

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLER ANA BİLİM DALI
ÇALIŞMA EKONOMİSİ BİLİM DALI

GENEL SAĞLIK SİGORTASI
(Doktora Tezi)

MUSTAFA KURUCA

İSTANBUL – 2012

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLER ANA BİLİM DALI
ÇALIŞMA EKONOMİSİ BİLİM DALI

GENEL SAĞLIK SİGORTASI
(Doktora Tezi)

MUSTAFA KURUCA

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. MÜJDAT ŞAKAR

İSTANBUL – 2012

Marmara Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Tez Onay Belgesi

ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ Anabilim Dalı ÇALIŞMA EKONOMİSİ Bilim Dalı Doktora öğrencisi MUSTAFA KURUCA nın GENEL SAĞLIK SİGORTASI adlı tez çalışması ,Enstitümüz Yönetim Kurulunun 30.05.2012 tarih ve 2012-15/12 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

İmzası

- Tez Savunma Tarihi : 18.06.2012
- 1) Tez Danışmanı : PROF. DR. MÜJDAT ŞAKAR
- 2) Jüri Üyesi : PROF. DR. ALİ RIZA OKUR
- 3) Jüri Üyesi : DOÇ. DR. FUAT BAYRAM
- 4) Jüri Üyesi : PROF.DR.RECEP SEYMEN
- 5) Jüri Üyesi : DOÇ.DR. HEDİYE ERGİN



ÖZET

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. Bu sosyal tehlikelerin belki de en önemlisi hastalık riskidir. Zira hastalık, herkesin hayatında her an karşılaşılabileceği nitelikte bir risktir. Bu niteliği itibarıyla hastalık, sosyal güvenlik hukukunda üzerinde en fazla durulan kısa dönemli risklerdendir. Hastalık kişinin çalışma yaşamı dışında kalmasına diğer bir ifade ile geçici ya da sürekli iş göremez duruma düşmesine yol açabildiği gibi hastalığın teşhisi, tedavisi ve ilaç ihtiyacı nedeniyle kişinin gelirinde azalmaya da yol açmaktadır. Hastalık riski her ne kadar bireysel bir risk olarak görünse de sağlıklı bir toplumun yaratacağı katma değer göz önünde bulundurulduğunda hastalık riski aynı zamanda toplumsal bir risktir. Bunun doğal sonucu olarak ülkeler, hastalık riskine karşı sağlık sistemlerini daha etkin ve verimli bir yapıya kavuşturma konusunda sürekli politikalar geliştirmektedirler.

Ülkeler ekonomi, sosyal yapı ve siyasi tercihlerine göre sağlık yardımlarını da içine alan bir sosyal güvenlik modeli benimsemiştir. Doktrinde, benimsenen sosyal güvenlik modelinin temel belirleyici unsur olduğu sosyal sağlık sigorta sistemleri dört ana grupta değerlendirilmektedir. Bunlar, sosyal sağlık sigortası sistemi (Bismack Modeli), ulusal sağlık hizmetleri sistemi (Beveridge Modeli), kamu yardım sistemi, karma ve yerel kuruluşlar sistemidir.

Türkiye’de uygulamaya başlanan ve 1 Ekim 2008 ila 31 Aralık 2011 tarihleri arasında primli ve primsiz rejim kapsamı dışında kalan diğer bir ifade ile sağlık yardımı alamayanların isteklerine bırakılan genel sağlık sigortası uygulaması 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren zorunluluk halini almıştır. 5510 sayılı Kanunda, kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak tanımlanan genel sağlık sigortasının bir sigorta kolu mu yoksa sağlık hizmetlerinin finansmanına özgülenmiş bir vergi türü mü olduğu tartışmalıdır. Niteliği ister sigorta kolu isterse vergi olarak nitelensin özü itibarıyla genel sağlık sigortası 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.

ABSTRACT

Social security is a system aimed on protecting everyone living in the country regardless of their income, from damages done by the a number of social dangers disturbing public peace and damaging social welfare, doing this job as a “human right” and essentially as a “state duty” with the usage of the premiums and non-contributory regimes. Perhaps the most important of these social dangers is the risk of sickness. Because sickness is kind of a risk that everyone can face at all the time. Sickness with this speciality is the most emphasized short-term risk in the social security law. As sickness may cause a person’s remain out of working life in other words became incapacitated for work either temporarily or permanently, it also lead a degradation in his income because of the expenditures for diagnosis, treatment and medication of the disease. The risk of sickness, although it seems to be an individual risk, is also a social risk when considered the value added may be created by a healthy society. As a natural result of this, countries are developing continuous policies to bring their health systems more to a more effective and efficient structure against the risk of disease.

Various countries adopted a social security model which includes medical assistance as well according to their economic and social structure and their political preferences. At doctrine, the social health insurance systems are evaluated in four main groups in which the main determining factor is the social security model. These systems are; social security health system (Bismarck Model), national health care services system (Beveridge Model), the public assistance system and system of mixed and local agencies.

The universal health insurance application; which introduced in Turkey and between October 1, 2008 to December 31, 2011 left outside of the scope of premium and non-contributory regime, in other words left to voluntary participation of who couldn’t be able to get health care; became a mandatory from 1 January 2012. At the Act No.5510, it is controversial if it is a branch of universal health insurance which is defined as insurance primarily for health protection of people and in the case of encounter with the health risks financing the needed expenditures or it is a tax type dedicated to the finance of health care services. Whether it’s regarded as a branch of insurance or as a tax; in essence universal health insurance is prepared with the target and claim of benefiting all members of the community from health services in an equal, accessible and effective manner, against the risk of disease, regardless of their economic power and will.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	xviii
GRAFİK LİSTESİ.....	xix
FORMLAR LİSTESİ.....	xx
KISALTMALAR.....	xxi
GİRİŞ.....	1

Birinci Bölüm

SOSYAL GÜVENLİK, SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK SİGORTASI HAKKINDAKİ TEMEL KAVRAMLAR

§ 1. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI.....	7
I.SOSYAL GÜVENLİĞİN TANIMI.....	10
II.SOSYAL GÜVENLİĞİN KONUSU.....	13
1.Mesleki Riskler.....	14
2.Fizyolojik Riskler.....	15
3. Sosyo-Ekonomik Riskler.....	16
III. SOSYAL GÜVENLİĞİN AMACI.....	17
IV. SOSYAL GÜVENLİĞİN ARAÇLARI.....	18
1. Sosyal Sigortalar.....	18
2. Sosyal Yardım ve Sosyal Hizmetler.....	19
V. SOSYAL GÜVENLİĞİN SAĞLIKLA İLİŞKİSİ.....	20
§ 2. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMI.....	22
I. SAĞLIK KAVRAMI.....	22
II. SAĞLIK HAKKI KAVRAMI.....	23
1. Tanımı ve Yaşam Hakkı ile Bağlantısı.....	23
2. Uluslararası Literatürde Sağlık Hakkı.....	24
3. Ulusal Literatürde Sağlık Hakkı.....	27

a) Anayasada Sağlık Hakkı.....	27
aa. 1961 Öncesi Dönem.....	27
bb. 1961 Anayasasında Sağlık Hakkı.....	28
cc. 1982 Anayasasında Sağlık Hakkı.....	29
b) Kanunlarda Sağlık Hakkı.....	30
aa. Umumi Hıfzısihha Kanunu.....	30
bb. Hususi Hastaneler Kanunu.....	31
cc. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.....	31
dd. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	33
c) Kalkınma Planlarında Sağlık Hakkı.....	36
§ 3. SAĞLIK SİSTEMLERİNİN YAPISI.....	42
I. BAŞLICA SAĞLIK SİSTEMLERİ.....	42
1. Ulusal Sağlık Sistemi.....	43
2. Hastalık Sigortası Sistemi.....	44
3. Liberal Sistem.....	46
II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	46
III. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI.....	48
1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	48
2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	51
a) Önleyici Sağlık Hizmetleri.....	51
aa. Çevreye Yönelik Önleyici Sağlık Hizmetleri.....	52
bb. İnsana Yönelik Önleyici Sağlık Hizmetleri.....	52
b) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	53
aa. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	54
bb. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	54
cc. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	55
dd. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	55

İkinci Bölüm

SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDE SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

§ 4. HASTALIK SİGORTASI SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER.....	56
I. HOLLANDA.....	56

1. Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	56
2. Hollanda Sağlık Sigortası Sistemi.....	58
a) Genel Olarak.....	58
b) Sağlık Sisteminin Kapsamı.....	59
c) Sağlanan Yardımlar.....	60
aa. Sunulan Sağlık Hizmetleri.....	60
bb. Nakdi Hastalık Yardımları.....	61
d) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	63
II. BELÇİKA.....	64
1. Belçika Sosyal Güvenlik Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	64
2. Belçika Sağlık Sigortası Sistemi.....	65
a) Genel Olarak.....	65
b) Sağlık Sisteminin Kapsamı.....	65
c) Sağlanan Yardımlar.....	66
aa. Sunulan Sağlık Hizmetleri.....	67
bb. Nakdi Hastalık Yardımları.....	67
d) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	69
III. FRANSA.....	69
1. Fransa Sosyal Güvenlik Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	69
2. Fransa Sağlık Sigortası Sistemi.....	70
a) Genel Olarak.....	70
b) Sağlık Sisteminin Kapsamı.....	71
c) Sağlanan Yardımlar.....	72
aa. Sunulan Sağlık Hizmetleri.....	73
bb. Nakdi Hastalık Yardımları.....	74
d) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	75
IV. ALMANYA.....	76
1. Almanya Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemi Hakkında Genel Bilgiler.....	76
a) Sosyal Sigorta Sistemi.....	77
b) Zorunlu Sağlık Sigortası Sistemi.....	78
c) Özel Sağlık Sigorta Sistemi.....	80
2. Sağlık Hizmetleri Envanteri	80
3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	81

§ 5. ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER.....	82
I. İSVEÇ.....	82
1. İsveç Sosyal Güvenlik Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	82
2. İsveç Sağlık Sigortası Sistemi.....	84
a) Genel Olarak.....	84
b) Sağlık Sisteminin Kapsamı ve Sağlanan Yardımlar.....	85
aa. Sunulan Sağlık Hizmetleri.....	85
bb. Nakdi Hastalık Yardımları.....	87
c) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	88
II. İNGİLTERE.....	89
1. İngiltere Sosyal Güvenlik Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	89
2. Ulusal Sigorta Sistemi.....	91
3. Ulusal Sağlık Servisi'nin Genel Yapısı.....	92
4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	93
§ 6. LİBERAL SAĞLIK SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER.....	94
I. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ (ABD).....	94
1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	94
2. ABD Sağlık Sistemi.....	97
3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	99
4. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri.....	101
5. Kar Amacı Olmayan Kuruluşlar (Blue Cross ve Blue Shield).....	102
6. Bağımsız Sigorta Planları.....	102
7. Kamu Sigortaları (Medicare Art ve Medicaid).....	103
a) Medicare Programı.....	103
b) Medicaid Programı.....	105
II. KANADA.....	105
1. Kanada Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler.....	105
2. Sağlık Sigortasının Kapsamı.....	107
3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	107
4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	108

Üçüncü Bölüm
GENEL SAĞLIK SİGORTASININ TÜRKİYE'DE GELİŞİMİ

§ 7. GENEL AÇIKLAMA.....	111
I. KALKINMA PLANLARINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI.....	111
1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	111
2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	112
3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	112
4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	112
5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	113
6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	113
7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	114
8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	114
9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı.....	115
II. GENEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN KANUN TASARILARI, TASLAKLAR VE ÇALIŞMA RAPORLARI.....	116
1. 1967 ve 1968 Yıllarında Düzenlenen Tasarılar.....	116
2. 1974, 1976 ve 1981 Yıllarında Düzenlenen Tasarılar.....	116
3. 1984 Yılındaki Çalışma Raporu ve Genel Sağlık Sigorta Tasarısı.....	117
4. 1990 Yılındaki Genel Sağlık Sigorta Tasarısı.....	117
5. 1992 Yılındaki Kanun Tasarı Taslağı.....	117
6. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı.....	118
7. Sağlık Finansman Kurumu ve İşleyiş Kanunu Tasarısı.....	119
8. Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı Taslağı.....	119
9. Sağlık Sandığı Kurumu Genel Müdürlüğü Kanun Tasarı Taslağı.....	120
§ 8. GENEL SAĞLIK SİGORTA UYGULAMASINDAN ÖNCE SAĞLIK YARDIMI YAPAN SİGORTA PROGRAMLARI.....	120
I. PRİMLİ REJİM KAPSAMINDA YAPILAN SAĞLIK YARDIMLARI.....	120
1. SSK'lılara Yapılan Yardımlar.....	121
a) Sağlık Yardımlarının Kapsamı.....	121

b) Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları.....	123
c) Katılım Payı Ödemesi.....	124
d) Sağlık Yardımlarının Süresi.....	125
e) Protez ve Ortezlerin Sağlanması.....	126
f) Yurt Dışında Tedavi.....	126
2. Bağ-Kur'lulara (Bağımsız çalışanlara) Yapılan Sağlık Yardımları.....	127
a) Sağlık Yardımlarının Kapsamı.....	128
b) Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları.....	129
c) Katılım Payı Ödemesi.....	129
d) Sağlık Yardımlarının Süresi.....	130
e) Protez ve Ortezlerin Sağlanması.....	130
f) Yurt Dışında Tedavi.....	130
3. Emekli Sandığı Mensuplarına (Memurlara ve memur emeklilerine) Yapılan Sağlık Yardımları.....	131
a) Sağlık Yardımlarının Kapsamı.....	132
b) Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları.....	133
c) Katılım Payı Ödemesi.....	133
d) Protez ve Ortezlerin Sağlanması	134
e) Sağlık Yardımlarının Süresi.....	134
f) Yurt Dışında Tedavi.....	134
4. Banka ve Sigorta Sandıkları Mensuplarına Yapılan Sağlık Yardımları.....	135
5. Tarım Sigortalılarına Yapılan Sağlık Yardımları.....	136
6. Tarım Bağ-Kur'lularına Yapılan Sağlık Yardımları.....	137
II. PRİMSİZ REJİM KAPSAMINDA YAPILAN SAĞLIK YARDIMLARI.....	138
1. 2022 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	139
a) Kanun Kapsamında Olanlar.....	140
b) Yapılan Sağlık Yardımları.....	142
2. 1005 Sayılı Kanun Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	143
a) Kanun Kapsamında Olanlar.....	143
b) Yapılan Sağlık Yardımları.....	144
3. 2330 Sayılı Kanunlara Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	144
a) Kanun Kapsamında Olanlar.....	144
b) Yapılan Sağlık Yardımları.....	145

4. 3713 Sayılı Kanunlara Göre Yapılan Sağlık Yardımları.....	145
a) Kanun Kapsamında Olanlar.....	146
b) Yapılan Sağlık Yardımları.....	146
III. PRİMLİ VE PRİMSİZ SİSTEME GÖRE SUNULAN SAĞLIK	
HİZMETLERİNİN NORM VE STANDART BİRLİĞİ AÇISINDAN	
DEĞERLENDİRİLMESİ.....	147
§ 9. GENEL SAĞLIK SİGORTASINA GEÇİŞ AŞAMASINDA YAPILAN	
KANUNİ DÜZENLEMELER.....	149
I. 3816 SAYILI KANUN (YEŞİL KART UYGULAMASI)	149
1. Kanun Kapsamında Olanlar.....	150
2. Yardımların Sağlanması.....	151
3. Sağlık Hizmetlerinin Sunulması.....	152
II. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI.....	154
1. Aile Hekimliği Kavramı.....	155
a) Aile Hekimlerinin Görevleri.....	156
b) Aile Sağlığı Elemanlarının Görevleri.....	158
c) Sözleşme Usulü Çalıştırılan Aile Hekimleri ve Sağlık Elemanlarına	
İlişkin Genel Hususlar.....	159
aa. Sözleşme Yapılması ve Genel Hükümler.....	160
bb. Sözleşmenin Sona Ermesi.....	162
2. Aile Hekimliği Personelinin Özlük Hakları.....	164
a) Atanma ve Nakil Usulleri.....	164
b) Çalışma Süreleri.....	164
c) İzinleri.....	165
d) Yapılacak Ödemeler ve Kesintiler.....	166
3. Aile Hekimlerinin Denetimi ve Sorumlulukları.....	167
III. KAMU KURUM VE KURULUŞLARINA AİT HASTANELERİN SAĞLIK	
BAKANLIĞINA DEVRİ.....	168

Dördüncü Bölüm

TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI

§ 10. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ KAPSAMI.....	170
---	------------

I. GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILANLAR.....	172
1. Bağımlı Çalışanlar (İşçiler).....	175
a) Hizmet Sözleşmesi/İş Sözleşmesiyle Çalışanlar.....	175
b) İşçi Sendikaları, Konfederasyonları, Sendika Şubelerinin Başkanlıkları, Yönetim Kurulu Üyeliklerine Seçilenler.....	178
c) Bir veya Birden Fazla İşveren Tarafından Çalıştırılan Sanatçı, Düşünür Ve Yazarlar.....	178
d) Hizmet/İş Sözleşmesiyle Çalışan Yabancı Uyruklular.....	179
e) Çiftçi Mallarının Korunması Hakkındaki Kanuna Göre Çalıştırılanlar.....	180
f) Diplomatik Temsilciliklerde Çalışanlar.....	181
g) Kamu İdarelerinde Ders Ücreti Karşılığı Görev Yapanlar-Usta Öğreticiler.....	181
h) 506 Sayılı Kanunun Geçici 20. Madde Sandıklarına Tabi Olanlar....	182
ı) Tarım veya Orman İşlerinde Hizmet Akdiyle Süreksiz Olarak Çalışanlar.....	182
j) Ticari Taksi, Dolmuş ve Şehiriçi Toplu Taşıma Araçlarında Çalışanlar.....	183
2. Bağımsız Çalışanlar İle Köy ve Mahalle Muhtarları.....	185
a) Köy ve Mahalle Muhtarları.....	186
b) Basit yada Gerçek Usulde Gelir Vergisi Mükellefi Olanlar.....	186
c) Gelir Vergisinden Muaf Olmakla Birlikte Esnaf ve Sanatkar Siciline Kayıt Yaptıranlar.....	186
d) Şirket Ortaklarının Genel Sağlık Sigortalılığı.....	187
aa. Limited Şirket Ortakları.....	187
bb. Anonim Şirket Ortaklarından Yönetim Kurulu Üyeliğine Seçilenler.....	187
cc. Kolektif Şirket Ortakları.....	188
dd. Adi Komandit Şirketlerin Komandite ve Komanditer Ortakları.....	188
ee. Donatma İştiraki Ortakları.....	188
ff. Sermayesi Paylara Bölünmüş Komandit Şirketin Komandite Ortakları.....	188

e) Tarımsal Faaliyette Bulunanlar.....	188
f) 6132 sayılı At Yarışları Hakkında Kanuna Tabi Jokey ve Antrenörler.....	189
3. Kamu İdarelerinde Çalışanlar (Devlet Memurları ve Sözleşmeli Çalışanlar).....	190
4. Sosyal Güvenlik Kanunlarına Göre Gelir veya Aylık Alanlar.....	191
5. İsteğe Bağlı Sigortalılar.....	191
6. Yabancı Ülke Vatandaşları.....	192
a) Oturma İzni Almış Yabancı Ülke Vatandaşları.....	192
b) Yabancı Uyruklu Öğrenciler.....	192
c) Türk Vatandaşlığından Çıkmış Olanlar.....	193
7. İşsizlik Ödeneği veya Kısa Çalışma Ödeneği Alanlar.....	193
8. Primleri Devlet Tarafından Ödenenler.....	193
a) Geliri Asgari Ücretin 1/3'ünden Az Olanlar.....	194
b) 2022 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	195
c) 1005 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	197
d) 3292 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	198
e) 2330 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	198
f) Ücretsiz Bakılan, Korunan ve Rehabilite Edilenler.....	200
g) 3713 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	201
h) Geçici Köy Korucuları.....	201
ı) Vatansızlar ve Sığınmacılar.....	202
j) Devlet Sporcusu Sayılanlar.....	202
9. Diğer Bentler Kapsamında Olmayanlar (5510, m.60/I-g).....	203
10. Genel Sağlık Sigortalılığı Özel Olarak Düzenlenenler.....	204
a) 3308 Sayılı Meslekî Eğitim Kanununda Belirtilen Aday Çırak, Çıraklar ve Mesleki Eğitim Gören Öğrenciler.....	204
b) Meslek Liselerinde Okumakta İken Yada Yüksek Öğrenim Döneminde Staj Yapan Öğrenciler.....	205
c) 2547 sayılı YÖK Kanunu Kapsamında Kısmi Zamanlı Çalıştırılan Öğrenciler.....	205
d) Meslek Edinme, Geliştirme ve Değişirme Eğitimine Katılan Kursiyerler.....	205

e) Türkiye ile Sosyal Güvenlik Sözleşmesi İmzalanmamış Ülkelerde Çalışan Türk Vatandaşları.....	206
f) Staj Yapan Avukatlar.....	206
g) Borcu Bulunan 4/I-b Kapsamındaki Sigortalıların Eş ve Çocukları...	207
II. GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILMAYANLAR.....	207
III. BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLUNANLAR.....	209
§ 11. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ BAŞLANGICI, BİLDİRİMİ VE TESCİLİ.....	211
I. BİLDİRİME GEREK OLMAKSIZIN KURUMCA RE'SEN TESCİL.....	211
1. Tüm Sigorta Kollarına Tabi Tutulan 4/I-a Kapsamındaki Sigortalılar.....	211
2. Tüm Sigorta Kollarına Tabi Tutulan 4/I-b Kapsamındaki Sigortalılar.....	214
3. Devlet Memuru Olduğu İçin 4/I-c Kapsamında Sigortalı Sayılanlar.....	215
4. İsteğe Bağlı Sigortalılar.....	216
5. Tarım veya Orman İşlerinde Hizmet Akdiyle Süreksiz Çalışanlar.....	217
6. Kültür ve Turizm Bakanlığınca Belirlenecek Alanlarda Kısmi Süreli İş Sözleşmesiyle Çalışanlar.....	217
7. Ticari Taksi, Dolmuş ve Benzeri Nitelikteki Şehir İçi Toplu Taşıma Aracı İşyerlerinde Çalışanlar.....	218
8. Tüm Sigorta Kollarına Tabi Tutulmamakla Birlikte Genel Sağlık Sigortasına Tabi Tutulan Sigortalılar.....	218
a) 3308 Sayılı Meslekî Eğitim Kanununda Belirtilen Aday Çırak, Çıraklar Ve Meslekî Eğitim Gören Öğrenciler.....	219
b) Meslek Liselerinde Okumakta İken veya Yüksek Öğrenimleri Sırasında Staja Tabi Tutulan Öğrenciler.....	220
c) 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanununun 46. Maddesine Tabi Tutularak Kısmi Zamanlı Çalıştırılan Öğrenciler.....	220
d) Türkiye İş Kurumu Tarafından Düzenlenen Meslek Edindirme, Geliştirme ve Değiştirme Eğitimine Katılan Kursiyerler.....	220
e) Türkiye İle Sosyal Güvenlik Sözleşmesi İmzalamamış Ülkelerde Çalışan Türk Vatandaşları.....	221
9. Kurumdan Gelir ve Aylık Alanlar.....	221
10. Diğer Bentler Kapsamında Olmayanlar (5510, m.60/I-g).....	222
II. BİLDİRİME DAYALI TESCİL.....	223

1. Geliri Asgari Ücretin 1/3'ünden Az Olanlar.....	223
2. 2022 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	224
3. 1005 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	226
4. 3292 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	227
5. 2330 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	227
6. Ücretsiz Bakılan, Korunan ve Rehabilite Edilenler.....	228
7. 3713 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar.....	228
8. Geçici Köy Korucuları.....	229
9. Vatansız ve Sığınmacılar.....	230
10. Devlet Sporcusu Sayılanlar.....	230
11. Yabancı Ülke Vatandaşları.....	231
a) Oturma İzni Almış Yabancı Ülke Vatandaşları.....	231
b) Yabancı Uyruklu Öğrenciler.....	231
c) Türk Vatandaşlığından Çıkmış Olanlar.....	232
12. Stajyer Avukatlar.....	232
13. Anne Babası Olmayan Küçükler.....	232
14. 4/I-b Kapsamında Sigortalı Sayılanlardan Prim Borcu Bulunanların Hak Sahipleri.....	233
§ 12. GENEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMİ.....	233
I. GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ PRİME ESAS KAZANÇLARININ BELİRLENMESİ, ORANI VE PRİMLERİN ÖDENMESİ.....	235
1. Hizmet Akdine Tabi Çalışanlar.....	236
2. Kamu İdarelerinde Çalışanlar.....	237
3. Köy ve Mahalle Muhtarları İle Bağımsız Çalışanlar.....	238
4. İsteğe Bağlı Sigortalılar.....	240
5. Primi Devlet Tarafından Ödenenler.....	241
6. Türk Vatandaşı Olmayanlar.....	242
7. Hiçbir Madde Kapsamına Girmeyen Diğer Kişiler.....	243
8. Kısa Vadeli Sigorta Kollarına Tabi Olanlar.....	249
9. Sadece Genel Sağlık Sigortasına Tabi Olanlar.....	250
a) 5434 Sayılı Kanuna Tabi Olanlar.....	250
b) İşsizlik Ödeneği veya Kısa Çalışma Ödeneği Alanlar.....	250
c) İş Kaybı Tazminatı Alanlar.....	250

10. Kurumdan Aylık Alanlar.....	251
11. Hizmet Borçlanması Yapanların GSS Primleri.....	251
12. Sosyal Güvenlik Sözleşmesi Yapılmayan Ülkelere Götürülen İşçiler.....	253
13. Genel Sağlık Sigortası Finansmanına Devlet Katkısı.....	253
II. GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMAK İÇİN ARANAN	
KOŞULLAR.....	254
1. Prim Borcu Olmaması Koşulu.....	254
a) Prim ve Prime İlişkin Borcu Olmaması Gerekenler.....	255
b) Altmış Günden Fazla Borcu Olmaması Gerekenler.....	255
2. Son Bir Yıl İçinde En Az Otuz Gün Genel Sağlık Sigortası Primi Bulunması Koşulu.....	256
3. Prim Ödeme ya da Prim Borcu Koşulu Aranmayacaklar.....	256
4. Sağlık Aktivasyonu Yapılması Koşulu.....	259
a) Sağlık Aktivasyonları Re'sen Yapılanlar.....	259
b) Sağlık Aktivasyonu Yaptırması Gerekenler.....	259
§ 13. FİNANSMANI SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ VE SÜRESİ.....	259
I. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA SUNULAN SAĞLIK	
HİZMETLERİ.....	259
1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	260
2. Hastalığa Bağlı Sağlık Yardımları.....	260
3. Analığa Bağlı Sağlık Yardımları.....	261
a) Olağan Hallerde Sağlık Hizmeti Sunulması.....	261
b) Yardımcı Üreme Yöntemiyle Çocuk Sahibi Olma Durumu.....	262
4. İş Kazası ve Meslek Hastalığına Bağlı Sağlık Yardımları.....	264
5. Trafik Kazalarına Bağlı Sağlık Yardımları.....	264
6. Doğal Afetlere Bağlı Sağlık Yardımları.....	265
7. Ağız ve Diş Tedavilerine Dayalı Sağlık Yardımları.....	265
8. Acil Hallere Bağlı Sağlık Yardımları.....	266
II. SİGORTALILARIN VE YAKINLARININ YURT DIŞINDA TEDAVİ	
OLMASI.....	268
1. Geçici Görevle Yurt Dışında Bulunanlar.....	269
2. Sürekli Görevle Yurt Dışında Bulunanlar.....	270
3. Türkiye'de Tedavi İmkânı Olmadığından Yurt Dışına Sevкли	

Gönderilenler.....	270
4.Yurt Dışında Bulunma Halinde Sağlanacak Sağlık Hizmetleri.....	272
§ 14. FİNANSMANI SAĞLANMAYAN SAĞLIK HİZMETLERİ.....	272
I. ESTETİK AMAÇLI TEDAVİLER.....	273
II. TIBBEN SAĞLIK HİZMETİ SAYILMAYAN TEDAVİLER.....	274
III. YABANCI UYRUKLULARIN GSS'Lİ OLMADAN ÖNCEKİ KRONİK HASTALIKLARI.....	275
IV. KAPSAM DIŞINDA BIRAKILAN SAĞLIK HİZMETLERİ.....	275
§ 15. YOL GİDERLERİ, GÜNDELİK VE REFAKATÇI GİDERLERİ.....	276
I. REFAKATÇI, YEMEK VE YATAK GİDERİ.....	276
II. YOL GİDERİ VE GÜNDELİK.....	276
1. Yol Gideri.....	278
2. Mutat Taşıt Dışı Araç ile Nakillerde Yol Gideri Ödenmesi.....	279
3. Gündelik Ücreti Ödenmesi.....	281
§ 16. KATILIM PAYI VE İLAVE ÜCRET ALINMASI.....	282
I. KATILIM PAYI ALINMASI.....	282
1. Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesinde Katılım Payı Alınması.....	283
2. Vücut Dışı Protez ve Ortez İçin Katılım Payı Alınması.....	285
3. Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı Alınması.....	285
4. Yatan Hasta Tedavilerinde Katılım Payı.....	285
5. Yardımcı Üreme Yöntemi Tedavilerinde Katılım Payı Alınması	286
6. Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler.....	287
a) Katılım Payı Alınmayacak Haller.....	287
b) Katılım Payı Ödemekten Muaf Tutulan Kişiler.....	289
II. İLAVE ÜCRET ALINMASI.....	290
1. İlave Ücret	290
2. İlave Ücret Alınmayacak Kişiler.....	291
3. İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri.....	291
4. Otelcilik Hizmetlerinden İlave Ücret Alınması.....	292
III. SİGORTALI VE İŞVEREN TARAFINDAN ÖDENEN TEDAVİ GİDERLERİNİN GERİ ALINMASI.....	293
1. Yurt Dışında Yapılan Tedavi Giderlerinin Geri Alınması.....	293

a) İşverenlere Geri Ödeme.....	296
b) Sigortalılara Geri Ödeme.....	296
2. Yurt İçinde Yapılan Tedavi Giderlerinin Geri Alınması.....	298
a) İşverenlere Geri Ödeme.....	299
b) Sigortalılara Geri Ödeme.....	300
§ 17. SEVK ZİNCİRİ, ACİL HALLER VE KİMLİK TESPİTİ	301
I. SEVK ZİNCİRİ VE ACİL HALLER.....	301
1. Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılması.....	302
2. Sevk Zorunluluğu.....	303
3. Acil Hallerde Sevk Zincirine Uyulmaması.....	304
II. KİMLİK TESPİTİ VE SİGORTALI BİLGİLERİNİN GİZLİ TUTULMASI....	304
1. Tedavi Olanın Kimliğinin Tespiti.....	305
2. Tedavi Olanın Hastalık Bilgilerinin Gizli Tutulması.....	305
§ 18. İŞVERENİN, GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ VE ÜÇÜNCÜ KİŞİLERİN	
SORUMLULUĞU.....	306
I. İŞVERENİN SORUMLULUĞU.....	306
II. SİGORTALININ SORUMLULUĞU.....	307
III. ÜÇÜNCÜ KİŞİLERİN SORUMLULUĞU.....	307

Beşinci Bölüm

GENEL SAĞLIK SİGORTASININ DİĞER ÜLKELERDEKİ UYGULAMALAR VE TÜRKİYE'DE DAHA ÖNCEKİ UYGULAMALARLA KARŞILAŞTIRILMASI

§ 19. GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASININ TÜRKİYE'DEKİ DAHA ÖNCEKİ UYGULAMALARLA KARŞILAŞTIRILMASI.....	309
I. GENEL OLARAK.....	309
II. KAPSAMA ALINAN KİŞİLER BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA.....	311
III. SAĞLIK HİZMET SUNUMU BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA.....	314
1. Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılması ve Sevk Zinciri.....	315
2. Aile Hekimliği Uygulaması.....	319
3. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Değerlendirilmesi.....	320

4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Özel Hastanelerin Değerlendirilmesi...	321
IV. KAPSAMA ALINAN SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMAK İÇİN ARANAN KOŞULLAR BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA.....	327
V. NAKDİ HASTALIK YARDIMLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMA.....	330
VI. SAĞLIK HİZMETLERİNİN, FİNANSMAN AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	332
1. Katılım Payı Ödenmesi.....	333
2. Sağlık Hizmetlerinden İlave Ücret Alınması Bakımından Karşılaştırılması.....	336
§ 20. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN DİĞER ÜLKE UYGULAMALARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI.....	338
I. SAĞLIK ENVANTERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMA.....	339
II. KAPSAMA ALINAN KİŞİLER BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA.....	346
III. SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA....	347
1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Sevk Zinciri.....	348
2. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı.....	352
3. Katılım Payı Alınması.....	353
4. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortalarının Yeri.....	355
5. Hastalığa Bağlı Yapılan Parasal Yardımlar ve Yardımların Süresi Bakımından Karşılaştırma.....	357
IV. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE GSMH'DAN SAĞLIĞA AYRILAN PAY YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRMA.....	360
SONUÇ.....	362
EKLER.....	369
YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	385

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1 : Sağlık Hizmetleri Kaynakları.....	81
Tablo 2 : Sağlık Hizmetlerinden Yaralanmada Prim Ödeme Koşulu ve Prim Borç Koşuluna İlişkin Tablo	258
Tablo 3 : Sosyal Güvenlik Kapsamı ve Sağlık Sigortası Kapsamı.....	313
Tablo 4 : Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı.....	322
Tablo 5 : Yıllara Göre Sağlık Harcama Tutarları (Milyon TL).....	323
Tablo 6 : Sektörlere Göre Hastane Sayısı (2010).....	326
Tablo 7 : Eski Kanunlara Göre ve 5510 Sayılı Kanuna Göre Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmak İçin Aranılan Koşullar.....	329
Tablo 8 : 5510 Sayılı Kanun Öncesi Dönemde Sağlık Hizmet Sunumu ve Finansman Yöntemleri.....	332
Tablo 9 : Sağlık Hizmetlerine İlişkin Maddi Katkı Tablosu.....	337
Tablo 10 : Özel Hastane İlave Ücret Tablosu.....	372

GRAFİK LİSTESİ

	Sayfa No.
Grafik 1 : OECD Ülkelerindeki Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (\$).....	96
Grafik 2 : OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı.....	97
Grafik 3 : Aktif Çalışan Hekimlerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı.....	324
Grafik 4 : Aktif Çalışan Pratisyen Hekimlerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı.	324
Grafik 5 : Aktif Çalışan Uzman Hekimlerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı....	325
Grafik 6 : 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı Bakımından AB Ortalaması Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Ortalaması ve Türkiye Karşılaştırması.....	340
Grafik 7 : Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayıları.....	341
Grafik 8 : Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayıları.....	343
Grafik 9 : 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayısı Bakımından AB Ortalaması Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Ortalaması ve Türkiye Karşılaştırması.....	344
Grafik 10 : Türkiye’de, DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde ve AB Üyesi Ülkelerde 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayıları.....	345

FORMLAR

	Sayfa No.
Form 1 : Sağlık Yardımı Talep ve Taahhüt Formu.....	369
Form 2 : Genel Sağlık Sigortası Giriş Bildirgesi.....	371

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
b.	: baskı, basım
Bağ-Kur	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız alışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
bkz	: bakınız
BSYHP	: Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Projesi
BYKP	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
C.	: Cilt
CDC	: Hastalık ve Kontrol Önleme Merkezleri (ABD)
ev.	: Çeviren
DMTYCGD	: Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Ulusal Gıda ve İlaç Yönetimi (ABD)
GSSİY	: Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSMH	: Gayrisafi Milli Hasıla
GSYİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
HHS	: Sağlık Bakanlığı Sağlık ve İnsan Hizmet Birimi (ABD)
HMO	: ABD, Sağlık Bakım Organizasyonu (Health Maintenance Organisation)
GP	: Pratisyen Hekim (İngiltere)
hzl.	: hazırlayan
ILO	: Milletlerarası alışma Teşkilatı
IMF	: Uluslararası Para Fonu
KHK	: Kanun Hükümünde Kararname
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
m	: madde
NHS	: İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service)
NZA	: Hollanda Sağlık Kurumu (Nederlandse Zorgautoriteit)
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
s.	: sayfa

SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu
GSSİY	: Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği
SHFK	: Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
SYDTF	: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu
SYDV	: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCES	: Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
UNICEF	: Birleşmiş Milletler ocuklara Yardım Fonu
USPHS	: Kamu Sağlığı Birimi (ABD)
v.b	: ve benzeri
Vol.	: Volme
YK	: Yüksek ğretim Kurulu
Yn.	: Yönetmelik

GİRİŞ

İnsanoğlu var olduğu andan itibaren gerek kendisini gerekse ailesini, yaşamları boyunca doğabilecek tehlikelere karşı koruma ve güvence altına alma ihtiyacı içinde olmuştur. Nitekim insanoğlunun fitratından gelen bu, bugününden ve geleceğinden emin olma ihtiyacı beraberinde bir takım korunma yöntemlerinin geliştirilmesine de neden olmuştur. Şöyle ki; sefalet, yoksulluk, hastalık ve yaşlılık gibi sorunlarla mücadele edebilmek için aile içi yardımlaşma ve dini yardımlar ile başlayan bu korunma yöntemleri, yardım dernekleri ve yardım sandıklarıyla devam ettirilmiştir. Ancak 19. ve 20. yüzyıllarda sanayileşmeyle birlikte ortaya çıkan sosyal problemlerin geleneksel insan müesseseleri ile karşılanamaz hale gelmesi çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin oluşmasına vesile olmuştur. Diğer bir ifadeyle bugününden ve geleceğinden emin olma şeklinde özetlenebilecek bu düşünce tarzı özellikle sanayileşme ile birlikte sosyal güvenliği insanoğlunun en temel ihtiyaçlarından biri haline getirmiştir. Dolayısıyla modern anlamda sanayileşmenin bir sonucu olarak ortaya çıkan sosyal güvenlik ihtiyacının esasında insanlık tarihi kadar eski bir düşüncenin günümüze yansması olduğu söylenebilir.

Sosyal güvenliği, sosyal bir riskin varlığı nedeniyle çalışamayan veya çalışma gücünün bir kısmını kaybettiği için gelir kaybına uğrayan bireylere, insan onuruna yaraşır asgari bir yaşam sürecek gelir garantisi sağlanması şeklinde tarif etmek mümkündür. Sosyal güvenliğin konusunu ise kişinin gelirinde eksilmeye veya giderlerinde artışa neden olan sosyal riskler oluşturmaktadır. Milletlerarası Çalışma Teşkilatı'nın (ILO) 1952 tarihli ve 102 sayılı "Sosyal Güvenliğin Asgari Standartları Sözleşmesi"nde dokuz sosyal risk sayılmıştır. Bu sosyal riskler; iş kazası, meslek hastalığı, hastalık, malullük, analık yaşlılık, ölüm, işsizlik ve ailevi yüklerdir. ILO'nun 102 sayılı sözleşmesinde yer verilen ve bu çalışmanın temelini oluşturan hastalık riski; biyolojik bir tehlike olarak, kişinin geçici olarak çalışma gücünün kaybolmasına, buna bağlı olarak da kişinin gelirinin kesilmesine/azalmasına ve tedavi masraflarına bağlı olarak giderlerinde bir artışa neden olur.

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 itibariyle toplumsal bir risktir. Bu bağlamda ülkeler, hastalık riskine karşı sağlık sistemlerini daha etkin ve verimli bir yapıya kavuşturma konusunda sürekli politikalar geliştirmektedirler.

Belirtmeliyiz ki, sağlık sistemlerini daha etkin ve verimli bir yapıya kavuşturma konusunda ũlkeler tarafından geliştirilen bu politikalar sosyal güvenlik sisteminden bağımsız olarak düşünülemez. Zira, 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 mümkündür. Bu bağlamda sosyal güvenlik ile sağlık ve sağlık hizmetlerinin ayrı ayrı düşünülemeyeceği, sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemin tamamlayıcısı niteliğinde olduğu söylenebilir.

Dünya’da sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde özellikle sağlık sisteminin finansman yapısı baskın rol oynamaktadır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin sunulma biçimi, ũlkelerin 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 öğretide belirtilen ve gelişmiş ũlkelerde uygulanmakta olan ũ temel sağlık sistemi ne çıkılmaktadır. Bunlar, geçmişten gelen liberal sistemler, hastalık sigortası sistemi ve ulusal sağlık sistemidir. Daha öncede ifade edildiği ũzere, belirtilen bu sistemler dışında farklı sistemlerinde uygulanması mümkün olmakla birlikte, sonuç itibariyle sistemin finansmanı noktasında, ya kamu ağırlıklı bir model esas alınarak finansman vergilerle karşılanmakta, ya sigorta ağırlıklı bir sistem esas alınarak finansman alınan primlerle sağlanmakta ya da her iki sisteminde kullanıldığı karma bir sistem esas alınmaktadır.

Genel sağlık sigortası ise kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak tanımlanabilir. Yine genel sağlık sigortası uygulamasında katılımın zorunlu olması ilkesi benimsenmiştir. Diğer bir anlatımla genel sağlık sigortalısı olmak için kapsama girenlerin iradı beyanlarına bakılmaz. 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 sistemi diğer bir ifadeyle sosyal politika tercihidir.

Ülkemizde genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi yıllarca tartışma konusu olmuştur. Bu anlamda konu akademik ve siyasi çevrelerin yanı sıra kalkınma planlarında, hükümet programlarında ve Bakanlar Kurulunda tartışıla gelmiştir. Hiçbir sosyal güvencesi olmayanlara 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” kapsamında sağlık hizmeti verilmesi genel sağlık sigortasına geçiş aşamasında yapılan en önemli düzenlemedir. Belirtmelidir ki, Yeşil Kartla ilgili ilk çalışmalar 1991 yılında başlatılmış olmakla birlikte temel hedef hiçbir zaman yeşil kart uygulamasını başlatmak olmamıştır. Nihai hedef her zaman için genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi olmuştur. 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.

Nitekim 58. Hükümet programında ve acil eylem planında da genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi öncelikli hedeflerden biri olarak ele alınmıştır. Hükümet programında sosyal güvenlik reformu kapsamında; Devlet-Sigorta-Kurum ayırımının kaldırılması, tüm 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 azaltılması gibi hedeflere yer verilmiştir.

Ortaya konan bu hedefler doğrultusunda 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile, 20 Mayıs 2006 tarihinden itibaren SSK, Bağ-Kur ve TCES lağvedilerek yerlerine, Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuş ve Ülkemizde kırk yılı aşkın bir süredir tartışılan “ tek çatı” uygulamasına geçilmiştir. Reformun ikinci ayağını oluşturan 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ise Cumhurbaşkanı tarafından onaylanarak 16.06.2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Kanunun yürürlük tarihi ilk olarak 01.01.2007 olarak öngörülmüş ancak ön görülen yürürlük tarihi birkaç kez ertelendikten sonra nihayet 2008 yılı Ekim ayı başında geneli itibariyle Kanun yürürlüğe girmiştir. Belirtmek gerekir ki, Kanunun geneli itibariyle 2008 yılı Ekim ayı başı itibariyle yürürlüğe girmesi ön görülmüş ise de genel sağlık

sigortasının tüm toplumu kapsama alacak şekilde yürürlüğe girmesi 01.01.2012 tarihi itibarıyla olmuştur.

Genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi gerektiği ortaya konurken bu alanda yapılan tüm çalışmalarda mevcut yapıyla 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 v.b. eksiklikler dile getirilerek genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinde bir çok aksaklığın giderilebileceği dile getirilmiştir. Bu anlamda amaçlanan hedeflere ne ölçüde ulaşılabildiğinin ortaya konması adına ülkemizdeki genel sağlık sigortası uygulamasını incelemeyi uygun bulduk. Bu çalışma konusunun seçilmesindeki temel amaç ise sistemin mevcut durumunu göz önüne serip zayıf ve güçlü yönlerini ortaya koyarken sorunların çözümüne de katkıda bulunmaktır. Diğer bir amacımız ise Ülkemizdeki uygulama ile diğer ülkelerde ki uygulamaları karşılaştırarak Dünya'daki sağlık sistemi uygulamaları bakımından ülkemizin durumunu ortaya koymaktır. Bu bağlamda bu çalışmayla genel sağlık sigortasının mevcut durumu belirlenirken, var olan sorunların çözümlerinin de daha kolay saptanabileceğini ve sorunların aşılmasında çözüm üretebileceğimizi umuyoruz.

Burada beş bölümden oluşan çalışmamızla ilgili genel açıklamalara geçmeden önce belirtmek isteriz ki, çalışmamızın hazırlanması sürecinde karşılaştığımız en büyük zorluk, uygulamada karşılaşılan sorunların önceden ön görülmek yerine problem ortaya çıktıkça aşılmaya çalışılması, bu bağlamda sosyal güvenlik sistemini ve genel sağlık sigortasını düzenleyen yasalarda sürekli değişiklik yapılıyor olmasıdır.

Çalışmamızın birinci bölümünde, öncelikle sosyal güvenlik kavramı üzerinde durularak sosyal güvenliğin tanımlarına yer verilmiştir. Yine sosyal güvenlik kavramıyla gündeme gelen ve konuyla ilişkisi olan sosyal güvenliğin amacı ve sosyal güvenliğin araçları üzerinde durulmuştur. Bunun dışında yine birinci bölüm içinde sosyal güvenliğin sağlık ile olan ilişkisi ortaya konarken 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 konumuz olan genel sağlık sigortasını, bu kavramları tam olarak ortaya koymadan açıklamanın yetersiz kalacağı düşüncesinde olmamızdan kaynaklanmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümü, seçilmiş bazı ülkelerdeki sağlık sigortası uygulamalarına ayrılmıştır. Bu bölümde sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde özellikle sağlık sistemlerinin finansman yapısı esas alınarak ülkeler, uyguladıkları sağlık sigortası modellerine göre üç sınıfa ayrılmıştır. Hastalık sigortası sistemini uygulayan ülkelere Hollanda, Belçika, Fransa ve Almanya'nın sağlık sistemleri incelenmiştir. Ulusal sağlık sigortası sistemini uygulayan ülkelere ise İsveç ve İngiltere'nin sağlık sistemi incelenmiştir. Son olarak bölüm içinde liberal sağlık sistemini uygulayan ülkeler olarak Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'nın sağlık sistemi incelenmiştir. Ayrıca belirtilen ülkelerin sağlık sistemleri incelenirken yine her ülkenin sosyal güvenlik sistemine ilişkin temel bilgilere de yer verilmesi ihmal edilmemiştir.

Çalışmamızın üçüncü bölümünü, genel sağlık sigortasının Türkiye'deki tarihsel gelişimine ayırdık. Bu bölümde, öncelikle kalkınma planlarında genel sağlık sigortasına ilişkin ön görüşler ve genel sağlık sigortasına ilişkin kanun tasarıları, taslaklar ve çalışma raporları üzerinde durduk. Ayrıca bölüm içinde genel sağlık sigortasına geçilmeden önce sağlık yardımı yapan sigorta programları tek tek incelenerek önceki uygulamaları ayrıntıları ile ortaya koyduk. Üçüncü bölüm içinde son olarak genel sağlık sigortasına geçiş aşamasında yapılan kanuni düzenlemeler üzerinde durarak yapılan düzenlemeler çok da detaya inilmeden incelenmiştir.

Çalışmamızın dördüncü bölümü ise, Türkiye'de genel sağlık sigortası uygulamasına ayrılmıştır. Türkiye'de genel sağlık sigortası uygulaması incelenirken konu; genel sağlık sigortasının kapsamı, genel sağlık sigortasının başlangıcı, bildirim ve tescili, genel sağlık sigortası primi, finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi, finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri, yol giderleri, gündelik ve refakatçi gideri, katılım payı ve ilave ücret alınması, sevk zinciri, acil haller ve kimlik tespiti ile işverenin, genel sağlık sigortalısının ve üçüncü kişilerin sorumluluğu olmak üzere dokuz ana başlık altında toplanmıştır. Belirtilen dokuz ana başlık altında genel sağlık sigortası tüm yönleriyle ele alınarak en ince ayrıntısına kadar incelenmiş ve mevcut durum ortaya konmuştur.

Çalışmanın son bölümü olan beşinci bölümde ise genel sağlık sigortası uygulamasının diğer ülkelerdeki uygulamalar ile ve Türkiye'de daha önceki uygulamalar ile karşılaştırması; kapsama alınan kişiler, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık envanteri, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için aranan koşullar gibi kriterler esas alınarak yapılmıştır. Belirtmeliyiz ki, çalışma içinde genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan haklar ve sunulan hizmetler üzerinde durulduğundan, iş kazası, meslek

hastalığı, hastalık ve analık gibi sigorta kollarından sağlanan parasal yardımlara çalışma içinde ayrıntılı olarak yer verilmemiştir. Diğer bir anlatımla çalışma genel sağlık sigortası uygulamasıyla sınırlı olarak ele alınarak incelenmiştir.

Birinci Bölüm

SOSYAL GÜVENLİK, SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK SİGORTASI HAKKINDAKİ TEMEL KAVRAMLAR

§ 1. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI

İnsanoğlu, varoluşundan itibaren, kendisini ve ailesini yaşamları süresince doğabilecek tehlikelere karşı koruma ve güvence altına alma ihtiyacı hissetmiştir. Sefalet, yoksulluk, hastalık ve yaşlılık gibi sorunlarla mücadele edebilmek için aile içi yardımlaşma ve dini yardımlar ile başlayan koruma yöntemleri, yardım dernekleri ve yardım sandıklarıyla devam etmiştir.¹ Ancak, 19. ve 20. yüzyıllarda karşılaşılan sosyal problemler geleneksel insan müesseseleri ile karşılanamaz hale gelmiştir². Nitekim karşılaşılan bu sosyal problemler çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin oluşmasına vesile olmuş ve toplumsal refah devleti uygulamalarına uygun yeni bir boyut kazandırmıştır.

“Sosyal güvenlik” karşımıza yeni bir terim olarak çıkmasına rağmen insanlık tarihi kadar eski bir düşüncenin yansımasıdır. İnsanın geleceğini güvence altına alma ihtiyacı ile sosyal güvenlik fikri doğmuştur. Bu düşünce, sosyal güvenliği insanoğlunun en temel ihtiyaçlarından biri haline getirmiştir. Tehlikeyle karşılaşan ve yoksulluğa düşen bireye, asgari bir güvence sağlamak sosyal güvenliğin varoluş nedenidir. Günümüzde ekonomik kriz ve küreselleşme olguları, sosyal güvenliğin öneminin daha iyi anlaşılmasına vesile olmuştur³.

Sosyal güvenlik alanındaki gelişmeler sanayi devrimiyle birlikte toplumsal nitelik kazanmaya başlamış⁴ ve böylece yeni bir sürece girilmiştir. Ekonomik ve sosyal alanda yaşanan gelişmeler, zaman içinde geleneksel koruma tekniklerinin yetersiz kalmasına neden olmuştur. Kapitalizm ile birlikte sosyal politikaların doğasının ve organizasyonunun değiştiği görülmektedir. “*Tarih içinde, yoksulluğa yönelik yardımların yerini devlet yardımları, küçük boyutlu devlet yardımlarının yerini geniş kapsamlı devlet yardımları, yerelin yerini merkezi programlar, sosyal programlara gönüllü katılım yerini zorunlu katılım, bölük pörçük*

¹ Eveline M. BURNS, **Social Security and Public Policy**, New York: 1956, s.5.

² Walter A. FRIEDLANDER, **Sosyal Refah Hizmetine Başlangıç**, (Çev:Resan Taşçıoğlu), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1966, s.6.

³ Ali GÜZEL/Ali Rıza OKUR/Nurşen CANIKLIOĞLU, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 13.b., Beta Yayınevi, İstanbul., 2011, s.2.

⁴ L. D. MCCLEMENTS, **The Economics of Social Security**, London, 1978, s.1-2

programların yerini karmaşık ve bütünlüklü programlar almıştır"⁵. Bu değişikliklerin en önemlisi korumanın sosyal koruma ve sosyal haklar biçiminde ortaya çıkmasıdır.

Sosyal hakların vatandaşlık hakları arasındaki yerinin belirlenmesi "vatandaşlık" ve "vatandaşlık hakları" kuramı içinde ele alınmaktadır. "*Vatandaşlık, bireyin genel toplumda özgül konumunu ve rolünü, bir grup içinde kendi kaderini tayin edebilme derecesine göre tanımlanmaktadır. Vatandaşlık hakları bireyin topluma entegre olma, toplumla "bütünleşme biçimlerini ve düzeylerini belirlemektedir*"⁶. Bu noktada, vatandaşlık üç şekilde ifade edilmektedir. Birincisi piyasa vatandaşlığı veya medeni vatandaşlık, ikincisi siyasi vatandaşlık ve üçüncüsü de sosyal vatandaşlıktır⁷.

Sosyal güvenlik genellikle, sosyal güvenlik politikaları ile sosyal güvenlik sitemlerini kapsayacak biçimde incelenmektedir. Bu anlamda "*Sosyal güvenlik politikaları, sosyal korumanın amaç ve hedefini, sistemler ise hem amaçları, hem de bu amaçlara ulaşmak için oluşturulan hukuksal teknikleri kapsar*"⁸.

Sosyal güvenlik politikalarının ilk boyutu sosyal hakların kapsamı ile ilgilidir. Çünkü sosyal güvenlik politikalarının temelini, sosyal risklerin bireyler üzerindeki etkilerini giderme çabaları oluşturmaktadır⁹. "***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 haklardır***"¹⁰. Sosyal haklar piyasanın belirlediği gelir dağılımını değiştirmeyi, bireylerin piyasadan görece bağımsız olarak toplumda varolmasını vadeden ve hedefleyen bir yeniden bölüşüm mekanizmasıdır. Sosyal güvenlik araçları kullanılarak toplumun fertlerine sosyal haklar sağlanmakta ve bireylerin toplumsal risklerden korunması amaçlanmaktadır¹¹.

Sosyal haklar, bireyleri, ortaya çıkan sosyal risklere karşı sosyal koruma altına alan haklardır. Bu hakların kapsamı, düzeyi sosyal politika modellerini ortaya çıkarır. Sosyal politikaya konu olan risk alanları kapsamına, iş sahibi olma, eğitim, sağlık, beslenme, konut, refah, sosyal güvenlik, analık, aile ve çocuk, uluslararası yardım, barış, çevre, iş emniyeti,

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

⁶ Tülay ARIN, "*Refah Devleti: Bir Analiz Çerçevesi*", **IX Türkiye Maliye Sempozyumu**'na Sunulan Tebliğ, Antalya, 1993, s.55.

⁷ ARIN, Refah Devleti, s.55.

⁸ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.2.

⁹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.2.

¹⁰ ARIN, Yoksulluk, s.3.

¹¹ ARIN, Yoksulluk, s.2.

tüketicinin korunması v.b girmektedir¹². Bu alanın ne kadar geniş olacağı ve ortaya çıkan yeni risklerin nasıl dahil edileceği her bir ülkenin izleyeceği sosyal politikalar tarafından belirlenecektir.

Sosyal Güvenlik, kendisini meydana getiren sosyal ve güvenlik kelimelerinden farklı anlamı olan bir kavramdır.¹³ Terimi oluşturan kelimelerden ilki olan “sosyal” kelimesi, Latince kökenli bir kelime olup, içtimai kelimesinin yerini almıştır. Topluluğa ait, toplumla ilgili manasındadır. Aynı zamanda birlik, eşitlik, dayanışma, yardım esaslarına dayanmayı da hatırlatmaktadır¹⁴. Sosyal güvenlik terimini oluşturan kelimelerden bir diğeri olan “güvenlik” kelimesi ise, “güvenlik içinde olma ya da emniyette olma” anlamını taşımaktadır¹⁵. Terim olarak ele alındığı zaman sosyal güvenlik, toplumu oluşturan fertler için tehlikenin zararlarından uzak olma ve yarınından emin olma duygusunu ve bu duygunun ifade ettiği tatmin anlamına gelir¹⁶. Sosyal güvenlik, sosyal tehlikelerin meydana getirebileceği kayıplar karşısında emniyet içinde bulunmayı ve bu zararlardan kurtarılma garantisini anlatır. Sosyal güvenliğin sağlanmasında, geleceğe dönük tedbirler alındığı gibi, bugünü de kurtarmayı gaye edinen sosyal hizmet ve yardımların varlığı görülmektedir.¹⁷

Terminolojik olarak sosyal güvenlik kavramına ilk olarak, büyük iktisadi krizden sonra, Amerikan halkına gelir güvencesi sağlamayı amaçlayan ve Başkan Roosevelt’in Refah Devleti kurma yolunda başlattığı “New Deal” (Yeni Dalga) politikasının bir parçasını oluşturan 1935 tarihli bir Amerikan Kanununda (Social Security Act: Sosyal Güvenlik Kanunu) rastlamaktayız¹⁸. Bu kanunla “sosyal güvenlik” terimi sosyal bilimler literatürüne ilk kez girmiştir¹⁹. Daha sonra, İngiltere’de William Beveridge bu terime gerçek anlamını ünlü Beveridge Raporu ile vermiştir. Terim, 1944 yılında Philadelphia’da toplanan Milletlerarası Çalışma Konferansında da geniş yer bulmuştur²⁰. **Fişek, Özsuca ve Şuğle** ise sosyal güvenlik deyiminin bu tarihten çok daha önce, Sovyetler Birliği’nde 31 Ekim 1918 tarihli bir kararnamede kullanıldığını ifade etmektedir²¹.

¹² ARIN, Refah Devleti, s.55

¹³ Kadir ARICI, **Sosyal Güvenlik**, TES-İŞ Sendikası Yayını, Ankara, 1999, s.1.

¹⁴ Orhan TUNA, **Sosyal Siyaset Ders Notları**, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1966, s.10.

¹⁵ Müjdat ŞAKAR, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Yenilenmiş 10.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2011, s.3.

¹⁶ Yusuf ALPER, **Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sosyal Sigortalar**, 4.b., Ekin Kitabevi, Bursa, 2003, s.4.

¹⁷ ŞAKAR, s.4.

¹⁸ ŞAKAR, s.3.

¹⁹ Sait DİLİK, **Sosyal Güvenlik**, Kamu-İş Sendikası Yayınları, Ankara, 1991, s.3.

²⁰ Ataman YILMAZ, **Tahsis Mevzuatı ve İşlemleri**, SSK Yayınları, Ankara, 2004, s.1.

²¹ A. Gürhan FİŞEK/Şerife TÜRCAN ÖZSUCA/Mehmet Ali ŞUĞLE, **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996**, Sosyal Sigortalar Kurumu, Yayın No:598, Ankara, 1998, s.2.

I. SOSYAL GÜVENLİĞİN TANIMI

Tehlikeyle karşılaşan ve yoksulluğa düşen bireye, asgari bir güvence sağlamak sosyal güvenliğin varoluş nedenidir. Buradan yola çıkıldığında sosyal güvenliği tanımına ulaşmak kolay gibi görünmektedir. Ancak sosyal güvenliğin yöntem ve ilkelerinin sürekli olarak tartışılması ve sıklıkla değişmesi, herkesin üzerinde anlaştığı ortak bir tanım yapılmasını imkansızlaştırmaktadır. Bundan dolayı sosyal güvenlik kavramının ortaya çıkışından günümüze kadar çok sayıda ve birbirine yakın farklı tanımların yapıldığı görülmektedir.

Yazgan'a göre sosyal güvenlik, *“hiçbir fert açıkta kalmaksızın toplumu meydana getiren bütün fertleri koruma kapsamına alan, insanları ihtiyaçlarının esiri olmaktan kurtarmak için, onları yaşadıkları toplum içinde insan haysiyetine yaraşır asgari bir hayat standardı sağlamayı garanti eden bir sistemdir”*²².

Güzel, Okur ve Caniklioğlu'na göre sosyal güvenlik, *“sosyal riskle karşılaşan bireylerin ekonomik güvencelerini sağlamaya yönelik yeniden dağıtım konusundaki organizasyonun tümünü ifade eder”*²³.

Öğretide yapılan 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 mesleki, fizyolojik veya sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri veya kazancı kesilmiş kimselerin geçim ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir”*²⁴. **Tunçomağ**'a göre, *“gelirleri ne olursa olsun, kişilere belirli sosyal riskler karşısında ekonomik güvence sağlama görevine sahip kurum veya kurumlar topluluğudur”*²⁵. **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”*²⁶. **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”*

²² Turan YAZGAN, **İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları**, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayını, İstanbul, 1992, s.34.

²³ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.8.

²⁴ Cahit TALAS, **Sosyal Ekonomi**, Sevinç Matbaası, Ankara,1983, s.323

²⁵ Kenan TUNÇOMAĞ, **Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar**, Yenilenmiş 4.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 1988, s.5.

²⁶ DİLİK, s.10.

olarak, primli ve/veya primsiz rejimlerin kullanılmasını amaçlayan bir sistemdir”²⁷. Arın’a göre “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”²⁸. Öğretideki bir başka tanıma göre sosyal güvenlik, “insanların yani bir ülkede yaşayan bütün vatandaşların geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını kadere terk etmeden, başkalarının lütuf ve yardımlarına lüzum kalmaksızın hep birden karşılayan bir sistemdir”²⁹.

Sosyal güvenlikle ilgili olarak Milletlerarası Çalışma Teşkilatı’nın (ILO) 1944 Philadelphia Konferansında yaptığı tanımlama ise şu şekildedir: “Halkın hastalık, işsizlik, yaşlılık, ölüm sebebiyle geçici veya sürekli olarak kazançtan mahrum kalması durumunda düşeceği fakirliğe karşı tıbbî bakımdan dolayı, çocuk sayısının artması ve analık halinde korunmasına yönelik umumi tedbirler sistemidir”³⁰.

Bu tanımlamaların sayısı artırılabilir. Tanımların ortak noktasının, belirtilen sayıdaki sosyal risklerin yol açabilecekleri gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı fertlerin ekonomik güvenliklerinin sağlanması olduğu görülmektedir. Yapılan tanımlara göre sosyal güvenliğin bir sistem, bir programlar bütünü olduğu anlaşılmaktadır.³¹

Öte yandan, sosyal güvenlik tüm riskleri değil belirli riskleri kapsamına almakta, diğer taraftan sosyal güvenlikle sağlanacak gelir ailenin gelir garantisi olduğu için sosyal güvenlik birim olarak aileyi esas almaktadır³². Sosyal güvenlik bir insan hakkı ve devlet görevi olduğu için tüm toplumu kapsamı altına almakta, konusunu tüm sosyal tehlikeler oluşturmakta, primli veya primsiz rejimlerle yürütülmektedir³³.

Sosyal güvenlik kavramı yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda belli kavramları da içermesi nedeniyle sosyal siyaset ve sosyal politika kavramlarının da anlaşılması gerekir. Bu nedenle sosyal siyaset ve sosyal politika kavramları üzerinde durulmasında fayda bulunmaktadır.

²⁷ ŞAKAR, s.6.

²⁸ ARIN, Yoksulluk, s.2.

²⁹ Orhan TUNA/ Nevzat YALÇINTAŞ, **Sosyal Siyaset**, Filiz Yayınevi, İstanbul, 1985, s.129.

³⁰ Ali SEYYAR, “Sosyal Güvenlik Nedir?”, <http://www.sosyalsiyaset.com/documents/sg.htm>, (01.11.2011).

³¹ Ömer EKMEKÇİ/A. Can TUNCAY, **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, Güncelleştirilmiş 11.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2005, s.4.

³² YAZGAN, s.31.

³³ ŞAKAR, s.9.

Sosyal güvenlik kavramı, ilk defa XIX. yüzyılın ikinci yarısında Almanya’da Prof. Dr.Wilhelm Heinrich Riehl tarafından kullanılmıştır.³⁴ XVIII. yüzyılın ikinci yarısından itibaren sanayileşmenin hız kazanmasına paralel olarak ekonomik ve sosyal sınıf mücadeleleri, aynı zamanda toplum içinde sosyal gruplaşmalara ve farklılaşmalara yol açmıştır. Bu sınıf mücadelelerinin, sosyal dengeyi bozucu ve toplum düzenini tehdit edici bir hal alması sanayileşmiş ülkeleri sosyal dengeyi sağlamak yolunda tedbirler almaya yöneltmiştir. Bu manada sosyal politika; toplum politikasının dar anlamda bir parçasıdır.³⁵ İkinci Dünya savaşından sonra ise diğer halk grupları da toplum siyasetinin içine girdiler. Böylece toplumun tamamının, sağlık, eğitim, vergi v.b. problemlerini çözme görevini üstlenen geniş anlamda bir sosyal politika dalı ortaya çıkmıştır³⁶. Sosyal politikanın bu türü de geniş anlamda sosyal sorunlara dayanmaktadır³⁷.

Günümüzde sosyal güvenlik, sosyal siyaset disiplinin bir alt dalı olarak gündeme gelmektedir.³⁸ Bir disiplin olarak ise sosyal siyaset, toplumun refah seviyesinin yükseltilmesi ile birlikte huzurunu da gaye edinmiş kurumlar bütünü olarak tarif edilebilir.³⁹

Bir başka tarife göre sosyal siyaset, “*sosyal hayatın devamlılık ve bütünlük bakımından, zümrelerin kendi aralarında ve cemiyetle olan münasebetlerinde oluşan ve sosyal hayatı felce uğratmak, tahrip etmek yolunda meydana gelen tehlikeleri bertaraf etmeğe yönelmiş bir politika*”dır.⁴⁰ Diğer bir tanımda ise sosyal politika, “*emeğiyle çalışanlar, emekliler, çocuklar v.b. zayıf gruplar için, fayda veya refah amaçlı bir yaklaşımla, daha fazla refahın ve daha fazla faydanın sağlanmasında bir araçtır.*”⁴¹ Yani sosyal politikaya kaynakları dağıtıcı bir rol yüklenmekte, dolayısıyla sosyal politika zenginden fakire bir gelir transferi olarak nitelendirilmektedir.

Sosyal politikaların önde gelen araçlarından biri devlet müdahaleleri iken, diğeri ise kendi kendine yardım mekanizmasıdır⁴². Dolayısıyla sosyal güvenlik bir devlet politikası haline gelmiş ve devletin görevleri arasında sosyal güvenliğin sağlanması da sayılmıştır. Devlet bu görevini yerine getirirken, sosyal siyaset tedbirleri içerisinde sosyal güvenlik

³⁴ Süleyman ÖZDEMİR, **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İTO Yayınları, İstanbul, 2004, s.31.

³⁵ Adil İZVEREN, **Sosyal Politika ve Sosyal Sigortalar**, 2.b., Doğu Matbaacılık, Ankara, 1970, s.3.

³⁶ TUNA/YALÇINTAŞ, s.28.

³⁷ Ali Nazım SÖZER, **Türkiye’de Sosyal Hukuk**, Fakülteler Kitabevi, İzmir, 1998, s.4.

³⁸ Cahit TALAS, **Türkiye’nin Açıklamalı Sosyal Politika Tarihi**, Bilgi Yayınevi, Ankara, 1992, s.136.

³⁹ Muzaffer KOÇ, **Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimi ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi**, Ofis Matbaacılık, Malatya, 2004, s.11.

⁴⁰ TUNA, s.26.

⁴¹ ÖZDEMİR, s.32.

⁴² H. Sami GÜVEN, **Sosyal Politikanın Temelleri**, Ezgi Kitabevi, Bursa, 1995, s.79-80.

politikalarını kullanacaktır⁴³. Kısaca sosyal politika, “toplumun hayatında sosyal düzenin sağlanması amacıyla yönelen devlet tedbirleridir ve her modern devlet siyasetinin önemli bir kısmını teşkil eden faaliyetler bütünüdür”⁴⁴. Bu yönüyle değerlendirildiğinde sosyal politikaların en önemli vasıtalarından biri olarak sosyal güvenlik öne çıkmaktadır. Bir başka ifadeyle sosyal güvenlik, sosyal politikanın ulaştığı önemli bir zirvedir⁴⁵.

II. SOSYAL GÜVENLİĞİN KONUSU

Sosyal güvenliğin konusunu sosyal riskler oluşturmaktadır. Risk kelimesinin Türkçe’deki karşılığı ise tehlikedir. Risk, kavram olarak gerçekleşmesi muhtemel olan, gerçekleştiği zaman insanı, sağlığının veya vücut bütünlüğünün zarar görmesi şeklinde etkileyen her türlü olaylardır. Bu anlamda risk, irade ve istek dışında oluşması muhtemel olan bir olaydır⁴⁶. Tüm sosyal riskler, bireylerin ekonomik durumunu etkilemek gibi ortak bir özelliğe de sahiptir⁴⁷. Sosyal güvenliğin konusu olan riskler sosyal güvenlik anlayışına bağlı olarak değişebildiği gibi; toplumların ekonomik ve sosyal gelişmişlik durumları da bunda etkili olmaktadır. Sonuç olarak, sosyal güvenlik bakımından tehlike, kişinin gelirinde eksilmeye veya giderlerinde artışa neden olan her türlü olaylardır⁴⁸.

Sosyal risklerin bir kısmının gerçekleşip gerçekleşmeyeceği (iş kazası, meslek hastalığı, malullük, işsizlik gibi) belirli olmamakla birlikte, bir kısmının gerçekleşeceği (yaşlılık, ölüm) kesindir. Bir kısmı iradi (çocuk sahibi olma, evlenme), bir kısmı ise kaza, ölüm gibi irade dışıdır⁴⁹. Sosyal risk meydana gelince kişinin gelirinde azalma ve giderinde artış meydana gelmekte, mal varlığında eksilmektedir. Bu durumdaki bireylerin gider artışı veya gelir kayıpları sosyal güvenlik mekanizması kullanılarak giderilir.

Tehlikenin kaynağı bakımından sosyal riskler fizyolojik, doğal ve sosyo-ekonomik riskler olarak ayrımına tabi tutulabileceği gibi fiziki riskler (hastalık, kaza, maluliyet, analık, yaşlılık, ölüm) ve ekonomik riskler (işsizlik, gelirin aileye göre yetersiz olması) olarak da ayrımına tabi tutulabilir. Bir başka sınıflandırmaya göre ise malullük, yaşlılık ve ölüm riskleri

⁴³ ARICI, s.41.

⁴⁴ İZVEREN, s.2.

⁴⁵ KOÇ, s.13.

⁴⁶ ARICI, s.7.

⁴⁷ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.3.

⁴⁸ ŞAKAR, s.4.

⁴⁹ Ömer EKMEKÇİ/A. Can TUNCAY, **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, Güncelleştirilmiş 14.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2011, s.7.

“uzun dönemli riskler” (long-term risk) hastalık, analık, iş kazası, meslek hastalığı, işsizlik ve ailevi yükler ise kısa dönemli riskler (short-term risk) olarak adlandırılmaktadır⁵⁰.

“Milletlerarası Çalışma Teşkilatı”nın (ILO) 1952 tarihli ve 102 sayılı “Sosyal Güvenliğin Asgari Standartları Sözleşmesi”nde dokuz sosyal tehlike sayılmıştır. İş kazaları ve meslek hastalıkları mesleki riskler, hastalık, malullük, analık yaşlılık ve ölüm fizyolojik riskler, işsizlik ve ailevi yükler (evlenme, çocuk yetiştirme) sosyo-ekonomik riskler olarak nitelendirmiştir.⁵¹

Sayılan bu sigorta kollarının tümünün (sosyal risklerin), sosyal güvenlik sistemlerinde kapsama alınacağı sonucuna varmak doğru değildir. Çünkü, sosyal güvenliğin kapsamı, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ilgilidir. Az gelişmiş veya gelişmemiş ülkelerin sosyal güvenlik için çok önemli kaynaklar ayrabilmesi kaynak yetersizliğine bağlı olarak oldukça güçtür. Bunun için ILO’nun 102 sayılı antlaşması, dokuz sigorta dalından en az üç tanesinde halkın belli bir oranına sosyal güvenlik sağlayan her ülkeye antlaşmayı onaylama hakkını açık bırakmıştır⁵². Ülkeler, sosyal güvenlik sistemlerinde, sözü edilen sosyal güvenlik risklerinin tamamını ya da bunlardan bir kısmını, tek tek ya da gruplar halinde sigorta kolları oluşturarak güvence altına almaktadır. Aşağıda sosyal güvenliğe konu olan riskler; mesleki riskler, fizyolojik riskler ve sosyo-ekonomik riskler olmak üzere üç grupta⁵³ ele alınıp kısaca açıklanacaktır.

1. Mesleki Riskler

Mesleki riskler, iş kazaları ve meslek hastalıkları riskleridir. Söz konusu riskler 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 tazmini tüm sosyal güvenlik sistemlerinde tartışmasız yerini almıştır.⁵⁴. Çalışanların iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı korunmasına yönelik olarak yapılan ilk yasal düzenlemeler, batı ülkelerinde XIX. yüzyılın sonlarında başlamıştır⁵⁵.

⁵⁰ ŞAKAR, s.5.

⁵¹ TUNÇOMAĞ, s.7.

⁵² TUNÇOMAĞ, s.5.

⁵³ Cahit TALAS, *Toplumsal Ekonomi*, 7.b., İmge Kitabevi, Ankara, 1997, s.398

⁵⁴ EKMEKÇİ/TUNCAY, s.7.

⁵⁵ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.319.

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 kullanamamasıdır⁵⁶.

Meslek Hastalığı ise; mesleki bir faaliyetin yürütülmesi ya da sürekli bazı işlerde çalışma, çalışmada yapılan işle doğrudan bağlantılı olarak hastalıklara yol açabilmektedir. Bu nedenle meslek hastalığı da iş kazaları gibi sosyal bir risk olarak kabul edilmektedir⁵⁷.

2. Fizyolojik Riskler

Fizyolojik Riskler; mesleki risklerin dışında kalan, insanın kendi bünyesinde meydana gelen hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık ve ölüm gibi olaylardır⁵⁸.

Hastalık; biyolojik bir tehlike olarak, kişinin geçici olarak çalışma gücünün kaybolmasına ve bununla bağlı olarak gelirinin kesilmesine/azalmasına neden olur. Sosyal sigortaların ilk branşı olan hastalık sigortası ile bireyin çalışma gücünün yeniden kazandırılması için gerekli tedavi edici sağlık hizmetleri sunulur.⁵⁹ Bunun yanı sıra hastalanan kişinin çalışmadığı süre için kesilen/azalan gelirinin, artan giderinin telafisi için mevzuata göre belirli süreler ve belirli oranlarda nakdi para yardımı da yapılır⁶⁰.

Milletlerarası Çalışma Konferansında ilk kabul edilen sözleşmelerden biri analığın korunması hakkındaki, 1952 yılında bazı ayrıntıları değiştirilen 1919 tarihli sözleşmedir. Bu sözleşmeyi tasdik eden üye devletlerin çoğu, analık halinde yapılacak yardımları, genel hastalık sigortası içinde ayrı bir sigorta sistemi ile sağlamaktadırlar⁶¹.

Analık halinde de hastalık sigortasına benzer geçici iş göremezlik kaybı mevcut olup sağlık yardımlarının yanı sıra ortaya çıkan zararların karşılanması için nakdi para yardımı yapılır. Bunun yanı sıra, bir defaya mahsus doğum ve emzirme yardımı gibi maktu ödemelerde bulunulur.

⁵⁶ EKMEKÇİ/TUNCAY, s.285.

⁵⁷ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.343.,

⁵⁸ EKMEKÇİ/TUNCAY, s.7.

⁵⁹ Sağlık hizmetleri insanların ruhsal ve fiziksel sağlıklarının korunmasını ve iyileştirilmesini kapsar. Ayrıntılı bilgi için bkz.; Ali Rıza OKUR, "Genel Sağlık Sigortası Açısından Yeni Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi", *Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt:VI, Sayı:2, 2009, s.94.

⁶⁰ ALPER, s.6.

⁶¹ ILO, *Sosyal Güvenlik*, (Çev: Nihat SELAMOĞLU), SSK Yayınları, Ankara, 1968, s.58.

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 risktir⁶². Ancak istisnai hallerde belirli oranda iyileşme olabilmektedir. Malullere sürekli gelir garantisi temin edilmesi yanında malul kalan kişinin yeniden çalışmasını sağlayabilmek veya kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için sağlık ve rehabilitasyon hizmetleri de verilir⁶³.

Yaşlılık belirli bir süre çalışan kişinin artık çalışamayacak bir yaşa gelmesini ifade eder. Çalışamayacak yaşa gelmesi nedeniyle elde ettiği gelirden yoksun kalan kişiye, kendisinin ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yaşamını idame ettirebilmesi için kaybettiği gelirin yerine geçecek sürekli bir gelir verilir.⁶⁴ Yaşlılık, yaşa bağlı olduğu için kaçınılmaz olan bir malullük hali olarak da nitelendirilebilir. Ancak yaşlılıktan dolayı kişiye, sürekli bir gelir verilebilmesi için çalışma gücünün kaybedilmiş olması veya iş göremez duruma düşmüş olması şart değildir. Aksine, bu riskle belirli yaşa ulaşabilen herkes karşılaşmakta ve bunu beklemektedir.⁶⁵

Ölümün, ölen insan bakımından bir tehlike olup olmadığı tartışılabilir. 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 sayılmıştır.⁶⁶ Ölüm sigortasından hak sahiplerine yaş, medeni durum ve gelir sahibi olma gibi şartlara bağlı olarak aylık bağlanmaktadır. Bunun yanı sıra, yine bir defaya mahsus olmak üzere ortaya çıkan masrafi karşılamak üzere hak sahiplerine cenaze yardımı da yapılmaktadır.

3. Sosyo-Ekonomik Riskler

Sosyo-Ekonomik risklere toplum ve aile hayatı ile işletme şartlarında meydana gelen riskler dahil edilmiştir. Herhangi bir ülkede ekonomik nedenlerle ortaya çıkan krizlerin meydana getirdiği işsizlik, kıtlık ve enflasyon gibi beklenmedik gelişmeler toplum için bir tehlike oluşturmaktadır⁶⁷. Bunlardan birisi de işsizliktir.

İşsizlik, çalışma istek, arzu ve kabiliyetine sahip bulunduğu halde kişinin kendi iradesi dışında çalıştığı işten ayrılması ve şartlarına uygun yeni bir iş bulamaması durumudur.

⁶² EKMEKÇİ/TUNCAY, s.8.

⁶³ ALPER, s.8.

⁶⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.4.

⁶⁵ DİLİK, s. 89.

⁶⁶ ARICI, s.9.

⁶⁷ Ali ÇUBUK, **Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik**, Gazi Üniv. İ.İ.B.F. Yayınları, Ankara, 1986, s.156.

Özellikle toplumu derinden etkileyen ekonomik kriz dönemlerinde artan işsizlik riskine karşı, ülkeden ülkeye farklılıklar olmakla birlikte işsiz kalanlara, gelir kaybının kısmen de olsa telafisi için geçici bir süre için ödeme yapılmaktadır. İşsizlik sigortası işsizlikle mücadelede pasif istihdam tedbirlerinden biri olarak öne çıkmaktadır ve amaç kişinin en kısa zamanda şartlarına uygun işlerde çalışmasını sağlamaktır⁶⁸.

Diğer bir sosyo-ekonomik risk ise ailevi (evlenme ve çocuk yetiştirme) yükleridir. Yaşama koşullarının sanayi devrimi ile birlikte giderek ağırlaşması ve aile tarafından karşılaşılan ekonomik zorluklar, ailevi yüklerin karşılanmasına, sosyal güvenlik sistemi içinde önemli bir yer sağlamıştır⁶⁹.

Ailevi yükler (evlenme, çocuk sahibi olma), kişilere olağan harcamaları dışında ek harcamalar yükleyen insan hayatının önemli dönemlerindedir. Burada aile gelirinin yetersizliği bir sosyal güvenlik tehlikesi olarak kabul edilmiş ve ortaya çıkan gider artışını karşılamaya yönelik ödemeler sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır.⁷⁰ 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 vardır.⁷¹

III. SOSYAL GÜVENLİĞİN AMACI

Sosyal güvenlik, sosyal bir riskin varlığı nedeniyle çalışamayan veya çalışma gücünün bir kısmını kaybettiği için gelir kaybına uğrayan bireylere, insan onuruna yaraşır asgari bir yaşam sürececek gelir garantisi sağlar. Bu şekilde gelir garantisi altına alınan kişiler, muhtaçlık durumuna düşmez veya bu durumdan kısa bir süre içinde kurtulma imkânına kavuşur.⁷² İkinci olarak sosyal güvenliğin önleyici bir görevi vardır; iş kazası ile meslek hastalıkları risklerine karşı koruyucu önlemler geliştirir.⁷³ Sosyal güvenlik sistemi sadece nakdi yardımda bulunmaz. Geniş bir sağlık ve sosyal hizmet ağını da kapsamına alır.⁷⁴

⁶⁸ ALPER, s.9.

⁶⁹ Andre GETTİNS, **Toplumsal Güvenlik Nedir**, (Çev:Rekin TEKSOY), Ekin Yayınevi, İstanbul, 1962, s.35.

⁷⁰ ALPER, s.10., EKMEKÇİ/TUNCAY, s.8.

⁷¹ 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.

⁷² ARICI, s.26.

⁷³ Mustafa KURUCA, “**Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları, Açıkları ve Kamu Açıklarına Etkileri**”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi SBE, 2001, s.4.

⁷⁴ ILO, **21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik**, (Çev: Yusuf ALPER/İsmail TATLIOĞLU), Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları, Bursa, 1994, s.19.

Sosyal güvenlik, işsiz kalanlara iş buluncaya kadar geçimlerini temin edecek yardımcı yaptığı gibi iş kazası, yaşlılık ve malullük nedeniyle muhtaç duruma düşenlere de gelir garantisi sağlar. Sosyal risklerle karşılaşan bireylerin korunmasına yönelik yardımlar ve sosyal hizmetlerle bireyin muhtaçlığı giderilerek sosyal adalet ve barış sağlanmış olur. Kısaca sosyal güvenliğin amacı, tehlikeler karşısında insanları ihtiyaçlarının esiri olmaktan kurtarmaktır.

IV. SOSYAL GÜVENLİĞİN ARAÇLARI

Sanayi devrimiyle birlikte üretim biçimi ve toplumsal yapı değişikliğe uğramıştır. Sosyal risklere karşı, belirsiz ve garantisiz olan geleneksel koruma teknikleri tamamen yetersiz hale gelmiştir. Bunun sonucunda sefalet içine düşmüş bir işçi sınıfı oluşmuştur. Hızlı sanayileşme ve şehirleşme ile birlikte doğan sefaletin önlenmesi için devlet eliyle örgütlenen sosyal güvenlik kurumlarına ihtiyaç duyulmuştur. Yine bu dönemde, iktidar sahiplerince, mecburi sosyal sigorta uygulamaları ile zararlı bulunan ve ülke rejimlerini tehdit eden siyasi akımların önlenmesi amaçlanmıştır⁷⁵.

Sosyal güvenlik, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler yoluyla yerine getirilir. Toplumun ve bireylerin sosyal risklere karşı güvenceye kavuşturulmasında sosyal güvenlik amaç, sosyal sigortalar, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler ise onun en önemli araçlarıdır.

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 denmektedir.⁷⁶

1. Sosyal Sigortalar

Dünyada her ülke gelişmişlik düzeyi, siyasi ve ekonomik yapılarına göre sosyal güvenliği farklı araçlarla sağlamaktadır. Bu araçlar dan birisi de daha önce belirtildiği üzere sosyal sigortalar ve sosyal yardımlardır. Sosyal sigortaların finansmanı primlerle karşılandığı

⁷⁵ ŞAKAR, s.17-18.

⁷⁶ EKMEKÇİ/TUNCA, s.4.

için primli rejim veya çalışmaya ilişkin rejim, sosyal yardımlar ise vergi gelirleri ile finanse edildiği için primsiz rejim veya evrensel sistem olarak adlandırılırlar⁷⁷.

Sosyal sigortalar, sosyal güvenlik tekniklerinin en yaygın olanıdır. Çalışanların karşılaşılabilecekleri 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.⁷⁸ 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.⁷⁹

2. Sosyal Yardımlar ve Sosyal Hizmetler

Sosyal yardım ve hizmetler, sosyal sigortalarla birlikte sosyal güvenliğin iki ana kolunu oluşturmaktadır. Sosyal yardımların, sosyal sigortaların tamamlayamadığı boşlukları doldurmak gibi bir amacı vardır. Sosyal yardımların özelliği, yarımda muhtaç duruma düşen vatandaşlara devlet bütçesinden para yardımı yapılmasıdır. Sosyal yardımdan yararlanmanın temel şartı muhtaç olmaktır. Sosyal yardım karşılıksız olarak devlet tarafından yapılmaktadır. Yardıma hak kazananlar ileride muhtaçlıktan kurtulduklarında yardımı geri ödemek zorunda bırakılmazlar. Bu nedenle sosyal yardım ve sosyal hizmet tekniğine sosyal güvenlikte primsiz rejim adı verilmektedir.⁸⁰

Öğretide sosyal yardım, “olağanüstü bir durum nedeniyle veya sosyal güvenliğe dahil olmadıkları için, veya sosyal güvenliğe dahil olsalar dahi, sosyal güvenliğin sağladığı emeklilik veya işsizlikteki gelir desteğinin yeterli olmamasından dolayı yeterli gelire sahip olmadıkları için yoksul olanlara sağlanan gelir transferleridir”⁸¹ denilmektedir. Sosyal yardımlarda, yardım alanın sistemin finansmanına katılması söz konusu değildir. Sosyal yardımlar daha çok genel bütçeden karşılanmaktadır.

Yazgan'a göre; sosyal güvenlik içinde yardım kavramı yoktur. Devlet insana yardım olsun diye ödeme yapmaz, onun, insan hakkı olduğu için ödeme yapar. Bu nedenle sosyal yardım ve hizmetler için sosyal güvenlik harcaması deyimini kullanmaktadır. Ayrıca, sosyal

⁷⁷ ŞAKAR, s.9.

⁷⁸ Her ne kadar ilke olarak ödenen primler ile sağlanan edimler arasında maddi ilişki kurulmasa da primli rejim kapsamından yararlanmak için mutlak surette prim ödenmesi gerekmektedir.

⁷⁹ EKMEKÇİ /TUNCAY, s.15.

⁸⁰ ARICI, s.143.

⁸¹ ARIN, 1997, s.5.

yardımlar ve hizmetleri, sosyal güvenliğin herkesi, tüm risklere karşı koruma hedefinin gerçekleştirilmesi için sosyal sigortaların teknik boşluklarını tamamlayan bir yöntem olarak nitelendirilmektedir.⁸² Sosyal yardımlar, sosyal sigorta imkânından yararlanamayan muhtaç kişilere sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşıladığı için sosyal güvenlik bakımından devlet ödevleri arasında yer almaktadır.

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 adlandırılmaktadır⁸³. 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 bir çok alanı kapsayan hizmetleri içermektedir⁸⁴. Belirtelim ki; sosyal yardımlar daha çok parasal olarak yapılan ödemelerden ibaret iken, sosyal hizmetler ise daha çok bir hizmet sunumundan oluşur.

