



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI**

TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI: GELİŞİMİ, UYGULANMASI VE SORUNLARI

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Arif Türker KIZILOVA

BURSA - 2015



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI**

TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI: GELİŞİMİ, UYGULANMASI VE SORUNLARI

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Arif Türker KIZILOVA

**Danışman:
Prof.Dr. Yusuf ALPER**

BURSA - 2015

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

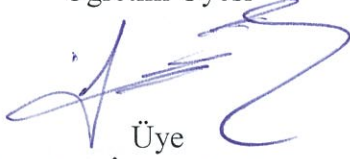
Çalışma Ekonomisi Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı'nda 701113010 numaralı Arif Türker KIZILOVA'nın hazırladığı "TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI: GELİŞİMİ, UYGULANMASI VE SORUNLARI" konulu Yüksek Lisans Tezi ile ilgili tez savunma sınavı, 10.07 2015 günü Cuma - 14.00 saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin/çalışmasının (başarılı/başarısız) olduğuna Oybirliği (oybirliği/oy çokluğu) ile karar verilmiştir.



Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu
Başkanı)

Prof.Dr.Yusuf ALPER

Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Öğretim Üyesi



Üye
Prof.Dr.İlknur KILKIŞ

Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Öğretim Üyesi



Üye

Prof.Dr.İsmail TATLIOĞLU

Bahçeşehir Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Öğretim Üyesi

10.07 / 2015

ÖZET

Yazar Adı ve Soyadı : Arif Türker KIZILOVA
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Bilim Dalı :
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : XIII + 155
Mezuniyet Tarihi : / / 20.....
Tez Danışmanı : Prof.Dr. Yusuf ALPER

TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI: GELİŞİMİ, UYGULANMASI VE SORUNLARI

Genel sağlık sigortası kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak tanımlanmaktadır. Genel sağlık sigortası uygulamasında, ortaya çıkan hastalık riskine karşı tüm toplumun sağlık güvencesi kapsamına alınması hedeflenirken, sunulan sağlık hizmetlerinden herkesin eşit bir şekilde yararlanması yine herkesin sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmesi ve sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanabilmesi amaçlanır. Bu anlamda genel sağlık sigortası bir sosyal sigorta kolu olmayıp sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ve finansmanına ilişkin bir sağlık sistemidir.

Bu çalışmada Türkiye’de genel sağlık sigortasının yürürlüğe girdiği 2008 yılından bu yana geçen süreçte sistemin uygulanmasına bağlı olarak ortaya çıkan sorunların tespiti ile genel sağlık sigortasında amaçlanan hedeflere ne ölçüde ulaşılabildiğinin ortaya konması, sistemin mevcut durumunu göz önüne serip zayıf ve güçlü yönlerini ortaya koyarken sorunların çözümüne de katkıda bulunulması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda genel sağlık sigortasına ilişkin mevcut mevzuat hükümleri değerlendirilerek ortaya çıkan sorunlara öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sosyal Güvenlik, Sağlık Hakkı, Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Güvenlik Kurumu

ABSTRACT

Name and Surname : Arif Türker KIZILOVA
University : Uludağ University
Institution : Social Science Institution
Field : Labor Economics And Industrial Relations
Branch : Labor Economics And Industrial Relations
Degree Awarded : Master
Page Number : XIII + 155
Degree Date : / / 20.....
Supervisor : Prof.Dr.Yusuf ALPER

GENERAL HEALTH INSURANCE IN TURKEY: DEVELOPMENT, IMPLEMENTATION AND PROBLEMS

General health insurance has been defined as insurance to protect the health of the people in the first place and then funding of the expenses occurred in the event of encountering with health risks. The objective of the general health insurance application is to take all of the society under the health coverage against the disease risks and everyone to benefit from the health services in equal manner and reach them easily and effectively. In this sense, general health insurance is a health system concerning the providing and funding of health services not a social insurance branch.

The objective of this study is to determine the problems arising out depending on the application of system as of 2008 and present to what extent protected objectives in the general health insurance are reached, contribute to the solutions of the problems while revealing the weakness and strengths of the current system. Accordingly, suggestions to the problems have been presented by evaluating the current legislation provisions regarding the general health insurance.

Keywords: Social Security, Right To Health, General Health Insurance, Social Security Institution

ÖNSÖZ

Türkiye’de sosyal güvenlik reformunun en önemli ayaklarından birini oluşturan genel sağlık sigortası tüm ülke nüfusunu kapsama alan ve kolay ulaşılabilir, etkin ve adil bir sağlık sistemi kurmayı amaçlamaktadır. Türkiye’de genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesiyle birlikte uygulamadan doğan birçok sorunun da ortaya çıkmaya başladığı gözlemlenmiştir.

Yeni sistemin, reform ile ortaya konulan hedeflere ulaşılmasında başarılı olabilmesi, sorunların iyi analiz edilerek hatalardan ders çıkarılmasına bağlıdır. Sistemin hedeflere uygun işletilebilmesi adalet ve sürdürülebilirlik ilkelerinden taviz verilmeksizin yürütülen uygulamalarla mümkündür. Bu ana ilkelerden sapmalara neden olabilecek sorunların en aza indirgenmesi için sistemin güçlü ve zayıf yönlerinin ortaya konulması gerekmektedir.

Bu anlamda çalışmada genel sağlık sigortasının mevcut durumunun ortaya konulabilmesi amacıyla öncelikle kavramsal çerçeve üzerinde durulmuş, seçilmiş bazı ülkelerdeki sağlık sigortası uygulamalarına yer verilmiş, genel sağlık sigortasının Türkiye’deki tarihsel gelişimi anlatılarak genel sağlık sigortasının uygulama esasları ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Çalışmanın son bölümünde ise genel sağlık sigortasının Türkiye’de hayata geçirilmesiyle birlikte ortaya çıkan sorunlar ele alınmıştır.

Bu tezin ortaya çıkmasında beni yönlendiren ve bana her zaman rehberlik eden hocam Prof. Dr. Yusuf ALPER’e teşekkürlerimi sunarım. Yine, meslek hayatım boyunca çalışmalarına ışık tutan ve bana rehberlik eden Doktora Öğrencisi Sosyal Güvenlik Denetmeni Erden ÇAKAR’a şükran borçluyum. Tezin hazırlanmasıyla ilgili çalışmalarında bana yardımcı olan Arş. Gör. Gözde SÜMER’e de teşekkür borçluyum. Hayatımın her aşamasında yanımda olan aileme destekleri için sonsuz minnetlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	xi
TABLOLAR.....	xii
GİRİŞ	1

1.BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1.SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI.....	4
1.1.1. Sosyal Güvenliğin Tanımı.....	5
1.1.2. Sosyal Güvenlik Riskleri.....	7
1.1.3. Bir Sosyal Güvenlik Riski Olarak Sağlık.....	9
1.2. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMI.....	10
1.2.1. Sağlık Kavramı.....	10
1.2.2. Sağlık Hakkı Kavramı.....	11
1.2.2.1. Temel Bir İnsan Hakkı Olarak Sağlık.....	11
1.2.2.2. Sağlık Hakkının Uluslararası Düzenlemeleri.....	12
1.2.2.3. Türkiye’de Sağlık Hakkı.....	14
1.2.2.3.1. Anayasalarda Sağlık Hakkı.....	14
1.2.2.3.2. Sağlık Hakkına İlişkin Temel Kanunlar.....	16
1.2.2.3.3. Kalkınma Planlarında Sağlık Hakkı.....	18
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	19
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	21
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	22
1.3.3. Amaçlarına Göre Sağlık Hizmetleri.....	23
1.3.3.1. Önleyici Sağlık Hizmetleri.....	24
1.3.3.2. Tedaviye Yönelik Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Basamakları...	24

1.3.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	25
1.3.3.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	26
1.3.3.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	26
1.3.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	26
1.4. SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	27
1.4.1. Vergilerle Finanse Edilen (Ulusal) Sağlık Sigortası Sistemi.....	27
1.4.2. Primlerle Finanse Edilen (Hastalık) Sigorta Sistem.....	28
1.4.3. Liberal Sistem.....	29
1.5. SAĞLIK HAKKININ GEREKLERİNİN DEVLETÇE KARŞILANMA YÖNTEMLERİ	
.....	29
1.5.1. Sosyal Sigortalar.....	30
1.5.2. Sosyal Yardım ve Hizmetler.....	30
1.5.3. Genel Sağlık Sigortası ve Genel Sağlık Sigortasının Özellikleri.....	31
1.5.3.1. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı.....	31
1.5.3.2. Genel Sağlık Sigortasının Zorunluluğu.....	31
1.5.3.3. Genel Sağlık Sigortasının Prime Tabi Olması.....	32

2.BÖLÜM

SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERİN SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

2.1. ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER.....	33
2.1.1. İngiltere Sağlık Sistemi.....	33
2.1.1.1. İngiltere Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	33
2.1.1.2. Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı ve Uygulama.....	34
2.1.1.3. Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansmanı.....	35
2.1.1.4. Ulusal Sigorta Sistemi.....	36
2.2. HASTALIK SİGORTASI SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER.....	36
2.2.1. Almanya Sağlık Sistemi.....	36
2.2.1.1. Almanya Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	37
2.2.1.2. Sağlık Sigortasının Kapsamı.....	37
2.2.1.3. Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı Ve Uygulama.....	38
2.2.1.4. Sağlık Sisteminin Finansmanı.....	40
2.2.2. Fransa Sağlık Sistemi.....	41
2.2.2.1. Fransa Sağlık Sigortası İle İlgili Genel Bilgiler.....	41

2.2.2.2. Sağlık Sisteminin Kapsamı.....	42
2.2.2.3. Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı Ve Uygulama.....	42
2.2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	44
2.3. LİBERAL SAĞLIK SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER.....	45
2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık Sistemi.....	45
2.3.1.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler....	45
2.3.1.2. ABD Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı ve Uygulama.....	46
2.3.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	47
2.3.1.4. Özel Sigorta Şirketleri.....	48
2.3.1.5. Blue Cross ve Blue Shield.....	50
2.3.1.6. Sağlık Organizasyonları İçin Bağımsız Sigorta Planları.....	50
2.3.1.7. Kamu Sigortaları.....	51
2.3.1.7.1. Tıbbi Bakım Sigortası (Medicare Programı).....	51
2.3.1.7.2. Tıbbi Yardım Sigortası (Medicaid Programı).....	50
2.3.2. Kanada Sağlık Sistemi.....	53
2.3.2.1. Kanada Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	54
2.3.2.2. Sağlık Sigortasının Kapsamı.....	55
2.3.2.3. Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı ve Uygulama.....	55
2.3.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	56

3.BÖLÜM

TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULANMASI

3.1. TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI ÖNCESİ UYGULAMALAR.....	56
3.1.1. Kalkınma Planlarında Genel Sağlık Sigortası.....	56
3.1.2. Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Kanun Tasarıları.....	58
3.1.2.1. Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarısı.....	58
3.1.2.2. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı.....	58
3.1.2.3. Basamak Sağlık Hizmetleri Ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı..	59
3.1.2.4. Sağlık Finansman Kurumu ve İşleyiş Kanunu Tasarısı.....	60
3.1.2.5. Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı Taslağı.....	60
3.1.2.5. Sağlık Sandığı Kurumu Genel Müdürlüğü Kanun Tasarısı.....	60
3.1.3. Genel Sağlık Sigortası Öncesi Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetleri.....	60

3.1.3.1. 506 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Yardımlar.....	61
3.1.3.2. 1479 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	63
3.1.3.3. 5434 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	64
3.1.3.4. 506 Sayılı Kanunun Geçici 20 nci Madde Göre Yapılan Sağlık Yrd....	65
3.1.3.5. 2925 ve 2926 Sayılı Kanunlara Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	66
3.1.4. Kamu Sosyal Güvenlik Harcamalarından Yapılan Sağlık Yardımları.....	67
3.1.4.1. 2022 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	67
3.1.4.2. 1005 sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	68
3.1.4.3. 2330 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	69
3.1.4.4. 3713 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	69
3.2. GENEL SAĞLIK SİGORTASINA GEÇİŞ SÜRECİ DÜZENLEMELERİ.....	70
3.2.1. 3816 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	70
3.2.2. Aile Hekimliği Uygulaması.....	72
3.2.2.1. Aile Hekimliği Kavramı.....	72
3.2.2.2. Aile Hekimlerinin Görevleri.....	72
3.2.2.3. Aile Hekimlerinin Çalışma Usul ve Esasları.....	74
3.2.3. Kamu Kurumlarına Ait Hastanelerin Sağlık Bakanlığına Devri.....	75
3.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ KAPSAMI, BAŞLANGICI VE BİLDİRİMİ... ..	76
3.3.1. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı.....	77
3.3.1.1. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar.....	77
3.3.1.2. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılmayanlar.....	80
3.3.1.3. Bakmakla Yükümlü Olunanlar.....	80
3.3.2. Genel Sağlık Sigortasının Başlangıcı, Bildirimi Ve Tescili.....	81
3.3.2.1. Kurumca Kendiliğinden Tescil Edilenler.....	82
3.3.2.2. Tescili Bildirime Bağlı Olanlar.....	83
3.4. GENEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMİ VE FİNANSMANI SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ.....	84
3.4.1. Genel Sağlık Sigortası Primi.....	84
3.4.1.1. Bildirilen Kazançları Üzerinden Prim Ödeyenler.....	84
3.4.1.2. Gelir Tespit Yöntemiyle Belirlenen Gelirleri Üzerinden Prim Ödeyenler.....	86
3.4.1.2.1. Gelir Tespitinin Amacı.....	87
3.4.1.2.2. Kurumsal Yapı.....	87
3.4.1.2.3. Gelir Tespitinin Kapsamı.....	88

3.4.1.2.4. Gelir Tespitinin Sonuçları.....	89
3.4.1.3. Genel Sağlık Sigortası Prim Borcunun Müstahaklığa Etkisi.....	91
3.4.2. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanmada Ödenen Prim Dışı Tutarlar.....	93
3.4.2.1.Katılım Payı.....	93
3.4.2.1.1.Katılım Payı Alınan Sağlık Hizmetleri.....	94
3.4.2.1.2.Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri Ve Kişiler.....	95
3.4.2.2.İlave Ücret.....	98
3.4.2.2.1. İlave Ücret Alınan Sağlık Hizmetleri.....	98
3.4.2.2.2. İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri.....	99
3.4.3. Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri	100
3.4.4. Finansmanı Sağlanmayan Sağlık Hizmetleri.....	103
3.4.5. Genel Sağlık Sigortası Hakkında Diğer Hususlar.....	104
3.4.5.1. Yurtdışında Tedavi.....	104
3.4.5.2. Yol, Gündelik ve Refakatçi Gideri Ödenmesi.....	106
3.4.5.3. Genel Sağlık Sigortasında Sorumluluk.....	108
3.4.5.4. Sevk Zincirine Uyulması.....	109
3.4.5.5. Kimlik Tespiti ve İstisnaları.....	111
3.4.5.6. Sağlık Aktivasyonu ve Provizyon Alma.....	114

4. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULANMA SORUNLARI

4.1. SİSTEM OLARAK GENEL SAĞLIK SİGORTASI.....	116
4.2. REFORM İLE ORTAYA KONULAN HEDEFLER.....	117
4.3. KAPSAMA ALINAN KİŞİLER BAKIMINDAN YAŞANAN SORUNLAR.....	119
4.3.1. Gelir Tespitine Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar.....	120
4.3.2. Genel Sağlık Sigortalısının Tesciline Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar.....	121
4.3.3. Kısmi Süreli Çalışanların Kapsamı Bakımından Yaşanan Sorunlar.....	122
4.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU BAKIMINDAN YAŞANAN SORUNLAR.....	124
4.4.1. Sevk Zincirine Uyulmamasına Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar.....	128
4.4.2. Aile Hekimliği Uygulamasına Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar.....	129
4.5.KAPSAMDAKİ SAĞLIK HİZMETLERİ BAKIMINDAN YAŞANAN SORUNLAR.....	129
4.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI BAKIMINDAN SORUNLAR.....	131
4.6.1. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranı ve Ödeme Yükümlülerinin Karmaşıklığı... ..	135

4.6.2. GSS Prim Borçluları ve Prim Borçlarının Yapılandırılması.....	137
4.6.3. Katılım Payının Tahsiline Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar.....	141
4.6.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları.....	142
SONUÇ.....	144
KAYNAKLAR.....	149
ÖZGEÇMİŞ.....	161



KISALTMALAR

Kısaltma	Bibliyografik Bilgi
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Bağ-Kur	Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BSYHP	Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Projesi
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
Gelir Tespit Yönetmeliği	Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil Ve İzleme Sürecine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik
GP	Birinci basamakta pratisyen hekim
GSMH	Gayrisafi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
HMO	Sağlık Bakım Organizasyonu (ABD)
ILO	Uluslararası Çalışma Teşkilatı
Local Authority	Aile Sağlığı Servisleri ve Yerel Sağlık Yönetimleri
NHS	Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
RHA	Regional Health Authority
Sağ-Kur	Sağlık Sigortası Kurumu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
SYDV	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
USPHS	Kamu Sağlığı Birimi (ABD)
Yeşil Kart Yön.	Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması Ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik
Yön.	Yönetmelik

TABLOLAR

Sayfa No:

Tablo 1: Gelir Testi Uygulaması, Prim Miktarı ve Prim Ödeme Yükümlüsü.....	106
Tablo 2: Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Prim Ödeme Koşulu ve Prim Borç Koşuluna İlişkin Tablo.....	108
Tablo 3: Genel Sağlık Sigortasından Yararlananlar.....	132
Tablo 4: Ev Hizmetlerinde Çalışanların Genel Sağlık Sigortalılığı.....	137
Tablo 5: Eksik Gün Bildirim Kodları.....	139
Tablo 6: SGK Gelir ve Gider Dengesi.....	145
Tablo 7: Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Fatura Tutarları.....	146
Tablo 8: Eczane Provizyon Sistemi Reçete Analizi.....	146
Tablo 9: Genel Sağlık Sigortasında İşlemlerin Genel Görünümü.....	148

GİRİŞ

Sosyal güvenlik, sosyal bir riskin varlığı nedeniyle gelir kaybına uğrayan bireylere, insan onuruna yaraşır asgari bir yaşam sürecektir gelir garantisi sağlanmasıdır. Sosyal güvenliğin konusunu kişinin gelirinde eksilmeye veya giderlerinde artışa neden olan sosyal riskler oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik sistemi içinde kısa vadeli bir risk olarak ortaya çıkan hastalık riski, kişilerin gelirlerinde meydana getirdiği azalışa ve giderlerinde meydana getirdiği artışa bağlı olarak bireysel bir risk olarak görünse de sağlıklı bir toplumun yaratacağı katma değer göz önünde bulundurulduğunda hastalık riski esas itibarıyla toplumsal bir risktir. Bu bağlamda ülkeler, hastalık riskine karşı sağlık sistemlerini daha etkin ve verimli bir yapıya kavuşturma konusunda sürekli politikalar geliştirmektedirler.

Sağlık sistemlerini daha etkin ve verimli bir yapıya kavuşturma konusunda ülkeler tarafından geliştirilen sağlık politikaları sosyal güvenlik sisteminden bağımsız olarak düşünülemez. Bireylerin gelirlerini azaltıcı ve/veya giderlerini artırıcı böylesi bir durumda sosyal güvenlik sistemi içinde bu kayıpların en aza indirilmesi ya da tamamen ortadan kaldırılması ancak sağlık hizmetlerini de kapsamına alan etkin bir sosyal güvenlik sisteminin kurulmasıyla mümkündür.

Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin sunulma biçimi, ülkelerin ekonomik, siyasi ve sosyal yapıları, gelir dağılımı gibi diğer hususlarda hiç şüphesiz sağlık sistemlerinin şekillenmesinde etkilidir. Bu bağlamda, sağlık sistemlerinin değişik şekillerde sınıflandırılması mümkün olmakla birlikte gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan üç temel sağlık sistemi mevcuttur. Bunlar, geçmişten gelen ulusal sağlık sigortası, hastalık sigortası ve liberal sistemdir.

Ülkemizde genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi yıllarca tartışma konusu olmuştur. Genel sağlık sigortasına geçiş süreci düzenlemelerinin başında Yeşil Kart uygulaması gelmektedir. Yeşil Kart uygulaması dışında genel sağlık sigortasına hazırlık olarak yapılan diğer iki önemli düzenleme ise aile hekimliği uygulamasının başlatılması ve bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin sağlık bakanlığına devredilmesidir.

16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile oluşturulan Sosyal Güvenlik Kurumu ülkemizde sosyal sigorta kurumlarını tek çatı altında toplamıştır. Sosyal güvenlik sisteminde reform olarak kabul edilen değişiklik 5510 sayılı

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 16.06.2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmasıyla gerçekleşmiştir. Kanunun yürürlük tarihi ilk olarak 01.01.2007 olarak öngörülmüş ancak ön görülen yürürlük tarihi birkaç kez ertelendikten sonra 2008 yılı Ekim ayı başında geneli itibariyle Kanun yürürlüğe girmiştir. Ancak genel sağlık sigortasının tüm ülke nüfusunu kapsama alacak şekilde yürürlüğe girmesi 01.01.2012 tarihi itibariyle olmuştur.

Sosyal güvenlik reformunun temel amacı adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemine ulaşabilmektir. Reform dört temel unsurdan oluşmaktadır. Bunlardan ilki Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'u tek çatı altında birleştiren yeni bir kurumsal yapının oluşturulmasıdır. İkincisi ise sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali açıdan sürdürülebilir tek bir emeklilik sisteminin kurulması, üçüncüsü dağınık halde yürütülen sosyal yardımların merkezi olarak izlenebileceği ve objektif yararlanma ölçütlerine dayalı bir sosyal yardım sisteminin kurulmasıdır. Sistemin dördüncü ve son unsuru ise nüfusun tamamını kapsayan eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu hedefleyen genel sağlık sigortası sisteminin kurulmasıdır.

5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 2008 yılından bu yana geçen süreçte genel sağlık sigortasında uygulamadan doğan birçok sorun ortaya çıkmıştır. Başlangıçta sigorta kurumları kapsamındaki hak sahipleri arasında bir eşitsizlik oluşturduğundan yapılacak sosyal güvenlik reformuyla norm ve standart birliğinin sağlanarak bu eşitsizliğin giderilebileceği değerlendirilmekteyse de ortaya çıkan sorunlar sistemin uygulamadan doğan sorunlara tam olarak cevap veremediğini göstermiştir. Bu nedenle çalışmanın amacı ülkemizde 2008 yılında yürürlüğe giren genel sağlık sigortası sisteminin gelişmiş bazı ülkeler ile karşılaştırmalı olarak sunarak, sistemin uygulanmasından doğan sorunların tespit edilmesini sağlamak ve sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanması adına önerilerde bulunmaktır.

Bu anlamda çalışmanın birinci bölümünde, genel sağlık sigortasına ilişkin temel kavramlar üzerinde durularak tanımlamalara yer verilmiştir. Bunun dışında yine birinci bölüm içinde sosyal güvenliğin sağlık ile olan ilişkisi ortaya konulurken diğer taraftan sağlık hakkı ve sağlık kavramı üzerinde durulmuş ve sağlık sisteminin yapısı irdelenmiştir. Birinci bölümde sosyal güvenlik kavramı, sağlık kavramı ve sağlık sisteminin yapısı üzerinde durulmasının başlıca sebebi; çalışma konusu olan genel sağlık sigortasını, bu kavramları tam olarak ortaya koymadan açıklama çabasıdır. Çalışmanın ikinci bölümü, seçilmiş bazı

lkelerdeki sağlık sigortası uygulamalarına ayrılmıştır. Bu bölümde sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde özellikle sağlık sistemlerinin finansman yapısı esas alınarak ülkelerin uyguladıkları sağlık sigortası modelleri incelenmiştir. Çalışmanın nc bölümünde ise genel sağlık sigortasına ilişkin Türkiye’deki uygulamalar incelenmiştir. Bu bölümde öncelikle kalkınma planlarında genel sağlık sigortasına ilişkin n görüler ve genel sağlık sigortasına ilişkin kanun tasarıları, taslaklar ve çalışma raporları incelenmiş, genel sağlık sigortasına geçilmeden önce sağlık yardımı yapan sigorta programları açıklanmıştır. Çalışmanın son bölümü olan dördüncü bölümde ise genel sağlık sigortasının uygulanmasına bağlı olarak yaşanan sorunlar; sistem olarak, kapsama alınan kişiler, sağlık hizmetlerinin sunumu, kapsamdaki sağlık hizmetleri ve finansmana bağlı olarak yaşanan sorunlar başlıkları altında incelenmiştir. Çalışmanın sonuç bölümünde ise Türkiye’de uygulanmakta olan genel sağlık sigortası sisteminde ortaya çıkan sorunlar üzerinde değerlendirme yapılarak sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi adına yapılması gerekenler hakkında önerilerde bulunulmuştur.

1.BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI

Sosyal güvenlik, tehlikeler karşısında insanlığa, asgari bir güvence sağlamak amacıyla ortaya çıkan bir kavramdır. İnsanoğlunun tehlikelerin zararları karşısında geleceğini koruma garantisi alma güdüsü insanlık tarihi boyunca varlığını sürdürmüştür. Zaman içerisinde boyut değiştiren tehlikelere karşı insanlık, önceleri bireysel ve toplu mücadele yöntemleri ile mücadele etmiş, ancak zamanla bu tehlikelerin bertaraf edilebilmesi çağdaş sistemlerin kurulması ile mümkün hale gelmiştir. Özellikle 20. yüzyıldan itibaren sosyal adalet ve sosyal refahı sağlamayı hedefleyen sosyal devletin ortaya çıkmasıyla birlikte bu önlemler sosyal güvenlik adı altında yeni bir sistem altında ele alınmaya başlamıştır¹. Günümüzde ekonomik kriz ve küreselleşme olguları, sosyal güvenliğin öneminin daha iyi anlaşılmasına vesile olmuştur². Sosyal güvenlikte yaşanan temel değişim, sosyal koruma ve sosyal haklar alanında meydana gelmiştir.

Sosyal güvenlik, sosyal güvenlik politikaları ile sosyal güvenlik sistemlerini kapsayacak biçimde incelenmektedir. Buradan hareketle “*Sosyal güvenlik politikaları, sosyal korumanın amaç ve hedefini, sistemler ise hem amaçları, hem de bu amaçlara ulaşmak için oluşturulan hukuksal teknikleri kapsar*”³.

Sosyal güvenlik politikalarının bir boyutu sosyal hakların kapsamı ile ilgilidir. Sosyal güvenlik politikalarının temelini, sosyal risklerin bireyler üzerindeki olumsuz etkilerini giderme çabaları oluşturmaktadır⁴. “*Sosyal haklar, vatandaşların kendi araçları ve ödeme gücünden bağımsız olarak, temel toplumsal risklere karşı bireyselleşmiş korumaya sahip olmasını mümkün kılacak formal eşitlik ve objektiflik kurallarına bağlanmış kapsamlı*

¹ Nüvit Gerek, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2000, s.2.

² Ali Güzel - Ali Rıza Okur - Nurşen Caniklioğlu, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Yenilenmiş 14.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2012, s.2.

³ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.2.

⁴ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.2.

*haklardır*⁵. Sosyal güvenlik araçları kullanılarak toplumu oluşturan fertler sosyal haklar sağlamak ve bireylerin toplumsal risklerden korunması amaçlanmaktadır⁶.

Sosyal haklar, bireyleri, ortaya çıkan sosyal risklerin sonuçlarına karşı sosyal koruma altına alan haklardır. Bu hakların kapsamı sosyal politika modellerini ortaya çıkarır. Sosyal politikaya konu olan risk alanlarının kapsamına, eğitim, sağlık, beslenme, konut, refah, sosyal güvenlik, analık, aile ve çocuk, uluslararası yardım, barış, çevre, iş emniyeti, tüketicinin korunması gibi alanlar girmektedir⁷.

Terim olarak sosyal güvenlik, toplumu oluşturan fertler için tehlikenin zararlarından uzak olma ve yarınından emin olma duygusunu ve bu duygunun ifade ettiği tatmin anlamına gelir⁸. Sosyal güvenlik, sosyal tehlikelerin meydana getirebileceği zararlar karşısında güven içinde bulunmayı ve bu zararlardan kurtarılma garantisini anlatır. Sosyal güvenliğin sağlanmasında, geleceğe dönük tedbirler alındığı gibi, bugünü de kurtarmayı amaç edinen sosyal hizmet ve yardımların varlığı görülmektedir⁹.

Sosyal güvenlik ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) 1935 tarihli Sosyal Güvenlik Kanun'unda geçmiştir¹⁰. Daha sonra, İngiltere'de William Beveridge bu terime gerçek anlamını vermiştir. Terim, 1944 yılında Philadelphia'da toplanan Milletlerarası Çalışma Konferansında da yer bulmuştur¹¹.

1.1.1. Sosyal Güvenliğin Tanımı

Bireylere ve ailelere asgari bir gelir garantisi sağlama amacıyla hareket eden sosyal güvenliğin tanımına ulaşmak kolay gibi görünmektedir. Ancak sosyal güvenlik için herkesin üzerinde anlaştığı ortak bir tanım yapılması pek mümkün olmamıştır. Bundan dolayı sosyal güvenlik kavramının ortaya çıkışından günümüze kadar çok sayıda ve birbirine yakın farklı tanımlar yapılmıştır.

Yazgan'a göre sosyal güvenlik, *“hiçbir fert açıkta kalmaksızın toplumu meydana getiren bütün fertleri koruma kapsamına alan, insanları ihtiyaçlarının esiri olmaktan*

⁵ Tülay Arın, “Yoksulluk: Toplumsal Eşitsizlikler ve Sosyal Haklara Karşı Yükselen Sosyal Politika Söylemi”, **ODTÜ İktisat Kongresi**'ne Sunulan Tebliğ, Ankara, 1997, s.3.

⁶ Arın, **Yoksulluk**, a.g.e., s.2.

⁷ Arın, **Refah Devleti**, a.g.e., s.55

⁸ Yusuf Alper, **Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sosyal Sigortalar**, 4.b., Ekin Kitabevi, Bursa, 2003, s.4.

⁹ Müjdat Şakar, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, 10.b, Beta Yayınevi, İstanbul, 2011, s.4.

¹⁰ Sait Dilik, **Sosyal Güvenlik**, Kamu-İş Sendikası Yayınları, Ankara, 1991, s.3.

¹¹ Ataman Yılmaz, **Tahsis Mevzuatı ve İşlemleri**, SSK Yayınları, Ankara, 2004, s.1.

*kurtarmak için, onları yaşadıkları toplum içinde insan haysiyetine yaraşır asgari bir hayat standardı sağlamayı garanti eden bir sistemdir*¹².

Alper'e göre *"fertlerin istekleri ve iradeleri dışında, uğrayacakları tehlikelerin zararlarından kurtarılma garantisi olarak tarif edilebilen sosyal güvenlik, tehlike meydana gelmeden önce bu garantinin varlığına dayalı soyut bir tatmin duygusunu, tehlike meydana geldikten sonra ise tehlikenin zararlarını ortadan kaldırmaya yönelik somut tedbirler bütünü"* ifade etmektedir¹³.

Güzel, Okur ve Caniklioğlu'na göre sosyal güvenlik, *"sosyal riskle karşılaşan bireylerin ekonomik güvencelerini sağlamaya yönelik yeniden dağıtım konusundaki organizasyonun tümünü ifade eder"*¹⁴.

Diğer bir tanıma göre, *"Bir ülke halkının bugününü ve yarınını güvence altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı bir birlik ve uyum kurulmuş olan bir kurumlar bütünüdür. Başka bir deyimle, sosyal güvenlik bir mesleksi, fizyolojik veya sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri veya kazancı kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir"*¹⁵. Tunçomağ'a göre, *"gelirleri ne olursa olsun, kişilere belirli sosyal riskler karşısında ekonomik güvence sağlama görevine sahip kurum veya kurumlar topluluğudur"*¹⁶. Dilik'e göre, *"Sosyal güvenlik, belirli sosyal risklerin iktisadi sonuçlarına göre, daha açık bir deyişle, yol açabilecekleri gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanmasıdır"*¹⁷. Şakar'a göre, *"Sosyal güvenlik, gelirleri ne olursa olsun, ülkede yaşayan herkesin, toplum huzurunu ve refahını bozan belli sayıdaki sosyal tehlikenin verdiği zararlardan, bir "insan hakkı" ve esas itibarıyla bir "devlet görevi" olarak, primli ve/veya primsiz rejimlerin kullanılmasını amaçlayan bir sistemdir"*¹⁸. Arın'a göre sosyal güvenlik *"Sosyal politikanın özü 'sosyal güvenlik' olarak isimlendirilen toplumsal koruma ağının kurulması ve işletilmesidir. Sosyal güvenlik veya toplumsal koruma, istihdam, sosyal yardımlar, sosyal sigorta ve sosyal hizmetler programları yoluyla toplumun fertlerine sosyal haklar sağlanmasıdır"*¹⁹. Başka bir tanıma göre sosyal güvenlik, *"insanların yani bir ülkede*

¹² Turan Yazgan, **İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları**, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayını, İstanbul, 2011, s.34.

¹³ Yusuf Alper, **Türkiye'de Sosyal Güvenlik Ders Notları**, Uludağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi, Bursa, 2009, s.2.

¹⁴ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.8.

¹⁵ Cahit Talas, **Sosyal Ekonomi**, Sevinç Matbaası, Ankara, 1983, s.323

¹⁶ Kenan Tunçomağ, **Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar**, Yenilenmiş 4.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 1988, s.5.

¹⁷ Dilik, a.g.e., s.10.

¹⁸ Şakar, a.g.e., s.6.

¹⁹ Arın, **Yoksulluk**, a.g.e., s.2.

yaşayan bütün vatandaşların geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını kadere terk etmeden, başkalarının lütuf ve yardımlarına lüzum kalmaksızın hep birden karşılayan bir sitemdir”²⁰.

Yapılan tanımlardan sosyal güvenliğin bir programlar bütünü olduğu anlaşılmaktadır.²¹ Bu yönüyle sosyal güvenlik kavramı ilk defa XIX. yüzyılın ikinci yarısında Almanya’da Wilhelm Heinrich Riehl tarafından kullanılmıştır²². Sosyal güvenliğin ortaya çıktığı dönemde sanayileşmenin hız kazanmasına paralel olarak ekonomik ve sosyal sınıf mücadeleleri, aynı zamanda toplum içinde sosyal gruplaşmalara ve farklılaşmalara yol açmıştır. Böylece toplumun tamamının, sağlık, eğitim, vergi v.b. problemlerini çözme görevini üstlenen geniş anlamda bir sosyal politika dalı ortaya çıkmıştır²³. Bu anlamda sosyal politikanın bu boyutu geniş anlamda sosyal sorunlara dayanmaktadır²⁴.

Sosyal politika, *“toplumun hayatında sosyal düzenin sağlanması amacına yönelik devlet tedbirleridir ve her modern devlet siyasetinin önemli bir kısmını teşkil eden faaliyetler bütünüdür”²⁵*. Bu yönüyle değerlendirildiğinde sosyal politikaların en önemli araçlarından biri olarak sosyal güvenlik öne çıkmaktadır. Diğer bir ifadeyle sosyal güvenlik, sosyal politikanın ulaştığı önemli bir zirvedir²⁶. Bir anlamda sosyal politika, toplumsal refahı artırmayı hedefleyen politikalar bütünü, sosyal güvenlik ise bu sistem içerisinde sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetleri barındıran politika alanlarını oluşturmaktadır.

1.1.2. Sosyal Güvenlik Riskleri

Sosyal güvenlik ihtiyacı doğuran tehlikeler, başta meydana geliş sebeplerine göre olmak üzere, ortaya çıkardıkları zararlara veya sürelerine bağlı olarak çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Sebeplerine göre tehlikeler: insanların iradi veya gayri iradi olarak sebep olduğu kaza ve hırsızlık gibi tehlikeler; tabiat kuvvetlerinin sebep olduğu deprem, su baskınları ve dolu gibi tabii afetlerle ilgili tehlikeler; biyolojik faktörlerin sebep olduğu

²⁰ Orhan Tuna - Nevzat Yalçıntaş, **Sosyal Siyaset**, Filiz Yayınevi, İstanbul, 1985, s.129.

²¹ Ömer Ekmekçi - A. Can Tuncay, **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, Güncelleştirilmiş 11.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2005, s.4.

²² Süleyman Özdemir, **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İTO Yayınları, İstanbul, 2004, s.31.

²³ Tuna - Yalçıntaş, a.g.e., s.28.

²⁴ Ali Nazım Sözer, **Türkiye’de Sosyal Hukuk**, Fakülteler Kitabevi, İzmir, 1998, s.4.

²⁵ Adil İzveren, **Sosyal Politika ve Sosyal Sigortalar**, 2.b., Doğu Matbaacılık, Ankara, 1970, s.2.

²⁶ Muzaffer Koç, **Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimi ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi**, Ofis Matbaacılık, Malatya, 2004, s.13.

hastalık, yaşlılık ve ölüm gibi tehlikeler ile iktisadi faktörlerin sebep olduğu işsizlik gibi tehlikeler olarak sınıflandırılmaktadır²⁷.

Uluslararası Çalışma Teşkilatı'nın (ILO) 1952 tarih ve 102 sayılı "Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Sözleşmesi"nde üç risk grubu içinde dokuz sosyal güvenlik tehlikesi sayılmıştır. İş kazaları ve meslek hastalıkları mesleki riskler, hastalık, malullük, analık yaşlılık ve ölüm fizyolojik riskler, işsizlik ve ailevi yükler sosyo-ekonomik riskler olarak nitelendirmiştir.²⁸ ILO'nun 102 sayılı Sözleşmesi, dokuz sigorta dalından en az üç tanesinde halkın belli bir oranına sosyal güvenlik sağlayan her ülkeye antlaşmayı onaylama hakkını açık bırakmıştır²⁹.

Bu sigorta kollarından iş kazası ve meslek hastalıkları riskleri, yapılan iş ve meslekle bire bir ilişkili olup geçici ya da sürekli gelir kayıplarına da sebebiyet verebilir. İş kazası ve meslek hastalığı risklerine karşı çalışanların korunması, sosyal güvenlik sistemlerinin önceliğini oluşturur ve bunların meydana gelmesiyle ortaya çıkan zararların tazmini tüm sosyal güvenlik sistemlerinde tartışmasız yerini almıştır³⁰.

Mesleki risklerden olan iş kazası; sigortalının, işverenin otoritesi altında o anda yaptığı işten doğan her hangi bir nedenle bedence ve ruhen zarara uğraması ile bir uzvunu kısmen ya da tamamen, sürekli veya geçici olarak kullanamamasıdır³¹.

Meslek hastalığı ise; sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir. Meslek hastalığı mesleki bir faaliyetin yürütülmesi ya da sürekli bazı işlerde çalışma, çalışanda yapılan işle doğrudan bağlantılı olarak hastalıklara yol açabilmektedir. Bu nedenle meslek hastalığı da iş kazaları gibi sosyal bir risk olarak kabul edilmektedir³².

Mesleki risklerin dışında kalan, insanın kendi bünyesinde meydana gelen hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık ve ölüm gibi olaylar ise fizyolojik riskleri oluşturmaktadır³³. Bu

²⁷ Alper, **Ders Notları**, a.g.e., s.3.

²⁸ Tunçomağ, a.g.e., s.7.

²⁹ Bu sigorta kolları vasıtasıyla işgücünün en az % 20 sinin veya iktisaden faal nüfusun % 50 sinin kapsama alınmış olması gerekmektedir. Bu asgari şartları yerine getirmede zorlukları olan ülkeler için ise, 20 den fazla kişi çalıştırılan işyerlerinde çalışanların % 20 sinin kapsama alınmış olması şartı yeterli görülmüştür.

³⁰ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.7.

³¹ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.285.

³² Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.343.

³³ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.7.

risklerden hastalık; biyolojik bir tehlike olarak, kişinin geçici olarak çalışma gücünün kaybolmasına ve bununla ilgili olarak gelirinin kesilmesine/azalmasına neden olur. Analık hali, kadın sigortalının doğumdan önce ve sonra belirli süreler için geçici olarak işinden uzak kalmasına ve gelir kesilmesine yol açan bir tehlikedir ve ortaya çıkan zararların karşılanması gerekir³⁴. Sakatlık (malullük) hastalık ve analık risklerinin aksine sürekli iş göremezliğe ve sürekli gelir kayıplarına yol açar. Bu bağlamda iyileşmesi mümkün olmayan veya zor olan bir sosyal risktir³⁵. Yaşlılık ise, belirli bir süre çalışan kişinin artık çalışamayacak bir yaşa gelmesini ifade eder. Ölümün, ölen insan bakımından bir tehlike olup olmadığı tartışmalıdır. Ancak bu risk ölen bakımından değil, ölüm halinde geçimleri, ölen sigortalı tarafından sağlanan kişiler için söz konusudur. Bu nedenle sosyal güvenlik bakımından ölüm bir tehlike olarak sayılmıştır³⁶.

Toplum ve aile hayatı ile işletme şartlarında meydana gelen riskler, sosyal ve ekonomik riskleri oluşturmaktadır³⁷. Bu risklerden işsizlik, çalışma gücü kaybolmaksızın gelir kesilmesine yol açan bir sosyal güvenlik tehlikesidir³⁸.

Ailevi yükler kişilere hayatlarının olağan harcamaları dışında ek harcamalar yükleyen dönemlerindendir. Burada aile gelirinin yetersizliği bir sosyal güvenlik tehlikesi olarak kabul edilmiş ve ortaya çıkan giderler artışları yeterli görülmediğinden sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır³⁹. Söz konusu bu sigorta kolu ekonomik gelişmişliğe kavuşmuş ülkelerde oluşturulan bir sigorta kolu olarak öne çıkmaktadır. Sigorta kolunun oluşturulması ile ekonomik gelişmişlik seviyesi arasında çok güçlü bir ilişki vardır⁴⁰. Aile sigortası kapsamında aile bireylerine aile desteği verilmektedir. Bu kapsamda çocuk, engelli, yaşlı desteği gibi destekler sağlanmaktadır. Aile sigortasının amacı yoksulluk, ekonomik ve sosyal fırsatların azlığı, sosyal hizmet ve bakım olanaklarından yararlanmadaki eşitsizliklerin önlenmesidir.

³⁴ Alper, **Ders Notları**, a.g.e., s.4.

³⁵ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.8.

³⁶ Arıcı, a.g.e., s.9.

³⁷ Göktaş - Çakar - Özdamar, a.g.e., s.36.

³⁸ Alper, **Ders Notları**, a.g.e., s.5.

³⁹ Alper, **Sosyal Sigortalar**, a.g.e., s.10., Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.8.

⁴⁰ Ailevi Yükler Sigortası ile ilgili daha geniş bilgi için Bkz., Müjdat ŞAKAR, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Yenilenmiş 7.b., Der Yayınevi, İstanbul, 2004, s.81-86.

1.1.3. Bir Sosyal Güvenlik Riski Olarak Sağlık

Sosyal güvenlik tanımının bir unsuru olarak sağlık, sosyal güvenliğin sağlıkla ilgili sosyal risklere karşı da güvence sağlamasını ifade etmektedir. Sağlıklı olan birinin ne zaman hastalanacağını ve sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacağını önceden kestirilmesi mümkün değildir. Buna karşın sağlığını kaybederek hastalık haline düşen bir kişi için bu durumun eğer çalışıyor ise gelirlerinde bir azalmaya neden olacağı açıktır. Diğer taraftan hastalığın tedavisi için yapılması gereken tedavi giderleri nedeniyle hastalanan kişinin giderlerinin artacağı da bilinmektedir. Bireylerin gelirlerini azaltıcı ve/veya giderlerini artırıcı böylesi bir durumda sosyal güvenlik sistemi içinde bu kayıpların en aza indirilmesi ya da tamamen ortadan kaldırılması ancak sağlık hizmetlerini de kapsamına alan etkin bir sosyal güvenlik sistemin kurulmasıyla mümkündür⁴¹.

Bu bağlamda sosyal güvenlik ile sağlık ve sağlık hizmetlerinin ayrı ayrı düşünülmemeyeceği, sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik sisteminin bir parçası niteliğinde olduğu söylenebilir. Dolayısıyla sosyal güvenlik sisteminin tamamlayıcısı olarak, sağlık ve sağlık hizmetlerinin örgütlendiği, toplumsal fayda gözetilerek öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerine önem verildiği, hastalık halinde ise tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin devreye sokulduğu, ekonomik imkânlar doğrultusunda ortaya çıkacak finansman açığının tamamını ya da önemli bir kısmını karşılayacak, ayrıca yoksun kalınan geliri ikame edecek bir sosyal güvenlik sistemin oluşturulması, vatandaşların sosyal durumlarıyla ve refahlarıyla ilgilenen, onlara asgari bir yaşam düzeyi sağlamayı ödev bilen sosyal devlet anlayışının⁴² da bir gereğidir.

1.2. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMI

1.2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal esenlik durumu olup, yalnızca hastalık ya da maluliyet yokluğunu ifade etmemektedir. Sağlık için bugüne kadar farklı tanımlamalar yapılmıştır. Bu tanımlamalar çoğunlukla ölüm ve hastalık gibi negatif parametreler üzerinden yapılmıştır⁴³. Ancak ilk defa Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1947

⁴¹ Mustafa Kuruca, Genel Sağlık Sigortası, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2012, s.21.

⁴² Mümtaz Soysal, **Anayasaya Giriş**, Genişletilmiş 2. b., Sevinç Matbaası, Ankara, 1969, s.234

⁴³ Aygül Kaya, Türkiye Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011, s.34.

yılında benimsediği tanıma göre sağlık, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi durumda olma hali olarak ifade edilmiştir⁴⁴. Dolayısıyla, sağlık kavramı tanımlanırken sadece sakatlık ve hastalık halinin olmayışı şeklinde bir tanımlama yerine, sağlık “bedensel, ruhsal ve soysal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlanmıştır⁴⁵.

Sağlıkla ilgili modern tanımları diğer klasik tanımlardan ayıran en önemli faktör sağlığı semptomlar boyutuna sıkıştırmayarak insanı psikolojik ve sosyal boyutuyla bir bütün olarak ele almasıdır⁴⁶. Bu anlamda tanımların ortak noktası, sağlığı etkileyen üç etkenin var olduğudur. Bunlar, biyolojik (fiziksel), psikolojik (ruhsal) ve sosyal etkenlerdir⁴⁷. Bu etkenlerden birinin eksikliği diğerlerini de olumsuz etkileyebilecektir.

1.2.2. Sağlık Hakkı Kavramı

1.2.2.1. Temel Bir İnsan Hakkı Olarak Sağlık

İnsan hakkı kavramının somut hale gelerek yazılı hukuk kuralları içinde yerini alması 20. yüzyılın ortalarında başlamıştır. Önceleri düşünürler tarafından ifade edilen bu kavram zamanla devletler tarafından kabul görmüştür. Zaman içerisinde devletler kendi vatandaşlarına kimi hakları tanımışlardır. Bu akım zamanla gelişerek tüm dünyadaki insanların temel haklardan yararlandırılması amacına ulaşmıştır⁴⁸.

Çağdaş hukuk sistemlerinde kişinin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin başında yaşama hakkı gelmektedir. Bu hak gerçekleşmediği zaman diğer hakların gerçekleşme ve kullanılma şansı yoktur. Bu anlamda hastalığa yakalanan kişinin tedavisini talep etme hakkı olarak tanımlanan sağlık hakkı, yaşama hakkı ile yakın ilişki içerisinde. Dolayısıyla yaşam hakkından söz edebilmek için her şeyden önce, kişinin sağlığının korunması, sağlıklı yaşam için gerekli tüm önlemlerin alınması ve bireye gerekli hizmetlerin verilmesi gerekmektedir⁴⁹.

Sağlık hakkı, genel olarak “herkesi” kapsayan bir özelliğe sahiptir. Bu ifade bütün insanlığı içerisine almaktadır. Diğer bir anlatımla hak kapsamına girebilmek için insan olmak

⁴⁴ Zuhal Baltaş, **Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri**, 4.b., Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008, s.34.

⁴⁵ Sevdâ Demirbilek, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**, İlkem Ofset, İzmir, 1999, s.6.

⁴⁶ Baltaş, a.g.e., s.34.

⁴⁷ Nurşen Özçelik Adak, **Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme**, Birey Yayınları, İstanbul, 2002, s.21.

⁴⁸ İlhan Serin, **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, Kazancı Yayınevi, İstanbul, 2004, s.24.

⁴⁹ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.657.

yeterlidir⁵⁰. Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlık hakkının, yaşam hakkının önemli bir unsuru olduğu sonucuna varılır⁵¹.

Temel hakların odak noktasını yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı oluşturmaktadır. Sağlık hakkı yaşamın devam ettirilmesi için zorunlu unsurlardan birini oluşturmaktadır. Devletler, bireylerin yaşama hakkını güvenceye kavuştururken, tıbbın ulaştığı son gelişmeleri de göz önüne almalı ve gerekli sağlık olanaklarını seferber etmelidir. Devletin, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için ne gerekiyorsa onu yapması veya yaptırması kaçınılmaz bir sorumluluktur⁵².

