklıdır.

Prim iadesi nedeniyle sigortalıların, isteğe bağlı sigortalıların, genel sağlık sigortalılarının aylık, gelir, ödenek ve sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarını yitirmeleri durumunda, bu Kanuna göre ödenen aylık, gelir ve ödenekler ile sağlanan

sağlık hizmetleri durdurulur. Yanlış veya yersiz yapılan masraflar 96 ncı madde hükümlerine göre ilgililerden geri alınır.' (md.89).

1.7.7. Genel sağlık sigortası gelirlerinin kullanım amacı, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları için yapılan sağlık harcamaları

Kanun, genel sağlık sigortasından elde edilen prim gelirlerinin kullanım amacı ile kısa ve uzun vadeli sigorta kolları için yapılan sağlık harcamalarının nereden karşılanacağını 74 üncü maddesinde açıkça ifade etmiştir. Söz konusu maddeye göre; *'Genel sağlık sigortası prim gelirleri; yönetim giderleri, genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka bir amaçla kullanılamaz.'* (md.74/1). Bir başka ifadeyle genel sağlık sigortası primleri, ancak genel sağlık sigortasından sağlanan hizmetler ve diğer haklar ile yönetim giderleri için kullanılabilir.

Kanun, aynı maddenin ikinci fıkrasında ise, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları bakımından sürekli iş göremezlik, malûllük, çalışma gücü kaybı hallerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller nedeniyle oluşan sağlık hizmeti giderlerinin kısa ve uzun vadeli sigorta kollarının prim gelirlerinden karşılanacağını belirtmiştir. Bunun yanında, 72 nci maddeye göre, usul ve esasları Kurumca belirlenecek gündelik ve yol giderleri ile refakatçi giderlerinin de yine kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılanacağını ifade etmiştir (74/2).

II. BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULANMASI

2.1. GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN SAĞLANAN HİZMETLER

2.1.1. Sağlık Hizmetleri

2.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

En basit tanımıyla sağlık hizmetleri, önem sırasına göre, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetlerdir.¹⁴² Bir başka tanıma göre sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüdür.¹⁴³

Sağlık hizmetleri, 224 sayılı SHSHK'un (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun) 2 nci maddesinde '*İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler*' olarak tanımlanmıştır.¹⁴⁴ Sağlık hizmetleri ile bireyler olası hastalık riskine karşı koruyucu hizmetlerle korunmakta, hastalığa yakalanmış bireyler tedavi edici hizmetler sayesinde tedavi edilmekte ve rehabilitasyon hizmetleri ile topluma yeniden kazandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri, 5510 s.K.'nun 3 üncü maddesinde ise, 63 üncü maddeye atıf yapılarak, '*genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere 63 üncü madde gereği finansmanı sağlanacak tıbbî ürün ve hizmetler*' şeklinde ifade edilmiştir. 63 üncü maddenin birinci fıkrasında Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin amacı, genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmaları, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmaları, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin

¹⁴² Nusret Fişek (1982), a.g.m.

¹⁴³ Recep Akdur (1999), a.g.e., s:5.

¹⁴⁴ 224 sayılı Yasa md.2 için bkz. www.saglik.gov.tr

karşılanması, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılması veya azaltılması olarak ifade edilmiştir.¹⁴⁵

Örgütlenme ve finansman sorunları, hizmet kalitesinin yeterli düzeyde olmaması, koruyucu sağlık hizmetlerinin istenilen düzeyde geliştirilememesi gibi mevcut sorunlara çözüm getirmek için ortaya konan genel sağlık sigortası, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, bekâr olanların aile sahiplerini, sağlıklı olanların hasta olanları finanse ettiği, riskin paylaşıldığı, bireylerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın ortaya çıkan hastalık riskine karşı korunduğu bir sistemdir. Böylece sağlıklı bireylerden oluşan, sağlıklı bir toplum yaratmak amaçlanmaktadır. Bilindiği gibi sağlık hakkı, en temel insan hakkı olup, kişinin sağlıklı yaşaması, hastalığa sebep olan nedenlerin ortadan kaldırılması, hastalandığında iyileşmesi için gerekli olan tüm olanakların sağlanması ve ölüme terk edilmemesidir. Bu hakkın tam olarak sağlanabilmesi için nüfusun tümünün sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması ve sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanması gerekmektedir. Kişilerin sağlık hizmetine kolay ulaşmaları hastalıkların ilerlemesine engel olmakta, toplumun genel sağlık göstergelerinde iyileşmeler yaratmaktadır. Sağlıklı ve mutlu bir toplum yaratmak sağlıklı bireyler ile mümkün olduğundan, sağlık hizmetleri birey ve toplum açısından son derece önemlidir.

2.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, kendine has özellikleri nedeniyle piyasadaki diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak ele alınması gereken bir hizmet türüdür. Aşağıda sayılan özelliklerinden dolayı bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasasına özgü koşullar ve farklı bir piyasa yapısı ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz¹⁴⁶ :

- **Sağlık hizmetlerinin toplumsal olması:** Sağlık hizmetleri tüm toplumu ilgilendirdiğinden toplumsal bir özellik taşır. Ayrıca kar amacı gütmeyen, sosyal amaçlı hizmetlerdir. Tüm toplumun sağlık düzeyini yükseltmek hedeflenmektedir.

¹⁴⁵ 5510 s.K. md. 3 ve md.63 için bkz. www.ssk.gov.tr

¹⁴⁶ Coşkun Can Aktan - A. Kadir Işık, 'Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler', <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>

- **Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farklı olması:** Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetlerin, diğer mal ve hizmetlerden farklı olması sağlık malının yapısından kaynaklanmaktadır. Örneğin gözlük, tekerlekli sandalye, kalp pili gibi doğrudan sağlığı ve yaşamı ilgilendiren gereçlerin, otomobil, televizyon, kitaplık gibi mallarla aynı kategoride sayılması akılcı olmayacaktır. Aynı şekilde aşılama, periyodik kontroller, çürük dişin alınması, apandisit ameliyatının yapılması gibi sağlık hizmetleri de diğer hizmetler ile farklılık taşımaktadır.
- **Sağlık hizmeti talebinin tesadüfî olarak ortaya çıkması:** Kişinin nerede, ne zaman ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağını önceden belirlemek zordur. Bu da sağlık hizmetlerinin talep ve tüketiminde belirsizliğe yol açmaktadır. Aniden ortaya çıkan sağlık hizmeti talebi, bazen ekonomik kaynakların sınırlı olması nedeniyle karşılanamayabilir. Bireylerin ödeme gücünü aşan harcamalarla karşılaşıldığında kolektif bir çözüm olan sigortalar devreye girer.¹⁴⁷ Ancak, yeterli bir gelire sahip olmak da talebin karşılanmasında tek başına belirleyici bir etken olmamaktadır. Çok iyi gelire sahip olan bir birey de, potansiyel ya da farkında olmadığı bir hastalık riski altında olabilir. Kısaca, sağlık hizmetleri talebi öngörülemez nitelikte olup, tesadüfî olarak ortaya çıkar.
- **Sağlık hizmetlerinin ikamesi olmaması:** Sağlık hizmetlerinde ikame özelliği yani yerine başka bir hizmetin kullanılması söz konusu değildir. Örneğin, bir kalp kapakçığı ameliyatının yüksek maliyetli olması nedeniyle bunun yerine, daha düşük bir maliyeti olan çürük dişlerin bakımı ikame edilemez.
- **Sağlık hizmetlerinin ertelenememesi:** Sağlık hizmetleri talebi, çoğu kez talebin ortaya çıktığı anda karşılanmak zorundadır. Özellikle acil olarak kişiye ağrı ve acı veren, sağlığını tehlikeye düşüren veya düşürecek olan sağlık hizmeti talebi ertelenemez.

¹⁴⁷ H.Hüseyin Yıldırım, 'Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları', Amme İdaresi Dergisi, Cilt:32, Sayı:1, Mart 1999, s:6. http://www.absaglik.com/hhy_piyasa.pdf

- **Sağlık hizmetleri talebinin tüketici tarafından belirlenmemesi:** Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti kullanan değil, hekim belirlemektedir. Kişi burada verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz ve pazarlık edemez. Yani hastanede yatma süresi, verilecek ilacın süresi, dozu ve içeriği hekim tarafından tek taraflı olarak belirlenir.
- **Sağlık hizmetlerinin bütünlük özellikleri:** Sağlık hizmetleri sağlıkla doğrudan, dolaylı veya uzak etkili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin yer aldığı bütün sektörleri, sistemleri, kurum ve kesimleri; temel, koruyucu, geliştirici tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşan asıl sağlık hizmetlerini / ürünlerini kapsayan hizmetler arası, sektörler arası, sistemler arası, kurum ve kesimler arası bir bütündür.¹⁴⁸
- **Sağlık hizmeti çıktısının doğrudan paraya çevrilememesi:** Sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulması, bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükselteceğinden, bireylerin çalışma verimlerinin yükselmesi, yaşam sürelerinin uzaması ve üretim artışı söz konusu olmaktadır. Ancak, bunların parasal olarak değerinin belirlenmesi çok zordur. Sözelimi, bebek ölüm hızını binde 30'dan binde 20'ye çekmek için yapılan harcamaların karşılığı, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi muhasebe kayıtlarında doğrudan bir kar unsuru olarak hesaplanamamaktadır. Ancak, sağlık alanına yapılan harcamalarla korunan, geri kazanılan ya da düzeyi yükseltilerek geliştirilen bireysel ve toplumsal sağlık olgusu, doğrudan ve başlı başına bir yatırımdır.
- **Hizmet bedelinin pazarlığa konu olmaması:** Devlet, doktorlar birliği veya bu tarafların kurdukları ya da üye oldukları örgütler fiyatları önceden bağlayıcı olarak belirlediklerinden sağlık hizmetinin bedeli pazarlığa konu olmaz.
- **Hizmeti sunanla tüketici arasında bilgi asimetrisi var olması:** Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özelliklerden biri de doktor ile hasta arasındaki bilgi asimetrisidir. Sağlık bakımında işlemlerin çok karmaşık olması ve tüketicilerin(hastaların) sınırlı bilgiye sahip olmaları sağlık

¹⁴⁸ Ayşe Günaydın (2007),a.g.e., s:3.

hizmetlerini diğer hizmetlerden farklılaştırmaktadır. Sağlık bakımında tüketicinin kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi konusunda çok az bilgisi olduğundan, bu noktada tüketici(hasta) doktora tam anlamı ile bağımlıdır.¹⁴⁹

- **Sağlık hizmetinin fiyatının gerçek maliyeti yansıtması:** Rekabetçi piyasalarda üreticinin kar amaçlı yaptığı üründen kar elde etmesi doğaldır. Ancak, sağlık hizmetlerinin toplumsal ve dışsallık¹⁵⁰ özellikleri nedeniyle gerçek maliyeti yansıtması güçtür.
- **Sağlık Hizmetleri Fiyatındaki Değişmelerin Talebi Etkilememesi:** Hasta için sağlık hizmetlerinin kullanılması zorunlu ve ertelenemez bir ihtiyaç olduğundan fiyatlardaki değişikliklere karşı gösterilecek duyarlılık oldukça zayıf olmaktadır. Yani fiyatlardaki artış sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı dolayısıyla talebi azaltmadığı gibi fiyatlardaki düşüşte talepte artış meydana getirmez.¹⁵¹
- **Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamama Özelliği:** Sağlık hizmeti ihtiyacı çeşitli nedenlerle, farklı zamanlarda ve farklı şekillerde ortaya çıkar. Hastalık her bireyde farklı şekillerde etki gösterebileceği için herhangi bir üründe olduğu gibi sağlık hizmetlerinde belirli bir standarttan bahsetmek mümkün değildir. Sağlık hizmeti bireye, hekime, sağlık kurumlarında teşhis ve tedavide kullanılan teknolojinin niteliğine, şartlara vb. çeşitli faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar göstermektedir.¹⁵²

2.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

2.1.1.3.1. Genel Olarak

Sağlık hizmetlerinde temel amaç, öncelikle bireyleri hastalık riskine karşı korumak ve hayatlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmelerini sağlamaktır. Ancak hastalıktan korunmak

¹⁴⁹ H.Hüseyin Yıldırım (1999), a.g.e.,s:5.

¹⁵⁰ Dışsallık, belirli bir birey veya birey grubunun aralarında herhangi bir anlaşma ya da ticari ilişki olmaksızın gayri iradi olarak, bir başka birey ya da bireyler grubunun herhangi bir eyleminden dolayı bir fayda ya da maliyetle karşılaşmalarıdır. Örneğin, bir kişinin aşı olması, hastalığa yakalanmayacağından ve başkasına bulaştırmayacağından dolayı diğer bireyleri de korur(pozitif dışsallık). H.Hüseyin Yıldırım(1999), a.g.e.,s:6.

¹⁵¹ Ayşe Günaydın (2007),a.g.e., s:5.

¹⁵² Ayşe Günaydın (2007),a.g.e., s:5.

her zaman mümkün olmamaktadır. Bu durumda devreye tedavi edici hizmetler girmekte, kişinin eski sağlık düzeyine ulaşması sağlanmaktadır. Bazen de, kişinin eski sağlığına kavuşması mümkün olmayabilir ya da uzun zaman gerektirebilir. Bedensel veya zihinsel becerilerini kaybetmiş bir kişinin başkasına muhtaç olmadan yaşayabilmesi ve bu becerilerinin yeniden kazanabilmesi için rehabilitasyon hizmetleri devreye girer. Bu çerçevede sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç kısımda incelemek mümkündür.

2.1.1.3.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıklar oluşmadan insanları korumak için verilen hizmetlerin tamamıdır.¹⁵³ Bir başka tanıma göre, koruyucu sağlık hizmetleri, insanları hastalıklardan korumanın yanı sıra, erken teşhis ve tedavi ile hastalıkların nüks ve komplikasyonlarından da koruyan hizmetlerdir. Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıkla ilgili tehlikenin ortaya çıkmasından önce alınan önlem ve müdahalelerin tümünü içerir. Ayrıca çevremizdeki zararlı fiziksel ve kimyasal etkileri ortadan kaldırarak, düzelterek veya insanları olumsuz etkilemesini önleyerek, kişilerin sağlığını korur. Bu çerçevede koruyucu sağlık hizmetlerini, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki başlık altında incelemek mümkündür.¹⁵⁴

- **Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:** Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetlerdir. Erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, aile planlaması kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir.¹⁵⁵ Sağlık evi, sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı merkezi, gezici sağlık birimi, dispanserler, revir ve hastanelerde hekim,

¹⁵³ Recep Akdur (1999), a.g.e. s:5.

¹⁵⁴ Zuhale Dilek, 'Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Kısa Tarihi', Sosyal Güvenlik Dergisi, Yıl:1, Sayı:3, 2009, s:28.

¹⁵⁵ Recep Akdur (1999), a.g.e., s:6., Ayrıca bkz. Zuhale Dilek (2009), a.g.m. s:28.

ebe, hemşire gibi sağlık meslekleri mensupları tarafından yürütülen hizmetlerdir.¹⁵⁶

- **Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:** Çevrede sağlığı olumsuz etkileyecek etmenleri zararsız hale getirmeyi ya da yok etmeyi amaçlayan uygulamaları kapsar. Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi, katı atıkların denetimi, zararlı canlılarla mücadele, radyolojik zararlıların denetimi, iş sağlığı, hava ve gürültü kirliliğinin denetimi, çevresel risk unsurlarının denetimi, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri içinde yer alır. Çevre sağlığı birimi, halk sağlığı laboratuvarları, sağlık ocağı, okul sağlığı, gezici sağlık birimleri ve hastanelerde bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni vb. meslek mensupları tarafından yürütülen hizmetlerdir.¹⁵⁷

5510 s.K.ile birlikte koruyucu sağlık hizmetleri, '*kişilerin hastalıktan korunması veya sağlıklı olma halinin sürdürülmesi amacıyla kişiye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerini ifade eder.*' şeklinde düzenlenmiştir (md.3). Bütün dünyada devletin sağlık alanındaki temel görevleri arasında yer alan koruyucu sağlık hizmetleri, ülkemizde 5510 s.K. un yürürlüğe girmesinden önce devletin sorumluluğunda kalmış ve devletçe finanse edilerek yürütülmüştür. Genel sağlık sigortası sistemi ile devletin sorumluluğu altında olan koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.¹⁵⁸ 5510 s.K. un "*finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi*" başlıklı 63 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde, "*Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri*" genel sağlık sigortası tarafından sağlanacak sağlık hizmetleri arasında sayılmıştır (md.63/1/a). Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi önemli olan, kişinin hastalanmadan önce koruyucu müdahalelerle sağlığının bozulmasını önlemektir. Ayrıca, sigara, alkol veya uyuşturucu gibi bağımlılık yapan zararlı maddelere karşı bireylerin korunması da, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ifadesini bulmuştur. Ancak burada esas olan, GSSİY'nin 19 uncu maddesinin

¹⁵⁶ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s:8

¹⁵⁷ Zuhale Dilek (2009), a.g.m., s:28., Ayrıca bkz. Ayşe Günaydın(2007), a.g.e., s:8.

¹⁵⁸ Kadir Arıcı (2009), a.g.m., s:153.

birinci fıkrasında belirtildiği üzere “*Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilen sağlık hizmetleri esas alınarak Kurumca belirlenir.*” Bir başka deyişle, Kurum tarafından tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilmeyen sağlık hizmetleri GSS kapsamında sayılmayacaktır. Aynı maddenin ikinci fıkrasında ise, “*İnsan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.*” şeklinde bir düzenleme yapılmıştır. Bu düzenleme ile bağımlılık yaratan zararlı madde alışkanlıklarına karşı verilecek koruyucu sağlık hizmetlerini belirleme yetkisi, Sağlık Bakanlığı’nın görüşü alınmak suretiyle Kurum’a verilmiştir (GSSİY md.19).

Koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtemel hastalıkların önlenmesi, hem hastalığın çözülemeyecek boyuta ulaşmasını engellemekte, hem de yapılacak sağlık harcamalarını azaltmaktadır. Şöyle ki, kolayca önlenebilecek olan bir hastalığın ortaya çıkması ile yapılacak olan tedavi harcamaları sağlık giderlerini büyük ölçüde artırabilmektedir. Bu nedenle, hem sağlıklı bir toplum yaratmak, hem de sağlık harcamalarını olabilecek en düşük seviyeye getirebilmek için koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır.

2.1.1.3.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Çağdaş toplumlarda toplumu oluşturan bireylerin, hastalanmalarını önlemek, onları çevresel faktörlerin olumsuz etkilerinden korumak ve sağlıklı bir şekilde hayatlarını sürdürmelerini sağlamak esastır. Ancak bazen, hastalıklardan korunmak mümkün olmamaktadır. Bu durumda devreye, tedavi edici sağlık hizmetleri girmektedir. Böylece hastalığın olumsuz sonuçları ortadan kaldırılmakta, birey önceki sağlıklı yaşamına geri döndürülmektedir. O halde, tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tümüdür.¹⁵⁹ Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan, hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir.¹⁶⁰ Tedavi edici hizmetler kendi içinde *birinci basamak tedavi hizmetleri* (ilk başvuru ve ayakta tedavi), *ikinci basamak tedavi hizmetleri* (yataklı tedavi hizmetleri) ve *üçüncü basamak tedavi*

¹⁵⁹ Recep Akdur (1999), a.g.e.,s:6

¹⁶⁰ Coşkun Can Aktan - A. Kadir Işık, a.g.e.

hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve yüksek teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere 3 kısma ayrılmaktadırlar.

2.1.1.3.3.1. Birinci basamak tedavi hizmetleri

5510 s.K. ile GSS kapsamında olan kişilere sağlık hizmetlerinden yararlanmak için hizmet basamaklarına uyma yükümlülüğü getirilmiştir.¹⁶¹ Söz konusu Kanun'un 70 inci maddesi '*Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır.*' şeklinde düzenlenmiştir. Sevk zincirinin ilk basamağını *birinci basamak sağlık hizmetleri* oluşturmaktadır. En sade biçimi ile birinci basamak sağlık hizmetleri, kişilerin çeşitli sağlık nedenleri ile başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmetleridir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz bir parçası olan ve Türkiye'de 224 sayılı SHS hk. Kanun ile temelleri atılan birinci basamak sağlık hizmetlerinin alt yapı, insan gücü ve finansman gibi yapısal özelliklerinin dışında 4 önemli uygulama özelliği vardır. Bunlar; *ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm* dür. Birinci basamağın bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması ilk başvuru, az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunması kapsayıcılık, hasta ile uzun erimli bir ilişki içinde bulunması süreklilik, sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımı gerçekleşmesi ise eşgüdüm özelliğini açıklar.¹⁶² Bu sistemde, kişi ilk olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşa başvurur. Birinci basamak sağlık kuruluşları, ikinci ve üçüncü basamağa göre, daha dar kapsamlı olup, yoğun bilgi ve ileri teknoloji gerektirmeyen hastalıklarla ilgilenir. Eğer gerekli görülürse hasta, ikinci basamak sağlık kuruluşuna gönderilir.

5510 s.K.'un 70 inci maddesinde sağlık hizmetleri sunucuları üç basamak olarak sınıflandırılmış, ancak bu basamakların neler olduğu açıkça belirtilmemiştir. Buna karşın GSSİY'nin 62 nci maddesi uyarınca çıkarılan 25 Mart 2010 tarihli 27532 mükerrer sayılı RG'de yayınlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde birinci, ikinci

¹⁶¹ İş kazası, meslek hastalığı, afet ve savaş hali, acil hallerde ve belli bir program çerçevesinde tedavi gören ve bu durumları sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, bu tedaviyle ilgili sağlık hizmeti sunucusuna gidişlerinde sevk zincirine uyma zorunluluğu aranmaz.(GSSİY md.40)

¹⁶² Zeliha Öcek- Ata Soyer, 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2000–2004 Türkiye Fotoğrafi', Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, Aralık 2007.

ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları hakkında ayrıntılı hükümler yer almaktadır. Bu tebliğe göre, birinci basamak sağlık kuruluşları aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (md.2/1);¹⁶³

Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları: Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.

Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşları: İşyeri hekimleri, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel kuruluşlar.

Serbest Eczaneler: 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren ve birinci basamak sağlık kuruluşu olan eczaneleri.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında tedavi edici sağlık hizmeti de sunan birinci basamak sağlık kuruluşlarına bakıldığında *aile hekimliği* ifadesi dikkati çekmektedir. Nitekim Kanun’un 70 inci maddesinde aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olarak açıkça ifade edilmiştir. Bu çerçevede aile hekimliği kavramını açıklamak yerinde olacaktır.

2.1.1.3.3.1.1. Aile Hekimliği

2.1.1.3.3.1.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Özellikleri

5510 s.K’da yapılan düzenleme ile aile hekimliğini esas alan bir birinci basamak anlayışı benimsenmiştir. Kanun’un 3 üncü maddesinde yapılan aile hekimi tanımına göre aile hekimi; ‘*Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum ile sözleşme yapmış hekimler*’dir. Aile hekimi, 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği

¹⁶³ 25.03.2010 tarihli, 27532 mükerrer sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, www.sgk.gov.tr

Pilot Uygulamasý Hakkında Kanun'da ise şöyle tanımlanmıştır; “*Aile Hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.*”¹⁶⁴ Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, aile hekimi, kişiye yönelik olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında, birinci basamak, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden sorumlu olan hekimdir. Bu hizmetleri genelde belli bir mekânda, gerektiğinde gezici olarak sunar. Hastalar arasında yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmadan herkese kapsamlı ve sürekli bir biçimde hizmet vermekle yükümlüdür.

1974 yılında Hollanda'da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında yapılan evrensel tanıma göre; genel pratisyen de denilen aile hekimi, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, aile hekiminin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksi sorumluluğu kabul eder.¹⁶⁵ 2002 yılında Avrupa Aile Hekimleri Birliği (WONCA Europe) tarafından yapılan aile hekiminin görev tanımında, *aile hekimliği disiplininin ilkeleri, hasta gereksinim ve*

¹⁶⁴ 24.11.2004 tarihli 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun md.2, www.saglik.gov.tr

¹⁶⁵ Mustafa Fevzi Dikici-Mehtap Kartal-Serap Alptekin-Mahcube Çubukçu-Akın Serhat Ayanoğlu-Fusun Yarış, ‘Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi’, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27: 412–418.

beklentileri ve sağlık sistemi olmak üzere üç bileşenden söz edilmiş, bu çerçevede aile hekimin görevleri şu şekilde sıralanmıştır;¹⁶⁶

- Birinci basamak tedavi hizmetleri,
- İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin evde ve ayakta takibi,
- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık ve aile planlaması hizmetleri,
- Laboratuvar hizmetleri,
- Periyodik muayeneler,
- İlk ve acil yardım hizmetleri.

Ülkemizde 2005 yılında Düzce ili pilot il seçilerek aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. 2010 yılının sonu itibariyle tüm yurda yaygınlaştırılması planlanan bu uygulama ile ikinci ve üçüncü basamağa oranla daha az maliyetli ve daha kolay ulaşılabılır olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Aile hekimliği, sadece hastalığın belirli bir evresi ile ilgili olmayıp, kişilerin sağlıklı dönemleri de dâhil tüm yaşamlarını ilgilendiren çok geniş kapsamlı bir disiplindir. Hasta bireyler, farklı doktorlar tarafından ayrı ayrı görüldüğünde bu doktorlardan hiçbirisi sorumluluğu tamamen üstlenmez. Her doktor sadece kendi bölümü ile ilgilenir. Oysa aile hekimi, doğumdan ölüme kadar tüm aile fertlerinin sağlığından sorumlu olan hekimdir. Nitekim aile hekimliğine olan gereksinim ilk olarak 1923 yılında Francis Peabody tarafından “ *tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği*” şeklinde savunulmuştur.¹⁶⁷ Aile hekimleri, bireyi bir bütün olarak ele alır ve bireyin hastalık öncesi ve sonrası tüm kayıtlarını tutar. Böylece birçok hastalığın önlenmesi veya erken tanı konulması mümkün hale gelir. Bu çerçeveden bakıldığında yapılan yeni düzenleme ile ülkemizde de, gerek sağlık harcamalarını azaltmak, gerekse bireylerin insan hakları çerçevesinde sağlık hizmetlerine kolay ulaşmasını sağlamak için aile hekimliğini esas alan birinci basamak

¹⁶⁶ Ayşe Günaydın(2007),a.g.e., s:66

¹⁶⁷ Mustafa Fevzi Dikici-Mehtap Kartal-Serap Alptekin-Mahcube Çubukçu-Akın Serhat Ayanoğlu-Fusun Yarış (2007), a.g.e., s:412.

anlayışı benimsenmiştir. Aile hekimi, gerekli olmayan durumlarda kişiyi daha ileri bir merkeze veya başka bir dal uzmanına sevk etmeyecek, sevk etmesi gereken durumlarda ise bireyin en doğru bilgilerle gitmesini sağlayarak yüksek maliyetli ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır. Böylelikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki yığılma da önlenmiş olacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli ayağını oluşturan aile hekimliğinin kendine has bazı özellikleri vardır. Bu özellikleri şu şekilde sıralayabiliriz.¹⁶⁸

- Yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- İlk tıbbi temas noktasını oluşturur.
- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar.
- Bireye, ailesine ve topluma yönelik hastalık merkezli değil, kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir. Aile hekimliği, kişisel olmayan patoloji ya da "olgularla" değil, insanlarla ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenir. Sürecin başlama noktası hastadır. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir. Ortak payda; inanışları, korkuları, beklentileri ve gereksinimleri olan kişidir.
- Kendine özgü hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.¹⁶⁹

¹⁶⁸ www.eskisehirsaglik.gov.tr

¹⁶⁹ Aile hekimi her şeyden önce etkili bir iletişimci olmalıdır. Sürekli bakım vermesi, sürekli aynı bireylere hizmet sunması, kendi çalışma saatlerini kendisinin belirleyebilmesi, randevulu hasta bakarak hastalarına daha fazla zaman ayırabilme opsiyonunun olması, sadece hasta değil, sağlam bireylerle de yaşama yayılan bir ilişki içinde olması, kayıtların bir kere girildikten sonra temel bilgilerin çok fazla değişmemesi sebebiyle her görüşmede kayıtlara çok fazla zaman ayırmak yerine iletişim ve etkili görüşme için daha fazla zaman ayrılabilir olması, etkili iletişim için aile hekiminin sahip olduğu avantajlar arasında sayılabilir. Ayrıntılı bilgi için bkz. Füsun Ersoy, 'Aile Hekimliğinde Doktor Hasta İletişimi ve Önemi',

[http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=951&t=Aile_Hekimliginde_Doktor_Hasta_iletisimi_ve_Onemi,07.02.2009\(a\)](http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=951&t=Aile_Hekimliginde_Doktor_Hasta_iletisimi_ve_Onemi,07.02.2009(a))

- Aile hekimliği sisteminde hastasını şahsen tanıyan bir doktor, sadece epizodik bakım veren doktordan daha insancıl ve kişisel bakım verdiği gibi bunu daha ekonomik olarak da yapar. Sorunların doğasını daha hızlı ve etkili değerlendirir. Olası tanıları ayırt edebilmek için pahalı laboratuvar ve radyolojik yöntemlere daha az ihtiyaç duyar.
- Aile Hekimliği hizmetlerine çok az bir gecikme ile çok kolay ulaşılabilir. Bu ulaşılabilirlik hem coğrafi, hem de kültürel anlamda sağlanırken mali sorunlardan etkilenmemelidir.
- Kişiler aile hekimleri ile tamamen gizlilik içinde görüşmeyi ve kendilerine ait tüm bilgilerin saklı kalmasını bekler.
- Koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri bütünleştirir.
- Aile hekimliği süreklilik arz eder. Hastalığın belli bir evresi ile sınırlı olmayıp, bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir.
- Diğer disiplinlerle ve diğer sağlık personeli (aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, ebe, hemşire, sağlık memuru) ile işbirliği içinde çalışır ve ekip hizmeti sunar.

Yukarıda sayılan özelliklerden de anlaşılacağı gibi, aile hekimliği, sürekli, eşit, gizlilik esasına dayalı, bütüncül olarak sağlık hizmeti sunar. Her bireyin fiziksel ve sosyal farklılıkları olduğu gerçeğini göz önünde bulundurur ve hastalık merkezli değil, kişi merkezli bir yaklaşım sergiler. Böylece bireyi, fiziksel ve sosyal yönden bir bütün olarak ele alır. Sağlığın korunmasında ilk basamak kişinin kendi sağlığını kendisinin korumasıdır. Ancak bu, eğitimle mümkün olduğundan aile hekiminin en önemli amaçlarından biri de bireyi ve toplumu sağlık konusunda bilgilendirmektir. Burada devreye aile hekimi ile birey arasında gerçekleşen etkili iletişim girer. Etkili iletişim sayesinde hekim bireyi yakından tanıyacak, teşhis ve tedavi sürecinde daha doğru kararlar verebilecektir. Aile hekimliği, bireyleri ve toplumu sağlık konusunda bilgilendirmek, onların sağlığını korumak, sağlıklı yaşamalarını sağlamak, hastalandıklarında uygun tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini vermek, bu hizmetlerin sürekliliğini sağlamak gibi hedefleri olan bir disiplindir.

2.1.1.3.3.1.1.2. Aile Hekimliğinin Türkiye’de Gelişimi

Dünyada uzmanlık dallarının hızla artmasından sonra insanı, bir vaka, organ, doku ya da sistem olarak değil de kendine has özellikleriyle bir birey olarak ele alan hekim tipine ihtiyaç doğmuştur. 1974’deki Leuwenhorst toplantısında Aile Hekiminin ilk evrensel tanımı¹⁷⁰ yapılmıştır. Daha sonra 1978’de Alma-Ata’da gerçekleştirilen konferansla, tüm dünyada birinci basamak sağlık hizmetleri ve onun esasını oluşturan Aile Hekimliği, giderek daha fazla önem kazanmış ve merkezi role bürünmüştür.¹⁷¹

Aile hekimliği kavramı Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmıştır. O dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. Türkiye’de Alma-Ata Deklarasyonu çerçevesinde 80’li yıllarda birinci basamağı güçlendirme çabaları başlanmıştır. İlk olarak 1983 yılında Aile Hekimliği Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer almıştır. 1984 yılında ilk kez Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuştur. 1985 yılından itibaren Ankara, İstanbul ve İzmir’de eğitim veren devlet hastanelerinde aile hekimliği uzmanları yetiştirilmeye başlanmıştır. 1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Ankara’da kurulmuştur. Bunu takiben açılan İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa şubeleri ile Aile Hekimliğinin gelişimi hız kazanmıştır. Aile Hekimliği kavramı 1991 yılında 6. Beş Yıllık Kalkınma Planında I. Dilim Tedbirler bölümünde ‘Tıp eğitimi müfredat programlarının ülke şartlarına uygunluğunun sağlanması ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği teşvik edici düzenlemelerin yapılmasını öngören bir çalışma başlatılacaktır. Aile Hekimliği müessesesi kurulacaktır.’ şeklinde yer almıştır.

¹⁷⁰ Genel Pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, aile hekiminin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluğu kabul eder. (Leeuwenhorst tanımı 1974) bknz. Mustafa Fevzi Dikici-Mehtap Kartal-Serap Alptekin-Mahcub Çubukçu-Akın Serhat Ayanoğlu-Fusun Yarış(2007), a.g.e., s:412.

¹⁷¹ Fusun Ersoy, ‘Aile Hekimliğinde Son Durum’, http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=849&t=Aile_Hekimliginde_Son_Durum, 16.01.2009(b).

Daha sonra 16 Temmuz 1993'de Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Ana Bilim Dallarının kurulması uygun görülmüştür. 17 Eylül 1993'de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde 10 araştırma görevlisi kadrosu ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı açılmıştır. Aile hekimliği uzmanları akademik kadrolarda 1994 yılında yer almaya başlamıştır. Aile hekimliği kadrosunda yer almak isteyen uygun adaylar, 6 yıllık tıp eğitiminden sonra, tekrar sınava girerek eğitim görecekları birimlere yerleştirilir ve burada 3 yıllık formal eğitimlerini devam ettirirler. Bu eğitimler 5 farklı alanda rotasyonlar şeklinde olur, 9 ay İç Hastalıkları Kliniği, 9 ay Çocuk Kliniği, 8 ay Kadın-Doğum Kliniği, 6 ay Cerrahi Kliniği ve 4 ay Psikiyatri Kliniğinde gerçekleştirilir. Bu rotasyonlardan sonra, hekimler uzmanlık tezi hazırlar ve Aile Hekimi sıfatını kazanırlar. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, çeşitli alanlardan toplam 200'den fazla tıp mensubunun katılımı ile gerçekleştirdiği üç toplantı sonucunda Nisan 1995'te "Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı" nı yayınlamıştır. Ayrıca Royal College of General Practitioners - İngiltere ile birlikte 1992 yılında Ankara'da ve 1994 yılında İzmir'de iki Aile Hekimliği Eğitici Eğitimi Kursu düzenlemiş ve katılımcılar sertifikalandırılmıştır. 1994 yılında pilot bölge olarak Ankara'da Sağlık Bakanlığı tarafından Aile Hekimliği uygulamaları başlamış, 1996 yılında da Bursa ve İzmir'de uygulamalar devam etmiştir. Kasım 2002 tarihinde Sağlık Bakanlığımızın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamı içinde yer alan; koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği, genel sağlık sigortası, sağlık bilgi sistemi, tanı ve tedavi kurumları ile teşkilat yapısının yenilenmesi şeklindeki genel politikaları ile birinci basamak sağlık hizmetlerine çağdaş anlayışla yaklaşım gündeme gelmiştir. Bu amaçla ülkemizde Aile Hekimliği adına başlatılan çalışmalar yoğunluk kazanmıştır.¹⁷² Bu doğrultuda 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 24.11.2004 tarihinde kabul edilmiştir. Kanun'un amacı 1 inci maddesinde *"Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının pilot olarak belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir."* şeklinde ifade edilmiştir.¹⁷³ Bu çerçevede 2005 yılında

¹⁷² Ayşe Günaydın(2007), a.g.e., s:69.

¹⁷³ 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun md.1, www.ttb.org.tr

Düzce ilinde Aile Hekimliği Uygulaması başlamıştır. Bu uygulama, 2009 yılının ilk yarısında 33 ile yaygınlaştırılmış ve 19.590.369 kişi (toplam nüfusun % 27,76'sı) aile hekimliği kapsamına alınmıştır.¹⁷⁴ 2009 yılı sonuna kadar toplamda 59 ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi planlanmış ancak Sağlık Bakanlığı tasarruf tedbirlerinden dolayı Maliye Bakanlığı ile yapılan görüşmelerde, uygulamanın 40 ilde kalmasına karar vermiştir. Ancak 2010 yılı sonuna kadar tüm Türkiye'de (81 ilde) Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesi öngörülmektedir.¹⁷⁵ Ancak mevcut duruma bakıldığında bu hedefe ulaşılması zor görünmektedir. Çünkü 01 Kasım 2010 tarihi itibarıyla aile hekimliği uygulamasına geçilmesi planlanan 41 inci il İstanbul'dur. Dolayısıyla 2010 yılı sonuna kadar tüm illerin bu uygulamaya geçmesi pek mümkün görünmemektedir.

Aile hekimliği ve genel pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmakta ve birinci basamak sağlık hizmeti konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımlamaktadır. Ülkemizdeki pratisyen hekim terimi ise tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılmaktadır. Ülkemizin Avrupa Birliği'ne girmesi durumunda pratisyen hekimlerin uzmanlık eğitimi almadan çalışmama durumu gündeme gelecektir.¹⁷⁶ AB ülkelerindeki uygulamalarda, tıp fakültesinden mezun olan bir hekim, aile hekimlerinin gözetiminde bir süre çalıştıktan sonra uzman olabilmektedir. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, 2017 yılından itibaren aile hekimi uzmanı olmayanların aile hekimliği yapmamasını öngörmekte, bu doğrultuda, mevcut aile hekimlerinin uzman hale getirilmesi için, çok sayıda aile hekimi asistanı almak, kontenjanı arttırmak ve bunu da "part-time" uzmanlık tarzında yapmak gibi çalışmalar yürütmektedir. Böylece hekimler çalışırken eğitim de almış olacaklardır. Ayrıca üniversitelerin ya da eğitim-araştırma hastanelerinin aile hekimliği kliniklerine yetki verilecek, oradaki hocaların gözetiminde aile hekimi asistanları aynı zamanda aile hekimliği de yapacaklardır. Bugün hekim başına 3500 kişi düşmektedir ancak daha sonra eğitim de verecekleri için bu sayı azaltılacaktır. Aynı şekilde part time uzmanlıkta da kendilerine kayıtlı kişilerin sayıları biraz azaltılarak

¹⁷⁴ Ömer Gülter- Mahmut Yıldız, 'Prof. Dr. Recep Akdağ ile Sağlık Sistemi Üzerine', Sosyal Güvenlik Dergisi, Yıl:1, Sayı:3, Ank., 2009.

¹⁷⁵ Figen Şahpaz, 'Aile Hekimliği Ne Getirecek Ne Götürecek?', http://www.birgun.net/report_index.php?news_code=1271160322&year=2010&month=04&day=13,13.04.2010

¹⁷⁶ Serkan Çalış, Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İst.2006, s:194.

bu kişilerin uzmanlık eğitimi¹⁷⁷ almaları sağlanacaktır.¹⁷⁸ Ancak bu uygulamalara geçmeden önce belirli bir süre geçiş dönemi eğitimleri verilmekte bu eğitimler aşağıdaki şekilde gerçekleşmektedir;¹⁷⁹

“Birinci aşama uyum eğitimleri: Aile hekimliği uygulaması için pilot olarak seçilen illerde hekimler (aile hekimliği uzmanları hariç) 10 günlük, yardımcı sağlık personeli ise 3 günlük uyum eğitimine tabi tutulmaktadır. Eğitimler, konunun uzmanı eğitim koordinatörü akademisyenler gözetiminde verilmektedir. 2009 yılı içinde uygulamaya geçecek olan illerin eğitimleri % 80 oranında bitmiştir. Birinci aşama uyum eğitimlerinin amacı; Aile Hekimliği tıp disiplinini tanıtmak, temel kavram ve evrensel ilkelerinin öğrenilmesini sağlamak, Aile Hekimliği’ne özgü klinik yöntem ve yaklaşımlarla Aile Hekimliğini diğer disiplinlerden farklı kılan özelliklerini kavratılmaktır.15 Aralık 2008 tarihi itibari ile toplam 20.504 hekim ve 14.275 yardımcı sağlık personeli, bu eğitimleri başarı ile tamamlayarak sertifikalarını almıştır. 2010 yılına kadar 40.000 hekimin eğitimini tamamlaması planlanmıştır.

İkinci aşama klinik modüler eğitim: Birinci aşama uyum eğitimlerini tamamlayan hekimler, 1 yıllık ikinci aşama modüler eğitime tabi tutulacaktır. Bu eğitim, klinik içerikte 37 bilgi modülü ve 3 beceri eğitimi olacak şekilde planlanmıştır. Modül içerikleri yazılı olarak hazır durumdadır. Sakarya Üniversitesi ile “Aile Hekimliği II. Aşama Eğitimi e-Öğrenim ile Yerde Eğitim Projesi” İşbirliği Protokolü imzalanmıştır. Bu eğitimde, internet üzerinden uzaktan eğitim ve yüz yüze eğitimden oluşan, karma bir eğitim yöntemi kullanılacaktır. İkinci aşama eğitimlerin temel hedefi; 2013 yılına kadar 1. aşama eğitimini alan ve aile hekimi olarak çalışmakta olan tüm hekimlerin, klinik eğitim düzeylerinin, yeterlik düzeyi üzerine ulaştırılmasıdır.”

Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili olarak halen tüm yurttaki alt yapı çalışmaları hızlı ve yoğun bir şekilde sürmektedir. Ancak hekim sayısının azlığı, uygulamanın istenen

¹⁷⁷ Uzmanlık eğitimi süresi 3 yıldır. Bkz. Mustafa Fevzi Dikici-Mehtap Kartal-Serap Alptekin-Mahcub Çubukçu-Akın Serhat Ayanoglu-Fusun Yariş(2007), a.g.e., s:417.

¹⁷⁸ <http://forum.memurlar.net/konu/741608/>, 08.09.2009.

¹⁷⁹ Fusun Ersoy(2009) (b), a.g.m.

düzeyde gerçekleşmesine olanak vermemektedir. Yapılan araştırmalara göre, Türkiye hekim ve hemşire sayısı bakımından Avrupa ülkelerinin çok gerisinde yer almaktadır.¹⁸⁰

	TÜRKİYE (1000 NÜFUSTA)	OECD ÜLKELERİ (1000 NÜFUSTA)
HEKİM YOĞUNLUĞU	1,6	3,1
HEMŞİRE/EBE YOĞUNLUĞU	2,1	9,7

Şekil 1: Türkiye ve OECD ülkelerinin hekim ve hemşire yoğunluğu açısından karşılaştırılması.