V. SOSYAL GÜVENLİĞİN SAĞLIKLA İLİŞKİSİ

Sosyal güvenlikle ilgili yapılan tanımlamalarda da üzerinde durulduğu üzere sosyal güvenlik, toplum içinde yaşayanların hemen ya da gelecekte gelirlerini azaltıcı ve/veya giderlerini artırıcı risklerle karşılaşmaları durumunda ortaya çıkabilecek bu risklerin olumsuz etkilerini azaltıcı ya da tamamen önleyici tedbirlerin alındığı bir sistemdir. Bu sistem içinde sosyal sigorta yöntemi ile toplumun önemli bir kısmını belirli riskler karşısında güvence altına alınırken, sosyal güvenliğin tüm toplumu koruma altına alma amacına ulaşılmasında yetersiz kalınmasına sebep olmaktadır. Buradan hareketle sosyal sigorta kapsamına alınamayan bireylerin sosyal risklerle karşılaşmaları halinde gerekli sosyal korumayı sağlamak amacıyla sosyal sigorta yönteminin tamamlayıcısı niteliğindeki sosyal yardım ve sosyal hizmet yöntemleri kullanılır. Sosyal güvenliğin temel amacı ise yukarıda da belirttiğimiz gibi tüm topluma sosyal riskler karşısında koruma sağlamaktır. Sosyal güvenlik, sağlıkla ilgili sosyal risklere karşı da güvence sağlamaktadır.

⁸² 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.

⁸³ EKMEKÇİ /TUNCAY, s.15.; ARIN, s.5.

⁸⁴ ARIN, s.5., EKMEKÇİ/TUNCAY, s.15.

Sağlık, geniş anlamda toplum içindeki bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde bulunmasını ifade eder. Hastalık ise sağlıklı olmanın zıt anlamını taşıyan, tedaviyi gerektiren bedensel, ruhsal ve sosyal durumdaki bozukluklar şeklinde tarif edilebilir⁸⁵. Sağlıklı olan birinin ne zaman hastalanacağını ve sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacağını önceden kestirilmesi oldukça güçtür. Buna karşın sağlığını kaybederek hastalık haline düşen bir kişi için bu durumun eğer çalışıyor ise gelirlerinde bir azalmaya neden olacağı aşikârdır. Diğer taraftan hastalığın tedavisi için yapılması gereken tedavi giderleri nedeniyle hastalanan kişinin giderlerinin artacağı da muhakkaktır. 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 mümkündür.

Bu bağlamda sosyal güvenlik ile sağlık ve sağlık hizmetlerinin ayrı ayrı düşünülemeyeceği, sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemin tamamlayıcısı niteliğinde olduğu söylenebilir. Dolayısıyla sosyal güvenlik sistemin 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 imkanlar 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 anlayışının⁸⁶ da bir gereğidir. Ancak sosyal devletle sosyalist devleti karıştırmamak gerekir. Dolayısıyla sosyal devleti, serbest rekabetçi, liberal ekonomik sistemin, çağın şartlarına ve gereklerine uyarlanmış bir şekli olarak düşünmek gerekir.⁸⁷

⁸⁵ Hediye ERGİN, **Türk ve Alman Hukukunda İş Sözleşmesinin Sağlık Nedeniyle Sona Ermesi**, Beta Yayınevi, İstanbul, 2009, s.6.

⁸⁶ Mümtaz SOYSAL, **Anayasaya Giriş**, Genişletilmiş 2. b., Sevinç Matbaası, Ankara, 1969, s.234

⁸⁷ Ergun ÖZBUDUN, **Türk Anayasa Hukuku**, Yetkin Yayınevi, Ankara, 1990, s.104.

Ş 2. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMI

1. SAĞLIK KAVRAMI

Türkçe’de, vücudun hasta olmaması, vücut esenliği, canlı, sağ, diri olma durumu⁸⁸ olarak tanımlanan sağlık bir anlamda hastalığın tersi olarak ifade edile gelmiştir⁸⁹. Bu anlamda sağlıklı kişi, bedensel ve ruhsal faaliyetlerini engelleyecek fonksiyon bozukluğu olmayan kişi olarak ifade edilebilir⁹⁰. Ancak bu tanım tek başına sağlık kavramını açıklamaktan uzaktır. Zira Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1947 yılında benimsediği tanıma göre sağlık, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi durumda olma halidir⁹¹. Dolayısıyla, sağlık kavramı tanımlanırken sadece sakatlık ve hastalık halinin olmayışı şeklinde bir tanımlama yerine, sağlık “bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde bir tanımlama yapılması daha açıklayıcı ve isabetli olacaktır⁹².

Nitekim Dünya Sağlık Örgütünün yaptığı tanıma benzer bir tanım Ülkemizde, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un⁹³ 2. maddesinde yapılmıştır. Adı geçen kanunda sağlık “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Hatta ülkemizde kabul gören bu tanımın Dünya Sağlık Örgütü’nün kabul ettiği tanımdan daha geniş bir anlam ifade ettiği şeklinde bir değerlendirme yapılması da mümkündür.

Sağlık ve hastalığın birbirinin simetriği olamayacağını, bir çok hastalık varken bir tek sağlık kavramının bulunduğunu, önemli olanın hastalıkların nedenlerini bulmak, tedavi etmek ve sağlıklı olmanın temellerini hazırlayarak, geliştirici çabalar harcamak olduğunu belirterek sağlık kavramının hastalık hali ile açıklanmasının uygun olmayacağını ileri süren

⁸⁸ TÜRK DİL KURUMU, **Türkçe Sözlük**, 10. b., Türk Dil Kurumu Yayınları, Yayın No:549, Ankara, 2005, s.1680.

⁸⁹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s. 655.; Özkan BİLGİLİ, **Özel Sağlık İşletmelerinde Personel İstihdamı**, İzmir Tabip Odası Yayınları, İzmir, 2009, s.3.; İlhan SERİN, **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, Kazancı Yayınevi, İstanbul, 2004, s.6.

⁹⁰ Coşkun YILMAZ/Necdet YILMAZ, **Osmanlılarda Sağlık**, Biofarma Yayınları, Cilt:1, İstanbul, 2006, s.7.

⁹¹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.655; Ertuğrul ERBAYDAR, “*Sağlık:Kimin İçin?*” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:17, Sayı:4, (Temmuz-Ağustos 2002), s.305; Güneri AKALIN, **Kamu Ekonomisi**, Ankara Üniv. SBF Yayınları, Yayın No: 554, Ankara, 1986, s.270.; Yalçın BOSTANCI, “**Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası**”, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Selçuk Üniv. SBE, Konya, 2007, s.24; M. Hanifi ASLAN, **Hizmet Ekonomisi**, Alfa Yayınları, İstanbul, 1998, s.267.; Zuhâl BALTAŞ, **Sağlık Psikolojisi:Halk Sağlığında Davranış Bilimleri**, 4.b., Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008, s.34.

⁹² Sevda DEMİRBILEK, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**, İlkem Ofset, İzmir, 1999, s.6

⁹³ R.G., 12.01.1961, 10705.

akademisyenler de bulunmakla birlikte⁹⁴ sağlık ve hastalık kavramlarının her toplumun sosyal ve kültürel özelliklerine göre değişen değer yargılarına sahip olduğu, bu nedenle bu kavramların anlamının toplumdan topluma değiştiği, kavramlara zaman içinde de farklı anlamlar yüklendiği açıktır⁹⁵.

Sağlıkla ilgili modern tanımları diğer klasik tanımlardan ayıran en önemli faktör sağlığı semptomlar boyutuna sıkıştırmayarak insanı psikolojik ve sosyal boyutuyla bir bütün olarak ele almasıdır⁹⁶. Bu anlamda tanımların ortak noktası, sağlığı etkileyen üç etkenin var olduğudur. Bunlar, biyolojik (fiziksel), psikolojik (ruhsal) ve sosyal etkenlerdir⁹⁷. Hiç şüphesiz bu etkenlerden birinin eksikliği diğerlerini de olumsuz etkileyebilecektir.

II. SAĞLIK HAKKI KAVRAMI

1. Tanımı ve Yaşam Hakkı İle Bağlantısı

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 içerisindedir. Dolayısıyla yaşam hakkından söz edebilmek için her şeyden önce, kişinin sağlığının korunması, sağlıklı yaşam için gerekli tüm önlemlerin alınması ve bireye gerekli hizmetlerin verilmesi gerekmektedir⁹⁸. Öğretiye göre, birey değerini yaşam hakkı ile kazanır.⁹⁹

Bu perspektiften değerlendirilince, kişilik haklarından en önemlisi yaşam hakkı iken, sağlık hakkının, yaşama hakkının bir parçası olduğu sonucuna varılır.¹⁰⁰ Bir kısım yazarlar sağlık hakkı ile yaşam hakkının iç içe geçtiğini, sınırlarının çizilmesi ve birbirleriyle ilgisinin kurulmasının oldukça güç olduğunu, her iki kavramın yer yer eş anlamlı olarak da kullanıldığını belirtmektedir¹⁰¹.

⁹⁴ Sevgi KURTULMUŞ, “Sağlık Ekonomisi”, (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi), İstanbul Üniv. İstanbul, 1996, s.27; Ayşe YİĞİT ŞAKAR, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No:22, İstanbul, 1999, s.27.

⁹⁵ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s. 656.

⁹⁶ BALTAŞ, s.34.

⁹⁷ Nurşen ÖZÇELİK ADAK, **Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme**, Birey Yayınları, İstanbul, 2002, s.21.

⁹⁸ Recep MAKAS, “**Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği**”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi SBE, 2003, s.191.; GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s. 657.

⁹⁹ Bahri SAVCI, **Yaşam Hakkı ve Boyutları**, Ankara Üniv. SBF Yayınları, Ankara, 1980, s.82.

¹⁰⁰ Bkz., Ali Rıza Okur, “*Genel Sağlık Sigortası*”, **Yeni Sosyal Güvenlik Sistemi-Değerlendirmeler-** içinde, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2010, s. 113, ÖZKAN, s.7.

¹⁰¹ Safa REİSOĞLU, **Uluslararası Boyutlarıyla İnsan Hakları**, Beta Yayınevi, İstanbul, 2001, s.37.

Gerek uluslararası belgelerde gerekse birçok ülke anayasasında temel hakların odak noktasını yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı oluşturmaktadır. Hiç şüphesiz yaşama hakkının ayrılmaz bir parçası da yaşamın sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesidir. Bu bağlamda devletler bireylerin yaşama hakkını güvenceye kavuştururken, tıbbın ulaştığı son gelişmeleri de göz önüne almak ve gerekli sağlık olanaklarını seferber etmelidir. Zira sosyal devlet anlayışı benimseniyorsa bu durumda devletin, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için ne gerekiyorsa onu yapması veya yaptırması kaçınılmaz bir sorumluluğudur¹⁰².

Bu anlamda sağlık hakkının diğer hak ve hürriyetlerden bağımsız ve ayrı bir hak olduğunu düşünmek mümkün değildir. Beslenme, dinlenme, konut ihtiyacının giderilmesi, analık, hastalık ve yaşlılık gibi kaçınılamaz sosyal risklerin sosyal sigorta ve sosyal yarım müesseseleriyle telafi edilmesi bireylerin sağlık hakkına sahip olmasını sağlayacaktır¹⁰³.

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, yeteri bir korunma ve düşük te olsa halk sağlığı sınırların çizilmesinde temel parametre olabilecektir¹⁰⁴. Burada aranacak kriter her halükarda insan onuruna yaraşır yaşam olanaklarının sağlanmasıdır. Zira 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 olmayacaktır¹⁰⁵.

2. Uluslararası Literatürde Sağlık Hakkı

İnsan hakkı kavramının somut hale gelerek yazılı hukuk kuralları içinde yerini alması tam manasıyla ancak 20. yüzyılın ortalarında hayat bulmuştur. Daha öncelerinde düşünürlerin dillendirdiği bu kavram zamanla devletler tarafından kabul görmüştür. Diğer bir anlatımla bu düşünce akımının etkisiyle devletler kendi vatandaşlarına kimi hakları tanımışlar veya değişim karşısında duramayarak kimi hakları tanımak zorunda kalmışlardır. Hatta bu akım zamanla gelişerek tüm dünyadaki insanların temel haklardan yararlandırılması amacına

¹⁰² MAKAS, s.191.

¹⁰³ Köksal BAYRAKTAR, **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu** (Yayımlanmış Doktora Tezi), İstanbul Üniv. Yayınları, No: 768, İstanbul, 1972, s.18.

¹⁰⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, 657.

¹⁰⁵ Ali Rıza OKUR, **Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları**, Teksir, İstanbul, 1992, s.11-12.

ulaşmıştır¹⁰⁶. Sağlık hakkı, sosyal güvenlik hakkını da içeren en temel insan haklarından birisidir.. Nitekim bu amaç doğrultusunda 1948 yılında Birleşmiş Milleler Tarafından “**İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi**” yayımlanmıştır¹⁰⁷. Söz konusu bildirgenin 22. maddesinde “herkesin toplumun bir üyesi olarak sosyal güvenliğe hakkı vardır” denilerek sağlık hakkı, sosyal güvenlik hakkı kapsamında düzenlemiştir¹⁰⁸.

Ayrıca bildirgenin 25. maddesinde sağlık hakkına özel vurgu yapılmış ve “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 verilmiştir.¹⁰⁹

Sağlık hakkına yer verilen diğer bir sözleşme ise “**Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi**”dir. Söz konusu sözleşmenin 12. maddesinde “Bu sözleşmeye taraf devletler, herkesin erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanma hakkını tanır. Bu sözleşmeye taraf devletlerce bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek üzere yapılacak girişimler: a) Ölüm doğum oranı ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocuğun sağlıklı gelişmesi için önlemler alınması, b) Çevre ve endüstri sağlığının her bakımdan iyileştirilmesi, c) Salgın ve yöresel hastalıklarla, meslek hastalıkları ve öteki hastalıkların önlenmesi, d) Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak koşulların yaratılması için gerekli olan önlemleri içerir” ifadesine yer verilerek sağlık hakkının önemine vurgu yapılmıştır¹¹⁰.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin tamamlayıcısı olarak nitelendirilen hatta “insan hakları belgesi olarak onun ikizi”¹¹¹ olarak ifade edilen “**Avrupa Sosyal Şartı**”, 18 Kasım 1961 tarihinde Torino’da imzaya açılmış ve 26 Şubat 1965 tarihinde beş devletin

¹⁰⁶ SERİN, s.24.

¹⁰⁷ BİLGİLİ, s.13.; Osman Doğru, **İnsan Hakları Uluslararası Mevzuatı**, Beta Yayınevi, İstanbul, 2003, s.1.

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ Kamil ALPTEKİN, “Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme”, **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi**, Cilt:12, Sayı:2, (Mayıs 2004), s.132-139. SERİN, s.24; BOSTANCI, s.25; BİLGİLİ, s.13.

¹¹⁰ SERİN, s.24; OKUR, Sağlık Hakkı, s.14; BOSTANCI, s.25.

¹¹¹ Mesut GÜLMEZ, “Avrupa Sosyal Şartı ve Türkiye'nin Çekinceleri”, **Avrupa Birliği Müzakere Sürecinde Avrupa Sosyal Modeli ve Sendikal Haklar Uluslararası Sempozyumu**'na sunulan tebliğ, (3-4 Ekim 2006), Ankara, Türk-İş Yayınları, 2007, s.85-96.

sözleşmeyi onaylamasıyla yürürlüğe girmiştir. Avrupa Sosyal Şartının “sosyal güvenlik hakkı” başlıklı 12. maddesinde, taraf devletlerin sosyal güvenliğin tam anlamıyla sağlanması bir sosyal güvenlik sistemi oluşturmaları veya mevcut sistemi korumaları; en azından Milletlerarası Çalışma Teşkilatı’nın 102 sayılı sözleşmesinde sayılan normlara eşit bir sosyal güvenlik sistemini devam ettirmeleri ve aşamalı olarak sosyal güvenlik sistemlerini daha da üst düzeye çıkarmaları yönünde çaba göstermeleri hüküm altına alınmıştır¹¹². Sosyal Şart’ın 13. maddesinde ise sosyal ve tıbbi yardım hakkına yer verilmiştir. Maddenin 1. fıkrasına göre, taraf devletler “*Yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla ya da 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*” üstlenir.¹¹³

“**Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı**” Bakanlar komitesi tarafından 2 Nisan 1996 tarihinde kabul edilerek 3 Mayıs 1996 tarihinden itibaren imzaya açılmıştır. Nitekim yeterli sayıda onay işleminden sonra 01 Temmuz 1999 tarihi itibarıyla de yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Şart 1961 tarihli Avrupa Sosyal Şartı’ndan tamamen bağımsız olup zaman içinde onun yerini alacak niteliktedir. Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı’nın 13. maddesinde sosyal güvenlik hakkını gerçek kılmak için Uluslararası Çalışma Örgütü’nün 102 sayılı sözleşmesi yerine daha ileri seviyede düzenlemeler içeren Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu’na gönderme yapılmıştır. Türkiye bazı çekincelerle de olsa Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı’nı onaylamış ve onaylanmış hükümler 01 Ağustos 2007 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiş bulunmaktadır.¹¹⁴

Milletlerarası Çalışma Teşkilatı’nın 102 sayılı **Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşme**’sinin 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 “*yarımdan faydalananlar veya bunların aile reisleri, hastalık halinde yapılacak sağlık yardımı masraflarına iştirak ettirilebilir. Bu iştirake taalluk eden esaslar*

¹¹² GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.40.; H. Fehim ÜÇİŞİK, “*Sosyal Güvenlik Hukukunda Ailenin Korunması*” III. Aile Şurasında Sunulan Tebliğ, (25-27 Mayıs 1998), Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998, s.182.

¹¹³ WHO, **25 Questions and Answers on Health & Human Rights**, Health & Human Rights Publication Series, Issue No:1, 2002, s. 9-10.; OKUR, s.15; GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.41.

¹¹⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.41-42; BİLGİLİ, s.15.

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 fıkrada 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 verilmiştir¹¹⁵.

Sağlık hizmetlerinin önceliğine vurgu yapılan bir diğer yazılı metin de 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından Kazakistan’ın başkenti Alma-Ata’da yapılan **Alma-Ata Konferansı** sonrası yayımlanan deklarasyondur. Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferans sonrasında yayımlanan deklarasyonda; 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 vurgulanmıştır¹¹⁶. 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. Her ne kadar konferansın sloganı “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” olsa da politik kararlılık ve destek eksikliği bu hedefe ulaşılmasında yetersiz kalınmasına neden olmuştur¹¹⁷.

3. Ulusal Literatürde Sağlık Hakkı

a) Anayasa’da Sağlık Hakkı

aa. 1961 Öncesi Dönem

¹¹⁵ BİLGİLİ, s.16.

¹¹⁶ Asaf ATASEVEN, “Türk Ailesinin Sağlık Sorunları” III. Aile Şurasında Sunulan Tebliğ, (25-27 Mayıs 1998), Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998, s.40.

¹¹⁷ Bülent Kadri GÜLTEKİN/Kayıhan PALA, “Herkes İçin Sağlık: Alma-Ata’dan 21. Yüzyıla”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:15, Sayı:4 (Temmuz-Ağustos 2000), s.297.; BOSTANCI, s.28-29.

Osmanlı İmparatorluğunun ilk anayasal belgesi olarak sayılan Sened-i İttifak anayasal bir düzenleme olarak karşımıza çıkmaktadır. Esasen Sened-i İttifak'ı bir anayasadan çok anayasal bir belge olarak değerlendirmek daha gerçekçi olacaktır. Zira 1808 tarihli Sened-i İttifak içerik olarak daha ziyade iktidarın (padişahın) yetkilerinin sınırlandırılması ve padişahın bu yetkiler dahilinde hareket etmesini düzenlemektedir¹¹⁸. Sened-i İttifak'ın 7. şartında, fukaranın ve halkın korunmasının temel ilke olduğu belirtilmekte somut olarak bu güvencenin baskı, adaletsizlik ve haksız vergilere karşı olduğu vurgulanmaktadır.

İlk Osmanlı Anayasası olan 1876 tarihli Kanun-i Esasi'nin 8 ila 26. maddeleri arasında, tebaanın temel hak ve hürriyetleri düzenlenmiştir. Anayasadaki kanuni düzenlemelerde yer verilen temel hak ve hürriyetler; vatandaşlık hakkı, kişi hürriyeti, kişi güvenliği, ibadet hürriyeti, basın hürriyeti, şirket kurma hürriyeti, dilekçe hakkı, öğretim hürriyeti, eşitlik ilkesi, devlet memurluğuna girme hakkı, mali güce göre vergi ilkesi, konut dokunulmazlığı, kanuni hakim güvencesi, angarya yasağı, vergilerin kanuniliği ilkesi ve işkence yasağıdır. Anayasada bu hakların dışında başka bir hakka özellikle de sağlık ve yaşam hakkına yer verilmemiştir¹¹⁹.

Teşkilat-ı Esasiye Kanunu olarak da isimlendirilen 1921 Anayasasında temel haklardan hiç söz edilmediği gibi sağlık hakkı ile ilgili bir düzenlemeye de yer verilmemiştir¹²⁰. 1924 Anayasası devletin temel kurumları yanında, temel hak ve hürriyetleri de düzenlemiştir. Ancak anayasada, söz konusu hak ve hürriyetler sayılarak kısa açıklamalarla yetinilmiştir. Dolayısıyla temel hakların korunması konusunda gerçek hukuki güvenceleri ortaya koymadığından, 1924 Anayasasında sağlıkla ilgili düzenlemelere de doğrudan veya dolaylı olarak yer verilmemiştir.¹²¹

bb. 1961 Anayasa'sında Sağlık Hakkı

1961 Anayasasında, 1921 ve 1924 sayılı Anayasalarımızın aksine temel hak ve özgürlükler konusunda çok geniş düzenlemelere yer verilmiştir. 1961 Anayasası, yaşama hakkı ile yetinmemiş sağlık hakkında da düzenlemelere yer vermiştir. Bu kapsamda

¹¹⁸ Kemal GÖZLER, **Türk Anayasa Hukuku Dersleri**, 12.b., Ekin Yayınevi, Bursa, 2010, s.13.; Ergun ÖZBUDUN, **Türk Anayasa Hukuku**, Gözden geçirilmiş 10. b., Yetkin Yayınevi, Ankara, 2009, s.25.

¹¹⁹ Yavuz Üçkuyu, "19. Yüzyıldan Cumhuriyet Türkiye'sine Osmanlılarda Sağlık", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:18, Sayı:3, (Mayıs- Haziran 2003), s.206-213.; OKUR, Sağlık Hakkı, s.21; GÖZLER, s.18; ÖZBUDUN, s.26.

¹²⁰ BOSTANCI, s.33.

¹²¹ OKUR, Sağlık Hakkı, s.21; Tunç DEMİRBİLEK, "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde Yer Alan Sosyal Güvenlik Hakkının Türk Endüstri İlişkileri Sistemi Açısından İncelenmesi" **Kamu-İş Dergisi**, Cilt:2, Sayı:8, (Nisan-1991), s.21.

değerlendirildiğinde 1961 Anayasasının sosyal devlet ilkesini benimsemiş olan ilk anayasa olduğunu, sosyal güvenlik ve sağlık hakkı açısından önemli düzenlemeler getirdiğini, sosyal güvenliğin ilk defa Anayasada bireyin anayasal bir hakkı olduğunu belirtildiğini söylemek mümkündür.¹²²

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.¹²³ 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.¹²⁴

cc. 1982 Anayasa’sında Sağlık Hakkı

1982 Anayasasında 1961 Anayasasından farklı olarak yaşama hakkının yanı sıra 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 düzenlenmiştir¹²⁵.

1961 Anayasasının 49. maddesinde, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını ve tıbbi bakım görmesini sağlamak devlete ödev olarak verilmiştir. 1982 Anayasasının 56.

¹²² Zahit GÖNENCAN, “Anayasa’da Sosyal Güvenlik”, **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bülteni**, (Temmuz-Ağustos-Eylül 1985), s.6.; Ali YILDIRIM, “1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı”, **Toplum ve Hekim**, (Nisan-1994), s.45-46.; SOYSAL, s.236.

¹²³ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.657.

¹²⁴ Orhan ALDIKAÇTI, **Anayasa Hukukumuzun Gelişmesi ve 1961 Anayasası**, 4. b., Fakülteler Matbaası, Ankara, 1982, s.47.; YILDIRIM, s.48.; BOSTANCI, s.34.

¹²⁵ OKUR, Sağlık Hakkı, s.22.

maddesinde ise herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkının bulunduğu belirtilmiştir. Beden ve ruh sağlığı ile tıbbi bakım hükmü ise maddeden çıkarılmıştır.

1982 Anayasası ile sağlık hakkında bir daralma değil aksine iki açıdan genişleme ve somutlaşma söz konusu olmuştur. Birincisi, 1982 Anayasasındaki düzenleme, kişiyi birey olarak tek başına değil çevresiyle birlikte ele almaktadır. Yaşanan çevre sağlıklı değilse, bireye ne kadar özen gösterilirse gösterilsin, onu sağlığa kavuşturmak mümkün olmayacaktır. Konuyla ilgili olarak 56. maddenin 3. fıkrasında “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” hükmüne yer vermiştir. İkincisi maddenin son fıkrasında sağlık hizmetlerini yerine getirebilmek için gerektiğinde genel sağlık sigortasının kurulabileceği belirtilerek sağlık hakkına daha geniş bir boyut kazandırılmıştır¹²⁶.

b) Kanunlarda Sağlık Hakkı

aa. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun¹²⁷ 1. maddesinde kanunun amacı ve devlete yüklenen göreve açıklık getirilmiştir. Buna göre 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. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu sonrasında ebeler bedava doğum yapmaya mecbur tutulmuş, tüm sağlık hizmetleri o günkü tabirle meccani (ücretsiz) verilmiştir.¹²⁸

Kanunun 3. maddesinde ise Sağlık Bakanlığı eliyle yürütülecek görevlere yer verilmiştir. Madde metnine göre Sağlık Bakanlığına; 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 aşılardan 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

¹²⁶ OKUR, Sağlık Hakkı, s.23.; ÜÇİŞİK, s. 184.

¹²⁷ 1593 sayılı Kanun, R.G., 06.05.1930, 1489.

¹²⁸ ATASEVEN, s.41-42.

sağlık işleri, hapishanelerin sağlık işleri, sağlık istatistikleri düzenlemek, sağlıkla ilgili yayınlar yapmak ve nakil vasıtalarının sağlık işlerini düzenlemek, görevleri verilmiştir¹²⁹.

bb. Hususi Hastaneler Kanunu

Son yıllarda özel hastaneler, sağlık sistemi içerisinde önemi hiç de azımsanmayacak bir paya sahip olmuştur. Hiç şüphesiz özel hastanelerin sağlık sistemi içindeki bu payının artmasında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile birlikte sağlık hizmetlerinin satın alınması, yönteminin benimsenmesinin önemli bir rolü olmuştur. Buna karşın **Güzel ve diğerlerinin** de belirttiği gibi Hususi Hastaneler Kanunu¹³⁰ 1933 tarihlidir. Dolayısıyla söz konusu kanunun yenilenerek günümüz koşullarına uyarlanması gerektiği halde halen bu konuyla ilgili yapılmış bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Her ne kadar 1982 tarihi Özel Hastaneler Tüzüğü ve 2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği yayımlanmış olsa da son yıllardaki hızlı gelişmeler karşısında yapılan bu düzenlemelerin yeterli olmadığı aşikârdır¹³¹.

Hususi Hastaneler Kanunu'nda özel hastanelerin açılma usulleri, teşkilat yapısı, görev ve sorumlulukları ile cezai hükümler ile ilgili hususlar düzenlenmiştir. Kanunun 1. maddesinde özel hastaneler "*Devlet Hastaneleri, Hususi İdare Hastaneleri ve 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. Bahsi edilen şekilde özel hastanelere müracaat edenlerden fakir olanların yatırılarak tedavilerinin gerekli olması halinde bu kişilerin hastanenin parasız kısmına alınmaları gerekmektedir. Eğer hastanede parasız kısım yok ise bu sefer hastaların başka bir hastaneye nakil edilebilecek duruma gelene kadar yatırılarak tedavi edilmeleri gerekmektedir.¹³²

cc. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un¹³³ temel özelliği o zamana kadar sürdürülen hükümet tabiplikleri yerine sağlık ocaklarının kurulmasını

¹²⁹ OKUR, Sağlık Hakkı, s.28.

¹³⁰ 2219 sayılı Kanun, R.G., 05.06.1933, 2419.

¹³¹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.687-688.

¹³² OKUR, Sağlık Hakkı, s.29.

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

öngörmesidir.¹³⁴ Ayrıca 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 dahilinde sosyalleştirilecektir*” hükmüne yer verilmiştir. Bu anlamda **Okur**’un da ifade ettiği gibi söz konusu kanunun diğer bir özelliği de bu kanunla sağlık hizmetleri ilk kez Anayasaya ve uluslararası standartlara uygun olarak düzenlenmek istenmiştir.¹³⁵

Kanunun 2. maddesinde ise “sağlık” ve “sosyalleştirme” kavramlarına da yer verilerek bu kavramlara açıklık getirilmiştir. Buna göre sağlık “*yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.*” Sosyalleştirme ise “*sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır*” şeklinde tanımlanmıştır.

Kanun hükümlerine göre, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri gören kuruluşlar tarafından parasız veya bedelinin bir kısmı veya tamamı hastalar tarafından ödenerek alınacak ilaç ve tedavi araçlarının listeleri her yılın ilk ayında Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilir. Listede yer almayan ilaç ve tedavi araçları bedeli hastalar tarafından ödenir(224, m.16). Belirtilen durum dışında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavileri ile ilaç bedelleri ücretsizdir (224, m.14).

Ancak maddenin devamında, ücret alınmayacaklara istisnalar getirilerek; sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden (acil durumlar hariç) hastanelere müracaat edenlerden, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği bir bölgeden gelip de müracaat ettiği sağlık ocağı bölgesinde ikametleri 90 günü aşmamış olanlardan (Mahallin mülki amirlerinden fakirlik belgesi alanlar hariç) çalışma saatleri dikkate alınarak tayin edilen mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde nöbetçi olmayan hekim ve yardımcı sağlık personeline muayene ve tedavi olmak isteyenlerden, ücret alınacağı hüküm altına alınmıştır

¹³⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.677-678.

¹³⁵ OKUR, Sağlık Hakkı, s.30.

(224, m.14/a,b,c). Belirtilmelidir ki; ücretin hasta tarafından ödenmesi şartıyla istenilen sağlık personeline ya da sağlık kuruluşuna tedavi olunabilir (224, m,5)¹³⁶.

Sosyalleştirme kanununda sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sevk zincirinin esas alındığı görülmektedir. Zira sosyalleştirilmiş bölgelerde sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenler acil haller dışında öncelikli olarak sağlık evine veya sağlık ocağına müracaat edecek, burada tedavileri yapılamayanlar sağlık merkezlerine veya hastanelere sevk edilecektir (224, m.13)¹³⁷. Kanun ile her ne kadar sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesi ve yapılan yardımların sevk zinciri esas alınarak devlet eliyle yürütülmesi amaçlanmış ise de özel sektörün sağlık hizmetleri dışında tutulması gibi bir amaç güdülmemiştir. Dolayısıyla kamu sektöründe çalışmayan, maaş ya da ücret almayan, maddi çıkar sağlamayan hekim ve sağlık elemanları mesleklerini serbestçe icra edebilecektir. Yine özel muayenehane, sağlık kurumu ve eczane açılmasının önünde her hangi engel yoktur (224., m.4)¹³⁸.

Kanun uygulamasına ilk defa 1963 yılında Muş'ta başlatılmış, 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 sağlanamamıştır¹³⁹.

dd. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'dan sonra sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavram ve esaslara yer veren diğer bir yasal düzenleme de Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu¹⁴⁰ olmuştur. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun amacı sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları düzenlemektir (3359, m.1). Milli Savunma Bakanlığı hariç, diğer bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzelkişileri ve gerçek kişiler, 3359 sayılı Kanun kapsamındadır (3359, m.2).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. maddesinde sağlık hizmetleri ile ilgili temel esaslara açıklık getirilmiştir (3359, m.3). Buna göre;¹⁴¹

¹³⁶ Ali Nazım SÖZER/Sevda DEMİRBİLEK, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik ve Hukuki Açından Değerlendirilmesi" DEÜ 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu (4-7 Mayıs 1994), İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1994, s.521-523.; OKUR, Sağlık hakkı, s.32-33.; SÖZER, s.143-144.

¹³⁷ OKUR, Sağlık Hakkı, s.32,

¹³⁸ OKUR, Sağlık Hakkı, s.32.; GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.678.

¹³⁹ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.677-678.

¹⁴⁰ 3359 sayılı Kanun, R.G., 15.05.1987,19461.

- Sağlık kurum ve kuruluşlarının, yurt genelinde eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanması, koordine edilmesi, mali yönden desteklenmesi ve geliştirilmesi görevi Sağlık Bakanlığına aittir (m.3/a).

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı önlenerek, atıl kapasiteye yol açılmadan ve gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği sağlanır. Sağlık Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatini alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler(m.3/b).

- Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık Bakanlığı, sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesini bu esaslar içerisinde ilgili Bakanlığın görüşünü de alarak düzenler. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatlarının belirlenmesi yetkisi Sağlık Bakanlığı aittir. Ayrıca gerek görülmesi halinde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri de Sağlık Bakanlığınca onaylanır (m.3/c).

- Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır (m.3/e).

- Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur (m.3/f).

- Sağlık Bakanlığı; 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 imkanlarından da yararlanır (m.3/g).

- Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlar. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişki ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen

esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Ayrıca bakanlık, çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesini teşvik eder (m.3/i).

- Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir (m.3/j).

- Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamulleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontrolünü Sağlık Bakanlığı yapar (m.3/k).

- Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır (m.3/k).

- Özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır (m.3/l).

- Rehabilite edici tıbbi hizmetlerde kullanılan yardımcı araç ve gereçleri üretmek amacıyla, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler tarafından kurulacak kuruluşların açılış iznini vermeye Sağlık Bakanlığı yetkilidir (m.3/m).

Sağlık Bakanlığı kanununun 3. maddesiyle kendisine verilen ve yukarıda sıralanan görevlerin yerine getirilmesini sağlamak için ülke genelinde gerekli teşkilatı kurar veya kurdurur (3359, m.4)¹⁴².

¹⁴² OKUR, Sağlık hakkı, s.37,38.; GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.694-695.

c) Kalkınma Planlarında Sağlık Hakkı

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlanırken planın hazırlanma gerekçesi şu şekilde ifade edilmiştir. “*İnsan hak ve hürriyetlerini, milli dayanışmayı, sosyal adaleti, ferdin ve toplumun huzur ve refahını gerçekleştirmeyi ve teminat altına almayı mümkün kılacak bir demokratik düzeni kesin olarak seçmiş olan Türk Milletinin, Anayasamızda açık ifadesini bulan iktisadi ve sosyal hayatı, keyfi ve plansız davranış tecrübelerine son verip adalete, tam çalışma esasına ve herkesin insan haysiyetine yaraşır bir yasayış. Seviyesi sağlanması amacıyla göre düzenleme arzu ve azmine uygun olarak: Milli tasarrufu artırmak, yatırımları toplum yararına, gerektirdiği önceliklerle yöneltmek ve iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek üzere Birinci Beş Yıllık (1963 - 1967) Kalkınma Planı hazırlanmıştır*”. Bu gerekçe ile hazırlanan ilk beş yıllık planın üzerine devam ettirilen kalkınma planı sayısı günümüze kadar dokuza ulaşmıştır. Aşağıda bu dokuz kalkınma planı içerisinde sağlık hakkı ve sağlık sistemiyle ilgili esas alınan temel ilkelere, hedeflere ve politikalara yer verilecektir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1963-1967) kamu hizmetlerinin toplanacağı alanların, sosyal refah üzerinde etkisi çok büyük olduğu bilinen eğitim ve sağlık konuları olacağı, hizmetlerin dağılışında kabul edilen ilkenin ise gerek gruplar ve gerek bölgeler arasında hizmetlerden faydalanma bakımından eşitlik sağlanması olduğu belirtilmiştir¹⁴³. Bu anlamda Birinci Beş Yıllık Planı’nda sağlık kamu hizmetleri arasında ele alınıp düzenlenmiştir. Ana ilke olarak da halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi esas alınmıştır. Bu temel ilkeye ulaşılabilmesi için, çevre sağlık şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması gibi hedefler ortaya konmuştur. Bir başka anlatımla Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlık kamusal hizmet olarak görülürken, esas itibarıyla koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerektiği, hastaneciliğin ise bu sistemin tamamlayıcı bir unsuru olarak ele alınacağı ve sağlık hizmetlerinin dağılışında görülen dengesizliğin biran önce giderilmesi gerektiği planlanmıştır¹⁴⁴.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlığa kamu hizmetleri arasında yer verilirken **İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**’nda sağlık ayrı bir başlık altında ele alınmıştır. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda toplumun ruh ve beden sağlığı içinde yaşamasının

¹⁴³ DPT, **Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963-1967**, s. 38., <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>, (10.10.2011).

¹⁴⁴ DPT, Birinci Beş Yıl, s.39 ve 57.; OKUR, Sağlık Hakkı, s.39.

kalkınmanın amacı olduğu vurgulandıktan sonra, sağlık hizmetinin de yukarı seviyede bir iktisadi ve sosyal gelişmeye ulaşabilmek için bir araç olduğu ifade edilmiştir. Temel ilkelerin ise; halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin ülke genelinde orantılı dağıtılması, herkesin eşit şekilde bu hizmetlerden yararlandırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine ve sosyalleştirme programlarına ağırlık verilmesi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı unsur olarak ele alınması, sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliğin artırılması, olduğu ortaya konmuştur¹⁴⁵.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda öncelikli olarak daha önceki planlarla arzulanan hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının bir değerlendirmesi yapılmıştır. Yapılan değerlendirmede sağlık hizmetlerinde yeterince iyileşme sağlanamadığı ve ülke ihtiyaçlarını karşılayabilecek yaygınlık ve nicelikte olmadığı vurgulanmıştır. Yine sağlık hizmetlerini dağınıklıktan kurtarıp bütünleşmiş bir sistem içinde sunulmasını amaçlayan sosyalleştirme programının özellikle sağlık personeli temininde yaşanan sıkıntılar nedeniyle istenilen seviyeye ulaştırılamadığı, özellikle kırsal yörelere sağlık ihtiyacını karşılayacak sağlık hizmetleri götürülemediğinden ve koruyucu sağlık hizmetleri yaygınlaştırılamadığından dolayı tedavi edici hizmetlere olan talebin önlenemediği ortaya konmuştur¹⁴⁶. Planda, mevcut durum ortaya konduktan sonra sosyalleştirme programının uygulanmasına devam edilmesi gerektiği, sağlık hizmetlerinin sunumunda tek elden yönetimin sağlanamaması nedeniyle ortaya çıkan sorunların bertaraf edilmesi maksadıyla Milli Savunma Bakanlığı'nın özel nitelikteki ve üniversitelerin eğitim amaçları dışında kalan bütün yataklı tedavi kurumlarının tek kuruluş bünyesinde toplanması temel ilke olarak ortaya konmuştur¹⁴⁷. Temel ilkeler arasında yer verilen diğer bir husus ise sosyalleştirme programı'nın personel temininde karşılaşılan güçlükler yüzünden yavaşlatılma yolu seçilmeyerek programa alınan illere pratisyen ve uzman hekim sağlanması için tüm mali ve sosyal özendirici tedbirlerin alınmasıdır. Bir diğer temel ilke ise kademeli olarak uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası sistemi için gerekli mevzuatın hazırlanmasıdır¹⁴⁸.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda diğer üç kalkınma planına atıf yapılarak söz konusu planlarının üçünde de temel ilkenin koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi

¹⁴⁵ DPT, **İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972**, s.215., <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan2.pdf>, (10.10.2011).; OKUR, Sağlık Hakkı, s.40.

¹⁴⁶ DPT, **Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977**, s.111., <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan3.pdf>, (10.10.2011).; OKUR, Sağlık Hakkı, s.41-42.

¹⁴⁷ DPT, Üçüncü Beş Yıllık Plan, s.822, 824.

¹⁴⁸ DPT, Üçüncü Beş Yıllık Plan, s.824-825.

olduğu belirtilerek, 1963 yılında başlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının özellikle sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşması nedeniyle küçük yerleşim birimlerine personel sağlamada karşılaşılan güçlükler nedeniyle istenen biçimde gelişemediği ifade edilmiştir¹⁴⁹.

Dördüncü Plan döneminde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının bütün yurttta uygulamaya konulacak şekilde ele alınması temel hedef olarak belirlenmiştir¹⁵⁰. Temel ilke de; sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her kişiye ve yere ulaştırmak, böylece toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek, olarak belirlenmiştir. Diğer ilkelerin ise sağlık alanındaki uygulamaların ayrı sistemler olduğu yargısından vazgeçilerek tek yönetim uygulamasına geçilmesi, sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenleme yapılması, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimlerinin Devlet tarafından karşılanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin tümünün sosyalleştirme programı içine alınması ve önceliğin koruyucu sağlık hizmetlerine verilmesi şartıyla tedavi edici sağlık hizmetleri ile bir bütün olarak ele alınması, çevre sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, Devletin ilaçlar üzerindeki denetimi artırılarak tüketimdeki savurganlığı önleyici düzenlemelere yer verilmesi, olduğu belirtilmiştir¹⁵¹.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan itibaren planlarda sadece hedeflere, ilkelere ve politikalara yer vermeye başlanmış daha önceki planlarda rastlanan ayrıntı verme yöntemi terk edilmiştir. Daha önceki planlarda yer verilen sosyalleştirme programı 1984 itibariyle tüm illeri kapsamına alacak şekilde yaygınlaştırıldığından bu planda sosyalleştirme uygulamasında verimliliğin artırılması ve buna ait mevzuatın günün şartlarına göre yeniden düzenlenmesi hedeflenmiştir¹⁵². Yine planda 1978 yılında ülkemizde sosyalleştirme kapsamında bulunan 40 ilde 1.556 sağlık ocağı, 6 241 sağlık evi faaliyette bulunurken, 1983 yılında 49 ilde 2 031 sağlık ocağı ile 7402 sağlık evinde hizmet sürdürüldüğü, 1984 yılı mart ayı itibariyle sosyalleştirme kapsamında olan 67 ilde 2 754 sağlık ocağı, 7452 sağlık evinin faaliyetini sürdürmekte olduğuna değinilerek sosyalleştirme gereğince 1989 yılına kadar 720 sağlık ocağı ile 4 215 sağlık evinin yapımı hedefler arasına alınmıştır¹⁵³. Planda genel sağlık

¹⁴⁹ DPT, **Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1978-1983**, s.144, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan4.pdf>, (10.10.2011).

¹⁵⁰ DPT, **Dördüncü Beş Yıllık**, s.465.

¹⁵¹ DPT, **Dördüncü Beş Yıllık**, s.468-469.; Okur, s.44-50.

¹⁵² OKUR, **Sağlık Hakkı**, s.50.

¹⁵³ DPT, **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989**, s.150, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan5.pdf>, (10.10.2011).

seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ve her yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbî bakım görmesini sağlamak temel ilke olarak esas alınmıştır.

Planın devamında ise; sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde yürütülmesi için gerekli mevzuat değişiklikleri yapılması, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin bütün yurt sathında yeterli ve etkili şekilde yaygınlaştırılması, çevre sağlığı hizmetlerinin geliştirilerek çevrenin iyileştirilmesi, halkın yeterli, sağlık ve kaliteli gıdalarla beslenmesinin sağlanması, işçilerin, çalışma ortamının şartları nedeniyle sağlığının bozulmasının önlenmesi ve işçilerin çalışma ortamının tehlikelerinden korunması, ailelere kendi sosyo - ekonomik düzeylerine göre istedikleri sayıda çocuğa sahip olmalarını sağlayacak uygun ve etkili aile planlaması hizmetlerinin sunulması, çocuk ölümlerinin azaltılması, tıbbi bakım hizmetlerinde mevcut tedavi kurumları arasında bütünleşmenin sağlanarak hizmetlerin verimli ve etkili hale getirilmesi, ülkenin kan ihtiyacının karşılanması, insan kanı temini ve kullanımı konularındaki darboğazların giderilmesi, sağlık hizmetlerinin her kademesi için yeterli sayı ve nitelikte insan gücü yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi, sağlık personelinin eğitimi yanında halkın genel sağlık eğitiminin sağlanması ve geliştirilmesi, yeterli miktarda ve nitelikte ilacın üretiminin ve israf edilmeyecek şekilde tüketiminin sağlanması, hayati ilaçların her an bulundurulması, sağlık yapılarına ilişkin olarak inşaat ve maliyet standartlarının geliştirilmesi ve günün değişen şartlarına göre yönlendirilmesi, tıbbi cihazların seçimi, alımı, muhafazası, bakımı, onarımı ve kalibrasyon hizmetlerinin yeni esaslara bağlanarak geliştirilmesi ve bu konuda koordinasyon ve işbirliği sağlanması, gerekli personelin yetiştirilmesi, gibi ilke ve politikalara yer verilmiştir¹⁵⁴.

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da bir önceki planda olduğu gibi sağlığa oldukça az yer ayrılmış, sadece sağlıkla ilgili hedef, ilke ve politikalara yer verilmiştir¹⁵⁵. Planda; doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50,0'ın altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun ilk basamak sağlık ünitelerince karşılanması ve 1011 kişiye bir hekim, 4845 kişiye bir dişhekimi, 3655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi hedef olarak alınmıştır¹⁵⁶. Plana göre temel ilke sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak, bu amaçla sağlık

¹⁵⁴ DPT, Beşinci Beş Yıllık Plan, s.151.

¹⁵⁵ OKUR, Sağlık Hakkı, s.52.

¹⁵⁶ DPT, **Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994**, s.289, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan6.pdf>, (10.10.2011).

hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmaktır. Planda yer verilen diğer başlıca ilke ve politikalar ise şu şekildedir; temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine süreklilik, yaygınlık ve etkinlik kazandırılması, aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerin etkinleştirmek, fiziksel, ekonomik ve sosyal çevreden kaynaklanan risk faktörlerinin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri azaltmak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kişi ve toplulukların sağlık bilincinin geliştirilmesi faaliyetlerine ağırlık vermek, etkin bir sevk inciri kurarak hastanelerdeki gereksiz yığılmaları önlemek, özürlüler, yaşlılar ve akıl hastalarına yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini geliştirmek ve bu politikalara ulaşabilmek için sağlık mevzuatını günün şartlarına göre yeniden düzenlemek¹⁵⁷.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda öncelikli olarak mevcut durum değerlendirilmiş ve sistemin aksak yönleri açıklanmıştır. Bu değerlendirmeden sonra da sağlık sisteminde bir reform yapılmasının gerekliliği üzerinde durularak amaç, ilke ve politikalar buna göre belirlenmiştir. Planda sağlık reformuyla ilgili yapılacak kanuni düzenlemelere de yer verilmiştir. Buna göre; bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri için, kamu sağlığının korunmasını, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ve bunların sunumundaki temel esasların belirlenmesi ve sağlık alanındaki mesleklerle ilgili hususların düzenlenmesini sağlamak amacıyla Temel Sağlık Kanunu çıkarılacaktır¹⁵⁸.

Yine, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık evi, sağlık ocağı, kamu sağlık merkezi ve benzeri birimler ile aile hekimliği hizmet birimlerinde etkili, kaliteli ve verimli sunumunu sağlamak ve bu çerçevede sağlık teşkilatının il ve ilçe düzeyinde kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı yönünden düzenlenmesi amacıyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Kanunun çıkarılması hedeflenmiştir. Planda çıkarılması öngörülen diğer hukuki düzenleme ise şu şekildedir; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin işleyişini düzenleyecek olan Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu, genel sağlık sigortasına geçişi düzenleyecek Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu, tıpta uzmanlık eğitiminin ve uzmanlık yetkisinin usul ve esaslarının tespiti için Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da değişiklik yapılması ve Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan tedavi hizmeti sunan, hastane işleten ve personel istihdam eden bir yapı yerine, politika, standart ve norm belirleyen, sağlık alanını düzenleyen, denetleyen ve

¹⁵⁷ DPT, Altıncı Beş Yıllık Plan, s. 289-290.

¹⁵⁸ DPT, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000**, s.41, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan7.pdf>, (10.10.2011).

koruyucu sağlık hizmetleri sunan bir yapıya kavuşturulması amacıyla Sağlık Bakanlığı Görev ve Teşkilatı Kanunu ıkarılması¹⁵⁹.

Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da öncelikle bir önceki planda olduğu gibi sağlık sisteminin aksayan yönlerinin ve hedeflere ne lde 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 düzeyi farklılıklarını azaltıcı, ağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulacağı vurgulanmıřtır¹⁶⁰.

Planda sağlık hizmetleriyle ilgili yapılacak kanuni düzenlemelere de yer verilmiştir. Buna göre; Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapısı yeniden düzenlenecektir. Avrupa Birliği normlarına uyum düzenlemeleri tamamlanacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi amacıyla mevzuat düzenlemesi yapılacaktır. Birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemeler gerçekleştirilecektir. Hastanelerin rekabet edebilir ve özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri yapılacaktır. Kamu kesimine ait sağlık tesislerinde sağlık personelinin tam gün çalışmasını özendirici düzenlemeler gerçekleştirilecektir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezinin ulusal referans kurumu haline getirilmesi ile ilgili mevzuat düzenlemesi yapılacaktır. Hemşire ve ebeler ile ilgili mevzuat düzenlemesi yapılacaktır. Sağlık meslekleri ve uygulamaları ile ilgili mevzuat gncelleştirilecektir. Sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasına ilişkin düzenlemeler yapılacaktır. Yüksek Sağlık şurasının mevcut yapısı gözden geçirilerek ilgili tarafların temsil edildiği bir yapıya kavuşturulacaktır. Gıda sağlığı ve güvenilirliği alanında denetimi artırıcı mevzuat düzenlemesi yapılacaktır¹⁶¹.

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda¹⁶² sağlık sisteminin etkinleştirilmesi ayrı bir başlık altında ele alınmış ve sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının karşılanması ile ülke genelindeki dağlımların dengelenmesi ve

¹⁵⁹ DPT, Yedinci Beş Yıllık Plan, s. 45-49.

¹⁶⁰ DPT, **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**, s.85-87, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan8.pdf>, (10.10.2011).

¹⁶¹ DPT, Sekizinci Beş Yıllık Plan, s. 88-89.

¹⁶² R.G., 01.07.2006, 26215.

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, tıptaki 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, 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 özzerkleştirilmesi, 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 ortaya konmuştur.

§ 3. SAĞLIK SİSTEMLERİNİN YAPISI

I. BAŞLICA SAĞLIK SİSTEMLERİ

Sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde özellikle sağlık sisteminin finansman yapısı baskın rol almaktadır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin sunulma biçimi, ülkelerin ekonomik, siyasi ve sosyal yapıları, gelir dağılımı gibi diğer hususlarda hiç şüphesiz sağlık sistemlerinin şekillenmesinde etken rol oynamaktadır¹⁶³. Öğretide, 1945'lerden itibaren üç sağlık sisteminin öne çıktığı, bunların geçmişten gelen liberal sistemler, hastalık sigortası sistemi ve ulusal sağlık sistemi olduğu ifade edilmektedir¹⁶⁴.

Sartagun'un aktarımına göre ise **Milton I. Roemer**, Dünya Ulusal Sağlık Sistemleri'ni incelediği eserinde; girişimci ve serbest sağlık sistemi politikaları grubu, Refah yönelimli sağlık sistemi politikaları grubu, genel ve kapsayıcı sağlık sistemi politikaları grubu, sosyalist ve merkezden planlanmış sağlık sistemi politikaları grubu olmak üzere sağlık sistemlerini dört başlıkta toplamıştır¹⁶⁵. Sağlık sistemlerinin değişik şekillerde sınıflandırılması

¹⁶³ A. Erdal SARTAGUN, "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8 Sayı:3, (2005), s.412.; GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.713.; BOSTANCI, 53.

¹⁶⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.713.; OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.114.

¹⁶⁵ SARTAGUN, s.412.

mümkün olmakla birlikte öğretilen ve gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan üç temel sağlık sistemi de dikkate alınarak bu çalışmada konu, üç temel başlık altında incelenecektir¹⁶⁶. Zira aşağıda açıklanmaya çalışılan sistemler dışında farklı sistemlerinde uygulanması mümkün olmakla birlikte, sonuç itibarıyla sistemin finansmanı noktasında, ya kamu ağırlıklı bir model esas alınarak finansman vergileriyle karşılanacak, ya sigorta ağırlıklı bir sistem esas alınarak finansman alınan primlerle sağlanacak ya da her iki sisteminde kullanıldığı karma bir sistem esas alınacaktır¹⁶⁷.

1. Ulusal Sağlık Sistemi

Vergilerle finanse edilen ve tüm nüfusu kapsayan “ulusal sağlık hizmetleri” sisteminin ilk uygulamaları 1920 yılında Macaristan’da görülmektedir. Buna karşın ulusal sağlık hizmetleri sistemini 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 katılmıştır¹⁶⁸.

Ulusal sağlık sistemi modelinde toplum içindeki herkes tüm hastalıklara karşı koruma altındadır ve 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 yararlanabilmesidir¹⁶⁹ 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 ülkelerdir¹⁷⁰.

¹⁶⁶ OKUR, Sağlık Hakkı, s., 4.; GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.713, SERİN, s.7.; Farklı sınıflandırmalar için bkz., A. İlhan ORAL, **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, Anadolu Üniv. Yayınları No:1331, (İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları No:174), Eskişehir, 2002, s.45.; BOSTANCI, s.54.

¹⁶⁷ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.716.

¹⁶⁸ Brian ABEL-SMİTH, **An Introduction To Health. Policy, Planning and Financing**, Logman Group Limited, New York, 1994, s.71.

¹⁶⁹ OKUR, Sağlık Hakkı, s.4.; GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.613.; ORAL, s.47.; BOSTANCI, s.54.

¹⁷⁰ Mehtap TATAR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt:1, Sayı:1 (2011), s.110.; GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.699.

Belirtilmelidir ki, sistemin her ülkede aynı şekilde uygulanması söz konusu değildir. Bu anlamda bazı ülkeler temel olarak bu sistemi almış olmakla birlikte ülkeden ülkeye farklı uygulamalara da rastlanılmaktadır. Diğer bir anlatımla sistemin işleyişinde ülkeler arasında örgütlenme, korumanın kapsamı, sağlık yardımlarının düzeyi bakımından farklılıklar vardır¹⁷¹.

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 kullanımında maksimum tasarruf sağlanmaktadır. Sistemin bu özellikleri nedeniyle toplum yapısına daha uygun olduğu ve özellikle gelişmekte olan ülkeler için en ideal sistem olduğu ileri sürülmektedir¹⁷². Buna karşın, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü, kaynakların etkin kullanılmadığı ve sistem içinde toplumun isteklerinin dikkate alınmadığı gibi gerekçelerle ulusal sağlık sistemi eleştirilmektedir¹⁷³.

2. Hastalık Sigortası Sistemi

Zorunlu sağlık sigortacılığı yasal olarak ilk kez 1883 yılında, Otto Van Bismarck liderliğinde, Almanya'da başlatılmıştır. Bu sistemde, belirli endüstrilerde, belli bir ücret düzeyi altında çalışanların hastalık fonuna üye olma zorunluluğu getirilerek fonun finansmanının işçi ve işverenlerden alınan zorunlu primler ile sübvansede edilmesi 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 oluşturmuştur¹⁷⁴.

Zorunlu hastalık sigortası sisteminin 1883 yılında Almanya'da ortaya çıkmasının iki önemli nedeni olduğu ileri sürülmektedir. Bunlardan birincisi yoksulluğu azaltmak iken ikincisi, hızla gelişmekte olan sosyalist ve komünist baskı karşısında işçilerin işverenlere ve devlete olan bağlılığını arttırarak onları sistemle bütünleştirmektir¹⁷⁵.

¹⁷¹ OKUR, Sağlık Hakkı, s.4.; SERİN, s.8.

¹⁷² GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s..717.; BOSTANCI, s.55.

¹⁷³ BOSTANCI, s.55.

¹⁷⁴ İNTERNATİONAL LABOUR OFFİCE, **Social Security A Workers Education Manual**, Geneva, 1958, s.8-9.; FİŞEK ve Diğerleri, s.3.

¹⁷⁵ ABEL-SMİTH, s.71.

Almanya'yı takiben 1887 yılında Avusturya, 1902 yılında Norveç, 1910 yılında İngiltere ve 1921 yılında Fransa (ancak uygulama 1930 yılında olmak üzere) sağlık sigortası uygulamalarını başlatmıştır. Böylece 1930'lu yılların başında "hastalık ve analık sigortası" olarak anılan zorunlu sağlık sigortası, Avrupa'nın çoğu endüstrileşmiş ülkesinde başlatılmış bulunmaktadır.¹⁷⁶ Gelişmekte olan ülkelerde ise hastalık sigortasının tarihi gelişimi üzerine bilinenler oldukça sınırlıdır. Son altmış yıllık bilgilerin daha iyi korunduğu Latin Amerika ülkelerinde sosyal sağlık sigortacılığı 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkmaya başlamıştır¹⁷⁷. Afrika ve Asya ülkelerindeki gelişim ise II. Dünya Savaşı sonrasında başlamıştır¹⁷⁸.

Hastalık sigortası sisteminde, iş kazası, meslek hastalığı ile analık sigortaları dışında kalan bütün fizyolojik riskler hastalık olarak kabul edilir. Sistem söz konusu fizyolojik risklerle karşılaşanlara sağlık hizmetlerinin sunulmasını esas alır. Hastalık sigortası sisteminde hastalanan sigortalının yanı sıra sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilerde göz önünde bulundurulmuştur. 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 yapılır. Yapılacak sağlık yardımlarının süresi bazı durumlarda ve bazı ülkelerde sınırlı tutulurken bazı ülkelerde ise sınırsızdır¹⁷⁹. Sistemin finansmanı, bu sistemi uygulayan ülkeler arasında değişiklik göstermekle birlikte genelde işçi ve işverenlerden gelir üzerinden alınan primler ile devlet katkısından sağlanır¹⁸⁰.

Yukarıda da açıklandığı üzere prim oranları ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Örneğin; prim oranları Almanya ve Lüksemburg'da olduğu gibi işçi ve işveren arasında eşit oranlarda paylaşılabilirdiği gibi, Fransa'da olduğu gibi işveren ağırlıklı¹⁸¹ veya Hollanda'da olduğu gibi işçi ağırlıklı¹⁸² olabilmektedir. Bu konuda en ilginç iki örnek ise hiç şüphesiz, primlerin yüzde 100'ünün işçiler tarafından ödendiği İsrail¹⁸³ ve İsviçre'dir. Ayrıca, Ülkemizin yanı sıra Avusturya, Almanya, İsrail, Lüksemburg ve Hollanda gibi ülkelerde prim

¹⁷⁶ SOCIAL SECURITY, s.9.

¹⁷⁷ ABEL-SMİTH, s.72.

¹⁷⁸ İlker BELEK, "Nasıl Bir Sağlık Sistemi- III, Sigorta Değil, Genel Vergi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 15, Sayı:2, (Mart-Nisan 2010), s. 93.

¹⁷⁹ ORAL, s.48.

¹⁸⁰ OKUR, Sağlık Hakkı, s.5.; GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.714.; SERİN, s.8.

¹⁸¹ Fransa'da 1970'lerde sırasıyla % 20-80 olan işçi işveren primleri, 1980'lerin sonu ve 1990'ların başında %30-70 olmuş, 1999 yılında ise %6-94 oranları ile bugünkü seviyesine ulaşmıştır.

¹⁸² Hollanda'da işçi işveren primleri sırasıyla % 65-35 dir.

¹⁸³ İsrail'de 1998 yılında işveren primi kaldırılarak işverenlerin ödeyeceği primler genel vergilere yansıtılmıştır.

tavanı uygulanmasına karşın, Belçika ve Fransa gibi ülkelerde böyle bir uygulama bulunmamaktadır.

Sistemin temel özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür; hastalar hekimlerini serbestçe seçebilirler, uzman hekime başvurma Belçika ve Batlık ülkeleri dışında kısıtlanmamıştır, sağlık hizmet sunucuları konusunda ayrı ayrı kamu ve özel sistem mevcuttur¹⁸⁴. Bismarck modeli olarak da isimlendirilen bu sistem Almanya, Fransa, Belçika, Avusturya, Lüksemburg ve Baltık Ülkeleri'nde uygulanmaktadır. Sağlık sigortası sistemi Fransa'da merkezi bir organizasyona bağlanmışken, Almanya'da bölgeleri esas alan bir örgütlenme modeli benimsenmiştir¹⁸⁵. 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 bağlanmıştır¹⁸⁶.

3. Liberal Sistem

Amerika, Kanada ve İsviçre gibi ülkelerde uygulanan bu sistemi Liberal Sağlık Sistemi olarak da isimlendirmek mümkündür¹⁸⁷. Zira sistemde kamunun sağlık yardımları ikinci plana atılırken esas olarak sistem özel sağlık kuruluşları üzerine kurulmuştur. Kamu daha ziyade acil durumlardakilere, yaşlılara, yoksullara ve kamu sağlık yardımına ihtiyacı olan muhtaç sakatlara sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak sunmaktadır.

Sözü edilen gruplar dışındakiler ise çoğunlukla işverenlerin finanse ettiği, bazı durumlarda ise kişinin kendi primini ödediği özel sağlık sigortası sistemi içine alınmaktadır. Buradan "toplumun tamamı sistem içindedir" sonucun çıkarılması ise mümkün değildir. Çünkü nüfusun bir kısmı da sağlık sistemi dışında kalmaktadır¹⁸⁸.

II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Günümüzde artık en temel insan haklarından biri olarak kabul edilen yaşam hakkının vazgeçilmez bir parçası olan sağlık hakkının önemi gittikçe artmakta ve sağlık hizmetlerine

¹⁸⁴ OKUR, Sağlık Hakkı, s.6.; SERİN, s.8.

¹⁸⁵ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.714.

¹⁸⁶ OKUR, Sağlık Hakkı, s.5-6.; GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.700.; SERİN, s.8-9.,

¹⁸⁷ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.714.

¹⁸⁸ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.714-715.

olan talep yoğunlaşmaktadır¹⁸⁹. Buna bağlı olarak da sağlık hizmetlerinin özellikleri önem kazanırken aynı zamanda sağlık hizmetlerinin diğer hizmetler ile olan farklılığı ön plana çıkmaktadır.¹⁹⁰ Bu anlamda sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikleri dört başlık altında değerlendirmek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin birinci özelliği belirsiz ve ertelenemez olmasıdır¹⁹¹. Gerçekten de bugün için sağlıklı olan birinin ne zaman hastalanacağını ve sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacağını önceden kestirilmesi oldukça güçtür. Dolayısıyla bu belirsizlik insanın kendi iradesine bağlı diğer ihtiyaçları ile iradesi dışında ortaya çıkan sağlık hizmetlerine olan ihtiyacını birbirinden ayırmaktadır. Diğer taraftan hastalık 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 olabilir¹⁹². Bu bağlamda sağlık hizmeti ihtiyaç duyulduğu anda karşılanması gereken, ertelenemez ve yeterli ölçüde kullanması gereken bir hizmettir¹⁹³.

Sağlık hizmetlerinin ikinci özelliği ise hizmetlerin kamusal yanının ağır basmasıdır¹⁹⁴. 19. yüzyıldan itibaren modern sosyal güvenlik sistemlerinin kurumsal bir nitelik kazanmaya başlamasıyla birlikte buna bağlı olarak sağlık hizmetleri de kurumsal bir nitelik kazanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin kurumsallaşmasında yaygınlaşan bulaşıcı hastalıkların ve savaşların etkisi olduğu gibi esas etkenin 1929 krizinden sonra yaygınlık kazanan sosyal devlet anlayışı olduğunu ifade etmek abartı olmayacaktır. Özellikle sosyal devlet uygulamalarının altın çağını yaşadığı 1960'lı yıllarda sağlık hizmetleri artık bireylerin kendi imkânları ile katlanmak zorunda oldukları bir yük olmaktan çıkarak kamunun finanse ettiği yardımlar halini almıştır. Bu dönüşümde önemli bir etkeninde bireyin sağlıklı olmasının sadece kendisini ilgilendiren bir durum olmadığı, yaşam süresinin uzaması, hastalık nedeniyle kaybedilecek çalışma süresini azaltması ve işgücünün kalitesini artırması gibi nedenlerle esas itibariyle toplumu ilgilendiren bir durum olduğu fikrinin kabul görmesidir¹⁹⁵.

¹⁸⁹ İbrahim AYDINLI, “Sosyal Güvenlik Kapsamının Genişletilmesi ve 6111 Sayılı Kanunla Sosyal Güvenlik Kapsamının Genişletilmesine Yönelik Değişiklikler”, **II. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**’nda sunulan tebliğ, (17-18 Mayıs 2011), Ankara, Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları, 2011, s.109.

¹⁹⁰ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.666.

¹⁹¹ OKUR, Yeni Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi, s.94

¹⁹² GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.666.; ORAL, s.43.

¹⁹³ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s. 112.; Tufan KAĞAN, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sempozyum Özel Sayısı, Sayı:8 (2006/1), s.148.

¹⁹⁴ OKUR, Yeni Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi, s.95.

¹⁹⁵ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.112.; GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.667.; YİĞİT ŞAKAR, s.6.

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de sunulan hizmetlerin alternatifinin olmamasıdır.¹⁹⁶ Diğer bir anlatımla 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 sağlanabilir¹⁹⁷.

Sağlık hizmetlerinin dördüncü özelliği ise sunulan hizmetlerin teknolojik, sosyolojik kültürel değişimlere bağlı olarak değişkenlik göstermesidir.¹⁹⁸ Dolayısıyla meydana gelen bu değişiklik ve yenilikler sağlık hizmetlerini yakından ilgilendirir. Buna bağlı olarak da 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 vardır¹⁹⁹.

III. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “Sağlık Hizmetleri” denir²⁰⁰. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” de ise Sağlık Hizmetleri, “...*insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler...*” şeklinde tanımlanmaktadır²⁰¹.

Yapılan bu tanımlardan hareketle sağlık hakkını güvenceye alan etkin bir sağlık hizmeti sunumu için iki temel koşul olduğu ifade edilebilir. Birincisi, ister kamu ister özel sektör yoluyla olsun yeterli, ulaşılabilir, sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasıdır. İkinci koşul ise bu hizmetlerin ödenebilir olmasını sağlamak amacıyla hastalığın finansal

¹⁹⁶ OKUR, Yeni Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi, s.95.

¹⁹⁷ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.112-113.; GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.668.; ORAL, s.44.

¹⁹⁸ OKUR, Yeni Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi, s.96.

¹⁹⁹ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.113.; GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.668.

²⁰⁰ Zafer ÖZTEK/Nevzat EREN, “Sağlık Yönetimi”, Münevver Bertan ve Çağatay Güler (Ed.), **Halk Sağlığı Temel Bilgiler** içinde, Güneş Yayıncılık, Ankara, 1995, s.374.; Hasan IRMAK, “Koruyucu Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Güvenlik Sistemleri İlişkisi”, **II. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**’nda sunulan tebliğ, (17-18 Mayıs 2011), Ankara, Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları, 2011, s.48.

²⁰¹ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 20.12.2001 tarih ve 8597 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”, madde 4/B. (Yönerge)

riskine karşı güvence sağlamasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı olarak da adlandırılan bu iki koşul, “*temel amacı sağlığı geliştirmek, sağlığı bozulanları yeniden sağlıklarına kavuşturmak veya sağlığı korumak olan bütün eylemleri içeren bir sistem*” olarak tanımlanan sağlık sistemini oluşturmaktadır²⁰².

Sağlık hizmetleri karmaşık bir yapıda olup, kurumsallaşmayı gerektirdiğinden zamanla her ülkenin devlet politikası haline gelmiştir. Hatta ülkeler arasında sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ile toplum sağlığında uygulanacak politikaların belirlenmesi ve tedbirlerin alınması gibi hususlarda ortak hareket etmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü kurulmuştur. Dünya Sağlık Örgütünün 1977 yılında yapılan asamblesinde dünyadaki tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat yaşayabilmesi için yapılması gerekenler “2000 yılında herkes için sağlık” adı altında belirlenmiştir²⁰³. Herkes için sağlık kavramının ilk 12 hedefte toplanan başlıca 4 amacı bulunmaktadır.

Belirtilen 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, **Hayata Sağlık Kazandırılması**; insanların önemli hastalık sakatlıkları olmadan yaşatılması, **Hayatın Uzatılması**; doğuştan beklenen insan ömrünü arttırılması, şeklinde sıralamak mümkündür.

Ülkemizde ise sağlık hizmetlerinin şekillendirilip yürütülmesi konusunda devlet tarafından esas alınan ilkeler aşağıdaki gibidir²⁰⁴.

— Nüfusa göre örgütlenme: Bu ilke sağlık hizmetlerinin en temel ilkesidir. Bu ilkeye göre öncelikle her sağlık biriminin hizmet götürmekle yükümlü olduğu coğrafi bölge belirlenir. Sonrasında ise her sağlık ocağı, bölgesinde yaşayan her ailenin ve her aile bireyinin kaydı tutar. Bu kayıtlar, sağlık ocağının temel kayıtlarıdır; tahrip edilemez ve yok edilemezler. Ancak, kayıtlı bir ailenin bölge dışına taşınması durumunda, aile kayıtları(ev halkı tespit fişi) ve kişisel kayıtlar(bütün kişisel kart ve formlar) göç edilen yerdeki sağlık ocağına gönderilir. Nüfus kayıtları ölenle, doğanlar, bölgeye gelen ve bölge dışına çıkanlar dikkate alınarak sürekli olarak güncelleştirilir. Köy, ilçe, il ve büyük şehirlerde kurulan sağlık

²⁰² 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.

²⁰³ Sevgi Kurtulmuş, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Yayınları, İstanbul, 1998, s.125.

²⁰⁴ Yönerge, madde 5.

ocaklarının hizmet götürmekle yükümlü oldukları nüfus, hizmeti sunmanın güçlüğü ya da kolaylığı dikkate alınarak farklılık gösterir.

— Entegre sağlık hizmeti: Bütün sağlık hizmet ve programlarının birlikte ve bir arada yürütülmesidir. Sağlık ocaklarında, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri bir arada yürütülür. Ayrıca, sıtma, frengi, lepra, trahom ve verem gibi farklı hastalıklarla mücadele ya da ana sağlığı, çocuk sağlığı gibi farklı nüfus gruplarına götürülmekte olan her türlü sağlık hizmeti verilir. Böylece hizmeti alacak olan kişiler, alacakları hizmete göre farklı kuruluşlara değil, hangi nedenle olursa olsun, her türlü sağlık hizmeti için önce sağlık ocaklarına başvururlar.

— Ekip hizmeti: Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek üyelerinden oluşur. Sağlık hizmeti ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden önemli ya da daha az önemli değildir. Ancak, ekibin çalışmaları ekip başkanı tarafından yönetilir.

— Sürekli hizmet: Topluma, yaşadığı ve çalıştığı yerde kesintisiz hizmet sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin doğuştan kazanılmış bir insanlık hakkı olduğu kuralından hareketle, ülke sınırları içinde yaşayan tüm yurttaşlara, her yerde her zaman verilmesi ilkesi benimsenmiştir. Sağlık hizmetleri, nerede yaşarsa yaşasınlar, kişilerin kolayca ulaşabilecekleri kadar yakınında ve ihtiyaç duydukları her zaman erişebilecekleri biçimde örgütlenmiştir. Bütün sağlık ocaklarında ve yataklı sağlık kuruluşlarında günün her saatinde ihtiyacı olanlara hizmet verilmesi esastır.

— Kademeli hizmet: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşları arasında hizmet bölüşümü ve hasta sevk zincirini ifade eder. Hizmet alacak kişilerin önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaları, sağlık personelinin uygun görmesi durumunda ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevkisi esastır. Kademeli hizmetin amacı, kişilere daha hızlı hizmet verilmesi, kişilerin en yakınındaki sağlık kuruluşlarından rahatlıkla yararlanmaları, hastanelerin gereksiz hasta yükünden kurtarılmaları, gerçekten hastane hizmetine gerek duyan hastalara daha nitelikli hizmet verilebilmesi ve hizmet maliyetinin düşürülmesidir.

— Katılımlı hizmet: Halkın, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması süreçlerine katılmasıdır. Halkın sağlık hizmetlerine katılımı, özellikle “sağlık ocağı sağlık kurulları” aracılığı ile sağlanır. Böylece sağlık hizmetleri hizmeti alan kişilerce benimsenecek

ve hizmetten yararlanma artacaktır. Bunun yanı sıra, halkın sağlık hizmetine para ya da mal bağışlayarak ya da hizmete insan gücü desteği vererek katkıda bulunmaları özendirilmiş olacaktır.

— Kalite yaklaşımı: Hizmetlerde işlem, ürün ve mekan kalitesini yükseltmeyi benimseyen yaklaşımdır. Bu yaklaşımla hizmet sunanların, alanların ve toplumun hoşnutluğunun sağlanması amaçlanır.

— Risk yaklaşımı: Toplumdaki herkese yeterli hizmet götürülemediği durumlarda, sağlıklı olanların bu durumlarını olumsuzlaştırmamak koşuluyla, sağlığı tehlike altında bulunanların hizmetlerden göreceli olarak daha fazla yararlanmaları esastır. Böylece herkes yeteri kadar, fakat sağlığı tehlike altında olanlar daha fazla hizmet almış olacaklardır.

2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin ilk amacı, kişilerin hasta olmalarını önlemek, yani onları hastalıklardan korumak ve sağlıklı kalmalarını sağlamaktır. Ancak her türlü çabaya karşın toplumun tamamını, tüm hastalıklardan korumak mümkün değildir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastaların tedavisi” söz konusu olmaktadır. Hastalıkların tedavilerinin mümkün olmadığı sakatlıkların söz konusu olduğu durumda ise sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı olan “rehabilitasyon hizmetleri” devreye girmektedir²⁰⁵. Bu bağlamda sağlık hizmetlerini, önleyici sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırmak mümkündür²⁰⁶.

a) Önleyici Sağlık Hizmetleri

Hastalıklar oluşmadan kişileri ve toplumu korumak için verilen hizmetlerin tamamı bu başlık altında toplanır. Bir toplumda, hastalıkları önleme ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmenin en kestirme ve etkili yolu bu tür hizmetlerdir. Bu hizmetler, kendi içinde ikiye ayrılır²⁰⁷.

²⁰⁵ ÖZTEK/EREN, s.374.

²⁰⁶ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.114.

²⁰⁷ Recep AKDUR, **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar: Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu**, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2003, s.12.; IRMAK, s.48.

aa. Çevreye Yönelik Önleyici Sağlık Hizmetleri

İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziki, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek, çevreyi olumlu hale getirme veya olumsuz çevre etmenlerinin kişileri etkilemesini önleme çabalarının tümüdür²⁰⁸. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri; yeteri kadar ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı, endüstri sağlığı, vektörlerle (haşerelerle) savaş, hava kirliliği ile savaş, radyasyonla ve gürültü ile savaş, hizmetlerinden oluşmaktadır.

Yukarıda sıralanan hizmetlerden de anlaşılacağı üzere çevreye yönelik önleyici hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek grupları tarafından yürütülmesi gereken hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık sektörünün bu alandaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve eğitimidir²⁰⁹.

bb. İnsana Yönelik Önleyici Sağlık Hizmetleri

Toplum ve kişileri, hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılarak onların insanları etkilemesini önlemeyi, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini; erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi ve aile planlaması olarak sıralayabiliriz. İnsana yönelik önleyici sağlık hizmetleri, özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülen ve yürütülmesi gereken hizmetlerdir. Bu hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili, ve ekonomik olan hizmetlerdir. Akılcı bir sağlık ortamında bu tür hizmetlere öncelik ve önem verilmesi gerekir²¹⁰.

Önleyici sağlık hizmetlerinin, tedavi edici sağlık hizmetlerinden ekonomik açıdan daha verimli ve ucuz olduğu kesin olarak kabul edilmektedir. Önleyici sağlık hizmetlerinin sonuçlarının sayısal ifadesi çok zordur. 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

²⁰⁸ AKDUR, s.12.

²⁰⁹ AKDUR, s.12.

²¹⁰ AKDUR, s.13.

etkenler ve bulaşma sürecinin belirlenmesi konusunda çok başarılı sonuçlar alınmasıyla kişinin sağlığıyla toplumun sağlığı arasındaki yakın ilişki görülmüştür²¹¹.

Önleyici sağlık hizmetleri çok önemli olmasına rağmen günümüzde bile insanlar tarafından gerekli değer verilmemektedir. Çünkü insanlar, sağlıklı oldukları sırada bunun önemini fark edememekte, ancak sağlıklarını kaybettiklerinde onun değerini anlamaktadırlar. Ayrıca az gelişmiş ülkelerde, hasta olmayan kişilerin periyodik kontrol yaptırma alışkanlığının ve bilincinin olmaması, bu kontrollerin ek mali yükler getirmesi gibi etkenler nedeniyle bu hizmetlere gereken ilgi gösterilmemektedir. Oysa gereken ilgi gösterilmiş olsa erken teşhis imkânından yararlanılacak, hastalığın ilerlemeden önüne geçilecek, yapılacak masraflar azalacaktır.

b) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalığın ortaya çıkmasından sonra, hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere tedavi edici hizmetler ya da tıbbi bakım hizmetleri denir. Bu hizmetler kendi içinde; birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç kısma ayrılır.

Burada üç sınıfa ayrılan tedavi hizmetlerinden bahsetmeden önce belirtmeliyiz ki, sağlık hizmetlerinin gelişimini ve gelecekteki durumunu kestirebilmek için “koruyucu sağlık hizmetleri” kavramı ile “tedavi edici sağlık hizmetleri” kavramı arasındaki temel farkın vurgulanması yerinde olacaktır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan hastalıkların giderilmesi için yapılmaktadır. Eğer toplumdaki bireylerin sağlık durumları, temiz içme suyu sağlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılanmanın yapılması, beslenmenin iyileştirilmesi v.b. gibi önlemlerle korunamazsa, ortaya karmaşık ve çok sayıda hastalık çıkacaktır. Sağlık kuruluşları da çok sayıdaki bu hastalıkların tedavisi için çalışacaktır. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri denilince ilk akla gelen tedavi edici hizmetler olmakta ve bu iki terim birbiriyle aynı anlamda kullanılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde kamusal nitelik çok daha belirgin ve ağırlıklıdır. Bu tür malların tüketimi

²¹¹ İsmail ŞİN, “Sağlık Harcamaları ve Türkiye’deki Gelişimi”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi SBE, 1999, s.17.

sonucu doğan fayda, onu tüketen kimsenin dışına taşar ve kısmen topluma da mal olur. Koruyucu sağlık hizmetlerinde sosyal fayda, özel faydadan daha fazladır.²¹²

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde, hasta kişilerin hizmetten direkt yararlanmaları sonucu bu hizmetlerin sağladığı fayda daha çok kişisel olmaktadır. Fakat toplum içinde sağlıklı kişilerin artması topluma da sosyal bir fayda sağlamaktadır.

aa. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Esas itibariyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk ve temel amacı, insanları hastalıklardan korumak ve sağlıklarını geliştirmektir. Bunun yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetleriyle hastaların ayakta tedavilerinin de yapılması amaçlanmıştır. Bu anlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir arada kapsamı, kolay erişilebilir olması ve diğer basamaklar ile eşgüdüm içinde çalışması sağlanmalıdır²¹³.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunumu yapan kuruluşlar, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait polikliniklerdir²¹⁴. Ayrıca İşyeri hekimleri, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları da birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır.

bb. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastanın, hastaneye yatırılarak tedavi edilmesidir. Bu hizmetleri veren birimlere ikinci basamak tedavi birimi/kuruluşu denir. İkinci basamak sağlık hizmet sunucularında koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Bunların Türkiye’deki örnekleri, Sağlık Bakanlığına bağlı olan devlet hastaneleri ve özel hastanelerdir.

²¹² İlhan SERİN, “Genel Sağlık Sigortası Ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi SBE, 2001, s.14.

²¹³ İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ, “Sağlık Ocakları”, İstanbul’da Sağlık içinde, İstanbul Sağlık Müdürlüğü Yayını, İstanbul, 2008, s.51.

²¹⁴ AKDUR, s.13.

cc. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Özel bir yas grubuna, (çocuk hastalıkları hastanesi, geriatri hastanesi) cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri) ya da hastalığa (verem, ruh ve akıl hastalıkları, onkoloji hastaneleri v.b.) hizmet veren, o konudaki gelişkin 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 birimi/ kurulusu denir. Bunların Türkiye'deki örnekleri, başta Sağlık Bakanlığı'nın eğitim hastaneleri, üniversite hastaneleri ve tüm özel dal hastaneleridir²¹⁵.

dd. Rehabilitasyon Hizmetleri

Kişilerin hastalıklarının tedavisinden sonra, bunların bir kısmında, bazı organların işlevleri kaybolur veya bu organların işlevlerinde güçsüzlük oluşur. Bu kişilerin günlük yaşamını devam ettirmede ve işgüçlerini kullanmada bazı sınırlılıkları vardır. Bunlara tıbbi ya da sosyal esenlendirme hizmetleri verilmek suretiyle, günlük yaşamlarını ailesine ve toplumuna yük, kendisine ise katlanılacak bir sıkıntı olmadan sürdürmeleri sağlanabilir. Bu tür hizmetler, bu başlık altında toplanır ve kendi içinde ikiye ayrılır.

Bunlardan ilki tıbbi rehabilitasyon denilen bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilebilmesine yönelik çalışmalardır. Diğeri ise sosyal rehabilitasyon adı verilen sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik çalışmaları kapsar.

²¹⁵ AKDUR, s.14.

İkinci Bölüm

SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

§ 4. HASTALIK SİGORTASI SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER

I. HOLLANDA

1. Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

Hollanda, meşruti monarşi ile yönetilen, Aruba ve Hollanda Antillerinden oluşan, kuzey ve batıda Kuzey Denizi ile güneyde Belçika ve doğuda Almanya ile komşu olan bir Avrupa ülkesidir. Hollanda sosyal güvenlik sistemi sosyal sigorta ve sosyal yardım uygulamalarından oluşmaktadır. Bu anlamda sistem Beveridge ve Bismarc sisteminin özelliklerini bir arada bulunduran karma bir yapıya sahiptir. Sistemin bu özelliğine bağlı olarak da finansmanı toplanan primler ve vergilerle sağlanmaktadır²¹⁶.

Hollanda sosyal sigorta programı; hastalık ve analık sigortası, yaşlılık sigortası, ölüm sigortası, maluliyet sigortası²¹⁷, işsizlik sigortası ve aile yardımları sigorta kollarını kapsar²¹⁸. Esas itibariyle bütün çalışanlar (hizmet akdiyle ve serbest çalışanlar) zorunlu sigorta kapsamında olmakla birlikte sadece serbest çalışanlar için işsizlik sigortası ile hastalık sigortası kolları uygulanmaz. Diğer bir anlatımla Hollanda'da kayıtlı olarak çalışan her işçi çalışmaya başladığı andan itibaren otomatik olarak yukarıda sıraladığımız sigorta kolları kapsamına girer²¹⁹. Yine serbest olarak çalışanlarda otomatik olarak kapsama alınır. Bu durumun tek istisnası ise sağlık sigortasına ilişkindir. Zira Hollanda'da yasal olarak ikamet eden herkes ve Hollanda istihdam vergilerine tabi olan yerleşik olmayan kişiler sağlık yasası gereği bir sigorta şirketine sağlık sigortası yaptırmak zorundadır²²⁰. Dolayısıyla halk sigortası kapsamında olanlar İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası kapsamında otomatikman dahil edilirken, hastalık sigortasına aynı şekilde dahil edilmezler²²¹. Bunun sebebi de bireylerin

²¹⁶ SGK, **Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Sürecinde Avrupa'daki Sosyal Güvenlik Politikası Hakkında Mesleki Eğitim Projesi Genel Raporu**, SGK Yayınları, Ankara, 2011, s.109.

²¹⁷ İş kazası ve meslek hastalığı ayrı olarak düzenlenmemiş olup hastalık, analık ve maluliyet yardımlarına ilişkin hükümlere tabidir.

²¹⁸ F.M. NOORDAM, **Socialezekerheidsrecht**, 8e druk, Kluwer, Deventer 2006, s. 51.; F.M. Noordam, **Hoofdzaken socialezekerheidsrecht**, 4e druk, Kluwer, Deventer 2006, s. 14-15.

²¹⁹ NOORDAM, **Hoofdzaken socialezekerheidsrecht** s. 13.; Noordam, **Socialezekerheidsrecht** s. 35.

²²⁰ SGK, **Mesleki Eğitim Raporu**, s.115.

²²¹ NOORDAM, **Hoofdzaken socialezekerheidsrecht**, s. 90-91.; NOORDAM, **Socialezekerheidsrecht** s. 286.

sağlık sigortası şirketlerini seçme özgürlüğünün bulunması ve sigorta poliçesi alma zorunluluğunun olmasıdır.

Hollanda da sosyal güvenlik Sosyal İşler ve İstihdam Bakanlığı ile Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı tarafından organize edilir. Aile yardımlarını ise farklı bir bakanlık olan Aile ve Gençlik Bakanlığı yürütür. Hollanda sosyal güvenlik sistemini organizasyon bakımından, halk sigortası, işçi sigortası ve sosyal yardımlar şeklinde üç grupta sınıflandırmak mümkündür²²².

Halk sigortası kapsamında olanlara aranan diğer şartları da taşımaları halinde yaşlılık aylığı ve ölüm aylığı bağlanmakta ayrıca çocuk yardımı ve özürle genç yardımları yapılmaktadır. Halk sigortası herkes için zorunlu olup Sosyal Sigortalar Bankası tarafından yönetilir²²³. Mali özerkliği olmasına karşın Sosyal Sigortalar Denetim Kurulu (College van Toezicht Sociale Verzekeringen) tarafından denetlenir. Halk sigortası kapsamında; yaşlılık sigortaları (AOW) için %17,90, geride kalan dul ve yetimler sigortası (ANW) için %1,10 oranında prim kesilir. Çocuk paraları sigortası (AKW) için ise vatandaşlardan her hangi bir prim kesintisi yapılmaz. Çocuk paraları sigortasının finansmanı bütçe gelirlerinden karşılanır. İstisnai sağlık harcamaları sigortaları (AWBZ) için ise % 12,15 oranında prim kesilmektedir. Kesinti yapılacak primler çalışanların ücretlerinden serbest çalışanların ise vergilendirilebilir kazançları üzerinden belirtilen oranlarda vergi dairelerince tahsil edilir²²⁴.

Hollanda İşçi Sigortası Kurumu (UWV) tarafından yönetilen işçi sigortaları kapsamında ise, hastalık sigortaları (ZVW) için işverenden % 7,20 oranında prim alınır. Sigorta primi, kişilerin gelirine göre değişim göstermekle birlikte işveren ile işçi arasında yapılan görüşme ile saptanır. Ödenecek sağlık sigortası primi 110 €'dan daha düşük olamaz. Maluliyet sigortası (WAO/WIA) için yine işverenden % 5.65 oranında prim alınmaktadır. İşsizlik sigortası (WW) için ise hem işverenden hem de işçiden prim alınır. İşverenden alınacak prim oranı % 4,75, işçiden alınacak prim oranı ise % 3,50'dir. Tamamlayıcı ödenek için (TW) bütçe gelirlerinden karşılandığından işveren ve işçilerden bunun için herhangi bir prim kesintisi yapılmaz. Daha yalın bir anlatımla Hollanda'da iş sigortaları kapsamında

²²² Yasemin KARA, **Esnek Güvence Bağlamında Türkiye'de Sosyal Güvence**, SGK Yayınları, Ankara, 2009, s.13.; Mehmet BULUT, "Sosyal Güvenlik Primlerinin Tahsil Usulüne Yönelik Yaklaşımlar ve Türkiye İçin Bir Öneri", **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl:14, Sayı:75, (Eylül-Ekim 2011), s.14.; T.C. LAHEY BÜYÜKELÇİLİĞİ TİCARET MÜŞAVİRLİĞİ, <http://www.musavirlikler.gov.tr/haberdetay.cfm?HaberID=8798&dil=TR&ulke=NL>, (08.02.2012).