Yaşama hakkı bir anlamda bireyin varlığını sürdürme hakkıdır. Varlığını sürdürebilme hakkının sınırlarını çizmek her ne kadar zor olsa da ekonomik güvence, kirlenmemiş hava, su, yeter düzeyde yiyecek ve giyecek, yeterli bir korunma ve düşük te olsa halk sağlığı sınırların çizilmesinde temel parametre olabilecektir⁵³. Burada aranan kıstas insan onuruna yaraşır yaşam olanaklarının sağlanmasıdır. Birey, sağlıklı ve etkin bir yaşam için gerekli olan temel imkânlarla ulaşamaz ise hukuk tarafından güvence altına alınan diğer haklardan da tam ve eksiksiz yararlandığından söz etmek mümkün olmayacaktır⁵⁴.

1.2.2.2. Sağlık Hakkının Uluslararası Düzenlemeleri

Sağlık hakkını bir “hak” olarak düzenleyen ilk belge DSÖ’nün 1946 tarihli Anayasasıdır⁵⁵. DSÖ Anayasasının Başlangıç bölümünde yer alan ilk paragraflara göre⁵⁶ *“Sağlık bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal esenlik durumudur ve yalnızca hastalık ya da maluliyet yokluğu değildir. Ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanma, ırk, din, siyasi görüş, ekonomik ya da sosyal durum farkı gözetilmeksizin her insanın temel haklarından biridir.”*

1948 yılında Birleşmiş Milletler Tarafından yayımlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 22. maddesinde “herkesin toplumun bir üyesi olarak sosyal güvenliğe hakkı

⁵⁰ İzzet Mert Ertan, Ulusalüstü İnsan Hakları Hukukunda Sağlık Hakkı ve Etkinleştirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2012, s.36.

⁵¹ Ali Rıza Okur, “Genel Sağlık Sigortası”, **Yeni Sosyal Güvenlik Sistemi-Değerlendirmeler-** içinde, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2010, s. 113.

⁵² Makas, a.g.e., s.191.

⁵³ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.657.

⁵⁴ Ali Rıza Okur, **Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları**, İstanbul, 1992, s.11-12.

⁵⁵ Ertan, a.g.tz., s.11.

⁵⁶ Dünya Sağlık Örgütü (WHO), **Dünya Sağlık Örgütü Anayasası (Constitution Of The WHO)**, s.1. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, (31.03.2014),

vardır” ifadelerine yer verilerek sağlık hakkı, sosyal güvenlik hakkı kapsamında düzenlemiştir⁵⁷.

Sosyal güvenlik hakkının bir unsuru olarak sağlık hakkı ile ilgili olarak Bildirgede aynen “1. Herkesin gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım, gerekli toplumsal hizmetler dahil olmak üzere sağlık ve gönencini güvence altına alacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak öteki durumlarda güvenliğe hakkı vardır. 2. Analık ve çocukluk özel bir özen ve yardım görme hakkına maliktir. Bütün çocuklar evlilik içinde veya dışında doğsunlar, aynı toplumsal korunmadan yararlanırlar” hükmüne yer verilmiştir⁵⁸.

ILO’nun 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşmesi’nin 7. maddesi ile sözleşmenin bu maddesini kabul eden her üye devletin, korunmaya muhtaç kimselere sağlık durumlarının gerektirdiği zaman, sözleşmenin diğer maddelerine de uygun olarak, koruyucu mahiyette veya tedavi edici mahiyette sağlık yardımlarını yapması teminat altına alınmıştır. Sözleşmenin 10. maddesinin ikinci fıkrasında “yardımdan faydalananlar veya bunların aile reisleri, hastalık halinde yapılacak sağlık yardımı masraflarına iştirak ettirilebilir. Bu iştirake taalluk eden esaslar ilgiliye ağır bir yük teşkil etmeyecek şekilde tespit edilmelidir” hükmüne yer verilmiştir. Yine aynı maddenin üçüncü fıkrasında “bu madde gereğince yapılacak yardımların, korunan kimsenin sağlığını korumaya, çalışma gücünü iadeye ve şahsi ihtiyaçlarını karşılayabilme kabiliyetini artırmaya matuftur” ifadesine yer verilmiş, dördüncü fıkra ise “sağlık yardımlarının ifasıyla görevli Devlet daireleri veya müesseseler, korunan kimseler, amme idareleri tarafından veya bu idarelerce yetkili kabul edilmiş diğer teşekküller tarafından, kendi hizmetlerine arz edilen umumi sağlık müesseselerine müracaat etmeye, uygun görülebilecek her türlü vasıtalarla, teşvik ederler” düzenlemesine yer verilmiştir⁵⁹.

26 Şubat 1965 tarihinde yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartının “sosyal güvenlik hakkı” başlıklı 12. maddesinde, taraf devletlerin sosyal güvenliğin tam anlamıyla sağlanması için sosyal güvenlik sistemi oluşturmaları veya mevcut sistemi korumaları; en azından Uluslararası Çalışma Örgütü’nün 102 sayılı Sözleşmesinde sayılan normlara eşit bir sosyal

⁵⁷ AÜSBF, **İnsan Haklarının Korunması Alanında Uluslararası Temel Belgeler**, Genişletilmiş 2.b., Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, No:573, (İnsan Hakları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, No:5), Ankara, 1992, s. 6-7.

⁵⁸ Serin, a.g.e., s.24.

⁵⁹ Özkan Bilgili, **Özel Sağlık İşletmelerinde Personel İstihdamı**, İzmir Tabip Odası Yayınları, İzmir, 2009, s.16.

güvenlik sistemini devam ettirmeleri ve aşamalı olarak sosyal güvenlik sistemlerini daha da üst düzeye çıkarmaları yönünde çaba göstermeleri hüküm altına alınmıştır⁶⁰. Sosyal Şart'ın 13. Maddesine göre taraf devletler *“Yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla yada başka kaynaklardan, özellikle bir toplumsal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese taraf devletler yeterli kaynaktan yoksun olan ve kaynak bulamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık durumunda bu durumun gerektirdiği bakımı sunmayı”* üstlenir⁶¹.

1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından Kazakistan'ın dönemin başkentinde yapılan Alma Ata Konferansı bildirgesinde hükümetlerin sağlığı korumak ve sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmak için hemen harekete geçmeleri gerektiği, bu anlamda hükümetlerin ulusal politikalarını ve stratejilerini ulusal sağlık sistemlerinde temel sağlık bakımı hizmetlerini kabul ettiklerini gösteren planları hazırlamaları gerektiği vurgulanmıştır⁶². Ayrıca Deklarasyonda, 2000 yılında dünyadaki insanların kabul edilebilir bir sağlık düzeyine erişebilmeleri için silahlanma ve askeri anlaşmazlıklar için harcanan dünya kaynaklarının bir kısmının sözü edilen faaliyetlere son verilmek suretiyle sağlık hizmetlerine kaydırılması gerektiği, bu sayede dünya insanların temel sağlık hizmetlerini hak ettikleri ölçüde alabilecekleri öngörüsünde bulunulmuştur.

1.2.2.3. Türkiye’de Sağlık Hakkı

1.2.2.3.1. Anayasalarda Sağlık Hakkı

1961 Anayasasında 1921 ve 1924 sayılı Anayasalarının aksine temel hak ve özgürlükler konusunda çok geniş düzenlemelere yer verilmiştir. 1961 Anayasası, yaşama hakkı ile yetinmemiş sağlık hakkına ait düzenlemelere de yer vermiştir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde 1961 Anayasasının sosyal devlet ilkesini benimsemiş olan ilk anayasa olduğunu, sosyal güvenlik ve sağlık hakkı açısından önemli düzenlemeler getirdiğini, sosyal

⁶⁰ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.40.

⁶¹ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.41.

⁶² Asaf Ataseven, “Türk Ailesinin Sağlık Sorunları”, **III. Aile Şurası’na** Sunulan Tebliğ, Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998, s.40.

güvenliğin ilk defa Anayasada bireyin anayasal bir hakkı olduğunun belirtildiğini söylemek mümkündür⁶³.

Anayasanın 14. maddesinde “*Herkes, yaşama, maddi ve varlığını geliştirme hakkına ve kişi hürriyetine sahiptir*” denilerek yaşama hakkına yer verilmiştir. Yine Anayasada “maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkı”na da işaret edilmek suretiyle insanın maddi varlığını tehdit eden hastalıklara karşıda korunma hakkı olduğu belirtilmiştir. Bununla da yetinilmemiş, 48. maddede “sosyal güvenlik hakkı”, 49. maddede de “sağlık hakkı” ayrıca düzenlenmiştir.⁶⁴ Anayasanın sağlık hakkını düzenleyen maddesine göre, “*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir*”.

1961 Anayasasında sağlı hakkı ile ilintili başka hükümlere de yer verilmiştir. Bunlar, işkence ve insan onuruyla bağdaşmayan ceza yasağı, anne ve çocuğun korunması için önlem alma yükümlülüğü, insanca çalışma koşulları sağlama yükümlülüğü, çocuklara, gençlere, kadınlara niteliklerine uygun iş olanağı yaratma yükümlülüğü, dinlenme hakkı, insan onuruna uygun yaşam seviyesi için elverişli ücret verme yükümlülüğü, şeklinde sıralanabilir.⁶⁵

1982 Anayasasında 1961 Anayasasından farklı olarak yaşama hakkının yanı sıra doğrudan sağlık hakkına ilişkin hükümlere de yer verilmiştir. Anayasanın 17. maddesinde “yaşam hakkı”, “*Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir*” biçiminde düzenlenmiştir. Bu bağlamda 1961 Anayasasındaki “kişi hürriyeti” madde metninden çıkarılmış olsa dahi bir daralmadan söz etmek mümkün olmayacaktır. Zira Anayasanın 12. maddesinde “*herkes, kişiliğine bağlı dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir*” denilmek suretiyle kişi hürriyeti ayrıca düzenlenmiştir⁶⁶.

1961 Anayasasının 49. maddesinde, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını ve tıbbi bakım görmesini sağlamak devlete ödev olarak verilmiştir. 1982 Anayasasının 56. maddesinde ise herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkının bulunduğu belirtilmiştir. Beden ve ruh sağlığı ile tıbbi bakım hükmü ise maddeden çıkarılmıştır.

⁶³ Zahit Gönencan, “Anayasa’da Sosyal Güvenlik”, **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bülteni**, (Temmuz-Ağustos-Eylül 1985), s.6.; Ali Yıldırım, “1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı”, **Toplum ve Hekim**, (Nisan-1994), s.45-46.

⁶⁴ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.657.

⁶⁵ Orhan Aldıkaçtı, **Anayasa Hukukumuzun Gelişmesi ve 1961 Anayasası**, 4. b., Fakülteler Matbaası, Ankara, 1982, s.47.

⁶⁶ Okur, Sağlık Hakkı, a.g.e, s.22.

1982 Anayasası ile sağlık alanında hakkın kapsamı genişlemiştir. Bunlardan biri 1982 Anayasasında yer alan kişiyi birey olarak tek başına değil çevresiyle birlikte ele alan düzenlemedir. Konuyla ilgili olarak Anayasanın 56. maddesinde “*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler*” hükmüne yer vermiştir. Ayrıca son fıkrada sağlık hizmetlerini yerine getirebilmek için gerektiğinde genel sağlık sigortasının kurulabileceği belirtilerek sağlık hakkına daha geniş bir boyut kazandırılmıştır⁶⁷.

1.2.2.3.2. Sağlık Hakkına İlişkin Temel Kanunlar

Sağlık hakkına ilişkin yasal düzenlemelere Cumhuriyet tarihi boyunca hemen her dönemde rastlamak mümkündür. Bu düzenlemelerden ilki 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunudur⁶⁸. Kanunun 1. maddesinde memleketin sağlık şartlarını iyileştirmek, milletin sağlığına zarar veren hastalıklar ile diğer zararlı etkenlerle mücadele etmek ve nesillerin sağlıklı olarak yetişmesini sağlamanın yanı sıra millete sağlık ve sosyal yardımlar yapılması, devletin görevleri arasında sayılmıştır. Bu kanunla tüm sağlık hizmetleri ücretsiz verilmiştir⁶⁹.

1593 sayılı Kanunun 3. maddesinde ise Sağlık Bakanlığı eliyle yürütülecek görevler belirtilmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı; çocuk ölümlerini azaltmak, doğumdan önce ve sonra anne sağlığını korumak, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ile mücadele etmek, hekimlik sanatının yürütülmesini denetlemek, gıda, ilaç, zehirli maddeleri, serum ve aşıları kontrol etmek, çocuk ve gençlerin sağlığını korumak, çalışma ve sanat sağlığını korumak, okul sağlığını korumak, maden sularını ve şifalı suları denetlemek, sağlık koruma kurumları, tahlil laboratuvarları ve sağlıkla ilgili müesseselere izin vermek ve denetlemek, akıl ve ruh hastalıkları için sağlık evleri, sakatlar için barınma ve tedavi merkezleri açmak, göçmen sağlık işleri, hapishanelerin sağlık işleri, sağlık istatistikleri düzenlemek, sağlıkla ilgili yayınlar yapmak ve nakil vasıtalarının sağlık işlerini düzenlemek ile görevlendirilmiştir⁷⁰.

1933 tarihli Hususi Hastaneler Kanunu’nda özel hastanelerin açılma usulleri, teşkilat yapısı, görev ve sorumlulukları ile cezai hükümler ile ilgili hususlar düzenlenmiştir⁷¹. Kanunun 1. maddesinde özel hastaneler “*Devlet Hastaneleri, Hususi İdare Hastaneleri ve*

⁶⁷ Okur, Sağlık Hakkı, s.23.; Üçışık, s. 184.

⁶⁸ 1593 sayılı Kanun, R.G., 06.05.1930, 1489.

⁶⁹ Ataseven, a.g.e., s.41-42.

⁷⁰ Okur, Sağlık Hakkı, a.g.e., s.28.

⁷¹ 2219 sayılı Kanun, R.G., 05.06.1933, 2419.

Belediye Hastaneleri dışında yatırarak hasta tedavi eden yerler...” olarak tanımlanmıştır. Kanunun 32. maddesinde ise ani bir rahatsızlık veya kaza sonucunda acil tedaviye ihtiyaç duyan kişilerin özel hastaneye müracaat etmeleri durumunda tedavilerinin yapılması zorunluluğuna yer verilmiştir. Özel hastanelere müracaat edenlerden fakir olanların yatırılarak tedavilerinin gerekli olması halinde bu kişilerin hastanenin ücretsiz hizmet verilecek bölümüne alınmaları gerekmektedir. Eğer hastanede ücretsiz hizmet bölümü yok ise, hastaların başka bir hastaneye nakil edilebilecek duruma gelene kadar tedavi edilmeleri gerekmektedir⁷².

Sağlık hizmetlerine ilişkin diğer bir kanun olan 1961 tarih 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunu⁷³ ile sağlık ocakları kurulmuştur⁷⁴. Kanunun 1. maddesinde “*İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir*” hükmüne yer verilmiştir. Bu anlamda söz konusu kanunla sağlık hizmetleri ilk kez Anayasaya ve uluslararası standartlara uygun olarak düzenlenmek istenmiştir⁷⁵.

Kanun uygulanmasına ilk defa 1963 yılında Muş’ta başlanılmış, sonrasında ise giderek yaygınlaşarak, 1979’da 45 il, 1982’de 53 il kapsama alınmıştır. Nitekim 1983’ten itibaren tüm ülke çapında sağlık ocakları yaygınlaştırılmıştır. Ancak uygulanmaya çalışılan model, kırsal kesimlerde başarı sağlamış ise de kentlerde arzulanan başarı sağlanamamıştır⁷⁶.

Sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavram ve esaslara yer veren diğer bir yasal düzenleme de Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu⁷⁷ olmuştur. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun amacı sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları düzenlemektir. Milli Savunma Bakanlığı hariç, diğer bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzelkişileri ve gerçek kişiler kapsamda sayılmıştır.

⁷² Okur, Sağlık Hakkı, a.g.e., s.29.

⁷³ 224 sayılı Kanun, R.G., 12.01.1961, 10705.

⁷⁴ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.677-678

⁷⁵ Okur, Sağlık Hakkı, a.g.e., s.30.

⁷⁶ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.677-678.

⁷⁷ 3359 sayılı Kanun, R.G., 15.05.1987,19461.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. maddesinde sağlık hizmetleri ile ilgili temel esaslara açıklık getirilmiştir. Buna göre;⁷⁸ Sağlık Bakanlığının görevleri arasında sağlık kurum ve kuruluşlarının, yurt genelinde eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanması, koordine edilmesi, mali yönden desteklenmesi ve geliştirilmesi, sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımı, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatlarının belirlenmesi sayılmıştır.

Ayrıca Bakanlık; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar. Ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla gerekli görülen hizmet içi eğitimi yaptırır. Bunun için üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkânlarından da yararlanır.

Sağlık Bakanlığı Kanun'unun 3. maddesiyle kendisine verilen ve yukarıda sıralanan görevlerin yerine getirilmesini sağlamak için ülke genelinde gerekli teşkilatı kurar veya kurdurur⁷⁹.

1.2.2.3.3. Kalkınma Planlarında Sağlık Hakkı

Türkiye'de sağlık hakkı ve sağlık sistemiyle ilgili esas alınan temel ilkelere, hedeflere ve politikalara yer verilen temel düzenlemelerin başında kalkınma planları gelir. Bu kapsamda 2001-2005 yıllarını kapsayan Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık sisteminin aksayan yönlerinin ve hedeflere ne ölçüde ulaşılabildiğinin bir değerlendirmesi yapılmıştır.

Planda toplumsal gelişmenin temel bir unsuru olarak bireylerin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olmasının sağlanması, yaşam kalitesinin ve süresinin yükseltilerek sağlıklı bir topluma ulaşılmasının esas alındığı belirtilmiştir. Yine sağlık hizmetlerinin; eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık

⁷⁸ 3359 sayılı Kanun, R.G., 15.05.1987,19461.

⁷⁹ Okur, Sağlık Hakkı, a.g.e., s.37-38.

düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulacağı belirtilmiştir⁸⁰.

Ayrıca yapılacak planda yapılacak kanuni düzenlemeler arasında Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapısı belirtilmiştir. Avrupa Birliği normlarına uyum yasaları tamamlanacak, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi amacıyla mevzuat düzenlemesi yapılacaktır. Birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle bütünleşik olarak aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemeler hayata geçirilecektir. Hastanelerin rekabet edebilir ve özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri yapılacaktır. Kamu kesimine ait sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık personelinin tam gün çalışmasını cazip hale getirecek düzenlemeler gerçekleştirilecektir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezinin ulusal bir merkez haline getirilmesi ile ilgili mevzuat düzenlemesi yapılacaktır. Hemşire ve ebeler ile ilgili yasal düzenleme yapılacaktır. Sağlık meslekleri ve uygulamaları ile ilgili mevzuat güncelleştirilecektir. Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılmasına ilişkin düzenlemeler yapılacaktır. Gıda sağlığı ve güvenilirliği alanında denetimi artırıcı önlemler alınacaktır⁸¹.

2007-2013 yıllarını kapsayan Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda⁸² ise sağlık sisteminin etkinleştirilmesi konusuna ayrı bir önem verilmiş ve sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının karşılanması ile bölgeler arası farklılıkların giderilmesi ve erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sisteminin hayata geçirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Ayrıca; sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanlarının artırılması, sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimlerin artırılması, hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulması, tıp alanındaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılması, vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi, başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

⁸⁰ DPT, **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**, s.85-87, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan8.pdf>, (31.03.2014).

⁸¹ DPT, **Sekizinci Beş Yıllık Plan**, s. 88-89.

⁸² DPT, **Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013**, <http://esk.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3088/oik676.pdf>, (31.03.2014).

Bunun yanı sıra 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modelinin tüm illere yaygınlaştırılması, daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastanelerin idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenmesi, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistemin oluşturulması, Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, etkin bir sevk zincirinin işletilmesi, uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulması, gerektiği belirtilmiştir.

Onuncu Kalkınma Planında ise farklı standartlarda hizmet sunan kamu sağlık sigortaları tek çatı altında toplanarak nüfusun tamamını kapsayan zorunlu GSS kurulmuştur. Sistemin mali sürdürülebilirliğini sağlamak üzere emeklilik yaşlarının yükseltilmesi, aylık bağlama oranlarının düşürülmesi gibi parametrik değişiklikler yapılmış, ayrıca kamunun sosyal güvenlik sistemine katkı sağlaması esası getirilmiştir. Sağlık kapsamının ve hizmetlere erişimin artması sonucunda, tedavi ve ilaç harcamalarında yaşanan artışın kontrol altına alınması amacıyla, gereksiz hizmet talebini önlemeye yönelik alınan tedbirlerin yanı sıra global bütçe uygulanmaya başlanmış ve 2010 yılından itibaren ilaç harcamalarını da içerecek şekilde genişletildiğinden bahisle sosyal güvenlik reformunun kararlılıkla uygulanması ve sistemin aktüeryal dengesini bozucu uygulamalardan kaçınılması suretiyle sosyal güvenlik sisteminin uzun dönemli mali sürdürülebilirliğinin iyileştirilmesi amaçlandığı vurgulanmıştır.

1.2.3. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Piyasasının Özellikleri

Sağlık ekonomisi, sağlık ve sağlık hizmetlerini sosyo-ekonomik eşitsizlikler çerçevesine oturtan ve sağlık hizmetlerini sorunları bakımından irdeleyen alan olarak nitelendirilebilir. Sağlık ekonomisi sağlık hizmet maliyetleri ile sistemin çıktılarının bir arada izlenebildiği politikalar bütünüdür. Bu anlamda sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynaklarla hizmetlerin en uygun değerde dağıtımının yapılması alanın konusunu oluşturmaktadır.

Sağlık piyasası normal piyasalardan oldukça farklı bir nitelik arz etmektedir. Sağlık hizmetleri nitelik bakımından bazı durumlarda rekabet koşullarına göre farklılaşan bazı durumlarda ise kamu ve özel hizmet sunucularının uyguladığı politikaların doğal bir sonucu olarak çıkabilir.

Sağlık piyasaları;

- Arz ve talep eşitsizliklerinin olduğu,
- Piyasaya girişte kısıtlamaların olduğu,
- Talebin belirsiz olduğu,
- Piyasaya girişte kısıtlamaların olduğu,
- Alıcıların piyasa hakkında tam bilgi sahibi olmadığı,
- Hizmetlerde homojenliğin sağlanamadığı,
- Dışsal faktörlerin bulunduğu,
- Hizmetlerin ikame edilemez ve ertelenemez bir yapıda olduğu,
- Karma bir yapıya sahip piyasalardır⁸³.

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavi etmek, hastalıklar sonucu sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir⁸⁴.

Sağlık hakkını güvenceye alan etkin bir sağlık hizmeti sunumu için iki temel koşul bulunmaktadır. Bunlardan ilki, ister kamu ister özel sektör yoluyla olsun yeterli, ulaşılabilir, sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasıdır. İkincisi ise bu hizmetlerin ödenebilir olmasını sağlamak amacıyla hastalığın finansal riskine karşı güvence sağlamasıdır⁸⁵. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı olarak da adlandırılan bu iki koşul, “*temel amacı sağlığı*

⁸³ Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Doçentlik Tezi), İstanbul, 1996, s.46.

⁸⁴ Hasan Irmak, “Koruyucu Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Güvenlik Sistemleri İlişkisi”, **II. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**’nda sunulan tebliğ, Ankara, Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları, 2011, s.48.

⁸⁵ Kuruca, a.g.tz., s.43.

*geliştirmek, sağlığı bozulanları yeniden sağlıklarına kavuşturmak veya sağlığı korumak olan bütün eylemleri içeren bir sistem” olarak tanımlanan sağlık sistemini oluşturmaktadır*⁸⁶.

Sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ile toplum sağlığında uygulanacak politikaların belirlenmesi ve tedbirlerin alınması maksadıyla Dünya Sağlık Örgütü kurulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1977 yılında yapılan toplantısında tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat yaşayabilmesi için yapılması gerekenler “2000 yılında herkes için sağlık” adı altında belirlenmiştir⁸⁷. “Herkes için sağlık” kavramının ilk başlıca 4 amacı bulunmaktadır.

Bu amaçları; sağlıkta eşitlik (hakkaniyet); ülkelerarası ve aynı ülkede yaşayan nüfus grupları arasındaki sağlık hizmetleri farklılığının giderilmesi, hayata anlam kazandırılması; sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlamak ve hayatın uzatılması; doğuştan beklenen insan ömrünü artırılması, şeklinde sıralamak mümkündür.

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikleri dört başlık altında değerlendirmek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin birinci özelliği belirsiz ve ertelenemez olmasıdır.⁸⁸ Sağlıklı olan birinin ne zaman hastalanacağını ve sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacağını önceden kestirilmesi mümkün değildir. Hastalığın ortaya çıkıp sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda ise bu ihtiyacın ertelenmeksizin acilen karşılanması gerekmektedir. Aksi bir durum hastalığın daha da ilerlemesine neden olabileceği gibi insan yaşamının sona ermesine de neden olabilir⁸⁹.

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği ise kamusal hizmet yönünün ağır basmasıdır⁹⁰. Sağlık hizmetlerinin, artık bireylerin kendi imkânları ile katlanmak zorunda oldukları bir yük olmaktan çıkarak kamunun finanse ettiği yardımlar halini almasıyla birlikte bireyin sağlıklı olmasının sadece kendisini ilgilendiren bir durum olmadığı, yaşam süresinin uzaması, hastalık

⁸⁶ Elias Mossialos - Anna Dixon, “Funding Health Care: An Introduction”, Elias Mossialos (Ed.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, Open University Pres, Buckingham, 2002, s.4.

⁸⁷ Sevgi Kurtulmuş, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Yayınları, İstanbul, 1998, s.125.

⁸⁸ Okur, a.g.m., s.94.

⁸⁹ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.666.; Oral, a.g.e., s.43.

⁹⁰ Okur, a.g.m., s.95.

nedeniyle kaybedilecek çalışma süresini azaltması ve işgücünün kalitesini artırması gibi nedenlerle esas itibariyle toplumu ilgilendiren bir durum olduğu fikri kabul görmüştür⁹¹.

Sağlık hizmetlerinin üçüncü özelliği alternatifinin olmamasıdır⁹². Sağlık hizmetleri diğer mal veya hizmetlerde olduğu gibi aynı faydayı sağlayabilecek bir başka şey ile ikame edilemez. Bu nedenle belirli bir hastalık söz konusu ise ancak o hastalığı tedavi edebilecek ilaç ve yöntemlerin kullanılması ile iyileşme sağlanabilir⁹³.

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği ise sunulan hizmetlerin teknolojik, sosyolojik kültürel değişimlere bağlı olarak değişim göstermesidir⁹⁴. Kamu sağlık hizmet sunucularının veya özel sağlık hizmet sunucularının sağlıkla ilgili değişiklikleri sadece ülke içinde değil dünya genelinde takip edip olumlu değişimleri hizmet sunumuna entegre etme zorunluluğu vardır⁹⁵.

1.3.3. Amaçlarına Göre Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmalarını önlemek, onları hastalıklardan korumak ve sağlıklı kalmalarını sağlamaktır. Ancak toplumun tamamını, tüm hastalıklardan korumak mümkün değildir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastaların tedavisi” söz konusu olmaktadır⁹⁶. Hastalıklar sonucu sakatlıkların söz konusu olduğu durumda ise rehabilitasyon hizmetleri devreye girmektedir. Aslında bu üç tür sağlık hizmeti de birbirlerinin tamamlayıcısıdır⁹⁷. Bu bağlamda sağlık hizmetlerini, önleyici sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırmak mümkündür⁹⁸.

⁹¹ Okur, Genel Sağlık Sigortası, a.g.e., s.112.; Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.667.

⁹² Okur, a.g.m., s.95.

⁹³ Okur, Genel Sağlık Sigortası, a.g.e., s.112-113.

⁹⁴ Okur, a.g.m., s.96.

⁹⁵ Okur, Genel Sağlık Sigortası, a.g.e., s.113.

⁹⁶ Kuruca, a.g.tz., s.45.

⁹⁷ Sevda Demirbilek, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**, İzmir, 1999, s.65.

⁹⁸ Okur, Genel Sağlık Sigortası, a.g.e., s.114.

1.3.3.1. Önleyici Sağlık Hizmetleri

Bir toplumda, hastalıkları önleme ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmenin en kestirme ve etkili yolu önleyici sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler, çevreye ve insana yönelik sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır⁹⁹.

Bunlardan ilki olan çevreye yönelik sağlık hizmetleri, insan sağlığını olumsuz etkileyen etkenleri yok ederek, çevreyi olumlu hale getirme veya olumsuz çevre etmenlerinin kişileri etkilemesini önleme çabalarının tümüdür¹⁰⁰. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri; hava kirliliği ve gürültü ile mücadele, doğal sit alanlarının korunması, çevreye salınan zararlı gazlarla mücadele, endüstriyel atıkların yok edilmesi gibi hizmetlerden oluşmaktadır.

Diğer bir önleyici sağlık hizmeti olan insana yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini; erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi ve aile planlaması olarak sıralayabiliriz. Bu hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili, ve ekonomik olan hizmetlerdir. Akılcı bir sağlık ortamında bu tür hizmetlere öncelik ve önem verilmesi gerekir¹⁰¹.

Önleyici sağlık hizmetlerinin, tedavi edici sağlık hizmetlerinden ekonomik açıdan daha verimli ve ucuz olduğu kesin olarak kabul edilmektedir¹⁰². Buna karşın tedavi edici sağlık hizmetleri ölçülebildiği, ekonomik yönden de rakamlarla ifade edilebildiği için hükümetler bu hizmetlere ağırlık vermektedirler. Özellikle önleyici sağlık hizmetleri ile bulaşıcı hastalıklara yol açan etkenler ve bulaşma sürecinin belirlenmesi konusunda çok başarılı sonuçlar alınmasıyla kişinin sağlığıyla toplumun sağlığı arasındaki yakın ilişki görülmüştür¹⁰³.

1.3.3.2. Tedaviye Yönelik Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Basamakları

Tedaviye yönelik sağlık hizmetleri hastalığın ortaya çıkmasından itibaren yapılan tıbbi müdahale ve yöntemler bütünüdür ifade etmektedir. Tedaviye yönelik sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan hastalıkların giderilmesi için yapılmaktadır. Toplumdaki bireylerin sağlık durumları alınan önlemlerle korunamazsa,

⁹⁹ Recep Akdur, **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar: Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum**, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2003, s.12.

¹⁰⁰ Akdur, a.g.e., s.12.

¹⁰¹ Akdur, a.g.e., s.13.

¹⁰² Kuruca, ag.tz., s.47.

¹⁰³ İsmail Şin, **Sağlık Harcamaları ve Türkiye'deki Gelişimi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 1999, s.17.

hastalıkların ortaya çıkması kaçınılmazdır. Sağlık hizmetleri denilince ilk akla gelen tedaviye yönelik hizmetler gelmektedir. Diğer taraftan bu hizmetlerin maliyet yönü de yüksektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ise kişinin hastalığa yakalanmadan önce müdahale yöntemlerini içerdiğinden sosyal faydası daha yüksektir¹⁰⁴. Tedaviye yönelik sağlık hizmetleri uzmanlık alanları ve tedavi yöntemlerinin çeşitliliği bakımından üç basamakta sınıflandırılmaktadır.

1.3.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık kurumlarınca yatarak tedavi olmaksızın hastalığın ortaya çıkması öncesinde geliştirilen koruma yöntemleri ile basit tıbbi müdahale ile önlenebilecek rahatsızlıkların ve tıbbi müdahale sonrası kontrol süreçlerinin takip edildiği hizmetlerdir. Bu anlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinin önleyici, tedaviye yönelik ve rehabilitasyon hizmetlerini bir arada kapsaması, kolay erişilebilir olması ve diğer basamaklar ile eşgüdüm içinde çalışması sağlanmalıdır¹⁰⁵.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu yapan kuruluşlar arasında Sağlık Bakanlığına bağlı olarak hizmet veren kurumlar, aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi ile bağlı hizmet birimi, halk sağlığı laboratuvarı, entegre ilçe devlet hastanesi, acil sağlık hizmetleri istasyonu ve acil sağlık hizmetleri komuta kontrol merkezidir¹⁰⁶. Ayrıca kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, verem savaşı dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, üniversitelerin mediko sosyal merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikleri ile işyeri 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 sağlık kuruluşları da birinci basamak sağlık kuruluşlarındandır¹⁰⁷.

1.3.3.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

¹⁰⁴ İlhan Serin, Genel Sağlık Sigortası Ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2001, s.14.

¹⁰⁵ İstanbul Sağlık Müdürlüğü, “Sağlık Ocakları”, **İstanbul’da Sağlık** içinde, İstanbul Sağlık Müdürlüğü Yayını, İstanbul, 2008, s.51.

¹⁰⁶ Sağlık Bakanlığı, **Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge**, s.2.

http://www.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/birinci-basamak-saglik-kuruluslari-planlama-organizasyon/yonerge_81_il_ekleri.pdf, (02.04.2014)

¹⁰⁷ Akdur, a.g.e., s.13.

İkinci basamak sağlık hizmetleri hastaya ayaktan ve yatarak yeterli düzeydeki tedaviye yönelik hizmeti ifade etmektedir. Bu hizmeti sunan kurumlar ikinci basamak sağlık hizmet kurumlarıdır. Bu kurumlar bünyesinde yeteri kadar ihtisaslaşmış hekimi bulundurur ve eğitim araştırma hastaneleri ile tıp fakültesi hastaneleri dışındaki kamu ve özel devlet hastanelerinden oluşurlar¹⁰⁸. Tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinin verildiği en yaygın örgütlenmiş kurumlar ikinci basamak sağlık kurumlarıdır.

1.3.3.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Özel bir ihtisas dalında hizmet veren, o konudaki gelişmiş teknolojiyle ve üst düzeyde uzmanlaşmış personelle donanmış olan yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetlere üçüncü basamak tedavi hizmetleri denir. Bu hizmetleri veren birimlere üçüncü basamak tedavi kuruluşu denir. Bunlar, Sağlık Bakanlığı'nın eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversitelerin tıp fakültelerine bağlı araştırma ve uygulama hastaneleri ve tüm özel dal hastaneleridir¹⁰⁹.

1.3.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon kelime anlamı olarak iyileştirme, esenlendirme faaliyeti olarak tanımlanmaktadır¹¹⁰. Bu hizmetler, tıbbi tedavi sonrasında bazı organ veya uzuvlarında işlev güçsüzlükleri yaşayanlar için günlük yaşamlarını, ailesine ve toplumuna yük, kendisine ise katlanılacak bir sıkıntı olmadan sürdürmeleri sağlamaları amacına yöneliktir. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır.

Tıbbi rehabilitasyon, bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilebilmesine yönelik çalışmalardır. Sosyal rehabilitasyon ise yaşadığı sakatlıklar nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanların işe uyum sağlamalarına yönelik hizmetleri kapsamaktadır¹¹¹.

1.4. SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRMASI

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında sistemlerin finansman yapısı esas alınarak üç sınıflandırma yapılmaktadır. Ancak finansman bu sınıflandırmanın tek kriteri değildir.

¹⁰⁸ Kuruca, a.g.tz., s.48.

¹⁰⁹ Akdur, a.g.e., s.14.

¹¹⁰ TDK, **Tıp Terimleri Kılavuzu**,

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.533d0350711398.03710244, (03.04.2014)

¹¹¹ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.815.

Sağlık sistemlerinin finansman yapılarının yanı sıra hizmetin sunulma biçimi, ekonomik ve sosyal durum ile gelir dağılımı gibi diğer hususlar da sağlık sistemlerinin şekillenmesinde etken rol oynamaktadır¹¹². Bu bağlamda dünyada üç temel sağlık sistemi bulunmaktadır.

Sağlık sistemleri için üç sistem dışında farklı sınıflandırmaların yapılması mümkün olmakla birlikte, sistemin finansmanı yönüyle vergilerle finanse edilen bir model, primlerle finanse edilen bir başka model ve üçüncü bir yöntem olarak liberal bir sistem ele alınacaktır.

1.4.1. Vergilerle Finanse Edilen (Ulusal) Sağlık Sistemi

Ulusal sağlık sistemi modelinde sağlık hizmetleri kişilere ücretsiz olarak verilir. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin sunumu temelde devlet tarafından örgütlenir. Sistemin finansmanı ise toplanan vergilerden karşılanır. Sistemin en temel özellikleri ise dağılımın geniş kapsamlı olması, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin daha kolay olması ve toplumun tamamının sunulan hizmetlerden eşit şartlarda yararlanabilmesidir¹¹³.

Sistemi ilk uygulayan, 1938 yılında Yeni Zelanda olmuştur. İngiltere ise 1948 yılında bu uygulamayı başlatan ilk Batı Avrupa ülkesidir. Sonraki dönemlerde Sovyetler Birliği, Macaristan, Avrupa'daki diğer eski sosyalist ülkeler, Japonya, İskandinav ülkeleri ve Şili uygulamayı başlatan ülkeler olmuştur. 1970'li yıllarda Kanada, 1980'li yıllarda İtalya, Portekiz, Brezilya, Yunanistan ve İspanya da, ulusal sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasına katılmıştır¹¹⁴.

Günümüzde ulusal sağlık sistemi modelini uygulayan başlıca ülkeler, İngiltere, İsveç, Norveç, Danimarka, Finlandiya, İzlanda, İtalya ve İspanya'dır. Portekiz, Yunanistan, Kanada, Avusturya ve Yeni Zelanda ise ulusal sağlık sistemini sınırlı biçimde uygulayan ülkelerdir¹¹⁵.

Ulusal sağlık sisteminde, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmekte, tedavi edici sağlık hizmetleri de tamamlayıcı olarak sistem içinde yer almakta, yönetim tek çatı altında örgütlenmekte, sağlık hizmetleri topluma eşit olarak ve sürekli biçimde sunulmakta, ilaç

¹¹² Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.859.

¹¹³ Okur, Sağlık Hakkı, a.g.e., s.4.

¹¹⁴ Brian Abel - Smith, **An Introduction To Health. Policy, Planning and Financing**, Logman Group Limited, New York, 1994, s.71.

¹¹⁵ Mehtap Tatar, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de gelişimi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt:1, Sayı:1, 2011, s.110.

kullanımında maksimum tasarruf sağlanmaktadır¹¹⁶. Sistemin bu özellikleri nedeniyle toplum yapısına daha uygun olduğu ve özellikle gelişmekte olan ülkeler için en ideal sistem olduğu ileri sürülmektedir.¹¹⁷ Buna karşın, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü, kaynakların etkin kullanılmadığı ve sistem içinde toplumun isteklerinin dikkate alınmadığı gibi gerekçelerle ulusal sağlık sistemi eleştirilmektedir¹¹⁸.

1.4.2. Primlerle Finanse Edilen (Hastalık) Sigorta Sistemi

Primlerle finanse edilen hastalık sigortası sisteminde, iş kazası, meslek hastalığı ile analık sigortaları dışında kalan bütün riskler hastalık olarak kabul edilir. Bu sistemde sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık yardımları yapılırken, diğer taraftan hastalık nedeniyle çalışamayacak duruma gelen sigortalıya geçici iş göremezlik ödeneği adı altında nakdi yardım yapılır¹¹⁹. Yapılacak sağlık yardımlarının süresi bazı durumlarda ve bazı ülkelerde sınırlı tutulurken bazı ülkelerde ise sınırsızdır¹²⁰. Sistemin finansmanı, bu sistemi uygulayan ülkeler arasında değişiklik göstermekle birlikte genelde işçi ve işverenlerden gelir üzerinden alınan primler ile devlet katkısından sağlanır¹²¹.

Primlerle finanse edilen hastalık sigortası sistemi ilk kez 1883 yılında, Otto Van Bismarck liderliğinde, Almanya’da başlatılmıştır¹²². Bu sistemde, belli bir ücret düzeyi altında çalışanların hastalık fonuna üye olma zorunluluğu getirilerek fonun finansmanının işçi ve işverenlerden alınan zorunlu primler ile desteklenmesi öngörülmektedir. Almanya’da başlayan zorunlu hastalık sigortası kısa bir süre sonra iş kazası (1884) ile sakatlık ve yaşlılık (1889) sigortalarının da ortaya çıkmasına vesile olmuş ve bu uygulamalar zaman içinde diğer birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemine örnek oluşturmıştır¹²³.

Almanya’yı takiben Avusturya, Norveç, İngiltere ve Fransa hastalık sigortası sistemini uygulamaya koymuştur. Gelişmekte olan ülkelere ise hastalık sigortasının tarihi gelişimi üzerine çok fazla bilgi bulunmamaktadır. Bu ülkelere Latin Amerika ülkelerinde

¹¹⁶ Kuruca, a.g.tz., s.38.

¹¹⁷ Yalçın Bostancı, Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Konya, 2007, s.55.

¹¹⁸ Bostancı, a.g.tz., s.55.

¹¹⁹ Kuruca, a.g.tz., s.39.

¹²⁰ Oral, a.g.e., s.48.

¹²¹ Okur, Sağlık Hakkı, a.g.e., s.5.

¹²² Kuruca, a.g.tz., s.38.

¹²³ A. Gürhan Fişek - Şerife Türkan Özşuca - Mehmet Ali Şuğle, **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996**, Sosyal Sigortalar Kurumu, Yayın No:598, Ankara, 1998, s.3.

sosyal sağlık sigortacılığı 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkmaya başlamıştır¹²⁴. Afrika ve Asya ülkelerindeki gelişim ise II. Dünya Savaşı sonrasında başlamıştır¹²⁵.

Bu sistemde; hastalar hekim seçme hakkına sahiptirler. Sağlık hizmet sunucuları konusunda ayrı ayrı kamu ve özel sistem mevcuttur¹²⁶. Sağlık sigortası sistemi Fransa'da merkezi bir organizasyona bağlanmışken, Almanya'da bölgeleri esas alan bir örgütlenme modeli benimsenmiştir¹²⁷. Sistemin finansmanı yönünden ülkeler arasında farklılıklar olduğu gibi kapsam açısından da ülkeler arasında farklılıklar mevcuttur. Fransa ve Belçika'da toplumun tamamı sağlık sigortası kapsamındayken, Almanya'da toplumun %90'ı kapsamdadır. Kalan %10'luk kesim ise özel kurumlara bağlanmıştır¹²⁸.

1.4.3. Liberal Sistem

Yalnızca acil hallerde, yaşlılara, yoksullara ve kamu yardımına muhtaç sakatlara karşılıksız sağlık yardımlarının yapıldığı geriye kalan herkesin özel sağlık sigortası sistemine girmek zorunda olduğu sistem liberal sistem olarak tanımlanmaktadır¹²⁹. Sistemde yer alan diğer bir önemli yapı da özel sağlık kurumlarıdır. Liberal sistemde esas olan özel sağlık kuruluşları ve özel sağlık sigortalarıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunun tamamına yakını özel sağlık kuruluşlarınca yerine getirilmektedir. Ancak, sistem toplumun tamamına kapsama alamamaktadır. Dolayısıyla nüfusun bir kısmı sağlık sistemi dışında kalmaktadır¹³⁰. Liberal sistemi uygulayan ülkelerin başında ABD ve Kanada gelmektedir.

1.5. SAĞLIK HAKKININ GEREKLERİNİN DEVLETÇE KARŞILANMA YÖNTEMLERİ

Devlet, tehlikelerin zararlarına karşı kişilerin, bireysel ya da toplu olarak yaptıkları mücadeleyi düzenlemenin yanı sıra organları aracılığıyla bu mücadeleye katılır. Ancak devletin doğrudan böyle bir mücadeleye girişmesi XIX. yüzyılın sonunda gerçekleşmiştir¹³¹. Devletin kişilerin zararlardan kurtulabilmesi için yapmış olduğu bu mücadele yöntemlerinden birisi sosyal sigorta tekniğidir.

¹²⁴ Abel-Smith, a.g.e., s.72.

¹²⁵ İlker Belek, "Nasıl Bir Sağlık Sistemi- III, Sigorta Değil, Genel Vergi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 15, Sayı:2, (Mart-Nisan 2010), s. 93.

¹²⁶ Okur, Sağlık Hakkı, a.g.e., s.6.

¹²⁷ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.860.

¹²⁸ Okur, Sağlık Hakkı, a.g.e., s.5-6.

¹²⁹ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., 861.

¹³⁰ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., 861.

¹³¹ Yazgan, a.g.e., s.71.

1.5.1. Sosyal Sigortalar

Sosyal sigortalar, hizmet alacak olan ve/veya üçüncü bir kişinin maddi katkısıyla işlerken, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler ilgilinin herhangi bir katkısı bulunmaksızın kısmen veya tamamen devlet bütçesinden ya da toplumdaki gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanır. Bu nedenle sosyal sigortalara primli sosyal güvenlik rejimi, sosyal yardım ve sosyal hizmetlere ise primsiz sosyal güvenlik rejimleri denmektedir¹³².

Sosyal sigortalar, sosyal güvenlik tekniklerinin en yaygın olanıdır. Çalışanların karşılaşabilecekleri sosyal risklerin, işçi ve işverenin zorunlu katılımı ile devlet tarafından kurulan ve yönetilen bir kurum tarafından karşılanmasına yönelik bir sigorta tekniğidir. Ödenen prim hizmetten yararlanmanın bedelidir.¹³³ Finansman ilgililerin katılımıyla gerçekleştiği için primli sosyal güvenlik rejimi olarak adlandırılmıştır. Sosyal sigortaları özel sigortalardan ayıran en önemli özellik katılımın zorunlu olması, devletçe örgütlenmiş olması ve belli sayıda riskleri kapsamasıdır.¹³⁴

1.5.2. Sosyal Yardımlar ve Sosyal Hizmetler

Çalışma prensiplerindeki önemli üstünlüklerine rağmen, sosyal sigortaların finansmana katkı ilkesi dolayısıyla yalnızca çalışanları ve gelir sahibi olanları kapsamına alması, herkesi sosyal güvenlik kapsamına alma hedefine ulaşmada önemli bir boşluk bırakmaktadır¹³⁵. Sosyal sigortaların bu yetersizliklerine karşın, sistemde ortaya çıkan boşlukları doldurmak için sosyal yardım ve sosyal hizmet teknikleri kullanılır. Bir başka anlatımla, sosyal yardım ve hizmetler, sosyal sigortaların teknik boşluklarını tamamlayan bir yöntem olarak nitelenebilir¹³⁶.

Sosyal güvenlik genelde her ülkede sosyal sigortalar, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetlere dayanır. Sosyal yardım ve sosyal hizmetlerde ilgililer sisteme prim ödeme yoluyla katılmadıkları halde, sosyal sigortalarda ilgililer ve devlet prim ödeme yoluyla sisteme katılır.

¹³² Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.4.

¹³³ Ödenen primler ile sağlanan edimler arasında maddi ilişki kurulamasa da primli rejim kapsamından yararlanmak için prim ödenmesi şarttır.

¹³⁴ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.15.

¹³⁵ Alper, **Ders Notları**, a.g.e., s.9.

¹³⁶ Yusuf Alper, "Sosyal Güvenlik ve Turan Yazgan", A.Kemal Sayın (Ed.), **Sosyal Güvenlik Konferansları: Prof. Dr. Turan YAZGAN'a Armağan Özel Sayısı** içinde, 49. Kitap, İ.Ü. Yayınları, İstanbul, 2005, s.106.

Devlet tarafından kurulmalarına rağmen yönetimde özerk olan sosyal yardım ve sosyal hizmetler, gönüllü kuruluşlar ve esas olarak devlet tarafından finanse edilir¹³⁷.

Son yıllarda sosyal yardımların yanında sosyal hizmetlerin önemi artmış ve yaygınlaşmaya başlamıştır. Toplum içindeki bireylere, insana yaraşır bir şekilde varlıklarını sürdürebilecekleri ortam yaratmaya, sosyal ve ekonomik sorunlarını çözmeye yönelik çalışmalar sosyal hizmetler olarak adlandırılmaktadır¹³⁸. Sosyal hizmetler, aynı olarak sağlanan bedelsiz veya normal piyasa fiyatından daha düşük fiyattan kullanılabilen gıda, sağlık, konut, eğitim, çocuk bakımı, muhtaç çocukların korunması, muhtaç durumdaki yaşlı, hasta ve sakatlara bakım veya yardım gibi birçok alanı kapsayan hizmetleri içermektedir¹³⁹.