Kaynak: Ömer Gülder-Mahmut Yıldız, a.g.e., s:15.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, Türkiye OECD ülkelerine oranla hekim ve hemşire sayısı bakımından çok geride kalmaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında ülkemizde hekim sayısının artırılması, Aile Hekimliği Uygulaması'nın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için çok önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.1.1.3.3.2. İkinci basamak tedavi hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetleri, birinci basamak tedavi hizmetleri ile hastalıkları iyileştirilemeyen bireylerin hastaneye sevk edildikten sonra hastanede gerçekleştirilen

¹⁸⁰ Ömer Gülder- Mahmut Yıldız (2009), a.g.m.

tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamak tedavi hizmetleri, küçük ve orta büyüklükte il ve ilçe hastaneleri ile sağlık merkezleri tarafından verilen tedavi edici sağlık hizmetleri olup, üçüncü basamak kadar yoğun bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsar.¹⁸¹ 2010 yılında çıkarılan ‘Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nin ‘Sağlık Hizmeti Sunucuları’ ana başlığı altında ikinci basamak sağlık kurumları, resmi ve özel sağlık kurumu olmak üzere iki kısımda düzenlenmiştir (md.2/2).¹⁸²

İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumu: Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.

İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumu: “Özel Hastaneler Yönetmeliği”ne göre ruhsat almış hastaneler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ile “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik”in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri.

İkinci basamak sağlık kurumları, birinci basamak sağlık kuruluşlarında olduğu gibi resmi ve özel olmak üzere iki kısımda sınıflandırılmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşunda hastalığı çözülemeyen birey, ikinci basamak sağlık kurumuna sevk edilir ve tedavisine ikinci basamak sağlık kurumunda devam edilir. Birey, kendi isteğine bağlı olarak resmi ya da özel sağlık kurumunu tercih eder.

2.1.1.3.3.3. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak sağlık kurumlarında tedavisi gerçekleştirilemeyen hastalıkların tedavisi için verilen hizmetlerin tümüdür. Bu basamakta, birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetlerine göre daha yoğun ve ileri teknoloji

¹⁸¹ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s: 10.

¹⁸² 25.03.2010 tarihli, 27532 mükerrer sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, www.sgk.gov.tr

kullanılmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kurumları genelde, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleridir. ‘Sosyal Güvenlik Sağlık Uygulama Tebliği’nde üçüncü basamak sağlık kurumları aşağıdaki gibi düzenlenmiştir (md.2/2).¹⁸³

Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kurumu: Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, Bezm-i Âlem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren üçüncü basamak sağlık kurumlarına bakıldığında bu kurumların hepsinin resmi sağlık kurumları olduğu görülmektedir. Bir başka ifade ile özel sağlık kurumları bu basamakta sayılmamıştır.

Görüldüğü gibi sağlık hizmeti sunucuları “*üç basamak*” olarak sınıflandırılmış, basamaklardaki sağlık kurum veya kuruluşları Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği’nde açıkça ifade edilmiştir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri ve kurumlarında verilen hizmetlerin kapsamı, ulaşılabilirlik düzeyi ve maliyetleri birbirinden farklılık göstermektedir. Birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerine göre daha dar kapsamlı olup koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında tedavisi yoğun bilgi ve tıbbi teknoloji gerektirmeyen hastalıklar ile ilgilenir. İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri kurumları ise; birinci basamağa oranla uzmanlık ve ileri teknoloji gerektiren tedavi hizmetleri sağlamaktadırlar. Ayrıca birinci basamak tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirlik düzeyi (toplumun gereksinme duyduğu anda bir hizmet kaynağına ulaşabilme kolaylığı) ikinci ve üçüncü basamaktan daha yüksektir. Bunun yanında maliyet açısından bakıldığında birinci basamak tedavi hizmetlerinin maliyeti, ikinci ve üçüncü basamakta verilen tedavi hizmetleri maliyetlerinden daha azdır; çünkü birinci basamak kapsamında verilen hizmetler daha az karmaşık olmaları yanında daha az yatırım ve işletme sermayesi

¹⁸³ 25.03.2010 tarihli, 27532 mükerrer sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, www.sgk.gov.tr

gerektirmektedir. Bu ifadeyi şekil ile açıklamak istersek karşımıza aşağıdaki gibi bir tablo çıkacaktır;¹⁸⁴

ÜÇÜNCÜ BASAMAK			
İKİNCİ BASAMAK	HİZMET KAPSAMI	ULAŞILABİLİRLİK	MALİYETLER
BİRİNCİ BASAMAK			

Şekil 2: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Kaynak: Ayşe Günaydın, a.g.e., s: 11.

Tablodan da açıkça anlaşılacağı üzere hizmet açısından en geniş kapsamı üçüncü basamak sağlık hizmetleri sağlamakla birlikte, bunu sırayla ikinci basamak ve birinci basamak izlemektedir. Ulaşılabilirlik açısından ise, en kolay ulaşılabilen sağlık hizmeti sunucuları birinci basamakta yer almakta, bunu sırayla ikinci basamak ve üçüncü basamak izlemektedir. Tüm bunların yanında, en düşük maliyetli basamak birinci basamak, en yüksek maliyetli basamak ise üçüncü basamaktır.

Yukarıdaki açıklamaların dışında eklemek gerekir ki, ‘*Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları, tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar, optisyenlik müesseseleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri ile kaplıcalar*’ basamaklandırılmayan sağlık kurum ve kuruluşları arasında yer alırlar (SUT md.2/3 – md.2/4).

¹⁸⁴ Ayşe Günaydın(2007), a.g.e., s: 11.

2.1.1.3.4. Rehabilitasyon

Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık ya da kaza sonucu vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık hallerinin veya ruhsal bozuklukların ortadan kaldırılmasını kapsayan ve sağlık hizmetlerinde çok özel bir yeri olan hizmetlerdir. Bir başka deyişle, hastalık ya da kaza sonucu kaybedilen bedensel veya zihinsel becerilerin yeniden kazandırılması için verilen hizmetlerin tümüdür. Bu hizmetlerin amacı, söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşılan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmalarını sağlamak, kendilerinin ve ailelerinin yaşadığı acıyı hafifletmektir. Doğuştan veya kaza sonucu sakat kalan bireylerin hareket kabiliyetlerinin yükseltilmesi, özürhümlerin topluma uyum sağlanması için gerçekleştirilen hizmetler, rehabilitasyon hizmetlerine örnek verilebilir.¹⁸⁵ Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle çalışma gücünü kaybedenlere verilen rehabilitasyon hizmetlerini iki başlık altında toplamak mümkündür:¹⁸⁶

2.1.1.3.4.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb. yöntemlerle, yeniden güçlendirilerek kişinin günlük işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulması türünden yapılan rehabilitasyon hizmetleridir.

2.1.1.3.4.2. Sosyal Rehabilitasyon

Fiziksel veya psikolojik olarak hasarlı olan kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması türünden yapılan rehabilitasyon hizmetleridir.

2.1.1.4. GSS Kapsamında Finansmanı Sağlanacak Sağlık Hizmetleri ve Süresi

Genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri, 'Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Süresi' başlığı altında 63 üncü maddede düzenlenmiştir. Bu maddeye göre; sağlanan sağlık hizmetlerinin amacı, genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını sağlamak olarak belirlenmiştir (md.63/I). Bu amaçları

¹⁸⁵ Coşkun Can Aktan - A. Kadir Işık, a.g.e.

¹⁸⁶ Recep Akdur (1999), a.g.e., s: 6.

gerçekleştirebilmek için GSS kapsamında finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

“a) *Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.*”

Sağlıkta dönüşüm projesinde ve sosyal güvenlik reform çalışmalarının başlangıcında öngörülenlerin aksine¹⁸⁷ GSS, önceki sosyal güvenlik mevzuatında sağlanan hakların kapsamını genişleten hükümler içermektedir. Nitekim esas olarak sosyal sigortacılık anlayışının dışında tutulan koruyucu sağlık hizmetleri, “insanların hastalanmadan, sağlıklı bir hayat sürdürmelerine imkân vermek üzere koruyucu sağlık programları uygulanması GSS’nin temel politika alanlarından biri” olarak belirlenmiştir.¹⁸⁸ Burada amaç, kişilerin hastalanmadan önce koruyucu programlarla hastalanmalarının önlenmesi ve sağlıklı durumlarının sürdürülmesidir. Buna ek olarak, insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri de kapsama alınmıştır. 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe giren, kapalı mekânlarda sigara içilmesini önleyen ve 19 Temmuz 2009 itibariyle kahvehane, pastane, lokanta gibi işletmelerde de sigara içilmesini engelleyen, 5727 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’da Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun kapsamında gerçekleştirilen uygulamalar, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında güncel bir örnektir.¹⁸⁹ GSSİY’nin 19 uncu maddesinin ikinci fıkrasında belirtildiği üzere insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.

“b) *Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ,*

¹⁸⁷ GSS tarafından sunulacak sağlık hizmetleri için “ temel sağlık hizmetleri teminat paketi” belirlenmesi ve yalnızca bu paket içinde tanımlanan hizmetlerin sunulması gibi sınırlayıcı düzenlemeler yasalaşma süreci içinde kaldırılmıştır.

¹⁸⁸ Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:76.

¹⁸⁹ Zuhâl Dilek (2009), a.g.m., s:29.

doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.”

5510 s.K.’un 63 üncü maddesinin (b) bendinde yapılan düzenleme ile, kişilerin hastalanmaları halinde onları iyileştirmeye yönelik ayakta¹⁹⁰ veya yatarak¹⁹¹ olmak üzere, hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin gerek görmesi halinde teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, bunun yanında hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri¹⁹² GSS kapsamında sayılmıştır. Ayrıca hekimlerin kararı üzerine, ilgili kanunlar gereği sağlık meslek mensubu sayılanların yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler de GSS kapsamında sağlanacak sağlık hizmetleridir. Hastalanan kişi, hastalığın nedenine veya kişinin kusurlu olup olmadığına bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanır.

GSS ile analık halinde sağlanacak sağlık hizmetleri de, finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri kapsamında belirtilmiştir. SUT’de analık halinin tanımı şu şekilde yapılmıştır: *“Gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süre 5510 sayılı Kanun bakımından analık hali olarak kabul edilir.”* (SUT, 3.1.3.) Bu çerçevede analık sebebiyle ayakta veya yatarak olmak üzere hekim tarafından yapılacak muayene ve tetkikler ile yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler de söz konusu Kanun’un 63 üncü maddesinin (c) bendinde açıkça ifade edilmiştir. Bende göre, aşağıda sayılan sağlık hizmetleri analık hali çerçevesinde GSS kapsamında yer almaktadır.

¹⁹⁰ Ayakta tedavi: Hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bulunduğu yerde yatırılmaksızın sağlık hizmetlerinin sağlanması, ayaktan tedavi olarak kabul edilir (SUT, md.4.1.1).

¹⁹¹ Yatarak tedavi: Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılmıncaya kadar uygulanan tedavi (SUT, md.4.1.2.A). 3 Haziran 2010 tarihinde SUT’ de yapılan değişiklikle ‘yatarak tedavi’, ‘yatan hasta tedavisi’ olarak değiştirilmiştir. Bkz. ‘Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliği’, md.5, www.sgk.gov.tr

¹⁹² Acil sağlık hizmetleri: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir (SUT, md.3.1.3).

“c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.”

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili sağlık hizmetleri de GSS tarafından karşılanacak sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır. 63 üncü maddenin (d) bendi bu doğrultuda düzenlenmiştir.

“d) **(Değişik: 17/4/2008–5754/40 md.)** Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 72 nci maddeye göre belirlenen tutarı”

63 üncü maddenin (d) bendinin 5754 s.K. ile değiştirilmeden önceki şeklinde 18 yaşını doldurmamış kişilerin veya 45 yaşından büyüklerin diş protezlerinin 72 nci maddeye göre belirlenen tutarının ½'sinin GSS tarafından karşılanacağı öngörülmüştü. Maddenin son şeklinde bu ayırım kaldırılmıştır. Ancak yeni düzenleme ile ortodontik diş tedavisi bedelinin karşılanması 18 yaş ile sınırlandırılmıştır. Bu sınırlandırmanın yerinde bir düzenleme olduğunu söylemek pek mümkün değildir. Çünkü ortodontik tedavi tıbben 40–45 yaşına kadar uygulanabilen bir tedavidir.¹⁹³ Ayrıca 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavisinin karşılanması 72 nci maddede belirtilen tutar ile sınırlandırılmıştır. 5510 s.K.un 72 nci maddesine göre Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu, 63 üncü madde hükümlerine göre finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-

¹⁹³ Tuncay&Ekmekçi(2009), a.g.e., s:389–390.

etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye yetkilidir (5510 s.K.md.72/I). Bu çerçevede 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavisinin GSS kapsamınca karşılanacak bedeli, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın veya erkeğin eşinin, belirli şart ve sınırlamalar olması kaydıyla, yardımcı üreme yöntemleri ile çocuk sahibi olmalarını sağlamaya yönelik sağlık hizmetleri de GSS tarafından karşılanacak sağlık hizmetleri olarak 5510 s.K.un 63 üncü maddesinin (e) bendinde ifadesini bulmuştur. Söz konusu bende göre,

“e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;

1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.”

Görüldüğü üzere, yukarıda sayılan şartları yerine getiren genel sağlık sigortalısı kadının veya erkeğin bakmakla yükümlü olduğu eşinin yardımcı üreme yöntemleri tedavisi, iki deneme ile sınırlı olması koşuluyla GSS kapsamında karşılanır. Ancak yasada

eşlerin veya birinin MK hükümlerine uygun olarak evlat edinilmiş çocuğunun bulunması ya da daha önce ölmüş bir çocuklarının bulunması halinde yardımcı üreme tekniği uygulamasına izin verilip verilmeyeceği konusunda bir açıklık yoktur. GSSİY'nin 26 ncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde “*Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soy bağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla...*” ifadesi kullanılmış ve konuya açıklık getirilmiştir (GSSİY, md.26/1-a). Bu çerçevede, evli olup evlat edinen kişiler ile çocukları daha önce ölmüş olanlar GSS kapsamında yardımcı üreme teknikleri tedavisinden yararlanacaktır. Ancak aynı yönetmeliğin 26 ncı maddesi, anne adaylarının 23 yaşını doldurmuş fakat 40 yaşından gün almamış olmasını öngörmüştür ki bu, 5510 s.K. daki 39 yaşından küçük olma şartıyla bağdaşmamaktadır. Bu aykırılığın yasaya uygun hale getirilmesi gerekmektedir.¹⁹⁴ Yönetmeliğe göre, yardımcı üreme yöntemi tedavisine başlanan kadın, deneme öncesi 39 yaşını doldurmuş ise, yardımcı üreme yöntemi tedavisine ait bedeller, tedaviye daha önce başlanmış olsa dahi Kurum tarafından karşılanmaz. Ayrıca yardımcı üreme yöntemi tedavisinde kullanılan ilaçlardan hasta katılım payı tahsil edilir. Bunların dışında, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce yardımcı üreme yöntemi tedavisi gören ve bedeli sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanan kişilerin önceki tedavileri, işlem adetlerinin hesaplanmalarında dikkate alınır (GSSİY, md.26/2, 26/3, 26/4).

63 üncü maddenin a,b,c,d,e bentlerinde sayılan “...sağlık hizmetleri ile ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri”, 63 üncü maddenin (f) bendinde GSS’ce karşılanacak hizmetler olarak yer almıştır(5510 s.K.,md.63/f). Bu madde çerçevesinde GSSİY’nin 20 nci maddesi, “sağlanacak sağlık hizmetleri ile ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetlerinin, türleri, miktarları ve kullanım süreleri, ödeme usul ve esasları, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.” şeklinde düzenlenmiştir (GSSİY, md.20/1). Bunun yanında

¹⁹⁴ Tuncay&Ekmekçi (2009), a.g.e., s:390.

GSSİY'nin 25 inci maddesi gereğince “Kurum, finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetlerinin türlerinin, miktarlarının ve kullanım sürelerinin, ödeme usul ve esaslarının belirlenmesine yönelik olarak komisyonlar kurabilir, üniversiteler, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir.” (GSSİY, md.25/1). Aynı maddenin ikinci fıkrasında ise, komisyonların görev ve yetkileri ile çalışma usul ve esaslarının Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirleneceği ifade edilmiştir(GSSİY md.25/2).

Ayrıca belirtmek gerekir ki, 63 üncü madde gereği finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilen sağlık hizmetleri esas alınarak Kurumca belirlenir(GSSİY, md.19/1).

GSS kapsamında finansmanı Kurumca sağlanacak sağlık hizmetlerinin süresine ilişkin olarak 63 üncü maddenin üçüncü fıkrasında bu konuya açıklık getirilmiş, söz konusu fıkra, “60 ıncı maddede sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.” şeklinde düzenlenmiştir (5510 s.K.md.63/III). Yasada, devam etmekte olan tedavi ile neyin kastedildiği belirtilmemiştir. Bu doğrultuda düzenlenen GSSİY'nin 23 üncü maddesi devam etmekte olan tedaviyi “... kişilerin genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirildiği tarihte sağlık hizmeti sunucusundaki yatarak sağlanmakta olan tedaviler ...” şeklinde tanımlamıştır. Aynı maddede, kişilerin kronik hastalıkları nedeniyle yapacakları müteakip müracaatlarının devam etmekte olan tedavi olarak değerlendirilmeyeceği ifade edilmiştir (GSSİY, md.23/1).

2.1.2. Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri

GSS, 5510 s.K.un 63 üncü maddesinde sayılan finansmanı Kurumca sağlanan sağlık hizmetlerinin dışında, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için başka bir yere sevk edilmeleri halinde bir kişi ile sınırlı olmak üzere yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmasını da kapsama almıştır. Bu düzenleme, Kanunun 65 inci maddesinin birinci fıkrasında şu şekilde ifade edilmiştir: “Hekimin veya dış hekiminin muayene veya tedavi sonrası tıbben göreceği

lüzum üzerine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmaları için muayene ve tedavi edildikleri yerleşim yeri dışına yapılan sevkinde, ayakta tedavilerde kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş yol gideri ve gündelikleri; yatarak tedavilerde ise gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri Kurumca karşılanır.” Aynı maddenin ikinci fıkrasında belirtildiği üzere, yatarak tedavilerinde hekim veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine GSS’lısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır(md.65/I-II). Burada önemli olan hekim veya dış hekiminin refakatçi kalınmasını tıbben gerekli görmesidir. Ancak, GSSİY’nin 31 inci maddesinin ikinci fıkrasında bu konuya istisnai bir hüküm getirilmiş, 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmayacağı ifade edilmiştir. Ayrıca söz konusu yönetmeliğin 31 inci maddesinin üçüncü fıkrasında, “Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya dış hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis ve tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbî ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışına hekim veya dış hekimi tarafından tıbben lüzum görülmesi üzerine yapılan sevklerde; a) Ayakta tedavilerde, kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş tarihleri için yol gideri, sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında istirahatlı olunan süreler hariç olmak üzere gündelikleri,

b) Yatarak tedavilerde, kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş tarihleri için yol gideri ve gündelikleri ile yatarak tedavi gördüğü tarihlerde refakatçisinin yatak ve yemek gideri, Kurumca ödenir. 18 yaşını doldurmamış çocuklar hariç olmak üzere, refakatçilere yol gideri ve gündelik ödenebilmesi için, hekim veya dış hekiminin refakatçi kalınmasına tıbben lüzum görmesi şarttır.” denilerek GSS’lilerin ve bakmakla yükümlü olunan kişilerin, bahsedilen tıbbi ve zorunlu nedenlerle başka yere sevki durumunda ayakta tedavilerde kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol giderleri ve gündelikleri kapsama alınmıştır. Ayrıca yatarak tedavilerde de yine bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin ve kendisinin yol giderleri, gündelikleri ile yemek ve yatak giderlerinin Kurumca ödenmesi hükme bağlanmıştır (GSSİY md.31/3).

Kurumca refakatçi giderlerinin ödenebilmesi için, 18 yaşını doldurmamış çocuklar hariç, diğer GSS'li ve bakmakla yükümlü olunan kişilerde hekim veya dış hekiminin refakatçi kalmasını tıbben gerekli görmesi gerektiğini belirtmiştik. Refakatçi giderlerinin Kurum tarafından ödenebilmesi için bir diğer şart da, sevk ile müracaat edilen sağlık hizmet sunucusu tarafından düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgenin ibraz edilmesidir. Yatarak tedavilerde, tedavinin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılması halinde refakatçinin yatak ve yemek gideri sağlık hizmet sunucusu tarafından faturalandırılır, ayrıca şahsa ödeme yapılmaz(GSSİY, md.31/4). Sevk yapılmaksızın yerleşim yeri dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması halinde yol gideri ve gündelik ödenmez. Ancak, yatarak tedavilerde eğer hekim veya dış hekimi refakatçi kalınmasını tıbben gerekli görürse, yatış süresi ile sınırlı olmak üzere refakatçi için yatak ve yemek gideri sağlık hizmeti sunucusuna ödenir(GSSİY, md.31/6). Bir başka şekilde ifade etmek gerekirse, GSS'li veya bakmakla yükümlü olunan kişi sevk olmadan yerleşim yeri dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusuna giderse, yol gideri ve gündeliğini kendisi karşılayacaktır. Ancak, sevk olmadığı halde yerleşim yeri dışında bir sağlık hizmeti sunucusuna gidildiğinde yatarak tedavilerde, hekimin kararı üzerine refakatçi kalınacaksa, refakatçinin yatak ve yemek gideri GSS kapsamında sağlık hizmeti sunucusuna ödenir. Görüldüğü üzere, kişinin istek ve iradesi dışında olup, hekim tarafından lüzum görülen durumlar hastaya yüklenmemiş, GSS kapsamına alınmıştır.

GSSİY'nin 31 inci maddesinin 5 inci fıkrasında yerleşim yeri dışına yapılan sevklerde yol giderinin ödenmesi ile ilgili olarak düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeye göre, GSS'li veya bakmakla yükümlü olunan kişinin yerleşim yeri dışına sevk edilmesi durumunda yol giderinin ödenmesinde, kişinin muayene veya tedavi olduğu yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmetinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusu dikkate alınır. Kişi, daha uzak bir yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna gittiği takdirde, en yakın sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerden itibaren oluşacak yol gideri farkı kendisi tarafından karşılanır.¹⁹⁵ Sağlık hizmeti sunucusuna özel araçları ile giden kişilerin gidiş ve

¹⁹⁵ Ancak, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevklerde, organ, doku ve kök hücre tedavisi ve/veya kontrolü için yapılan sevklerde, kanser tedavisi ve/veya kontrolü için yapılan sevklerde, uzuv replantasyonu amacı ile yapılan sevklerde ve SUT'un 3.1.3. numaralı maddesinde tanımlanan acil hal nedeniyle yapılan sevklerde, sevk edilen yer üzerinden yol gideri karşılanır (SUT, md.5.2.1/3).

dönüşlerinde mutata taşıt¹⁹⁶ ücreti ödenir (GSSİY, md.31/5). Ayrıca sevk formunda sevk vasıtası belirtilmediği sürece, mutata taşıt ücreti ödenir. Mutata taşıt giderleri fatura/bilet tutarını aşmamak kaydıyla Ulaştırma Bakanlığı tarafından onaylanan en düşük fiyat tarifesi esas alınarak karşılanır. Fatura/ bilet ibraz edilememesi halinde de aynı şekilde ödeme yapılabilecektir (SUT, 5.2.1/4). Ayrıca belirtmek gerekir ki, GSS’li ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, kendilerine bir vasıta tahsis edilmesi suretiyle başka bir yere gönderilmiş iseler, eşlik eden refakatçiye ayrıca yol gideri ödenmez (SUT, md.5.2.1/7).

GSSİY’nin 31 inci maddesinin 6 ıncı fıkrasında yapılan düzenlemeye göre, “*Sevk yapılmaksızın yerleşim yeri dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez. Ancak yatarak tedavilerde hekim veya dış hekimi tarafından tıbben refakate lüzum görülmesi üzerine, refakatçi için yatış süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusuna yatak ve yemek gideri ödenir.*” Fıkradan da açıkça anlaşılacağı üzere yerleşim yeri dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması durumunda, yol gideri ve gündelik ödenebilmesi için esas olan, sevk yapılmış olmasıdır. Aksi takdirde yol gideri ve gündelik ödenmez. Ancak yatarak tedavi söz konusu olduğunda hekimin refakate gerek görmesi halinde, Kurum tarafından refakatçi için sağlık hizmeti sunucusuna yatış süresi kadar yatak ve yemek gideri ödenir. Ayrıca kemoterapi, radyoterapi, diyaliz gibi belli bir program çerçevesinde tedavi gören GSS’li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ilk sevk belgesine istinaden tedavilerinin devamı niteliğindeki diğer müracaatları nedeniyle yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenmesinde her gidişleri için sevk belgesi aranmaz. Ödeme işlemleri, ilk sevk belgesine istinaden diğer müracaatlara ilişkin tedavi gördüğü tarihleri belirten, müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenecek belge doğrultusunda yürütülür(GSSİY, md.31/7). Ayrıca yapılan sevklerin süresi ile ilgili yapılan düzenlemeye göre, “Hekim ve dış hekimlerince sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler, sevk yapıldığı gün dâhil üç işgünü geçerlidir” (GSSİY, md.31/8).

GSSİY’nin 31 inci maddesinin 9 uncu fıkrasında ise yatak sayısı yetersiz olan sağlık hizmeti sunucularına sevk edilen kişilerin gündelikleri ile ilgili bir düzenleme yapılmıştır. Yapılan bu düzenlemeye göre, “*Sevk edilen yerde, sağlık hizmeti sunucusunda*

¹⁹⁶ Mutata taşıt: İki mahal arasında gidip gelmeye en uygun, kullanılması mutata ve ekonomik olan taşıtlar (GSSİY, md.4/v).

yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucusuna belgelenmesi şartıyla beş günü geçmemek üzere gündelik ödenir.”(GSSİY, md.31/9). 2007 yılı verilerine göre Türkiye’de 911’i kamu, 365’i özel olmak üzere 1.276 hastane bulunmaktadır. Kadrolu yatak sayısı kamu hastanelerinde 166.988, özel hastanelerde 17.995 olmak üzere toplam 184 983’tür (Savunma Bakanlığı hastaneleri kapsamamıştır).¹⁹⁷ Ancak, Türkiye’de hala yatak sayısı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yatarak tedavilerde yatak sayısının azlığından dolayı, tedavisine başlanamayan, sıra bekleyen hastaların varlığı önemli bir sorun teşkil etmektedir. Ancak yapılan düzenleme ile yatarak tedavisi gerekli görülen ancak yatak bulunmaması nedeniyle tedavisine başlanamayan kişilere, 5 gün ile sınırlı olması ve sağlık hizmeti sunucusu tarafından belgelenmesi koşuluyla, sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için gündelik ödenir.

GSS’li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin mutad dışı araç ile nakile ilişkin yol giderlerinin ödenmesi ile ilgili olarak GSSİY’nin 31 inci maddesinin 10 uncu fıkrasında “Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavileri için, yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna mutad taşıt dışındaki taşıtla nakline ilişkin bedellerin ödenebilmesi için bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi ve raporda taşıt tipinin belirtilmesi gereklidir.” şeklinde bir düzenleme yapılmıştır (GSSİY, md.31/10). Ayrıca SUT’de de bu doğrultuda bir düzenleme yapılmış, “Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin mutad taşıt dışı araç ile nakile ilişkin gidiş- dönüş yol giderinin ödenebilmesi için hastalığın ne olduğu, mutad taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçeleri ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve Kurumca kabul edilmesi gerekmektedir. Dönüş için yol gideri ödemesinde, sağlık kurulu raporu tedavinin yapıldığı sağlık kurumunca düzenlenecektir.” ifadesi kullanılmıştır. Görüldüğü üzere, mutad dışı araçla (tarifeli uçak, taksi v.b.) nakil yapılabilmesi için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve bu raporda hastalığın ne olduğu, kişinin mutad taşıt aracı ile seyahat edememesinin nedenleri ve taşıt tipinin yer alması gerekmektedir. Ayrıca, sağlık kurulu raporunun Kurum tarafından kabul edilmesi de şarttır. Ancak, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz v.b. gibi hastalıklarda belli bir program çerçevesinde tedavi gören

¹⁹⁷ Rakamlar Ne Diyor? 2009, Türkiye İstatistik Kurumu, www.tuik.gov.tr

GSS'li ve bakmakla yükümlü olunan kişilerin mutat taşıt dışı araç ile nakillerinde yol giderlerinin ödenebilmesi için her seferinde sağlık kurulu raporu aranmaz. Mutat taşıt dışı araç ile nâkile ilişkin sağlık kurulu raporları üç ay süre ile geçerli olup, ödeme işlemleri ilk sağlık kurulu raporuna istinaden yürütülür. Bunların dışında acil durumlarda sağlık kurulu raporu olmaksızın sevk edilen kişinin kara ambulansı ve hasta nakil aracı da dâhil olmak üzere mutat taşıt dışı araç ile nakline ilişkin yol gideri de GSS kapsamında karşılanır. Ancak burada iki şart vardır. Birincisi acil hal nedeniyle naklin gerektiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte ilgili hekim tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi, ikincisi ise bunun Kurum tarafından kabul edilmesidir. Son olarak belirtmek gerekir ki, tarifeli uçak, taksi vb. mutat dışı araçlar ile nâkile ilişkin yol giderlerinin karşılanmasında bilet veya fatura ibraz edilmesi şarttır. Bilet veya faturanın ibraz edilmemesi halinde söz konusu yol gideri, mutat taşıt bedeli üzerinden ödenir. Ayrıca ticari taksi ile nakil söz konusu ise taksi için ödenecek tutar, ilgili yerleşim yerleri arası için geçerli mutat taşıt ücreti bedelinin 5 (beş) katından fazla olamaz (SUT, 5.2.1.A/1-2-3-4).

GSSİY'nin, 31 inci maddesinin 12 nci fıkrasında yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin cenazesinin nakline ilişkin düzenleme yapılmış, nakil giderlerinin Kurum tarafından karşılanacağı hükme bağlanmıştır. Ancak SUT'de bu düzenlemeye ilişkin sınırlama getirilmiştir. Söz konusu Tebliğ'in "Yol Gideri" başlığı altında 8 inci fıkrası uyarınca "*Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen, ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler, sevk düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak üzere nakledilen yerleşim yeri esas alınarak ilgili belediye tarafından onaylanan ücret üzerinden fatura tutarını aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır. Sevk edilmeksizin müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunda vefat eden kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.*" (SUT, 5.2.1/8). Bu ifadeden de açıkça anlaşılacağı üzere cenazenin nakline ilişkin giderlerin karşılanması için kişinin yerleşim yeri dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusuna "sevk edilmiş" olması gerekmektedir. Sevk edilmeyen kişilerin cenaze nakli giderleri karşılanmayacaktır. Ayrıca fıkrada geçen şartları sağlayan kişilerin cenaze nakil giderleri, sevk edilen yerleşim yeri ile sevk düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun arasındaki mesafeyi aşmamak üzere ilgili belediye tarafından onaylanan ücret üzerinden, fatura

tutarını aşmamak kaydıyla Kurum tarafından karşılanır. Ancak cenaze nakline ilişkin giderleri, ilgili kamu idaresince karşılanacak kişiler için Kurum tarafından ayrıca ödeme yapılmaz(5.2.1./9).¹⁹⁸

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan sevklerde, yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri esas olarak Kurum tarafından karşılanmaz. Ancak sevk acil hal nedeniyle yapılmış olması ve bu durumun Kurumca kabul edilmesi halinde sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan sevklerde de yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri GSS kapsamında karşılanacaktır(GSSIY, md.31/14).

GSSIY'nin 31 inci maddesinin 15 inci fıkrası uyarınca uzun ve kısa vadeli sigorta kolları bakımından sürekli iş göremezlik, malullük, çalışma gücü kaybı hâllerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller nedeniyle oluşan sağlık hizmeti giderleri ile sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik ve yol giderleri, refakatçi giderleri GSS kapsamında karşılanmaz. Yapılan düzenlemeye göre bu giderler, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılanır(GSSIY, md.31/15). Ayrıca söz konusu yönetmelik, 31 inci maddesinin son fıkrasında organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanması ile ilgili usul ve esasların Kurum tarafından belirleneceğini hükme bağlamıştır(GSSIY, md.31/16)

Son olarak belirtmek gerekir ki, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna başvuran GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yerleşim yeri dışına yapılan sevklerinde ayakta tedavilerde kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol gideri ve gündelikleri; yatarak tedavilerde ise, kendisinin ve yine bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol gideri ve gündelikleri, yatak ve yemek giderleri GSS kapsamında karşılanır. Acil hal durumunda ve bu durumun Kurumca kabul edilmesi halinde ise, söz konusu giderlerin karşılanması için sevk sözleşmeli sağlık hizmeti sunucu tarafından yapılması şartı aranmaz. Yerleşim yeri dışına yapılan tüm sevkler ve gerekçeleri, SUT'un 5.2.1/10 no'lu hükmü uyarınca, Kurum'un taşra birimleri tarafından, sevk eden sağlık hizmeti sunucunun bulunduğu ilin "Valilik İl Sağlık Müdürlüğü"ne yazılı olarak üçer aylık dönemler halinde bildirilecektir.

¹⁹⁸ SUT'un 5.2.1/9 uncu fıkrasında belirtildiği üzere (9) SUT'un 1.2(1)c bendinde tanımlanan sigortalıların cenaze nakline ilişkin giderler ilgili kamu idaresince karşılanacağından Kurumca ayrıca ödeme yapılmayacaktır.

2.1.3. Yurt dışında tedavi

GSS kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerinin bir başka ifade ile 5510 s.K.'un 63 üncü maddesinde sayılan sağlık hizmetlerinin, yurt içindeki sağlık hizmeti sunucularından sağlanması esastır. Ancak, söz konusu Kanun'un 66 ncı maddesinde yapılan düzenleme ile maddede sayılan durumlarda kişilerin yurt dışındaki tedavileri kapsama alınmıştır (5510s.K, md.66/I). Aşağıda sayılan hallerin dışında yurt dışında alınan sağlık hizmetlerine ait giderler Kurum tarafından karşılanmaz (5510 s.K.md.66/7).

5510 s.K.'un 66 ncı maddesinin birinci fıkrasına göre, “63 üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinin yurt içindeki sağlık hizmet sunucularından sağlanması esastır. Ancak;

a) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usûle uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak geçici görevle yurt dışına gönderilenlere, acil hallerde,

b) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usûle uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere,

c) Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisinin yapılamadığı tespit edilen kişilerin,

sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.”

Yukarıdaki maddenin (a) ve (b) bentlerinden de açıkça anlaşılacağı üzere, sigortalı sayılanlardan işverenleri tarafından **geçici** olarak yurt dışında görevlendirilenlerin acil halleri, sigortalı sayılanlardan işveren tarafından **sürekli** olarak yurt dışında görevlendirilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetleri Kurum tarafından karşılanır.¹⁹⁹ Ancak, burada önemli olan şudur

¹⁹⁹ Sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenler tarafından ödenir ve yurt dışında görevli olduğuna dair belge- ile birlikte (belgede geçici veya sürekli görevlendirme yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir) mahalli konsolosluktan tasdikli rapor ve sair belgelere (fatura vb.) dayanılarak Kurumdan talep edilir.

ki, Kurum tarafından karşılanacak olan bedel, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu tutarın aşılması durumunda ise, aşan kısım işverenler tarafından ödenir (5510 s.K.md.66/3). Ayrıca, Bakanlar Kurulu kararı ile birlik halinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askerî veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin, bu Kanun kapsamına giren sağlık hizmetlerinin sağlanması ile bu hizmetlere ilişkin giderlerin yurt içindeki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen tutarı aşan kısmı, kendi kurumları tarafından karşılanır (5510 s.K.md.66/4). Bunun dışında belirtmek gerekir ki, Kurum, (a) ve (b) bentlerinde sayılan kişilerin sağlık hizmetlerini, bu kişilerin geçici veya sürekli görev süresince, genel sağlık sigortası için Kuruma ödenen prim tutarını geçmemek kaydıyla, ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle de sağlayabilir (5510.s.K.md.66/5). Ancak bu durumda yani yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişilerin sağlık hizmetlerinin, Kurumca ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle sağlanması halinde, sağlık hizmeti giderleri ödenmez (SUT, md.4.4.1/4). Ayrıca, geçici ya da sürekli görevle gönderilme **dışında** yurt dışında bulunanların sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanıp karşılanmayacağı ile ilgili olarak SUT’de bir düzenleme yapılmıştır. Düzenlemeye göre, *“Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında buldukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, buldukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması halinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması halinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi vb. giderler ödenmez.”* (SUT, md.4.4.2/1). Bu düzenleme ile geçici ya da sürekli görevle gönderilme dışında yurt dışında bulunan GSS’li veya bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık hizmeti giderleri ve yol, gündelik, refakatçi giderlerinin iki ülke arasında sosyal güvenlik sözleşmesi olmaması halinde Kurumca ödenmeyeceği açıkça ifade edilmiştir.

66 ncı maddenin (c) bendinde yapılan düzenleme ile yurt içinde tedavisinin yapılamadığı belirlenen kişilerin sağlık hizmetlerinin de yurt dışında sağlanması GSS kapsamında sayılmıştır. Ancak bu durumda, Sağlık Bakanlığı’nın uygun görüşü alınmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yurt içinde tedavisinin yapılamadığı tespit edilen

Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Tedavi giderinin Kurumun ödediği tutarları aşması halinde aşan kısım, işverenlerce karşılanır. Uluslar arası sözleşme hükümleri saklıdır (SUT, md.4.4.1/2).

ve yurt dışına sevk edilen bu kişilerin sağlık hizmeti bedelinin tümü Kurum tarafından karşılanır.²⁰⁰ Ancak burada istisnai bir durum söz konusudur. Eğer, kişinin tedavisi ile ilgili olarak Kurum'un yurt dışında sözleşmeli olduğu sağlık hizmeti sunucusu varsa, o zaman sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna ödenen tutardan fazla ödeme yapılmaz (5510s.K.md.66/6). Ayrıca, yurt içi sağlık hizmeti sunucularında sağlanamayan sağlık hizmetlerinin Kurumca yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında sağlanması ile ilgili olarak SUT'de belirtildiği üzere, “*Yurtdışı Tedavi Sağlık Kurulu Raporu*” istenecektir. Bu rapor, doku ve organ nakli için Kurum internet sitesinde yayımlanan “*Yurtdışında Doku ve Organ Nakli Amacıyla Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Resmi Sağlık Kurumları Listesi*”nde yer alan hastanelerin sağlık kurullarınca, diğer tedaviler için ise üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık kurullarınca düzenlenir. Raporla altı ayı geçmemek kaydı ile tedavi süresi belirtilir. Ayrıca SUT'de raporu düzenleyecek sağlık kurulları ile ilgili olarak da düzenleme yapılmıştır. Düzenlemeye göre, Sağlık Kurulu en az biri ilgili dal uzman hekimi olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde 5 öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde 5 klinik şefi veya şef yardımcısı katılımıyla oluşturulacaktır. Bu kurulun hazırladığı sağlık kurulu raporları, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından teyit edildikten sonra Sağlık Bakanlığı'na onaylanacaktır. Söz konusu işlemler sonrasında, Dışişleri Bakanlığı nezdinde gerçekleştirilecek işlemler Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü tarafından yürütülecektir. Bu işlemlerin gerçekleşmesinden sonra ilgili sosyal güvenlik il müdürlüğü yazılı olarak bilgilendirilecektir (SUT, md.4.4.3.A.1).

Yurt dışı tedavilerine ilişkin sağlık raporları ile ilgili olarak, yukarıda bahsedilenlerin dışında SUT'de ayrıntılı ifadeler yer verilmiştir. Örneğin, bu raporların Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmasından itibaren 3 ay içerisinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılması gerekmektedir (SUT, md.4.4.3.A-2/1) Aksi takdirde, raporların yenilenmesi gerekecektir. Bunun dışında, sağlık raporunda tedavi süresi belirtilmelidir.

²⁰⁰ Yurt dışında yapılan tedavi bedelleri, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır(SUT, md.4.4.3.A-3/3). Ayrıca Kurumca, yurt dışında yapılacak tedaviler için oluşacak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde, kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon şefliği aracılığıyla da yapılabilir(SUT, md.4.4.3.A-3/4). Ayrıca belirtmek gerekir ki, acil müdahaleyi gerektiren durumlar ile sevke konu hastalığın komplikasyonuna bağlı olarak gelişen durumlar hariç olmak üzere yurt dışına sevke konu hastalık dışındaki tedavi giderleri Kurumca ödenmez (SUT, md.4.4.3.A-3/6).

Yurt dışında tedavi süresi, raporda belirtilen süreyi geçemez. Ancak bazı durumlarda tedavi süresinin tıbbi nedenlerle uzaması söz konusu olabilir. Bu durumda tıbbi gerekçeler, misyon şeflikleri²⁰¹ vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda **Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi**'nin yazılı görüşü alınarak 6 ayı geçmeyen dönemler halinde en fazla 2 yıla kadar tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen veya uzatılan sürenin aşılması halinde ise aşılan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez (SUT, md.4.4.3.A-2/2). Ancak organ nakli ile ilgili tedavilerde durum farklıdır. Bilindiği gibi organ nakli işlemleri uzun bekleme süreleri gerektirir. Nitekim yurt içinde sağlanamayan organ nakli işlemleri de yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasının ardından uygun organ teminine kadar geçecek süredeki tetkik ve tedavileri yurt içinde yapılacaktır. Uygun organ temin edildiğinde ise hasta, yeni bir sağlık kurulu raporuna ihtiyaç duyulmadan nakil işlemi için yurt dışına gönderilecektir. Ancak hastanın organ nakli sırasına alındığı tarihten itibaren bekleme süresinin beş yılı geçmesi halinde, yurt dışına gönderilmeye ilişkin sağlık kurulu raporunun SUT'un 4.4.3.A-1 numaralı maddesi doğrultusunda yenilenmesi ve ilgili onayların yapılmış olması gereklidir (SUT, md.4.4.3.A-2/3). Bekleme süresinin naklin gerçekleştirileceği ülkede geçirilmesinin zorunlu olduğunun yurtdışı sağlık hizmeti sunucusu tarafından gerekçeleriyle belgelendirilmesi halinde Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığının yazılı görüşünü almak suretiyle bekleme süresinin yurt dışında geçirilmesine karar vermeye ve yurt dışında geçirilecek süreyi belirlemeye yetkilidir. Yurt dışında toplam bekleme süresi, 2 yılı aşmamak kaydı ile 6 ayı geçmeyen dönemler halinde uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez (SUT, md.4.4.3.A-2/4).