²²³ KARA, s.13.

²²⁴ TİCARET MÜŞAVİRLİĞİ, (08.02.2012).

çalışanlar ve/veya işverenlerden hastalık sigortaları, maluliyet sigortaları ve işsizlik sigortaları için prim tahsil edilmektedir²²⁵.

Sosyal sigortalar sisteminin yetersiz kaldığı durumlarda sistemin tamamlayıcısı olarak devreye sosyal yardım programları girmektedir²²⁶. Sosyal yardım programları belediyeler eliyle yürütülmekte ve sigortalı olmanın mümkün olmadığı durumlarda bütün vatandaşlara açıktır. Sosyal yardım programlarının amacı hayatını idame ettirmek için gerekli imkânlarla sahip olmayan veya bu imkanları kaybeden kişilere asgari gelir garantisi sağlamaktır. Finansmanı vergi gibi genel fonlardan karşılandığından sistemi primsiz rejim olarak nitelendirmekte mümkündür²²⁷. Sosyal yardım programları kapsamında hak sahiplerine, iş ve geçim yardımı (WWB) yapılır. Ayrıca yaşlı ve kısmen malullere de (50 yaş üzeri- IOAW) yardım edilmektedir. Yine sosyal yardım programları kapsamında Serbest Çalışan Yaşlılar Yardım Kanunu'na (IOAZ) göre ihtiyaç sahiplerine yardım yapılmaktadır²²⁸.

2. Hollanda Sağlık Sigortası Sistemi

a) Genel Olarak

Sağlık sigortası sisteminde kapsamlı bir değişikliğe gidilen 01 Ocak 2006 tarihine kadar Hollanda'da sağlık sigortası zorunlu ve gönüllü esaslara dayanmaktaydı. Bu tarihten sonra ise sistemde değişikliğe gidilmiş ve zorunlu katılımın esas alındığı özel sağlık sigortası sistemine geçilmiştir²²⁹. Sağlık sisteminde reform yapılmasının başlıca nedeninin, 2000'li yıllarda % 4 civarında olan maliyetlerin 2005 yılına gelindiğinde %10'lar seviyesine sıçraması ve müdahale edilmemesi durumunda sağlık harcamalarının milli hasılanın %14'üne çıkması, diğer bir ifadeyle sağlık harcamalarının milli hasılaya oranının neredeyse Amerika'daki seviyelere çıkacağı öngörülmesidir²³⁰.

Yapılan reform sonrası Hollanda'da sağlık sigortası ve istisnai sağlık harcamaları sigortası özel sigorta şirketlerince yürütülmektedir²³¹. Hollanda Sağlık Kurumu (Nederlandse Zorgautoriteit-NZA) ise bu sigorta şirketlerini ve sağlık hizmet sunucularının denetlenmesi

²²⁵ TİCARET MÜŞAVİRLİĞİ, (08.02.2012).

²²⁶ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht, s. 10-11.

²²⁷ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.116, Kara, s.13.

²²⁸ TİCARET MÜŞAVİRLİĞİ, (08.02.2012).

²²⁹ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 88.; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 281.

²³⁰ Walter ANNARD, "Sağlık Harcamalarının Yönetimi ve Azaltılmasına Yönelik Yeni Yaklaşımlar, Hollanda Örneği", **II. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**, (17-18 Mayıs 2011) SGK Yayınları, Ankara, 2011, s.38.

²³¹ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 90.; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 289.

görevini yerine getirir. Ayrıca sağlık piyasasının düzenli işleyişinin sağlanması ve tüketicilerin haklarının korunması da NZA'nın görevleri arasındadır²³². Sistemin uygulayıcısı ise Sağlık Sigortası Kurulu'dur (CVZ)²³³. Bu anlamda Hollanda'da sağlık sigortacılığının en önemli aktörü konumunda olan CVZ, sağlık sigortacılığı alanını düzenleyen Sağlık Sigortası Kanunu ve İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu'nun uygulayıcısı durumundadır²³⁴.

Sağlık Sigortası Kurulu bağımsız bir yapıya sahip olmakla birlikte personel ödemeleri Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Kurulun başlıca görevleri Sağlık Bakanlığı'na tedavi paketlerinin içine hangi tür sağlık hizmetlerinin alınacağına dair öneri getirmek ve geri ödeme kararlarını vermektir. Kurulun bu görevlerini yerine getirmesi için, Tıbbi Ürünler Geri Ödeme Komitesi, Paket Açıklama/Belirleme Komitesi ve Paket Tavsiye Komitesi oluşturulmuştur. Kurulun diğer görevlerini; sigortalılar ile sigorta şirketleri arasında çıkan uyuşmazlıklar ile ilgili tavsiyelerde bulunmak, sigortalandığı halde primlerini süresinde ödemeyen bireyler üzerine konulan vergileri vergi daireleri aracılığıyla toplamak, vicdani retçiler tarafından ödenen vergileri yönetmek, yasadışı göçmenlere verilen sağlık hizmeti giderlerini karşılamak, sigortasız kişilerin takibini yapmak, yurtdışında yaşayan kişilerin sağlık hizmetleriyle ilgili idari işlemleri yürütmek şeklinde sıralayabiliriz²³⁵. Bunların yanı sıra, sigorta şirketlerinin bütçelerinin hesaplanması ve sigorta şirketlerine ödeme yapılması, risk yönetimi alanında bilgilerin temin edilmesi, hesap verilebilirlik ve bilgi temini için kurallarının belirlenmesi ve bütçeleme sistemindeki gelişmeler hakkında Sağlık Bakanlığına bilgi verilmesi de Kurulun sorumlulukları arasındadır²³⁶.

b) Sağlık Sisteminin Kapsamı

Hollanda'daki sağlık sistemi Kamu Sağlık Sigortası Kanunu'na göre yürütülmektedir. Kamu Sağlık Sigortası Kanunu ise kendi içinde Sağlık Sigortası Kanunu ve İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlık Sigortası Kanunu tüm nüfusu kapsamına almaktadır. Olağanüstü Tıbbi Giderler Kanunu ise uzun dönem tedavi hizmetleri için özelleşmiş ulusal bir sigorta kolu olup yurtdışında yaşayıp Hollanda'da çalışan kişilerde dahil olmak üzere Hollanda'da yaşayan ya da çalışanların tamamına yakını kapsamaktadır²³⁷. Yine 18 yaşın altındakiler prim ödemeksizin zorunlu olarak özel sağlık

²³² NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 91.; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 290.

²³³ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 91.; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 290.

²³⁴ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.116

²³⁵ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 90-91.; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 291.

²³⁶ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.178-179.

²³⁷ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 91.; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 287.

sigortasına tabidir²³⁸. 18 yaşın altında olanlardan her hangi bir prim alınmaz bu kişilerin primleri devlet tarafından karşılanır. Göçmenler ya da Hollanda'ya çalışmaya gelenler dört ay içinde sağlık sigortasına başvurmak zorundadır. Sağlık sigortası yaptırmayanlar veya sağlık sigortasını zamanında yaptırmayanlar sigortasız sayılırlar. Bu kişilere sigortasız sayıldıkları süreye bağlı olarak ceza ödettilir²³⁹.

Diğer bir anlatımla Hollanda'da yaşayanların tamamına yakını zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. İstisna sadece vicdani retçiler adı verilen ve dini inançları ya da kişisel görüşlerine bağlı olarak sisteme dahil olmak istemeyenler içindir. Bu şekilde sisteme dahil olmak istemeyenlere muafiyet belgesi verilmektedir. Belirtmeliyiz ki vicdani retçi olarak muafiyet belgesi alanlardan hastalık sigortası için prim alınmamakla birlikte ileride karşılaşılabilecekleri sağlık sorunlarına istinaden sağlık hizmet sunucularına ödeme yapılabilmesi için bu kişilerden ek vergi alınmaktadır. Ek vergiler ile oluşturulan bu fondan kişinin sağlık harcamaları için ödenebilecek miktarın, sağlık hizmet bedellerini karşılayamaması durumunda kişiler sosyal destek almaları için belediyelere yöneltilmektedir²⁴⁰.

c) Sağlanan Yardımlar

Sağlık Sigortası Kanunu ve İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu kapsamında temel sağlık sigortası paketi uygulanmaktadır. Temel sağlık paketi tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır²⁴¹. Temel sağlık paketinin kapsamında olmayan dış tedavisi gibi diğer sağlık hizmetleri için destekleyici sağlık sigortası yaptırılabilir. Destekleyici sağlık sigortası zorunlu olmayıp sağlık sigortasının özel bir biçimini oluşturmaktadır. Hastalık sigortası kapsamında dış tedavisi gibi istisnai sağlık hizmetlerinin dışında tüm sağlık hizmetleri sunulurken ayrıca sigortalılara nakdi yardımlarda yapılmaktadır²⁴².

aa. Sunulan Sağlık Hizmetleri

Daha öncede belirtildiği üzere Kamu Sağlık Sigortası kapsamında iki farklı kanuna istinaden sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sağlık Sigortası Kanunu daha ziyade

²³⁸ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 91; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 287.

²³⁹ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.181.

²⁴⁰ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.185.

²⁴¹ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 93; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 299-302.

²⁴² SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.181.; ANNARD s.38.

tedavi/iyileştirme üzerine odaklanmışken, İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu ile kişiler için sigorta edilemeyen risklere odaklanılmıştır.

Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında sunulan sağlık hizmetleri; tıbbi bakım hizmetlerini (aile hekimleri, tıbbi uzmanlar, kadın doğum uzmanları ve klinik psikologlar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri), paramedikal hizmetlerini (fizik tedavi, konuşma tedavisi, mesleki terapi, beslenmeyle ilgili terapi...) analık hizmetlerini, ilaç yardımlarını, tıbbi cihaz yardımlarını, 18 yaşına kadar ağız ve diş sağlığı tedavilerini, yatarak tedavi hizmetlerini, öğrenme güçlüğü olan çocuklar için sağlık hizmetini ve otelcilik ile ulaşım hizmetlerini kapsamaktadır²⁴³. İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ise; evde bakım hizmetlerini, kişisel bakım hizmetlerini, hasta bakımı hizmetlerini, destekleyici rehberlik hizmetlerini, aktifleştirici rehberlik hizmetlerini, aşıları, bakım evi hizmetlerini, tıbbi malzeme sağlanmasını, sağır kişiler için çevirmen sağlanmasını ve otelcilik hizmetlerini kapsamaktadır²⁴⁴.

Sağlık hizmetlerinin sunumu için her yıl özel sigorta şirketleri, sayıları 8.000'i bulan aile hekimleri dahil olmak üzere tüm sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yaparlar²⁴⁵. Hollanda'da sağlık hizmetlerinin sunumunda katı kurallara bağlanmış bir sevk zinciri uygulaması vardır. Şöyle ki, hastalar birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinden sevk almadan ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına başvuramazlar. Hollanda'da aile hekimi başına 2.350 hasta düşmektedir. Sağlık hizmeti talep edenlerin % 90'ı ikinci ya da üçüncü basamak sağlık sunucularına sevk edilmeksizin aile hekimleri tarafından tedavi edilmektedir. Bu sayede hiç şüphesiz sağlık hizmetleri maliyetinin azaltılması açısından olumlu bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu uygulamanın bize gösterdiği diğer bir husus ise aile hekimliğinin Hollanda'da oldukça etkin bir şekilde kullanıldığıdır²⁴⁶.

bb. Nakdi Hastalık Yardımları

Kural olarak hastalanarak geçici iş göremezlik haline düşen sigortalının işvereni var ise geçici iş göremezlik ödemesi söz konusu işveren tarafından ödenir. Eğer hastalanarak geçici iş göremezlik haline düşen sigortalının bir işvereni yok ise ya da sonradan bu duruma

²⁴³ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 93; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 314-317.

²⁴⁴ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.182-183.; NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 93.; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 314-317.

²⁴⁵ ANNARD, s.37.; NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht s. 92.; NOORDAM, Socialezekerheidsrecht s. 314-317.

²⁴⁶ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.184.

düşmüş ise bu sefer sigortalının hastalık yardımı alma hakkı doğar. Hastalık yardımı adı altında yapılacak nakdi ödeme ise Hollanda İşçi Sigortası Kurumu tarafından yapılır. Hastalık yardımı alabilmenin ilk koşulu 65 yaşından küçük olmaktır²⁴⁷. Bu şartı taşıyan ve işvereni olmayan; işçiler, sözleşmeliler, ödenek alan stajyerler, parça başı iş yapanlar, müzisyenler ve sanatçılar hastalık yardımından yararlanabilir. Belirtilmelidir ki, bağımsız çalışanların ayrıca bu durum için sigorta yaptırmamaları halinde hastalık yardımından yararlanma hakkı yoktur²⁴⁸.

Hollanda'da sigortalılar için hastalık yardım süresi en fazla 104 hafta (2 yıl) olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda hastalık sigortası yardımlarının kısa dönemli iş göremezlik durumlarına ilişkin hükümler içerdiği söylenebilir. Belirli süreli iş sözleşmesiyle ya da ihtiyaç halinde (çağrı üzerine) çalışan işçilerin istihdam ilişkisi, hastalığın ilk gününde ya da aylığın ödenmeye devam edilmesi gereken sürede ona erdirilirse, iki günlük bekleme süresi geçtikten sonra istihdam ilişkisinin sona erdiği tarih itibariyle hastalık yardımı ödenmeye başlanır.

Diğer bir anlatım ile işvereni olan işçilerin hastalanması halinde iş göremedikleri süredeki geçici iş göremezlik ödenekleri işverenleri tarafından ödenmekle birlikte eğer belirli süreli sözleşme ile ya da ihtiyaç halinde çalıştırılan sigortalının hastalanması nedeniyle iş akdi sona erdirilirse bu sefer iki günlük bekleme süresi geçtikten sonra bunlara hastalık yardımı adı altında ödeme yapılmaya başlanır. Belirtilen bu sigortalılar dışında kalan için hastalık yardımı hastalığın ilk günü itibariyle başlatılır. Daha öncede belirttiğimiz üzere yardımlar her halükarda 65 yaşında sona erer²⁴⁹.

Hastalık yardımından faydalanmak isteyenlerin, en geç 2 gün içinde bu durumu yetkililere bildirmesi ve uygulayıcı kurum olan Hollanda İşçi Sigortası Kurumu (UWV) denetmenleri kendisine haber verene kadar evinde kalması gerekmektedir. Ayrıca bu durumdakiler, denetmenin evinde kendisini ziyaret edip gerekli kontrolleri yapmasına izin vermeli ve iyileşmesi için elinden geleni yapmalıdır. Hastalığa bağlı nakdi yardımlar işsizlik sigortası için yatırılan primlerden finanse edilmektedir. Hastalık yardımı kişinin en son aldığı

²⁴⁷ 65 yaş sınırının konulmasının sebebi; Hollanda'da 15-65 yaş aralığındaki herkesin Ulusal Yaşlılık Aylığı Yasası (AOW) kapsamında zorunlu sigortalı sayılması ve 65 yaşından itibaren kişilerin AOW aylığına hak kazanmalarıyla ilgilidir.

²⁴⁸ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.177.

²⁴⁹ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.177.

günlük ücretin %70'i dir. Ayrıca ödenecek günlük ücret için bir üst sınır söz konusu olup 2011/Haziran ayı itibariyle ödenebilecek günlük en yüksek ücret 190,32 € dur²⁵⁰.

d) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Hollanda'da sağlık hizmetlerinin finansmanı, işçi ve işverenlerden alınan primlerden ve devlet katkısı ile sağlanır²⁵¹. Ülke vatandaşları sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için hem maaşlarından kesilen primleri ödemek, hem de zorunlu olarak bir özel sağlık sigortası kapsamına girerek bu şirketlere prim ödemek zorundadır. Devlete ödenen prim oranları Sağlık Sigortası Kanununa göre çalışan sigortalılar için maaşlarından kesilmek üzere % 7,75, bağımsız çalışanlar için ise % 5,65 dir. Olağandışı Sağlık Harcamaları Kanununa göre ise % 12,5 oranında prim kesintisi yapılır. Primler sigortalıların aylıklarından kesilmekle birlikte kesilen tutarların işverenler tarafından telefî edileceği hüküm altına alınmıştır. Bağımsız çalışanların ödeyecekleri primler ise her mali yılın sonunda vergi daireleri tarafından hesaplanır ve kişiler hesaplanan bu tutarı vergi dairelerine öderler²⁵².

Hollanda'da vatandaşların özel sağlık sigortası şirketleri ile sözleşme yapmaları ve sağlık poliçesi alma zorunluluğu bulunmaktadır. Ancak özel sigorta şirketlerinin kişilerin risk durumuna göre farklı prim toplama serbestisi bulunmamaktadır. Diğer bir anlatımla özel sigorta şirketleri risk değerlendirmesi yapamazlar ve herkesi aynı prim üzerinden kabul etmek zorundadır. Vatandaşlar bir sağlık sigortası planına dahil olduktan sonra zorunlu olarak katılım eşiğine tabidirler. Yani bir yıl içinde aldıkları muayene, ilaç v.s. sağlık hizmeti tutarlarınının 165 €'luk ilk dilimini kendileri ödemek zorundadır. Bu bedeli aşan tutarlar ise sigorta şirketleri tarafından karşılanır. 18 yaşından küçükler ise prim ödemeksizin zorunlu olarak özel sigorta kapsamına alınırlar. Bunların ödemeleri gereken primler devlet tarafından sigorta şirketlerine yatırılır. Hollanda'da 18 yaşından büyük herkesin kendisinin sağlık sigortası primi ödemesi gerekmektedir. Yani Türkiye'de olduğu gibi eşlerden birinin sağlık sigortası primi ödemesi diğer eşinde onun üzerinden sağlık hizmetlerinden faydalanması söz konusu değildir²⁵³.

²⁵⁰ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.177.

²⁵¹ NOORDAM, Hoofdzaken socialezekerheidsrecht, s. 94-95.

²⁵² SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.184.

²⁵³ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.183-184.

II. BELÇİKA

1. Belçika Sosyal Güvenlik Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

Belçika, kuzeyinde Kuzey Denizi ve Hollanda, doğusunda Almanya ve Lüksemburg, güney ve batısında Fransa olan, AB ve NATO gibi bazı uluslararası organizasyonların merkezlerini barındıran ve 30.258 km² lik yüzölçümü ile Avrupa'nın en küçük ülkelerinden biridir. Belçika'nın sosyal güvenlik sistemi de Hollanda gibi sosyal sigorta ve sosyal yardım uygulamalarından oluşmaktadır. Bu anlamda yine Hollanda'da olduğu gibi Belçika'da da sosyal güvenlik sistemi Beveridge ve Bismarc sisteminin özelliklerini bir arada bulunduran karma bir yapıya sahiptir. Buna bağlı olarak da vatandaşlardan toplanan primler Bismarc sisteminin bir parçasını oluştururken özellikle hastane masraflarında herkese geri ödeme yapılması Beveridge sisteminin etkisinden kaynaklanmaktadır²⁵⁴.

Belçika sosyal sigorta sistemi, hizmet akdine tabi çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar ve kamu çalışanları olmak üzere üç farklı statüde yapılandırılmıştır. Hizmet akdine tabi çalışanlar yani işçiler en büyük nüfusa sahip olduklarından bütün düzenlemeler işçiler temel alınarak yapılmaktadır. İşçiler yedi farklı sigorta riskine karşı koruma altındadır. Bu sigorta kolları; hastalık yardımı, iş göremezlik ve malullük yardımı, iş kazası ve meslek hastalığı sigortası, yaşlılık aylıkları (yaşlılık ve ölüm), işsizlik sigortası, aile yardımı sigortası ve yıllık izin sigortasıdır.

Kendi adına çalışanlara en geniş yardımları sağlayan ülkelerden biri Belçika olmasına karşın işçiler kadar geniş haklar çalışmalarının yapısı gereği sağlanmamaktadır. Kendi adına çalışanlar beş farklı sigorta riskine karşı koruma altına alınmıştır. Bunlar; hastalık yardımı, iş göremezlik ve malullük yardımı, yaşlılık aylıkları (yaşlılık ve ölüm), aile yardımı ve iflas sigortasıdır.²⁵⁵ Görüleceği üzere işçiler için ön görülen yıllık izin yardımı, işsizlik ve iş kazası sigorta yardımları kendi adına çalışanlar için ön görülmemiştir. Buna karşın önemli bir düzenleme olarak gözden kaçırılmaması gereken iflas sigortası, kendi adına çalışanlar için dikkate değer bir düzenlemedir. Kamu idarelerinde çalışanlar ise yerel ve taşrada görev yapanlar ile diğer idarelerde görev yapanlar olarak sınıflandırılmaktadır. Birinci gruptakiler Yerel ve Taşra Yönetimleri Ulusal Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı iken ikinci gruptakilerin

²⁵⁴ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.14-21.

²⁵⁵ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.25-26.

sosyal güvenlik yardımları bakımından, katkı paylarının toplanması ve ödenmesinden çalıştıkları kurumlar sorumludur²⁵⁶.

Belçika nüfusunun %99'u sosyal güvenlik kapsamındadır. Belçika'da sosyal güvenlik sistemin temel amacı kişilere belirli bir yaşam standardı sağlamaktır. Bu anlamda kişilerin bu yaşam standardını sağlamaları için sosyal güvenlik, ücret gelirleri düşenler için gelir ikamesi, bazı sosyal risk hallerinde ek ödemeler, mesleki bir geliri olmayanlar için ise sosyal yardım ödenekleri vasıtasıyla müdahil olur. Belçika sosyal güvenlik sisteminin temel prensibi ise çalışanla işsiz, genç ile yaşlının, çocuklu aileler ile çocuğu olmayan ailelerin, sağlıklı olan ile hasta olanın arasındaki dayanışmadır²⁵⁷.

2. Belçika Sağlık Sigortası Sistemi

a) Genel Olarak

Belçika'da zorunlu sağlık sigortası ilk olarak 1945 yılında hizmet akdine tabi çalışanlar için getirilmiştir. Sistemin yürütümünü sağlayan Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Kurumu ise 1963 yılında kurulmuştur. Kurumun temel görevi, iş kazası ve meslek hastalığı dışındaki sağlık hizmet bedellerinin geri ödenmesi, iş göremezlik, analık, babalık ve evlat edinme ödeneklerinin verilmesi ve cenaze masraflarının karşılanmasıdır. Kurum geri ödeme yükümlülüğünü yerine getirirken sağlık sigortası fonlarından yararlanmaktadır. Sistem ise şu şekilde işlemektedir. Öncelikli olarak hasta doktora giderek tedavi olur ve tüm sağlık masraflarını cebinden öder. Sonrasında ise yapılan ödemeye göre doktor tarafından düzenlenen fatura ile birlikte geri ödeme işlemlerinin yapılabilmesi için sağlık sigortası fonuna başvurur. Sağlık sigortası fonu hastadan alınması gereken katılım payı bedelini düştüktan sonra kalan tutarı hastaya öder²⁵⁸.

b) Sağlık Sisteminin Kapsamı

Belçika'da sağlık sigortası sadece hizmet akdine tabi çalışanlar, kendi adına çalışanlar ve kamu çalışanlarını kapsamaz. Aksine kapsam son derece geniş tutulmuş ve işsizler, emekliler, engelli öğrenciler, hak sahibi olanların eşleri, çocukları, torunları v.b birlikte yaşayan çiftler ve bakmakla yükümlü olunan kişiler de kapsama dahil edilmiştir. Bu

²⁵⁶ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.23.

²⁵⁷ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.33.

²⁵⁸ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.53-54.

anlamda daha öncede belirtildiği üzere ülke nüfusunun % 99'u sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek ise bir takım kurallara bağlanmıştır. Bunlardan ilki demiryollarında çalışan daimi işçiler dışında kalan kişilerin sağlık sigortası fonunu seçmesi ve prim ödeyerek sisteme katılmalarına ilişkindir. Maaşlı çalışan kişiler için prim tutarı brüt maaşları üzerinden hesaplanmaktadır. Primlerin bir kısmı (% 3,80) işverenler tarafından bir kısmı ise (% 3,55) işçiler tarafından ödenmektedir. Devlet memurları için belirlenen sağlık sigortası primi ise % 11'dir. Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmenin diğer bir koşulu ise minimum prim tutarının yatırılmasıdır. Eğer ödenen prim minimum tutara eşit değilse aradaki fark için ek prim ödenmesi gerekir. Diğer bir koşul ise kişilerin sağlık sigortası primi ödemeye başladıktan sonra 6 aylık bir sürenin geçmiş olmasıdır. Prensip bu olmakla birlikte uygulamada Kurum çoğunlukla provizyonu açtığından bu uygulama istisna kalmaktadır²⁵⁹.

Sağlık sistemi genel olarak iki düzeyde yapılandırılmıştır. Bunlarda ilki federal düzey diğeri ise bölgesel düzeydir. Federal düzeyin görev alınana, zorunlu sağlık sigortası, hastane ve tedavi ünitelerinin finansmanı, ilaçların kayıt altına alınması ve fiyat kontrolünün yapılması girmektedir. Bölgesel düzeyde ise sağlığın geliştirilmesi, koruyucu sağlık, yaşlı kişilerin bakımı ve hastanelerin finansmanı gibi konularda hizmet verilmektedir²⁶⁰.

c) Sağlanan Yardımlar

Belçika'da sağlık yardımı alabilmek için minimum katkı payının ödenmesi ve bir "mutuel" e (sağlık yardımı sigortasının ikinci düzey tedarikçilerinin genel adı) bağlı olunması gerekmektedir. Bu koşulları sağlayanlara yapılan sağlık yardımları ise ikiye ayrılmaktadır. Yapılan yardımlardan ilki olan aynı yardımlar tıbbi bakım ve dış bakım, ilaç ve hastanede kalmayı kapsamaktadır. Nakdi yardımlar ise hastalığa bağlı olarak kişilerin gelirinde meydana gelen azalmayı telefi edici mahiyetteki iş göremezlik ödeneği ve maluliyet yardımı gibi yardımlardır²⁶¹.

²⁵⁹ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.57.

²⁶⁰ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.58.

²⁶¹ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.34.

aa. Sunulan Sağlık Hizmetleri

Daha öncede belirtildiği üzere Belçika’da hemen hemen tüm nüfusu kapsamına alan bir sağlık sistemi geliştirilmiştir. Bu kapsamda sunulan sağlık hizmetleri hem koruyucu sağlık hizmetlerini hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsar. Sağlık hizmetleri 27 farklı kategoride sınıflandırılmıştır. Normal tedaviler, pratisyen ve uzman hekim tedavi ve muayeneleri, fizyoterapistlerin sunduğu tedaviler, diş tedavileri, hastanede sunulan bakım v.b. tedavilerin geri ödeme kapsamında ödenebilmesi için verilen sağlık hizmetlerinin Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Kurumu tarafından diğer sosyal taraflarla da görüşülerek hazırlanan listede bulunması gerekmektedir²⁶².

Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Kurumu tarafından ilgili tarafların görüşü de alınarak hazırlanan geri ödeme listelerine göre sigortalılara faturalandırılmış sağlık hizmet bedelleri katılım payları düşüldükten sonra sağlık sigortası fonu aracılığıyla ödenmektedir. Sigortalılardan alınan katılım payı “kişisel ücret” veya “hasta katılım payı” olarak isimlendirilmektedir. Tedavinin çeşidine göre farklılık göstermekle birlikte kişilerden ortalama % 25 oranında katılım payı alınmaktadır. Katılım payı ödenmesi esas olmakla birlikte bazı kişilerden katılım payı daha az alınmaktadır. Katılım payını daha az ödeyecek ilk grup BIM Statüsü adı altında sıralanan; kamu sosyal yardım merkezinden entegrasyon geliri alanlar, kamu sosyal yardım merkezinden benzer yardım hakkı alanlar, yaşlılar için gelir garantisi uygulamasından yararlananlar ve 27 Şubat 1987 tarihinde çıkan yasaya göre özürlü maaşı alanlardır. Katılım payını az ödeyecek ikinci grup ise geliri belli bir limiti aşmayan kişilerdir. Bu kişilerde, yetimler, özürllüer, emekliler ve dul olanlar, % 66’nın üzerinde mental ve fiziksel özürlü bulunan çocuklar ve 50 yaşın üstünde ve en az bir yıldır işsiz olan kişiler şeklinde sıralanmıştır. Katılım payını az ödeyecek diğer bir grup ise mevcut geliri kişi başına 2.716,15 € ile 14.887,95 € aralığında olan ailelerdir²⁶³.

bb. Nakdi Hastalık Yardımları

Hizmet akdine tabi çalışanların hastalık yardımlarından yararlanabilmesi için ilk olarak 6 aylık süreçte 120 gün çalışmış olması gerekmektedir. Diğer koşul ise katılım payını minimum düzeyde ödemeleri şarttır. Belirtilmelidir ki, hizmet akdine tabi sigortalıların hastalık yardımına hak kazanabilmeleri için gerekli şartları yitirmeleri halinde, şartların kaybedilmesini takip eden üç aylık sürede de hastalık yardımlarından faydalanırlar. Belçika

²⁶² SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.59.

²⁶³ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.60-61.

için hastalığa bağlı nakdi yardımları iki döneme ayırmak mümkündür. Birinci dönem iş göremezlik dönemi olarak isimlendirilebilecek hastalığın ilk bir yılına ilişkindir. Bu dönemde eğer hastanın iş göremezlik durumu var ise işveren tarafından bu durumun sigorta kurumuna bildirilmesi gerekmektedir. İş göremezlik durumunda sigorta kuruluşlarının ödeyeceği tazminat işverenin ödeyeceği maaşa ilave olarak iki hafta boyunca ödenir. İş göremezlik hükümlerinden yararlanma en fazla bir yıllık süreyle sınırlıdır. Bahsi edilen bu bir yıllık sürede sigortalının maaşının % 60'ı sigorta kuruluşu tarafından ödenir.

Bir yıllık sürede iyileşmenin sağlanamaması halinde ise birinci yılın sonundan itibaren maluliyet periyodu başlatılır. Kişilerin maluliyet onayı doktor raporuna bağlı olarak Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Kurumu tarafından verilir. Maluliyet durumunun sona ermesi ise ya doktor raporuna istinaden ya da müfettiş kararıyla olur. Maluliyet yardımının miktarı aile durumu ve kişinin kayba uğrayan kazancına göre belirlenmektedir. Yani sigortalının bakmakla yükümlü kişiler olması halinde maluliyet aylığı, elde ettiği aylık kazancının %65'ini oranında, bakmakla yükümlü kimsesi yok ise % 55 ila % 40 arasında ödenir²⁶⁴.

Kendi adına çalışanların hastalık yardımlarından faydalanabilmesi için hizmet akdiyle çalışanlarda olduğu gibi altı aylık bekleme süresini tamamlamaları ve katılım payını ödemeleri gerekmektedir. Bu hakkı elde edenlerin hastalığa bağlı geçici iş göremez durumuna düştüklerinin tespit edilmesi halinde muayeneyi yapan doktorun 28 gün içinde durumu Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Kurumuna bildirmesi gerekmektedir. Kendi adına çalışanlar için iş göremezlik, bir ayı geçmeyen iş göremezlik durumu, 11 aylık geçici iş göremezlik durumu ve 1 yıldan sonra başlayan maluliyet durumu olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır.

Belçika'da kamu çalışanlarının hastalık yardımlarından faydalandırılmasında özel bir düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeye göre; devlet memurlarının her yıl 21 günlük hastalık izni kullanma hakları vardır. Belirtilen 21 günlük süre aşılmadığı sürece kamu çalışanları maaşlarını tam olarak alırlar. Hastalığa bağlı istirahatın 21 günlük süreyi geçmesi halinde ise kişiye aktif maaşının % 60'ını ödenmeye devam eder. Kişinin hastalığının ciddi bir hastalık olması ve tedavisinin uzun süreceğinin anlaşılması durumunda bu sefer maluliyet geliri olarak tam aylığına eşit tutarda ödeme yapılır²⁶⁵.

²⁶⁴ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.65-66.

²⁶⁵ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.66-67.

Belçika'da hamile kadınlara sosyal güvenlik sistemi içinde doğum izni ve analık yardımı yapılmaktadır. Hizmet akdine tabi çalışanlar için doğum öncesi izin tahmin edilen doğum tarihinden önceki 6 haftayı kapsamaktadır. Çoğul gebelikte bu süre 8 hafta olarak kullanılır. Ülkemizde uygulanan sistemin bir benzeri olarak doğum öncesi kullanılmayan normal doğum için 5 haftalık, çoğul gebelik için 7 haftalık süre doğum sonrasına aktarılabilir. Doğumdan sonraki süre ise 9 haftalık süreyi kapsamakta çoğul gebelikte bu süreye 2 hafta daha eklenmektedir. Devlet memuru olan kadınlar için öngörülen analık izin süreleri hizmet akdiyle çalışanların aynısıdır. Kendi adına çalışan kadınların ise en fazla 8 haftalık izni ve yardım hakları vardır. Çoğul gebelikte bu süre 9 hafta çıkmaktadır. Ancak bu sürelerin tamamının kullanılması gibi bir zorunluluk söz konusu değildir. Sadece doğumdan önceki 1 haftada ve doğumdan sonraki 2 haftada izin kullanma zorunluluğu vardır. Bu süreler dışında izin döneminde çalışılması durumunda çalışan kadına haftalık 368,36 € ödeme yapılır²⁶⁶.

d) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Belçika sağlık sisteminin finansmanı işçiler (prim oranı % 3,55) ve işverenlerden (prim oranı % 3,80) toplanan primlerin yanı sıra hükümet sübvansiyonları, vergiler, alternatif finansman kaynakları, hasta katılım payları ve özel sigorta payları ile sağlanmaktadır. Alternatif kaynak olarak ön görülen kaynaklara örnek olarak sigorta şirketleri ve ilaç endüstrisinden elde edilen kaynaklar gösterilmektedir. Yine bir diğer alternatif kaynak olarak trafik sigortası priminin belli bir yüzdesi zorunlu olarak sağlık sigortası fonuna aktarılmaktadır²⁶⁷.

III. FRANSA

1. Fransa Sosyal Güvenlik Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

Fransa, yönetimde yarı-başkanlık sisteminin uygulandığı, Belçika, Lüksemburg, Almanya, İsviçre, İtalya, İspanya, Monako ve Andorra ile komşu olan, bir Avrupa ülkesidir. Fransa, tahmini 65.1 milyonluk nüfusuyla, dünyada en yüksek nüfusa sahip on dokuzuncu, Avrupa Birliği içinde ise Almanya'dan sonra ikinci kalabalık ülkedir. Fransa'da sosyal güvenlik sistemi; hastalık sigortasını, analık sigortasını, genel sakatlık sigortasını, ölüm sigortasını, yaşlılık sigortasını, dulluk sigortasını, iş riskleri sigortasını ve aile yardımlarını

²⁶⁶ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.67-68.

²⁶⁷ SGK, Mesleki Eğitim Raporu, s.59.

kapsamaktadır. Bunların yanı sıra sistem içinde bakıma muhtaçlık da aynı şekilde kapsama alınmıştır. İşsizlik sigortası ise iş kodu'nda ayrı olarak düzenlenmiştir. Ayrıca sosyal yardım uygulamaları da prime bağlı olmaksızın sistem içinde yerini almıştır²⁶⁸.

Fransa'da ulusal düzeyde Ulusal Hastalık Sandığı, Ulusal Yaşlılık Sigortası Sandığı ve Ulusal Aile Yardımları Sandığı olmak üzere üç farklı sosyal sigorta sandığı vardır²⁶⁹. Hollanda ve Belçika'da olduğu gibi Fransa'da da sosyal güvenlik sistemi Bismarc sisteminin üzerine kurulmuş olsa da sistem içinde Beveridge tipi sosyal güvenlik sistemin özelliklerini görmekte mümkündür.

2. Fransa Sağlık Sigortası Sistemi

a) Genel Olarak

Fransa'da sağlık sigortasının yönetimi, Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığının denetiminde Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından yürütülmektedir. Organizasyonun tepesinde Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu bulunurken bunun altında da Bölge Sağlık Sigortalarına yer verilmiştir. Bölge Sağlık Sigortaları bir alt basamaktaki yerel 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 üstlenmiştir²⁷⁰.

OECD verilerine göre 2009 yılı itibariyle Fransa'da toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı % 11,8'dir²⁷¹. OECD ülkeleri ortalamasının % 9,6 olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu oran oldukça yüksektir. Nitekim Fransa oran itibariyle dünyada sağlığa en fazla harcama yapan ülkeler arasında ABD ve Hollanda'nın ardından üçüncü sırada gelmektedir.²⁷² Yine Fransa'da 2009 yılı itibariyle kişi başına düşen sağlık harcaması ise 3.978 Dolar'dır. Hemen hemen diğer tüm OECD ülkelerinde olduğu gibi Fransa'da da toplam sağlık harcamalarının ana kaynağını kamudan ayrılan paylar oluşturmaktadır. 2009 yılı itibariyle toplam sağlık harcamaları için kamudan ayrılan payın OECD ülkeleri için ortalaması % 72'iken, Fransa'da bu oran OECD ortalamasından daha fazladır. Fransa'da

²⁶⁸ Otto KAUFMANN, "Fransa'da Sosyal Güvenlik: Genel Sistem", (çev. Tankut CENTEL), **Çimento İşveren Dergisi**, Cilt:13, Sayı:1, (Ocak 1999), s.4-5.

²⁶⁹ KAUFMANN, s.13.

²⁷⁰ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.118.; BOSTANCI, s.103.

²⁷¹ <http://www.oecd.org/dataoecd/12/17/49084343.pdf> (08.02.2012).

²⁷² Can BUHARALI, **Türkiye'de Ve Dünyada Sağlık Ekonomisi**, Deloitte A.Ş. Yayınları İstanbul, 2008, s.14.

toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı % 78 seviyesindedir. Toplam sağlık harcamalarının % 7'lik kısmı özel sağlık sigortaları harcamaları, % 13'ü cepten yapılan harcamalar, % 2'ise diğer harcamalardan ibarettir²⁷³.

Fransa'da 2000 yılından itibaren genel sağlık sigortası uygulamansın başlatılmasıyla herkes Ulusal Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. 2000 yılından itibaren herkes için genel ve zorunlu katılımı esas alan²⁷⁴ ulusal sağlık sigortasının kökenleri 19. yüzyılın başlarına kadar gitmektedir. İlk olarak maden işçilerinin karşılıklı yardım temelinde kurdukları hastalık sandıkları aynı zamanda sağlık sigortasının da temelini oluşturmaktadır. Fransa'da modern anlamda sağlık sigortasının kurulması ise 1928 yılında çıkarılan ve düşük gelirli işçilerin zorunlu katılımını esas alan kanun ile olmuştur²⁷⁵.

Fransa'da 3'ü büyük ölçekli 11'i ise küçük ölçekli olmak üzere toplam 14 fon tarafından herkes sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Diğer bir anlatımla Ulusal Sağlık Sigortası'nda sigortalının katılabileceği esas itibariyle 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 alınmaktadır²⁷⁶.

Ulusal Sağlık Sigortası sistemi tedavi gerektiren hastalıkların tamamını kapsamadığı gibi sağlık hizmet bedellerinin tamamı da sağlık sigortasından karşılanmamaktadır. Bu nedenle sistem içerisinde Ulusal Sağlık Sigortası'nın tamamlayıcısı niteliği taşıyan özel sağlık sigortacılığı da hızla gelişmektedir²⁷⁷.

b) Sağlık Sisteminin Kapsamı

Daha öncede ifade edildiği üzere ülkede yaşayan herkes ya sigortalı olarak ya da sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık sigortası kapsamındadır. Burada

²⁷³ <http://www.oecd.org/dataoecd/12/17/49084343.pdf> (08.02.2012).

²⁷⁴ Fatma Özge VAROĞLU, "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, s.66.

²⁷⁵ Daha geniş bilgi için bkz.; ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.118.

²⁷⁶ BUHARALI, s.14.; ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.120-121.

²⁷⁷ Geniş bilgi için bkz., VAROĞLU, s.66-78.

belirtilmelidir ki; sigortalının yakını olarak hastalık sigortası kapsamına alınanlar, ülkemizde olduğu gibi sadece aile bireyleri (eş, anne, baba ve çocuklar) şeklinde anlaşılmamalıdır. Toplumsal yapıya uygun olarak sigortalının hayat arkadaşı (nikahsız olarak yaşadığı eşi) ve sigortalının bakımını üstlendiği diğer kişilerde sağlık sigortası kapsamına alınmıştır²⁷⁸.

c) Sağlanan Yardımlar

Fransa'da hastalık sigortası kapsamında sigortalı olarak sisteme dahil olanlara hem sağlık yardımı yapılmakta hem de belli şartların gerçekleşmesi durumunda nakdi 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 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 2.030 katı prim ödemesi veya 1.200 saat çalışmış olması şartının sağlanmasıdır²⁷⁹.

Diğer bir anlatımla sigortalının sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için öncelikle bir aylık sürede aranan şartları taşıyıp taşımadığına bakılacak, şartları sağlayamayanlar için hastalık tarihinden önceki üç aylık süre için aranan şartların ya da son bir yıllık süre için aranan şartların sağlanıp sağlanmadığına bakılacaktır. Dolayısıyla sigortalının sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için yukarıda sıralanan üç şartı da sağlaması değil üç şarttan birini sağlaması yeterli olacaktır.

Nitekim sigortalılar ve bunların yakınları, sigortalılık ilişkisinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl daha sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Yine sigortalılar kamuya ait hastanelere gittiklerinde ön görülen 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 edilmektedir²⁸⁰.

²⁷⁸ KAUFMANN, s.6.

²⁷⁹ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.122.; BOSTANCI, s.103.

²⁸⁰ BUHARALI, s.14.; ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.122.

aa. Sunulan Sağlık Hizmetleri

Daha öncede belirtildiği üzere Fransa'da tüm nüfusu kapsamına alan bir sağlık sistemi geliştirilmiştir. Her ne kadar bazı istisnai sağlık hizmetleri (diş tedavisi v.b) hastalık sigortası kapsamı dışında tutulsa da nüfusun yaklaşık üçte ikisi sağlık hizmetlerinden memnundur. Hatta 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü Fransa'nın sağlık hizmetlerini gerek hasta memnuniyeti gerekse sunulan sağlık hizmetleri bakımından dünyada en iyi olarak seçmiştir²⁸¹.

Fransa'da ayakta tedavi hizmetlerinin % 99'u Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından sözleşme yapılan doktorlar tarafından yerine getirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri olan nitelendirilebilecek bu sağlık hizmetlerinden faydalanan hastalar tedavi masraflarını hekime kendileri ödemektedir. Uygulamada iki durum söz konusudur; ilkinde doktorun sözleşme hükümlerine göre alacağı ücret bellidir. Hasta bu ücreti hekime öder ve yapmış olduğu ödemeyi katılım payı düşüldükten sonra sigorta kurumundan geri alır. İkincisinde ise doktor ücretini kendisi belirler. Bu durumda hasta doktorun belirlediği ücreti öder. Ancak geri ödeme alırken doktora ödediği ücret üzerinden değil daha önce belirlenen ücret üzerinden katılım payı düşüldükten sonra geri alır. Arada fark olması halinde farkı hasta kendi cebinden öder²⁸².

Sağlık hizmetlerinin sunumunda birinci basamak sağlık sunucusu olarak görev yapan doktorların hastaların ikinci basamak sağlık hizmet sunucularına başvurmasında etkin bir rolleri bulunmamaktadır. Diğer bir anlatımla Fransa'da, Hollanda'da olduğu gibi katı bir sevk zinciri uygulaması yoktur. Hastalar isterlerse sevke gerek olmaksızın uzman bir hekime veya hastaneye tedavi olmak için müracaat edebilir.²⁸³ Buna karşın Fransa'da tüm sağlık sektöründe devlet tarafından yürürlüğe konan fiyat kontrolü uygulanmaktadır²⁸⁴. Bu uygulamaya bağlı olarak da sıkı bir denetim söz konusudur. Fransız sağlık sigortası sistemi içinde ikinci basamak sağlık hizmet sunucularının görevi ise koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunumunun yapılmasıdır²⁸⁵.

Türkiye'de olduğu gibi Fransa'da da hastalar devlet hastanelerine gitmeleri halinde katılım payı dışında bir ücret ödemezler. Buna karşın Türkiye'deki uygulamanın tersine

²⁸¹ BUHARALI, s.14.

²⁸² ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.119.

²⁸³ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.119.

²⁸⁴ BUHARALI, s.14.

²⁸⁵ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.119.; BOSTANCI, s.105.

Fransa'da hastalar özel hastanelere ya da doktorlara gittiklerinde tedavi masraflarının tamamını kendileri öder, yaptıkları bu ödemedeki katılım payı düşüldükten sonra kalan tutarı geri ödeme yoluyla geri alırlar. Bu anlamda Fransa ulusal sağlık sigortası için, sisteminin ağırlıklı olarak sigortalılardan alınan primlere ilave olarak ayrıca katılım payı ödeyerek sistemin finansmanı katıldıkları bir sistemden bahsetmek mümkündür²⁸⁶.

Gerçektende hastalar ödenen katılım payı alınan hizmetin niteliğine göre değişse de aldıkları sağlık hizmetleri için bir katkı payı öderler. Sigortalıların hekim muayene ücretleri için ödeyecekleri katılım payı % 30, laboratuvar testleri için % 40, tıbbi malzemeler için (örneğin diş protezleri ve reçeteli gözlükler) % 35, yataklı tesislerde yapılan diş konsültasyon ücretleri için % 25, hastanede yatarak tedavilerde tedavi ücretleri için % 20'dir. Ayrıca hastanede kalınan her gün için hastane giderleri için ayrıca katılım payı ödenir²⁸⁷. Ayrıca ilaçlar için % 35, % 65 ve % 100 oranında değişen oranlarda katkı payı alınması söz konusudur²⁸⁸. Buna karşın 30 günü aşkın hastane yatışlarında, ciddi ve kronik hastalık durumlarında hastalardan katılım payı alınmaz. Yine geliri belli bir miktarın altında kalan yoksullardan da katılım payı alınmamaktadır. Bu da bize her ne kadar sistem hastalardan katılım payı alınması üzerine kurulsaydı da sosyal devlet uygulamalarının tamamen yok sayılmadığını göstermektedir²⁸⁹.

bb. Nakdi Hastalık Yardımları

Hastalık parası ya da nakdi yardım olarak isimlendirebileceğimiz bu ödenekten faydalanabilmek için sigortalıların hastalığın başladığı tarihten en az bir yıl önce sigortalı tescilinin yapılmış olması gerekmektedir. Daha sade bir anlatımla sigortalıların nakdi hastalık yardımından faydalanabilmesi için en az bir yıl öncesinden Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından sigortalı olarak tescilinin yapılmış olması gerekmektedir. Bu şartın yanı sıra yerine getirilmesi gerek diğer bir şart ise sigortalının hastalığının başladığı tarihten önceki son üç ay içinde en az 200 saat çalışmış olmasıdır. Pek tabii ki nakdi yardım almanın diğer bir şartı da hastalığın tıbben tespit edilmesidir²⁹⁰. Belirtmeliyiz ki, hastalık parası sadece çalışanlara ve işsizlik ödeneği alanlara yapılan bir ödemedir. Bunlar dışında sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişilere nakdi yardım yapılması söz konusu değildir.

²⁸⁶ VAROĞLU, s.67.

²⁸⁷ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.119.; BOSTANCI, s.105.

²⁸⁸ BUHARALI s.14.; BOSTANCI, s.105.; VAROĞLU, s.67.

²⁸⁹ BUHARALI s.14

²⁹⁰ BOSTANCI, s.104.

Yukarıda sayılan şartları yerine getiren sigortalılara, hastalık sigortası kapsamında çalışmadıkları üçüncü günden sonra hastalık parası ödenir. Diğer bir anlatımla hastalığa bağlı olarak çalışılmayan üç gün için her hangi bir ödeme yapılmaz iken dördüncü günden başlanarak hastalara almış oldukları ücretin yarısı tutarında nakdi para yardımı yapılmaktadır. İş göremezlik süresinin 30 günden fazla olması ve sigortalının en az üç çocuk geçindirmek zorunda olması durumunda ise ödenen nakdi yardım 2/3 oranında ödenir. Kural olarak hastalığın başladığı tarihten itibaren en çok altı ay süre ile hastalık parası ödenmektedir. Yine kural olarak üç yıllık sürede en fazla 360 günlük hastalık parası ödenmesi söz konusu iken ciddi ve uzun süreleri hastalıklarda üç yıl boyunca da hastalık parası ödenebilmektedir.²⁹¹ Eğer hastalığın meydana geldiği tarihten önceki bir yıllık sürede sigortalı en az 800 saat çalışmış ise ve bu çalışmasının 200 saati son üç ay içinde ise bu sefer hastalık parası 6 ay süreyle değil 12 ay süreyle ödenir²⁹².

d) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Fransa'da sağlık hizmetlerinin finansmanı işçiler ve işverenler ve devlet tarafından ödenen primler ile karşılanmaktadır. İşçilerin ödemiş oldukları prim tutarı aylık kazançlarının % 6,8'i, emeklilerin ise toplam aylık kazançlarının % 1,4'ü oranındadır. Yine işsizlik ödeneği alan kişiler de sağlık sigortası primi ödemektedir. Bunların ödeyeceği sağlık sigortası prim oranı ise kendilerine garanti edilen asgari ücretin % 2'si oranındadır. İşverenlerin ödediği sağlık sigortası prim oranı ise % 12,8 seviyesindedir. Ülkemizde olduğu gibi Fransa'da da işverenler primleri keserek kuruma ödemekle yükümlüdür²⁹³. Devlet ise sosyal katkı adı altında topladığı gelir vergilerinden, otomobil, tütün ve alkollü içeceklerden topladığı özel vergilerden, ilaç sanayine yönelik özel vergilerden ve genel devlet bütçesinden ayırdığı kaynaklardan sistemi finanse etmektedir.

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 toplanmıştır. Kalan % 4,9'luk kısım ise devlet yardımıdır²⁹⁴.

²⁹¹ KAUFMAN, s.6.

²⁹² ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.123.

²⁹³ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.126.

²⁹⁴ BUHARALI, s.14.

IV. ALMANYA

1. Almanya Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemi Hakkında Genel Bilgiler

Almanya ya da resmi adıyla Almanya Federal Cumhuriyeti bir orta Avrupa ülkesidir. Almanya'nın; kuzeyinde Kuzey Denizi, Danimarka ve Batlık Denizi, doğusunda Polonya ve Çek Cumhuriyeti, güneyinde Avusturya ve İsviçre, batısında Fransa, Lüksemburg, Belçika, ve Hollanda bulunur. Almanya 81,5 milyonun üzerindeki nüfusu ile Avrupa Birliği'nin en fazla nüfusa sahip ülkesi konumundadır. Almanya GSYİH'ye göre dünyanın 3. büyük ekonomisi ve en çok ihracat gerçekleştiren ülkesidir²⁹⁵.

Almanya'nın 2009 yılı GSYİH tutarı 3,33 trilyon, kişi başı GSYİH ise 40.670 \$'dır. Alman GSYİH'nin % 27,6'sı kamu refahı için harcanmakta olup bu oran ABD'de % 16,2, OECD ortalamasında ise % 20,7'dir²⁹⁶. 2008 yılı verilerine göre devlet bütçesinin %18,2'si sağlığa ayrılmıştır. Kişi başı sağlık harcaması 3.737 \$, ilaç harcaması ise 563 \$'dır. Sağlık harcamalarına kamunun finansmanı % 77'dir. Dolayısıyla özel harcamaların oranı % 23 olmaktadır²⁹⁷.

Almanya'da ortalama yaş 44,3 yıl ve tüm nüfusun % 13,7'si 15 yaş altıdır. 65 yaş üstü nüfus oranı ise % 20,31'dir²⁹⁸. Buna karşı ülkede doğurganlık oranı, anne başına 1,39 çocuk ile Dünya ortalaması'nın oldukça altındadır. Federal İstatistik Ofisi tahminlerine göre nüfusun 2050 yılında 69-74 milyon arasında olacağı tahmin edilmektedir²⁹⁹.

Alman Anayasa'sının 20. maddesine göre Almanya sosyal bir devlettir. Sosyal güvenlik devletin öncelikli görevleri arasında sayılmakta, devlet vatandaşlarının sosyal ve ekonomik durumları ne olursa olsun, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi konusunda eşit haklara sahip olduğunu kabul etmektedir³⁰⁰.

²⁹⁵ <http://tr.wikipedia.org/wiki/Almanya> ,(11.02.2012).

²⁹⁶ Brigitte FRONEBERG, "Almanya'da Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetleri ile İş Sağlığı ve Güvenliği", **Sicil Dergisi**, Sayı: 17, (Mart 2010), s.295.

²⁹⁷ Dilaver TENGİLİMOĞLU/Alper GÜZEL, "Sağlık Sistemleri ve Ülke Örnekleri", **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Sayı:74, (Temmuz-Ağustos 2011), s.13.

²⁹⁸ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.11.

²⁹⁹ <http://tr.wikipedia.org/wiki/Almanya> ,(11.02.2012).

³⁰⁰ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.11.

Birçok Avrupa ülkesinin sosyal güvenlik alanında kendisine örnek aldığı Almanya dünyada sosyal sigortaları ilk defa kuran ülkedir³⁰¹. Alman sosyal güvenlik sistemi zorunluluk esasına dayanmaktadır³⁰². Almanya sosyal güvenlik sistemi, klasik beş şart olan sağlık, emeklilik, kaza, uzun süreli bakım ve işsizlik sigortalarını içermektedir. Sosyal sigortalara ek olarak hayat boyu süren sosyal yardım, aile dengeleme planı hizmetleri ve sosyal yardımlar da bulunmaktadır. Alman sağlık sistemi kazanç esasına dayalı sigorta primleri ile finanse edilir³⁰³.

a) Sosyal Sigorta Sistemi

Nüfusun % 99'dan fazlasını kapsama alan ve en önemli sosyal güvenlik aracı olan sosyal sigortalar çalışma esasına göre oluşturulmuştur³⁰⁴. Sosyal sigorta kapsamına alınan riskler, iş kazası ve meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları³⁰⁵ ile işsizlik ve çocuk yardımlarıdır³⁰⁶.

Almanya'da hastalık sigortası zorunluluk esasına dayalıdır. Bir işte ücret karşılığı çalışanlar, mesleki öğretim gören öğrenciler, stajyerler, yüksek öğrenim gören öğrenciler, yaşlılık aylığı alanlar, işsizlik ödeneği alanlar, mesleğe alıştırma faaliyetlerine katılanlar, devletçe tanınmış olan atölyelerde çalışan özürllüer, tarım işletmesi sahipleriyle bunların aile bireyleri, sanatkarlar, gazeteciler ve isteğe bağlı sigorta primi ödeyenlerle bunların bakmakla yükümlü tutulduğu kişiler hastalık sigortası kapsamına girmektedir³⁰⁷. Hastalık sigortası kapsamına girmeyen ancak sosyal yardım alan kişiler de sosyal yardım makamlarının finansmana katılımı sayesinde sağlık hizmetlerinden eşit biçimde yararlanırlar³⁰⁸.

İstihdama giriş yapan her Alman vatandaşı, kesintiler öncesindeki düzenli geliri aylık 400 Euro'yu aşmaması ve belirlenen yıllık limitin altında kalması halinde otomatik ve zorunlu

³⁰¹ 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) I.Kitapta Sosyal Yasanın Genel Hükümleri, IV. Kitapta Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri, V. Kitapta Hastalık Sigortası, VI. Kitapta Malullük, Yaşlılık ve Ölüm Sigortaları, VIII. Kitapta Çocuklara ve Gençlere Yardım, X. Kitapta Usul Hukuku, Sosyal Verilerin Korunması, Sigorta Kurumları Arasında İşbirliği ve Üçüncü Kişilerle İlişkileri XI. Kitapta Sosyal Bakım Sigortası düzenlenmiştir.

³⁰² Mehmet BULUT, **Sosyal Güvenlik Usul Hukuku**, Bilge Yayınevi, Ankara, 2010, s.39.

³⁰³ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.11.

³⁰⁴ SÖZER, **Sosyal Devlet Uygulamaları**, Cemiyet Yayınları, İzmir, 1997, s.7; FRONEBERG, s.295.

³⁰⁵ Malullük, Yaşlılık ve Ölüm Sigortaları Rant Sigortası olarak adlandırılmaktadır.

³⁰⁶ EKMEKÇİ/TUNCAY, s.21.; SÖZER, Sosyal Devlet Uygulamaları, s.9, FRONEBERG, s.295, TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.11.

³⁰⁷ EKMEKÇİ/TUNCAY, s.21.; SÖZER, Sosyal Devlet Uygulamaları, s.9.; ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.114.

³⁰⁸ FRONEBERG, s.295.

olarak sigortalanmaktadır³⁰⁹. Ancak yıllık geliri belirlenen üst sınır olan 49.000 Euro'yu aşanlar diğer bir ifade ile yüksek gelir grubuna sahip olanlarla haftada 15 saatten az veya düşük ücretli önemsiz bir işte çalışanlar, hastalık sigortası kapsamı dışında kalmaktadır³¹⁰. Yüksek gelir grubundakilerin tam kapsamlı özel sağlık sigortası yaptırmaları zorunludur³¹¹. Sigortalının çalışmayan eşi doğrudan hak sahibi sayılmakta, çocuklar ise 18 yaşını tamamlayana kadar, çalışmayan çocuklar ise 23 yaşına kadar hak sahibi sayılmaktadır. Malul çocuklar için yaş sınırı aranmamaktadır³¹².

b) Zorunlu Sağlık Sigortası Sistemi

Alman sağlık sistemi, zorunlu sigorta, federal organizasyon ve bakım ünitelerinden oluşmaktadır. Her sosyal sigorta kolu için ayrı bir sosyal güvenlik kurumunun/sandığının yetkili kılındığı Almanya'da, bu kurumlar sigortaya ilişkin tüm işlemleri üstlenirler³¹³. Federal Sağlık Bakanlığı ve Federal Sağlık Enstitüsü denetimindeki Hastalık ve Analık Sigortası Kurumu hastalık sigorta kollarına ilişkin olarak faaliyette bulunur³¹⁴.

Almanya'da çalışanlar işe girdikleri andan itibaren sigortalı sayılmakta ve işverenler tarafından da bildirim yapılmaktadır. Sigortalılık tescili sağlık sigortası tarafından yapılmakta ve tescil yapılan sigortalı malullük, yaşlılık, ölüm ve işsizlik konusunda yetkili sigorta kurumuna bildirilmekte, bu işlemlerden sonra sigortalıya bundan sonraki sigorta işlemlerinde kullanılmak üzere bir sicil numarası verilmektedir³¹⁵.

Almanya sağlık sistemi, sosyal sağlık sigortası sistemi içerisinde, federal hükümet ve yetkilendirilmiş sivil toplum örgütleri tarafından karakterize edilen ve ana aktörleri sunucu tarafında hekim ve diş hekimi birliklerinin, satın alma tarafında ise hastalık sandıkları ve bu sandıklara ait birliklerin olduğu desantralize bir örgüt yapısındadır. Hastaneler resmi kurumlar değil özel hukuka dayalı kuruluşlar tarafından temsil edilir³¹⁶.

Sağlık sigortaları 8 değişik sigorta kolu tarafından yürütülmektedir. Bunlar; Bölge Sağlık Sigortaları, İşyeri Sağlık Sigortaları, Lonca Sağlık Sigortaları, Çiftçi Sağlık Sigortası, Deniz Sağlık Sigortası, Alman Madenciler Birliği Sigortası, İşçi Yedek Sigortaları ve Memur

³⁰⁹ FRONEBERG, s.295.

³¹⁰ BOSTANCI, s.98.; TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.14.

³¹¹ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.14.

³¹² SÖZER, Sosyal Devlet Uygulamaları, s.9.

³¹³ BOSTANCI, s.99.

³¹⁴ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.111.

³¹⁵ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.111.

³¹⁶ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.11.

Yedek Sigortalarıdır³¹⁷. Bu sigortalara bağlı olarak sayıları 1.100'e yaklaşan özerk sağlık sigorta kuruluşları faaliyet gösterir³¹⁸.

Almanya'da ikamet eden herkes zorunlu sağlık sigortası ya da isteğe bağlı özel sağlık sigortası kapsamına girmek zorundadır. Zorunlu sağlık sigortası primleri kişilerin brüt ücretlerine göre belirlenirken isteğe bağlı özel sağlık sigortalarında prim tutarını belirleyen faktörler, yaş, cinsiyet ve kişinin bireysel özellikleridir³¹⁹. 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 yararlanabilmektedir³²⁰.

Birinci derece finansman kaynağı her ne kadar işçi ve işverenler olsa da primlere devletin de katkısı bulunmaktadır. Bir işverene bağlı olarak çalışanların primlerinin yaklaşık yarısı işverenler tarafından ödenir. Emekli ve yoksulların sağlık harcamalarının finansmanını özel fonlar üstlenir. Genç nüfusun azalması nedeniyle emeklilerden de sağlık primi kesintisi yapılmaktadır³²¹.

Sağlık sigortası kapsamında sunulan yardımlar işgöremezlik ödemesi ve sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Sağlık yardımlarında süre sınırı bulunmamaktadır. Sağlık yardımları hastalığın başladığı andan itibaren başlamakta ancak sigortalılar sağlık hizmetleri için katılım payı ödemektedir. 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 hizmetleridir³²². Alman sağlık sektöründe çalışan iş gücü 4 milyonu aşmaktadır³²³.

Hastalık nedeniyle çalışamayan sigortalının ilk 6 haftaya ait ücreti işveren tarafından ödenmekte 6 haftanın sonunda da hastalık sigortası devreye girmektedir. İşgöremezliği 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

³¹⁷ Sarper ERDOĞAN/Ahmet SALTİK, "Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi" **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı:74, (Temmuz-Ağustos 1996), s.74.

³¹⁸ Michael HILL, **Social Policy**, Prentice-Hall, 1996, s.104.

³¹⁹ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.11.

³²⁰ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.113.

³²¹ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL,, s.15.

³²² ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.113.

³²³ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.12.

fazla olamamaktadır. Hekim tedavisine uymayan sigortalının iş göremezlik ödeneği durdurulmaktadır³²⁴.

c) Özel Sağlık Sigorta Sistemi

Alman nüfusunun yaklaşık % 9'u özel sağlık sigortası yaptırmaktadır. Çalışmadığı için zorunlu sigortalı olmayanlar özel sağlık sigortası yaptırmak zorundadır. 1 Ocak 2009 tarihinde 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 zorundadır³²⁵.

Özel sigortalar hastalık riskine karşı sigorta yaptıkları için tedavi edici hizmetleri sunmaktadır. Temel hizmet ayakta bakım ve diğer tedavi hizmetlerinin bütünüdür. Hastalık kavramı tam olarak tanımlanmış hastalık kavramı dışında kalan tüm olgular sigorta kapsamı dışında tutulmuştur³²⁶.

2. Sağlık Hizmetleri Envanteri

2010 yılı verilerine göre Almanya'daki hekim sayısı 292.129'dur. Almanya'da her 10.000 kişiye 35,3 hekim 108,2 ebe düşmektedir. Almanya'daki diş hekimi sayısı 63.485, eczacı sayısı ise 49.904'dür. Almanya için diş hekimi ve eczacılar açısından değerlendirme yapılırsa 10.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 7,7, eczacı sayısı ise 6'dır. Türkiye'nin sağlık çalışanları açısından Almanya ile mukayesesini yaparsak hem rakamsal hem de nüfus oranı açısından oldukça düşük değerlere sahip olduğu aşağıdaki tablodan çok daha açık biçimde anlaşılabilir.

³²⁴ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.115-116.

³²⁵ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.15.

³²⁶ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.14.

Tablo 1
Sağlık Hizmetleri Kaynakları

Sağlık Hizmet Kaynakları	Türkiye	Almanya	ABD
10.000 Nüfusa Düşen Hastane Yatağı	24	82	31
Hekim sayısı	110.482	292.129	793.648
10.000 Nüfusa Düşen Hekim Sayısı	14,5	35,3	26,7
Hemşire ve Ebe Sayısı	144.229	895.000	2.927.000
10.000 Nüfusa Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	18,9	108,2	98,2
Diş Hekimi Sayısı	17.985	63.485	463.663
10.000 Nüfusa Düşen Diş Hekimi Sayısı	2,4	7,7	16,3
Eczacı Sayısı	24.756	49.904	249.642
10.000 Nüfusa Düşen Eczacı Sayısı	3,3	6	8,8

Kaynak: Dilaver Tengilimoğlu ve Alper Güzel, “Sağlık Sistemleri ve Ülke Örnekleri”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Sayı:74, (Temmuz-Ağustos 2011), s.17.

3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Almanya’da hastalara hekim, hastane ve uzman doktor seçiminde serbestlik tanınmış bir kısıtlama getirilmemiştir. Zorunlu hastalık sigortası kapsamındakiler diğer bir ifade ile özel sağlık sigortası kapsamı dışında kalanlar Hastalık Sigortası ile sözleşme yapmış sağlık sunucularına başvurabilir. Ancak sağlık sunucularının ve hekimlerin tamamına yakını Hastalık Sigortası ile sözleşme imzalamıştır. Nüfusun yaklaşık % 90’ı bir aile hekimine kayıtlı olmakla birlikte ilk teşhis için genellikle uzman hekimleri tercih etmektedir. Ancak hastalar aile hekimi ya da bir uzman hekim tarafından sevk edilmeden hastanelere başvuramazlar. Hastalar sevk almak koşuluyla diledikleri hastaneyi seçebilmektedir³²⁷.

Alman hastaneleri ağırlıklı biçimde yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Hastaneler sadece acil haller için ayakta tedavi hizmeti sunmakla birlikte üniversite

³²⁷ İlker BELEK, **Sağlığın Politik Ekonomisi**, 3.b., Yazılama Yayınevi, İstanbul, 2009, s.243,; Mustafa Yasin ŞENELDİR, “**Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde İlaç Sorunu**”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi. SBE, 2010, s.176.

hastaneleri ayakta hasta kabulü yapmaktadır. Üniversite hastanelerinin ayakta tedavi içindeki payı % 5'dir³²⁸.

§ 5. ULUSAL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER

I. İSVEÇ

1. İsveç Sosyal Güvenlik Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

İsveç, meclis sistemine sahip, meşruti monarşi ile yönetilen, Kuzey Avrupa'daki İskandinav yarımadasında yer alan bir ülkedir. Ülkenin sınır komşuları batı ve kuzeyden Norveç, doğudan ise Finlandiya'dır. İsveç bunun dışında güneyinde yer alan Öresund Köprüsü ile Danimarka'ya bağlıdır. İsveç, yaklaşık 450.000 km² lik yüzölçümü ile Avrupa Birliği ülkeleri arasında en büyük üçüncü ülkedir. İsveç'in nüfusu 9,2 milyon olup yoğunluk bakımından km² başına 20 insan yaşamaktadır. Ülkedeki halkın % 85'i kentlerde yaşar. Ekonomik bakımından son derece gelişmiş bir ülke olan İsveç, The Economist'in Demokrasi İndeksi'ne göre birinci sırada, Birleşmiş Milletler'in İnsani Gelişme Endeksi'ne göre ise dünya genelinde yedinci sıradadır³²⁹.

İsveç'te sosyal güvenliğin gelişimi 19. yüzyıla dayanmaktadır. Zira 19. yüzyılın ortalarına kadar diğer birçok ülkede olduğu gibi İsveç'te de modern sosyal güvenlik sistemleri yerine yoksulluğun ve kitlesel ölümlerin engellenmesini amaçlayan geleneksel sosyal yardım uygulamaları mevcuttu. 19. yüzyılın ortalarından itibaren sanayinin gelişmesine paralel olarak ortaya çıkan sorunlar modern anlamda sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. Bu anlamda İsveç'te ilk olarak muhtaç duruma düşenlere destek ve yardım için, "hastalık yardım kasaları" denilen dernekler kurulmuştur³³⁰.

Hastalık kasaları olarak isimlendirilen bu dernekler 1931 yılına gelindiğinde devlet tarafından tanınarak çalışmalarında devletten destek alamaya başladılar. Ancak 1955 yılına kadar hastalık kasası derneklerine üyelik gönüllük esasına dayanmaktadır. 1955 yılında, gelire dayalı hastalık ödeneği ve sübvansiyonel sağlık hizmeti sağlayan "Genel Hastalık Sigortası"nın ve "Meslek Kazası Sigortası"nın kurulmasıyla birlikte gönüllük esası da yerini

³²⁸ BELEK, s.244.

³²⁹ <http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0sve%C3%A7>, (14.02.2012).

³³⁰ http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5ae4ce29-a79b-4dde-a30e-bf68afdf108f/socialforsakringen_tur.pdf?MOD=AJPERES, (14.02.2012).

zorunlu sigortalılığa bırakmıştır³³¹. 1960'lı yıllardan itibaren olgunlaşmaya başlayan İsveç sosyal güvenlik sisteminin en fazla dikkat çeken yanı dünyada ilk kez minimum bir emeklilik aylığını prim ödeme şartı aranmaksızın bütün vatandaşlarına garanti etmiş olmasıdır³³². Bugün için İsveç sosyal sigorta sistemi ülkede yaşayan veya çalışan herkesi kapsamaktadır. Diğer bir anlatımla İsveç'te sosyal güvenlik sistemi herkes için temel bir hak şeklinde algılandığında ulusal düzeyde herkes kapsama alınmıştır. Sosyal güvenlik sisteminin finansmanı ise esas olarak vergi gelirleriyle karşılanır³³³. Sosyal sigorta sistemi kapsamında ailelere ve çocuklara, fonksiyon engelli kişilere, hastalık, iş kazası ve yaşlılık durumlarında ekonomik güvence sağlanmaktadır³³⁴.

İsveç'te sosyal güvenliğin yönetimi merkezi düzeyde Sosyal Koruma Ulusal Komisyonunun sorumluluğundadır. Bu komisyon yönetim sorumluluğunu 25 bölge bürosu ve 359 yerel acentesi vasıtasıyla yerine getirmektedir³³⁵. Sosyal sigorta sistemi ise İsveç Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından yönetilir. Sosyal sigorta sistemi ülke çapında bütünlük gösterir ve finansmanı devlet tarafından düzenlenir³³⁶. Bu anlamda İsveç Sosyal Sigortalar Kurumu sadece hizmet sunumunu görevini yerine getirmektedir. İşverenlerden ve sigortalılardan tahsil edilmesi gereken katılım paylarının toplanması görevi ise vergi dairesi tarafından yerine getirilir³³⁷. Bahsi edilen görev yapılarına uygun olarak da İsveç'te primlerin denetimi gelir idaresi tarafından yürütülürken, sosyal güvenlik suiistimallerine ilişkin denetimler ise sosyal güvenlik idaresi tarafından yürütülmektedir³³⁸.

Vergi daireleri katılım paylarının tahsili için öncelikli olarak Sosyal Sigortalar Kurumuna kaydı olan işverenlere doldurmaları için vergi bildirim formu gönderir. Sözü edilen formu dolduran işverenin, istihdam ettiği işçiye ödediği maaşı, ek olarak yaptığı ödemeleri veya malzeme bedellerini, gelir vergisinden yapılan kesintilerini ve işveren olarak

³³¹ http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5ae4ce29-a79b-4dde-a30e-bf68afdf108f/socialforsakringen_tur.pdf?MOD=AJPERES, (14.02.2012).

³³² Emin ALPER, **Emeklilik Reformları: Dünya Bankası, Avrupa Birliği ve Türkiye** (Sosyal Politika Forumu Araştırma Raporu), Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2005, s.27.

³³³ Teoman AKPINAR, **Avrupa Birliği Ekseninde Türkiye'de Tarım Sektöründe Sosyal Güvenlik ve Sorunları**, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınları, Tekirdağ, 2009, s.7.

³³⁴ http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5ae4ce29-a79b-4dde-a30e-bf68afdf108f/socialforsakringen_tur.pdf?MOD=AJPERES, (14.02.2012).

³³⁵ BULUT, Türkiye İçin Bir Öneri, s.14.

³³⁶ http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5ae4ce29-a79b-4dde-a30e-bf68afdf108f/socialforsakringen_tur.pdf?MOD=AJPERES, (14.02.2012).

³³⁷ BULUT, Türkiye İçin Bir Öneri, s.14.

³³⁸ Mehmet BULUT, "Sosyal Güvenlik Usul Hukuku Kavramı Işığında Ülkemizde Sosyal Parafiskal Yükümlülüklerle Yönelik Usul Kanunu Gerekliliği ve Öneriler" **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı:106, (Temmuz-Ağustos 2011), s.89.

kendisine düşen vergi ücretlerini eksiksiz olarak beyan etmesi gerekmektedir. İsveç'te işçilerden yapılması gereken sosyal güvenlik kesintileri Ülkemizde olduğu gibi işverenler tarafından işçilerin brüt ücretlerinden kesilir. Yapılan bu kesintiler bağlı bulunulan vergi dairesine yatırılır. Vergi daireleri tarafından yapılan bu tahsilatlar İsveç Sosyal Sigortalar Kurumu'na aktarılır³³⁹.

İsveç sosyal güvenlik mevzuatına göre, sigortalılar % 7 oranında genel emeklilik sigortası keseneği (prim) öder. Bunun dışında diğer sigorta kolları için işçilerin ücretlerinden her hangi bir kesenek yapılmaz, diğer keseneklerin tamamı “işveren vergisi” olarak işverenler tarafından ödenir. Payroll tax olarak da isimlendirilen ve işverenlerden tahsil edilen bu primler uzun ve kısa vadeli sigorta kollarının yanı sıra sosyal yardımların finansmanı için de kullanılır. Ayrıca temel emeklilik sisteminin finansmanı için yaklaşık % 2 oranında bir kesenek de gelir vergilerinden tahsil edilir³⁴⁰.

2. İsveç Sağlık Sigortası Sistemi

a) Genel Olarak

İsveç'te kamu sağlığı hizmetlerinin kökleri 17. yüzyılın başlarında kent ve kasaba yönetimlerinin sağlık hizmetlerinin sunumu için hekim istihdam etmesi uygulamalarına kadar dayanır. Bu dönemde kent ve kasaba yönetimlerinin yanı sıra merkezi hükümette birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için illerde hekim çalıştırmıştır. İlk hastanenin açılışı ise 18. yüzyılın sonlarına doğru olmuştur. Bahsi edilen dönemlerden buyana İsveç'te sağlık hizmetlerinin sunumu kamusal niteliğini korumuştur³⁴¹.

İsveç sağlık sistemi, ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde yürütülmektedir. Sağlık politikalarının uygulanmasından ulusal düzeyde Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı, bölgesel ve yerel düzeyde belediyeler ve il konseyleri sorumludur. İsveç Parlamentosu'nun 2003/Nisan ayında kabul ettiği ve halk sağlığını sosyal politikanın temel parçası haline getirmenin amaçlandığı “Halk Sağlığı Hedefleri Yasası” ile sağlık hizmetleri ulusal bir halk sağlığı politikasına kavuşmuştur. Halk sağlığı politikaları ise on bir hedef üzerine kurulmuştur. Bunlar, Toplumun katılımı ve etkisi, Ekonomik ve sosyal güvenlik, Çocuklukta güvenli ve elverişli şartların sağlanması, Sağlıklı iş yaşamı, Sağlıklı ve güvenli

³³⁹ BULUT, Türkiye İçin Bir Öneri s.14.

³⁴⁰ BULUT, Usul Kanunu Gerekliliği ve Öneriler, s.99.

³⁴¹ BELEK, s.261.

çevre ve ürünler, Sağlık hizmetleri ve tıbbi bakım aracılığı ile sağlık düzeyini yükseltmek, Bulaşıcı hastalıklara karşı etkili koruma, Güvenli cinsel yaşam ve üreme sağlığı, Fiziksel aktivite artırılması, Ürün güvenliği ve Tütün ve alkolün kullanımının azaltılmasıdır. Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı bünyesinde 1992 yılında kurulan Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü her dört yılda bir halk sağlığı politikası raporları aracılığı ile bu on bir hedefi izlemekte ve hükümeti politikanın başarıları konusunda bilgilendirmektedir³⁴².

İsveç sağlık sisteminin temel amacı, herkes için kaliteli ve eşit şartlarda erişimin sağlanmasıdır. Diğer bir anlatımla ekonomik kaynakların sınırları içinde tüm nüfusa eşit şartlarda iyi bir sağlık hizmeti sunulması, İsveç sağlık sistemin temel amaçlarından birisidir. Bu amaca ulaşılmasında ise insan hakları ilkesi, dayanışma ilkesi ve maliyet etkinliği ilkesi olmak üzere üç temel ilke benimsenmiştir³⁴³.

b) Sağlık Sisteminin Kapsamı ve Sağlanan Yardımlar

İsveç'te ülkede yaşayan ve çalışan herkes ulusal sağlık sigortası kapsamına alınmıştır³⁴⁴. Bu anlamda hastalığın başladığı tarihten, tedavi sonuçlanarak iyileşmenin sağlanmasına kadar herkes sunulan sağlık yardımlarından faydalandırılır. Bunun yanı sıra karşılıklı sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmış ülkelerden ve Avrupa Birliğine üye ülkelerden gelen hastalara acil sağlık hizmetleri verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra çalışanlara nakdi yardımlarda yapılmaktadır³⁴⁵.

aa. Sunulan Sağlık Hizmetleri

Daha önce de belirtildiği üzere İsveç'te yaşayan ve çalışan herkesi kapsamına alan bir sağlık sistemi geliştirilmiştir. Bu anlamda sunulan sağlık hizmetleri hem koruyucu sağlık hizmetlerini hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsar. Sağlık hizmetlerinin sunumu basamaklandırılan sağlık hizmet sunucuları tarafından yerine getirilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunma görevi kamuya ait olup yerel düzeyde organize edilir³⁴⁶. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı nüfusun genel sağlığının iyileştirilmesi ve ciddi rahatsızlığı

³⁴² İmdat KARAKOÇ, "Halk Sağlığı Alanında İsveç ve Çek Cumhuriyeti'nin Güncel Durumu Hakkında Bilgi Notu", <http://www.saglik.gov.tr/TKB/dosya/1-38266/h/arastirma---halk-sagligi-alaninda-isvec-ve-cek-cumh---a-.doc>, (14.02.2012).

³⁴³ BOSTANCI, s.77.

³⁴⁴ http://www.utb.halmstad.se/_upload/%C3%96vriga/pie/Isvec_Hakkinda09.doc, (14.02.2012).

³⁴⁵ BOSTANCI, s.77.

³⁴⁶ BELEK, s.269.

olmayanların hastaneye yatırılmadan tedavi edilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmeti olarak hem koruyucu hem de temel iyileştirici (ayakta tedavi edici) sağlık hizmetleri verilir³⁴⁷.

Birinci basamak sağlık hizmet sunucusu olarak 300'ü özel olmak üzere 1100 sağlık merkezi vardır. Bu merkezler il konsülleri tarafından yönetilir. Her sağlık merkezinde hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist ve jinekolog istihdam edilir³⁴⁸. Birinci basamak sağlık hizmetleri özel hekimler, psikoterapistler, hemşire klinikleri ve ana-çocuk sağlığı klinikleri tarafından desteklenmektedir.³⁴⁹ Hastalar birinci basamak sağlık hizmetlerinin seçiminde özgürdür. Bu anlamda il konsülü içinde istenilen sağlık merkezine tedavi amacıyla müracaat edilebilir. Ancak il konsülü dışında bir başka il konsülüne bağlı sağlık merkezine başvurulması durumunda sevk alınması gerekmektedir³⁵⁰.

Birinci basamak sağlık merkezlerinde 20 yaşın altındakilerden her hangi bir katılım ücreti alınmaz. Bunun dışında doktora başvuran ve reçete ile ilaç alan hastaların “hasta ücreti” denilen bir ücreti ödenmeleri gerekmektedir. Belirtmeliyiz ki; hasta ücreti adı altında alınan katılım payı için hastanın ödediği ücretle ilgili olarak, tıbbi tedaviler konusunda yılda 900 SEK (İsveç Kronu) ve ilaç konusunda yılda 1.300 SEK olmak üzere belli bir tavan vardır. Bu tavan ücrete ulaşıldıktan sonra yılın geri kalan kısmında tedavi/ilaç için hiçbir ücret ödenmez. Bunun yanı sıra hastane giderleri ve laboratuvar ücretleri, sağlık sigortasının da desteğiyle il genel meclisleri tarafından karşılanır. Ayrıca özel doktorların ayakta bakım ücretlerinin büyük bir bölümü de ulusal sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır³⁵¹.

Birinci basamak sağlık merkezlerinde hekimlerin sorumluluğunda çalışan hemşirelerin özel bir yeri vardır. Zira hastalar doktora görünmeden önce ilk olarak hemşire ile görüşür. Bu görüşme sonunda hemşire durumun ciddi olduğuna karar verir ise hasta sağlık merkezindeki pratisyen hekime yönlendirilir. Hemşirelerin diğer bir sorumluluğu ise özellikle yaşlılar için ev ziyaretlerinde bulunmaktır. Bunun yanı sıra hemşirelerin bazı ilaçları reçete etme yetkileri vardır. İlk değerlendirmede, hemşirelere bu denli yetki verilmesi şaşırtıcı olsa da hemşirelerin eğitiminin sisteme uygun olarak yapıldığı göz ardı edilmemelidir³⁵².

³⁴⁷ BELEK, s.269.; BOSTANCI, s.81.

³⁴⁸ BELEK, s.269.

³⁴⁹ Hakan TÜZÜN, “İsveç: Sosyal Devletin Düşen Kalesinde Sağlık Nereye?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı:5-6, (Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006), s.367.

³⁵⁰ BOSTANCI, s.81.

³⁵¹ http://www.utb.halmstad.se/upload/%C3%96vriga/pie/Isvec_Hakkında09.doc, (14.02.2012).

³⁵² BELEK, s.269.

İsveç'te sevk zinciri olmakla birlikte sevk zinciri katı kurallara bağlanmamıştır. Bu anlamda hastalar birinci basamak sağlık hizmet sunucularından sevk alamadan hastanelere başvurabilir. Ancak sevk zincirine uygun hareket edilmesi için sevksiz müracaatlarda daha fazla katkı payı ödenmesi öngörülmüştür. Ayrıca sağlık merkezindeki pratisyen hekimden sevk olarak hastanelere müracaat edilmesi durumunda hastanın bekleme süresi kısalmaktadır³⁵³.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları büyüklüklerine ve özgünleşme derecelerine göre “bölge il hastaneleri”, “merkez il hastaneleri” ve “bölgesel hastaneler” olarak sınıflandırılır. İsveç altı büyük bölgeye sahip olup her bölgede 1 ya da iki tane, 1-2 milyon nüfusa hizmet verecek kapasitede bölge sağlık hastanesi vardır³⁵⁴. Bölge, il ve alt bölge düzeyinde toplam 90 kadar hastane vardır. Hastane tedavisi gerektiren müdahaleler, söz konusu bu il ve bölge hastanelerinde gerçekleştirilir³⁵⁵.

bb. Nakdi Hastalık Yardımları

Ulusal sağlık sigortası kapsamında yapılan parasal yardımlardan ücretli çalışanlar ile kendi adına çalışanlar yararlanabilir. Parasal yardımlardan yararlanabilmek için bir çok ülkede uygulananın aksine İsveç'te her hangi bir sigortalılık süresi, çalışma saati ya da tescil süresi aranmamaktadır³⁵⁶. Hastalık sigortasından yapılan parasal yardımlar ücretli çalışanın çalışma süresine ve hastalığa bağlı istirahat süresine bağlı olarak “hastalık maaşı” ve “hastalık parası” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Öncelikli olarak çalışanların hasta olduklarını işverenlerine bildirmeleri gerekmektedir³⁵⁷. Bu bildirim üzerine eğer sigortalı işyerinde en az bir ay süre ile kadrolu çalışmakta ise ya da en az 14 gündür kesintisiz olarak bir çalışması söz konusu ise işverenler hastalık sürelerinin ilk 14 günü için çalışana hastalık maaşı öder. Belirtilmelidir ki; İsveç'te hastalığın ilk günü için her hangi bir ödeme yapılmaz ve bu durum, ödeme yapılmayan gün olarak isimlendirilir. Hastalık 14 günden sonra da devam ediyor ise bu sefer işverenler Sosyal Sigortalar Kurumuna durumu bildirir. Bu bildirim üzerine Sosyal Sigortalar Kurumu çalışanın hastalık parası alma hakkı olup olmadığını inceler. Hastalık parası ödenmesi gerektiğine karar

³⁵³ BOSTANCI, s.81.

³⁵⁴ TÜZÜN, s.367.

³⁵⁵ BELEK, s.271.; BOSTANCI, s.82.

³⁵⁶ BOSTANCI, s.80.

³⁵⁷ Yedi günden daha fazla süreli hastalıklarda çalışanların hastalık maaşı ya da hastalık parası alabilmesi için bu durumu belgeleyen bir doktor raporunu ibraz etmeleri gerekmektedir.

verildiğinde, hastalık maaşı alma hakkının yitirildiği ondördüncü günden sonraki süreler için sigortalıya hastalık parası adı altında Kurum tarafından ödeme yapılır. Çalışanın yukarıda belirtilen en az bir ay süre ile kadrolu çalışma veya en az ondört gündür kesintisiz çalışma koşulunu sağlayamadığı durumlarda, sigortalının hastalık parası alabilmek adına bizzat Sosyal Sigortalar Kurumuna müracaat etmesi gerekmektedir³⁵⁸.

İsveç sosyal güvenlik mevzuatına göre 450 günlük (yaklaşık 15 ay) bir dönem içinde en fazla 364 gün için hastalık parası ödenebilir. Bir yıl sonunda hastanın halen çalışabilme yeteneğini mevcut değilse bu sefer “süresi uzatılmış hastalık parası” almak için başvuruda bulunması gerekir. Eğer çok ciddi bir hastalık durumu söz konusu ise bu sefer de hastalık parasının ödenmeye devam etmesi için ayrıca başvuru yapılmalıdır. Süresi uzatılmış hastalık parasının ödenmesinde bir süre kısıtlaması yoktur. Bu anlamda süresi uzatılmış hastalık parası hastanın iyileşmesine kadar ödenir. İşverenin veya Sosyal Sigortalar Kurumunun hastalık nedeniyle çalışmaya engel bir durum olmadığına ancak işe gelip gitmede problem olduğuna karar vermesi durumunda sigortalıya hastalık maaşı veya hastalık parası yerine, işe gidiş-geliş için ortaya çıkan fazla masrafa karşılık makul miktarda seyahat ödeneği verilebilir³⁵⁹.

Yukarıda da ifade edildiği üzere hastalık maaşı işverenler tarafından ikinci günden ondördüncü güne kadar ödenmektedir. Hastalık maaşının miktarı sigortalının aylık ücretinin % 75’i oranındadır. Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından ödenen hastalık parası ise aylık ücretin % 80’i kadardır³⁶⁰.

c) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Daha öncede ifade edildiği üzere İsveç sağlık sistemi vergilerle finanse edilmektedir. Vergilerin büyük bir çoğunluğu il konsüllerinin topladığı gelir vergilerinden oluşur. Bunun yanısıra Belediyeler de kendi toplumları için gelirle orantılı olarak vergi toplama hakkına sahiptir. Bir diğer önemli finansman kaynağı ise devlet tarafından yapılan transferlerdir. Sağlık sigortasının asıl finansman kaynağı ise hiç şüphesiz işverenlerdir. Bu bağlamda sağlık sigortasının % 80’i işverenlerin katkılarıyla kalan % 20 ise merkezi hükümetten gelen

³⁵⁸ http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5ae4ce29-a79b-4dde-a30e-bf68afdf108f/socialforsakringen_tur.pdf?MOD=AJPERES, (14.02.2012).