1.5.3. Genel Sağlık Sigortası ve Genel Sağlık Sigortasının Özellikleri

1.5.3.1. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı

Genel sağlık sigortası, ülke içerisinde herkesin sağlık hizmetlerinin sağlanması ve bu hizmetlerin finansmanına ilişkin usul ve esasların düzenlendiği sistem bütünüdür. Bu yönüyle genel sağlık sigortası sağlık harcamalarının tamamının finanse edilmesini amaçlayan politikalar bütünüdür. Genel sağlık sigortası herkesin, eşit ulaşım imkânları çerçevesinde asgari sağlık hizmetinden faydalanabilmesi esasına dayanır. Aynı zamanda bu sisteme dâhil olma kişilerin tercihlerine bırakılmamış ve ülkede yaşayan herkes zorunlu olarak sisteme alınmıştır. Diğer taraftan sisteme dâhil olan herkes genel sağlık sigortası primi ödemekle mükellef kılınmıştır. Genel sağlık sigortası primi bireylerin gelir durumuna göre yapılan gelir tespitleri ile belirlenmektedir. Dolayısıyla genel sağlık sigortası içerisinde herkesi kapsayan genel, zorunlu ve prime tabi olma özelliklerini barındırmaktadır.

1.5.3.2. Genel Sağlık Sigortasının Zorunluluğu

Genel sağlık sigortası, toplumun tüm fertlerini kapsama alan bir sistemdir. Bu anlamda kanunda belirtilen istisnaları dâhil edilmezse ülke genelinde herkes genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. Genel sağlık sigortası sisteminin başarılı olabilmesinin önemli bir gereksinimi de herkesin sisteme dâhil edilmesidir. Genel sağlık sigortasında sosyal sigortalar da olduğu

¹³⁷ Göktaş - Çakar - Özdamar, a.g.e., s.46.

¹³⁸ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.15.; Arın, a.g.e., s.5.

¹³⁹ Arın, **Yoksulluk**, a.g.e., s.5., Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.15.

gibi zorunluluk ilkesi hâkimdir¹⁴⁰. Genel sağlık sigortasında, sigortalıların sigorta ilişkisini kurma ya da sigortalanmadan kaçınmaları mümkün değildir.

1.5.3.3. Genel Sağlık Sigortasının Finansmanının Primle Karşlanması

Primli rejime tabi bir sigorta kolu olan genel sağlık sigortası kapsamında genel sağlık sigortası primi ödeme zorunluluğu vardır. Genel sağlık sigortası primi, hizmet akdine tabi çalışanlar için işverenler tarafından ödenmektedir. Bu prim, katımlı (primli) rejimlerde sistemin temel finansman kaynağını oluşturmaktadır. Genel sağlık sigortası sisteminin finansmanında ödeme yükü tamamıyla işverenlere bırakılmamıştır. Kendi nam ve hesabına çalışanlar ile herhangi bir surette çalışmayanlar için prim ödeme yükümlülüğü genel sağlık sigortalısına aittir. Bu kişilerden yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanların primleri yapılan gelir tespitleri ile belirlenmektedir. Bunun yanı sıra devlet, yardıma muhtaç yoksulların genel sağlık sigortası primini ödemek suretiyle sisteme katkıda bulunmaktadır. Devlet, sağlık hakkının gerekliliklerini primli bir sistem olan genel sağlık sigortasıyla sağlamakla birlikte sistem ile sağlanan sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin evrensel sınıflandırmaları da sistemin fayda analizinin yapılabilmesi bakımından önem arz etmektedir.

¹⁴⁰ Simge Kaya, “5510 Sayılı Yasa Kapsamında Yürürlüğe Giren Genel Sağlık Sigortası ve Uygulanmasından Doğabilecek Sorunlar”, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bursa, 2010, s.39.

2.BÖLÜM

SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERİN SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

2.1. ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER

2.1.1. İngiltere Sağlık Sistemi

2.1.1.1. İngiltere Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

İngiltere sağlık hizmetleri sistemi, temeli Beveridge Sistemi'ne dayanan ve Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi olarak anılan bir sistemdir. Bu sistemde, sağlık hizmetlerinin finansmanı vergilerden karşılanmakta ve tüm nüfus sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır¹⁴¹. İngiltere vergilerle finanse edilen sağlık sistemini uygulayan en tipik ve örnek ülkedir. İngiltere'de çalışıp çalışmadığına bakılmaksızın herkes sağlık hizmetini Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Ulusal Sağlık Servisi'nden (National Health Service-NHS) alır. İngiltere sağlık sistemi tamamen kamu hizmeti esasına dayanmakta ve toplumun tüm kesimini kapsamaktadır¹⁴².

NHS'nin temelini oluşturan Beveridge Sistemi, 1942 yılında açıklanan Beveridge Raporuyla öngörülmüştür. Beveridge Raporu'nda herkesin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanması öngörülmüştür. Dolayısıyla NHS'nin oluşturulmasında Beveridge raporunun belirleyici etkisi olmuştur¹⁴³. Aynı dönemde hastalık riskine bağlı olarak yapılması düşünülen parasal yardımlar için Ulusal Sigorta Sistemi de devreye sokulmuştur¹⁴⁴.

NHS kendine özgü yapısı nedeniyle dünyadaki sağlık sistemleri arasında önemli bir yere sahiptir ve bu yönüyle İngiltere model olan bir ülke konumundadır. NHS'yi diğer ülke sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özelliği bulunmaktadır. Bunların ilki, gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin finansmanında sigortacılık uygulamalarına yer verilmişken NHS'de finansman geneli itibariyle vergilerle sağlanmakta ve sigortacılık çok az uygulanmaktadır. NHS'nin bir diğer özelliği ise İngiltere'de Gayri Safi Milli Hasıla'dan (GSMH) sağlığa ayrılan pay, diğer batılı ülkelere göre daha az olmasına karşın sağlık düzeyi göstergelerinin

¹⁴¹ Kaya, a.g.tz., s.169.

¹⁴² Ali Nazım Sözer, **Sosyal Devlet Uygulamaları**, Cemiyet Yayınları, İzmir, 1997, s.75.

¹⁴³ Sözer, **Sosyal Devlet Uygulamaları**, a.g.e, s.75.

¹⁴⁴ Bostancı, a.g.tz., s.68.

yüksekliđidir¹⁴⁵. Bu ise NHS'nin daha az harcama ile daha iyi sağlık hizmeti verdiğinin göstermektedir¹⁴⁶.

İngiltere'de parasal yardımlar Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sağlık yardımları ise Sağlık Bakanlığı aracılığıyla yerine getirilmektedir. İngiltere sosyal güvenlik sistemi üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar primli rejim, primsiz rejim ve NHS'dir. Primli rejimin finansmanı işçi ve işverenlerden toplanan primlerle sağlanırken bazı engellilere bakanlara yapılan gelir desteği gibi primsiz rejim kapsamında yapılan sosyal yardımların finansmanı genel bütçeye konulan ödenekten, NHS'nin finansmanı ise genel bütçe vergi gelirlerinden sağlanmaktadır¹⁴⁷. İngiltere'nin toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı, %8,3'tür. Bu oran OECD ülkelerinde %8,9 seviyesindedir. Kişi başına yapılan sağlık harcaması bakımından ise, OECD ortalaması kişi başına 2550 ABD Dolarıdır. İngiltere'de ise bu tutar, 2546 ABD Dolarıdır¹⁴⁸. Buradan hareketle NHS'nin etkin bir sistem olduğunu belirtmek gerekmektedir.

2.1.1.2. Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı ve Uygulama

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin yönetimi Sağlık Bakanlığı sorumluluğu altındadır. Sağlık hizmetleri Bölge Ofisleri, Bölge Sağlık Yönetimi (Regional Health Authority, RHA) Alt Bölge Sağlık Yönetimi, Aile Sağlığı Servisleri ve Yerel Sağlık Yönetimleri (Local Authority) olarak faaliyet göstermektedir¹⁴⁹.

Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminde tüm sağlık hizmetleri üç basamakta sunulmakta ve basamaklar arasında sıkı işleyen sevk zinciri bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastanın ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerdir. Birinci basamakta pratisyen hekim (GP), diş hekimi ve göz doktorları bulunmakta, hastaların tedavileri bu hekimler tarafından yerine getirilmektedir. Dolayısıyla İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetleri pratisyen hekimler üzerine inşa edilmiştir¹⁵⁰ Pratisyen hekimler tek başına ya da gruplar halinde de çalışabilmektedir. Nüfusun %97'sinin GP'si olup, geri kalan kesim kendi sağlık harcamalarını yapabilen üst düzey gelir grubudur. Kişiler kendi

¹⁴⁵ Bostancı, a.g.tz., s.69.

¹⁴⁶ Emel Lüleci, "Sağlık Hizmetlerinde Sunum Modelleri ve Ülke Örnekleri", **Çerçeve Dergisi**, Sayı:43, 2007, s.58-61,

¹⁴⁷ Oral, a.g.e., s.128.

¹⁴⁸ Filiz Ersöz, 'Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi', **İstatistikçiler Dergisi** 2, Yıl: 2008, s: 95-104.

¹⁴⁹ Bostancı, a.g.tz, s.70.

¹⁵⁰ Gazanfer Aksakoğu - Hatice Giray, "Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü", **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı:5-6, Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006, s.338.

bölgelerindeki GP'lerden istedikleri birisinin listesine kaydolabilirler ancak listeye kaydedilen hasta sayısı 3.000'i geçemez¹⁵¹.

Hastalar pratisyen hekim muayenesinden geçtikten sonra pratisyen hekimin uygun görmesi ve sevk etmesi halinde uzman hekime başvurabilmektedirler. Pratisyen hekime müracaat etmeksizin uzman hekime muayene olmak mümkün değildir. Acil hal hariç kişiler öncelikli olarak kayıtlı olduğu GP'ye başvurmak zorundadır. Sevk almaksızın uzman hekime başvuran hastalardan muayene ve tedavi ücretleri geri istenilmektedir¹⁵². Dolayısıyla hastalar bu maliyetlere katlanmamak için öncelikle kayıtlı olduğu pratisyen hekime başvurmaktadır¹⁵³. Pratisyen hekimler hizmet başı değil kişi başına ödeme almaktadır¹⁵⁴.

Bunların dışında belirtilmesi gereken diğer bir husus da; koruyucu sağlık hizmetlerinin sorumluluğu Yerel Sağlık Yönetimlerine aittir. Diğer bir ifadeyle 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 vermektedirler¹⁵⁵.

İkinci basamak sağlık sunucuları nüfusu 10.000 ile 100.000 arasında olan yerleşim birimlerinde ikamet edenlerin ihtiyaçlarına cevap verecek nitelikte hastanelerden oluşur. İkinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar her türlü tıbbi ve cerrahi tedavi hizmeti sunabilmektedir. İkinci basamak sağlık sunucularının hastane yönetimleri özerktir. Hastaneler halk temsilcilerinin katıldığı Hastane Yönetim Komitesi tarafından yönetilmektedir¹⁵⁶.

Tüm ülkeye ya da belirli bir bölgeye hizmet veren, içerisinde üst uzmanlığı bulunan hekimlerin bulunduğu, nöroşirurji, kalp ve damar cerrahisi, mikro cerrahi gibi işlemlerin yapıldığı sağlık sunucuları üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu olarak değerlendirilmektedir. Üçüncü basamak sağlık sunucuları bünyesinde tıp eğitimi veren okullar da bulunmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularından yararlanmak için sevk almak zorunludur¹⁵⁷.

¹⁵¹ Kaya, a.g.tz., s.175.

¹⁵² Oral, a.g.e, s.132.

¹⁵³ GP'den sevk almış olan hasta GP tarafından tavsiye edilen uzman hekime gidebildiği gibi aynı uzmanlık alanında görev yapan başka bir uzman hekime de gidebilmektedir.

¹⁵⁴ Lüleci, a.g.m., s.61.

¹⁵⁵ Kaya, a.g.tz., s.176.

¹⁵⁶ Kuruca, a.g.tz, s.214.

¹⁵⁷ Oral, a.g.e, s.135.

2.1.1.3. Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansmanı

NHS'nin sunduğu sağlık yardımlarından herkes sağlık ücretsiz olarak yararlanmaktadır¹⁵⁸. Hastaların istisnai olarak ödemede bulunduğu sağlık hizmetleri ise GP sevki olmaksızın uzman hekime başvurulması (basamak zincirine uyulmaması), hastanelerden tek kişilik özel oda istenmesi gibi otelcilik hizmeti talepleri, dış tedavilerinin belirli bir rakamın üzerinde olması halinde aşan kısım, reçete tutarlarının belirli bir limiti aşması, emekli kişilerin 8 haftadan fazla süreyle hastanede yatması ve gözlük, işitme cihazı ve protez bedellerinin belirli bir kısmı için istenen tutarlardır¹⁵⁹.

NHS, istisnai hallerde belirtilen durumlar hariç vergilerle finanse edilmektedir. 2005-2006 yılları arasında toplam NHS harcamalarının %73,9'u genel vergilerden, %20,2'si bir tür gelir vergisi sayılabilecek ulusal sigorta katkılarında kalan %5,9 ise vakıfların faiz gelirlerinden oluşmaktadır¹⁶⁰. İngiltere'de her üç yılda bir Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın aralarında yaptıkları görüşmelerle sağlık hizmeti bütçeleri ayarlanmaktadır¹⁶¹.

2.1.1.4. Ulusal Sigorta Sistemi

İngiltere'de her sosyal risk ayrı sigorta dalı olarak nitelenmemiş ancak tüm nüfus halk sigortası kapsamına alınmıştır¹⁶². Çalışan ya da daimi olarak ikamet eden herkes sigortalı sayılmaktadır. 16 yaş ile emeklilik yaşı arasında kalan herkes halk sigortası kapsamında olmakla birlikte; hastalık, iş kazası, analık, sakatlık, yaşlılık, dul kalma hali ve işsizlik risk edimleri herkese sağlanmamaktadır. Halk sigortasının iş göremezlik risklerinin kapsamı dışında kalmak; hastalık ya da analık hallerinde sağlık hizmeti almamak anlamına gelmemektedir. Zira tüm nüfus NHS kapsamında ücretsiz sağlık yardımı alma hakkına sahiptir¹⁶³.

Hastalık sigortası kapsamında, gerekli koşulları sağlayan işçilerle bağımsız çalışanlara yardım yapılmaktadır. Bu kişilere hastalığa bağlı olarak iş göremezlik ödeneği

¹⁵⁸ Oral, a.g.e., s.105.

¹⁵⁹ Bülent Kılıç - Çiğdem Bumin, "İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı: 56, Ağustos 1993, s.36.

¹⁶⁰ Mustafa Yasin Şeneldir, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde İlaç Sorunu, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2010, s.169.

¹⁶¹ Ayşe Günaydın, Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2007, s.49.

¹⁶² Kuruca, a.g.tz., s.280.

¹⁶³ Sözer, **Sosyal Devlet Uygulamaları**, a.g.e, s.59.

ödenir. İş göremezlik ödeneği haftalık ortalama geliri 66 paund ve üzerinde olanlara verilmektedir¹⁶⁴. İşsizlik ödeneği ise hastalığın başladığı dördüncü günden itibaren ödenir. Hastalık ödeneği toplam 28 hafta için ödenmektedir. 28 haftalık süreden sonra yapılan muayene sonucu sigortalının iş göremezliği devam ediyor ise bu kez 1 yıla kadar iş göremezlik ödeneği verilir¹⁶⁵. Bir yılsonunda iyileşmediği tıbben belirleneler sürekli iş göremezlik geliri almaya hak kazanmakta ve iyileşme olmadığı sürece ödeme emeklilik yaşına kadar devam etmektedir¹⁶⁶.

Ulusal sigortanın finansmanı sigortalı, işveren ve devletin ödediği primlerle karşılanmaktadır. Haftalık kazancı 66 ila 500 pound arasında olan işçiler kazancın %10'u oranında prim ödemektedir. Kendi nam ve hesabına çalışanların prim oranı sabittir ve 6,55 pounddur. Bunun dışında kalan sigortalılardan haftalık 6,45 pound prim alınmaktadır. İşverenler ise haftalık kazancı 83 poundu geçen işçiler için %12,2 oranında prim ödemekle yükümlüdür¹⁶⁷. Devletin hastalık sigortasına katkısı çok düşüktür. Devlet sağlık harcamalarının % 93'lük kısmını NHS yoluyla karşılamaktadır¹⁶⁸.

2.2. HASTALIK SİGORTASI SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER

2.2.1. Almanya Sağlık Sistemi

Almanya dünyada sosyal sigortaları ilk defa kuran ülkedir¹⁶⁹. Alman sosyal güvenlik sistemi zorunluluk esasına dayanmaktadır¹⁷⁰. Almanya sosyal güvenlik sistemi sağlık, emeklilik, kaza, uzun süreli bakım ve işsizlik sigortalarını içermektedir¹⁷¹. Sosyal sigortalara ek olarak hayat boyu süren sosyal yardım, aile dengeleme planı hizmetleri ve sosyal yardımlar

¹⁶⁴ U.S. Social Security Administration, **Social Security Programs, Throughout The World-1999**, USA, 1999, s.369.

¹⁶⁵ A.İlhan Oral, "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı:2002-2.

¹⁶⁶ Sözer, **Sosyal Devlet Uygulamaları**, a.g.e., s.60.

¹⁶⁷ Oral, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, a.g.m., s.73.

¹⁶⁸ Oral, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, a.g.m., s.73.

¹⁶⁹ Almanya'da 1883 yılında hastalık, 1984 yılında iş kazaları, 1889 yılında malullük ve yaşlılık sigortası kanunlaşmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu kanunlar daha sonra İmparatorluk Sigorta Kanunu adıyla birleştirilmiştir. 1970'li yılların başında sosyal güvenliğe ilişkin mevzuat, onbir kitaptan oluşan bir sosyal yasada toplanmıştır. (Sozialgesetzbuch-SGB)

¹⁷⁰ Mehmet Bulut, **Sosyal Güvenlik Usul Hukuku**, Bilge Yayınevi, Ankara, 2010, s.39.

¹⁷¹ Kuruca, a.g.tz., s.265.

da bulunmaktadır. Alman sağlık sistemi kazanç esasına dayalı sigorta primleri ile finanse edilir¹⁷².

2.2.1.1. Almanya Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

Almanya sağlık sigortalarının kurulmasında Bismark'ın devlet başkanlığına geçmesi büyük önem taşımıştır. Bismark, 1871 yılında zorunlu ve sosyal sigorta esasına dayanan bir modele geçmiştir¹⁷³. 1883 yılında Hastalık Sigortası Kanunu yürürlüğe konulmuştur. Sistemin, “dayanışma” (solidarity), “yerinde hizmet” (subsidiarity) ve “eşgüdüm” (ortak hareket) olmak üzere üç ana ilkesi bulunmaktadır¹⁷⁴. Dayanışma ilkesiyle hem devlet sorumluluk alacak, hem de vatandaşlar sisteme katkıda bulunacaklardır. Eş güdüm ilkesi ise hastalık sigortası fonunda yeterli düzeyde sivil ve sosyal katılımın sağlanmasını ifade etmektedir. 1989 yılında Almanya’da sağlık sigortasında yapısal bir reform yapılmıştır. Bu reformla sağlık harcamalarının azaltılması ele alınmıştır¹⁷⁵. Son olarak 1994 yılında uzun dönem bakım sigortası kabul edilerek yürürlüğe konulmuştur¹⁷⁶.

Alman GSYİH’nin % 27,6’sı kamu refahı için harcanmakta olup bu oran ABD’de %16,2, OECD ortalamasında ise % 20,7’dir¹⁷⁷. Devlet bütçesinin %18,2’si sağlığa ayrılmıştır¹⁷⁸. Kişi başı sağlık harcaması 3737 ABD Doları, ilaç harcaması ise 563 ABD Dolarıdır. Sağlık harcamalarına kamunun finansmanı %77’dir. Dolayısıyla özel harcamaların oranı %23 olmaktadır¹⁷⁹.

2.2.1.2. Sağlık Sigortasının Kapsamı

Alman sağlık sistemi, zorunlu sigorta, federal organizasyon ve bakım ünitelerinden oluşmaktadır. Sigorta kolları için ayrı bir sosyal güvenlik sandığının bulunduğu Almanya’da, bu kurumlar sigortaya ilişkin tüm işlemleri üstlenirler¹⁸⁰. Federal Sağlık Bakanlığı ve Federal

¹⁷² Dilaver Tengilimoğlu - Alper Güzel, “Sağlık Sistemleri ve Ülke Örnekleri”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Sayı:74, Temmuz-Ağustos 2011, s.11.

¹⁷³ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.82.

¹⁷⁴ Kaya, a.g.tz., s.179.

¹⁷⁵ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.83.

¹⁷⁶ L.Marie Lassey, R.William Lassey ve J.Martin Jinks, **Health Care Systems Around The World**, Prentice-Hall, New Jersey, 1997, s.130.

¹⁷⁷ Brigitte Froneberg, “Almanya’da Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetleri ile İş Sağlığı ve Güvenliği”, **Sicil Dergisi**, Sayı: 17, (Mart 2010), s.295.

¹⁷⁸ Kuruca, a.g.tz., s.265.

¹⁷⁹ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.13.

¹⁸⁰ Bostancı, a.g.tz., s.99.

Sağlık Enstitüsü denetimindeki Hastalık ve Analık Sigortası Kurumu hastalık sigorta kolunun faaliyet alanını yürütür.¹⁸¹.

Almanya’da çalışanlar işe girdikleri andan itibaren sigortalı sayılmakta ve bildirimler işveren tarafından yapılmaktadır. Sigortalılık tescili ise sağlık sigortası tarafından yapılmakta ve tescil yapılan sigortalı uzun vadeli sigorta kolları ile işsizlik konusunda yetkili sigorta kurumuna bildirilmekte ve sigortalıya bir sicil numarası verilmektedir¹⁸². Sağlık sigortası kapsamında bulunanlar; ücretli bir işte çalışanlar, mesleki eğitim görenler, işsizlik yardımı alanlar, işe alıştırılanlar, tarım işletmecileri, gazeteci ve sanatkarlar ile isteğe bağlı sigortalılardır¹⁸³.

Almanya’da ikamet eden herkes zorunlu sağlık sigortası ya da isteğe bağlı özel sağlık sigortası kapsamındadır. Alman nüfusunun yaklaşık %9’unun özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Çalışmadığı için zorunlu sigortalı olmayanlar özel sağlık sigortası yaptırmak zorundadır¹⁸⁴. 2009 yılında yürürlüğe giren sağlık reformuyla birlikte özel sigorta yaptırmak isteyen kişilere sigorta şirketleri “Temel Tarife” olarak isimlendirilen bir tarifeyi sunmak zorundadır. Temel tarife kapsamında sunulacak hizmetler zorunlu sağlık sigortası hizmetleri ile aynı olmak zorundadır¹⁸⁵.

Özel sigortalar hastalık riskine karşı sigorta yaptıkları için tedavi edici hizmetleri sunmaktadır¹⁸⁶. Temel hizmet ayakta bakım ve diğer tedavi hizmetlerinin bütünüdür. Hastalık kavramı tam olarak tanımlanmış hastalık kavramı dışında kalan tüm olgular sigorta kapsamı dışında tutulmuştur¹⁸⁷.

2.2.1.3. Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı ve Uygulama

Almanya’da sağlık sigortasına yönelik işlemleri Sağlık ve Analık Sigortası tarafından yürütülmektedir. Bu kurum, Federal Sağlık Bakanlığı ve Federal Sağlık Enstitüsünün denetimindedir¹⁸⁸. Sağlık sigortaları 6’sı zorunlu olmak üzere toplam 8 değişik sigorta kolunca yürütülmektedir ki bunlar; bölge sağlık sigortaları, işyeri sağlık sigortaları, lonca sağlık sigortaları, çiftçi sağlık sigortası, deniz sağlık sigortası, Alman madenciler birliği

¹⁸¹ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.111.

¹⁸² Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.111.

¹⁸³ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.87.

¹⁸⁴ Kuruca, a.g.tz, s.269.

¹⁸⁵ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.15.

¹⁸⁶ Kuruca, a.g.tz., s.270.

¹⁸⁷ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.14.

¹⁸⁸ U.S. Social Security Administration, a.g.e., s.141.

sigortası, işçi yedek sigortaları, memur yedek sigortalarıdır. Bu sigortalara bağlı toplam 1100 civarında özerk sağlık sigorta kurulumu faaliyet göstermektedir. Ülkede kural olarak her sigorta kolu için ayrı bir sosyal güvenlik kurumu yetkili kılınmıştır. Bu kurumlar sigorta ve sigortaya ilişkin ulusal ve uluslararası uygulamadaki tüm işlemleri üstlenmişlerdir¹⁸⁹.

Almanya’da birinci basamak sağlık hizmetleri pratisyen hekimler tarafından yürütülmektedir. Hekimler, nüfusun büyük çoğunluğu sigortalı olduğundan sigorta kurumu ile anlaşmayı tercih etmektedir. Bu sistemde her hastanın bir sigorta kartı bulunmaktadır. Hasta muayene için müracaatında hekime bu kartı vermek zorundadır. Bu kartı verdiği hekime üç ay süreyle bağlı kalmaktadır. Kural olarak bu hekime gün içinde istediği saatte ulaşabilmektedir¹⁹⁰. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri de bu hekimler tarafından yürütülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalık oluşmadan önlenme amaçlanmaktadır¹⁹¹.

İkinci basamak sağlık hizmetleri hastaneler tarafından yerine getirilmektedir. Almanya’da hastaneler ayaktan tedavi hizmeti vermemektedir¹⁹². Hastanede tedavi olabilmek pratisyen hekimin sevk etmesine bağlıdır. Alman hastaneleri ağırlıklı biçimde yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Üniversite hastaneleri ayakta hasta kabulü yapmaktadır. Üniversite hastanelerinin ayakta tedavi içindeki payı ise %5’dir¹⁹³.

Almanya’da her 10.000 kişiye 35,3 hekim 108,2 ebe düşmektedir. Almanya’daki dış hekimi sayısı 63.485, eczacı sayısı ise 49.904’dür. Almanya için dış hekimi ve eczacılar açısından değerlendirme yapılırsa 10.000 kişiye düşen dış hekimi sayısı 7,7, eczacı sayısı ise 6’dır¹⁹⁴. Türkiye’de ise her 10.000 kişiye 14,5 hekim 18,9 ebe düşmektedir. Türkiye’de dış hekimi sayısı 17.985, eczacı sayısı ise 24.756’dır. Dış hekimi ve eczacı sayıları kıyaslandığında Türkiye’de 10.000 kişiye düşen hekim sayısı 2,4, eczacı sayısı ise 3,3’tür.

2.2.1.4. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Zorunlu sağlık sigortası primleri kişilerin ücretlerine göre belirlenirken isteğe bağlı özel sağlık sigortalarında prim tutarını kişilerin yaş, cinsiyet ve bireysel özellikleri

¹⁸⁹ ÇSGB, a.g.e., s.132.

¹⁹⁰ Sarper Erdoğan - Galip Ekuklu, Almanya’da Sağlık Sistemi, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım 1994 – Şubat 1995, C.9, s.65.

¹⁹¹ Sarper Erdoğan – Ahmet Saltık, Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Temmuz – Ağustos 1996, c.11, s.74.

¹⁹² Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.84.

¹⁹³ İlker Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi**, 3.b., Yazılama Yayınevi, İstanbul, 2009, s.244.

¹⁹⁴ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.17.

belirlemektedir¹⁹⁵. Alman sağlık sigortası uygulaması temel koruma birimi olarak aileyi esas almakta prim ödeyerek sağlık sigortası kapsamına giren her sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri prim ödeme yükümlüsü olmadan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir¹⁹⁶.

Sistemin temel finansman kaynağı işçi ve işverenlerden alınan primlerdir. Ancak sisteme devletin de katkısı bulunmaktadır. İşverenler çalışanlarının primlerinin yaklaşık yarı hissesini öder. Emekli ve yoksulların sağlık harcamaları özel fonlardan karşılanır. Genç nüfustaki azalma nedeniyle emeklilerden sağlık primi alınmaktadır¹⁹⁷.

Sağlık sigortası kapsamında sunulan yardımlar iş göremezlik ödemeleri ve sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Sağlık yardımlarında süre sınırı yoktur. Sağlık yardımları hastalığın başladığı andan itibaren başlamakta ancak sigortalılar sağlık hizmetleri için katılım payı ödemektedir¹⁹⁸. Sunulan belli başlı sağlık hizmetleri, hekim ve diş hekimi muayeneleri, diş sağlığı ile ilgili önlemler, hastane hizmetleri, sürekli bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve laboratuvar hizmetleridir.¹⁹⁹

Sigortalılara yapılan parasal yardımlar ise, hastalık nedeniyle çalışamayan sigortalının ilk 6 haftaya ait ücreti işveren tarafından ödenmekte 6 haftanın sonunda da hastalık sigortası devreye girmektedir. İş göremezliği 6 haftayı aşan sigortalıya sigorta kapsamında ödenecek iş göremezlik tutarı sigortalının brüt ücretinin %70'i kadardır ancak bu tutar sigortalının net ücretinin %90'ından da fazla olamamaktadır. Üç yıl içinde aynı hastalık için ödenecek iş göremezlik süresi 78 haftadan fazla olamamaktadır. Hekim tedavisine uymayan sigortalının iş göremezlik ödeneği durdurulmaktadır²⁰⁰.

2.2.2. Fransa Sağlık Sistemi

2.2.2.1. Fransa Sağlık Sigortası Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

Fransa'da toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı %11,8'dir.²⁰¹ OECD ülkeleri ortalamasının %9,6 olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu oran oldukça yüksektir. Nitekim Fransa oran itibarıyla dünyada sağlığa en fazla harcama yapan ülkeler arasında

¹⁹⁵ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.11.

¹⁹⁶ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.113

¹⁹⁷ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.15.

¹⁹⁸ Kuruca, a.g.tz., s.268.

¹⁹⁹ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.113.

²⁰⁰ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.115.

²⁰¹ <http://www.oecd.org/dataoecd/12/17/49084343.pdf> (13.05.2014).

üçüncü sırada gelmektedir.²⁰² Toplam sağlık harcamaları için kamudan ayrılan payın OECD ülkeleri için ortalaması %72'iken, Fransa'da bu oran OECD ortalamasından daha fazladır. Fransa'da toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı %78 seviyesindedir²⁰³. Toplam sağlık harcamalarının %7'lik kısmı özel sağlık sigortaları harcamaları, %13'ü kişilerin yapmış olduğu doğrudan harcamalar, %2'ise diğer harcamalardır²⁰⁴.

Fransa'da 2000 yılında Ulusal Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. 2000 yılından itibaren herkes için genel ve zorunlu katılımı esas alan²⁰⁵ ulusal sağlık sigortası yürürlüğe girmiştir. Fransa'da 3'ü büyük ölçekli 11'i ise küçük ölçekli olmak üzere toplam 14 fon tarafından herkes sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Ulusal Sağlık Sigortası'nda sigortalının katılabileceği üç program bulunmaktadır. Bunlardan ilki ve en büyüğü ücretli çalışanlar ve bunların ailelerine yönelik olan programdır. Bu fonla Fransa'da ikamet edenlerin %84'ü kapsama alınmaktadır. İkinci fon ise çiftçiler ile tarım çalışanlarını ve bunların aile bireylerini kapsamına alan fondur. Bu fon kapsamında da ülkede ikamet edenlerin %7'si kapsama alınmıştır. Üçüncü büyük fon ise serbest çalışanlar için kurulan ve ülkede ikamet edenlerin %5'ini kapsama alan fondur. Toplam nüfusun kalan %4'lük kesimi ise diğer 11 küçük fon tarafından kapsama alınmaktadır²⁰⁶.

Ulusal Sağlık Sigortası sistemi sağlık hizmet bedellerinin tamamını karşılamadığından sistem içerisinde Ulusal Sağlık Sigortası'nın tamamlayıcısı niteliği taşıyan özel sağlık sigortacılığı da hızla gelişmektedir²⁰⁷.

2.2.2.2. Sağlık Sisteminin Kapsamı

Fransa'da hastalık sigortası kapsamında sigortalılara sağlık ve para yardımı yapılmaktadır. Sigortalıların hastalık yardımlarından faydalanabilmeleri belli bir süre çalışmalarına ya da belli bir miktarda prim ödemiş olmaları şartına bağlanmıştır. Buna göre; ilk durum sağlık yardımlarından faydalanabilmek için sigortalının, hastalığının başladığı tarihten önceki bir aylık sürede en az asgari saat ücretinin 60 katı tutarında prim ödemiş olması ya da 60 saat çalışmış olması şartının sağlanmasıdır. İkinci durum hastalığın başladığı

²⁰² Can Buharalı, **Türkiye'de Ve Dünyada Sağlık Ekonomisi**, Deloitte A.Ş. Yayınları İstanbul, 2008, s.14.

²⁰³ Kuruca, a.g.tz., s.259.

²⁰⁴ <http://www.oecd.org/dataoecd/12/17/49084343.pdf> (13.05.2014).

²⁰⁵ Fatma Özge Varoğlu, "Türkiye'de Genel Sağlık Sigortasının Gelişim Süreci ve Sürdürülebilirliği Açısında İyi Uygulama Örnekleri Çerçevesinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İle İlişkisi", SGK, (Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Tezi), Ankara, 2012, s.66.

²⁰⁶ Buharalı, a.g.e., s.14.

²⁰⁷ Varoğlu, a.g.tz., s.66.

tarihten önceki üç ay içinde asgari saat ücretinin 120 katı üzerinden prim ödemiş olması ya da 120 saat çalışmış olması şartının sağlanmasıdır. Üçüncü durum ise hastalığın başladığı tarihten önceki son bir yıl içinde sigortalının asgari saat ücretinin en 20-30 katı prim ödemesi veya 1200 saat çalışmış olması şartının sağlanmasıdır²⁰⁸.

Sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları konumundakiler, sigortalılığın sona erdiği tarihten itibaren bir yıl daha sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Ayrıca sigortalılar kamuya hastanelerinde katkı payı dışında her hangi bir ödeme yapmazlar. Özel hastanelere ya da doktora gidilmesi durumunda ise sağlık hizmetlerinin tamamı sigortalı tarafından ödenmekte, ödenen bu tutar katılım payı düşüldükten sonra 15 gün içinde sigortalılara iade edilmektedir²⁰⁹.

2.2.2.3. Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı ve Uygulama

Fransa'da sağlık sigortasının yönetimi, Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından yürütülmektedir. Kurum, Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı'nın denetiminde faaliyet sürdürmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu, Bölge Sağlık Sigortalarının çatı kuruluşu konumundadır. Bölge Sağlık Sigortaları mahalli sigorta kurumlarının koordinasyonunu ve finansmanını sağlamakla görevlidir. Birinci basamak sağlık sigortası olarak da isimlendirilen yerel sağlık sigortaları, sigortalı ve hak sahiplerinin tescil işlemlerinin yapılması, nakit para yardımlarının ödenmesi ve sağlık yardım giderlerinin geri ödenmesi görevlerini üstlenmiştir.²¹⁰

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamına yakını Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından sözleşme yapılan doktorlar tarafından yerine getirilmektedir. Bu hizmetlerden faydalanan hastalar tedavi masraflarını hekime kendileri ödemektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu doktorun daha önceden hastadan alacağı muayene ücretin belirledikten sonra hasta tarafından doktora yapılan ödeme tutarından katkı payını ayırarak hastaya geri ödeme yapabileceği gibi, ücret belirlemeyerek doktor tarafından alınan ücretini katkı payı dışında kalan kısımlarını hastaya ödeyebilmektedir²¹¹.

²⁰⁸ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.122.

²⁰⁹ Buharalı, a.g.e., s.14.

²¹⁰ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.118.

²¹¹ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.119

Hastalar isterlerse sevke gerek olmaksızın uzman bir hekime veya hastaneye tedavi olmak için müracaat edebilir²¹². Ancak, Fransa’da hizmet basamaklarının tamamında devlet tarafından yürürlüğe konan fiyat kontrolü uygulanmaktadır²¹³. Dolayısıyla sıkı bir denetim sistemi mevcuttur. İkinci basamak sağlık hizmet sunucuları koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunarlar²¹⁴.

Fransa’da olduğu gibi Türkiye’de de kamu hastanelerinde katılım payı dışında bir ücret ödenmez. Ancak Fransa’da hastalar özel hastanelere ya da doktorlara gittiklerinde tedavi masraflarının tamamını kendileri öder, Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu yaptıkları bu ödemeden katılım payını düştüktan sonra kalan tutarı geri ödeme yoluyla öder. Buradan hareketle Fransa ulusal sağlık sigortası için, sisteminin ağırlıklı olarak sigortalılardan alınan primlerin yanında sigortalıların katılım payı ödeyerek sistemin finansmanı katıldıkları bir sistemden bahsetmek mümkündür²¹⁵.

Sigortalılar; hekim muayene ücretleri için % 30, laboratuvar testleri için % 40, tıbbi malzemeler için % 35, yataklı tesislerde yapılan dış konsültasyon ücretleri için % 25, hastanede yatarak tedavilerde tedavi ücretleri için % 20 tedavi katılım payı ödemek zorundadır. Ayrıca hastanede kalınan her gün için hastane giderleri için ayrıca katılım payı ödenir²¹⁶. Ayrıca ilaçlar için % 35, % 65 ve % 100 oranında değişen oranlarda katkı payı alınması söz konusudur²¹⁷. Ancak, 30 günü aşan yatışlarda, ciddi ve kronik hastalık durumlarında hastalardan katılım payı alınmaz. Yine geliri belli bir miktarın altında kalan yoksullardan da katılım payı alınmamaktadır.

Fransa’da parasal yardımlardan faydalanabilmek için sigortalıların hastalığın başladığı tarihten en az bir yıl önce sigortalı tescilinin yapılmış olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra sigortalının hastalığının başladığı tarihten önceki son üç ay içinde en az 200 saat çalışmış olması gerekmektedir. Diğer bir şart da hastalığın tıbben tespit edilmesidir²¹⁸. Hastalık dolayısıyla parasal yardım, yalnızca çalışanlara ve işsizlik ödeneği alanlara yapılır. Bunlar dışında sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişilere nakdi yardım yapılması söz konusu değildir. Sigortalılara, hastalık sigortası kapsamında çalışmadıkları üçüncü günden

²¹² Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.119.

²¹³ Buharalı, a.g.e., s.14.

²¹⁴ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.119.

²¹⁵ Varoğlu, a.g.tz, s.67.

²¹⁶ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.119.

²¹⁷ Buharalı, a.g.e., s.14.

²¹⁸ Bostancı, a.g.e., s.104.

sonra hastalık parası ödenir. İş göremezlik süresinin 30 günden fazla olması ve sigortalının en az üç çocuk geçindirmek zorunda olması durumunda ise ödenen nakdi yardım 2/3 oranında ödenir²¹⁹. Hastalığın başladığı tarihten itibaren en çok altı ay süre ile hastalık parası ödenmektedir. Üç yıllık sürede en fazla 360 günlük hastalık parası ödenmesi yapılırken ciddi ve uzun süreleri hastalıklarda üç yıl boyunca da hastalık parası ödenebilmektedir²²⁰. Sigortalının hastalığın meydana geldiği tarihten önceki bir yıllık sürede en az 800 saat çalışması var ise ve bu çalışmasının 200 saati son üç ay içinde ise bu sefer hastalık parası 6 ay süreyle değil 12 ay süreyle ödenir²²¹.

2.2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Fransa'da sağlık hizmetlerinin finansmanı sigortalı, işverenler ve devlet tarafından karşılanmaktadır. İşçilerin ödemiş oldukları prim tutarı aylık kazançlarının %6,8'i, emeklilerin ise toplam aylık kazançlarının %1,4'ü oranındadır. İşsizlik ödeneği alan kişiler kendilerine garanti edilen asgari ücretin %2'si oranında sağlık sigortası primi ödemek zorundadır. İşverenler ise işçi aylık ücretinin %12,8'i oranında finansmana katılmak zorundadır. Ülkemizde olduğu gibi Fransa'da da işverenler primleri keserek kuruma ödemekle yükümlüdür²²².

Fransa'da 2000 yılı itibariyle sağlık sigortası harcamalarının, %51,1'i işveren payı, %3,4'ü çalışan payı, %34,6'sı genel sosyal katkı adı altında toplanan gelir vergisi payı, %3,3'ü otomobil, tütün ve alkollü içeceklerden topladığı özel vergi payı, %0,8'i ilaç sanayine yönelik özel vergi payı, olarak finanse edilmiştir. Kalan %4,9'luk kısım ise devlet yardımdır²²³.

²¹⁹ Kuruca, a.g.tz., s.266.

²²⁰ Otto Kaufman, Fransa'da Sosyal Güvenlik: Genel Sistem, Çev.Tankut Centel, **Çimento İşveren Dergisi**, c.13, Ocak - 1999, s.6.

²²¹ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.123.

²²² Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.126.

²²³ Buharalı, a.g.e., s.14.

2.3. LİBERAL SAĞLIK SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER

2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık Sistemi

2.3.1.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

Amerika Birleşik Devletleri birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da dünya sıralamasında en önde gelmektedir. OECD verilerine göre ABD'nin kişi başına düşen sağlık harcaması 8508 \$ olarak dünyanın birinci sırasında yer almaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının % 16'sı seviyesindedir²²⁴. ABD'de kişi başına düşen ilaç harcamasının 897 \$ olduğu görülmektedir²²⁵. ABD, 2012 yılında GSYİH'nin %16,4'ünü sağlığa harcamıştır. Bu oran OECD ülkeleri içindeki en yüksek orandır.

ABD'de sağlık sunucuları ve sağlık sigorta paketleri için iyi bir seçim sistemi bulunmaktadır. Sistem yeni sağlık ürünlerini diğer ülkelere nazaran daha hızlı şekilde hastalara sunmaktadır. Dolayısıyla tıbbi ürünlerde ve yöntemlerde en yenilikçi devlet olmakla birlikte sağlıktaki verimlilik harcamanın büyüklüğüne göre oldukça düşük olmaktadır.²²⁶ ABD'de bazı insanlar hiç sağlık hizmeti alamamakta ya da ihtiyaçlarının çok altında sağlık hizmeti almakta ancak diğer yandan da maliyeti çok yüksek ve zararlı olacak oranda aşırı sağlık hizmeti alanlar bulunmaktadır. Bu nedenle dünyanın kapsam olarak en dar ve en pahalı sağlık sistemi olan ABD sağlık sistemi için “aşırılık ve yoksunluk paradoksu” tanımlaması yapılmaktadır²²⁷.

2.3.1.2. ABD Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı ve Uygulama

ABD'de sağlık sisteminin karmaşık yapısı içinde hastalara tanınan özgürlükler nedeniyle düzenli bir basamak ve sevk zinciri kurulamamıştır²²⁸. Tedavi edici hizmetler dışında kalan birincil sağlık hizmetleri ayrı sağlık sunucuları aracılığıyla “Halk Sağlığı Hizmetleri” adı altında verilmektedir. Hastalar genellikle alanında isim yapmış en iyi hekime ulaşma çabasıyla pratisyen hekimler yerine ilkin uzman hekimlere başvurmaktadır²²⁹. Bunun sonucu olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin hastalanmaları durumunda

²²⁴ Kuruca, a.g.tz., s.284.

²²⁵ www.oecd.org (13.05.2014).

²²⁶ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.718.

²²⁷ Şeneldir, a.g.tz., s.153.

²²⁸ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.63.

²²⁹ Şeneldir, a.g.tz., s.155.

başvurdıkları özel hekimler ya da hastanelerdir²³⁰. ABD sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin olduğu dar bir yapı ve ikinci ve üçüncü basamak hizmeti sunan çok sayıda hastaneden oluşan geniş bir yapı bir orta katman ve az sayıda uzmanlaşmış akademik hastanelerden oluşan bir yapıdan oluşmaktadır²³¹.

ABD’de sağlık hizmeti yaygın olarak Sağlık Bakanlığı (Sağlık ve İnsan Hizmet Birimi-HHS) tarafından düzenlenerek finanse edilir. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti sunumu özel sektör tarafından gerçekleştirilir²³². Sağlık hizmetlerini yürüten kurum ve kuruluşlar, Kamu Sağlığı Birimi (USPHS), Hastalık ve Kontrol Önleme Merkezleri (CDC), Ulusal Gıda ve İlaç Yönetimi (FDA), İnsan Kaynakları ve Hizmeti Yönetimi (HRSA), Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH), Madde Kullanımı ve Akıl Sağlığı Hizmet Yönetimi (SAMHSA) ve Sağlık Bakım Araştırma ve Kalite Kuruluşudur²³³. Bütün eyaletlerde kamu sağlık birimleri bulunmakla birlikte sağlık birimleri ayrı kamu birimi olarak da organize olabilmektedir.

ABD’de hekimlerin büyük bölümü özel sektöre ait sağlık sunucularında görev almakta ve ücretler de hizmet başına belirlenmektedir. Ödemeler ise ya ilgili sigorta şirketleri ya da hasta tarafından doğrudan hekime yapılmaktadır.²³⁴ Hekimler çalışmak istedikleri eyaletlerden lisans almak zorundadır. Hekimlerin yaklaşık 1/3’ü birinci basamak sağlık sunucularında çalışmaktadır. Bu oran diğer gelişmiş ülkelerin tam tersidir²³⁵. Hekimler tek başına çalışabildiği gibi grup olarak da çalışabilir. Hastalar bir üst basamağa sevk edilebildikleri gibi kendileri doğrudan bir üst basamaktaki sağlık sunucusuna da başvurabilmektedir.

2.3.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

ABD’de sağlık sistemi kamu ve özel sektör karışımından oluştuğundan yönetim sistemi de bu yapıya uygun olarak farklıdır. Ancak kalite açısından hem kamu hem de özel sektöre ait hastaneler oldukça iyi durumdadır²³⁶. Sağlık sektöründe özel sektörün payı çok yüksektir. Bu oran yaklaşık %75’ler düzeyindedir²³⁷. ABD, Avrupa ülkelerinin aksine sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması için fon kurma arayışına girmemiştir. ABD’nin

²³⁰ Bülent Kılıç, “ABD Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:9, Sayı: 65, Şubat 1994, s.30.

²³¹ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.17.

²³² www.hhs.gov (01.02.2012).

²³³ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.7.

²³⁴ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.63.

²³⁵ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.7.

²³⁶ Bostancı, a.g.tz., s.109.

²³⁷ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.62.

Avrupa'daki gibi sosyal hiyerarşi geleneğinin olmamasını da sosyal yardım programlarına başvurmamasında önemli bir etken olmuştur²³⁸. ABD'deki özel sağlık sigortalarının doğuşu ve gelişimi kamu sağlık sistemlerinin Avrupa ülkelerine göre daha geç başlamasının önemli etkenlerinden biri olmuştur²³⁹.

Blue Cross, ilk defa ABD'de 1929 yılında hastaneden oda ve tedavi almak üzere önceden belirlenen bedelleri ödemek için yapılan anlaşmayla alınan hizmetlerin ilk örneğini oluşturmuştur²⁴⁰. Blue Cross “Amerikan Hastaneler Birliği”, Blue Shield ise “Amerikan Hekimler Birliği”nce işletilen ve kar amacı gütmeyen organizasyonlar olarak tanımlanmaktadır.²⁴¹ Her iki kuruluşun da kendilerine ait bir organizasyon yapısı vardır. Yine bu kuruluşlar ABD sağlık sektörünün özeldeki payının yaklaşık %40'ını üstlenmektedir²⁴². Bu kuruluşların denetimleri hekimler tarafından yapılmaktadır. Bu durum, diğer şirketlere göre daha geniş bir sağlık hizmeti sunma avantajını beraberinde getirmektedir²⁴³.

1965 yılında ABD'de Medicare ile yaşlılar, Medicaid ile de yoksullar, sosyal sağlık sigortası kapsamına alınmıştır²⁴⁴. Takip eden yıllarda sağlık hizmetleri özel kurumlar tarafından verilmeye başlamıştır. Dolayısıyla bu duruma bağlı olarak Amerikan sağlık sistemi hizmeti alacak olanlara alternatif seçimler sunabilen bir hal almıştır²⁴⁵.

ABD sağlık hizmetleri ve sağlık sigortaları konusunda hizmet sunan 4 temel yapıya sahiptir. Bunlar²⁴⁶; kar amaçlı özel sigorta şirketleri, kar amacı olmayan kuruluşlar (Blue Cross ve Blue Shield) bağımsız sigorta planları ve kamu sigortaları olan Medicare ve Medicaid'dir. ABD vatandaşlarının % 86'sının sağlık sigortası bu dört kurum tarafından sağlanmaktadır. Bunun dışında nüfusun %14'lük kesimi ise sağlık sigortası kapsamı dışında kalmaktadır. Bunların büyük çoğunluğunu yoksullar ve 19 yaş üzerindeki anne ve babalarının poliçelerinden ayrılmak zorunda kalan işsiz gençler oluşturmaktadır²⁴⁷.

²³⁸ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.62.

²³⁹ Filiz Atak, “ABD’de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları ve Sağlık Sigortaları”, **Hazine Dergisi**, Sayı:3, Temmuz 1996, s.41.

²⁴⁰ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.92.

²⁴¹ Ayrıntılı bilgi için bkz, Numan KURTULMUŞ, “21. Yüzyılın Aile Politikalarında Etkili Olacak Gelişmeler” **III. Aile Şurasında Sunulan Tebliğ**, 25-27 Mayıs 1998, Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998, s.92.