5510 s.K'un 66 ncı maddesinin 8 inci fıkrasında 4/c kapsamında sigortalı olması nedeniyle GSS'li sayılanların yurtdışında tedavileri ile ilgili olarak şöyle bir düzenleme yapılmıştır: *“Bu maddenin uygulanmasında 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanların daimi olarak*

²⁰¹ Misyon şefliği; genel sağlık sigortalısının geçici veya sürekli görevle bulunduğu ülkedeki büyükelçilik, daimi temsilcilik, başkonsolosluk ve konsolosluk şubesi olarak, aynı ülkede veya şehirde birden fazla temsilcilik bulunması hâlinde ise büyükelçilik tarafından bu işle yetkili kılınan temsilciliktir (GSSİY, md.46/4).

altı aydan fazla süreyle yurt dışında görevlendirilmeleri durumu, sürekli görevle yurt dışına gönderilme sayılır.” Bir başka ifadeyle, kamu görevlisi olanlar, sürekli olarak 6 aydan fazla süre ile yurt dışında görevlendirilmeleri halinde sürekli görevle yurt dışına gönderilmiş sayılır ve kendileri ile yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık hizmetleri bu madde kapsamında sağlanır (5510 s.K.md.66/8). Kamu idarelerinde çalışanların dışında kalan ve 4/a kapsamında sayılan sigortalıların ise, geçici veya sürekli görevlendirilmesine ilişkin usuller ve süreler ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usul ve esasların, ilgili Bakanlıkların görüşü alınarak Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenleneceği 66 ncı maddenin dokuzuncu fıkrasında ifadesini bulmuştur. (5510 s.K.md.66/9).

Yukarıda sayılanların dışında GSSİY’de belirtildiği üzere 5510 s.K’un 66 ncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılanların yani yurt içinde tedavisinin sağlanamadığı Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kişilerin, yurt dışına sevk edilmeleri halinde yol, gündelik ve refakatçi giderleri GSSİY’nin 31 inci maddesi kapsamında Kurum tarafından karşılanır. Ayrıca bu kişilerin tedavisi sırasında ölümü halinde, cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş için gereken yol giderleri Kurum tarafından karşılanır (GSSİY, md.31/13). Ancak, yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yol gideri, gündelik, refakatçi ve cenaze giderleri ödenmez (SUT, md.4.4.1/5).

Son olarak belirtmek gerekir ki, belirli hal ve koşullarda sağlanan yurtdışı tedavi hizmetlerinin dışında yurtiçinde yapılamayan tetkik ve tahlillerin de yurt dışında yapılması GSS kapsamında sayılmıştır. Bu çerçevede, yurt içinde yapılamayan tetkik ve/veya tahliller numunenin gönderilmesi suretiyle yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılabilir.²⁰² Bu işlemler SUT’un 4.4.3.A numaralı maddesi doğrultusunda yürütülecektir. (SUT, md.4.4.3.B/1). Bir başka ifade ile yurt içi sağlık hizmeti sunucularında sağlanamayan sağlık hizmetlerinin yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında

²⁰² Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle yurt dışında yapılan tetkik ve/ veya tahlil bedeli tetkik ve/ veya tahlili yapan sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenen faturada/ fatura yerine geçen belgede belirtilen tutar üzerinden, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır (SUT, md.4.4.3.B-2/1). Ayrıca Kurumca, yurt dışında yapılacak tetkikler/ tahliller için oluşacak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon şefliği aracılığıyla da yapılabilir (SUT, md.4.4.3.B-2/2).

sağlanabilmesi için yapılan düzenlemeler, yurt içinde yapılamayan tetkik ve/veya tahlillerin yurt dışı sağlık hizmeti sunucularından sağlanması durumunda da geçerli olacaktır. Bunun dışında yurt dışı tedavi de talep edilen sağlık kurulu raporu, yurt dışı tektik ve tahlillerde de istenecektir. Numunenin gönderilmesi veya hastanın gönderilmesi suretiyle tetkiklerin ve/ veya tahlillerin yurt dışında yaptırılabilmesi için gerekli sağlık kurulu raporları, üniversite veya eğitim araştırma hastaneleri sağlık kurullarınca düzenlenecek olup, bu raporlarda tetkikin/ tahlilin yurt içinde yapılamadığı ayrıntılı gerekçeleri ile belirtilecektir (4.4.3.B-1/ 1). Bu raporları hazırlayan sağlık kurulları, yurt dışı tedaviye ilişkin rapor hazırlayan sağlık kurullarından farklı olarak, en az biri ilgili dal uzman hekimi olmak kaydıyla; üniversite hastanelerinde en az bir öğretim üyesi, eğitim ve araştırma hastanelerinde en az bir klinik şefi veya şef yardımcısı katılımıyla oluşturulacaktır (SUT, md.4.4.3.B-1/2). Ayrıca, Kurulun hazırladığı rapor yine Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanacaktır (SUT, md.4.4.3.B-1/3).

2.1.4. Diğer Hizmetler

İnsanların sağlıklı yaşamalarını ve sağlıklı toplum yaratmayı hedefleyen GSS, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin dışında iyileştirme amacı güden cihazlar ile tıbbi araç ve malzemeleri de kapsama almıştır. İşitme cihazı, gözlük cam ve çerçeveleri, konuşma cihazı, ağız protezleri ve diş tedavileri de GSSİY'nin beşinci bölümünde **“Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Yol Gideri, Gündelik ve Refakatçi Giderleri”** başlığı altında ifadesini bulmuştur. Söz konusu Yönetmeliğin 27, 28, 29 ve 30 uncu maddelerinde konuyla ilgili ayrıntılı hükümlere yer verilmiştir. İşitme sorunu olan GSS'li veya bakmakla yükümlü oldukları kişilerin işitmelerinin cihazla düzeltilmesinin mümkün olduğunun, Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu tarafından hazırlanan sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi durumunda, söz konusu cihaz Kurum tarafından karşılanır (GSSİY, md.27/1). Sağlık kurulu raporunda *‘gerekli olduğunun’* belirtilmesi kaydıyla her iki kulak için işitme cihazı bedeli ödenebilir (GSSİY, md.27/2). Cihazın yenilenme süresi esas olarak 5 yıldır. Ancak bazı durumlarda, *Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi şartı ile* süresinden önce yenilenmesi mümkündür. Şöyle ki, işitme durumunda değişiklik olması ve verilen cihazın yeterli gelmemesi durumunda veya ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle gelmesi ve onarılamaması durumunda

sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu raporuyla belgelendiği takdirde süresinden önce yenilenebilir (GSSİY, md.27/3).

GSS kapsamında sayılan ‘gözlük cam ve çerçeveleri’nin bedellerinin de Kurum tarafından karşılanacağı GSSİY’nin 28 inci maddesinde açıkça ifade edilmiştir. Ancak, bu bedellerin karşılanabilmesi için gözlük cam ve çerçevelerinin, göz hastalıkları uzmanları ile bu dalda ihtisas yapmakta olan hekimler tarafından düzenlenen reçeteye dayanılarak alınması gerekmektedir (GSSİY, md.28/1). Ayrıca çeşitli gözlük camı kullanılmasına gerek görüldüğü takdirde her cam için ayrı çerçeve bedeli kurumca ödenir (GSSİY, md.28/2). Gözlük cam ve çerçevelerinde yenilenme süresi esas olarak 3 yıl olup, bu süreden önce temin edilen cam bedellerinin ödenmesine ilişkin kriterler Tebliğ ile belirlenecektir (GSSİY, md.28/3). Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere, 3 yıl dolmadan gözlük camının değiştirilmesi ile ilgili Tebliğ’de düzenleme yapılabilir. Ancak burada çerçeveden bahsedilmediğinden dolayı 3 yıl dolmadan çerçeve değişimi yapılırsa, bu bedel Kurum tarafından karşılanmaz.

Bedelinin Kurum tarafından karşılanacağı bir diğer cihaz da ‘konuşma cihazı’dır. Kurumla sözleşmeli olan sağlık hizmeti sunucuları tarafından hazırlanan sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi şartı ile söz konusu cihazın bedeli Kurum tarafından karşılanır (GSSİY, md.29/1). Bir başka ifade ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu, kişinin konuşma cihazını kullanmasının gerekli olduğunu sağlık kurulu raporu ile belgelediği takdirde konuşma cihazı GSS çerçevesinde Kurum tarafından karşılanır. Cihazın yenilenme süresi 5 yıldır. Bu süre dolmadan onarılma veya yenilenme yapılmaz. Ancak temin edilen konuşma cihazının ilgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldiğinin Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu tarafından sağlık kurulu raporuyla belgelenmesi ve onarımının yapılamaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür (GSSİY, md.29/2).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili sağlık hizmetlerinin finansmanının 5510 s.K.un 63 üncü maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi kapsamında Kurum tarafından karşılanacağını önceki bölümlerde belirtmiştik. Kanun çerçevesinde hazırlanan GSSİY’de yapılan düzenleme ile konuya açıklık getirilmiştir. Söz konusu Yönetmeliğin 30 uncu maddesinin birinci fıkrası uyarınca, “*Diş tedavileri sırasında; altın, platin, paladyum+platin, irridyum+platin, iropal gibi kıymetli madenler ile argenco 23, bego gold EWL ve polliag-*

M gibi bileşiminde kıymetli maden bulunan maddelerin bedelleri ödenmez.” (GSSİY, md.30/1). Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere, diş tedavisinde kıymetli madenler ile içinde kıymetli madenlerin bulunduğu maddelerin kullanılması halinde ortaya çıkan bedel, Kurum tarafından karşılanmaz. Bu düzenlemenin yerinde bir düzenleme olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Nitekim GSS insanların sağlıklı kalmalarını ve hastalanmaları halinde sağlıklarını geri kazanmalarını amaçlayan bir finansman sistemidir. Oysa fıkroda adı geçen kıymetli madenlerin kullanımı genellikle tedavi amaçlı değil, estetik amaçlı olduğundan, hiç bir finansman yöntemi ya da sistemi bu tür hizmetlerin karşılanmasını kaldıramaz. Bunun dışında GSSİY'nin 30 uncu maddesinin ikinci fıkrasında yapılan düzenlemeye göre, “Kemik içi dental implantların bedelleri ödenmez. Ancak, maksillofasiyal travma ve tümörler sonucu aşırı kemik kaybı olan ya da damak yarığı gibi deformiteleri olan hastalar ile rutin tedavilerle başarılı olunamayan rezorbe alt-üst çene vakalarında (en az 2 en fazla 4 implant ile sınırlı kalmak koşuluyla) klasik protez ile çözülemeyen ve implant tedavisinin zorunlu olduğunun üniversite diş hekimliği fakültelerinden cerrahi, protez ve periodontoloji anabilim dallarından en az birer öğretim üyesinin katılımıyla oluşacak sağlık kurulu tarafından karara bağlanması ve kaç ünite yapılacağına sağlık kurulu raporunda belirtilmesi şartıyla, kemik içi dental implant ve tedavi bedeli Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedel üzerinden Kurumca karşılanır.” (GSSİY, md.30/2). Görüldüğü gibi ağız ve diş tedavilerinde sağlanan sağlık hizmetleri, diğer sağlık hizmetlerinde de olduğu gibi sınırsız değildir. Getirilen bu sınırlamalar genellikle zorunlu ve gerekli tedavinin dışında kalan estetik amaçlı veya alınıp alınmamasının isteğe bağlı olduğu sağlık hizmetleri ile ilgili olup, söz konusu bu hizmetler kapsam dışında bırakılmıştır. Son olarak, ağız protezlerinin yenilenme süresi ile ilgili olarak belirtmek gerekir ki, hareketli ve sabit protezler dört yıldan önce yenilenmez (GSSİY, md.30/3).

2.2. FİNANSMANI SAĞLANMAYACAK SAĞLIK HİZMETLERİ

GSS tarafından karşılanacak sağlık hizmetlerinin kapsamını belirlemek bakımından, Kurumca sağlanacak sağlık hizmetlerinin tek tek sayılmasının dışında kullanılan bir diğer isabetli yol da, finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetlerinin açıkça

ifade edilmesidir.²⁰³ 5510 s.K. 64 üncü maddesinde finansmanı Kurum tarafından sağlanmayacak sağlık hizmetlerini üç ana başlık altında toplamıştır. Yapılan düzenlemeye göre;

“a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.

b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.

c) (Ek: 17/4/2008–5754/41 md.) Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları” GSS kapsamı dışında bırakılmıştır. Ayrıca belirtmek gerekir ki, GSSİY’nin 24 üncü maddesi, söz konusu 64 üncü madde paralelinde düzenlenmiştir.

Finansmanı Kurumca sağlanacak sağlık hizmetleri bakımından ele alındığında genel anlamda kapsayıcı²⁰⁴ bir özelliğe sahip olan GSS, sağlanan haklar bakımından bir takım sınırlamalar da getirmiştir. Nitekim estetik amaçlı sağlık hizmetleri, estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri, Sağlık Bakanlığının izin veya ruhsat vermediği sağlık hizmetleri ile tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilmeyen sağlık hizmetleri ve yabancı ülke vatandaşlarının GSS’li olmadan önceki kronik hastalıkları GSS kapsamı dışında tutulmuştur. Estetik amaçlı sağlık hizmetleri açısından bakıldığında sağlığı etkilemeyen, sadece estetik görünmek için yapılan tedavilerin kapsam dışında bırakılması yerinde bir düzenleme gibi görünmektedir. Aksi takdirde, GSS finansmanı için çok daha fazla kaynak ihtiyacı ortaya çıkacak, kaynak sorununu çözmeyi amaçlayan yeni düzenleme ile finansman açıklarının daha da fazla büyümesi söz konusu olacaktır. Yabancı ülke vatandaşlarının GSS’li olmadan önce var olan kronik hastalıklarının kapsam dışında

²⁰³ Yusuf Alper (2010), a.g.m., s: 77.

²⁰⁴ Hastalık riskine karşı gerek koruyucu, gerekse tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsayan GSS, yeni düzenleme ile ağız ve diş tedavisi ile yardımcı üreme tekniklerini de kapsama alarak sağlık hakları açısından önemli bir yenilik getirilmiştir. Kadir Arıcı (2009), a.g.m., s:154.

bırakılması da isabetli olmuştur. Aksi takdirde, yurt dışında yaşayan, kronik hastalığı olan kişiler finansmanı Kurum tarafından sağlandığı için Türkiye’de GSS’li olup tedavi hizmetlerinden yararlanacak, bu da yine finansman sorununu daha çözümsüz hale getirecektir. Dolayısıyla Kanunun 64 üncü maddesinde sayılan sağlık hizmetlerinin kapsam dışı bırakılması, GSS’nin amacına uygun bir düzenleme olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN FAYDALANMA ŞARTLARI

5510 sayılı Kanun, GSS’li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanabilmeleri için prim ödeme, katılım payı ödeme, sevk zincirine uyma gibi bazı şartlar getirmiştir. Bu şartlar, söz konusu Kanunun üçüncü bölümünde “*Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları ve Katılım Payı*” başlığı altında düzenlenmiştir.

2.3.1. Prim Ödemiş Olma

Sağlık hizmetlerinden, bunun yanında yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanmak için belirlenen koşulların başında **prim ödeme şartı** yer almaktadır. Belli bir süre prim ödeme şartını yerine getiren GSS’liler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler söz konusu hizmetlerden yararlanırlar. 5510 s.K 67 nci maddesinde, GSSİY de 32 nci maddesinde prim ödeme şartı ile ilgili detaylı düzenlemelere yer vermiştir. GSSİY’nin 32 nci maddesinin birinci fıkrasında yapılan düzenlemeye göre, “*Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanabilmeleri için;*

a) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) ve (f) bentleri hariç diğer bentleri gereği genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam otuz gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

b) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (g) bendine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte atmış günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

c) Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (b) ve (d) bentlerine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla y¼k¼ml¼ olduğu kişilerin (a) bendinde sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her t¼rl¼ borcunun bulunmaması,

şarttır.”

Yapılan d¼zenlemeden de a¼ıkça anlaşılacağı üzere, sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan kişilerin (GSS’li ve bakmakla y¼k¼ml¼ olduğu kişilerin), sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki **son bir yıl içinde toplam 30 g¼n** genel sağlık sigortası primi ¼denmiř olması gerekmektedir. Ancak, Kurumdan veya daha önceki Kurumlarından gelir veya aylık alanlar ile 60/I/c’de sayılan d¼ř¼k gelirliler, vatansız ve sığınmacılar, 65 yaş aylığı alanlar, şeref aylığı alanlar vs. kişiler bu koşula tabi değildir.

Yukarıdaki maddenin (b) bendinde yapılan d¼zenleme ise, k¼y ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız ¼alıřanlar ve T¼rkiye’de sigortalı sayılmayan ve başka bir ¼lkede de sağlık sigortası bulunmayan kişilerle ilgili olup, bu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurdukları tarihte altmış g¼nden fazla prim ve prime ilişkin hi¼bir borcunun bulunmamasını şart koşmuştur. Ayrıca (a) bendinde ifadesini bulan **son bir yıl içinde toplam 30 g¼n** prim ¼demiř olma şartı, bu kişiler i¼in de ge¼erlidir.

Son olarak (c) bendinde, isteğe bağlı sigortalı olan kişiler ile m¼tekebiliyet esasđ da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ¼lke vatandaşlarından yabancı bir ¼lke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişilerin, hem sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki **son bir yıl içinde toplam 30 g¼n** genel sağlık sigortası primi ¼demiř olması gerekmekte, hem de sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin hi¼bir borcunun bulunmaması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada prim ¼deme koşulu a¼ısından bakıldığında, yapılan d¼zenleme ile önceki sosyal sigorta mevzuatına g¼re, sağlık sigortası hizmetlerinden faydalanma şartlarının ¼nemli ¼l¼de kolaylaştırıldığı g¼r¼lmektedir. 5510 s.K.’dan ¼nce sağlık sigortasından faydalanmak i¼in, SSK kapsamında olan sigortalıların kendisi i¼in 90, aile fertleri i¼in 120 g¼n prim bildirilmiş olması; Bağ-kur’da ise ilk defa sigortalı olmaları halinde 8 ay (240 g¼n) prim ¼demiř olmaları gerekmekte idi. Oysa 5510

s.K.'da yapılan yeni düzenleme ile halen aktif olarak çalışan GSS'lilerin sağlık hizmet sunucusuna başvurduğu tarihten önceki bir yıl içinde 30 gün prim ödemiş olmaları ve 4/1-b kapsamında sigortalı olanların ise, bu şart dışında 60 günden fazla prim borcu olmaması, GSS'den faydalanılması için yeterli görülmüştür.²⁰⁵

Ancak 5510 s.K., bazı kişi ve durumlarda yukarıda sayılan prim ödeme şartlarına uymaksızın sağlık hizmetleri bedelleri ile sağlık hizmetlerine ilişkin yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin de karşılanacağını 67 nci maddesinin birinci fıkrasında hüküm altına almıştır. Nitekim 18 yaşını doldurmamış olan kişilere sağlanan sağlık hizmetleri, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişilere sağlanan sağlık hizmetleri, acil hallerde sadece acil hal nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri, iş kazasına ve meslek hastalığına uğrayan kişilerin bu durumlarının belgelenmesi koşuluyla bu durumlarına ilişkin sağlanan sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığınca duyurulan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar listesinde yer alan hastalık tespit edilen kişilere sadece bu hastalığı nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri, 63 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi (koruyucu sağlık hizmetleri) ve (c) bendi (analık hâli nedeni ile sağlanan sağlık hizmetleri)²⁰⁶ gereğince sağlanan sağlık hizmetleri, 75 inci maddede sayılan afet ve savaş ile grev ve lokavt halinde sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için prim ödeme koşulu aranmayacaktır (5510s.K.md.67/I ve GSSİY md.32/2). Bir başka ifade ile bu kişi ve durumlar, sağlık hizmetlerinden yararlanmada prim ödeme koşulundan muaf tutulmuşlardır. Ancak burada önemli olan şudur ki, 18 yaşını doldurmamış kişiler hariç diğer istisnalar nedeniyle prim ödemiş olma yükümlülüğünden muaf olan kişilerin sağlık hizmeti ve diğer haklarının Kurumca karşılanabilmesi için söz konusu istisnaların belgelenmesi ya da tıbben tespit edilmiş olması şarttır. Söz konusu belgelendirme ya da tıbbi tespit, hastanın sağlık hizmeti sunucusuna başvurusundan sonra da yapılabilir (GSSİY, md.32/3).

Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yani yol gideri, gündelik, refakatçi haklarından yararlanmada ilk koşul olarak saydığımız prim ödeme şartı ile ilgili olarak GSSİY' de istisnai düzenlemelere yer verilmiştir. Nitekim bu düzenlemelerin en

²⁰⁵ Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:77.

²⁰⁶ Analık hâli nedeni ile sağlanan ilk sağlık hizmeti sonrasındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmak için birinci fıkrada belirtilen hükümler aranır (GSSİY, md.32/11). Bir başka ifade ile analık sebebiyle sağlanan ilk sağlık hizmetinden sonraki sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için 32 nci maddenin birinci fıkrasında belirtilen prim ödeme şartını yerine getirmek gerekmektedir.

önemlilerinden biri, son bir yıl içinde 30 gün prim ödeme şartı ile ilgili yapılan düzenlemedir. Yönetmeliğin 32 nci maddesinin dördüncü fıkrasında yapılan bu düzenlemeye göre, “*Birinci fıkrada belirtilen otuz günlük prim ödeme süresinin hesabında, genel sağlık sigortalısının tescil tarihinden itibaren otuz gün dolmadan prim tutarını ödemiş olması, birinci fıkranın (a) bendinde belirtilen otuz günlük sürenin dolduğu şeklinde uygulanamaz.*” (GSSİY, md.32/4). Yani kişi, 30 günlük prim tutarını, tescil tarihinden itibaren 30 gün dolmadan peşin olarak ödese bile, sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için, otuz günün dolmasını bekleyecektir.

GSSİY’nin 32 nci maddesinin beşinci fıkrasında ise, 4/c kapsamında sigortalı sayılanların yani kamu idarelerinde çalışanların sağlık hizmetleri ve diğer haklardan yararlanma şartları ile ilgili olarak istisnai bir hüküm getirilmiştir. Bu hükme göre; “*Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılması nedeniyle genel sağlık sigortalısı olanlarda, ilgili kanunları gereğince kullandıkları aylıksız izin sürelerinin bitiminden sonra göreve başlamaları hâlinde ve göreve başlamaları için tanınan sürelerde, otuz günlük prim gün sayısı şartı aranmaz.*” (GSSİY, md.32/5). İfadeden de anlaşılacağı üzere, kamu idarelerinde çalışanların aylıksız izin kullanmaları halinde²⁰⁷, izin sürelerinin bitiminden sonra ve göreve başlamaları için tanınan sürelerde otuz günlük prim ödeme şartı aranmaz. Böylece söz konusu kişiler, sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan faydalanırlar.

Yeni düzenleme isteğe bağlı sigortalılara da, sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmalarında prim ödeme şartı ile ilgili olarak kolaylık getirilmiştir. GSSİY’nin 32 nci maddesinin altıncı fıkrasında konuyla ilgili şu ifadeler yer verilmiştir: “*Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olanların aynı ay içinde zorunlu sigorta kapsamında prim ödeme gün sayısı bulunması durumunda, ayın kalan günleri için isteğe bağlı sigorta gün sayısı kadar genel sağlık sigortası primi ödemeleri hâlinde sağlık hizmetlerinden ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlandırılır.*” (GSSİY, md.32/6). Bu çerçevede isteğe bağlı

²⁰⁷ 657 s.K.’a göre, 10 hizmet yılını tamamlamış memurlara istekleri halinde (herhangi bir gerekçe aramadan) 6 aya kadar, yakınlarından birinin (ana,baba,eş, çocuk,kardeş) hastalığı veya kazaya uğraması halinde 6 aya kadar, doğum yapan kadına 12 aya kadar, yurt dışında görevlendirilenlere ve kamu görevlisi eşlerine 1 yıl, muvazzaf askerlik yapanlara askerlik süresi boyunca aylıksız izin verilmektedir (657 s.K.md.108). Bkz. Ali Nazım Sözer, ‘Genel Sağlık Sigortası Edimlerinden Yararlanmada Prim Koşulu’, Sicil Dergisi, Sayı:13, Mart 2009.

sigortalı olanlar, ay içinde zorunlu sigorta kapsamında prim ödemeleri halinde, ayın geri kalan günleri için isteğe bağlı sigorta gün sayısı kadar GSS primi ödedikleri takdirde sağlık hizmetleri ve diğer haklardan yararlanırlar.

Yeni Kanunun yürürlüğe girmesiyle birlikte, GSS'linin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, bakmakla yükümlü olunan kişi kapsamında çıkıp GSS'li olmaları halinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için 30 gün prim ödeme şartının aranıp aranmayacağı merak konusu olmuştur. GSSİY, 32 nci maddesinin yedinci fıkrasında konuya şu şekilde açıklık getirmiştir: “*Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamında çıkanların, genel sağlık sigortalısı olduğu tarihten itibaren otuz gün içinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendindeki prim gün sayısı aranmaz.*” (GSSİY, md.32/7). Görüldüğü gibi, GSS'linin bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamında çıkıp, GSS'li olan kişilerde 30 gün prim ödeme şartı aranmayacak ve bu kişiler GSS'li olduğu tarihten itibaren 30 gün içinde sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanabileceklerdir. Bir örnekle açıklamak gerekirse, babası üzerinden sağlık hizmetlerinden yararlanan kişi, sigortalı bir işe girip kendisi GSS'li olmuşsa ve GSS'li olmasının 15 inci gününde hastalanmışsa, bu kişinin 30 gün prim ödeme gün sayısı olmaması gerekçe gösterilerek sağlık hizmetlerinden yararlandırılmaması söz konusu olamaz.

Yukarıda sayılan istisnai durumların dışında GSSİY, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam otuz günün hesabında dikkate alınmayacak süreleri de 32 nci maddesinin sekizinci fıkrasında belirtmiştir. Hükme göre; “*Kanunun 60 ıncı maddesi kapsamında GSS' lisi sayılanların;*

- a) Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (1) ve (3) numaralı alt bentlerinde belirtilenlerden sigortalılıkları sona ermeyenler hariç olmak üzere herhangi bir sebeple silah altına alınan sigortalının askerlikte geçen hizmet süresi,*
- b) Hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukta geçen süre,*
- c) İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortalarından geçici iş göremezlik ödeneği alan sigortalının iş göremediği süre,*

d) *Sigortalının greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hâllerinde geçen süre, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam otuz günün hesabında dikkate alınmaz.*” (GSSİY, md.32/8).

Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar yani 5510 s.K.un 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılanların zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren GSS'den ne kadar süre ile yararlanacakları ile ilgili GSSİY'nin 32 nci maddesinin dokuzuncu fıkrasında düzenleme yapılmıştır. Yapılan düzenlemeye göre, *“Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar, zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde doksan günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren doksan gün süreyle zorunlu sigortalılıklarından sonraki genel sağlık sigortalılıklarından dolayı prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olduğu kişiler dâhil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar.”* (GSSİY, md.32/9). Hükme göre, hizmet akdi ile çalışan kişiler, zorunlu sigortalılıkları sona erse bile 10 gün süreyle GSS'den yararlanabileceklerdir. Ayrıca bu kişilerin sigortalılık niteliklerini yitirdiği tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları olduğu takdirde, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle sağlık hizmetlerinden yararlanacakları da hükme bağlanmıştır. Bu süre zarfında söz konusu kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için, zorunlu sigortalılıklarından sonraki genel sağlık sigortalılıklarından dolayı prim borcu olup olmadığına bakılmaz. Zorunlu sigortalılıkları sona eren 4/b'lilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma süresi de 4/a' lılar için yapılan düzenleme paralelinde düzenlenmiştir.

5510 s.K.un 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sayılanların yani kamu görevlilerinin zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren GSS'den ne kadar süre ile yararlanacakları ile ilgili olarak, 27436 sayılı “Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ”in 6 ncı maddesinin beşinci fıkrasında, yine 4 (a) kapsamında çalışanlara uygulanacak şartlar paralelinde düzenleme yapılmıştır. Düzenlemeye göre, *“Kesenek ve karşılıkları 5434 sayılı Kanun hükümlerine göre ödenmeye devam edilenlerden bu kapsamdaki sigortalılık ilişkisi sona erenler, zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık*

sigortasından yararlandırılır. Bu sigortalılar, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıklarının olması durumunda, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren başlayan 90 gün ile sınırlı olmak kaydıyla, zorunlu sigortalılıklarından sonraki genel sağlık sigortalılıklarından dolayı prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olduğu kişiler dâhil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar.” (Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ, md.6/5). Konuyla ilgili olarak Söz konusu Tebliğ’de verilen örneğe göre, aylıkları ayın 15’inde ödenen sigortalının 06/03/2010 tarihinde görevinden ayrılması halinde, sigortalılık niteliğinin sona ereceği 14/03/2010 tarihini takip eden 15/03/2010 tarihinden itibaren onuncu günün sonu olan 24/03/2010 (dâhil) tarihine kadar sağlık hizmetinden yararlandırılır.²⁰⁸

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanmanın süresi ile ilgili olarak GSSİY’de, daha önce belirttiğimiz 5510 s.K.un 63 üncü maddesinin üçüncü fıkrasına paralel bir düzenleme yapılmış ve bu hizmetlerin kişinin iyileşmesine kadar süreceği belirtilmiştir. Söz konusu Yönetmeliğin 32 nci maddesinin onuncu fıkrasında “*Kanunun 60 ıncı maddesinde belirtilen genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi hâlinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.*” denilerek, tedavisi devam eden kişilerin (burada devam eden tedavi ile kastedilen yatarak tedavidir) , GSS kapsamından çıksalar bile sağlık hizmetlerinden yararlanma hakları güvence altına alınmıştır (GSSİY, md.32/10).

GSSİY’nin 32 nci maddesinin son fıkrasında kendi adına bağımsız çalışanlar, isteğe bağlı sigortalılar, müteakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, GSS’lısı sayılmayan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar ile ilgili bir düzenleme yapılmıştır. Buna göre; “*Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (b), (d) ve (g) bentlerine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte; kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil genel sağlık sigortası prim borcunun olup olmadığının belirlenmesinde ödeme vadesi dolmamış*

²⁰⁸ 18 Aralık 2009 tarihli, 27436 sayılı, Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ, md.6.

prim borçları dikkate alınmaz.” (GSSİY, md.32/12). Hükme göre, söz konusu kişilerin ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için, sağlık hizmeti sunucusuna başvurulduğu tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri de dâhil olmak üzere GSS prim borcunun olup olmadığının belirlenmesinde **ödeme vadesi dolmamış prim borçları** dikkate alınmaz. Yapılan bu düzenlemede, sayılan kişilerin prim ödeme yükümlüleri yine kendileri olduğundan prim ödemekten kaçınabilecekleri ihtimali göz önünde tutulmuşsa da, kişinin ödeme vadesi dolana kadar geçen süreçte primini ödeyeceği varsayılmıştır.

Daha önceki bölümlerde sosyal sigortaların ve sosyal sigortaların en önemli ayağını oluşturan GSS'nin başlıca gelir kaynağını, sigortalı ve işverenlerin ödedikleri primlerin oluşturduğunu söylemiştik. Dolayısıyla primler, sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliği ve etkinliğini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak Türkiye’de ve dünyada gerek yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklardaki artış, yaşam tarzı olumsuzlukları, gerekse yeni teknoloji, artan beklentiler ve sağlık hizmetlerine erişimin artması²⁰⁹ sağlık harcamalarını ciddi ölçüde artırmaktadır. Bu noktada artan sağlık harcamalarının karşılanabilmesi için prim gelirlerinin artırılması, bunun için de başta kayıt dışı çalışmanın önlenmesi ve işgücüne katılım oranının yükseltilmesi sağlanmalıdır. Böylece prim gelirleri artacak, sağlık harcamalarının artmasından kaynaklanan finansman sorunu önemli ölçüde azalmış olacaktır.

2.3.2. Katılım Payı Alınması

5510 s.K.da kapsama alınan sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için uyulması gereken bir diğer şart, **katılım payıdır**. Katılım payı, 5510 s.K. un 3 üncü maddesinde *“sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar”* olarak ifade edilmiştir. 68 inci maddede ise, katılım payı ile ilgili ayrıntılı ifadelere yer verilerek, GSS sigortalılarının hangi sağlık hizmetlerinden, hangi şartlarda, ne miktarda katılım payı ödeyerek faydalanacakları düzenlenmiştir. Bu maddenin birinci fıkrasında, *“63 üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacak olanlar şunlardır:*

²⁰⁹ Mehtap Tatar, ‘Dünyada Sağlık Maliyetlerinin Artma Nedenleri’, Sosyal Güvenlik Dergisi, Yıl:1, Sayı:3, 2009.

a) *Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi.*²¹⁰

b) *(Değişik: 25/6/2009–5917/40 md.) Vücut dışı protez ve ortezler*

c) *Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar.*

d) *(Ek: 25/6/2009–5917/40 md.) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri.*” denilerek hangi sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacağı açıkça ifade edilmiştir (5510 s.K.md.68/I).

Katılım payı, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için 2 TL olarak uygulanır. Kurum, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için alınan katılım payını; birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde almamaya²¹¹ ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye veya tekrar birinci fıkranın (a) bendi için belirlenen tutara getirmeye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunun yer aldığı basamak, sağlık hizmeti sunucusunun resmi ve özel sağlık hizmeti sunucusu niteliğinde olup olmaması, önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı gibi hususları göz önünde bulundurarak on katına kadar artırmaya ve sağlık hizmeti sunucuları için farklı belirlemeye yetkilidir. Birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için belirlenen katılım payı tutarı, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerleme oranı kadar her yıl artırılır (5510 s.K. md.68/II).²¹²

²¹⁰ 3 Haziran 2010 tarihinde yayımlanan ‘Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ’ de yapılan değişiklik ile ‘‘Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmif ve yetkilendirilmif aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi’’nde katılım payı alınacaktır. Bir başka ifade ile aile hekimliğinde katılım payı alınması kapsamdan çıkarılmıştır.

²¹¹ Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü tarafından 12 Mayıs 2010 tarihinde Aile Hekimliği katılım payı ile ilgili olarak bir Genelge yayımlanmıştır. Bu Genelge’de ‘Türk Tabipler Birliği tarafından Kurumumuz aleyhine açılan dava neticesinde, Danıştay Onuncu Dairesinin 22.03.2010 tarihli ve 2009/13940 E. Sayılı Kararı ile, ‘‘18.09.2009 tarih ve 27353 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğin 1. ve 2. maddelerinin, aile hekimliği muayenelerinden alınacak katılım payı tutarının 2 TL olarak belirlenmesine ve bu tutarın ilgililerden tahsil edilmesine ilişkin kısımlarını yürütülmesinin durdurulmasına’’ karar verilmiştir..... Bu nedenle, 25.03.2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanan SUT’un ilgili hükmü ile aile hekimliği muayenelerine ilişkin olarak tahsil edilmesi gerektiği belirtilen 2 TL katılım paylarının Danıştay Onuncu Dairesinin 22.03.2010 tarihli ve 2009/13940 E. sayılı Kararı doğrultusunda tahsil edilmemesi gerekmektedir.’ ifadesi yer almaktadır. Danıştay 10.Dairesi, E.2009/13940, T.22.03.2010.

²¹² Anayasa Mahkemesi katılım payı alınması ile ilgili md.68/II hükmünü md.4/I-c kapsamındaki sigortalılar (kamu görevlileri) açısından iptal etmiştir (15.12.2006, E.2006/111, K.2006/112). Yasa

Vücut dışı protez ve ortezler ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlarda alınacak katılım payı ile ilgili olarak 5510 s.K.un 68 inci maddesinin ikinci fıkrasında bazı tutar ve ölçütlerin dikkate alınacağı belirtilmiştir. Düzenlemeye göre, bu sağlık hizmetlerinde katılım payı “sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler” dikkate alınarak %10 ile % 20 oranları arasında olmak üzere Kurumca belirlenir(5510 s.K.md.68/II). Katılım payı, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için Kurumca ödenen bedeller üzerinden Kurumdan gelir ve aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde on, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde yirmi olarak uygulanır (GSSİY, md.34/2). Ancak vücut dışı protez ve ortezlerde GSS sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödeyecekleri katılım payı tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki **asgari ücretin % 75’ini** geçemez (5510 s.K.md.68/IV).

Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinde alınacak katılım payı ise, en fazla sağlık hizmetleri bedelinin %1’idir. Ancak Kurum, yüzde birine kadar tespit edilen katılım payını almamaya, yarısına kadar indirmeye veya bir katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu tutarları kanuni tutarlarına getirmeye veya indirmeye yetkilidir (5510 s.K.md.68/II). Ancak bu sağlık hizmetlerinde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödeyecekleri katılım payı tutarı, bir takvim yılında **asgari ücret tutarını** geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için **asgari ücretin dörtte birini** geçemez (5510 s.K.md.68/IV).

Yardımcı üreme yöntemlerinin uygulanmasında alınacak katılım payı, 5510 s.K.un 68 inci maddesinin beşinci fıkrasında şöyle düzenlenmiştir: “63 üncü maddenin birinci fıkrasının (e) bendi gereğince sağlanan ve bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede % 30, ikinci denemede % 25 oranında uygulanır. Ancak katılım payında dördüncü fıkra gereği uygulanan üst limit dikkate alınmaz.” (5510 s.K.md.68/V). Yardımcı üreme yöntemleri işlem ücretleri için alınacak katılım payı, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca

koyucu 5510 s.K.’da 5754 s.K.’la değişiklik yaparken bu iptali dikkate almadan 68 inci maddeyi yeniden düzenlemiştir. Bu durumun AY Mahkemesinin yeni bir iptal kararına konu olup olmayacağını zaman gösterecektir. Bkz. Tuncay & Ekmekçi (2009), a.g.e., s: 398.

belirlenen işlem ücretleri üzerinden ilk denemede **yüzde otuz**, ikinci denemede **yüzde yirmi beş** olarak uygulanır. (GSSİY, md.36/2). Ayrıca yardımcı üreme yöntemi tedavisinde kullanılan ilaçlar için katılım payı, Kurumdan gelir ve aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde on, kapsamdaki diğer genel sağlık ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yüzde yirmi olarak uygulanır (GSSİY, md.36/1). Son olarak belirtmek gerekir ki, yardımcı üreme yöntemleri işlem ücretleri için ödenecek katılım payında, asgari ücretin % 75'i olarak belirlenen üst limit dikkate alınmaz (GSSİY, md.36/3).

GSS'nin en çok eleştirilen konularından biri olan katılım payının alınması ile ilgili olarak 5510 s.K.un 68 inci maddesinin altıncı fıkrasında bazı kesimlere ödedikleri katılım payını geri alma hakkı getirilmiştir. Düzenlemeye göre; *“60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir.”* (5510 s.K.md.68/6). Bu çerçevede, harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar (düşük gelirli), vatansız ve sığınmacılar ile 65 yaş aylığı alan kişiler ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler ödemiş oldukları katılım payını talep etmeleri halinde geri alabilirler. Ancak söz konusu kişiler, zaten muhtaç ve sınırlı gelire sahip olan kişilerdir. Dolayısıyla bu kişilerin katılım payını ödemede güçlük çekebilecekleri dikkate alınarak; önce katılım payını almak, daha sonra iade etmek yerine, ödeme doğrudan 3294 s.K.'a göre yapılırdı daha pratik ve sıkıntısız olabilirdi.²¹³

2.3.2.1. Katılım Payının Tahsili

Katılım payının hesaplanmasında Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından tespit edilen sağlık hizmeti tutarları esas alınır (5510 s.K.md.68/8). Bu çerçevede hesaplanan katılım payı, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle veya eczaneler ile diğer

²¹³ Tuncay & Ekmekçi (2009), a.g.e., s:398.

kurum ve kuruluşlar aracılığı ile tahsil edilir. Tahsile ve katılım paylarının ödenme usulünü belirlemeye Kurum yetkilidir. Ayrıca sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir (5510 s.K.md.68/7).

SUT'de katılım payının tahsil edilmesi ile ilgili ayrıntılı düzenlemelere yer verilmiştir. Buna göre; Kurumdan aldıkları gelir ve aylık tutarı 100 (yüz) TL altında olan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin;

- Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı ve ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı **Kurumla sözleşmeli eczanelerce**,
- Gözlük cam ve çerçeveleri için alınan katılım payı, **Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi** tarafından, kişilerden tahsil edilir (SUT, md.3.2 /3).

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde alınacak katılım payı:
Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde alınacak katılım payı tutarları, sağlık hizmeti sunucularına göre değişiklik göstermektedir. Nitekim birinci basamak sağlık kuruluşları muayenelerinde katılım payı 2 TL, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL, özel sağlık kurumlarında 15 TL'dir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki muayenelere ilişkin 2 TL tutarındaki katılım payı, kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir. Muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda katılım payı uygulanmaz. İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 8 TL öngörülen katılım payının; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için 5 (beş) TL tutarındaki kısmı gelir ve aylıklarından, 3 TL'lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir. Diğer kişiler için ise 8 TL katılım payı tutarı, eczanelerden tahsil edilir. Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 15 TL öngörülen katılım payının; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için 12 TL tutarındaki kısmı gelir ve aylıklarından, 3 TL lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir. Diğer kişiler için ise 12 TL katılım payı tutarı sağlık hizmeti sunucusu tarafından, 3 TL lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir. Ancak burada istisnai bir durum söz konusudur. Şöyle ki, sağlık hizmeti

sunucularında yapılan muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere **müracaat etmemesi** durumunda, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarındaki muayenelerde 3 TL indirim yapılır. Bu durumda ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde (asıl olarak 8TL olan katılım payı) Kurumdan gelir ve aylık alanlar hariç diğer kişilerin resmi sağlık hizmeti sunucularındaki muayenelerine ilişkin uygulanan 5 TL tutarındaki katılım payı, reçete ile ilk eczaneye müracaatında tahsil edilecektir (SUT, md. 3.2.1 /1–2–3–4–5).

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı: Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı tutarları, Kurum'dan gelir ve aylık alan kişiler ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler ve diğer kişiler olmak üzere iki şekilde düzenlenmiştir. Bu sınıflandırmaya göre, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ilaç bedelinin Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10'u, diğer kişiler için %20'si oranında katılım payı alınır. Katılım payı, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle, diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden tahsil edilir. Ancak belirtmek gerekir ki, SUT'de "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi"nde yer alan ilaçlardan sağlık raporu ile belgelendirilmesi koşuluyla katılım payı alınmaz (SUT, md.3.2.2).

Tıbbi malzeme katılım payı: Vücut dışı protez ve ortez sağlanması halinde katılım payı uygulanacak malzemeler de SUT'un 3.2.3. numaralı maddesinde "*Tıbbi Malzeme Katılım Payı*" başlığı altında düzenlenmiştir. Hükme göre, gözlük cam ve çerçeveleri, ağız protezleri, vücut dışı kullanılan ve sağlık raporunda hayati öneme haiz olduğu belirtilmeyen diğer protezler ve ortezlerde katılım payı uygulanır. Vücut dışı protez ve ortezlerden Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin yüzde yetmiş beşini geçemez. Yüzde yetmiş beşlik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir (SUT, md. 3.2.3/2). Gözlük cam ve çerçevelerine ilişkin katılım payı ise; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle, diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından kişilerden, tahsil edilir (SUT, md.3.2.3/3). Ağız

protezlerine ilişkin katılım payları ile ilgili olarak, Kurumla sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşlarınca yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık kurum veya kuruluşlarınca kişilerden, Kurumla sözleşmesiz; serbest diş hekimlikleri ile sağlık kurum veya kuruluşlarında yaptırılan ağız protezi katılım payları, sosyal güvenlik il müdürlüklerince/ sosyal güvenlik merkezlerince ödeme aşamasında kişilerden, tahsil edileceği hükme bağlanmıştır (SUT, md.3.2.3/4).