³⁵⁹ http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5ae4ce29-a79b-4dde-a30e-bf68afdf108f/socialforsakringen_tur.pdf?MOD=AJPERES, (15.02.2012).

³⁶⁰ BOSTANCI, s.83.; BELEK, s.276.

transferlerle finanse edilmektedir. Hem kamu hem de özel sektör işverenlerinin sigorta sistemine olan katkısı işçi ücretlerinin % 8,5'i oranındadır³⁶¹.

Diğer bir finansman kaynağı da sağlık hizmetlerinin kullanımında kişilerin yaptığı cepten ödemeler ve sağlık hizmetine bağlı olarak ödenmesi zorunlu olan sabit bir miktar katılım payından elde edilen gelirlerdir³⁶². İsveç'te sağlığın büyük oranda kamusal ağırlıklı olması özel sağlık sigortacılığının çok fazla gelişmemesine sebep olmuştur. Bu anlamda ülkede yaşayanların ancak % 2,3'ü tamamlayıcı niteliği olan özel sağlık sigortalarına sahiptir³⁶³.

II. İNGİLTERE

1. İngiltere Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

İngiltere (England), Birleşik Krallığı meydana getiren dört ülkeden en büyük ve merkezi olanıdır. Avrupa'nın batısında, Büyük Britanya adasında bulunur. İngiltere halkına İngiliz denir. İngiltere adı günümüzde yaygın olarak Birleşik Krallık veya Büyük Britanya anlamında kullanılır. İngiltere, Büyük Britanya adasının merkezi ve güney üçte ikisini kaplar. Kuzeyde İskoçya, Batıda Galler ile komşudur. Britanya takımadalarında Avrupa Kıtası'na en yakın olan ülkedir. Fransa'dan sadece 52 km uzunluğundaki Manş Denizi ile ayrılır. İngiltere, Birleşik Krallığı oluşturan 4 ülkeden en geniş ve en kalabalık olanıdır. 60 milyondan fazla olan Birleşik Krallık nüfusunun % 85'i (yaklaşık 50 milyon kişi) İngiltere'de yaşamaktadır. Nüfusun % 40'i sanayi kesiminde çalışır. İngiltere sanayi devrimini Avrupa'da ilk gerçekleştiren ülkedir³⁶⁴.

İngiltere kapsayıcı sağlık sistemini uygulayan en tipik ve örnek ülkedir. Gelirleri yüksek olmasına rağmen kapsayıcı sağlık sisteminin uygulanması İngilizlerin sağlık hizmetlerine verdiği önemin göstergesi sayılabilir³⁶⁵. İngiltere'de işi olsun ya da olmasın herkes sağlık ihtiyaçlarını Devletin organize ettiği "Ulusal Sağlık Servisi" (National Health Service-NHS) isimli kamu kurumundan alır. İngiltere sağlık sistemi tamamen kamu hizmeti esasına dayanmakta ve toplumun tüm kesimini kapsamaktadır³⁶⁶.

³⁶¹ BOSTANCI, s.83., BELEK, s.276.

³⁶² BELEK, s.274.; TÜZÜN, s.367.

³⁶³ TÜZÜN, s.367.; BOSTANCI, s.83.

³⁶⁴ <http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0ngiltere>, (07.02.2012).

³⁶⁵ SARGUTAN, s.170.

³⁶⁶ SÖZER, Sosyal Devlet Uygulamaları, s.75.

*NHS'nin kökleri 19. yüzyıldaki küçük işçi sigortalarına ve dostluk derneklerine dayanmaktadır. 1911'de Lloyd George tarafından geliştirilen bu hizmet birimleri, belirli bir düzeyin altındaki işçiler için Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu'na dönüştürülmüştür.*³⁶⁷ Sonrasında 1942 yılında açıklanan Beveridge Raporuyla ayrıntılı bir sosyal güvenlik sisteminin yürürlüğe gireceği öngörülmüştür. Beveridge Raporu'nda herkesin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması gerektiği ifade edilmiş ve 1946 yılında NHS kabul edilerek, 1948 yılında yürürlüğe girmiştir. Dolayısıyla NHS'nin oluşturulmasında Beveridge raporunun belirleyici etkisi olmuştur³⁶⁸. Aynı dönemde hastalık riskine bağlı olarak yapılması düşünülen parasal yardımlar için Ulusal Sigorta Sistemi de devreye sokulmuştur³⁶⁹.

NHS'nin temel özelliği yüksek derecede merkezîyetçilik, coğrafi olarak yaygın yönetsel yapısıdır³⁷⁰. NHS kendine özgü bu yapısı nedeniyle dünyadaki sağlık sistemleri arasında önemli bir yere sahiptir ve İngiltere aynı zamanda bir model ülkedir. NHS'yi diğer ülke sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özelliği bulunmaktadır. Bunların ilki, tüm batılı ve gelişmiş ülkeler sağlık sistemlerinin finansmanında sigortacılık uygulamalarına yer vermişken 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 yüksekliğidir³⁷¹. Bu ise NHS'nin daha az harcama ile daha iyi sağlık hizmeti verdiğinin göstermektedir³⁷².

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 sakat kimselerle bunlara bakanlara yapılan gelir desteği ve kira yardımı gibi primsiz rejim kapsamında yapılan sosyal yardımların finansmanı genel bütçeye konulan ödenekten, NHS'nin finansmanı ise genel bütçe vergi gelirlerinden sağlanmaktadır³⁷³.

³⁶⁷ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.69.

³⁶⁸ SÖZER, Sosyal Devlet Uygulamaları, s.75.; BELEK, s.204

³⁶⁹ BOSTANCI, s.68.

³⁷⁰ BELEK, s.205.

³⁷¹ BOSTANCI, s.69.

³⁷² Emel LÜLEÇİ, "Sağlık Hizmetlerinde Sunum Modelleri ve Ülke Örnekleri", **Çerçeve Dergisi**, Sayı:43, (Haziran-2007), s.58-61, BELEK, s.205.

³⁷³ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.69.; ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.128

2. Ulusal Sigorta Sistemi

Beveridge sisteminin bütüncül yaklaşımı nedeniyle İngiltere’de her sosyal risk ayrı sigorta dalı olarak nitelenmemiş ancak tüm nüfus halk sigortası kapsamına alınmıştır. İngiltere’de 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. Bunun nedeni ise farklı prim gruplarının bulunması ve her prim grubunun güvence sağladığı risklerin farklı olmasıdır. 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 sahiptir³⁷⁴.

Gerekli katılma koşullarını sağlayan işçilerle bağımsız çalışanlar hastalık sigortası kapsamına girmekte, hastalığa bağlı olarak iş göremezlik ödeneği almaya hak kazanmaktadır. İş göremezlik ödeneği haftalık ortalama geliri 66 pound ve üzerinde olanlara verilmektedir. İşsizlik ödeneği hastalığın başladığı dördüncü günden başlamak üzere ödenmektedir. Hastalık ödeneği 28 hafta boyunca ödenmektedir. 28 haftalık süreden sonra yapılan muayene sonucu sigortalının iş göremezliği devam ediyor ise bu kez 1 yıla kadar iş göremezlik ödeneği verilir³⁷⁵. Bir yılsonunda iyileşmediği tıbben belirleneler sürekli iş göremezlik geliri almaya hak kazanmakta ve iyileşme olmadığı sürece ödeme emeklilik yaşına kadar devam etmektedir³⁷⁶.

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 hesabına çalışanların prim oranı sabittir ve 6,55 pounddur. İsteğe bağlı sigortalılardan haftalık 6,45 pound prim alınmaktadır. İşverenler ise haftalık kazancı 83 poundu geçen işçiler için %12,2 oranında prim ödemekle yükümlüdür³⁷⁷. Devletin hastalık sigortasına katkı çok düşüktür zira devlet sağlık harcamalarının % 93’lük kısmını NHS yoluyla karşılamaktadır³⁷⁸.

³⁷⁴ SÖZER, Sosyal Devlet Uygulamaları, s.56-59.

³⁷⁵ SÖZER, Sosyal Devlet Uygulamaları, s.59.; ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.73.

³⁷⁶ SÖZER, Sosyal Devlet Uygulamaları, s.60.

³⁷⁷ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.138.

³⁷⁸ BOSTANCI, s.76.; ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.138.; ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.73.

3. Ulusal Sağlık Servisi'nin Genel Yapısı

Sağlık hizmetlerinin yönetimi Sağlık Bakanlığı sorumluluğu altındadır. Sağlık hizmetleri hiyerarşik olarak Bölge Ofisleri, Bölge Sağlık Yönetimi, Alt Bölge Sağlık Yönetimi, Aile Sağlığı Servisleri ve Yerel Sağlık Yönetimleri olarak faaliyet göstermektedir³⁷⁹.

NHS'de tüm sağlık hizmetleri üç basamakta gerçekleşmekte basamaklar arasında çok iyi işleyen sevk zinciri bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ilk başvuru olan sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamakta pratisyen hekim (GP), diş hekimi ve göz doktorları bulunmakta, hastaların gereken tedavileri bu hekimler tarafından yerine getirilmektedir. Dolayısıyla İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetleri GP'ler üzerine inşa edilmiştir³⁸⁰ GP'ler tek başına ya da gruplar halinde de çalışabilmektedir.

Hastalar pratisyen hekimin sevki olmaksızın doğrudan uzman hekime başvuramamaktadır. İngiltere'de kurulu olan sevk zinciri birinci basamaktaki hekimden sevk almadan uzman hekime başvurmaya izin vermemektedir. Nüfusun % 97'si GP'ye kayıtlıdır.³⁸¹ Kalan % 3'lük kesim ise kendi sağlık harcamalarını karşılayabilen üst gelir grubuna ait kişilerdir³⁸². Acil hal hariç kişiler öncelikli olarak kayıtlı olduğu GP'ye başvurmak zorundadır. Sevk olmaksızın uzman hekime başvuran hastalardan muayene ve tedavi ücretleri istenmektedir³⁸³. Dolayısıyla sağlık hizmetlerini üstlenmek istemeyen hasta öncelikle kayıtlı olduğu pratisyen hekime başvurmaktadır³⁸⁴. Pratisyen hekimler hizmet başı değil kişi başına ödeme almaktadır³⁸⁵.

İkinci basamak sağlık sunucuları genellikle 10.000 ila 100.000 arasındaki nüfusun ihtiyaçlarına cevap verecek nitelikte hastanelerden oluşur. Bu hastanelerde her türlü tıbbi ve

³⁷⁹ BOSTANCI, s.70

³⁸⁰ Gazanfer AKSAKOĞLU/Hatice GİRAY, "Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü", **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı:5-6, (Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006), s.338.

³⁸¹ Aynı aile bireyleri genellikle aynı hekimi seçtikleri için GP'lere aile hekimi de denilmektedir. GP'lere kayıtlı olan yaklaşık 2000 kişi bulunmakta bir GP 3000'den fazla kişiyi kaydedememektedir. GP'ler devlet memuru değil muayenesi olan özel hekimlerdir. Hastaların GP seçme hakkı bulunduğu gibi GP'lerin de hastaları seçme hakları bulunmaktadır. Kişilerin pratisyen hekimlere kaydedilmesi Ülkemizde uygulamaya başlanan Aile Hekimliği müessesesi ile benzerlik göstermektedir.

³⁸² ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.70.

³⁸³ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.132.

³⁸⁴ GP'den sevk almış olan hasta GP tarafından tavsiye edilen uzman hekime gidebildiği gibi NHS web sitesinde kayıtlı olan uzman hekimlerden birisini kendisi de seçebilir.

³⁸⁵ LÜLECI, s.61; ŞENELDİR, s.168.

cerrahi hizmet sunulmaktadır. Eskiden GP sevki alınmaksızın ikinci basamak sağlık sunucusu olan hastanelere başvurulamaz iken 1 Nisan 2008 tarihinden itibaren finansmanı bizzat hasta tarafından sağlanmak koşuluyla doğrudan ikinci basamak sağlık sunucusu olan hastanelere başvurmak mümkün olmaktadır³⁸⁶.

İkinci basamak sağlık sunucusu olan NHS hastanelerinde çalışan uzman hekimler kısmi zamanlı sözleşme karşılığı çalışmakta aynı zamanda muayenehane açabilmektedir. Hastanelerin yönetimi özerktir. Hastaneler halk temsilcilerinin katıldığı Hastane Yönetim Komitesi tarafından yönetilmektedir. Ülkede yaklaşık 200 Hastane Yönetim Komitesi bulunmaktadır. NHS’de çalışan uzman hekimler meslek kuruluşları tarafından seçilmekte Sağlık Bakanlığı tarafından atanmaktadır³⁸⁷.

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 zorunludur³⁸⁸.

4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

NHS’nin sunduğu sağlık yardımlarından yararlanmak için herhangi bir koşul aranmamakta, İngiltere’de yasal olarak ikamet eden, çalışan ya da iş arayan herkes sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır³⁸⁹. Hastaların istisnai olarak ödemede bulunduğu sağlık hizmetleri şunlardır³⁹⁰.

- GP sevki olmaksızın uzman hekime başvurulması (basamak zincirine uyulmaması)
- Hastanelerden tek kişilik özel oda istenmesi gibi otelcilik hizmeti talepleri
- Diş tedavilerinin belirli bir rakamın üzerinde olması halinde aşan kısım
- Reçete tutarlarının belirli bir limiti aşması

³⁸⁶ ŞENELDİR, s.169.

³⁸⁷ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.69.

³⁸⁸ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.135.

³⁸⁹ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.71.

³⁹⁰ Bülent KILIÇ/Çiğdem BUMİN, “İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı: 56, (Ağustos 1993), s.36.

-Emekli kişilerin 8 haftadan fazla süreyle hastanede yatması

-Gözlük, işitme cihazı ve protez bedellerinin belirli bir kısmı

NHS genel bütçeden diğer bir anlatımla halktan toplanan vergilerle finanse edilmektedir. 2005-2006 yılları arasında toplam NHS harcamalarının %73,9'u genel vergilerden oluşan konsolide bütçeden, %20,2'si bir tür gelir vergisi sayılabilecek ulusal sigorta katkılarından kalan %5,9 ise vakıfların faiz gelirlerinden oluşmaktadır³⁹¹.

§ 6. LIBERAL SAĞLIK SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELER

I. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ (ABD)

1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (*United States of America-USA*) ayrıca Birleşik Devletler olarak da bilinir. Elli tane eyalet ve bir tane federal bölgeden oluşan bir federal anayasal cumhuriyettir. Ülkenin çoğu (48 tane eyaleti olan Kıta ABD'si ve ülkenin federal bölgesi olan Washington, DC), Kuzey Amerika'nın ortasında, Büyük Okyanus ve Atlas Okyanusu'nun arasında bulunmaktadır. Kuzeyinde Kanada, güneyinde ise Meksika ile sınırı bulunur. Alaska eyaleti, kıtanın kuzeybatısında bulunarak doğusunda Kanada ve batısında Bering Boğazı'nın öbür tarafında bulunan Rusya'nın arasında bulunmaktadır. Hawaii eyaleti, Büyük Okyanus'un ortasında bulunan bir takımadadır. Ayrıca Karayipler ve Büyük Okyanus'ta bulunan birçok deniz aşırı toprağı vardır. Resmî kuruluş tarihi 4 Temmuz 1776'dır. Doğuda Atlas Okyanusu'ndan, batıda Büyük Okyanus'a kadar 4.500 km genişliğindedir. Alaska ve Hawaii'yi de içine alan Amerika Birleşik Devletleri'nin 9 milyon kilometrekareden fazla yüzölçümü vardır. Hawaii ise, Büyük Okyanus'ta olup, kıta üzerindeki Amerika Birleşik Devletleri'nden 3.200 kilometre uzaklıktadır. Alaska 50 eyaletin içinde yüzölçümü en büyük olanıdır. Ülkenin güney tarafında bulunan Teksas bu bakımdan ikinci sırada gelmektedir.

Amerika Birleşik Devletlerinin nüfusu, 2005 yılına ait ABD Sayım Bürosunun verilerine göre 11,2 milyon kaçak göçmen de dahil olmak üzere toplam 306.719.000 kişidir. ABD, dünyada Çin ve Hindistan'dan sonra en büyük nüfusa sahip üçüncü ülke konumundadır³⁹². Nüfusun % 16'lık bir kısmı 65 ve daha yukarı yaşlardadır. Yıllık nüfus artış

³⁹¹ ŞENELDİR, s.169.

³⁹² http://tr.wikipedia.org/wiki/Amerika_Birle%C5%9Fik_Devletleri#Demografi (07.02.2012).

oranı ise % 0,89'dur. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 73, kadınlarda 79'dur. Nüfusun % 75'i şehirlerde % 25'i kırsal bölgelerde yaşamaktadır³⁹³.

Dünyada sağlığa en fazla harcama yapmakla birlikte herkese eşit ve verimli hizmet sunma başarısızlığıyla³⁹⁴ ün salmış olan³⁹⁵ ABD'nin 2008 OECD verilerine göre kişi başına düşen sağlık harcaması 7.538 dolar olarak dünyada en üst seviyede yer almaktadır. Gayri Safi Yurt İçi Hasıla tutarının (GSYİH) 14,36 milyar \$ ve kişi başına düşen gelirinin 47.320 \$ olduğu dikkate alındığında kişi başına düşen sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının % 16 olduğu anlaşılmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcamasının Almanya için 3.737 \$, Fransa için 3.696 \$ ve İngiltere için 3.129 \$ olduğu dikkate alındığında oldukça yüksek bir miktara ulaştığını söylemek mümkündür.³⁹⁶ İlaç harcamalarındaki göstergeler de kişi başına düşen sağlık harcamalarından farklı değildir. Kişi başına düşen ilaç harcaması, Almanya'da 563 \$, Fransa'da 607 \$ ve İngiltere'de 368 \$ iken bu rakamın ABD'de 897 \$ olduğu görülmektedir.³⁹⁷

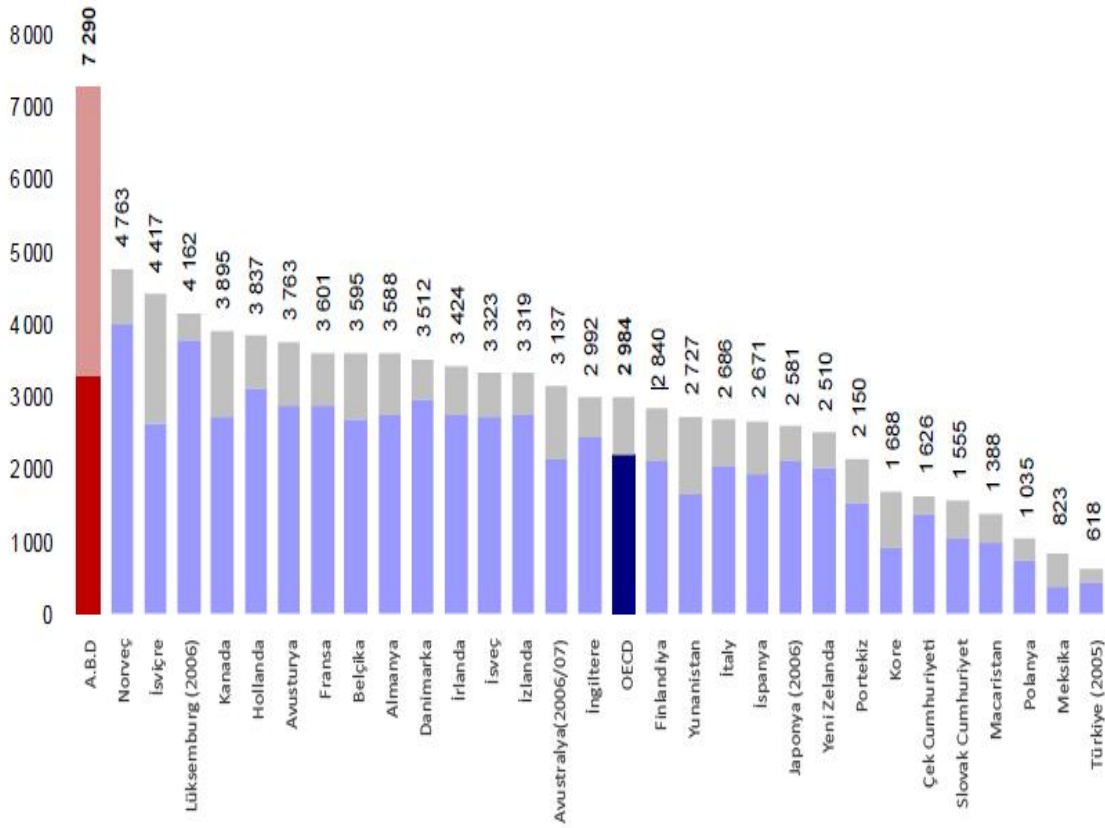
³⁹³ Sedat ÇAKICI, "Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması", (Yayınlanmamış Y.Lisans Tezi), Cumhuriyet Üniv. SBE, Sivas, 2006, s.78.

³⁹⁴ BELEK, s.185.

³⁹⁵ ŞENELDİR, s.153.

³⁹⁶ TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.6.

³⁹⁷ www.oecd.org (02.02.2012).



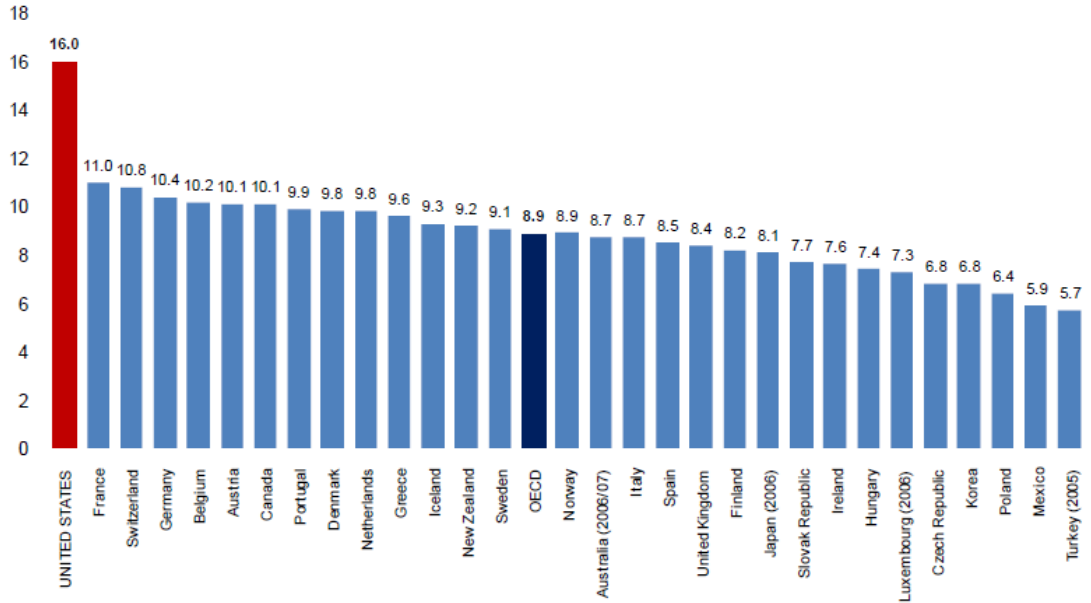
Grafik 1. OECD Ülkelerindeki Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (\$) (2007)

Kaynak: Mark Pearson, Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries?, Written Statement to Senate Special Committee on Aging, Health Division, OECD, <http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf>, (21.02.2012).

Aşağıdaki tablodan da görüleceği üzere ABD, 2008 yılında GSYİH'nın %16'sını sağlığa harcamıştır. Bu oran OECD ülkeleri içindeki en yüksek orandır. Oysa OECD ülke ortalaması % 8,9'dur. Buna göre ABD sağlığa OECD ülkelerinden %7,1 daha fazla pay ayırmıştır. Milli gelirlerinin büyük bir bölümünü sağlığa ayıran Fransa, İsviçre, Almanya, Belçika, Avusturya ve Kanada³⁹⁸ bile ABD'den % 5-6 daha az sağlığa kaynak ayırmıştır³⁹⁹.

³⁹⁸ Sağlığa %10 üzerinde payı ayıran ülkeler Fransa, İsviçre, Almanya, Belçika, Avusturya ve Kanada'dır.

³⁹⁹ Mark PEARSON, "Disparities in Health Expenditure Across OECD Countries: Why Does The United States Spend So Much More Than Other Countries?", Written Statement to Senate Special Committee on Aging, Health Division", OECD, <http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf>, (21.02.2012), s.1, TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.7.



Grafik 2. OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

Kaynak: Mark Pearson, Disparities in Health Expenditure Across OECD Countries: Why Does The United States Spend So Much More Than Other Countries?, Written Statement to Senate Special Committee on Aging, Health Division, OECD, <http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf>, (21.02.2012).

ABD sağlık sisteminin kalitesiyle ilgili birçok şey söylenebilir. 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 birlikte⁴⁰⁰ sağlıktaki verimlilik harcamanın büyüklüğüne göre oldukça düşük olmaktadır.⁴⁰¹ 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 en az kapsayıcı ve en pahalı sağlık sistemi olan ABD sağlık sistemi için “aşırılık ve yoksunluk paradoksu” tanımlaması yapılmaktadır⁴⁰².

2. ABD Sağlık Sistemi

Ülkelerin büyük çoğunluğu sağlık kuruluşları önündeki gereksiz yığılmayı önleme adına sağlık hizmetlerini hiyerarşik bir yapı içerisinde diğer bir ifade ile birinci basamak,

⁴⁰⁰ PEARSON, s.2.

⁴⁰¹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.718.

⁴⁰² ŞENELDİR, s.153.

ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere bir sevk zinciri⁴⁰³ oluşturarak sunarlar.⁴⁰⁴ Ancak ABD’de diğer ülkelerin aksine böyle bir sevk zinciri kurulmamıştır. Bu nedenle ABD için birinci basamak sağlık hizmetleri tanımlaması yapılamaz. *Çünkü ABD sağlık sisteminin kendine özgü karmaşık yapısı içinde hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle düzenli bir basamak ve sevk zinciri bulunmamaktadır*⁴⁰⁵.

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 başvurmaktadır⁴⁰⁶. Bunun sonucu olarak ABD için birinci basamak diye adlandırılacak sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin hastalanmaları durumunda başvurdukları özel hekimler ya da hastanelerden oluşmaktadır⁴⁰⁷. ABD sağlık sistemi en altta çok dar birinci basamak ve geniş spektrumda ikinci ve üçüncü basamak hizmeti sunan çok sayıda hastaneden oluşan bir orta katman ve üstte de az sayıda aşırı uzmanlaşmış akademik hastanelerden oluşan bir yapıdadır⁴⁰⁸. ABD sağlık sisteminin temel özelliği, aşırı uzmanlaşma, üçüncü basamağa dayalı olma ve sağlık hizmet sunucuları arasında organizasyonel işbirliğinin bulunmamasıdır.

ABD’de sağlık hizmeti genel olarak Sağlık Bakanlığı (Sağlık ve İnsan Hizmet Birimi-HHS) tarafından düzenlenerek finanse edilir. Buna karşın sağlık hizmeti sunumu özel sektör tarafından gerçekleştirilir⁴⁰⁹. Ulusal düzeydeki kamu sağlığı hizmetleri, 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 kuruluşlarını kapsar⁴¹⁰. 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

⁴⁰³ Sevk zinciri işleyişi: Hastalan kişi öncelikli olarak aile hekimi/birinci basamak sağlık sunucusuna başvurur. Burada tedavi edilemez ise uzman hekimlerden oluşan ikinci basamak sağlık sunucusuna başvurular. Hasta tedaviden sonuç alamazsa özel ihtisas hastanelerinden oluşan üçüncü basamak sağlık sunucusuna yönlendirilir.

⁴⁰⁴ A.İlhan ORAL, “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, **Anadolu Üniv.Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı:2002-2, s.63.

⁴⁰⁵ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.63.

⁴⁰⁶ ŞENELDİR, s.155.

⁴⁰⁷ Bülent KILIÇ, “ABD Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:9, Sayı: 65, (Şubat 1994), s.30

⁴⁰⁸ TENGİLİOĞLU/GÜZEL, s.7.

⁴⁰⁹ www.hhs.gov (01.02.2012).

⁴¹⁰ TENGİLİOĞLU/GÜZEL, s.7.

ya da hasta tarafından doğrudan hekime yapılmaktadır.⁴¹¹ Hekimler çalışmak istedikleri eyaletlerden lisans almak zorundadır. Lisans verilme aşamasında hekimler Ulusal Kurul tarafından yapılan üç basamaklı sınavı başarıyla vermek zorundadır. Lisans alan hekimler her iki yılda bir belirli süre eğitim almakla da yükümlüdür. Bu eğitimlere katılmayanların lisansları eyaletler tarafından iptal edilmektedir⁴¹². Lisans alma zorunluluğu esas itibariyle hekimlerin belli bölgelerde yığılmasını kısmen önleme amacıyla yapılmaktadır⁴¹³.

Hekimlerin yaklaşık 1/3'ü birinci basamak sağlık sunucusu olarak değerlendirilebilecek temel bakım sağlayıcıları ve genel hekimlerden oluşmaktadır. Bu oran diğer gelişmiş ülkelerin tam tersidir⁴¹⁴. Bu hekimler tek başına çalışabildiği gibi son yıllarda yaygınlaştığı biçimde grup olarak da çalışabilir. Hastalar bir üst basamağa sevk edilebildikleri gibi kendileri doğrudan bir üst basamaktaki sağlık sunucusuna da başvurabilmektedir. Ancak bu imkân sigorta poliçesi ve anlaşmalı doktorlarla sınırlı kalmaktadır⁴¹⁵. Özel sağlık sigortası palyatif bakımın sadece bir kısmını karşılamaktadır⁴¹⁶.

3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

ABD'de sağlık sistemi kamu ve özel sektör karışımından oluştuğundan tek bir felsefe ile yönetilmemektedir. Ancak kalite açısından hem kamu hem de özel sektöre ait sağlık sunucuları oldukça iyi düzeydedir⁴¹⁷. Kamu sağlık sigortaları toplumun küçük bir bölümüne sağlık hizmeti sunduğu için sağlık hizmeti ihtiyaçları büyük ölçüde özel sigorta şirketleri tarafından sağlanmaktadır. Bu oran yaklaşık %75'ler düzeyindedir⁴¹⁸.

İngiltere, Almanya ve Fransa gibi Avrupa ülkeleri 19. yüzyılın başlarında hükümetler aracılığıyla oluşturulan fonları kamu sağlık kuruluşlarına sağlık hizmeti sunmak üzere aktarmakta iken milli geliri oldukça yüksek olan ABD sahip olduğu potansiyel nedeniyle böyle bir gereksinim içine girmemiştir. ABD'nin Avrupa'daki gibi sosyal hiyerarşi geleneğinin olmamasını da sosyal yardım programlarına başvurmamasında önemli bir etken olmuştur⁴¹⁹. ABD'deki özel sağlık sigortalarının doğuşu ve gelişimi bu alandaki boşlukla

⁴¹¹ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.63.

⁴¹² John FOWLER, ABD'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:9, Sayı: 65, (Şubat-1995), s.37.

⁴¹³ A.Erdal SARGUTAN, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniv. Yayınları, Ankara, 2006, s.121.

⁴¹⁴ TENGİLİOĞLU/GÜZEL, s.7.; Oral, s.64.

⁴¹⁵ KILIÇ, s.30.; ORAL, s.64.

⁴¹⁶ TENGİLİOĞLU/GÜZEL, s.8.

⁴¹⁷ BOSTANCI, s.109.

⁴¹⁸ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.62.

⁴¹⁹ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.62.

ilintilidir. Bu durum aynı zamanda kamu sağlık sistemlerinin Avrupa ülkelerine göre daha geç başlamasının da en önemli etkenlerindendir.⁴²⁰

ABD’de ilk modern sağlık sigortası 1929 yılında Dallas’ta başlamıştır. Dallas’lı bir grup ğretmen, hastanede oda ve tedavi hizmeti almak üzere bir hastaneyle önceden belirlenen aylık masraf karşılığı anlaşma yapmıştır. Bu uygulama ilerleyen dönemlerde Blue Cross Planı (Mavi Haç) adı verilen hizmetlerin ilk örneğini oluřturmuřtur⁴²¹. Blue Cross Planı hem hastane hem de sigortalılar için oldukça benimsenmiş daha sonra aynı prensipler doğrultusunda Blue Shield Planı (Mavi Kalkan) başlatılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası ise özel sigortalar hızlı bir gelişim göstermiştir. Bu dönemlerde özel sigortalar hastane ve ameliyat giderleriyle hekim ve ilaç ücretlerini karşılamıştır. Belirtelim ki; ABD’de 1960’lı yıllara kadar kamu tarafından finanse edilen hiçbir sağlık programı bulunmamaktadır⁴²².

Blue Cross “Amerikan Hastaneler Birliği”, Blue Shield ise “Amerikan Hekimler Birliği”nce işletilen ve kar amacı gütmeyen organizasyonlar olarak tanımlanmaktadır.⁴²³ Her iki kuruluşun da kendilerine ait bir hizmet ağı bulunmaktadır. Yine bu kuruluşlar Amerikan zel sağlık sektörünün yaklaşık %40’ını stlenmektedir⁴²⁴. Bu kuruluşların denetimlerinin hekimler tarafından yapılması diğer şirketlere göre daha geniş bir sağlık hizmeti sunma avantajını beraberinde getirmektedir⁴²⁵.

Kamu sağlık sigortası uygulaması ABD’de 1965 yılında başlamıştır. ABD, 1965 yılında Medicare Art ile yaşlıları, Medicaid ile de yoksulları, sosyal sağlık sigortası kapsamına almış ve 1970’li ve 1980’li yıllarda da kamu sağlık sigortaları dinamik bir değişime uđramıştır⁴²⁶. Daha sonraki yıllarda sağlık hizmetleri birçok özel kurum tarafından verilmeye başlamıştır. Dolayısıyla bu duruma bağlı olarak ABD sağlık sistemi sağlık hizmeti alacak olanlara alternatif seçim sunabilen bir yapıya kavuřmuřtur⁴²⁷.

⁴²⁰ Filiz ATAĞ, “ABD’de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları ve Sağlık Sigortaları”, **Hazine Dergisi**, Sayı:3, (Temmuz 1996), s.41.

⁴²¹ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.92.

⁴²² BELEK, s.180.

⁴²³ Devletin, sosyal güvenlik ve sağlık gibi iktisadi refahı yaymaya yönelik alanlarda yatırım yapmaması, aksine söz konusu bu alanların özel sektöre ve kar amacı gütmeyen kuruluşlara (vakıf, dernek ve dini kuruluşlar vb) bırakılması yönündeki görüşler yaygınlık kazanmaya başlamıştır. 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.

⁴²⁴ BELEK, s.180.

⁴²⁵ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.100.

⁴²⁶ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.100-101.

⁴²⁷ BOSTANCI, s.110.

ABD sağlık hizmetleri ve sağlık sigortaları konusunda hizmet sunan 4 temel yapıya sahiptir. Bunlar⁴²⁸;

- Kar amaçlı özel sigorta şirketleri
- Kar amacı olmayan kuruluşlar (Blue Cross ve Blue Shield)
- Bağımsız Sigorta Planları
- Kamu Sigortaları'dır. (Medicare Art ve Medicaid)

Bu 4 sigorta grubu ABD halkının % 86'sını sağlık sigortası kapsamına almakta geri kalan %14'lük grup ise sağlık sigortası kapsamı dışında kalmaktadır. Bunların büyük çoğunluğunu ise yoksullar ve 19 yaş üzerindeki anne ve babalarının poliçelerinden ayrılmak zorunda kalan işsiz gençler oluşturmaktadır⁴²⁹.

4. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

65 Yaş altında kalan nüfus özel sağlık sigortalarının en büyük kaynağını oluşturmaktadır⁴³⁰. Bunun temel nedeni kamusal sağlık programlarının dar tutulması ve işverenlerin vergi indirim avantajları nedeniyle özel sağlık sigortalarını tercih etmeleridir⁴³¹. ABD'de özel sigorta şirketleri kar amaçlı özel sigorta şirketleri ve kar amacı gütmediklerini iddia eden özel sigorta şirketleri (Blue Cross ve Blue Shield) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır⁴³². Kar amacıyla faaliyet gösteren sigorta şirketlerinin pazar payı toplam özel sigorta şirketlerinin %60'ını oluşturmaktadır.

ABD'de iki tip özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Bunlar kapsamı genel olan bireysel sağlık sigortalar ile işveren tarafından yapılan grup sigortalarıdır. Esas itibariyle işverenlerin çalışanları için yasal sigorta yaptırma zorunluluğu yoktur. Ancak grup sigortasının ferdi sigortaya göre daha ucuz olması ve işverenlerin çalışanlarla birlikte maliyetlere katılması grup sigortalarını cazip hale getirmektedir. Ferdi sigortalar ise daha çok balıkçılık ve madencilik gibi sigorta ediniminin zor olduğu endüstrilerde yaygındır. İşverenler

⁴²⁸ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.98.

⁴²⁹ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.98-99.

⁴³⁰ TENGİLİOĞLU/GÜZEL, s.9.

⁴³¹ BELEK, s.187; ŞENELDİR, s.156.

⁴³² ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.99.

tarafından yapılan sağlık sigortaları işletmelerin büyüklüğüne, endüstrini çeşidine, çalışanların çalışma biçimine (tam süreli, kısmi süreli) göre çeşitlilik göstermektedir⁴³³.

ABD'deki kar amaçlı en büyük sigorta şirketleri Prudential ve Cigna'dır. Bu şirketler daha çok büyük işyerleri için grup sigortası yapmakta diğer küçük şirketler ise bireysel sigortalara ağırlık vermektedir. Hastalara giderleri için daha az ödeme yaptığı için bireysel sigortalar daha az tercih edilirler. 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 özelliğidir⁴³⁴.

Ortak sigorta (Co-insurance) denilen bir başka sigorta modelinde yüksek maliyetli hastane masraflarına hastanın % 20 oranında katkı yapması istenmektedir. Yine bir çok sigorta önceden var olan hastalıkların tedavisini üstlenmemektedir. 2008 yılı itibariyle yıllık prim tutarı 4386 \$ olan özel sigorta 4 kişilik bir aile için 12.298 \$ sigorta bedeli almaktadır. Primleri yüksekliği ve artışı her geçen gün daha fazla kişinin sağlık sigortasından yoksun kalmasına neden olmaktadır⁴³⁵.

5. Kar Amacı Olmayan Kuruluşlar (Blue Cross ve Blue Shield)

Blue Cross Amerikan Hastaneler Birliği, Blue Shield ise Amerikan Hekimler Birliğince işletilmektedir⁴³⁶. Blue Cross hastane masraflarını ve Blue Shield ise hekim masraflarını sigorta etmektedir. ABD'de özel sağlık sigorta sektörünün büyük bir bölümü Blue Cross hastaneleri ve Blue Shield hekim ağı kontrolündedir⁴³⁷. Hem grup hem de bireysel sigorta poliçesi yapan bu şirketler tedavileri kendi hastanelerinde yaptıkları için maliyetleri aşağıya çekebilmektedir⁴³⁸. Amerikan Hastaneler Birliği en büyük özel hastaneler zinciri sahibidir.

6. Bağımsız Sigorta Planları

Sağlık Bakım Organizasyonu (Health Maintenance Organisation-HMO) hekimlerin maaş ve prim sistemi ile işe alındıkları ve gruplar halinde çalıştıkları organizasyondur. Bu organizasyona üye olan bireyler aylık veya yıllık standart sigorta primi karşılığında bir sağlık

⁴³³ TENGİLİOĞLU/GÜZEL, s.7.

⁴³⁴ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.99.

⁴³⁵ ŞENELDİR, s.157.

⁴³⁶ BELEK, s.180.

⁴³⁷ ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.99.

⁴³⁸ KILIÇ, s.33.

program paketi satın almaktadır. Bu sisteme dahil olan kişiler sadece HMO organizasyonu üyesi olan hekimlerden sağlık hizmeti alabilmektedir⁴³⁹. HMO'larda bir grup doktor bireyden peşin aldıkları bir ücret karşılığında o bireyin masraflarını üstlenmeyi kabul ettiğine göre, bireyin hastalanması halinde alınan avans daha fazla bir gidere neden olacağından bu yapılanmada koruyucu hekimliğin ön plana çıktığını söylemek mümkündür⁴⁴⁰.

Yaygınlık kazanan HMO'dan sonra son yıllarda "Tercihli Hizmet Sağlayan Organizasyon" (Preferred Provider Organisation-PPT) ile "Belirlenmiş Üretici Organizasyonu" (Exclusive Provider Organisation-EPO) adıyla ikinci ve üçüncü kuşak organizasyonlar ortaya çıkmıştır. EPO'larda hasta sigorta şirketinin anlaştığı hekime gitmek zorunda kalmakta aksi halde ödemeyi kendi cebinden karşılamaktadır. 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 üstlenmektedir⁴⁴¹.

7. Kamu Sigortaları (Medicare Art ve Medicaid)

Kamu sağlık sigortaları ABD'de 1965 yılında Medicare Art ve Medicaid'le başlamıştır. Bunların yönetimi "Sağlık ve İnsan Bakanlığı"na bağlı "Sağlık Bakım ve Finans İdareleri"nce yapılmakta, "Kamu Sağlık Servisleri" ve "Sosyal Güvenlik İdareleri" ile koordineli olarak çalışmaktadır⁴⁴².

a) Medicare Programı

Kamu sağlık sigortası olan Medicare programı 65 yaş ve üzerindeki kişiler için geçerlidir. Genel olarak Medicare A ve Medicare B olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Medicare A zorunlu hastalık sigortası, Medicare B ise gönüllü ek sağlık sigortasıdır⁴⁴³. Medicare bölüm A hastane sigortası, bölüm B ise sağlık sigortası olarak da bilinir. Medicare'nin diğer bölümleri ise bölüm C ve D'dir. Bölüm D daha çok ilaç kapsamı için kullanılır. Medicare Avantaj Planı olarak bilinen bölüm C, Medicare tarafından onaylanmış

⁴³⁹ ŞENELDİR, s.159.

⁴⁴⁰ BOSTANCI, s.14.

⁴⁴¹ ŞENELDİR, s.159.

⁴⁴² ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.101.

⁴⁴³ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.64.; ORAL, Sağlık Sigortası Uygulamaları, s.101.

özel sigorta şirketleri tarafından sunulur. Bölüm C ilave bir maliyetle bölüm A, B ve D'yi içerebilir⁴⁴⁴.

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 girmektedir. Medicare A'dan ücretsiz yararlanacak olanlar; 65 yaşını doldurmuş olan ve sosyal sigorta ya da demiryolları emeklilik yönetiminden emekli aylığı alanlar, sosyal sigortalar ya da demiryollarından aylık alma koşullarını prim ödeme açısından sağlayamayanlar, eşi ya da kendisi Medicare kapsamında olan devlet memuru olanlardır. Yine 65 yaşını tamamlamamakla birlikte sosyal sigortalar ya da demiryolları yönetiminden en az 24 aydır malullük aylığı alanlarla dializ makinesine bağlı olan veya böbrek nakli yaptırmış olan kronik böbrek hastaları Medicare A'dan ücretsiz yararlanabilir⁴⁴⁵. Medicare B ise gönüllülük esasına dayanan ek bir sağlık sigortasıdır. Ancak Medicare B'den yararlananların da 65 yaşını tamamlamış olmaları ya da malullük aylığı alan ve Medicare'ye kayıtlı olan malullerden olmaları gerekmektedir⁴⁴⁶.

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 karşılanmaktadır⁴⁴⁷.

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 bulunmaktadır. Kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanlar ise kazançlarının % 2,90'ı oranında prim ödemektedir. Devletin katkısı, sigortalı olmayanlara ilişkin masrafların karşılanmasında kendini göstermektedir⁴⁴⁸.

⁴⁴⁴ TENGİLİOĞLU/GÜZEL, s.7.

⁴⁴⁵ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.64.

⁴⁴⁶ Eren ÖĞÜTOĞULLARI, "Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Sigortası Programları", **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Sayı:7, (Şubat-2000), s.82-83.

⁴⁴⁷ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.65.; BOSTANCI, s.112.

⁴⁴⁸ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.66.

b) Medicaid Programı

Medicare bir sigorta olduğu halde aynı Medicare ile birlikte yürürlüğe girmiş olan Medicaid diğer programları destekleyen eyalet kanunları tarafından kabul edilen kriterlere uygun olan düşük gelirli bireyler ve aileleri kapsama alan bir yardım programıdır⁴⁴⁹. Medicaid kapsamına girebilmek için belirli şartların varlığı gereklidir. Medicaid kapsamına, sakatlar, körler, 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, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisi sağlayan “Tamamlayıcı Güvenlik Geliri” (Supplementary Security Income-SSI) alan kişiler de doğrudan Medicaid kapsamına girmektedir⁴⁵⁰. SSI kapsamında aylık alanlar ülkemizdeki 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlarla benzer özellikler göstermektedir.

Medicaid’in yoksul insanlara tıbbi bakım sağlayan bir program olduğu dikkate alındığında bu kapsama girenlerin, ülkemizde uygulanan 5510 sayılı Kanununun 60/I-c.1 ve 60/I-c.3 maddesi kapsamındaki genel sağlık sigortalılarının eşdeğeri olduğu söylenebilir. Ayrıca bu benzerlik finansman açısından da kendisi göstermektedir. Zira Medicaid hizmetleri de Federal Hükümetler tarafından karşılanmaktadır.

Medicaid programı kapsamında sunulan sağlık hizmetleri, hekim, hemşire ve ebe hizmetleri, evde bakım hizmetleri, aile planlaması, aşılama hizmetleri, laboratuvar ve röntgen hizmetleri, erken teşhis ve tanı hizmetleridir⁴⁵¹.

II. KANADA

1. Kanada Sağlık Sistemi İle İlgili Genel Bilgiler

Kanada Kuzey Amerika kıtasının en kuzeyindeki ülkedir. 10 eyalet ve 3 bölgeden oluşan, merkezi olmayan, anayasal monarşi ile yönetilen, 1867’de konfederasyon yasası ile kurulan bir federasyondur. Eski bir Fransız ve İngiliz kolonisi olan Kanada, hem Frankofon, hem de İngiliz Milletler Topluluğuna bağlıdır. Ülke alan bakımından dünyanın en geniş ikinci ülkesidir⁴⁵². Kuzeyde Kuzey Buz Denizi, doğuda Atlas Okyanusu, güneyde ABD, batıda da

⁴⁴⁹ ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.67.; TENGİLİOĞLU/GÜZEL, s.10.; BELEK, s.186.

⁴⁵⁰ TENGİLİOĞLU/GÜZEL, s.10, ORAL, Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, s.67,

⁴⁵¹ BOSTANCI, s.113.

⁴⁵² <http://tr.wikipedia.org/wiki/Kanada> , (24.02.2012).

Büyük Okyanus ve ABD'nin Alaska eyaleti ile çevrilidir. Kanada 32,9 milyon nüfusa sahiptir⁴⁵³.

OECD'nin 2008 yılı verilerine göre Kanada'da kişi başına düşen sağlık harcaması 3895 \$'dır. Bu tutar 2009 yılında 4363 \$'a yükselmiştir⁴⁵⁴. OECD ülkelerindeki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Kanada için % 10,1'dir⁴⁵⁵. Gerek kişi başı sağlık harcaması tutarı gerekse Kanada'daki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı OECD ülke ortalamalarının üzerindedir. Sağlık sektörü Kanada'nın en büyük sektörü olmakla birlikte kamu faaliyet alanı olarak ön plana çıkmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin hızlı bir gelişme süreci içerisinde olduğu gözlemlenmektedir⁴⁵⁶.

Kanada kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemini benimsemiştir⁴⁵⁷. Sağlık sigortası kavramı endüstride çalışanların hastalık, sakatlık ve gelir azaltıcı diğer risklere karşı korunma amacıyla ortaya çıkmıştır. Kanada'da sağlık hizmetleri 1950'li yıllara kadar eyaletler tarafından sağlanmış ve federal yönetimin sağlık hizmetlerine katkısı sınırlı biçimde devam etmiştir. 1957 yılında Hastane Sigortası ve Teşhis Hizmetleri (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act), 1966 yılında da Tıbbi Bakım Kanunu (Medical Care Act) kabul edilmiştir⁴⁵⁸. 1984 yılında ise Kanada sağlık sistemi temel ilkelerinin belirlendiği Kanada Sağlık Kanunu (The Canada Health Act) kabul edilmiş ve uygulamaya geçmiştir⁴⁵⁹.

Kanada sağlık sistemi beş temel ilke üzerine kurulmuştur. Bu temel ilkeler; kamusal sağlık yönetimi, kapsamlılık, taşınabilirlik (eyalet ve bölgeler arası), evrensellik ve erişilebilirlik⁴⁶⁰. Bu ilkeler gereği sağlık hizmetleri, kamu idaresi tarafından kar amacı dışında kurulu bir sistem içinde sigorta planları çerçevesinde icra edilmektedir⁴⁶¹.

⁴⁵³ Şaban ORUÇ, **Kanada Ülke Raporu**, İTO Yayınları, İstanbul, 2008, s.2.

⁴⁵⁴ <http://aifd.org.tr>, (24.02.2012).

⁴⁵⁵ PEARSON, s.2-3.

⁴⁵⁶ Çağlar GÖKSU, **Kanada Ülke Raporu**, İGEME-İhracatı Geliştirme Etüt Merkezi, Ankara, 2011, s.10.

⁴⁵⁷ Benedick IRVINE/Shannon FERGUSON/Ben CACKETT, "*Background Briefing: The Canadian Health Care System*", <http://www.civitas.org.uk/pdf/Canada.pdf> (25.02.2012); Evelyn L. FORGET, "*National Identity and The of Health Reform in Canada*", **Review of Social Economy**, Vol.LX, No:3, September-2002, s.361

⁴⁵⁸ Alp ERGÖR, "*Kanada Sağlık Sistemi*", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı:64-65 (Kasım-1994, Şubat-1995), s.39

⁴⁵⁹ IRVINE/FERGUSON/CACKETT s.1.

⁴⁶⁰ IRVINE/FERGUSON/CACKETT s.1.; FORGET, s.361.; BOSTANCI, s.116.

⁴⁶¹ Ayhan ALPAR, "*Kanada Sağlık Sistemi*", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:21, Sayı:5-6, (Eylül-Aralık 2006), s.394.; Bostancı, s.116.

2. Sağlık Sigortasının Kapsamı

Kanada sağlık sistemi Kanada dışında yaşayanlarda dahil olmak üzere tüm Kanadalıları kapsama alacak kadar geniş tutulmuştur. Kanada sağlık sistemi, turist, ziyaretçi ve geçici yerleşimciler gibi bazı istisnalar dışında kişinin sağlık yapısı, gelir düzeyi veya yaşam standardına bakmaksızın herkesi kapsama almaktadır⁴⁶². Bu nedenle sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden tüm Kanadalılar istisnasız biçimde yararlanabilmektedir⁴⁶³. Ancak Kanada'da faaliyette bulunan özel sağlık sigortaları da tamamlayıcı sağlık hizmeti sunmaktadır⁴⁶⁴.

Sağlık hizmet kapsamında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri yer almaktadır. Bu hizmetlere hastane ve hekim hizmetleri ile ağız ve diş sağlığı cerrahi işlemleri de dahildir. Bu standart hizmetlere ilave olarak eyaletler birbirlerinden farklı ek hizmetler de sunabilmektedir⁴⁶⁵.

3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Kanada sağlık sigortası sistemi kamu tarafından finanse edilmektedir⁴⁶⁶. Kanada sağlık sistemi kamu fonları ile finanse edilmekle birlikte sağlık hizmetlerinin bir bölümü özel sektör tarafından verilmektedir. Ancak iddia edilenin aksine gerçek bir kamusal yapı taşımamaktadır⁴⁶⁷. Kanada sağlık sisteminin finansmanında federal ve eyalet politika, programlarının oluşturduğu karma bir yapı bulunmaktadır. Dolayısıyla Kanada da sağlık hizmeti finansmanı hem federal hem de eyalet düzeyinde sunulmaktadır⁴⁶⁸.

Federal yönetimin genel gelirleri eyalet ve bölge vergileri ile diğer gelirler sağlık sisteminin finansmanının ana kaynağını 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 (Canadian Health and Social Transfer) şeklinde aktarılır⁴⁶⁹. Ancak eyalet ve bölge sağlık planları için finansman sağlanabilmesine yönelik olarak Kanada sağlık sistemine egemen olan 5 temel ilkenin yerine

⁴⁶² ALPAR, s.395

⁴⁶³ FORGET, s.361.; IRVINE ve diğerleri s.4.

⁴⁶⁴ IRVINE/FERGUSON/CAKETT s.4.

⁴⁶⁵ ALPAR, s.395.

⁴⁶⁶ Yuanli LIU/Yusuf ÇELİK/Bayram ŞAHİN, **Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, Suvak, İstanbul, 2005, s.46.

⁴⁶⁷ OTTAVA BÜYÜKELÇİLİĞİ TİCARET MÜŞAVİRLİĞİ, **Kanada'nın Genel Ekonomik Durumu ve Türkiye İle Ekonomik-Ticari İlişkileri**, Ottawa, 2007, s.13.

⁴⁶⁸ ALPAR, s.395.

⁴⁶⁹ ALPAR, s.395.

getirilmesi şarttır⁴⁷⁰. Ayrıca federal fonlar, silahlı kuvvetler, gaziler, göçmenler ve kayıtlı Kızılderililer gibi belirli gruplara yönelik sağlık hizmetlerine de finansman sağlar. Bunun yanında yine fonlar, illere ya da topluluk gruplarına hibeler sağlayıp, sağlık araştırmasını da finanse ederek ulusal sağlık konularını ele alır⁴⁷¹.

Kanada Sağlık Sigortası Kanununa göre 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 ücretsiz sağlandığı söylenebilir⁴⁷².

Kanada eyalet yönetimleri Kanada Sağlık Sigortası Kanununda belirlenmiş ilkelere aykırı olmamak koşuluyla sağlık sigortası kapsamına alınacak olan sağlık hizmetlerini belirleyerek sağlığa yapılacak harcama miktarını tayin edebilmektedir. Dolayısıyla Kanada’da ödeme açısından sağlık sisteminde tek çatı modeli bulunmaktadır. Buna göre, hekim ve hastane ödemeleri eyalet sağlık yönetimleri tarafından yapılır⁴⁷³.

Kanada’da tedavi ücretlerinin yaklaşık % 70’i değişik seviyelerde devlet tarafından karşılanmaktadır. Bu oran gelişmiş bir ekonomi ortalamasının üzerindedir. Hastane ve doktor ücretlerinin tamamı ödenirken, ilaç paraları, diş tedavisi ve acil sağlık hizmetleri konusunda sunulan destek çok azdır⁴⁷⁴.

4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Kanada sağlık sistemi organizasyonunun nasıl kurulacağı Kanada Anayasa’sında yer almaktadır. Kanada Anayasası hükümlerine göre sağlık organizasyonlarının sorumluluğu federal yönetim ile eyalet ve bölgeler arasında eşgüdümsel biçimde bölünmüştür. Federal yönetimin rolü, Kanada Sağlık Kanununda belirlenen beş temel kriter dikkate alınarak sağlık sisteminin ana hatlarını belirlemek, koruyucu kamu sağlık programlarını hazırlayarak uygulamak, sağlık hakkında kamuoyunu bilgilendirmek, sağlık aktivitelerini finanse etmek ve

⁴⁷⁰ FORGET, s.361-362.; Bostancı, s.119.

⁴⁷¹ SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama**, ETELT ve diğerleri (hızl), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2010, s.19

⁴⁷² IRVINE/FERGUSON/CAKETT s.4.; FORGET, s.362.

⁴⁷³ BOSTANCI, s.120, IRVINE/FERGUSON/CAKETT s.4.; FORGET, s.362.

⁴⁷⁴ OTTAVA BÜYÜKELÇİLİĞİ TİCARET MÜŞAVİRLİĞİ, Kanada’nın Genel Ekonomik Durumu ve Türkiye İle Ekonomik-Ticari İlişkileri, s.13.

birinci basamak sağlık hizmetleriyle ek sağlık hizmetlerini belirli sosyal gruplarda yer alan kişilere dağıtmaktır⁴⁷⁵.

Kanada'da yaklaşık bir milyon kişi sağlık hizmetlerini, federal yönetime ait birinci basamak ve ek sağlık hizmetlerinden almaktadır. Bu grupta yer alan kişiler, Kanada Federal Polis Gücü, mülteciler, federal hapishanede bulunan mahkûmlar, eski seçkin askerler, Eskimolar ve yerlilerden oluşmaktadır⁴⁷⁶.

Sağlık hizmeti, kente ait bir sorumluluktur. Sağlık hizmetlerinin yönetim ve dağılımını eyalet ve bölge yönetimleri gerçekleştirir. Sağlık hizmeti kapasite planlaması, büyük ölçüde üç yönetim biriminin ve on eyaletin sorumlulukları arasındadır. Her eyalet hastane ve hekim hizmetlerini ücretsiz sağlamak zorundadır. Ancak federal yönetim finansmana katılımda bulunur⁴⁷⁷.

Kanada sağlık sistemi, hastalıkların teşhis ve tedavileri, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım, laboratuvar hizmetleri, ayakta ya da yatarak tedavi hizmetleri, diyaliz tedavileri gibi hizmetlerden kişilerin ücret ödemediği yararlanmalarını sağlar. Bazı eyaletlerde dış tedavileri de ücretsiz sunulur⁴⁷⁸. Hastane hizmetleri, yataklı tedavi, laboratuvar, radyoloji ve diğer tanısal işlemler, cerrahi, yoğun bakım ve anestezi uygulamaları, radyoterapi, fizyoterapi hizmetlerini kapsamaktadır. Dış cerrahisi hizmetleri ise hastane bünyesindeki dış hekimleri tarafından yerine getirilir⁴⁷⁹.

Koruyucu sağlık hizmetleri, salgın hastalıkların tedavisi, palyatif sağlık hizmetleri, çocuk sağlığı ve gelişimi hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri birinci basamakta sunulur. Kanada'da sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanlar öncelikle birinci basamaktaki aile hekimlerin başvurur. Aile hekimleri başvuruda bulunanlara sağlık hizmetini sağlama yanında gerekli görülen hallerde hastaları ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularına diğer bir ifade ile hastanelere sevk eder⁴⁸⁰.

Kanada Hastaneleri, hastane mütevelli heyetleri, belediyeler ve özel organizasyonlar tarafından yönetilir. Hastanelere ödenecek ücretler bölge sağlık yönetimi ve bölge sağlık

⁴⁷⁵ BOSTANCI, s.117.

⁴⁷⁶ AUTHORITY OF THE MINISTER OF HEALTH, **Canada's Health Care System**, HC.Pub.5912, Canada:2005, s.10.

⁴⁷⁷ BOSTANCI, s.118.

⁴⁷⁸ ERGÖR, s.40.

⁴⁷⁹ ALPAR, s.395.

⁴⁸⁰ BOSTANCI, s.118.

kurulu tarafından belirlenen ücretler dikkate alınarak yıllık olarak (global bütçe) 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 değişmektedir. Ayrıca sunulan hizmetlerin kapsamı da çeşitlilik gösterir. Tüm Bölgesel Sağlık İdareleri genellikle hastane hizmetini denetlemekten ve Bölgesel Sağlık İdarelerinin çoğu uzun vadeli sağlık hizmeti, toplum sağlık hizmetleri ve halk sağlığı programlarını düzenlenmek ve sunmaktan sorumludur⁴⁸¹.

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 yapılmaktadır.

Kanada'da her hastanın serbestçe hekim seçme hakkı bulunmaktadır. Her hasta aile hekimini kendisi belirlediği gibi sonradan da değiştirebilir. Hastanın uzman hekime gidebilmesi için aile hekiminden sevk alma zorunluluğu bulunmamaktadır. Hastalar ilkesel olarak bağlı oldukları eyaletlerde sağlık hizmeti alır ancak hastalar Kanada sınırları içindeki diğer bir eyalet sağlık hizmet sunucularından da hizmet alabilir⁴⁸².

Ülke genelinde yaklaşık 1,5 milyonun üzerinde kişi sağlık ve sosyal hizmetlerde görev almaktadır. Kanada'da yaklaşık 30.000 birinci basamak hekimi mevcut olup toplam hekimlerin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Ayrıca 28.000 uzman hekim bulunmaktadır⁴⁸³. Kamu finansmanı ağır basan Kanada sağlık sisteminde özel sektörün payı artmaya başlamıştır. Çeşitli sağlık göstergelerinin başarısında büyük pay sahibi olan mevcut sağlık sistemi son dönemde tartışılmaya başlamış ve özelleştirmeye dönük adımlar atılmaya başlanmıştır⁴⁸⁴.

⁴⁸¹ ETTELT ve diğerleri, s.21.

⁴⁸² FORGET, s.362.

⁴⁸³ ALPAR, s.396.

⁴⁸⁴ ALPAR, s.397.

Üçüncü Bölüm

GENEL SAĞLIK SİGORTASININ TÜRKİYE’DE GELİŞİMİ

§ 7. GENEL AÇIKLAMA

Kalkınma planları, ekonomide yapısal bir değişiklik sağlamak ve toplumsal ekonomik yapıyı piyasanın işleyişine bırakmayarak farklı bir nitelik vermek amacıyla hazırlanmış planlar olarak isimlendirilir⁴⁸⁵. Sağlık Planlaması ise, eldeki mevcut kaynaklar dikkate alınarak çevre, insan ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla etkin ve ekonomik öncelikli hedeflere ulaşılabilmek için sürecin önceden belirlenmesidir⁴⁸⁶.

Türkiye’de ilk kalkınma planı dönemi 27 Mayıs 1960 tarihinden sonra başlatılmıştır. Daha sonra ise Anayasa’da kalkınma planlarına yer verilmiş, kalkınma planlamasına geçişle birlikte önce Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Kanunu daha sonra Nüfus Planlaması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir⁴⁸⁷. İlk kalkınma planının uygulanmaya başlamasıyla birlikte sağlık planlarının da beş yıllık kalkınma planları ile belirlendiğini görmekteyiz. Bu nedenle genel sağlık sigortasının gelişimini saptama adına konuyu beş yıllık kalkınma planlarında irdelemek yararlı olacaktır.

I. KALKINMA PLANLARINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI

1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

Ana ilke olarak halkın sağlık düzeyini yükseltilmesini benimseyen ve önceliğin koruyucu sağlık hizmetlerine verildiği Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (BYKP) sağlık kamu hizmetleri arasında ele alınarak düzenlenmiştir⁴⁸⁸. Hastanecilik yerine evde ve ayakta bakım yapılması yoluyla toplum hekimliğine önem verilerek halkın sağlık hizmetine kolay biçimde erişimi sağlanmak istenmiştir⁴⁸⁹. Kalkınma planında sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yer verilmiş ancak ilk planda genel sağlık sigortasına geçilmesi ile ilgili olarak bir öngörüde bulunulmamıştır.

⁴⁸⁵ Mahmut KOLÇAK, “Planlı Dönemlerde Sağlık Politikalarının Analizi” (Yayımlanmamış Y. Lisans Tezi), Hacettepe Ün. SBE, Ankara, 1995, s.10.

⁴⁸⁶ SERİN, s.42.; Daha geniş bilgi için bkz., Muharrem VARLIK, “Sağlık Sektöründe Öncelik Belirleme ve Stratejiler”, *Yeni Dünya Dergisi*, Sayı: 40, 2001, s.1101

⁴⁸⁷ SERİN, s.42.

⁴⁸⁸ OKUR, Sağlık Hakkı, s.39.

⁴⁸⁹ SERİN, s.42.

2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

İkinci BYKP ilkeleri arasında sayılan düzenlemeler, toplumun beden ve ruh sağlığının korunması, hastalara eşit tıbbi hizmet sunulması, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasının arttırılması, sağlık kuruluşları arasındaki standardizasyonun sağlanması, tedavi edici ve koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılmasıdır.

Bu kalkınma planında, Birinci BYKP’da yer alan sağlık sigortası konusuna da açıklık getirilmiş, kademeli biçimde genel sağlık hizmetlerinin kurulması kararı alınmıştır. Planda sosyal güvenlik hizmetleri ve sağlık finansmanı için genel sağlık sigortasının gerekli olduğu ve kademeli olarak genel sağlık sigortasına geçilmesi gerektiği belirtilmiştir⁴⁹⁰. Bu anlamda genel sağlık sigortasına geçilmesi fikrinin ilk olarak ikinci planla birlikte gündeme geldiği ifade edilebilir.

3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin kullanımında alt gelir guruplarına öncelik tanınarak sağlığın yaygınlaştırılması, kentleşme ve sanayileşmeyle bağdaşacak sağlık sistemi oluşturulması sağlık sektörünün sorunları olarak değerlendirilmiş ve sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi temel ilke olarak benimsenmiştir. Üniversite Eğitim Araştırma Hastaneleri ile Milli Savunma Bakanlığına bağlı özel nitelikli hastaneler dışında kalan hastanelerin tek bir kuruma bağlanması öngörülmüştür⁴⁹¹.

Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi hedefi dışında ilk defa genel sağlık sigortası için gerekli düzenlemelerin yapılması Üçüncü BYKP’nın öne çıkan en önemli öngörüsüdür. Yine ilaç tüketimini alt gelir guruplarına yaymak adına yaşamsal öneme sahip ilaçların fiyatlarının sabitlenmesi için önlem alınması bu planda öne çıkan düzenlemelerdendir.

4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

Dördüncü BYKP’ında temel ilke olarak sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili biçimde her bireye ulaştırmak, bu yolla toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek benimsenmiştir. Bunu gerçekleştirebilme adına sosyalleştirme programlarına ağırlık verilmesi, sağlık alanında tek yönetim sistemine geçilmesi, sağlık sigortası ve sosyalleştirme

⁴⁹⁰ OKUR, Sağlık Hakkı, s.41.; SERİN. S.43.

⁴⁹¹ OKUR, Sağlık Hakkı, s.43.

dışında kalanların sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanması, ilaç denetimlerinin arttırılması, iş sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinin günün koşullarına uyarlanarak yaygınlaştırılması hedef olarak seçilmiştir.

5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

Sağlıkta sosyalleştirme uygulamasında verimlilik ön plana çıkarılarak sağlık mevzuatının günün koşullarına uyarlanması hedeflenmiştir. 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 görmesini⁴⁹²”* sağlamaktır. Yine sağlık alanındaki ayrıntılı düzenlemeler terk edilerek sadece hedef, ilke ve politikalara yer verilmiştir⁴⁹³.

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

6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

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 benimsenmiştir⁴⁹⁴. 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 öngörülmektedir⁴⁹⁵.

⁴⁹² SERİN, s.46.

⁴⁹³ OKUR, Sağlık Hakkı, s.44.

⁴⁹⁴ OKUR, Sağlık Hakkı, s.52.; SERİN, s.46.

⁴⁹⁵ OKUR, Sağlık Hakkı, s.53.

Kalkınma planının 203. sayfasında yer alan sağlık sigortasının kapsamının genişletilmesi, genel sağlık sigortasının ifade edildiği anlamında değerlendirilebilir mi? **Okur**'a göre; bu konu açık değildir ve ifade edilen genel sağlık sigortası olabileceği gibi özel sağlık sigortaları da kastedilmiş olabilir. **Okur**, konu hakkındaki değerlendirmesinde de genel sağlık sigortası ile özel sigortanın teşvik edilerek zorunlu tutulacak genel sağlık sigortasının belirli ve yeterli bir sağlık hizmeti vermesini ancak bunun üzerine çıkmak isteyenler için özel sağlık sigortalarına başvurmasının mümkün kılınmasına yönelik düzenlemeler yapılması gerektiğini belirtmektedir⁴⁹⁶.

7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Daha önceki 5 yıllık kalkınma planlarında yer verilen sağlık sigortası uygulamaları Yedinci BYKP'nın da yer almıştır⁴⁹⁷. Planın öncelikli hedefi sağlık hizmetlerinden yararlanan nüfusun tüm ülke çapına yayılmasıdır. Bu nedenle daha önceki kalkınma planı döneminde devreye sokulan Yeşil Kart uygulamasında meydana gelen aksaklıkların giderilmesi üzerinde durulmuştur⁴⁹⁸.

Yedinci BYKP'nında genel sağlık sigortasına geçileceğine ilişkin özel düzenlemeler bulunmaktadır. Şöyle ki; sağlık hizmetleri açısından sosyal güvence kapsamı dışında kalanların sigortalanması, sağlık sigortası uygulamalarında norm ve standart birliği sağlanarak ödeme gücünden yoksun vatandaşlar için devlet desteğini öngören Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu çıkarılması hedefi genel sağlık sigortasına geçiş için ön çalışma sayılabilecek düzenlemelerdir. Planda özel sektör sağlık yatırımları ile özel sağlık ve emeklilik sigortası teşviki ile birlikte sağlık hizmetlerinin satın alma yoluyla temin edilmesine de yer verilmiştir.

8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Bundan önceki 5 yıllık kalkınma planlarında olduğu gibi Sekizinci BYKP'nda da sağlık alanındaki mevcut sorunlar belirlenerek amaç, ilke ve geliştirilmesi gereken politikalara ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Sekizinci BYKP'nına göre, sağlık hizmetleri hakkaniyet gözetilerek herkese eşit, halk beklentilerini karşılayacak biçimde, kaliteli, kolay ulaşılabilir, verimli, bölge ayrımı gözetilmeksizin sosyo-ekonomik gruplar arası sağlık düzeyi

⁴⁹⁶ OKUR, Sağlık Hakkı, s.55.

⁴⁹⁷ KOLÇAK, s.36.

⁴⁹⁸ SERİN, s.48.

faklılıklarını azaltıcı, modern hayata uyumlu ve hasta haklarına saygı gösterilecek biçimde sunulmalıdır⁴⁹⁹. Bu doğrultuda, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılarak sağlık sigortası kapsamında herkese sağlık hizmetinden yararlanma imkanı sağlanmalı ve sağlık hizmet basamakları arasında etkin işleyen hasta sevk sistemi geliştirilmelidir.

Planda aile hekimliği uygulamasına geçilmesi için gerekli düzenlemelerin gerçekleştirilmesine de yer verilmiş hastanelerin özerkliği ve rekabet edebilmesi için mevzuat çalışması yapılması ve kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin tam gün çalışması esas benimsenmiştir.

9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

Dokuzuncu BYKP’nda 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 sağlanmıştır⁵⁰⁰.

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 önerilmektedir⁵⁰¹.

⁴⁹⁹ BOSTANCI, s.124.

⁵⁰⁰ BOSTANCI, s.125.

⁵⁰¹ DPT, **Dokuzuncu Kalkınma Planı: Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, DPT Yayınları, Ankara, 2006, s.26-76.

II. GENEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN KANUN TASARILARI,

TASLAKLAR VE ÇALIŞMA RAPORLARI

1. 1967 ve 1968 Yıllarında Düzenlenen Tasarılar

1967 yılında düzenlenen Genel Sağlık Sigortası Tasarısı Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan bir komisyon tarafından 6 ay süren bir çalışma sonucu hazırlanmış ancak hazırlanan tasarı hükümete sunulmamıştır⁵⁰².

1968 yılında hazırlanan tasarı 1967 yılında hazırlanan tasarı dikkate alınarak düzenlenmiş, bir anlamda 1967 tasarısı yeniden gözden geçirilmiştir. Son şekli verilen tasarı daha sonra İngilizciye çevrilmiş ve İngiltere'den Türkiye'ye davet edilen Prof.Dr. Forsight başkanlığındaki uzmanlara inceletilmiştir. Bu tasarı 1969 yılında hükümete sunulmuş ancak meclis komisyonlarında görüşülememiştir⁵⁰³.

2. 1974, 1976 ve 1981 Yıllarında Düzenlenen Tasarılar

1974 tarihli Kanun tasarısında, SSK hastalık sigortası kapsamındaki kişilerle Türk Silahlı Kuvvetler kapsamındaki kişiler hariç geri kalan nüfus; memurlar, kendi nam ve hesabına çalışanlar ve ticari faaliyet göstermeyenler olarak üç farklı guruba ayrılarak kurulması öngörülen genel sağlık sigortası yoluyla kişilerin sağlık güvencesine kavuşturulması öngörülmüştür⁵⁰⁴.

Hazırlanan tasarılar değil yasalaşma meclis komisyonlarında dahi görüşülememiş buna rağmen Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı sağlık alanında tasarı çalışmalarına devam etmekten geri durmamıştır. 1976 yılında hazırlanan Sigorta ve Teşkilat Yasa Tasarıları bu kez TBMM'ye sunulmuş ancak görüşülemediği için kadük olmuştur⁵⁰⁵.

12 Eylül 1980 tarihinde gerçekleştirilen askeri darbe sonrasında Milli Güvenlik Kurulu'nun 5 nolu alt komisyona hazırlatılan, Genel Sağlık Sigortası Tasarısı esas itibarıyla 1968 yılında hazırlanan tasarıyı model almış ancak bu tasarıdan da sonuç alınamamıştır⁵⁰⁶.

⁵⁰² OKUR, Sağlık Hakkı, s.171.

⁵⁰³ OKUR, Sağlık Hakkı, s.171.; BOSTANCI, s.126.; SERİN, s.141.

⁵⁰⁴ BOSTANCI, s.126.

⁵⁰⁵ OKUR, Sağlık Hakkı, s.171.; SERİN, s.142.; BOSTANCI, s.127.

⁵⁰⁶ OKUR, Sağlık Hakkı, s.171.

3. 1984 Yılındaki Çalışma Raporu ve Genel Sağlık Sigorta Tasarısı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan bir çalışma gurubu bundan önceki dönemlerde hazırlanmış tüm raporları ve çalışmalarını bir araya toplayarak bir rapor hazırlamış hazırlanan raporu tasarıya dönüştürerek Sağlık Bakanlığına sunmuş ancak bu çalışmadan da diğerlerinde olduğu gibi sonuç alınamamıştır⁵⁰⁷.

Tasarı sonrası Bağ-Kur aşamalı olarak kapsamına aldığı sigortalılara sağlık yardımı sunmaya başlamış bu uygulama 1988 yılında tüm yurttan yaygınlaşmıştır. Bağ-Kur'un kapsamına aldığı sigortalılarına sağlık yardımı sunmuş olması genel sağlık sigortasına geçildiği anlamını taşımamaktadır. Zira toplumun tüm kesimi değil sadece Bağ-Kur kapsamına giren sigortalılar sosyal amaçlı olarak sağlık sigortasından yararlandırılmıştır⁵⁰⁸.

4. 1990 Yılındaki Genel Sağlık Sigorta Tasarısı

1990 yılında hazırlanan tasarı sağlık alanında yapılan en ciddi ve en kapsamlı çalışma olma özelliğine sahiptir. Üstelik tasarı kamuoyu ile paylaşılmış ve ilgili kesimlerden de görüş istenmiştir. Bu tasarıya her ne kadar Sağlık Sigortası Kurumu (Sağ-Kur) adı verilmiş olsa da genel sağlık sigortası kurulması amacıyla hazırlanmıştır⁵⁰⁹. Tasarıya göre, öngörülen sağlık sistemi tüm nüfusun sağlık güvencesine kavuşturulması ve sigortacılık sistemi içindeki mevcut sağlık sigortalarının yeni sisteme devredilmesidir. Tasarıyı genel sağlık sigortası amacını taşıyan düzenleme olarak nitelendirmemizin bir diğer dayanağı da şüphesiz prim ödeme gücünden yoksun kişilerin primlerinin genel sağlık sigortası kapsamından karşılanacağıdır⁵¹⁰.

5. 1992 Yılındaki 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 Taslağıdır⁵¹¹. Tasarıya göre, genel sağlık sigortası aşamalı olarak yaygınlaştırılacak ve tüm nüfusa sağlık güvencesi sunulacak diğer bir ifade ile genel sağlık sigorta sistemi dışında kalan olmayacaktır. Sağlık finansmanı, primlerle karşılanacak ancak düşük gelir guruplarından prim alınmak yerine devletin bunları finanse etmesi sağlanacaktır. Belirli bir

⁵⁰⁷ OKUR, Sağlık Hakkı, s.171.; BOSTANCI, s.128.

⁵⁰⁸ SERİN, s.142.

⁵⁰⁹ SERİN, S.143.; karşı görüşte, OKUR, Sağlık Hakkı, s.171.

⁵¹⁰ BOSTANCI, s.128.; SERİN, s.142.

⁵¹¹ SERİN, s.144.; BOSTANCI, s.129.

zaman dilimi sonunda herkese tedavi olma hakkı tanıyan Yeşil Kart almayan hiç kimse kalmayacaktır.

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 belirlenmiştir. Kapsama ise, sağlık güvencesi bulunmayan Türkiye'de yaşayan Türk vatandaşlarının tamamı alınmıştır. Kapsama girmek zorunlu tutulmuş, sigortalı sayılmayı gerektirir biçimde çalışmaya başlayanların ise yeniden kapsamın dışına çıkarılması hedeflenmiştir. Finansman sağlanması diğer bir ifade ile 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 kanunlaşmamıştır⁵¹².

6. 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 hazırlanmıştır⁵¹³.

Taslağın 1.maddesinde kanunun amacının, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık evi, sağlık ocağı, kamu sağlığı merkezi, kamu sağlığı laboratuvarı ve aile hekimliğinin kuruluşu ve işleyişi olduğu belirtilmiştir. 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. Her 3000 kişi için bir aile hekimi belirlenmekte aile hekiminin sevkiyle serbest hekim seçilmesi mümkün olmaktadır.

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

⁵¹² SERİN, s.149.; BOSTANCI, s.130.

⁵¹³ SERİN, s.148.; BOSTANCI, 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 belirlenmiştir (Taslak, m.21)⁵¹⁴.

7. 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 belirlemektir⁵¹⁵. Tasarıdaki düzenlemeler 5510 sayılı Kanunda düzenlenen genel sağlık sigortası hükümleriyle benzerlikler göstermektedir.

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

Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü nezdinde yapılan ve çalışmalarda Devlet Planlama Teşkilatı, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Adalet Bakanlığı'ndan temsilcilerin bulunduğu Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı Taslağı 1998 yılında ortak mutabakatla hazırlanmıştır. Taslağın isminde kişisel sağlık sigortası bulunsa da nihai amaç genel sağlık sigortasının kurulmasıdır⁵¹⁶.

Taslakta yer verilen 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 sunulmasıdır.

⁵¹⁴ BOSTANCI, s.32.

⁵¹⁵ SERİN, s. 151.; BOSTANCI, s.132.; Tasarı, m.1.

⁵¹⁶ SERİN, s.161

9. Sağlık Sandığı Kurumu Genel Müdürlüğü Kanun Tasarı Taslağı

Amacı yabancılar da dahil ülkede yaşayan herkese sağlık güvencesi sunmak üzere Sağlık Sandığı Kurumu'nu kurmak ve sağlık sigortasına ilişkin usul ve esasları belirlemek olan tasarı 1999 yılında 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 verilmiştir⁵¹⁷. Dolayısıyla daha önce hazırlanan her tasarinin bir sonraki tasarıya esin kaynağı olduğu ve sürekli gelişim gösterdiğini söylememiz de mümkündür.

§ 8. GENEL SAĞLIK SİGORTA UYGULAMASINDAN ÖNCE SAĞLIK YARDIMI YAPAN SİGORTA PROGRAMLARI

I. PRİMLİ REJİM KAPSAMINDA YAPILAN SAĞLIK YARDIMLARI

Sanayileşme ile birlikte geleneksel koruma tekniklerinin yetersizliği belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Sanayileşme bir yandan ortaya çıkardığı farklı risklerle özellikle işçi sınıfının yaşamakta olduğu sefaleti daha da artırırken, bir yandan da o zamana kadar geliştirilen bazı sosyal yardım tekniklerini zayıflatmış ya da önemini azaltmıştır⁵¹⁸. Yaşanan bu süreçle birlikte bireylerin ekonomik güvencelerini daha etkin bir şekilde sağlamaya yönelik yeni tekniklere olan ihtiyaç kendini hissettirmiştir. Dolayısıyla kullanılmakta olan geleneksel teknikler yavaş yavaş terk edilmeye başlanmış ve devlet eliyle örgütlenen yeni sosyal güvenlik programları ortaya çıkmıştır⁵¹⁹.

Yukarda da belirtilen nedenlerle sosyal güvenliğin tam anlamıyla sağlanabilmesi, salt bu amaçla oluşturulmuş sosyal güvenlik tekniklerini kaçınılmaz hale getirmiştir⁵²⁰. İşte bu sosyal güvenlik sistemleri içinde en yaygın ve en gelişmiş olanı hiç şüphesiz sosyal sigortalardır⁵²¹. Sosyal sigortalar, çalışanların bu eylemleri sırasında karşılaştıkları belirli

⁵¹⁷ 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.; SERİN, s.167.; BOSTANCI, s.136.

⁵¹⁸ YAZGAN, s.25.

⁵¹⁹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU s.14.; ŞAKAR, s.17.

⁵²⁰ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.14.

⁵²¹ KOÇ, s.28.

sayıdaki risklerin ortaya çıkardığı zararların karşılanması için, devletçe işçi ve işverenlerin zorunlu katılımını öngören, bazen de devletin katkılarıyla finanse edilen, özerk yönetime sahip olan bir sigorta tekniğidir⁵²². Diğer bir ifadeyle sosyal sigorta tekniğinde ilgililerin finansmana prim ödeyerek katkıda bulunmaları esastır. Finansmanındaki bu özelliği nedeniyle de sosyal sigorta tekniği aynı zamanda primli rejim (sistem) olarak ifade edilmektedir.

Ülkemizde de Sosyal Güvenlik Kurumu kurularak tüm primli sistem tek çatı altında birleştirilmeden önce; işçilerin sosyal güvenliği SSK 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. Dolayısıyla sisteme prim ödeyerek dahil olan sigortalılar ve bunların hak sahipleri sağlık yardımlarını bu kurumlar aracılığıyla almaktaydı.

1. SSK'lılara Yapılan Sağlık Yardımları

İşçiler ve işçi olmamakla birlikte istisnai olarak kapsama alınan sigortalılar 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamına girmektedir. Bir hizmet akdine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar, 4081 sayılı Çiftçi Mallarının Korunması hakkındaki Kanuna göre çalıştırılan Koruma Bekçileri, Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde oluşturulan tesis, atölye ve benzeri ünitelerde çalıştırılan hükümlü ve tutuklular, çıraklar, hastalık sigortası kapsamına girmektedir. Yine hizmet akdi ile çalışmamakla birlikte Barolara kayıtlı olan avukatlar ile noterler de 506 sayılı Kanun kapsamına girmektedir. Ayrıca Sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerin yurtdışındaki işyerlerinde çalışmak üzere giden Türk işçileri hakkında da hastalık sigortası hükümleri uygulanmaktadır. Kapsamdaki sigortalılar ve bakmakla yükümlü sayıldıkları kişiler sağlık yardımı almaya hak kazanmakta ancak isteğe bağlı SSK sigortalılarından sağlık primi alınmadığı için bunlara ve hak sahiplerine sağlık yardımı sunulmamaktadır.

a) Sağlık Yardımlarının Kapsamı

Sosyal sigorta kurumlarının faydalanan kişi bakımından en geniş kapsamlı sigorta kolunu hastalık sigortası oluşturur. Hastalık sigortasından sadece sigortalı değil, geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireyleri de yararlanır.⁵²³ Ayrıca gelir ya da aylık alan

⁵²² EKMEKÇİ/TUNCAY, s.14.; YAZGAN, s.139.; ŞAKAR, s.62.

⁵²³ ÜÇİŞİK, s. 185.

pasif sigortalılarla bunların geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireyleri ve hak sahibi olarak gelir ya da aylık almakta olan eş, çocuk, anne ve baba da hastalık sigortası kapsamında sağlanan sağlık yardımlarından faydalanmaktadır⁵²⁴.

Hastalık sigortası esas itibariyle sağlık yardımı sunan bir sigorta koludur. 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. Dolayısıyla 506 sayılı Kanun kapsamında sunulan sağlık yardımlarının kısa vadeli sigorta kollarında düzenlendiğini söyleyebiliriz.

Hastalık sigortası kapsamında sağlık yardımı alacak kişiler; aktif sigortalılar, sigortalının geçindirmekle 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, sigortalının ölümü sonrası hak sahibi olarak gelir ve aylık almakta olan eş, çocuklar, anne ve baba, olarak belirlenmiştir⁵²⁵.

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 sigorta kollarından hastalığın devamı süresince sağlık yardımı almaktadır.

Sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmayan karısının analığı halinde gebelik muayenesinin yaptırılması ve gerekli sağlık yardımlarının sağlanması, doğumda gerekli sağlık yardımlarının sağlanması analık sigortası kapsamında yapılmaktadır. SSK'dan gelir ve aylık alanlarla bunların hak sahipleri de analık sigorta kolundan sağlık hizmeti alabilmektedir.

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 artırma⁵²⁶ olduğuna göre SSK

⁵²⁴ ALPER, Sosyal Güvenlik, s.253.

⁵²⁵ ALPER, Sosyal Güvenlik, s.255.

⁵²⁶ ALPER, Sosyal Güvenlik, s.227.

kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin, önleyici sağlık hizmeti, tedavi edici sağlık hizmeti ve rehabilite edici sağlık hizmeti olduğu anlaşılmaktadır⁵²⁷.

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 ve iyileştirme vasıtaları (ortez, protez v.b.) sađlanmaktadır⁵²⁸. Protez, araç ve gereçlerinin standartlara uygun olarak sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi sunulan bir diğer sağlık yardımudur.

506 sayılı Kanuna göre, analık sigorta kollarından sunulacak sağlık yardımlarını, gebelik muayenesinin yaptırılması ve gerekli sağlık yardımlarının sağlanması, doğum esnasında gerekli sağlık yardımlarının sunulması olarak ifade edebiliriz.

İş kazası ve meslek hastalıkları sigorta kolundan sunulan sağlık yardımları, iş kazası ya da meslek hastalığına yakalanan sigortalıların hekime muayene ettirilmesi, hastalık teşhisi için her türlü tetkik, tedavi ve muayene yapılması, gerekmesi halinde sağlık kurumlarında tedavi altına alınması, tedavi süresince gerekli ilaçların sağlanması, hekimce gerekli görülmesi halinde protez araç ve gereçleri sağlanması, protezlerin takılması, onarılması ve yenilenmesidir.

b) Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları

Sigortalıların, hastalık sigortasınca karşılanan sağlık yardımlardan yararlanabilmeleri için, hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az doksan gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları şarttır. Sigortalının eşi ile geçindirmekle yükümlü olduğu kişilerin (çocuklar ve anne-baba) sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için, sigortalının, hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması şartı aranır.

İş kazası ve meslek hastalığı kapsamında sunulacak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sigortalı olmak yeterlidir. Herhangi bir bekleme süresi (prim ödeme) aranmamaktadır. Diğer bir ifade ile belirli bir süre sigortalı olma ya da prim ödeme şartı

⁵²⁷ Elvan OKLUN, “Sosyal Güvenlik Hukukunda Sağlık Sigortası”, (Yayınlanmamış Y.Lisans Tezi), Ankara Üniv. SBE, Ankara, 2008, s.149.

⁵²⁸ ALPER, Sosyal Güvenlik, s. 257.

aranmamakta, iş kazasının olduğu anda sigortalı olmak ya da sigortalı sayılmak yeterli olmaktadır.