²⁴² Belek, a.g.e., s.180.

²⁴³ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.100.

²⁴⁴ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.100-101.

²⁴⁵ Bostancı, a.g.tz., s.110.

²⁴⁶ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.98.

²⁴⁷ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.98-99.

2.3.1.4. Özel Sigorta Şirketleri

ABD’de özel sigorta şirketleri kar amaçlı özel sigorta şirketleri ve kar amacı gütmeyen özel sigorta şirketleri (Blue Cross ve Blue Shield) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır²⁴⁸. Kar amacıyla faaliyet gösteren sigorta şirketlerinin pazar payı toplam özel sigorta şirketlerinin %60’ını oluşturmaktadır²⁴⁹.

ABD’de iki tür özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Bunlar; bireysel sağlık sigortaları ile işveren tarafından yapılan grup sigortalarıdır. ABD’de işverenlerin çalışanları için yasal sigorta yaptırmaya zorunluluğu yoktur. Ancak grup sigortası, ferdi sigortaya göre daha ucuz olduğundan işverenler açısından grup sigortaları daha caziptir²⁵⁰. Ferdi sigortalar ise balıkçılık ve madencilik gibi sektörlerde yaygındır. İşverenler tarafından yapılan sağlık sigortaları işletmelerin büyüklüğüne, endüstrini çeşidine, çalışanların çalışma biçimine (tam süreli, kısmi süreli) göre çeşitlilik göstermektedir²⁵¹.

ABD’deki en büyük özel sigorta şirketleri Prudential ve Cigna’dır²⁵². Bu şirketler daha çok büyük işyerleri için grup sigortası yapmakta diğer küçük şirketler ise bireysel sigortaları tercih etmektedir. Özel sigorta şirketlerinde ödemelerle ilgili olarak yaygın olan uygulama kesintidir. Kesinti uygulamasında hasta o yıl içindeki harcamalarının bir kısmını kendisi karşılamak zorundadır. Tedavilerde ilk 200 \$ sağlık giderinin hasta tarafından sonrasının ise sigorta şirketinden karşılanması kesinti uygulamasının en belirgin özelliğidir²⁵³.

Hastaların hastane masraflarına %20 katkı yaptıkları bir başka sigorta uygulaması ise co-insurance olarak adlandırılan ortak sigortadır. 2008 yılı itibariyle yıllık prim tutarı 4386 \$ olan özel sigortanın 4 kişilik bir aile için sigorta bedeli 12.298 \$’dır. Belirtmeliyiz ki, sigorta primlerinin yüksek olması ve bu primlerde yapılan artışlar her geçen gün daha fazla kişinin sağlık sigortasından yoksun kalmasına neden olmaktadır²⁵⁴.

²⁴⁸ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.99.

²⁴⁹ Kuruca, a.g.tz., s.290.

²⁵⁰ Kuruca, a.g.tz., s.291.

²⁵¹ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.7.

²⁵² Kuruca, a.g.tz., s.291.

²⁵³ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.99.

²⁵⁴ Şeneldir, a.g.tz., s.157.

2.3.1.5. Blue Cross ve Blue Shield

ABD’de özel sağlık sigorta sektörünün büyük bir bölümü Blue Cross hastaneleri ve Blue Shield hekim ağının kontrolünde yürütülmektedir²⁵⁵. Blue Cross Amerikan Hastaneler Birliği, Blue Shield ise Amerikan Hekimler Birliğince işletilmektedir²⁵⁶. Blue Cross hastane masraflarını ve Blue Shield ise hekim masraflarını karşılayan organizasyonlardır. Bu şirketler tedavileri kendi hastanelerinde yaptıkları için maliyetleri daha düşüktür²⁵⁷. ABD’deki en büyük özel hastaneler zincirinin sahibi Amerikan Hastaneler Birliği’dir. Ancak ABD’nin tüm eyaletlerinde hizmet vermelerine rağmen sağlık sektöründeki ağırlıkları eyaletten eyalete değişiklik göstermektedir²⁵⁸.

2.3.1.6. Sağlık Organizasyonları İçin Bağımsız Sigorta Planları

Sağlık Bakım Organizasyonu (Health Maintenance Organisation (HMO) hekimlerin maaş ve prim sistemi ile işe alındıkları ve gruplar halinde çalıştıkları organizasyondur. Bu yöntemde bir uçta sigortalıyı birinci basamak hekimi seçmek zorunda bırakan ve hastaneye gidişini bu hekimin sevkine bağlayan bir uygulama vardır. Diğer uçta ise sigorta şirketinin hizmet başı ödeme esasıyla anlaşılıp, hizmet üreticilerinden herhangi birisini kullanma hakkını sigortalı veren daha gevşek bir uygulama yer alır. Yönetilen bakım sistemi anlaşmalı sağlık kurumlarından oluşturulan bir ağıdır²⁵⁹. Bu organizasyona üye olan bireyler aylık veya yıllık standart sigorta primi karşılığı bir sağlık program paketi satın almaktadır. Bu sisteme dahil olan kişiler sadece HMO organizasyonu üyesi olan hekimlerden sağlık hizmeti alabilmektedir²⁶⁰. HMO’larda hastalar peşin ödedikleri bir ücret karşılığında doktorlar, hastaların masraflarını üstlenmeyi kabul etmektedirler. Bunun sonucu olarak bireyin hastalanması halinde alınan avans daha fazla bir gidere neden olacağından bu yapılanmada koruyucu hekimliğin ön plana çıktığını söylemek mümkündür²⁶¹.

HMO’dan sonra “Tercihli Hizmet Sağlayan Organizasyon” (Preferred Provider Organisation-PPT) ile “Belirlenmiş Üretici Organizasyonu” (Exclusive Provider

²⁵⁵ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.99.

²⁵⁶ Belek, a.g.e., s.180.

²⁵⁷ Kılıç, a.g.m., S.33.

²⁵⁸ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.99.

²⁵⁹ Aygül Kaya, Türkiye ile Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2011, s.70.

²⁶⁰ Şeneldir, a.g.tz., s.159.

²⁶¹ Bostancı, a.g.tz., s.14.

Organisation-EPO) adıyla organizasyonlar ortaya çıkmıştır²⁶². EPO'larda hasta sigorta şirketinin anlaştığı hekime gitmek zorundadır. Gitmemesi halinde masrafların tamamını karşılamak zorundadır. PPO'larda ise sigorta yaptıran kişi, sigorta şirketinin anlaşma yaptığı sınırlı sayıdaki doktor ve sağlık kuruluşları içerisinde tercih yapabilmekte, tercihini anlaşmalı hekim dışında kullananlar ise sağlık hizmeti ücretinin %10-20 gibi belirli bir bölümünü kendisi üstlenmektedir²⁶³.

2.3.1.7. Kamu Sigortaları

Kamu sigorta organizasyonları tıbbi bakım ve tıbbi yardım kurumları olan Medicare Medicaid'den oluşmaktadır. Bu organizasyonlar işveren temelli sigorta sistemi ve özel sağlık sigortalarıdır. İşverenler çalıştırdıkları işçiler için sağladıkları özel sigortanın karşılığında vergi iadesi alırlar ve çalışanlar maliyetin bir kısmını kendileri öderler²⁶⁴. Bunların yönetimi Sağlık ve İnsan Bakanlığı'na bağlı Sağlık Bakım ve Finans İdareleri'nce yapılmaktadır. Bu organizasyonlar Kamu Sağlık Servisleri ve Sosyal Güvenlik İdarelerinin koordinasyonunda çalışmaktadır²⁶⁵.

2.3.1.7.1. Tıbbi Bakım Sigortası (Medicare Programı)

Medicare 65 yaşından büyükleri, 65 yaşından küçük olup bazı engellilik halleri olanları ve böbrek yetmezliği olanları kapsar. Medicare A ve Medicare B olarak iki bölümden oluşmaktadır. Medicare A, hastanecilik hizmetlerine yöneliktir. Diğer bir ifadeyle Medicare A hastane sigortası, B ise sağlık sigortası olarak da bilinir²⁶⁶. Medicare'in diğer bölümleri ise C ve D'dir. Medicare D ilaç hizmetlerine yöneliktir. Medicare C ise onaylanmış özel sigorta şirketleri tarafından sunulur. Bölüm C ilave bir maliyetle bölüm A, B ve D'yi içerebilir²⁶⁷.

Medicare programından yararlanmak için en az 10 yıldan beri Medicare kapsamında bulunmak gerekmektedir. Bu koşulu sağlayanlardan 65 yaşını tamamlayanlar, 65 yaşını tamamlamamakla birlikte malul durumda bulunanlar ve kronik böbrek hastaları da zorunlu hastalık sigortası Medicare kapsamına girmektedir²⁶⁸. Medicare A'nın ücretsiz olarak kapsamı 65 yaşını doldurmuş olan ve sosyal sigorta ya da demiryolları emeklilik yönetiminden emekli

²⁶² Kuruca, a.g.tz., 292.

²⁶³ Şeneldir, a.g.tz., s.159.

²⁶⁴ Belek, a.g.e., s.186.

²⁶⁵ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.101.

²⁶⁶ Aygül Kaya, a.g.tz., s.78.

²⁶⁷ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.7.

²⁶⁸ Kuruca, a.g.tz., s.293.

aylığı alanlar, sosyal sigortalar ya da demiryollarından aylık alma koşullarını prim ödeme açısından sağlayamayanlar, eşi ya da kendisi Medicare kapsamında olan devlet memuru olanlardır. Ayrıca 65 yaşını tamamlamamakla birlikte sosyal sigortalar ya da demiryolları yönetiminden en az 24 aydır malullük aylığı alanlarla diyaliz makinesine bağlı olan veya böbrek nakli yaptırmış olan kronik böbrek hastaları Medicare A'dan ücretsiz yararlanabilir²⁶⁹. Medicare B ise gönüllülük esasına dayanır.

Medicare A kapsamında sunulan sağlık yardımları, hastane tedavileri, özel hemşirelik bakımı, evde bakım ve kan ihtiyacıdır. Ancak Medicare A, tedavi yardımlarının tamamını değil bir bölümünü karşılamaktadır. Medicare B kapsamında sunulan sağlık yardımları ise tüm tıbbi giderleri, laboratuvar hizmetleri, evde bakım hizmeti, ayakta tedavi ve kan hizmetleridir. Tıbbi giderler sınırsız olmakla birlikte masrafın ilk 124 \$ ve sonraki masrafların % 20'si hasta tarafından karşılanmaktadır²⁷⁰.

Medicare'nin finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. İşverenler sigortalının kazancının % 1,45'ini ücretinden kestikten sonra kendisi de % 1,45 oranında işveren hissesi olarak katılımda bulunmaktadır²⁷¹. Kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanlar ise kazançlarının % 2,90'ı oranında prim ödemektedir. Devletin katkısı, sigortalı olmayanlara ilişkin masrafların karşılanmasında kendini göstermektedir²⁷².

2.3.1.7.2. Tıbbi Yardım Sigortası (Medicaid Programı)

Medicare bir sigorta olduğu halde aynı Medicaid diğer programları destekleyen eyalet kanunları tarafından kabul edilen kriterlere uygun olan düşük gelirli bireyler ve aileleri kapsama alan bir yardım programıdır²⁷³. Medicaid kapsamına girebilmek için belirli şartların varlığı gereklidir. Medicaid kapsamına, engelliler, yoksulluk sınırı altında bulunan ailelerdeki hamileler ve 6 yaşından küçük çocukları, yıllık geliri 18.400 \$ altında bulunan ailelerin 19 yaşından küçük çocukları girmektedir. Ayrıca yaşlılar ve engelliler için asgari gelir garantisi sağlayan tamamlayıcı güvenlik geliri (Supplementary Security Income-SSI) alan kişiler de

²⁶⁹ Oral, **Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s.78.

²⁷⁰ Bostancı, a.g.tz., s.112.

²⁷¹ Kuruca, a.g.tz., s.293.

²⁷² Oral, **Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme**, a.g.e., s.66.

²⁷³ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.10.

doğrudan Medicaid kapsamına girmektedir²⁷⁴. SSI kapsamında aylık alanlar ülkemizdeki 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlarla benzer özellikler göstermektedir²⁷⁵.

Medicaid kapsamında sağlık harcamalarını ödeme gücü bulunmayanlara verilen hizmetler; yatarak ve ayaktan tedavi hizmetleri, doğum öncesi hizmetler, hemşirelik, evde bakım, erken teşhis ve tanı hizmetleri, hemşire ve ebe hizmetleri, aşılama ve laboratuvar ve röntgen hizmetleridir²⁷⁶.

2.3.2. Kanada'nın Sağlık Sistemi

2.3.2.1. Kanada Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

Kanada'da ağırlıklı kamu tarafından finanse edilen bir sağlık sistemi bulunmaktadır²⁷⁷. Sağlık sigortası endüstride çalışanların hastalık, sakatlık ve gelir azaltıcı diğer risklere karşı korunma amacına yönelik faaliyet göstermektedir. Kanada'da sağlık hizmetleri önceleri eyaletler tarafından sağlanmış ve federal yönetimin sağlık hizmetlerine katkısı sınırlı kalmıştır. 1957 yılında Hastane Sigortası ve Teşhis Hizmetleri (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act), 1966 yılında da Tıbbi Bakım Kanunu (Medical Care Act) yürürlüğe konulmuştur²⁷⁸. 1984 yılında ise Kanada sağlık sistemi temel ilkelerinin belirlendiği Kanada Sağlık Kanunu (The Canada Health Act) kabul edilmiş ve uygulamaya geçmiştir²⁷⁹.

2.3.2.2. Sağlık Sigortasının Kapsamı

Kanada sağlık sistemi Kanada dışında yaşayanlarda dâhil olmak üzere tüm Kanadalıları kapsama almaktadır²⁸⁰. Buna göre turist, ziyaretçi ve geçici yerleşimciler gibi bazı istisnalar dışında kişinin sağlık yapısı, gelir düzeyi veya yaşam standardına bakmaksızın herkes sağlık sigortasının kapsamındadır²⁸¹. Bunun doğal sonucu olarak sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden tüm Kanadalılar yararlanabilmektedir²⁸². Ancak sektörde faaliyet gösteren özel sağlık sigortaları da tamamlayıcı sağlık hizmeti

²⁷⁴ Tengilimoğlu - Güzel, a.g.m., s.10.

²⁷⁵ Kuruca, a.g.tz., 294.

²⁷⁶ Bostancı, a.g.tz., s.113.

²⁷⁷ Benedick Irvine - Shannon Ferguson - Ben Cackett, "Background Briefing: The Canadian Health Care System", <http://www.civitas.org.uk/pdf/Canada.pdf> (14.05.2014),

²⁷⁸ Alp Ergör, "Kanada Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı:64-65, Kasım-1994, Şubat-1995, s.39.

²⁷⁹ Irvine – Ferguson – Cackett, a.g.m., s.1.

²⁸⁰ Kuruca, a.g.tz., s.295.

²⁸¹ Ayhan ALPAR, Kanada Sağlık Sistemi, **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.21, s.5-6, Eylül - Aralık 2006, s.395.

²⁸² Irvine – Ferguson – Cackett, a.g.m., s.4.

sunmaktadır²⁸³. Sağlık hizmet kapsamında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri verilmektedir. Ayrıca hastane ve hekim hizmetleri ile ağız ve diş sağlığı cerrahi işlemleri de sunulmaktadır²⁸⁴. Belirtmeliyiz ki, bu hizmetlere ilave olarak eyaletler birbirlerinden farklı ek hizmetler de sunabilmektedir²⁸⁵.

2.3.2.3. Sağlık Sisteminin Teşkilat Yapısı ve Uygulama

Kanada Anayasasına göre sağlık organizasyonlarının sorumluluğu federal yönetim ile eyalet ve bölgeler arasında eşgüdümsel biçimde bölünmüştür. Federal yönetimin rolü, Kanada Sağlık Kanununda belirlenen kriterler dikkate alınarak sağlık sisteminin ana hatlarını belirlemek, koruyucu kamu sağlık programlarını hazırlayarak uygulamak, sağlık hakkında kamuoyunu bilgilendirmek, sağlık aktivitelerini finanse etmek ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle ek sağlık hizmetlerini belirli sosyal gruplarda yer alan kişilere dağıtmaktır²⁸⁶.

Kanada’da yaklaşık bir milyon kişi sağlık hizmetlerini, federal yönetime ait birinci basamak sağlık hizmetlerinden almaktadır. Bu grupta yer alan kişiler, Kanada Federal Polis Gücü, mülteciler, federal hapisanede bulunan mahkûmlar, eski seçkin askerler ve yerlilerden oluşmaktadır²⁸⁷.

Sağlık hizmetlerinin yönetim ve dağılımını eyalet ve bölge yönetimleri gerçekleştirir. Sağlık hizmeti kapasite planlaması, yönetim birimleri ile eyaletin sorumlulukları arasındadır. Her eyalet hastane ve hekim hizmetlerini ücretsiz sağlar. Ancak federal yönetim finansmana katkıda bulunmaktadır²⁸⁸.

Kanada sağlık sisteminin sağladığı hizmetler, hastalıkların teşhis ve tedavileri, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım, laboratuvar hizmetleri, ayakta ya da yatarak tedavi hizmetleri, diyaliz tedavileridir. Bu hizmetlerden kişiler ücret ödemediği yararlanırlar. Bazı eyaletlerde dış tedavilerinin de ücretsiz sunulmaktadır²⁸⁹. Hastane hizmetlerinin kapsadığı hizmetler, yataklı tedavi, laboratuvar, radyoloji ve diğer tanısal işlemler, cerrahi, yoğun bakım ve anestezi uygulamaları, ışın tedavisi, fizik tedavi ve diş cerrahisi hizmetleridir²⁹⁰.

²⁸³ Irvine – Ferguson – Cackett, a.g.m., s.4.

²⁸⁴ Kuruca, a.g.tz., s.295.

²⁸⁵ Alpar, a.g.m., s.395.

²⁸⁶ Bostancı, a.g.tz., s.117.

²⁸⁷ Authority Of The Minister Of Health, **Canada’s Health Care System**, HC.Pub.5912, Canada, 2005, s.10.

²⁸⁸ Bostancı, a.g.tz., s.118.

²⁸⁹ Ergör, a.g.m., s.40.

²⁹⁰ Alpar, a.g.m., s.395.

Kanada’da birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleri, salgın hastalıkların tedavisi, çocuk sağlığı ve gelişimi hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetleridir. Aile hekimleri başvuruda bulunanlara sağlık hizmetini sağlamının yanı sıra gerekli görülen hallerde hastaları ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularına sevk eder²⁹¹.

Kanada’da hastaneler, hastane müteveli heyetleri, belediyeler ve özel organizasyonlar tarafından yönetilir. Hastanelere ödenecek ücretler önceden belirlenerek yıllık olarak ödenir. Kanada’daki Bölgesel Sağlık İdareleri büyüklük, yapı ve yoğunluk açısından önemli ölçüde farklılık gösterir ve sayısı her ilde/yönetim biriminde 5 ile 18 arasında değişmektedir²⁹². Tüm Bölgesel Sağlık İdareleri hastane hizmetini denetlemekten ve Bölgesel Sağlık İdarelerinin çoğu uzun vadeli sağlık hizmeti, toplum sağlık hizmetleri ve halk sağlığı programlarını düzenlenmek ve sunmaktan sorumludur²⁹³.

Birinci basamakta çalışan hekimler Kanada sağlık sisteminin önde gelen sağlık çalışanıdır. Bu hekimler koruyucu sağlık hizmetlerini ve tıbbi tedavi hizmetlerini sunmaktadır. Pratisyen hekim hizmetleri eyalet ya da bölge sağlık sigorta planları tarafından belirlenmektedir. Hekimlere hizmet başına ödeme yapılmaktadır²⁹⁴.

Kanada’da hastalar hekim seçme hakkına sahiptir. Her hasta aile hekimini isteği doğrultusunda sonradan da değiştirebilir. Hastanın uzman hekime gidebilmesi için aile hekiminden sevk alma zorunluluğu yoktur. Hastalar genel olarak bağlı oldukları eyaletlerde sağlık hizmeti alır ancak talep etmeleri halinde hastalar Kanada sınırları içindeki diğer bir eyalet sağlık hizmet sunucularından da hizmet alabilirler²⁹⁵.

Kanada’da yaklaşık 1,5 milyonun üzerinde kişi sağlık ve sosyal hizmetlerde görev almaktadır. Ülke genelinde yaklaşık 30.000 birinci basamak hekimi mevcut olup toplam hekimlerin yarıdan fazlasını oluşturmaktadır. Ayrıca 28.000 uzman hekim bulunmaktadır²⁹⁶.

²⁹¹ Bostancı, a.g.tz., s.118.

²⁹² Kuruca, a.g.tz., s.299.

²⁹³ http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_hizmetlerinde_kapasite_planlama.pdf (14.05.2014), s.19.

²⁹⁴ Kuruca, a.g.tz., s.299.

²⁹⁵ L Evelyn Forget, National Identity And The Of Health Reform In Canada, **Review Of Social Economy**, 2002, Vol.Ix, No:3, s.362.

²⁹⁶ Alpar, a.g.m., s.396.

Büyük ölçüde başarılı kabul edilen mevcut sağlık sistemi son dönemde tartışılmaya başlamış ve özelleştirmeye dönük adımlar atılmaya başlanmıştır²⁹⁷.

2.3.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Kanada’da sağlık sistemi temelde kamu kaynakları ile finanse edilmektedir²⁹⁸. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin bir bölümü özel sektör tarafından verilmektedir. Ancak sistem tam anlamıyla bir kamusal yapı taşımamaktadır²⁹⁹. Kanada sağlık sisteminin finansmanında federal ve eyalet yönetimlerinin politika ve programları müştereken oluşturduğu karma bir yapı vardır. Dolayısıyla Kanada da sağlık hizmeti finansmanı hem federal hem de eyalet düzeyinde sağlanmaktadır³⁰⁰.

Kanada’da sağlık sisteminin ana finansman kaynağını federal yönetimin genel gelirleri eyalet ve bölge vergileri ile diğer gelirler oluşturur. Ayrıca eyalet ve bölgeler sağlık hizmetlerinin finansmanı için federal yönetimden de destek alır. Bu destekler federal düzeydeki fonlardan eyalet ve bölgelere, Kanada Sağlık ve Sosyal Transferi şeklinde aktarılır³⁰¹. Ancak eyalet ve bölge sağlık planları için finansman sağlanabilmesine için Kanada sağlık sistemine egemen olan 5 temel ilkenin yerine getirilmesi şarttır³⁰². Ayrıca federal fonlar, silahlı kuvvetler, gaziler, göçmenler ve kayıtlı Kızılderililer gibi belirli gruplara yönelik sağlık hizmetlerine de finansman sağlar³⁰³. Bunun yanında fonlar, illere ya da topluluk gruplarına hibeler sağlarken, sağlık araştırmasını da finanse ederek ulusal sağlık konularını ele alır³⁰⁴.

Kanada’da sağlık sigortası kapsamında olan kişiler almış oldukları sağlık hizmetleri için hekimlere ya da hastanelere ilave bir ücret ödememektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde kamu sağlık hizmetlerinin Kanada’da ücretsizdir³⁰⁵.

Kanada eyalet yönetimleri sağlık hizmetlerini belirleyerek sağlığa yapılacak harcama miktarını tayin edebilmektedir. Dolayısıyla ülke genelinde ödeme açısından sağlık sisteminde

²⁹⁷ Alpar, a.g.m., s.397.

²⁹⁸ Yuanli Liu - Yusuf Çelik - Bayram Şahin, **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, Suvak, İstanbul, 2005, s.46.

²⁹⁹ T.C.Ottava Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği, **Kanada’nın Genel Ekonomik Durumu ve Türkiye İle Ekonomik-Ticari İlişkileri**, Ottawa, 2007, s.13.

³⁰⁰ Alpar, a.g.m., s.395.

³⁰¹ Alpar, a.g.m., s.395.

³⁰² Forget, a.g.m., s.361-362.

³⁰³ Kuruca, a.g.tz., s.295.

³⁰⁴ http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_hizmetlerinde_kapasite_planlama.pdf (14.05.2014), s.19.

³⁰⁵ Irvine – Ferguson – Cackett, a.g.m., s.4.

tek bir model uygulanmaktadır. Hekim ve hastane ödemeleri eyalet sağlık yönetimleri tarafından yapılır³⁰⁶.

Kanada’da tedavi ücretlerinin büyük bir kısmı kamu kaynakları tarafından finanse edilmektedir. Devlet, hastane ve doktor ücretlerinin tamamını öderken, ilaç paraları, dış tedavisi ve acil sağlık hizmetleri konusunda az bir miktarda destek sunmaktadır³⁰⁷.



³⁰⁶ Bostancı, a.g.tz., s.120.

³⁰⁷ T.C. Ottawa Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği, Kanada’nın Genel Ekonomik Durumu ve Türkiye İle Ekonomik-Ticari İlişkileri, s.13.

3.BÖLÜM

TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULANMASI

3.1. TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI ÖNCESİ UYGULAMALAR

Türkiye’de genel sağlık sigortasıyla ilgili yapılan çalışmalar ilk olarak kalkınma planları döneminde sağlık planlamaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık planlamasını, eldeki mevcut kaynaklar dikkate alınarak çevre, insan ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla etkin ve ekonomik öncelikli hedeflere ulaşılabilmek için sürecin önceden belirlenmesi olarak tanımlamak mümkündür³⁰⁸. Sağlık planlamaları kalkınma planlarıyla birlikte beş yıllık sağlık planları olarak yürütüldüğünden genel sağlık sigortasına geçişin ilk adımları sayılabilecek sağlık planlarını beş yıllık kalkınma planları çerçevesinde değerlendirmek gerekir.

3.1.1. Kalkınma Planlarında Genel Sağlık Sigortası

Türkiye’de kalkınma planları dönemi 1960 yılında başlatılmıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (BYKP) döneminde genel sağlık sigortasına ilişkin bir öngörüye yer verilmemiştir. Ancak İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1968-1972) sosyal güvenlik hizmetleri ve sağlık finansmanı için genel sağlık sigortasının gerekli olduğu ve kademeli olarak genel sağlık sigortasına geçilmesi gerektiği belirtilmiştir³⁰⁹. Bu anlamda genel sağlık sigortasına geçilmesi fikrinin ilk olarak ikinci planla birlikte gündeme gelmiştir.

Beşinci BYKP’nının temel ilkesi, sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak ve genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde herkese ve her yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmesini sağlamaktır³¹⁰.

Bu Kalkınma Planında özel hastanelerin teşvik edilmesi, sağlık hizmetlerinde özel hastanelerin serbestçe fiyat belirleyebilmesi, serbest çalışan hekimlerle sağlık kuruluşlarının anlaşma yapabilmesi, kamunun hizmet satın alma yoluyla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sigorta kurumlarının (SSK) sağlık hizmeti vermek üzere sağlık teşkilatı kurmasından

³⁰⁸ Serin, a.g.e., s.42.

³⁰⁹ Okur, **Sağlık Hakkı**, a.g.e.,s.41.

³¹⁰ Serin, a.g.e., s.46.

kaçınması benimsenmiş bir anlamda sağlık hizmetlerindeki ağırlığın kamudan özele kaydırılması ve özel sağlık sigortalarının devreye alınması istenmiştir.

Devletin sağlık alanından çekilerek özel sektörün sağlık alanında etkinleştirilmesi Altıncı BYKP'nının ana hedefi olmuştur. Temel ilke olarak da sağlıklı bir toplum oluşturma adına vatandaşların sağlık hizmetlerinden en iyi biçimde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir biçimde herkese ve her yere ulaştırmak benimsenmiştir³¹¹. Bu planda koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına da yer verilmiştir. Diğer planlardan farklı olarak da sosyal, ekonomik ve fiziksel çevreden kaynaklanan ve sağlığı olumsuz etkileyen faktörlerin etkilerinin azaltılması da öngörülmektedir³¹².

Süre gelen süreçte Dokuzuncu Kalkınma Planında sosyal güvenlik sistemindeki sorunların çözümü için tek yasa ve tek çatı uygulamasının zorunluluğuna yer verilmiş bu doğrultuda hazırlanan tek çatıya esas Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile tek yasaya esas Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu TBMM tarafından kabul edilerek yürürlüğe sokulmuştur. Plan dahilinde hazırlanan yasal düzenlemeyle, sosyal güvenlik sistemi nüfusun tamamını kapsama almış, sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmış, sosyal sigorta ve sağlık alanında norm ve standart birliği sağlanmıştır³¹³.

Dokuzuncu Kalkınma Planı Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Raporunda, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili yasal düzenlemenin yapılması ve bu çerçevede sağlıkla ilgili mevcut yasalarda gerekli değişikliklerin gerçekleştirilmesi, ödeme gücü olmayan sigortalıların primlerinin devlet tarafından ödenmesi gerektiği belirtilmekte ve özel sağlık sigortasının sağlık sigortasını tamamlayıcı bir sistem olarak geliştirilmesi için bu sistemi teşvik edici yasal desteklerin artırılması önerilmiştir³¹⁴.

Son olarak Onuncu Kalkınma Planında farklı standartlarda hizmet sunan kamu sağlık sigortaları tek çatı altında toplanarak nüfusun tamamını kapsayan zorunlu GSS kurulmuştur. Sistemin mali sürdürülebilirliğini sağlamak üzere emeklilik yaşlarının yükseltilmesi, aylık bağlama oranlarının düşürülmesi gibi parametrik değişiklikler yapılmış, ayrıca kamunun sosyal güvenlik sistemine katkı sağlaması esası getirilmiştir. Sağlık kapsamının ve hizmetlere

³¹¹ Okur, **Sağlık Hakkı**, a.g.e., s.52.

³¹² Okur, **Sağlık Hakkı**, s.53.

³¹³ Bostancı, a.g.tz., s.125.

³¹⁴ DPT, **Dokuzuncu Kalkınma Planı: Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, DPT Yayınları, Ankara, 2006, s.26-76.

erişimin artması sonucunda, tedavi ve ilaç harcamalarında yaşanan artışın kontrol altına alınması amacıyla, gereksiz hizmet talebini önlemeye yönelik alınan tedbirlerin yanı sıra global bütçe uygulanmaya başlanmış ve 2010 yılından itibaren ilaç harcamalarını da içerecek şekilde genişletildiğinden bahisle sosyal güvenlik reformunun kararlılıkla uygulanması ve sistemin aktüeryal dengesini bozucu uygulamalardan kaçınılması suretiyle sosyal güvenlik sisteminin uzun dönemli mali sürdürülebilirliğinin iyileştirilmesi amaçlandığı vurgulanmıştır. Ayrıca Sağlık hizmetleri ve harcamalarında sürdürülebilirlik dikkate alınarak ilaç ve tedavi harcamalarının daha akılcı hale getirilmesi hedeflenmektedir³¹⁵.

3.1.2. Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Kanun Tasarıları

Kalkınma planlarında istikrarlı bir şekilde yer verilen genel sağlık sigortasına geçiş süresinde bir çok kanun tasarısı ve tasarı taslağı hazırlanmıştır. Bu taslaklar gündemde uzun bir süre yer almasına rağmen yasalaşma sürecini tamamlayamamıştır. Genel sağlık sigortasının farklı unsurlarını bir araya getiren bu tasarı ve tasarı taslaklarını ayrı ayrı incelemek uygun olacaktır.

3.1.2.1. Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarısı

1990 yılında hazırlanan tasarıya Sağlık Sigortası Kurumu (Sağ-Kur) adı verilmiş olsa da genel sağlık sigortası kurulması amacıyla hazırlanmıştır³¹⁶. Tasarıya göre, öngörülen sağlık sistemi tüm nüfusun sağlık güvencesine kavuşturulması ve sigortacılık sistemi içindeki mevcut sağlık sigortalarının yeni sisteme devredilmesidir. Tasarının genel sağlık sigortası amacını taşıyan düzenleme olarak nitelendirilmesinin diğer bir dayanağı da prim ödeme gücünden yoksun kişilerin primlerinin genel sağlık sigortası kapsamından karşılanacağını belirtmesidir³¹⁷.

3.1.2.2. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı

Tüm nüfusu sağlık güvencesi kapsamına alarak yeni bir sağlık sistemi kurulmasını öngören diğer bir kanun tasarısı da 1992 yılında hazırlanan Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Taslağıdır³¹⁸. Tasarıya göre, genel sağlık sigortası aşamalı olarak yaygınlaştırılacak

³¹⁵ DPT, **Onuncu Kalkınma Planı**, Ankara, 2013, s.77.

<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf>

³¹⁶ Serin, a.g.e., S.143.

³¹⁷ Serin, a.g.e., s.142.

³¹⁸ Serin, a.g.e., s.144.

ve tüm nüfusa sağlık güvencesi sunulacak, diğer bir ifade ile genel sağlık sigorta sistemi dışında kalan olmayacaktır. Finansmanı, primlerle karşılanacak ancak düşük gelir guruplarından prim alınmak yerine devletin bunları finanse etmesi sağlanacaktır.

Taslağın amaçları düzenleyen 1.maddesinde, sağlık güvencesi bulunmayan kişilere sağlık güvencesi sağlamak üzere Genel Sağlık Sigortası Kurumu'nu kurmak ve sağlık için sigortalama esasları düzenlemek amacı belirtilmiştir. Sağlık güvencesi bulunmayan Türkiye'de yaşayan Türk vatandaşlarının tamamı kapsama alınmıştır. Kapsama girmek zorunlu tutulmuş, sigortalı sayılmayı gerektirir biçimde çalışmaya başlayanların ise yeniden kapsamın dışına çıkarılması hedeflenmiştir. Ödenecek primlerin belirlenmesi için gelir gurupları 5 basamağa ayrılmış, geliri asgari ücretin 1,2 katından az olanlar prim ödemekten muaf sayılmıştır. Tasarıda ki bir diğer düzenleme ise 3816 sayılı Kanun kapsamında verilen Yeşil Kart sahiplerini genel sağlık sigortası sistemine dahil edilmesidir. Tasarı kanunlaşmamıştır³¹⁹.

3.1.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı

Sağlık sisteminde reform hedefleyen ve herkese hizmet alacağı aile hekimini serbestçe seçme hakkı tanıyan, etkili, verimli, kaliteli ve eşit sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı 1995 yılında sağlık sigortacılığı yoluyla sağlık hizmetlerine ulaşmaya yönelik hazırlanan Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısı ile eş zamanlı hazırlanmıştır³²⁰.

Kanun taslağının amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık evi, sağlık ocağı, kamu sağlığı merkezi, kamu sağlığı laboratuvarı ve aile hekimliğinin kuruluşu ve işleyişidir. Tasarı ile nüfusu 500-1500 arasında olan yerlerde sağlık evi, 3000-5000 arasında olan yerlerde sağlık ocağı, ilçe merkezlerinde kamu sağlığı merkezi, il düzeyinde ise kamu sağlığı laboratuvarlarının kurulması öngörülmektedir.

Taslağa göre, kişilerin aile hekimine kaydolması zorunlu tutulmuş ancak herkesin istediği aile hekimini seçebilmesine imkan tanınmıştır. Gerekli haller dışında 6 aydan önce aile hekimini değiştirmeye izin verilmemiştir. Aile hekimine verilen görevler ise kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmek, acil müdahale, ilk yardım, birinci

³¹⁹ Serin, a.g.e., s.149.; Bostancı, a.g.tz., s.130.

³²⁰ Serin, a.g.e., s.148.; Bostancı, a.g.tz., s.131.

basamak tedavi hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin takibi, laboratuvar hizmetleri, sağlıkla ilgili kayıtların tutulması, istatistik işlemlerinin yürütülmesi ve verilen diğer görevlerin yapılması olarak belirlenmiştir³²¹.

3.1.2.4. Sağlık Finansman Kurumu ve İşleyiş Kanunu Tasarısı

Genel sağlık sigortası teşkilatını oluşturmayı öngören Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı Sağlık Bakanlığı tarafından Maliye Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı ile mutabakat sağlanarak 1995 yılında hazırlanmıştır. Kanunun amacı, sosyal sağlık güvencesi olmayan ve sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı bulunmayanlara sağlık güvencesi sunmak, genel sağlık sigortasına geçmek, mevcut sosyal sağlık sigortası uygulamalarını tüm nüfusu kapsayan genel sağlık sigortası sistemi içinde bütünleştirmek üzere Sağlık Finansmanı Kurumu kurmak ve genel sağlık sigortasının usul ve esaslarını belirlemektir³²².

3.1.2.5. Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı Taslağı

1998 yılında hazırlanan taslakta yer alan kişisel sağlık sigortası sistemine göre, sağlık ve emeklilik sigorta sistemlerinin birbirinden ayrılması, hizmet sunan ve hizmeti alan kurumların birbirinden ayrılması, hizmet sunucuları arasında rekabet edilebilirliği üst düzey tutmak suretiyle sunulacak sağlık hizmeti kalitesinin artırılması amaçlanmıştır. Taslağın ana tezi ise kişisel sağlık sigortası sisteminin sosyal devlet ilkesinin bir gereği olduğu ve ülkede yaşayan tüm nüfusa sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinin sunulmasıdır³²³.

3.1.2.6. Sağlık Sandığı Kurumu Genel Müdürlüğü Kanun Tasarı Taslağı

Tasarı 1999 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmıştır. Bundan önceki çalışmalarla benzerlikleri bulunan Tasarı oldukça ayrıntılı hazırlanmış, sigortalılık herkese zorunlu tutulmuş, herkesin mali gücü doğrultusunda prim ödemek suretiyle finansmana katılımına yer verilmiştir³²⁴.

³²¹ Bostancı, a.g.tz., s.32.

³²² SERİN, s. 151.; BOSTANCI, s.132.; Tasarı, m.1.

³²³ Kuruca, a.g.tz., s.58.

³²⁴ Şadan ÇAKMAK, “Sağlık Hakkı Çerçevesinde Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağının İncelenmesi”, (Yayınlanmamış Y.Lisans Tezi), İstanbul Üniv. SBE, İstanbul, 1998, s. 40.; Serin, s.167.; Bostancı, s.136.

3.1.3. Genel Sağlık Sigortası Öncesi Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de sosyal güvenlik reformu hayata geçirilmeden önce; hizmet akdine tabi çalışanların sosyal güvenliği Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından, kendi nam ve hesabına çalışanların sosyal güvenliği Bağ-Kur tarafından, devlet memurlarının sosyal güvenliği Emekli Sandığı tarafından, banka ve sigorta şirketlerinde ve sandıklarda çalışanların sosyal güvenliği banka sandıkları tarafından sağlanmaktaydı. Sisteme prim ödeyerek dâhil olan sigortalılar ve bunların hak sahipleri sağlık yardımlarını bu kurumlar aracılığıyla alıyorlardı³²⁵.

3.1.3.1. 506 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları

Sosyal sigorta sistemimiz içerisinde kapsamı en geniş ve sayıca en fazla sigortalısı olan kesim bir hizmet akdine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar kişilerdir. 506 sayılı Kanun bu kişileri kapsamına almaktadır. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile bütün sosyal sigorta kanunları birleştirilmiş ve yine bu kanunla Kurumun ismi Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olarak değiştirilmiştir³²⁶. 506 sayılı Kanun sağlık yardımlarının sebeplere bağlı olarak değişik sigorta kollarından yapılmasını öngörmektedir. Kanuna göre iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası, analık sigortası ve hastalık sigortası kollarından sağlanacak sağlık yardımları ayrı ayrı düzenlenmiştir. 506 sayılı Kanun kapsamında sunulan sağlık yardımları kısa vadeli sigorta kollarında düzenlenmiştir.

506 sayılı Kanunda düzenlenen iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigorta kollarından sağlanan yardımların sigortalının sağlığını koruma, çalışma gücünü yeniden kazanma ve kendi ihtiyaçlarını görme kabiliyetini artırma³²⁷ olduğuna göre SSK kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin, önleyici sağlık hizmeti, tedavi edici sağlık hizmeti ve rehabilite edici sağlık hizmeti olduğu anlaşılmaktadır³²⁸.

506 sayılı Kanuna göre hastalık sigortası kapsamında sağlık yardımı alacak kişiler; sigortalılar, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu eşi, çocukları anne ve babası, sürekli iş göremezlik geliri alanlar, malullük veya yaşlılık aylığı alanlar, iş göremezlik, malullük veya yaşlılık aylığı alanların geçindirmekle yükümlü olduğu eşi, çocukları, anne ve babası,

³²⁵ Kuruca, a.g.tz., s.60.

³²⁶ Alper, **Ders Notları**, a.g.e., s.27.

³²⁷ Alper, Sosyal Güvenlik, s.227.

³²⁸ Elvan Oklun, “Sosyal Güvenlik Hukukunda Sağlık Sigortası”, (Yayınlanmamış Y.Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2008, s.149.

sigortalının ölümü sonrası hak sahibi olarak gelir ve aylık almakta olan eş, çocuklar, anne ve baba, olarak belirlenmiştir³²⁹. İş kazası ya da meslek hastalığı sigorta kollarından sunulacak sağlık yardımlarından sadece sigortalının kendisi yararlanmaktadır. İş kazası ya da meslek hastalığına yakalanan ve tedavi alması gereken sigortalılar iş kazası meslek hastalığı sigorta kolundan rahatsızlığının devamı süresince sağlık yardımı almaktadır. Sigortalıya analık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ise çalışan kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmayan karısının gebelik muayenesinin yaptırılması ve gerekli sağlık yardımlarının sağlanması, doğumda gerekli sağlık yardımlarının sağlanmasıdır.

Hastalık nedeniyle sağlık sigortası kapsamına giren sigortalılar ile hak sahipleri hastalık süresince hekime muayene olabilmekte, teşhis için gerekli klinik ve laboratuvar muayeneleri yaptırılarak tedavileri sağlanmakta, teşhis ve tedavi amacıyla gerekli hallerde sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilmekte ayrıca tedavi süresince gerekli tıbbi ilaç, ortez ve protez sağlanmaktadır³³⁰.

506 sayılı Kanuna göre sigortalıların, hastalık sigortasınca karşılanan sağlık yardımlardan yararlanabilmeleri için, hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az doksan gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları gerekir. İş kazası ve meslek hastalığı kapsamında sunulacak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sigortalı olmayı gerektirecek bir işte çalışmak gerekir. Bu sigorta kolundan sağlanan yardımlardan faydalanmak için prim ödeme gün sayısı aranmaz.

Analık kapsamında sunulacak sağlık yardımlarında doğumdan önceki bir yıl içinde en az 90 gün analık sigortası primi ödenmiş olması gerekmektedir.

506 sayılı Kanun kapsamında Gelir ve aylık alanlar aktif sigortalılık dönemlerinde hastalık sigortası primi ödediklerinden sağlık yardımlarını koşulsuz olarak almaktadır³³¹. Sigortalının işten ayrıldığı tarihten geriye doğru son bir yıl içinde en az 120 gün prim ödemesi varsa, işten ayrıldıktan 10 gün sonra sigortalılık niteliği sona erecek ancak sigortalılık niteliği sona erdikten sonra 6 ay daha hastalık sigorta kolundan sağlık yardımı alabilecektir.

³²⁹ Alper, **Ders Notları**, a.g.e., s.4.

³³⁰ Alper, **Ders Notları**, a.g.e., s.51.

³³¹ ALPER, Sosyal Güvenlik, s.266.

Sağlık yardımlarında sigortalının SSK hastanelerinde tedavi olması esas sayılmıştır. Ancak SSK sağlık tesislerini bulunmadığı veya yetersiz olduğu yerlerde SSK ile anlaşma yapılan sağlık tesislerinden de sağlık yardımı alınabilmektedir.

İlaç kullanımında sigortalılar ilaç bedellerinin % 20'sini, gelir ve aylık alanlar ise % 10'unu kendisi ödemektedir. Kanunun Ek Madde 25'e göre sigortalı ayakta tedavi olmakla birlikte, tüberküloz, kanser, kronik böbrek hastalıkları, organ nakli, uzun süreli kalp ve damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları v.b. rahatsızlıklar dolayısıyla uzun süreli ve pahalı bir tedavi görüyor ise Kurum sağlık tesisleri sağlık kururları raporu ile % 20'lik bedel sigortalıdan alınmaz³³². 506 sayılı Kanunun 32. maddesine göre; protez araç ve gereçleri kullanımında sigortalının protez araç ve gereçlerinin bedeline % 20 oranında katılımı şarttır.

506 sayılı Kanuna göre yurtdışında tedavi esasları; hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde sigortalının en az 300 gün sigorta primi ödemiş olması, yurt içinde tedavisi mümkün olmayan bir hastalığa yakalanan sigortalı ya da hak sahiplerinin tedavisinin kısmen ya da tamamen yurt dışında yapılabilmesi, yabancı ülkede tedavi olmanın malullük halini önleyeceği ya da önemli oranda azaltacağına Kurum Sağlık Kurulu raporuyla belgelenmesi gerekmektedir. Tedavi masrafları yanında yol ve diğer zorunlu giderleri de Kurum tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık yardımı, sigorta kollarına göre farklı düzenlendiği için yararlanma şartları, kapsam ve süre bakımından farklılaşmıştır. Bu farklılık bazen sağlık hakkının özüne aykırılık teşkil etmiştir. Zaman içinde bu farklılığı ortadan kaldıran düzenlemeler yapılmıştır.

3.1.3.2. 1479 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları

Herhangi bir işverene hizmet akdi ile bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanlardan ticari kazanç veya serbest meslek kazancı dolayısıyla gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar ile gelir vergisinden muaf olanlardan Esnaf ve Sanatkâr Sicili ile birlikte kanunla kurulu meslek kuruluşuna usulüne uygun olarak kayıtlı olanlar, kollektif şirket ortakları, adi komandit şirketlerin komandite ve komanditer ortakları, limited şirket ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, donatma iştiraklerinin ortakları, anonim şirketlerin kurucu ortakları ile yönetim kurulu üyesi seçilen ortakları 1479 sayılı Kanun

³³² ALPER, Sosyal Güvenlik, s.256.

kapsamında sigortalı sayılmaktadır. Bağ-Kur sigortalılarının sağlık sigortası kapsamına alınması 05 Kasım 1985 tarih ve 3235 sayılı Kanunla mümkün olmuştur³³³.

Bu kapsamdaki sağlık yardımları, hastanın; hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar tetkiklerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması, teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesesine yatırılması, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması, hallerini kapsamaktadır (1479, ek m.13).

İlk defa sigortalı olanların sağlık yardımından yararlanmaları, en az sekiz ay, yeniden sigortalı olanların ise en az dört ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmaları ile sağlık ve sigorta prim borcu bulunmaması şartına bağlanmıştır. (1479, ek m.12)

1479 sayılı Kanuna göre sigortalının sağlık yardımlarından yararlanması için Bağ-Kur'a sağlık sigortası primi dâhil hiçbir borcunun bulunmaması gerekmektedir. Sağlık sigortası kapsamında sunulacak sağlık yardımları, sigortalının sigortalılık niteliğini kaybetmesinden (Bağ-Kur sigortalılığının sonlanması) itibaren 90 gün içinde meydana gelecek hastalık hallerinde de devam etmektedir. Gelir ya da aylık alanlar da gelir ya da aylık alma hakkını kaybettikleri tarihten itibaren 90 gün daha sağlık yardımı alabilmektedir³³⁴.

3.1.3.3. 5434 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları

5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu, kamu çalışanlarının sosyal güvencelerini sağlamak üzere kurulmuştur. Emekli Sandığı'na tabi iştirakçi olabilmek için; Türk vatandaşı olmak, 18 yaşını tamamlamış olmak ve kamuya ait yerlerde veya işlerde çalışmaktır.

5434 sayılı Kanunda uzun dönemli risklerden olan malullük yaşlılık ve ölüm sigorta kolları düzenlenmiş kısa vadeli sigorta kollarına yer verilmemiştir. Emekli sandığına tabi olan iştirakçiler kısa dönemli risklerden sayılan iş kazaları, meslek hastalıkları, hastalık ve analık sigorta kolları yardımlarını kendi kurumlarından almaktadır³³⁵.

Kamu görevlilerinin sağlık harcamaları Kurum bütçelerine konulan ödenekten finanse edilmektedir³³⁶. Sağlık yardımlarından yararlanacak kişiler emekli, adi malullük ve vazife malullüğü, dul ve yetim aylığı alanlarla bunların bakmakla yükümlü olduğu aile

³³³ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.502

³³⁴ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.508

³³⁵ Müjdat Şakar, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Yenilenmiş 9.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2009, s.70.

³³⁶ Serin, a.g.e., s.101.

bireyleridir³³⁷. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bir koşul aranmamaktadır. İlk defa memur olarak atananlar göreve atandıkları andan itibaren sağlık hizmetlerinden yararlanmaya başlar. Emekli olanlar açısından sağlık yardımlarından yararlanma, aylığa hak kazanıldığı tarihte başlamaktadır. Hak sahiplerine aylık bağlanma süreci uzamışsa aylığa hak kazanan sağlık giderlerini kendisi karşılar ancak masraflarını daha sonra Emekli Sandığından talep eder³³⁸.