Yardımcı üreme yöntemi katılım payı: Yardımcı üreme yöntemi katılım payları ise, tedavi için belirlenen bedelin ilk denemede %30'u, ikinci denemede %25'i olmak üzere tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusu tarafından kişilerden tahsil edilir (SUT, md.3.2.4).

2.3.2.2. Katılım Payı Alınmayacak Durumlar

5510 s.K. ile getirilen GSS sistemi yükümlülükler açısından değerlendirildiğinde, sistemin en önemli konularından birinin katılım payı olduğundan bahsetmiştik. Sistemden yararlanacak kişilerden katılım payı adı altında bir ödeme yapmaları beklenmektedir. Ancak 5510 s.K. 69 uncu maddesinde katılım payı alınmayacak durumları belirterek, bu ödemeden muaf tutulacak kişileri ve durumları tek tek belirtmiştir. Bu maddeye paralel olarak GSSİY ve SUT'de de düzenlemeler yapılmış, konuyla ilgili detaylar açıkça ortaya konmuştur.

Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler kenar başlığı altında düzenlenen 69 uncu maddeye göre; *“68 inci maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır:*

a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.

b) 75 inci maddede yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri.

c) Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

d) Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz 68 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre; nakli.

e) **(Değişik: 17/4/2008–5754/65 md.)** 94 üncü maddede tanımlanan kontrol muayeneleri,

f) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (4) numaralı alt bendinde belirtilen kişiler ile bunların eşleri, (5), (6), (7) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar, vazife malûlleri ile 4 üncü maddenin dördüncü fıkrasının, (d) ve (e) bentlerinde sayılanlar. (Ek cümle: 17/4/2008-5754/66 md.) Ayrıca, 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış malûller ile

aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler herhangi bir katılım payı veya fark alınmaksızın ve kısıtlama getirilmeksizin karşılanır.” (5510 s.K. md.69).

Yukarıdaki ifadelerden de açıkça anlaşılacağı üzere Kanun, 69 uncu maddenin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (d) ve (e) bentlerinde **katılım payı alınmayacak durumları** sıralamıştır. Söz konusu düzenlemeye göre, iş kazası ve meslek hastalığı, askeri tatbikat ve manevralar, afet ve savaş halleri, aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla kronik hastalıklar ile hayati öneme sahip vücut dışı protez ve ortezler ile organ, doku ve kök hücre nakli, kontrol muayeneleri gibi hallerde ve bu durumlarda sağlanan sağlık hizmetlerinde katılım payı alınmaz.

69 uncu madde, birinci fıkrasının (f) bendinde ise, **katılım payı ödemeyecek kişileri** sayarak, bazı kişileri katılım payının ödenmesinden muaf tutmuştur. Hükme göre, madalya aylığı alan kişiler ile bunların eşleri, vatani hizmet aylığı alanlar, Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, 2828 sayılı SHÇEK Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler, harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar, vazife malulleri ile Harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda, Türk Silâhlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar, Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler katılım payı alınmayacak

kişiler olarak ifade edilmiştir. Ayrıca 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık bağlanmış maluller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malullüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez, protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler katılım payı alınmaksızın karşılanır.

Sayılanların dışında, GSSİY’de belirtildiği üzere sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığının tespitine yönelik yapılan sevkler nedeniyle katılım payı alınmaz. Ayrıca sigortalı ile hak sahiplerinin malullük, iş göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıkların mevcut olup olmadığının tespitine yönelik yapılan sevklerde de katılım payı alınmaz (GSSİY, md.39/1-ğ).

Görüldüğü üzere gerek 5510 s.K.’da, gerekse GSSİY’de acil sağlık hizmetlerinde katılım payı alınıp alınmayacağı konusunda bir düzenleme yapılmamıştır. Ancak SUT, 3.2.5. numaralı maddesinin beşinci alt bendinde konuya açıklık getirmiştir. Hükme göre, *“Acil sağlık hizmetleri, bedeli Kurumca karşılanmayan ayaktan hekim ve diş hekimi muayeneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimi muayeneleri ile SUT’un 2.3 numaralı maddesinde belirtilen sağlık kurumları/ kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde, SUT’un 3.2.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.”* (SUT, md.3.2.5/5). İfadeden de anlaşıldığı gibi acil sağlık hizmetlerinden “ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı” adı altında katılım payı alınmayacağı açıktır. Bunun dışında Kurum tarafından karşılanmayan ayaktan muayenelerde ve aile hekimi muayenelerinde de katılım payı alınmaz. Ayrıca diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığında ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları ve tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar gibi sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık kurumları veya kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden de “ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı” adı altında katılım payı alınmaz.

Ayrıca SUT’un 3.2.5. numaralı maddesinin sekiz numaralı alt bendi kapsamında, tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla SUT eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi”nde yer alan ilaçlardan katılım payı alınmaz (SUT,

md.3.2.5/8). Bunlara ek olarak, SUT tıbbi sarf malzemelerinden de katılım payı alınmayacağını hükme bağlamıştır (SUT, md.3.2.5/9).

GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanacak kişilerin, prim ödeme şartını yerine getirmelerinin yanı sıra katılım payı ödemeleri gerektiğini ancak bazı durum ve kişilerin katılım payı ödemesinden muaf tutulduğunu ayrıntılı bir şekilde belirttikten sonra kısaca “**ilave ücret**” konusunun üzerinde durmak yerinde olacaktır. SUT’un 3.3 numaralı maddesinde “*Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, SUT ve ekinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin, SUT eki Ek-8 Listesi üzerinden fatura edilen malzeme ve ilaçlar ile SUT eki Ek-9 Liste-si dışında fatura edilebilecek malzeme ve ilaçlar hariç olmak üzere tamamı üzerinden, Kurumca belirlenen oranı geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir.*” denilerek vakıf üniversitelerine ve özel sağlık kuruluşlarına, bazı sağlık malzemeleri ve ilaçlar hariç olmak üzere, sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden kişilerden ilave ücret alma hakkı tanınmıştır. Alınan ilave ücret, Kurum tarafından belirlenen oranı geçemez (SUT, md.3.3.1/1). Ancak, bazı sağlık hizmetlerinden ve bazı kişilerden ilave ücret alınmaz. Acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetlerinde, yoğun bakım hizmetlerinde, yanık tedavisi hizmetlerinde, kanser tedavisinde, yeni doğana verilen sağlık hizmetlerinde, organ, doku ve kök hücre nakillerinde, doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetlerinde, diyaliz tedavilerinde ve kardiyovasküler cerrahi işlemler için (öğretim üyesi tarafından SUT’un 4.1.1 numaralı maddesi kapsamında verilen sağlık hizmetleri hariç), SUT’un 3.3.4 numaralı maddesinde sayılan hizmetler (otelcilik hizmetleri) dâhil olmak üzere, herhangi bir ilave ücret alınmaz. Ancak acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetlerinden hiçbir şekilde ilave ücret alınmaz (SUT, md.3.3.3). Ayrıca Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluyla harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, madalya aylığı alanlardan, 2330 s.K gereği nakdi tazminat ve aylık alanlardan **otelcilik hizmetleri hariç** olmak üzere ilave ücret alınmaz (SUT, md.3.3.2). Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulamasında ise, sözleşmeli sağlık kurumları, tek yataklı, banyolu, tv ve telefonu bulunan odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT’de yer alan “*standart yatak tarifesi*” işlem bedelinin üç katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir. Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla

SUT’de yer alan “*gündüz yatak tarifesı*” işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir. Ayrıca belirtmek gerekir ki, otelcilik hizmetleri Kuruma fatura edilemez (SUT, md.3.3.4). İlave ücret alınması ile ilgili olarak söz konusu Tebliğ, **ilave ücret olarak değerlendirilmeyecek ücretleri** de 3.3.1/2–3 numaralı bentlerinde düzenlemiştir. Buna göre, Kurumla sözleşmeli eczanelerin eşdeğer ilaçların azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ücretini talep etmesi, optisyenlik müesseselerinin kişinin talep ettiği gözlük cam ve çerçevenin bedeli ile Kurumca ödenen gözlük cam ve çerçeve bedeli arasında oluşacak fark ücretini kişilerden talep etmesi ve sağlık hizmeti sunucuları tarafından Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler, ilave ücret olarak değerlendirilmez (SUT, md.3.3.1/2–3).

Gerek katılım payı alınması, gerekse ilave ücret alınması vatandaşlar tarafından yadırganan konuların başında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanırken prim dışında ödeme yapmak, sağlık hizmetlerinden yararlananlar başta olmak üzere çoğu kişi tarafından eleştirilmektedir. Ancak bilindiği gibi sağlık hizmetleri en pahalı hizmetlerin başında yer almaktadır. Hızla ilerleyen tıbbi tekniklerin ve teknolojinin takip edilmesi ve uygulanması da bu olguyu pekiştirmektedir. Dolayısıyla pahalı bir hizmet olan sağlık hizmetlerinden yararlanmada gereksiz hizmet taleplerini ve ilaçlarda, tıbbi malzemelerdeki gereksiz kullanımları engellemek için katılım payı ve ilave ücret alınması, lüzumsuz kullanımları azaltma adına frenleyici ve olumlu etki yapmaktadır.

2.3.3. Hizmet Basamakları ve Sevk Zincirine Uyma

5510 sayılı Kanun, GSS kapsamında olan kişilere sağlık hizmetlerinden yararlanmak için prim ödeme ve katılım payı şartının yanında bir de **hizmet basamakları ve sevk zincirine uyma** yükümlülüğü getirmiştir. Yasa, GSS’nin temelini oluşturacak hizmet basamakları ve sevk zinciri konusunda bazı prensiplere işaret etmekle yetinmiş, sistemin yaşama geçirilmesini Sağlık Bakanlığı’na ve Kurum’a bırakmıştır.²¹⁴ Bu uygulama ile sigortalılara sağlık hizmetlerinin tıbbi ihtiyaç ve niteliklerine göre sağlanması, gereksiz başvurularla sistemin tıkanması ve yersiz yığılmaların önlenmesi

²¹⁴ Basamaklandırma Sağlık bakanlığı tarafından yapılmış, sevk zinciri ise Kurum tarafından belirlenmiştir. Bkz. Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:78. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkarılan GSSİY ve SUT, hizmet basamakları ve sevk zinciri ile ilgili detaylı hükümlere yer vermektedir.

amaçlanmıştır.²¹⁵ Ayrıca basamaklandırılan sağlık hizmeti sunucuları arasında sevk zincirinin kurulması ile GSS'nin maliyet etkin bir şekilde çalışması hedeflenmiştir.²¹⁶

5510 s.K.'un, 70 inci maddesinin birinci fıkrasında “*Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri*” başlığı altında şöyle bir düzenleme yapılmıştır. “*Bu Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve dış hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.*” (5510 s.K.md.70/I). Buna göre basamaklandırma, birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından²¹⁷; sevk zinciri ise Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir. Ancak görüldüğü üzere, bu maddede aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olarak belirtilmesinin dışında, sağlık hizmeti sunucularının basamakları detaylı olarak belirtilmemiştir. Ancak, SUT'un 2 nci maddesinde “*Sağlık Hizmeti Sunucuları*” başlığı altında, basamaklandırılan sağlık hizmeti sunucuları açık bir şekilde ifade edilmiştir.

5510 s.K. 70 inci maddesinin ikinci fıkrasında ise, “*Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır.*” denilerek, sağlık hizmetlerinin Kurumca sağlanabilmesi için GSS'lilere ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere sevk zincirine uyma yükümlülüğü getirilmiştir (5510 s.K.md.70/II). **Sevk zincirine uyulmaması hâlinde sağlık hizmetleri bedelleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanmaz.** Ancak, iş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hâli ile acil hâller gibi durumlarda sevk zincirine uyulmayabilir (GSSİY, md.40/4). Sevk zincirine uyma zorunluluğu olmayan bir başka durum ise, belli bir program çerçevesinde

²¹⁵ Tuncay&Ekmekçi (2009), a.g.e., s:399.

²¹⁶ Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:78.

²¹⁷ Sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığı tarafından birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılırken sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedaviler için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri gibi sağlık hizmetlerini sunanlar veya üretkenler hariç tutulmuştur (GSSİY, md.40/1).

tedavi gören GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin durumudur. Bu kişiler durumlarını sağlık kurulu raporu ile belgelendirdikleri takdirde, bu tedaviyle ilgili sağlık hizmeti sunucusuna gidişlerinde sevk zincirine uyma zorunluluğu aranmaz (GSSİY, md.40/6).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, GSSİY'nin 40 ıncı maddesinin üçüncü fıkrası uyarınca, Kanunda, bu Yönetmelikte ve ilgili mevzuatta belirtilen istisnalar dışında sağlık hizmetlerini istediği il ya da ilçede sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusundan alma hakkına sahiptir. Ancak burada önemli olan, sağlık hizmeti sunucusunun sözleşmeli olmasıdır. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusuna yapılan müracaatların bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için acil hâlin tespiti şarttır (GSSİY, md.40/3). Ayrıca GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için sevk zinciri kurallarının il ya da ilçe bazında farklı belirlenmesi hâlinde, kişinin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu ildeki sevk zinciri kuralları geçerlidir (GSSİY, md.40/5).

GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucularına başvurularındaki hizmet basamakları ve sevk zincirinin Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınmak suretiyle belirlendiğini belirtmiştik. Ancak GSSİY'nin 40 ıncı maddesinin yedinci fıkrasında konuyla ilgili istisnai bir hüküm getirilmiştir. Buna göre, 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanununa tabi personelin sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve sevk işlemlerinde usul ve esaslar Milli Savunma Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca düzenlenir (GSSİY, md.40/7).

2.3.4. Kimlik Tespiti ve Acil Haller

5510 sayılı Kanun, GSS'lilere ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanma esnasında sağlık hizmeti sunucularına **kimlik bildiriminde bulunma** yükümlülüğü getirmiştir. 5510 s.K.un 67 nci maddesinin üçüncü fıkrasında yapılan düzenlemeye göre, “*Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur.*” (5510 s.K.md.67/3). Yapılan bu düzenleme çerçevesinde sağlık hizmeti sunucuna başvuran GSS'li ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler söz konusu

belgelerden birini göstermekle yükümlüdür. Ancak acil hal durumunda yani 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlarda, bu belgeler acil halin sona ermesinden sonra gösterilecektir. Ayrıca belirtmek gerekir ki, sayılan bu belgelerin dışındaki resmi veya özel belgeler kimlik tespitinde geçerli olmayacaktır. Konuyla ilgili olarak 5510 s.K, sağlık hizmeti sunucularına da kimliğin tespiti konusunda sorumluluk yüklemiştir, bu yükümlülük 71 inci maddede ifadesini bulmuştur. Hükme göre, “Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), 67 nci maddenin üçüncü fıkrasında sayılan belgeleri ve bu belgelerin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol etmelidir.” (5510 s.K.md.71/I). Yapılan kimlik kontrollerinde, GSS’li veya bakmakla yükümlü oldukları kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağladıkları tespit edilirse, fiilleri işleyenlerden Kurumun uğradığı zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilir. Ayrıca ilgililer hakkında Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanır (5510 s.K.md.71/2).

Son olarak belirtmek gerekir ki, sağlık hizmeti sunucularına yapılacak tüm başvurularda genel sağlık sigortalıları ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tescil ve diğer tüm işlemlerinde, sosyal güvenlik sicil numarası olarak Türk vatandaşları için T.C. kimlik numarası, yabancı uyruklu kişiler için ise İçişleri Bakanlığınca verilen kimlik numarası kullanılır (5510 s.K.md.92/4).

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Günümüzde gelişmiş olan ülkelerde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak devlet ve özel kesimin yer aldığı karma bir sistem içinde sunulurken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet daha ağırlıklı konumdadır. Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunumu ve özel sektör tarafından sunumunun dışında uygulanan farklı yöntemler de mevcuttur. Bu yöntemlerden kısaca bahsetmek yerinde olacaktır;²¹⁸

²¹⁸ Coşkun Can Aktan & A. Kadir Işık, ‘ Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler’, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>

- **Sağlık Hizmetlerinin Doğrudan Piyasa Üretici Birimlerince (Özel Sağlık Kurumları ve Özel Hastaneler tarafından) Sunulması:** Bu yöntemde sağlık hizmetleri kar amacı ile piyasada faaliyet gösteren teşebbüsler tarafından sunulmaktadır. Özel teşebbüs sunduğu bu hizmetleri bir bedel karşılığında tüketiciye sunar ve bu bedeli ödeyemeyen tüketiciler bu hizmetten yararlanamaz. Bu bedel, sosyal güvenlik kurumları veya özel sigorta aracılığı ile de olabilir.
- **Sağlık Hizmetlerinin Doğrudan Devlet Tarafından Vergilerle Finanse Edilerek Sunumu:** Bu yöntemde sağlık hizmetleri bizzat devlet (merkezi yönetim ya da yerel yönetimlere bağlı sağlık ocakları, poliklinikler ve hastaneler) tarafından sunulur. Sağlık hizmetlerinin finansmanı tamamen vergilerle karşılanır.
- **Sağlık Hizmetlerinin Merkezi Devlet Tarafından Bir Fiyat Karşılığında Sunulması:** Bu yöntemde sağlık hizmetleri, merkezi yönetim içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler tarafından sunulmaktadır. Hizmetten yararlananlar, yararlandıkları hizmetin karşılığını kendileri öderler.
- **Sağlık Hizmetlerinin Merkezi İdare Tarafından Verilen Yetki Çerçevesinde Yerel Yönetimler Tarafından Sunumu:** Bu yöntemde merkezi idare bazı mal ve hizmetlerin sunumunu yerel yönetimlere bırakmaktadır. Yerel yönetimler sağlık hizmetlerinin finansmanını ya merkezi idareden yapılan yardımlarla finanse etmekte ya da yerel hizmetlerden yararlanan kimselerden alınan harçlarla ve konulan vergilerle karşılamaktadır.
- **İhale Yöntemiyle Sunum:** Bu yöntemde devlet (merkezi devlet ya da yerel yönetim) sağlık hizmetlerinin sunumu için özel bir firma ile sözleşme yapmaktadır. Devlet, özel firmaya sağlık hizmetlerinin tüketicilere sunulması karşılığında bir para ödemektedir. Örneğin, temiz su sağlanması hizmetini devlet, doğrudan kendisi yapmak yerine ihale sözleşmesi ile özel sektöre devredebilir.
- **İmtiyaz Yöntemi ile Sunum:** İmtiyaz yönteminde mal ve hizmetlerin sunumunun monopol hakkı bir tek veya birkaç firmaya bırakılmaktadır. Devlet imtiyaz hakkı verdiği şirket üzerinde genellikle bazı düzenleyici yetkileri

muhafaza etmektedir. Örneğin devlet, ilaç fiyatlarının kontrolü, sağlık hizmetleri ile ilgili ürünlerin standartlara uygunluğunun denetimi vb. gibi konularda düzenleme yapma yetkisine sahip bulunmaktadır.

- **Sübvansiyon Yöntemi ile Sunum:** Bu yöntemde devlet sağlık hizmetini bizzat kendisi sunmak yerine özel sektöre sübvansiyon vererek mal ve hizmetin özel firmalar tarafından sunulmasını sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde, sübvansiyonlar direkt, karşılıksız nakit sübvansiyonları olabileceği gibi, aynı sübvansiyonlar, vergi sübvansiyonları ve garanti sübvansiyonları şeklinde de olabilir. Örneğin, devletin sağlık sektörünü desteklemek için sağlık hizmet üreticilerini teşvik etmesi yanında aynı ve/veya nakdi sübvansiyonlar sağlaması da buna örnek sayılabilir. Çeşitli ülke örneklerinde sağlık hizmetlerinin bedelinin bir bölümünün cepten ödemelerle, geri kalan kısmının ise devlet tarafından sübvansiyon edilmesi yoluyla sağlık hizmetlerinin sağlık tüketicilerine düşük bir bedelle sunumu sağlanmaktadır.
- **Kupon Yöntemi ile Sunum:** Bu yöntemde devlet, sağlık hizmet tüketicilerini desteklemektedir. Örneğin, devlet gelir düzeyi düşük olan kimselere parasız devlet hastanelerinde sağlık hizmeti sunmak yerine hizmetten yararlanmasını amaçladığı kimselere bir kupon (voucher) vererek bu kimselerin hizmeti özel kesimden karşılayabilmelerini sağlayabilir. Bu yöntemde sağlık hizmetleri özel kesim tarafından sunulmaktadır. Devlet, sadece gelir düzeyi düşük olan kimselere hizmetin bedelini kapsayan bir kupon vermektedir. Bu kuponları alan tüketiciler devletin belirlediği yelpaze içinde hizmet almayı arzuladıkları hastaneyi ya da hekimi seçme özgürlüğüne sahiptirler. Bu uygulamada devlet, kuponların dağıtımını, üreticilerin belirlenmesi ve sunulan hizmetlerin kontrolü açısından düzenleyici bir rol üstlenmektedir.
- **Sağlık Hizmetlerinin Kar Amacı Gütmeyen Gönüllü Kuruluşlar Tarafından Sunumu:** Bu yöntemde sağlık hizmetleri kar amacı gütmeyen bazı özel ve kamusal kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Vakıflar, dini organizasyonlar, azınlık grupları ve hayırsever kuruluşların bu konudaki faaliyetleri örnek olarak verilebilir.

- **Yönetim Devri Yöntemi:** Bu yöntemde sağlık sektörü içinde yer alan hastanelerin ve işletmelerin yönetimi bir sözleşme ile özel kesime devredilebilmektedir. Yönetim devri yönteminde mülkiyet devlette kalmakta ve sadece yönetim özelleştirilmektedir. Örneğin, bir devlet hastanesinin mülkiyeti devlette kalmak üzere sadece yönetimi profesyonel yöneticilik yapan özel bir firmaya devredilebilir. Sağlık hizmetlerinin belli bir bölümünün (ambulans hizmetleri, yemekhane, çamaşırhane, bulaşikhane ve temizlik hizmetleri gibi) özel kesime yönetim devri de mümkün olabilir.
- **Kiralama Yöntemi:** Kiralama yöntemi, yönetim devri yönteminde olduğu gibi bir mülkiyet transferini öngörmemektedir. Kiralama yöntemi ile devlet, sağlık sektöründe sahip olduğu işletmeleri, mali yapılarını iyileştirmek için belirli bir süre dâhilinde özel sektöre kiraya vermektedir. Sağlık hizmetleri alanında özellikle sağlık alet, ekipman, protez vb. gibi alanlarda bu örneğe rastlamak mümkün iken, bu yöntemin yaygın olarak kullanılmadığını belirtmek gerekir.
- **Ortak Girişim Yöntemi:** Ortak girişim, kısaca kamu ve özel kesimin sermaye ve yönetim ortaklığını ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri alanında da kamu ve özel kesim arasında ortaklık söz konusu olabilir.
- **Yap- İşlet-Sahip Ol veya Yap- İşlet- Devret Yöntemi:** Adından anlaşıldığı üzere bu yöntemde, devlet bir kısım sağlık hizmetlerini bir sözleşme ile özel kesime devretmektedir. Özel kesim veya yabancı yatırımcı, devlet desteği ile sağlık hizmetlerini sağlayacak- üretecek bir işletmeyi kurmakta, belirli bir süre işletmekte ve daha sonra da sahip olmakta veya devlete bırakmaktadır. Bu yöntem ile devlet bizzat kendisi bir faaliyeti üstlenmemekte, özellikle yabancı yatırımcıları ve yerli firmaları teşvik edici bir rol oynayarak bunların faaliyette bulunmalarını sağlamaktadır.

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık hizmetlerinin daha etkin ve daha verimli sunulabilmesi için çok çeşitli yöntemler mevcuttur. Ülkeler, gelişmişlik düzeylerine göre kamu ağırlıklı veya özel sektör ağırlıklı olmak üzere farklı yöntemler tercih edebilirler. Ancak tüm dünyada küreselleşme olarak tanımlanan değişim ile birlikte 1980 sonrasında IMF ve Dünya Bankası aktif rol oynamaya başlamış, bu kapsamda serbest

ticaret olanaklarının genişletilmesi, vergi düzenlemeleri ile sağlık ve eğitim gibi refah sektörlerinde de kamu harcamalarının kısılmasını içeren stratejiler yaygınlık kazanmıştır. IMF ve Dünya Bankası, yapısal uyum programları aracılığı ile özel sektör ve serbest piyasa koşullarının sosyal sektörlerde de daha verimli sonuçlar doğurabileceğini kabul ederek bu politikaları, gelişmekte olan ülkelere uygulama yönünde harekete geçmişlerdir. Bu politikaların sağlık sektörüne yansımaları; özel sektörün rolünün artırılması yönünde politikalar, çeşitli hizmetlerden kullanıcı katkılarının alınmaya başlanması veya mevcut olanların artırılması gibi şekillerde olmuştur. Türkiye’de bu süreçten etkilenmiş, bu çerçevede sağlık hizmetlerini sunanlar ile finanse edenlerin birbirinden ayrılması ilkesi çerçevesinde hem hizmetlerin sunumunda hem de finansmanında önemli reform önerileri geliştirilmiştir. Bu gelişmelerin paralelinde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hizmetlere erişimi, hizmetlerin sunumunu ve finansmanını etkileyen değişiklikler yaşanmıştır.²¹⁹ Bu çerçevede GSS kurulurken sistemin sağlık hizmeti üretmemesi prensibinden hareket edilmiştir. Sistem sağlık hizmetlerini hizmet sunucularından satın alacak bir sağlık finansman sistemi olarak kurgulanmıştır.²²⁰ Bu konuya ilişkin düzenleme 5510 s.K.’un 73 üncü maddesinde yapılmıştır. Yapılan düzenlemeye göre, “*Sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır.*” (5510 s.K.md.73/1). Bu ifadeden de açıkça anlaşılacağı üzere, GSS hiçbir şekilde sağlık hizmeti sunmayacaktır. GSS’nin sağlık hizmeti sunucusu yoktur.²²¹ Sağlık hizmeti sunucusu, 5510 s.K.’un 3 üncü maddesinin 25 inci fıkrasında ‘*Sağlık hizmetini sunan ve/veya üreten; gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubeleri*’ olarak tanımlanmıştır. Bunlar ister kamuya, ister özel sektöre ait olsunlar gerçek veya tüzel kişilerce işletilen hastane, klinik, poliklinik, üniversite hastanesi, uygulama ve araştırma merkezi, ağız ve diş sağlığı merkezi, dispanser, doğum evi, sanatoryum gibi sağlık kuruluşlarıdır. Burada asıl olan, sağlık hizmetlerinin sözleşmeli

²¹⁹ Mehtap Tatar (2009), a.g.m, s:25.

²²⁰ Kadir Arıcı (2009), a.g.m., s:152.

²²¹ Bilindiği gibi 06.01.2005 tarihli 5283 sayılı ‘Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bankalığına Devredilmesine Dair Kanun’ ile SSKurumu’na ait sağlık tesisleri Kurum bünyesinden çıkartılarak Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir.

sağlık kuruluşlarından satın alınmasıdır.²²² Tanımdan da anlaşılacağı üzere, GSS' li ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, Kurum ile sözleşmeli olması koşulu ile kamu hastanelerine veya özel hastanelere başvurabilirler. Özel sektörün sağlık sektörüne girmesi üzerinde durulması gereken en önemli konulardan birini oluşturmaktadır. Özel sektörün bu alana girmesinin, rekabetçi ortam, kalitedeki ivmelenme ve vatandaşların ülkenin her yanında sağlık hizmetine daha rahat ulaşması gibi getirileri olduğu bilinmektedir.²²³ Ancak, bilinmelidir ki, sağlık hizmetlerinin tamamının özel sektöre bırakılması mümkün değildir.

Günümüzde ülkemizde ve tüm ülkelerde, kaynakların etkin bir şekilde kullanılması konusunda ortaya çıkan eğilim devletin sağlık hizmetleri piyasasında oynadığı rolü değiştirmeye başlamıştır. Devletin sağlık hizmetleri piyasasındaki geleneksel rolü, sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı üzerinde odaklanmaktadır. Bu uygulamada devlet, sağlık hizmetlerini tek elden yöneterek ya da hizmeti doğrudan üreterek görevini yerine getirmektedir. Devletin rolü değiştikçe yönlendirme ve genel ilkeleri koyma ağırlık kazanırken, koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmeye devam edilmekte, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri piyasa ekonomisine bırakılmaktadır.²²⁴ Temel sağlık hizmetlerinin tam kamusal bir mal özelliği taşıması, bu hizmetlerin sunumunun bütünüyle piyasaya bırakılmasının mümkün olmadığını göstermektedir. Koruyucu temel sağlık hizmetleri dışındaki sağlık hizmetlerinin sunumunda ise daha önce bahsettiğimiz doğrudan devlet tarafından sunum yönteminden ortak girişim yöntemine kadar uzanan farklı yöntemler uygulanabilir. Bu yöntemler içerisinde ortaya çıkan en önemli eğilimler, yerelleştirme, serbestleşme, özelleştirme ve gönüllüleştirmedir. Bu çerçevede, sağlık piyasasına özel kesimin giriş engelleri azaltılmakta ve piyasaya giriş serbestleştirilmekte, bir kısım sağlık hizmetlerinin sunumu tamamen özelleştirilmekte ve ayrıca kar amacı gütmeyen üçüncü sektörün sağlık alanındaki hizmetleri teşvik edilmektedir.²²⁵

²²² Tuncay&Ekmekçi(2009), a.g.e., s:404.

²²³ Sami Türkoğlu, 'Bir Ameliyatın Randevusunu Üç Ay Sonraya Vermekle, Bu Ameliyatı Üç Gün İçerisinde Gerçekleştirmenin Bir Maliyet Farkı Vardır', Sosyal Güvenlik Dergisi, Yıl:1, Sayı:3, 2009, s:21.

²²⁴ Coşkun Can Aktan&A.Kadir Işık, 'Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/devlet-rolu.pdf>

²²⁵ Coşkun Can Aktan&A.Kadir Işık,, 'Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler', <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>

2.4.1. Sağlık Hizmeti Sunucuları ve Fiyatlandırma

GSS sistemi, GSS'lilere ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere, sağlık hizmeti sunucularını seçme serbestisi tanınmıştır. Konuyla ilgili düzenleme 5510 s.K.'un 77 inci maddesinde yapılmıştır. Hükme göre, *“Bu Kanun gereğince genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.*

Genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından, genel sağlık sigortasıyla ilgili diğer madde hükümlerine uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahiptir.” (5510 s.K.md.77). İfadeden de anlaşılacağı üzere, yurt içindeki ve yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları, ilgililere Kurum tarafından duyurulur. Kişiler, bu kapsamda istedikleri sağlık kuruluşunu seçebilirler.

Sağlık hizmeti sunucularını fiyatlandırma yetkisi, *“Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu”na* verilmiştir. Bu çerçevede düzenlenen 5510 s.K.un 72 nci maddesine göre; *“65 inci madde gereği ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkilidir. Komisyon, tıp eğitimini, hizmet basamağını, alt yapı ve kaynak kullanımı ile maliyet unsurlarını dikkate alarak sağlık hizmeti sunucularını fiyatlandırmaya esas olmak üzere ayrı ayrı sınıflandırabilir. Komisyon, 63 üncü madde hükümlerine göre finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye yetkilidir.”* (5510 s.K.md.72/1). Görüldüğü gibi, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu, maddede sayılan unsurların dikkate alınması suretiyle, Kurum tarafından ödenecek olan sağlık hizmeti bedelleri ile gündelik, yol, yatak, yemek giderlerinin Kurum tarafından ödenecek bedellerini belirlemeye yetkilidir. Komisyon, yedi üyeden oluşur. Bu üyeler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını, Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını ve Hazine Müsteşarlığını temsilen birer üye, Kurum'u temsilen iki üyedir. Komisyon kararları salt çoğunlukla alınır, kararlar Resmi Gazete'de yayımlanır (5510 s.K.72/2).

Hizmet sunucularına, verdikleri sağlık hizmetlerinin bedelini ödeme yöntemi, hem sağlık hizmetlerini kullananların hem de sunanların davranışlarını önemli ölçüde etkiler. Sağlık hizmeti sunucusu ile hasta arasındaki para ilişkisinin kaldırılmasının temel sonucu, hizmeti kullananların kararlarını verirken hizmetin maliyetini göz ardı etmeleridir.²²⁶ Katılım payı ve ilave ücretler dışında sağlık hizmeti ve diğer hakların (gündelik, yol, yatak, yemek) giderlerinin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller üzerinden Kurum tarafından ödenmesi, hasta ile sağlık hizmeti sunucusu arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmaktadır. Bu sayede GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler maliyet kaygısı olmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir.

2.4.2. Sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve bildirim zorunluluğu ve kontrol yetkisi

Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti verdiği GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kayıtlarını tutmak ve Kurum'a gerekli bildirimleri yapmakla yükümlü tutulmuştur. Konuyla ilgili düzenleme 5510 s.K.un 78 inci maddesinde yapılmıştır. Buna göre, *“Kurum ile sözleşmesi olan, tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, belirlenen yöntemlere ve süreye uygun biçimde elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır. Bu bilgiler gönderilmeksizin talep edilen sağlık hizmeti bedelleri, bilgiler gönderilinceye kadar ödenmez.”* (5510 s.K.md.78). 5754 s.K. ile yapılan değişiklikten önce Kurum'la sözleşmeli olup olmadığına bakılmaksızın tüm sağlık hizmeti sunucuları bu madde kapsamında yükümlü tutulmuştu. Ancak 5754 s.K. ile yapılan değişiklikle sözleşmesiz kuruluşlar kapsamdan çıkarılmış, yalnızca Kurum'la sözleşmeli kuruluşlara kayıt ve bildirim zorunluluğu getirilmiştir.²²⁷ Ayrıca Kurum, GSS hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak kontrol yetkisine sahiptir. Görevlendirdiği personeli vasıtası ile veya kamu kurumları ve özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol edebilir (5510 s.K.md.78/IV). Bu çerçevede işverenlerin, sağlık hizmeti sunucularının ve diğer gerçek ve tüzel kişilerin nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir (5510 s.K.md.78/III).

²²⁶ Mehtap Tatar (2009), a.g.e., s: 27.

²²⁷ 5754 s.K. md.65/L

Son olarak belirtmek gerekir ki, sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve bildirim yükümlülüklerini yerine getirirken, GSS'lilerin ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık bilgilerini gizli tutmaları esastır (5510 s.K.md.78/II).

2.5. İŞVERENİN, GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ VE ÜÇÜNCÜ ŞAHISLARIN SORUMLULUĞU

5510 s.K.'un 76 ncı maddesi, iş kazasına uğrayan, meslek hastalığına tutulan GSS' linin zarara uğramasına neden olan işverene veya kastı, ihmali gibi nedenlerle GSS' linin sağlık hizmeti almasına veya tedavi süresinin uzamasına sebep olan üçüncü kişilere, yaptığı giderlerin geri alınması için Kurum'un başvurusunu düzenlemektedir. Söz konusu maddenin birinci fıkrasına göre, *“İşveren, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlüdür. Bu amaçla işveren tarafından yapılan ve belgelere dayanan sağlık hizmeti giderleri ve 65 inci madde hükümlerine göre yapılacak masraflar Kurum tarafından karşılanır.”* (5510 s.K.md.76/I). Aynı maddenin son fıkrası ise, üçüncü kişilerin sorumluluğunu düzenlemektedir. Buna göre, *“Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere kastı veya suç sayılır bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması ya da ihmali nedeniyle Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına sebep olduğu mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir.”* (5510 s.K.md.76/VI). Ayrıca sağlık raporu alınması gerektiği halde sağlık raporuna dayanmaksızın veya alınan raporlarda söz konusu işte çalışması tıbbî yönden elverişli olmadığı belirtildiği halde genel sağlık sigortalısını çalıştıran işverenlere, bu nedenle Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir. Sağlık kurulu raporu ile belli bir işte çalışamayacağı belgelenen 4 /(a) kapsamındaki kişiler bu işte çalıştırılmaz. İşveren bu kişileri çalıştırdığı takdirde, genel sağlık sigortalısının aynı hastalık sebebiyle Kurumca yapılan masraflarını ödemekle yükümlüdür. Tedavinin sona erdiğine ve çalışılabilir durumda olduğuna dair Kurumca yetkilendirilen hekim veya sağlık kurullarından belge almaksızın başka işte çalışan genel sağlık sigortalısının aynı hastalığı sebebiyle yapılan tedavi masrafları ise kendisinden alınır (5510 s.K.md.76/III). Bunların dışında belirtmek gerekir ki, iş kazası ile meslek hastalığı, işverenin kastı veya genel sağlık sigortalısının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu

olmuşsa, Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri işverene tazmin ettirilir. İşverenin sorumluluğunun tespitinde kaçınılmazlık ilkesi²²⁸ dikkate alınır (5510 s.K.md.76/ IV).

Kurum'a, sigortalının zarar görmesine neden olan işverene veya üçüncü kişilere başvuru (rücu) hakkı tanıyan bu düzenlemenin amacı, bir yandan işveren ve üçüncü kişileri, GSS'linin hayatına ve sağlığına özen göstermeye zorlamak, öte yandan sigortalıya yaptığı giderler dolayısıyla eksilen Kurum malvarlığının telafisini sağlamaktır.²²⁹

2.6. GEÇİŞ VE YÜRÜRLÜK HÜKÜMLERİ

“Bu Kanunun uygulamasında sağlık hizmeti sunucularının sigortalılık kontrolü ve diğer provizyon işlemlerini elektronik ortamda yapmaya başlaması için gerekli altyapının kurulmasına kadar, sağlık bilgilerinin yazılı olarak tutulmasına başlanır ve sağlık belgesinin veya sağlık karnesinin Kurumca verilmesine devam edilir” (5510 s.K.Geç. Md.12/1). *Kamu idarelerinin sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin görevleri, yürürlükten kaldırılan kanunlardaki hak ve yükümlülükler çerçevesinde ilgili kayıt ve işlemler Kurum tarafından devralınan tarihe kadar devam eder. Devir süreci üç yıl içinde tamamlanır* (5510 s.K. Geç. Md.12/2). *Kişilerin yürürlükten kaldırılan kanun hükümleri gereğince hak ettikleri sağlık hizmetleri, 5510 s.K. kapsamına alınmamış ise tedavi tamamlanuncaya kadar yürürlükten kaldırılan kanun hükümlerine göre Kurumca sağlanmaya devam eder. 67 nci madde gereği hesaplanan 30 günün hesabında kişilerin lehine olan durum uygulanır. Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, 5510 s.K.'un yürürlüğe girdiği tarihten önce başlayan, ancak, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra faturalandırılan tedavi giderleri Kurumca karşılanır.* (5510 s.K.Geç. Md.12/3).

5510 s.K., yeşil kart uygulamasını kaldırmış yerine md.60/1-c bendinin 1 numaralı alt bendinde tanımlanan düşük gelirli (aile içi geliri kişi başına asgari ücretin 1/3'ünden az olan) vatandaşları GSS kapsamına almıştır. Ancak geçici madde 12, 5510 s.K.'un yürürlüğe girmesinden itibaren iki yıl boyunca md.60/1-c'nin 1 no'lu alt bendinin uygulanmayacağını öngörmüş fakat bu süre içinde 3816 s.K. kapsamında yeşil kart verilen

²²⁸ Kaçınılmazlık, işin doğasından kaynaklanan ve her türlü önleme rağmen önüne geçilemeyen bir durumu ifade eder.

²²⁹ Tuncay&Ekmekçi(2009), a.g.e., s:409.

ve verilecek kişilerin başka bir işleme gerek kalmaksızın söz konusu md.60/1-c'nin 1 no'lu alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılacaklarını hükme bağlamıştır.²³⁰

5510 s.K.'un 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının d ve g bentleri gereği sigortalı sayılan Türkiye'de oturma izni almış yabancılar ile Türk vatandaşı olup Türkiye'de veya yabancı bir ülkede sigortalı sayılmayanlar 5510 s.K.'un yürürlüğünden itibaren 2 yıl içinde Kuruma bildirimlerini yapmak zorundadırlar. Bu süre içinde, 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentleri gereğince genel sağlık sigortalısı sayılanlardan; tescil talebi olmayanların 18 yaşından küçük çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlandırılması halinde bu kişilerin tescili çocuklarının sağlık hizmet sunucusuna müracaat tarihi itibarıyla yapılır. Ancak, aile hekimliği uygulamasına başlanan illerde, bu kişiler iki yıllık süreye bakılmaksızın genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kapsama alınır (5510 s.K.Geç. Md.12/5). Ayrıca Aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uygun olarak alınan sağlık hizmetlerinde alınacak katılım payları, üç yıl süreyle % 50 oranında azaltılarak uygulanabilir (5510 s.K. Geç. Md.12/6).

70 inci maddenin birinci fıkrası gereği yapılacak hizmet basamaklarına ilişkin belirlemeler, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde tamamlanır. 70 inci maddenin ikinci fıkrası gereği yapılacak sevk zinciri uygulamasını ise, il ve ilçe bazında ertelemeye Sağlık Bakanlığı yetkilidir (5510 s.K. Geç. Md.12/7).

İlgili kanunları gereği tedavi yardımları karşılanan kişiler, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte herhangi bir işleme gerek kalmaksızın, bu Kanun açısından genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılır. Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte ilgili kanunları gereği bakmakla yükümlü olunan kız çocukları bu Kanun gereğince de bakmakla yükümlü olunan kişi sayılır. Ancak durumlarında değişiklik olduğunda sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları bu Kanun hükümlerine göre yeniden belirlenir. Bu kişilerin sigortalı ve sigortalının bakmakla

²³⁰ 5510 s.K. Geç. Md.12/4. Ancak 16 Haziran 2010 tarihli 5997 sayılı 'Bazı Kanunlarda ve 190 sayılı Kanun Hükmünde Karamamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun' ile 01.10.2010 tarihinde uygulanması gereken bu hüküm, 2012 tarihine ertelenmiştir.

yükümlü olduğu kişilere ilişkin bilgileri, ilgili kurumlar tarafından bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren en geç üç ay içinde Kuruma bildirilir (5510 s.K. Geç. Md.12/8).

211 sayılı Türk Silâhlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanununun, 5510 s.K.'a aykırı hükümlerinin, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren iki yıl süreyle uygulanacağı hükme bağlanmıştır (5510 s.K. Geç. Md.12/9).

2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamındaki sigortalılar ile bunların sağlık yardımına hak kazanan eş ve çocukları, genel sağlık sigortası hükümlerine göre sağlanan sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanma hakkına sahiptir (5510 s.K. Geç. Md.12/10).