Analık kapsamında sunulacak sağlık yardımlarında bekleme süresi sigortalı kadın için, doğumdan önceki bir yıl içinde en az 90 gün analık sigortası primi ödenmiş olması, sigortalı erkek için doğumdan önceki bir yıl içinde en az 120 gün analık sigortası primi ödenmiş olmasıdır. Yine sigortalının doğum yapan kadınla doğumdan önce evlenmiş bulunması Kanunda düzenlenmiş diğer bir şarttır.

506 sayılı Kanun kapsamında gelir ve aylık alanlar için sağlık yardımı sunumunda herhangi bir ön şart bulunmamaktadır. Gelir ve aylık alanlar aktif sigortalılık dönemlerinde hastalık sigortası primi ödediklerinden sağlık yardımlarını koşulsuz olarak almaktadır⁵²⁹.

506 sayılı Kanunun hastalık sigortası hükümlerine göre sigortalılık niteliği kısa vadeli sigorta kolları bakımından işten ayrıldıktan 10 gün sonra yitilmektedir. Sağlık yardımları sigortalılık niteliğine bağlı haklardandır. Bazı hallerde sigortalılık niteliği sona erse dahi sağlık yardımı almak mümkün olabilmektedir. İşten ayrıldığı tarihten geriye doğru son bir yıl içinde en az 120 gün prim ödemesi olan sigortalıların sigortalılık niteliği işten ayrıldıktan 10 gün sonra sona erecek ancak sigortalılık niteliği sona erdikten sonra 6 ay daha hastalık sigorta kolundan sağlık yardımı alabilecektir. Yine sigortalılık niteliğini yitiren kadın sigortalı, sigortalılık niteliğinin yitirildiği tarihten itibaren 300 gün içinde doğum yaparsa analığa bağlı sağlık yardımlarına hak kazanacaktır. Doğum tarihinden önceki 15 ay içinde en az 120 gün prim ödemesi olmak koşuluyla sigortalı erkeğin sigortalı olmayan karısı da analığa bağlı sağlık yardımı almaya hak kazanabilmekteydi.

c) Katılım Payı Ödemesi

506 sayılı Kanuna göre sağlık yardımlarında esas olan sigortalının SSK hastaneleri ya da polikliniklerinde tedavi olması diğer bir ifade ile SSK sağlık tesislerinde görevli hekime muayene olması, hekimin uygun bulması halinde SSK hastanelerinde tedavi altına alınmasıdır. Ancak SSK sağlık tesislerini bulunmadığı veya yetersiz olduğu yerlerde SSK ile anlaşma yapılan sağlık tesislerinden de sağlık yardımı alınabilmektedir. Hekim tedavisi ya da hastanede yatarak tedaviler için sigortalıdan ya da bakmakla yükümlü oldukları kişilerden katılım payı alınmamaktadır. SGK ile sözleşme yapmış hastanelere sevsiz başvurular için katılım payı ödenmesi kaçınılmaz olmaktadır.

⁵²⁹ ALPER, Sosyal Güvenlik, s.266.

İlaç ve diğer iyileştirme araçlarının kullanımı tedavinin bir parçası sayılmaktadır. İlaç kullanımında tasarrufu sağlama adına aktif sigortalılar ilaç bedellerinin % 20'sini, pasif sigortalılar ise % 10'unu kendisi ödemektedir. "Sigortalı ayakta tedavi olmakla birlikte, tüberküloz, kanser, kronik böbrek hastalıkları, organ nakli, uzun süreli kalp ve damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları v.b. rahatsızlıklar dolsyısıyla uzun süreli ve pahalı bir tedavi görüyor ise Kurum sağlık tesisleri sağlık kururları raporu ile % 20'lik⁵³⁰, bedel sigortalıdan alınmaz (506, ek m.25)⁵³¹.

506 sayılı Kanununun 32. maddesine göre; protez araç ve gereçleri kullanımında sigortalının protez araç ve gereçlerinin bedeline % 20 oranında katılımı şarttır. Ancak bu katkı protez araç ve gereçlerinin alındığı dönemde 16 yaşından büyükler için belirlenen asgari ücretin 1,5 katından fazla olamayacaktır.

d) Protez ve Ortezlerin Sağlanması

Doğuştan ya da sonradan herhangi bir nedenle vücut organlarından bir veya bir kaçının tam veya kısmi kaybında, o organ veya organların fonksiyonlarını yerine getirmek ve/veya görsel olarak vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik tıbbî cihazlara protez, doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bir organda oluşan fonksiyon kaybını veya yetersizliğini önlemek ya da vücut parçalarından birini desteklemek veya korumak amacıyla kullanılan tıbbî cihazlara ise ortez adı verilmektedir. İyileştirme araç ve gereçleri ise protez ve ortez tanımına girmeyen, tek başına iyileştirme özelliği olan iyileştirici nitelikteki tıbbî cihazların genel tanımıdır.

Sigortalının uzuv yaranması ya da uzuv kaybı söz konusu olmuşsa diğer bir ifade ile sigortalının sağlık durumu protez veya ortez sağlanmasını gerektiriyor ise Kurum sigortalıya ortez ya da protez sağlamak, takmak gerekmesi halinde de onarmakla yükümlüdür. Ancak protez veya ortez kullanımında sigortalının protez veya ortez bedeline 16 yaşından büyükler için belirlenen asgari ücretin 1,5 katını aşmamak koşuluyla % 20 oranında katılımda bulunması gerekmektedir.

⁵³⁰ Emekli sigortalılardan % 10 olarak tahsil edilir.

⁵³¹ ALPER, Sosyal Güvenlik, s.256.

e) Sağlık Yardımlarının Süresi

İş kazası ve meslek hastalıkları sigorta kollarından sağlanan sağlık yardımları, iş kazasına uğrayan sigortalı için iş kazasının olduğu, meslek hastalığına tutulan sigortalının ise SSK tarafından tedaviye alındığı tarihte başlamakta, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalının sağlık durumunun gerektirdiği süre boyunca devam etmektedir. 506 sayılı Kanunda iş kazası ve meslek hastalıkları sigorta kollarından sağlanan sağlık yardımları için herhangi bir süre sınırlaması bulunmamaktadır. Sınırlama bulunmaması sağlık hakkının özüne de uygundur⁵³².

506 sayılı Kanun, hastalık sigorta kolundan sağlanan sağlık yardımları sigortalının iyileşmesine kadar devam edeceğini (506, m.34) hüküm altına aldığından sağlık yardımları süre sınırlamasına tabi tutulmaksızın verilmektedir. 506 sayılı Kanun, protez araç ve gereçlerinin sağlanması ile ilgili olarak ta herhangi bir süre sınırlamasına yer vermemiştir.

f) Yurt Dışında Tedavi

Hastalık sigortası kapsamında sigortalının ihtiyacı olan sağlık yardımlarının Türkiye’de sunulması esas olmakla birlikte bazı hallerde yurt dışında tedavi olmak da mümkündür. Bununla birlikte Kanun, yurt dışında tedaviyi bazı şartlara bağlanmıştır. Bunlar;

-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 (tıbbi gereklilik),

-Yabancı ülkede tedavi olmanın malullük halini önleyeceği ya da önemli oranda azaltacağı Kurum Sağlık Kurulu raporuyla belgelenmesi,

Bu üç şartın aynı zamanda gerçekleşmesi tedavi masrafları yanında sigortalının kendisi, gerekmesi halinde refakatçisinin yol ve diğer zorunlu giderleri de Kurum tarafından karşılanmaktadır.

İş kazası ve meslek hastalığına yakalanan sigortalıların yurt dışına gönderilmeleri de belirli koşulların varlığına bağlıdır. Buna göre, iş kazası veya meslek hastalığı dolayısıyla

⁵³² ALPER, Sosyal Güvenlik, s.227.

bedeni veya ruhi bir arızaya uğrayanlardan, yurt içinde tedavisi kabil olmayıp, ancak yabancı bir ülkede kısmen veya tamamen tedavisi mümkün görülen ve mesleğinde uğradığı iş göremezlik derecesinin azalabileceği Kurum sağlık tesisleri sağlık kurulu raporu ile tespit edilen sigortalının ve bu raporda belirtilmişse, beraber gidecek kimselerin yabancı ülkelere gidip gelme yol paraları ile o yerdeki kalış ve tedavi masraflarının ödenmesi, mümkündür (506, m.12/F). 506 sayılı Kanuna göre analık sigortası kapsamında yurt dışı tedavisi mümkün değildir.

2. Bağ-Kur'lulara (Bağımsız Çalışanlara) Yapılan Sağlık Yardımları

Kanunla ve Kanunların verdiği yetkiye dayanılarak kurulu sosyal güvenlik kuruluşları kapsamı dışında kalan⁵³³ ve 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 kapsamında sigortalı sayılmakta (1479, m.24) belirli bir süre prim ödendikten sonra sigortalı ya da hak sahipleri sağlık yardımlarını almaya hak kazanmaktadır. Önceleri isteğe bağlı sigortalılar da sağlık yardımlarından yararlanabilmekte iken

⁵³³ İsteğe bağlı sigorta da dahil olmak üzere SSK, 506 sayılı Kanunun 20. maddesine tabi Banka ve Borsa Sandıkları ya da Emekli Sandığına prim ve kesenek ödeyenler dışında kalan ve kendi nam ve hesabına çalışan kişiler Bağ-Kur kapsamına girmektedir.

24 Temmuz 2003 tarihli ve 4956 sayılı Kanunla isteğe bağlı sigortalılara sağlık yardımı sunulması terkedilmiştir⁵³⁴.

Sağlık sigortası sosyal sigortaların olmazsa olmaz koşullarından sayılmaktadır⁵³⁵. Hal böyle olmakla birlikte 1479 sayılı Bağ-Kur Kanununda sağlık sigorta koluna yer verilmediğinden kapsamdaki sigortalılar sağlık sigortasından yararlanamazdı. Bağ-Kur sigortalılarına sağlık yardımı sunulması diğer bir ifade ile Bağ-Kur sigortalılarının da sağlık sigortası kapsamına alınması 05 Kasım 1985 tarih ve 3235 sayılı Kanunla mümkün olmuştur⁵³⁶.

01 Ocak 1986 tarihinde 11 pilot ilde başlayan ve 01 Ocak 1989 tarihinde tüm illerde uygulamaya başlayan Bağ-Kur sağlık sigortası yardımları, hastalık ve iş kazası hallerini kapsamakta, 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; 5235, m.1).

a) Sağlık Yardımlarının Kapsamı

Bağ-Kur'a tabi sigortalılardan kimlerin sağlık sigortası kapsamına gireceği 1479 sayılı Kanunun Ek-11. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre, zorunlu sigortalı olanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları, yaşlılık ve malûllük aylığı bağlananlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları, sigortalının vefatı sonrası ölüm aylığı almaya hak kazanan, eş ve çocuklar ile sigortalının anne ve babası sağlık sigortası yardımlarından faydalanabilmektedir.

Bağ-Kur kapsamında sağlık yardımı alma hakkına sahip olanları aynı zamanda bir başka sosyal güvenlik kurumundan da sağlık yardımı almaya hak kazanıyor ise sağlık yardımları Bağ-Kur'dan değil diğer sosyal güvenlik kurumları tarafından sağlanacaktır⁵³⁷.

⁵³⁴ TUNCAY/EKMEKÇİ, (11.b.), s.504.

⁵³⁵ ALPER, Sosyal Güvenlik, s.399.

⁵³⁶ TUNCAY/EKMEKÇİ, (11.b.), s.502.

⁵³⁷ ÜÇİŞİK, s. 186.; Örneğin; annesinden dolayı Bağ-Kur ölüm aylığı alan kız çocuğu aynı zamanda babasından dolayı da SSK'dan ölüm aylığı almaya hak kazanmışsa sağlık yardımları SSK tarafından karşılanmaktadır.

b) Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları

Bağ-Kur Kanununa göre ilk defa sigortalı olanların sağlık yardımından yararlanmaları, en az sekiz ay, yeniden sigortalı olanların ise en az dört ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmaları yanında sağlık ve sigorta prim borcu bulunmaması şartına bağlanmıştır. (1479, ek m.12)

1479 sayılı Kanunun geçici 7. maddesi gereği, Bağ-Kur'dan gelir ve aylık almakta olanların sağlık sigortasından yararlanmaları en az 10 yıl sağlık sigortası primi ödenmesi şartına bağlanmıştır. 10 yıllık sağlık sigortası primi ödenmesi aktif ve pasif sigortalılık süreleri değerlendirilerek hesaplanır. Sağlık sigortası prim oranı; 03 Aralık 2004 tarihli ve 25659 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 11 Kasım 2004 tarihli ve 2004/8129 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla, 01 Ocak 2005 tarihinden geçerli olmak üzere % 10 olarak belirlenmiştir. Sağlık sigortası primi aktif sigortalılar için kazancın (basamak değerinin) %10'u, pasif sigortalılar için ise maaşın %10'u olarak tahakkuk ettirilmektedir.

Bağ-Kur sigortalılarının sağlık yardımlarından yararlanmaları için Bağ-Kur'a sağlık sigortası primi dahil hiçbir borcunun bulunmaması gerekmektedir. Bu uygulamayla primlerin tahsilini hızlandırmak amaçlanmakta, kontrol amacıyla sigortalılardan her yıl sağlık vizesi yaptırması beklenmekte vizesini yaptırmayan borcu olmasa dahi sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır⁵³⁸.

c) Katılım Payı Ödemesi

Aktif Bağ-Kur sigortalıları, hastalık ve iş kazasına uğrama hallerinde, pasif sigortalılar ise sadece hastalanması halinde sağlık sigortası yardımlarına hak kazanır. Sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık yardımlarında; hasta yatarak tedavi görmekte ise katılım payı ödememekte bu sürelerde ilaç bedellerinin tamamı da Bağ-Kur tarafından karşılanmaktadır. Aktif sigortalı ayakta tedavi olmakta ise ilaç bedelinin % 20'si oranında gelir ya da aylık almakta olan pasif sigortalı ise % 10 oranında ilaç bedeline katkı yapmaktadır.

Protez araç ve gereçlerinin bedellerinin ödenmesinde de sigortalının katılımı gerekmektedir. Protez araç ve gereçlerinde katılım payı aktif sigortalılar için % 20, gelir ve aylık alanlar için % 10'dur. Ancak protez araç ve gereç bedellerinde bir üst sınır uygulaması

⁵³⁸ TUNCAY/EKMEKÇİ, (11.b.), s.505,; ALPER, Sosyal Güvenlik, s.404.

vardır. Ödenecek katkı payı miktarı aktif sigortalılarda birinci gelir basamağının 1,5 katı, gelir ya da aylık alanlar için birinci gelir basamağının % 65'inden fazla olamayacaktır⁵³⁹.

d) Protez ve Ortezlerin Sağlanması

Bağ-Kur kapsamındaki sigortalılar ile bunların hak sahiplerine sağlık yardımı yanında protez araç ve gereç hizmetleri de sunmaktadır. İş kazasına bağlı olarak sunulan protez araç ve gereçleri için katılım payı alınmamakta ancak hastalığa bağlı sunulacak protez araç ve gereç hizmetleri için sigortalının katılım payı ödemesi gerekmektedir.

e) Sağlık Yardımlarının Süresi

Bağ-Kur sigortalılarına hastalık sigortası kapsamında sunulan sağlık yardımlarında daha önce 6 aylık süre sınırlaması bulunmakta iken süre sınırlaması 1997 yılında Anayasa Mahkemesi tarafından Anayasaya aykırı bulunarak iptal edilmiş ve, hastalık hallerinde yapılacak sağlık yardımları, hastanın iyileşmesine kadar sürer.(1479 , ek m.14/a) hükmü hayata geçirilmiştir⁵⁴⁰. Ancak iş kazasına bağlı sağlık yardımlarına öteden beri süre sınırlaması konulmamıştır.

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 alabilmektedir⁵⁴¹.

f) Yurt Dışında Tedavi

Bağ-Kur Kanunu kapsamına girenler diğer bir ifadeyle Kanunun sağlık sigortasının kapsamı başlıklı ek 11. maddesinin birinci fıkrası kapsamında bulunanlar, en az on ay sağlık sigortası primi ödemek ve prim borcu bulunmamak koşuluyla Sağlık Bakanlığınca yetkili kılınan hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenen raporlara göre yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarının tedavisi için, yine bu raporda gerekli görülmesi halinde bir refakatçi ile birlikte ve Kurum Yönetim Kurulu kararı ile yurt dışına gönderilebilir. Yurt

⁵³⁹ ALPER, Sosyal Güvenlik, s.404.; TUNCAY/EKMEKÇİ, (11.b.), s.507.

⁵⁴⁰ ALPER, Sosyal Güvenlik, s.404.

⁵⁴¹ TUNCAY/EKMEKÇİ, (11.b.), s.508.

dışında tedaviyi yapacak sağlık kuruluşu aynı raporda belirlenebileceği gibi Kurumca da belirlenebilir (1479, ek m.22/I).

Yurt dışındaki tedavi süresi, altı ayı geçmemek şartıyla yetkili hastanece düzenlenen raporda belirtilir. Ancak bu süre yurt dışında tedaviyi yapan sağlık kuruluşunun önerisi ve bu önerinin raporu düzenleyen hastane sağlık kurulunca uygun bulunması halinde altı ayı geçmeyen dönemler halinde en çok iki yıla kadar uzatılabilir. Bu sürenin sonunda tedaviye yurt içinde devam edilir (1479, ek m.22/I).

Yurt dışında yapılan tedaviye ilişkin giderler ile 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine göre hesaplanacak yol giderleri ve gündelikler Kurumca ödenir. Ancak acil müdahaleyi gerektiren veya hastalığın komplikasyonuna bağlı olarak yapılan tedavi giderleri hariç, raporda belirtilmeyen hastalıklara ait tedavi giderleri ödenmez (1479, ek m.22/I).

3. Emekli Sandığı Mensuplarına (Memurlara ve Memur Emeklilerine) Yapılan

Sağlık Yardımları

5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu, kamuda çalışan prim ve kesenek ödemeleri nedeniyle iştirakçi olarak adlandırılanların sosyal güvencelerini sağlamak üzere kurulmuştur. Emekli Sandığı iştirakçisi olabilmek için bazı koşulların varlığı gerekmektedir. Bunlar; Türk vatandaşı olmak, 18 yaşını tamamlamış olmak ve kamuya ait belirli yerlerde veya belirli işlerde çalışmaktır. Çalışılması gereken belirli yerler genel ve katma bütçeli daireler ile özel kanunlarla kurulan belediyeler, bankalar, üniversiteler v.b. verilebilir. Belirli işler arasında ise kuruluş kanunlarına göre daimi kadrolarda derece esasına göre aylık veya ücretle çalışanlar, genel bütçe kanunlarına bağlı K ve N işaretli cetvellerde gösterilen kadrolarda çalışan memurlar ve hizmetliler, yüksek öğrenim gören askeri öğrenciler, vazifeden kaynaklanan malullük veya ölüme muhatap olan askerler sayılabilir⁵⁴².

5434 sayılı Kanunda uzun dönemli risklerden olan malullük yaşlılık ve ölüm sigorta kolları düzenlenmiş kısa vadeli sigorta kollarına yer verilmemiştir. Emekli sandığına tabi olan aktif iştirakçiler kısa dönemli risklerden sayılan iş kazaları, meslek hastalıkları, hastalık ve analık sigorta kolları yardımlarını çalıştığı kamu kurumundan almaktadır⁵⁴³. Dolayısıyla devlet memurlarının sağlık yardımları çalıştıkları kurum tarafından emekli olanların sağlık

⁵⁴² SÖZER, Sosyal Devlet, s. 140-141.

⁵⁴³ Müjdat ŞAKAR, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Yenilenmiş 9.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2009, s.70.

yardımları ise Emekli Sandığı tarafından karşılanmaktadır. Aktif devlet memurlarının sağlık yardımı tutarları genel bütçeden, emeklilerin sağlık yardımı tutarları ise emekli sandığı bütçesinden karşılanmaktadır⁵⁴⁴. Bir başka ifadeyle sandıktan aylık almakta olanlara sağlanan sağlık yardımları prim esasına dayanmamaktadır⁵⁴⁵.

5434 sayılı Kanunun geçici 139. maddesindeki, sigortalılar Kanunla düzenlenecek genel sağlık sigortası kapsamına alınacakları tarihe kadar, hastalanmaları halinde resmî veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarında yönetmelikle belirlenecek usul ve esaslara göre muayene ve tedavi ettirileceği hükmü gereği sağlık hizmetleri “Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği” (DMTYCGD) kapsamında sağlanmaktadır⁵⁴⁶. Sağlık harcaması için her kurum bütçesine ödenek koymak suretiyle sağlık harcamalarını finanse etmektedir⁵⁴⁷.

a) Sağlık Yardımlarının Kapsamı

Sağlık yardımlarından yararlanacak kişiler 5434 sayılı Kanunun geçici 139. maddesinde sayılmıştır. Burada sayılanlar emekli, adi malullük ve vazife malullüğü, dul ve yetim aylığı alanlarla bunların bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleridir.⁵⁴⁸ Yine aktif iştirakçiler, bunların bakmakla yükümlü olduğu eş ve çocukları ile anne ve babasının sağlık yardımları da memurun çalıştığı kurum tarafından karşılanmaktadır.⁵⁴⁹ Sağlanan sağlık yardımlarının kapsamı şunlardır.

- Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine; teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması,
- Sigortalı ya da hak sahiplerinin gerektiğinde hastaneye yatırılması,
- Tedavi süresince gerekli olan ilaç ve diğer iyileştirme araçlarının sağlanması,

⁵⁴⁴ Ali GÜZEL/Alı Rıza OKUR, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Yenilenmiş 10.b., Beta Yayınevi, İstanbul, 2004, s.473.

⁵⁴⁵ Selim KOÇ, “Yasal Çerçevesi ve Parasal Boyutu Açısından Sağlık Yardımları”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Sayı:2, (Ekim-Kasım-Aralık 1998), s.47.

⁵⁴⁶ SÖZER, Sosyal Devlet, s.141.; OKLUN, s.100.; SERİN, s.93.

⁵⁴⁷ SERİN, s.101.

⁵⁴⁸ 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.

⁵⁴⁹ ŞAKAR, (7.b.), s.72.; ORAL, s.204.

- Resmi sağlık kurulu raporu ile gerekli olduğuna hükmedilen protez, ortez ve tıbbi araç ve gereçlerinin sağlanması,

- Sigortalının, bakmakla yükümlü olduğu, eş, çocuklar, anne ve babasının tedavi amacıyla yurt dışına gönderilmesi (5434, geçici m.139),

Emekli Sandığı, iştirakçilerine sunduğu sağlık hizmetlerini özel ya da resmi sağlık kuruluşlarından satın almaktadır.

b) Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için hiçbir 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 eder.

c) Katılım Payı demesi

Resmi sağlık kurumlarından yapılan tedavilerde hasta hiçbir şekilde katılım payı ödememektedir. Tedavinin zel sağlık kurumlarında gerçekleşmesi durumunda, özel sağlık kurumu katılım payı ya da fark ücret talep etmez ise hasta muayene veya diğer tedavi giderleri için hiçbir bedel ödemez. Burada belirleyici olan Emekli Sandığı ya da aktif sigortalıların çalıştıkları kurumlar ile ilgili özel sağlık kurumlarının yaptığı sözleşme hükümleridir.

Resmi ya da özel sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bedeli faturalandırılır ve aktif sigortalı için çalıştığı kuruma emekli için ise Emekli Sandığına gönderilir. Sağlık hizmeti bedelleri bunlar tarafından ilgili sağlık kurumuna ödenir.

Sigortalı ya da bakmakla yükümlü olduğu hak sahiplerine yapılan röntgen, tahlil ve diğer tetkik bedelleri, kan ve kan ürünü bedelleri ile ortez ve protez bedelleri ilgili sağlık kuruluşuna sigortalının çalıştığı Kurum tarafından ödenir. İleri tetkik yöntemlerinin bedelleri bütçe uygulama talimatında belirlenen tutar üzerinden ödendiği için aşan kısım memur tarafından karşılanmaktadır. DMTYCGY uygulama tebliğlerinde bazı tedavi türlerinin ücretlerinin belirli bir sayıyla sınırlanması nedeniyle hasta sağlık giderlerini doğrudan tedavi

gördüğü sağlık kurumuna ödemekte ancak Danıştay'a dava açmakta, Danıştay ödenen tedavi giderlerinin sigortalıya iadesine karar vermektedir.⁵⁵⁰

Yatarak tedavilerde ilaç bedellerinin tamamı memurun çalıştığı Kurum tarafından karşılanır. Ayakta sağlanan tedavilerde ilaç bedelinin % 20'si memur tarafından karşılanır. Emekli Sandığı emeklileri yatarak tedavi hallerinde ilaç bedeli ödemez ancak ayaktan tedavilerde ilaç bedelinin % 10'una katkıda bulunur.

d) Protez ve Ortezlerin Sağlanması

Emekli Sandığı Kanununa göre emekli aylığı alan 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 ödenmekte aşan miktar ise memur tarafından karşılanmaktadır.

e) Sağlık Yardımlarının Süresi

Sağlık yardımları açısından herhangi bir süre sınırlaması bulunmamaktadır. Çalışan memur çalışması devam ettiği sürelerde, emekli aylığı alanlar ise emekli aylığı alma şartlarını koruduğu sürece sağlık yardımlarını almaya devam eder.

f) Yurt Dışında Tedavi

Sağlık Bakanlığı tarafından yetkili kılınan tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenen⁵⁵¹ ve Sağlık Bakanlığınca onaylanan⁵⁵² raporlara göre yurtiçinde tedavilerinin mümkün olmadığı anlaşılınanlar, 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. Tedavi süresi altı ayı geçtiği takdirde ilgili yabancı sağlık kurumundan alınan ve tedavinin devamı zaruretini gösteren rapor, sağlık ateşeliği veya misyon şefliğince Emekli Sandığına ve ilgisine göre Sağlık Bakanlığı veya Milli Savunma Bakanlığına gönderilir. Bu işlem her altı ayda bir tekrarlanır.

⁵⁵⁰ OKLUN, s.177.

⁵⁵¹ Türk Silahlı Kuvvetlerinden emekli personel ile dul ve yetimleri için Milli Savunma Bakanlığınca bağlı hastanelerin sağlık kurulları tarafından düzenlenen raporlar geçerli olur.

⁵⁵² Türk Silahlı Kuvvetlerinden emekli personel ile dul ve yetimleri için Milli Savunma Bakanlığınca onaylanan raporlar geçerlidir.

Önceleri sadece memurun kendisinin yararlanabildiği yurt dışı tedavi olanağından memurun eşi, çocukları bakmakla yükümlü olduğu anne ve babası da yararlanmaya başlamıştır.

4. Banka ve Sigorta Sandıkları Mensuplarına Yapılan Sağlık Yardımları

Kapsamına aldığı sigortalılarına sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu dışında bırakılan ancak aynı Kanunun Geçici 20. maddesine göre kurulmuş olan ve vakıf statüsüne sahip özel sosyal güvenlik sandıkları da bulunmaktadır. Sosyal güvenlik sandıkları, Bankalar, sigorta şirketleri, ticaret ve sanayi odaları ve borsalar tarafından kurulan ve faaliyetlerini sürdürmelerine izin verilen 17 banka ve sigorta sandığı bulunmaktadır⁵⁵³.

Banka ve sigorta sandıkları sigortalılar ve hak sahiplerine⁵⁵⁴ en az 506 sayılı Kanunun sağladığı sağlık yardımları kadar hizmet sunmakla yükümlüdür⁵⁵⁵. Bu düzenleme banka ve sigorta sandıklarının sigortalılar ve bakmakla yükümlü olduğu hak sahiplerine yapılacak yardımların asgari seviyesini belirlemektedir. Yapılacak sağlık yardımları hiçbir gerekçe ile asgari seviyeni altına düşürülemeyecektir⁵⁵⁶. Bu sandıklar esas itibarıyla 506 sayılı Kanunda belirtilen düzeyde sağlık yardımı sunmakta bunun üzerindeki sağlık yardımlarını ise Munzam (ek) sandıklardan karşılama yoluna gitmektedir⁵⁵⁷. Yine bu sandıklardan bazıları mensuplarına sağlık yardımı sunmamakta bu yardım işveren tarafından sağlanmaktadır⁵⁵⁸.

⁵⁵³ Bu Sandıklar: Şekerbank T.A.Ş. Personeli Sosyal Sigorta Sandığı Vakfı, Yapı ve Kredi Bankası A.Ş. Mensupları Yardım ve Emekli Sandığı Vakfı, Türkiye Odalar Borsalar ve Birlik Personeli Sigorta Emeklilik Sandığı Vakfı, T.C.Ziraat Bankası A.Ş. ve T.Halk Bankası A.Ş. Mensupları Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı, Akbank T.A.Ş. Mensupları Tekaüt Sandığı Vakfı, Türkiye Garanti Bankası A.Ş. Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı, Türkiye Sınai Kalkınma Bankası Memur ve Müstahdemleri Yardım Sandığı Vakfı, Türkiye İş Bankası A.Ş. Mensupları Emekli Sandığı Vakfı, Türkiye İmar Bankası T.A.Ş. Memur Ve Müstahdemleri Yardım Ve Emekli Sandığı Vakfı, Fortis Bank A.Ş. Mensupları Emekli Sandığı Vakfı, Türkiye Vakıflar Bankası T.A.O. Memur ve Hizmetlileri ve Sağlık Yardım Sandığı Vakfı, Milli Reasürans T.A.Ş. Mensupları Emekli ve Sağlık Sandığı Vakfı, Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi Memurları Emekli Sandığı Vakfı, Türkiye Halk Bankası A.Ş. Emekli Sandığı Vakfı, Esbank Eskişehir Bankası T.A.Ş. Mensupları Yardım ve Emekli Sandığı Vakfı, Türkiye Genel Sigorta A.Ş. Memur ve Müstahdemleri Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı, Liberty Sigorta A.Ş. (Şeker Sigorta A.Ş.) Personeli Sigorta ve Yardım Sandığı Vakfı'dır..

⁵⁵⁴ Varlığını sürdüren 17 banka ve sigorta sandığında prim ödeyen 118.045 zorunlu, 880 isteğe bağlı sigortalı bulunmaktadır. Daha önce bu sandıklarda çalışmış olan 122.737 kişinin (emeklilik, ayrılma v.b. nedenler) sandıkla ilişkisi kesilmiştir. Sonuç itibarıyla bu sandıklarda tescil edilmiş sigortalı sayısı 241.662 kişidir. Bu sandıklardan İKMH dayalı sürekli iş göremezlik geliri ile ölüm geliri dahil malullük, yaşlılık ve ölüm aylığı alan kişi sayısı ise 84.241'dir

⁵⁵⁵ OKUR, Sağlık Hakkı, s.143.

⁵⁵⁶ SERİN s.99.

⁵⁵⁷ ŞAKAR, Yaşlıların Korunması, s.423.

⁵⁵⁸ OKUR, Sağlık Hakkı, s.144.

Banka ve sigorta sandıkları iş kazası ve meslek hastalıkları yardımı olarak 506 sayılı Kanundaki tüm sağlık yardımlarını sağlar. Sigortalının kendisi, eşi, bakmakla yükümlü olduğu çocuklarıyla anne ve babası sağlık yardımlarına hak kazanmaktadır. Sandık mensubu sigortalılar ile bunların hak sahipleri 506 sayılı Kanuna paralel olarak özel hekime muayene olabilmekte, teşhis ve tedavi amacıyla devlet, üniversite ve özel hastanelere yatabilmekte, gerekmesi halinde yurt içinde ya da yurt dışında bulunan sağlık kuruluşlarında tedavi olabilmektedir. Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının, protez araç ve gereçlerinin sağlanması, onarılması ve yenilenmesi sandıklar tarafından sunulan bir diğer sağlık yardımlarıdır⁵⁵⁹.

5. Tarım Sigortalılarına Yapılan Sağlık Yardımları

Sosyal güvenlik kanunları kapsamı dışında olanlarla, bu kanunlara göre malullük, emeklilik (yaşlılık) aylığı, sürekli tam iş göremezlik geliri almayanlardan; süresiz olarak tarım işlerinde hizmet akdiyle çalışanlar istekte bulunmaları halinde 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu⁵⁶⁰ kapsamına girerek sunulan sağlık yardımlarından yararlanmaya hak kazanırlar. 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 uygulanır⁵⁶¹.

2925 sayılı Kanun kapsamına alınan kısa vadeli sigorta kolları iş kazası meslek hastalıkları ile hastalık sigortasıdır. 2925 sayılı Kanun analık sigorta kolunu kapsam dışında bırakmıştır.

2925 sayılı Kanuna göre sağlık yardımlarına hak kazanan kişiler sigortalının kendisi, karısı, çalışamayacak durumda malul veya 55 yaşını doldurmuş kocası, 18 yaşını veya ortaöğrenim yapıyorsa 20 yaşını, yükseköğrenim yapıyorsa 25 yaşını doldurmamış çocukları, 18 yaşını doldurmuş olup da çalışamayacak durumda malul çocuklarıdır (2925, m.35). 2925 sayılı Kanuna göre sigortalının öğrenim göremeyen 18 yaşından bekar kız çocuğu ile anne ve babasının sağlık yardımı alma hakkı bulunmamaktadır.

⁵⁵⁹ OKUR, Sağlık Hakkı, s.143.

⁵⁶⁰ R.G. 20.10.1983, 18197.

⁵⁶¹ GÜZEL/OKUR, s.96-97.

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, m.7).

2925 sayılı Kanuna göre hastalık sigortasından sunulan sağlık yardımları, sigortalı ya da hak sahibi eş ya da çocukların, hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması, teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesesine yatırılması, tedavisi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması, hallerini kapsar. Ancak ayakta yapılan tedavilerde verilen ilaç bedellerinin % 20'sini sigortalı öder⁵⁶². Yapılacak sağlık yardımları, sigortalının sağlığını koruma, çalışma gücünü yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçlarını görme kabiliyetini artırma amacını güder. Sigortalının hastalık sigortasına bağlı sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde bu Kanuna göre 120 gün prim ödemiş olması şarttır (2925, m.14).

Sağlık yardımları sigortalının iyileşmesine kadar devam eder, Kurum, sigortalının iyileşmesine yarayacak veya iş göremezliğini az çok gidermesi için gerekli görülecek protez araç ve gereçlerini, sağlamak, onarmak ve tespit edilen süre ve şartlarla yenilemekle yükümlüdür (2925, m.14).

6. Tarım Bağ-Kur'lularına Yapılan Sağlık Yardımları

Süresiz olarak tarım işlerinde hizmet akdiyle çalışanların sosyal güvenceleri isteklerine bağlı olarak 2925 sayılı Kanun kapsamında sağlanmakta iken tarımda kendi adına ve hesabına çalışanların sosyal güvenlikleri zorunluluk esasına dayalı olarak 2926 sayılı Tarımda Kendi adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamında düzenlenmiş 2926 sayılı Kanunu uygulamak da Bağ-Kur'a bırakılmıştır⁵⁶³.

2926 sayılı Kanun kapsamında sunulan sigorta hizmetleri malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası yardımları ile sağlık yardımlarından ibarettir. Sağlık yardımları 2926 sayılı Kanunun ek-1. maddesinde düzenlenmiştir. Düzenlemeye göre; tarımda kendi nam ve hesabına çalıştığı için Kanun kapsamına giren sigortalılar, eşi, bakmakla yükümlü olduğu çocukları ile anne ve babası, malullük ve yaşlılık aylığı alanlar ile bunların eşi, bakmakla yükümlü olduğu çocukları ile anne ve babası, ölüm aylığı alanların kendileri, 2926 sayılı Kanun kapsamında

⁵⁶² 2925 sayılı Kanun kapsamından emekli aylığı alanların katılım payı oranı %10'dur.

⁵⁶³ TUNCAY/EKMEKÇİ, (11.b.), s.533-534.

sağlık yardımlarına hak kazanırlar. Sağlık yardımlarının kapsamı, sağlık yardımlarından yararlanma koşulları ve süresi, katılım payı ödenmesi, ortez ve protezleri sağlanması ve yurt dışında tedavi olma hakkı 1479 sayılı Kanun kapsamında olanlarla aynı özelliktedir⁵⁶⁴.

II. PRİMSİZ REJİM KAPSAMINDA YAPILAN SAĞLIK YARDIMLARI

Modern sosyal güvenlik sistemleri bakımından, diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde primli rejim olarak nitelendirilen sosyal sigorta tekniği yanında primsiz rejim ya da kamu sosyal güvenlik harcamaları olarak nitelendirilen sosyal yardım ve hizmet tekniği de sosyal güvenlik sisteminin tamamlayıcısı olarak yerini almıştır⁵⁶⁵.

Primsiz rejimin belirleyici özelliği, yardımlardan yararlananların bu yardımların finansmanına katılmamalarıdır. Primsiz rejimin finansmanı devlet bütçesinden, kamu kaynaklarından ayrılan fonlardan ve gönüllü kuruluşlardan karşılanmaktadır. Sistem finansmanındaki bu özelliğinden dolayı primsiz rejim adını almaktadır ve yine bu özelliği dolayısıyla primli rejimlerden ayrılmaktadır. Primli rejimde ise ilgililerden toplanan primlerle sistemin finansmanı sağlanmakta, bazı ülkelerde sınırlı da olsa sisteme devletin katkısı bulunmaktadır⁵⁶⁶.

Primsiz rejimde amaç, genellikle primli rejimin kapsamı dışında kalan, sosyal korumaya en fazla ihtiyaç duyanlara hizmet götürmektir. Bu perspektifle değerlendirildiğinde primsiz rejim sosyal bütünleştirme işlevini üstlenerek, sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması ilkesini yaşama geçirir⁵⁶⁷. Kişilere, ilgilinin parasal katkısı olmaksızın yardım ve hizmet sağlayan primsiz rejim “sosyal yardım” ve “sosyal hizmetler” den oluşur⁵⁶⁸. Bunlar dışında “sosyal tazmin” ve “sosyal teşvik” gibi kavramlara da yer verilmekle beraber bu kavramlar sosyal güvenlik değil sosyal devlet kavramı içinde ele alınır.

Sosyal yardımlar, toplum içinde yaşayan bireylerin kendi ellerinde olmayan nedenlerle yoksul ve muhtaç duruma düşmeleri halinde, asgari bir hayat düzeyinde yaşamlarını devam ettirmeleri için devlet bütçesinden yardım yapılması esasına dayanır. Sosyal hizmetler ise kişilere asgari bir hayat düzeyinde yaşamlarını devam ettirmeleri yanında çevreleri ile uyumlu bir hayat sürdürmelerini sağlamak amacıyla kamu kuruluşları ve devlet

⁵⁶⁴ TUNCAY/EKMEKÇİ, (11.b.), s.537.

⁵⁶⁵ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.805.

⁵⁶⁶ Erden Çakar, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Primsiz Rejim”, (Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi), Marmara Ün. SBE, 2008, s 33.

⁵⁶⁷ GÜZEL/OKUR, s.627.

⁵⁶⁸ TUNCAY/EKMEKÇİ, s.79.

denetiminde, özel kuruluşlar tarafından gerekli sosyo-ekonomik tedbirlerin alınması ve hizmetlerin sunulması amacını taşır⁵⁶⁹.

Sosyal yardım ve sosyal hizmetler, sosyal güvenlik içerisinde tehlikelerle karşılaşmış, bu tehlikelerin ortaya çıkardığı sonuçlarla tek başına mücadele etme gücü olmayan muhtaç, kimsesiz ve yoksul insanlara sosyal güvenlik getiren bir sistemdir.⁵⁷⁰ Sistemin hizmet sunduğu bu hedef kitlenin, sosyal güvenlik ihtiyacı acil, gerçek ve mutlaka bekletilmeden karşılanması gereken bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyaçlar çağdaş standartlarda karşılanmaz ise karşılanmama hali toplumdaki pek çok değerini aşınmasına ya da yitirilmesine yol açar⁵⁷¹. Bu doğrultuda, sosyal yardımları, yoksulların muhtaçlıklarını gidermeye yönelik parasal ve sağlık yardım programlarının tümü olarak ifade edebiliriz.

1. 2022 Sayılı Kanuna Göre Yapılan Sağlık Yardımları

Çalışamayacak derecede yaşlı ve yoksul durumda olan bu kişilere götürülen sosyal güvenlik hizmetinin derecesi, aynı zamanda ülkelerin ne derece sosyal refah devleti olabildiklerinin de önemli bir göstergesidir. Bu konudaki en önemli düzenleme 1 Temmuz 1976 tarih ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun'dur⁵⁷². Bu düzenlemeyle birlikte kimsesiz, 65 yaşını doldurmuş veya malul kalmış Türk vatandaşlarına yardım eli uzatılmış ve sağlık hizmetleri bedelsiz karşılanmıştır⁵⁷³.

65 Yaş maaşı olarak nitelenen bu aylığın bağlanmasına ilişkin esaslar ilk önce 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik'le⁵⁷⁴ düzenlenmiş ancak bu Yönetmelik, 2022 sayılı Kanun'un 4. maddesine dayanılarak hazırlanan ve 1 Temmuz 2006 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik'le⁵⁷⁵ yürürlükten kaldırılmıştır.

⁵⁶⁹ TUNCAY/EKMEKÇİ, s.79.

⁵⁷⁰ Sosyal hizmetler de sosyal güvenlik sistemi içinde değerlendirilir. Ayrıntılı bilgi için bkz.; BULUT, Sosyal Güvenlik Usul Hukuku, s.14.

⁵⁷¹ Kadir ARICI, "Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemelerin Genel İlkeleri, İşleyişi, Yeterliliği Sorunu", **Mess Mercek Dergisi**, Yıl:11, Sayı:41, (Ocak 2006), s.114.

⁵⁷² R.G., 10.07.1976, 15642.

⁵⁷³ TUNÇOMAĞ, s.79.

⁵⁷⁴ R.G., 06.01.1994, 21810.

⁵⁷⁵ R.G., 20.06.2006, 26204.

2006 yılında yürürlüğe giren bu yönetmelikle eski yönetmelik hükümleri genişletilmiş özürlü ve muhtaç Türk vatandaşları da kanun kapsamına dâhil edilmiştir. Son olarak bu yönetmelik te 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik'le⁵⁷⁶ yürürlükten kaldırılmıştır⁵⁷⁷.

a) Kanun Kapsamında Olanlar

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 buldukları sürece aylık bağlanmaktadır (2022, m. 1).

Ayrıca, 1 Temmuz 2005 tarih 5378 sayılı Kanun'un 25. maddesi ile 2022 sayılı Kanuna Ek 1. madde ilave edilmiştir⁵⁷⁸. Yapılan bu son düzenlemeye göre 65 yaşını doldurmamış olmakla birlikte⁵⁷⁹;

- Tüm 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 18 yaşını doldurmuş özürsüzlerden; kanunen bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan ve her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının aylık ortalaması itibarıyla 2022 sayılı Kanunun 1. maddesinde belirtilen 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 özürsüzlerden; kanunen bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan ve her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının

⁵⁷⁶ R.G., 06.11.2010, 27751.

⁵⁷⁷ Murat Göktaş/Erden Çakar/Murat Özdamar, **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Emeklilik ve Primsiz Rejim**, Yaklaşım Yayınları, Ankara, 2011, s.84.

⁵⁷⁸ R.G., 07.07.2005, 25868.

⁵⁷⁹ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.84.

aylık ortalaması itibariyle 2022 sayılı Kanununun 1. 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 Kanununun 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 özürlü yakını bulunanlar,

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

6111 sayılı “Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un⁵⁸⁰ 67. maddesiyle 2022 sayılı Kanuna geçici 2. madde eklenmiştir.

Söz konusu geçici 2. maddeye göre; kanunun yayımı tarihinden itibaren 3 aylık süre içerisinde talepte bulunulması⁵⁸¹ koşuluyla, sosyal güvenlik mevzuatına tabi olarak çalışmayan, sosyal güvenlik kurumlarından ya da yabancı bir ülke sosyal güvenlik kurumundan her ne ad altında olursa olsun herhangi bir gelir veya aylık almayan ve silikozis hastalığı nedeniyle meslekte kazanma gücünü en az % 15 kaybettiğine SGK Sağlık Kurulunca meslek hastalıkları tespit hükümlerine göre karar verilen kişilere de 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık bağlanacaktır (2022, geçici m. 2).

Silikozis hastalarına bağlanacak aylık miktarı, meslekte kazanma gücünü % 15 ile % 34 arasında kaybedenler 7000 gösterge rakamının, meslekte kazanma gücünü % 35 ile % 54 arasında kaybedenler için 8000 gösterge rakamının, meslekte kazanma gücünü % 55 ve üzerinde kaybedenler içinde de 9000 gösterge rakamının bütçe kanununun ile tespit edilen aylık katsayısı ile çarpılması sonucu bulunacak tutar kadar olacaktır. Bu maddeye göre aylık bağlanan silikozis hastaları ile bunların eş ve çocuklarının tedavi giderleri yeşil kart verilerek karşılanacaktır. Yine bu kişilerin ölümü halinde bağlanan aylıklar; 5510 sayılı Kanun veya yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında çalışmayan (5510, m.5/(a),(b) ve (e) bentleri hariç)

⁵⁸⁰ R.G., 25.02.2011, 27857.

⁵⁸¹ 6111 sayılı Kanun 25 Şubat 2011 tarihinde yürürlüğe girdiği için üç aylık süre 25 Mayıs 2011 tarihinde sona ermiştir.

veya kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık almayan; dul kalan eşi ile 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim görmesi halinde 20 yaşını, yükseköğrenim yapması halinde 25 yaşını doldurmayan ve evli olmayan veya yaşları ne olursa olsun evli olmayan, evli olmakla birlikte sonradan boşanan veya dul kalan kızları ile çalışma gücünü %60 oranında yitiren malul çocuklarına madde metninde belirtilen oranlarda aylık bağlanır.

2022 sayılı Kanununun 1. maddesinde gösterge rakamı 300 olarak belirlenmiştir. Ancak 2022 sayılı Kanununun 1. maddesinde belirtilen gösterge rakamı yılı bütçe kanunları ile farklı olarak tespit edilmektedir. Dolayısıyla aylık talebinde bulunanların gelirleri araştırılırken yılı bütçe kanunları ile farklı olarak tespit edilen gösterge rakamları esas alınmakta ve bu gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar esas alınmaktadır⁵⁸² (Yön. m.5). 2011 yılı için esas alınacak gösterge rakamı yılı bütçe kanunu ile 1620 olarak belirlenmiş, 2012/2663 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 3 Ocak 2012 tarihinden geçerli olmak üzere gösterge rakamlarının aylık tutarlara çevrilmesinde uygulanacak aylık katsayısı ise 0,066187 olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda 2022 sayılı Kanun kapsamında sağlanan haklardan faydalanabilmek için ilgililerin, 01.01.2012 tarihi itibarıyla gelirlerinin $1620 \times 0,066187 = 100,37$ TL'den daha az olması gerekmektedir⁵⁸³.

b) Yapılan Sağlık Yardımları

Sosyal güvenlik kurumlarından aylık ve gelir alanlar hariç, 2022 sayılı Kanundan yararlananların tedavi giderleri, 18 Haziran 1992 tarihli ve 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre yeşil kart verilmek suretiyle karşılanmaktaydı⁵⁸⁴. Ancak 2022 sayılı Kanununun 7. maddesi 5510 sayılı Kanunun 5754 sayılı Kanun ile değişik 106. maddesi ile 1 Ekim 2008 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlükten kaldırılmıştır.

3816 sayılı Kanun kapsamındaki 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 itibarıyla 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında

⁵⁸² GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.85.

⁵⁸³ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.85.

⁵⁸⁴ 5335 sayılı Kanun ile değişik 7. madde

genel sağlık sigortalısı olacakları dzenlenmiştir. Bu dzenleme 16 Haziran 2010 tarih 5597 sayılı Kanunun 7. maddesiyle değişikliğe uğramış ve yeşil kart uygulamasına 1 Ocak 2012 tarihine kadar devam edileceği hdkm altına alınmıştır. Nitekim 2022 sayılı Kanun kapsamına girerek aylık alanlar 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren otomatikman genel sağlık sigortası kapsamına alınmıřtır⁵⁸⁵.

2022 sayılı Kanun kapsamında sağlık yardımı almaya hak kazananlar ile bunların eşlerinin resmî sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bu kurum ve kuruluşlarca sevk edildikleri özel sağlık kurum ve kuruluşlarında gorcekleri tedavilere ilişkin giderler ile ilaç giderleri katılım payı veya ilave ücret alınmaksızın karşılanmaktadır.

2. 1005 Sayılı Kanuna Gbre Yapılan Sağlık Yardımları

24 şubat 1968 tarih ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun'a⁵⁸⁶ göre milli mdcadeleye 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 içinde Kore'de fiilen savaşa katılmış Türk vatandaşlarına ve 1974 yılında gerçekteşirilen 1. ve 2. Kıbrıs Barış Harekatına katılarak fiilen görev almış olan Türk vatandaşlarına hayatta buldukları sürece vatani hizmet tertibinden aylık bağlanacağı hdkm altına alınmıřtır⁵⁸⁷ (1005, m. 1).

a) Kanun Kapsamında Olanlar

1005 sayılı Kanun kapsamında sunulan yardımlardan faydalanabilecek olanlar şunlardır.⁵⁸⁸ Milli mdcadeleye katılıp İstiklal Madalyası almaya hak kazanmış Türk vatandaşları ve bunların ölümü halinde dul kalan eşleri, 1950-1953 yıllarında yaşanan Kore savaşına fiilen katılan Türk vatandaşları ve bunların ölümü halinde dul kalan eşleri, 1974 yılında yapılan 1. ve 2. Kıbrıs Barış Harekatına fiilen görev alarak katılmış olan Türk vatandaşları ve bunların ölümü halinde dul kalan eşleri.

Yukarda sayılan kişilerin sağlanan yardımlardan yararlanabilmeleri için sözü edilen savaşlara fiilen katılmış olmaları yeterli görölmekte ayrıca bu savaşlarda malul kalma koşulu

⁵⁸⁵ GÖKTAş/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.99.

⁵⁸⁶ R.G., 24.02.1968, 12835.

⁵⁸⁷ GÖKTAş/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.111.

⁵⁸⁸ GÖKTAş/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.111.

aranmamaktadır⁵⁸⁹. 1005 sayılı Kanun'un yürürlüğe girdiği dönemde, kanun kapsamına sadece milli mücadeleye ve sonraki yıllarda yaşanan savaşlara katılanların alınması, milli mücadele öncesindeki 1. Dünya Savaşına, Balkan Savaşlarına hatta daha önceki savaşlara katılanların alınmaması haklı bir eleştiri konusu olmuştur⁵⁹⁰.

b) Yapılan Sağlık Yardımları

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)⁵⁹¹. Yapılan sağlık yardımlarından ilgililerin eşleri ve dul eşleri faydalanabildiği halde anne, baba ve çocuklar sağlık yardımının kapsamı dışında tutulmuştur.

3. 2330 Sayılı Kanunlara Göre Yapılan Sağlık Yardımları

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 3 Kasım 1980 tarih ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun düzenlenmiştir (2330, m. 1).

a) Kanun Kapsamında Olanlar

2330 sayılı Kanunun kapsamına, iç güvenlik ve asayişin korunması veya kaçakçılığın önlenmesi, izlenmesi ve soruşturulması ile görevli olan⁵⁹²;

Jandarma Genel Komutanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, ve Sahil Güvenlik Personeli,

Silahlı Kuvvetler mensupları,

⁵⁸⁹ SÖZER, Sosyal Hukuk, s.50.

⁵⁹⁰ Turan YAZGAN, **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi ve Meseleleri**, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayını, İstanbul, 1981,s.54.

⁵⁹¹ 05.12.1990 tarih 3688 sayılı Kanunla 2. maddeye eklenen ek fıkra ile 5595 sayılı Kanun'un 2. maddesi değiştirilmiştir.

⁵⁹² GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.119

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.

Bu kişiler iç güvenlik ve asayişin korunmasında veya kaçakçılığın önlenmesinde fiilen görevlidirler. Ancak bunların dışında görevleri doğrudan doğruya iç güvenliği ve asayişini sağlamak olmayan ama yaptıkları görevlerin güvenlik ve asayişini ilgilendirdiği durumlarda da bazı kamu görevlileri ve sivillerde kapsama girmektedir⁵⁹³.

b) Yapılan Sağlık Yardımları

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)⁵⁹⁴.

4. 3713 Sayılı Kanunlara Göre Yapılan Sağlık Yardımları

Terör suçlarıyla mücadele amacını taşıma amacıyla hazırlanan 12 Nisan 1991 tarih ve 3713 sayılı Kanun'un⁵⁹⁵ 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 düzenlenmiştir⁵⁹⁶.

Terör ve anarşi ile mücadelede görev yapanlardan görevleri sırasında yaralanarak malul olanlara ve bunların dul ve yetimlerine sağlanan yardımlar; aylık bağlanması, sağlık yardımı yapılması ve diğer yardımlardır. Kanunla belirlenen yardımlardan faydalanabilmek için gerekli şartlar, kamu görevlisi olmak, zarara uğramak ve zararın görevle ilişkili olarak bir terör eylemi sonucu ortaya çıkması biçiminde sıralanabilir⁵⁹⁷.

⁵⁹³ SÖZER, Sosyal Hukuk, s.56.

⁵⁹⁴ Bu hüküm 07.06.1990 tarih 3658 sayılı yasanın 4. maddesi ile eklenmiştir.

⁵⁹⁵ R.G., 12.04.1991, 20843.

⁵⁹⁶ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.124.

⁵⁹⁷ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.125.

a) Kanun Kapsamında Olanlar

Memur ve kamu görevlilerinden yurtiçinde ve yurtdışında görevini yerine getirirken veya memuriyet sıfatları ortadan kalkmış olsa dahi yapmış oldukları görevden dolayı terör eylemlerine muhatap kalarak yaralanan, sakatlanan, ölen ve öldürülenler hakkında 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında kanun hükümleri uygulanacağı hükme bağlanmıştır (3713, m. 21/I).

Malul olanlarla ölenlerin aylığa hak kazanan dul ve yetimlerine bağlanacak aylığın toplam tutarı, bunların görevde bulunan emsallerinin almakta oldukları aylıklardan; emekli olanların öldürülmesi halinde ise dul ve yetimlerine bağlanacak aylığın toplam tutarı, kanuna göre kendilerine bağlanabilecek emekli aylığından az olamayacaktır.⁵⁹⁸ Belirtilen aylık miktarının az olması halinde aradaki fark tazminat olarak ilgili sosyal güvenlik kuruluşlarınınca ödenmekte ve ödenen fark hazineden karşılanmaktadır.(3713, m. 21/a)⁵⁹⁹.

b) Yapılan Sağlık Yardımları

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 buldukları sosyal güvenlik kurumunca; herhangi bir kuruma tabi çalışmayan, yaşlılık, malullük veya dul-yetim aylığı almayanların sağlık giderleri Milli Savunma Bakanlığı bütçesinden karşılanır.

Malul olanların eksilen vücut organları, yurtiçi veya dışında en son teknolojiye göre yapılması mümkün olan protezlerle tamamlatılır ve gerekirse tamir ettirilir veya yenisi ile değiştirilir (3713, m. 21/e). Yurtiçinde tedavileri mümkün olmayanlar, yetkili sağlık kuruluşlarından verilecek raporlara istinaden yurtdışında tedavi ettirilir (3713, m.21/f). Yaşamak için gerekli hareketleri yapmaktan aciz olanlar ile kimsesiz olanlar, kamu kurum ve kuruluşlarına ait, bunların olmaması halinde, özel rehabilitasyon ve bakım merkezleri, yurtlar

⁵⁹⁸ Osman ŞİMŞEK, “Şehit ve Asker Ailelerinin Sosyal Güvenlik Durumları Üzerine Bir İnceleme”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl: 2, Sayı: 3, Ocak-Şubat-Mart 1999, s.52.

⁵⁹⁹ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.125.

ve huzurevlerinde parasız olarak ya da masrafları devlet tarafından karşılanarak barındırılır ve tedavileri yaptırılır (3713, m. 21/g)⁶⁰⁰.

III. PRİMLİ VE PRİMSİZ SİSTEME GÖRE SUNULAN SAĞLIK

HİZMETLERİNİN NORM VE STANDART BİRLİĞİ AÇISINDAN

DEĞERLENDİRİLMESİ

Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde reform yapılması gerekliliklerinden biri de farklı sigorta kurumlarının hak sahiplerine sağladığı haklar arasında dengesizlik ve farklılıklar olduğunun ileri sürülmesiydi. Diğer bir anlatımla sigorta kurumları arasında norm ve standart birliğinin sağlanamamış olmasının, farklı sigorta kurumları kapsamındaki hak sahipleri arasında bir eşitsizlik oluşturduğu, yapılacak sosyal güvenlik reformuyla norm ve standart birliğinin sağlanarak bu eşitsizliğin giderilebileceği yönündeydi⁶⁰¹. Yapılan reform sonrası farklı statüdeki sigortalılar ve hak sahiplerine sunulan sağlık hizmetleri bakımından norm ve standart birliğinin sağlanıp sağlanmadığı çalışmanın son bölümünde değerlendirilecek olup burada Sosyal Sigorta Kurumları birleştirilerek tek çatı altında toplanmadan önce gerçekte farklı statüdeki sigortalılar arasında sağlık hizmetleri yönünden bir dengesizlik ve farklılık olup olmadığının ortaya konulması yararlı olacaktır.

Emekli Sandığı'nda, aktif olarak çalışan sigortalılar açısından sağlık sigortası mevcut değildir. Emekli Sandığı çalışanlarının sağlık giderleri, işverenleri olan kamu kuruluşları tarafından karşılanmaktadır. Emekli Sandığı emeklilerinin sağlık masrafları ise, bu amaçla ayrılan fondan karşılanmaktadır. Yine Emekli Sandığına mensup aktif çalışanlar kısa vadeli sigorta kollarına tabi olmadıkları halde bunlardan yapılan prim kesintilerinin, diğer sosyal güvenlik kuruluşları sigortalılardan yapılan kesintilere yakın bir orandadır.⁶⁰²

Yine, 506 sayılı Kanun kapsamındakilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için son bir yıl içinde 90 gün sigortalı olmaları yeterli görülürken, 1479 sayılı Kanun kapsamındaki sigortalılarda bu sürenin ilk kez sigortalı olanlar için 8 ay, tekrar sigortalı olanlar için ise 4 ay prim ödeme şartı aranmaktaydı. Oysa 5434 sayılı Kanun kapsamındaki sigortalıların sağlık yardımlarından yararlanması için her hangi bir süre şartı

⁶⁰⁰ (f) ve (g) bentlerindeki hükümler 28.2.1995 da 4082 sayılı Kanunun 6. maddesi ile eklenmiştir.

⁶⁰¹ Dokuzuncu Kalkınma Planı: Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, s.14.

⁶⁰² Emekli Sandığı mensubu çalışanın aylık kazancının % 36'sı, oranında prim kesiliyordu.; ayrıntılı bilgi için bkz.; Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, s.14.

bulunmamaktaydı. Diğer bir ifadeyle 5434 sayılı Kanuna tabi olarak çalışmaya başlayanlar çalışmaya başladıkları ilk günden itibaren sağlık yardımlarından faydalanabilirken SSK ve Bağ-Kur sigortalıları 3 ila 8 ay arası prim ödemedi sağlık yardımına hak kazanamazdı. Aynı şekilde, sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında da farklı sigortalılık süresi şartı aranırdı. SSK çalışanlarının bakmakla yükümlü olduğu kişiler için sigortalılık süresi 120 gün olarak belirlenmişken Bağ-Kur'lular için durumuna göre 8 ay ya da 4 ay, Emekli Sandığı mensuplarının bakmakla yükümlü olduğu kişiler için ise yine süre şartı aranmazdı.

506 sayılı Kanuna tabi sigortalılar çalışmaya başladıkları gün dahi iş kazası geçirseler gerekli sağlık yardımlarından faydalanırken, 2925 sayılı Kanuna tabi sigortalıların iş kazasına bağlı sağlık hizmetlerinden faydalandırılması için iş kazasının meydana geldiği tarihten en az üç ay önce sigortalı olması koşulu aranmaktaydı. 1479, 2926 ve 5434 sayılı Kanunlara tabi sigortalıların ise iş kazası ve meslek hastalığı sigorta kollarına tabi olmamaları nedeniyle bu sigorta kollarından sunulan yardımlardan yararlanmaları söz konusu değildi.

506 sayılı Kanuna tabi sigortalı veya sigortalı çalışanın eşi analık sigortası kapsamında sağlanan yardımlardan faydalanabilirken, 1479, 2925 ve 2926 sayılı Kanunlara tabi sigortalıların analık sigortası yardımlarından faydalanması mümkün değildi. Yurt dışında tedavi imkânından faydalanabilmek için tedavinin Türkiye'de yapılamıyor olması ve bunun alınacak raporla ispat şartı tüm sigortalılar için aranmasına karşın, yurt dışında tedavi olabilmek için farklı sigorta prim ödeme gün sayıları bulunmaktaydı. Bu süre 506 sayılı Kanuna tabi olanlar için 300 gün, 1479 sayılı Kanuna tabi olanlar için en az 10 ay (300 gün) olduğu halde 5434 sayılı Kanuna tabi olanlar için ise her hangi bir süre öngörülmemiştir.

Bilinmektedir ki, hastalığın ne zaman ortaya çıkacağına önceden öngörülmesi mümkün değildir. Ancak hastalık ortaya çıktığı zaman geç müdahalede bulunulması hastalığın daha ileri seviyelere varmasına ve hatta hastanın hayatını kaybetmesine neden olabilecektir. Buna rağmen, özellikle yurt dışına tedavi için gönderilme şartının, Türkiye'de tedavi imkânı olmaması olduğu da göz önünde bulundurulduğunda, yaşam hakkının hiçe sayılarak belli bir süre sigorta prim ödeme gün sayısı aranmasının en temel insan hakkı olan yaşam hakkını hiçe saymak anlamına geldiğinin özellikle vurgulanması gerekmektedir.

Gerek Dokuzuncu Kalkınma Planı Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyon raporunda gerek yeni oluşturulacak modelin gerekçelerine yer verilen "Sosyal Güvenlik

Sisteminde Reform Önerisi”, taslak metninde gerekse de taslak metin üzerinde çok az bir değişiklik yapılarak düzenlenen “Sosyal Güvenlik Sistemine Reform – Nisan 2005” başlıklı belgede⁶⁰³ vurgu yapılan norm ve standart birliğinin sağlanamadığı yönündeki tespitlerin yerinde olduğu görülmektedir.

§ 9. GENEL SAĞLIK SİGORTASINA GEÇİŞ AŞAMASINDA YAPILAN

KANUNİ DÜZENLEMELER

I. 3816 SAYILI KANUN (YEŞİL KART UYGULAMASI)

Hiçbir sosyal güvencesi olmayanlara sağlık hizmeti verilmesi genel sağlık sigortasına geçiş aşamasında yapılan en önemli düzenlemedir. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu halde sosyal güvencelerinin olmaması yanında ekonomik anlamda da tedavi giderlerini karşılamaktan uzak olan vatandaşlar 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun⁶⁰⁴ kapsamında sağlık hizmetinden yararlanırlar. 3186 sayılı Kanunun amacı, hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, **genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar** devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak usul ve esasların belirlenmesidir (3816, m.1). 3186 sayılı Kanun kapsamına giren vatandaşlara öngörülen sağlık yardımlarından faydalanmaları için birer “Yeşil Kart” verilir (3186, m. 3). 3186 sayılı Kanun kapsamındakilere verilen yeşil kart nedeniyle bunlar **Yeşil Kartlı** olarak anılır.

Yeşil Kartla ilgili ilk çalışmalar 1991 yılında başlamış ancak temel hedef hiçbir zaman yeşil kart uygulamasını başlatmak olmamıştır. Yeşil Kart genel sağlık sigortasının bir parçası olarak ortaya çıkmıştır⁶⁰⁵. Ancak Yeşil Kartın sosyal güvenliğin yaygınlaştırılmasında önemli katkıları olduğunu da özellikle belirtmek gerekir.

Yeşil Kart için ilk olarak 24 Şubat - 5 Ağustos 1992 tarihleri arasında Ankara, Mardin, Muğla, Rize ve Kastamonu’nun bazı ilçelerini kapsayacak şekilde 5 ilde pilot

⁶⁰³ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.79-80.

⁶⁰⁴ R.G., 03.07.1992, 21273.

⁶⁰⁵ A.İlhan ORAL, “Sağlık Güvencesi ve Yeşil Kartın Türk Sağlık Sistemi İçindeki Yeri”, **Kamu-İş: İş Hukuku ve İktisat Dergisi: Prof. Dr. Kamil TURAN’a Armağan Özel Sayı** içinde, Kamu-İş Yayınları, Cilt: 7, Sayı:2, (2003), s.399.

uygulama yapılmış 5 Ağustos 1992 tarihinden itibaren ise tüm Türkiye’de Yeşil Kart uygulanmasına geçilmiştir.

1. Yeşil Kart Kapsamında Olanlar

Yeşil Kart olarak anılan 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 hariç⁶⁰⁶ hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan⁶⁰⁷ 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 payının aylık tutarı asgari ücretin 1/3’ünden az olan ve Türkiye’de ikamet eden Türk vatandaşlarıdır⁶⁰⁸.

Bu bağlamda, 2022 sayılı kanuna göre aylık bağlanan ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu’ndan (SYDTF) sağlık yardımı alan kişiler, başka bir araştırma yapılmaksızın yeşil kart uygulamasından faydalanmaktadır. Yine, kanun metninden de anlaşılacağı üzere aylık toplam gelirleri veya aile içindeki gelir payları asgari ücretin 1/3’ünden daha az olan ve Türkiye’de ikamet eden Türk vatandaşları da kapsama girmektedir.⁶⁰⁹

Yeşil Kart alanlara sağlanan hizmetler, ülkemizdeki yataklı tedavi kurumlarında yatarak yapılan tedavi hizmetlerini, ayakta tedavilerde muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ile ilaç bedellerini, doksan günün aşılması kaydıyla yeşil kart sahibi anne ve/veya babanın yeni doğan çocuğuna yeşil kart çıkarılincaya kadarki tüm acil sağlık harcamalarını ve yine doksan günün aşılması kaydıyla yeşil kart çıkarılincaya kadarki acil tedavi giderlerini kapsamaktadır⁶¹⁰.

Kanuna göre, sosyal güvenlik kuruluşları kapsamında olup sağlık yardımlarından yararlananlar veya yararlanması gerekenler ile buralardan aylık ve gelir alanlar, silah altında

⁶⁰⁶ Daha önce bir gün dahi 4/1-a kapsamında sigortalı olanların Yeşil Kartları iptal edilmekte iken 6111 sayılı Kanunla yapılan değişiklik sonucu bir takvim yılında 90 günden az çalışanlar diğer şartları da sağlamak koşuluyla Yeşil Kart alabilmekte alınan Yeşil Kart’lar sigortalı bulunduğu gerekçesiyle iptal edilmemektedir.

⁶⁰⁷ 5434 sayılı Kanun kapsamına girenler ile Banka ve Borsa Sandıkları kapsamında olanlar diğer sosyal güvenlik kurumları kapsamında sayılmaktadır.

⁶⁰⁸ 3816 sayılı Kanunun, 5754 sayılı Kanunun 87. maddesi ile değişik 2. maddesi.

⁶⁰⁹ ÜÇİŞİK, s. 188.

⁶¹⁰ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.178.

bulunanlar, sağlık güvencesi olan yüksek öğrenim öğrencileri ve Türk vatandaşı olmayanların Yeşil Kart hizmetlerinden yararlanmaları mümkün değildir (3816, m. 2/2).

2. Yardımların Sağlanması

Yeşil Kart başvurularının değerlendirilmesi ve karara bağlanması, Yeşil Kartın şekli, hak sahiplerine dağıtılması, Yeşil Kart sahiplerinin sağlık kurumlarına sevki ve bunlara tedavi hizmeti verilmesi, bu konularda kullanılacak belgelerin şekil ve içeriği, Yeşil Kart uygulaması ile sağlanan tedavi hizmetlerinin bedellerinin ödenmesi hakkındaki esasları ve 3816 sayılı Kanun'un uygulanması ile ilgili diğer hususları yönetmelikle⁶¹¹ dzenlenmiřtir⁶¹².

Yönetmelik hükümlerine göre Yeşil Karttan yararlanmak isteyenlerin öncelikle Yeşil Kart başvuru formunu doldurup imzalayarak, ikametghları merkez ilçede ise valiliğe merkez dışında ise adresin bağlı olduğu ilçe kaymakamlıklarına başvurmaları gerekmektedir. Aynı hane halkından birden çok kişi Yeşil Kart talebinde bulunuyorsa; bunların aynı formla başvuruda bulunmaları, hane halkı içinde yaşayanlardan Yeşil Kart talebi olmayanlar olsa dahi tüm hane halkının formda gösterilmesi zorunludur (Yeşil Kart Yön., m.5).

Yeşil Kart başvuru formunun teslim edildiği valilik veya kaymakamlık başvuru formunu muhtarlığa, nüfus mdrlğne, defterdarlık veya malmdrlğne, tapu sicil mdrlğne, belediye başkanlığına ve gerekli grlen hallerde emniyet veya jandarma teşkilatı ile diğer kurum ve kuruluşlara havale eder (Yeşil Kart Yön., m. 7/1). Buradaki asıl amaç, başvuruda bulunan vatandaşın yapmış olduğu beyanların gerçek olup olmadığının saptanmasıdır. Gerekli grlen durumlarda, emniyet ve jandarma teşkilatı yeşil kart başvuru ve bilgi formunda beyan edilen hanenin ve hane halkının durumunu araştırarak sosyal yaşantı düzeyi ve kayıtlarda görülmeyen ekonomik ve mal durumları hakkında tespitlerini formda göstermek suretiyle il ve ilçe idare kurullarına bildirir (Yeşil Kart yön., m. 7/7)⁶¹³.

İl ve ilçe idare kurulları, Yeşil Kart'tan yararlanmak isteyenlerin başvuruları ile ilgili araştırma ve incelemeler üzerine, aynı hanede yaşayanların ücret veya benzeri hizmet karşılığı olan gelirlerini, tarım gelirlerini, menkul ve gayrimenkul kirası gelirlerini, faiz ve temettü gelirleri ile devletten, özel teşebbüsten veya başka bir kişi veya kuruluşlardan elde edilen transfer ve hibe niteliğindeki nakdi gelirlerini ve bu türden elde edilen diğer aynı gelirlerinin

⁶¹¹ "deme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik" (Yeşil Kart Yn.), R.G., 13.08.1992, 21314.

⁶¹² GöKTAş/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.179.

⁶¹³ GöKTAş/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.179.

yıllık toplamının 1/12'sini hane halkı sayısına bölmek suretiyle, her bir kişinin hane içindeki aylık net gelir payını belirler. Hesaplanan gelir payları asgari ücretin 1/3'ünden az ise hanede yaşayan ve sağlık güvencesi olmayan talep sahiplerine yeşil kart verilmesi kararlaştırılır. Yeşil Kart ile Yeşil Kart sağlık cüzdanı valilik veya kaymakamlıkça ilgililere imza karşılığı teslim edilir (Yeşil Kart Yön., m. 9).

Ayrıca Yeşil Kart alanlar kartı veren valilik veya kaymakamlık tarafından kayıtlı buldukları nüfus idaresine de bildirilir. Yeşil Kart sahibinin ölmesi, evlenmesi, boşanması veya vatandaşlıktan çıkarılması durumunda ilgili nüfus idaresi bu değişiklikleri Yeşil Kartın verildiği valilik veya kaymakamlığa bildirmekle yükümlüdür (Yeşil Kart Yön., m.11).

3. Sağlık Hizmetlerinin Sunulması

Yeşil Kartlılar sağlık hizmetlerinden yaralanırken yönetmelikte belirlenen sevk zinciri sırasına uygun hareket etmekle yükümlüdür⁶¹⁴. Sağlık hizmetinin sevk zincirine göre verilmesinin iki temel amacı bulunmaktadır. Birincisi, vatandaşların sağlık hizmeti almasını kolaylaştırmak ve gecikmeleri önlemek, ikincisi ise, tedavi sunan kurumlardaki gereksiz yığılmaların önüne geçerek daha nitelikli hizmet verilmesini sağlamaktır⁶¹⁵.

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 buldukları yerlerde yukarıda belirtilen esaslar doğrultusunda hareket etmeleri gerekir.(Yeşil Kart Yön., m.15/1).

Yeşil Kart sahipleri acil durumlar için sevk zincirinin dışına çıkarak üniversite hastanelerine ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastanelere de başvurabilirler. Ancak böylesi bir durumda, sağlık hizmeti bedellerinin kanuna ve yönetmeliğe göre ödenebilmesi için, acil halin varlığının başvuru yapılan sağlık tesisinin yetkili hekimince kabul edilmesi ve başvuru yapılan sağlık tesisi tarafından başvuru tarihi dahil olmak kaydıyla en geç beş iş günü içinde en yakın devlet hastanesine bildirilmesi suretiyle konsültasyon için hekim çağırılması

⁶¹⁴ SÖZER, Sosyal Devlet, s.145.

⁶¹⁵ ORAL, "Sağlık Güvencesi, s.401.

ve tedaviye burada devam edilmesinin konsültan hekimce uygun görülmüş olması gerekmektedir (Yeşil Kart Yön. m. 15/3)⁶¹⁶.

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 Bakanlığa ait sağlık tesisleri tarafından hasta nakli ise 112 Komuta Kontrol Merkezi tarafından yapılır (Yeşil Kart Yön., m. 15/son)⁶¹⁷.

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)⁶¹⁸. 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 konulmaktadır⁶¹⁹. Yeşil Kart kapsamında sunulan sağlık yardımları için devlet bütçesinden konulan ödenekler dışında başka bir finansman kaynağı bulunmamaktadır.

Yeşil Kart kapsamında olmayan sağlık hizmetleri ve sağlık hizmet bedelleri 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümleri çerçevesinde faaliyet yürüten mahallin Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakfı'nca (SYDV) ödenmektedir⁶²⁰. Dolayısıyla kendisine Yeşil Kart verilenler, kapsam dışında kalan tedavi ücretlerinin karşılanması amacıyla 3186 sayılı Kanu'nun 11. maddesi gereği il ve ilçe idare kurulları tarafından mahallin SYDV'na bildirilir (Yeşil Kart Yön., m. 10).

⁶¹⁶ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.181.

⁶¹⁷ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.181

⁶¹⁸ SÖZER, Sosyal Devlet, s.145.

⁶¹⁹ GÜZEL/OKUR, s.653.

⁶²⁰ Ferda İLERİ, "Yeşil Kart Kanunu ve Uygulaması", **Türk İdare Dergisi**, Yıl:75, Sayı:438, (Mart 2003), s.237.

Sosyal Güvenlik Kurumunun 2010/Ekim ayı sonu itibariyle Yeşil Kart kayıtlarının illere göre dağılım rakamları ile Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) illere göre nüfus oranları karşılaştırıldığında, Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinin büyük çoğunluğunda, nüfusun nerdeyse yarısına yakınına Yeşil Kart verildiği anlaşılmaktadır.

2010/Ekim sonu itibariyle toplam 9.206.383 kişinin Yeşil Kart uygulamasından faydalandığı, nüfus oranlarına göre en fazla Yeşil Kart'lı vatandaşların Ağrı'da yaşadığı ortaya çıkmaktadır. SGK istatistikleri Ağrı nüfusunun % 56,66' sının Yeşil Kart'lı olduğunu ortaya koyuyor. Yeşil Kart sayısı nüfusa oranlandığında Ağrı'yı % 50,25 oranıyla Van, % 48,94 oranıyla Bitlis, % 47,44 oranıyla Şırnak, % 47,00 oranıyla Hakkari, % 46,15 oranıyla Muş izlemektedir. Türkiye nüfusunun yaklaşık 6'da 1'ini barındıran İstanbul ise, % 2,66 oranı ile Yeşil Kart'tan en az yararlanan il olarak ortaya çıkmaktadır. İstanbul'u sırasıyla % 3,54 oranıyla Ankara, % 3,80 oranıyla Kocaeli ve % 4,11 oranıyla Bursa takip etmektedir.⁶²¹ Yeşil Kart sahiplerini nüfusla kıyasladığımızda gelir dağılımında bölgeler arası ciddi farklar olduğunu görmekteyiz.

Sağlık Bakanlığı rakamlarına göre Türkiye genelinde yapılan kontroller sonucu 5.270.031 kişinin Yeşil Kartı iptal edilmiştir⁶²². İptal edilen yeşil kartlı sayısı aktif kullanıcıların yarısından daha fazladır. Bu da yeşil kart verilirken yeterli incelemenin ilk etapta yapılmadığını, yeşil kartın nerdeyse gelişi güzel dağıtılmakta olduğunu göstermektedir.

5510 sayılı Kanununun 60. maddesi (c) bendinin (1) numaralı alt bendi ile; 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” kapsamında yeşil kart verilen kişilerin genel sağlık sigortalısı sayılacağı hüküm altına alınmıştır. Yapılan yeni düzenleme ile Yeşil Kart kapsamındaki her türlü gelirin aylık tutarı net asgari ücretin üçte birinden az olması koşuluyla prim ödemeksizin genel sağlık sigortası kapsamına girmektedir. .

II. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve etkili bir şekilde ulaşabilmesi için atılması gereken en önemli adımlardan birisi sağlık hizmetinin olması gereken basamakta verilmesidir. Sağlık hizmetlerinin eşit sunumu, toplum sağlığına doğrudan olumlu olarak yansımaktadır. Sağlık sistemleri, öncelikli ihtiyaçları göz önünde bulundurarak mevcut kaynakları en verimli

⁶²¹ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR s.184-185.

⁶²² ÇAKAR, s. 184.

şekilde kullanılmasını sağlamalıdır. Böyle bir sonuca ulaşabilmek için, hizmetlerin etkili ve eşit sunumunu, maliyet paylaşımını, personel ve kaynakların dengeli dağılımını sağlayacak fonksiyonel alt yapı kurulmalıdır. Kişilerin hastalanmasının mümkün olduğunca önlenmesi, kişinin rahatsızlığının olabildiğince ilk başvuru anında halledilmesi bu alandaki en önemli adımdır⁶²³

Temel sağlık hizmetleri yaygın olarak koruyucu sağlık hizmetini kapsayan, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ana görevi üstlenmektedir. Aile hekimliğinden kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında veya kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları hekimlik uygulamasıdır.

Türkiye tarafından son 10 yılda uygulanan sağlık politikası, koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu sektörü, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise özel sektör tarafından yerine getirilmesidir⁶²⁴. Bu politika ise aile hekimliğine geçilmesini zorunlu kılmaktadır⁶²⁵. Bu doğrultuda atılan ilk adım aile hekimliği uygulaması olmuş ve genel sağlık sigortasının birinci basamağını oluşturacak olan aile hekimliğine hazırlık için yılında 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun⁶²⁶ hazırlanarak yürürlüğe konulmuş pilot il olarak Düzce seçilmiş daha sonra tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır.

1. Aile Hekimliği Kavramı

Aile hekimleri, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımına bakmaksızın tıbbi tedavi talep eden bireylere kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sunmakla görevli hekimlerdir.⁶²⁷ Aile hekimleri ile ilgili en kapsamlı tanım 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanununun 2. maddesinde yapılmıştır. Bu tanıma göre 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

⁶²³ Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sabahattin Aydın (Ed.) Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004, s.14

⁶²⁴ Faruk ATAAY, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, C.41, Sayı:3, Eylül-2008, s.174.

⁶²⁵ Pelin TUAÇ, “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme” (Yayınlanmamış Y.Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniv. SBE, İzmir, 2009, s.135.

⁶²⁶ 9.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan bu kanunun adı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” iken 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK’nın 58 inci maddesi ile Aile Hekimliği Kanunu olarak değiştirilmiş pilot ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

⁶²⁷ Europe WONCA, **Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı**. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-3, 2002, s.5.

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 tabipler olarak tanımlanmış aynı tanımlamaya Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği⁶²⁸, nin 3. maddesinde de yer verilmiştir.

Aile hekimliğine ilişkin başka bir tanımlama, 5510 sayılı Kanunun 3. maddesi ile Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliğinin 4. maddesinde de yer almaktadır. Her iki tanımda da aile hekimi: Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum ile sözleşme yapmış hekimler, olarak belirtilmiştir.

Aile hekimliği ülkemizde 1970'li yıllarda da tartışılmış ancak bu görev sağlık ocağı hekimliğinin görevlerinden biri olarak algılandığı için ayrı bir uzmanlık olması fikri kabul görmemiştir⁶²⁹. Aile hekimliği ilk defa 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nün 10. maddesinde yer almıştır⁶³⁰. Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuş ancak faaliyete geçememiştir⁶³¹. 1993 yılında ise Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve faaliyete geçmiştir.

a) Aile Hekimlerinin Görevleri

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre aile hekiminin görevleri şu şekilde belirlenmiştir; Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür (Aile Hekimliği Yön. m.4/1). Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar (Aile Hekimliği Yön. m.4/2).

Aile hekimi, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak,

⁶²⁸ R.G., 25.05.2010, 27591 (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 11.03. 2011 tarihli ve 27871 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır).

⁶²⁹ Tavbiy Tunga TÜZER/Süleyman GÖRPELİOĞLU, "Aile Hekimliği", **Yeni Türkiye**, Yıl:7, Sayı:39, (Mayıs-Haziran 2001), s.848.

⁶³⁰ TUAC, s.138.

⁶³¹ TÜRKİYE İŞÇİ EMEKLİLERİ DERNEĞİ, **Aylık Haber Bülteni**, Sayı:76, (Şubat-2009), s.6.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek,

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçmek,

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak,

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izleme ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak,

g) 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,

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri vermek,

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapmak,

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek,

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek

m) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak,

n) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak, ile sorumludur (Aile Hekimliği Yön. m.4/3).

Aile hekimlerinin Yönetmelikle belirlenen çok sayıda görevi bulunmaktadır. Bu görevler içerisinde en önemli olanı aile hekimlerinin evde bakım hizmetlerinde de sorumlu tutulmasıdır. Aile hekimlerine bu kadar çok görev verilmesi yanında evde bakım hizmetlerinden de sorumlu tutulması isabetli görülmemektedir⁶³².

b) Aile Sağlığı Elemanlarının Görevleri

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre, aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenine⁶³³ aile sağlığı elemanı denilmektedir. Yönetmeliğin 5.maddesinde aile sağlığı elemanının görevleri sayılmıştır. Buna göre aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. Aile hekimlerinin görevlerinin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

Aile sağlığı elemanı Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

a) Kişilerin yaşamsal bulgularını ölçmek ve kaydetmekle,

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamakla,

c) Yara bakım hizmetlerini yürütmekle,

⁶³² TUAÇ, s.210.

⁶³³ 11.03. 2011 tarihli ve 27871 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikle acil tıp teknisyeni ibaresi eklenmiştir.

ç) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamakla,

d) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak,

e) Gereken tetkikler için numune almak, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapmak veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak,

f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak,

g) Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmakla,

ğ) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek,

h) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmakla görevlidir.

Aile sağlığı elemanı bir anlamda aile hekimine görevi esnasında yardımcı olmakta adeta yardımcı sağlık görevi üstlenmektedir.

c) Sözleşme Usulü Çalıştırılan Aile Hekimleri ve Sağlık Elemanlarına İlişkin

Genel Hususlar

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 Sağlığı Yönetmeliğinin 18. maddesinde ise aile sağlığı merkezinin, Bakanlıkça⁶³⁴ öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da

⁶³⁴ Bakanlıktan kastedilen, Sağlık Bakanlığı'dır.

daha fazla aile hekimi tarafından açılacağı, aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılacağı⁶³⁵ belirtilmiştir. Oysa 5510 sayılı Kanunun 3. maddesi 24. fıkrasında Aile hekimi Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum (SGK) ile sözleşme yapmış hekimler olduğu belirtilmiştir. Aile Sağlığı Yönetmeliğinde sözleşmenin Sağlık Bakanlığı ile yapılmasının belirtilmesi yanında 5510 sayılı Kanunda sözleşmenin SGK ile yapılması gerektiğine vurgu yapılması bir çelişki oluşturmaktadır. Bu çelişkiyi giderme adına Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliğine (GSSİY) bir geçici madde eklenmiştir. GSSİY'ye eklenen geçici madde de, Kurumca aile hekimleri ile sözleşmeler yapıncaya kadar Sağlık Bakanlığınca yapılan aile hekimliği sözleşmeleri geçerli kabul edileceği (GSSİY, geçici m.1/8) belirtilmiştir. Ancak burada aile hekimlerine SGK ile sözleşme yaptırmak suretiyle aile hekimliğinin finansmanının SGK tarafından üstlenilmesi amaçlanmaktadır.

Aile hekimlerinin statüsü 3 (üç) farklı kategoride düzenlenmiştir. Aile hekimleri, kamu görevlisi olan ve sözleşme ile çalışan hekim ve uzman hekimler, kamu görevlisi olan ve resen görevlendirilen hekim ve uzman hekimler, kamu görevlisi olmayan ve sözleşme ile çalışan hekim ve uzman hekimlerden oluşmaktadır⁶³⁶.

Aile sağlığı elemanlarının statüleri de aile hekimleriyle paralellik göstermektedir. Kamu kurumlarında çalışan aile sağlığı elemanı, aile hekimi tarafından belirlenmekte ve sağlık bakanlığının da uygun görüş vermesiyle sözleşmeli olarak çalıştırılmaktadır. Yeterli sayıda aile sağlığı elemanı temin edilememesi halinde Sağlık Bakanlığı resen atama yapabilmekte, kamudan yeterli eleman temin edilemediği takdirde kamu görevlisi olmayan aile sağlığı elemanı ile de sözleşme yapılabilir⁶³⁷.

aa. Sözleşme Yapılması ve Genel Hükümler

Aile hekimi olarak görev yapacak hekimler ile Sağlık Bakanlığı arasında Aile Hekimliği Kanununun 3. maddesi gereği Aile Hekimliği Yönetmeliği ekindeki tip sözleşme imzalanır. Tip sözleşme hükümlerine göre aile hekimleri yürürlükteki kanun, yönetmelik, genelge ve verilecek talimatlara, hasta hakları, mesleki ve genel etik kurallara uygun olarak aile hekimi görevini sözleşme süresince kabul etmiş sayılmaktadır. Aile hekimleri sözleşme

⁶³⁵ Sözleşmeler Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır.

⁶³⁶ TUAÇ, s. 157-160.

⁶³⁷ Tayfun ŞAHİN, "Aile Hekimlerinin Kadro, Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Yönünden Hukuksal Durumu", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:25 (Eylül 2011), s. S.255-256.; TUAÇ, s.160.

imzaladıkları andan itibaren bilimsel faaliyetler hariç olmak üzere mesleğinin icarsından kaynaklı maddi menfaat temin edemez. Ayrıca hizmet akdi suretiyle veya esnaf ya da tacir sayılmayı gerektirir ticari faaliyet içine girmez.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik⁶³⁸ madde 6'ya göre, sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile yapılacak sözleşmelerin süresi bir yıl olup, bütçe yılı itibarıyla düzenlenir.

Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için Bakanlık veya kurumunun muvafakati aranır. Sözleşme imzalayarak göreve başlayan kişiler bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder (Aile Hekimliği Yön. m.12/1).

Sözleşmeli personel statüsünde görev yapmaktayken aile hekimliği veya aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalayanlar aile hekimliği hizmetinden ayrılmaları halinde, genel hükümlere ve Bakanlık mevzuatına göre eski görev yerlerinde bir pozisyona dönerler (Aile Hekimliği Yön. m.12/2).