5434 sayılı Kanuna göre emekliler ile bunların bakmakla yükümü olduğu hak sahiplerine sağlanan protez, ortez ve diğer tıbbi araç ve gereç bedellerinin %10'luk kısmı sigortalı tarafından karşılanmaktadır. Halen çalışmakta olan memurlar ile bunların hak sahiplerine sağlanan ortez ve protez bedelleri bütçe uygulama talimatında belirlenen ücretler üzerinden ödenmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yetkili kılınan tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenen³³⁹ ve Sağlık Bakanlığınca onaylanan³⁴⁰ raporlara göre yurtdışında tedavilerinin mümkün olmadığı anlaşılanlar, yurtdışında tedavi ettirilirlir. Bunların harcırah ve tedavi giderleri T.C. Emekli Sandığı tarafından ödenir. Tedavi süresi iki yılı geçemez. Bu süre içinde acil haller hariç olmak üzere raporda gösterilen hastalıktan başka yapılan tedavi giderleri ödenmez ve bu tedavi için süre uzatılamaz.

3.1.3.4. 506 Sayılı Kanunun Geçici 20. Maddesine Göre Yapılan Sağlık Yardımları

506 sayılı Kanunun Geçici 20.maddesinde belirtilen sosyal güvenlik sandıkları, bankalar, sigorta şirketleri, ticaret ve sanayi odaları ve borsalar tarafından kurulan ve faaliyetlerini sürdürmelerine izin verilen 17 banka ve sigorta sandığını ifade etmektedir.

Bu sandıklar sigortalılar ve hak sahiplerine en az 506 sayılı Kanunun sağladığı sağlık yardımları kadar hizmet sunmakla yükümlüdür³⁴¹. Yapılacak sağlık yardımları hiçbir gerekçe

³³⁷ Aktif olarak çalışan memurun erkek çocukları öğrenim durumuna bakılmaksızın 25 yaşını tamamlayana kadar sağlık yardımı alabilmekteydi. Ancak 5434 sayılı Kanun kapsamında emekli olmuş kişilerin erkek çocukları 18, orta öğrenim görüyorsa 20, yükseköğrenim görüyorsa 25 yaşını tamamlayana kadar sağlık yardımları devam ederdi.

³³⁸ Kuruca, a.g.tz., s.72.

³³⁹ Türk Silahlı Kuvvetlerinden emekli personel ile dul ve yetimleri için Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastanelerin sağlık kurulları tarafından düzenlenen raporlar geçerli olur.

³⁴⁰ Türk Silahlı Kuvvetlerinden emekli personel ile dul ve yetimleri için Milli Savunma Bakanlığınca onaylanan raporlar geçerlidir.

³⁴¹ Okur, **Sağlık Hakkı**, a.g.e., s.143.

ile asgari seviyeni altına düşürülemeyecektir³⁴². Bu sandıklar 506 sayılı Kanunda belirtilen düzeyde sağlık yardımı sunmakta bunun üzerindeki sağlık yardımlarını ise ayrıca karşılamaktadır. Yine bu sandıklardan bazıları mensuplarına sağlık yardımı sunmamakta bu yardım işveren tarafından sağlanmaktadır³⁴³.

Banka ve sigorta sandıklarının sigortalı ve hak sahipleri 506 sayılı Kanuna paralel olarak özel hekime muayene olabilmekte, teşhis ve tedavi amacıyla hastanelere yatabilmekte, gerekmesi halinde yurt içinde ya da yurt dışında bulunan sağlık kuruluşlarında tedavi olabilmektedir. Ayrıca tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçları, protez araç ve gereçleri de sandıklar tarafından sağlanmaktadır³⁴⁴.

3.1.3.5. 2925 ve 2926 Sayılı Kanunlara Göre Yapılan Sağlık Yardımları

2925 sayılı Kanun, süreksiz olarak tarım işlerinde hizmet akdiyle çalışanları kapsamına almaktadır. 2925 sayılı Kanun sigortalı olmayı isteğe bırakmıştır. 2925 sayılı Kanun kapsamına girenlere sağlanan sosyal sigorta yardımlarını Sosyal Sigortalar Kurumu uyguladığı gibi 2925 sayılı Kanunda hüküm bulunmaması durumunda da 506 sayılı Kanun hükümleri uygulanır³⁴⁵. Kanun kapsamına iş kazası ve meslek hastalıkları ile hastalık sigortası bulunmaktadır. 2925 sayılı Kanun analık sigorta kolunu kapsam dışında bırakmıştır. Sigortalıya, iş kazası kapsamında sağlık yardımı yapılabilmesi için iş kazasının olduğu tarihten en az üç ay önce sigortalının tescil edilmiş olması ve sigortalılığın sona ermemiş bulunması şarttır.

2925 sayılı Kanuna göre hastalık sigortasından sunulan sağlık yardımları, hekim muayenesi, klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması, yatarak tedavi, tedavisi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanmasını kapsar. Sigortalının hastalık sigortasına bağlı sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde 120 gün prim ödemiş olması şarttır.

³⁴² Serin, a.g.e., s.99.

³⁴³ Okur, **Sağlık Hakkı**, a.g.e., s.144.

³⁴⁴ Okur, **Sağlık Hakkı**, a.g.e., s.143.

³⁴⁵ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.97.

Tarımda kendi adına ve hesabına çalışanların sosyal güvenlikleri 2926 sayılı Tarımda Kendi adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamında düzenlenmiştir. 2926 sayılı Kanun uygulama bakımından Bağ-Kur'a bırakılmıştır³⁴⁶.

2926 sayılı Kanun kapsamında sunulan sigorta hizmetleri malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası yardımları ile sağlık yardımlarıdır. Sağlık yardımları kapsam, sağlık yardımlarından yararlanma koşulları ve süresi, katılım payı ödenmesi, ortez ve protezleri sağlanması ve yurt dışında tedavi olma haklarında 1479 sayılı Kanun esasları ile aynıdır³⁴⁷.

3.1.4. Kamu Sosyal Güvenlik Harcamaları Kapsamında Sağlanan Sağlık Yardımları

3.1.4.1. 2022 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları

2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun çalışmayacak derecede yaşlı ve yoksul durumda olan kişileri kapsama almaktadır. 2022 sayılı Kanun kapsamında kimsesiz, 65 yaşını doldurmuş veya malul kalmış Türk vatandaşlarına yardım eli uzatılmış ve sağlık hizmetleri bedelsiz karşılanmıştır³⁴⁸.

2022 sayılı Kanunla, 65 yaşını doldurmuş, kendisine bakmakla yükümlü kimsesi olmayan, sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birinden her ne nam altında olursa olsun bir gelir ve aylık almayan, nafaka bağlanmamış veya bağlanması mümkün olmayan, mahkeme kararıyla veya doğrudan doğruya kanunla bağlanmış herhangi bir devamlı gelire sahip bulunmayan ve muhtaçlığını il ve ilçe heyetlerinden alacakları belgelerle kanıtlayan Türk vatandaşlarına hayatta bulundukları sürece aylık bağlanmaktadır (2022, m. 1).

Ayrıca;

- Vücut fonksiyonlarını % 70 ve üzerinde kaybeden ve başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde özürlü olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile belgeleyen özürliülerden; kanunen bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan ve her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının

³⁴⁶ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.533

³⁴⁷ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.537.

³⁴⁸ Tunçomağ, a.g.e., s.79.

aylık ortalaması gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutardan daha az geliri olanlar,

- Tüm vücut fonksiyonlarını % 40 ile % 69 arasında kaybettiğine dair özrü bulunduğunu tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayan, 18 yaşını doldurmuş ve herhangi bir işe yerleştirilememiş özürliülerden; kanunen bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan ve her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının aylık ortalaması itibariyle 2022 sayılı Kanunun 1 inci maddesinde belirtilen gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutardan daha az geliri olanlar,

- Her türlü gelirleri toplamının aylık ortalamasına göre 2022 sayılı Kanunun 1. maddesinde belirtilen gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutardan daha az geliri olduğu halde; kanunen bakmakla yükümlü olduğu ve fiilen bakımını gerçekleştirdiği 18 yaşını tamamlamamış özürliü yakını bulunanlar,

- Herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan malûl olmaları sebebiyle yetim olarak aylık veya gelir alan çocuklardan aylık ya da gelirleri özürliülük derecelerine göre ödenecek olan aylık tutarından düşük olanlar 2022 sayılı Kanunun kapsamındadır.

3816 sayılı Kanun kapsamındakilerin genel sağlık sigortasından faydalanmaları içinde bir geçiş süreci belirlenmiş ve 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren 2 yıl sonra yeşil kart uygulamasının sonlandırılacağı ve 3816 sayılı Kanuna tabi olarak yeşil kart hakkından faydalanacakların 1 Ekim 2010 tarihi itibariyle 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olacakları düzenlenmiştir³⁴⁹. Nitekim 2022 sayılı Kanun kapsamına girerek aylık alanlar 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren otomatikman genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır³⁵⁰.

3.1.4.2. 1005 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları

24 Şubat 1968 tarih ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun'a³⁵¹ göre milli mücadeleye katılan ve bu sebeple kendilerine İstiklal Madalyası verilmiş bulunan Türk vatandaşlarına, 1950 yılının Ekim ayı ile 1953 yılı Pan-Munjon Ateşkes Antlaşmasına kadar geçen süre

³⁴⁹ Kuruca, a.g.tz., s.81.

³⁵⁰ Göktaş - Çakar - Özdamar, a.g.e., s.99.

³⁵¹ R.G., 24.02.1968, 12835.

içinde Kore’de fiilen savaşa katılmış Türk vatandaşlarına ve 1974 yılında gerçekleştirilen 1. ve 2. Kıbrıs Barış Harekâtına katılarak fiilen görev almış olan Türk vatandaşlarına hayatta bulundukları sürece vatani hizmet tertibinden aylık bağlanacağı hüküm altına alınmıştır³⁵² (1005, m.1).

Bu Kanun kapsamında aylık bağlananlar ile bunların eşlerinin resmî sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bu kurum ve kuruluşlarca sevk edildikleri özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görecekları tedavilere ilişkin giderler ile ilaç giderleri; herhangi bir katılım payı veya fark alınmaksızın, devlet memurlarının tedavi yardımına ilişkin usûl ve esasları çerçevesinde ve bu amaçla Millî Savunma Bakanlığı (MSB) bütçesine konulacak ödenekten karşılanır (1005, m. 2/II)³⁵³.

3.1.4.3. 2330 Sayılı Kanunlara Göre Yapılan Sağlık Yardımları

2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanunu barışta güven ve asayiş korumak, kaçakçılığı önlenmek, izlemek ve soruşturmakla görevli olanların bu görevleri nedeniyle ya da görevleri sona erdikten sonra yapmış oldukları bu görev nedeniyle maruz kaldıkları yaralanma veya hastalık sonucunda ölmeleri veyahut sakat kalmaları halinde ödenecek tazminatın ve bağlanacak aylığın belirlenmesi amacıyla düzenlenmiştir(2330, m. 1).

2330 sayılı Kanunun kapsamına, iç güvenlik ve asayişin korunması veya kaçakçılığın önlenmesi, izlenmesi ve soruşturulması ile görevli olan³⁵⁴;Jandarma Genel Komutanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü ve Sahil Güvenlik Personeli, Silahlı Kuvvetler mensupları, Milli İstihbarat Teşkilatı mensupları, Çarşı, mahalle ve kır bekçileri, Orman memurları ve personeli ile Gümrük Muhafaza memurları, Ceza ve tutuk evlerinin iç ve dış güvenliğini sağlamakla görevli personeli, girmektedir.

2330 sayılı Kanun kapsamında bulunan kişilerden, tedavi giderleri, sosyal güvenlik ya da kamu kurum ve kuruluşları tarafından karşılanmayanların tedavileri, sosyal güvenceden yoksun olma nedeniyle devlet, üniversite ve askeri hastanelerde ücretsiz olarak yapılmaktadır (2330, m. 7/4).

³⁵² Göktaş - Çakar - Özdamar, a.g.e., s.111.

³⁵³ 05.12.1990 tarih 3688 sayılı Kanunla 2. maddeye eklenen ek fıkra ile 5595 sayılı Kanun’un 2. maddesi değiştirilmiştir.

³⁵⁴ Göktaş - Çakar - Özdamar, a.g.e., s.119.

3.1.4.4. 3713 Sayılı Kanunlara Göre Yapılan Sağlık Yardımları

Terör suçlarıyla mücadele amacıyla hazırlanan 3713 sayılı Kanun'un³⁵⁵ 20. maddesinde terör ve anarşi ile mücadelede görev yapanları korumaya yönelik önlemlere yer verilirken, 21. maddede de görev sırasında malul olanlara ve bunların dul ve yetimlerine yapılacak yardımlar düzenlenmiştir³⁵⁶.

Malul olanlar, ölenlerinin dul ve yetimleri, devlet ve üniversite hastaneleri ile askeri hastanelerde muayene ve tedavi olabilirler. Bunların tedavi giderleri; bir kamu kurumu veya kuruluşuna tabi çalışmaları halinde bu kuruluşlarca; yaşlılık, malullük veya dul yetim aylığı almaları halinde bağlı bulundukları sosyal güvenlik kurumunca; herhangi bir kuruma tabi çalışmayan, yaşlılık, malullük veya dul-yetim aylığı almayanların sağlık giderleri Milli Savunma Bakanlığı bütçesinden karşılanır³⁵⁷.

3.2. GENEL SAĞLIK SİGORTASINA GEÇİŞ SÜRECİ DÜZENLEMELERİ

3.2.1. 3816 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları (Yeşil Kart)

3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'un amacı, hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak usul ve esasların belirlenmesidir³⁵⁸. (3816, m.1). 3816 sayılı Kanun kapsamına giren vatandaşlara öngörülen sağlık yardımlarından faydalanmaları için birer yeşil kart verilir (3816, m.3) Bu nedenle de bu kanundan doğan uygulamalara "Yeşil Kart" uygulaması denilmiştir³⁵⁹.

3816 sayılı Kanunun kapsamında olanlar, 5510 sayılı Kanunun birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı olmakla birlikte, 4857 sayılı Kanunun 13. ve 14. maddelerine göre kısmi süreli ve çağrı üzerine çalışanlar ile ev hizmetlerinde ay içerisinde 30 günden az çalışan sigortalılar hariç hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan veya 5510 sayılı Kanunun 4/b ve 4/c kapsamında sigortalı ya da hak sahibi niteliğini taşımayan ve bu kanunun öngördüğü yöntemler çerçevesinde belirlenecek aile içindeki kişi başına düşen gelir

³⁵⁵ R.G., 12.04.1991, 20843.

³⁵⁶ Göktaş - Çakar - Özdamar, a.g.e., s.124.

³⁵⁷ Kuruca, a.g.tz., s.85.

³⁵⁸ R.G., 03.07.1992, 21273.

³⁵⁹ Kuruca, a.g.tz., s.88.

payının aylık tutarı asgari ücretin 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarıdır³⁶⁰.

Yeşil Kart kapsamında yeşil kartlılara, ülkemizdeki yataklı tedavi kurumlarında yatarak yapılan tedavi hizmetleri, ayakta tedavilerde muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ile ilaç bedelleri, doksan günün aşılması kaydıyla yeşil kart sahibi anne ve/veya babanın yeni doğan çocuğuna yeşil kart çıkarılincaya kadarki tüm acil sağlık harcamaları ve yine doksan günün aşılması kaydıyla yeşil kart çıkarılincaya kadarki acil tedavi giderleridir³⁶¹.

Yeşil Kartlılar sağlık hizmetlerinden yararlanırken Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması Ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik³⁶²te (Yeşil Kart Yönetmeliği) belirlenen sevk zinciri sırasına uygun hareket etmekle yükümlüdür³⁶³. Yeşil Kart sahiplerinin, ikametgâhların bağlı bulunduğu yerdeki birinci basamak sağlık tesislerine doğrudan, ikinci basamak sağlık tesislerine birinci basamak sağlık tesisinden alacakları sevkle veya doğrudan, üçüncü basamak sağlık tesislerine, birinci ve ikinci basamak sağlık tesislerinden alacakları sevkle başvurmaları şarttır. İkamet ettiği yer dışında rahatsızlanan ve sağlık yardımına ihtiyaç duyan Yeşil Kart sahibinin bu kez bulundukları yerlerde yukarıda belirtilen esaslar doğrultusunda hareket etmeleri gerekir(Yeşil Kart Yön., m.15/1).

Yeşil Kart'a sahip olan kişiler özel sağlık sunucuları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanamaz. Ancak acil müdahale edilememesi halinde hastanın uzuv kaybı veya vücut fonksiyonlarını kaybetmesine sebep olacak reimplantasyon ihtiyacı, yanık, ağır travma gibi durumlar ile yoğun bakım tedavisine ihtiyacı olan yeşil kartlı hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde tedavisinin sağlanamaması ve uygun yoğun bakım yatağı bulunmaması halinde bu durumun sağlık tesisi ve 112 Komuta Kontrol Merkezi tarafından belgelendirilmesi kaydıyla hasta tedavi edilebileceği uygun yoğun bakım yatağı bulunan özel sağlık tesisine sevk edilir. Sevk işlemi Sağlık Bakanlığına ait sağlık tesisleri tarafından hasta nakli ise 112 Komuta Kontrol Merkezi tarafından yapılır (Yeşil Kart Yön., m. 15)³⁶⁴.

³⁶⁰ 3816 sayılı Kanunun, 5754 sayılı Kanunun 87. maddesi ile değişik 2. maddesi.

³⁶¹ Göktaş - Çakar - Özdamar, a.g.e., s.178.

³⁶² R.G., 13.08.1992, 21314.

³⁶³ Sözer, **Sosyal Devlet**, a.g.e., s.145.

³⁶⁴ Göktaş - Çakar - Özdamar, a.g.e., s.181.

Yeşil Kart kapsamında olanlara sunulacak sağlık yardımları, yataklı tedavi için gerekli olan tetkik, tedavi ve ameliyatlarda kullanılan her türlü sarf malzemeleri bedelleri ile ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi, diş protez, gözlük hizmetleri ve ilaç bedellerini kapsamaktadır. Yapılan tüm sağlık masrafları Sağlık Bakanlığı bütçesinden karşılanmaktadır (Yeşil Kart Yön., m. 16)³⁶⁵. Yataklı tedavi kurumları Yeşil Kart kapsamındaki kişilere verdikleri sağlık hizmetlerinin karşılığını Sağlık Bakanlığına fatura ederler. Yapılan bu sağlık hizmeti bedellerinin karşılanması için Sağlık Bakanlığı Bütçesine yeterli ödenek konulmaktadır³⁶⁶. Yeşil Kart kapsamında sunulan sağlık yardımları için devlet bütçesinden konulan ödenekler dışında başka bir finansman kaynağı bulunmamaktadır.

3.2.2. Aile Hekimliği Uygulaması

Türkiye’de son yıllarda uygulanan sağlık politikası, koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu sektörü, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise özel sektör tarafından yerine getirilmesine yöneliktir³⁶⁷. Bu politika aile hekimliğine geçilmesini zorunlu kılmaktadır³⁶⁸. Bu doğrultuda atılan ilk adım aile hekimliği uygulaması olmuş 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun hazırlanarak yürürlüğe konulmuştur.

3.2.2.1. Aile Hekimliği Kavramı

Aile hekimleri, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımına bakmaksızın tıbbi tedavi talep eden bireylere kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sunmakla görevli hekimlerdir³⁶⁹. Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı 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 Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir. (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği³⁷⁰, md.3).

³⁶⁵ Sözer, **Sosyal Devlet**, a.g.e., s.145.

³⁶⁶ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., , s.653.

³⁶⁷ Faruk Ataay, Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları, **Amme İdaresi Dergisi**, C.41, Sayı:3, Eylül - 2008, s.174.

³⁶⁸ Pelin Tuac, “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme” (Yayınlanmamış Y.Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2009, s.135.

³⁶⁹ Europe Wonca, **Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı**. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları - 3, 2002, s.5.

³⁷⁰ R.G., 25.05.2010, 27591.

3.2.2.2. Aile Hekimlerinin Görevleri

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre aile hekiminin görevleri şunlardır;

- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak,
- Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek,
- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçmek,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,
- Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izleme ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak,
- Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri vermek,

- Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapmak,
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek,
- Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek
- Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak,
- Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak ile sorumludur.

Aile hekimleri bu görevlerinin yanı sıra evde bakım hizmetlerinden de sorumludurlar.

3.2.2.3. Aile Hekimlerinin Çalışma Usul ve Esasları

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu'na göre, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esasları; çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralaması; aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemi ve sayıları; aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fizikî ve teknik şartlar; meslek ilkeleri; iş tanımları; performans ve hizmet kalite standartları; hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şekli ve içeriği, kayıtların tutulması ile çalışma ve denetime ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenleneceği hüküm altına alınmıştır. (5258, m.8)

Aile hekimlerinin üç farklı statüde değerlendirilmektedir. Buna göre aile hekimleri, kamu görevlisi olan ve sözleşme ile çalışan hekim ve uzman hekimler, kamu görevlisi olan ve

resen görevlendirilen hekim ve uzman hekimler ve kamu görevlisi olmayan ve sözleşme ile çalışan hekim ve uzman hekimlerden oluşmaktadır³⁷¹.

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ve diğer konularda Bakan, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tabidir. Denetim yapmaya yetkili amir, mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılığı doğrudan kendisi tespit edebileceği gibi, tespiti yapmak üzere soruşturmacı da görevlendirebilir. Mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık tespit edildiği takdirde, genel hükümler ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır³⁷².

3.2.3. Kamu Kurumlarına Ait Hastanelerin Sağlık Bakanlığına Devri

Genel sigortası uygulamasına geçilmesi öncesi yapılan önemli düzenlemelerden bir tanesi de sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devredilmesidir³⁷³. 5258 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesi Hakkında Kanun'un³⁷⁴ gerekçesinde, sağlık hizmeti sunan Sağlık Bakanlığı, SSK ve diğer kurum ve kuruluşlara ait sağlık kuruluşları arasındaki koordine eksikliği, hizmet ve yatırım planlarının ihtiyaç gözetilmeksizin yapıldığı, farklı sosyal güvenlik kurumlarına tabi olan sigortalıların aynı standartlarda hizmet almadığı ve aralarında sağlık hizmeti kalitesi arasında ciddi farklar bulunduğu bu durumun eşitsizliklere yol açtığı belirtilmiştir.

Kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredilmesinde, sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi ve planlanması, kurumsal farklılıkların ortadan kaldırılması, sağlık hizmeti sunumunda eşitlik ve standart birliğinin sağlanması, tedavi edici değil koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, başlatılacak aile hekimliği hizmetiyle birlikte etkili bir sevk zincirinin oluşturulması, sağlık hizmet maliyetlerinin düşürülmesi, kaynak kullanımında rasyonelliğin sağlanması, sağlık sektöründe çalışanların özlük haklarının eşitlenmesi, hastalara sunulacak ilaçlarda standart birliği sağlanması ve ilaçların tek elde

³⁷¹ Tuaç, a.g.tz., s. 157-160.

³⁷² Kuruca, a.g.tz., s.106.

³⁷³ Okur, **Genel Sağlık Sigortası**, a.g.e., s.115.

³⁷⁴ R.G., 19.01.2005, 25705

kullanılması ile birlikte ilaç maliyetlerinde verimlilik sağlanması, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetlerinin bireylere sunulması amaçlanmıştır³⁷⁵.

Türk Silahlı Kuvvetleri, Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ile vakıflara ait hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredilmemesi ve SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrinin uzun vadede sağlık hizmetlerinde kısıntıyı beraberinde getireceği eleştirilen hususlar arasında yer almıştır³⁷⁶.

3.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASI: KAPSAMI, BAŞLANGICI VE BİLDİRİMİ

Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında hazırlanan Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı ile Emeklilik Sigortası Kanun tasarısı Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne (TBMM) sunulmadan önce birleştirilmiş ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı adını almıştır³⁷⁷.

Kanunun bu yapısı iki farklı sigortalı kavramının ortaya çıkması ve sigortalının kısa ve uzun vadeli sigorta kolları bakımından “sigortalı”, genel sağlık sigortası bakımından ise “genel sağlık sigortalısı” olarak tanımlanması sonucunu doğurmuştur³⁷⁸.

5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerin yürürlüğü, 1 Ekim 2008 ila 31 Aralık 2011 tarihleri arasında isteğe bırakılmış, 1 Ocak 2012 tarihinde ise genel sağlık sigortasında zorunluluk başlamıştır³⁷⁹.

Genel sağlık sigortasına ilişkin hususlar 5510 sayılı Kanunda 19 maddede (Kanunun 60-78. maddelerinde) düzenlenmiştir³⁸⁰. Kanunun 60. maddesinde genel sağlık sigortalısı sayılanlar sıralanmıştır. Başlangıçta iki ayrı kanun tasarısının birleştirilmesi sonucu iç atıflarda bulunmak kaçınılmaz olmuş, tekrardan kaçınmak için ilgili maddelere gönderme yapmakla yetinilmiştir³⁸¹. Bu yöntem her ne kadar tekrarları önlese de Kanun maddelerinin

³⁷⁵ Kuruca, a.g.tz., s.107.

³⁷⁶ İlyas Sır, Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinin Sağlık Bakanlığına Devri Halinde Oluşacak Değişimin Etkileri, **Türk Harb-İş Dergisi**, Sayı: 211, 2004, s.47.

³⁷⁷ Levent Akın, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Kişiler Açısından Kapsamında Yeni Gelişmeler, **Çalışma ve Toplum Dergisi, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Sempozyum/Özel Sayı**, İstanbul, s.26.

³⁷⁸ Yusuf Alper, **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Sosyal Sigortalar Hukuku**, Güncellenmiş 6.Baskı, Dora Yayınları, Bursa, 2014, s.315.

³⁷⁹ Kuruca, a.g.tz., s.109.

³⁸⁰ Alper, **Sosyal Sigortalar Hukuku**, a.g.e., s.316.

³⁸¹ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.739.

anlaşılmasının güçleşmesine sebep olmuş, sonucunda sigortalılar Kanun numaraları ile anılmaya başlamıştır³⁸². Bu isimlendirme biçiminin kamuoyunda benimsenmesiyle birlikte eski SSK'lılar 4/a'lı, Bağ-Kur'lular 4/b'li, Emekli Sandığı iştirakçileri de 4/c'li olarak anılmaya başlamıştır.

5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısının kimler olduğu 5510 sayılı Kanunun 3., 60. ve 61. maddelerinde ve Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliğinin 6. ve 7. maddelerinde sayılmıştır.

3.3.1. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı

Genel sağlık sigortası kural olarak ülke içerisinde yaşayan herkesi kapsam altına almayı amaçlamaktadır. Bu genel kuralın bazı istisnaları olduğu gibi zaman içerisinde kanun ile durumları özel düzenlenen kişilerin varlığına rastlamak mümkündür. Türkiye'de GSS'nin yürürlüğe girmesiyle sosyal sigorta alanına genel sağlık sigortalısı kavramı katılmıştır. Genel sağlık sigortalıları ise kanunda tek tek açıklanarak sayılmıştır.

3.3.1.1. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar

Genel sağlık sigortalıları, 5510 sayılı Kanunun 60.maddesinde sayılmıştır. Buna göre;

Türkiye'de ikamet eden kişilerden;

- 4/a kapsamında sigortalı sayılan kişiler, (hizmet sözleşmesiyle çalışanlar ve bunlarla aynı statüye sokulanlar)
- 4/c kapsamında sigortalı sayılan kişiler, (kamu idarelerinde kadrolu çalışanlar, sözleşmeli çalışanlar ve açıktan vekil olarak atananlar)
- 4/b kapsamında sigortalı sayılan kişiler, (bağımsız çalışanlar ile köy ve mahalle muhtarları) ve isteğe bağlı sigortalılar hiçbir ek işleme gerek olmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılırlar.

Zorunlu ya da isteğe bağlı sigortalı olmayanlardan;

³⁸² Müjdat Şakar, Sigortalı Mıyız, İp Cambazı Mı? **Sicil Dergisi**, Sayı:10, Haziran 2008, s.158.

- 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,
- Gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,
- Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler,
- 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
- Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16 ncı maddesine göre aylık alan kişiler,
- Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

- Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,
- İşsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,
- 5510 sayılı Kanun veya 5510 sayılı Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,
- Türkiye’de öğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler,
- Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlardan genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar,
- Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun hükümlerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişilerden genel sağlık sigortalısı olmayan ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamına da girmeyen veya genel sağlık sigortası kapsamında olup sağlık yardımlarından yararlanamayanlar,
- Ceza İnfaz Kurumları ve Tutukevleri Personeli Eğitim Merkezleri Kanunu kapsamına göre hizmet öncesi eğitime alınanlar, eğitim gördükleri süre içinde,
- Başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar, genel sağlık sigortalısı sayılır.

5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortasından yararlanacaklar öncelikle zorunlu sigortalılardan başlamak üzere gruplar halinde sıralanmıştır. Buna göre 4/a-b-c kapsamında sigortalı sayılanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar, gelir ve aylık almakta olanlar dışında yoksulluk ve muhtaçlık sınırında olanlar, vatana hizmet edenler v.b. tek tek sayılarak herkesin genel sağlık sigortası kapsamına alınacağı belirtilmiştir³⁸³.

³⁸³ Ali Rıza Okur, Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/12, s.134.

İsteğe bağlı sigortalı olanların aynı zamanda genel sağlık sigortalısı sayılmaları³⁸⁴ nedeniyle isteğe bağlı sigortalı olarak prim ödemenin zorunlu sosyal güvencesi olmayanlar için zorunlu tutulan genel sağlık sigortasını keseceğini, isteğe bağlı sigortalılığın sona ermesiyle birlikte madde 4/a-b-c kapsamında sigortalı olunmaması koşuluyla genel sağlık sigortalılığının zorunlu olarak tekrar başlayacağı söylenebilir. İsteğe bağlı sigortanın bu özelliği uzun vadede genel sağlık sigortası sisteminin işleyişini olumsuz yönde etkileyebilir.³⁸⁵

3.3.1.2.Genel Sağlık Sigortalısı Sayılmayanlar

5510 sayılı Kanunun 60.maddesine göre kanunun 6.maddesinin birinci fıkrasının (d) (e) ve (l) bendinde sayılanlar genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar. Buna göre;

- 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 çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,

³⁸⁴ Akın, a.g.m., s.27.

³⁸⁵ Geliri yüksek olanlar iki asgari ücret üzerinden genel sağlık sigortası primi ödemek yerine isteğe bağlı sigortalı olmak suretiyle bir asgari ücret üzerinden genel sağlık sigortası primi ödemek isteyebilir. Bu ise finansmana olumsuz yönden etki eder. Ayrıntılı bilgi için bkz.; Kadir ARICI, “Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği Sorunu”, **Sicil Dergisi**, Sayı:13 (Mart-2009), s.152.

- Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,
- Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar,
- Yurt dışında çalıştıkları süreler için borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye’de ikamet etmeyenler,
- Milletvekilleri ile yasama organı üyeliği sona erenler, bunların bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri ile dul ve yetimleri,

Genel sağlık sigortasının kapsamı dışında tutulmuştur.

3.3.1.3. Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler

Bakmakla yükümlü olunan kişiler 5510 sayılı Kanunun tanımlar bölümünün yer aldığı 3. maddesinde açıklanmıştır. Buna göre;

Genel sağlık sigortalısının, sigortalı sayılmayan veya isteğe bağlı sigortalı olmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;

- Eşi,
- 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde meslekî eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malûl olduğu tespit edilen evli olmayan çocukları,
- Geçiminin genel sağlık sigortalısı tarafından sağlandığı Kurumca belirlenen kriterlere göre tespit edilen ana ve babasını, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak tanımlanmıştır.

Genel sağlık sigortasının bakmakla yükümlü olunan kişi tanımlaması GSS’nin yapısı ve gelir tespiti bakımından bazı uygulama farklılıklarına neden olmaktadır. Bu durum genel sağlık sigortalısının kapsama dâhil olduğu kazanç düzeyi ve ödeyeceği primler bakımından farklılık göstermektedir. Mevcut durumda yaşanan sorunlar aile kavramının ana babalarının ebeveynleriyle birlikte yaşayan genel sağlık sigortalıları bakımından sınırlı kalmasından kaynaklanmaktadır. Anne ve babasının ebeveynleriyle birlikte yaşayan ve bu kişilerin

bakımını üstlenen genel sağlık sigortalısının gelir tespitinde bu kişiler hesaplama dâhil olmamaktadır. Bu durum, kimi ailelerde anne ve babanın kardeşlerinin de hesaba dâhil edilmesini gerektirmekte ise de tespiti esas olan aile tanımında bu kişilere yer verilmediğinden gelir tespiti gerçek değerde hesaplanmamaktadır. GSS’de bakmakla yükümlü olunan kişilere ilişkin tanımlamaya dair sorunlara dördüncü bölümde ayrıca yer verilecektir.

3.3.2. Genel Sağlık Sigortasının Başlangıcı ve Bildirimi

Genel sağlık sigortalılarının sigortalılık ilişkilerinin başlangıcı sigortalılık ilişkisinin kurulma şekline göre değişiklik gösterir³⁸⁶. Değişik gruplar bakımında sigortalılık ilişkisinin başlangıcı Kurumca re’sen tescil edilenler ve tescili bildirimle bağlı olanlar olarak sınıflandırmak mümkündür.

3.3.2.1. Kurumca Kendiliğinden Tescil Edilenler

5510 sayılı Kanunun 4. maddesi kapsamında zorunlu sigortalı olanlar, sigortalılık ilişkisinin tescil tarihi itibarıyla genel sağlık sigortalısı sayılırlar. Bunlar ve isteğe bağlı sigortalı olanlar için Kuruma ayrıca bildirim yapmaya gerek yoktur. Bu anlamda bu kişiler adına verilen sigortalı işe giriş bildirgesi genel sağlık sigortası başlangıcı olur ve başka bir bildirimle gerek yoktur³⁸⁷. Ayrıca;

- Tarım veya Orman İşlerinde Hizmet Akdiyle Süreksiz Olarak Çalışanlar,
- Kültür Ve Turizm Bakanlığınca Belirlenecek Alanlarda Kısmi Süreli İş Sözleşmesiyle Çalışanlar,
- Ticari Taksi, Dolmuş Ve Benzeri Nitelikteki Şehir İçi Toplu Taşıma Aracı İşyerlerinde Çalışanlar,
- Meslekî Eğitim Kanununda Belirtilen Aday Çırak, Çıraklar ve Meslekî Eğitim Gören Öğrenciler,
- Meslek Liselerinde Okumakta İken Veya Yüksek Öğrenimleri Sırasında Staja Tabi Tutulan Öğrenciler,

³⁸⁶ Alper, **Sosyal Sigortalar Hukuku**, a.g.e., s.323.

³⁸⁷ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.909,

- Yükseköğretim Kanunu'nun 46. Maddesine Tabi Tutularak Kısmi Zamanlı Çalıştırılan Öğrenciler,
- Türkiye İş Kurumu Tarafından Düzenlenen Meslek Edindirme, Geliştirme ve Değişirme Eğitimine Katılan Kursiyerler,
- Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkelerde çalışan Türk Vatandaşları adına verilen işe giriş bildireleriyle genel sağlık sigortalısı olurlar.

Ayrıca Kurumdan gelir ve aylık alanların genel sağlık sigortalısı sayılmaları bakımından ayrıca bildirilmelerine gerek yoktur.

3.3.2.2.Tescili Bildirime Bağlı Olanlar

Genel sağlık sigortası bakımından sigortalılık ilişkisinin başlangıcı tescili bildirime bağlı olanlar bakımından değişiklik gösterebilmektedir. Genel sağlık sigortası başlangıcı Kuruma bildirilmesi gerekenler;

- Geliri Asgari Ücretin 1/3'ünden Az Olanlar,
- 2022 Sayılı Kanun Kapsamında 65 Yaş Aylığı Alanlar,
- İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun Kapsamında Aylık Alanlar,
- Vatani Hizmet Tertibi Aylıkların Bağlanması Hakkında Kanun Kapsamında Aylık Alanlar,
- Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun Kapsamında Aylık Alanlar,
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca Ücretsiz Bakılan, Korunan ve Rehabilit Edilenler,
- Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun hükümlerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişiler,
- Ceza İnfaz Kurumları ve Tutukevleri Personeli Eğitim Merkezleri Kanunu kapsamına göre hizmet öncesi eğitime alınanlar,

- Terörle Mücadele Kanunu Kapsamında Aylık Alanlar,
- Geçici Köy Korucuları,
- Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler,
- Devlet Sporcusu Sayılanlar,
- Oturma İzni Almış Yabancı Ülke Vatandaşları,
- Yabancı Uyruklu Öğrenciler,
- Türk Vatandaşlığından Çıkmış Olanlar,
- Stajyer Avukatlar,
- Anne Babası Olmayanlar Küçükler,
- Ev hizmetlerinde ay içinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az çalışanlar,
- 4/b Kapsamında Sigortalı Sayılanlardan Prim Borcu Bulunanların Hak Sahipleridir.

3.4.GENEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMİ VE FİNANSMANI SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ

5510 sayılı Kanun kapsamında genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür³⁸⁸. Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır. Kapsamındaki kişilere sunulacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz (5510, m.62).

³⁸⁸ Kuruca, a.g.tz., s.171.

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ve diğer haklardan yararlanmak için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması gerekmektedir.

5510 sayılı Kanunun 80.maddesine göre zorunlu sigortalılar için belirlenen genel sağlık sigortası primi ile sadece genel sağlık sigortası primi ödeyenler için belirlenen genel sağlık sigortası primi farklıdır.

3.4.1.Genel Sağlık Sigortası Primi

3.4.1.1.Bildirilen Kazançları Üzerinden Prim Ödeyenler

Bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar için genel sağlık sigortası primi kazançlarının yüzde % 12,5'idir. Bu primin % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren hissesidir.

Kamu idarelerinde çalışan ve haklarında uzun vadeli sigorta kolları açısından 5434 sayılı Kanun hükümleri uygulananlar, diğer bir ifadeyle 01.10.2008 tarihinden önce memuriyet başlayanlar ve 5434 sayılı Kanun kapsamında prim ve kesenek ödemiş memurların genel sağlık sigortası prim oranı %12'dir. Kamu idarelerinde çalışanlar için prim ödeme yükümlüsü ise bu kapsamdakileri çalıştıran kurumlardır. Ancak 01.10.2008 tarihinden sonra ilk defa memuriyete başlayanların, diğer bir ifadeyle 5510 sayılı Kanun kapsamında 4/c sigortalısı olanların genel sağlık sigortası prim oranı %12,5'tir.

4/b kapsamındaki sigortalılar için de genel sağlık sigortası prim oranı % 12,5 olarak belirlenmiştir. Ancak bunları prim ödeme yükümlüsü kendileridir. Ancak bu kapsamdakiler sigortalılar arasında yer alan muhtarlar ve tarımda kendi nam ve hesabına çalışanların genel sağlık sigortası primi günlük kazançlarının genel sağlık sigortası hissesinin 15 katı olarak belirlenmiş ve bunun her yıl bir puan artırılmak suretiyle 30 a tamamlanması öngörülmüştür. Dolayısıyla 4/b kapsamında sigortalı sayılan köy muhtarları ile tarım işlerinde kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar 4/b kapsamındaki diğer sigortalılardan daha az genel sağlık sigortası primi ödeyeceklerdir³⁸⁹.

³⁸⁹ Kuruca, a.g.tz., s.176.

İsteğe bağlı sigorta primi, Kanunun 82. maddesi de dikkate alınarak sigortalı tarafından belirlenen prime esas kazancın % 32'sidir. Bunun % 20'si malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi, % 12'si de genel sağlık sigortası primidir³⁹⁰.

Primi devlet tarafından ödenenlerin genel sağlık sigortası prime esas kazançları asgari ücret olarak belirlenecektir.(5510, m.80/IV). Yine yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanların genel sağlık sigortası priminin, prime esas kazancın % 12'si olarak esas alınacaktır (5510, m.81/I-f).

Türkiye’de yerleşik olma süresi bir yılı aşan yabancı uyruklular zorunlu genel sağlık sigortalısıdır, ödemeleri gereken genel sağlık sigortası primi oranı %12’dir, genel sağlık sigorta primine esas kazançları da iki asgari ücrettir.³⁹¹

3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak olarak meslekî eğitim gören öğrencilerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanların, genel sağlık sigortası prim oranı %5’dir.

Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerlerin genel sağlık sigortası prim oranı da %4,5’dir.

Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanların ise genel sağlık sigortası prim oranı da % 6 olarak belirlenmiştir.

Üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin genel sağlık sigortası prim oranı da %12 olarak belirlenmiştir.

İşsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişilerin genel sağlık sigortası primi oranı prime esas kazancın % 12'si olarak belirlenmiştir.

24/11/1994 tarihli ve 4046 sayılı Kanunun 21. maddesi kapsamında özelleştirme nedeniyle iş kaybı tazminatı alanların genel sağlık sigortası prim oranı da %12 olarak belirlenmiştir. Ayrıca yalnızca GSS’ye tabi olanlar için prim oranı %12 olarak belirlenmiştir.

³⁹⁰ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.181.

³⁹¹ Saim Ocak, Genel Sağlık Sigortasında Prim Koşulu, **Prf. Dr. Ali Güzel’e Armağan** içinde, İstanbul: Beta Yayınları, 2010. s.1100.

Kurumdan gelir ve/veya aylık alanlar içinse tabi oldukları kanunlara göre genel sağlık sigortası primi farklılık göstermektedir. Buna göre; 506 sayılı Kanun, 5434 sayılı Kanun, 2925 sayılı Kanun ve 506 sayılı Kanunun geçici 20.maddesi kapsamındaki sandıklardan gelir ya da aylığı bağlananlarla Kanunun yürürlüğe girmesinden sonra 5510 sayılı Kanunun 4/a ve 4/c kapsamından gelir ve aylık bağlanacak olanlardan genel sağlık sigortası primi kesilmeyecektir³⁹². Ancak 1479 ve 2926 sayılı kanunlara göre aylık almakta olanlarla 4/b kapsamında çalışmaları nedeniyle geçici 2. maddeye göre aylık bağlanacaklara aylık bağlamaya esas tüm hizmetleri süresince on yıl süreyle hastalık sigortası veya sağlık sigortası veya genel sağlık sigortası primi ödemiş olanlardan, hastalık sigortası, sağlık sigortası ve genel sağlık sigortası primi kesilmiş olan süreler düşülmek kaydıyla, aylıklarının % 10'u oranında ve 10 yılı tamamlayacak süreyle genel sağlık sigortası primi alınacaktır.

3.4.1.2.Gelir Tespit Yöntemi İle Belirlenen Gelirleri Üzerinden Prim Ödeyenler

5510 sayılı Kanunun 60/(c)-1 ile 60/(g) bendinde belirtilen kişilerin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarının tespiti gerekmektedir.

3.4.1.2.1. Gelir Tespitinin Amacı

Gelir tespiti usul ve esaslarının belirlenmesi amacıyla çıkarılan “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil Ve İzleme Sürecine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik”³⁹³ 1 Ocak 2012 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe girmiştir. Buna göre gelir tespiti 5510 sayılı Kanunun 60/(c)-1 ile 60/(g) bendinde belirtilen kişilerin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarının tespiti olarak tanımlanmıştır (Yön. m.3).

3.4.1.2.2. Kurumsal Yapı

Gelir tespiti işlemleri Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca (SYDV) yapılmaktadır. Genel sağlık sigortalısı ya da genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsünde olmayanlar ile genel sağlık sigortalılığı ya da genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsü sona eren kişiler, SGK tarafından re'sen tescil

³⁹² Kuruca, a.g.tz., s.189.

³⁹³ R.G, 28.12.2011, 28156

edilmektedir. Bu kişiler için, gelir testleri sonuçlandırılıncaya kadar 5510 sayılı Kanunun 82.maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarı prime esas asgarî kazanç tutarı olarak esas alınarak primleri tahakkuk ettirilir. Ayrıca, gelir tespitini yaptırmak üzere bir ay içinde vakıflara başvurması gerektiği SGK tarafından re'sen tescil edilen kişilere bildirilmektedir. (Yön. m.4/1).

Re'sen genel sağlık sigortası tescili yapılan kişilerin gelir testi işlemleri, SGK veya ilgili vakıf tarafından ailenin yazılı muvafakati alınarak vakıf tarafından sonuçlandırılmaktadır. Kendisine gelir testi yapılmasını istemeyenler ile genel sağlık sigortası tescilinin yapıldığına dair tebligatın yapıldığı tarihten itibaren bir ay içinde gelir testi yapılması yönünde muvafakat vermeyenlerin gelirleri asgarî ücretin iki katı olarak kabul edilmektedir. (Yön. m. 4/2,3).

Gelir testine tâbi tutulacak kişinin gelir testini yaptırmak üzere vakfa bizzat yazılı başvurusu esastır. Ancak, kişiye kanunî temsilci atanması durumunda, bu kişi adına başvuru işlemi kanunî temsilcisi, özürlülük ve yaşlılık gibi nedenlerle bizzat başvuruda bulunamayacak olanların ise vekili tarafından yapılır (Yön. m. 4/4).

Aynı aileden birden fazla kişinin gelir testine tâbi tutulacak kişi olması hâlinde aynı form ile başvuru yapılır. Aynı aile üyelerinden biri veya birkaçı başvuruda bulunsa bile başvuru formunda hanede yaşayan tüm fertlere ait bilgilere yer verilecektir (Yön. m. 4/5,6).

Gelir testine tâbi tutulacak kişilerden, aile içinde kişi başına düşen gelirinin asgarî ücretin iki katından fazla olduğunu beyan edenler için gelir testi yapılmayacak beyan edilen gelir esas alınarak genel sağlık sigortası tescili yapılır (Yön. m. 4/7).

Gelir tespiti yapılması için başvuracak kişiler, gelir tespitine esas teşkil edecek göstergeleri içeren başvuru formu ile müracaat ederler. Ancak, başvuru işleminin kanunî temsilciler tarafından yapılması hâlinde mahkemeden alınmış karar örneği, vekil tarafından başvuru yapılması hâlinde vekâletname örneği başvuru formuna eklenecektir (Yön. m.5).

Başvuru, kişinin Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde kayıtlı ikametgâhının bulunduğu il veya ilçe idarî sınırları içindeki vakfa yapılır (Yön. m.6).

3.4.1.2.3. Gelir Tespitinin Kapsamı

Gelir tespitinde aynı hane içinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük ana ve büyük babadan oluşan aileye ilişkin ön inceleme Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Projesi (BSYHP) üzerinden yapılmaktadır. Proje, Bakanlık tarafından geliştirilen, vatandaşların sosyal yardım için başvurularından hak sahipliğinin belirlenmesi ve ilgili yardım ya da desteğin teslimine kadar bütün süreçlerini içeren ve on-line olarak çalışan e-devlet uygulaması olarak tanımlanmıştır.

Ön inceleme sonrasında 5510 sayılı Kanunun 60/(c)-1 ile 60/(g) bendi kapsamı dışında genel sağlık sigortalısı ve/veya bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsünde olduğu tespit edilenler değerlendirmeye alınmamaktadır. Ön inceleme sonucunda haklarında gelir tespiti yapılamayacağı kararı verilen bu kişilere, karar gerekçesi ile birlikte başvuru esnasında yazılı olarak bildirilmektedir (Yön. m.7).

Başvuru formunda beyan edilen bilgiler doğrultusunda yapılan gelir testi sonucunu doğrulamak amacıyla Bakanlıkça belirlenen esaslar çerçevesinde vakıf personeli tarafından tanıtıcı kimlik belgesi gösterilmek suretiyle hane ziyareti bilgi formu kullanılarak, başvuruda bulunanların ikametgâhlarına gidilerek hane ziyaretleri gerçekleştirilmektedir (Yön. m.8).

Genel sağlık sigortalısı ya da genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsünde olmayanlar ile genel sağlık sigortalılığı ya da genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsü sona erenler için gelir tespiti yapılması şarttır. Gelir tespiti yapılan genel sağlık sigortalılarının gerekli görülen hâllerde ve/veya genel sağlık sigortalılarının gelir durumlarının değişmesi sonucu gelir tespitinin yenilenmesi taleplerinin yerinde bulunması ya da vakıf ve/veya SGK tarafından gelir durumlarının değiştiğinin tespit edilmesi hâlinde, gelir tespitleri yeniden yapılmaktadır (Yön. m.9).