63 üncü maddede sayılan finansmanı Kurumca sağlanacak sağlık hizmetleri ile 65 inci madde gereği ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin 72 nci madde hükümlerine göre Kurumca ödenecek bedelleri tespit edilip yayımlanincaya, 73 üncü madde hükümlerine göre sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşmeler yapıncaya kadar, Kurum tarafından belirlenmiş olan usûl ve esaslar, sağlık hizmeti bedelleri ile protokol ve sözleşmeler geçerlidir (5510 s.K. Geç. Md.12/11).

GSS ile ilgili hükümlerin yürürlük tarihlerine bakıldığında 5510 s.K.un yürürlükle ilgili 108 inci maddesinin dört değişik yürürlük tarihi belirlediğini görmekteyiz. Buna göre bir kısım maddelerin yürürlük tarihi 30.04.2008, bir kısım maddelerin 01.07.2008, vakıf sandık mensuplarıyla ilgili geçici 20 nci maddesi 01.01.2008, geri kalan maddelerin yürürlük tarihi ise 2008 Ekim ayı başı olarak belirlenmiştir. Ekim ayı başında yürürlüğe girme tabiri alışılmış bir yürürlük hükmü olmamakla birlikte burada amacın 1 Ekim 2008 olduğu kabul edilmelidir. Yasanın 108 inci maddesi GSS ile ilgili maddeler arasında yer alan 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 77 78 ve 79 uncu maddeleri ile 60 ıncı maddenin bazı bentlerinin 01.07.2008, diğer maddelerinin ise Ekim 2008 başından itibaren yürürlüğe gireceğini öngörmüştür. Böylece Yasa, GSS ile ilgili hükümlerin kademeli olarak yürürlüğe girmesini benimsemiştir.²³¹

²³¹ Tuncay&Ekmekçi(2009), a.g.e., s:413–414.

III. BÖLÜM

BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

3.1. SAĞLIK SİGORTASININ DÜNYADAKİ GELİŞİMİ

Sağlık, bireylerin yüzyıllar boyu gereksinim duyduğu en önemli ihtiyaçlardan biridir. Kişiler, kendi istek ve iradeleri dışında bir takım tehlikelere maruz kalması durumunda hastalanabilir, çalışma gücünü veya gelirini kısmen/tamamen kaybedebilir. Bu gibi durumlarda bireyler, maruz kalınan tehlikenin zararlarından korunmak ve yaşamlarına sağlıklı bir şekilde devam etmek isterler. Halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma isteği ilk olarak 19.yüzyıl sonlarında Almanya’da güçlenmiştir. Almanya’da yöneticiler ve hekimler, halktan gelen baskı altında dokuz yıl kadar süren bir çalışma sonunda, mevcut düzeni bozmadan halkın isteğini karşılayacak bir çözüm yolu bulmuşlardır. Bu çerçevede, zenginler hariç herkesin katılmak zorunda olduğu ve kâr amacı gütmeyen “hastalık sandıkları” kurulacak, çalışan herkes geliri ile orantılı olarak her ay hastalık sandıklarına belli bir prim ödeyecektir. Kişi hasta olduğu zaman hekim, ilaç ve hastane masraflarını bu sandıklar hekime, eczaneye veya hastaneye ödeyecektir. Bir başka ifade ile sigorta bir finansman kurumu olacak, hizmet serbest hekim ve hastaneler tarafından halka sunulacaktır. Almanya’da başlatılan bu sistem, diğer batı ülkelerinde de benimsenmiş ve aynı ilkelere dayanan sağlık sigortası sistemi kısa bir süre içinde batıda yayılmıştır.²³² Ancak sağlık sigortası sistemini terk eden ilk ülke İngiltere olmuştur. İngiltere, 1911

²³² Batı ülkeleri arasında Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) sağlık sigortası yönünden farklı bir özellik gösterir. A.B.D.’de zorunlu sigorta bugün dahi yoktur. A.B.D.’de isteğe bağlı ilk sağlık sigortası, Birinci Dünya Savaşı’nı takip eden dönemde hekim ve hastane yöneticilerinin girişimiyle başlamıştır. Bu hareketin esas amacı halkın ödeyemediği hekim ve hastane faturalarının ödenmesini sağlama bağlamaktır. Mavi Haç ve Mavi Kalkan adı verilen özel sigorta şirketinin kuruluşundan sonra, bu alanın karlı olduğunu gören birçok özel sigorta şirketi bu alana el atmıştır. Bu şirketler tamamen kar amacı güttüğünden hastalanma şansı az olanlardan az, riskli olanlardan çok prim istemekte, kronik hastalığı olanları sigortalamamaktadırlar. Bkz. Nusret Fişek, ‘Sağlık Alanında Sigortacılık’, Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I, Ankara Tabip Odası Bülteni, Sayı:13-14, 1976. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/28.html

yılından beri uyguladığı sağlık sigortasını 1946 yılında lağvetmiş ve yerine genel bütçeden finanse edilen “Ulusal Sağlık Hizmetini (National Health Service)” kurmuştur. Dünyada sağlık düzeyinin en yüksek olduğu İsveç ise, bu hizmeti neredeyse tamamen (yüzde 82) genel bütçeden ödenen bir hizmet haline getirmiştir. Norveç’te de durum aynıdır. Bu ülkede sigorta primlerini, vergi dairelerinin toplaması hizmetin ne kadar devletleştirildiğinin kanıtıdır. Sistemini değiştirmeyen tek ülke Batı Almanya’dır. Bunun nedenleri hekimlerin hükümet üzerindeki büyük baskısıdır.²³³ Fransa’da ise sağlık sigortaları Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı’nın denetiminde Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından yürütülmektedir. Ulusal sağlık sigortasının altında Bölge Sağlık Sigortaları bulunmaktadır. Bölge Sağlık Sigortaları’nın görevi, bir alt basamaktaki yerel sigorta kurumlarının koordinasyonunu ve finansmanını sağlamaktır.²³⁴

Bu bölümde, sağlık sistemleri bakımından dünyada ön plana çıkan Avrupa ülkelerinden İngiltere, Almanya ve Fransa olmak üzere üç ülkenin sağlık sistemleri üzerinde durulacaktır. Bu ülkeler kapsama alınan nüfus, sağlık hizmetleri açısından sağlanan haklar, örgütlenme, uygulama ve finansman bakımından Batı ülkeleri arasında örnek teşkil eden ülkelerdir. Ancak belirtelim ki, Amerika gelişmiş bir Batı ülkesi olmasına rağmen bu çalışmada incelenmemiştir. Bunun nedeni, Amerika’da bu ülkelerden farklı olarak sosyal sigortalar yerine özel sigortacılığın gelişmiş olması ve bu alanda özel sektörün ağırlıklı olarak yer almasıdır.

3.2. İNGİLTERE SAĞLIK SİSTEMİ

3.2.1. Genel Olarak

İngiltere sağlık hizmetleri sistemi, Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi (NHS) olarak da anılan Beveridge Sistemi’ne dayanmaktadır. Bu sistemde, sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilerden karşılanmakta ve tüm nüfus sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi, 1946 yılında Kanunu çıkarılmak suretiyle 5 Temmuz 1948’ de uygulamaya konulmuştur. Bugün halen yürürlükte olan

²³³ Nusret Fişek (1976), a.g.m.

²³⁴ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s: 43.

Ulusal Sağlık Hizmetleri çerçevesinde, herhangi bir sağlık kurumundan hiçbir ücret ödemeksizin yararlanmak mümkündür.²³⁵

İngiltere’de sosyal güvenlik rejimi, primli rejim, primsiz rejim ve NHS olmak üzere üç ana bölümden oluşmaktadır. Primli rejim; hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, dulluk, emeklilik gibi risklere karşı koruma sağlayan ve sigortalının prim ödemesini gerektiren rejimdir. Primsiz rejim; bazı sakat kişilere ve bunların bakıcılarına kira ve gelir desteği, çocuk yardımlarını genel bütçeden ayrılan ödenekleri kullanarak sağlayan bir rejimdir. NHS ise İngiliz halkının ücretsiz olarak yararlandığı, diş ve göz hastalıklarını da kapsayan, finansmanını genel bütçeden vergilerle sağlayan sistemdir. İngiltere sağlık sisteminin temelini oluşturan, kendine özgü bir felsefesi ve örgütlenmesi olan Ulusal Sağlık Sistemi’ni diğer batılı sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özelliği bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, sistemin sadece genel vergilerle finanse edilip, sigortacılık hizmetlerinin çok az olarak bulunmasıdır. İkincisi ise, İngiltere’de Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)’ dan sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelerden az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Kısaca NHS’de daha az harcama ile daha iyi hizmet verilmektedir.²³⁶ 2004 yılı verilerine bakıldığında, İngiltere’nin toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı, %8,3’tür. Bu oranın OECD ülkelerinin ortalaması olan %8,9’dan düşük olduğu görülmektedir. Kişi başına yapılan sağlık harcaması bakımından ise, OECD ortalaması kişi başına 2550 USD’dir. İngiltere’de ise bu oran, 2546 USD’dir.²³⁷ Bu bilgiler ışığında NHS’nin etkin bir sistem olması nedeniyle diğer sistemler içinde büyük öneme sahip olduğunu söyleyebiliriz.

3.2.2. Kapsam

Sağlığın “temel bir insan hakkı olması” esasına dayanan İngiltere sağlık sisteminde ödeme gücüne bakılmaksızın tüm vatandaşlar kapsama alınmaktadır. Sistemin finansmanı vergilerle karşılandığından, vatandaşlar prim ödemedi veya ücret ödemedi sağlık hizmeti alabilmektedirler. Ödeme gücüne bakılmaksızın herkesi kapsama alan bu sistem, eşitlik prensibine dayanmakta ve herkese eşit hizmet vermeyi amaçlamaktadır.

²³⁵ Birkan Tapan (2008), a.g.e., s: 29.

²³⁶ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s: 46.

²³⁷ Filiz Ersöz, ‘Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi’, İstatistikçiler Dergisi 2, Yıl: 2008, s: 95–104.

Kapsayıcılık açısından bakıldığında önemli bir örnek teşkil eden İngiltere sağlık sisteminde, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bir arada sunulmakta ve tüm vatandaşlar bu hizmetlerden ücretsiz bir şekilde yararlanabilmektedir.

3.2.3. Örgütlenme

İngiltere’de sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğu altındadır. Ülkede Sağlık Bakanlığı’na bağlı, “*Bölge Sağlık Yönetimi*” ve “*Aile Hekimliği Komitesi*” adı altında iki ana yönetim birimi bulunmaktadır. Bölge sağlık yönetimi, Bakanlığın hastanelerle ilgili yönetsel görevlerini yürüten birimlerdir. Aile hekimliği komitesi ise; birinci basamak sağlık hizmetlerini organize eder. Tüm genel pratisyenler, eczacılar, diş ve göz sağlığı hizmetleri bu komiteye bağlıdır.²³⁸

3.2.3.1. Bölge Sağlık Yönetimi (Regional Health Authority, RHA)²³⁹

Bölge Sağlık Yönetimi, Bakanlığın hastanelerle ilgili yönetsel görevlerini yürüten, yöneticilerinin Sağlık Bakanlığı tarafından atandığı birimlerdir. Bölge Sağlık Müdürlükleri, 2–5 milyon nüfustan sorumludurlar. Kısaca RHA da denilen bölge sağlık müdürlüklerinin her birinin merkezce belirlenen bir bütçesi vardır. RHA'lar Hastane Yönetim Komiteleri, konsültanlar, uzman hekimler, özel dal hastaneleri ve kan transfüzyon merkezleri gibi bazı özel birimlerle ilgilenir. RHA’ların bir alt basamağında ise, Alt Bölge Sağlık Yönetimi (District Health Authority, DHA) bulunmaktadır. Her RHA’ ya ortalama 10–20 arasında DHA bağlıdır. DHA'lar Bölge Sağlık Yönetimlerine bağlı olarak çalışırlar ve genellikle bir hastane, yaşlılar bakımevi, ruh sağlığı birimi gibi yapıları içeren küçük idari birimlerdir. Alt Bölge Sağlık Yönetimi’nin alt basamağında ise, Toplum Sağlık Konseyi bulunmaktadır. Bu konsey, DHA’ ya bağlı olarak çalışır.

3.2.3.2. Aile Hekimliği Komitesi (Family Practitioner Comittee, FPC)²⁴⁰

Aile Hekimliği Komitesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini organize eder. Tüm Genel Pratisyenler (GP), eczacılar, diş ve göz sağlığı hizmetleri bu komiteye bağlıdır. Kısaca FPC de denilen aile hekimliği komiteleri, Genel Pratisyenlerin anlaşma yapmak

²³⁸ Ayşe Günaydın (2008), a.g.e., s: 47.

²³⁹ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 169.

²⁴⁰ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 170.

zorunda oldukları yönetim birimleridir. Bu sebeple GP'lerin ülkedeki dağılımı ve sayılarını belirlemede rolleri vardır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı bu iki birim dışında bir de Yerel Sağlık Yönetimleri (Local Authority) vardır. Bu yönetimler, tanımlanmış coğrafik alanları ve yasal statüleri bulunan, yöneticileri seçimle iş başına gelmiş birimlerdir. Bu yönetimler çevreye ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerini vermede yerel özellikler taşırken Sağlık Bakanlığı ile de ilişkileri vardır.

Görüldüğü üzere, NHS içinde aynı bütçelere ve örgütlere sahip üç ayrı yapı bulunmaktadır. Bu durum aslında sistemin en zayıf noktalarından biri olup, sağlık hizmetlerinde koordinasyon bozukluğuna yol açmakta ve maliyeti artırıcı etkide bulunmaktadır. Çünkü bu üç birim hastaları birbirine sevk ederek harcamaları diğer birim üzerine yıkmak istemektedirler.

İngiliz sağlık sektöründe insan gücü, finans ve organizasyona yön veren üç büyük güç bulunmaktadır. Bunlar Sağlık Bakanlığı, İngiliz Tabipler Birliği ve Kraliyet Tıp Kolejleridir. Sağlık Bakanlığı NHS'nin yürütülmesinden Parlamentaoya karşı sorumludur. İngiliz tabipler birliğinin görevi; NHS' de ve özel sektörde çalışan GP ve uzmanların ücretlerini ve çıkarlarını korumaktır. Kraliyet Tıp Kolejlerinin ise; mezuniyet sonrası eğitim ve araştırma faaliyetlerinde önemli rolleri vardır. Ayrıca sağlık sektöründeki bu üç gücün uzlaşma kurulu niteliğini sürdüren Genel Tıp Konseyi kurulmuştur ve görevleri; tıp eğitim standartlarının belirlenmesi, bu eğitimi veren kuruluşların denetlenmesi, tıp öğrencisi ve uzman sayılarının belirlenmesi, yurttaşların sağlık hizmetleri konusundaki haklarını korumak, tıbbi usulsüzlük durumlarında yaptırımlarda bulunmaktır.²⁴¹

3.2.4. Uygulama

3.2.4.1. Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) ve Özellikleri

NHS, daha önce de belirttiğimiz gibi İngiliz halkının sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlandığı, tüm nüfusu kapsama alan ve finansmanını genel bütçeden vergilerle sağlayan sistemdir. 1948 yılında İngiltere'de uygulamaya konan bu sistemin temel felsefesini “Sağlık Bir Haktır” (Health is Right) anlayışı oluşturmaktadır. Bu sistemin

²⁴¹ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s: 46–47.

temel ilkeleri ise, kapsayıcılık, hakkaniyet ve hizmetin verildiği noktada ücretsiz olmasıdır. Bütüncül bir anlayışa sahip olan NHS, insan sağlığına ilişkin tüm etkinlikleri bir çatı altında toplamaya çalışmıştır. Bu çerçevede, hastane ve uzmanlık hizmetleri, diş, oftalmik, eczacılık ve aile doktoru hizmetleri, kişisel sağlık hizmetleri adı altında ambulans hizmetleri, epidemiyolojik incelemeler, aile planlaması, sağlık ocağı hizmetleri, evde hasta ziyaretleri, evde hemşirelik ve ebelik bakımı, anne ve çocuk sağlığı, bağışıklama ve aşılama, diğer koruyucu ve bakıma yönelik hizmetler NHS kapsamındaki sağlık hizmetleridir.²⁴² Bir başka ifade ile İngiltere’de koruyucu, tedavi edici ve hatta rehabilite edici sağlık hizmetleri NHS kapsamında olup, bu hizmetlerden ücretsiz yararlanmak mümkündür. Bu bilgiler çerçevesinde sistemin temel özelliklerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;²⁴³

- “Sağlık Bir Haktır.” felsefesine dayanmaktadır.
- Ödeme gücüne bakılmaksızın tüm vatandaşları kapsama almaktadır.
- Eşitlik prensibine dayanmakta, herkese eşit hizmet vermeyi amaçlamaktadır.
- Sistemin finansmanı genel vergilerle karşılanmakta, bu doğrultuda vatandaşlar sağlık hizmeti alırken ücret ödememekte veya aylık prim yatırmamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin verilmesinde bütüncül bir anlayışa sahiptir. Yani koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler bir arada verilebilmektedir.
- NHS çerçevesinde sağlık kurumlarının tamamına yakını kamulaştırılmış, hizmet nüfusa orantılı olacak şekilde düzenlenmiştir. En uç noktada Genel Pratisyen veya Türkiye'deki adıyla Aile Hekimi olmak üzere, sağlık hizmeti en basitten en spesifiğine doğru basamaklandırılmış ve basamaklar arası akışın son derece iyi sağlandığı bir sevk zinciri kurulmuştur.
- Özel sigorta hizmetlerinden yararlanmak için prim ödeyenler NHS’ den dışlanmamaktadırlar. Kişiler tercihleri doğrultusunda, prim ödedikleri özel

²⁴² Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s: 47.

²⁴³ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 168–169.

doktor ve hastanelerden, ya da ödemiş oldukları gelir vergisiyle doğal üyesi sayıldıkları NHS' den yararlanabilmektedirler.²⁴⁴

- Verimli ve etkili bir sistemdir. Bir başka ifadeyle, az harcama ile iyi bir sağlık düzeyi gerçekleştirilebilmektedir.²⁴⁵
- Genel Pratisyen (GP) ya da hastanenin belirlediği her tür operasyon ücret alınmadan gerçekleştirilmektedir. Tetkik, ameliyat, protez, evde bakım gibi her türlü işlem bu kapsamdadır. Ancak, ilaçta farklı bir uygulama vardır. Gebeler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler dışındaki kişilerin ağırlıklı olarak ilaç maliyetine katlanmaları gerekir.²⁴⁶

Yukarıdaki özelliklerden de anlaşılacağı üzere, NHS'nin sosyal yönlü bir sistem olduğunu söylemek mümkündür.

3.2.4.2. Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti

İngiltere' de NHS sisteminde sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta verilmekte olup, basamaklar arası sevk zinciri çok iyi bir şekilde kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kişilerin ilk olarak başvurdukları sağlık kuruluşunu yani Genel Pratisyenleri, Türkiye'deki adıyla Aile Hekimlerini içerir. İkinci basamakta ise, uzman hekimler bulunmaktadır. Kişi (hasta), GP'nin sevk etmesi durumunda uzman hekime başvurabilir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti kuruluşları ise, özel dal hastaneleri, eğitim hastanelerinden oluşan ileri tıp merkezleridir. Görüldüğü gibi İngiltere' de NHS sisteminde uygulanan basamaklandırılmış sağlık hizmetleri, ülkemizde yürürlüğe konulan 5510 s.K.'da düzenlenen hizmet basamakları ve sevk zinciri uygulamasıyla benzerlik göstermektedir. Ancak bilindiği üzere, ülkemizde hizmet basamakları belirlenmiş olmasına rağmen, yeni bir uygulama olduğu için sevk zincirinin henüz sağlıklı bir şekilde yürütüldüğünü söylemek mümkün değildir. İngiltere'de ise, NHS kapsamında basamaklandırılmış sağlık

²⁴⁴ Birkan Tapan (2008), a.g.e., s: 30.

²⁴⁵ İngiltere sağlık sisteminde düşük harcama ile yüksek sağlık seviyesine ulaşılabilmeyen başlıca nedeni, sistemin Genel Pratisyenlik üzerine kurulmuş olması ve uzman sayısının az olmasıdır. Bilindiği gibi uzmanlaşma sağlık harcamalarını artıran bir faktördür. Ayrıca idari harcamaların %5' i geçmemesi ve İngiliz sisteminde bürokrasinin bir çok potansiyel malpractice davasını (mesleki hata davası, hatalı uygulama davası) önlemesi de harcamaların düşük olmasının nedenlerindedir. Bkz. Serkan Çalış (2006), a.g.e., s:169.

²⁴⁶ Birkan Tapan (2008), a.g.e., s:30.

hizmetleri uygulaması uzun yıllardır düzenli bir şekilde işlemektedir. Sağlık hizmeti basamaklarını bir şekil ile açıklayacak olursak;

BİRİNCİ BASAMAK	İKİNCİ BASAMAK	ÜÇÜNCÜ BASAMAK
2000–3000 NÜFUS	10.000–100.000 NÜFUS	2–5 MİLYON NÜFUS
GENEL PRATİSYEN (GP)	UZMAN HEKİMLER (KONSÜLTAN)	ÖZEL DAL HEKİMLERİ
DİŞ HEKİMİ		
GÖZ HEKİMİ		

Şekil 4: Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti.

Kaynak: Ayşe Günaydın, Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, İst., 2007, s:48.

Birinci Basamak: Birinci basamak sağlık hizmetini, yani kişilerin hastalandıkları zaman ilk başvurma yerini GP'lerin muayenehaneleri oluşturur. Bir başka ifadeyle, NHS'de hizmetin ilk başlangıç noktasını ve temel direğini Genel Pratisyenler oluşturmaktadır. Nüfusun %97'sinin GP'si olup, geri kalan kesim kendi sağlık harcamalarını yapabilen üst düzey gelir grubudur. Kişiler kendi bölgelerindeki GP'lerden istedikleri birisinin listesine kaydolabilirler ancak listeye kaydedilen hasta sayısı 3.000'i geçemez. Anlaşmalar yıllık olarak yapıldığı için bir yıldan önce GP değiştirilemez. Aynı ailenin bireyleri genellikle aynı doktoru seçtiklerinden GP'lere "Aile Hekimi" de denilmektedir. Acil durumlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hariç kişi önce kendi GP' sine gitmek zorundadır. Aksi takdirde yani GP sevk etmeden bir üst basamağa başvurulması halinde harcamalarını kendileri yapmak zorundadırlar. GP'ler devlet memuru olmayıp, muayenehanesi olan özel hekimlerdir. Bölgesel Aile Hekimliği Komitesi ile anlaşarak istediği yerde yerleşebilirler. GP'ler ile ilgili önemli bir nokta da şudur ki, GP'lerin kendilerine başvuran her kişiyi listeye alma zorunlulukları yoktur. Bu sebeple, genellikle kronik ve ağır hastalar listeye alınmak istenmemektedirler. Bu tip hastaların GP'ler tarafından listeye alınabilmeleri için özel teşvikler getirilmiştir. GP, listesine aldığı her hastaya günün her saatinde, gerekirse

evine giderek bakmakla yükümlüdür. Bunların dışında belirtmek gerekir ki, koruyucu sağlık hizmetleri, GP'nin değil, Yerel Sağlık Yönetimlerinin sorumluluğu altındadır. Yani koruyucu sağlık hizmetleri, GP tarafından verilmek zorunda değildir. Ancak GP'ler de kendi hastalarının aşılarını yapmak, servikal smear gibi taramalarda bulunmak ve kişisel sağlık eğitimi yapmak gibi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri vermektedirler. Bu gibi hizmetler hekimler tarafından ek bir yük gibi görüldüğü için hekimlere bu hizmetleri vermeleri için maddi teşvik uygulanmaktadır. Aile planlamasında da ağırlık GP'lerdedir. Ayrıca GP'ler iş sağlığı ve çevre sağlığı ile ilgili konularda da görev alabilmektedirler. İngiltere'de GP'ler genellikle "Grup Pratiği" adı verilen 3 veya 4 kişiden oluşan gruplar halinde çalışmakta ve içinde hemşirelerin de bulunduğu bir ekip hizmetine yönelmektedirler.²⁴⁷

İkinci Basamak: İkinci basamak, 10 bin ile 100 bin arasında nüfusun bulunduğu yerlerdeki hastanelerdir. İkinci basamakta konsültan denilen uzman hekimler bulunmaktadır. Hasta, bu hekimlere ancak GP sevk ederse gidebilir. İkinci basamak hastanelerinde dâhiliye, genel cerrahi vb. temel dallarda uzmanlar çalışmakta olup, her branşın uzmanı bulunmamaktadır. Uzman doktorlar kendilerine konsültasyona gönderilen hasta sayılarına göre ücret alırlar. Bu nedenle de GP'lerin hastaları hangi uzmana gönderecekleri önem kazanmıştır. Hastaneler iç yönetim bakımından bağımsızdırlar ve halk temsilcilerinin de katıldığı "Hastane Yönetim Komitesi" adında bir yönetim kurulu tarafından yönetilirler. NHS'de çalışan uzman hekimler ise meslek kuruluşlarınca seçilir ve Sağlık Bakanlığı tarafından atanırlar. Uzmanlara baktıkları hasta sayısı ve yaptıkları etkinliğe göre NHS tarafından para ödenir. Hastane personeli ve asistanları hastane yönetimleri tarafından seçilir.²⁴⁸ İngiltere'de ikinci basamak sağlık hizmetleri, ülkemizde olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetlerine oranla daha fazla uzmanlık gerektiren sağlık hizmetleridir. Nitekim hasta ilk etapta GP' ye başvuracak, GP sevk ettiği takdirde uzman hekimlere başvuracaktır. Aksi takdirde, daha önce de ifade edildiği gibi sağlık giderlerini kendisi karşılamak zorunda kalacaktır. Türkiye'de de 5510 s.K. ile getirilen sevk zinciri sistemi, aslında sağlıklı uygulandığında olumlu gelişmeleri beraberinde getirebilecek bir sistemdir. Bu sistemle, tıbbi anlamda önemsiz ve basit denebilecek

²⁴⁷ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 170–171.

²⁴⁸ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 171–172.

rahatsızlıklar nedeniyle uzman hekimlere başvurmanın önüne geçilebilecektir. Bir yandan da, hastanelerde oluşan gereksiz yoğunluklar ortadan kalkacaktır. Böylece ciddi sayılmayacak nitelikteki rahatsızlıklar, birinci basamakta tedavi edilecek, ikinci basamağa daha önemli olan ve daha ciddi tedavi gerektiren hastalıklar sevk edilecektir. Bu durumda, uzman hekimler hastalara daha fazla zaman ayırabileceklerdir. Ancak bu sistemin uygulanmasında kilit noktayı aile hekimlerinin oluşturduğunu söyleyebiliriz. Bu sistemde aile hekimlerinin gerekli ve yeterli eğitime ve donanıma sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Gözden kaçacak en ufak bir detay önemsiz bir rahatsızlığın ilerlemesine, tedavi süresinin uzamasına ve hatta çözümsüz hale gelmesine sebep olabilir. Bu sebeple, aile hekimlerinin hastayı ikinci basamağa sevk edip etmeme konusunda verdiği karar, hayati öneme sahip olabilmektedir. Sevk zinciri sistemi, İngiltere’ de uzun yıllar başarıyla uygulanmış bir sistemdir. Ancak son yıllarda, birinci ve ikinci basamakta yığılmaların yaşanması, uzun süre sonraya randevu verilmesi gibi olumsuzluklar da yaşanmaktadır.

Üçüncü Basamak: Üçüncü basamak sağlık hizmeti kuruluşları, iki milyon ile beş milyon arasında nüfusa hitap eden, özel dal hastanelerini ve eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleridir. Bazen bir bölgeye, bazen tüm ülkeye hizmet veren, üst ihtisas sahibi doktorların bulunduğu, nöroşirurji, kalp damar cerrahisi, mikro cerrahi vb. işlemlerin yapıldığı kademelerdir. Bu basamak aynı zamanda tıp eğitimi veren okulları da içermektedir. Gerek bu basamak ve gerekse ikinci basamaktaki uzmanların özel muayenehaneleri de vardır ve muayenehaneye gelen hastalarını kendi hastanelerinde uzmanlar için ayrılmış sınırlı sayıdaki yataklarında yatırma hakkına sahiptirler.²⁴⁹ Üçüncü basamak sağlık kuruluşları, ikinci basamakta tedavisi gerçekleştirilemeyen hastalıkların tedavisi için ileri ve yoğun teknolojinin kullanıldığı sağlık kurumlarıdır. Ülkemizde GSS uygulamasında olduğu gibi, İngiltere’de de ikinci basamak sağlık kuruluşu sevk etmedikçe üçüncü basamak sağlık hizmetleri NHS kapsamında karşılanmaz.

Görüldüğü üzere ülkemizde 5510 s.K.’da yapılan düzenleme ile getirilen hizmet basamakları ve sevk zinciri uygulaması İngiltere’deki NHS ile büyük benzerlik göstermektedir. Başta sağlık hizmetinin basamaklandırılması olmak üzere, hizmet basamaklarının üç kısma ayrılması, bazı durumlar hariç sevk zincirine uyulmaması halinde

²⁴⁹ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 172.

sağlık harcamalarının hasta tarafından karşılanacak olması vb. gibi birçok benzerlikten söz etmek mümkündür. Ancak İngiltere’de uzun yıllardır uygulanan sevk zinciri sistemi, ülkemizde henüz çok yenidir.

3.2.5. Finansman

İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilerden karşılanmaktadır. NHS sistemi, tamamen devletin vatandaşlardan topladığı vergilerle finanse edilmektedir.²⁵⁰ Vatandaşlar prim adı altında ikinci kez vergilendirilmezler. Sistemin yürütülmesi kamunun sorumluluğunda olup, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %10’u özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. 1991 yılında başlayan reform hareketi ile rekabetin ve etkinliğin artırılması hedeflenmiş, özel sigorta şirketlerinin kuruluşu ve halkı bunlara yönlendirmek amaçlanmıştır. Ancak yine de özel sektörün payı %10 civarında kalmıştır. NHS’nin temel kaynağı vergilerdir. Toplam sağlık harcamalarının % 92’si kamu kaynaklarından finanse edilmekte²⁵¹, merkezi hükümetin payı ise ortalama olarak % 85 düzeyindedir. Ancak devletin dolayısıyla kamunun rolünün ne olması gerektiği ve kaynakların etkin kullanımı ile ilgili tartışmalar devam etmektedir.²⁵²

Bilindiği gibi sağlık hizmetleri kamu sektörü ve özel sektör tarafından verilebilmektedir. Kamu ya da özel finansman açısından bakıldığında sağlık sistemlerini, kamu finansmanı- kamu hizmet sunumu, özel finansman- özel hizmet sunumu, özel finansman- kamu hizmet sunumu, kamu finansmanı- özel hizmet sunumu şeklinde sınıflandırmak mümkündür.²⁵³ Daha önce de belirttiğimiz gibi, İngiltere’ de ulusal sağlık hizmetlerinin finansmanı tümüyle devletin vatandaşlardan aldığı genel vergilerle sağlanmakta, hizmetin sunumu da kamunun sorumluluğundadır. Bu sebeple, NHS sistemi kamu finansmanı ve kamu hizmet sunumunun başarılı bir örneğini oluşturmaktadır.

Ülkemiz ile İngiltere karşılaştırıldığında, finansman sistemi açısından iki ülke arasında ciddi farklılıkların bulunduğunu söylemek mümkündür. Türkiye’ de sağlık sistemi

²⁵⁰ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s:49.

²⁵¹ Ulusal sağlık sistemi gelirlerinin %80’i genel vergilerden, %12’si ulusal sigorta katkılarından, %4’ü kullanıcılardan alınan ücretlerden, %3’ü ise diğer gelirlerden oluşmaktadır. Bkz. Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s:49.

²⁵² Birkan Tapan (2008), a.g.e., s: 30.

²⁵³ Aziz Üstünel, ‘İngiliz ve Amerikan Sağlık Sistemleri’nin Karşılaştırılması’, <http://www.merih.net/m1/waziust21.htm> (Erişim tarihi: 29.06.2010).

vatandaşların ödediği genel sağlık sigortası primi ile finanse edilirken, İngiltere sağlık sistemi genel vergilerle finanse edilmektedir. Ancak ülkemizde primini ödeyemeyecek durumdaki yoksul vatandaşların GSS primi devlet tarafından ödenir. Hizmetin sunumu açısından bakıldığında ise, ülkemizde sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör tarafından verilmektedir. Bir başka ifade ile ülkemizde GSS kapsamındaki kişiler, devlet hastanelerinin yanında devletin anlaşmalı olduğu özel hastanelerden de yararlanabilmektedirler.

3.3. ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ

3.3.1. Genel Olarak

Almanya’da ulusal düzeyde sosyal sigortalar sistemi, ilk olarak 1883 yılında Bismarck tarafından kurulmuştur. Sistemin, “*dayanışma*” (solidarity), “*yerinde hizmet*” (subsidiarity) ve “*eşgüdüm*” (corporatism) olmak üzere üç temel prensibi bulunmaktadır. Burada dayanışma ile kastedilen, sistemde hem devlet sorumluluk almakta, hem de herkes sisteme katkıda bulunabilmektedir. Bir başka ifadeyle sistem, İngiltere’deki gibi yalnızca kamunun elinde değildir. Yerinde hizmet ise, toplumda idari veya politik en küçük birimler tarafından uygulanabilen politikalar çerçevesinde sorumluluğun dağıtıldığı bir sistemi ifade eder. Yani küçük toplum birimlerinde yaşayan insanların hizmete ulaşabilmesi için büyük kentlere gitmek zorunda kalmamasıdır. Bu doktrin, tüm tarafların siyasi partileri tarafından kabul edilir ve Alman Anayasası’nda ifadesini bulur. Sağlık hizmetlerinde yerinde hizmet, devletin yalnızca yasal çerçeveyi ve ortak pazarlık süreçlerini kurması anlamına gelmektedir. Böylece küçük birimler hükümet tarafından belirlenen bu yasalar çerçevesinde sorumluluklarını yerine getirirler. Eşgüdüm ilkesi ise, devletin hastalık fonu ile ilgili kurullarına demokratik bir şekilde seçilen işçi-işveren temsilcilerinde ve doktorlar, diş hekimleri, eczacılar, ilaç sanayi, sigortacı gibi gruplarla pazarlık eden ulusal ve bölgesel karar organlarında görülür. Bunun nedeni, diğer tarafların onayını almadan kuralları değiştirmenin, ücretleri veya katkı oranlarını artırmanın zor olmasıdır.²⁵⁴ Tüm ilgili taraflar ve grupların eşgüdüm içinde çalışması ile hem demokratik bir ortam yaratılmakta, hem de karar alma süreci kısalmaktadır.

²⁵⁴ David G. Green-Benedict Irvine, Health Care in France and Germany, Civitas: Institute for the Study of Civil Society London, First published December 2001, Civitas, s: 52–53.

Almanya’da tıbbi uygulamaların standartlarının belirlenmesinde, hekim ve diş hekimlerine ruhsat verilmesinde, genel tıbbi m¼dahale ve genel diş tedavisi uygulamalarına erişimde karar vermede Federal Hekimler Odası ve Federal Diş Hekimleri Odası sorumludur. Bu kuruluşlar, aynı zamanda meslek ahlakıyla ilgili ilkeleri açıklamakla g¼revlidirler. Ayrıca bu kuruluşlar, verilen g¼vencenin niteliğini belirlemede, geçmişte olduğundan çok daha fazla ve giderek artan bir baskı altındadırlar. Federal h¼k¼met ise, sistemdeki ¼zerk yapılar tarafından sağlanan ve haklardan oluşan kapsamlı paketlerin neleri içereceğini tayin eder. Sağlık hizmetlerinde yerel ve federal d¼zeyde kamu imk¼nlarının ve diğer anahtar organların yanında ulusal sigorta kuruluşları (zorunlu veya ¼zel sağlık sigortası), birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim ve diş hekimleri kuruluşları, bağımsız sağlık meslek odaları, hastaneler ve g¼n¼ll¼ kuruluşlar da mevcuttur. Bunun dişında belirtmek gerekir ki, federal devlet adına hareket eden ¼zerk b¼lgelerdeki temsilciler de (Eyalet Sağlık Bakanlıkları) kendi kanunlarını onaylama, hastane sekt¼r¼ndeki yatırımları finanse etme ve ikinci derece devlet memurlarını denetlemekle g¼revlidir. Ayrıca bu ¼zerk b¼lgeler de şehir, belediye, ilçe gibi sağlık hizmetleri sisteminde çok sayıda uzmana sahip olan idari b¼lge ve yerel otoritelere b¼l¼nm¼řt¼r.²⁵⁵

Almanya’da sağlık hizmetlerinin geniş kapsamlı ve sosyal ağırlıklı bir sistemde sunulduğunu s¼ylemek m¼mk¼nd¼r. ¼lkede sağlık sisteminin işleyişi, devletin federal yapısıyla yakından ilgilidir. Sistem oğulculuk ve ¼zerk y¼netim ilkelerine dayanmakta, devlet b¼t¼n vatandaşlarının ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bakımından eşit haklara sahip olduklarını kabul etmektedir. Liberal bir sosyalizasyon olarak kabul edilen Alman sisteminde işçi ve işveren kesiminin mesleki ¼zellikleri, istekleri ve ¼zg¼rl¼kleri de dikkate alındığından sisteme çoğulculuk egemendir.²⁵⁶ Ayrıca sosyal sigorta sistemine dayanan ve n¼fusunun çoğunluğu sigorta kapsamında olan Almanya sağlık sisteminin, sağlık hizmeti bakımından d¼nyanın en iyi ¼lkelerinden birisi olduğu s¼ylenebilir.

3.3.2. Kapsam

Sosyal sigortaları kuran ilk ¼lke Almanya’dır. Alman sigorta sistemi zorunluluk esasına dayanmakta, n¼fusun % 90’ ı zorunlu sosyal sigorta kapsamında yer almaktadır.

²⁵⁵ David G. Green-Benedict Irvine (2001), a.g.e., s:53.

²⁵⁶ Serkan alış (2006), a.g.e., s: 182.

Almanya’da çalışanlar ücretli bir işe girdikleri tarihten itibaren sigortalı sayılırlar. Bildirim yükümlülüğü işverene bırakılmıştır. Sigorta bildirim yapıldıktan sonra sigortalıya, bundan sonraki sigorta işlemlerinde kullanacağı bir sicil numarası verilmektedir. Zorunluluk ilkesi çerçevesinde, ülkede belirli alt ve üst sınırlar arasında gelir elde eden herkes sağlık sigortasına üye olmak zorundadır. Ancak üst sınır olarak belirlenmiş gelir düzeyinden fazla geliri olanlar için istisnai bir durum söz konusudur. Bu kişiler, zorunlu sigortalılık kapsamı dışında bırakılmıştır. Fakat istedikleri takdirde gönüllü olarak sigortalı olmalarında bir engel yoktur.²⁵⁷

Kökenleri ulusal sağlık sigortasının zorunlu hale geldiği 1883 yıllarına dayanan Alman sağlık sistemi, federalizme göre karakterize edilmiş merkeziyetçi bir yapıda olup, sistemde ana aktörler, sivil toplum örgütleridir. Doktor ve diş hekimi birlikleri sağlık hizmet sunucuları tarafında; hastalık fonları ise, finansör tarafında yer almaktadır. Hastaneler özel hukuka bağlı kuruluşlar tarafından temsil edilmektedir. Alman toplumunun hemen hemen tamamı birbiri ile rekabet etmeyen, özel gruplara hedeflenmiş, yasal statüsü olan hastalık fonları ile özel sigortalara tabidir. Mevcut olan 1200 hastalık fonu toplumun yaklaşık % 88’ini kapsamaktadır.²⁵⁸ Hastalık fonuna tabi olan bireylerin %9’u ayrıca özel sigorta kapsamında olup, hastalık fonuna tabi olmaksızın sadece özel sigortadan yararlananların oranı %10’dur.²⁵⁹

3.3.3. Örgütlenme

Almanya’da sağlık hizmetleri kavramı, toplumun sağlığını koruyan ve geliştiren tüm kişi ve kuruluşları kapsar. Resmi ve resmi olmayan birçok kurum bu hizmetlerin sunumunda yer alır. Resmi nitelik taşıyanlar özel görevler üstlenmiş belediyeler, federe ve eyalet düzeyinde tüzel kurumlardır. Resmi hastalık sigortalarının (Krankenkassen) dışında çok sayıda kamuya ait organizasyon da sağlık hizmetlerinde yer alır. İşçi sosyal yardım kurumları, Alman Eşitlikçi Sosyal Birliği, Alman Kızıllaç’ı, Almanya Yahudi Sosyal Yardım Birliği gibi özel sosyal yardım kurumları bu gruptadırlar. Ancak asıl yasal yükümlülük, eyaletler ve devlet arasında bölüşülmüştür. Federal hükümet yetkisini

²⁵⁷ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s: 40.

²⁵⁸ Bunlar işçi veya işverenden bordro kanalıyla yapılan kesintilerle finanse edilmektedir. Bkz. Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s:41.