Bakanlık, ilgili ve bağlı kuruluş kadrolarında memur statüsünde görev yapmakta iken ücretsiz izne ayrılarak sözleşmeli statüde aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olan personel, sözleşmesinin herhangi bir suretle sona ermesi halinde kadro veya personel dağılım cetveli fazlalığına bakılmaksızın ücretsiz izne ayrıldığı görevine geri döner. Ancak kadrosunun bulunduğu birimin aile hekimliği uygulaması nedeniyle kaldırılması halinde bu birimin aktarıldığı toplum sağlığı merkezine atanır ve bunların memuriyet görevine başlamasından itibaren 30 gün içinde kendisinin talep etmesi ve müdürlüğün de uygun görmesi ile bir defaya mahsus olmak üzere aynı il içinde personel dağılım cetvelinde açık olan ve doluluk oranlarına göre ihtiyaç duyulan kadrolardan birine yer değiştirme suretiyle ataması yapılabilir (Aile Hekimliği Yön. m.12/3).

Sözleşmeli olarak aile hekimliği hizmetinin sürdürülmesi Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girmeye veya farklı görevler için başvurmaya engel değildir (Aile Hekimliği Yön. m.12/4).

⁶³⁸ R.G., 12.08.2005, 25904.

bb. Sözleşmenin Sona Ermesi

Aile Hekimliği Kanununun 8. maddesinde Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarının yönetmelikle düzenleneceği hüküm altına alınmış ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik hazırlanarak yürürlüğe girmiştir. Sözleşmelerin sona ermesi veya erdirilmesi Yönetmeliğin 13, 14, 15 ve 16. maddelerinde düzenlenmiştir. Yönetmeliğe göre sözleşmeler, kendiliğinden sona erme, yetkili mercii tarafından sona erdirilme, çalışan tarafından sona erdirilme ve ihtaren sona erdirilme olmak üzere 4 (dört) ana başlık altında düzenlenmiştir.

Ölüm ya da tabi olduğu mevzuata göre malulen emekli olma hakkını elde edenlerin sözleşmesi, herhangi bir işleme gerek olmadan sona erer.(Yön. m.13) Sözleşmenin bu biçimde sona ermesi kendiliğinden sona ermedir.

Bazı hallerde sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının sözleşmeleri, ilgili vali tarafından herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirilir. Yönetmelikte sözleşmenin yetkili mercii tarafından sona erdirilmesi halleri (Yön. m.14) şunlardır.

Aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla (aylık yapılan üçüncü bildirimde) 1000'in altına düşmesi,

Çalışanın, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) nci alt bentlerinde belirlenen şartlar ile Yönetmelikte belirtilen şartları taşımadığının anlaşılması veya bu şartları sonradan kaybetmesi,

Kazanç getirici iş ya da ticari faaliyet içine girilmesi,

Verilen süre içinde mal bildiriminde bulunulmaması,

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125 inci maddesinin (E) bendinde yer alan suçların işlendiğinin mahkeme kararıyla sabit olması,

Kurumundan aylıksız veya ücretsiz izinli sayılanlar hakkında yüksek disiplin kurullarınca Devlet memurluğundan çıkarma veya sözleşmenin sona erdirilmesi kararı verilmesi,

Özürsüz olarak kesintisiz 10 gün görev başında bulunmaması.

Bakanlıkça bölgede çalışan aile hekimi sayısında değişiklik yapılması nedeniyle ihtiyaç duyulması halinde veya kayıtlı kişi sayısının 2 aydan uzun süre 1000'in altında seyretmesi nedeni ile sözleşmesi sona erdirilen aile hekimi yerine, sıradaki aile hekimi ile sözleşme imzalanır. Bu nitelikteki sözleşme fesihleri sözleşme tarihini takip eden birinci yılın sonundan itibaren uygulanır.

Yönetmeliğin 15. maddesine göre, sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları askerlik, doğum, emeklilik veya diğer sebeplerle iki ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilirler. Bu süreyi doldurmadan görev yerini terk eden personel, bir yıl süreyle aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olamaz.

Sözleşmenin fesih yoluyla sona erdirilmesinde belirli koşulların varlığı gerekmektedir. Bir yıl içinde aşağıda belirtilen aynı fiillerin 2 defa farklı fiillerin üç defa işlenmesi halinde sözleşme ilgili vali tarafından sona erdirilmektedir. Bu fiiller;

Görev tanımında belirtilen işleri yapmamak veya eksik yapmak ve bu eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen sürede gidermemek,

Aile sağlığı merkezinin zorunlu fiziki veya teknik şartlarındaki eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen makul sürede gidermemek,

Meslek ilkelerine aykırı davranmak,

Bir yıl içinde aralıklı olarak özürsüz 10 gün görev başında bulunmamak,

Görevin yerine getirilmesi için gereken belgeleri usulüne uygun düzenlememek ve bu eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen sürede gidermemek,

Denetimlerde işbirliği yapmamak, istenilen verileri ibraz etmemek, eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen makul sürede gidermemek,

Koruyucu hekimlik uygulamalarında verilen görevleri yerine getirmemek, eksiklikleri 7 günden az olmamak üzere verilen makul sürede gidermemek,

Koruyucu hekimlik uygulamalarından aşı, gebelik veya çocuk-bebek takip oranlarını, mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen haller dışında, % 80'in altına düşürmek,

Verilen eğitimlerin belirlenmiş devamsızlık sürelerini aşmak.

Aile hekimi ile aile sağlığı elemanı ekip anlayışı içinde çalışır. Aile hekimi, birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanını yönlendirmek ve denetlemek yetkisine sahiptir. Aile hekimi, aile sağlığı elemanının görev tanımında belirtilen işleri yapmaması veya eksik yapması, meslek ilkelerine aykırı davranması, çalışma huzurunu bozucu davranışlarda bulunması, kılık-kıyafet ve mesai saatlerine uyum göstermemesi gibi durumlarda sözleşmeyi sona erdirmek üzere il sağlık müdürlüğüne teklifte bulunma yetkisine sahiptir. Bu şekilde sözleşmesi sona erdirilen aile sağlığı elemanı başka bir aile hekimi ile çalışmak için başvuruda bulunabilir (Aile Hekimliği Yön. m.16).

2. Aile Hekimliği Personelinin Özlük Hakları

a) Atanma ve Nakil Usulleri

Aile hekimlerinin yerleştirilmesi ilk atamalarda⁶³⁹ statülerine göre farklılık göstermektedir. Kamu görevlisi olan hekim ve uzman hekimler, kadrosu ve pozisyonu aile hekimliğine geçilen ilde olmak kaydıyla hizmet puanı sıralamasına göre önce aile hekimi uzmanları sonrasında ise diğer hekim ve uzman hekimler aile hekimi olarak görevlendirilir. Kamu görevlisi olmayan hekim ve uzman hekimler ise aile hekimliği kadrosunun doldurulamaması halinde Sağlık Bakanlığının önerisi Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile görevlendirilir. Aile hekimi olanlara öncelik tanınır.

Atama talebinde bulunan aile hekimleri ile yeniden veya ilk defa aile hekimi olmak isteyen hekimler hizmet puanlamasına göre görevlendirilir. Hizmet puanı bulunmayanlar için başvuru tarihine göre sıralama yapılır. Öncelik, naklen atanma talebinde bulunan aile hekimliği uzmanı tabiplerdedir. Kadro dolmaması halinde sırasıyla aile hekimleri, Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler görevlendirilir⁶⁴⁰.

b) Çalışma Süreleri

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının haftalık çalışma süresi kırk saattir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, acil veya olağanüstü durumlar hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile ilgili aile hekiminin talebi ve yerel sağlık idaresinin onayı ile belirlenen

⁶³⁹ Aile hekimlerini sözleşmeli personel olarak kabul ettikten sonra göreve başlama işlemlerinde atama terimini kullanmak isabetli görülmemektedir. Ayrıntılı bilgi için Bkz, TUAÇ, s.193.

⁶⁴⁰ TUAÇ, s.197-198.

çalışma saatleri içinde çalışırlar. Haftada kırk saatten fazla veya hafta sonları çalışma aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının talebi üzerine yapılabilir. Çalışma saatleri haftanın tüm günlerine yayılabilir. Görev tanımlarında belirlenen nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalıştırılabilirler (Aile Hekimliği Yön. m.10).

c) İzinleri

Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları izin kullanımı yönünden kendi mevzuatlarına tabidirler.

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yıllık izin süreleri otuz gündür. Bu personele, mazereti sebebiyle 5 gün daha izin verilebilir. Kadın personele doğumdan önce sekiz ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam on altı hafta süreyle izin verilir. Çoğul gebelik halinde doğum öncesi sekiz haftalık izin süresine iki hafta eklenir. Ancak beklenen doğum tarihinden sekiz hafta öncesinde sağlık durumunun uygun olduğunu hekim raporuyla belgeleyen personel isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar işyerinde çalışabilir. Bu durumda kadın personelin isteği halinde, doğum öncesinde çalıştığı süreler doğum sonrası ücretli izin süresine eklenir. Doğumun erken gerçekleşmesi nedeniyle doğum öncesi sekiz haftalık ücretli iznin kullanılmayan bölümü de doğum sonrası ücretli izne eklenir. Yıl içinde tek hekimin uygun görmesiyle toplam yirmi güne kadar hastalık izni kullanılabilir ve toplam yirmi günü aşan hastalık izni için sağlık kurulu raporu gereklidir.

Görevlendirme suretiyle çalışan aile hekimi veya aile sağlığı elemanlarının izin kullanması halinde yerine Bakanlıkça geçici aile hekimi veya geçici aile sağlığı elemanı görevlendirilir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının Bakanlıkça veya acil hallerde valilikçe, doğal afet gibi olağanüstü durumlarda başka yerde görevlendirilmesi halinde her türlü ödemeleri tam olarak ödenir ve hizmetin devamı için yerel sağlık idaresince gerekli tedbirler alınır.

Askerlik nedeni ile sözleşmesini usulünce sona erdirenler terhis tarihinden itibaren bir ay, doğum nedeni ile sözleşmesini usulünce sona erdirenler doğum nedeniyle kullandığı ücretli izin süresinin bitimi tarihinden başlayan bir yıllık süre içerisinde müracaatları üzerine, ayrılmadan önceki çalıştıkları ilde, ilk boşalacak aile hekimliğine sıralama dışı başlatılırlar.

İzin vermeye ve hastalık raporlarını izne çevirmeye, yerel sağlık idarelerinin teklifi üzerine buldukları yerin mülki idare amirleri yetkilidir

d) Yapılacak Ödemeler ve Kesintiler

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliğin 17. maddesinde sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimine yapılacak ödemelerde 1) Kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1.000 kişiye kadar, aile hekimliği uzmanı ise 2.000 YTL, uzman tabip veya tabip ise 1.500 YTL, 1.000 kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına ayrıca 1 YTL, ödeneceği belirtilmiştir. Aile hekiminde kayıtlı kişi sayısı 4.000'den fazla ise fazla olan kısım için aile hekimlerine ilave ödeme yapılmayacaktır.

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine ayrıca çalıştığı bölgeye göre sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödenir. Bu ödemede 657 sayılı Kanununun 152. maddesi uyarınca çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararının ekinde yer alan Kalkınmada Öncelikli Yörelere Cetveli esas alınır. Buna göre sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine yapılacak ödemede;

1. 2 ve 3. bölgelerde görev yapanlar için tavan ücretin % 10'u,
4. bölgede görev yapanlar için tavan ücretin % 20'si,
5. bölgede görev yapanlar için tavan ücretin % 30'u,
6. bölgede görev yapanlar için tavan ücretin % 40'ı,
7. bölgede görev yapanlar için tavan ücretin % 50'si, esas alınır.

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım ve tıbbi sarf malzemeleri gibi giderleri için her ay tavan ücretin % 100'ü ödenir.

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine kırsalda verdiği gezici sağlık hizmeti giderleri için yapılacak ödemelerde gezici sağlık hizmeti kapsamındaki nüfus;

- 500 den az ise tavan ücretin % 0'ı,
- 500 ila 1.000 kişi ise tavan ücretin % 10'u,

1.001 ila 1.500 kişi ise tavan ücretin % 20'si,

1.501 ila 2.000 kişi ise tavan ücretin % 30'u,

2.001 kişiden fazla ise tavan ücretin % 40'ı, esas alınır.

Görevlendirme suretiyle çalıştırılan aile hekimlerinin, Bakanlıkça taşıt ve taşıta ilişkin zorunlu giderleri temin edilmediği takdirde, bu bentte öngörülen gezici sağlık hizmetleri giderleri aynı şekilde karşılanır.

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine ihtiyaç duyduğu tetkikleri yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuvarlarda yaptırtmak ve bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerini temin etmek amacıyla yapılacak giderler karşılığı ödeme yapılır. Yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuvarlarda yaptırtılan tetkikler için belge karşılığında ödeme yapılır; belgelendirilemeyen kısım için herhangi bir ödeme yapılamaz. Ancak tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılacak toplam ödeme tutarı tavan ücretin % 100'ünü geçemez.

Aile hekimleri koruyucu hekimlik hizmetlerini eksik uyguladığı takdirde yapılacak ödemelerinden en fazla %20 oranında kesinti yapılabilmektedir. Yönetmelik kesintileri sevk ve diğer kesinti başlığı altında düzenlemiştir ancak genel itibariyle kesintinin aylık başarı oranı olarak nitelendirilen performans değerleme ölçütü dikkate alınarak yapıldığını söyleyebiliriz.

3. Aile Hekimlerinin Denetimi ve Sorumlulukları

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 uygulanır.

III. KAMU KURUM VE KURULUŞLARINA AIT HASTANELERİN SAĞLIK BAKANLIĞINA DEVRİ

Genel sigortası uygulamasına geçilmesi öncesi yapılan önemli düzenlemelerden bir tanesi de sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına devredilmesidir⁶⁴¹. Bu husus 59. Hükümet Programı ile Acil Eylem Planında özellikle vurgulanmıştır. Acil Eylem Planında; bir yıl içinde Devlet hastanesi, sigorta hastanesi ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastane ayırımına son verilerek hastanelerin mali ve idari açıdan özerkliğinin sağlanacağı belirtilmiştir⁶⁴².

Genel sağlık sigortasına hazırlık amacıyla hazırlanan tasarı 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesi Hakkında Kanun'la⁶⁴³ yasalaşmıştır. Kanunun çıkarılma gerekçesi daha çok norm ve standart birliğine yöneliktir. Gerekçede, özetle; 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 v.b. sorunlara vurgu yapılmıştır.

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

⁶⁴¹ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.115.

⁶⁴² BOSTANCI, s.158.

⁶⁴³ R.G., 19.01.2005, 25705

Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, Mahalli idareler ile vakıflara ait hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredilmemesi eleştirisi konusu olmuştur. Buradan anlaşılıyor ki; amacın tüm kamu hastanelerinin sevk ve idaresinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmek olmadığı sadece SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi olduğudur. SSK hastaneleri yanında sembolik olarak polis hastaneleri, PTT hastaneleri, polis hastaneleri gibi birkaç hastanenin devri yapılmıştır. Oysa kamunun elinde bulunan bütün hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ve sağlık hizmetlerinin ve sağlık politikalarının anılan bakanlıkça tek elden üretilip yönetilmesi çok daha isabetli olurdu.

Belirtmek gerekir ki; SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin uzun vadede sağlık hizmetlerinde kısıntıyı beraberinde getireceği de bir diğer eleştirisi konusudur.⁶⁴⁴

⁶⁴⁴ İlyas SIR, “Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinin Sağlık Bakanlığına Devri Halinde Oluşacak Değişimin Etkileri” **Türk Harb-İş**, Sayı: 211, (2004) s.47.; aynı görüşte, ÇALIŞ.; Ayrıntılı bilgi için bkz, ŞAKAR, (9.b.), s.245-247.

Dördüncü Bölüm

TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI

§ 10. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ KAPSAMI

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 almıştır.⁶⁴⁵

Meclis Komisyonlarında görüşülerek TBMM'ye sunulan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 108 madde olarak TBMM tarafından kabul edilmiş, 5489 sayılı Kanun numarasıyla onaylanmak üzere Cumhurbaşkanlığı'na gönderilmiştir.

5489 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun Cumhurbaşkanı vetosu nedeniyle yasalasmayarak yeniden görüşülmek üzere TBMM'ye gönderilmesi üzerine, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un tek çatı altında toplanmasının bir sonraki adımını oluşturan, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu TBMM'de kabul edilmiş, Cumhurbaşkanı tarafından onaylanarak 16.06.2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.⁶⁴⁶ 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girmesi öngörülen 5510 sayılı Kanun'un bazı maddeleri Anayasa Mahkemesinin E.2006/11, K.2006/112 sayılı kararı ile iptal edilmiştir. Bu gelişme üzerine 29.12.2006 tarihli mükerrer Resmi Gazete'de yayınlanan 5565 sayılı 2007 yılı Merkezi Bütçe Kanunu'nun 30/4.maddesi ile kanunun yürürlüğü 01.07.2007 tarihine ertelenmiştir.⁶⁴⁷ 20.05.2007 tarihli ve 26527 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 5655 sayılı "Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"un 4.maddesi ile 5510 sayılı Kanun'un yürürlük tarihinin düzenlendiği 108. maddesinde değişiklik yapılarak kanunun yürürlüğü 01/01/2008 tarihine ertelenmiştir. Son olarak 5754 sayılı Kanunla 5510 sayılı Kanunda kapsamlı değişiklikler yapılmış ve Sosyal Sigortalar ve Genel

⁶⁴⁵ Levent AKIN, "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, (28 Ocak 2006), s.26.

⁶⁴⁶ Ali Rıza Okur, "Türk Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası", **Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri**, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara, 7-8 Aralık 2006, s.115

⁶⁴⁷ Müjdat ŞAKAR, "Anayasa Mahkemesinin İptal kararı Üzerine Sosyal Güvenlikte Son Durum", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:170, (Şubat 2007), s.19.

Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerinin çoğu genel hatlarıyla 2008 yılı Ekim ayı başında⁶⁴⁸ yürürlüğe girmiştir⁶⁴⁹. Kanunun yürürlük tarihi olarak 2008 yılı Ekim ayı başı ifadesinin kullanılması ciddi şekilde eleştiri konusu olmuştur. Zira ekim ayı başı neyi ifade eder? Ayın birimi, üçümü, beşimi? Bu anlamda 5510 sayılı Kanun için “Yürürlük Özürlü” kanun tanımlaması yapılmıştır⁶⁵⁰.

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

Genel sağlık sigortasına ilişkin hususlar 5510 sayılı Kanunda 18 maddede (Kanunun 60-78. maddelerinde) düzenlenmiştir. Kanunun 60. maddesi kimlerin genel sağlık sigortalısı olması gerektiğine ilişkin hükümler içermektedir. İlk düzenlemede ayrı olan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu⁶⁵¹ daha sonra tek metin haline getirilmiştir. İki ayrı kanun tasarısının birleştirilmesi sonucu iç atıflarda bulunmak kaçınılmaz olmuş, tekrardan kaçınmak için ilgili maddelere gönderme yapmakla yetinilmiştir⁶⁵². Bu yöntem her ne kadar tekrarları önlese de Kanun maddelerinin anlaşılmasının güçleşmesine sebep olmuş, sonucunda sigortalılar Kanun numaraları ile anılmaya başlamıştır.⁶⁵³ 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 başlamıştır⁶⁵⁴.

Bilindiği gibi 5510 sayılı Kanunla diğer sigorta kollarının yanı sıra genel sağlık sigortası ayrı bir sigorta kolu olarak getirilmiştir. 5510 sayılı Kanunun 3. maddesinde sigortalı ve genel sağlık sigortalısı ayrı ayrı tanımlanmıştır. Kanunda sigortalı, kısa ve/veya uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi adına prim ödemesi gereken kişi (m.3/6), genel sağlık sigortalısı ise Kanunun 60. maddesinde sayılan kişiler (m.3/9), olarak tanımlanmıştır. Kanunun 3. maddesi sekizinci bendinde de genel sağlık

⁶⁴⁸ Kanunda kamu idarelerinde çalışanların hak ve yükümlülükleri de düzenlendiği için yürürlük tarihi Ekim ayı başı olarak belirlenmiştir. Bir kanunun aybaşında yürürlüğe gireceği ilk defa bu kanunla öngörülmüştür.

⁶⁴⁹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.80.

⁶⁵⁰ Ali Rıza OKUR, “Hukuk Tarihimizin Yürürlük Özürlü İlk Yasası:5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, **İşveren Dergisi**, Mayıs 2008, s.32.

⁶⁵¹ Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı ile Emeklilik Sigortası Kanunu tasarısı birleştiği ve madde sayısı düşürüldüğü için yer yer 2-3 sayfadan oluşan kanun maddeleri bulunmaktadır.

⁶⁵² GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.739.

⁶⁵³ Müjdat ŞAKAR, “Sigortalı Mıyız, İp Cambazı Mı?” **Sicil Dergisi**, Sayı:10, (Haziran-2008), s.158.; Müjdat ŞAKAR, “5510 Yada Şaka Gibi Kanun”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı: 187, (Temmuz-2008), s.155.;

⁶⁵⁴ Tanımlama daha sonra daha da kısaltılmış, 4/a, 4/b ve 4/c sigortalısı adını almıştır.

sigortası, “kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak” ifade edilmiştir.

Mevzuatta genel sağlık sigortalısının kimler olduğu 5510 sayılı Kanunun 60 ve 61. maddelerinde, 3. madde dokuzuncu bendinde, 5. maddenin (g) bendinde, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliğinin 6, 7 ve 8. maddelerinde düzenlenmiştir⁶⁵⁵.

I. GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILANLAR

5510 sayılı Kanun, genel sağlık sigortalılarını diğer bir ifade ile kimlerin nasıl ve hangi biçimde genel sağlık sigortalısı olacağını 60. maddede düzenlemiştir. Buna göre;

İkametgâhi Türkiye’de olan kişilerden;

4. maddenin birinci fıkrasının (a) bentleri gereğince sigortalı sayılan kişiler, (İş/Hizmet sözleşmesiyle çalışanlar ve bunlarla aynı statüye sokulanlar)

(c) bentleri gereğince sigortalı sayılan kişiler (Kamu idarelerinde kadrolu çalışanlar, sözleşmeli çalışanlar, açıktan vekil olarak atananlar)

(b) bendi gereğince sigortalı sayılan kişiler, (bağımsız çalışanlar ile köy ve mahalle muhtarları)⁶⁵⁶

İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler (m.50),

hiçbir işleme gerek olmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılırlar.

Ancak yukarıda sayılan zorunlu sigortalı ya da isteğe bağlı sigortalı olmayanlardan;

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, (m.60/I.c.1)

Vatansızlar ve sığınmacılar (m.60/I.c.2),

⁶⁵⁵ Hediye ERGİN, “Genel Sağlık Sigortasının Kişi Bakımından Kapsamı”, **I. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**’nda sunulan tebliğ, (14-15 Mayıs 2010), Ankara, Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları, 2010, s.118.

⁶⁵⁶ Kanunun 60. maddesi Kanunun m.4/I (a) (b) ve (c) bentleri kapsamında sigortalı olanları aynı zamanda genel sağlık sigortalısı olarak isimlendirmektedir. Bkz. Saim OCAK, “Genel Sağlık Sigortasında Prim Koşulu”, **Prof. Dr. Ali GÜZEL’e Armağan** içinde, Beta Yayınları, İstanbul, 2010, s.1056.

1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler (m.60/I.c.3),

24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler (m.60/I.c.4),

28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler (m.60/I.c.5),

3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler (m.60/I.c.6),

24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler (m.60/I.c.7),

Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar (m.60/I.c.8),

18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16 ncı maddesine göre aylık alan kişiler (m.60/I.c.9),

11/10/1983 tarihli ve 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun⁶⁵⁷ hükümlerine göre aylık alan kişiler (m.60/I.c.10),

Mütekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler (m.60/I.d),

25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler (m.60/I.e),

⁶⁵⁷ 24.06.2008 tarihli ve 5774 sayılı Başarılı Sporculara Aylık Bağlanması İle Devlet Sporcusu Unvanı Verilmesi Hakkındaki Kanun 2913 sayılı Kanunu yürürlükten kaldırmıştır. R.G.; 09.07.2008, 26931.

Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler (m.60/I.f),

Başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar, (m.60/I.g) genel sağlık sigortalısı sayılır.

Kanuna göre genel sağlık sigortasından yararlanacaklar öncelikle zorunlu sigortalılardan başlamak üzere ana gruplar halinde sıralanmıştır. Madde 4/1 (a) (b) (c) sigortalısı sayılanlar diğer bir ifade ile işçiler, bağımsız çalışanlar ve kamu idarelerinde çalışanlar (memurlar), 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 belirtilmiştir.⁶⁵⁸

Kanunun 97. maddesinde düzenlenen “*Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamındaki kişilerin sigortalı ve genel sağlık sigortalısı olması, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ise genel sağlık sigortalısı olması zorunludur. Bu Kanunda yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak, vazgeçmek veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir.*” hükmü dikkate alındığında, sosyal sigortalar için benimsenen zorunluluk ilkesinin, genel sağlık sigortası hükümlerinin yürürlüğe girdiği 1 Ekim 2010 tarihinden itibaren genel sağlık sigortalıları içinde geçerli olduğu anlaşılmaktadır.

İsteğe bağlı sigortalı olanların aynı zamanda genel sağlık sigortalısı sayılmaları⁶⁵⁹ 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 4/1 (a) (b) (c) sigortalısı 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.⁶⁶⁰

Kanun genel sağlık sigortası kapsamına girenleri belirledikten sonra kapsam dışında kalanlara da yer vermiştir. (m.60/III) Genel sağlık sigortalı sayılmayanlar açıkça belirtilerek

⁶⁵⁸ OKUR, Reform, s.134.

⁶⁵⁹ AKIN, Kapsam, s.27.

⁶⁶⁰ 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.

veya m.6' ya göndermede bulunularak kapsam dışında tutulacaklar belirlenmiştir. Buna göre⁶⁶¹;

Askerlik hizmetlerini er ve (veya)⁶⁶² erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri (m.6/d),

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 (m.6/e),

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 (m.6/ı),

Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular (m.60/III),

Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar (m.60/III),

Yurt dışında çalıştıkları süreler için⁶⁶³ borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye'de ikamet etmeyenler (m.60/III),

Milletvekilleri ile yasama organı üyeliği sona erenler, bunların bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri ile dul ve yetimleri (m. 105)⁶⁶⁴,

Genel sağlık sigortasının kapsamı dışında tutulmuştur.

⁶⁶¹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.742.

⁶⁶² m.6/d' de yazım yanlışıyla er veya erbaş yerine er ve erbaş ifadesi kullanılmıştır. Bkz, GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.742.

⁶⁶³ Kadımlar açısından yurt dışında çalışma şartı yoktur, bunlar için yurt dışında ikamet etmiş olma şartı borçlanma yapmak için yeterlidir.

⁶⁶⁴ Milletvekilleri ile yasama organı üyeliği sona erenler, bunların bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri ile dul ve yetimlerinin tedavi giderleri 3671 sayılı TBMM Üyelerinin, Ödenek, Yolluk ve Emekliliklerine Dair Kanun'un 4. maddesi gereği TBMM tarafından karşılanmaktadır. Ayrıntılı bilgi için, EKMEKÇİ/TUNCAY, s.435.

1. Bağımlı Çalışanlar (İşçiler)

a) Hizmet Sözleşmesi/İş Sözleşmesiyle Çalışanlar

5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortası hükümlerinin düzenlendiği 60. Maddesi, 4. maddeye atıf yaparak 4/a kapsamında çalışan sigortalıların doğrudan kapsama alındığını belirtmiştir.⁶⁶⁵ Bu hüküm doğrultusunda bir ya da birkaç işveren tarafından çalıştırılan sigortalılar genel sağlık sigortası kapsamındadır. 5510 sayılı Kanun, m/4-I (a) da “hizmet akdi” ile çalışma ifadesine yer vermiş olup bu düzenleme Kanunun yürürlüğünden önce iş sözleşmesiyle çalışan sigortalıları düzenleyen 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nun 2. maddesiyle paralellik göstermektedir.⁶⁶⁶ Kanunda hizmet sözleşmesinin hangi anlama geldiği düzenleme altına alınmıştır. İş Kanunundaki iş sözleşmesinin veya Borçlar Kanunundaki hizmet akdinin, 5510 sayılı Kanundaki hizmet akdini tanımladığı ifade edilmektedir.⁶⁶⁷ UŞAN’a göre, 5510 sayılı Kanundaki hizmet akdi tanımının iş sözleşmesinden farkı olmadığı gibi Kanun bir üst kavram olarak düşünmüştür.⁶⁶⁸

Kanunun 4. maddesinde geçen hizmet akdi kavramından anlaşılması gereken, 4857 sayılı İş Kanunu, 854 sayılı Deniz İş Kanunu, 5953 sayılı Basın İş Kanunu kapsamında çalışanlarla, 4857 sayılı Kanunun kapsamı dışında kalan (4857 s.K m./4) ve çalışma ilişkisi 818 sayılı Borçlar Kanunu kapsamında düzenlenen çalışanlar olarak değerlendirilmelidir⁶⁶⁹. Dolayısıyla çalışmaları nedeniyle zorunlu 4/a sigortalısı sayılanların tamamı genel sağlık sigortalısı olarak belirlenmiştir⁶⁷⁰. 1/7/2012 tarihinde yürürlüğe girecek olan Türk Borçlar Kanunu’nun 393. maddesi de eski Borçlar Kanununa paralellik göstermektedir. Anılan hükümde, “işçinin işverene bağımlı olarak belirli veya belirli olmayan süreyle iş görmeyi ve işverenin de ona zamana veya yapılan işe göre ücret ödemeyi üstlendiği sözleşme hizmet sözleşmesi” olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla işçi ister iş sözleşmesiyle İş Kanunu kapsamına giren bir işte çalışsın isterse İş Kanunu kapsamı dışında kalan bir işte çalıştığı için

⁶⁶⁵ 5510 sayılı Kanun kısa ve uzun vadeli sigorta kolları açısından sigortalılık 4. ve 5. madde de genel sağlık sigortası açısından sigortalılık 60. maddede düzenlenmiştir. Okur’a göre bunun nedeni Sosyal Sigortalar Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu tasarılarının Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu adı altında birleştirilmesinden ileri gelmiştir. Bu birleşme 5510 sayılı Kanunun bütünlüğünü de bozmaktadır. Bkz, OKUR, Reform, s.134.

⁶⁶⁶ 4857 sayılı İş Kanununda iş sözleşmesi kavramı kullanılırken, 5510 sayılı Kanunda hizmet akdi kavramına yer verilmesi, İş Kanunu kapsamı dışında kalan sigortalıların varlığı dikkate alınarak seçilmiştir.

⁶⁶⁷ EKMEKÇİ/TUNCAY, s.222.

⁶⁶⁸ Fatih UŞAN, “Sosyal Güvenliğin Kapsamı”, I. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu’nda sunulan tebliğ, (14-15 Mayıs 2010), Ankara, Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları, 2010, s.110.

⁶⁶⁹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.93-97.

⁶⁷⁰ UŞAN s.110, GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.741.

Borçlar Kanunu kapsamında değerlendirilerek çalışma biçimi hizmet sözleşmesi olarak ifade edilsin neticede 5510 sayılı Kanuna göre 4/a kapsamında sigortalı olunacaktır.

İş sözleşmesi (ya da hizmet sözleşmesiyle)⁶⁷¹ çalışmakla birlikte 5510 sayılı Kanunun 4. maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında zorunlu sigortalı sayılmayan ancak işçinin dilerse (isteğine bırakılmış)⁶⁷² prim ödemek suretiyle Kanunun EK-6. maddesi kapsamında sigortalı olabildiği ve sigortalılık statüsü de 4/a kapsamında değerlendirilen dolayısıyla Kanunun 97. maddesinde düzenlenen sosyal güvenlikteki zorunluluk ilkesiyle çelişen önemli bir sosyal sigorta düzenlemesini değerlendirmemiz gerekmektedir.

6111 sayılı Kanunun 51. maddesiyle 5510 sayılı Kanuna eklenen Ek m.6. hükme göre; ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerleri ile 4 üncü maddenin ikinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen ve Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştıkları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişilerin sigortalılıkları, bu madde kapsamında kendileri tarafından 30 gün üzerinden prim ödemeleri suretiyle sağlanır (5510, m. Ek-6/a).

Bu madde kapsamında sigorta hak ve yükümlülükleri; kendilerince veya kendilerini çalıştıranlar tarafından ya da çalışanların üye oldukları meslek odası, birlik veya benzeri kuruluşlarca bildirim Kuruma yapıldığı tarihten itibaren başlar, birinci fıkrada belirtilen şekildeki çalışma durumlarının son bulmasından itibaren sona erer (5510, m. Ek-6/b).

Bu madde kapsamındaki sigortalılar hakkında; malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası ve istekleri halinde işsizlik sigortası hükümleri uygulanır (5510, m. Ek-6/c).

Bu madde kapsamında ödenen primler, Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalılık olarak değerlendirilir (5510, m. Ek-6/e).

⁶⁷¹ Toplu taşıma araçlarında çalışan şoförlerin çalıştıkları ulaşım aracı 507 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar Kanununun 2 nci maddesinin tarifine uygun üç kişinin çalıştığı işyerlerinden değilse sözleşmenin niteliği hizmet sözleşmesi çalışan sayısı 3 ise sözleşme iş sözleşmesi olarak değerlendirilecektir.

⁶⁷² Kanunun Ek 6. maddesindeki, “bu madde kapsamında sigorta hak ve yükümlülükleri; kendilerince veya kendilerini çalıştıranlar tarafından ya da çalışanların üye oldukları meslek odası, birlik veya benzeri kuruluşlarca bildirim Kuruma yapıldığı tarihten itibaren başlayacağı, uygulamanın isteğe bırakıldığını ifade etmektedir. Yine bir başka işyerinde kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışanlarla sürekli iş göremezlik geliri alanların kapsam dışında tutulması da uygulamanın isteğe bırakıldığının karinesi olmaktadır. Ayrıntılı bilgi için bkz.; 5 Nisan 2011 tarih 2011/36 sayılı SGK Genelgesi.

Belirtilen düzenlemeden de anlaşılacağı üzere, ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerleri ile 4. maddenin ikinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen ve Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışanlar için sigortalılık, çalışma süresi ay içinde 10 günden az ise zorunlu değil, seçimlik olmaktadır. Üstelik prim ödeme yükümlüsü bizatihi sigortalının kendisi olmak üzere. Bu düzenleme sosyal sigortalardaki zorunluluk ilkesini zedelemektedir.⁶⁷³ Dolayısıyla sosyal sigortalarda zorunlu sigortalılıktan isteğe bağlı sigortalılığa doğru bir yönelişin olduğunu söylemek gerekir. Zira bir inşatta bir tuğla taşıyanı zorunlu 4/a kapsamında sigortalı sayarken ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde 10 günden az çalışanın zorunlu sigortalı saymayıp sigortalı sayılmasını isteğine bırakmak yerinde değildir.

b) İşçi Sendikaları, Konfederasyonları, Sendika Şubelerinin Başkanlıkları,

Yönetim Kurulu Üyeliklerine Seçilenler

2821 sayılı Sendikalar Kanununun 29. maddesine göre işçi sendikaları ve konfederasyonları ile sendika şube başkanlığına ve yönetim kurullarına seçilenlerden kendi istekleri ile çalıştıkları işyerlerinden ayrılarak bu görevlerini sürdürenler 5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin ikinci fıkrasının (a) bendi ile kapsamında sigortalı sayılacaklar, dolayısıyla genel sağlık sigortası primi ödendiği için işçi sendikaları ve konfederasyonları ile sendika şubelerinin başkanlıkları ve yönetim kurullarına seçilenler aynı zamanda genel sağlık sigortalısı olacaklardır.

2821 sayılı Kanunun 29. maddesi gereğince sendika şube başkanlığı ve yönetim kurulu üyeliğine seçilip işyerlerinden ayrılmadan bu görevlerini sürdürenler işyerlerindeki görevlerinden dolayı 4/a kapsamında sigortalı sayıldıklarından genel sağlık sigortası bildirimini dahil olmak üzere tüm sigorta kollarına tabi bildirimleri işverenleri tarafından yapılacaktır.

İşçi sendikaları ve konfederasyonları ile sendika şubelerinin başkanlıkları ve yönetim kurullarına seçilenlerden 2008 yılı Ekim ayı başından önce bu görevi yapmakta olanlardan

⁶⁷³ Zorunluluk ilkesi için bakınız, GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.140-146., 5510 sayılı Kanunda zorunluluk ilkesiyle çelişen çok sayıda hüküm bulunduğunu belirtmeliyiz. Kanunun geçici 8. maddesi olumsuz anlamda geçici 17. maddesi ise olumlu anlamda zorunluluk ilkesine aykırılıklar ihtiva etmektedir.

sendikalar tarafından bildirilenlerin sigortalılıkları devam ettirilecek, bildirilmemiş olanların ise sigortalılıkları 2008 yılı Ekim ayı başı⁶⁷⁴ itibariyle başlatılacaktır.

c) Bir veya Birden Fazla İşveren Tarafından Çalıştırılan Sanatçı, Düşünür Ve

Yazarlar

5510 sayılı Kanuna göre, bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan; film, tiyatro, sahne, gösteri, ses ve saz sanatçıları, müzik, resim, heykel, dekoratif ve benzeri diğer uğraşları içine alan bütün güzel sanat kollarında çalışan sanatçı, düşünür ve yazarlar için Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği ekinde yer alan bir tablo hazırlanmış ve tabloda belirtilen işleri yapanlar 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren sigortalı sayılmıştır.

Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştıkları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişilerin sigortalılıkları, bu madde kapsamında kendileri tarafından 30 gün üzerinden prim ödemeleri suretiyle sağlanır. Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışanların çalışma gün sayıları ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde olduğu gibi 10 günden az ise sigortalı olma seçimlik bir hak durumuna gelmektedir. Seçimini sigortalı olma yönünde kullananlar 4/a kapsamında sigortalı olacak ancak primleri de bizzat sigortalı tarafından ödenecektir.

Dolayısıyla bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan sanatçı, düşünür ve yazarlar da 4/a kapsamında sigortalı olmakla birlikte doğrudan genel sağlık sigortalısı olmaktadır.

d) Hizmet/İş Sözleşmesiyle Çalışan Yabancı Uyruklular

4817 sayılı Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanun gereğince, Türkiye'nin taraf olduğu ikili ya da çok taraflı sözleşmelerde aksi öngörülmedikçe, doğumla Türk vatandaşı olup, 5901 sayılı Türk Vatandaşlık Kanununun 28. maddesine göre çıkma izni almak suretiyle Türk vatandaşlığını kaybedenler ile "2527 sayılı Türk Soylu Yabancıların Türkiye'de Meslek ve Sanatlarını Serbestçe Yapabilmelerine, Kamu, Özel Kuruluş veya İşyerlerinde Çalıştırılabilmelerine İlişkin Kanun" kapsamındaki Türk soylular da dahil olmak

⁶⁷⁴ Kanunun yürürlük tarihi aylıkları ayın 1'i ile 30 arası için ödenenler de 1 Ekim 2008, 15 ile diğer ayın 14'ü arası ödenenler için ise 15 Ekim 2008 olacaktır.

üzere yabancıların Türkiye’de bir işveren yanında veya kendi nam ve hesabına çalışmaya başlamadan önce izin almaları gerekmektedir.

Geçici görevli olarak Ülkemize bir iş için gönderilen ve geldikleri ülkelerde sosyal güvenliklerinin sağlandığını belgelemeleri nedeniyle sigortalı sayılmayan sözleşmesiz ülkelere gelen yabancı uyruklular üç ay, sözleşmeli ülkelere gelenler ise sözleşmede öngörülen sürelerin bitim tarihinden itibaren⁶⁷⁵ 4/a kapsamında sigortalı sayılmıştır⁶⁷⁶.

Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği’nin 10. maddesi birinci fıkrasının (d) bendi gereğince, 2 Mart 2011 tarihinden itibaren yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye’ye bir iş için en fazla üç ay süreyle gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi çalıştığını ya da kendi çalışmalarından dolayı aylık aldığını belgeleyen kişiler, sigortalı sayılmayacaklar, ancak üç aydan fazla süre için çalışma izni alınan sigortalılar, işe başlama tarihinden sonra geçen üçüncü ayın bitiminden itibaren sigortalı olacaklardır.

Türkiye ile ikili ya da çok taraflı sosyal güvenlik sözleşmeleri imzalayan ülke vatandaşlarından geldiği ülkenin sosyal güvenlik kurumu tarafından, kendi ülkesinin mevzuat hükümlerine göre sosyal güvenliklerinin sağlandığına ilişkin sözleşmelerle belirlenmiş formüllerini SGK’ya ibraz eden sigortalılar, ilgili ülke ile Türkiye arasında imzalanmış olan sosyal güvenlik sözleşmesinde öngörülen süre ve bu süreye ilave edilecek ek süre (uzatma) kadar sigortalı sayılmayacaktır. Yine ilk görevlendirme süreleri dolduktan sonra işin uzaması durumunda geçici görevin uzatılması talebinin sigortalı veya işverence sözleşmeli ülkenin sosyal sigorta kurumuna iletilmesi ve bu kurumunda uygun bulması halinde, bu talep SGK tarafından kabul edilerek uzatma süresince de Türkiye’de sigortalı sayılmamaya devam edilecektir. Dolayısıyla bu kişiler formüller çıkartmak suretiyle sağlık yardımlarını alacak, sağlık yardımını sağlayan SGK ise sözleşmeli ülke ile mahsuplaşma yaparak sağlık masraflarını taraf ülkeden tahsil edecektir.

e) Çiftçi Mallarının Korunması Hakkındaki Kanuna Göre Çalıştırılanlar

⁶⁷⁵ 2 Mart 2011 tarihli ve 27862 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği’nde yapılan değişiklik sonrası sözleşmesiz ülkelere gelenler için 3 ay diğerleri için sözleşme süresi kadar muafiyet öngörülmüştür.

⁶⁷⁶ Sözleşme yapılan ülkelerle ilgili muafiyet süreleri için bkz.; Beyazıt ABLAY, “Yabancı Uyrukluların Sosyal Güvenlik Kapsamı”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:330, (Şubat-2012), s. 202.

4081 sayılı Kanun gereğince köy sınırları içinde ya da şehir ve kasaba haricinde olup, belediye hududu içinde veya dışında, zirai üretim yapılan yerlerde, köylerde ihtiyar meclisi, diğer yerlerde koruma meclisi tarafından seçilerek valilik veya kaymakamlık onayına sunulmak suretiyle çalıştırılan koruma bekçileri 5510 sayılı Kanun gereği, 4/a kapsamında sigortalı sayılmıştır.

f) Diplomatik Temsilciliklerde Çalışanlar

Türkiye’de ikamet etmekte iken diplomatik temsilciliklerde diğer bir ifade ile yabancı devletler tarafından Türkiye’de temsil edilen büyükelçilikler, elçilikler, konsolosluklar ve ataşeliklerde çalışan Türk vatandaşlarından iş/hizmet akdine tabi çalışan ve çalıştığı büyükelçilik, elçilik, konsolosluk ve ataşeliklerin tabi olduğu ülkenin sosyal sigorta kurumuna tabi olmayan kişiler 4/a kapsamında sigortalı sayılacaktır. Büyükelçilik, konsolosluk mensuplarının özel hizmetlerinde çalıştırılan yabancı uyruklulardan, gönderen devlet tarafından sigortalı olduğunu belgeleyemeyen de 4/a kapsamında sigortalı olacaktır.

Diplomatik dokunulmazlığı bulunmayan yabancı kuruluşlar ile dini kuruluşlarda (havra, patrikhane, kilise gibi) işverenlerle aralarında hizmet akdi bulunmak şartıyla çalışan Türk personeller 5510 sayılı Kanunun m.4/1 (a) hükmü gereği sigortalı sayılacaktır. Büyükelçilik veya konsolosluk mensuplarının özel hizmetlerinde çalıştırılanlardan yabancı ülkelerden sigortalılıklarını belgeleyemeyenler ile Türkiye’de ikamet etmekte iken Büyükelçilik veya konsolosluk mensuplarının özel hizmetlerinde çalıştırılan Türk vatandaşları, çalışma biçimi iş/hizmet akdine tabi çalışma sayıldığından zorunlu sigortalı sayılmaktadır.

g) Kamu İdarelerinde Ders Ücreti Karşılığı Görev Yapanlar-Usta Öğreticiler

5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin ikinci fıkrasının (f) bendine göre, Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) tarafından düzenlenen kurslarda usta öğretici olarak çalıştırılanlar ile kamuya ait işyerlerinde ders ücreti karşılığı görev yapanlar 4/a kapsamında sigortalı sayılmaktadır. MEB’e bağlı her derece ve türdeki örgün ve yaygın eğitim kurumlarında ek ders ücreti karşılığında uzman ve usta öğretici olarak çalıştırılanlar ile 657 sayılı Kanunun 89. maddesine göre her derecedeki eğitim ve öğretim kurumları ile üniversite ve akademi, okul, kurs veya yaygın eğitim yapan kurumlarda ve benzeri kuruluşlarda öğretmen veya öğretim üyesi bulunmaması halinde ücret ile ek ders görevi verilenlerden 4/c kapsamına sigortalı sayılmayanlar 4/a kapsamında sigortalı sayılmaktadır.

h) 506 Sayılı Kanun'un Geçici 20. Madde Sandıklarına Tabi Olanlar

5510 sayılı Kanunun geçici 20. maddesinde; 506 sayılı Kanunun geçici 20. maddesi kapsamındaki bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların teşkil ettikleri birlikler personeli için kurulmuş bulunan sandıkların iştirakçileri ile aylık veya gelir bağlanmış olanlar ile bunların hak sahipleri herhangi bir işleme gerek kalmaksızın bu maddenin yayımı tarihinden itibaren üç yıl içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilerek bu Kanun kapsamına alınacağı öngörülmekle birlikte bu üç yıllık sürenin Bakanlar Kurulu kararı ile en fazla iki yıl daha uzatılacağı hüküm altına alınmış ve devrin gerçekleşmesi Bakanlar Kurulu Kararı ile 8 Mayıs 2013 tarihine ertelenmiştir⁶⁷⁷.

Devir işlemi tamamlanıncaya kadar, sandık iştirakçileri, sandıktan aylık ve gelir alanlar ile bunların hak sahiplerinin sağlık ve sosyal sigorta yardımlarının sağlanması ile primlerinin tahsil edilmesine, ilgili sandık mevzuat hükümlerine göre sandıklarca ve sandık iştirakçilerini istihdam eden kuruluşlarca devam edilecek, devrin gerçekleşmesiyle birlikte sandık iştirakçileri 5510 sayılı Kanunun 4. Maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılacaklardır⁶⁷⁸.

ı) Tarım Veya Orman İşlerinde Hizmet Akdiyle Süreksiz Olarak Çalışanlar

6111 sayılı Kanunun 51. maddesi ile 5510 sayılı Kanuna eklenen Ek-5. madde uyarınca kamu idareleri hariç olmak üzere tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanlar da 4/a kapsamında sigortalı sayılmakta ve Ek-5. madde kapsamında sigortalılıkları başlatılanlar da doğrudan genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

5510 sayılı Kanunun Ek-5.maddesi kapsamında sigortalı sayılabilmek için kişinin zorunlu sigortalı olmaması, 5510 sayılı Kanunun 50. Maddesi kapsamında; isteğe bağlı sigortalı veya 5434 sayılı Kanun kapsamında isteğe bağlı iştirakçisi olmaması, 506 sayılı Kanunun geçici 20. maddesi kapsamında çalışmaması, kendi sigortalılıklarından dolayı gelir veya aylık almaması, 2925 sayılı Kanuna göre sigortalı sayılmaması ve 18 yaşını tamamlamış olması gerekmektedir. Bu şartları sağlayanlardan, tarım işlerinde hizmet akdiyle süreksiz çalışanlara ait giriş bildirgesini ikametlerinin bağlı bulunduğu muhtarlık ile ikamet ettikleri

⁶⁷⁷ 6283 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 4. maddesi ile 5510 sayılı Kanunun geçici 20. maddesindeki "iki yıl" ibaresi dört yıla çıkarıldığı için devir tarihi 8 Mayıs 2015 tarihine ötelenmiştir. R.G., 8.3.2012, 28227.

⁶⁷⁸ Devre konu 2011/1559 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı, 9 Nisan 2011 tarih 27900 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.

veya çalıştıkları il ya da ilçede bulunan tarım müdürlüklerine onaylatıp, ikametlerinin bağlı olduğu veya çalıştıkları SGK birimlerine verenlerin sigortalılıkları SGK'ya müracaat ettikleri tarih itibariyle başlatılacak dolayısıyla bunlar aynı zamanda genel sağlık sigortalısı olacaktır.

j) Ticari Taksi, Dolmuş Ve Şehir İçi Toplu Taşıma Araçlarında Çalışanlar

Ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma araçlarında çalıştırılan şoförlerin⁶⁷⁹ sigortalılığı konusuna açıklık getirmeden önce bu kişileri yanında çalıştıran araç sahiplerinin sigortalılığının nasıl sağlandığı konusuna açıklık getirilmesi faydalı olacaktır. Söz konusu araç sahipleri gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olmaları nedeniyle 5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (1) numaralı alt bendi uyarınca sigortalı sayılmışlardır.⁶⁸⁰ Bu kişilerin sigortalılığı ise gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi oldukları tarih itibariyle başlar ve bu tarih vergi dairelerince sigortalı işe giriş bildirgesi düzenlenerek onbeş gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumu'na bildirilir.⁶⁸¹ Sistem içerisinde sigortalılığın sağlanması için araç sahiplerinin kendilerini bildirmeleri aranmadığından bu kişilerin sosyal güvenlik kapsamı dışında kalmaları söz konusu olmamaktadır. Bu anlamda ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma araçlarının sahiplerinin sosyal güvenliklerinin tam olarak sağlandığı söylenebilir.

Ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde kısmı süreli iş sözleşmesi ile bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştıkları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişilerin sigortalılıkları, 6111 sayılı Kanunun 51. maddesi ile 5510 sayılı Kanuna eklenen Ek-6. madde gereği kendileri tarafından 30 gün üzerinden prim ödemeleri suretiyle sağlanacaktır (5510 sK. m.Ek-6/I).

5510 sayılı Kanunun Ek-6. maddesi kapsamına, ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde kısmı süreli iş sözleşmesi ile çalıştırılanlardan ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişiler girmektedir. Bu anlamda bahsi geçen araçlarda tam süreli çalışanların ya da kısmi süreli çalışmakla birlikte ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan

⁶⁷⁹ Dolmuş, Otobüs ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma araçlarında çalışan ancak şoförlük yerine para toplama gibi yardımcı işleri yapanlara da rastlanmaktadır. Bunlar da 5510 sayılı Kanunun Ek-6. maddesi kapsamında sigortalı sayılmaktadır.

⁶⁸⁰ Müjdat ŞAKAR, "Taksi, Dolmuş ve Minibüs Şoförlerinin Sigortalılığı", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:222, (Haziran 2011), s.139.

⁶⁸¹ A. Can TUNCAY/Ömer EKMEKÇİ. **Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları**, 2.b., Legal Yayınevi, İstanbul, 2009, s.190.

çalışma gün sayısı 10 günden⁶⁸² daha fazla olanların bu düzenlemeden faydalanabilmeleri olanaksızdır⁶⁸³.

Kanun kapsamına gireceklerde aranan koşul kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışılmasıdır. Ancak gerek 4857 sayılı İş Kanunu gerekse 5510 sayılı Kanunun 80. maddesi gereği, geçerli bir kısmi süreli çalışmanın varlığından bahsedebilmek için hizmet akdinin yazılı olarak yapılmış olma şartı aranmaktadır.⁶⁸⁴ Bu anlamda kanun kapsamından yararlanmak isteyen sigortalıların kısmi süreli iş sözleşmelerini yazılı olarak yapmaları gerekecektir. Zira kısmi süreli çalışıldığı ileri sürülse dahi yazılı bir kısmi süreli iş sözleşmesi ibraz edilemediği takdirde bu düzenlemeden yararlanmak mümkün olmayabilir.⁶⁸⁵

Kanun kapsamına alınan bu kişilerin sigorta hak ve yükümlülükleri; kendilerince veya kendilerini çalıştıranlar ya da bunların bağlı oldukları meslek odalarınca bildirim Kuruma yapıldığı tarihten itibaren başlayacaktır. Kapsamdaki sigortalılar hakkında malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası ve istekleri halinde işsizlik sigortası hükümleri uygulanacaktır. Bu madde kapsamında ödenen sigorta primleri ise 5510 sayılı Kanunun 4/a kapsamında ödenmiş sayılacaktır. Belirtmeliyiz ki, bu kapsamdaki sigortalıların işsizlik sigortasına tabi olmayı kendilerinin istemeleri halinde % 3 oranındaki işsizlik sigortası primini ait olduğu ayı takip eden ayın sonuna kadar ödemeleri gerekmektedir. İşsizlik sigortası priminin ait olduğu ayı takip eden ay sonuna kadar ödenmemesi durumunda, o aya ait işsizlik sigortası primini ödeme hakkı düşecektir.

Bu kapsamdaki sigortalılar hakkında, genel sağlık sigortası hükümleri uygulanacağından kendileri ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler SGK'nın sunduğu sağlık hizmetlerinden faydalanabilecektir. Bu sigortalıların kendilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için sağlık hizmet sunucusuna başvurdukları tarihte 6183 sayılı Kanunun 48. maddesine göre tecil ve taksitlendirilerek tecil

⁶⁸² Kısmi süreli çalışanların çalışma gün sayıları, ay içinde çalışılan toplam gün sayısının günlük çalışma saati olan 7,5'e bölünmesi suretiyle hesaplanmaktadır. Bu nedenle kanun kapsamına girebilmek için ay içinde toplam 75 saatten fazla çalışılmamış olması gerekmektedir

⁶⁸³ Erden ÇAKAR/Mustafa YILMAZ, "Şoförlerin Sosyal Güvenliği" **Yaklaşım Dergisi**, Sayı: 217 (Ocak-2011), s.252.

⁶⁸⁴ Müjdat ŞAKAR, **İş Kanunu Yorumu**, Yenilenmiş 4.b., Yaklaşım Yayıncılık, Ankara, 2009, s.178.

⁶⁸⁵ Bu kapsamda sigortalı sayılanların tescilinin yapılması için istenen belgelerden bir tanesi de kısmi süreli iş sözleşmesidir. Ayrıntılı bilgi için bkz. SGK'nın 5 Nisan 2011 tarih 2011/36 sayılı Genelgesi.

ve taksitlendirmesi devam eden borçları dışında 60 günden fazla prim ve prime ilişkin borçlarının olmaması gerekmektedir.⁶⁸⁶

2. Bağımsız Çalışanlar İle Köy ve Mahalle Muhtarları

5510 sayılı Kanun m. 60'a göre, m.4/I (b) kapsamında sayılanlar doğrudan genel sağlık sigortalısı olmaktadır. Kanunun m. 4/I (b) kapsamında sayılanlar ise;

Köy ve mahalle muhtarı seçilenler ile hizmet akdine bağlı olarak bir başka işveren yanında çalışanlar hariç olmak üzere kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan;

Ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar (4/1-b1),

Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar (4/1-b2),

Kolektif şirketlerin ortakları, limitet şirketlerin ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, adi komandit şirketlerin komandite ve komanditer ortakları, donatma iştirakleri ortakları, anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları (4/1-b3),

Tarımsal faaliyette bulunanlar (4/1-b4),

10/7/1953 tarihli ve 6132 sayılı "At Yarışları Hakkında Kanun"a tabi jokey ve antrenörlerdir.

5510 sayılı Kanun, 6132 sayılı At Yarışları Hakkında Kanuna tabi jokey ve antrenörleri 4/b kapsamında sigortalı saymış, daha önce 4/b kapsamında sigortalı sayılan anonim şirketlerin kurucu ortaklarını ise sigortalı saymamıştır. Ancak daha önce 1479 sayılı kanunun 24. maddesine tabi olarak sigortalı sayılan anonim şirketlerin kurucu ortaklarının 4/b kapsamındaki sigortalılıklarını devam ettirmek istemelerine izin vermiştir.⁶⁸⁷ 5510 sayılı kanunun yürürlük tarihi olan 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren 6 ay içinde yazılı talepte bulunan anonim şirketlerin kurucu ortaklarının sigortalılıkları devam ettirilmiştir. Bu süre içerisinde talebi olmayan diğer bir ifade ile 31 Mart 2009 tarihine kadar sigortalılığın devamı

⁶⁸⁶ Bekir HANÇER, "Prim Borcu Bulunan Kendi Nam ve Hesabına Çalışan (4/b) Sigortalılarının Sağlık Hizmetlerinden Yararlanabilmesinin Usul ve Esasları," **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:217, (Ocak-2011), s.234.

⁶⁸⁷ Bu düzenleme yapılmaya dahi kişiler isteğe bağlı sigortalı olmak suretiyle sigortalılığını devam ettirebilecektir.

yönünde talepte bulunmayan anonim şirket kurucu ortaklarının sigortalılıkları ise 1 Ekim 2008 itibarıyla sona erdirilmiştir.

a) Köy ve Mahalle Muhtarları

5510 sayılı Kanun gereğince, 5510 sayılı Kanununun 4. maddesi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirecek bir çalışması bulunmayan veya Sosyal Güvenlik Kurumundan gelir ya da aylık almayan köy ve mahalle muhtarları 4/b kapsamında sigortalı sayılmıştır. Köy ve mahalle muhtarlarının sigortalılıkları, seçildikleri tarihten itibaren başlatılmaktadır.

b) Basit ya da Gerçek Usulde Gelir Vergisi Mükellefi Olanlar

193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'na göre ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar vergi mükellefiyetlerinin başladıkları tarihten itibaren zorunlu olarak 4/b kapsamında sigortalı sayılmaktadır. 1 Ekim 2008 tarihinden önce basit ya da gerçek usulde gelir vergisi mükellefi olmakla birlikte 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren altı ay içinde 4/b kapsamında sigortalılık tescili yaptırmayanların 4/b kapsamındaki sigortalılıkları 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren başlatılmaktadır.

c) Gelir Vergisinden Muaf Olmakla Birlikte Esnaf ve Sanatkâr Siciline Kayıt

Yaptıranlar

5510 sayılı Kanununun 4. maddesi birinci fıkrası b bendinin (2) numaralı alt bendine göre, 193 sayılı Kanununun 9. maddesinde yer alan mesleki faaliyetleri nedeniyle vergiden muaf sayılarak 5362 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar Meslek Kuruluşları Kanununa göre esnaf ve sanatkâr siciline kayıt yaptıran kişiler zorunlu olarak 4/b kapsamında sigortalı sayılmıştır. Bunların sigortalılıkları esnaf ve sanatkâr sicil müdürlüklerine kayıtlı oldukları tarihten itibaren başlatılacaktır.

Gelir vergisinden muaf olup, Kanununun 6. maddesinin birinci fıkrasının (k) bendine göre, esnaf ve sanatkârlar odaları birliklerine kayıtlı olmakla birlikte "Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği" ekinde yer alan "Sigortalılık Muafiyet Belgesi" ile aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyetine ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu (brüt asgari ücret) belgeleyenler sigortalı sayılmayacaktır.

d) Şirket Ortaklarının Genel Sağlık Sigortalılığı

5510 sayılı Kanunun 4. Maddesi birinci fıkrası b bendinin (3) numaralı alt bendine göre, anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin tüm ortakları zorunlu olarak 4/b kapsamında sigortalı sayılmaktadır.

aa. Limitet Şirket Ortakları

5510 sayılı Kanunun 4. Maddesi birinci fıkrası b bendinin (3) numaralı alt bendine göre, limitet şirket ortakları zorunlu sigortalı sayılmışlardır. Limited şirket ortaklarının sigortalılığı şirketin ticaret sicil memurluklarınca tescil edildikleri tarihten itibaren başlatılacak, ticaret sicil memurlukları bu kişileri tescil edildikleri tarihten itibaren onbeş gün içinde SGK'ya bildirecek ve SGK tescil işlemlerini gerçekleştirecektir.

Limited şirket ortaklarından hisse almış olanların diğer bir ifade ile bir limitet şirkete sonradan ortak olan kişilerin sigortalılıkları, devrin yapılmasına ortaklar kurulunca karar verildiği tarihten itibaren başlayacaktır. Limitet şirketten hisse alan yeni ortakların sigortalılık tescilleri için ortaklar kurulu kararının, hisse devrine ilişkin tanzim edilen noter devir sözleşmesinin ve hisse devrinin işlendiği pay defterinin birer suretinin veya hisse devri ticaret sicil memurluğunca tescil ve ilan edilmiş ise şirket tüzel kişiliğinin, ticaret sicil gazetesinin ilan edildiği gazetenin bir suretini SGK'ya ibraz etmesi gerekecektir.

bb. Anonim Şirket Ortaklarından Yönetim Kurulu Üyeliğine Seçilenler

5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 1 Ekim 2008 tarihinden önce 1479 sayılı Kanunun 24. Maddesi gereği anonim şirketlerin kurucu ortakları ve yönetim kurulu üyesi olan ortakları sigortalı sayılmakta iken, 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları yönetim kuruluna seçildikleri tarihten itibaren sigortalı sayılmaktadır. Anonim şirketlerde ortak olmamakla birlikte yönetim kurulu üyeliğine seçilenlerle yönetim kurulu üyeliğine seçilmemekle birlikte ortak ya da kurucu ortak olanlar 4/b kapsamında değil 4/a kapsamında sigortalı sayılacak, bu nitelikteki çalışma biçimi iş/hizmet akdi olarak değerlendirilecektir.

cc. Kolektif Şirket Ortakları

5510 sayılı Kanun gereği, 4/b kapsamında sigortalı sayılan kolektif şirket ortaklarının sigortalıkları vergi mükellefiyetlerinin başladıkları tarihten itibaren başlayacaktır.

dd. Adi Komandit Şirketlerin Komandite ve Komanditer Ortakları

5510 sayılı Kanun gereği, adi komandit şirketlerin komandite ve komanditer ortakları 4/b kapsamında sigortalı sayılmışlardır. Adi komandit şirketlerin komandite ve komanditer ortaklarının sigortalılıkları vergi mükellefiyetinin tesis edildiği tarihte başlayacaktır.

ee. Donatma İştiraki Ortakları

Vergi mükellefi olma zorunluluğu bulunan donatma iştiraki ortakları 5510 sayılı Kanun gereği 4/b kapsamında sigortalı sayılmış, donatma iştiraki ortaklarının sigortalılıklarının kollektif şirket ortaklarında olduğu gibi vergi mükellefiyetlerinin başladığı tarih itibariyle başlatılacağına hükmedilmiştir.

ff. Sermayesi Paylara Bölünmüş Komandit Şirketin Komandite Ortakları

5510 sayılı Kanununun 4. Maddesi birinci fıkrası b bendinin (3) numaralı alt bendi gereği komandit şirketlerin sadece komandite ortakları 4/b kapsamında sigortalı sayılmış, komanditer ortak sosyal sigorta kapsamı dışında tutulmuştur. Sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortaklarının sigortalılığı; şirketin ticaret sicil memurluklarınca tescil edildikleri tarihte başlamaktadır.

e) Tarımsal Faaliyette Bulunanlar

5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 1 Ekim 2008 tarihi itibariyle 2926 sayılı Kanun yürürlükten kaldırılmış, 2926 sayılı Kanuna tabi sigortalı olanların hak ve yükümlülüklerinin 5510 sayılı Kanununun 4. Maddesi birinci fıkrası (b) bendinin (4) numaralı alt bendi kapsamında devam ettirileceği hüküm altına alınmıştır. 1 Ekim 2008 tarihinden önce tarımsal faaliyette bulunduğu için ilgili ziraat odaları ya da tarım il-ilçe müdürlüklerine kayıtlı olanlardan bu faaliyetlerini 1 Ekim 2008 tarihinden sonrasında da sürdürenler 1 Ekim 2008 tarihi itibariyle 4/b kapsamında sigortalı sayılacak, ilk defa 1 Ekim 2008 tarihinden sonra

tarımsal faaliyete başlayanların sigortalılıkları ise tarımsal faaliyete başladığı tarihte tescil edilecektir⁶⁸⁸.

5510 sayılı Kanunun 4. maddenin birinci fıkrasının (b) bendinin (4) numaralı alt bendi gereğince 18 yaşını doldurmamış olanlar sigortalı sayılmadıklarından tarımsal faaliyete 18 yaşını tamamlamadan başlayanların sigortalılıkları, 18 yaşını doldurdukları tarihte başlatılacaktır. 1 Ekim 2008 tarihinden önce 2926 sayılı Kanun kapsamında tarımsal faaliyette bulunanların sigortalılıkları, 18 yaşını doldurdukları tarihi takip eden yılbaşından itibaren başlatılmakla birlikte 1 Ekim 2008 tarihinden önce sigortalılıkları başlatılmayan ve 1 Ekim 2008 tarihinden önce 18 yaşını tamamlayanların sigortalılıkları 1 Ekim 2008 tarihinde başlayacaktır.

Kamu idarelerinde ve 5510 sayılı Kanunun Ek-5. maddesi kapsamında sayılanlar hariç olmak üzere, tarım işlerinde veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler ile 65 yaşını dolduranlardan talepte bulunanlar sigortalı sayılmayacaktır⁶⁸⁹.

f) 6132 sayılı At Yarışları Hakkında Kanuna Tabi Jokey ve Antrenörler

6132 sayılı At Yarışları Hakkında Kanuna tabi jokey ve antrenörler 5510 sayılı Kanunun 4. maddenin ikinci fıkrasının (h) bendi gereği 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren 4/b kapsamında sigortalı sayılmıştır. Jokey ve antrenörlerin sigortalılıkları lisans belgesine istinaden fiilen çalışmaya başladıkları tarihten başlar. Türkiye Jokey Kulübü tarafından lisans belgesinin onaylanması fiili çalışmanın başlaması anlamına gelmektedir. Türkiye Jokey Kulübü lisans verdiği jokey ve antrenörleri bir ay içerisinde SGK'ya bildirmektedir ki; bu kişiler öncesinde de il/ilçe tarım müdürlüklerine ayrıca kayıt olmaktadır.

⁶⁸⁸ 5510 sayılı Kanun gereği tarımsal faaliyette bulunanların sigortalılıkları, bağlı oldukları ziraat odalarınca, ziraat odalarının bulunmadığı yerlerde ise tarım il/ilçe müdürlüklerince veya kendilerince bir yıl içinde bildirilmesi halinde odaya kaydedildikleri tarihten, bu süre içinde bildirilmemesi halinde ise bildirim SGK'ya yapıldığı tarihten itibaren başlatılacaktır.

⁶⁸⁹ Yıllık ortalama kazancının 12'ye bölümü sonucu aylık kazancının brüt asgari ücretin altında olduğunu muafiyet belgesi ile belgeleyenlerin 4/b kapsamındaki sigortalılıkları talep tarihi itibarıyla sona erdirilmektedir.

3. Kamu İdarelerinde Çalışanlar (Devlet Memurları ve Sözleşmeli Çalışanlar)

Hizmet akdine tabi olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp, ilgili mevzuatında 5510 sayılı Kanunun 4/a kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olan kamu çalışanları (657 sK, m.4/a-b.'liler) ile sözleşmeli olarak çalışıp ilgili mevzuatında 5510 sayılı Kanunun 4/a kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar (657, m.4/c'liler) ve 657 sayılı Kanunun 86. maddesi uyarınca açıktan vekil atananlar, 5510 sayılı Kanunun 4 maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayılmaktadır.

İş sözleşmesiyle çalışanlarda olduğu gibi kamu idarelerinde çalışanlar açısından da doğrudan 4/c kapsamında sigortalı olacağı belirtilmemekle birlikte belirli grupların 4/c kapsamındaki sigortalılar gibi değerlendirileceği ifade edilmektedir. Bunlar;

-Kuruluş ve personel kanunları veya diğer kanunlar gereğince seçimle veya atama yoluyla kamu idarelerinde göreve gelenlerden; bu görevleri sebebiyle kendilerine ilgili kanunlarında Devlet memurları gibi emeklilik hakkı tanınmış olanlardan hizmet akdi ile çalışmayanlar,

-Başbakan, bakanlar, Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri, belediye başkanları, il encümeninin seçimle gelen üyeleri,

-5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendine tabi sigortalı iken aynı kapsamdaki kişilerin kurduğu sendikalar ve konfederasyonları ile sendika şubelerinin başkanlıkları ve yönetim kurullarına seçilenlerden aylıksız izne ayrılanlar (memur sendikalarının şube başkanları, üst yöneticileri),

-Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askeri öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar,

-Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerdir.

Ancak, askeri ve polis okullarını tamamlamadan bu okullardan ayrılan ya da ilişiği kesilenlerle öğrenimlerini tamamlamalarına rağmen görevlerine başlamadan ayrılanların,

okullarda geçen eğitim süreleri daha sonra sigortalılık sürelerinden sayılmamakla birlikte 5510 sayılı Kanundaki bu ayırık düzenleme kişilerin öğrenim gördükleri dönemde genel sağlık sigortalısı olmalarını etkilemez.

4. Sosyal Güvenlik Kanunlarına Göre Gelir veya Aylık Alanlar

5510 sayılı Kanuna göre, bu Kanundan önce yürürlükte bulunan diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında gelir veya aylık alanlar ile ilk defa 5510 sayılı Kanun kapsamında gelir ya da aylık bağlanmış kişiler genel sağlık sigortalısı sayılmıştır. 5510 sayılı Kanunun 3. maddesi on altıncı fıkrasına göre, gelir, iş kazası veya meslek hastalığı halinde sigortalıya veya sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine yapılan ödemeyi, on yedinci fıkrasına göre ise aylık, malûllük, vazife malullüğü, yaşlılık ve ölüm sigortala kollarından yapılan sürekli ödemeyi ifade etmektedir.

5. İsteğe Bağlı Sigortalılar

5510 sayılı Kanunun 60.maddesi birinci fıkrası (b) bendi gereği, isteğe bağlı sigortalılar genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. 5510 sayılı Kanunun isteğe bağlı sigortayı düzenleyen 50. maddesi kapsamında isteğe bağlı sigortalılık yoluyla sigortalı olmayı tercih edenler aynı zamanda zorunlu olarak genel sağlık sigortalısı olacaklardır. İsteğe bağlı sigorta, kişilerin prim ödemek suretiyle uzun vadeli sigorta kollarına ve genel sağlık sigortasına tâbi olmalarını sağlayan sigortadır⁶⁹⁰. Ancak isteğe bağlı sigortalıların genel sağlık sigortasından yararlanma konusunda bir seçim hakları bulunmamaktadır. Zira isteğe bağlı sigortalı olmak bireyleri zorunlu olarak genel sağlık sigortalısı haline getirmektedir⁶⁹¹.

5510 sayılı Kanunda düzenlenen isteğe bağlı sigortalılık uzun vadeli sigorta kolları ile genel sağlık sigortasından oluşmaktadır. 5510 sayılı Kanundan önce uygulandığı biçimde isteğe bağlı sigortalının bakmakla yükümlü tutulduğu kişi üzerinden sağlık yardımı alması nedeniyle, sağlık sigortası priminden muaf olması 5510 sayılı Kanunla ortadan kaldırılmıştır.⁶⁹² Kanunun 52. maddesine göre, isteğe bağlı sigortalı olanlar, bakmakla yükümlü olunan kişi dahi olsalar, genel sağlık sigortalısı olmak ve genel sağlık sigortası primini ödemekle yükümlü tutulmuştur.

⁶⁹⁰ ŞAKAR, Sosyal Sigortalar Uygulaması, s.107.

⁶⁹¹ BOSTANCI, s.179.

⁶⁹² Levent AKIN, "Tek Çatı Öncesi ve Sonrasında İsteğe Bağlı Sigortalılık", **MESS Mercek**, Yıl:11, Sayı:43, (Temmuz 2006), s.174.

6. Yabancı Ülke Vatandaşları

Türk vatandaşı olmayan ya da daha önce Türk vatandaşı olmakla birlikte sonradan çeşitli nedenlerle Türk vatandaşlığından çıkmış ya da çıkarılmış olmakla birlikte Türkiye'den oturma izni alarak ikamet eden kişiler vatandaşı olduğu ülke ya da bir başka ülke tarafından sosyal güvenceye sahip değilse zorunlu olarak genel sağlık sigortası kapsamına girecektir.

a) Oturma İzni Almış Yabancı Ülke Vatandaşları

Türkiye'de kesintisiz bir yıllık ikamet süresini dolduran yabancılar, ilgili ülke kapsamında genel sağlık sigortası uygulaması yönünden sosyal güvenceye sahip değilse bir yıllık sürenin dolduğu tarihten itibaren diğer bir ifade ile Türkiye'de bir yıllık yerleşim şartını sağladıktan itibaren Kanunun 60/d bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılacaktır. Genel sağlık sigortasındaki zorunluluk ilkesi yabancı uyruklu kişiler içinde geçerlidir. Ancak oturma izni almaksızın kaçak yollarla Türkiye'ye giriş yapmış yabancı uyruklu kişiler bir yıldan daha uzun bir süre Türkiye'de ikamet etse dahi genel sağlık sigortalısı olması mümkün olmayacaktır.

b) Yabancı Uyruklu Öğrenciler

6111 sayılı Kanunun 34. maddesi ile 5510 sayılı Kanunun 60. maddesine eklenen yedinci fıkra ile kamu idareleri, kanunla kurulan kurum ve kuruluşlar, kamu yararına faaliyet gösteren dernekler ile vergi muafiyeti tanınan vakıflar tarafından tam burs sağlanan ve Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından ayrılan kontenjanlar dâhilinde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler hariç olmak üzere, 2547 sayılı YÖK Kanununa göre üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler, 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkranın (d) bendinde belirtilen bir yıldan fazla ikamet şartı aranmadan yükseköğrenimleri devam ettiği sürece genel sağlık sigortalısı sayılmıştır.

Yeni düzenlemenin yürürlük tarihinin 1 Mart 2011 olması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılan yabancı uyruklu öğrenciler 1 Mart 2011 tarihinden önce yükseköğrenim görmeye başlamışlarsa öğrenim gördükleri üniversiteler tarafından SGK'ya elektronik ortamda genel sağlık sigortası bildirimleri yapılacak ve yabancı uyruklu öğrenciler 1 Mart 2011 tarihinden itibaren genel sağlık sigortalısı sayılacaktır.

c) Türk Vatandaşlığından Çıkmış Olanlar

5901 sayılı Türk Vatandaşlığı Kanununun 28. maddesi uyarınca Türk vatandaşlığından çıkarılanlar için bir yıllık ikamet etme şartı aranmayacak, bunların sağlık ihtiyaçları başka bir ülke sosyal güvenlik kuruluşu tarafından sağlanmıyor ise sağlık yardımı alabilmeleri adına gelir testine tabi tutularak Kanununun 60.maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilecektir.

Türk vatandaşlığından ayrılmış olan ancak anne ya da babasının Türk vatandaşlığı devam eden üniversite öğrencileri ise genel sağlık sigortalısı değil, genel sağlık sigortalısının hak sahibi statüsünde değerlendirilecektir. Dolayısıyla anne ya da babaları zorunlu sigortalılık, gelir ya da aylık alma ya da diğer nedenlerle genel sağlık sigortalısı statüsünde olan Türk vatandaşlığından çıkan öğrenciler genel sağlık sigortalısı değil genel sağlık sigortalısının hak sahibidir. Dolayısıyla bu durumdaki kişilerin sağlık yardımları anne veya babaları üzerinden sağlanacaktır.

7. İşsizlik Ödeneği veya Kısa Çalışma Ödeneği Alanlar

Bir işyerinde çalışırken, çalışma istek, yetenek, sağlık ve yeterliliğinde olmasına rağmen, herhangi bir kasıt ve kusuru olmaksızın işini kaybettiği için 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereği işsizlik ödeneği almaya hak kazanan kişiler aynı zamanda genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. 4447 sayılı Kanun uyarınca, genel ekonomik kriz veya zorlayıcı sebeplerle işyerindeki haftalık çalışma sürelerinin geçici olarak en az dört hafta süreyle önemli ölçüde azaltılması veya kısmen geçici olarak durdurulması sonucu 4857 sayılı İş Kanununun 65. maddesi gereği kısa çalışma ödeneği alanlar da genel sağlık sigortalısı sayılmıştır.

8. Primleri Devlet Tarafından Ödenenler

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulacak sağlık yardımlarından yararlanmak için genel sağlık sigortalısının primlerin finansmanına katılması esas olmakla birlikte, çeşitli kanunlar kapsamında aylık bağlanmış olanlarla aile içindeki kişi başına düşen geliri asgari ücretin üçte birinden az olan diğer bir ifade ile ekonomik bakımdan zayıf olan kişilerin prim ödeme yükümlülükleri bulunmamaktadır.

a) Geliri Asgari Ücretin 1/3'ünden Az Olanlar

5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin 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 güvencesi bulunmayan ve kanunun öngördüğü yöntemler çerçevesinde belirlenecek aile içindeki kişi başına düşen gelir payının aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşları Kanunun 60. maddesi birinci fıkrası (c) bendi (1) alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılacak ancak genel sağlık sigortası primleri Devlet tarafından ödenecektir. Aynı hane içinde yaşayan ve nüfus kayıtlarında yer alan eş, yaşlarına bakılmaksızın evli olmayan çocuk, anne ve babanın geliri bir bütün olarak değerlendirilecektir.

Bundan önce de 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun⁶⁹³ gereği düşük gelirli olduğu için Kanun kapsamına giren vatandaşlara öngörülen sağlık yardımlarından faydalanmaları için birer Yeşil Kart verilmekteydi⁶⁹⁴ (3186, m. 3).

Yeşil Kartla ilgili ilk çalışmalar 1991 yılında başlamış olmakla beraber temel hedef yeşil kart uygulamasını başlatmak değildir. Yeşil Kart, genel sağlık sigortasının bir parçası olarak ortaya çıkmıştır.⁶⁹⁵ Ancak bu arada, Yeşil Kartın sosyal güvenliğin yaygınlaştırılmasında önemli katkıları olmuştur. Yeşil Kartın, ilk olarak 24 Şubat - 5 Ağustos 1992 tarihleri arasında Ankara, Mardin, Muğla, Rize ve Kastamonu'nun bazı ilçelerini kapsayacak şekilde 5 ilde pilot uygulaması yapılmıştır. 5 Ağustos 1992 tarihinden itibaren ise tüm illerde uygulanmaya başlamıştır.

5510 sayılı Kanun gereği gerek daha önce Yeşil Kart alarak sağlık hizmetlerinden bedelsiz yararlanan gerekse Yeşil Kart almadığı için sosyal güvencesi olmayan Türk vatandaşları genel sağlık sigortasının yürürlüğe girdiği 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla genel

⁶⁹³ R.G., 03.07.1992, 21273.

⁶⁹⁴ 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, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak usul ve esasların belirlenmesidir (3816, m.1.).

⁶⁹⁵ ORAL, "Sağlık Güvencesi, s.399.

sağlık sigortalısı sayılacak ve yapılacak gelir testi sonucu kişi başına düşen gelirleri asgari ücretin üçte birinden az çıktığı takdirde finansmana katılmaksızın sağlık yardımlarını almaya hak kazanacaklardır. Ancak daha önce Yeşil Kart almış olanların gelir testi işlemleri vize süresi tamamlanana kadar yapılmayacaktır⁶⁹⁶.

Saraç'a göre, 5510 sayılı Kanunda yoksul sınıfına girmediği düşünülen kişi başına düşen aylık geliri asgari ücretin üçte biri ya da bunun üzerinde olanların her ay sağlık primi ödemek zorunda olması kalabalık ailesiyle kazancı geçimine yetmeyenler için bir yük haline gelecektir. O yüzden sınırın daha yukarıya çıkarılması, mümkünse asgari ücrete eşitlenmesi yerinde olacaktır⁶⁹⁷.

b) 2022 Sayılı Kanuna Göre Aylık Alanlar

Çalışamayacak derecede yaşlı ve yoksul durumda olan bu kişilere götürülen sosyal güvenlik hizmetinin derecesi, aynı zamanda ülkelerin ne derece sosyal refah devleti olabildiklerinin de önemli bir göstergesidir. Ülkemizde bu konudaki ilk ciddi adım, 1 Temmuz 1976 tarih ve 2022 sayılı⁶⁹⁸ 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ile atılmış ve kimsesiz, 65 yaşını doldurmuş veya malul Türk vatandaşlarına yardım eli uzatılmıştır⁶⁹⁹.

Bu kanunun yürürlüğe girdiği 1977 yılından itibaren 2022 sayılı Kanun kapsamına girenlere aylık bağlanmaktadır. 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık bağlanmasına ilişkin esaslar ilk önce 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik⁷⁰⁰ ile düzenlenmiş, daha sonra bu Yönetmelik, 2022 sayılı Kanun'un 4. maddesine dayanılarak hazırlanan ve 1 Temmuz 2006 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik⁷⁰¹ ile yürürlükten kaldırılmıştır. 2006 yılında yürürlüğe giren bu yönetmelikle eski yönetmelik hükümleri genişletilmiş özürlü ve muhtaç Türk vatandaşları da kanun kapsamına dâhil

⁶⁹⁶ Yeşil Kart, senelik vizeye tabi tutulmakta ve her sene vize yenilemesi yapılmaktaydı.

⁶⁹⁷ Coşkun SARAÇ, "Yeni Sosyal Güvenlik Yasası Reform Mu, Deform Mu?", **10. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi** içinde, Denizli, (23-25 Mayıs 2008), Türk-İş Yayınları, Ankara, 2009, s.54.; Sadece kalabalık aileler değil asıl sorun kişinin tek başına yaşamasında ortaya çıkacaktır. Zira asgari ücretin üçte biri oranında gelir elde eden, değil barınma ve giyim, yaşamak için yiyecek ihtiyacını bile karşılayamayabilecektir. Prim ödeyecekler için kazanç sınırının tek, iki ve daha üzerinde yaşayanlar olarak ayrı kategoride değerlendirilmesi daha isabetli olurdu.

⁶⁹⁸ R.G., 10.07.1976, 15642.

⁶⁹⁹ TUNCOMAĞ, s.79.

⁷⁰⁰ R.G., 06.01.1994, 21810.

⁷⁰¹ R.G., 20.06.2006, 26204.

edilmiştir. Son olarak bu yönetmelikte 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik⁷⁰² ile yürürlükten kaldırılmıştır.

2022 sayılı Kanunla, 65 yaşını doldurmuş, kendisine bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan, 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 buldukları sürece aylık bağlanmaktadır (2022, m.1).

1 Temmuz 2005 tarih 5378 sayılı Kanun'un 25.maddesi ile 2022 sayılı Kanuna ek 1. madde ilave edilmiştir.⁷⁰³ Yapılan bu son düzenlemeye göre 65 yaşını doldurmamış olmakla birlikte; tüm vücut fonksiyonlarını % 70 ve üzerinde kaybeden ve başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde özürlü olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayan, 18 yaşını doldurmuş özürlülerden; kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan ve her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının aylık ortalaması itibariyle 2022 sayılı Kanunun 1. maddesinde belirtilen 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 özürlülerden; kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan ve her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının aylık ortalaması itibariyle 2022 sayılı Kanunun 1. maddesinde belirtilen gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutardan daha az geliri olanlar,

Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının aylık ortalamasına göre bu kanunun (2022 sayılı Kanun) 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 özürlü yakını bulunanlara da 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık bağlanmaktadır.

⁷⁰² R.G., 06.11.2010, 27751.

⁷⁰³ R.G., 07.07.2005, 25868.

Herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan malûl olmaları sebebiyle yetim olarak aylık veya gelir alan çocuklardan, aylık ya da gelirleri özürülük derecelerine göre ödenecek olan aylık tutarından düşük olanlar, 2022 sayılı Kanun kapsamına alınmıştır. 2022 sayılı Kanunun 1 inci maddesinde gösterge rakamı 300 olarak belirlenmiştir. Ancak 2022 sayılı Kanunun 1 inci maddesinde belirtilen gösterge rakamı yılı bütçe kanunları ile farklı olarak tespit edilmektedir. Dolayısıyla aylık talebinde bulunanların gelirleri araştırılırken yılı bütçe kanunları ile farklı olarak tespit edilen gösterge rakamları esas alınmakta ve bu gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar esas alınmaktadır.. 2012 yılı için esas alınacak gösterge rakamı yılı bütçe kanunu ile 1.620 olarak belirlenmiş, 2012/2663 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı⁷⁰⁴ ile 1 Ocak 2011 tarihinden geçerli olmak üzere gösterge rakamlarının aylık tutarlara çevrilmesinde uygulanacak aylık katsayısı ise 0,066187 olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda 2022 sayılı Kanun kapsamında sağlanan haklardan faydalanabilmek için ilgililerin, 1 Ocak 2012 tarihi itibariyle gelirlerinin $1.620 \times 0,066187 = 107,22$ TL'den daha az olması gerekmektedir.

2022 sayılı Kanun kapsamında aylık alan kişiler 5510 sayılı Kanunun 60. maddesi gereği doğrudan (hiçbir işleme gerek kalmaksızın, prim ödeme yükümlüsü olmaksızın) genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır.

c) 1005 sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar

24 Şubat 1968 tarih ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun'a⁷⁰⁵ göre milli mücadeleye katılan ve bu sebeple kendilerine İstiklal Madalyası verilmiş bulunan Türk vatandaşlarına, ayrıca 1950 yılının Ekim ayından başlayarak 1953 yılı Pan-Munjon Ateşkes Antlaşmasına kadar Kore'de fiilen savaşa katılmış Türk vatandaşlarına ve 1974 yılında gerçekleştirilen birinci ve ikinci. Kıbrıs Barış Harekatına fiilen katılarak görev almış olan Türk vatandaşlarına hayatta buldukları sürece vatani hizmet tertibinden aylık bağlanacağı hüküm altına alınmıştır (1005, m.1). Şeref aylığından yararlanmak için savaflara fiilen katılmış olmaları yeterli olup, ayrıca bu savaflarda malul kalmış olma şartı aranmamaktadır⁷⁰⁶.

Bu Kanun kapsamında aylık bağlananlar ile bunların eşlerinin resmî sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bu kurum ve kuruluşlarca sevk edildikleri özel sağlık kurum ve

⁷⁰⁴ R.G., 10.01.2012, 28169 (mükerrer).

⁷⁰⁵ R.G., 24.02.1968, 12835.