Yaşları ne olursa olsun aynı hanede yaşayan evli olmayan çocuklar gelir tespitinde aile içinde değerlendirilir. Öğrenim nedeniyle geçici olarak aynı hanede yaşamayan yirmi beş yaşını doldurmamış evli olmayan çocuklar, öğrenimleri süresince aile içinde değerlendirilir. Aynı hanede birden fazla aile yaşaması durumunda her bir aile için ayrı gelir tespiti yapılmaktadır. Gelir testine tâbi tutulacak kişi ile aynı hanede yaşamayan anne ve baba için bakmakla yükümlü olursa dahi ayrı gelir tespiti yapılır. Kendisine kanunî temsilci atanan kişilerin aynı hanede birlikte yaşadıkları eşi, evli olmayan çocuğu, anne ve babası gelir tespitinde esas alınır. Eş, evli olmayan çocuk, anne ve baba dışında, aynı hanede birlikte yaşasa dahi kanunî temsilciler gelir tespitinde değerlendirilmemektedir (Yön. m.10).

Yapılan gelir tespiti sonrasında aile içinde kişi başına düşen gelir tutarı asgarî ücretin üçte birinin altında olduğu tespit edilenler için, aile içinde genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişi durumunda olmayan birey sayısı kadar Kanunun 60/(c)-1 numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortası tescili yapılmaktadır. Yapılan gelir tespiti sonrasında aile içinde kişi başına düşen gelir tutarı; asgarî ücretin üçte birine eşit veya üçte biri üzerinde olduğu tespit edilenler 5510 sayılı Kanunun 60/(g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilir ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, tescili yapılan kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınmış sayılır (Yön. m.11).

3.4.1.2.4. Gelir Tespitinin Sonuçları

Gelir tespiti sonucu 5510 sayılı Kanunun 60/(c)-1 veya 60/ (g) bendine göre genel sağlık sigortası tescili yapılanlar, gelir durumlarının ödenecek prim miktarını etkileyecek şekilde değişmesi hâlinde bir ay içinde vakfa başvurmak zorundadır. Ancak vakıf BSYHP üzerinden tespit ettiği değişiklikler üzerine, kişilerin bildirimini beklemeksizin gelir tespitini yenileyebilecektir. Doğum, ölüm, evlenme, boşanma ve benzeri nedenlerle hanedeki aile bireyi sayısının değiştiğinin tespit edilmesi durumunda gelir tespiti yenilenecektir. Genel sağlık sigortası tescili yapıldığı tarihten itibaren primi Devlet tarafından ödenenler ile asgarî ücretin üçte biri üzerinden prim ödeyenlerin hane ziyaretleri her yıl yenilenecektir. Genel sağlık sigortası tescili yapıldığı tarihten itibaren doksan günde bir aile içindeki bireylere ait veriler BSYHP’de otomatik olarak güncellenecektir. Güncelleme sonucu durumunda değişiklik olduğu tespit edilen sigortalıların, tespit edilen aile içindeki kişi başına düşen gelirin aylık tutarına göre ödeyeceği prim miktarı yeniden belirlenecek ve buna göre genel sağlık sigortası tescili gerekirse güncellenecektir. Kişinin, ödeyeceği prim miktarında azalma yönünde bir gelir değişikliği olduğunu bildirmesi veya bu değişikliğin vakıf tarafından tespit edilmesi hâlinde, bildirim veya tespit tarihinden itibaren ya da SGK’nın gelir tespitinin yeniden yapılmasını talep etmesi hâlinde gerekli iş ve işlemlerin başvuru tarihinden itibaren bir ay içinde yapılması zorunlu olacaktır. Aynı hanede birlikte yaşama ve hanede meydana gelen değişikliklerde adrese dayalı nüfus kayıt sistemi kayıtları esas alınacak (Yön.m.12).

Gelir tespitinde, aile bireylerinin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak aile içinde kişi başına düşen gelirin aylık tutarı tespit edilir. Gelir tespit yönteminde, BSYHP üzerinden puanlama formülü esasına göre belirlenecek hane

geliri ve kişi başına düşen gelir kullanılır. Puanlama formülünde kullanılacak haneye ilişkin veriler, BSYHP’den ve hane ziyaretinden elde edilen bilgilerden oluşur.

Gelir tespiti yöntemi olarak kullanılacak olan puanlama sisteminde ayrıca aşağıdaki unsurlar dikkate alınır: kişilere ait taşınır ve taşınmazlar ile bunlardan doğan haklar, bankaların muvafakati alınmak suretiyle SGK tarafından Bakanlığa sağlanacak olan aile bireylerinin bankalardaki tüm hesaplarına ilişkin bilgiler, sürekli olarak alınan nakdî sosyal yardımlar, Bakanlık veya SGK tarafından aile bireylerine ilişkin, aile içinde kişi başına düşen geliri etkileyecek diğer unsurların belirlenmesi hâlinde, bu unsurlara göre vakıf personeli tarafından yapılacak tespitler sonucu elde edilen bilgiler de kişilerin gelir tespitinde dikkate alınır (Yön, m.14).

Tespit edilen aile içinde kişi başına düşen gelirin aylık tutarı, prime esas kazanç alt sınırının üçte birine eşit veya üçte birinden fazla olanlardan, gelir tespitine esas alınan aile bireylerinden genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişi durumunda olmayanların 5510 sayılı Kanunun 60/(g) bendine tâbi genel sağlık sigortalısı olarak tescili ile ilgili esaslar SGK tarafından belirlenecektir.

Genel sağlık sigortası tescilinin re’sen yapıldığı tarihten itibaren prim tahakkuk ettirilecek ve ödeme yükümlülüğü başlayacaktır. 5510 sayılı Kanunun 60/(g) bendine tâbi genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilenlerin bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak genel sağlık sigortasından yararlanacaktır.

Tablo 1: Gelir Testi Uygulaması, Prim Miktarı ve Prim Ödeme Yükümlüsü

Gelir Seviyesi	Gelir testi sonucunda aile içinde kişi başına düşen gelir	Ödenecek GSS Prim miktarı	Prim Ödeme Yükümlüsü
G0	Asgari ücretin 1/3’ünden az ise	Asgari ücret üzerinden %12 oranında	Devlet
G1	Asgari ücretin 1/3’ü ile asgari ücret arasında ise	Asgari ücretin 1/3’ü üzerinden %12 oranında	Genel sağlık sigortalısı
G2	Asgari ücret ile asgari ücretin 2 katı arasında ise	Asgari ücret üzerinden %12 oranında	Genel sağlık sigortalısı

G3	Asgari ücretin iki katından fazla ise	Asgari ücretin 2 katı üzerinden %12 oranında	Genel sağlık sigortalısı
----	---------------------------------------	--	--------------------------

Kaynak: Yusuf Alper, **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Sosyal Sigortalar Hukuku**, Güncellenmiş 6.Baskı, Dora Yayınları, Bursa, 2014, s.339.

3.4.1.3.Genel Sağlık Sigortası Prim Borcunun Müstahaklığa Etkisi

5510 sayılı Kanunun 67. maddesi birinci fıkrasına göre genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması, sağlık yardımı almaları için aranan koşullar arasında sayılmaktadır.

Buna göre 4/b kapsamında sigortalı sayılan kişilerle Türkiye’de ya da başka bir ülkede sağlık yardımı alma hakkı olmadığı için gelir testine tabi tutulmak suretiyle genel sağlık sigortası yapılanların 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması şarttır. Bu durumdakilerin borçlarını 6183 sayılı Kanun kapsamında taksitlendirmesi, sağlık yardımı almaları için gerekli koşul olarak belirlenmiştir.

18 yaşından küçük kişiler, trafik kazası halleri, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklar, koruyucu sağlık hizmetleri, doğal afet ve savaş hali, grev ve lokavtta, analık ve tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler 30 günlük prim ödeme koşulunu beklemezsizin sağlık yardımlarını alacaklardır (5510, m.67).

Tıbben başkasının bakımına muhtaç ibresinden kastedilen bakıma muhtaç kişiler Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması Ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğin 4. maddesinde tarifi yapılan, özür durumuna göre özür oranı %50 ve üzerinde olduğu tespit edilenlerden günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımı olmaksızın yerine getiremeyeceğine özürlü sağlık kurulu tarafından karar verilen kişiler olarak belirlenmiştir³⁹⁴(Yön, m.4).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması şarttır (5510, m.67/I-a). 4/b kapsamındaki sigortalılar, isteğe bağlı sigortalılar (GSS kapsamındakilerden), oturma izni almış yabancılar ve başka bir ülkede

³⁹⁴ RG, 14.01.2012 ,28173.

sağlık sigortasından faydalanma hakkı olmayanların genel sağlık sigortası prim borcunun olmaması gerekmektedir.

Genel sağlık sigortalısı sayılanların zorunlu sigortalılık süreleri sona erdiğinde geriye doğru bir yıl içinde 90 gün genel sağlık sigortalılığı varsa bakmakla yükümlü olduğu kişiler de dahil olmak üzere 90+10 gün sağlık hizmetlerinden faydalanabilecektir. 90 günün bulunmaması halinde ise bu süre 10 gündür³⁹⁵. Lise ve dengi öğrenim görülmesi sebebiyle bakmakla yükümlü olunan kişi veya hak sahibi sıfatıyla sağlık hizmetinden yararlandırılan çocuklar, 20 yaşını dolduracakları tarihi aşmamak kaydıyla bu öğrenimlerini bitirmelerini izleyen tarihten itibaren 120 gün süreyle aynı kapsamda sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam ederler (5510, m.67-IV).

Tablo 2: Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Prim Ödeme Koşulu ve Prim Borç Koşuluna İlişkin Tablo

Kapsamdaki Kişiler	Bekleme Süresi		Prim Borcu
	Son Bir Yılda 30 Gün Prim şartı (67/I-a)	Her Ay 30 Gün Prim Ödeme Koşulu	
İşçiler (60/I-a)	(+) tam gün çalışma	(+) kısmi çalışma (88/IV)	-
Kamu Görevlileri	(+)	-	-
Bağımsız Çalışanlar	(+)	(+) (88/VIII)	60 günden fazla olmamalı (67/I-b)
İsteğe Bağlı Sigortalı (60/I-b)	(+)	(+) (88/VIII)	Hiç olmamalı (67/I-c)
Sosyal Korumaya	(-)	(+) (88/VIII)	-

³⁹⁵ Alper, **Sosyal Sigortalar Hukuku**, a.g.e., s.331.

Alınanlar (60/I-c)			
Yabancılar (60/I-d)	(+)	(+) (88/VIII)	Hiç olmamalı (67/I-c)
İşsizlik Ediminden Yararlananlar (60/I-e)	(+)	-	-
Gelir/Aylık Alan (60/I-f)	(-)	-	-
Diğer Kapsamdakiler (60/I-g)	(+)	(+) (88/VIII)	60 günden fazla olmamalı (67/I-b)

Kaynak: Kadir Arııcı, Genel Sağlık Sigortası Edimlerinden Yararlanmada Prim Koşulu, **Sicil Dergisi**, Sayı:13, (Mart 2009), s.168.

3.4.2.Sağlık Hizmetlerinden Faydalanmada Ödenen Prim Dışı Tutarlar

3.4.2.1.Katılım Payı

5510 sayılı Kanuna göre, katılım payı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutardır. Katılım payı, “vücut dışı protez ve ortezler” ile “ayakta tedavide sağlanan ilaç hizmetleri” için 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 ilâ % 20 oranları arasında olmak üzere Kurumca belirlenir.

3.4.2.1.1. Katılım Payı Alınan Sağlık Hizmetleri

Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri bedelinin % 1'ine kadar katılım payı alınabilir. % 1'ine kadar tespit edilen katılım payını almamaya, yarısına kadar indirmeye Kurum yetkilidir. Kurum, bu fıkrafta belirtilen 1 Türk Lirası, 2 Türk Lirası ve 3 Türk Lirasını, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranına kadar her yıl artırmaya yetkilidir.

Katılım payı alınacak haller şöyle sıralanmaktadır;

- a) Ayaktan tedavide hekim veya diş hekimi muayenesi,

- b) Vücut dışı protez ve ortezler,
- c) Ayaktan tedavide sağlanan ilaçlar,
- d) Kurumca belirlenen hastalıklarda yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri.

Sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı birinci basamak sağlık kuruluşları muayenelerinde alınmamaktadır. İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 5 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında yapılacak muayenelerde 12 TL olarak uygulanmaktadır.

Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için tamamı gelir ve aylıklarından kesilir. Diğer kişiler için ise 5 (beş) TL katılım payı tutarı eczanelerden tahsil edilir.

Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 12 (oniki) TL öngörülen katılım payının; gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için 12 (oniki) TL tutarındaki katılım payı gelir ya da aylıklarından kesilir. Diğer kişiler için ise 12 (oniki) TL tutarındaki katılım payının tamamı sağlık hizmeti sunucusu tarafından tahsil edilir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (Beş) TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan 5 TL' lik tutar; Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise eczanelerce kişilerden tahsil edilir.

Vücut dışı protez ve ortezler için ödenecek katılım payı asgari ücretin %75'ini yatarak tedavide ödenecek tutar ise asgari ücretin ¼'ü oranında uygulanacaktır.

Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncü denemede %20 oranında uygulanır. Ancak katılım payında dördüncü fıkra gereği uygulanan üst limit dikkate alınmaz (5510,m.68/V).

3.4.2.1.2.Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler

Katılım payı alınmayacak hal, sağlık hizmetleri ve kişiler Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliğinin³⁹⁶ 24. maddesinde açıklanmıştır. Buna göre;

- İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısından, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için; ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (Yön,m.24-I/a).
- Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (Yön, m.24-I/b).
- Afet ve savaş hâli nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (Yön, m.24-I/c).
- Aile hekimi muayenelerinde ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi (Yön, m.24-I/ç).
- Genel sağlık sigortalısı yada bakmakla yükümlü olduğu kişiler için Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (Yön, m.24-I/d).
- Kurumca belirlenen kronik hastalıklarda ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (Yön, m.24-I/e).
- Kurumca belirlenen hayati öneme haiz vücut dışı protez ve ortezlerden (Yön, m.24-I/f)
- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi

³⁹⁶ RG,18.04.2014,28976

katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (Yön, m.24-I/g)

- Kurumca yürütülen soruşturma kapsamıyla sınırlı olmak üzere; sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığının tespitine yönelik ve sigortalı ile hak sahiplerinin malullük, iş göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıklarının mevcut olup olmadığının tespitine yönelik Kurumca yapılan sevkler nedeniyle yapılan kontrol muayenelerinde (Yön, m.24-I/ğ).
- Acil servislerde verilen ve “Yeşil alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri, bedeli Kurumca karşılanmayan ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayeneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimi muayenelerinde (SUT, m.1.8.5.(5)).
- 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (SUT, m.1.8.5. (11)).
- 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (SUT, m.1.8.5 (12)).
- 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (SUT, m.1.8.5 (13)).
- 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta

tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (SUT, m.1.8.5 (14)).

- Harp mal  ll  ğ  aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (SUT, m.1.8.5 (15)).
- Vazife mal  llerinden ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (SUT, m.1.8.5 (16)).
- Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden (SUT, m.1.8.5. (17)).
- Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri (SUT, m.1.8.5 (18)).
- Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî   ğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylardan ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçlerinden katılım payı alınmaz.

Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun kapsamındaki genel hayata etkili afet hâli nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için katılım payı alınmayacak süre Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir (Yön, m.24-II)

3.4.2.2.İlave   cret

3.4.2.2.1.İlave   cret Alınan Sağlık Hizmetleri

Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca; Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilir. Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin bir defada asgari ücretin iki katını geçmemek üzere, poliklinik muayenelerinde en fazla iki katı, diğer hizmetlerde en fazla bir katı kadar ilave ücret alınabilir. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ilişkin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından ilave ücret alınamaz (SUT, m.1.9.5-I/(b)).

İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınca Kurumdan talep edilemez (SUT, m.1.9.5-II).

Sağlık hizmeti sunucularınca, Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler, ilave ücret olarak değerlendirilmez (SUT, m.1.9.5-IV).

Sağlık hizmeti sunucusu, sunduğu sağlık hizmetleri öncesinde, alacağı ilave ücrete ilişkin olarak hasta veya hasta yakınının yazılı onayını alır. Bu yazılı onay alınmadan, işlemler sonrasında herhangi bir gerekçe ileri sürerek ilave ücret talebinde bulunamaz (SUT, m.1.9.5-V).

Hastanın acil haller nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna başvurması ve acil halin sona ermesi halinde, acil halin sona erdiğine ve müteakip işlemlerin ilave ücrete tabi olduğuna ilişkin hastaya/hasta yakınına SUT eki “Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu” kullanılarak, yazılı bilginin imza karşılığı verilmesi zorunludur (SUT, m.1.9.5-VI).

Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yapılan Kurumca karşılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL’yi aşması halinde, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, SUT eki “Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve İlave Ücreti Gösterir Belge” yi yatan hasta tedavilerinde en geç hastanın taburcu olduğu tarihte, diğer tedavilerde ise işlemin yapıldığı tarihte hastaya vermek zorundadır. Ancak hastanın istemesi halinde tutar sınırı olmaksızın sunulan tüm işlemleri ayrıntılı olarak gösteren bilgi ve belgeler hastaya verilmek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da sağlanabilir (SUT, m.1.9.5-VII).

3.4.2.2.2. İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri ve Kişiler

Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere aşağıda belirtilen kişiler ile a, b ve c bentlerinde sayılan kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret alınmaz.

- a) 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
- b) 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- c) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar,
- Tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; terör olaylarına maruz kalmaları nedeniyle yaralananlardan ilave ücret alınmaz (SUT, m.1.92-I).
- Ayrıca bazı sağlık hizmetlerinden ilave ücret alınmaz. Bunlar;
- Acil servislerde verilen “Yeşil alan muayenesi” hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanseri tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Hemodiyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi branşında yapılan cerrahi işlemler. (İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç)
- Koklear implant yerleştirilmesi işleminde ilave ücret alınmaz.

Yukarıda sayılan işlemlerden acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetlerinde hiçbir şekilde ilave ücret alınamaz³⁹⁷.

Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları, asgari banyo, TV ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-2/B Listesinde 510.010 kod ile yer alan “Standart yatak tarifesı” işlem bedelinin 1,5 katını, tek yataklı odalarda ise 3 katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir.

Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “Gündüz yatak tarifesı” işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir. SUT eki EK-1/C Listesinde yer alan istisnai sağlık hizmetlerinde otelcilik hizmetleri için ayrıca ilave ücret uygulanmaz (SUT, m.1.9.4.).

3.4.3.Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri

Sosyal güvenlik reformunun hazırlık sürecinde finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için “sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması” eleştirisine rağmen sağlık hizmetlerinin kapsamını genişleten düzenlemelerin yapılması eleştirileri ortadan kaldırmıştır³⁹⁸.

Genel sağlık sigortasından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sunumunda temel amaç genel sağlık sigortalısının ve bunların bakmakla yükümlü olduğu eş, çocuklar anne ve babalarının sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde yeniden sağlıklı hale gelmelerini, iş kazaları ile meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde gerekli sağlık yardımlarını almalarını, sigortalının iş göremezliğe uğraması durumunda iş göremezlik halinin ortadan kaldırılması veya azaltılması yoluyla sigortalının yeniden çalışmaya başlamasını sağlamaktır³⁹⁹.

Genel sağlık sigortasından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri;

-Koruyucu sağlık hizmetleri⁴⁰⁰

-Hekim tarafından yapılacak muayeneler,

-Hekim tarafından gerekli görülen teşhis amaçlı laboratuvar, tetkik ve tahliller,

³⁹⁷ Ekmekçi - Tuncay, a.g.e., s.409.

³⁹⁸ Alper, **Sosyal Sigortalar Hukuku**, a.g.e., s.325.

³⁹⁹ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.747.

⁴⁰⁰ Madde bağımlılığı da dahil olmak üzere kişilerin hasta olmasını engelleyecek tüm hizmetleri kapsamaktadır.

- Diğer tanı ve tedavi yöntemleri,
- Teşhise bağlı olarak ortaya çıkan tıbbi müdahaleler ve tedaviler,
- Tedavi süresince sunulacak rehabilitasyon yada izleme hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakli işlemleri,
- Hücre tedavileri,
- Hekimin uygun bulmasına bağlı tedaviler (fizik tedavi, masaj v.b. hizmetler),
- Acil sağlık hizmetleri,
- Analiğe bağlı sağlık hizmetleri (muayene, tanı, doğum, doğum sonrası rehabilitasyon dahil)
- İş kazası ve meslek hastalığına bağlı sağlık hizmetleri,
- Trafik kazalarına bağlı sağlık hizmetleri,
- Doğal afet ve savaş nedenlerine bağlı sunulan sağlık hizmetleri,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Belirli şart ve sınırlamalarla çocuk sahibi olamayan genel sağlık sigortalısı kadın ve erkeğin eşinin, yardımcı üreme yöntemleri ile çocuk sahibi olmalarını sağlamaya yönelik sağlık hizmetlerinden oluşur.

Sağlık yardımlarının sigortalının sağlık durumu iyileşinceye kadar yapılması esastır. Bu ilke genel sağlık sigortalısı olmakla birlikte tedavinin devam ettiği esnada genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi vasfı yitirilse bile geçerliliğini sürdürür⁴⁰¹.

Finansmanının bir bölümü Kurumca sağlanan yardımcı üreme yöntemiyle çocuk sahibi olabilmek için öncelikle evli olmak sonrasında ise çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının eşi olmak gerekmektedir. Yardımcı üreme yöntemiyle çocuk sahibi olabilmenin şartları sadece evli olmak ve çocuk sahibi olmamak

⁴⁰¹ Alper, **Sosyal Sigortalar Hukuku**, a.g.e., s.326.

değildir. Kanun koyucu bu yöntemden yararlanacaklarda ilave bazı şartları da aramaktadır. Bu şartlar;

- 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,
- Kadının 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,
- Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,
- Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,
- En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması⁴⁰²,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla üç 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 tedavilerinin finansmanı Kurumca karşılanmaktadır.

6552 sayılı Kanunla üçe çıkarılan deneme sayısında yeniden belirlenen katılım payı oranları birinci denemede %30, ikinci denemede %25 ve üçüncü denemede %20'dir.

3.4.4.Finansmanı Sağlanmayan Sağlık Hizmetleri

Tıbbi müdahale, hekim tarafından hasta üzerinde teşhis ve tedavi amacıyla yapılan fikri ve fiziki faaliyetler bütünüdür. Hukuk sistemimizde cerrahi bir müdahalenin tıbbi olarak

⁴⁰² 10.09.2014 tarih 6552 sayılı Kanun ile Harp malullüğü kapsamında aylık almakta olan harp malullerinin kendileri ve bunların eşleri, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna veya 2330 sayılı Kanun hükümleri uygulanarak aylık bağlanmasını gerektiren kanunlara göre malullük aylığı almakta olan vazife malullerinin kendileri ile bunların eşleri, bu Kanunun 47 nci maddesi ile 5434 sayılı Kanunun 56 ncı maddesi ve mülga 45 inci maddesi kapsamında vazife malulü olarak aylık almakta olan vazife malullerinden ise başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olanların kendileri ile bunların eşleri için bu şart aranmaz.

nitelendirilebilmesi müdahalenin tedavi amacına yönelik olmasına bağlıdır⁴⁰³. Müdahalede esas amacın sağlığın ve vücut bütünlüğünün korunması olmadığı haller tıbbi müdahale kapsamında değerlendirilemez.

Estetik amaçlı tıbbi müdahale kişide doğuştan yada sonradan oluşan, dış görünümü bozduğu düşünülen, yara, yanık, ben, sivilce v.b. etmenlerin, vücudun bütünlüğünden ziyade estetik olarak güzellik katmasına yönelik olarak düzeltilmesi olarak ifade edilmektedir⁴⁰⁴.

Genel sağlık sigortası kapsamında 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 tedavilerinin finansmanı sağlanmaz (5510, m.64-I/(a)).

Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamaları ve Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetlerin⁴⁰⁵ de finansmanı sağlanmamaktadır (5510, m.64-I/(b)).

Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıklarına ilişkin harcamalar da Kurumca karşılanmamaktadır (5510, m.64-I/(c)). 5510 sayılı Kanunun ilk halinde öngörülme bu düzenleme 5754 sayılı Kanun değişikliği ile gerçekleşmiştir⁴⁰⁶. Değişiklik sonrası yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kabulünden önceki kronik hastalıklarının tedavi bedellerinin finansmanı Kurum tarafından karşılanmayacaktır⁴⁰⁷. Yine, Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri de Kurumca karşılanmamaktadır.

Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucuları ile Kurumla kısmi branş veya sağlık hizmeti alım sözleşmesi imzalamış olan vakıf üniversitesi sağlık hizmeti sunucuları, Kuruma bildirmiş oldukları hekimlerden sözleşme kapsamı branşlarda fiilen hizmet sunanlar

⁴⁰³ Merter Özay, **Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu**, Yetkin Yayınları, Ankara, 2006, s.20

⁴⁰⁴ Özlem Yenerer Çakmut, **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İrdelenmesi**, Legal Yayınevi, İstanbul, 2003. s.182-183.

⁴⁰⁵ 10.09.2014 tarih 6552 sayılı Kanun ile “Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamaları” ibaresi madde metnine eklenmiştir.

⁴⁰⁶ Kuruca, a.g.tz., s.212.

⁴⁰⁷ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.756.

tarafından verilen sağlık hizmetlerini, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere ve Kurumca karşılanmaz (5510, m.64-II).

3.4.5.Genel Sağlık Sigortası Hakkında Diğer Hususlar

3.4.5.1. Yurtdışında Tedavi

Genel sağlık sigortasından sağlanan haklardan biri olarak yurtdışında tedavi, kapsam olarak sigortalılık statüsü bakımından farklılık göstermektedir. Buna göre;

- 4/a ve 4/c kapsamındaki sigortalılardan; işverenleri tarafından usule uygun olarak geçici görevle yurt dışına gönderilenlere, acil hallerde,
- Sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilerin,
- Herhangi bir nedenle Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde bulunan ve Türk vatandaşı olan genel sağlık sigortalılarının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin⁴⁰⁸,

sağlık hizmetleri yurtdışında sağlanır (5510, m.66-I)). Bu kapsamda sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır (SUT, m.2.5.1).

4/a ve 4/c kapsamındaki sigortalılara sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacak bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından ödenir (5510, m.66/II)

4/a ve 4/c kapsamındaki sigortalıların yurt dışında bulundukları sırada tedavi olanaklarından yararlanacaklarını düzenlenmekte ancak 4/b kapsamındaki sigortalılar bu kapsam dışında tutulmuşlardır⁴⁰⁹.

Ayrıca, Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisinin yapılamadığı tespit edilen kişilerin sağlık hizmetleri yurt dışından sağlanır. Yurt içinde tedavileri yapılamayan genel sağlık sigortalıları ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavilerinin, yurt dışında yapılabilmesi için bu durumun sağlık kurulu raporuyla

⁴⁰⁸ 12.07.2013 tarih 6495 sayılı Kanun ile eklenmiştir.

⁴⁰⁹ Okur, **Reform**, a.g.m., d.148, 4/b kapsamındaki sigortalılar yurt içinde tedavilerinin mümkün olmaması halinde yurt dışı tedavi imkânlarından yararlanabilecekler.

belgelenmesi gerekmektedir⁴¹⁰. Yurtdışı tedavisi için gerekli sağlık kurulu raporları, 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 kurullarından alınabilir. Diğer tedaviler için ise üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık kurullarından alınmalıdır. Yine söz konusu hastanelerden alınacak sağlık raporlarının Sağlık Uygulama Tebliği ekindeki “Yurtdışına Tedaviye Gönderileceklere İlişkin Sağlık Kurulu Raporu” formatına uygun olarak düzenlenmesi ve raporda altı ayı geçmemek kaydı ile tedavi süresi belirtilmesi gerekmektedir (SUT, m./2.5.1).

Yurt içinde tedavisinin yapılamadığı tespit edilen kişilerin yurt dışına sevk edilen kişilerin sağlık hizmeti bedelinin tümü ödenir. Ancak bu tutar varsa Kurumun yurt dışında sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli olduğu sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez (5510, m.66/IV).

Yurt içinde yapılması mümkün olmayan tetkiklerin de yurt dışında yapılması sağlanabilir. 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, kurumlarınca karşılanır.

Ancak, Kuruma gönderilen sağlık hizmeti faturalarında yer alan işlem bedellerinin ayrıntılı belirtilemediği durumlarda, söz konusu fatura bedelinin yüzde ellisi Kurumca, kalan yüzde ellisi ise kendi kurumlarınca karşılanır⁴¹¹.

Kurum, 4/a ve 4/c kapsamındaki 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.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde bulunan ve Türk vatandaşı olan genel sağlık sigortalılarına ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerine sağlanan sağlık hizmetleri Kurumca karşılanacak bedelleri yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı

⁴¹⁰ Kuruca, a.g.tz., s.208.

⁴¹¹ 12.07.2013 tarih 6495 sayılı Kanun ile eklenmiştir.

geçemez ve bu sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçen kısım, kişilerin kendilerince karşılanır. Bu kişilere ayrıca yol ve gündelik gideri ödenmez (5510, m.66/VII).

5510 sayılı Kanunda belirtilen yurt dışında tedaviye ilişkin düzenlemelerin bu hizmetin getireceği mali yük dikkate alınarak hazırlanmıştır. Bu doğrultuda genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerinin yurt içindeki sağlık hizmet sunucularından sağlanmasının esas olduğu belirtilmiştir⁴¹².

3.4.5.2.Yol, Gündelik ve Refakatçi Gideri Ödenmesi

Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, mevzuatta belirtilen esaslara göre bu hizmet ve hakların finansmanının sağlanması ise Sosyal Güvenlik Kurumu için bir yükümlülüktür⁴¹³.

Genel sağlık sigortalılarının ve bakmakla yükümlü oldukları 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 karşılanır⁴¹⁴ (5510, m.65/I).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kurumumuzca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin yol, gündelik ve refakatçi gideri ödenebilmesi için;

a) Kişilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya diş hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis veya tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbi ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk yapılması,

b) Sevkin, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere, sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusuna yapılmış olması,

⁴¹² Alper, **Sosyal Sigortalar Hukuku**, a.g.e., s.327.

⁴¹³ Kuruca, a.g.tz., s.213.

⁴¹⁴ 17.01.2012 tarih 6270 sayılı Kanun ile Kurumun gerekli gördüğü hallerde ulaşım hizmetlerini, hizmet satın alma ve kiralama gibi yöntemlerle karşılayabileceği hükmü getirilmiştir.

c) Sevkin, elektronik ortamda veya SUT eki “Hasta Sevk Formu” (EK-2/F) ile veya bu formda istenilen bilgilerin yer aldığı belge tanzim edilerek yapılmış olması (sevk belgesinde hekim imza ve kaşesinin dışında ayrıca başhekim onayı aranmayacaktır.),

ç) Sevkin yapıldığı gün dahil 5 işgünü içinde sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat edilmiş olunması,

gerekmektedir (SUT, m.2.6.1).

Genel sağlık sigortalılarının, yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna yapılan sevklerinde hasta ve refakatçisine;

a) Ayakta tedavilerde, sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında, istirahat raporu verilen süreler dışında kalan günler için gündelik ödenir.

b) Yatarak tedavilerde, hasta ve refakatçisine yalnızca gidiş ve dönüş tarihi için gündelik ödenir.

c) Müracaat sonrası sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi edilmesi gerekli görülmesine rağmen, yatak bulunmaması nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna yatırılmaksızın geçen günler için bu durumun sağlık hizmeti sunucusuna belgelenmesi şartıyla 5 günü geçmemek üzere gündelik ödenir (SUT, m.2.6.2).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bir kişiyle sınırlı olmak üzere (18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatin tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz) refakatçi giderlerinde; sevki düzenleyen sağlık hizmeti sunucusunca refakatin tıbben gerekli olduğunun, sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca refakatçi eşliğinde gelindiğinin ve/veya kalındığının Kuruma bildirilmesi gerekmektedir (SUT, m.2.6.3).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile refakatçilere yerleşim yeri içindeki nakiller için yol ve gündelik gideri ödenmez. Sevk yapılmaksızın belediye/büyükşehir belediye yerleşim yeri dışındaki bir sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti alınması hâlinde yol gideri ve gündelik ödenmez. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılan sevklerdeki yol, gündelik ve refakatçi giderlerinin ödenebilmesi için sevkin, acil hal nedeniyle yapıldığının Kurumca kabul edilmesi gereklidir (SUT, m.2.6.9).

3.4.5.3.Genel Sağlık Sigortasında Sorumluluk

Genel sağlık sigortasında Kurum hizmetleri yürütebilmek için işveren ve sigortalıların destek ve uyumuna ihtiyaç duymakta, işverenin, sigortalının veya üçüncü kişilerin bu uyumu ve desteği göstermemesi, işin yürütümünü aksatması veya engellemesi hallerinde sorumluluk söz konusu olabilmektedir⁴¹⁵.

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 Kurum tarafından karşılanır. Bu yükümlülüklerin yerine getirilmesindeki ihmalinden veya gecikmesinden dolayı, genel sağlık sigortalısının tedavi süresinin uzamasına veya malûl kalmasına veya malullük derecesinin artmasına sebep olan işveren, Kurumun bu nedenle yaptığı her türlü sağlık hizmeti giderini ödemekle yükümlüdür (5510, m.76).

Çalışma mevzuatı gereğince 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. Bu kişileri çalıştıran işverenler, 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, m.76/3).

İş 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 ilkesi dikkate alınır (5510, m.76/4).

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

⁴¹⁵ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.949.

sebeup olduğu mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir (5510, m.76/6).

3.4.5.4. Sevk Zincirine Uyulması

5510 sayılı Kanuna göre 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 diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir⁴¹⁶. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır (5510, m.70). Madde metninden de anlaşılacağı üzere, sağlık hizmet sunucuları Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılmaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliğine göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları şunlardır;

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 medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler, Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşu,

İş yeri 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 sağlık kuruluşları. Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu,

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 Resmi Sağlık Kurumu

⁴¹⁶ Okur, **Reform**, a.g.m.,s.157.

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 Özel 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 Resmi Sağlık Kurumu'dur.

Sağlık Hizmet Sunumu Bakımından Basamaklandırılmayan Sağlık Kurumları ve Kuruluşları, diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları, tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlardır. Sağlık Hizmet Sunumu Bakımından Basamaklandırılmayan Diğer Sağlık Hizmet Sunucuları ise, optisyenlik müesseseleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri ile kaplıcalardır.

Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır (5510, m.70/II).

5510 sayılı Kanunun 5754 sayılı Kanunla değiştirilmeden önceki halinde iş kazası ve meslek hastalığı halleri ile afet, savaş ve acil hallerde sevk zincirine uyulma şartının bulunmadığını düzenlemekte iken değişiklik sonrası hiçbir ayrıma yer verilmeksizin tüm başvurularda sevk zincirine uyulması şartını aranır hale gelmiştir⁴¹⁷.

3.4.5.5.Kimlik Tespiti ve İstisnaları

Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), 67. maddenin üçüncü fıkrasında sayılan nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme

⁴¹⁷ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.769.

cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol etmek zorundadır⁴¹⁸.

Kanun kimlik bildiriminde kullanılacak belgeleri sınırlı biçimde belirlediği için sağlık sunucularının bu belgeler dışındaki belgelere istinaden sağlık yardımı vermesi mümkün olamayacaktır.⁴¹⁹ Bu belgelerin kontrolünün yapılmaması bir anlamda hak etmeyen kişilere sağlık yardımı sunularak finansmanını Kuruma fatura etmek olur ki; Kurum bu yükümlülüğe aykırı davrananlarla ilgili olarak sağlık sunucuları ile yaptığı sözleşmelerde özel cezai hükümlere yer vermektedir⁴²⁰.

2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu kapsamında sağlanan yardımlardan ücretsiz faydalananların, sağlık kurum ve kuruluşlarına birinci fıkrada belirtilen belgeleri ibraz edememeleri halinde 2828 sayılı Kanun kapsamında bulunduklarını gösterir belgeye göre gerekli işlemler yürütülecek sonrasında söz konusu belgelerin ibrazı ilgili Kurumdan istenecektir (SUT, 1.6 (2)).

Kimlik doğrulamada kullanılacak olan biyometrik sistem ve uygulamaya geçilecek sağlık hizmeti sunucuları, uygulama tarihi ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir. Kişinin sağlık hizmeti sunucusuna müracaatı sırasında ilk biyometrik verinin Kurum veri tabanına kayıt işlemi, sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılacaktır (SUT, 1.6.1).

3.4.5.6. Sağlık Aktivasyonu ve Provizyon Alma

Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA-Hastane, MEDULA-Optik, MEDULA-Eczane provizyon sistemi) üzerinden T.C. Kimlik Numarası veya Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası/provizyon alacaklardır.

⁴¹⁸ Ercüment ÖZTÜRK, “Sağlık Hizmeti Sunucularına Müracaat ve Kimlik Tespiti İşlemleri,” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:200, Ağustos 2009, s.249.

⁴¹⁹ Bostancı, a.g.tz., s.219.

⁴²⁰ 5510 sayılı Kanunun 103. maddesine göre, sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere, sağlık hizmeti sunarak Kuruma fatura ettiği, tespit edilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında genel hükümlere göre takip yapılır. Bu fiiller nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutar geri alınır. Ayrıca bu fiilleri işleyen veya sağlık hizmeti satın alınmasına ilişkin sözleşmelerde belirtilen hükümlere aykırı davrandığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucularının Kurum ile yaptıkları sözleşmeleri feshedilebilir ve Kurumca belirlenecek süre içinde tekrar sözleşme yapılmaz.

Sağlık hizmeti sunucularınca T.C. Kimlik Numarası veya YUPASS numarası ile Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılan sorgulama sonucunda,

a) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetleri faturalandırılabilir.

b) Kurum bilgi işlem sistemi tarafından prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, aşağıda belirtilen istisnai haller nedeniyle yapıp yapılmadığı değerlendirilecektir. Müracaat acil hal, iş kazası ile meslek hastalığı hali, trafik kazası, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti, analık hali, afet ve savaş ile grev ve lokavt hali, 18 yaş altı çocuklar, tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler nedenleriyle yapılmış ise sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilir (SUT, m.1.7).

4.BÖLÜM

TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULAMA SORUNLARI

4.1. SİSTEM OLARAK GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Türkiye’de genel sağlık sigortası uygulamaya konulduğundan bu yana yaşanan süreçte ortaya çıkan sorunlara geçmeden önce sistem olarak Türk genel sağlık sigortasının dünyadaki örnekleriyle benzer yönlerine değinilmesinde fayda bulunmaktadır. Sistemin model olarak benzerlik gösterdiği ülkelerin başında Almanya Sağlık Sigortası sistemi gelmektedir.

Dünyada hastalık sigortası sistemini uygulayan ülkelerin başında gelen Almanya’da sağlık sigortası sistemi kapsamında ülkemizdekine benzer kapsamda hizmetler verilmektedir: hastalıkları önleme ve erken teşhis, diş sağlığı ile ilgili önlemler, hastane hizmetleri, sürekli bakım hizmeti, evde bakım hizmeti, ev işleri yardımı, iyileştirme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri. Sistemde finansman, sigortalı işveren ve devlet tarafından sağlanmaktadır. Sigortalılar aylık kazançlarının %6,9’unu, işverenler sigortalıya ödediği ücretin %6,9’unu prim olarak sisteme ödemektedir. Ülkemizde oranlar değişmekle birlikte ortalama sigorta primine esas kazanç üzerinden % 12,5 oranında genel sağlık sigortası primi verilmektedir⁴²¹.

Almanya’da olduğu gibi Türkiye’de de çalışanlar işe girdikleri andan itibaren sigortalı sayılmakta ve bildirimler işveren tarafından yapılmaktadır. Türkiye’dekinin aksine Almanya’da özel sağlık sigortaları etkin bir şekilde rol almaktadır. Bunun yanı sıra ülkemizde uygulanandan farklı olarak Almanya’da katı bir şekilde sevk zinciri uygulanmaktadır.

Ülkemizde uygulanan sistem, iş göremezlik ödemeleri bakımından Fransa Hastalık Sigortası sistemine benzemektedir. Ülkemizde uygulanan geçici iş göremezlik ödeneği Fransa’da da uygulanmaktadır. Hastalığın başladığı tarihten en az bir yıl önce sigorta tescilinin yapılmış olması ve hastalığının başladığı tarihten önceki son üç ay içinde en az 200 saat çalışmış olması gerekmektedir. Ülkemizde hastalığın üçüncü gününden itibaren ödenen geçici iş göremezlik ödeneği Fransa’da dördüncü günden itibaren verilmektedir⁴²².

Türkiye’de uygulanmakta olan sistem model olarak karma bir yapıya sahiptir. Sistem, kapsamda bulunan sağlık hizmetleri yönüyle Almanya sağlık sigortası sistemiyle benzerlik gösterirken iş göremezlik ödemeleri bakımından Fransa hastalık sigortası modeline benzer bir

⁴²¹ Ramazan Yıldız, Avrupa Birliği Çerçevesinde Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, 2013, s.341.

⁴²² Yıldız, a.g.tz., s.350.

yapıdadır. Sistemin yapısı itibariyle dünyada uygulanan sağlık sigortacılığı sistemleri arasında hastalık sigortasını uygulayan ülke modellerine benzediğini söylemek uygun olacaktır.

4.2. SOSYAL GÜVENLİK REFORMU İLE ORTAYA KONULAN HEDEFLER

Türkiye’de genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi uzun yıllar süren tartışmalar sonucunda 58. Hükümet programı ve acil eylem planında öncelikli hedeflerden biri olarak ele alınmıştır. Buna göre programda; devlet, kurum ve sigorta ayırımının kaldırılması, hastanelerin özerkleşmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanın ayrıştırılması, nüfusun tamamını kapsamına alacak olan genel sağlık sigortası sisteminin kurulması, prim ödeme gücü olmayan vatandaşların primlerinin devlet tarafından karşılanması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, kurallara bağlanmış bir sevk zincirinin oluşturulması, sosyal güvenlik kuruluşları arasında norm ve standart birliğinin sağlanması, prim karşılığı olmayan ödemelerin kaldırılması, sosyal güvenlik sisteminin bütçe üzerindeki yükünün azaltılmasına yer verilmiştir⁴²³.

Ayrıca; Sağlık Bakanlığı’nın günün koşullarına ve yeni sağlık sistemine göre yeniden yapılandırılması, kamu hastanelerinin ayırımının kaldırılarak tüm hastanelerin tek çatıda toplanması, hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanın ayrıştırılması, genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi, aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulması, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi de planlanan hedefler olarak sıralanmıştır⁴²⁴.

Sosyal Güvenlik Reformu ile beş alanda yeni düzenleme yapılması planlanmıştır. Bunalar;

- Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliğinin sağlanması,
- Bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağının kurulması,
- Uzun vadeli ve kısa vadeli sigorta programlarının birbirinden ayrılması,
- Prim karşılığı olmayan ödemelerin kaldırılması,

⁴²³ Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.733.

⁴²⁴ T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP), <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf>, s.99.

- Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağıının ve kurumsal yapının

oluşturulması, şeklinde beş alanda yeni düzenleme yapılması planlanmıştır⁴²⁵.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yayımlanan Beyaz Kitap'ta; sosyal güvenlik reformunun temel amacının, adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemine ulaşabilmek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik reformunun birbirini tamamlayan dört bileşenden oluştuğu, bu bileşenlerden birinin de nüfusun tümüne hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmetinin sunumunun finansmanını sağlayan genel sağlık sigortası olduğu açıklanmıştır⁴²⁶.

Beyaz Kitap'ta genel sağlık sigortasıyla ilgili olarak SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, kamu çalışanları ve yeşil kartlılar olmak üzere beş farklı kalite ve standartta sunulan sağlık hizmetleri sunumunun birleştirilerek tüm vatandaşlara eşit kalite ve kapsamda sağlık hizmeti sunulması, vatandaşların hastalanmalarını önleyen koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, hastalık halinde ise maliyet etkili tedavi modelleri ile kişilerin hastalıkları ile uyumlu sağlık hizmeti almasının sağlanması hedeflenmiştir. Ayrıca katılımın zorunlu olduğu prime dayalı bir yapının oluşturulması, primini ödeyemeyen yoksulların primlerinin devlet tarafından sosyal yardımlara ayrılan kaynaklardan ve objektif asgari yaşam düzeyi kriterlerine göre karşılanması, hastaların sağlık geçmişlerinin detaylı olarak veri tabanlarında toplanması ve bu verilerin doktorlar ile paylaşılması, maliyet-etkili tedavi yöntemlerinin sunulmasını destekleyen bir finansman yönteminin oluşturulması, çağdaş takip ve kontrol sistemlerinin geliştirilmesiyle hem hastaların sağlıklarının korunması hem de sosyal güvenlik suiistimallerinin engellenmesi de diğer hedefler arasında sıralanmıştır⁴²⁷.

Tüm bu çalışmaların sağlık sisteminin etkin bir şekilde herkesi kapsamına almadığı, sağlık hizmetlerinin etkin ve kolay ulaşılabilir olmadığı, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilemediği, sevk zinciri uygulanmadığından birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin olmadığı, sağlık hizmetlerinin finansmanının sürdürülebilir olmadığı gibi eksiklikler dile getirilerek genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinde birçok aksaklığın giderilebileceği dile getirilmiştir. Bu anlamda amaçlanan hedeflere ne ölçüde ulaşılabildiğinin ortaya konması bakımından genel sağlık sigortasının

⁴²⁵ AEP, s.101.

⁴²⁶ ÇSGB, **Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform (Beyaz Kitap)**, ÇSGB Yayınları, Ankara, 2005, s.22.

⁴²⁷ Beyaz Kitap, a.g.e. ,s.22-23.

uygulanmasıyla ortaya çıkan sorunların karşılaştırılması önem arz etmektedir. Buradan hareketle kapsama alınan kişiler, sağlık hizmetlerinin sunumu kapsamındaki sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanı bakımından yaşanan sorunlara değinmek yararlı olacaktır.

4.3. KAPSAMA ALINAN KİŞİLER BAKIMINDAN YAŞANAN SORUNLAR

Genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi gerektiği savunulurken en temel gerekçelerden biri de ülkedeki tüm nüfusun kamu sağlık güvencesi bakımından kapsam ve koruma altına alınamamış olması gösterilmiştir⁴²⁸. GSS kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanması hedefi ve iddiasıyla hazırlanmıştır.

Tablo 3: Genel Sağlık Sigortasından Yararlananlar

Koruma Tipi	Koruma Statüsü
Zorunlu Sigortalılar	İşçi, bağımsız çalışan, kamu görevlisi
İşsizlik sigortası edimine hak kazananlar	İşsizlik ödeneği alanlar, kısa çalışma ödeneği alanlar, iş kaybı tazminatı alanlar
Gelir ve aylık alanlar	Asli sigortalılar, bağlı sigortalılar
Sosyal korumadan yararlananlar	Sosyal yardım alanlar, sosyal hizmetlerden ücretsiz yararlananlar, sosyal tazmin alacaklıları, sosyal (sporcu) teşvik aylığı alanlar, düşük gelirli yoksullar
Türk vatandaşı olmayanlar	Yabancılar, mülteciler, vatansızlar
Eğitim görenler	Resmi öğrenciler, sivil (bazı) öğrenciler, yabancı (talepte bulunan) öğrenciler
İsteğe bağlı sigortalılar	Yeni sigorta ilişkisi kuranlar, zorunlu sigorta boşluklarını dolduranlar,

⁴²⁸ Beyaz Kitap, a.g.e, s.27.

Diğerleri kapsamında olanlar	Yukarıda belirtilenlerin dışında kalan ve GSS dışında bırakılmamış kişiler.
------------------------------	---

Kaynak: Ali Nazım SÖZER, **Türk Genel Sağlık Sigortası**, 1.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, Aralık 2014, s.177.

Genel sağlık sigortası sözcüklerinin oluşturduğu “genel” ifadesi Türkiye’de yaşayan yabancı uyruklu kişiler dâhil herkesi kapsadığı için özellikle kullanılmıştır⁴²⁹. Bu ifade gereği ülke genelinde yaşayanların kapsama alınması öngörülmüştür. Ancak TBMM üyeleri (milletvekilleri) ve yüksek yasama organı üyelerinin özel kanunlarla sistemin kapsamı dışında tutulması sağlık hizmetlerinin herkese eşit dağıtılacağı, sağlığa herkesin kolay ulaşabileceği hedefini ve iddiasını çürütmektedir. Buna benzer özel uygulamalar reformun başlangıçtaki iddialarını güçsüzleştirecek ve zamanla güven duygusunun sarsılması olarak toplumda karşılık bulacaktır.

Kural olarak GSS’nin tanımından ve amacından kaynaklanan sorun bulunmamakla birlikte sorunlar, sistemin uygulanması aşamasında yine uygulama bakımından ortaya çıkmaktadır. GSS’nin kapsam bakımından uygulamasında yaşanan sorunlar gelir tespitine bağlı olanlar, genel sağlık sigortalısının tesciline bağlı sorunlar ve kısmi süreli çalışanlar bakımından yaşanan sorunlar olarak farklılık arz etmektedir.