²⁵⁹ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s:41.

kullanma gereği duymadığı sürece yetki eyaletlerindir. Federal devlet, yasal düzenlemeyi yaparak uygulamada birlik sağlamıştır. Sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı yanında Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıklarınca ortaklaşa yürütülmektedir. Federal Sağlık Konseyi, Sağlık Bakanlığı'na sağlığın desteklenmesi ve korunması konusunda danışmanlık hizmetleri vermektedir. Eyalet Sağlık Bakanlıkları ise, eyaletler düzeyinde kamu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludurlar. Sağlıktan sorumlu Eyalet Bakanları ve senatörleri yasa tasarıları hazırlar, yasaları uygular, alt birimleri, sağlık meslek odalarını ve hastanelerin planlama ve yatırım işlemlerini denetlerler. Eyaletler, sağlık alanındaki çalışmalarını Sağlık Bakanlıkları Konferansı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanları Konferansı aracılığı ile koordine ederler. Bu konferanslar, eyaletler ve yerel hükümetler düzeyinde izlenecek sağlık politikalarına ışık tutmak üzere sorunları belirler ve önerilerde bulunurlar ancak kararları bağlayıcı değildir. Belirli yükümlülüklerin yerine getirilmesi için, eyaletler toplumsal örgütler oluşturmuşlardır. Bu yolla halkın, sağlık hizmetlerinin planlanması, yürütümü ve denetimi süreçlerine katılımı sağlanmaktadır. Belirli yönetim birimlerine ayrılmış federal eyaletlerde, yönetim lideri en yüksek sağlık makamıdır ve sağlık sorunlarını sağlık hizmetleri ile ilgili görevleri üstlenen tıbbi bölümlere dağıtır. Yönetim bölgelerine ayrılmamış eyaletlerde bu görevleri direkt ilgili bakanlıkların sağlık bölümleri üstlenmiştir.²⁶⁰

3.3.4. Uygulama

Almanya'da ayakta sağlık hizmetleri ve hastanede bakım hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Ayakta sağlık hizmetleri, genel olarak sözleşmeli hekim ve diş hekimlerince yürütülür. Hastaneler ise, pratisyen hekimin veya uzman bir doktorun sevki olmadan ayakta tedavi hizmeti vermemektedirler. Almanya' da birincil sağlık hizmetleri genel pratisyenler veya pratisyen hekimler tarafından yürütülmektedir. Genel pratisyenler genellikle tüm aileyi muayene ettiklerinden kendilerine “*aile hekimi*” veya “*ev hekimi*” de denilmektedir. Almanya'da hekimler kendi muayenehanelerinde veya polikliniklerinde çalışabilirler. Ancak nüfusun % 90'ından fazlası sigortalı olduğundan hekim ve diş hekimlerinin çoğu sigortayla anlaşmayı seçerler. Ancak hekimler, 1994 yılından bu yana genel pratisyenlik için 3 yıllık bir uzmanlık eğitimini bitirdikten sonra sigortayla

²⁶⁰ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 182–183.

anlaşabilmektedirler. Birincil sağlık hizmetlerini yürüten genel pratisyenler, uzman müdahalesi veya özel tanı ve muayene yöntemleri gerektiren hastaları, bir uzman ya da hastaneye sevk ederler. Hastane bakım hizmetleri ise, ameliyat öncesi ve sonrası yataklı bakım ve ayakta cerrahi girişimler şeklinde düzenlenmiştir. Operasyon öncesi ve sonrası hastanede konaklama ise, Temel Sağlık Yasası ile tıbben gerekli süre ile sınırlandırılmıştır. Her sigortalı, hastalığı gerektirirse sandığının onayladığı bir hastanede yataklı tedaviye alınır. Hastalar, ancak bir sandık hekiminin sevki ile veya acil müdahale gerektiren koşullarda hastaneye başvurabilirler.²⁶¹

Almanya'da daha önceleri donanımlı merkezi sağlık kuruluşları tarafından yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri ve bir takım koruyucu sağlık hizmetleri, günümüzde yerel sağlık örgütlerinde pratisyen hekimler tarafından yürütülmektedir. Ülkede her hastanın bir sigorta kartı bulunmakta, hasta bu kartı verdiği hekime üç ay süreyle bağlı kalmaktadır. Hasta geçerli bir sebebi olmadıkça hekimini değiştirememektedir. Ayrıca kural olarak, hasta hekimine 24 saat ulaşabilmektedir.²⁶² Genel pratisyenler bir başka ifadeyle aile hekimleri, özel tanı, muayene veya tedavi gerektiren hastalar ile uzman müdahalesi gereken hastaları bir uzmana veya hastaneye sevk ederler. Görüldüğü üzere, Almanya' da sağlık hizmetlerinden yararlanırken sevk zincirine uymak gerekmektedir. Sevk zincirinin ilk aşamasını ise, ülkemizde olduğu gibi aile hekimleri oluşturmaktadır. Ayrıca ülkede özellikle 2004 yılında yapılan sağlık reformundan sonra pratisyen hekimlere "Gate Keeper – Kapı Tutucu" görevi verilerek sevk zincirinin kontrolünü üstlenmeleri sağlanmıştır. Birinci basamak hekimlerinin, hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etme yetkisine sahip olmasına kapı tutuculuk (gatekeeping) denmektedir. Böylece hastalar, uzmanlık hizmetine acil haller dışında ancak birinci basamak hekimlerinin sevki ile ulaşabilmektedirler. Hastaların ilk başvuru aşamasında bir uzman ya da genel pratisyene (GP) gitmekte özgür olduğu, uzmanlık hizmetlerine erişimin kontrol edilmediği uygulama ise açık sistem olarak adlandırılmaktadır.²⁶³ Adı geçen her iki sistemin de avantajları ve dezavantajları mevcuttur. Kapıtutuculuk sisteminde, genel pratisyenler her hastanın uzmana veya

²⁶¹ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 186.

²⁶² Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s:41.

²⁶³ Zeliha A. Öcek- Meltem Çiçeklioğlu- Meral Türk, 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtutuculuk Nedir? Türkiye'de Uygulanabilir mi?', Sted, Cilt:15, Sayı: 8, 2006, s:144.

hastaneye gitmesini önlemekte, sadece gerekli durumlarda hastayı sevk ederek uzman hekim ve hastanelerde gereksiz yığılmaları engellemektedirler. Böylece birinci basamak sağlık hizmetlerine oranla daha yoğun bilgi ve teknolojiye sahip uzmanlık hizmetlerinde hastalara daha fazla zaman ayrılabilir. Ancak bu sistem, genel pratisyenlerin rolünü yalnızca sevk hizmetine indirgediği için eleştirilmektedir. Ayrıca hastaların uzman hekim veya hastaneye sevk edildiklerinde randevunun uzun süre sonrasına verilmesi, bu nedenle kişilerin sağlık hizmeti alabilmek için uzun süre beklemesi ve var olan önemsiz bir rahatsızlığın ilerlemesine neden olması da bu sistemin dezavantajlarını oluşturmaktadır. Açık sistem de ise, hastaların genel pratisyen veya uzman hekim seçme serbestisi bulunmaktadır. Bir başka ifade ile hasta ilk başvuruda kendi tercihinine bağlı olarak ister genel pratisyene, isterse uzman hekime başvurabilir. Ancak bu sistemde, daha önce de bahsedildiği gibi ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yığılmalar oluşacak, daha ciddi hastalıklar için harcanması gereken zaman ve para bazen önemsiz rahatsızlıklar için sarf edilecektir. Bu çerçeveden bakıldığında, uzman hekime sevk edilen hastalara minimum sürede randevu verilebilen ve sağlıklı yürütülen sevk zincirinin bulunduğu bir sağlık sisteminde kapıtutuculuk sistemi daha uygulanabilir görünmektedir. Kapıtutucu GP'lerin doğru rehberliği ile hastanın uygun uzmanlık hizmetine ulaşması kolaylaşır ve hızlanır. Gereksiz tedavi riskinin önüne geçilerek, uzmanlık hizmetleri daha akılcı bir biçimde kullanılır.

Almanya'da her ne kadar kapıtutuculuk sistemine yönelme olsa da, ülkede kapıtutuculuktan çok açık sistemin uygulandığı görülmektedir. Açık sistemlerde, sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak yerine Almanya'da olduğu gibi ayakta ve yataklı bakım olarak sınıflandırılmaktadır. Bu durumda ayakta bakım hem birinci basamakla ilgili tüm hizmetleri, hem de muayenehane tabanlı uzmanlık hizmetlerini ve ayakta yapılan hastane tedavilerini kapsamaktadır.²⁶⁴ Ancak 2004 yılından itibaren Almanya'da da kapıtutuculuk uygulaması teşvik edilmektedir. Bu çerçevede, 2004 yılı itibarıyla uzmana doğrudan erişimde ek ödeme zorunluluğu getirilmiş, uzmanın bir diğer uzmana sevk etmesi için aile hekimi onayı gerekli hale gelmiştir. Hastane tedavilerinde aile hekimi sevki oranı artmıştır. Ayrıca ülkede kapıtutuculuğun teşviki için ve birinci basamağın tercih edilmesini sağlamak amacıyla genel pratisyen muayenehanelerinin

²⁶⁴ Zeliha A. Öcek- Meltem Çiçeklioğlu- Meral Türk (2006), a.g.m., s:145.

hizmet kapsamı genişletilmekte, genel pratisyenlerin eğitimine daha fazla önem verilmektedir.²⁶⁵

Sağlık hizmetlerinin uygulanması açısından bakıldığında, Almanya’da ayakta sağlık hizmetleri genel olarak genel pratisyenler veya diş hekimleri tarafından yürütülürken, uzmanlık hizmeti gerektiren durumlarda hasta GP’nin veya uzman hekimin sevk ile hastaneye sevk edilir. Almanya’ da hastaneler üç kısma ayrılır. Bunlar; Resmi Hastaneler, Özel Hastaneler, Dernek ve Vakıf Hastaneleridir. Devlet, eyaletler ve belediyeler tarafından işletilen resmi hastaneler, toplam yatak sayısının % 60’ tan fazlasını oluşturur. Özel hastaneler, toplam yatak sayısının %5’ini teşkil ederler, Dernek ve vakıf hastaneleri ise bu sayının %35’ini oluştururlar.²⁶⁶ Rakamlardan da anlaşılacağı üzere, Almanya’da hastanelerin çoğu resmi hastanelerden oluşmakta, ikinci sırayı dernek ve vakıf hastaneleri almaktadır. Özel hastaneler ise, %5’lik oranla son sırayı almaktadırlar.

Son olarak, Almanya’da sağlık sigortası uygulamalarında sigortalının yararlandığı hizmetlerden bahsetmek yerinde olacaktır. Almanya’ da sigortalılar, öncelikle bazı hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi, diş sağlığı ile ilgili önlemler gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanırlar. Bunun dışında hastane hizmetleri, sürekli bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve ev işleri yardımı, rehabilitasyon hizmetleri ve laboratuvar hizmetleri de sağlık sigortası çerçevesinde yararlanılan hizmetler arasında yer almaktadır. Sağlık sigortası uygulamaları, bu sağlık hizmetlerinin yanı sıra parasal yardımları da kapsamaktadır. Kural olarak işveren, hastalık nedeniyle çalışamaz duruma gelen sigortalıya ilk 6 hafta içinde ücretini tam olarak ödemeye devam etmektedir. 6 hafta sonra ise, işverenden ücret almayan sigortalı için sağlık sigortası devreye girmekte, sigorta hastaya brüt ücretinin % 70’ine denk gelen bir ücret ödemektedir. Ancak, çalışamaz duruma gelen hastaya yapılacak olan bu ödemeye bir sınırlama daha getirilmiştir. Buna göre, aynı hastalık için alınan hastalık parası 3 yıl için 78 haftayı geçmemektedir.²⁶⁷ Ülkemizde iş göremezlik ödeneğine²⁶⁸ karşılık gelen hastalık parası adı altındaki bu ödeme

²⁶⁵ Zeliha Öcek, ‘Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapı Tutuculuk’, http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2005-06/KapiTutuculuk_ZO.pdf

²⁶⁶ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 186.

²⁶⁷ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., 42.

²⁶⁸ 5510 s.K.’un 16 ncı maddesi uyarınca, Hastalık ve Analık Sigortasından sigortalıya hastalık veya analık hallerine bağlı olarak ortaya çıkan iş göremezlik süresince, günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilir

ile iş göremez veya çalışamaz duruma gelen sigortalının çalışmadığı süre zarfındaki maddi kaybını karşılamak amaçlanmıştır. Ancak, bu noktada özellikle belirtmek gerekir ki, ülkemizde sağlık hizmetleri GSS çerçevesinde verilmektedir. Ancak parasal yardımlar, genel sağlık sigortasından değil, kısa vadeli sigorta kollarından (hastalık sigortası, analık sigortası... gibi.) sağlanmaktadır.

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı üzere, Almanya’da da ülkemizde olduğu gibi başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sağlık sigortası kapsamında verilmektedir. Ancak Almanya’daki sağlık hizmetleri ile Türkiye’deki sağlık hizmetleri yelpazesi karşılaştırıldığında Almanya’nın hizmet kapsamının daha geniş olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Nitekim ev işleri yardımı, evde bakım hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinin Türkiye’de henüz uygulanmaması, uygulanırsa bile henüz tam anlamıyla yaygınlaştırılamaması bu ifadeyi kanıtlamaktadır.²⁶⁹ Ancak ülkemizde de GSS ile birlikte, gerek yardımcı üreme yöntemleri hizmeti, gerekse yurt dışında tedavi hizmeti gibi sağlık hizmetlerinin de kapsama alınması ile sağlık hizmetlerinin kapsamı büyük ölçüde genişletilmiştir.

3.3.5. Finansman

Almanya’da sağlık hizmetlerinin finansmanı, sosyal sigorta sistemi ile karşılanmaktadır. Bir başka ifade ile ülkede “*Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi*” hâkimdir. Bilindiği gibi sigortanın temelinde belirsizlik yatmaktadır. İnsanların ne zaman hastalanacağı ve hastalandığı zaman ne kadar para harcanacağı belli olmadığından riskleri kolektif bir şekilde karşılamayı amaçlayan “*sigorta sistemi*” ortaya çıkmıştır. Bismarck modeli olarak da anılan sosyal sigorta, temelde prime dayalı olarak sigorta anlayışı ile işçileri kazalara, hastalıklara, yaşlılığa ve malullüğe karşı korumayı amaçlamaktadır.

(5510 s.K. md.16/II). Hastalık nedeni ile çalışılmayan günlerde Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından ödenen geçici iş göremezlik ödeneği aylık ücretli işçilerin ücretlerinden mahsup edilir (4857 s.K. md.48/II). Ayrıca belirtmek gerekir ki, ülkemizde hastalık ve analık halinde verilecek iş göremezlik ödeneği, yatarak tedavilerde günlük kazancının yarısı, ayakta tedavilerde ise üçte ikisidir (5510 s.K. md.18/III).

²⁶⁹ Ortalama yaşam süresinin artması ile yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar da artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşlı ve yatağa bağımlı hastaların tıbbi bakım ve rehabilitasyonları, sağlık kuruluşları yerine kişinin kendi evi ve aile ortamında yapılması ülkemizde de model alınarak, evde bakım hizmetleri uygulaması ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Bu uygulama, hem hastane yataklarının uzun süre kullanımını engellemekte, hem de hastalar aile ortamında psikolojik olarak daha güçlü olmaktadır. Bu çerçevede ülkemizde de, 2005 yılında özel sağlık kuruluşları tarafından evde bakım hizmeti verilmesine imkân tanıyan düzenleme yapılmış, ardından evde sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları aracılığı ile verilmesi ve tüm ülkede etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulamaya konulması amacıyla çalışmalar başlatılmıştır. Bkz. Recep Akdağ (2009), a.g.m.

Ulusal sağlık sigortasının mimarı olan Bismarck'ın bu modeli, 1881 yılında Almanya' da başlamış, gelişen dünyada oldukça uygulama alanı bulmuştur. Modele göre sağlık sigortasında, üzerinde anlaşılan oranlarda prim ödeyerek, maliyetlerin bir kısmını çalışan, bir kısmını da işveren üstlenmektedir. Devlet ise, düzenleyici (regülasyon) fonksiyonunu üstlenerek ve bazen de düşük gelirli primlerine veya kronik hastalıkları olanlar gibi sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkıda bulunarak finansmanda katkı sağlar. Daha önce de belirtildiği gibi, Bismarck modeli dayanışma temelli bir finansman biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır.²⁷⁰ Ülkede zorunlu sağlık sigortası, genel vergiler, özel sağlık sigortasının yanında bazı kullanıcı katkıları da sağlık hizmetlerinin finansmanın da kullanılmaktadır.²⁷¹

Sosyal sigorta sisteminin temelini oluşturan primler, bireylerin gelirleri ile orantılıdır. Ancak belirtmek gerekir ki, hizmetten faydalanmak, ödenen primle bağlantılı değildir. Bir başka deyişle, çok geliri olandan çok, az geliri olandan az prim alınmakta, ancak hizmetten faydalanırken bu durum herhangi bir ayrıcalığa neden olmamaktadır. Almanya'da sigortalılar, aylık kazançlarının % 6,9'u oranında prim ödemektedirler. Emekliler de gelirlerinin %6,9'u oranında finansmana katılmaktadırlar.²⁷² Devlet ise, emekli çiftçilerin ve öğrencilerin sağlık hizmetlerini desteklemektedir. Ancak ülkede sağlık harcamalarının önemli bir kısmı hastalık fonlarıncı karşılanmaktadır. Yapılan araştırmalara göre, tüm sağlık harcamalarının %73'ü hastalık fonlarıncı karşılanmaktadır. %11'i ise, doğrudan yapılan cepten ödemelerle karşılanmaktadır. Alman hastalık fonları, ilk iki hafta alınan bir katkı payı dışında tüm hastane masraflarını karşılamaktadır. Ayaktan bakım hizmetlerinin %100'ü hastalık fonlarıncı karşılanmakta, reçetelenen ilaçlar için 2\$ katkı payı alınmaktadır.²⁷³

Görüldüğü üzere, sağlık hizmetlerinin finansmanında "sosyal sigorta ile finansman" yöntemini kullanan en iyi örneklerden biri Almanya'dır. Bu ülke, kendisini sosyal devlet olarak tanımlamakta ve vatandaşlarının sosyal güvenliği, öncelikli görevleri arasında yer

²⁷⁰ Türkan Yalçın- Hasan Hüseyin Yıldırım (2001), a.g.e.,s:4.

²⁷¹ David G. Green-Benedict Irvine (2001), a.g.e., s:54.

²⁷² Emekli olmadan önce herhangi bir sağlık sigortasına kayıtlı olanlar, emekli olduklarında da aynı sigorta kurumundan emekli sigortalı olarak zorunlu sigortalılıklarını sürdürebilmektedirler. Bkz. Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s: 40.

²⁷³ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s: 41-42.

almaktadır. Nüfusun %90'ı, her birinin bağımsız olduğu resmi hastalık sigortaları (Krankenkassen) kapsamında yer almakta ve her ay sağlık sigortasına belli bir prim ödemektedirler. Hemen her meslek dalının sigortası ayrı olup, prim miktarının kişinin kendi finansal durumuna göre belirlendiği resmi hastalık sigortaları, hastalık halinde sigortalıya kapsamlı koruma sağlarlar. Sigortalının yanında işveren de finansmana katılmaktadır. Devlet ise, düzenleme görevinin yanı sıra yoksul vatandaşlarının primlerine katkıda bulunarak finansmana katılır.

Ekonomik kalkınmanın da temel unsuru olan insanın, sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için gelişmiş ülkeler, sağlığa Gayri Safi Yurtiçi Hâsıllarından her geçen yıl daha fazla pay ayırabilmektedirler. Ülkeler sanayileştikçe ve gelir seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmakta, bireylerin de sağlık konusunda farkındalıkları artmaktadır. 2004 yılı verilerine bakıldığında, Almanya'da sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 10,9'dur. Bu oran, 2004 yılı OECD ülke ortalaması olan 8,9'dan oldukça yüksektir. Bir başka deyişle, Almanya GSYH'dan sağlığa oldukça yüksek bir pay ayırmaktadır. Aynı yıl Türkiye verilerine bakıldığında, Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı, %7,7'dir. Bu oranın OECD ülkelerine kıyasla oldukça düşük olduğu görülmektedir. Almanya'nın 2004 yılı kişi başına düşen sağlık harcaması 3005 USD'dir. OECD oranı ise, kişi başına 2550 USD'dir. Görüldüğü üzere, Almanya'nın kişi başına düşen sağlık harcaması rakamları da, OECD ülkeleri ortalamasına göre oldukça yüksektir. Türkiye ise, kişi başına 580 USD ile oldukça düşük seviyede yer almaktadır. Ayrıca belirtmek gerekir ki, temel sağlık göstergesi olarak kabul edilen doğumda yaşam beklentisi, 2004 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde 78,3 iken, Almanya'da 78,5 dolayındadır.²⁷⁴

Dünyadaki sağlık harcamalarının artmasına paralel olarak, Almanya'da da sağlık harcamaları artmakta, GSYH'den sağlığa ayrılan pay her geçen gün yükselmektedir. Bu durum, tüm ülkelerde olduğu gibi bu ülkede de finansman sorununu beraberinde getirmektedir. Bu çerçevede yaşlanan nüfus, doğum oranlarındaki düşüş (genç nüfusun giderek azalması) ve sağlık giderlerindeki aşırı artış nedeniyle, dünyada olduğu gibi

²⁷⁴ Filiz Ersöz (2008), a.g.e., s:97.

Almanya'nın da sağlık sisteminin borçlanma altında olduğunu ve ülkede sağlık maliyetlerini azaltmak için reform arayışlarının halen sürdüğünü söylemek mümkündür.

3.4. FRANSA SAĞLIK SİSTEMİ

3.4.1. Genel Olarak

Fransa, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2000 yılı Raporu'nda dünyanın en iyi sağlık sistemi olarak nitelendirilmiştir.²⁷⁵ Ayrıca aynı Rapor'a göre, sağlık seviyesinin yükseltilmesi konusunda en fazla kazanımı gerçekleştirmiş olan ilk üç ülke içinde, Japonya ve Avustralya'nın yanında Fransa da yer almaktadır.²⁷⁶ Fransa'da sağlık sistemi, ulusal sosyal sigorta sistemi üzerine kurulmuştur. Sistem, vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı hastalık sigortaları ile de desteklenmektedir. Fransa'da yasal ikamet hakkına sahip olan herkes genel hastalık sigortasından faydalanabilmektedir. 2000 yılında kabul edilen genel hastalık sigortası ile toplumun %99'u sigorta kapsamına alınmıştır. Böylece belirli bir gelir düzeyinin altında kalan kişiler de sigortalı olmuştur. Genel hastalık sigortası, pratisyen ve uzman hekim masrafları, bakım ve protez masrafları, laboratuvar tetkikleri, cerrahi girişimler, hastane yatışları gibi sağlık giderlerini karşılamaktadır.²⁷⁷

Fransa, yönetim (direction) ve korumacılıkta (protectionism) şöhrete sahip bir ülkedir. Ancak Fransız sağlık sistemi, eşitlikçilik ve liberalizm gibi iki zıt ideolojinin uzlaşmasında temellenir. Ülkede, seçim hakkı ve rekabet korunmasına rağmen tüm vatandaşların eşit olduğu söylenir. Sonuç olarak Fransız sistemi, kamu ve özel sektörün karışımından oluşan karma bir sistemdir. Daha önce de belirtildiği gibi, asıl olarak sosyal sigorta ile finanse edilir. Ancak bunun yanında, tamamlayıcı sigorta sektörü de önemli bir yer tutmaktadır.²⁷⁸

Gelişen dünya ile birlikte Fransız otoriteleri, sağlık hizmetlerine yapılan kamu harcamalarını kontrol altına almayı denemektedirler. Ekonomik gelişmenin yavaş olması,

²⁷⁵ Fransa'nın dünyanın en iyi sağlık sistemi olarak nitelendirilmesi, nüfusun genel sağlık durumu, bakım kalitesi, ulaşım kolaylığı, seçme özgürlüğü, hasta memnuniyeti olmak üzere 5 kritere göre yapılmıştır. Bkz. <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

²⁷⁶ Özgür Ugurluoğlu-Yusuf Çelik, 'Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı', Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1, Yıl:2005.

²⁷⁷ Fatih Yıldırım, 'Fransa Sağlık Sistemi', <http://www.istanbul.edu.tr/itf/halksagligi/ppt/fatih.yildirim-fransa.saglik.sistemi.ppt>

²⁷⁸ David G. Green-Benedict Irvine (2001), a.g.e., s: 29.

işsizliğin artması²⁷⁹, nüfusun yaşlanması, zorunlu sağlık sigortasındaki sağlık giderlerinde artışa ve bunun sonucunda bütçe açığının oluşmasına neden olmaktadır. Ardı ardına gelen Fransız Hükümetleri, farklı çözüm aşamaları ile tedariklerin sınırlandırılması, kapsamın sınırlandırılması ve taleplerin bastırılması gibi gittikçe yükselen çeşitli masrafları kısma politikalarını uygulamayı denemişlerdir. Tüm bu çabalar, toplumun hoşnutsuzluğu ve medikal birliklerin çoğunluğunun muhalefeti ile karşılaşırken, 1999 yılında bütçe dengesine ulaşılmıştır.²⁸⁰ Daha önce de belirtildiği gibi 2000 yılında da Fransa sağlık sistemi, DSÖ tarafından dünyanın en iyi sağlık sistemi olarak kabul görmüştür. Fransız sağlık sistemi, nüfusun sağlık statüsünün yüksek olduğu, hasta ve hekimlerin tercihlerinde özgür olduğu, sağlık hizmetlerine erişimin kolay olduğu, bekleme listelerinin olmadığı bir sistemdir.²⁸¹ Fransa’da anlatılan anekdotlara göre, normal bir Fransız vatandaşı hastalandığı zaman kendi kendine bir tanı koyar ve daha sonra kendi tanısını doğrulayan ve buna uygun tedavi uygulayan bir doktor bulana kadar sayısız uzmanın kapısını çalar. Buradan anlaşıldığı üzere, ülkede hekim seçme özgürlüğü bulunmakta, kapıtutuculuk sistemi uygulanmamaktadır. Hekim seçme özgürlüğünün ve hizmete erişimin kolay olduğu bu sistemde, hastaların bu şekilde genel pratisyen ve uzman aramaları, hem sağlık sonuçları hem de sağlık hizmetlerinin işleyişi ve maliyeti açısından sağlık sistemlerine önemli yükler getirmektedir.²⁸² Bu çerçevede, tüm dünyada olduğu gibi Fransa’da da gerekli finansmanın sağlanması ve sağlık sigortası açıklarının kapatılması için, primlerin artırılması, vergilerde artırımlar, gereksiz harcamaların azaltılması gibi bir takım önlemler alınması gündemin önemli maddelerini oluşturmaktadır.

3.4.2. Kapsam

Fransa sağlık sistemi, sağlık durumları ve gelirleri fark etmeksizin herkesi koruma altına almayı amaçlayan bir sistemdir. Fransa’ da yaşayan herkes sosyal sağlık sigortası kapsamındadır. Fransa’ da yasal olarak ikamet edenler, ikamet ettiklere yere ve meslek durumlarına göre otomatik olarak sağlık sigortasına kaydedilir. Ayrıca yeni işe giren

²⁷⁹ Fransa için halen önemli bir sorun teşkil eden işsizlik, 2006 verilerine göre % 9,1 dolayındadır. Bkz. <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

²⁸⁰ David G. Green-Benedict Irvine (2001), a.g.e., s:29.

²⁸¹ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., 42.

²⁸² Zeliha A. Öcek- Meltem Çiçeklioğlu- Meral Türk (2006), a.g.m., s: 144.

herkes için gerekli bildirim yapılarak, sigorta kapsamına alınır ve her türlü yasal hakkı korunur.²⁸³

Fransa, GSMH' sine oran itibariyle ABD ve İsviçre'nin ardından dünyada sağlığa en fazla harcama yapan üçüncü ülkedir. Sağlık harcamaları Fransa'da GSMH' nin %11'ine ulaşmıştır. Fransa'da ikamet eden herkes 2000 yılından beri Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında olup, sağlık sigortası üç büyük, 11 küçük fon tarafından sağlanmaktadır. Bu fonların en büyüğü ücretli çalışanlar içindir ve Fransa'da ikamet edenlerin %84'ünü kapsamaktadır (La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, CNAMTS). İkinci en büyük fon çiftçiler ve tarım çalışanları içindir ve nüfusun %7'sini kapsamaktadır (Mutualité Sociale Agricole, MSA). Üçüncü büyük fon ise bağımsız çalışanlar içindir ve nüfusun %5'ini kapsamaktadır (Régime Social des Indépendants, RSI). Nüfusun %4'lük kesimi ise diğer küçük fonlar tarafından kapsanır. Yasal statü itibariyle bu fonların tamamı kamu hizmeti sağlamakla mükellef özerk bir kamu kurumu niteliğinde, Sosyal Güvenlik Bakanlığının denetimindedirler.²⁸⁴

Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde Almanya'dan sonra en kalabalık ülke olan Fransa'nın nüfusu 2009 verilerine göre 65 milyondur. Nüfusun % 65'i 15-64 yaş arasında yer almakta, ortalama yaşam süresi 80 yıl civarında seyretmektedir. 2000 yılında Fransa'da uygulamaya konulan "genel sağlık sigortası" ile toplumun %99,9'u hastalık sigortası kapsamına girmiştir. Bu çerçevede yasal ikamet hakkına sahip olan herkes sigortayla korunmaktadır. Ayrıca kişi istediği hekimi seçmekte özgür olup, gün içerisinde birden çok doktora muayene olabilir. Bunun yanında, kamu hastanesi, özel hastane veya üniversite hastanesini tercih etme konusunda tercih hakkı kişiye verilmiştir. Bir başka ifade ile kişi hastalandığında bu hastanelerden istediğini seçme hakkına sahiptir.²⁸⁵ Fransızların %80'den fazlası kendileri veya işletmeleri tarafından ödenen ek bir sigortaya sahiptir. Bu

²⁸³ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., 43.

²⁸⁴ İsmail Serdaroğlu-Uğur Kevenk, 'Fransız Sağlık Sistemi'nde Kalite ve Akreditasyon', <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/uspem/6.pdf>

²⁸⁵ <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

orana ek olarak, en fakir kesimi oluşturan halkın %10'u için ilgili sigorta ücretsizdir. Burada vergiyle finanse edilen Evrensel Hastalık Kefaleti (CMU) devreye girmektedir.²⁸⁶

Genel sağlık sigortası kapsamına alınan nüfus açısından bakıldığında Fransa, neredeyse tüm nüfusu koruma altına alarak, temel insan hakkı olan sağlık hakkını güvence altına almayı başaran ender ülkelerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.4.3. Örgütlenme

Fransa'da sağlık sigortaları, Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı'nın denetiminde Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından yürütülmektedir. Ulusal sağlık sigortasının bir alt basamağında Bölge Sağlık Sigortaları bulunmaktadır. Bölge Sağlık Sigortalarının görevi, bir alt basamaktaki yerel sigorta kurumlarının koordinasyonunu ve finansmanını sağlamaktır. Birinci basamaktaki sağlık sigortası olan yerel sağlık sigortalarının görevi ise, sigortalıların kayıt işlemlerini, nakit para yardımlarının ödenmesini ve tıbbi yardım giderlerinin geri ödenmesini sağlamaktır.²⁸⁷ Bu ifadelerden de anlaşılacağı üzere Fransa'da sağlık sigortaları ulusal sağlık sigortası, bölge sağlık sigortaları ve yerel sağlık sigortaları olmak üzere üç basamağa ayrılmış, küçük toplum birimlerinde yaşayan insanların da hizmete rahatça ulaşabilmesi sağlanmıştır.

Fransa'da 1990'lı yılların başından beri ve özellikle Nisan 1996 tarihli talimatlarla²⁸⁸ Devletin himayesi gittikçe daha fazla rol oynamaya başlamıştır. Devlet, himayecilik görevini, merkeze bağlı, bölgesel ve vilayetlere bağlı hizmet birimleriyle yerine getirmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı, birincisi kamu sağlığıyla ilgilenen Sağlık Genel Müdürlüğü (DGS) ile ikincisi Hastaneler ve Tedavi Organizasyonu ile ilgili Müdürlüğü (DHOS) olmak üzere, iki büyük müdürlüğün dışında, devlet çok sayıda komite ve ajans kurmuş ve bazı önemli yetkiler belirlenen "kamu sağlığı ajanslarına" aktarılmıştır (Ulusal Sağlık Nöbeti Enstitüsü, Fransız Sağlık Ürünleri için Sağlık Güvenliği Ajansı, Fransız Besin Sağlık Güvenliği Ajansı, Çevre Sağlık Güvenliği Ajansı, Fransız Kan Kurumu, Fransız Organ Nakli Kurumu gibi). Özel veya kamu hastaneleri, eczaneler sadece

²⁸⁶ Jean de Kervasdoué, 'Fransa'da Sağlık ve Sağlık Sistemi', Fransa'nın Türkiye Büyükelçiliği, Temmuz 2002, <http://www.ambafrance-tr.org/ecriture/upload/fis/fis19.htm>

²⁸⁷ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s: 43.

²⁸⁸ Fransa'da 24 Nisan 1996 tarih ve 96-346 sayılı 'Hastaneler Reformu Kararnamesi' çıkarılmıştır. Bkz. İsmail Serdaroğlu-Uğur Kevenk, a.g.m., <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/uspem/6.pdf>

Devletin himayesi altında olmakla beraber Devlet, temel konularda hastane sektörünün himayesi için bölgesel hastane ajanslarını (ARH) yetkili kılmıştır. Her bölgenin bölgesel hastane ajansı, her sağlık kurumunun stratejisini, bütçesini (kamu ve özel) veya tarifesini kontrol etmektedir. Yine bölgesel düzeyde Hastalık sigortası kasaları Birlikleri (URCAM) üç temel sigorta branşını yönetmektedir.²⁸⁹ Bu kurumların dışında iki tip mesleki organizasyon vardır. Tabipler Birliği, Eczacılar, Diş Hekimleri Birlikleri ve Sendikal Örgütler.²⁹⁰

Fransa'da sağlık kurumları, kamu hastaneleri, özel klinikler ve gelir amacı gütmeyen tedavi kurumları olmak üzere üçe ayrılır.²⁹¹

- **Kamu Hastaneleri:** Bölgesel, Üniversite, Yerel ve Genel Hastaneler bu kategoride yer almaktadır. En küçük yerel hastanenin en az 300 çalışanı vardır. Paris'teki Kamu Yardım Hastanesi, Paris'in ve Kamu Hastanelerinin en büyüğü olması açısından önemlidir. Bugün bu kuruluş, tıbbın bütün uzmanlık dallarını ve en gelişmiş ülkelerin bütün sağlıkla ilgili mesleklerini bir çatı altında toplayan bir teknoloji tapınağı olarak, birçok alanı içinde barındıran bir kurum olarak varlığını sürdürmektedir.
- **Özel Hastaneler:** Özel Hastaneler, günlük ücret ve hastanın hastanede kalma süresince yapılan müdahalelerinin türünü dikkate alan bir tarife sistemiyle finanse edilmektedir. Bu müdahaleler ulusal fiyat listesine tabi olsalar dahi, ödenen ve geri alınan miktarlar, bir kurumdan diğerine değişebilmektedir.
- **Gelir Amacı Gütmeyen Tedavi Kurumları:** Gelir amacı gütmeyen tedavi kurumları, özel sektör ve kamu sektörü arasında yer alan üçüncü tip kurumlardır. Bu kurumlar, hastaneye yatanlara verilen kamu hizmetine katılan özel

²⁸⁹ Fransa'da zorunlu hastalık sigortası üç temel branşı kapsamaktadır. Bunlardan ilki genel rejim, diğer adıyla sosyal sigortadır. Bu rejim, %84'lük bir oranla Endüstri ve Ticaret ücretlileri ile ailelerini kapsar. İkincisi tarım rejimidir. Bu rejimde, %7,2'lik oranla çiftçileri ve ailelerini kapsamaktadır. Son olarak, %5'lik oranla serbest çalışanları kapsayan serbest çalışan rejimi bulunmaktadır. Bkz. <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

²⁹⁰ <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

²⁹¹ Jean de Kervasdoué (2002), a.g.e., ayrıca bkz. <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

hastanelerdir. Kaynağı genellikle dine dayalıdır. Özel hastaneler gibi global tahsisatla finanse edilirler ve klinikler gibi de, özel hukuka tabidirler.

Son olarak belirtmek gerekir ki, Fransa Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilat şemasına bakıldığında yatay yapılanma şeklinde yapılandıkları ortaya çıkmaktadır. Bu yapılanma çeşidinin, iletişim kanallarının daimi açık tutulması, ortak hedeflere yönelmede sinerji yaratması, verimlilik ve etkililik açılarından dikey yapılanma örgüt modellerine göre, daha fazla olumlu hususları bulunması nedenleri ile tercih edildiği görüşü ağır basmaktadır.²⁹²

Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın organizasyon şemasına bakıldığında ise, Fransa'nın aksine dikey örgütlenme modelinin tercih edildiği görülmektedir.²⁹³

3.4.4. Uygulama

Fransız sağlık sistemi, birbiri ardına yapılan düzenlemeler sonunda, bir asırdan fazla bir zamanda kurulmuştur. Liberalizm ile zorunluluk, denetim ile aşırı hoşgörü, merkezîyetçilik ile özerklik karışımı sistem, yararlananlarını, kaliteden yoksun bırakmamaktadır. Sistem, herkese tedavi olma ve tıbbi araştırmaların son buluşlarından yararlanma olanağı sunmaktadır. Aslına bakılırsa, Fransız halkının sağlığı genelde çok iyi durumdadır. Ayrıca Fransızlar, sağlık konusunda, çoğu zaman çeşitlilikleri ve sağladıkları garantilerin önemi bakımından istisnai sayılacak çok sayıda hakka sahiptirler. Daha önce de belirtildiği gibi ülkede yasal ikamet hakkına sahip olan herkes, hastalık sigortasıyla korunmaktadır. Fransızların %96'dan fazlası için tedaviler tamamen ücretsizdir veya %100

²⁹² <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

²⁹³ Türkiye'de Sağlık Bakanlığı teşkilatı 'Merkez Teşkilatı' ve 'Taşra Teşkilatı' olmak üzere ikiye ayrılmış ve dikey örgütlenme şeklinde örgütlenmiştir. Bakanlıkta en yetkili kişi Sağlık Bakanı'dır. Ayrıntılı bilgi için bkz. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EFABACAB5D1FD5A312> Ayrıca Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın dışında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı bulunmaktadır. GSS ile ilgili tüm işlemlerden sorumlu olan Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı bünyesinde bulunmakta, Sağlık Bakanlığı makamının onayı ile uygun görülen 7 adet daire başkanlığından oluşmaktadır. Bunlar; Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı, Tıbbi Malzeme Daire Başkanlığı, İlaç ve Eczacılık Daire Başkanlığı, Politika Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Sigortacılığı Daire Başkanlığı, İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı, Maluliyet ve Sağlık Kurulları Daire Başkanlığı'dır. Ayrıntılı bilgi için bkz. 21.05.2010 tarihli B.13.2.SGK.0.11.05.00/327 sayılı 'Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görev Dağılımı' konulu Genelge, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/b517ed80429e631bb903bb6fee59c98/2010_65.pdf?MOD=AJPERES

geri ödenebilir. Ama esas istisnai olan, Fransızlar gelir düzeyi ne olursa olsun, tam bir özgürlük içerisinde seçim yapma hakkına sahiptirler. Böylece bir gün içerisinde, birkaç pratisyen veya uzman tıp doktoruna doğrudan gidip muayene olabilirler, bir kamu veya özel hastaneye başvurabilirler, bir üniversite hastanesine veya genel bir hastaneye gidebilirler. Cerrahi müdahaleler için bekleme listesi yoktur ve bazı şehirlerde, maliyeti yüksek tıbbi film çekimleri için alınan katkı payı dışında, hiçbir maliyet yoktur. Ancak bu durum, bütün tedaviler için geçerli değildir. Şöyle ki, hasta yaptırmış olduğu zorunlu hastalık veya ek sigortasının ücretini tamamen geri ödemeyi kabul etmediği bir doktora gidebilir. Bunu bilerek o doktora giden hasta, sağlık masraflarını da kendisi karşılayacaktır.²⁹⁴

Fransa'da hizmet basamakları, iki basamak şeklinde belirlenmiştir. Ayaktan hizmetler de denilen birinci basamakta, aile hekimleri, serbest hekimler, dispanserler, hastaneler, evde bakım hizmetleri yer almaktadır. Ayakta hizmetlerin 2/3'si evde bakımdır. Yoksullar ayaktan bakım hizmetlerini daha çok belediyelerce ya da vakıflarca yönetilen dispanserlerden almaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde ise, kamu hastaneleri, özel hastaneler ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar yer almaktadır. Özel sektöre ait olanlar küçük cerrahi girişimleri yaparken, kamu hastaneleri ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar acilleri, rehabilitasyon, uzun süreli tedavi ve psikiyatrik tedavileri üstlenmektedir.²⁹⁵

Sağlık giderlerinin ödenmesi ile ilgili olarak, uygulamada “üçlü geri ödeme sistemi” bulunmaktadır. Bu sistemde, hasta önce ödemeyi yapar, sonra kısmen ya da tamamını geri ödeme şeklinde hastalık sigortasından alır. Örneğin, birinci basamak hizmet kapsamında Sosyal Sigortalar Kurumunun anlaşmalı olduğu hekime giden bir hasta, ya belirlenmiş olan hekim fiyatını kendi öder ve sonradan sigorta kurumundan geri alır ya da her hekim kendi ücretini belirler, hasta ödemeyi yapar ve daha sonra ilk yöntemde belirlenmiş ücreti sigortadan geri alır. Fazla olan miktar varsa, hasta tarafından finanse edilir. Birinci basamaktaki hekimlerin hastaları ikinci basamağa sevk etmede etkili bir rolü yoktur, hasta isterse doğrudan uzman bir hekime ya da hastaneye başvurabilmektedir.²⁹⁶

²⁹⁴ Jean de Kervasdoué (2002), a.g.e.

²⁹⁵ <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

²⁹⁶ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s:43-44., Ayrıca bkz. <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

Bu çerçevede, Fransa'da birinci basamak hekimlerinin kapıtutuculuk görevini üstlenmediğini söylemek mümkündür. Ülkede kapıtutuculuk uygulamasına geçiş, meslek örgütlerinin büyük bölümünün direnciyle karşılaşılması ve bazı birinci basamak örgütlerinin başlangıçtaki güçlü desteklerinin zayıflaması üzerine başlamadan sonlanmıştır.²⁹⁷ Ancak 2006 yılında sevk zinciri oluşturmak amacıyla aile hekimliği reformu uygulamaya konulmuştur. Bu reformla birlikte, her Fransız bir aile doktoru seçmekte, böylece düzenli bir hizmet almaktadır. Hekim, isterse başka birine sevk edebilir fakat reçeteleri ve tedavileri sonlandırma hakkı aile hekimindedir. Sigortalı kişi 16 yaşından büyük olmak kaydıyla hekimini seçip değiştirme hakkına sahiptir. Aile hekimi seçmeyen veya başka bir hekime başvurular daha az geri ödeme alacaklardır.²⁹⁸

Fransa'da hastalar kamu hastanelerinde katkı payı harici ücret ödememektedirler. Özel hastane ya da doktorlara başvuru halinde ise, hastaya ibraz edeceği fatura karşılığı devlet tarafından belirlenen ve alınan hizmetin kamudaki karşılığı olan sabit bir miktar geri ödenmektedir. Alınan sağlık hizmet karşılığında ödenen katkı payı, alınan hizmetin niteliğine göre değişmektedir. Örneğin ilaçlar 4 kategoriye ayrılmış olup hayati ilaçlar %100, normal ilaçlar %65, vitamin gibi bazı ilaçlar %35 oranında geri ödenirken, bir kısım ilaçta geri ödeme hiç yapılmaz. Tüm sağlık sektöründe devlet tarafından yürürlüğe konan fiyat kontrolleri uygulanır. Ancak katkı payı ödeme yükümlülüğü hastalığın ilerlemesi durumunda ortadan kalkmaktadır. Örneğin, 30 günü aşkın hastane yatışlarında, ciddi ve kronik hastalık durumlarında, puanı belli bir seviyenin üzerindeki ameliyatlarda katkı payı muafiyeti uygulanmaktadır. Ayrıca, belirli bir eşğin altında gelire sahip olan hastalardan da katkı payı alınmamaktadır, dolayısıyla kronik veya ilerlemiş hastalık durumlarında sistemin sosyal dayanışma boyutu ön plana çıkmaktadır.²⁹⁹

Ülkede sağlık sigortası, sağlık yardımlarının yanında parasal yardım da yapmaktadır. Sağlık sigortası kapsamında bütün ücretli ve ücretsiz çalışanlar, aylık sahipleri (malullük) işsizler, iş kazası geliri alanlar, gençler, askerlikten muaf olan gençler, sakatlar, yalnız yaşayan ve anne baba yardımı alanlar, mesleki eğitim stajyerleri, yüksek öğrenim öğrencileri ve tutuklular bulunmaktadır. Bu grupların hak sahipleri de sigortadan

²⁹⁷ Zeliha A. Öcek- Meltem Çiçeklioğlu- Meral Türk (2006), a.g.m., s:145.