⁷⁰⁶ SÖZER, Sosyal Hukuk, s.50.

kuruluşlarında göreceklere tedavilere ilişkin giderler ile ilaç giderleri; herhangi bir katılım payı veya fark alınmaksızın, daha önce devlet memurlarının tedavi yardımına ilişkin usûl ve esasları çerçevesinde ve bu amaçla Millî Savunma Bakanlığı (MSB) bütçesine konulacak ödenekten karşılanırdı. (1005, m. 2/II).⁷⁰⁷ Yapılan sağlık yardımlarından ilgililerin eşleri ve dul eşleri faydalanabildiği halde ana, baba ve çocuklar kapsam dışında tutulmuştu.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 60.maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (4) numaralı alt bendi gereği 1005 sayılı Kanunun 2. maddesinin ikinci fıkrası yürürlükten kaldırılmış (5510, m. 106/22) ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişilerin genel sağlık sigortalısı sayılacağı hüküm altına alınmıştır (5510, m. 60/c). 1005 sayılı Kanun gereği aylığa hak kazanan kişiler, aylığa hak kazandıkları tarih itibariyle genel sağlık sigortalısı olacaklardır.

d) 3292 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar

28 Mayıs 1986 tarih ve 3292 sayılı⁷⁰⁸ “Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun” a göre, hiçbir karşılık ve menfaat gözetmeksizin üstün başarı ve gayretle Türk Vatanına hizmet etmiş Türk Vatandaşlarından, bu hizmetleri ilgili kamu kurumları tarafından kayıt altına alınmış ve aynı kamu kurumları tarafından bu kayıtlar esas alınarak bu Kanuna göre aylık bağlanması yönünde görüş bildirilmiş olanlara veya bunların ölümü halinde muhtaç duruma düşen aile fertlerine vatani hizmet tertibinden aylık bağlanır.⁷⁰⁹ Bu kanunun kapsamına girenlere veya bunların ölümleri halinde muhtaç duruma düşen aile fertlerine⁷¹⁰ hayatta buldukları sürece ödenmek üzere Maliye Bakanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulu Kararı ile aylık bağlanır.(3292, m. 2/I). Bu şekilde vatana hizmet aylığı alanlar 5510 sayılı Kanun gereği aynı zamanda genel sağlık sigortalısı sayılmıştır.

e) 2330 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar

3 Kasım 1980 tarih ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun'a göre, barışta güven ve asayişini korumak, kaçakçılığı önlenmek, izlemek ve soruşturmakla görevli olanların bu görevleri nedeniyle ya da görevleri sona erdikten sonra

⁷⁰⁷ 05.12.1990 tarih 3688 sayılı Kanunla 2 maddeye eklenen ek fıkra 5595 sayılı Kanun'un 2. maddesi değiştirilmiştir.

⁷⁰⁸ R.G., 03.06.1986, 19126.

⁷⁰⁹ GÜZEL/OKUR, s.811,; EKMEKÇİ/TUNCAY, (11.b.), s.82.

⁷¹⁰ 5434 sayılı Kanun'un 67. maddesine göre sözü geçen aile fertleri; karı, koca, çocuklar, anne ve babadır

yapmış oldukları bu görev nedeniyle maruz kaldıkları yaralanma veya hastalık sonucunda ölmeleri veyahut sakat kalmaları halinde tazminat ödenmekte ayrıca aylık bağlanmaktadır.

Anılan yasa kapsamına girenlerden sakatlanarak bağlı oldukları sosyal güvenlik mevzuatına göre emekliye sevk edilenlere görev malullüğü aylığı ödenmekte, emekli aylığı almakta iken sakatlananların aylıkları ise görev malullüğü aylığına dönüştürülmektedir (2330, m. 4/a, b).

Kanunla kurulu herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna tabi olmayanların sakatlanmaları durumunda ise bu kişilerin, öğrenim durumlarına göre 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36. maddesine göre belirlenecek giriş derece ve kademeleri üzerinden belirlenecek görev malullüğü aylığı % 25 artırımlı olarak bağlanmaktadır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (6) numaralı alt bendi gereği, 2330 sayılı "Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun" hükümlerine göre aylık alan kişiler genel sağlık sigortalısı sayılacaktır. 2330 sayılı Kanun mevzuatı gereği aylığa hak kazanan kişiler, aylığa hak kazandıkları tarih itibariyle genel sağlık sigortalısı olacaklar ve aylığı bağlayan kurum tarafından kapsama alındıkları tarihten itibaren bir ay içinde verilecek genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edileceklerdir.

2330 sayılı "Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun"a göre aylıkları hesaplanarak ödenenlerden 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamında sigortalı olarak çalışanların aylıkları kesilmeksizin, haklarında kısa vadeli sigorta kolları uygulanır. Ancak, bunlar hakkında, uzun vadeli sigorta kollarına tabi olmayı istemeleri halinde, bu isteklerini Kuruma bildirdikleri tarihi takip eden ay başından itibaren, aylıkları kesilmeksizin uzun vadeli sigorta kolları uygulanmaktadır. 2330 sayılı Kanun kapsamından aylık alanlardan ayrıca genel sağlık sigortası primi alınmamaktadır (5510, m. 5/c). Dolayısıyla 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık bağlanmış olan bu kişiler, hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılırsalar ya da hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışsalar bile genel sağlık sigortası primi ödemekle yükümlü olmayacaklar, bunların genel sağlık sigortası primleri yılı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idaresi tarafından ödenecektir (5510, m. 87/c).

f) Ücretsiz Bakılan, Korunan ve Rehabilit Edilenler

24 Mayıs 1983 tarih ve 2828 sayılı Kanunla⁷¹¹ “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu” (SHÇEK) kurulmuştur. Dağınık bir biçimde örgütlenmiş sosyal hizmetleri tek bir çatı altında toparlamayı amaçlayan 2828 sayılı Kanun ile kurulan SHÇEK; korumaya, bakıma veya yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülecek sosyal hizmetleri yürütmekle görevli ve yükümlü sayılmıştır (2828, m. 1).⁷¹² Kanun kapsamına, sosyal hizmetlerle ilgili tüm kamu kurum kuruluşları ile gerçek kişiler, özel hukuk tüzel kişileri, sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarında çalışanlar, sosyal hizmetlerden faydalananlar ve faydalanan durumda olanlar dâhil edilmiştir (2828, m. 2). Ancak, kanunun kapsamını belirleyen 2. maddesi herkesi kapsayacak şekilde düzenlenmiş olsa bile genel esasların düzenlendiği 4. maddenin (c) bendinde sosyal hizmet ve programlarının uygulanmasında korumaya muhtaç çocuk, muhtaç sakat ve muhtaç yaşlılara öncelik tanınacağı hüküm altına alınmıştır⁷¹³.

Kanun’un 3. maddesinde sosyal hizmet; *“kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunlukların giderilmesine ve ihtiyaçların karşılanmasına, sosyal sorunların önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü”* olarak tanımlanmıştır.

Sistem, esas olarak devletin gözetim ve denetiminde, halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde yürütülecek, coğrafi ve fonksiyonel görev alanlarının ve yurt sathında dengeli dağılımının görev boşluğu bırakmayacak şekilde düzenlenmesini esas almaktadır (2828, m. 4).

2828 sayılı Kanun kapsamına alınmış olan ve korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler genel sağlık sigortası kapsamında sayılmıştır.

Burada korunmaya muhtaç çocuk kavramına açıklık getirmek yerinde olacaktır. “Beden ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olan, her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen

⁷¹¹ R.G., 27.05.1983, 18059.

⁷¹² GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.824-825.

⁷¹³ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.825.

çocuklar (2828, m.3/b) korunmaya muhtaç çocuk” olarak tanımlanmaktadır⁷¹⁴. 2828 sayılı Kanun kapsamında koruma kararlı alınmakla birlikte Kuruma yerleştirilemediği için sıraya alınan çocuklarla kendisine kanuni temsilci atanan çocuklarda 2828 sayılı Kanunla ilişki kurularak genel sağlık sigortalısı olacaklardır⁷¹⁵

g) 3713 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar

Terör suçlarıyla mücadele etmek amacıyla yürürlüğe konulan 12 Nisan 1991 tarih ve 3713 sayılı Kanun’un⁷¹⁶ 20. maddesinde göre, terör ve anarşi ile mücadelede görev yapanları korumaya yönelik önlemlere yer verilmiş, 21. maddesinde ise görev sırasında malul olanlara ve bunların dul ve yetimlerine yapılacak yardımlar düzenlenmiştir. Kanunla memur ve kamu görevlilerinden yurtiçinde ve yurtdışında görevini yerine getirirken veya memuriyet sıfatları ortadan kalkmış olsa dahi yapmış oldukları görevden dolayı terör eylemlerine muhatap kalarak yaralanan, sakatlanan, ölen ve öldürülenler hakkında 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında kanun hükümleri uygulanacağı hükme bağlanmıştır (3713, m. 21/I).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (8) numaralı alt bendi gereği 3713 sayılı “Terörle Mücadele Kanunu” hükümlerine göre aylık alan kişiler genel sağlık sigortalısı olmaktadır. 5510 sayılı Kanunun 106. maddesinin birinci fıkrasının (18) numaralı alt bendinin yürürlüğe girmesiyle birlikte 3713 sayılı Kanunun 21.i maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi ile (g) bendinde yer alan “ve tedavileri yaptırılır” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır. Dolayısıyla 3713 sayılı Kanuna göre aylık alanların tedavileri genel sağlık sigortası kapsamında karşılanacaktır.

h) Geçici Köy Korucuları

5510 sayılı Kanun geçici köy korucularını da genel sağlık sigortası kapsamına almıştır. Geçici köy korucuları yanında 442 sayılı Köy Kanununun ek 16. maddesine göre aylık alan kişiler de genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır⁷¹⁷. Esasında 442 sayılı Köy Kanunu’nun 74. maddesinde iki ayrı köy korucusu düzenlenmekle birlikte 5510 sayılı

⁷¹⁴ Ali Nazım SÖZER, “Genel Sağlık Sigortası Edimlerinden Yararlanmada Prim Koşulu”, **Sicil Dergisi**, Sayı:13, (Mart-2009), s.160

⁷¹⁵ SÖZER, Sosyal Devlet, s.160

⁷¹⁶ R.G., 12.04.1991, 20843.

⁷¹⁷ Mehmet ÇAKMAK, “Muhtaç Vatandaşların Sağlık Tescili ve Sorumluluğu” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:205, (Ocak-2010), s.165.

Kanunda 442 sayılı Kanunun 74/II hükmüne atıf yapıldığından sadece geçici köy korucuları genel sağlık sigortası kapsamına girecektir⁷¹⁸(5510, m.60/I-c,9). Geçici köy korucuları gelir testine ve vize işlemine tabi olmaksızın geçici köy koruyucusu olarak görevleri devam ettiği sürece, aylık alanlar ise aylıkları devam ettiği sürece m. 60/I-c,9 kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılacaktır.

ı) Vatansızlar ve Sığınmacılar

5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısı sayılan vatansız ve sığınmacılar kavramından anlaşılması gereken, İçişleri Bakanlığı tarafından sığınmacı veya vatansız olarak kabul edilen kişilerdir. Vatansız, hiçbir devlete vatandaşlık bağı ile bağlı olmayan hiçbir devlet tarafından vatandaş sayılmayan kişidir. Birleşmiş Milletlerin öncülüğünde yapılmış “Yurtsuz Kişilerin Statüsüne İlişkin Sözleşme”ye göre vatansız, hiçbir devletin, yasalarına göre kendi uyruğundan saymadığı kişi olarak tanımlanmaktadır. Sığınmacı ise siyasal, dinsel, etnik, ekonomik baskılar karşısında, ülkesini terk etmek zorunda kalmış olan ya da bu türden baskılara maruz kalacağı kaygısıyla nedeniyle uyruğu bulunduğu ülkeye dönemeyen kişidir. 5510 sayılı Kanun vatansız ve sığınmacıları genel sağlık sigortası kapsamına almaktadır.

j) Devlet Sporcusu Sayılanlar

5774 sayılı Başarılı Sporculara Aylık Bağlanması İle Devlet Sporcusu Unvanı Verilmesi Hakkında Kanun Hakkında Kanun⁷¹⁹ ile Türk vatandaşlarından uluslararası düzeyde üstün başarı kazanmış amatör sporculara ve bunların ölümü halinde bakmakla yükümlü oldukları eş ve çocukları ile takım halinde olimpiyat veya dünya şampiyonu olmuş amatör sporcuların milli takım teknik direktör ve antrenörlerine aylık bağlanması ve uluslararası düzeyde üstün başarı kazanmış sporculara “Devlet Sporcusu” unvanı verilerek, bu başarılarının taltif edilmesi suretiyle Türk vatandaşlarının spora amaçlanmıştır (5774, m. 1). Kanunun kapsamına; Uluslararası Olimpiyat Komitesi (IOC) tarafından olimpik, paralimpik ve defolimpik spor dalları içinde kabul edilmiş spor dallarının büyükler kategorisinde; olimpiyat oyunlarında, Dünya veya Avrupa şampiyonalarında ferdi ya da takım sporlarında takım halinde birinci, ikinci ve üçüncü olan amatör sporcular ile bunların ölümü halinde bakmakla yükümlü oldukları eş ve çocuklarını ve takım halinde olimpiyat veya dünya şampiyonu olmuş amatör sporcuların milli takım teknik direktör ve antrenörleri girmektedir.

⁷¹⁸ BOSTANCI, s.189.; OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.176.; Gönüllü köy korucuları bu kapsamda değil diğer kapsamlar gereği genel sağlık sigortalısı olacaklardır.

⁷¹⁹ R.G., 09.07.2008, 26931. (2913 sayılı Kanunun yayımlandığı Resmi Gazete:0 1.10.1983, 18190.)

Kanun metninden de anlaşıldığı üzere profesyonel sporcuların sağlanan yardımlardan faydalanması mümkün değildir⁷²⁰ (5774, m.2).

Kanun kapsamına giren sporculara aylık bağlanabilmesi için sporcunun, kırk yaşını doldurmuş olması veya kırk yaşını doldurmamış olmakla birlikte çalışma gücünün en az % 40'ını kaybetmiş olması gereklidir. Bu şartları taşıyan sporculara Sporcu Şeref aylığı bağlanır. Daha önce 2913 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar bu aylıkları almaya devam edecektir (5774, geçici m. 2).

5510 sayılı Kanun 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerin genel sağlık sigortalısı sayılacağı öngörmüştür (5510, m. 60/c). Dolayısıyla gerek daha önce 2913 sayılı Kanun gereği aylığa hak kazanan bu kişiler, gerek se 5774 sayılı Kanun kapsamında aylık almaya hak kazanacak olanlar aylığa hak kazandıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı olacaklar ve aylığı bağlayan kurum tarafından kapsama alındıkları tarihten itibaren tescil ettirilecektir. (5510, m. 61/b). Genel sağlık sigortalısı sayılan bu kişiler için her ay otuz tam gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi bir zorunluluk olarak hüküm altına alınmıştır (5510, m. 88). 5774 sayılı Kanuna göre aylık bağlanan kişiler için prim yılı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idaresi tarafından ödenecektir.

9. Diğer Bentler Kapsamında Olmayanlar (5510, m.60/I-g)

Diğer bentler kapsamında olmayanlar Kanununun 60. maddesinin (g) bendinde sayılan kişilerdir. Genel sağlık sigortasının kapsamına giren kişiler Kanunun m. 60/I, 60/I (a) (b) (c) (d) (e) (f) bentlerinde özel olarak ayrı ayrı düzenlendikten sonra, (g) bendinde, diğer bentlerde sayılanların dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşların da genel sağlık sigortalısı olduğu ifade edilmiştir (m. 60/I,g).

Kanunun 60. maddesinde sayılan diğer bentlere göre sigortalı sayılmayan ve başka ülkede de sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar genel sağlık sigortasının kapsamına alınmıştır. Belirtilen kişiler, sosyal güvencesi olmayan ancak yüksek gelirli vatandaşlardır⁷²¹. Sosyal güvencesi olmayan düşük gelirli vatandaşlar, Kanunun

⁷²⁰ ÇAKAR, Primsiz Rejim, s.124

⁷²¹ OCAK'a göre bu kişiler yüksek gelirli olarak ifade edilmekle birlikte bu kişilerin tamamının yüksek gelirli kişiler olduğunu söyleyemeyiz. Örneğin; hiçbir sosyal güvencesi bulunmamakla birlikte tek başına yaşayan ve ayda asgari ücretin üçte birinin çok az üzerinde ücret alan kişi için yüksek gelirli ifadesini kullanabilmemiz

60/I/c-1 hükmü kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmakta ve farklı hükümlere tabi tutulmaktadır⁷²².

Kanununun 60. maddesinin (g) bendinde sayılan diğer bir ifade ile hiçbir sosyal güvencesi bulunmayan vatandaşlar zorunlu olarak genel sağlık sigortalısı sayılacaklarından aile içindeki kişi başına düşen gelirleri asgari ücretin üçte birine eşit ya da üçte birinden fazla ise genel sağlık sigortası finansmanına katılacaktır.

Kanunun 60. maddesinin (g) bendinde sayılan kişilerden, aile içindeki kişi başına düşen aylık gelir, brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında ise ödenecek prim asgari ücretin üçte birinin % 12'si, kişi başına düşen aylık gelir, asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında ise ödenecek prim asgari ücretin % 12'si, kişi başına düşen aylık gelir, asgari ücretin iki katından daha fazla ise ödenecek prim iki asgari ücretin % 12'si olacaktır.

10. Genel Sağlık Sigortalılığı Özel Olarak Düzenlenenler

5510 sayılı Kanun 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çıraklar ve mesleki eğitim gören öğrenciler, meslek liselerinde okumakta iken ya da yüksek öğrenim döneminde staj yapan öğrenciler, 2547 sayılı YÖK Kanunu kapsamında kısmi zamanlı çalıştırılan öğrenciler, meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerler, Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkelerde çalışan Türk vatandaşları ile Staj yapan avukatlar için genel sağlık sigortalılığını özel olarak düzenlemiştir.

Dikkat edilirse genel sağlık sigortalılığı özel olarak düzenlenenler 5510 sayılı Kanunun 5. maddesinde sayılan bazı sigorta kollarına tabi olan sigortalılardan başkası değildir.

a) 3308 Sayılı Meslekî Eğitim Kanununda Belirtilen Aday Çırak, Çıraklar ve Mesleki Eğitim Gören Öğrenciler

mümkün olmayacaktır. Kanaatimize göre bunlar için yüksek gelirli değil sosyal güvencesi bulunmamakla birlikte primlerini kendileri ödeyecek olanlar demek daha isabetli olacaktır.

⁷²² Saim OCAK, “Sosyal Güvencesi Olmayan Yüksek Gelirli Vatandaşların Ve Bakmakla Yükümlü Oldukları Kişilerin Genel Sağlık Sigortasına Tabi Olması”, **Prf. Dr. Sarper Süzek’e Armağan** içinde, Beta Yayınları, İstanbul, 2011, s.2345.

6111 sayılı Kanununun 24. maddesi ile 5510 sayılı Kanununun 5. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinde yapılan değişiklik uyarınca 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde meslekî eğitim gören öğrencilerden bakmakla yükümlü kapsamında olmayanlar genel sağlık sigortalısı sayılmıştır. Yeni düzenleme ile aday çırak, çırak ve işletmelerde meslekî eğitim gören öğrenciler için okulları tarafından genel sağlık sigortası primi ödenmesi bunları aynı zamanda genel sağlık sigortalısı yapmaktadır.

b) Meslek Liselerinde Okumakta İken ya da Yüksek Öğrenim Döneminde Staj

Yapan Öğrenciler

6111 sayılı Kanununun 24. maddesi ile 5510 sayılı Kanununun 5. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinde yapılan değişiklikle, meslek liselerinde okumakta veya yükseköğrenimlerine devam etmekte iken zorunlu olup olmadığına bakılmaksızın staja tabi tutulan öğrencilerinden, bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar, staj gördükleri okulları tarafından sigortalı bildirilmekte bunlar adına prim ödenen sigorta kollarından bir tanesi de genel sağlık sigortası olmaktadır. Bu nedenle meslek liselerinde okuyor iken ya da yükseköğrenim döneminde staj yapan öğrenciler 1 Mart 2011 tarihinden itibaren genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

c) 2547 Sayılı YÖK Kanunu Kapsamında Kısmi Zamanlı Çalıştırılan Öğrenciler

6111 sayılı Kanununun 24. maddesi ile 5510 sayılı Kanununun 5. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinde de değişiklik yapılmıştır. Yapılan değişiklikle 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 46. maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrencilerden aylık prime esas kazanç tutarı, 82. maddeye göre belirlenen günlük prime esas kazanç alt sınırının otuz katından fazla olmayan öğrencilerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda sayılmayanlar genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

d) Meslek Edindirme, Geliştirme ve Değiştirme Eğitimine Katılan Kursiyerler

6111 sayılı Kanununun 24. maddesi ile 5510 sayılı Kanununun 5. maddesinin (e) bendinde yapılan değişiklikle Türkiye İş Kurumu⁷²³ tarafından düzenlenen meslek edindirme,

⁷²³ 6223 sayılı Kanunun verdiği yetkiye dayanılarak Bakanlar Kurulunca çıkarılan ve 02/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan, 665 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname” ile 3146 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının

geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerlerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

e) Türkiye ile Sosyal Güvenlik Sözleşmesi İmzalanmamış Ülkelerde Çalışan

Türk Vatandaşları

5510 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin (g) bendi gereği, Türkiye ile uluslararası sosyal güvenlik sözleşmesi bulunmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce yurt dışındaki işyerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk işçileri hakkında kısa vadeli sigorta kolları ile genel sağlık sigortası hükümleri uygulanmaktadır. Bu sigortalılar kısa vadeli sigorta kolları açısından 4/a kapsamında sigortalı sayılmaktadır. Uzun vadeli sigorta kollarına da prim ödemek isteyen Türk işçileri genel sağlık sigortası primi hariç isteğe bağlı sigortalı olmak suretiyle uzun vadeli sigorta kolları açısından da 4/a kapsamında sigortalı sayılacaklardır⁷²⁴.

5510 sayılı Kanunun 5. maddesinin (g) bendi kapsamında sigortalılıkları devam edenler hariç olmak üzere, Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkelerde çalışan ve çalıştığı ülkede sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunan Türk vatandaşlarının Türkiye’de ikamet eden 18 yaşından büyük bakmakla yükümlü olduğu kişiler, gelir testine tabi tutulacak ve Kanunun 60. maddesi birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında sayılacaktır.

f) Staj Yapan Avukatlar

6111 sayılı Kanunun 34. maddesi ile 5510 sayılı Kanunun 60. maddesine eklenen sekizinci fıkra ile 1136 sayılı Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlar, 5510 sayılı Kanuna göre zorunlu sigortalı⁷²⁵ veya bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda değilse, baro tarafından sigortalı bildirilecek diğer bir ifade ile bunlar genel sağlık sigortalısı sayılacak ve primleri kayıtlı oldukları barolar tarafından ödenecektir.

Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile 4904 sayılı Türkiye İş Kurumu Kanununda değişiklik yapıldı ve Türkiye İş Kurumu’nun adı Çalışma ve İş Kurumu il müdürlüğü adını aldı.

⁷²⁴ 6111 sayılı Kanun sonrası 5/g kapsamındaki sigortalılardan isteğe bağlı sigortalı olanların isteğe bağlı sigortalılık statüleri 4/a kapsamına değerlendirilecektir.

⁷²⁵ Avukatlık Kanunu gereği, staj yapan avukatlar zorunlu sigortalı olamamakta, hizmet akdiyle çalışmadığı gibi ticari faaliyette de bulunamamaktadır.

Yeni düzenlemenin yürürlük tarihinin 1 Mart 2011 olması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılan stajyer avukatlar 1 Mart 2011 tarihinden önce staj yapmaya başlamışlarsa genel sağlık sigortalılıkları 1 Mart 2011 tarihinden itibaren başlatılacaktır.

g) Borcu Bulunan 4/I-b Kapsamındaki Sigortalıların Eş ve Çocukları

5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan, SGK'ya 60 günden fazla prim ve/veya prime ilişkin borcu bulunan, prim borçlarını 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunun 48. maddesi kapsamında ya da diğer Kanunlar kapsamında tecil ya da taksite bağlamayan sigortalıların 18 yaşından küçük çocukları hariç olmak üzere bakmakla yükümlü olduğu kişiler, talepte bulunmaları halinde gelir testine tabi tutularak genel sağlık sigortalısı sayılacaktır⁷²⁶.

II. GENEL SAĞLIK SİGORTALISI SAYILMAYANLAR

5510 sayılı Kanun genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmaları sekiz grup halinde tasnif etmiştir. Düzenleme oldukça karmaşık olduğu gibi genel sağlık sigortalısı sayılanların bir kısmı 60. maddenin 3. fıkrasında sayılmış bir kısmı için ise sigortalı sayılmayanların düzenlendiği 6. maddenin (d), (e) ve (ı) bentlerine gönderme yapmış yabancı uyruklular için ise bir yıldan kısa süreyle Türkiye'de yerleşik olma koşulunu aramıştır⁷²⁷.

Kanunun 60/III. maddesinde düzenlendiği haliyle sigortalı sayılmayanlar şunlardır.

Askerlik hizmetini er veya erbaş olarak yapmakta olanlar,

Yedek subay okulu öğrencileri⁷²⁸,

Yabancı ülkelerdeki kuruluşlar adına ve hesabına Türkiye'ye gönderilen ve yabancı ülkede sigortalı olduğunu belgeleyenler⁷²⁹,

⁷²⁶ 5510 sayılı Kanunda bu yönde bir düzenleme bulunmamakla birlikte SGK 17.01.2012 tarih ve 2012/2 sayılı Genelge ile 60 günden fazla prim borcu bulunan vatandaşların da Kanunun 60. maddesi (c,1) ve (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olabilmesine izin vermiştir. Düzenlemenin isabetli olduğu tartışmalı ve eleştiriye açıktır. Zira hak ve yükümlülükler kanunla düzenlenir ve sınırlanır. Genelge ile düzenleme getirilemez. Uygulama gereği sigortalının borcunun bir bölümü de genel sağlık sigortası primleridir ki; bu uygulama hak sahibinden de prim alınmasına imkan tanımaktadır.

⁷²⁷ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.135-136.; GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.742.

⁷²⁸ Yedek subaylığa naspedilmeden önce öğrencilikte geçen dönemler erbaş statüsündedir.

⁷²⁹ Türkiye ile sözleşme imzalamamış ülkelerden gelen yabancı uyruklu kişiler için sigortalı sayılmadıkları süre 3 ay ile sınırlıdır.

Türkiye’de ticari faaliyet içinde bulunarak kendi nam ve hesabına çalışan ancak yurt dışında ikamet ederek aynı zamanda bulunduğu ülkede sosyal güvenlik sistemine tabi olanlar,⁷³⁰

Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde işverenleri tarafından buldukları ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar⁷³¹.

Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından, yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve Türkiye’de bir yıldan az süre ile yerleşik olanlar,

Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,

3201 sayılı ve mülga 2147 sayılı Kanunlara göre borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye’de ikamet etmeyenler,

Kanunun 60/III. maddesinde düzenlenmemekle birlikte 3671 sayılı Türkiye Büyük Millet Meclisi Üyelerinin Ödenek, Yolluk ve Emekliliklerine Dair Kanun’un 4. maddesi uyarınca milletvekilleri, yasama organı üyeliği ile açıktan atandığı bakanlık görevi sona erenler ve bunların bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri; ölenlerin aylık veya 5. madde gereğince tazminat alan veya müstahak olup da bu tazminatı 5. maddenin üçüncü fıkrasındaki şartlar sebebiyle alamayan dul ve yetimleri, 6216 sayılı Anayasa Mahkemesinin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun’un 71. maddesine göre Anayasa Mahkemesi Başkanı ve üyeleri ile bunların emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler genel sağlık sigortalısı sayılmaz⁷³² (5510, m.105).

⁷³⁰ Genel sağlık sigortalılarını düzenleyen 60. madde, “İkametgâhı Türkiye’de olan kişilerden” diye başladığına göre Türkiye’de ikamet etmeyen şirket ortaklarını genel sağlık sigortalısı sayılmayanlar olarak düzenlemek tekrardan ibarettir. Mefhumu muhaliften hareketle bu düzenleme olmasa dahi bu kişiler ikametgâhı Türkiye dışında olduğu için sigortalı sayılmayacaklardı.

⁷³¹ GÜZEL ve diğerleri tarafından da belirtildiği üzere genel sağlık sigortalısı sayılmayanlar, m.60/III’de ve m.6/I’de düzenlenmiştir. Oysa m.60/III’de m.6/I’e gönderme yapılsa idi tekrardan kaçınılmış olunacaktı.

⁷³² Resul KURT ve diğerleri, **Sosyal Güvenlik Rehberi**, İSMMMO Yayınları, İstanbul, 2008, s.137.; SGK’nın 17.01.2012 tarihli ve 2012/2 sayılı Genelgesi.; Milletvekillerinin GSS kapsamı dışında tutulmasının eleştirel değerlendirmesi için bkz. Erden ÇAKAR, “Milletvekilleri ve Anayasa Mahkemesi Üyeleri Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Mıdır?” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:233, (Mayıs 2012), s.216-219.

III. BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLUNANLAR

5510 sayılı Kanun kapsamındaki sağlık hizmetleri ve sağlıkla ilgili olan diğer haklardan genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler de yararlanacaktır. Kimlerin bakmakla yükümlü olunan kişi olduğu Kanunun 3. maddesi onuncu bendinde ayrıntılı biçimde belirlenmiştir. Buna göre;

Genel sağlık sigortalısının⁷³³, sigortalı sayılmayan veya isteğe bağlı sigortalı olmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;

a) Eşi,

b) 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı 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,

c) Geçiminin genel sağlık sigortalısı tarafından sağlandığı Kurumca belirlenen kriterlere göre tespit edilen anne ve babası, bakmakla yükümlü olunan kişi olarak nitelendirilmiştir. Hak sahipliği, daha önceki kanunlarda olduğu gibi aile esas alınarak belirlenmiştir⁷³⁴.

Kanun hak sahipliğini belirlerken kız ver erkek çocuklar arasında ayırım yapmamış ancak geçici 12. madde sekizinci fıkrada bir geçiş hükmüne yer vermiştir. Düzenlemeye göre; ilgili kanunları gereği tedavi yardımları karşılanan kişiler, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte herhangi bir işleme gerek kalmaksızın, bu kanun açısından genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılır. Bu kanunun yürürlüğe girdiği tarihte ilgili kanunları gereği bakmakla yükümlü olunan kız çocukları bu kanun gereğince de bakmakla yükümlü olunan kişi sayılır. Ancak durumlarında değişiklik olduğunda sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları bu kanun hükümlerine göre yeniden

⁷³³ Kanun genel sağlık sigortalısı tanımı yaparken Kanunun 5. maddenin birinci fıkrasının (b) bendi ile 60.maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (7) numaralı alt bentleri ile yedinci ve sekizinci fıkralarının dışında kalan biçiminde bir ayırma gitmiş ve bir anlamda Kanunla genel sağlık sigortası sayılmayanları tek tek saymıştır.

⁷³⁴ Murat ÖZDAMAR, "18 Yaşından Büyük Kız Çocukları Sağlık Yardımını Nasıl Alacak", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:222, (Haziran 2011), s.189.

belirlenir⁷³⁵. Kız çocuklarının durum değişikliklerinin ortadan kalkması halinde, bu kişiler tekrar ilgili kanunlarına göre⁷³⁶ bakmakla yükümlü olunan kişi sayılır (5510, m. Geçici 12/8).

5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesi sonrası, öğrenim görmeyen 18 yaşından büyük (orta öğrenim görüyorsa 20, yüksek öğrenim görmüyorsa 25 yaşından büyük) kız çocuklarının genel sağlık sigortalısı anne ya da babaları üzerinden sağlık yardımı alınmasında adaletsiz bir uygulamanın olduğunu söyleyebiliriz. Şöyle ki;

- 2925 sayılı Kanuna göre prim ödeyen sigortalıların 18 yaşından büyük çocukları,

- 1 Ekim 2008 tarihinden önce mülga 506, 1479 ve 2926 sayılı Kanunlara göre son bir yılda 120 veya 240 gün sigortalılığı bulunmayan⁷³⁷ ve 1 Ekim 2008 tarihinden sonra çalışmaya başlayan sigortalıların 18 yaşından büyük kız çocukları,

- 15 Ocak 2010 tarihinde SGK tarafından devralınan 1 Ekim 2008⁷³⁸ tarihinden önce kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan Devlet memurlarının 15 Ocak 2010 tarihinden sonra durum değişikliği olan (evlenme, işe girme) 18 yaşından büyük kız ve erkek çocukları,

- 15 Ekim 2010 tarihinde SGK tarafından devralınan 15 Ekim 2010 tarihinden önce Türk Silahlı Kuvvetlerinde görev alan askeri ve sivil personelin 15 Ekim 2010 tarihinden sonra durum değişikliği olan 18 yaşından büyük kız ve erkek çocukları,

- 1 Ekim 2008 tarihinden sonra doğan kız çocukları,

- 1 Ekim 2008 tarihinden önce 506 sayılı Kanunun 85. maddesi kapsamındaki isteğe bağlı sigortalılar ile 86. madde kapsamında sigortalı sayılan topluluk sigortasına tabi olan

⁷³⁵ Murat GÖKTAŞ, "18 Yaşından Büyük Kız Çocuklarının Sağlık Yardımı", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı: 231, (Mart-2012) s.190-191.

⁷³⁶ 13.2.2011 tarihli ve 6111 sayılı Kanunun 49. maddesi ile 5510 sayılı Kanunun Geçici 12. maddesi sekizinci fıkrasında değişiklik yapılmadan önce, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce hak sahibi niteliği bulunan ve 18 yaşından büyük olan kız çocukları sağlık yardımı almaya devam etmiş ancak sigortalı olmaları ya da evlenme nedeniyle hak sahipliği sona erdikten sonra sigortalılığı sona ermiş veya boşanmış ya da dul kalmışsa sağlık yardımı alamamıştır. Yeni düzenlemeden sonra durum değişikliği sonrası 18 yaşından büyük kız çocukları tekrar hak sahipliği niteliğini kazanmaları şartıyla yeniden hak sahibi olabilmektedir. Bu düzenleme sonrası ilk defa 5510 sayılı Kanuna tabi olanların diğer bir ifade ile 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce diğer Kanunlar gereği (1479, 2926, 2925, 506, 5434) sağlık yardımı alma hakkı bulunmayanların kız çocukları öğrenim görmüyorsa 18 yaşından sonra orta öğrenim görüyorsa 20 yüksek öğrenim görüyorsa 25 yaşından sonra hak sahibi olarak değerlendirilmeyecek, sigortalı çalışması da yoksa 60. madde kapsamında gelir testine tabi olarak genel sağlık sigortalısı başka bir ifade ile prim ödeme yükümlüsü olacaktır.

⁷³⁷ 120 gün prim ödeme şartı 506 sayılı Kanuna tabi olanlar ile daha önce 1479 sayılı Kanun kapsamında tescil edilmiş olup sonradan yeniden 1479 Kanun kapsamına giren sigortalıların hak sahipleri için geçerlidir. İlk defa 1479 sayılı Kanun kapsamına girenler için 240 gün prim ödeme şartı bulunmaktadır.

⁷³⁸ SGK'nın 2 Mart 2012 tarih ve 4231215 sayılı Genel Yazısındaki 1 Ekim 2008 tarihi esasında 15 Ekim 2008 olmalıydı.

sigortalıların diğeri bir ifade 506 sayılı Kanuna göre sağlık yardımı alma hakkı bulunmayan sigortalıların 18 yaşından büyük kız çocukları Kanunun geçici 12. maddesi kapsamında değerlendirilmeyecek ve anne ya da babası üzerinden sağlık yardımı alamayacaktır⁷³⁹.

Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliğine göre, anne ve babası boşanmış çocukların, genel sağlık sigortası kapsamındaki hakları, mahkeme kararı ile velayet hakkı verilmiş olan genel sağlık sigortalısı anne ya da baba üzerinden sağlanacaktır. Velayet hakkı verilmeyen kişinin üzerinden de sağlık hizmeti sađlanabilmektedir⁷⁴⁰ (GSSİY, m. 7/II).

§ 11. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ BAŞLANGICI, BİLDİRİMİ VE

TESCİLİ

I. BİLDİRİME GEREK OLMASIZIN KURUMCA RE'SEN TESCİL

1. Tüm Sigorta Kollarına Tabi Tutulan 4/I-a Kapsamındaki Sigortalılar

Türk sosyal güvenlik sisteminde zorunluluk ilkesi egemendir.⁷⁴¹ Bu ilke gereği sigortalı olmak kişi açısından sadece bir hak değil, aynı zamanda kaçınılamayan bir yükümlülüktür. Bir başka ifade ile sigortalı olup olmama konusunda kişinin iradesine bakılmaz; kişi istemese de, belirli koşulların oluşmasıyla birlikte sigortalı olmak zorundadır⁷⁴² Bu zorunluluk 5510 sayılı Kanunun 92. maddesinde hüküm altına alınmış, sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak, vazgeçmek veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersiz sayılmıştır. Sosyal güvenlik hukukumuzdaki zorunluluk ilkesi, yüksek mahkemenin de bir çok kararında özellikle vurgulanmıştır⁷⁴³.

Zorunluluk ilkesinin doğal sonucu olarak sigortalı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) arasında emredici hükümlerle düzenlenen bir hukuksal ilişki meydana gelmektedir⁷⁴⁴. Bunun sonuçlarından belki de en önemlisi zorunlu olarak genel sağlık sigorta primi ödemekle yükümlü tutulan sigortalıların son bir yıl içinde 30 gün genel sağlık sigortası primi

⁷³⁹ SGK'nın 2 Mart 2012 tarih ve 4231215 sayılı Genel Yazısı.

⁷⁴⁰ OCAK, Yüksek Gelirli Vatandaşlar, s.2346.; Hediye ERGİN, "Genel Sağlık Sigortası: Kapsam, Primler, Yardımlara Hak Kazanma Koşulları", **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt:VI, Sayı:2, 2009, s.70.

⁷⁴¹ Müjdat ŞAKAR, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Yenilenmiş 8.Baskı, Der Yayınevi, İstanbul, 2006, s.116.

⁷⁴² GÜZEL/OKUR, s.110.

⁷⁴³ Yarg.21.HD., 1.2.1996,250/409 (Ayrıntılı bilgi için bkz, GÜZEL/OKUR., Sosyal Güvenlik Hukuku)

⁷⁴⁴ Ali Nazım SÖZER, **Sosyal Sigorta İlişkisi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir, 1991, s.29-30.

ödenmesiyle birlikte genel sağlık sigortası kapsamına girmeleri dolayısıyla sağlık yardımlarına hak kazanabilmeleridir.

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık yardımlarına hak kazanmada ay içinde 30 gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi esastır. Dolayısıyla kısmi süreli iş sözleşmesi ya da çağrı üzerine çalışma biçimi dışında kalmakla birlikte ay içinde 30 günden az çalışanların eksik kalan günler için genel sağlık sigortası primi ödeyip ödemeyeceği tartışmalı konuların başında gelmektedir. İşçinin ücretsiz izne ayrılması ya da ay içinde 30 günden eksik çalışması halinde prim ödeme yükümlülüğü bulunmakta mıdır?

Belirtelim ki; Kanun, kısmi süreli iş sözleşmesi ya da çağrı üzerine çalışma biçimini seçenlerle ilgili olarak özel bir düzenlemeye yer vermiştir. Kanunun 88. maddesine göre 4/a kapsamında sigortalı olmakla birlikte 4857 sayılı Kanunun 13 ve 14. maddelerine göre kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile bu Kanuna göre ev hizmetlerinde ay içerisinde 30 günden az çalışan sigortalılar için eksik günlerine ait genel sağlık sigortası primlerinin 30 güne tamamlanması zorunludur⁷⁴⁵.

Tam süreli iş sözleşmesiyle çalışmakla birlikte ay içinde 30 günden az çalışanlarla ilgili olarak eksik günlere ait genel sağlık sigortası primlerinin 30 güne tamamlanması zorunlu olmamakla birlikte⁷⁴⁶ 30 günden eksik çalışma nedeninin ücretsiz izin olması halinde Kanun ayrı bir düzenleme öngörmüştür. Kanunun 67. maddesindeki düzenlemeye göre, 4/a kapsamındaki sigortalıların 4857 sayılı İş Kanununun 56⁷⁴⁷ ve 74⁷⁴⁸. maddeleri ile diğer iş

⁷⁴⁵ 5510 sayılı Kanun aylık alanların kısmi süreyle çalışmaları halinde eksik kalan günler için prim ödeme yükümlüsü olup olmadığına ilişkin bir düzenlemeye yer vermemiştir. Ancak Gelir alanlar için Kanunun 60. maddesi ikinci fıkrasında özel bir düzenleme bulunmaktadır. Buna göre 60. maddenin birinci fıkrasının (f) bendi kapsamında gelir alması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanlar, aynı zamanda diğer bentler gereği de genel sağlık sigortalısı sayılması halinde (f) bendi dışındaki bentler kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılacaktır. Yine Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliğinin 11. maddesi üçüncü fıkrasında Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi ile Kanunun 60. maddesinin (f) bentleri kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanların (SGDP tabi çalışanlar) daha sonra Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının diğer bentleri kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmaları hâlinde, en son sigortalılık durumları dikkate alınarak genel sağlık sigortasından sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanacağını düzenlemiştir. Kanaatimizce burada kastedilen bu kişilerin gelir ve aylık almakta iken kısmi süreyle 4/a kapsamında SGDP tabi olarak çalışması durumunda GSS primlerini 30 güne tamamlama yükümlülüğü değildir. Nitekim SGK 17.01.2012 tarih ve 2012/2 sayılı Genelge de kısmi süreyle SGDP tabi çalışanların eksik kalan günler için GSS primlerini 30 güne tamamlama zorunluluğunun bulunmadığını belirtmiştir.

⁷⁴⁶ Özkan BİLGİLİ, “Kısmi Süreli Çalışanların Eksik Günlerine İlişkin GSS Primleri”, **Sicil Dergisi**, Sayı:19, (Eylül-2010), s.137-138.

⁷⁴⁷ İş Kanununa göre, yıllık ücretli izinleri işyerinin kurulu bulunduğu yerden başka bir yerde geçirecek olanlar istemde bulunarak bu hususu belgelenmeleri koşulu ile gidiş ve dönüşlerinde yolda geçecek süreleri karşılamak üzere işverenden toplam dört güne kadar ücretsiz izin alabilir. (4857, m.56)

⁷⁴⁸ İş Kanununa göre isteği halinde kadın işçiye, onaltı haftalık sürenin tamamlanmasından veya çoğul gebelik halinde onsekiz haftalık süreden sonra işvereni tarafından altı aya kadar ücretsiz izin verilmesi esastır (4857,

kanunlarında ücretsiz izin sayılan süreler haricinde ayrıca bir takvim yılı içerisinde toplam bir ayı aşmayan ve işverenlerince belgelendirilen ücretsiz izin sürelerinde genel sağlık sigortalılıklarının devam edeceği belirtilmiştir. Dolayısıyla puantaj, devamsızlık v.b. nedenlerle değil de İş Kanunu'nun 56. ve 74. maddeleri kapsamı dışında kalan ve yıl içinde 30 günden fazla süreli ücretsiz izin⁷⁴⁹ kullanan işçilerin ay içinde 30 günden az süreli çalışmaları halinde eksik kalan süreler için genel sağlık sigortası primi ödemesi kaçınılmaz olmaktadır⁷⁵⁰.

Ücretsiz izin nedeniyle bir takvim yılı içerisinde 30 günden fazla eksik çalışması bulunanlar 30 günden sonrası için eksik kalan günleri 30 güne tamamlamak üzere ya aylık iki asgari ücret tutarında gelir seçerek kalan eksik günler için iki asgari ücretin % 12'si tutarında genel sağlık sigortası prim ödemeyi seçecek ya da gelir testine⁷⁵¹ tabi tutulmak suretiyle belirlenen kazanç aralığına denk gelen genel sağlık sigortası primini ödemek durumunda kalacaktır⁷⁵².

Tam süreli çalışanlar 30 gün genel sağlık sigortası primi ödenmekle birlikte genel sağlık sigortası tarafından sunulacak olan sağlık yardımlarını almaya başlayacaklar ancak genel sağlık sigortası yardımlarının alınabilmesi için sigortalının da SGK'ya sağlık aktivasyonu yaptırması gerekecektir⁷⁵³.

4857 sayılı Kanununun 13 ve 14. maddeleri kapsamında olan diğer bir ifade ile kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışan ve ay içinde 30 günden az çalıştığı için genel sağlık sigortası prim gün sayısı da 30 günden az olanların ayrıca genel sağlık sigortası tescili yaptırımlarını müteakip 30 günden eksik süreler için tahakkuk ettirilecek genel sağlık sigortası primlerini de

m.74).;Ücretsiz izin hakkında bkz. Müjdat ŞAKAR, "İş ve Sosyal Güvenlik Hukukunda Ücretsiz İzin", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:218, (Şubat-2011), s.166-169.

⁷⁴⁹ SGK 2009/155 sayılı Genelge'de ücretsiz izinleri, kanuni ücretsiz izin, kanuni olmayan ücretsiz izin biçiminde iki farklı biçimde tanımlamaktadır.

⁷⁵⁰ 4/a kapsamındaki sigortalılığı sona eren, son bir takvim yılında 90 gün ve üzeri prim ödeyen ve sigortalılığın sona erdiği tarih ile sağlık yardımının alındığı tarih arasında en az 100 gün geçmemiş olanlar m.60/I (a) kapsamında sağlık yardımlarından yararlanırken ücretsiz izin alanların sadece 30 gün m. 60/I (a) kapsamında sağlık yardımı alması bir çelişkidir. Yani ücretsiz izne çıkan kişi ücretsiz izne çıkmak yerine işten çıksa m. 60/I (a) kapsamında 70 gün daha sağlık yardımı alabilecektir. Ücretsiz izinlerde GSS primi ödenmesinin Kanuna aykırı olduğu hakkında eleştirel bir değerlendirme için bkz. Saim OCAK, "İş Sözleşmesiyle Çalışanların Ücretsiz İzinde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanması", **Sicil Dergisi**, Sayı: 17, (Mart-2010), s.259-273.

⁷⁵¹ Gelir Testi için Bkz. **Hiçbir Madde Kapsamına Girmeyen Diğer Kişiler** (§ 12-I-7. Bölüm).

⁷⁵² Özkan BİLGİLİ, "Esnek Sosyal Güvenlik Uygulamaları-II: Ücretsiz İzinli İşçilerin GSS Primi Ödeme Zorunlulukları", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:231, (Mart-2012), s.182.

⁷⁵³ ŞAKAR, s.359

ödemeleri gerekmektedir. Gelir testine girmeyi kabul etmeyenler için bir güne düşecek genel sağlık sigortası primi her gün için 2 günlük asgari ücretin % 12'si olarak belirlenecektir⁷⁵⁴.

2. Tüm Sigorta Kollarına Tabi Tutulan 4/I-b Kapsamındaki Sigortalılar

5510 sayılı Kanun, m.4/I (b) kapsamında sigortalı sayılanlardan, gelir vergisi mükellefi olanlar ile şahıs şirketlerinden kolektif, adi komandit şirketlerin komandite ve komanditer ortakları ve donatma iştiraki ortaklarının vergi mükellefiyetlerinin başladıkları tarihten; sermaye şirketlerinden limitet şirket ortakları ile sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortaklarının, şirketin ticaret sicil memurluklarınınca tescil edildikleri tarihten; anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortaklarının yönetim kuruluna seçildikleri tarihten; gelir vergisinden muaf olanların ise esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı oldukları tarihten; tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar için tarımsal faaliyetlerinin kanunla kurulu ilgili meslek kuruluşlarınınca veya kendilerince, bir yıl içinde bildirilmesi halinde kaydedildiği tarihten, bu süre içinde bildirilmemesi halinde ise bildirim SGK'ya yapıldığı tarihten; köy ve mahalle muhtarları için seçtikleri tarihten; TJK'ya bağlı jockey ve antrenörler ise lisans belgesine istinaden fiilen çalışmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılacak ve uzun vadeli sigorta kolları yanında genel sağlık sigortası primi ödenme yükümlülüğü başlayacaktır.

5510 sayılı Kanunun sigortalılık hallerinin birleşmesi başlıklı 53. maddesi hükmüne göre, sigortalının, 4. maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde yer alan sigortalılık statüleri ile (c) bendinde yer alan sigortalılık statüsüne aynı anda tabi olacak şekilde çalışması halinde öncelikle 4/c kapsamında, (a) ve (b) bentlerinde yer alan sigortalılık statülerine tabi olacak şekilde çalışması halinde ise 4/a kapsamında sigortalı sayılması gerekmektedir⁷⁵⁵. 5510 sayılı Kanunun 53. maddesi birinci fıkrasındaki bu yeni değişiklik 4/a ve 4/b kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir çalışması olanlar için sigortalılıkta teklik ilkesi nedeniyle önceden başlayan sigortalılığın geçerli olacağı ilkesini ortadan kaldırmış bunun yerine sigortalılığın üstünlüğü (hiyerarşi) ilkesini getirmiştir⁷⁵⁶. Dolayısıyla 4/b kapsamında sigortalı olması gerekenler veya sigortalı olanlar, aynı zamanda kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışırsa,

⁷⁵⁴ Özkan BİLGİLİ, "Esnek Sosyal Güvenlik Uygulamaları-I: Ücretsiz İzinli İşçilerin GSS Primi Ödeme Zorunlulukları", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:230, (Şubat-2012), s.176.

⁷⁵⁵ 6111 sayılı Kanun 1 Mart 2011 tarihinden geçerli olmak üzere önceden başlayan sigortalılık ilkesi yerine sigortalılıkta hiyerarşi ilkesini benimsemiştir.

⁷⁵⁶ Müjdat ŞAKAR, "4/b'liliğe Veda! (Ya Da İsteyene Hem 4/a Hem 4/b!...)", **Sicil Dergisi**, Sayı: 21, (Mart 2011), s.216.; Murat GÖKTAŞ/Murat ÖZDAMAR, "Yeni Dönemde Sigortalılığın Üstünlüğü İlkesi Geçerli Olacak", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:217, (Ocak-2011), s.240.; Müjdat ŞAKAR, "Sosyal Sigortalarda İsteyene 4/a, İsteyene Hem 4/a Hem 4/b", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:220, (Nisan-2011), s.147-149.

çalışma gün sayısına bakılmaksızın 4/b kapsamındaki sigortalılık sona erecek, çalıştıkları süreler kadar 4/a kapsamında sigortalı olacaklardır.

5510 sayılı Kanunun 7. maddesine göre, sigortalılık kanunda öngörülen biçimde çalışmaya başlama ya da statüye geçmekle kendiliğinden başlar. Bu hükümden de anlaşılacağı üzere sigortalı olmak için olumlu ya da olumsuz herhangi bir irade açıklamasında bulunmak gerekli değildir. Ancak ticari faaliyette bulunduğu için 4/b kapsamında 30 gün prim ödeme yükümlüsü tutulanlar aynı zamanda kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışmakla birlikte 4/b kapsamından çıkmakta 30 günden az prim ödenerek 4/a kapsamında sigortalı sayılmaktadır. Dolayısıyla 5510 sayılı Kanunun sigortalılık hallerinin birleşmesi başlıklı 53. maddesi ile sigortalılığın zorunluluğunu düzenleyen 92. maddesi çelişmektedir.

Esas itibariyle ticari faaliyette bulunma yanında kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışanlar eksik kalan süreler için 4/b kapsamında prim ödemeyi seçmezler⁷⁵⁷, isteğe bağlı sigortalı olma iradesinde bulunmazlar⁷⁵⁸, ya da eksik kalan günler için gelir testine dayalı genel sağlık sigortalılığını seçmezlerse ay içinde 30 tam gün genel sağlık sigortası primi ödenmediği için genel sağlık sigortası yardımlarından yararlanamayacaklar. Bu seçeneklerden birini seçmeyenler resen genel sağlık sigortalısı yapılacak ve gelir testine tabi tutulmak suretiyle genel sağlık sigortası prim ödeme yükümlüsü olacaklardır.

5510 sayılı Kanun, m.4/I (b) kapsamında sigortalı sayılanların tescil işlemleri bu kişilerin sigortalı sayılmasına esas faaliyetini bildirmekle yükümlü kurum ve kuruluşların bildirimini üzerine SGK tarafından yapılacak ancak sağlık yardımlarının alınabilmesi adına sigortalılar ile bunların hak sahiplerinin sağlık aktivasyonu yaptırması gerekecektir. 4/b Kapsamındaki sigortalılarla hak sahiplerinin sağlık aktivasyonu senelik yapıldığı için her sene vize edilmesi gerekecektir.

3. Devlet Memuru Olduğu İçin 4/I-c Kapsamında Sigortalı Sayılanlar

Haklarında 657 sayılı devlet Memurları Kanununun 4. maddesi birinci fıkrası (a) ve (b) bendi uygulanan diğer bir ifade ile 4/c kapsamında sigortalı sayılanlar genel sağlık sigortalısı olacaklar ve genel sağlık sigortasının sunduğu tüm edimlerden yararlanacaklardır.

⁷⁵⁷ 4/b kapsamında prim ödemeyi seçenler 30 gün üzerinden tüm sigorta kollarına tabi prim ödeyecekler ancak ödenen bu süreler için uzun vadeli sigorta kollarından yararlanamayacaklar.

⁷⁵⁸ Ticari faaliyette bulunmakla birlikte kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışanlardan 4/b kapsamındaki sigortalılığı devam ettirmek yerine isteğe bağlı sigortalı olmayı seçenler 30 günden eksik kalan süreler kadar tüm sigorta kolları primi ödeyeceklerdir. Prim ödenen süreler 4/a kapsamında sigortalılık sayıldığı gibi ödenen prim gün sayıları kadar uzun vadeli sigorta kolları açısından da yararlanacaklar.

Devlet memurları hastalanmış ve devamsızlık yapmış olsalar dahi ay içinde 30 gün üzerinden sigortalı bildirilmektedir.

Ancak memurlar da kanunları gereği ücretsiz izin haklarından yararlanabilmektedir. Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ⁷⁵⁹ hükümlerine göre memurun 1 yıldan fazla olmamak koşuluyla ücretsiz izne ayrılması halinde genel sağlık sigortalılığının devam edeceğini dolayısıyla memurun ücretsiz izin döneminde sağlık yardımını sorunsuz olarak almayı sürdüreceği anlaşılmaktadır. Oysa 4/a kapsamındaki sigortalılara ücretsiz izin dönemlerinde genel sağlık sigortalısı olma ve genel sağlık sigortası primi ödeme zorunluluğu getirilmesi eşitlik ilkesi ile bağdaşır bir düzenleme değildir.

5510 sayılı Kanunun yürürlük tarihinden önce kamu idarelerinde çalışmaya başlayanların sağlık yarımalarına esas sağlık aktivasyonları bizzat ilgili kamu kurum ya da kuruluşları tarafından yapılacak, kanunun yürürlük tarihinden sonra sigortalı olanların sağlık aktivasyonları ise sigortalının başvurusu üzerine SGK tarafından gerçekleştirilecektir.

4. İsteğe Bağlı Sigortalılar

Daha önceki kanunlarda hastalık sigortası primi ödemekten muaf tutulan ve haklarında sadece uzun vadeli sigorta hükümleri uygulanan isteğe bağlı sigortalılar 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren genel sağlık sigortasına tabi tutulmuştur. İsteğe bağlı sigortalıların SGK'dan gelir ya da aylık alması ve gelir ya da aylığa bağlı olarak genel sağlık sigortasından yararlanmaya hak kazanıyor olması isteğe bağlı sigortalılık nedeniyle genel sağlık sigortası primi ödememelerini gerektirmemektedir⁷⁶⁰. Aynı biçimde isteğe bağlı sigortalının aynı zamanda genel sağlık sigortalısının hak sahibi kişisi olması da genel sağlık sigortalısı olmasına engel değildir.

İsteğe bağlı sigortalılar da, tüm sigorta kollarına tabi tutulan sigortalılar gibi 30 gün prim (uzun vadeli ve genel sağlık sigortası primi) ödemekte ve genel sağlık sigortasının sunduğu sağlık yardımlarına hak kazanabilmektedir. İsteğe bağlı sigortalının sağlık yardımlarını alma adına aktivasyon başvurusu yapma yanında isteğe bağlı sigortalılığa dayalı

⁷⁵⁹ R.G., 18.12.2009, 27436 (15 Ocak 2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir.).

⁷⁶⁰ 5510 sayılı Kanununun 60. maddesi ikinci fıkrasında, birinci fıkranın (f) bendi kapsamında gelir alması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanların, aynı zamanda diğer bentler gereği de genel sağlık sigortalısı sayılması halinde (f) bendi dışındaki bentler kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılacağı hükmünü dikkate alan Yargıtay 10. Hukuk Dairesi, 30.06.2011 tarihli ve 2009/9618 Esas, 2011/9817 Karar sayılı Kararında, aylık alanların doğrudan genel sağlık sigortalısı olması nedeniyle isteğe bağlı sigortalı olması durumunda genel sağlık sigortası primi ödememesi gerektiğine hükmetmiştir. Ancak bu karar Kanununun isteğe bağlı sigorta hükümlerini düzenleyen 50. maddesi ile çelişmekle birlikte Kanununun 60. maddesi ikinci fıkrasına da uygun düşmektedir.

prim borcunun bulunmaması da gerekmektedir⁷⁶¹. 5510 sayılı Kanun hükmüne göre son 1 yıl içinde 30 gün genel sağlık sigortası primi ödemiş olanların genel sağlık sigortası yardımlarına hak kazanacağı belirtilmekle birlikte daha önce zorunlu sigortalılığı sona eren ve isteğe bağlı sigortalı olmayı seçenlerin sağlık aktivasyonları 30 gün isteğe bağlı sigorta prim ödeme süresi beklenmeden yapılmaktadır.

5. Tarım veya Orman İşlerinde Hizmet Akdiyle Süreksiz Olarak Çalışanlar

Kamu idarelerinde tarım ve orman işlerinde süreksiz olarak çalışanlar hariç olmak üzere 5510 sayılı Kanunun ek 5. maddesine göre, tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışan, istek ve talep üzerine 4/a kapsamında sigortalı sayılacak olan tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanlar 30 gün prim ödemekle birlikte aktivasyon talebi dışında başka bir bildirim gerek kalmaksızın genel sağlık sigortalısı olacaklardır. Diğer bir ifadeyle sigortalı önce ek-5 kapsamında sigortalı olma talebine ilişkin başvurusunu gerçekleştirecek ardından 30 günlük prim ödeyecek ve son olarak sağlık aktivasyonunu aktif hale getirecektir.

Tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanların sigortalılığı zorunlu değil isteğe bağlı bırakıldığı ve prim ödeme yükümlüsü de kendileri tutulduğu için sağlık yardımlarına hak kazanabilmeleri ancak ve ancak prim borçlarının bulunmamasıyla mümkün olacaktır⁷⁶².

6. Kültür ve Turizm Bakanlığınca Belirlenecek Alanlarda Kısmi Süreli İş

Sözleşmesiyle Çalışanlar

6111 sayılı Kanunla, 5510 sayılı Kanuna eklenen ek-6. madde ile 5510 sayılı Kanunun 4. maddenin ikinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen ve Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştıkları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişiler bunları çalıştıran kişiler tarafından sigortalı bildirilmeyeceklerdir. Esas itibarıyla 5510 sayılı Kanunun zorunlu sigortalılığı

⁷⁶¹ İsteğe bağlı sigortalılar için prim GSS edimlerinden yararlanmak için borcu olmama zorunluluğu getirilmesi, isteğe bağlı sigortalılığın, isteğe bağlı sigortalılığına sona erdirmeye talebinde bulunanların, primi ödenmiş son günü takip eden günden itibaren sona ereceği hükmü ile ilintilidir. Aksi halde isteğe bağlı sigortalı borcu olduğu dönemde GSS edimlerinden yararlandıktan sonra geriye doğru isteğe bağlı sigortalılığı sona erdirerek prim ödemediği GSS edimlerinden yararlanabilme hakkını elde edebilecektir.

⁷⁶² Sigortalılığı sonlandırma şartları isteğe bağlı sigortayla aynıdır.

düzenleyen 92. maddesindeki, “Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamındaki kişilerin sigortalı ve genel sağlık sigortalısı olması, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ise genel sağlık sigortalısı olması zorunludur” hükmüne tamamen aykırı düşen bu uygulamanın sosyal sigortacılık ilkeleriyle de bağdaştığını söylemek mümkün değildir⁷⁶³.

Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştıkları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişiler, ek-6. madde kapsamına girme talebinde bulunmakla birlikte sigortalı olacaklar, kendileri tarafından 30 gün prim ödenmesiyle birlikte otomatikman genel sağlık sigortasının sunduğu edimlerden yararlanmaya başlayacaklardır. Ancak sağlık yardımlarından yararlanma adına bunlarında sağlık aktivasyonu yaptırması kaçınılmaz olacaktır.

7. Ticari Taksi, Dolmuş ve Benzeri Nitelikteki Şehir İçi Toplu Taşıma Aracı

İşyerlerinde Çalışanlar

Ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde 10 günden az süreyle çalışanlar, sigortalığı isteğe bağlı bırakılan dolayısıyla zorunlu sigortalılık ilkesi dışında tutulan kişilerdendir. 6111 sayılı Kanunla, 5510 sayılı Kanuna eklenen Ek-6. madde ile ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde çalışanlardan çalıştıkları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişiler, araç sahibi tarafından sigortalı bildirilmemektedir. Dolayısıyla ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişiler, istek üzerine ek-6. madde kapsamında sigortalı sayılacaklar ve sigortalılık tescilini müteakip 30 gün prim ödemekle birlikte aktivasyon talebi dışında başka bir bildirim gerek kalmaksızın genel sağlık sigortalısı olacaklardır.

Ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde çalışanların prim ödeme yükümlüsü kendileri olduğundan sağlık yardımlarına hak kazanabilmeleri prim ve prime ilişkin borçlarının bulunmamasıyla mümkün olacaktır.

8. Tüm Sigorta Kollarına Tabi Tutulmamakla Birlikte Genel Sağlık Sigortasına

Tabi Tutulan Sigortalılar

⁷⁶³ Celal TOZAN, “Güzel Sanat Kollarının Belirlenen Alanlarında Kısmi Süreli İş Akdi İle Ay İçinde 10 Günden Az Çalışanların Zorunlu Sigortalılıkları Kaldırıldı”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:220, (Nisan-2011), s.150-151.

Tüm sigorta kollarına tabi tutulan kişiler 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinde düzenlenmiş, Kanununun 5. maddesinde ise bazı sigorta kollarının uygulanacağı gruplar sayılmıştır. Belirtelim ki; hizmet akdi ile çalışmamakla birlikte, ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde oluşturulan tesis, atölye ve benzeri ünitelerde çalıştırılan hükümlü ve tutuklular ile harp malûlleri ile 12/04/1991 tarihli ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu, 03/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümleri doğrultusunda vazife malullüğü aylığı bağlanmış malûller dışında kalanların tamamı genel sağlık sigortası primine tabi tutulmuştur.

Bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olan 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanunu'nda belirtilen aday çırak, çıraklar ve meslekî eğitim gören öğrenciler, meslek liselerinde okumakta iken veya yüksek öğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 46. maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrenciler, Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerler ile stajyer avukatlar genel sağlık sigortalısı olmazlar ancak bunlar da bakmakla yükümlü tutuldukları kişiler üzerinden sağlık yardımı alırlar.

a) 3308 Sayılı Meslekî Eğitim Kanununda Belirtilen Aday Çırak, Çıraklar ve

Meslekî Eğitim Gören Öğrenciler

3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak olarak meslekî eğitim gören öğrencilerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar mesleki eğitime başladıkları okullar tarafından mesleki eğitime başladıkları tarihten itibaren sigortalı bildirilmekte ve genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. Daha önce bakmakla yükümlü olan ya da olmayan ayrımı yapılmaksızın 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çıraklar ve meslekî eğitim gören öğrenciler sadece iş kazası ve meslek hastalığı sigortasına tabi tutulurken 6111 sayılı Kanunla yapılan değişiklik sonucu bakmakla yükümlü olmayanlar ayrıca genel sağlık sigortasına tabi tutulmuştur.

3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çıraklar ve meslekî eğitim gören öğrenciler için öğrenim gördükleri okulları tarafından genel sağlık sigortası primleri ödendiği diğer bir ifade ile öğrenim dönemi boyunca genel sağlık sigortası sayıldığı için sağlık yardımını almaları 30 günlük prim ödenmesini müteakip başlayacak, öğrenciler sadece sağlık aktivasyon başvurusunda bulunacaktır.

b) Meslek Liselerinde Okumakta İken veya Yüksek Öğrenimleri Sırasında

Staja Tabi Tutulan Öğrenciler

5510 sayılı Kanunun 5. maddesinde değişiklik yapan 6111 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 1 Mart 2011 tarihinden itibaren meslek liselerinde okumakta iken veya yüksek öğrenimleri sırasında zorunlu ya da istek üzerine staja tabi tutulan öğrencilerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar staja başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortasına tabi tutulmaktadır. Bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayan staja tabi öğrencilerin genel sağlık sigortası primleri öğrenim gördükleri okulları tarafından ödenmekte, 30 günlük prim ödemesini müteakip genel sağlık sigortası aktivasyonu yapılabilmekte, bu kişiler aktivasyon sonrası genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık yardımlarından yararlanmaktadır.⁷⁶⁴

c) 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 46. Maddesine Tabi Tutularak

Kısmi Zamanlı Çalıştırılan Öğrenciler

2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 46. maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrencilerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olanlar kısmi zamanlı olarak çalışmaya başladıkları tarihten itibaren sadece iş kazası ve meslek hastalığı sigorta koluna tabi tutulmakta ancak bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar ayrıca genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. Bunların bildirimleri ilgili üniversiteler tarafından yapılacak, 30 günlük prim ödenmesini müteakip aktivasyon süreci başlatılacak ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 46.maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrenciler sağlık yardımlarını almaya başlayabilecektir.

d) Türkiye İş Kurumu Tarafından Düzenlenen Meslek Edindirme, Geliştirme

ve Değiştirme Eğitimine Katılan Kursiyerler

6111 sayılı Kanunun 24. maddesi ile 5510 sayılı Kanunun 5. maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen ve haklarında daha önce sadece iş kazası ve meslek hastalığı sigortası hükümleri uygulanan Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerlerden, bakmakla yükümlü olunan kişi

⁷⁶⁴ Resul KURT, “Stajyer Üniversitelerinin Ücret ve Sosyal Güvenlik Durumu”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:224, (Ağustos 2011), s.135.

durumunda olmayanlar, kursa başladığı tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılacak ve prim ödeme yükümlüsü de ilgili kurum olacaktır. Sağlık yardımlarından yararlanmak diğer sigortalılarda olduğu gibi bunlarda da sağlık aktivasyonu yapılması şartına bağlıdır.

e) Türkiye ile Sosyal Güvenlik Sözleşmesi İmzalanmamış Ülkelerde Çalışan

Türk Vatandaşları

5510 sayılı Kanunun 5. maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında sigortalılıkları devam edenler hariç olmak üzere ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkelerde çalışan ve çalıştığı ülkede sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunan Türk vatandaşlarının ülkemizde ikamet eden ve 18 yaşından büyük bakmakla yükümlü olduğu kişilerden 1 Ocak 2012 tarihine kadar talepte bulunanların genel sağlık sigortası tescili, Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında yapılacaktır.

5510 sayılı Kanunun 5. maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında sigortalı olanlar hakkında genel sağlık sigortası hükümleri uygulandığı için 30 günlük prim ödenmesini müteakip bu kişiler ve hak sahipleri 5510 sayılı Kanun kapsamında sunulan sağlık yardımlarını almaya hak kazanacaklardır. Ancak bunların sağlık yardımlarından yararlanması için de sağlık aktivasyonu gerekmektedir.

9. Kurumdan Gelir ve Aylık Alanlar

5510 sayılı Kanun kapsamında gelir ve aylık alanlar diğer bir ifade ile 5510 sayılı Kanunun 4. maddesi birinci fıkrasının (a) (b) veya (c) bentleri kapsamında gelir ve aylık almaya başlayanlar ile 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 2008 yılı Ekim ayı başından önce 506 sayılı Kanun, 1479 sayılı Kanun, 5434 sayılı Kanun, 2925 sayılı Kanun ya da 2926 sayılı Kanunların birinden ya da birkaçından gelir veya aylık bağlanmış olanlar prim ödeme yükümlüsü olmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

1479 sayılı Kanun veya 2926 sayılı Kanun kapsamında gelir ya da aylık almakla birlikte 10 yıldan daha az süreli sağlık sigortası primi ödemiş olanların, 10 yıllık süre dolana kadar maaşlarından %10'u oranında genel sağlık sigortası primi kesilmeye devam edeceğini de özellikle belirtmemiz gerekmektedir.

506 sayılı Kanunun geçici 20. maddesine tabi sandıklar tarafından gelir ve aylık bağlanmış olanlar hakkında bu sandıklar SGK'ya devredilene kadar genel sağlık sigortası

hükümleri uygulanmayacak bunların sağlık ihtiyaçları 506 sayılı Kanunun geçici 20. maddesine tabi sandıklar tarafından gerçekleştirilecektir.

5510 sayılı Kanunun 4. maddesi 1.fikrasının (a) (b) veya (c) bentleri kapsamında birden çok gelir ya da aylığa hak kazanmış olanlar kendi sigortalılıklarına dayalı gelir veya aylık alıyorsa sağlık aktivasyonları bu kapsamda yapılacak değilse bu kez istedikleri kapsamda sağlık aktivasyonu yaptırabilecektir.

10. Diğer Bentler Kapsamında Olmayanlar (5510, m.60/I-g)

Kanunun m. 60/I, (a)-(f) bentlerinde özel olarak tek tek sayılan genel sağlık sigortalıları ya da bunların hak sahipleri dışında kalan kişiler 60. maddenin (g) bendinde, diğer bentlerde sayılanların dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar olarak tanımlanmış ve bunların zorunlu olarak genel sağlık sigortalısı olacakları öngörülmüştür (m. 60/I,g).

Belirtilen kişiler, başka bir sosyal güvencesi olmayan ancak gelirleri de 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 birine eşit ya da daha fazla olan diğer bir ifade ile genel sağlık sigortası primi ödemekle yükümlü tutulan kişilerdir.

Kanunun 60. maddesinin dördüncü fıkrası uyarınca, m. 60/I(g) bendinin uygulanmasında evli olanlar için, eşlerden hangisinin bu madde kapsamında genel sağlık sigortalısı, hangisinin bakmakla yükümlü olunan kişi olacağıın tespitinin bu kişilerin tercihlerine bırakılmıştır.

Kanunun 60. maddesinin (g) bendi kapsamına alınan diğer bir ifade ile de diğer bentlerde sayılanların dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşların genel sağlık sigortası tescillerinin yapılarak primlerinin belirlenmesinde iki seçenek bulunmaktadır. Bunlardan ilki bu kapsamdaki kişinin kişi başına düşen aylık gelirini iki asgari ücret seçmektir ki; sonucunda bu kişiler iki asgari ücretin %12'si oranında genel sağlık sigortası primi ödemek ve son bir yıl içinde ödenen genel sağlık sigortası prim gün sayısının 30 oluşmasına bağlı olarak sağlık yardımı alma haklarına erişeceklerdir.

Kanunun 60. maddesinin (g) bendi kapsamına girdiği tarihten itibaren bir aylık süre içinde aile içinde kişi başına düşen aylık gelirini iki asgari ücret seçmeyenler diğer bir ifade ile gelir testine girecek olanlar için genel sağlık sigortası tescili aşamasında genel sağlık sigortasına esas kazanç bir asgari ücret olarak belirlenerek tescil işlemi yapılacaktır. Tescili yapılan kişi bir asgari ücretin %12'si tutarında prim ödemek ve son bir yıl içinde 30 gün genel sağlık sigortası prim şartını gerçekleştirmekle birlikte sağlık haklarından yararlanmaya başlayacaktır.

Kanunun m. 60/I (g) kapsamında genel sağlık sigortalılığı başlatılanlardan, genel sağlık sigortalılığı başlatıldığı tarihten itibaren bir ay içinde gelir testine girmeyenlerin prime esas kazançları SGK tarafından 2 asgari ücrete yükseltilecek ancak bu kişiler altı ay içinde gelir testine girerlerse prime esas kazançları geriye dönük olarak düzeltilecektir. Altı aylık süreden sonra gelir testine girenlerin prime esas kazançları ise gelir testinin yapıldığı tarih itibariyle güncellenecektir.

5510 sayılı Kanunun 60. maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar, diğer bir ifade zorunlu sigortalılar, sigortalıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanmaya devam ederler. İsteğe bağlı sigortalılığını sona erdirenler ise bu tarihten sonra sağlık yardımı alamaz. Kanunun m.4/I (a) kapsamında sigortalı sayılanlar, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle de bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam ederler.

Sigortalılığı ya da isteğe bağlı sigortalılığı sona erdiği için sosyal güvencelerini kaybedenlerden genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olunan kişisi durumunda olmayanların genel sağlık sigortalılıkları, bunların başvurusu üzerine, başvuruda bulunmayanlar için ise SGK tarafından bir ay içinde resen gerçekleştirilir

II. BİLDİRİME DAYALI TESCİL

1. Geliri Asgari Ücretin 1/3'ünden Az Olanlar⁷⁶⁵

⁷⁶⁵ 1 Ocak 2012 tarihinden sonra ilk defa bu kapsama girecek olanlar (devredilen Yeşil Kart vize süresi 1 Ocak 2012 sonrası sarkanlar hariç) bildirimsiz tescil edilecektir.

5510 sayılı Kanununun 60. maddesinde sayılan ve finansmanı Devlet tarafından sağlanacak olan “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” 1 Ocak 2012 tarihinde devir alınan Yeşil Kartlılar hariç doğrudan Kanununun m. 60/I,c-1 bendi kapsamına girmezler. Zira bu kapsama girmek için öncesinde gelir testinin yapılması ve gelirin asgari ücretin üçte birinden az olduğunun saptanması gerekir.

Dolayısıyla gerek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların beyanları doğrultusunda gerekse Kurumun hiçbir sosyal güvencesi olmadığı için resen genel sağlık sigortası kapsamına aldığı kişiler öncelikle Kanunun m.60/I (g) bendi kapsamında tescil⁷⁶⁶ edilir ve gelir testi yapılması için ilgililer yerleşimlerinin bağlı olduğu ilçedeki sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarına sevk edilirler. Bu kişilerin ayrıca sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarına gelir testi talebinde bulunmaları gerekir. Yapılacak gelir testi sonucu aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olarak belirlenirse bu kez ailenin tüm fertleri Kanunun m.60/I,c-1 bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilirler.

Kanunun m.60/I,c-1 bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilenler gelirleri değişmediği sürece bir sene boyunca genel sağlık sigortası kapsamında finansmana katılmaksızın sağlık yardımını almaya devam eder. Bir senenin sonunda tekrar gelir tespiti yapılarak aynı şartları muhafaza edenlerin 60/I,c-1 bendi kapsamında genel sağlık sigortalılığı yinelenir.

2. 2022 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar

5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (3) numaralı alt bendinin yürürlüğe girdiği 1 Temmuz 2008 tarihi itibarıyla 2022 sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre aylık alan kişilerin genel sağlık sigortalısı sayılacağı öngörülmüştür (5510, m. 60/c).

⁷⁶⁶ Kanunun m.60/I (g) bendi kapsamında tescil edilenlerin gelir testi sonuçlanana kadar kazançları asgari ücret olarak değerlendirilir. İlgili gelir testine girmemesi halinde kazancının iki asgari ücret ve üzeri olduğu kabul edilir. Gelir testi sonucu ilgilinin kişi başına düşen kazancının asgari ücretin üçte birinden az olduğu tespit edilirse bu kez hanede yaşayan tüm bireyler Kanunun m.60/I,c-1 kapsamda tescil edilirler.

SGK tarafından hazırlanan ve resmi gazetede yayımlanarak 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren Kısa Vadeli Sigorta Kolları Uygulama Tebliği⁷⁶⁷ ile 2022 sayılı Kanun kapsamındaki genel sağlık sigortalısı olarak kabul edilmelerinde bir geçiş süreci öngörülmüştür. Tebliğin 27. maddesinde “31.07.2008 tarihli ve 5797 sayılı Kanunla değişik 5510 sayılı Kanunun geçici 12. maddesi gereğince kamu idarelerinin sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin görevleri yürürlükten kaldırılan kanunlardaki hak ve yükümlülükler çerçevesinde ilgili kayıt ve işlemlerin Kurum tarafından en geç üç yıl içinde devralındığı tarihe kadar devam edeceğinden, 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (3) numaralı alt bendinde sayılan 1.7.1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerle (9) numaralı alt bendinde sayılan 18.3.1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74. maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16. maddesine göre aylık alan kişiler hakkında Kurumca devralındığı tarihe kadar 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortası hükümleri uygulanmaz.” denilerek 3 yıllık bir geçişten bahsedilmiş ve bu kişiler genel sağlık sigortası kapsamına alınmamıştır⁷⁶⁸.

Bununla birlikte 5510 sayılı Kanun uygulamasını açıklamak için çıkarılan Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği’nde⁷⁶⁹ 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık alanların 1 Temmuz 2008 tarihi itibarıyla genel sağlık sigortalısı sayılacakları düzenlenmiştir (Yön., m. 71/a). Ancak kanun ve yönetmelik hükümlerinin aksine tebliğde geçiş düzenlemesine yer verilmiştir.

Tebliğde öngörülen sürenin 1 Ocak 2012 tarihinde dolması ve SGK’nın kamu idarelerinin sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin görevlerini devralmasıyla birlikte 2022 sayılı Kanun gereği aylığa hak kazanan bu kişiler aylığa hak kazandıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı olacaklar ve aylığı bağlayan kurum tarafından kapsama alındıkları tarihten itibaren bir ay içinde verilecek genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescilleri yapılacaktır⁷⁷⁰ (5510, m. 61/b). Genel sağlık sigortalısı sayılan bu kişiler için her ay otuz gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi zorunludur. 2022 sayılı Kanuna göre aylık bağlanan kişiler için genel sağlık sigortası primi yılı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idaresi tarafından ödenir (5510, m. 87/c). 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık

⁷⁶⁷ R.G., 28.09.2008, 27011

⁷⁶⁸ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR, s.98.

⁷⁶⁹ R.G., 28.08.2008, 26981.

⁷⁷⁰ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR, s.98-100.

alanların genel sağlık sigortalısı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için sağlık hizmeti sunucusuna başvurdukları tarihten önce 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme şartı bulunmamaktadır.

2022 sayılı Kanun kapsamında aylık aldığı için genel sağlık sigortası tescili yapılanların eş, çocuk, anne ve babaları Kanunun 3. maddesinin (10) numaralı alt bendine göre sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden yararlandırılacaktır. Ancak, 2022 sayılı Kanun gereği aylık hakkından yararlanan 18 yaşından kkk zrllerin yalnızca kendilerinin sağlık hizmetlerinden yararlanacağı hüküm altına alındığından bu kişilerin anne babaları bakmakla yükümlü olunan kişi olarak değerlendirilmeyecektir.

3. 1005 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar

Daha önce 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun kapsamında aylık bağlananlar ile bunların eşlerinin resmî sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bu kurum ve kuruluşlarca sevk edildikleri özel sağlık kurum ve kuruluşlarında göreceklere 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 karşılanırdı (1005, m. 2/II)⁷⁷¹. Yapılan sağlık yardımlarından ilgililerin eşleri ve dul eşleri faydalanabildiği halde ana, baba ve çocuklar kapsam dışında tutulmuştu.

5510 sayılı Kanun 1005 sayılı Kanunun 2. maddesinin ikinci fıkrasını 01 Temmuz 2008 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmış (5510, m. 106/22) ve 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler genel sağlık sigortalısı sayılmıştır (5510, m. 60/c). 1005 sayılı Kanun gereği aylığa hak kazanan bu kişiler aylığa hak kazandıkları tarih itibariyle genel sağlık sigortalısı olacaklar ve aylığı bağlayan kurum tarafından kapsama alındıkları tarihten itibaren bir ay içinde verilecek genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edileceklerdir (5510, m. 61/b). Genel sağlık sigortalısı sayılan bu kişiler için her ay otuz gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi bir zorunluluktur (5510, m. 88). şeref aylığı bağlanan kişilerin genel sağlık sigortası primleri yılı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idaresi tarafından ödenmektedir (5510, m. 87/c). şeref aylığı alanların genel sağlık

⁷⁷¹ 05.12.1990 tarih 3688 sayılı Kanunla 2. maddeye eklenen ek fıkra ile 5595 sayılı Kanun'un 2. maddesi değiştirilmiştir.

sigortalısı olarak sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için, sağlık sunucusuna başvurdukları tarihten önceki son bir yıl içinde genel sağlık sigortası ödeme gün sayılarının olması şartı aranmaz (5510, m. 67/a).

4. 3292 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar

5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (5) numaralı alt bendinin yrrlēe girdiēi 1 Temmuz 2008 tarihi itibariyle 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıkların Baēlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanların genel sağlık sigortalısı olarak kabul edileceēi ngrlmřtr⁷⁷² (5510, m. 60/c). 3292 sayılı Kanun mevzuatı gereēi aylıēa hak kazanan bu kişiler, aylıēa hak kazandıkları tarih itibariyle genel sağlık sigortalısı olacaklar ve aylıēı baēlayan kurum tarafından kapsama alındıkları tarihten itibaren bir ay içinde verilecek genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescilleri yapılacaktır (5510, m. 61/b).

Genel sağlık sigortalısı sayılan bu kişiler için her ay otuz gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi, bir zorunluluktur. 3292 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık baēlanan kişilerin genel sağlık sigortası primleri yılı merkezi yönetim btcesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idaresi tarafından ödenir (5510, m. 87/c). İlgililerin sunulan sağlık hizmetlerinden yaralanmalarında sağlık sunucusuna başvurdukları tarihten önceki son bir yıl içinde 30 gün genel sağlık sigortası ödeme sayısını olası şartı bulunmamaktadır (5510, m. 67/a).

5. 2330 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar

2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Baēlanması Hakkında Kanun kapsamında aylık alan kişiler aylıēa hak kazandıkları tarih itibariyle genel sağlık sigortası olacaklar ve aylıēı baēlayan kurum tarafından kapsama alındıkları tarihten itibaren bir ay içinde genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edileceklerdir (5510, m.61/b). Genel sağlık sigortası kapsamına alınan bu kişilerin için her ay 30 gün genel sağlık primi ödemesi bir zorunluluktur. Bunların genel sağlık sigortası primleri merkezi yönetim btcesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idaresi tarafından denmektedir⁷⁷³.

5510 sayılı Kanuna göre, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Baēlanması Hakkında Kanun'a göre aylık baēlanan ve 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin birinci

⁷⁷² GöKTAş/ÇAKAR/ÖZDAMAR, s. 118.

⁷⁷³ Cüneyt OLGAÇ, **200 Soruda Sosyal Sigorta Uygulamaları ve Genel Sağlık Sigortası**, Yaklaşım Yayınları, Ankara, 2006, s.249-263.

fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamında sigortalı olarak çalışmaya başlayanlar hakkında aylıkları kesilmeksizin kısa vadeli sigorta kolları uygulanacak. Bir başka anlatımla 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık bağlanmış olan bu kişiler, hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılırsalar ya da hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışsalar dahi ayrıca genel sağlık sigortası primine tabi tutulmayacaklardır⁷⁷⁴.

2330 sayılı Kanun kapsamında aylık alanların genel sağlık sigortalısı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için, sağlık hizmeti sunucusuna başvurdukları tarihten önceki son bir yıl içinde genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayılarının olması şartı aranmayacaktır.

6. Ücretsiz Bakılan, Korunan ve Rehabilite Edilenler

5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendinde sayılan 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalananların genel sağlık sigortalısı olacağı öngörülmüştür⁷⁷⁵ (5510, m. 60/c,7). 2828 sayılı Kanun gereği, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler faydalanmaya başladıkları tarih itibariyle genel sağlık sigortalısı olacaklar ve hizmeti sunan kuruluş tarafından bir ay içinde verilecek genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile bu kişilerin tescilleri yapılacaktır (5510, m. 61/b).

7. 3713 Sayılı Kanun Kapsamında Aylık Alanlar

5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (8) numaralı alt bendinin yürürlüğe girdiği 01 Temmuz 2008 tarihi itibariyle, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alan kişilerin genel sağlık sigortalısı olarak kabul edileceği öngörülmüştür (5510, m. 60/c). Ayrıca 5510 sayılı Kanununun 106. maddesinin birinci fıkrasının (18) numaralı alt bendinin 1 Ekim 20008 tarihi itibariyle yürürlüğe girmesiyle 3713 sayılı Kanununun 21. maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi ile (g) bendinde yer alan “*ve tedavileri yaptırılır*” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır⁷⁷⁶ (5510, m. 106/18). Dolayısıyla 1 Ekim 20008 tarihinden geçerli olmak üzere 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar genel sağlık sigortalısı sayılacaktır.

⁷⁷⁴ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR, s.123.

⁷⁷⁵ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR, s. 118.

⁷⁷⁶ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR, s.126.

3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık almaya hak kazananlar, aylığa hak kazandıkları tarih itibariyle genel sağlık sigortalısı olacaklar ve aylığı bağlayan kurum tarafından kapsama alındıkları tarihten itibaren bir ay içinde verilecek genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edileceklerdir (5510, m. 61/b). Genel sağlık sigortalısı sayılan bu kişiler için her ay otuz gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi bir zorunluluktur (5510, m. 88). Bunların genel sağlık sigortası primleri, yılı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idaresi tarafından ödenir (5510, m. 87/c).

3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamında sigortalı olarak çalışırsa aylıkları kesilmeksizin haklarında kısa vadeli sigorta kolları uygulanır⁷⁷⁷. 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller ile vazife malullüğü aylığı alan er ve erbaşların 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olmaları halinde de aylıkları kesilmez ve bunlar hakkında uzun vadeli sigorta kolları uygulanır. 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin (a), (b) ve (c) bentleri kapsamında çalışan bu kişilerden ayrıca genel sağlık sigortası primi de alınmaz (5510, m. 5/c). Bunların genel sağlık sigortası primleri, yılı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idaresi tarafından ödenir (5510, m. 87/c).

8. Geçici Köy Korucuları

442 sayılı Kanununun 74. maddesine göre geçici köy korucusu olarak görevlendirilenler ile aynı kanunun ek 16. maddesine göre aylık alanlar genel sağlık sigortalısı bunların bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk, anne ve babası da hak sahibi sayılmaktadır. Bunların genel sağlık sigortası tescil işlemleri ilgili kuruluş tarafından kapsama alındıkları tarihten itibaren bir ay içinde verilecek genel sağlık sigortası giriş bildirgesi yapılacaktır.

Kanunun geçici 12. maddesi gereği devir tarihinde ilgili kanunları gereği bakmakla yükümlü olunan kişi olarak sağlık hizmetlerinden yararlananlar devir tarihinden sonra da durum değişikliği oluncaya kadar aynı şartlarla sağlık hizmetlerinden yararlandırılacaktır. 442 sayılı Kanuna tabi görevlendirilenlerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tespiti 74. maddenin dördüncü fıkrası gereği 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu hükümlerine göre yapılacaktır. Buna göre, geçici köy korucusu olarak görevlendirilenler ile bu Kanuna göre aylık alanların, sigortalı sayılmayan, isteğe bağlı sigortalı olmayan, evli olmayan, kendi

⁷⁷⁷ Ancak bu durumdakilerin uzun vadeli sigorta kollarına tabi olmayı istemeleri halinde, bu isteklerini Kuruma bildirdikleri tarihi takip eden aybaşından itibaren, aylıkları kesilmeksizin haklarında uzun vadeli sigorta kolları hükümleri uygulanır.

çalışmaları nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan bakmakla yükümlü olduğu erkek ve kız çocukları öğrenim durumlarına bakılmaksızın, durum değişikliği olmaması şartıyla 25 yaşını dolduruncaya kadar sağlık hizmetlerinden yararlandırılacaktır.