4.3.1. Gelir Tespitine Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar

5510 sayılı Kanun, 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. 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 kapsamından 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-ı) ile gelir vergisinden muaf olan esnaf ve sanatkârlardan geliri prime esas kazanç alt sınırının altında olanlar bu

⁴²⁹ Kuruca, a.g.tz., s.357.

kapsamda GSS ile ilişkilendirmiştir⁴³⁰. Dolayısıyla genel sağlık sigortasından yaşanan sorunlar büyük oranda gelir tespitine bağlı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gelir tespitinde temel sorun alanlarından ilki yönetmelikle tanımlanan “aile” kavramının ailenin farklı fertleri için gelir testi sonuçlarında değişiklik göstermesidir. Yönetmeliğe göre aile, aynı hane içinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük ana ve büyük babayı kapsamaktadır (Yön, m.4).

Son yıllarda göç olgusunun da etkisiyle her ne kadar geleneksel Türk aile yapısında küçülme yönünde bir eğilim gözleniyorsa da özellikle kırsal nüfusun yoğunlukla yaşadığı bölgelerde geniş aile yapısının ve birlikte yaşama kültürünün yaygın olduğu bilinmektedir. Ayrıca kırdan kente göç edenlerin yaşama alışkanlıklarını ancak belirli zamanlardan sonra değiştirdikleri de bilinen hususlar arasındadır.

Gelir tespitine esas olarak belirlenen aile tanımı, gelir tespitinde aynı hane içerisinde yaşayan kişiler açısından farklı sonuçlar çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum genel sağlık sigortalısının kapsama dâhil olduğu kazanç düzeyi ve ödeyeceği primler bakımından farklılık göstermektedir. Mevcut durumda yaşanan sorunlar aile kavramının ana babalarının ebeveynleriyle birlikte yaşayan genel sağlık sigortalıları bakımından sınırlı kalmasından kaynaklanmaktadır. Anne ve babasının ebeveynleriyle birlikte yaşayan ve bu kişilerin bakımını üstlenen genel sağlık sigortalısının gelir tespitinde bu kişiler hesaplama dâhil olmamaktadır. Bu durum, kimi ailelerde anne ve babanın kardeşlerinin de hesaba dâhil edilmesini gerektirmekte ise de tespiti esas olan aile tanımında bu kişilere yer verilmediğinden gelir tespiti gerçek değerde hesaplanmamaktadır.

Nitekim, Sayıştay Başkanlığının konuyla ilgili olarak yaptığı incelemelere göre Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Vakıfları tarafından gerçekleştirilen gelir testi işlemlerinde aynı hanede yaşayan tüm kişilerin bir aile olarak kabul edildiği görülmüştür. Gerek 5510 sayılı Kanunda gerekse Gelir Tespit Yönetmeliğinde 'aile' kavramı, “aynı hane içinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük ana ve büyük baba” olarak tanımlanmış ve aynı hanede birden fazla aile var ise her biri için ayrı test öngörülmüştür. Ancak Vakıflar tarafından gerçekleştirilen gelir testi işlemlerinde her hane bir aile olarak kabul edilmekte ve

⁴³⁰ 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.76.

her hane için bir test sonucu çıkarılmaktadır. Buna bağlı olarak; kişiler için genel sağlık sigortası primi tahakkuku ve prim tutarı mevzuata aykırı olarak hesaplanmış olmaktadır⁴³¹.

Gelir Tespit Yönetmeliğine bağlı olarak yaşanan mevzuat sorunlarının devam eden yıllarda da varlığını sürdürdüğü ve buna yönelik tespitlere ilişkin Kurumun gelir testi yönetmeliği revize çalışmalarına başladığı. Mevzuat değişikliği ve sonrasında belirlenecek iş kuralları ile hedeflerin tamamının sistemsal olarak gerçekleştirilmesinin planladığı bildirilmiştir⁴³².

4.3.2. Genel Sağlık Sigortalısının Tesciline Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar

GSS kapsamına girmesi gereken işçi, bağımsız çalışan, kamu görevlisi ve onların dışında kalanların genel sağlık sigortalılık başlangıçları ve bildirimleri ayrı ayrı düzenlenmiştir. Bildirimler, kimileri için işverenleri, kimileri içinse meslek kuruluşları, resmi makamlar ve kendileri tarafından yapılmaktadır. Ayrıca resmi makam ve bankaların yaptıkları işlemlerde sigortalılık kontrolü yapmaları, yapılan kontrollere ilişkin SGK'ya bildirimde bulunmaları zorunludur⁴³³. Sistemin genel olarak tescil işlemi bakımından çok karmaşık bir yapıda olduğunu söylemek zor değildir. Diğer taraftan sigortalıların SGK'ya en geç bildirilmeleri gereken süreleri ve uygulanacak idari para cezasını da dikkate aldığımızda tescil işlemleri açısından SGK'nın geliştirdiği sistemin büyük ölçüde başarılı olduğunu söylemek mümkündür.

Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler 5510 sayılı Kanunun 60/(c) bendi ile (60/g) kapsamında, SGK tarafından re'sen genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmektedir. Ayrıca bu kişiler için aylık prime esas kazanç üst sınırı (asgari ücretin iki katı) üzerinden GSS prim borcu tahakkuk ettirilmektedir. Daha sonra kendilerine bir tebligat yapılarak gelir testi işlemleri için ikametlerinin bulunduğu yerdeki SYDV'a başvurmaları gerektiği bildirilmektedir. Vakıflarca gerçekleştirilen gelir tespit işlemleri sonucunda aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların primi Devletçe karşılanmakta; bu tutarın üzerinde olanlar için ise gelir testi sonucuna göre Kurumca prim tahakkukuna devam edilmektedir.

⁴³¹ Sayıştay Başkanlığı, SGK Başkanlığı 2012 yılı Denetim Raporu, s.20-21.

⁴³² Sayıştay Başkanlığı, SGK Başkanlığı 2012 yılı Denetim Raporu, s.16.

⁴³³ Sözer, **Türk Genel Sağlık Sigortası**, a.g.e., s.186.

Bununla birlikte; bu kişilerin 60 ıncı maddenin 1 inci fıkrasının diğ er bentleri ya da fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi statüsüne geçmeleri halinde 60/g kapsamındaki genel sağlık sigortalılıkları sonlandırılmaktadır.

Sayıştay Başkanlığının gelir testi sonucu veya re'sen genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilerek prim tahakkuku yapılan kişilere ilişkin SGK muhasebe kayıtlarının incelemesi sonucu;

- 60/g'li olarak tescili yapılan 1.081.824 kişi için 5510 sayılı Kanunun 4 /(a) bendi kapsamında sigortalı olmalarına karşın GSS prim tahakkukunun sonlandırılmadığı ve böylece bu kişiler için 1.331.576.399,44 TL tutarında fazla tahakkuk yapıldığı;
- 60/g'li olarak tescili yapılan 137.918 kişi için 5510 sayılı Kanunun 4/(b) bendi kapsamında sigortalı olmalarına karşın GSS prim tahakkukunun sonlandırılmadığı ve böylece bu kişiler için 184.664.090,30 TL tutarında fazla tahakkuk yapıldığı;
- 60/g'li olarak tescili yapılan 21.021 kişi için 5510 sayılı Kanunun 4/(c) bendi kapsamında sigortalı olmalarına karşın GSS prim tahakkukunun sonlandırılmadığı ve böylece bu kişiler için 31.504.934,85 TL tutarında fazla tahakkuk yapıldığı tespit edilmiştir⁴³⁴.

Buna göre, toplam 1.240.763 kişinin 5510 sayılı Kanunun 4/(a), (b) ve (c) bentleri kapsamında sigortalı olmalarına karşın, 60/g'li olarak tescil edildiği anlaşılmıştır. Konuyla ilgili olarak SGK tarafından, sorgulama ve sonlandırma programında yapılan çalışma neticesinde 19/5/2014 tarihi itibariyle toplam 3.024.180 kaydın sonlandırma işlemlerinin tamamlandığı ve genel sağlık sigortası tescil ve gelir testi işlemlerini daha sürdürülebilir hale getirmek amacıyla gelir testi yönetmeliği revize çalışmaları ile mevzuat değişikliği ve sonrasında belirlenecek iş kuralları ile tamamının sistemsel olarak gerçekleştirilmesinin planlandığı belirtilmiştir. Ancak hali hazırda gelir testi yaptırması gerekmeksizin genel sağlık sigortalısı oldukları halde 60/g'li olarak tescil edilen kişilerin genel sağlık sigortalısı oldukları statünün zorunlu sigortalı oldukları statüden sağlandığı bilinmektedir.

⁴³⁴ Sayıştay, 2013 Denetim Raporu, s.16.

4.3.3. Kısmi Süreli Çalışanların Kapsamı Bakımından Yaşanan Sorunlar

5510 sayılı Kanunun 88 nci maddesine göre, 4/(a) kapsamında sigortalı olmakla birlikte, 4857 sayılı Kanunun 13 ve 14 üncü maddelerine göre kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile ev hizmetlerinde ay içerisinde 30 günden az çalışan sigortalıların eksik günlerine ait GSS primlerini 30 güne tamamlaması zorunludur. Bu kişilerin ay içerisinde çalışmadıkları süreler için gelir testi yaptırdıktan sonra GSS primi ödemelerini veya çalışılmayan günlere ait GSS primlerini karşılama gerekmektedir.

Bunun yanında 5510 sayılı Kanuna 6552 sayılı Kanun ile eklenen maddeye göre ev hizmetlerinde bir veya birden fazla gerçek kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştıkları kişi yanında ay içinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olanlar adına, çalıştırıldıkları süreyle orantılı olarak çalıştıranlarca kazançlarının %2'si oranında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası primi ödenir⁴³⁵. Bu şekilde çalışanların sigortalılık tescili, çalışan ve çalıştıran imzalarını da ihtiva eden ve en geç çalışmanın geçtiği ayın sonuna kadar Kuruma verilmesi gereken belgenin Kuruma verilmesi ile sağlanır. Sigortalılık başlangıcında bu belge üzerinde çalışma başlangıcına dair kayıtlı en eski tarih esas alınır. Bunlar hakkında hastalık sigortası hükümleri uygulanmaz. Bu kişiler, adlarına ödenen priminin ait olduğu ayı takip eden ayın sonuna kadar aynı kazancın otuz katının %32,5 oranında prim ödeyebilir. Bunun %20'si malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları, %12,5'i genel sağlık sigortası primidir.

Tablo 4: Ev Hizmetlerinde Çalışanların Genel Sağlık Sigortalılığı

Ev hizmetlisinin sigorta süresi	Tabi olunan sigorta dalları
10 günden az	Zorunlu: İKMHS (%2)
10 gün - 30 gün	Tüm sigorta dalları
30 tam gün	Tüm sigorta dalları

Kaynak: Ali Nazım SÖZER, **Türk Genel Sağlık Sigortası**, 1.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, Aralık 2014, s.115.

⁴³⁵ R.G., 11.09.2014, 29116.

Söz konusu düzenlemede malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile GSS primleri için sigortalı bakımından kullanılan “ödeyebilir” ifadesi, her iki sigorta dalının da isteğe bağlı olarak uygulanacağı anlamını çıkarmaktadır⁴³⁶. Ülke genelinde herkesi sağlık koruması altına almayı hedefleyen sistemin zaten kapsamda olan ev hizmetlileri bakımından böyle bir ayrıma gitmesi sistemin kapsamını daraltan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ev hizmetlerinde çalışanlara daha fazla koruma sağlamayı amaçlayan düzenlemenin bu yönüyle sorunlara neden olabileceği gibi bu kural sonucunda ev hizmetlerinde 10 günden az çalışanların tedavi giderlerini kendilerinin karşılamak zorunda kalacağı düşünülmektedir⁴³⁷.

Kapsam bakımından kısmi süreli çalışanlar arasında uygulamada karışıklığa sebep olan başka bir alan ise 4857 sayılı Kanunun 13 ve 14 üncü maddelerine göre kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile bu maddeler kapsamında olmamakla birlikte ay içerisinde 30 günden az çalışanlar ile ilgilidir.

Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği’ne (SSİY) göre aylık prim ve hizmet belgesi ile birlikte ay içinde otuz günden az çalışan veya eksik ücret ödenen sigortalılara ilişkin;

a) Kurumca elektronik ortamda alınabilenler hariç, Kurumca yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucularından veya işyeri hekimlerinden alınmış istirahatli olduğunu gösteren raporu,

b) Ücretsiz veya aylıksız izinli olduğunu kanıtlayan izin belgesi,

c) Disiplin cezası uygulaması, gözaltına alınma ile tutukluluk hâline ilişkin belgeleri,

ç) Kısmi süreli çalışmalara ait yazılı iş sözleşmesi,

d) Sigortalının imzasını taşıyan puantaj kayıtları,

e) Grev, lokavt, genel hayatı etkileyen olaylar, doğal afetler nedeniyle işyerinde faaliyetin durdurulduğunu veya işe ara verildiğini gösteren ilgili resmî makamlardan alınan yazı örneğinin, sigortalıların eksik gün bildirimine ilişkin bilgi formu ekinde SGK’ya verilmesi veya acele posta servisi, iadeli taahhütlü ya da taahhütlü olarak gönderilmesi gerekmektedir.

⁴³⁶ Ali Nazım Sözer, **Türk Genel Sağlık Sigortası**, 1.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, Aralık 2014, s.114.

⁴³⁷ Sözer, **Türk Genel Sağlık Sigortası**, a.g.e., s.115

Bu belgelerin geriye yönelik olarak her zaman düzenlenebilir nitelikte olanları, aylık prim ve hizmet belgesinin verilmesi gereken süreden sonra verilmesi hâlinde işleme konulmaz.

SSİY ekinde yer alan 4/a sigortalıları için aylık prim ve hizmet belgesinin, sigortalıların ay içerisinde 30 günden az çalışmaları halinde doldurulacak eksik gün nedeni bölümüne, ay içinde bazı iş günlerinde çalıştırılmayan ve çalıştırılmadığı günler için ücret ödenmeyen sigortalılar için sıralanan kodların girileceği belirtilmiştir (SSİY, Ek-9).

Tablo 5: Eksik Gün Bildirim Kodları

01- İstirahat	12- Birden fazla
03- Disiplin cezası	13- Diğer
04- Gözaltına alınma	15- Devamsızlık
05- Tutukluluk	16- Fesih tarihinde çalışmamış
06- Kısmi istihdam	17- Ev hizmetlerinde 30 günden az çalışma
07- Puantaj kayıtları	18- Kısa çalışma ödeneği
08- Grev	19- Ücretsiz doğum izni
09- Lokavt	20- Ücretsiz yol izni
10- Genel hayatı etkileyen olaylar	21- Diğer ücretsiz izin
11- Doğal afet	

Kaynak: SGK, Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği EK-9. www.sgk.gov.tr. (06.01.2015).

Aylık prim ve hizmet belgelerinin eksik gün nedeni yukarıda belirtilen kodlar arasında 06 “Kısmi İstihdam” ile 17 “Ev hizmetlerinde 30 günden az çalışma” seçilmiş olan sigortalıların çalışılmayan süreler için gelir testi yaptırdıktan sonra GSS primi ödemesi gerekmektedir. Diğer taraftan ay içerisinde 30 günden az çalıştığı halde aylık prim ve hizmet belgesinde eksik gün nedeni 07 “puantaj kayıtları” seçilen sigortalıların çalışmadıkları sürelerle ilgili olarak ayrıca gelir testi yaptırma ve prim ödeme zorunluluğu bulunmamaktadır.

Bu durum uygulamada karışıklığa sebep olmakla birlikte zamanla kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışanların puantaj kaydı tutulmak suretiyle Kuruma sigortalı bildirilenlere karşı dezavantajlı hale gelmesine neden olmaktadır.

GSS primleriyle ilgili sorun oluşturabilecek bir diğer uygulama da kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışan ya da bir aydan fazla süre ile ücretsiz izne ayrılanların çalışmadıkları sürelerde gelir testine bağlı olarak genel sağlık sigortası primi ödemeleridir. Bu uygulama eş, anne ya da babası üzerinden sağlık yardımı alma hakkı bulunan kişileri kayıt dışı çalışmaya itebilecek niteliktedir. Yine son bir yıl içinde 90 günün üzerinde genel sağlık sigortası primi ödemesi bulunduktan sonra işten ayrılan kişiler işten ayrıldıkları tarihten itibaren 100. güne kadar gelir testine girmeksizin ücretsiz sağlık yardımı alabilmekte iken ücretsiz izne çıkanlar 31. günden itibaren ücretsiz sağlık yardımı alamamakta gelir testine tabi tutulmaktadır. Bu da ücretsiz izne ayrılanları dezavantajlı hale getirmektedir.

4.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU BAKIMINDAN YAŞANAN SORUNLAR

Sağlık hizmetinin hizmet satın alma yöntemiyle sağlanması kaynakların en uygun kullanımı yanında hizmet alanlar açısından sağlığa erişimi kolaylaştırıcı bir etkiye sahiptir. Ancak burada genel sağlık sigortalıları açısından yasal farklılıkları ifade etmekte yarar bulunmaktadır. 5510 sayılı Kanunun 60/(c) (1), (3) ve (9) numaralı alt bentlerinde sayılanlar (Geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olanlar, 65 yaş aylığı alanlar ve geçici köy korucuları) birinci ve ikinci resmi sağlık hizmet sunucuları tarafından sevk edilmeden Kurumla sözleşmeli üniversite ve özel sağlık hizmeti sunucularına müracaat edemezler⁴³⁸. Buna göre; sağlık hizmeti sunucuları tedavilerinin sağlanamaması halinde kişileri, söz konusu tedavi için doğrudan müracaat hakkı bulunduğu sağlık hizmeti sunucularına sevk de edebilirler. Sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedellerinin Kurumca karşılanabilmesi için sağlık hizmetinin, acil müdahale edilmemesi halinde uzuv kaybı ve/veya vücut fonksiyonunu kaybetmesine sebep olacak durumlar nedeniyle alınmış olması ve bu durumun Kurumun inceleme birimince kabul edilmesi gereklidir. Söz konusu durumlar dışında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmaz (SUT, m.1.5.1.). Diğer genel sağlık sigortalılarının özel sağlık hizmet sunucularının sunduğu hizmetlerden faydalanabilmesi mümkün iken bu kişilerin sağlık hizmetlerinin karşılanmasında acil hallerde bile Kurumun inceleme birimince kabul şartının aranması bu kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde sorun oluşturmaktadır.

⁴³⁸ Kuruca, a.g.tz., s.306.

4.4.1. Sevk Zincirine Uyulmamasına Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar

Genel sağlık sigortasının uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucularının birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılacağı, bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zincirinin; tanı, ön tanı, hekimlerin ve dış hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurtta veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak SGK tarafından belirleneceği, aile hekimlerinin birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alacağı hüküm altına alınmıştır (5510, m.70).

Sağlık hizmet basamakları, sağlık hizmeti sunucuları ve sevk zinciri bir bütündür. Basamaklar ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki bağlantı da genel sağlık sigortası sisteminin özünü oluşturduğuna göre sağlık hizmet sunucusu basamak mekanizmasının SGK tarafından oluşturulması genel sağlık sigorta sistemini daha dinamik kılacaktır⁴³⁹.

Sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır. (5510, m.70/II) Bu hüküm, genel sağlık sigortalısının ya da bakmakla yükümlü tutulduğu hak sahiplerinin sağlık hizmet sunucularına başvurusunda sevk zincirine uygun hareket etmesi gerektiğini diğer bir ifade ile birinci basamak sağlık hizmet sunucusu sevki olmadan ikinci basamak sağlık hizmet sunucusuna, ikinci basamak sağlık hizmet sunucusu tarafından sevk edilmeden üçüncü basamak sağlık hizmet sunucusuna başvurulamayacağı anlamına gelecek muğlak bir ifade olsa da gerçek durum hiç de öyle değildir⁴⁴⁰. Şöyle ki; 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, m.77/II). Dolayısıyla genel sağlık sigortasında sıkı uygulanmayan sevk zinciri ek mali yükümlülük getirmektedir⁴⁴¹.

Sevk zincirine uygun hareket etmemek etkisini katılım payı ve ilave ücret ödemesinde göstermektedir. Sevk zinciri ile ilgili olarak birinci basamağa başvuran hastaların % 95'inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleşmesi gerekmektedir. Sevk hızının standart değeri % 50-10 arasında olmalıdır. Türkiye genelinde birinci basamaktan hastanelere sevk oranının % 14,4 gibi yüksek bir değere ulaştığı görülmektedir. II. Basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerin poliklinik yüklerinin yüksek oluşu ve buna karşılık hastane

⁴³⁹ Okur, **Genel Sağlık Sigortası**, a.g.e., s.157.

⁴⁴⁰ Kuruca, a.g.tz., s.307.

⁴⁴¹ Kuruca, a.g.tz., s.307.

polikliniklerinde muayene edilen kişilerin sadece % 4,4'ünün yatırılarak tedavi edilmeleri, Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tedavi edici hizmetlerin gerekli nitelikten oldukça uzak olduğunun en açık göstergesidir⁴⁴². Bu nedenle sevk zincirinin sağlık hizmetlerinin finansal anlamda sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için katı bir şekilde uygulanması gerekmektedir⁴⁴³.

4.4.2. Aile Hekimliği Uygulamasına Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar

Genel sağlık sigortasının sağlıklı işleyebilmesinde önemli bir bileşen olan aile hekimliği uygulamasının amacı birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesidir (5258 Sayılı Kanun, m.1).

Ancak aile hekimi; Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum ile sözleşme yapmış hekimler olarak belirlenmiştir. Bu durum aile hekimi kavramını amacı dışında oldukça genişletmiş, Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabipler hatta bu konuda hiçbir eğitim almamış pratisyen hekimler de aile hekimi sayılmıştır ki; sağlık hizmetlerinin yaşamsal önemi karşısında kabul edilebilir nitelikte bir uygulama değildir. Dolayısıyla hem aile hekimliği uzmanı olan, hem belli bir dalda uzman iken aile hekimliği eğitimi almış olan, hem de hiç uzmanlığı olmayan tabipler aile hekimi sayılmıştır⁴⁴⁴. Bu nedenle gelineen noktada aile hekimliği yetersiz uzmanlaşmaya bağlı olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına sevk yapan onay makamından öteye geçmemekte, beklenen verimin alınamamasına ve sağlık hizmetlerinin finansmanının sürdürülemezliğine neden olmaktadır⁴⁴⁵.

4.5.KAPSAMDAKİ SAĞLIK HİZMETLERİ BAKIMINDAN YAŞANAN SORUNLAR

Sosyal güvenlik reformu sağlık ile ilgili vatandaşların hastalanmalarına engel olacak her türlü koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması ve hastalık halinde vatandaşların sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmelerinin ve en etkili tedavi yöntemleri ile tedavi edilmelerinin sağlanması yönünde iki temel politikayı esas almıştır⁴⁴⁶. Bu temel politikalardan

⁴⁴² Bostancı, a.g.tz., s.245.

⁴⁴³ Kuruca, a.g.tz., s.309.

⁴⁴⁴ Okur, **Genel Sağlık Sigortası**, a.g.e., s. 130-131.

⁴⁴⁵ Kuruca, a.g.tz., s.311.

⁴⁴⁶ Beyaz Kitap, a.g.e., s.27.

genel sağlık sigortası uygulamasına geçildiğinde önceki kurumlarca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin tamamının kapsamının muhafaza edilmesi ilke olarak benimsenmiřtir⁴⁴⁷.

Genel sağlık sigortası, 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 temin etmeyi amaçlamaktadır (5510, m.63).

Bu bağlamda madde metninden finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri dışındaki sağlık hizmetlerinin tamamının kapsamda olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre; 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, Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri, yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları, dışında kalan sağlık hizmetlerinin tamamı genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleridir (5510, m.64/a-b-c).

Kapsamdaki sağlık hizmetlerine bakıldığında genel sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin kapsamı bakımından çok geniş bir kapsama sahip olduğu sylenebilir⁴⁴⁸. Zira daha önce finansmanı sağlanmayan yardımcı üreme yöntemleri bile genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Bu bağlamda; yardımcı üreme yönteminin en fazla iki denemeyle sınırlı bırakılmasının yanlış olduğu yönündeki görüş doğrultusunda Kurumca karşılanacak deneme sayısında değişikliğe gidilmiş ve harp ve vazife malullerine yönelik bazı yeni haklar dzenlenmiřtir⁴⁴⁹. 6552 sayılı Kanunla tüp bebek kapsamında Kurumca karşılanacak deneme sayısı e çıkarılmış ve harp malulleri ve eşleri ile vazife malulleri ve eşleri son üç yılda tedavi görme ve beş yıllık bekleme süresinin dışına çıkarılmıştır.

⁴⁴⁷ Beyaz Kitap, a.g.e., s.30.

⁴⁴⁸ Kuruca, a.g.tz., s.319.

⁴⁴⁹ Yardımcı reme tedavisinde deneme sayısının belirlenmesinde tıbbi açıdan daha sonraki denemelerde başarılı olma ihtimaline göre sağlık kurulunca takdir edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Güzel - Okur - Caniklioğlu, a.g.e., s.917.

Belirtilmesinde yarar görülen diğer bir husus ise genel sağlık sigortası kapsamında yöntem, tür, miktar ve kullanım süreleri belirlenen sağlık hizmetlerinin dışında bırakılan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanmayacak olmasıdır. Bu bağlamda bazı hastalıkların tedavisinin genel sağlık sigortası kapsamı dışında tutulacağı veya finansmanının tamamen üstlenilmeyeceği sonucu çıkmaktadır⁴⁵⁰. Düzenleme bu haliyle genel sağlık sigortasının tamamlayıcısı olarak özel sağlık sigortacılığının da sisteme dahil edilmesine ve sağlık hizmetlerinin sunumunda finansman açısından sürdürülebilirliğin sağlanmasına yöneliktir.

Her ne kadar bu alanda yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usûl ve esasların Kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirleneceği hüküm altına alınmışsa da uygulamaya dönük alt düzenlemeler henüz yayımlanmamıştır. Bu bağlamda sistemin finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı bakımından sorun oluşturabilecektir⁴⁵¹. Nitekim SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı sağlık sigortacılığı ile sağlanabilmesinin teşvik edilmesi hedeflenmektedir⁴⁵².

4.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI BAKIMINDAN SORUNLAR

Sosyal sigortaların finansmanı bakımından sosyal devlet anlayışının benimsenmesi, primli dağıtım sisteminde primlere katılım şeklinde olabileceği gibi, prime katılımın dışında sigorta yardımlarının finansmanı ya da sosyal sigorta açıklarının genel bütçeden karşılanması gibi değişik şekillerde kendini göstermektedir⁴⁵³.

Bu bağlamda GSS gelirleri genel sağlık sigortası fonunda toplanır ve sosyal sigorta fonu gelirlerinden ayrı olarak izlenir. Bu iki fon arasında aktarma yapılmaz (5502, m.37). GSS fonu, yalnızca yönetim giderleri ile genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer hakların finansmanı için kullanılabilir (5510, m.74).

⁴⁵⁰ Kuruca, a.g.tz., s.320.

⁴⁵¹ Kuruca, a.g.tz., s.321.

⁴⁵² T.C. Kalkınma Bakanlığı, **10.Kalkınma Planı (2014-2018)**, Ankara, 2013, s.48.

⁴⁵³ DPT, **Dokuzuncu Kalkınma Planı: Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s.24., http://plan9.dpt.gov.tr/oik11_sosyalguvenlik/sosyalgu.pdf, (06.01.2015).

Tablo 6: SGK Gelir ve Gider Dengesi

Yıllar	Gelirler	Artış Oranı (%)	Giderler	Artış Oranı (%)	Açık	Karşılama Oranı (%)
2009	78.072.788	16,08	106.775.443	14,62	-28.702.655	73,1
2010	95.273.183	22,03	121.997.301	14,26	-26.724.118	78,1
2011	124.479.836	30,66	140.714.602	15,34	-16.234.766	88,5
2012	142.928.505	14,82	160.223.453	13,86	-17.294.948	89,2
2013	163.013.555	14,05	182.688.916	14,02	-19.675.361	89,2
2014	184.328.932	13,08	204.400.438	11,88	-20.071.505	90,2

Kaynak: SGK 2015 Şubat Aylık Temel Göstergeleri www.sgk.gov.tr (15.06.2015)

SGK 2009-2014 devresi gelir gider karşılama oranları incelendiğinde 2014 yılının karşılama oranı ile 2009 yılı karşılama oranı arasında %17,1'lik artış görülmektedir. Karşılama oranları 2009 yılından 2012 yılına kadar artmış, 2012 ve 2013 yıllarında birbirine denk seyretmiş, 2014 yılında ise 2013 yılına göre %1 artarak %90,2 olarak gerçekleşmiştir. 2015 yılının ilk iki ayında toplam gelirler 35.709.780, toplam giderler 34.742.407 olarak gerçekleşmiş olup, 2015 yılının Ocak ve Şubat ayları için gelir-gider karşılama oranı %94,61'dir. Buradan hareketle son yıllardaki karşılama oranlarına bakıldığında gelirlerin giderleri karşılaması bakımından iyiye gidildiği söylenebilir.

Gelir gider dengesinde karşılama oranları olumlu bir gelişme sürdürürken sağlık harcamalarının artışı için aynı durum söz konusu değildir. Bu durumu gösteren SGK'nın sağlık hizmet sunucusuna göre fatura tutarları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 7: Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Fatura Tutarları (TL)

Yıl	Devlet 2.Basamak	Devlet 3.Basamak	Özel	Üniversite	Toplam	Oran (%)
2009	5.063.641.017	3.018.857.733	4.569.339.697	2.962.980.699	15.614.819.147	
2010	6.035.032.721	3.567.138.411	5.059.208.813	3.715.546.472	18.376.926.418	17,68
2011	7.200.668.805	4.242.561.614	6.145.045.152	4.266.901.662	21.855.177.232	18,92
2012	10.051.989.632	5.945.099.733	6.771.108.316	5.506.848.033	28.775.045.714	31,66
2013	11.049.400.853	6.598.896.098	7.294.698.192	6.129.775.327	31.072.770.470	7,98
2014	12.340.270.036	7.218.596.006	7.671.542.237	6.944.105.203	34.174.513.482	9,98

Kaynak: SGK 2015 Şubat Aylık Temel Göstergeleri www.sgk.gov.tr (15.06.2015)

Hastanelerin 2009-2014 yılları arası fatura tutarları incelendiğinde 2009 yılında 15.614.819.147 TL tutarındaki harcamanın 2014 yılında iki kattan daha fazla artarak 34.174.513.482 TL'ye ulaştığı görülmüştür. Yıllar itibarıyla fatura bedelleri içerisinde en yüksek tutarlar 2.Basamak Devlet Hastaneleri tarafından fatura edilmiştir. 2012 yılında toplam harcamalarda 6.919.898.482 TL'lik bir artış olduğu, bu artışın 2.851.320.827 TL'lik kısmının 2.basamak devlet hastaneleri tarafından fatura edildiği görülmektedir. Bu durum 2010 yılından sonra kamu kuruluşunda çalışanların sağlık giderlerinin ve 2012 yılından itibaren de ödeme gücü olmayanların sağlık giderlerinin SGK' ya devredilmesinden kaynaklanmıştır⁴⁵⁴.

Tablo 8: Eczane Provizyon Sistemi Reçete Analizi

Yıllar	Reçete Sayısı	Fatura Tutarı	Reçete başı ortalama maliyet
2009	327.495.365	15.867.368.264	48,45

⁴⁵⁴ Yıldız, a.g.tz., s.362.

2010	308.529.666	15.047.427.391	48,77
2011	339.224.614	15.246.731.192	44,95
2012	336.106.299	13.854.268.527	41,22
2013	338.021.257	14.883.074.014	44,03
2014	337.403.297	16.354.117.825	48,47

Kaynak: SGK 2015 Şubat Aylık Temel Göstergeleri www.sgk.gov.tr (15.06.2015)

Reçete başına ortalama maliyet 2009 yılında 48,45 TL iken, 2010 yılında 48,77 TL'ye yükselmiş, 2011 ve 2012 yıllarında ise 44,95 ve 41,22 TL'ye gerilemiştir. Reçete başına ortalama maliyetin düşmesinde ilaç fiyatlarının artırılmaması etkili olmuştur. Global bütçe uygulaması ve ilaç fiyatlarının referans ülke fiyatlarına göre belirlenmesi, ilaç fiyatlarının düşmesinde etkili olmuştur⁴⁵⁵. Ancak ortalama maliyet 2013 ve 2014 yıllarında yeniden artış göstererek 2014 yılında 48,47 TL'ye ulaşmıştır. 2014 yılında ortaya çıkan reçete başına ortalama maliyet 2009 yılının reçete başına ortalama maliyete denktir. Dolayısıyla bu rakamlarda yaşanan gerileme ile ilgili bir istikrar söz konusu olmadığı gibi son iki yılda ciddi oranda bir artış görülmektedir.

2013 yılı SGK bütçe kararı eki ayrıntılı finansman programında GSS fonunun 2013 yılında 1.334.294.000,00 TL, 2014 yılında 3.422.834.000,00 TL ve 2015 yılında 5.822.864.000,00 TL olmak üzere üç yıl içinde toplam 10.579.992.000,00 TL fazla vereceği öngörülmüştür. Bu öngörüler, 2014 yılı bütçe kararı ekinde sırasıyla 3.512.088.927,00 TL, 4.112.001.389,00 TL ve 7.353.045.529,00 TL olarak güncellenmiş ve böylece GSS fonunda üç yıl içinde oluşması beklenen fazla tutarı 14.977.135.845,00 TL'ye yükselmiştir. Ancak bu fon için ayrı bir izleme yapılmadığından bu tutarın da sigorta fonundaki açığı kapatmak amacıyla aktarılabileceği öngörülmüştür⁴⁵⁶.

Fonların yasada öngörüldüğü şekilde kullanılmaması verilerin sağlıklı bir şekilde analiz edilmesine engel teşkil etmekte ve karar alıcıları yanlış yönlendirmektedir. Dolayısıyla yasa hükümleriyle Kurum uygulamasının aynı olduğu noktada yeniden düzenleme yapılması gerekmektedir.

⁴⁵⁵ Yıldız, a.g.tz.,s.365.

⁴⁵⁶ Sayıştay, 2013 Denetim Raporu, s.18.

4.6.1. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları ve Ödeme Yükümlülerinin Karmaşıklığı

Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel kaynak teşkil eden GSS priminin tahakkuk ve tahsilinde tek bir uygulama bulunmamaktadır. GSS primi bazı sigortalılar için kendileri tarafından karşılanmakta, bazıları içinse işverenleri ile birlikte ödenmektedir. Bir kısım sigortalıların ise primleri bazı kamu idareleri tarafından karşılanmaktadır. Bunun yanında bazı sigortalıların prim ödemesine ihtiyaç duyulmamıştır⁴⁵⁷. GSS prim oranı da sigortalılar bakımından ayrı ayrı olarak belirlenmiştir. Bu durum sistemde ciddi anlamda karmaşık bir yapıya neden olmaktadır. Özellikle kamu kurum ve kuruluşlarının prim ödeme yükümlüsü olduğu sigortalılarda bir kamu idaresi için birden fazla tahakkuk rakam ve prim oranında hesaplama yapılması gerekmekte ve bu durum uygulamada karışıklıklara sebep olmaktadır. GSS’de kapsamda bulunan kişilere ilişkin matrah, bildirim, prim oranları, mükellefler ve genel sağlık sigortalılığının sona ermesi bakımından işlemlerin genel görünümü aşağıdaki tabloda açıklanmıştır.

Tablo 9: Genel Sağlık Sigortasında İşlemlerin Genel Görünümü

GSS’lı kişiler	GSS başlangıcı	Bildirim Yükümlüsü	Bildirim Süresi	Matrah	Prim Oranı	Mükellef	GSS son bulma
Zorunlu Sigortalılar İşçi, kamu görevlisi, bağımsız çalışan,	Zorunlu sigortalı olmak	İşveren (işçi, kamu görevlisi), Meslek	KVS ve UVS’ye tabi	KVS ve UVS matrahı	%12,5 (%5 sigortalı, %7,5	İşveren, sigortalı	İkametini yurtdışına taşımak veya genel sağlık sigortalısı sayılmayan-lar konumuna girmek.
Bağlı sigortalılar (eş, çocuk ve ebeveyn)	Asli sigortalının hısımlı olmak	(-)	(-)	Yok	(-)	ASPB koruma al. çocuk: Devlet	
İşsizlik Ödeneği Alanlar	Ödenek bağlanması	İş-Kur	1 Ay	PEKGAS X 30	%4,5	İş-Kur	
Kısa çalışma ödeneği alanlar	Ödenek bağlanması	İş-Kur	1 Ay	PEKGAS X 30	%12	İş-Kur	
İş kaybı tazminatı alanlar	Aylık bağlanması	İş-Kur	1 Ay	Ödenen Aylık Tutarı	%12	İş-Kur	
Gelir ve aylık alanlar	Gelir/aylığa hak kazanma	Yok	Yok	Yok	Alınmaz	Yok	
Sosyal tazmin aylığı alanlar	Aylığa hak kazanma	Yok	Yok	Yok	Alınmaz	Yok	
2022 Aylığı alanlar	Aylığa hak kazanma	ASPB	1 Ay		%12	ASPB	
Köy korucusu aylığı alanlar	Atama kararı	Valilik	1 Ay	PEKGAS X 30	%12	Valilik	

⁴⁵⁷ Sözer, **Türk Genel Sağlık Sigortası**, a.g.e., s.206.

Ücretsiz sosyal hizmet	Hizmet sunma kararı	ASPB	1 Ay	PEKGAS X 30	%12	ASPB
Sporcu aylığı alanlar	Tahsis kararı	Maliye Bak.	(-)	Yok	Alınmaz	Yok
Düşük Gelirli	Tescil talebi	Kendisi	(-)	PEKGAS X 30	%12	İlgili kamu id.
Yabancılar	1 yıllık ikamet sonrası talep	Yabancıнын talebi	1 Ay	PEKGAS X 2 X 30	%12	Yabancı kişi
Mülteciler	Mülteci sayılma	EGM	1 Ay	PEKGAS X 30	%12	EGM
Vatansızlar	Vatansız sayılma	EGM	1 Ay	PEKGAS X 30	%12	EGM
Resmi öğrenciler, sivil öğr, stajyer (MEB, yükseköğr.)	Eğitime/staja başlama	Okul/MEB/Yük Öğretim Kurumu	15 Gün	Görev aylığı, harçlık,-PEKGAS X 30 X %50 - PEKGAS X 30	%5	Okul, MEB, Yük.Öğr. Kurumu
Üniversitede kısmi zamanlı çalışan öğrenci	Çalışmaya başlama	Yük. Öğretim Kurumu	En geç işe başl. 1 gün önce	PEKGAS X 30	%5	Yük. Öğretim Kurumu
İş-Kur stajyeri	Staj başlama	İş-Kur	Protokol kuralı	PEKGAS X 30	%12,5	İş-Kur
Yabancı öğrenci	Okula kayıt	Kendisi	3 Ay	PEKGAS X 1/3 X 30	%12	Kendisi
Avukat stajyeri	Staja başlama	TBB	1 Ay	PEKGAS X 30	%6	TBB
Cezaevi memur aday	Eğitime başlama	Adalet Bak.	1 Ay	PEKGAS X 30	%12	Adalet B.
İsteğe bağlı sigorta	Tescil tarihi	Kendisi	(-)	Tercihine bağlı	%12	Kendisi
Hakkında koruyucu tedbir k. verilenler	Koruma kararı	ASPB			%12	ASPB
Diğerleri	Diğerleri kapsamına girme	Kendisi	1 Ay	Gelir tespitine bağlı olarak G1, G2, G3	%12	Kendisi

Kaynak: Sözer, **Türk Genel Sağlık Sigortası**, a.g.e., s.214.

Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere genel sağlık sigortası kapsamında yapılan işlemler çok karmaşık bir yapıdadır. Bu karmaşık yapı yasada da kendisini göstermekte ve konuya ilişkin düzenlemeler kimi zaman ilgili başlıklar altında kimi zaman ise dağınık durumda yer almıştır⁴⁵⁸.

Yine tabloda genel sağlık sigortalılarının yirmi altı başlık altında kapsama alındığı, bunlar için on farklı bildirim yükümlüsünün olduğu, altı farklı bildirim süresinin olduğu, dokuz farklı prim matrahının bulunduğu, beş farklı prim oranının olduğu ve bu primlerin on

⁴⁵⁸ Sözer, **Türk Genel Sağlık Sigortası**, a.g.e., s.215.

bir farklı prim ödeme yükümlüsü tarafından ödendiği göz önüne alındığında sistemin prim tahakkuk ve tahsili bakımından karmaşık bir yapıda olduğunu söylemek mümkündür. Bu durum genel sağlık sigortalıları, kamu idareleri ve SGK açısından karmaşaya neden olmaktadır.

Nitekim sosyal güvenlik mevzuatının sade ve anlaşılır bir yapıya kavuşturulması ile kişileri sistemden uzaklaştıran bürokratik formalitelerin azaltılacağı 2014-2018 döneminde hedeflenen süreçler arasında yer almıştır⁴⁵⁹.

4.6.2. GSS Prim Borçluları ve Prim Borçlarının Yapılandırılması

Genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesiyle Türk vatandaşları ile Türkiye’de yaşayan yabancı ülke vatandaşlarının sağlık güvencesi altına alınmasının sağlandığı, tüm ülke nüfusunun devletin sağladığı sağlık hizmetlerinden eşit ve adil bir biçimde yararlanmasını sağlamaya yönelik reform niteliğinde bir düzenleme olduğu, ancak çeşitli sebeplerle genel sağlık sigortası uygulamasına yönelik yeterli bilincin oluşmadığı ve özellikle prim tahsilatının istenilen seviyelere ulaşılmadığı bilinmektedir.

Sosyal güvenlik reformunun en önemli bileşenlerinden birisi genel sağlık sigortasının uygulanmaya başlanması ve tüm vatandaşları kapsamaya başlaması olmuştur. Sayıştay Başkanlığının 2013 yılı SGK denetimlerine göre genel sağlık sigortasının zorunlu olduğu 01.01.2012 tarihinden sonra herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler (GSS primi devletçe karşılananlar hariç olmak üzere) için SGK tarafından re’sen 5.489.730 genel sağlık sigortası tescil kaydı yapılmıştır. Bir kişi için sigortalılık durumundaki değişikliklere göre farklı zamanlarda birden fazla tescil yapılabilmektedir. Kurum veri tabanında yapılan incelemeler sonucu; 4.681.090 vatandaş için tescil yapıldığı ve bunlardan 4.629.141’inin, diğer bir deyişle tescili yapılan kişilerden %98,8’inin Kuruma borcu bulunduğu tespit edilmiştir. Bu süreçte tescil edilenlerden sadece 51.949 kişinin Kuruma borcunun olmadığı anlaşılmıştır⁴⁶⁰. Tescili yapılan kişilerin %85,6’sını teşkil eden 4.009.084 kişi, Kuruma herhangi bir ödeme yapmamıştır. Bunlardan 1.124.328’i 01.01.2012 tarihinde tescili yapılan ve tescil kaydı hala açık olan kişiler olup toplam borçları 3.261.012.059,44 TL olarak tespit edilmiştir.

Genel anlamda bakıldığında toplam GSS prim borç tahakkukunun 8.542.161.127,28 TL; Kuruma yapılan toplam ödeme bu tutarın %3,4’ü olan 293.437.507,07 TL ve Kuruma

⁴⁵⁹ T.C. 10.Kalkınma Planı (2014-2018), s.48.

⁴⁶⁰ Sayıştay, 2013 Denetim Raporu, s.16.

olan toplam borç tutarı ise 8.248.723.620,21 TL olduğu anlaşılmıştır. Buna göre, tahakkuk ettirilen tutarların %96,6'sının tahsil edilememesi, tescili yapılan kişilerin %98,8'inin kuruma borçlu durumda olması, henüz ikinci yılını tamamlamış olan uygulama sonucu sigortalıların toplam borcunun 8 milyar TL'yi aşması ve borçlu sigortalılar için Kurumca herhangi bir yasal takibatın başlatılmamış olması; 2012 yılı başında hayata geçirilen zorunlu genel sağlık sigortası uygulamasının işlevselliği ve sürdürülebilirliğinin büyük ölçüde risk altında olduğunu ortaya koymuştur⁴⁶¹.

Gelir testi sonucu prim ödeyerek genel sağlık sigortalısı olanların ve SGK tarafından gelir tespiti yaptırmaması ve herhangi bir şekilde sisteme dâhil olmayanların re'sen tescillerinden kaynaklanan prim borçlarının Kurum açısından tahsil yönüyle sıkıntılı durumda olması ve sigortalılar yönüyle söz konusu borçların ödenmesinin kolaylaştırılabilmesi adına 6552 sayılı İş Kanunu İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması İle Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılmasına Dair Kanun ile bu borçlarını yeniden yapılandırılarak peşin veya taksitler halinde ödeme imkânı sağlanmıştır.

SGK tarafından re'sen genel sağlık sigortası tescili yapılmış olanlardan 11.09.2014 tarihinden önce gelir testi yaptırmış olmakla birlikte gelir düzeyleri asgari ücretin iki katından daha düşük olarak tespit edilmiş olanların, bu tespit öncesinde genel sağlık sigortası primi ödenmemiş olan süreleri hakkında da gelir testi sonucu bulunan tutarlar esas alınarak uygulanır. Ancak, 11.09.2014 tarihine kadar ödemiş oldukları genel sağlık sigortası primi ile gecikme cezası ve gecikme zammı tutarları iade edilmez.

Ayrıca, zorunlu genel sağlık sigortası tescili yapıldığı halde gelir testine hiç başvurmayan kişilerin, 30.09.2015 tarihi mesai bitimine kadar sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarına gelir testi başvurusunda bulunmaları durumunda genel sağlık sigortası tescili, gelir testi sonucuna göre tescil başlangıç tarihinden itibaren güncellenecek ve belirlenen gelir seviyesine göre primleri tahakkuk ettirilecektir (2014/26, m.3.2.1).

Yine, GSS kapsamında gelir testi yaptırmaması gerektiği halde yasada öngörülen süre geçtikten sonra sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarına başvuruda bulunan kişilerin, tescil başlangıç tarihinden gelir testinin sonuçlandığı tarihe kadar aile içerisindeki kişi başına düşen gelirleri asgari ücretin iki katından fazla olduğu kabul edilmiş ve gelirleri asgari ücretin iki katı seviyesi esas alınarak prim tahakkuk ettirilmiştir. Gelir testinin sonuçlandığı tarihten

⁴⁶¹ Sayıştay, 2013 Denetim Raporu, s.17.

sonra ise tespit edilen gelir testi sonucuna göre gelir seviyesi üzerinden prim tahakkuku yapılmıştır. Yapılandırmayla gelir testi sonucuna göre belirlenen gelir seviyesinin tescil başlangıç tarihinden itibaren esas alınacağı öngörüldüğünden, bu nitelikteki kişilerin genel sağlık sigortası primleri, tespit edilen gelir seviyesi esas alınarak tescil başlangıç tarihinden itibaren tahakkuk ettirilecektir (2014/26, m.3.2.2).

Genel sağlık sigortası prim alacak aslının tamamının 30.11.2015 tarihine kadar ödenmesi halinde bu alacaklar için herhangi bir faiz alınmayacaktır. Dolayısıyla, sigortalıların kapsama giren alacak asıllarının tamamını 30.11.2015 tarihine kadar ödemeleri halinde, hem gecikme cezası ve gecikme zammını hem de TEFE/ÜFE/Yİ-ÜFE tutarları esas alınarak hesaplanan tutarları ödemeyeceklerdir (2014/26, m.4.1.2).

Taksitler halinde ödenecek olan tutarın tespiti sırasında, öncelikle kapsama giren alacaklara ilişkin alacak aslı ile TEFE/ÜFE/Yİ-ÜFE oranları esas alınarak gecikme cezası ve gecikme zammı yerine dikkate alınacak tutar hesaplanacak, ardından bulunan bu tutar, borçlularca talep edilen taksit sayısına göre;

-Altı eşit taksit için (1,05),

-Dokuz eşit taksit için (1,07),

-Oniki eşit taksit için (1,10),

-Onsekiz eşit taksit için (1,15),

katsayısı ile çarpılacaktır. Daha sonra, yeniden yapılandırmaya esas toplam alacak tutarı (alacak aslı + TEFE/ÜFE/Yİ-ÜFE tutarı) ile ilgili katsayısının çarpılması sonucunda bulunan tutar toplanarak talep edilen taksit sayısına bölünecek ve ikişer aylık dönemler itibarıyla ödenecek taksit tutarı belirlenecektir. Hesaplanan aylık taksitler için ilk taksit ödeme yükümlülüğü 30.11.2015 tarihinde sona erecektir (2014/26, m.4.2.2).