²⁹⁸ <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

²⁹⁹ İsmail Serdaroğlu-Uğur Kevenk, a.g.m., <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/uspem/6.pdf>

yararlanabilirken, parasal yardımdan ancak sigortalının kendisi yararlanabilir. Bütün sigortalılar bir hastalıktan ileri gelen iş görmezlik süresi boyunca hastalık parası almaktadırlar. İşsizler de, işsizlik ödeneği aldıkları süre boyunca ve bu ödenek sona erdikten itibaren 1 yıl boyunca parasal yardımları almaya devam etmektedirler.³⁰⁰

3.4.5. Finansman

Fransa sağlık sistemi, ulusal sosyal sigorta sistemi üzerine kurulmuştur. Sistem, vergilerle ve isteğe bağlı hastalık sigortaları ile desteklenmektedir. Bir başka ifadeyle, Fransız sağlık sistemi hem vergi tabanlı, hem de çalışan ve işverenlerden alınan sosyal sağlık sigortası katkıları esasına dayanmaktadır. Bunun yanında isteğe bağlı hastalık sigortalarının payı da azımsanmayacak orandadır. Bu çerçevede ülkede sağlık hizmetleri, hükümetçe ve sağlık sigortası düzenlemeleri ile temin edilerek karşılanır. Sigortalılar, toplam aylık gelirlerinin % 6,8' i oranında, emekliler aylık gelirlerinin %1,4'ü oranında prim ödemekle yükümlüdürler. Düşük gelirli emekliler muaf tutulurken, işsizler kendilerine garanti edilen asgari ücretin %2'si oranında, işverenler işçinin aylık ücretinin %12,8'i oranında, öğrenci ve gençler de sabit bir oranla sigortaya katılmaktadırlar.³⁰¹ Asıl finansman kaynağını oluşturan primlerin dışında başka hastalık sigortası finansman kaynakları da vardır. Bunlar, bir çeşit gelir vergisi olan “*genel sosyal katkı*” ile “*vergi*” lerdir. Genel sosyal katkı (GSK), hastalık sigortası kaynaklarının %34,5'ini, doğrudan vergiler %3,9'unu, dolaylı vergiler ise, %5,9'unu oluşturmaktadır. 2000 yılı verilerine göre, GSK ve vergiler hastalık sigortası kaynaklarının %45'ini oluşturmaktadır.³⁰²

Fransa'da dayanışma, zenginlerle fakirler arasında olduğu kadar, Sosyal Güvenliğin bir dalı olan hastalık sigortası kanalıyla, hastalarla sağlıklı kişiler arasında da uygulanmaktadır. İlgili dayanışmanın finansmanı, maaşlardan kesilen aidatlar (toplam gelirin %60'ı), doğrudan vergilendirme yolu (tütün ve alkol tüketiminden alınan vergiler), ve özellikle de, emeklilik ve sermaye gelirleri dâhil olmak üzere, bütün gelirlerden belli bir oranda, ödenen doğrudan katkılar sayesinde (Genelleştirilmiş Sosyal Katkı Payı- CSG) kaynak bulmaktadır.³⁰³ Sağlığa ayrılan bu kaynaklar ile sağlık harcamaları yapılmaktadır.

³⁰⁰ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s:44.

³⁰¹ Ayşe Günaydın (2007), a.g.e., s:45.

³⁰² <http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

³⁰³ Jean de Kervasdoué (2002), a.g.e.

Fransa, GSYH' sine oran itibariyle ABD, İsviçre ve Almanya'nın ardından dünyada sağlığa en fazla harcama yapan dördüncü ülke olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık harcamaları Fransa'da GSYH'nin %11'ine ulaşmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcaması bakımından ise, tüm OECD ülkeleri içinde 3159 USD ile yedinci sırada yer almaktadır. Günümüzde gelişmiş veya belli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan sağlığının korunup geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için her yıl daha fazla kaynak tahsis etmektedirler.³⁰⁴ Böylece her geçen gün sağlık harcamaları artmakta, bu durum da finansman sorununu gündeme getirmektedir. Fransa'da da birçok ülkede olduğu gibi sağlık sigortasının açığının kapatılması için primlerin artırılması, kronik hastalıkların tedavilerinin karşılanmasında yeni arayışlar, vergilerde artırımlar, pahalı ilaçların geri ödemelerinin azaltılması, gereksiz harcamaların azaltılması gibi bir takım önlemler alınması gündemdedir.³⁰⁵ Ancak bu noktada "finansal katkıda adalet" kavramı ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Raporu 2000, adil finansmanı, "*toplam sağlık katkısının toplam gıda dışı harcamalara oranının, gelir, sağlık durumu ya da sağlık hizmeti kullanımından bağımsız olarak tüm hane halklarında benzer olması*" olarak tanımlamaktadır. Adil olmak için, sağlık sisteminin finansmanı, iki önemli noktaya dikkat etmelidir. İlki hane halkları yoksullaştırılmamalıdır veya ihtiyaç duyduğu sağlık bakımını elde etmede gelirlerinin büyük bir kısmını harcamamalıdır. İkinci olarak, yoksul hane halkları, zengin hane halklarına göre sağlık sistemine daha az ödemelidirler. Bu yalnızca fakir hane halklarının düşük gelire sahip olmasından değil, aynı zamanda, bu gelirlerinin geniş bir kısmının gıda ve barınma gibi temel ihtiyaçlara gitmesindedir. Sağlık ihtiyacı, diğer ihtiyaç ve çoğu tüketilen mal ve hizmetlerden farklıdır. Bu da adil finansman amacını önemli kılmaktadır. Çünkü sağlık bakımı yıkıcı bir biçimde maliyetli olabilir. Bakım ihtiyaçlarının çoğu tahmin edilemez, bu yüzden insanların finansal yıkım ve sağlığın kaybı arasında seçim yapmaktan korunması önemlidir. Risk paylaşım mekanizması ve finansal koruma sağlanması bu sebeple önem kazanmaktadır.³⁰⁶ Dolayısıyla finansman sorununu

³⁰⁴ Kişi başına düşen sağlık harcaması açısından OECD ortalaması, 2550 USD'dir. Türkiye kişi başına sağlık harcaması bakımından tüm OECD ülkeleri içinde 580 USD ile son sırada yer almaktadır (2004 yılı verilerine göre). Bkz. Filiz Ersöz (2008), a.g.e., s:97.

³⁰⁵ Fatih Yıldırım, 'Fransa Sağlık Sistemi', <http://www.istanbul.edu.tr/itf/halksagligi/ppt/fatih.yildirim-fransa.saglik.sistemi.ppt>

³⁰⁶ Özgür Uğurluoğlu-Yusuf Çelik (2005), a.g.m., s:12.

özlemek amaçlanırken, bir taraftan sağlığın korunmasının, temel bir insan hakkı ve sosyal devlet olmanın gereği olduğu unutulmamalıdır.

Kısaca özetlemek gerekirse, vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı hastalık sigortaları (özel, vakıf) ile desteklenen ve Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi üzerine kurulu olan Fransa sağlık sistemi, bu açıdan Bismarck modeli ile benzerlik göstermektedir. Çünkü ülkede sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Ancak herkesin benzer haklardan yararlanmasını hedefleyen ve neredeyse nüfusun tamamını kapsama alan bir sistem olduğundan, Fransa sağlık sisteminin ağırlıklı olarak İngiltere'deki Beveridge sisteminden esinlendiğini söylemek mümkündür.

IV. BÖLÜM

TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULANMASINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR GENEL OLARAK

Türkiye, 31 Aralık 2009 yılı itibariyle 72,5 milyonluk nüfusu ile oldukça kalabalık olan ülkelerden biridir. Hızla kentleşen yapıya sahip olan ülkemizde, toplumun eğitim düzeyi de hızla yükselmektedir. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça genç bir nüfus yapısına sahip olan Türkiye’ de işgücü, Mayıs 2010 itibariyle 25 milyon 901 bin’dir. 15 yaş ve üstü nüfus ise, 52 milyon 431 bin civarındadır. Ayrıca 15–64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfus, toplam nüfusun % 67’sini oluşturmaktadır. Ülkemiz nüfusunun %26’sı 0–14 yaş grubunda, % 7’si ise 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır. Rakamlardan da anlaşılacağı üzere Türkiye, oldukça genç bir nüfusa sahiptir. Ayrıca nüfus, günden güne artmaktadır. 2009 yılında Türkiye’nin yıllık nüfus artış hızı binde 14,5 olarak gerçekleşmiştir.³⁰⁷ Nüfus artışının bir sonucu olarak ortaya çıkan genç nüfusun fazlalığı, aktif sigortalı sayısını yükseltmekte, bu da prim gelirlerini artırmaktadır. Ancak bunun yanında nüfusun artması, sağlık hizmetlerine olan talebi de artırmaktadır. Bu da sağlık harcamalarını artırarak finansman sorununu gündeme getirmekte, ihtiyaç duyulan doktor, hemşire, hastane..vs. sayısını artırmaktadır.³⁰⁸ GSS’nin uygulamaya geçmesiyle birlikte tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması gibi etkenler de Türkiye’de sağlık maliyetlerini günden güne artırarak, GSS sistemindeki mali açığı giderek derinleştirmektedir.

³⁰⁷ www.tuik.gov.tr, ayrıca bkz.

<http://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCrkiye#Y.C3.BCz.C3.B6l.C3.A7.C3.BCm.C3.BC>

³⁰⁸ 2006 yılında doktor başına düşen nüfus 637, hemşire başına düşen nüfus 836, ebe başına düşen nüfus 1.685, diş hekimi başına düşen nüfus 4.007, eczacı başına düşen nüfus 2.965’dir. Ayrıca 2007 yılı verilerine göre, yataklı ve yataksız sağlık kurumlarının toplam sayısı 15.904, toplam yataklı sağlık kurumları sayısı 1.276, özele ait yataklı sağlık kurumu sayısı 365, üniversiteye ait yataklı sağlık kurumu sayısı ise 56’dır. Bkz. http://tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=GostergeListe&tb_id=6&ust_id=1

Finansmanla ilgili karşımıza çıkan bir diğer önemli problem de ülkemizde kayıt dışı ekonominin varlığının azımsanmayacak boyutlarda olmasıdır. %50' ye yaklaşan kayıt dışı istihdamın varlığı nedeniyle neredeyse, 10 kişiden 5'i kayıt dışı çalışmaktadır. En fazla tarım sektöründe görülen kayıt dışılık, diğer tüm sosyal güvenlik dallarında olduğu gibi genel sağlık sigortası prim gelirlerinde de azalmaya sebep olmaktadır.

Finansman sorununun yanında, ikinci olarak karşımıza kapsama alınan nüfus ile ilgili sorunlar çıkmaktadır. GSS ile birlikte, nüfusunun tamamının kapsama alınacağı, hatta yoksul vatandaşların primlerinin devlet tarafından karşılanarak tüm toplumun sağlık güvencesine kavuşturulacağı belirtilmektedir. Bu çerçevede, yoksulluk sınırının ülkenin sosyo-ekonomik koşullarına uygun bir şekilde belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Düşük seviyede belirlenen yoksulluk sınırı neticesinde, belli bir kesimin kapsam dışı kalması kaçınılmaz olacaktır. Bunun dışında yoksul vatandaşların sağlık sigortası priminin devlet tarafından ödenmesi ile ilgili olarak başka sorunların yaşanması da muhtemeldir. Bu uygulamada öncelikle, yoksul vatandaşların belirlenmesi aşamasında yapılacak olan gelir testinin sağlıklı bir şekilde uygulanması, tüm toplumun kapsama alınabilmesi için hayati öneme sahip bir değişkendir.

GSS'nin uygulanmasında aile hekimliği, GSS sistemin temel bileşenlerinden birini oluşturmaktadır. Ülkemizde uygulanacak hizmet basamakları ve sevk zincirinin ilk basamağını oluşturan aile hekimliğinin uygulanmasıyla ilgili olarak çok sayıda görüş ortaya atılmıştır. Kimi yaklaşımlara göre, bu uygulama ile birlikte ikinci ve üçüncü basamağa olan talep azalarak, sağlık maliyetleri düşürülecek ve hastanelerde hasta kuyrukları ortadan kalkacaktır. Kimi yaklaşımlara göre ise, aile hekimliğine geçmeden önce alt yapının iyi hazırlanması gerekmektedir. Şöyle ki, uzman olmayan aile hekimlerinin gözünden kaçacak en ufak bir detay, hastalığın tedavisinin uzamasına ve hatta hastanın hayatına mal olabilir. Dolayısıyla aile hekimi olacak hekimlerin iyi bir eğitim sürecinden geçmesi gerekmektedir. Nitekim henüz ülkemizde bu alt yapının oluşmadığı açıktır.

Son olarak GSS sistemi ile birlikte getirilen bir diğer değişiklik alanını "örgütlenme" konusu oluşturmaktadır. Bilindiği gibi GSS sistemi ile birlikte, tüm nüfus tek bir çatı altına, tek bir sağlık sistemi kapsamına alınmaktadır. Reformdan önce olduğu gibi SSK, Bağ-kur, Emekli sandığı gibi ayrı ayrı Kurumlar yerine, tüm nüfus Sosyal Güvenlik

Kurumu çatısı altında toplanmıştır. GSS ile birlikte de, SSK'lı, Bağ-kur'lu veya memur ayrımı yapılmadan tüm nüfus sağlık hizmetlerinden aynı kapsam ve kalitede faydalanır. Ayrıca GSS sistemi ile birlikte, sağlık hizmetini sunanlar ile finanse edenler birbirinden ayrılmıştır. Bu çerçevede GSS sistemi sağlık hizmeti üretmeyecek, yalnızca bir finansman sistemi olarak işlevini sürdürecektir. İhtiyacı olan sağlık hizmetlerini ise, sağlık hizmetleri sunucularından satın almak suretiyle karşılayacaktır. Bu kısımda GSS'nin uygulanmasında ortaya çıkan sorunlar sırasıyla kapsam, örgütlenme, uygulama ve finansman başlıkları ile incelenecektir.

4.1. Kapsam Açısından

GSS, sağlık hizmetlerinin tüm toplum birimlerine yaygınlaştırılmasını ifade eder. GSS sistemi ile birlikte, ülkede yaşayan tüm fertlerin sağlık sigortasından eşit ve etkin bir şekilde faydalanması amaçlanmaktadır. Öyle ki, 5510 s.K.un 60 ıncı maddesinde, GSS kapsamına alınanlar açısından vatandaş olan ve olmayan ayrımı yapılmamıştır. GSS, T.C vatandaşı olan herkesi ve T.C vatandaşı olmayan ancak Türkiye'de yaşayan çeşitli grupları sağlık hakkının kullanımı bakımından tek bir sistem altında birleştirmektedir. İstisnalar bir yana bırakıldığında, Türkiye'de ikamet eden herkes GSS kapsamına alınmaktadır. Ayrıca prim ödeyenlerle, primsiz sistem içinde yer alan fertler de hastalık riski karşısında tek bir sistem içinde sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınarak bütüncül bir yapı sergilenmektedir. Özetle 5510 s.K, 4/I-a, b, c kapsamında olan sigortalıların yanı sıra, vatansız ve sığınmacılar, yoksul vatandaşlar³⁰⁹, Kurum'dan gelir ve aylık alanlar.. vs. gibi grupları GSS kapsamına almaktadır. Bu açıdan bakıldığında, GSS sisteminin nüfus bakımından kapsayıcı bir niteliğe sahip olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

5510 sayılı Kanundan önce ülkemizde dağınık ve yararlanma koşulları birbirinden farklı sistemler mevcuttu. Bunun yanı sıra, nüfusun tümü kapsama alınamamış, tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi konusunda eşitlik sağlanamamıştı. Oysa kapsama

³⁰⁹ Kurumca belirlenecek test yöntemleri ile aile içindeki geliri kişi başına aylık asgari ücretin 1/3'ünden az olan (Bu tutar, 1 Ocak 2010–30 Haziran 2010 tarihleri arasında 243 TL; 1 Temmuz 2010- 31 Aralık 2010 tarihleri arasında 253,3 TL olarak uygulanacaktır.) vatandaşlar, 2012 yılına kadar 3816 s.K. kapsamında kendilerine yeşil kart verilerek sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanacak olup, 2012 yılından itibaren GSS primlerinin devlet tarafından ödenmesi suretiyle GSS kapsamına alınacaklardır. Ayrıca belirtmek gerekir ki, 2009 yılında 9.636.300 yoksul, yeşil kart sahibi olarak tedavi hizmetlerinden yararlanmıştı. Ancak yoksulların GSS primlerini devletin ödemeye başlaması ile bu sayı önemli ölçüde düşecektir. Bkz. Mustafa Kumlu (2010), a.g.m., s: 26.

alınan nüfusun fazla olması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması hastalıkların ilerlemesine engel olmakta, sağlıklı bir toplum yaratılmasına yardımcı olmaktadır. Bu düşünceden yola çıkılarak, Genel Sağlık Sigortası ile birlikte tüm nüfusun kapsama alınması için düzenlemeler yapılmıştır. Ancak yapılan bu düzenlemelere rağmen, hizmete erişme imkânı olmayan ve GSS çerçevesinde dahi kapsam dışında kalacak olan önemli bir nüfusun varlığı da muhtemeldir. Şöyle ki, 5510 s.K. Kurum tarafından belirlenecek test yöntemleri ile aile içindeki kişi başına gelirin asgari ücretin üçte birinden fazla olması halinde kişilerin kademeli olarak prim ödemesi esasını getirmiştir.³¹⁰ GSS uygulaması bakımından en fazla sıkıntı yaratacak alanlardan birini bu uygulama oluşturmaktadır. Bu uygulama kapsamında, çalıştığı halde geliri bu tutarların altında olanlar (özellikle kısa ve kısmi süreli çalışanlar), zorunlu sigortalılık ilişkisi sona eren ancak tekrar GSS sigortalısı sayılan bir statüde çalışmaya başlamayanlar, yaş ve eğitim için belirlenen yaş sınırını aşarak sigortalının bakmakla yükümlü olduğu çocuk kapsamında çıkanlar ve ilk defa bu Kanunla zorunlu sigortalı kapsamında olduğu halde geliri prime esas kazanç alt sınırından düşük olan tarımsal faaliyette bulunanlar (md.6/1-1) ile gelir vergisinden muaf olan esnaf ve sanatkârlardan geliri prime esas kazanç alt sınırının altında olanlar bu kapsamda GSS ile ilişkilendirileceklerdir.³¹¹ Ancak burada yaşanacak olan sıkıntı, belirlenen aile içindeki kişi başına gelir tutarı; asgari ücretin 1/3'ünün üzerinde olanlarla ilgilidir. Bilindiği gibi **yoksulluk sınırının** belirlenmesinde asgari ücret baz alınmıştır. Dolayısıyla yoksulluk eşiğinin ülke koşullarına uygun düşmeyecek seviyede belirlenmiş olduğunu söylemek mümkündür. Nitekim 1 Temmuz 2010- 31 Aralık 2010 tarihleri arasında belirlenen asgari ücret tutarı, brüt 760,50 TL olup, bu tutarın 1/3'ü 253 TL etmektedir. Yani aile içindeki geliri 253 TL üzerinde olanlar kademeli olarak prim ödeme yükümlüsü olacaklardır. Böylesine düşük bir gelire sahip olan kişilerin, bu yükümlülüklerini nasıl yerine getireceği konusu düşündürücüdür. Bu açıdan bakıldığında, yoksulluk sınırının bu derece düşük olmasının, ülke nüfusunun önemli bir kısmının GSS'den yararlanmalarını engellemesi sürpriz olmayacaktır. Dolayısıyla yoksulluk eşiğini ülkemiz koşullarına göre belirleyen, bu alanda hizmet sunan tüm kamu kurum ve kuruluşları ile Sosyal Yardımlaşma ve

³¹⁰ Aile içindeki kişi başına gelir tutarı; asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında ise prime esas günlük kazanç alt sınırının 30 günlük tutarının üçte biri, asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında ise prime esas günlük kazanç alt sınırının 30 günlük tutarı, asgari ücretin iki katından fazla ise, prime esas günlük kazanç alt sınırının 30 günlük tutarının 2 katı üzerinden GSS primi ödeyeceklerdir. Bkz. 5510 s.K. md.80.

³¹¹ Yusuf Alper (2010), a.g.m, s: 76.

Dayanışma Fonu dâhil tüm kamu kaynaklarını tek çatı altında toplayan, çağdaş sosyal yardım ve ödeme hizmeti sunan sistem kurulmadıkça yoksulların sosyal korumaya kavuşturulması olanaksızdır.³¹²

GSS'nin uygulanmasında kapsam ile ilgili olarak önemli sorun alanlarından birini de **gelir testi** konusu oluşturmaktadır. Gelir testinin sağlıklı bir şekilde uygulanması, tüm nüfusun kapsama alınabilmesi açısından sistemin başarısını veya başarısızlığını belirleyecek bir değişken olup, hayati öneme sahiptir. Gelir testi, ödeme gücü yetersiz olanların yanı sıra zorunlu sigortalılık ilişkisi sona erenlere yeniden sigortalı olacakları zamana kadar ve bakmakla yükümlü olunan aile fertlerinin bu nitelikleri değiştiği zaman yeni durumları belirli oluncaya kadar geçecek süre içinde uygulanacaktır. Ayrıca, bazı çalışan gruplarının gelir yetersizliği halinde zorunlu sigortalılık kapsamı dışında kalmaları ve kısa/kısmi süreli çalışanların eksik günlerinin GSS primlerinin kendileri tarafından ödenecek olması ve nihayet ücretsiz izinli olunan bazı durumlarda sigortalıların GSS primi ödeme yükümlülüğünün olması ve sayılan bu hallerde de gelir testinin yapılması gerekeceğinden uygulamanın önemi artmaktadır. Gelir testinin sonuçlarına göre, kişiler prim ödemediği veya asgari ücretin üçte biri ile 2 katı arasında değişen prime esas kazanç üzerinden GSS primi ödeyerek GSS kapsamına alınacaklardır. 2012 yılında hayata geçirilecek olan gelir testinin sürekli ve sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için geniş toplum kesimleri ile ilgili “çok yönlü demografik ve mali durum bilgilerinin” Kurum tarafından temin edilmesi, saklanması ve kullanılması zorunluluğu, zaman içinde Kurum’a temel görevlerini yerine getirmede güçlüklerle karşılaşmasına yok açacak ağır bir yük getirme potansiyeline sahiptir. Gelir testinin sağlıklı bir şekilde yapılması ihtiyacı arttıkça, Kurum’un kişisel bilgi teminine yönelik müdahale alanlarını genişletmesi, bu amaçla elde ettiği bireylere ait bilgilerin gizliliği ve güvenliğinin sağlanması ve hatta ortaya çıkacak boşluklar dolayısıyla suiistimalinin söz konusu olması, SGK’yı tarafi olmaması gereken “temel insan hakları” tartışmalarının odağı haline getirebilecektir. Gelir testi uygulaması ile ilgili olarak ortaya çıkacak bir diğer problem, GSS işleyiş esasları ile ilgili bilgi eksikliği ve toplumsal yükümlülükleri yerine getirmedeki genel ve yaygın isteksizlik nedeniyle, gerçekte prim ödeme gücü olmayan çok sayıda kişinin resen tescil uygulaması dolayısıyla prim borçlusu haline gelmesi olacaktır. Bu gibi durumlarda ortaya çıkacak

³¹² Mustafa Kumlu (2010), a.g.m., s:26.

karmaşa ve prim tahsilinde yaşanacak güçlükler, GSS'nin bütün olumlu yönlerini yok etme potansiyeli taşımaktadır. Gelir testi uygulaması ile ilgili bir başka problem alanı, “sigortalılık ilişkisi sona erenlerin sigortalılıkları sona ermeden önceki 1 yıl içinde 90 gün GSS primi ödemiş veya bildirilmiş olması halinde sigortalılık niteliğinin kaybindan sonraki 90 günlük süre boyunca kendisinin ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlayan düzenleme” ile gelir testi uygulamasının nasıl uyumlaştırılacağıdır. Bu şartı yerine getiren sigortalıların sigortalılık niteliklerinin sona ermesi halinde, gelir testi uygulanması için 90 günlük sürenin beklenip beklenmeyeceği önem taşımaktadır. 90 günlük sürenin beklenmesi uygulama açısından önemli bir boşluk yaratacak, beklenmemesi ise Kanun'da verilen bir hakkın kullanımının fiilen ortadan kaldırılması anlamına gelecektir.³¹³

GSS, bireyleri ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın ortaya çıkan hastalık riskine karşı koruyan bir sistemdir. GSS çerçevesinde sağlanan hakların tam olarak sağlanabilmesi için, nüfusun tümünün sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması ve sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanması gerekmektedir. Bunun için yoksulluk sınırının ülkenin sosyo ekonomik koşullarına uygun bir şekilde belirlenmesi ve gelir testinin sağlık bir şekilde uygulanması büyük önem taşımaktadır. Ancak bu sayede sağlık hizmetlerinin tüm topluma yaygınlaştırılması mümkündür. Böylece herkesin sağlık hizmetlerine rahatça ulaşabilmesi, hastalıkların ilerlemesine engel olacak, toplumun genel sağlık göstergelerinde iyileşmeler yaratacaktır. Sağlıklı ve mutlu bir toplum yaratmak sağlıklı bireyler ile mümkün olduğundan, sağlık hizmetlerinin tüm topluma yaygınlaştırılması birey ve toplum açısından son derece önemlidir.

4.2. Örgütlenme Açısından

Reform ile getirilen önemli değişiklik alanlarından birini de “örgütlenme” oluşturmaktadır. Bilindiği gibi reformdan önce, farklı statüde bulunanların sosyal güvenliğini sağlamak üzere SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı gibi farklı Kurumlar mevcuttu. Ancak 5502 s.K. ile birlikte tüm bu Kurumlar Sosyal güvenlik Kurumu çatısı altında toplanarak, tüm nüfus tek bir sosyal güvenlik sistemi altına alınmıştır. Aynı şekilde reform ile getirilen GSS sistemi ile birlikte, tüm nüfus tek bir sağlık sistemi altına alınarak farklı

³¹³ Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:82-83.

kapsam ve kalitede hizmet alma konusundaki eşitsizlikler ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Ancak SGK bir bütün olarak, sosyal güvenlik reformu ve özellikle reformun en önemli ayağını oluşturan GSS'nin sağlıklı bir şekilde başlaması için gerekli zaman ve alt yapıya sahip olamamıştır. 2006 yılında SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-kur'un faaliyetlerine son verilerek oluşturulan SGK, bir yandan kendi iç bütünleşmesini sağlamaya çalışırken, bir yandan 5510 s.K.un hayata geçirilmesi ile ilgili çalışmaları eş zamanlı olarak yürütmek zorunda kalmıştır. Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı ile Kanun'un yürürlüğe giriş tarihinin ertelenmesi de Kurum'un yeni sisteme geçişinde gerekli hazırlıkları yapması için yeterli olmamıştır. Ayrıca Kurumun, reformun hayata geçirilmesine yönelik asli görevine ilaveten süreç devam ederken, Kurum personeline önemli yük getiren prim borçlarının yeniden yapılandırılması (prim afları), konut edindirme yardımının sonlandırılması ile ilgili çalışmaların yapılması ve ekonomik kriz dolayısıyla hayata geçirilen teşvik edici ve koruyucu politikaların uygulanması ile ilgili olarak Kurum'a verilen ek görevler Kurum'un çalışmalarını aksatmıştır. Kurum, insan gücü ve fiziki alt yapı bakımından sistemin gerektirdiği yeterliliğe sahip olamadan ve ihtiyaç duyduğu hazırlık dönemine sahip olamadan reformu hayata geçirmek zorunda kalmıştır.³¹⁴

Yeni düzenleme ile birlikte gerçekleşen diğer bir değişiklik, GSS çerçevesinde sağlık hizmeti sunanlar ile finanse edenlerin birbirinden ayrılmasıdır. Daha önce de belirtildiği gibi, sistem sağlık hizmeti üretmeyecek, yalnızca bir finansman sistemi olarak işlevini sürdürecektir. İhtiyacı olan sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetleri sunucularından satın almak suretiyle karşılayacaktır. Bu çerçevede, 06.01.2005 tarihinde 5283 s.K. ile SSK'ya ait sağlık tesisleri Kurum bünyesinden çıkarılarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu sistemde Kurum, sağlık hizmetlerini ya kamuya ait sağlık kuruluşlarından ya da sözleşme yapmak suretiyle özel sağlık kuruluşlarından alacaktır. Özetle, sigortalıların sağlık hizmeti, ilaç ve iyileştirme araçları, kamu-özel sektör ayrımı yapılmaksızın satın alma yoluyla piyasadan temin edilecektir.³¹⁵ Kimi görüşlere göre, bu düzenleme ile birlikte özellikle özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmetinin alınmasının kolaylaştırılması ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmıştır. Ancak kimi görüşlere

³¹⁴ Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:82.

³¹⁵ Yusuf Alper (2010), a.g.m.,s:74.

göre, Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri, Sağlık Bakanlığına oradan Yerel Yönetimlere devredilerek işletmelere dönüştürülmektedir. Sağlık hizmetleri üretme yerine daha büyük maliyetlerle satın alınacaktır. Böyle bir yaklaşımın sosyal devlet ilkesi ile bağdaşması mümkün değildir.³¹⁶

SSK'ya ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle birlikte, SGK'nın sağlık hizmetlerini üreten değil, satın alan taraf haline geldiğini belirtmiştik. Sağlık hizmetlerinin “*tek alıcısı*” konumunda olan SGK, pazarlık gücünü sağlık sektörünün işleyişini bozacak şekilde kullanmamalıdır. GSS sistemine geçişin sağlayacağı önemli avantajlardan biri, Kurum'un geniş toplum kesimleri adına sağlık hizmetlerinin tek alıcısı olması dolayısıyla sahip olacağı pazarlık gücüdür. Böylece hizmet satın alma maliyetini düşürme avantajı elde edebilecektir. Ancak Kurum, bu gücü kullanırken yapacağı müdahalelerin sağlık sektörünün işleyişini bozacak nitelikte ve yoğunlukta olmaması için özen göstermelidir. Kurum, sigortalılar adına Kurum menfaatlerini korumak için istismarları ve suiistimalleri önleyecek politikalar izleyebilir, tedbirler alabilir. Ancak bu tedbirler, sektörü düzenleyici, terbiye edici veya cezalandırıcı nitelikte olamaz. Aksi takdirde, GSS'nin savunma gerekçelerini oluşturan “*serbestlik*” ve “*rekabet*” gibi ilkelere aykırı hareket edilmiş olacaktır. Aynı şekilde Kurum'un, sağlık sektörüne yatırım yapanları, tek alıcı olma gücüne dayanarak cezalandırması ve hatta sektör dışında kalmalarına yol açması da rekabete dayanan piyasa ekonomisinin işleyişi açısından kabul edilebilir bir durum değildir.³¹⁷

Özetle, sağlık hizmetlerinin Kurum tarafından üretilmemesi, söz konusu hizmetlerin daha büyük maliyetlerle satın alınacağı ve bunun da mali açığı artıracığı görüşüne karşılık, Kurum'un sağlık hizmetlerinin tek alıcısı olmasının avantaj olduğunu savunanlar da mevcuttur. Bu çerçeveden bakıldığında; eğer GSS, tüm Türkiye'de planlandığı şekilde uygulanmaya devam ederse, SGK tek finansör olup, kamu ve özel sektördeki tüm sağlık kurumları sisteme dâhil olursa, devletin mali gücü arzulan kaliteli sağlık hizmetini finanse etme konusunda yeterli olursa sistem başarılı olur. Ancak SGK vatandaşın sağlık harcamalarını finanse etmede güçlük yaşar ve bu sorunu maliyetleri kısarak çözmeye kalkarsa ve bu çerçevede Kurumlara ödeyeceği ücretleri kısma

³¹⁶ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s: 73.

³¹⁷ Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:83-84.

kalkarsa, sağlık hizmeti sunucuları birer birer sistemden çıkmaya başlayarak, özel sağlık hizmeti vermeye başlayacaktır. Bylece arzulanan kalitede sağlık hizmetini satın almak cepten yapılan ödemelerle mümkün olacaktır. Bu da toplumda sağlık hizmetlerinden yararlanma noktasında memnuniyetsizlik yaratacaktır.

4.3. Uygulama Açısından

4.3.1. Genel Olarak

Uygulama açısından GSS sisteminin, gerek hizmete erişme imknının artması, gerekse sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarının kolaylaştırılması gibi olumlu tarafları olduğunu söylemek mümkündür. Ancak bunun yanında uygulamada ortaya çıkacak sorunların varlığı da muhtemeldir. Uygulama aşamasında ortaya çıkacak en önemli sorun alanlarından birini, Türkiye’de ilk kez uygulamaya konulan ‘‘Aile Hekimliği’’ sistemi oluşturmaktadır. Aile hekimliği ile ilgili yaşanan veya yaşanması muhtemel sorunlar ayrı bir kısımda daha detaylı olarak ele alınacaktır. Bu kısımda ise, GSS sistemi ile birlikte uygulama açısından sorun teşkil eden diğer konulara değinilecektir.

Bilindiği gibi tüm dünyada ve bu paralelde ülkemizde de özelleştirmeye yönelik eğilimler günden güne artmaktadır. Bu ervede devletin rolü değişmekte, yönlendirme ve genel ilkeleri koyma görevi ağırlık kazanmaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından verilmesine devam edilmekte, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri piyasa ekonomisine bırakılmaktadır. Özelleştirmeye doğru adımların hızlı bir şekilde atıldığı GSS sisteminde de, özel sektörün varlığı ağırlık kazanmaktadır.³¹⁸ özel sektörün, rekabetçi ortam, kalitedeki artış ve vatandaşların sağlık hizmetlerine kolay ulaşması gibi getirilerinin olduğu yadsınamaz. Ancak sağlık hizmetlerinin tamamen piyasa koşullarına bırakılması bu hizmetlerin ticari bir anlayışla sunulmasına neden olur. Bylece asıl risk altında olan yoksul kesim veya hasta olduğu halde hekime başvuramayan kesim ihmal edilir. Bunun dışında, temel sağlık hizmetlerinin tam kamusal bir mal özelliği taşması, bu hizmetlerin sunumunun bütünüyle piyasaya bırakılmasının mümkün olmadığını göstermektedir.

³¹⁸ 1980’li yılların başında %1’in altında olan özel sektör payı, 2008 yılı itibariyle yatak kapasitesi bakımından %11,2’ye ulaşmıştır. GSS uygulamasının da, özel sektörün sağlık sektörüne yönelik yatırımlarını artırmasına ve toplam sağlık hizmetleri arzının yükselmesine katkıda bulunduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bkz. Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:80.

Genel sağlık sigortası, sağlık konusunda asgari sağlık hizmeti verir. Gelişmiş ülkeler de dâhil, dünyanın hiçbir ülkesi sınırsız sağlık hizmeti verme lüksüne sahip değildir. Mali kaygılar nedeniyle sağlık hizmetlerinin belirli bir seviyede verilmesi normal karşılanabilecek bir olgudur. Ancak bu sınırlama, bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinden mahrum kalacağı düzeyde olamaz. Sağlık hizmetlerinin kapsam ve kalitesinde yapılan sınırlamaların artması, bireyleri özel sağlık sigortasına yönlendirir. Böylece kişiler, daha fazla ve daha kaliteli sağlık hizmeti almak için özel sağlık sigortasına yöneleceklerdir. Dolayısıyla Sosyal Güvenlik Kurumundan kaçış hızlanacaktır. Bunun dışında sağlık hakkı, sadece belirli sağlık hizmetlerinin karşılanması ile sınırlandırıldığından, tedavi için gerekli olan diğer hizmetlere ulaşmak parası olanın hakkı olacaktır.³¹⁹ Bu nedenle, gerek sosyal güvenlikten kaçışı önlemek, gerekse mali gücü olmayanların sağlık hakkından maksimum düzeyde yararlanmasını sağlamak için GSS çerçevesinde sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsamı, finansal etkenler de göz ardı edilmeden genişletilmeli ve söz konusu hizmetlerin kalitesi yükseltilmelidir. Ayrıca finansal kaygılar nedeniyle sağlık hizmetlerinde yapılan sınırlamalar, temel bir insan hakkı olan sağlık hakkının kullanılması ve toplumsal sağlığın sağlanması engelleyici bir unsur olmamalıdır.

GSS'nin uygulanması ile birlikte sağlık hizmetlerinin arzında özel sektörün ağırlığının arttığından bahsetmiştik. Böylece hasta, kendi tercihine bağlı olarak kamu veya özel hastanelerden sağlık hizmeti satın alabilecektir. Ancak özel hastaneler, SGK ile anlaşmaları halinde hastalarından belirlenen oranda fark ücreti talep edebileceklerdir. Kurum tarafından yapılan puanlama ile özel ve vakıf üniversite hastanelerinin beş sınıfa ayrılarak, satın alınacak sağlık hizmeti bedelinin bu sınıflara göre farklı miktarlarda belirlenmiş olması, sigortalı hastaların da gelir gruplarına göre ayrışmalarına yol açacaktır. Bu durumda, birinci sınıf hastaneye başvuran hastalar ceplerinden daha yüksek miktarda fark ücreti ödeyerek tedavi görürken, daha düşük sınıftaki hastanelere başvuranlar ise, daha az miktarda fark ücreti ödeyerek tedavi olabileceklerdir. Bu uygulamaya bağlı olarak, üst gelir grubundaki sigortalı hastaların birinci sınıf hastanelerde tedavi olmaları mümkün iken, aynı havuza prim ödeyen düşük gelir grubundaki sigortalı hastalar beşinci sınıf

³¹⁹ Mehmet Kanca, 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Finansman Çözümü GSS', Hekimce Bakış, Mart 2007, Sayı:66, s:14.

hastanelerde ya da kamu hastanelerinde tedavi olabileceklerdir. Sigortalı hastaların gelirlerine göre sınıflanmasına yol açan bu uygulamanın huzursuzluk yaratması kaçınılmaz olacaktır.³²⁰ Özel hastanelerin alacağı fark ücreti ile ilgili ortaya çıkacak bir diğer olumsuz durum da, belirlenen fark ücretinin özel hastaneleri tatmin etmeyecek seviyede olmasıdır. Bu durumda özel hastaneler, başta A grubu özel hastaneler olmak üzere sistemden çıkmak isteyeceklerdir. Özel hastanelerin sistem dışında kalması, GSS'lilerin sadece kamu hastanelerinden hizmet alabilmesi sonucunu doğuracak, dolayısıyla hastanın hekim ve hastaneyi özgürce seçme hedefi gerçekleştirilememiş olacaktır. Ayrıca özel hastanelerin ileri teknoloji ve yüksek kalitedeki sağlık hizmetlerinden GSS üyeleri faydalanamayacaktır.³²¹

GSS'nin uygulanmasındaki bir başka sorun da, ülkedeki herkese eşit kapsam ve kalitede hizmet verme esasına dayanan bu sistemin, hekim ve hasta yatağı sayısının düşük olduğu ve dengesiz dağıldığı ülkemizde sağlıklı bir biçimde uygulanabilmesinin zorluğudur. Dolayısıyla ülkemizde hekim ve yatak sayısının artırılması ve bu artışın ülke geneline dengeli bir şekilde dağıtılması gerekmektedir. Aksi takdirde, herkesin sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde faydalanması hedefinin gerçekleşme olasılığı zayıflamaktadır.

4.3.2. Aile Hekimliği Açısından

Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir. Bilindiği gibi, GSS sistemi ile birlikte aile hekimliğini esas alan bir birinci basamak anlayışı benimsenmiştir. Bu uygulama ile ikinci ve üçüncü basamağa oranla daha az maliyetli ve daha kolay ulaşılabilir olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca aile hekimi tarafından, bireyin hastalık öncesi ve sonrası tüm kayıtları tutulduğundan hastalığın önlenmesi veya erken tanı konulması mümkün hale gelmektedir. Tüm bunlara ek olarak, gerekli görmediği durumlarda hastayı ikinci veya

³²⁰ Mustafa Kumlu(2010), a.g.m.,s:25.

³²¹ Birkan Tapan (2008), a.g.e., s:75.

üçüncü basamağa sevk etmeyeceğinden, hem sağlık kaynaklarının verimli kullanılması sağlanır hem de ileri düzey sağlık kuruluşlarında yığılma ve kuyruklar önlenmiş olur.

5510 s.K.un genel sağlık sigortasına ilişkin hükümleri gereğince birinci basamakta yer alan aile hekimliği, uygulamanın olumlu taraflarına rağmen ülkemizde sorunlu alanlardan birini teşkil etmektedir. Türkiye’de ilk defa uygulanan aile hekimliği uygulamasına geçiş, hem hekim hem de toplum bireyleri açısından sıkıntılı bir konudur. Hekimler açısından bakıldığında, Türkiye’de GSS çerçevesinde uygulanan aile hekimliğinde görev alacak hekimler, aile hekimliği uzmanları hariç 10 günlük uyum eğitimine tabi tutulurlar. Birinci aşama uyum eğitimi denilen bu eğitimi alan hekimler, daha sonra 1 yıllık ikinci aşama modüler eğitime tabi tutulacaktır. Ancak görüldüğü gibi aile hekimi olmak isteyen hekimlerin eğitim süresi oldukça kısadır. Oysa İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde aile hekimi olabilmek için uzmanlık eğitimi şart hale getirilmiştir.³²² Bu çerçevede, ülkemizde yeni bir uygulama olan aile hekimliğinin sağlıklı bir şekilde işlemesi için bu eğitim sürelerinin, yeterli olmadığı açıktır.

Hastanın ilk başvuru noktasını oluşturan aile hekiminin eğitim açısından donanımlı olmaması, uygulamanın aksamasının yanı sıra başka sorunları da gündeme getirmektedir. Şöyle ki, yeterli eğitime sahip olmayan aile hekiminin, hastanın sağlığıyla ilgili olarak gözden kaçıracağı en ufak bir detay, hastalığın ilerlemesine, tedavi süresinin uzamasına ve hatta hastanın hayatını kaybetmesine neden olabilir. Bu nedenle, aile hekimlerinin daha uzun süreli eğitime tabi tutulmaları gerekmektedir. Hatta aile hekimliği ile ilgili bir eğitim kuruluşu kurulması ve tüm eğitim faaliyetlerini organize etmesi sağlanabilir. Böylece aile hekimlerine belli sürelerde belli eğitimlere katılma zorunluluğu getirilebilir. Bu sayede aile hekimlerinin, mevcut bilgilerinin taze tutulması sağlanmakla birlikte, tıptaki yeni gelişmelerden haberdar olmaları da sağlanır.

Aile hekimlerinin donanımlı olmalarının önemini vurguladıktan sonra belirtmek gerekir ki, aile hekimliğinin uygulandığı ilk başvuru noktalarında verilen sağlık

³²² İngiltere’de Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1979’da zorunlu hale getirilmiştir ve 1 yıllık intörlük döneminden sonra, 2 yıllık hastane eğitimini ve daha sonra da eğiticilik eğitimi almış bir aile hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır. Almanya’da ise 1994 yılından itibaren birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Bkz. Ayşe Günaydın (2007), a.g.e. ,s:68–69.

hizmetlerinin de yeterli donanıma sahip sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin yeterli cihaz veya teçhizata sahip olmayan sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilmesi, toplumun kendileri için yeni olan bu uygulamaya geçiş sürecini olumsuz etkileyecektir. Birey, en önemli varlığını oluşturan sağlığını kaybetmesi durumunda, kendisine güven vermeyen, kalitesiz hizmet sunan sağlık hizmeti sunucularından hizmet almaktan kaçınacak, daha ileri hizmet veren özel/kamu ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuracaktır. Böylece sevk zincirinin bir anlamı kalmayacak, aile hekimliği yasada var olan ama uygulamada yer almayan bir konu olarak kalacaktır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık hizmeti sunucularının teçhizat açısından (röntgen cihazı, laboratuvar... vs.) donanımlı hale getirilmeleri şarttır.

Yukarıda bahsedilen sorunların dışında, aile hekimliğinin uygulanması hakkında bazı soru işaretleri mevcuttur. Örneğin, aile hekimliği uygulamasının özel bir işbölümü ve disiplinle yürütülebilecek birinci basamak sağlık hizmetleri için yeterli olup olmayacağı şüphelidir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli görevler verilecek aile hekimi, bu hizmetin sağlanmasında yeterli olamayabilir. Bütün bunların ötesinde önemli bir gerçek, ülkemizde aile hekimliği yapabilecek doktorların çok az olduğudur.³²³ Bilindiği gibi Türkiye, OECD ülkelerine oranla hekim ve hemşire sayısı bakımından çok geride kalmaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında, ülkemizde hekim sayısının artırılması, Aile Hekimliği Uygulaması'nın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için çok önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü GSS modelinin en alt kademesini oluşturan aile hekimi sayısının az olması, sistemin uygulanmasını zorlaştıran en önemli faktördür.

Hastanın ilk başvuru noktasını oluşturan aile hekimi, hastayı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna sevk etmesi gerektiğinde, bireyin en doğru bilgilerle gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli uzmanlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde kullanımını sağlayabilir. Bunu gerçekleştirmenin en önemli yolu da, hasta ile ilgili kayıtların doğru ve titiz bir şekilde saklanmasıdır. Böylece hastanın sağlığı ile ilgili geçmişteki tüm kayıtlara rahatça ulaşılabilir, birçok hastalığın önlenmesi veya erken tanı sağlanabilir. Ayrıca aile hekimleri kayıtları, sağlık araştırmalarında en önemli veri kaynağı

³²³ Birkan Tapan(2008), a.g.e., 72.

olarak da kullanılmaktadır. Bu nedenle, kayıtların sağlıklı bir şekilde tutulması ve güvenli bir şekilde saklanması önem taşımaktadır.

Bilindiği gibi aile hekimi, hastayı daha ileri bir merkeze ya da başka bir dal uzmanına sevk edebilmektedir. Hastayı birinci veya ikinci basamağa aile hekiminin sevk etmesi durumunda yani sevk zincirine uyulması durumunda, alınan sağlık hizmetleri GSS tarafından karşılanır. Ancak burada suiistimale açık bir durum söz konusudur. Şöyle ki, bireyler sağlıkları söz konusu olduğunda, ileri düzeyde ve kalitede bir sağlık kuruluşundan sağlık hizmeti almak isterler. Bu nedenle, aile hekiminden kendilerini daha ileri bir merkeze sevk etmesini talep edebilirler. Bu noktada, aile hekimi sadece sevk yapan hekim konumuna düşmekten kaçınmalıdır. Bir başka ifade ile bireylere hekim seçme özgürlüğü tanıyan bu sistemde, aile hekiminin daha fazla hasta kayıt edebilmek adına, hastaların talepleri doğrultusunda sevk yapması, aile hekimliği uygulamasının amacından sapmasına neden olacaktır. Bu nedenle sevk zinciri ve hizmet basamaklarının sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için aile hekimine büyük sorumluluk düşmektedir.

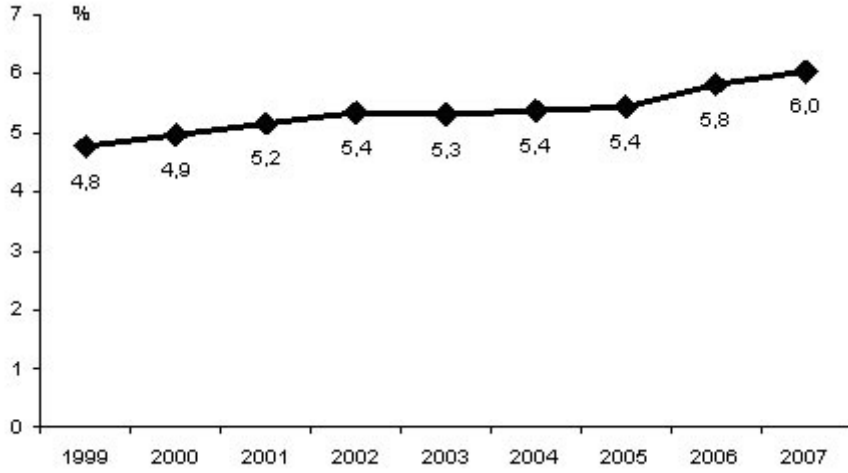
Görüldüğü üzere, GSS modelinin en alt basamağını oluşturan aile hekimliği uygulamasının ülkemizde sağlıklı bir şekilde uygulanması, birçok avantajına rağmen, bazı dezavantajlar da içermektedir. Bu bilgiler ışığında, aile hekimliğinin uygulanabilmesi için gerek personel gerekse teçhizat açısından gerekli alt yapının sağlanması gerekmektedir. Ayrıca bilinmelidir ki, ancak evrensel ilkelerden ödün vermeden yapılan aile hekimliği uygulaması başarıyı getirecektir.

4.4. Finansman Açısından

Artan sağlık harcamaları sonucu gelir gider dengesinin bozulmasının yanı sıra oluşan bütçe açıklarının giderek büyümesi neticesinde, gerçekleştirilen reform ile birlikte finansman sorununa çözüm getirilmesi hedeflenmiştir. Gerek primlerin artırılması, gerekse katılım payı, ilave ücret gibi cepten ödemelerin getirilmesi ile bu sorunun çözümlenmesi amaçlanmıştır.

Türkiye, nüfusun hızla arttığı, genç nüfus yapısına sahip bir ülkedir. Nüfusun artmasıyla birlikte toplumun sağlık ihtiyaçları artmakta, ülkede sağlık sektörüne ayrılan pay giderek yükselmektedir. Ayrıca genç nüfusun artması, toplumda eğitim seviyesinin yükselmesi ve böylece bilinçli toplumun ortaya çıkmasıyla birlikte, bireyler sahip oldukları

hakların farkında olmakta ve daha kaliteli sağlık hizmeti talep etmektedirler. Tüm bunların yanında uzayan ortalama ömür, tıpta yaşanan teknolojik gelişmeler de yapılan sağlık harcamalarını artıran faktörler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Aşağıdaki tabloda 1999–2007 yıllarına ait toplam sağlık harcamasının GSYH’ ya oranı verilmiştir.³²⁴



Şekil: Toplam Sağlık Harcamasının (TSH) Gayri Safi Yurtiçi Hâsılaya (GSYH) oranı

Tablodan da anlaşılacağı üzere, 1999 yılında %4,8 olarak gerçekleşen TSH’nin GSYH’ye oranı, 2007 yılı itibariyle %6’ya yükselmiştir. Bir başka ifade ile tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de her geçen yıl sağlık harcamaları artmaktadır.

Nüfusun tamamını kapsama almayı hedefleyen GSS sistemi ile birlikte, kapsama alınan nüfus açısından önemli gelişmeler yaşanmıştır. 2009 yılı Ekim ayı itibariyle sistemden sağlık yardımı alanlara verilen karne sayısı 53 milyonu aşarak toplam nüfusun %75’ine ulaşmış, 2009 yılı ilk 10 ayında GSS kapsamında sağlık hizmeti talebiyle yapılan başvuru sayısı, aylık ortalama 20 milyonu geçerek toplamda 206 milyon 730 bin dolayında gerçekleşmiştir. Aynı şekilde eczaneler üzerinden provizyonu alınan reçete sayısı, 2009 yılının ilk 10 ayında toplam 271 milyonu aşmıştır. Ayrıca 2000’li yılların başında 2–2,5 civarında olan kişi başı ortalama yıllık hastaneye başvuru sayısının 2008 yılı sonu itibariyle 6,5–7 civarına yükseldiği görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, GSS’nin temel

³²⁴ TC.Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sağlık Harcama İstatistikleri 2004–2007 yılı Sonuçları, Sayı:29, 22 Şubat 2010. www.tuik.gov.tr

amaçlarından biri olan sağlık hizmetlerine ulaşımında kolaylık sağlanması hedefine yönelik önemli bir başarı sağlandığını söylemek mümkündür. Ancak, artan sağlık hizmeti taleplerinin Kurum bütçesine yansması, toplam sağlık harcamalarının artışı şeklinde olmuştur. 2008 yılı sonunda 25,3 milyar TL olan toplam sağlık harcamaları, 2009 yılı Ocak-Kasım döneminde 26,5 milyar TL'ye ulaşmıştır. Ayrıca 2004–2009 yılları arasında toplam sağlık harcamalarındaki artış %125 dolayında gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin yüksekliği problemi de, sağlık hizmeti ve ilaç teminine ulaşımında sağlanan kolaylıklar nedeniyle GSS uygulaması ile artmaya devam etmiş, OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları içinde %15 dolayında olan ilaç giderleri ülkemizde 2008 yılında %40'ı aşmıştır.³²⁵ Tüm bunlar, bütçe açıklarının neden kaynaklandığını açık bir şekilde ortaya çıkarmaktadır. Kısa vadede sağlık maliyetlerinin bu denli artmasında GSS'nin payı büyüktür. Ürkütücü boyutlarda artan sağlık maliyetlerinin kısılması ve vatandaşların sağlık hizmetlerine olan gereksiz taleplerinin azaltılması için katılım payı ve ilave ücret gibi bazı kısıtlayıcı önlemler getirilmiştir. Ancak bu tedbirler de, vatandaşın cebinden çıkacağından ve prim haricinde ek giderlere neden olacağından dolayı eleştirilmektedir. Ayrıca, aile hekimi muayenelerinde alınmayacak olan katılım payı, ayakta tedavilerde 2TL olarak alınmakta, ikinci ve üçüncü basamağa başvurularda ise, katılım payını 5 katına kadar artırmaya Kurum yetkili kılınmaktadır.³²⁶ Kurum'a, katılım payını bu denli artırma yetkisinin verilmesi ve katılım payının bu derece artırılabilmesi ihtimali de ciddi tartışmalara neden olmaktadır. Bunun dışında, ayaktan yapılan tedavilerde muayeneler için birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının dahi hastalardan muayene ücreti alıyor olmaları, ilaçlardan alınan katılım payı miktarlarının yüksekliği, çok sayıda hastanın sağlık hizmeti sunucusuna erken başvurmasını önleyerek daha düşük maliyetle tedavi olmalarını engellemektedir. Hastalık ilerleyince sağlık hizmeti sunucularına başvurulması, tedavi giderlerini önemli ölçüde artırmaktadır.³²⁷

Ülkemizde kayıt dışı ekonominin varlığı da gelir-gider dengesini bozmak suretiyle finansman sorununun çözümünü daha da zorlaştıran etkenlerden biridir. Kayıt dışı

³²⁵ Yusuf Alper (2010), a.g.m., s:79.

³²⁶ 5510 s.K.un 68 inci maddesinin II. Fıkrası uyarınca Kurum'a ayakta tedavide ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında katılım payını 10 katına kadar artırma yetkisi verilmiştir. Ancak GSSİY'nin 33 üncü maddesinde Kurum'a, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında katılım payını 5 katına kadar artırma yetkisi verilmiştir. Bkz. 5510 s.K.md.68/II, GSSİY md. 33/2.

³²⁷ Mustafa Kumlu (2010), a.g.e., s: 25.

ekonomi, ülkemizde maalesef azımsanmayacak boyutlardadır. Daha önceki kısımlarda da belirtildiği üzere, %50 'ye yaklaşan kayıt dışı istihdamın varlığı nedeniyle neredeyse, 10 kişiden 5'i kayıt dışı çalışmaktadır. Böylece kayıt dışı kalan bu kişiler, prim ödemeyerek prim gelirlerini azaltmaktadırlar. Gelişmiş ülkeler dâhil, kayıt dışı istihdamın fazla olduğu hiçbir ülke gelir- gider dengesinin sağlıklı bir şekilde kuramayacaktır. Böylece bütçe açığı sorunu, gittikçe çözümsüz hale gelecektir. Bu çerçevede, tüm toplumun sağlık güvencesine kavuşturulması ve sağlıklı bir gelir-gider dengesinin kurularak mali sorunların önlenmesi için kayıt dışı ekonominin kayıt altına alınması büyük önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması sonucu ortaya çıkan finansman sorununu artıran bir diğer faktör de, GSS sisteminde sağlık hizmetlerinin Kurum tarafından üretilmemesidir. Sistem, sağlık hizmetlerinin tümünün dışarıdan satın alınması esasına dayanmaktadır. Böylece sağlık hizmetleri, daha büyük maliyetlerle satın alınacaktır. GSS'nin sağlık hizmetlerinin tümüyle satın alınması esasına dayandırılarak oluşturulması, buna karşın etkin bir denetim sistemi kurulamaması Kurum'un sağlık harcamalarını büyük ölçüde artırmıştır.³²⁸ Sağlık hizmetlerinin piyasadan satın alınması arttıkça istismarlar yoğunlaşmış³²⁹, yolsuzluk iddiaları da artmıştır. Bilgisayar ortamında denetimin sağlıklı olmayışı, sağlık alanındaki kaçakların artmasını daha da kolaylaştırmıştır. Ancak şu bir gerçektir ki (Dünya Bankası tarafından da kabul edilmiştir), bilgisayar ortamında etkili denetim sağlansa dahi hizmet alımı arttıkça bu alandaki suiistimaller de artacaktır. Sosyal Güvenlik Sisteminin kaynaklarının israf edilmesi önlenemeyecektir. Bu noktada Kurumunun sağlık üretimini sürdürmesi büyük önem taşımaktadır. Kimi görüşlere göre, Kurumun hizmet sunması, piyasa fiyatlarına referans oluşturacağı gibi sağlık maliyetini de düşürecektir.³³⁰

Finansman sorununa neden olan faktörlerden biri de, kaynakların verimli kullanılmamasıdır. Ülkemizde sağlığa ayrılan kaynakların gelişmiş ülkelere oranla düşük düzeyde kaldığı ve yetersiz olduğu açıktır. Ancak eldeki kaynakların etkili kullanılmaması da, zaten az olan kaynaklardan elde edilebilecek faydayı minimuma düşürmektedir. Daha

³²⁸ Mustafa Kumlu (2010), a.g.e., s: 24.

³²⁹ Etkili bir denetim sistemi olmayışından yararlanan bazı Kurum ve kişiler, hastalara çok sayıda gereksiz tetkikler yaptırmış, hatta yapılmayan tedavileri yapılmış gibi gösterip giderlerini Kurum'dan istemiştir. Bkz. Mustafa Kumlu(2010), a.g.e., s:24.

³³⁰ Serkan Çalış (2006), a.g.e., s:72.

önce de belirtildiği gibi, ilaç harcamaları, sağlık harcamaları içinde büyük bir orana sahiptir. Ayrıca harcamaların koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılması da kaynakların etkin kullanılmamasına neden olmaktadır. Bunun dışında, sağlık yatırımlarına da yeterli kaynak ayrılmamaktadır. Sonuç olarak, kıt kaynakların verimli ve etkili kullanılması, az kaynakla çok fayda sağlayacağından ve finansman sorununa kısmen çözüm getireceğinden, kaynak kullanımına özen gösterilmesi ve gereksiz harcamalardan kaçınılması gerekmektedir.

GSS sistemi, katılımın zorunlu olduğu primli bir finansman sistemidir. Sistem, çalışan ve gelir sahibi olan kişilerin gelirleri üzerinden prim alınması, çalışmayan ancak belirli seviyenin üzerinde gelir sahibi olanlardan gelir seviyeleri esas alınarak prim alınması, gelir sahibi olmayanlar ile geliri belirli seviyenin altında olanların primlerinin ise, devlet tarafından karşılanmasını öngören bir finansman yapısı getirmiştir.³³¹ Artan sağlık maliyetlerinden kaynaklanan finansman sorununu çözmeyi amaçlayan bu sistem ile daha önce sağlık primi olarak prim alınmayan Emekli Sandığı'na bağlı çalışanlardan bu uygulamayla %6, işverenden (devlet) %6,5 prim alınacaktır. Bir başka ifade ile daha önce sağlık primi ödemeyen memurlardan %6 oranında sağlık primi alınacaktır.³³² SSK'ya bağlı sigortalılar ise, %5 oranında prim öderken bu uygulamayla %6, işveren %6 oranında prim öderken bu uygulama ile %6,5 oranında prim ödeyecektir. Görüldüğü üzere, genel olarak sağlık sigortası primlerinin arttığını söylemek mümkündür. Bu çerçevede, toplum daha kaliteli sağlık hizmeti talep edecektir. Beklediği nitelikte sağlık hizmeti alamayanlar ise, özel sigortalara yönelecektir. Bu nedendir ki, primler belirlenirken ülkenin sosyo-ekonomik durumu dikkate alınmalı, sigortalıların prim ödemediği kaçınmasına neden olacak artışlar yapılmamalıdır.

Prime dayalı bir sistem olan GSS sisteminde, kimi görüşlere göre belli bir kesimin sağlık sigortası kapsamı dışında kalması muhtemeldir (örneğin, geliri düşük ve belirsiz olan ancak devlet tarafından belirlenmiş yoksulluk kriterlerinin de üzerinde kalan nüfus, GSS'ye kayıtlı olan ancak primini ödeyememiş olan kesim sağlık hizmetlerinden yoksun

³³¹ Yusuf Alper (2010), a.g.e., s:74.

³³² Bu düzenleme, memurların haklarında bir geriye gidiş yaratmaktadır. Bu uygulama toplumda tepki ile karşılanacağından muhtemelen bu prim, memurlardan doğrudan doğruya kesilmeye başlanmayacak, maaşlar prim miktarı kadar artırıldıktan sonra bu artış prim olarak kesilecektir. Bkz. Birkan Tapan(2008), a.g.e., 69-70.

kalacaktır). Bu açıdan bakıldığında, prime dayalı GSS sisteminin de yetersiz kalması böylelikle toplumdaki bazı kesimlerin sağlık hizmetlerinden yararlanamaması mümkündür. Bu nedenle, primli finansman yerine, sistemin finansmanının İngiltere’de olduğu gibi vergilerden karşılanmasının, hiç kimsenin sağlık güvencesinden yoksun kalmaması açısından daha gerçekçi olacağını savunanlar mevcuttur. Ancak ülkemiz gibi vergilendirmenin adil olmadığı ülkelerde bu yöntemin uygulanması zor görünmektedir.

GSS sistemi ile birlikte finansal açıdan sorun yaratacağı iddia edilen konulardan biri de, sadece sağlık primine dayalı sistemlerin finansman sıkıntısına düşeceğine dair iddialardır. Bilindiği GSS sistemi ile birlikte, tüm sağlık sistemi tek çatı altında toplanmakta ve elde edilen GSS primleri, yönetim giderleri, genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka bir amaçla kullanılmamaktadır (5510 s.K. md.74/I). Ülkemizde reformdan önce var olan farklı sosyal sigorta kuruluşları, sağlık dâhil birden fazla risk alanında faaliyet göstermekteydi. Böylece hem yönetim giderleri azalmakta hem de prim aksamalarında ve finans darboğazlarında ortaya çıkan nakit akışı tıkanmaları önlenmekte idi.³³³ Ancak GSS ile birlikte, toplanan GSS prim gelirleri, sağlık hizmetleri ve yalnızca yönetim giderleri için harcanacak olup, herhangi bir kurumdan nakit akışı olmadan gelir gider dengesi sağlanmaya çalışılacaktır.

Sonuç olarak, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık harcamaları günden güne artmakta ve eldeki finansman kaynakları ile sağlık giderlerinin karşılanması git gide zorlaşmaktadır. Ancak bu sorunu çözmek hedeflenirken, primlerin hakkaniyete uygun olmadan artırılması ve böylece tüm yükün vatandaşa yüklenmesi, sorunun daha büyük ve çözümsüz hale gelmesine neden olacaktır. Bunun yerine, eldeki kaynakların verimli ve etkili kullanılması, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine önem verilmesi, gereksiz ilaç ve tedavi giderlerinin kısılması, GSMH’ dan sağlığa ayrılan payın verimli kullanılması, bunun için de iktisat biliminin bir alt disiplini olan sağlık ekonomisinden faydalanılması büyük önem taşımaktadır. Ancak bu tedbirler, sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylerin, ihtiyaç duyduğundan daha az miktarda sağlık hizmeti alması yani finansal kaygılar nedeniyle kısıtlı hizmet alması anlamına gelmemektedir. Her ne olursa olsun, sağlık hakkı temel bir insan hakkıdır. Bu hak çerçevesinde devlet, tüm vatandaşlarını sağlık

³³³ Birkan Tapan (2008), a.g.e., s:73.

güvencesine almak ve bu haklarını kullanmaları için gerekli düzenlemeleri yapmak zorundadır.

SONUÇ

Sosyal güvenlik, insanların insan onuruna yaraşır bir şekilde, kimseye muhtaç olmadan yaşamlarının temini amacıyla beşikten mezara kadar bugünlerinin ve yarınlarının teminat altına alınmasıdır. Bireyler kendi istek ve iradeleri dışında bir takım tehlikelere maruz kalabilirler. Tehlikeyle karşılaşan birey, çalışma gücünün bir bölümünü veya tamamını geçici/sürekli kaybedebilir veya gelirin tümü/bir kısmı kaybolabilir. İnsan, yaşamın karşısına çıkaracağı risklere karşı korunma ve güvenlik duygusuna sahip olmak ister. Kısaca insan, karşılaşılması muhtemel riskler karşısında yarınından emin olmak ister. Bu doğrultuda gerek uluslararası belgelerde, gerekse ulusal düzenlemelerle bireyin sosyal güvenlik hakkı ve sosyal güvenlik hakkının en önemli ayağını oluşturan sağlık hakkı güvence altına alınmıştır. Yaşam hakkının ayrılmaz bir parçası olan sağlık hakkının rahatça kullanılmasının sağlanması, bu doğrultuda hastalık meydana gelmeden önce koruyucu sağlık hizmetlerinin, hastalık ortaya çıktıktan sonra ise tedavi edici ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin etkin ve kolay erişilebilir olması için Devlet, gerekli düzenlemeleri yapmak zorundadır.

Çalışmada bahsedildiği üzere, Osmanlı Döneminden günümüze kadar geçen süreçte sosyal güvenlikle ilgili ve bunun yanında sağlık sigortası ile ilgili çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Ancak bu süreçte özellikle 1980’li yıllardan sonra küresel eğilimlerin artması, sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa yönlü bir gelişme sürecine girilmesi, dünya nüfusunun artması, tıpta yaşanan teknolojik gelişmeler... Vs. gibi nedenlerle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sektöründeki sorunların giderilmesi ihtiyacı doğmuştur. Ülkemizde sağlık sektöründe yaşanan sorunlara çözüm getirmek amacıyla hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, 5510 sayılı “ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun” u hazırlanmış ve söz konusu Kanun 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilerek, 16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Kanun’un Genel Sağlık Sigortası’na ilişkin hükümleri ile sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerine ulaşımın etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir

şekilde gerçekleştirilebilmesi ve finansal sorunlara çözüm bulmak amaçlanmıştır. Kapsama alınan nüfusun artırılması, GSS çerçevesinde sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve tüm nüfusu kapsayan tek bir sağlık sigortası sisteminin kurulmuş olması... gibi gelişmelerin yaşanmasının yanı sıra, yapılan düzenlemelere rağmen kapsam, örgütlenme, uygulama ve finansman açısından halen bazı sorunların var olduğu ve ileriki zamanlarda var olacağı tespit edilmiştir.

5510 s.K.da yapılan düzenlemeler ile ülkede yaşayan herkesin GSS kapsamına alınacağı ve herkesin sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanacağı ifade edilmektedir. Vatansız ve sığınmacılar dâhil olmak üzere tüm nüfusun kapsama alınması kulağa hoş gelmekle birlikte, yapılan düzenlemelere rağmen nüfusun bazı kesimlerinin kapsam dışı kalması muhtemel görünmektedir. Özellikle primi devlet tarafından ödenecek olan yoksul vatandaşların belirlenmesinde temel alınacak yoksulluk sınırının düşük belirlenmiş olması yoksul olmasına rağmen yoksul sayılmayan kesimin prim ödeme yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmasına neden olacaktır. Bu nedenle, yoksulluk sınırının ülke koşullarına uygun bir şekilde belirlenmesinin önemi vurgulanmıştır. Ayrıca yoksul vatandaşların ve gelire bağlı kademeli olarak prim ödeyeceklerin belirlenmesi için yapılacak gelir testinin öneminden bahsedilmiştir. Bu çerçevede, gelir testinin sağlıklı bir şekilde yapılmasının sistemin başarısını etkileyen, hayati öneme sahip bir faktör olduğu belirtilmiştir. Gelir testinin sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için toplumdaki geniş kesimlerinin mali durum bilgilerinin elde edilmesi ve bu bilgilerin titizlikle saklanması büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, yoksulluk sınırının ülkenin sosyo-ekonomik koşullarına uygun bir biçimde belirlenmesinin, gelir testinin sağlıklı ve sürekli bir şekilde uygulanabilmesinin, kapsama alınan nüfus açısından önemli iyileşmeler sağlayacak potansiyele sahip olduğunu söylemek mümkündür.

Örgütlenme açısından bakıldığında, 5510 s.K. ile üç büyük sosyal güvelik kurumunun tek bir çatı altında birleştirildiği ve toplumdaki herkesin tek bir sağlık sistemi kapsamına alındığı görülmektedir. Böylece farklı standart ve kalitedeki uygulamaların sona erdirilmesi amaçlanmıştır. Bu düzenlemenin yerinde bir düzenleme olduğunu söylemek mümkündür. Ancak Kurum'un Sosyal Güvenlik Reformu ve bu paralelde GSS' nin sağlıklı bir şekilde başlaması için gerekli zaman ve alt yapıya sahip olamadığı gözlenmiştir. Dolayısıyla Kurum, insan gücü ve fiziki alt yapı bakımından sistemin gerektirdiği yeterliliğe sahip olmadan ve ihtiyaç duyduğu hazırlık dönemine sahip olmadan reformu

hayata geçirmek zorunda kalmıştır. Örgütlenme ile ilgili sorun teşkil etmesi muhtemel bir diğer konu da, sağlık hizmetlerini sunanlar ile finanse edenlerin birbirinden ayrılması noktasında ortaya çıkmaktadır. Kurumun sağlık hizmeti üretmemesi ve ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini dışarıdan satın alması, sağlık hizmetlerinin daha büyük maliyetlerle satın alınmasına neden olabilecektir. Ancak sağlık hizmetlerinin tek alıcısı konumunda olan SGK, sırf maliyet kaygısı nedeniyle sağlık sektörünün işleyişini bozacak şekilde de hareket etmemelidir. Bu bilgiler ışığında, SGK tek finansör olup, kamu ve özel sektördeki tüm sağlık kurumları sisteme dâhil olursa, devletin ekonomik gücü arzulan kaliteli sağlık hizmetini finanse etme konusunda yeterli olursa sistem başarılı olur. Ancak SGK vatandaşın sağlık harcamalarını finanse etmede güçlük yaşar ve bu sorunu maliyetleri kısarak çözmeye kalkarsa ve bu çerçevede Kurumlara ödeyeceği ücretleri kısma kalkarsa, sağlık hizmeti sunucularının sistemden çıkarak özel sağlık hizmeti vermeye başlaması söz konusu olabilecektir. Dolayısıyla Kurum, sigortalılar adına Kurum menfaatlerini korumak için istismarları ve suiistimalleri önleyecek politikalar izleyebilir, tedbirler alabilir. Ancak bu tedbirler, sektörü düzenleyici, terbiye edici veya cezalandırıcı nitelikte olmamalıdır.

Sağlanan haklar ve hizmetler açısından bakıldığında GSS'nin asgari sağlık hizmeti vereceği görülmektedir. Dünyanın gelişmiş olsun olmasın hiçbir ülkesinde sağlık hizmetlerinin sınırsız verilmesi söz konusu değildir. Dolayısıyla ülkemizde de kapsama alınan sağlık hizmetleri sınırlıdır. Ancak bu sınırlama, mali kaygılar gözetilerek ihtiyaç dâhilindeki sağlık hizmetlerinin kapsama alınmaması düzeyinde olamaz. Aksi takdirde yeterli düzey ve kalitede sağlık hizmeti alamayan kesim, özel sigortalara yönelecektir. Bu nedenle, GSS'ce sağlanan hizmetlerin kapsamının ve kalitesinin ülkenin ekonomik durumunun elverdiği ölçüde maksimum seviyeye çıkarılması önem taşımaktadır.

Yapılan düzenlemeler doğrultusunda Kurum tarafından yapılan puanlama ile özel-kamu hastanelerinin sınıflandırılması söz konusudur. Bu sınıflandırma, hastaların gelir gruplarına göre ayrışmasına yol açacaktır. Böylece üst gelir grupları birinci sınıf hastanelerde daha yüksek fark ücreti ödeyerek tedavi olurken, düşük gelirli olanların düşük sınıftaki hastanelerde tedavi olması toplumda huzursuzluğa neden olabilecektir.

Çalışmada, GSS'de aile hekimliğini esas alan birinci basamak anlayışının benimsendiği vurgulanmış, ancak ülkemiz için yeni olan bu uygulamanın, olumlu tarafları

olmasına rağmen uygulamada sorun teşkil eden önemli alanlardan biri olduğu belirtilmiştir. Bu çerçevede ülkemizde, eğitim, personel, teçhizat gibi ihtiyaç duyulan alt yapı sağlanmadan, aile hekimliğinin sağlıklı ve sürekli bir biçimde uygulanmasının mümkün olmadığı vurgulanmıştır.

Son olarak, yapılan düzenlemelere rağmen halen finansal problemlerin devam ettiği görülmektedir. Hatta kapsama alınan nüfusun artması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması... v.s. gibi nedenlerle sağlık harcamalarının giderek arttığı görülmektedir. Ayrıca kayıt dışı ekonominin varlığı, sağlık hizmetlerinin dışarıdan satın alınması, kaynakların verimli kullanılmaması gibi nedenler de sağlık sisteminde finansman sorununu artırmaktadır. Ülkemizde, sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayrılmadığı ortadadır. Ancak ayrılan kaynakların verimli bir şekilde kullanılması ve GSYH' den sağlığa ayrılan payın artırılması mali açıkların giderilmesinde büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- AKDUR Recep, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması', Ank., 1999. www.recepakdur.com
- AKTAN Coşkun Can – IŞIK A. Kadir, 'Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler', <http://www.canaktan.org>
- AKTAN Coşkun Can – IŞIK A.Kadir, 'Sağlık Hizmetlerinde Devletin değişen Rolü', <http://www.canaktan.org>
- ALPAR M. Bülent, 'ILO Sosyal Güvenlik Nihai Raporu ve Gerçekleşen Değişiklikler', <http://www.kamu-is.org.tr>
- ALPER Yusuf, Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sigortalar, Alfa Yayımcılık, İstanbul, 1999.
- ALPER Yusuf, Sosyal Güvenlik Teorisi Ders Notları, Bursa, 2004.
- ALPER Yusuf, 'Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası', Hekimce Bakış, Bursa Tabipler Odası, Sayı:66, Bursa, 2007.
- ALPER Yusuf, Sosyal Güvenlik Hukuku Ders Notları, Bursa, 2007.
- ALPER Yusuf, 'Sosyal Güvenlik Reformunun İkinci Yılına Girerken Genel Sağlık Sigortası: Sağlanan Gelişmeler ve Sorunlar', Mercek Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası, Yıl:15, Sayı:57, İst., Ocak 2010.
- ALTAY Asuman, 'Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi', Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, <http://www.sayistay.gov.tr>
- ARICI Kadir, 'Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği Sorunu', Sicil İş Hukuku Dergisi, MESS, Sayı:13, İst., 2009.
- AYDIN Erdem, 'Atatürk'ün Sağlık Kavram ve Anlayışı', Ankara Tıp Mecmuası (The Journal of The Faculty of Medicine), Vol.48: 43–54, 1995.

AYDIN Erdem, 'Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri', Ankara Ecz. Fak. Derg., 31 (3) 183-192,2002.

AYDIN Erdem, 'Osmanlılarda Tıp', <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr>

BULUT Mehmet, 'Sosyal Açıdan Ne Kadar Güvendeyiz? (Sosyal Güvenlik Reformunda Geline Nokta)', Mercek, Yıl:15, Sayı:57, İst., Ocak 2010.

ÇAKMAK Diren, 'Toplumsal Uzlaşma Belgesi:1936 Tarihli İş Kanunu', Sosyal Bilimler Dergisi, 2007/1, <http://www.anadolu.edu.tr>

ÇALIŞ Serkan, Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İst.2006.

ÇETİN Rana, 'İngiltere, Almanya ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları',2007, <http://www.emekdunyasi.net>

DİKİCİ Mustafa Fevzi – KARTAL Mehtap – ALPTEKİN Serap – ÇUBUKÇU Mahcube – AYANOĞLU Akın Serhat – YARIŞ Füsün, 'Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi', Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27: 412–418.

DİLEK Zuhale, 'Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Kısa Tarihçesi', Sosyal Güvenlik Dergisi, Yıl:1, Sayı:3, 2009.

DİLİK Sait, 'Atatürk Döneminde Sosyal Politika', <http://dergiler.ankara.edu.tr>

ERSOY Füsün, 'Aile Hekimliğinde Son Durum,2009, <http://www.ailehekimligi.com.tr>

ERSOY Füsün, 'Aile Hekimliğinde Doktor Hasta İletişimi ve Önemi',2009, <http://www.ailehekimligi.com.tr>

ERSÖZ Filiz, 'Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi', İstatistikçiler Dergisi 2, Yıl: 2008.

FİŞEK Nusret, Prof.Dr.Nusret Fişek'in Yayımlanmamış Yazıları I, 'Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerinde Çalışmalar', Sağlık Dergisi, 37:Sayı:3, Mart 1963.

FİŞEK Nusret, 'Sağlık Alanında Sigortacılık', Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I, Ankara Tabip Odası Bülteni, Sayı:13-14, 1976.

FİŞEK Nusret, 'Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları', Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, 1982.

GÖNENCAN Zahit, 'Osmanlı Döneminde Sosyal Güvenlik Sistemleri'
<http://www.ceis.org.tr>

GREEN David G. – IRVINE Benedict, Health Care in France and Germany, Civitas: Institute for the Study of Civil Society London, First published December 2001, Civitas.

GÜLEN Fikret, '5489 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu', Türk-İş, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayın Organı, Sayı:372, Ank., 2006.

GÜLTER Ömer – YILDIZ Mahmut, 'Prof. Dr. Recep Akdağ ile Sağlık Sistemi Üzerine', Sosyal Güvenlik Dergisi, Yıl:1, Sayı:3, Ank., 2009.

GÜNAYDIN Ayşe, Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, İst., 2007.

GÜVEN Sami, Sosyal Politikanın Temelleri, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa,2001.

GÜVERCİN Cemal Hüseyin, 'Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi', Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt:7, Sayı:2, 2004.

GÜZEL Ali – OKUR Ali Rıza, Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Basım Yayım Dağıtım, İst., 1990.

GÜZEL Ali, 'Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?', Çalışma ve Toplum, 2005/4, <http://www.calismatoplum.org>

KANCA Mehmet, 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Finansman Çözümü GSS, Hekimce Bakış, Mart 2007, Sayı:66.

- KAYA Pir Ali – GÜNERİ Nejat, Çalışma Mevzuatı Külliyyatı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2006.
- KAYA Pir Ali, Avrupa Birliği ve Türk İş Hukuku Bağlamında Eşitlik İlkesi, Nobel Yayın Dağıtım, Ank., 2007.
- KAYNAK Zeki, Yeniden Yapılandırılan Sosyal Güvenlik Sistemimizde Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası, Yaklaşım Yayıncılık, Ank., 2007.
- KERVASDOUE Jean de, ‘Fransa’da Sağlık ve Sağlık Sistemi’, Fransa’nın Türkiye Büyükelçiliği, Temmuz 2002, <http://www.ambafrance-tr.org>
- KEYDER Çağlar – ÜSTÜNDAĞ Nazan – AĞARTAN Tuba – YOLTAR Çağrı, Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, İletişim Yayınları, İst., 2007.
- KUMLU Mustafa, ‘Genel Sağlık Sigortası Sağlık Harcamalarını Artırdı’, Mercek, Yıl:15, Sayı:57, Ocak 2010.
- NORMAND Charles – WEBER Axel ‘Social Health Insurance’, WHO, 1994, <http://libdoc.who.int/publications/50786.pdf>
- OKTAY Mümin, Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Yasal Düzenlemelerin Özel Sigorta Şirketlerine Etkileri ve Uygulama Modeli, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İst., 2007.
- ÖCEK Zeliha A. – ÇİÇEKLİOĞLU Meltem – TÜRK Meral, ‘Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapı Tutuculuk Nedir? Türkiye’de Uygulanabilir mi?’, Sted, Cilt:15, Sayı: 8, 2006.
- ÖCEK Zeliha – SOYER Ata, ‘Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2000–2004 Türkiye Fotoğrafi’, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, Aralık 2007.
- ÖCEK Zeliha, ‘Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapı Tutuculuk’, <http://halksagligi.med.ege.edu.tr>
- ÖZTÜRK Osman, ‘GSS mi, SSS mi, ASS mi’, Hekimce Bakış, Bursa Tabipler Odası, Sayı:66, Bursa, 2007.

- SALTIK Ahmet – ERDOĞAN Sarper, ‘Türkiye Cumhuriyeti’nin Sağlık Bürokrasisi Gereksinimi’, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Cilt: XXII, Sayı: 213, Ank.
- SERDAROĞLU İsmail –KEVENK Uğur, ‘Fransız Sağlık Sistemi’nde Kalite ve Akreditasyon’, <http://www.performans.saglik.gov.tr>
- SÖZER Ali Nazım, ‘Genel Sağlık Sigortası Edimlerinden Yararlanmada Prim Koşulu’, Sicil Dergisi, Sayı:13, Mart 2009.
- SUR Haydar, ‘Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi’, <http://www.merih.net>
- ŞAHPAZ Figen, ‘Aile Hekimliği Ne Getirecek Ne Götürecek ?’, 2010. <http://www.birgun.net>
- ŞAKAR Müjdat, Sosyal Sigortalar Uygulaması, Beta Yayınları, İst, 2009.
- ŞEN Murat, Tanzimat Öncesi (Klasik Dönem)Osmanlı Devleti’nde Sosyal Güvenlik, e-akademi Hukuk, Ekonomi ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi, Sayı:3, Mayıs 2002, <http://www.e-akademi.org>
- TAPAN Birkan, Genel Sağlık Sigortası’nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın Gerekliliği, (Yayınlanmamış Doktora Tezi),Kadir Has Üniversitesi, İst., 2008.
- TATAR Mehtap, ‘Dünyada Sağlık Maliyetlerinin Artma Nedenleri’, Sosyal Güvenlik Dergisi, Yıl:1, Sayı:3, 2009.
- TUNCAY A.Can –EKMEKÇİ Ömer, Yeni Mevzuat Açısından Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları, Legal Yayınları, İst, 2009.
- TÜRKOĞLU Sami, ‘Bir Ameliyatın Randevusunu Üç Ay Sonraya Vermekle, Bu Ameliyatı Üç Gün İçerisinde Gerçekleştirmenin Bir Maliyet Farkı Vardır’, Sosyal Güvenlik Dergisi, Yıl:1, Sayı:3, 2009.
- UĞURLUOĞLU Özgür –ÇELİK Yusuf, ‘Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı’, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1, Yıl:2005.
- ÜSTÜNEL Aziz, ‘İngiliz ve Amerikan Sağlık Sistemleri’nin Karşılaştırılması’, <http://www.merih.net>

YALÇIN Türkan –YILDIRIM Hasan Hüseyin, ‘Sağlık Hizmetleri Finansmanı’, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, No:40, 2001.

YERLİ M. Turabi, Vatandaşların Sağlık Hizmetlerinden, Sağlık Reformu ve Genel Sağlık Sigortasından Beklentileri, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İst., 2006.

YILDIRIM Fatih, ‘Fransa Sağlık Sistemi’, <http://www.istanbul.edu.tr>

YILDIRIM H.Hüseyin, ‘Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları’, Amme İdaresi Dergisi, Cilt:32, Sayı:1, Mart 1999.

YILDIRIM Hasan Hüseyin, ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı:Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Bir Sorgulama’, Sağlık ve Siyaset, 2004. <http://www.absaglik.com>

YILDIRIM Hasan Hüseyin, “Türkiye’de Sağlık Reformları:Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, Sağlık ve Siyaset, 2006. <http://www.absaglik.com>

TC. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sağlık Harcama İstatistikleri 2004–2007 yılı Sonuçları, Sayı:29, 22 Şubat 2010.

www.saglik.gov.tr

<http://www.sgk.gov.tr>

www.eskisehirsaglik.gov.tr

www.ttb.org.tr

<http://forum.memurlar.net/konu/741608/>

www.tuik.gov.tr

<http://www.scribd.com/doc/24802951/FRANSA-WO>

<http://www.belgenet.com>

<http://www.canaktan.org>

<http://www.anayasa.gen.tr>

<http://ekutup.dpt.gov.tr>

www.dpt.gov.tr

<http://tr.wikipedia.org>

ÖZGEÇMİŞ

Doğum Yeri ve Yılı : BURSA/1985

Öğr.Gördüğü Kurumlar	Başlama Yılı	Bitirme Yılı	Kurum Adı
Lise	1999	2003	TURHAN TAYAN ANADOLU LİSESİ
Lisans	2003	2007	ULUDAĞ ÜNİ. Çal. Eko. Ve End. İliş.
Yüksek Lisans	2007	2010	ULUDAĞ ÜNİ. Çal. Eko. Ve End. İliş. Anabilim Dalı-İş Hukuku ve Sos. Güv. Hukuku Bilim Dalı

Doktora :

Medeni Durum : Bekar

Bildiği Yabancı Diller ve Düzeyi: İngilizce-iyi derecede Portekizce-az derecede

Çalıştığı Kurum (lar) : **Başlama ve Ayrılma Tarihleri** **Çalışılan Kurumun Adı**

1.

...

Yurtdışı Görevleri :

Kullandığı Burslar :

Aldığı Ödüller :

Üye Olduğu Bilimsel ve Mesleki Topluluklar :

Editör veya Yayın Kurulu Üyelikleri :

Yurt İçi ve Yurt Dışında katıldığı Projeler :

Katıldığı Yurt İçi ve Yurt Dışı Bilimsel Toplantılar:

Yayımlanan Çalışmalar :

Diğer :

Tarih-İmza
Simge KAYA