Genel sağlık sigortalılarının borçlarını yapılandırmaları halinde, yapılandırılan borç haricinde altmış günden fazla prim ve prime ilişkin borçlarının bulunmaması veya altmış günden fazla prim ve prime ilişkin borçları bulunmakla birlikte bu borçlarını taksitlendirmiş veya yapılandırmış olup ödeme yükümlülüklerini de yerine getiriyor olmaları ve yapılandırılan borçlarının ilk taksitini ödemeleri halinde, genel sağlık sigortasından yararlanmaya başlayacaklardır.

Borçlarını yapılandırmak için başvuruda bulunan borçluların taksit ödeme süresince tahakkuk eden cari aya ilişkin sigorta primlerini çok zor durum hali olmaksızın bir takvim yılında ikiden fazla vadesinde ödememeleri ya da eksik ödemeleri halinde, yapılandırılan borçlarına ilişkin kalan taksitlerini ödeme haklarını kaybedeceklerinden sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarını da kaybedeceklerdir. Yapılandırılan borçlara ilişkin kalan taksitlerini ödeme haklarını kaybedenlere taksitlendirme süresi içerisinde Kurumca karşılanan sağlık giderleri yersiz ödeme olarak yansıtılmayacaktır (2014/26, m.7.3).

Ayrıca genel sağlık sigortası prim borçlarının yapılandırılması talebinde bulunanlardan daha önce gelir testine müracaat etmeyenlerin mutlaka gelir testine başvuruda bulunması ve tespit edilecek gelir seviyesine göre tahakkuk ettirilecek genel sağlık sigortası prim borcunun yapılandırması, gelir testi yaptırmak istemeyenlerin ise gelir testine başvurmak istemediğine dair yazılı beyanda bulunmaları gerekmektedir.

Gelir testi yaptırmak istemeyenlerin yapılandırmaya esas genel sağlık sigortası prim borç tutarları, tescil başlangıç tarihi itibarıyla prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı üzerinden tahakkuk ettirilen prim tutarları olacaktır. Tescil başlangıç tarihinden itibaren tahakkuk ettirilen genel sağlık sigortası primleri bu statü üzerinden yapılandırılacaktır⁴⁶².

Genel sağlık sigortası prim borçlarına getirilen yapılandırma imkânı sistemin kuruluş aşamasında yaşanan sıkıntılara cevaben bir defaya mahsus olarak tanınmış bir imkan olarak değerlendirilmelidir. Aksi takdirde getirilen ödeme kolaylığı prim ödeme noktasındaki alışkanlığı ve dolayısıyla bilinci zedelemektedir. Bunun yanında, primini zamanında ödemiş olan sigortalı ile ödemeyip yapılandırmadan faydalanan sigortalılar arasında haksızlığa neden olmaktadır.

Nitekim sosyal sigorta kurumlarının finansman açığı ile sonuçlanan finansman problemlerinin kaynağı olarak gelir azaltıcı faktörler (erken emeklilik uygulaması, prime esas kazançların düşük gösterilmesi, kayıt dışı istihdamın yüksekliği, prim ödeme eğiliminin düşüklüğü, prim affı benzeri uygulamalarla prim ödeme eğiliminin azalması ve fon gelirlerinin düşüklüğü) ile gider artırıcı faktörlerin (erken yaşta emeklilik, prim karşılığı olmayan ödemeler, aylık bağlama oranlarının yüksekliği, borçlanma uygulamaları, ortalama

⁴⁶² SGK, 2015/1 sayılı Genelge, m.5.

hayat ümidinin artışına bağlı uzun sürelerle emekli aylığı ödenmesi ve artan sağlık harcamaları) çift yönlü işleyen olumsuz etkileri gösterilmiştir⁴⁶³.

Sosyal Güvenlik Reformu'nun genel çerçevesi belirlenirken, reformun temel amacı; “adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemine ulaşabilmek” olarak belirtilmiş ve reformun finansman hedefinin “mali açıdan sürdürülebilirlik” olduğu vurgulanmıştır⁴⁶⁴. Reformun mali amaçlarının somut ifadesi finansman açıklarının giderilmesi olarak belirlenmiş bu hedefin gerçekleştirilmesine yönelik düzenlemeler de GSS ve emeklilik sigortaları üzerine yoğunlaştırılmıştır. Nitekim, GSS ile ilgili olarak yapılan projeksiyonlarda, 2025 yılı dikkate alınarak; mevcut durumun hiçbir değişiklik yapılmaksızın devamı halinde sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının %4.2 olarak gerçekleşeceği; sağlık sektöründe bir reform yapılmaksızın sadece GSS'ye geçilmesi halinde bu payın %8.8'e yükseleceği, ancak GSS ile birlikte sağlık reformunun yapılması halinde sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının %3.7'e düşeceği hesaplanmış, bu harcama ile bir yandan kapsamın genişlemesi diğer yandan daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmasına imkan veren etkin bir sağlık sistemi oluşturulacağı vurgulanmıştır⁴⁶⁵.

Genel sağlık sigortası sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla zorunlu genel sağlık sigortalılığı bilincinin artırılmasına yönelik tanıtımlarla birlikte, prim borçlularına ilişkin Kanunda öngörülen müeyyidelerin uygulanması gerekir.

4.6.3. Katılım Payının Tahsiline Bağlı Olarak Yaşanan Sorunlar

Genel sağlık sigortalılarından alınan muayene katılım payı ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularından alınan sağlık hizmetleri için 5 TL, özel hastaneler için ise 12 TL olarak uygulanmaktadır. İlaçlardan aktif sigortalıların ilaç bedelinin % 20'si, pasif sigortalıların ise ilaç bedelinin % 10'u oranında katılım payı ödemeleri ön görülmüştür.

Katılım payları genel sağlık sigortasının prim dışı finansman kaynağı olarak sistemde yer almakla birlikte bu tutarların tahsili sigortalıların sevk zincirine uygun hareket etmesine

⁴⁶³T.C. Başbakanlık, Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma:9, Ankara, 2005, s. 51-52.

⁴⁶⁴Yusuf Alper, Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Haziran 2011, Cilt:1, Sayı:1, s.18.

⁴⁶⁵Alper, Reform ve Finansman, a.g.m., s.19.

katkı sağlamaktadır. Bu anlamda katılım paylarının genel sağlık sigortası gelirlerine katkısının yanı sıra toplumun uzun vadeli alışkanlıklarını etkilemesi söz konusudur.

Katılım paylarının tahsil edilmesinin yanı sıra bu tutarların SGK'ya zamanında ödenmesi de kaynakların etkin kullanılması bakımından önemlidir. Yine bu tutarların SGK'ya ödenebilmesi için yapılan muayene ve işlemin sağlık hizmet sunucularınca MEDULA hastane sistemine kayıt yapılması gerekmektedir. 2013 yılında tutarı 51.607.518,10 TL olan 990.825 reçetenin reçete tarihinden önceki on beş gün içerisinde hasta için herhangi bir işlem, tanı, muayene veya tetkikin MEDULA hastane sistemine girilmediği tespit edilmiştir⁴⁶⁶.

Diğer taraftan bu reçetelerden 424.795 tanesinin elektronik reçete olduğu, bu hastalar için bir takip alınarak MEDULA hastane sistemine giriş yapıldığı ancak daha sonra herhangi bir sebeple takibin silindiği anlaşılmaktadır. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca bazı hastalar için MEDULA hastane sistemine giriş yapılmaması veya yapılan girişin daha sonra silinmesi sonucu söz konusu hastalar için Kurumca tahakkuk ettirilmesi gereken 4.977.985,00 TL tutarında muayene katılım payı tahakkuk ettirilmemiştir⁴⁶⁷.

Genel sağlık sigortalılarından alınan katılım payları sigortalılar açısından ek bir maliyet getirmekle birlikte katlanılamayacak miktarlarda olduğunu söylemek yerinde bir yaklaşım değildir. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması tüm toplum için marjinal fayda sağlayacak bir durum olduğu gibi toplum içinde yaşayan herkese ödeme gücü ile orantılı olarak bu yükün dağıtılması gerekmektedir. Ayrıca katılım payının katı bir sevk zinciri uygulamasına geçilemediği bu dönemde dolaylı olarak bu görevi de yerine getirdiği göz ardı edilmemelidir⁴⁶⁸.

4.6.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları

GSS altında toplumun tamamına yakını kamu sağlık hizmetlerine erişmekle birlikte, nüfus yoğunluğunun dengeli bir dağılım göstermediği düşünüldüğünde, özellikle belirli bir seviyenin üzerinde gelir elde eden bireyler ve bu bireylerin aile fertleri için alternatif hizmet talepleri ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle özel sağlık sigortası önemli bir destek ve güvence sunmaktadır. Kaldı ki, sağlık hizmetlerinin finansmanı ister vergiler ile ister toplanan primler

⁴⁶⁶ Sayıştay, 2013 Denetim Raporu, s.21.

⁴⁶⁷ Sayıştay, 2013 Denetim Raporu, s.22.

⁴⁶⁸ Kuruca, a.g.tz., s.326.

ile isterse her ikisinden meydana gelen karma sistemle sağlansın, hiçbir sistemin tüm sağlık risklerini ve sağlık harcamalarını karşılaması beklenemez. Bu anlamda kamu sağlık sigortasının tamamlayıcısı niteliğinde oluşturulacak özel sağlık sigortacılığı mali yükün dağıtımı ve sağlık hizmetlerine erişimin kesintisiz devamı için önemli bir gerekliliktir⁴⁶⁹.

GSS'nin finansal açıdan sürdürülebilirliği üzerindeki sağlık harcamaları baskısını dengelemek ve kontrol altına alabilmek için bazı uygulamaların hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bu dengenin sağlanabilmesi için yürürlüğe konacak uygulamalardan ilki toplanan prim gelirlerinin artırılmasıdır. İşçi ve işverenlere yansıtılan prim yükünün ağırlığı göz önüne alındığında prim oranlarının daha da fazla artırılması uygun olmayacaktır. Diğer bir uygulama ise genel sağlık sigortası kapsamının daraltılmasıdır. Burada da temel sağlık hizmetlerinin daraltılması düşünülemeyeceğinden bu da çok uygulanabilir bir durum değildir. Hal böyle iken sağlık hizmetlerinin fiyatlarının kontrol altına alınması ve fiyat tarifesinin düşürülmesi gerekmektedir.

Esas itibariyle sağlık hizmetlerinin maliyetinin düşürülmesinde kullanılabilecek en önemli yöntem koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vererek kişilerin hastalanmalarının önüne geçilmesidir. Koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi bu anlamda faydalı olacak bir yöntem sunacaktır.

Diğer bir uygulama ise genel sağlık sigortasının kapsamadığı hizmetlerin, katkı payı alınan hizmetlerin, kapsamda olmakla birlikte belirli tutarın üzerinde ödeme yapılmayan hizmetlerin, daha lüks taleplerin ve bunların dışında ön görülemeyen harcamaların tamamlayıcı özel sağlık sigortaları eliyle karşılanmasıdır. Örneğin Fransa'da hastalar alınan hizmetin niteliğine göre değişse de aldıkları sağlık hizmetleri için bir katkı payı ödemektedir.

Avustralya'da 1990'lı yılların sonundan itibaren kamu sağlık sigortası üzerindeki finansal baskıyı azaltmak adına tamamlayıcı sağlık sigortası modeli oluşturulmaya başlanmış ve bu politikaların sonucunda özel sağlık sigortası kapsamı 2000'li yıllarda % 43'ler seviyesine ulaşmıştır. Halen Avustralya % 44'lük kapsamıyla özel sağlık sigortası OECD ülkeleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.⁴⁷⁰ İsveç gibi sağlığın büyük oranda kamusal ağırlıklı olduğu ülkelerde ise özel sağlık sigortacılığı çok fazla gelişmemiştir.

⁴⁶⁹ Kuruca, a.g.tz., s.327.

⁴⁷⁰ Varoğlu, a.g.tz.,s.131.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Genel sağlık sigortası, sosyal güvenlik reformunun en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Türkiye’de uygulamaya başlanan genel sağlık sigortası 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren zorunlu hal almıştır. 5510 sayılı Kanunda genel sağlık sigortası ile kişilerin öncelikle sağlıklarının korunması, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanının sağlanarak toplumun bütün fertlerinin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanması hedeflenmiştir.

Reform ile oluşturulan yeni sistemde uygulamadan kaynaklanan önemli sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu anlamda genel sağlık sigortasının yürürlüğe girdiği 2008 yılından bu yana yaşanan süreçte sistemde kapsam, finansman ve sağlık hizmetlerinin sunumu bakımından ortaya çıkan sorunların sebepleri incelenerek, bu sorunların çözümüne yönelik önerilerde bulunmak çalışmanın temel hedefini oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra çalışmanın bir diğer amacı ise Türkiye’de hali hazırda uygulanmakta olan sistemin gelişmiş bazı ülkelerdeki sistemler ile benzeyen ve bunlardan farklılaşan yönlerinin belirlenmesidir.

Çalışmanın kavramsal çerçevesini oluşturan birinci bölümde sağlık hakkının gereklerine sosyal güvenlik sistemlerinin verdiği cevaplar üzerinde durulmuştur. Burada sosyal güvenlik ile sağlık ve sağlık hizmetlerinin ayrı ayrı düşünülmemeyeceği, sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik sisteminin bir parçası niteliğinde olduğunu söylemek mümkündür. Dolayısıyla sosyal güvenlik sisteminin tamamlayıcısı olarak, sağlık ve sağlık hizmetlerinin örgütlendiği, toplumsal fayda gözetilerek öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerine önem verildiği, hastalık halinde ise tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin devreye sokulduğu, ekonomik imkânlar doğrultusunda ortaya çıkacak finansman açığının tamamını ya da önemli bir kısmını karşılayacak, ayrıca yoksun kalan geliri ikame edecek bir sosyal güvenlik sistemin oluşturulması, vatandaşların sosyal durumlarıyla ve refahlarıyla ilgilenen, onlara asgari bir yaşam düzeyi sağlamayı ödev bilen sosyal devlet anlayışının da bir gereğidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bir model olan genel sağlık sigortası zorunluluk ilkesinin hakim olduğu, sigortalıların hak ve yükümlülüklerden kaçınma imkanlarının bulunmadığı ve finansmanının primlerle karşılandığı bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünyada uygulanan sağlık sigortacılığı sistemleri incelendiğinde ülkemizdekine benzerlik gösteren sistemlerin başında Almanya’nın geldiği gözlemlenmiştir. Sigortalılar aylık kazançlarının, işverenler ise sigortalılara ödediği ücretin belirli oranlarını prim olarak

sisteme ödemektedir. Oranlar ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte sistemin finansmanı bakımından yöntem olarak benzerlik göstermektedir. Bunun yanı sıra ülkemizde uygulanan farklı olarak Almanya’da katı bir şekilde sevk zinciri uygulanmaktadır. Türk genel sağlık sigortası sistemi iş göremezlik ödemeleri bakımından ise Fransa Hastalık Sigortası sistemine benzemektedir. Ülkemizde uygulanan geçici iş göremezlik ödeneği Fransa’da da uygulanmaktadır. Türkiye’de uygulanmakta olan sistem model olarak karma bir yapıya sahiptir. Sistem, kapsamda bulunan sağlık hizmetleri yönüyle Almanya sağlık sigortası sistemiyle benzerlik gösterirken iş göremezlik ödemeleri bakımından Fransa hastalık sigortası modeline benzer bir yapıdadır. Sistemin yapısı itibarıyla dünyada uygulanan sağlık sigortacılığı sistemleri arasında hastalık sigortasını uygulayan ülke modellerine benzediğini söylemek mümkündür.

Zaman içinde Türkiye’de uygulanan genel sağlık sigortası uygulamasında kapsam olarak sistemde hedeflerden sapmaların meydana geldiği gözlemlenmiştir. Özellikle özel kanunlarla bazı grupların sistemin kapsamı dışında tutulması sağlık hizmetlerinin herkese eşit dağıtılacağı, sağlığa herkesin kolay ulaşabileceği hedefini ve iddiasını çürütmektedir. Buna benzer özel uygulamalar reformun başlangıçtaki iddialarını güçsüzleştirecek ve zamanla güven duygusunun sarsılması olarak toplumda karşılık bulacaktır. Genel sağlık sigortasının toplumun tüm sosyal taraflarını etkileyebilecek bir yapıda olması göz önünde bulundurulduğunda sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanması adına genel kural içerisinde güven duygusunu sarsabilecek uygulamalardan kaçınılması gerekmektedir.

Diğer taraftan sistemin finansmanı açısından önemli bir yere sahip olan gelir tespit yöntemi ve gelir tespitinin sonuçları bakımından sistem ciddi sorunlara işaret etmektedir. Gelir tespitinin hane ve aile tanımlamasındaki sorunlar aynı hane içerisinde gelir durumu birbirinden farklı kişilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Aile içerisinde gelirin hesaplanmasına kardeşler ve anne ve babanın bakımını üstlenen kişilerin dâhil edilmesi sağlanmalıdır. Bunun yanı sıra gelir tespitinde belirlenecek prim aralıklarının aynı hanede yaşayan kişilere göre ayrı ayrı belirlenmesi isabetli bir düzenleme olacaktır. Ayrıca gelir tespitine esas gelir aralıkları yeniden belirlenerek gelir dilimleri çoğaltılmalıdır.

Sayıştay tarafından Kurum hesaplarında yapılan incelemeler sonucunda sistem alt yapısında yaşanan sorunlara bağlı olarak genel sağlık sigortalısı olması gerektiği halde tescil işlemi yapılamamış sigortalıların varlığı tespit edilmiş, bir kısım sigortalılara eksik borç tahakkuk ettirildiği anlaşılmış bir kısmına ise 4/a, 4/b veya 4/c kapsamında sigortalı oldukları

dönemlere ilişkin 60/g kapsamında genel sağlık sigortası prim borcu tahakkuk ettirilmiştir. Sistemin sürdürülebilirliği ancak sorunsuz çalışan bir alt yapıyla sağlanabilecektir.

Genel sağlık sigortası kapsamına girmesi giren işçi, bağımsız çalışan, kamu görevlisi ve onların dışında kalanların genel sağlık sigortalılık başlangıçları ve bildirimleri ayrı ayrı düzenlenmiştir. Bu kişilerden kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışan ya da bir aydan fazla süre ile ücretsiz izne ayrılanların çalışmadıkları sürelerde gelir testine bağlı olarak genel sağlık sigortası primi ödemeleri eş, anne ya da babası üzerinden sağlık yardımı alma hakkı bulunan kişileri kayıt dışı çalışmaya itebilecek niteliktedir. Oysa ay içerisinde eksik çalıştığı halde aylık prim ve hizmet belgelerinde eksik gün nedenleri puantaj kaydı seçilen sigortalıların çalışmadıkları sürelerle ilgili olarak ayrıca gelir testi yaptırma ve prim ödeme zorunluluğu bulunmamaktadır. Dolayısıyla sistemde ikili bir durum oluşturan bu ayrımın ortadan kaldırılarak tek bir uygulamanın sağlanması gerekmektedir.

Türkiye’de birinci basamak hastanelere sevk oranı % 14,4 civarında bir değerdedir. İkinci basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerin poliklinik yüklerinin yüksek oluşu ve buna karşılık hastane polikliniklerinde muayene edilen kişilerin sadece % 4,4’ünün yatırılarak tedavi edilmeleri, Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tedavi edici hizmetlerin gerekli nitelikten oldukça uzak olduğunun en açık göstergesidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda üç basamaktan oluşan bir sevk zinciri belirlenmiş ve bunların sınıflandırılması Sağlık Bakanlığına bırakılmış olup, sevk zinciri dışına çıkılması halinde herhangi bir yaptırım öngörülmemiştir. Sağlık hizmet basamakları, sağlık hizmet sunucuları ve sevk zinciri bir bütündür. Bu nedenle sevk zincirinin sağlık hizmetlerinin finansal anlamda sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için katı bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Ayrıca aile hekimliği sistemi yetersiz uzmanlaşmaya bağlı olarak adeta bir sevk onay makamı izlenimi oluşturmaktadır. Aile hekimliği sistemine yeniden işlevsellik kazandırılmalıdır. Bunların ikisi birlikte sağlık hizmetinin genel sağlık sigortası kapsamına giren kişilere ulaştırılması mekanizmasını oluşturur. Dolayısıyla sistemin sorunsuz işletilebilmesi mekanizmanın uyum içerisinde çalıştırılmasına bağlıdır.

5510 sayılı Kanunda yapılan düzenlemeler ışığında zaman içerisinde genel sağlık sigortası kapsamında yöntem, tür, miktar ve kullanım süreleri belirlenen sağlık hizmetlerinin dışında bırakılan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanmayacağını söylemek mümkündür. Bu bağlamda bazı hastalıkların tedavisinin genel sağlık sigortası kapsamı dışında tutulacağı veya finansmanının tamamen üstlenilmeyeceği sonucu çıkmaktadır. Bu haliyle genel sağlık

sigortasının tamamlayıcısı olarak özel sağlık sigortacılığının yaygınlaştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Ayrıca sistemde finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı bakımından bir geriye gidişin yaşanacağı anlaşılmaktadır. Genel sağlık sigortasının tamamlayıcısı olarak özel sağlık sigortacılığının da sisteme dâhil edilmesine ve sağlık hizmetlerinin sunumunda finansman açısından sürdürülebilirliğin sağlanması mutlaka değerlendirilmelidir.

2009-2014 devresi Kurumun gelir gider dengesi incelendiğinde gelirlerin giderleri karşılama oranları bakımından iyiye gidildiğini söylemek mümkündür. Ancak sağlık harcamalarının artışı bakımından aynı durum söz konusu değildir. Hastane fatura bedelleri 2014 yılında yıllar itibariyle en yüksek tutara ulaşmıştır. Fatura tutarlarının yıllar itibariyle artış oranları kıyaslandığında ise 2012 yılında ortaya çıkan %31,66'lık artış tutarının ödeme gücü olmayanların sağlık giderlerinin Kuruma devredilmesinden kaynaklandığı değerlendirilmiştir. Reçete başına ortalama maliyetlerde ise 2014 yılında ortaya çıkan tutarın 2009 yılına ait tutara denk olduğu gözlemlenmiştir. Dolayısıyla özellikle son iki yılın rakamları da dikkate alındığında reformun maliyetlerin düşürülmesinde finansman yönüyle başarılı olduğu ifade etmek gerçekçi olmayacaktır.

Genel sağlık sigortasında prim oranları, bildirim ve prim tahsilatı konularında farklı uygulamalar mevcuttur. Sistem bu haliyle çok karmaşık bir yapıdadır. Bu karmaşık yapı kendisini 5510 sayılı Kanun metninde de göstermekte ve konuya ilişkin düzenlemeler kanunda farklı başlıklar altında düzenlenmiştir. Dolayısıyla bu durum genel sağlık sigortalıları, kamu idareleri ve Kurum açısından karmaşaya neden olmaktadır. Onuncu Kalkınma Planında da belirtildiği gibi sosyal güvenlik mevzuatının sade ve anlaşılır bir yapıya kavuşturulması ile kişileri sistemden uzaklaştıran bürokratik formalitelerin azaltılması gerekmektedir.

Sosyal sigorta kurumlarının finansman açığı ile sonuçlanan finansman problemlerinin kaynağı olarak gelir azaltıcı faktörler (erken emeklilik uygulaması, prime esas kazançların düşük gösterilmesi, kayıt dışı istihdamın yüksekliği, prim ödeme eğiliminin düşüklüğü, prim affi benzeri uygulamalarla prim ödeme eğiliminin azalması ve fon gelirlerinin düşüklüğü) ile gider artırıcı faktörlerin (erken yaşta emeklilik, prim karşılığı olmayan ödemeler, aylık bağlama oranlarının yüksekliği, borçlanma uygulamaları, ortalama hayat ümidinin artışına bağlı uzun sürelerle emekli aylığı ödenmesi ve artan sağlık harcamaları) çift yönlü işleyen olumsuz etkileri gösterilmiştir. Bu anlamda genel sağlık sigortası prim borçlularına getirilen ödeme kolaylıkları ve yapılandırmalar sistemin mali açıdan sürdürülebilirliğini

zedelemektedir. Bu bakımdan sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanması adına bilincin artırılmasına yönelik tanıtımların artırılması ve prim borçlularına ilişkin yasalarda öngörülen yaptırımların uygulanması gerekmektedir.

Genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişilerin genel sağlık sigortası kapsamındaki hizmetlerden yararlanmak için ödediği katılım payı ve ilave ücret, gereksiz sağlık hizmeti alınmasının önüne geçilmesi için hemen hemen her ülke tarafından uygulanmaktadır. Ancak bu ülkelerde katılım payı ve ilave ücret sabitken genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesinden itibaren katılım payı ve ilave ücret oranları sıklıkla değiştirilmiştir. Özellikle son düzenlemeyle özel hastanelerin Kurum tarafından belirlenen sağlık hizmet bedelinin iki katına kadar ilave ücret alabilmesi bu konuda rakamların çok yüksek tutarlara ulaşmasına neden olmuştur. Burada esas alınacak ölçütün hakkaniyet ölçüsü sayılması ve bunun yalnızca ihtiyaç duymayanlar için bir caydırıcılık unsuru oluşturacak hale getirilmesi gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle bu tutarların genel sağlık sigortalılarını sağlık hizmeti almaktan vazgeçirmeyecek düzeye getirilmesi gerekmektedir.

Genel sağlık sigortasına ilişkin yapılacak düzenlemelerde temel amacın sistemde gelir artırıcı tedbirler alınırken giderlerde etkinliğin sağlanması ve suiistimallerin önüne geçilmesi olmalıdır. Bu tedbirler alınırken genel sağlık sigortalılarının sağlık hizmetini almaktan vazgeçmemeleri sağlanmalı ve hizmetin kalitesi düşürülmemelidir.

KAYNAKLAR

Kitaplar

AKDUR, Recep. **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar: Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum.** Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2003.

ALPER, Yusuf. "Sosyal Güvenlik ve Turan Yazgan" SAYIN, A.Kemal (Ed.). **Sosyal Siyaset Konferansları: Prof.Dr. Turan YAZGAN'a Armağan Özel Sayısı** içinde. İstanbul: İTÜ Yayınları, 2005.

ALPER, Yusuf. **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Sosyal Sigortalar Hukuku.** 6. Basım. Bursa: Dora Kitapevi, Eylül 2014

ARICI, Kadir. **Sosyal Güvenlik,** Ankara: TES-İŞ Sendikası Yayını, 1999.

ARIN, Tülay. "Refah Devleti: Bir Analiz Çerçevesi", **IX Türkiye Maliye Sempozyumu**'na Sunulan Tebliğ, Antalya:1993.

ARIN, Tülay. Yoksulluk: "Toplumsal Eşitsizlikler ve Sosyal Haklara Karşı Yükselen Sosyal Politika Söylemi", **ODTÜ İktisat Kongresi**'ne Sunulan Tebliğ, Ankara:1997.

BALTAŞ, Zuhâl. **Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri.** 4.b., İstanbul: Remzi Kitabevi, 2008.

BİLGİLİ, Özkan. **Özel Sağlık İşletmelerinde Personel İstihdamı.** İzmir: İzmir Tabip Odası Yayınları, 2009.

BULUT, Mehmet. **Sosyal Güvenlik Usul Hukuku,** Ankara: Bilge Yayınevi, 2010.

BUHARALI, Can. **Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi,** İstanbul: Deloitte A.Ş. Yayınları, 2008

BURNS, Eveline M. **Social Security and Public Policy,** New York: 1956.

ÇAKMUT YENERER, Özlem. **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İrdelenmesi**. İstanbul: Legal Yayınevi, 2002.

ÇSGB. **Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform (Beyaz Kitap)**. Ankara: ÇSGB Yayınları, 2005.

DEMİRBİLEK, Sevdâ. **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**. İzmir: İlkem Ofset, 1999.

DİLİK, Sait. **Sosyal Güvenlik**. Ankara: Kamu-İş Yayınları, 1991.

DPT, **Dokuzuncu Kalkınma Planı: Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara: DPT Yayınları, 2006.

DPT. **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Programı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**. Ankara: DPT, 2001.

EKMEKÇİ, Ömer/ TUNCAY, A. Can. **Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları**. 2.b., İstanbul: Legal Yayınevi, 2009.

FİŞEK, A. Gürhan/ ÖZSUCA, Ş. Türcan/ ŞUĞLE, M. Ali. **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996**. Ankara: SSK Yayınları, 1998.

FORGET, L. Evelyn. **National Identity and The of Health Reform in Canada, Review of Social Economy**, Vol.LX, No:3, September-2002.

GÖKTAŞ, Murat/ ÇAKAR, Erden/ ÖZDAMAR, Murat. **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Emeklilik ve Primsiz Rejim**. Ankara: Yaklaşım Yayınları, 2011.

GÜZEL, Ali/ OKUR, Ali Rıza/ CANİKLİOĞLU, Nurşen. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. 13. Bası. İstanbul: Beta Yayınevi, 2011.

ILO, **21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik**. Yusuf Alper ve İsmail Tatlıoğlu (çev.), Bursa: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları, 1994.

İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ, “Sağlık Ocakları”, **İstanbul’da Sağlık içinde**, İstanbul: İstanbul Sağlık Müdürlüğü Yayını, 2008.

İZVEREN, Adil. **Sosyal Politika ve Sosyal Sigortalar**. 2. Baskı. Ankara: Doğu Matbaacılık, 1970.

KOÇ, Muzaffer. **Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimi ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi**. Malatya: Ofis Matbaacılık, 2004.

KURT, Resul/ TEZEL, Ali/ KURUCA, Mustafa/ KOÇAK, Mehmet. **Sosyal Güvenlik Rehberi**, İstanbul: İSMMMÖ Yayınları, 2008.

KURTULMUŞ, Numan. “21. Yüzyılın Aile Politikalarında Etkili Olacak Gelişmeler” **III. Aile Şurasında Sunulan Tebliğ**, (25-27 Mayıs 1998), Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998.

KURTULMUŞ, Sevgi. **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Yayınları, İstanbul, 1998.

LIU, Yuanli/ ÇELİK, Yusuf/ ŞAHİN, Bayram. **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**. İstanbul: Suvak Yayınları, 2005.

MCCLEMENTS, L. D. **The Economics of Social Security**, London: 1978.

MOSSIALOS, Elias/ DIXON, Anna. “Funding Health Care: An Introduction”, Elias Mossialos (Ed.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, Buckingham: Open University Press, 2002.

NOORDAM, F.M. **Hoofdzaken socialezekerheidsrecht**, Kluwer, Deventer 2006.

OCAK, Saim. “Genel Sağlık Sigortasında Prim Koşulu”, **Prof. Dr. Ali Güzel’e Armağan** içinde, İstanbul: Beta Yayınları, 2010.

OCAK, Saim. “Sosyal Güvencesi Olmayan Yüksek Gelirli Vatandaşların ve Bakmakla Yükümlü Oldukları Kişilerin Genel Sağlık Sigortasına Tabi Olması”, **Prof.Dr. Sarper Süzek’e Armağan**, içinde. İstanbul: Beta Yayınları, 2011.

OKUR, Ali Rıza. “Genel Sağlık Sigortası”, **Yeni Sosyal Güvenlik Sistemi-Değerlendirmeler** içinde, İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları, 2010.

OKUR, Ali Rıza. “Genel Sağlık Sigortasının Ortaya Çıkaracağı Sorunlar,” **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu**, (26-27 Ocak 2007), İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları, 2007.

OKUR, Ali Rıza. **Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları**. Teksir, İstanbul:1992.

ORAL, A. İlhan. **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**. Eskişehir: Anadolu Ün. Yayınları No:1331, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları No:174, 2002.

ÖZAY, Merter. **Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu**. Ankara:Yetkin Yayınları, 2006.

SAĞLIK BAKANLIĞI. **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**. Sabahattin Aydın (Ed.) Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2004.

SAĞLIK BAKANLIĞI. **Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama**. Ettelt ve diğerleri (hızl), Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2010.

SERİN, İlhan. **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**. İstanbul: Kazancı Yayınevi, 2004.

SGK. **2009 Yılı Faaliyet Raporu**. Ankara: SGK Yayınları, 2010.

SGK. **Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Sürecinde Avrupa’daki Sosyal Güvenlik Politikası Hakkında Mesleki Eğitim Projesi Genel Raporu**. Ankara: SGK Yayınları, 2011.

SÖZER, Ali Nazım. “Genel Sağlık Sigortasında Bir Güç (Zafiyet?) Odağı: Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu”, **10. Çalışma Ekonomisi Endüstri İlişkileri Kongresi** içinde, Denizli, (23-25 Mayıs 2008), Türk-İş Yayınları, 2009.

SÖZER, Ali Nazım. **Hukukta Yöntem Bilim**. İzmir: Beta Yayınevi, 2008.

SÖZER, Ali Nazım. **Sosyal Sigorta İlişkisi**. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1991.

SÖZER, Ali Nazım. **Sosyal Devlet Uygulamaları**. İzmir: Cemiyet Yayınları, 1997.

SÖZER, Ali Nazım. **Türkiye’de Sosyal Hukuk**. İzmir: Fakülteler Kitapevi, 1998.

SÖZER, Ali Nazım. **Türk Genel Sağlık Sigortası**. İstanbul: Beta Yayınevi, 2014.

ŞAKAR, Müjdat. **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Yenilenmiş 9.b. İstanbul: Beta Yayınevi, 2009.

TALAS, Cahit. **Sosyal Ekonomi**, Ankara: Sevinç Matbaası, 1983.

TALAS, Cahit. **Toplumsal Ekonomi**. 7. Baskı. Ankara: İmge Kitapevi, 1997.

TALAS, Cahit. **Türkiye’nin Açıklamalı Sosyal Politika Tarihi**. Ankara: Bilgi Yayınevi, 1992.

TUNA, Orhan. **Sosyal Siyaset Ders Notları**. İstanbul: Fakülteler Matbaası, 1966.

TUNA, Orhan/ YALÇINTAŞ, Nevzat. **Sosyal Siyaset**. İstanbul: Filiz Yayınevi, 1985.

TUNÇOMAĞ, Kenan. **Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar**. Yenilenmiş 4. Baskı. İstanbul: Beta Yayınevi, 1988.

YAZGAN, Turan. **İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları**. İstanbul: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları, 1992.

YAZGAN, Turan. **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi ve Meseleleri**. İstanbul: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayını, 1981.

YILMAZ, Ataman. **Tahsis Mevzuatı ve İşlemleri**. Ankara: SSK Yayınları, 2004.

Makaleler

AKDAĞ, Recep. “Sağlık Sistemi Üzerine”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl:1, Sayı:3, Yaz-2009.

AKIN, Levent. “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Kişiler Açısından Kapsamında Yeni Gelişmeler”, **Çalışma ve Toplum Dergisi, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform! Sempozyum/Özel Sayı**, İstanbul, Ocak 2006

ALPAR, Ayhan. “Kanada Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:21, Sayı:5-6, Eylül-Aralık 2006.

AKDAĞ, Recep. “Sağlık Sistemi Üzerine”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl:1, Sayı:3, Yaz-2009.

AKIN, Levent. “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Kişiler Açısından Kapsamında Yeni Gelişmeler”, **Çalışma ve Toplum Dergisi, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform! Sempozyum/Özel Sayı**, İstanbul, Ocak 2006.

AKSAKOĞLU, Gazanfer/ GİRAY, Hatice. “Birleşik Krallık’ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı:5-6, Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006.

ALPAR, Ayhan. “Kanada Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:21, Sayı:5-6, Eylül-Aralık 2006.

ARICI, Kadir. “Genel Sağlık Sigortası Edimlerinden Yararlanmada Prim Koşulu”, **Sicil Dergisi**, Sayı:13, Mart 2009.

ARICI, Kadir. “Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği Sorunu”, **Sicil Dergisi**, Sayı:13, Mart 2009.

ATAAY, Faruk. “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, C.41, Sayı:3, Eylül 2008.

ATAK, Filiz. “ABD’de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları ve Sağlık Sigortaları”, **Hazine Dergisi**, Sayı:3, Temmuz 1996.

BELEK, İlker. “Nasıl Bir Sağlık Sistemi?-III, Sigorta Değil, Genel Vergi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 15, Sayı: 2, Mart-Nisan 2000.

BİLGİLİ, Özkan. “Esnek Sosyal Güvenlik Uygulamaları-I: Ücretsiz İzinli İşçilerin GSS Primi Ödeme Zorunlulukları”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:230, Şubat 2012.

BİLGİLİ, Özkan. “Esnek Sosyal Güvenlik Uygulamaları-II: Ücretsiz İzinli İşçilerin GSS Primi Ödeme Zorunlulukları”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:231, Mart 2012.

BİLGİLİ, Özkan. “Kısmi Süreli Çalışanların Eksik Günlerine İlişkin GSS Primleri”, **Sicil Dergisi**, Sayı:19, Eylül 2010.

ÇAKAR, Erden/ ÖZDAMAR, Murat. “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sigortalılara Yol Gideri, Gündelik Ve Refakatçi Gideri Ödenmesi İle Sigortalılardan İlave Ücret Alınması” **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı: 103, Ocak-Şubat 2011.

ÇAKAR, Erden/ YILMAZ, Mustafa. “SGK İle Sözleşme İmzalamayan Hastanelerden Sağlık Hizmeti Alanlar, Sağlık Giderlerini SGK’dan Geri Alabilir Mi?”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:227, Kasım 2011.

ÇAKAR, Erden/ YILMAZ, Mustafa. “Şoförlerin Sosyal Güvenliği”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:217, Ocak 2011.

ÇAKMAK, Mehmet. “Muhtaç Vatandaşların Sağlık Tescili ve Sorumluluğu” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:205, Ocak 2010.

ERDOĞAN, Sarper/ SALTİK, Ahmet. “Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı:74, Temmuz-Ağustos 1996.

ERGÖR, Alp. “Kanada Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı:64-65, Kasım-1994, Şubat 1995.

FRONEBERG, Brigitte. “Almanya’da Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetleri ile İş Sağlığı ve Güvenliği”, **Sicil Dergisi**, Sayı: 17, Mart 2010.

GÖKTAŞ, Murat. “18 Yaşından Büyük Kız Çocuklarının Sağlık Yardımı”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:231, Mart 2012.

GÖKTAŞ, Murat. “Sosyal Güvenlikte Üçlü Finansman Sistemi: Sigorta Primlerine Devlet Katkısı”, **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı: 89, Eylül-Ekim 2008.

GÖKTAŞ, Murat/ ÖZDAMAR Murat. “Yeni Dönemde Sigortalılığın Üstünlüğü İlkesi Geçerli Olacak”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı: 217, Ocak 2011.

GÖKTAŞ, Murat/ ÖZDAMAR, Murat. “Kısmi Süreli İş Sözleşmesiyle Çalışanların Sosyal Güvenliği” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı: 229, Ocak 2012.

GÖKTAŞ, Murat/ ÖZDAMAR, Murat. “Sigortasız Çalışma Kavramının 5 Puanlık Prim İndirim Hakkı Açısından Değerlendirilmesi” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı: 224, Ağustos 2011.

GÖNENCAN, Zahit. “Anayasa'da Sosyal Güvenlik”, **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bülteni**, Temmuz-Ağustos-Eylül 1985.

KILIÇ, Bülent. “ABD Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:9, Sayı: 65, Şubat 1994.

KILIÇ, Bülent/ BUMİN, Çiğdem. “İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı: 56, Ağustos 1993.

KURT, Resul “Sosyal Güvenlik Reformu Kanunlarının Çalışanlara Etkileri”, **MESS Mercek Dergisi**, Özel Sayısı, Temmuz 2006.

KURT, Resul. “Stajyer Üniversitelilerin Ücret ve Sosyal Güvenlik Durumu”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:224, Ağustos 2011.

LÜLECİ, Emel. “Sağlık Hizmetlerinde Sunum Modelleri ve Ülke Örnekleri” **Çerçeve Dergisi**, Sayı:43, Haziran-2007.

OCAK, Saim. “İş Sözleşmesiyle Çalışanların Ücretsiz İzinde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanması”, **Sicil Dergisi**, Sayı: 17, Mart 2010.

OCAK, Saim. “Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması”, **Sicil Dergisi**, Sayı:16, Aralık 2009.

OKUR, Ali Rıza. “Genel Sağlık Sigortası Açısından Yeni Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi”, **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt:VI, Sayı:2, 2009.

OKUR, Ali Rıza. “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, Sayı:2006/12.

OKUR, Ali Rıza. “Türk Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri, Ankara: İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi**, 7-8 Aralık 2006.

ORAL, A. İlhan. “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, **Anadolu Üniv.Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı:2002-2.

ÖZDAMAR, Murat. “18 Yaşından Büyük Kız Çocukları Sağlık Yardımını Nasıl Alacak”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:222, Haziran 2011.

ÖZDAMAR, Murat. “Doğum Yapan Meslek Mensupları Analığa Bağlı İş Göremezlik Ödeneği Alabilir mi?”, **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı:100, Temmuz-Ağustos 2010.

ÖZDAMAR, Murat/ ÇAKAR, Erden. “Part- Time İş Sözleşmeleriyle Çalışanların Sosyal Güvenliği”, **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı:107, Eylül-Ekim 2011.

ÖZTÜRK, Ercüment. “Sağlık Hizmeti Sunucularına Müracaat ve Kimlik Tespiti İşlemleri”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:200, Ağustos 2009.

SİR, İlyas. “Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinin Sağlık Bakanlığına Devri Halinde Oluşacak Değişimin Etkileri” **Türk Harb-İş**, Sayı: 211, 2004.

SÖZER, Ali Nazım. “Genel Sağlık Sigortasında Sunulan Edimler: Kapsam ve Yararlanma Koşulları”, **Sicil Dergisi**, Sayı:10, Haziran-2008.

SÖZER, Ali Nazım. “Genel Sağlık Sigortası Edimlerinden Yararlanmada Prim Koşulu”, **Sicil Dergisi**, Sayı:13, Mart 2009.

ŞAKAR, Müjdat. “Prim İndirim Genelgesi Kanunu Aşıyor” **Sicil Dergisi**, Sayı:17, Mart 2010.

ŞAKAR, Müjdat. “4/b’liliğe Veda! (Ya Da İsteyene Hem 4/a Hem 4/b!...)”, **Sicil Dergisi**, Sayı: 21, Mart 2011.

ŞAKAR, Müjdat. “5510 Yada Şaka Gibi Kanun”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı: 187, Temmuz 2008.

ŞAKAR, Müjdat. “Anayasa Mahkemesinin İptal kararı Üzerine Sosyal Güvenlikte Son Durum”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:170, Şubat 2007.

ŞAKAR, Müjdat. “Çalışanları Bekleyen Yeni Tehlike: Kısmi Süreli (Part-Time) Çalışmalar”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:162, Haziran 2006.

ŞAKAR, Müjdat. “İş Kazası veya Meslek Hastalığı Sebebiyle Sosyal Sigortaların İşverene Rücuu’nda Kusur Şartının Sınırlandırılması Sorunu”, **Sicil Dergisi**, Sayı: 2, Haziran 2006.

ŞAKAR, Müjdat. “İş ve Sosyal Güvenlik Hukukunda Ücretsiz İzin”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:218, Şubat-2011.

ŞAKAR, Müjdat. “Sigortalı Mıyız, İp Cambazı Mı?”, **MESS Sicil Dergisi**, Sayı:10, Haziran 2008.

ŞAKAR, Müjdat. “GSS Bir Sigorta Değil Sağlık Vergisidir”, **Mercek Dergisi**, Sayı: 66, Nisan 2012.

ŞAKAR, Müjdat. “Sosyal Sigortalarda İsteyene 4/a, İsteyene Hem 4/a Hem 4/b”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:220, Nisan 2011.

ŞAKAR, Müjdat. “Taksi, Dolmuş ve Minibüs Şoförlerinin Sigortalılığı”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:222, Haziran- 2011.

ŞİMŞEK, Osman. “Şehit ve Asker Ailelerinin Sosyal Güvenlik Durumları Üzerine Bir İnceleme”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl: 2, Sayı: 3, Ocak-Şubat-Mart 1999.

TATAR, Mehtap. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt:1, Sayı:1, 2011.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver/GÜZEL, Alper. “Sağlık Sistemleri ve Ülke Örnekleri”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Sayı:74, Temmuz-Ağustos 2011.

YILDIRIM, Ali. “1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı”, **Toplum ve Hekim**, Nisan-1994.

Diğer Kaynaklar

BOSTANCI, Yalçın. **“Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası”**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, 2007.

ÇAKAR, Erden. **“Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Primsiz Rejim”** (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi SBE, 2008.

ÇAKICI, Sedat. **“Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması”**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, 2006.

ÇAKMAK, Şadan. **“Sağlık Hakkı Çerçevesinde Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağının İncelenmesi”**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, 1998.

KAYA, Simge **“5510 Sayılı Yasa Kapsamında Yürürlüğe Giren Genel Sağlık Sigortası ve Uygulanmasından Doğabilecek Sorunlar”**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2010

KOLÇAK, Mahmut. **“Planlı Dönemlerde Sağlık Politikalarının Analizi”**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, 1995.

KURTULMUŞ, Sevgi. **“Sağlık Ekonomisi”**. (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi), İstanbul:1996.

KURUCA, Mustafa. **“Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları, Açıkları ve Kamu Açıklarına Etkileri”**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, 2001.

KURUCA, Mustafa. **“Genel Sağlık Sigortası”**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, 2012.

YILDIZ, Ramazan. **“Avrupa Birliği Çerevesinde Türkiyede Genel Sağlık Sigortası Uygulaması”**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, 2013

MAKAS, Recep. **“Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği”**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, 2003.

OKLUN, Elvan. **“Sosyal Güvenlik Hukukunda Sağlık Sigortası”**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.) Ankara Üniversitesi, 2008.

SERİN, İlhan. **“Genel Sağlık Sigortası Ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, 2001.

ŞENELDİR, Mustafa Yasin. **“Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde İlaç Sorunu”**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, 2010.

ŞİN, İsmail. **“Sağlık Harcamaları ve Türkiye’deki Gelişimi”**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, 1999.

TUAÇ, Pelin. **“Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme”**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, 2009.

VAROĞLU, Fatma Özge. **“Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Gelişim Süreci ve Sürdürülebilirliği Açısında İyi Uygulama Örnekleri Çerçevesinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İle İlişkisi”**, (Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Tezi). Ankara, 2012.

SGK Başkanlığı, **2014/26 Sayılı Genelge**, Ankara, 2014.

SGK Başkanlığı, **2015/1 Sayılı Genelge**, Ankara, 2015

T.C. Başbakanlık, Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma:9, Ankara, 2005

Sayıştay Başkanlığı, **2012 yılı SGK Denetim Raporu**, Ankara, 2013.

Sayıştay Başkanlığı, **2013 yılı SGK Denetim Raporu**, Ankara, 2014.

T.C. Kalkınma Bakanlığı, **10.Kalkınma Planı (2014-2018)**, Ankara, 2013.

T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP),
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.pdf>.(07.01.2015)

www.sgk.gov.tr

www.sayistay.gov.tr

ÖZGEÇMİŞ			
Adı, Soyadı	Arif Türker KIZILOVA		
Doğum Yeri ve Yılı	Sungurlu		1985
Bildiği Yabancı Diller	İngilizce		
ve Düzeyi	YDS		E Düzeyi
Eğitim Durumu	Başlama - Bitirme Yılı		Kurum Adı
Lise	2001	2003	Sami Evkuran Anadolu Lisesi
Lisans	2003	2008	Gazi Üniversitesi İİBF Uluslararası İlişkiler Bölümü
Yüksek Lisans			
Doktora			
Çalıştığı Kurum (lar)	Başlama - Ayrılma Yılı		Çalışılan Kurumun Adı
1.	2008	Devam	Sosyal Güvenlik Kurumu
2.			
3.			
Üye Olduğu Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlar			
Katıldığı Proje ve Toplantılar			
Yayınlar:			
Diğer:			
İletişim (e-posta):			
		Tarih İmza Adı Soyadı	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TEZ ÇOĞALTMA VE ELEKTRONİK YAYIMLAMA İZİN FORMU

Yazar Adı Soyadı	Arif Türker KIZILOVA
Tez Adı	Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası: Gelişimi, Uygulanması ve Sorunları
Enstitü	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Tez Türü	Yüksek Lisans
Tez Danışman(lar)ı	Prof.Dr. Yusuf ALPER
Çoğaltma (Fotokopi Çekim) izni	☒ Tezimden fotokopi çekilmesine izin veriyorum ☐ Tezimin sadece içindekiler, özet, kaynakça ve içeriğinin % 10 bölümünün fotokopi çekilmesine izin veriyorum ☐ Tezimden fotokopi çekilmesine izin vermiyorum
Yayımlama izni	☐ Tezimin elektronik ortamda yayımlanmasına izin Veriyorum

Hazırlamış olduğum tezimin belirttiğim hususlar dikkate alınarak, fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere Uludağ Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı tarafından hizmete sunulmasına izin verdiğimi beyan ederim.

Tarih : 11.08.2015

İmza :