5510 sayılı Kanununun 105. maddesinde belirtilen “... diğer kanunların bu Kanuna aykırı hükümleri uygulanmaz.” hükmü doğrultusunda 442 sayılı Kanununun 74. maddesine göre 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren ilk defa geçici köy korucusu olarak görevlendirilenler ile Ek-16. maddesine göre aylık bağlananların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tespitinde 5510 sayılı Kanun hükümleri uygulanacaktır.

9. Vatansız ve Sığınmacılar

Vatansız ve sığınmacıların bu statüye kabul edilmesi işlemleri İçişleri Bakanlığı tarafından yapılır. İçişleri Bakanlığı genel sağlık sigortalısı olması öngörülen vatansız ve sığınmacılığa kabul edilen bu kişiler için kabul edildikleri tarihten itibaren bir ay içinde genel sağlık sigortası giriş bildirgesi düzenleyerek SGK’ya vermek suretiyle bunların genel sağlık sigortası tescil işlemini gerçekleştirir (5510, m. 61/I,b).

10. Devlet Sporcusu Sayılanlar

5510 sayılı Kanun’un 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (8) numaralı alt bendinin yürürlüğe girdiği 1 Temmuz 2008 tarihi itibarıyla, 2913 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler genel sağlık sigortalısı sayılmıştır(5510, m. 60/c). 5774 sayılı Kanunla yürürlükten kaldırılan 2913 sayılı Kanuna ve aynı Kanuna göre aylık bağlanmış olanlara yapılmış olan atıfların 5774 sayılı Kanuna ve bu Kanuna göre aylık bağlanmış olanlara yapılmış sayılacağı hüküm altına alındığından 5774 sayılı Kanun gereği aylığa hak kazananlar, aylığa hak kazandıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı olacaklardır⁷⁷⁸. Buna göre aylığı bağlayan kurum tarafından kapsama alındıkları tarihten itibaren bir ay içinde verilecek genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile genel sağlık sigortası tescili yapılacaktır (5510, m. 61/b). Genel sağlık sigortalısı sayılan bu kişiler için her ay otuz gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi zorunluluktur(5510, m. 88). 5774 sayılı Kanuna göre aylık bağlanan kişiler için genel sağlık sigortası primi yılı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idaresi tarafından ödenir (5510, m. 87/c) .

⁷⁷⁸ GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR, s. 133-134

11. Yabancı Ülke Vatandaşları

Yabancı ülke uyruğunda bulunan kişilerin genel sağlık sigortası kapsamına girmeleri diğer bir ifade ile genel sağlık sigortası tescillerinin yapılması için 5510 sayılı Kanun bir bekleme süresi öngörmüştür. Bekleme süresi yanında oturma izni alınması da genel sağlık sigortalılığının bir diğer koşuldur. Oturma izni alma şartı Türk vatandaşı genel sağlık sigortalısının yabancı uyruklu eşi için de geçerlidir.

a) Oturma İzni Almış Yabancı Ülke Vatandaşları

Türkiye’de ikamet eden yabancı uyruklu kişiler mütakabiliyet esası dikkate alınmak üzere oturma iznine bağlı olarak en az bir yıl kesintisiz ikamet etmeleri halinde zorunlu olarak genel sağlık sigortalısı olacaklardır. Türkiye’de yerleşik olma hali bir yılı dolduran yabancı uyruklu kişiler Sosyal Güvenlik Kurumu’na genel sağlık sigortası giriş bildirgesi vermek suretiyle genel sağlık sigortası tescil işlemini başlatacaklardır⁷⁷⁹. Yabancı uyruklu kişilerin kendileri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi vermediği takdirde bu kez genel sağlık sigorta tescil işlemi SGK tarafından resen yapılacak ve ilgili kişiye bir asgari ücret tutarında idari para cezası uygulanacaktır. Yabancı uyruklular gelir testine tabi olmaksızın prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı üzerinden prim ödeyeceklerdir. 30 günlük prim ödenmesiyle birlikte bu kişiler sağlık yardımlarına hak kazanacaklardır.

b) Yabancı Uyruklu Öğrenciler

Kamu idareleri, kanunla kurulan kurum ve kuruluşlar, kamu yararına faaliyet gösteren dernekler ile vergi muafiyeti tanınan vakıflar tarafından tam burs sağlanan ve Yükseköğretim Kurulu tarafından ayrılan kontenjanlar dâhilinde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler hariç olmak üzere 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa göre üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler yüksek öğrenimlerinin başladığı tarihten itibaren bir ay içinde genel sağlık sigortalısı sayılacak ve bildirimleri ilgili üniversiteler aracılığıyla yapılacak ancak prim ödeme yükümlüleri öğrenciler olacaktır.

Düzenleme 6111 sayılı Kanununun 52. maddesi ile 5510 sayılı Kanuna eklenen geçici 32. madde gereği genel sağlık sigortalısı sayılan yabancı uyruklu öğrencilerden 1 Mart 2011

⁷⁷⁹ Genel sağlık sigortası giriş bildirgesi veren yabancı uyruklu vatandaşlar, ikamet izin belgesi ile ilgili yabancı ülke sosyal güvenlik kurumundan ya da çalışma ataşeliğinden alınan genel sağlık sigortası uygulaması açısından sosyal güvenlik durumlarını gösteren yazının aslı veya fotokopisi ile yeminli mütercim tarafından yapılan tercümesinin aslının veya onaylı suretini SGK’ya ibraz edeceklerdir.

tarihinden önce yüksek öğrenim görmeye başlayan öğrencilerin genel sağlık sigortalılıkları ise 1 Mart 2011 tarihinde başlatılacak bildirimler ise bizzat üniversiteler tarafından yerine getirilecektir. Bunların prim tutarları dönem başında dönemlik ödenecek 30 günlük süreden sonra sağlık hizmetlerinden yararlanmak mümkün olacaktır.

c) Türk Vatandaşlığından Çıkmış Olanlar

5901 sayılı Türk Vatandaşlığı Kanununun 28. maddesi uyarınca Türk vatandaşlığından çıkarılan ve Türkiye’de ikamet edenler bir yıllık ikamet şartına tabi tutulmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılacaktır. Bunlar hakkında bir yıllık ikamet şartının aranmaması Türk soylu yabancıları korumaya yönelik bir düzenleme olarak değerlendirilmelidir. Hiçbir sosyal güvencesi olmayan bu kişiler ekonomik durumlarına göre 60. maddenin (c-1) bendi ya da (g) bendi kapsamında tescil edilecek, 30 günlük süre sonunda da sağlık yardımlarını almaya başlayacaklardır⁷⁸⁰.

12. Stajyer Avukatlar

1136 sayılı Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlar, staj dönemlerinde sigortalı olamamakta, Avukatlık Kanunundaki bu düzenleme nedeniyle staj yapan avukatlar sigortalı olmadıkları için sosyal güvenceden yoksun kalmaktadır. 5510 sayılı Kanun staj yapan avukatları sağlık açısından korumaya almıştır. 6111 sayılı Kanununun 52. maddesi ile 5510 sayılı Kanuna eklenen geçici 32. madde uyarınca stajyer avukatlar, 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olunan kişisi durumunda değil iseler staj yapmaya başladığı tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı olacak ve genel sağlık sigortası bildirimleri Türkiye Barolar Birliği tarafından yerine getirilecektir. Stajyer avukatların genel sağlık sigortası primleri de Türkiye Barolar Birliği tarafından ödenecek, staj yapan avukatlar 30 günlük prim ödenmesini müteakip sağlık hizmetlerinden yararlanacaktır.

13. Anne Babası Olmayan Küçükler

5510 sayılı Kanununun 61. maddesinin ikinci fıkrası gereği, genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, anne ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşını dolduruncaya kadar genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer

⁷⁸⁰ 60. maddenin (g) bendi kapsamına alınanlar sağlık yardımına hak kazanabilmek için tahakkuk edecek prim tutarlarını ödeyeceklerdir.

haklardan yararlandırılmaktadır. 18 Yaşından küçük çocuğun anne ve babası yok ise 18 yaşını dolduruncaya kadar primi Devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. 18 Yaşını doldurmamış çocuklardan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalandırılmayanlar SGK tarafından resen genel sağlık sigortalısı yapılmaktadır.

14. 4/1-b Kapsamında Sigortalı Sayılanlardan Prim Borcu Bulunanların Hak

Sahipleri

5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanların genel sağlık sigorta edimlerinden yararlanabilmesi için 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması ve varsa borçlarını 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunun 48. maddesine göre tecil ve taksitlendirmesi gerekmektedir⁷⁸¹.

Prim borcu nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamayanların, 18 yaş altı çocukları hariç olmak üzere,⁷⁸² bakmakla yükümlü olduğu kişilerin⁷⁸³ talepte bulunması halinde, talepte bulunan hak sahibi 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılacak ve gelir testi işlemleri sonuçlanıncaya kadar prime esas kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının % 12'si kadar genel sağlık sigortası primi tahakkuk ettirilecek ve 30 günlük prim ödenmesini müteakip sağlık yardımı başlatılacaktır.

§ 12. GENEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMİ

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 yükümlülüktür. Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır. Kapsamındaki kişilere sunulacak sağlık hizmetleri ve

⁷⁸¹ Prim borçlarını diğer Kanunlara göre yapılandırılmış olması örneğin; 6111 sayılı Kanun kapsamında yapılandırma talebinde bulunulması halinde de yapılandırılan borç dışında başka borç bulunmaması koşuluyla 4/b kapsamında sigortalı sayılanlar sağlık yardımlarından yararlanabilmektedir.

⁷⁸² 4/b kapsamında sigortalı sayılan ve borcu bulunan sigortalıların 18 yaşından küçük çocukları prim borcuna bakılmaksızın sağlık yardımı almaya hak kazanırlar.

⁷⁸³ Bunlar, 4/b kapsamında sigortalı sayılan ve borcu bulunan sigortalıların 18 yaşından büyük çocukları ile eşidir.

diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz (5510, m.62/I,II,III).

Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamındaki kişilerin sigortalı ve genel sağlık sigortalısı olması, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ise genel sağlık sigortalısı olması zorunludur. Bu Kanunda yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak, vazgeçmek veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir (5510, m.92/I). Kanunun 62. maddesiyle birlikte sigortalılığın zorunlu oluşunu düzenleyen 92. maddesi birlikte değerlendirildiğinde Anayasa'nın 56. maddesinde yer alan sağlık hakkı tam olarak yerini bulmaktadır⁷⁸⁴.

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ve diğer haklardan yararlanmak için “...genel sağlık sigortalısı⁷⁸⁵ 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.

Okur'a göre Kanunun düzenlenmesi aşamasındaki özensizlik burada da kendini göstermektedir. Zira kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna “başvurduğu tarihten önceki” son bir yıl denildikten sonra “son” sözcüğünün ifadeye herhangi bir katkısının olmayacağı açıktır. Yine madde metninde “genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olunan kişiler” denilmiştir ki; prim ödeme yükümlüsü olanların sadece genel sağlık sigortalısı olduğu düşünüldüğünde madde lafzının hatalı olduğu açıktır⁷⁸⁶.

Esasında genel sağlık sigortasının ülkede yaşayanların tamamını kapsamına almasından sonra yabancı uyruklular, vatansızlar ve sığınmacılar dışında kalan herkes genel sağlık sigortasındaki zorunluluk gereği zaman içinde ya genel sağlık sigortalısı ya da hak sahibi sayılacağından 30 gün prim ödeme şartı da bir anlam ifade etmeyecektir. Çünkü bu şart bir şekilde yerine gelmiş olacaktır. Ancak 18 yaşını tamamladığı için ilk defa genel sağlık sigortalısı sayılanlar için bir aylık bekleme süresi kaçınılmazdır. Dolayısıyla hak sahipliği niteliğini yitirdiği için genel sağlık sigortalılığına geçirilen 18 yaşını tamamlamış çocuklar için bir aylık bekleme süresinin aranması Kanunun ruhuyla örtüşmemektedir.

⁷⁸⁴ BOSTANCI, s.217

⁷⁸⁵ Kurumdan gelir ve aylık bağlananlar için prim ödeme yükümlüğü bulunmamaktadır. Ancak 1479, 2926 veya 5510 sayılı Kanunun 4/b kapsamından yaşlılık aylığı bağlananlardan 10 yıl sağlık primi veya genel sağlık primi ödememiş olanların aylıklarından 10 yılı tamamlayacak biçimde genel sağlık sigortası primi kesilecektir.

⁷⁸⁶ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.152

I. GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ PRİME ESAS KAZANÇLARININ BELİRLENMESİ, ORANI VE PRİMLERİN ÖDENMESİ

5510 sayılı Kanunun 79. maddesinde, kısa ve uzun vadeli sigortalar ile genel sağlık sigortası için, Kanunda öngörülen her türlü ödemeler ile yönetim giderlerini karşılamak üzere Kurumun prim almak, sigortalıların ve genel sağlık sigortalılarının da prim ödemek zorunda olduğu, Kurum tarafından tahsil edilen genel sağlık sigortası primlerinin tahsil edilmesini müteakip doğrudan Kurum bütçesinin genel sağlık sigortası kısmına aktarılacağı öngörülmektedir.⁷⁸⁷ 5510 sayılı Kanun genel sağlık sigortasından yararlanma prim koşuluna bağlandığına göre sistemi primli rejim içerisinde değerlendirmek gerekecektir. Belirtmek gerekir ki; ŞAKAR'a göre, genel sağlık sigortası bir sigorta kolu değildir. Prim alınması genel sağlık sigortasını bir sigorta kolu yapmamaktadır. Genel sağlık sigortası için alınan primden ziyade sağlık hizmetleri finansmanına özgülenmiş bir vergi niteliğindedir⁷⁸⁸.

Prime esas kazançlar Kanunun 80. maddesinde düzenlenmiş ancak prim miktarında belirleyici parametre olan prime esas kazançlar zorunlu sigortalılar için farklı sadece genel sağlık sigortasına tabi olanlar için farklı belirlenmiştir. Aynı farklılık prim oranlarında da kendini göstermekte zorunlu sigortalılar için genel sağlık sigortası prim oranı farklı, sadece genel sağlık sigortasına tabi olanlar için farklı hatta çırak, stajyer ve stajyer avukatlar için daha farklı bir genel sağlık sigortası prim oranı belirlenmiştir.

Zorunlu sigortalılar için Kanun gereğince alınacak primlerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı, sigortalıların yaşlarına uygun asgarî ücretin otuzda biri, üst sınırı ise 16 yaşından büyük sigortalıların günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır (5510, m.82/I). Oysa sadece genel sağlık sigortasına tabi olanlar için prime esas kazanç aralığı asgari ücretin üçte biri ile iki katı arasındadır. Yine, Kanundaki hükme göre “aday çırak, çırak ve meslekî eğitim gören öğrencilerin prime esas kazançları ilgili kanunlarında öngörüldüğü şekilde belirlenir.”denilmektedir. 3308 sayılı Kanunun 25/IV. Maddesine göre bunların prime esas kazançları ise yaşlarına uygun asgari ücretin yarısıdır.

Kanun prime esas kazançlar ile genel sağlık sigortası prim oranlarını farklı belirlediğine göre genel sağlık sigortalılığı zorunlu ya da isteğe bağlı sigortalılığa dayalı

⁷⁸⁷ Ocak, Prim Koşulu, s.1054,

⁷⁸⁸ Müjdat ŞAKAR, “GSS Bir Sigorta Değil Sağlık Vergisidir”, **Mercek Dergisi**, Sayı: 66, (Nisan 2012), s.26.; Aynı görüşte, Ata SOYER, “Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra Bizi Ne Bekliyor”, **Dokuz Eylül Ün. Hemşirelik Y. Okulu Elektronik Dergi**, Sayı:2 (4), s.179-182,

olarak tescil edilenlerle sadece genel sağlık sigortalısı sayılanların ödemeleri gereken primler ile prime esas kazançları hakkında ayrıntıya girmemiz gerekecektir.

1. Hizmet Akdine Tabi Çalışanlar

Hizmet akdine tabi çalışanlar için genel sağlık sigortası prime esas kazancın % 12,5'idir. Kanun kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar ifadesine yer vermek suretiyle uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar yanında sadece kısa vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için de prim oranını belirlemiş olmaktadır. Belirlenen bu primin % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren hissesidir, ki; işveren aynı zamanda prim ödeme yükümlüsüdür. Diğer bir ifade ile sigortalıdan genel sağlık sigortası priminin sigortalı hissesini ücret ve ödeneklerinden kesmeli üzerine kendi hissesini de ekleyerek Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirmeli ve ödemelidir.

Kanun yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanların genel sağlık sigortası primini, prime esas kazancın % 12 olarak belirlemiştir.

Burada primlerin hesabına esas tutulacak olan sigorta primine esas kazançlara da değinmemiz gerekir. Sigorta primine esas tutulan günlük kazancın alt sınırın altında kalmamak ve üst sınırı geçmemek üzere, hizmet akdiyle çalışan işçinin hak ettiği ücretler işverenleri tarafından hak edildikleri aya diğer ödemeler ise öncelikle ödendiği ayın kazancına dahil edilir ve ücret dışındaki bu ödemelerin yapıldığı ayda üst sınırın aşılması nedeniyle prime tabi tutulamayan kısmı, ödemenin yapıldığı ayı takip eden aydan başlanarak iki ayı geçmemek üzere üst sınırın altında kalan sonraki ayların prime esas kazançlarına ilâve edilir. Bu şekilde prime (ve genel sağlık sigortası primine) esas kazanç bulunur⁷⁸⁹. Bulunan bu kazançların % 12,5'i ödenmesi gereken genel sağlık sigortası primidir.

⁷⁸⁹ 4/a Kapsamındaki sigortalıların prime esas kazançlarının hesabında; 1) Hak edilen ücretlerin, 2) Prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkaktan o ay içinde yapılan ödemelerin ve işverenler tarafından sigortalılar için özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen tutarların, 3) İdare veya yargı mercilerince verilen karar gereğince yukarıdaki (1) ve (2) numaralı alt bentlerde belirtilen kazançlar niteliğinde olmak üzere sigortalılara o ay içinde yapılan ödemelerin, brüt toplamı esas alınır. Aynı yardımlar ve ölüm, doğum ve evlenme yardımları, görev yollukları, seyyar görev tazminatı, kıdem tazminatı, iş sonu tazminatı veya kıdem tazminatı mahiyetindeki toplu ödeme, keşif ücreti, ihbar ve kasa tazminatları ile Kurumca tutarları yıllar itibarıyla belirlenecek yemek, çocuk ve aile zamları, işverenler tarafından sigortalılar için özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen ve aylık toplamı asgari ücretin % 30'unu geçmeyen özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payları tutarları, prime esas kazançta tabi tutulmaz. Saatlik, günlük, haftalık veya aylık olarak belirli bir ücrete dayanmış olmayıp da komisyon ücreti ve kâra katılma gibi belirsiz zaman ve tutar üzerinden ücret alan sigortalıların prim ve ödeneklerinin hesabında esas tutulacak günlük

2. Kamu İdarelerinde Çalışanlar

5510 sayılı Kanun Kamu idarelerinde çalışanları ikili bir ayrıma tabi tutmuştur. Şöyle ki; Kanunun yürürlüğe girmesinden önce kamu idarelerinde çalışan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi tutulan diğer bir ifade ile sosyal güvenlik bakımından haklarında 5434 sayılı Kanun hükümleri uygulananların sağlık hizmetlerine ilişkin giderleri, ilgili kamu idareleri tarafından karşılanmaktaydı. Oysa Kanunun yürürlüğe girmesinden sonra ilk defa kamu idarelerinde çalışmış olanlar diğer bir ifade ile Kanunun yürürlük tarihinden önce 5434 sayılı Kanun kapsamında prim ve kesenek ödemesi olmayanlar hakkında 5510 sayılı Kanun hükümleri uygulanacaktır. Bunun anlamı Kamu idarelerinde çalışan ve haklarında 5434 sayılı Kanun hükümleri değil 5510 sayılı Kanun hükümleri uygulanan kamu çalışanlarının prim oranları % 12,5 olacaktır⁷⁹⁰.

Özellikle belirtmemiz gerekir ki; haklarında 5434 sayılı Kanun hükümleri uygulananlarla ilgili olarak 5510 sayılı Kanunun geçici 4 ila geçici 12.maddesinde bir geçiş hükmü bulunmaktadır. Kanunun geçici 12. maddesinde, kamu idarelerinin sağlık hizmetlerine ilişkin görevlerinin yürürlükten kaldırılan kanunlardaki hak ve yükümlülüklerin Kuruma devredileceği tarihe kadar devam edeceği belirtilmiş geçici 4. madde de ise kamu idarelerinin sağlık hizmetlerinin Kurum tarafından devir alınmasıyla birlikte kamu idarelerinde çalışan sigortalıların her ay için emekli keseneklerine esas aylıklarının % 12'si oranında genel sağlık sigortası primi kesileceği hüküm altına alınmıştır⁷⁹¹.

kazançları alt sınır olan sigortalının yaşına uygun asgari ücrettir. Primlerin hesabına esas tutulacak günlük kazanç, sigortalının, bir ay için prime esas tutulan kazancının otuzda biridir. Ancak günlük kazancın hesabına esas tutulan ay içindeki bazı günlerde çalışmamış ve çalışmadığı günler için ücret almamış sigortalının günlük kazancı, o ay için prime esas tutulan kazancının ücret aldığı gün sayısına bölünmesi suretiyle hesaplanır. Milli Eğitim Bakanlığına bağlı her derece ve türdeki örgün ve yaygın eğitim kurumlarında ek ders ücreti karşılığında ilgili mevzuatı çerçevesinde uzman ve usta öğretici olarak çalıştırılanların prim ödeme gün sayısı 30 günü aşmamak kaydıyla, bir takvim ayı içerisinde hak kazandıkları brüt ek ders ücreti toplam tutarının, prime esas günlük kazanç alt sınırına bölünmesi sonucu bulunur. Bu şekilde yapılacak hesaplamalarda tam sayıdan sonraki küsuratlar dikkate alınmaz. Meslek liselerinde okumakta iken veya yükseköğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler ve 2547 sayılı Kanunun 46 ncı maddesine tabi olarak kısmi zamanlı çalıştırılan öğrencilerden aylık prime esas kazanç tutarı 82 nci maddeye göre belirlenen günlük prime esas kazanç alt sınırının otuz katından fazla olmayanlar ile kursiyerlerin prime esas günlük kazançlarının hesaplanmasında prime esas günlük kazanç alt sınırı dikkate alınır. Aday çırak, çırak ve meslekî eğitim gören öğrencilerin prime esas kazançları ilgili kanunlarında öngörüldüğü şekilde (1/2 asgari ücret) belirlenir.

⁷⁹⁰ OCAK, Prim Koşulu, s.1059-1062.

⁷⁹¹ OCAK, Prim Koşulu, s. S.1063.

Konuyu açıklığa kavuşturma adına “Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliğ⁷⁹²” yayınlanmış ve 15 Ocak 2010 tarihinden geçerli olmak üzere haklarında uzun vadeli sigorta kolları açısından 5434 sayılı Kanun hükümleri uygulanan sigortalılar genel sağlık sigortası kapsamına girmiştir. Tebliğ hükümlerine göre kamu idarelerinde çalışan ve haklarında uzun vadeli sigorta kolları açısından 5434 sayılı Kanun hükümleri uygulanan diğer bir ifade ile 5510 sayılı Kanunun yürürlük tarihinden önce 5434 sayılı Kanun kapsamında prim ve kesenek ödemiş memurların genel sağlık sigortası prim oranı % 12’dir. Prim ödeme yükümlüsü ise bunları çalıştıran kurumlardır.

3. Köy ve Mahalle Muhtarları ile Bağımsız Çalışanlar

Köy ve mahalle muhtarları ile bağımsız çalışanlar başka bir ifadeyle ticari faaliyet içinde bulunanlar hakkında Kanunun 4. maddesi birinci fıkrası (b) bendi hükümleri uygulanmaktadır. Dolayısıyla bu kişiler tüm sigorta kollarına tabi olduklarından genel sağlık sigortası prim oranları da %12,5 olacaktır. 4/b Kapsamındaki sigortalıları 4/a ve 4/c kapsamındaki sigortalılardan ayıran farklardan birisi de prim ödeme yükümlülerinin kendileri olmasıdır.

4/b Kapsamında sigortalı sayılanların bir günlük prime esas kazançları 16 yaşından büyükler için belirlenmiş bir günlük asgari ücret ile bunun 6,5 katı arasındadır ve bir günlük prime esas kazancı belirleme yetkisi bizatihi sigortalının kendisine verilmiştir. Ancak 4/b kapsamında sigortalı olan kişi aynı zamanda işveren ise aylık prime esas kazancı, çalıştırdığı sigortalıların prime esas günlük kazancının en yüksekinin otuz katından az olamayacaktır.

4/b Kapsamında sigortalı sayılanlardan, köy muhtarları ile tarım işlerinde kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların prime esas kazançlarının belirlenmesinde; Kanunun yürürlüğe girdiği yıldan başlamak üzere, günlük kazancın 15 katı dikkate alınır. Bu oran 30 katı geçmemek üzere her yıl 1 puan artırılarak uygulanmaktadır⁷⁹³. 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 ödeyeceklerdir.

⁷⁹² R.G., 18.02.2009, 27436

⁷⁹³ 1 Ocak 2023 tarihinden itibaren köy muhtarları ile tarım işlerinde kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların prime esas aylık kazancı günlük kazancın 30 katı olacaktır.

Burada 4/b kapsamında sigortalı sayılanlarla ilgili olarak Kanunun 53. maddesinde yapılan ve sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası sistematüğını bozan bir uygulamaya da değinmemiz yerinde olacaktır.

5510 sayılı Kanunun sigortalılık hallerinin birleşmesi başlıklı 53. maddesi hükmüne göre, sigortalının, 4. maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde yer alan sigortalılık statüleri ile (c) bendinde yer alan sigortalılık statüsüne aynı anda tabi olacak şekilde çalışması halinde öncelikle 4/c kapsamında, (a) ve (b) bentlerinde yer alan sigortalılık statülerine tabi olacak şekilde çalışması halinde ise 4/a kapsamında sigortalı sayılması uygulaması başlamıştır. 5510 sayılı Kanunun 53. maddesi birinci fıkrasındaki bu yeni değışiklik 4/a ve 4/b kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir çalışması olanlar için sigortalılıkta teklik ilkesi gereğı önceden başlayan sigortalılığın geçerli olacağı ilkesini ortadan kaldırmış bunun yerine sigortalılığın üstünlüğü ilkesini getirmiştir. Dolayısıyla 4/b kapsamında sigortalı olanlar, aynı zamanda iş sözleşmesiyle çalışırsa, çalışma gün sayısına bakılmaksızın 4/b kapsamındaki sigortalılık sona erecek, çalıştıkları süreler boyunca 4/a kapsamında sigortalı olacaklardır.⁷⁹⁴

Esas itibariyle 30 gün üzerinden prim ödemekle yükümlü olan 4/b kapsamındaki sigortalı aynı zamanda 4/a kapsamında sigortalı olunca sigorta primi ve genel sağlık sigortası primi de 4/a sigorta kapsamında belirleneceğine göre iş akdiyle çalışma, ay içinde 30 günden az ise bu kez 4/b kapsamındaki sigortalılar için düzenlenmiş olan 30 gün prim ödeme şartı da dolaylı yollarla ortadan kalkmış olacaktır. Bu kişilerin 4/a kapsamındaki çalışma biçimi, 4857 sayılı Kanunun 13 ve 14. maddelerine göre kısmi süreli⁷⁹⁵ veya çağrı üzerine çalışma ise bu kişiler ya aylık 2 asgari ücret kazanç beyan ederek eksik kalan günler için genel sağlık sigortası primi ödeyecekler, ya da gelir testine tabi olmak suretiyle belirlenecek aylık kazanç aralığına gelen asgari ücret dikkate alınarak prim ödeyeceklerdir. Bu düzenlemenin

⁷⁹⁴ Murat GÖKTAŞ /Murat ÖZDAMAR, “Kısmi Süreli İş Sözleşmesiyle Çalışanların Sosyal Güvenliğı” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı: 229 (Ocak-2012), s.190-192.

⁷⁹⁵ İş Kanunu’nun 63. maddesine göre, Genel bakımdan çalışma süresi haftada en çok kırkbeş saattir. Çalışma süresi düzenleyici hükümlerden olup tarafların anlaşmasıyla 45 saatin altında (örneğin; 35 saat olarak) belirlenebilir. İşçinin, günlük ve haftalık olarak İş Kanunu’nun 63. maddesinde belirlenen kanuni çalışma sürelerine uygun olarak çalışmayı üstelenmesi halinde “tam süreli” (full-time), işçinin normal haftalık çalışma süresinin, tam süreli iş sözleşmesiyle çalışan emsal işçiye göre önemli ölçüde daha az belirlenmesi durumunda (4857, md.13) diğeri bir ifade ile haftada 2 gün, her iş günü 2 saat gibi çok değışik seçenekler dahilinde çalışılması halinde “kısmi süreli” (part time) iş sözleşmesiyle çalışma esası benimsenmiş olur. Ayrıntılı bilgi için, Bkz, Müjdat ŞAKAR/Neslihan OKAKIN, **İnsan Kaynakları Yöneticisinin El Kitabı**, Yaklaşım Yayınları, Ankara, 2011, s.98. Kısmi süreli çalışma kavramı yerine kısmi zamanlı çalışma kavramının daha isabetli olacağına yönelik değerlendirme için Bkz, Müjdat ŞAKAR, “Çalışanları Bekleyen Yeni Tehlike: Kısmi Süreli (Part-Time) Çalışmalar”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:162, (Haziran-2006), s.112.

sigortacılık tekniği ile bağdaşmaması bir yana genel sağlık sigortası sistematüğini de alt üst edeceği açıktır⁷⁹⁶.

Yine, iş sözleşmesiyle çalıştığı için 4/a kapsamında sigortalı sayılarak 4/b kapsamındaki sigortalılığı sonlandırılan bu kişiler ay içinde 30 günden eksik kalan süreler için isteğe bağlı sigortalı olmak suretiyle prim ödeyerek prim ödeme gün sayısını 30 güne tamamlayabilmektedir. Ancak 30 günden eksik kalan süreler için isteğe bağlı sigortalı olunması halinde sigortalılık statüsü 4/a kapsamında değerlendirileceğinden bu düzenleme 4/b kapsamındaki sigortalılıktan kaçışı hızlandıracaktır⁷⁹⁷.

4. İsteğe Bağlı Sigortalılar

5510 sayılı Kanunun isteğe bağlı sigorta primlerini düzenleyen 52. maddesinde 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 primidir⁷⁹⁸.

5510 sayılı Kanuna göre, isteğe bağlı sigortalı olanlar, bakmakla yükümlü olunan kişi olsa dahi, genel sağlık sigortalısı sayılmakta ve genel sağlık sigortası primi ödemekle yükümlü tutulmaktadır. Ancak yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye'de yerleşik olma hali bir yılı doldurmayanlardan da genel sağlık sigortası primi alınmamaktadır ki; bunların genel sağlık sigortalılığı da yerleşik olma hali bir yılı tamamlanınca başlayacaktır.

5510 Kanunun yürürlük tarihinden önce 5434 sayılı Kanun gereği prim ve kesenek ödeyenlerden gerekli şartları sağlayanlar⁷⁹⁹ talebe bağlı olarak 5434 sayılı Kanunun mülga 12. ve geçici 218, Ek-71 ve geçici 192 ila Ek 76. maddeleri kapsamında isteğe bağlı iştirakçi

⁷⁹⁶ Örneğin; 4/b kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir faaliyet içinde bulunan kişiler aynı zamanda kısmi süreli çalıştığı için 4/a kapsamında sigortalı olursa ve gelir testine göre kazanç aralığı da asgari ücretin üçte biri ile bir asgari ücret aralığında çıkarsa asgari ücretin üçte biri üzerinden genel sağlık primi ödeyecek. Oysa bu kişi kısmi süreyle çalışmamış olsa en az asgari ücret üzerinden genel sağlık sigortası primi ödeyecekti.

⁷⁹⁷ Murat ÖZDAMAR/Erden ÇAKAR, "Part- Time İş Sözleşmeleriyle Çalışanların Sosyal Güvenliğı", *Mali Çözüm Dergisi*, Sayı:107, (Eylül-Ekim 2011), s.206-209.

⁷⁹⁸ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.181, TUNCAY/EKMEKÇİ, Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları, s.257.; OCAK, Prim Koşulu, s.1065.

⁷⁹⁹ 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tâbi olarak en az on yıl çalıştıktan sonra, memurluktan çıkarılmış olanlar ile aynı Kanunun 96.maddesi kapsamına girenler ve anılan Kanunun 48. maddesinin (A) bendinin (5) numaralı alt bendinde aranan nitelikleri kaybedenler hariç olmak üzere herhangi bir nedenle memurluktan ayrılmış olanlar, memurluktan ayrıldıkları tarihten itibaren altı ay içinde yazılı olarak Sandığa başvurmaları ve emeklilik keseneğı ve kurum karşılıklarını ait olduğu ay içinde Sandık hesabına yatırmaları şartıyla başvuru tarihini takip eden aybaşından itibaren Sandıkla ilgilendirilir ve isteğe bağlı iştirakçi olurlar.

olabilmektedir⁸⁰⁰. İsteğe bağlı iştirakçiler genel sağlık sigortası primi ödemediklerinden genel sağlık sigortalısının hak sahibi niteliğini sağlıyorlarsa 1 Ocak 2012 tarihine kadar genel sağlık sigortalısı değil hak sahibi olarak sağlık yardımlarından yararlanmışlardır. Hak sahibi niteliği bulunmayan isteğe bağlı iştirakçiler ise 1 Ocak 2012 tarihi öncesinde talebe bağlı olarak Kanunun m. 60/I (g) kapsamında genel sağlık sigortalısı olabilmıştır⁸⁰¹.

SGK 1 Ocak 2012 tarihinde uygulama değişikliğine gitmiştir. SGK uygulamasına göre, isteğe bağlı iştirakçiler 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren hak sahibi olsalar bile zorunlu olarak genel sağlık sigortalısı sayılacaklar ve genel sağlık sigortası primi ödeme yükümlüsü olacaklardır. SGK, 5434 sayılı Kanun kapsamındaki iştirakçilerin zorunlu genel sağlık sigortası sayılması ve prim ödeme yükümlüsü olmasını Kanunun 4/I (c) maddesine dayandırmaktadır⁸⁰². Kanımızca bu kişiler daha önceden olduğu gibi hak sahibi değillerse Kanunun m. 60/I (g) kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmalıdır. Yine bu kişilerin yurt dışında yaşıyor olması ihtimali de bulunmaktadır. Uygulamaya göre bu kişiler yurt dışında olsa dahi genel sağlık sigortalısı sayılacaktır. Bu ise genel sağlık sigortasından Türkiye’de yaşayanların faydalanacağı prensibine aykırı düşmektedir. Kaldı ki; 5510 sayılı Kanunun 4. maddesi aktif çalışanları düzenlemektedir.

5. Primi Devlet Tarafından Ödenenler

5510 sayılı kanunun 88. maddesinin 5. fıkrasında “60.maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamına girenler için prim ödeme yükümlülerinin ödeyecekleri genel sağlık sigortası primi; primin tahakkuk ettirileceği ay itibarıyla anılan bendin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde sayılan toplam kişi sayısının üçe bölünmesi suretiyle⁸⁰³ bulunacak kişi sayısına (3) ilâ (10) numaralı alt bentlerde sayılan kişi sayısının eklenmesi suretiyle bulunacak toplam kişi sayısı esas alınarak hesaplanacağı” hükmüne yer verilmiştir. Madde metninden de anlaşılacağı üzere yapılan bu düzenleme ile genel sağlık sigortası primleri yılı merkezî yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri ve hazineden karşılanacak tutarın

⁸⁰⁰ 2012/Şubat dönemi itibarıyla m. Ek-71 ve geçici 192. kapsamında 712, m.12 ve geçici 218. madde kapsamında 585, m. Ek-76 kapsamında 252 adet isteğe bağlı iştirakçi bulunmaktadır.

⁸⁰¹ SGK Başkanlığının 3 Nisan 2009 tarih ve B.13.2.SGK.0.10.03.09/I-5434-12.Ek.71, Ek.76, Geç.192 ve 218 sayılı yazısı.

⁸⁰² SGK’nın 17 Ocak 2012 tarihli ve 2012/2 sayılı Genelgesi, SGK’nın 20 Şubat 2012 tarih ve 74468035 sayılı Tescil Tebligatı.

⁸⁰³ 60.maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamına girenler için prim ödeme yükümlülerinin ödeyecekleri genel sağlık sigortası primi; primin tahakkuk ettirileceği ay itibarıyla anılan bendin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde sayılan toplam kişi sayısının üçe bölünmesinin nedeni bunların her birinin ayrı ayrı genel sağlık sigorta tescili yapılmasıdır. Yani aile bireyleri için hak sahipliği söz konusu değildir. Uygulama bu haliyle Yeşil Kart’la benzerlik göstermektedir. Zira Yeşil Kart ailedeki herkese ayrı ayrı verilir.

hesaplanmasında genel sağlık sigortalısı sayısının ne şekilde tespit edileceğine açıklık getirmiştir.

Buna göre yılı merkezî yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri ve hazineden karşılanacak (5510, m.87/I-c) tutarın hesaplanmasında öncelikli olarak kişi başına düşen geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olanlar ile vatansız ve sığınmacı olduğu için genel sağlık sigortası kapsamına alınanlar toplanarak bulunan kişi sayısı üçe bölünecektir. Sonrasında ise bulunan kişi sayısına 2022 sayılı Kanun, 1005 sayılı Kanun, 3292 sayılı Kanun, 2330 sayılı Kanun, 2828 sayılı Kanun, 442 sayılı Kanununun 74. maddesi ve 5774 sayılı Kanun gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar eklenerek primleri devlet tarafından karşılanacak genel sağlık sigortalısı sayısı bulunacaktır.

Kanunda 60. maddenin (c) bendi kapsamında olanların 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).

Yılı merkezî yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri ve hazineden karşılanacak tutarın hesaplaması ise yukarıda açıklandığı şekilde bulunacak genel sağlık sigortalı sayısının ilgili dönemdeki asgari ücret ile çarpımı sonucu bulunacak tutarın % 12'sinin alınması suretiyle tespit edilecektir.

6. Türk Vatandaşı Olmayanlar

Türkiye'de kesintisiz bir yıllık ikamet süresini dolduran yabancılar, ilgili ülke kapsamında genel sağlık sigortası uygulaması yönünden sigortalı değilse bu sürenin dolduğu tarihten itibaren Kanununun 60. maddesi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmıştır. Dolayısıyla bu kişilerin genel sağlık sigortası kapsamında tescil işleminin yapılması için kesintisiz bir yıllık ikamet süresi şartını tamamlamalarını müteakip gelirleri brüt asgari ücretin iki katı kabul edilerek bu tutarın %12'si üzerinden hesaplanacak genel sağlık sigortası primi ödemeleri gerekecektir. Diğer bir ifade ile yabancı uyruklu olan ve Türkiye'de yerleşik olma süresi bir yılı aşanlar zorunlu genel sağlık sigortalısıdır. Ödemeleri gereken genel sağlık sigortası primi oranı %12'dir. Genel sağlık sigorta primine esas kazançları da iki asgari ücrettir⁸⁰⁴.

⁸⁰⁴ OCAK, Prim Koşulu, s.1100.

7. Hiçbir Madde Kapsamına Girmeyen Diğer Kişiler

Hiçbir madde kapsamına girmeyenler, Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan ve 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 ile (g) bendi kapsamında sayılan diğer bir ifade ile 60/I (a) (b) (c) (d) (e) (f) bendi dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlardır.

Dolayısıyla 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi ile (g) bendinde belirtilen kişilerin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarının tespiti gerekecektir.

Gelir testinin tespiti amacıyla hazırlanan “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik”⁸⁰⁵ 1 Ocak 2012 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin 3. maddesinde, gelir testine tâbi tutulacak kişi: 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi ile (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortası yaptırmak zorunda olan kişi, gelir testi ise kişinin çeşitli göstergeler ışığında mevcut gelirinin belirlenmesine ilişkin nesnel yöntem olarak tanımlanmıştır (Yönetmelik, m.3/1(e) (f)).

Gelir testi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları tarafından yapılacaktır. Genel sağlık sigortasının zorunlu tutulduğu 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren yeşil kart uygulaması sona ermiş olup yeşil kart vizesi dolanlar ile herhangi bir sağlık güvencesi bulunmayan diğer bir ifade ile Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi ile (g) bendinde belirtilen kişilerin 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren bir ay içerisinde ikamet ettikleri ilçe/merkez ilçenin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfına gelir testi yaptırmak için başvurması gerekmektedir.

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

⁸⁰⁵ R.G, 28.12.2011, 28156

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

Aynı aileden birden fazla kişinin gelir testine tâbi tutulacak kişi olması hâlinde aynı form ile başvuru yapılacak söz konusu 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 geliri asgarî ücretin iki katından fazla olduğunu beyan edenler için gelir testi yapılmayacak beyan edilen gelir esas alınarak genel sağlık sigortası tescili yapılacaktır (Yön. m. 4/7).

Gelir tespiti yapılması için başvuracak kişiler, gelir tespitine esas teşkil edecek göstergeleri içeren başvuru formu ile müracaat edecekler. 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 yapılacaktır (Yön. m.6).

Gelir tespitinde aynı hane içinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük ana ve büyük babadan oluşan aileye ilişkin ön inceleme BSYHP⁸⁰⁶ üzerinden yapılacak. Ön inceleme⁸⁰⁷ sonrasında 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi ile (g) bendi kapsamı dışında genel sağlık sigortalısı ve/veya bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsünde olduğu tespit edilenler değerlendirmeye alınmayacak. Ön inceleme sonucunda haklarında gelir tespiti yapılamayacağı kararı verilen bu kişilere, karar gerekçesi ile birlikte başvuru esnasında yazılı olarak bildirilecektir (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 gerçekleştirilecektir (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 yapılacaktır (Yön. m.9).

Gelir tespitinde, aynı hane içinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük ana ve büyük babadan oluşan aile esas alınacaktır. Aile bireylerinden birinin veya birkaçının genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olunan kişi olması, diğer aile bireylerinin genel sağlık sigortalılığı için yapılacak gelir tespitinde esas alınmalarına engel teşkil etmeyecektir

⁸⁰⁶ Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Projesi (BSYHP): 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.

⁸⁰⁷ Ön inceleme aşamasında A. İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü kayıtlarından; 1. Nüfus Aile Kayıt Örneği, 2. Aile Kayıt Örneği, 3. Kişi Kayıt Örneği, 4. Olay Bilgileri, 5. Adres Bilgileri, B. İş-Kur Genel Müdürlüğü kayıtlarından 6. İş-Kur Kaydı, 7. İşsizlik Sigortası Ödeneği, 8. Kısa Çalışma Ödeneği, 9. İş Kaybı Tazminatı, C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Kayıtlarından, 10. Evde Bakım Aylığı, 11. Aynı/Nakdi Yardım, D. Vakıflar Genel Müdürlüğü Kayıtlarından 12. Muhtaç Aylığı, 13. Kuru gıda yardımı, E. Gelir İdaresi Başkanlığı Kayıtlarından 14. Vergi Mükellefiyeti, 15. Araç Sahipliği, F. Tapu Kadastro Genel Müdürlüğü Kayıtlarından 16. Gayrimenkul sahipliği, G. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü Kayıtlarından 17. Şartlı Eğitim ve Sağlık Yardımı Bilgileri, 18. Gelir Getirici Proje Bilgileri, 19. Sosyal Yardım Bilgileri (YBB) H. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Kayıtlarından 20. Çiftçi Kayıt Sistemi Sorgulamaları I. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Kayıtlarından 21. Sosyal Güvenlik Bilgileri, 22. Sağlık Müstahaklık Bilgileri, 23. 2022 Maaşı Bilgileri, J. Sağlık Bakanlığı Kayıtlarından 24. Yeşil Kart Bilgisi, K. Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Genel Müdürlüğü Kayıtlarından 25. Burs ve Kredi Bilgileri sorgulanacak.

Yaşları ne olursa olsun aynı hanede yaşayan evli olmayan çocuklar gelir tespitinde aile içinde değerlendirilecektir. Öğrenim nedeniyle geçici olarak aynı hanede yaşamayan yirmibeş yaşını doldurmamış evli olmayan çocuklar, öğrenimleri süresince aile içinde değerlendirilecek. Aynı hanede birden fazla aile yaşaması durumunda her bir aile için ayrı gelir tespiti yapılacaktır. Gelir testine tâbi tutulacak kişi ile aynı hanede yaşamayan anne ve baba için bakmakla yükümlü olursa dahi ayrı gelir tespiti yapılacak. Kendisine kanunî temsilci atanan kişilerin aynı hanede birlikte yaşadıkları eşi, evli olmayan çocuğu, anne ve babası gelir tespitinde esas alınacak. Eş, evli olmayan çocuk, anne ve baba dışında, aynı hanede birlikte yaşasa dahi kanunî temsilciler gelir tespitinde değerlendirilmeyecek (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 Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortası tescili yapılacaktır. 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 Kanununun 60. maddesinin (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilecek ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, tescili yapılan kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınmış sayılacaktır (Yön. m.11).

Gelir tespiti sonucu 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi ve/veya (g) bendine göre genel sağlık sigortası tescili yapılanlar, gelir durumlarının ödenecek prim miktarını etkileyecek şekilde değişmesi hâlinde bir ay içinde vakfa başvurmak zorunda olacaktır. 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 alınacak⁸⁰⁸. 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi ile (g) bendine tâbi genel sağlık sigortalıları, gelir tespitlerinin yapıldığı tarihten yukarıda belirtilen durumlar hariç olmak üzere, altı ay içinde gelir tespitinin yenilenmesi talebinde bulunamayacaktır.

Gelir tespitinde, aile bireylerinin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak aile içinde kişi başına düşen gelirin aylık tutarı tespit edilecektir. Gelir tespit yönteminde, BSYHP üzerinden puanlama formülü esasına göre belirlenecek hane geliri ve kişi başına düşen gelir kullanılacak. Puanlama formülünde kullanılacak haneye ilişkin veriler, BSYHP'den ve hane ziyaretinden elde edilen bilgilerden oluşacaktır. Aile içinde kişi başına düşen gelirin aylık tutarının tespitinde, puanlama formülünün gelir, harcama ve servet verileri dikkate alınarak geliştirilen gelir tespit ölçütleri kullanılacak. Puanlama formülünde ekonomik ve sosyal şartların değişmesi nedeniyle Bakanlık ve SGK'nın önerisi ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fon Kurulu'nun kararı ile güncellemeler yapılabilecektir.

Gelir tespiti yöntemi olarak kullanılacak olan puanlama sisteminde ayrıca aşağıdaki unsurlar dikkate alınacak.

-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 diğer bilgiler (Yön. m.14).

⁸⁰⁸ Gelir testinin sağlıklı yapılabilmesi için adrese dayalı nüfus kayıt sistemi kayıtlarının da güncellenmiş olması gerekecektir.

Yapılan inceleme ve araştırma sonucunda tespit edilen aile içinde kişi başına düşen gelirin aylık tutarı, prime esas kazanç alt sınırının üçte birinden az olanlardan, gelir tespitine esas alınan aile bireylerinden genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişi durumunda olmayanların tamamı, 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendine göre genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilecektir. Bunların genel sağlık sigortası primleri, 5510 sayılı Kanununun 87. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi ve 88. maddesinin beşinci fıkrasına göre SGK tarafından ilgili kamu idarelerinden tahsil edilecektir.

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 Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (g) bendine tâbi genel sağlık sigortalısı olarak tescili ile ilgili esaslar SGK tarafından belirlenecektir.⁸⁰⁹ Genel sağlık sigortası tescilinin re'sen yapıldığı tarihten itibaren prim tahakkuk ettirilecek ve ödeme yükümlülüğü başlayacaktır. 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (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.

SGK tarafından, gelir tespiti herhangi bir nedenle yapılmamış ve 5510 sayılı Kanununun 60.maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamın girecek olanlardan, prime esas kazanç alt sınırı üzerinden genel sağlık sigortası primi alınacaktır. Bu kişiler, gelir tespitinin sonucuna göre 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında ya da (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilecektir. Kişinin 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında tescil edilmesi veya prime esas kazanç alt sınırının üçte biri üzerinden (g) bendi kapsamında tescil edilmesi hâlinde, gelir tespitinin sonuçlandığı tarihe

⁸⁰⁹ 60. maddenin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar için aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı; asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilen kişiler için 82. maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının üçte biri, asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilen kişiler için 82. maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarı, asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilen kişiler için 82. maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı prime esas asgari kazanç tutarı olarak esas alınacaktır. Bu kapsamdakilerin 82. maddeye göre belirlenen günlük kazançları 16 yaşından büyükler için belirlenen bir günlük asgari ücrettir. 60. maddenin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamındakilerin genel sağlık sigortası primi oranı %12'dir.

kadar alınan genel sağlık sigortası primleri herhangi bir faiz uygulanmaksızın ilgisine iade edilecek ya da varsa borcundan mahsup edilecektir.

Özetle hiçbir madde kapsamına girmeyenlerin genel sağlık sigortası primine esas kazançları aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarına bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte genel sağlık sigortası prim oranı % 12 olacaktır.

8. Kısa Vadeli Sigorta Kollarına Tabi Olanlar

3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak olarak meslekî eğitim gören öğrencilerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanların genel sağlık sigortasına esas kazancı asgari ücretin yarısı, genel sağlık sigortası prim oranı da %5 olarak belirlenmiştir.

Meslek liselerinde okumakta iken veya yüksek öğrenimleri sırasında zorunlu ya da istek üzerine staja tabi tutulan öğrencilerden bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanların genel sağlık sigortası prim oranı da 3308 Sayılı Meslekî Eğitim Kanunu'nda belirtilen aday çırak, çıraklar ve meslekî eğitim gören öğrenciler de olduğu gibi % 5 olarak belirlenmiştir.

Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerlerden, bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar, kursa başladığı tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılacaktır. Bunların genel sağlık sigortasına esas kazançları asgari ücret, genel sağlık sigortası prim oranı da % 12,5 olacaktır.

1136 sayılı Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlar 5510 sayılı Kanuna göre genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olunan kişisi durumunda değil iseler staj yapmaya başladığı tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı olacaktır. Bunların genel sağlık sigortasına esas kazançları asgari ücret, genel sağlık sigortası prim oranı da % 6 olacaktır.

Belirtelim ki; bunların sosyal sigorta/genel sağlık sigortası bildirimleri staj yaptıkları kurumlar tarafından yapıldığı gibi prim ödeme yükümlüleri de eğitim/staj gördükleri kurumlar olacaktır.

Kamu idareleri, kanunla kurulan kurum ve kuruluşlar, kamu yararına faaliyet gösteren dernekler ile vergi muafiyeti tanınan vakıflar tarafından tam burs sağlanan ve

Yükseköğretim Kurulu tarafından ayrılan kontenjanlar dâhilinde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler hariç olmak üzere 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa göre üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler yükseköğrenimlerinin başladığı tarihten itibaren bir ay içinde genel sağlık sigortalısı sayıldıklarından bunların genel sağlık sigorta bildirimleri de ilgili üniversiteler tarafından yapılacak ancak prim ödeme yükümlüsü üniversite değil bizatihi öğrenci olacaktır. Üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin genel sağlık sigortasına esas aylık kazançları bir günlük asgari ücretin üçte birinin 30 katı⁸¹⁰, genel sağlık sigortası prim oranı da %12 olacaktır.

9. Sadece Genel Sağlık Sigortasına Tabi Olanlar

5510 sayılı Kanun m.60/I (a) kapsamında genel sağlık sigortasına tabi tutulacak olanların prim oranının %12 olarak belirleneceği Kanunun 81.maddesi birinci fıkrası (f) bendinde hüküm altına alınmıştır. İlgili kişi hakkında sadece genel sağlık sigortasının uygulanması bir anlamda diğer sigorta kollarının uygulanmadığı anlamına gelmektedir.⁸¹¹

a) 5434 Sayılı Kanuna Tabi Olanlar

5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce 5434 sayılı Kanunla ilişkilendirilen diğer bir ifade ile Kanunun geçici 4.maddesi gereği haklarında 5434 sayılı Kanun hükümleri uygulanmaya devam eden kamu idaresi çalışanlarının genel sağlık sigortası prim oranı emekli keseneklerine esas aylıklarının % 12'si olarak belirlenmiştir⁸¹² (5510, m.81/I (f)).

b) İşsizlik Ödeneği veya Kısa Çalışma Ödeneği Alanlar

5510 sayılı Kanunun 60. maddesi birinci fıkrasının (e) bendi kapsamında belirtilenlerin diğer bir ifade ile 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişilerin genel sağlık sigortası primi oranı prime esas kazancın % 12'si olacağı öngörülmüştür. Dolayısıyla işsizlik ödeneği ya da kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan sigortalıların genel sağlık

⁸¹⁰ 6270 sayılı Kanunun 6. maddesi ile 5510 sayılı Kanunun 60.maddesinin yedinci fıkrasının birinci cümlesine “30 günlük” ibaresinden önce gelmek üzere “üçte birinin” ibaresi eklenmiş ve 26 Ocak 2012 tarihinden geçerli olmak üzere üniversitelerde öğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin genel sağlık sigortasına esas kazançları asgari ücretin üçte birine düşürülmüştür. Bu hükmün yürürlük tarihinin ay başı olarak belirlenmemesi önemi bulunmamaktadır. Zira bunların ödeyecekleri prim öğrenim dönemi başında ve dönemlik biçimindedir..

⁸¹¹ OCAK, Prim Koşulu, s. 1058.

⁸¹² Kamu Personelinin Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Hakkında Tebliği, m. 5

sigortası primi oranı %12 olacak, bunların genel sağlık sigortası primleri de ödeneği sağlayan kurum olan İş-Kur tarafından ödenecektir.

c) İş Kaybı Tazminatı Alanlar

5510 sayılı Kanunun geçici 13. maddesinde, 24/11/1994 tarihli ve 4046 sayılı Kanunun 21. maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanların 4/a kapsamında sigortalı ve genel sağlık sigortalısı sayılacağı ancak haklarında kısa vadeli sigorta kolları hükümlerinin uygulanmayacağı, iş kaybı tazminatından yararlananların prim ödeme yükümlüsünün İş-Kur olduğu belirtilmiştir. Yine Kanunun 81/I (f) bendinde de geçici 13. madde kapsamında olan diğer bir ifade ile özelleştirme uygulaması nedeniyle iş kaybı tazminatı alanların genel sağlık sigortası prim oranının %12 olarak belirlendiği hüküm altına alınmıştır. Dolayısıyla iş kaybı tazminatı alanların genel sağlık sigortası prim oranı % 12 olacaktır⁸¹³.

10. Kurumdan Aylık Alanlar

Daha önce 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 kesilmeyecektir. 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 kesilecektir.(5510, m.geçici 19)⁸¹⁴

11. Hizmet Borçlanması Yapanların GSS Primleri

Sigortalının kendi isteği dışında, sigortalılık süresinin kesilmesi halinde, kesilen sürelerin primlerinin ödenerek sigortalılık sürelerinden saydırılması işlemine hizmet borçlanması denilmektedir⁸¹⁵. Şakar'a göre, hizmet borçlanması, primi ödenmemiş, geçmiş

⁸¹³ OCAK, Prim Koşulu, s.1064.

⁸¹⁴ 6111 sayılı Kanunun 50. maddesiyle 5510 sayılı Kanunun geçici 19. maddesinde değişiklik yapılmış ve 1479 ve 2926 sayılı Kanun kapsamında aylık bağlananların diğer sosyal güvenlik kurumları kapsamında sigortalılıkları varsa diğer bir ifadeyle aylık bağlanırken 2829 sayılı Kanun gereği hizmetler birleştirilmişse 10 yıllık sürenin hesabına sağlık sigortası primi ödenen bütün sürelerin dahil edileceği hüküm altına alınmıştır.

⁸¹⁵ ALPER, Sosyal Sigortalar, s.451.

bazı sürelerin, bu sürelere ilişkin primin ilgili sigortalı tarafından ödenmesi suretiyle hizmetten sayılması işlemidir⁸¹⁶. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, sürekli nitelikte 10 borçlanma türüne yer vermiştir⁸¹⁷. 3201 Sayılı Yurt Dışında Bulunan Türk Vatandaşlarının Yurt Dışında Geçen Sürelerinin Sosyal Güvenlikleri Bakımından Değerlendirilmesi Hakkında Kanun'da⁸¹⁸ düzenlenen borçlanma ve 5510 sayılı Kanunun geçici 17. maddesinde düzenlenen durdurulan 4/b sigortalılığının canlandırılmasını dikkate alırsak 12 farklı borçlanma türünün olduğunu söyleyebiliriz.

Sigortalıların bizzat kendileri veya ölümü halinde hak sahipleri yazılı talepte bulunmak ve talep tarihinde 82. maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt ve üst sınırları arasında olmak üzere, kendilerince belirlenecek günlük kazancın % 32'si üzerinden hesaplanacak primlerini borcun tebliği tarihinden itibaren bir ay içinde ödemeleri şartı ile borçlandırma imkânından yararlanır. Borçlanmaya ilişkin prim oranının % 32 olduğuna ve bunun % 20'sinini uzun vadeli sigorta kolları primi olduğuna dikkat edilirse genel sağlık sigortası prim oranının % 12 olduğu anlaşılabilir. Kanunun 41. maddesinde 6111 sayılı Kanunun 30. maddesiyle yapılan değişiklik sonucu 41. maddenin (i)bendi kapsamında borçlanılacak sürelerle ilişkin genel sağlık sigortası primlerinin ödenmiş olması halinde, genel sağlık sigortası primi ödenmiş bu sürelerle ilişkin borçlanma tutarının % 20 oranı üzerinden hesaplanacağı da özel olarak belirtilmiştir.⁸¹⁹ Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanların genel sağlık sigortası priminin, prime esas kazancın % 12'si olduğu Kanunun 81. maddesinde de özellikle vurgulanmıştır⁸²⁰ (5510, m.81/I (f)).

⁸¹⁶ ŞAKAR, (2009), s.335.

⁸¹⁷ 5510 sayılı Kanunun Sigortalıların borçlanabileceği süreler başlıklı 41. maddesi hükmüne göre sigortalılar; a) Kanunları gereği verilen ücretsiz doğum ya da analık izni süreleri ile 4/a kapsamındaki sigortalı kadının, iki defaya mahsus olmak üzere doğum tarihinden sonra iki yıllık süreyi geçmemek kaydıyla hizmet akdine istinaden işyerinde çalışmaması ve çocuğunun yaşaması şartıyla talepte bulunulan süreleri, b) Er veya erbaş olarak silâh altında veya yedek subay okulunda geçen süreleri, c) 4/c kapsamında sigortalı olanların, personel mevzuatına göre aylıksız izin süreleri, d) Sigortalı olmaksızın doktora öğrenimi veya tıpta uzmanlık için yurt içinde veya yurt dışında geçirdikleri normal doktora veya uzmanlık öğrenim süreleri, e) Sigortalı olmaksızın avukatlık stajını yapanların normal staj süreleri, f) Sigortalı iken herhangi bir suçtan tutuklanan veya gözaltına alınanlardan bu suçtan dolayı beraat edenlerin tutuklulukta veya gözaltında geçen süreleri, g) Grev ve lokavtta geçen süreleri, h) Hekimlerin fahrî asistanlıkta geçen süreleri, ı) Seçim kanunları gereğince görevlerinden istifa edenlerin, istifa ettikleri tarih ile seçimin yapıldığı tarihi takip eden ay başına kadar açıkta geçirdikleri süreleri, i) 4857 sayılı Kanuna göre kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışan sigortalıların, kısmi süreli çalıştıkları aylara ait eksik süreleri, borçlanabilmektedir.

⁸¹⁸ 22.05.1985 tarih ve 18761 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.

⁸¹⁹ Örneğin; Kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalıştığı için 30 günden eksik kalan süreler için Kanunun 60/ı (g) kapsamında genel sağlık sigortası primi ödeyen kişi daha sonra bu süreler için borçlanma yaparsa kendisinden % 12 oranında genel sağlık sigortası primi istenmeyecek sadece %20 oranında uzun vadeli sigorta kolları primi ödeyecektir.

⁸²⁰ Ayrıntılı bilgi için Bkz, OCAK, Prim Koşulu, s.1066-1067.

12. Sosyal Güvenlik Sözleşmesi Yapılmayan Ülkelere Götürülen İşçiler

Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi yapılmayan ülkelerde iş üstlenen ve işverenlerince yurt dışındaki işyerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk vatandaşı işçileri i 4/a kapsamında sigortalı sayılmakta ancak haklarında sadece kısa vadeli sigorta kolları ile genel sağlık sigortası hükümleri uygulanmaktadır (5510, m.5/I (g)) Kanununun 81. maddesinde, genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar için 82. maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın % 12,5'i olarak belirlendiği dikkate alındığında sosyal güvenlik sözleşmesi yapılmayan ülkelere götürülen işçilerin genel sağlık sigortası prim oranının % 12,5 olduğunu söyleyebiliriz. Nitekim GSSİY'nin 13. maddesi birinci fıkrasında da, 5. maddenin (g) bendi kapsamındakiler için prim oranının % 12,5 olduğu bu primin % 5'inin sigortalı, % 7,5'inin ise işveren hissesi olduğu belirtilmiştir.

13. Genel Sağlık Sigortası Finansmanına Devlet Katkısı

5510 sayılı Kanunun uygulanmaya başlamasıyla birlikte devletin primlere sistemli bir biçimde katılması esası benimsenmiştir.

Sosyal sigorta tekniği ile çalışan primli sosyal güvenlik rejimlerinde sosyal sigortaların başlıca gelir kaynağını primler oluşturmaktadır. Bu primleri; sadece işçiler, sadece işverenler, işçi ve işverenler, işçiler, işverenler ve devlet, işverenler ve devlet, sadece devlet, ödeyebilir. Birçok ülkede işçi ve işveren bazılarında da işçi işveren ve devlet olmak üzere tarafların tamamı prim öder⁸²¹. Ülkelerin yaklaşık yarısı “Üçlü Finansman Sistemi’ni” (tripartite financing system) benimsemiştir⁸²². İşçi ve işverenlerle birlikte, devletin de sosyal güvenliğin finansmana katkısı genel bir kural haline gelmiş öyle ki devlet katkısı gittikçe artma eğilimi göstermiştir. Devletin sosyal güvenlik finansmanına katılması esasında devletin vatandaşlarına sosyal güvenlik hakkı sağlamasının anayasal bir hak olarak verilmesi ile ilintilidir. Ayrıca sosyal güvenliğe devlet katkısı aynı zamanda çeşitli gruplar arasındaki dayanışmanın da zorunlu bir sonucudur⁸²³. Ülkemizde sosyal güvenliğin finansmanına Devletin düzenli katkısı sadece Sosyal Güvenlik Kurumu’na devredilen Emekli Sandığı ile sınırlı kalmış ancak finansman açığı nedeniyle SSK ve Bağ-Kur’a da her yıl artan oranda

⁸²¹ YAZGAN, Sosyal Güvenlik, s.139.

⁸²² ŞAKAR, s.63.

⁸²³ GÜZEL/OKUR, s.68-69.

bütçeden kaynak aktarılmıştır⁸²⁴. Bu açıdan değerlendirildiğinde Devletin sosyal güvenliğe katkısının daha önce dolaylı yoldan yapıldığını söyleyebiliriz⁸²⁵.

5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesi ile birlikte devlet ilk defa sistemli bir biçimde işçi ve işveren primlerinin yanında finansmana katılmaya başlamıştır. Kanunun 81. maddesi gereği, Devlet, Kurumun ay itibarıyla tahsil ettiği malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası priminin dörtte biri oranında Kuruma katkı yapar. Devlet katkısı olarak hesaplanacak tutar talep edilen tarihi takip eden 15 gün içinde Hazinece Kuruma ödenir.

Devletin primlere katkısı bununla sınırlı değildir. Yine 4/a kapsamındaki sigortalıları çalıştıran özel sektör işverenlerinin, malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primlerinden, işveren hissesinin beş puanlık kısmına isabet eden tutar da⁸²⁶ Hazine’ce karşılanmaktadır⁸²⁷.

II. GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMAK İÇİN ARANAN

KOŞULLAR

1. Prim Borcu Olmaması Koşulu

5510 sayılı Kanunun 67. maddesi gereği genel sağlık sigortalılarının sağlık hizmetlerinden yararlanması prim borcu olmaması koşuluna bağlanmıştır. Kanun koyucu prim borcu olmama koşulunu hiç prim borcu olmaması gerekenler ve 60 günden fazla prim borcu olmaması gerekenler olarak ikili bir ayrıma tabi tutmuştur.

⁸²⁴ Devletin finansmana katılımı isteği dışında ve zorunlu olarak gerçekleşmiştir. Bkz, ALPER, Sosyal Sigortalar, s.85

⁸²⁵ Murat GÖKTAŞ, “Sosyal Güvenlikte Üçlü Finansman Sistemi: Sigorta Primlerine Devlet Katkısı”, **Mali Çözüm Dergisi**, , Sayı: 89, (Eylül-Ekim 2008), s.211.

⁸²⁶ İşveren hissesine ait primlerin Hazinece karşılanabilmesi için, işverenlerin çalıştırdıkları sigortalılarla ilgili olarak bu Kanun uyarınca aylık prim ve hizmet belgelerinin yasal süresi içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumuna vermeleri, sigortalıların tamamına ait sigorta primlerinin sigortalı hissesine isabet eden tutarı ile Hazinece karşılanmayan işveren hissesine ait tutarı yasal süresinde ödemeleri, Sosyal Güvenlik Kurumuna prim, idari para cezası ve bunlara ilişkin gecikme cezası ve gecikme zammı borcu bulunmaması şarttır. Ancak Kuruma olan prim, idari para cezası ve bunlara ilişkin gecikme cezası ve gecikme zammı borçlarını 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunun 48. maddesine göre tecil ve taksitlendiren işverenler ile prim borçlarını diğer taksitlendirme ve yapılandırma Kanunlarına göre taksitlendiren ve yapılandıran işverenler, tecil, taksitlendirme ve yapılandırmaları devam ettiği sürece 5 puanlık indirim hükmünden yararlanır

⁸²⁷ 5 Puanlık Prim indiriminin Kanunda olmayan şartlara bağlanmasının eleştirisi için Bkz, Müjdat ŞAKAR, “Prim İndirim Genelgesi Kanunu Aşıyor” **Sicil Dergisi**, Sayı:17, (Mart-2010), s. 249-252.; Murat Gökteş, “5 Puanlık prim İndirim Yasağının Başlangıcı”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:205, (Ocak 2010), s.198.; Murat GÖKTAŞ/Murat ÖZDAMAR, “Sigortasız Çalışma Kavramının 5 Puanlık Prim İndirim Hakkı Açısından Değerlendirilmesi” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı: 224 (Ağustos-2011), s.154-158.; Hediye ERGİN, “İşverenlere Getirilen 5 Puanlık Prim İndirimi”, **Sicil Dergisi**, Sayı:12, (Aralık-2008), s.176-186.

a) Prim ve Prime İlişkin Borcu Olmaması Gerekenler

Kanunun 67. maddesi birinci fıkrası (c) bendinde 60. maddenin birinci fıkrasının (b) ve (d) bentlerine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentlerde sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması, sağlık yardımı almaları için aranan koşullar arasında sayılmaktadır. Belirtelim ki; prim borcu olmama koşulu bulunanlar isteğe bağlı sigortalılar ile mütekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişilerdir⁸²⁸. Kanun bunlar için 30 gün sigortalı olma koşulu yanında prim borcu olmama koşulunu da aramaktadır.

b) Altmış Günden Fazla Borcu Olmaması Gerekenler

Kanunun 67. maddesinde, sağlık hizmetlerinden yararlanılması bakımından bazı kişiler için 30 gün genel sağlık sigortası primi ödeme şartı yanında 60 günden fazla prim ve prime ilişkin herhangi bir borcun bulunmaması gerektiği yönünde bir düzenleme bulunmaktadır. Kanunun m. 67 hükmünde, "60. maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (g) bendine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 21/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 48. maddesine göre tecil ve taksitlendirilerek tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması şarttır" denilmektedir.

Kanundaki bu düzenleme gereği 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, varsa bu borçlarını 6183 sayılı Kanun kapsamında taksitlendirmesi, sağlık yardımı almaları için gerekli koşul olarak belirlenmiştir.

⁸²⁸ SÖZER, Prim Koşulu, s.168.

2) Son Bir Yıl İçinde En Az Otuz Gün Genel Sağlık Sigortası Primi Bulunması

Koşulu

Kanunun sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarını düzenleyen 67. madde birinci fıkra (a) bendinde, 60. maddenin birinci fıkrasının (c)⁸²⁹ ve (f)⁸³⁰ bentleri hariç diğer bentleri gereği 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 olmasının sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için zorunlu olduğu belirtilmektedir.

Maddede yer alan 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması yönündeki ifade 4/a ve 4/c kapsamındaki sigortalılar açısından işverenler tarafından sigortalı olarak bildirilme, 4/b kapsamındaki sigortalılar açısından ise sigortalılık tescili ve tescile dayalı prim ödenmesi olarak değerlendirilmelidir. Dolayısıyla 4/b kapsamında sigortalı olanlarla isteğe bağlı sigortalıların sağlık hizmetlerinden yararlanması için tescil edilmeleri yeterli olmayacak son bir yıl içinde prim ödemesi yoksa 30 günlük prim ödemeleri yanında tescilden itibaren 30 günlük bir sürenin de geçmesi gerekecektir.⁸³¹ Ancak, bu durumdaki kişiler tescil öncesi genel sağlık sigortalısının hak sahibi durumunda ise 30 gün boyunca hak sahibi olarak sağlık yardımı almaya devam edecek ve 30. günden itibaren de genel sağlık sigortası kapsamında sağlık yardımı alacaktır.

3) Prim Ödeme ya da Prim Borcu Koşulu Aranmayacaklar

Sağlık hizmetlerinin yararlanma şartlarının düzenlendiği Kanunun 67. maddesi prim koşulu aranmayacak kişilerle hangi hallerde 30 gün prim ödeme ya da prim borcu olmama koşulunun dikkate alınmayacağını ayrıntılı olarak düzenlemiştir. Buna göre 18 yaşından küçük kişilerle tıbben başkasının bakımına muhtaç⁸³² kişiler 30 günlük prim ödeme koşulunu

⁸²⁹ 4/a, 4/b ve 4/c kapsamında sigortalı sayılmayanlar

⁸³⁰ Gelir ve aylık alan kişiler

⁸³¹ OCAK, Prim Koşulu, 1072-1076, GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.757.

⁸³² 14.01.2012 tarihli ve 28173 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 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 belirlenen ağır özürlü kişilerin tıbben başkasının bakımına muhtaç olduğu değerlendirilir. Yönetmelikte ağır özürlü ifadesi kullanmakla birlikte 5510 sayılı Kanunun 67. maddesinde belirtilen tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişi ifadesi Yönetmeliğin ağır özürlü olarak nitelendirdiği kişilerden başkası değildir. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), tıbben başkasının bakımına muhtaç tanımını Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürlü olduğu “Özürlü Sağlık Kurulu Raporu” ile

beklemeksizin sağlık yardımlarını alacaklardır. Bakıma muhtaçlık kavramı maddi ve doğal ihtiyaçlarını karşılamak için bir başkasının desteğine ihtiyaçın gerekmesi ihtimalini de içermektedir. Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler için kastedilen bakıma muhtaçlıktan başkası deđildir⁸³³.

Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilerin öncesinden sigorta ya da genel sağlık sigortası prim borcu olsa dahi bunlar için prim borcu olmama koşulu aranmayacaktır⁸³⁴. 18 yaşından küçükler ise genel sağlık sigortalısı anne ya da babalarının prim borcu olsa bile sağlık hizmetlerinden yararlanabildiği gibi bunlardan da 30 gün prim ödeme koşulu aranmaz.

Prim koşulu aranmayacak sağlık hizmetleri ise koruyucu sağlık hizmetleri, analığa bağlı sağlık hizmetleri, acil haller, iş kazası ve meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, grev ve lokavt halleri, doğal afet ile savaş ve seferberlik hallerinde sunulacak her türlü sağlık hizmetleridir⁸³⁵ (5510, m.67/I) prim koşuluna ilişkin tablo aşağıda sunulmuştur.

belgelendirilen kişiler olarak belirtmiştir. (SUT, m.3.1.3.(5)) Sağlık Uygulama Tebliği, 25.03.2010 tarih ve 27532 sayılı Resmî Gazetede yayımlanmıştır.

⁸³³ SÖZER, Prim Koşulu, s.160.

⁸³⁴ OCAK, Prim Koşulu, s.1105.; GÜZEL/OKUR/CANİKLİOğLU, s.757.; BOSTANCI, s. 218.

⁸³⁵ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOğLU, s.757.; BOSTANCI, s. 218.; OCAK, Prim Koşulu, s.1105-1106.

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 (67/1-c)
Sosyal Korumaya Alınanlar (60/I-c)	(—)	(+) (88/VIII)	-
Yabancılar (60/I-d)	(+)	(+) (88/VIII)	Hiç olmamalı (67/1-c)
İşsizlik Ediminden Yararlananlar (60/I-e)	(+)	-	-
Gelir ve Aylık Alanlar (60/I-f)	(—)	-	-
Diğer Kapsamdakiler (60/I-g)	(+)	(+) (88/VIII)	60 günden fazla olmamalı (67/I-b)

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

4. Sağlık Aktivasyonu Yapılması Koşulu

Genel sağlık sigortalıları ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin genel sağlık sigortası kapsamında sunulacak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için prim ödeme gün sayısı, prim borcunun olmaması gibi koşulları taşıyıcılar dahi Sosyal Güvenlik Kurumu bilgi tabanında hak sahipliklerinin etkinleştirilmesi diğer bir anlatımla sanal karne aktivasyonu yaptırması gerekmektedir⁸³⁶.

a) Sağlık Aktivasyonları Re'sen Yapılanlar

Kanununun 60. maddesi birinci fıkrası (c) ve (g) bendi kapsamındaki sigortalılar, emekliler, yabancı uyruklu sigortalılardan Türkiye'ye yerleşik olma hali bir yıldan fazla olanlar, üniversitelerde öğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler ile avukatlık stajı yapanların sağlık aktivasyonu yaptırmasına gerek yoktur. Zira bunların aktivasyonları otomatikman gerçekleştirilmektedir.

b) Sağlık Aktivasyonu Yaptırması Gerekenler

Zorunlu sigortalılığı sona erdiği için genel sağlık sigortalılığı kapsamında çıkan ve sağlık yardımlarını hak sahibi olarak alması gerekenlerle, hak sahibi iken sigortalı olması nedeniyle genel sağlık sigortalısı kapsamına girenler için genel sağlık sigorta aktivasyonu yapılması gerekmektedir. Yine sigortalının çocuğunun doğması, çocuk adına hak sahipliği aktivasyonunun yapılmasını gerekli kılmaktadır. Ayrıca Kanununun 60. maddesi birinci fıkrası (c) ve (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı ya da hak sahibi olanlardan zorunlu sigortalılığı nedeniyle genel sağlık sigortası kapsam değişikliği yapılması gerekenlerin de sağlık aktivasyonu için Sosyal Güvenlik Kurumu'na başvurması kaçınılmaz olacaktır.

§ 13. FİNANSMANI SAĞLANAN SAĞLIK HİZMETLERİ VE SÜRESİ

I. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA SUNULAN SAĞLIK

HİZMETLERİ

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulacak sağlık hizmetlerinde 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

⁸³⁶ ŞAKAR, s.373.

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 sağlamaktır⁸³⁷. Bu husus Kanunun 63. maddesinde de özellikle vurgulanmıştır.

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalanmayı önleyerek telafisi güç kayıpları en aza indirme amacıyla yürütülen faaliyetlerin bütününe koruyucu sağlık hizmetleri denilmektedir⁸³⁸. Hastalanmayı önleyecek tüm sağlık hizmetleri genel sağlık sigortasının temel hedefi olacağından koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekecektir.⁸³⁹ Bu açıdan değerlendirildiğinde koruyucu sağlık hizmetleri genel sağlık sigortası kapsamında verilen hizmetlerin en önemlisidir⁸⁴⁰. 5510 sayılı Kanunun 3.maddesi 23. bendinde; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti, kişilerin hastalıktan korunması veya sağlıklı olma halinin sürdürülmesi amacıyla, kişiye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri olarak tanımlandığına göre hastalanmaya engel olacak tüm sağlık hizmetleri bu kapsama girmelidir.⁸⁴¹ Üstelik madde bağımlılığı da dahil olmak üzere⁸⁴².

5510 sayılı Kanun, koruyucu sağlık hizmetlerini, kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak tanımladığına göre koruyucu sağlık hizmetlerini olabildiğince geniş yorumlamamız gerekecektir.

2. Hastalığa Bağlı Sağlık Yardımları

Genel sağlık sigortasının temel amacı kişilerin hastalanmalarını önlemek ve hastalığın önlenmesine yönelik hizmet sunmak olsa da koyucu sağlık hizmetleri sunulmasına rağmen sigortalı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişiler hastalanabilir. Hastalık halinde bu kez Kanunun 63/I,b maddesinde düzenlenen sağlık yardımları devreye girer. Hastalık sürecindeki sağlık yardımları;

-Hekim tarafından yapılacak muayeneler,

⁸³⁷ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.747.

⁸³⁸ BOSTANCI, s.226.

⁸³⁹ OKUR, Reform, s.140.

⁸⁴⁰ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.747.

⁸⁴¹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.747.

⁸⁴² BOSTANCI, s.227.

- Hekim tarafından gerekli görülen teşhis amaçlı laboratuvar, tetkik ve tahliller,
- Diğer tanı ve tedavi yöntemleri,⁸⁴³
- Teşhise bağlı olarak ortaya çıkan tıbbi müdahaleler ve tedaviler,
- Tedavi süresince sunulacak rehabilitasyon ya da izleme hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakli işlemleri,
- Hücre tedavileri,
- Hekimin uygun bulmasına bağlı tedaviler (fizik tedavi, masaj v.b. hizmetler)
- Acil sağlık hizmetleridir.

Bu nitelikteki tedaviler ayakta sunulabildiği gibi gerektiğinde hasta yataklı tedavi kurumlarına yatırılır⁸⁴⁴.

3. Analığa Bağlı Sağlık Yardımları

Analık halinde sunulacak sağlık hizmetlerini belirtmeden önce Kanuna göre analık halinin ne olduğunu açıklamamız yerinde olur. Kanuna göre, 4/a ve 4/b kapsamındaki sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmayan eşinin, kendi çalışmalarından dolayı gelir veya aylık alan kadının ya da gelir veya aylık alan erkeğin sigortalı olmayan eşinin gebeliğinin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan gebelik ve analık haliyle ilgili rahatsızlık ve özürnlük halleri analık hali kabul edilir. Dolayısıyla gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süreye kadar olan dönemlerde sunulan sağlık hizmetleri analığa bağlı sağlık yardımlarıdır.

a) Olağan Hallerde Sağlık Hizmeti Sunulması

Analık sebebiyle ayakta veya yatarak sunulacak sağlık yardımları Kanununun 63. maddesi birinci fıkrası (c) bendinde düzenlenmiştir. Analık halinde sunulacak sağlık yardımları şunlardır⁸⁴⁵.

⁸⁴³ Röntgen, ultrason, tomografi, mammografi v.b. tanımlar

⁸⁴⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.748.; OKUR, Reform, s.141.

- Hekim tarafından yapılacak muayene,
- Hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler,
- Doğum,
- Laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri,
- Hekim tarafından konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler,
- Tedavi süresince hastanın takibi,
- Tıbbi gerekliliğe bağlı olarak rahim tahliyesi,
- Tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri,
- İlgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler (fizik tedavi, masaj v.b.)

b) Yardımcı Üreme Yöntemiyle Çocuk Sahibi Olma Durumu

Her ne kadar asıl olan doğal yollarla çocuk sahibi olmaksada kişiler hastalık ve rahatsızlıklara bağlı olarak her zaman doğal yollarla çocuk sahibi olamazlar. Bu durumda rahatsızlığın nedenine bağlı olarak öncelikle ilaç tedavisi ya da cerrahi tedavi yöntem denenir. Bu girişimlerin sonuç vermemesi halinde yardımcı üreme yöntemleri olarak adlandırılan tüp bebek, mikroenjeksiyon veya TESE yöntemleri ile çocuk sahibi olma seçeneği değerlendirilir⁸⁴⁵. 5510 sayılı Kanuna göre normal yollardan çocuk sahibi olamayanlar koşullara bağlı olarak yardımcı üreme yöntemiyle de çocuk sahibi olabilir ve finansmanın bir bölümü Kurum tarafından karşılanır.

Finansmanın 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. Kanun “*evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının*” ibaresine yer verdiği için, daha önce normal yollarla çocuk sahibi olan genel sağlık

⁸⁴⁵ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.748.; BOSTANCI, s.228.; OKUR, Reform, s.141.

⁸⁴⁶ Resul KURT, “*Sosyal Güvenlik Reformu Kanunlarının Çalışanlara Etkileri*”, **MESS Mercek Dergisi**, Özel Sayısı (Temmuz-2006), s.149.

sigortalısının ilerleyen dönemlerde rahatsızlığa bağlı gereklilikle bu yöntemden yararlanması mümkün olamayacaktır.

Yardımcı üreme yöntemiyle çocuk sahibi olabilmenin şartları sadece evli olmak ve çocuk sahibi olmamak 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 olması,

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

Güzel ve diğerleri'ne göre, yardımcı üreme yöntemiyle çocuk sahibi olabilme objektif şartlara bağlanmamıştır. Şöyle ki; Medeni Kanuna göre evlenme yaşı 17 olduğuna ve hâkim kararıyla 16'ya da indirilebildiğine göre 23 yaşından büyük olma koşulu aranması şu açıdan isabetsizdir. Tedaviye rağmen normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olunamayacağı 23 yaşından önce saptanmışsa bir an önce yardımcı üreme yöntemiyle çiftlerin çocuk sahibi olmasını sağlamak gerekir. Yine çiftlerin ilk tedavide normal yoldan çocuk sahibi olamayacağı saptanmışsa 3 sene beklemekte gereksiz olacaktır. Yardımcı üreme yöntemiyle çocuk sahibi olabilmenin en fazla iki denemeye sınırlanması da isabetsizdir, zira tıbbi açıdan

daha sonraki denemelerde çocuk sahibi olma ihtimali güçlüyse deneme süresi koymak yerine konuyu sağlık kuruluna bırakmak daha isabetli bir düzenleme olacaktır⁸⁴⁷.

4. İş Kazası ve Meslek Hastalığına Bağlı Sağlık Yardımları

Genel sağlık sigortası kapsamında yer alan sağlık hizmetleri arasında iş kazası ve meslek hastalığı halinde sunulan sağlık hizmetleri düzenlenmemiş ancak hastalık halinde verilen sağlık hizmetlerinde iş kazası ve meslek hastalığı halinde sunulacak sağlık hizmetlerine atıf yapılmıştır. Bu nedenle iş kazası ya da meslek hastalığına uğrayan sigortalı, ayakta veya yatarak tedavi olabildiği gibi 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 katılım payı ödemeyecektir (GSSİY, m. 39/1.a, SUT, m.3.2.5.(1)).

5. Trafik Kazalarına Bağlı Sağlık Yardımları

6111 sayılı Kanununun 59. maddesiyle 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 98. maddesinin başlığı “Sağlık hizmet bedellerinin ödenmesi” olarak değiştirilmiş ve Kanun metni de “Trafik kazaları sebebiyle üniversitelere bağlı hastaneler ve diğer bütün resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sundukları sağlık hizmet bedelleri, kazazedenin sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır.” şeklinde düzenlenmiştir.

Yine maddenin devamında “Trafik kazalarına sağlık teminatı sağlayan zorunlu sigortalarda; sigorta şirketlerince yazılan primlerin ve güvence hesabınca tahsil edilen katkı paylarının % 15’ini aşmamak üzere, münhasıran bu teminatın karşılığı olarak Hazine Müsteşarlığınca sigortacılık ilkeleri çerçevesinde maktu veya nispi olarak belirlenen tutarın tamamı sigorta şirketleri ve 3/6/2007 tarihli ve 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 14. maddesinde düzenlenen durumlar için güvence hesabı tarafından Sosyal Güvenlik Kurumuna aktarılır. Söz konusu tutar, ilgili sigorta şirketleri için sigortacılık ilkelerine göre ayrı ayrı belirlenebilir. Aktarım ile sigorta şirketlerinin ve güvence hesabının bu teminat kapsamındaki yükümlülükleri sona ereceği” hüküm altına alınmıştır.

⁸⁴⁷ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s. 749.; OKUR, Reform, s.142.; aynı görüşte, BOSTANCI, s.230.

Dolayısıyla genel sağlık sigortalısı olsun ya da olmasın Türkiye’de trafik kazası geçirerek tedavi altına alınması gereken tüm kişilerin sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanacak ve finansmanı da sigorta şirketleri üstlenmiş olacaktır⁸⁴⁸.

Belirtelim ki; Kanunun, ‘‘Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları’’ başlıklı 67. maddesi birinci fıkrasında yer alan ‘‘acil haller’’ ibaresinden önce gelmek üzere ‘‘trafik kazası halleri,’’ ibaresi 6111 sayılı Kanunun 36. maddesiyle metne eklenmiş ve trafik kazaları acil hallerden farksız duruma gelmiştir.

6. Doğal Afetlere Bağlı Sağlık Yardımları

5510 sayılı Kanunun 75. maddesi hükmüne göre, 15/5/1959 tarihli ve 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun kapsamındaki afetler ile 4/11/1983 tarihli ve 2941 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu gereğince iln edilen savaş halinde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetleri Kurum tarafından sağlanmaya devam edilir. Ancak, afet veya savaş hallerine bağlı nedenlerden dolayı Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri, giderlerin ödendiği takvim yılı sonu esas alınarak genel btçeden Kuruma bir yıl içinde transfer edilir.

Kanunun 69. maddesi birinci fıkrası (b) bendi gereği doğal afet dönemlerinde sunulan sağlık hizmetlerinden katılım payı da alınmamaktadır.

7. Ağız ve Diş Tedavilerine Dayalı Sağlık Yardımları

Ağız ve diş tedavisine ilişkin olarak genel sağlık sigortası kapsamında yer alan sağlık yardımları Kanunun 63. maddesi birinci fıkrası (d) bendinde düzenlenmiştir. Kanun koyucu ortodontik diş tedavileri⁸⁴⁹ ile diş protezlerine yaş ve miktar yönünden sınırlama getirmiş, sınırlama dışında tutulan tedaviler ise tek tek sıralanmıştır. Buna göre;

Ağız ve diş muayenesi,

Diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler,

⁸⁴⁸ Cengiz BYKBİRER, ‘‘6111 Sayılı Yasa Trafik Kazazedelerinin Tedavi Giderlerine Dair Yaşadığı Mağduriyetleri nleyecek’’, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:221, (Mayıs 2011), s.184.

⁸⁴⁹ Ortodontik diş tedavilerinden 18 yaşından küçük olanlar yararlanabilecektir.

Laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri,
Teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler,
Diş çekimi,
Konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi,
Tedavi süresince hasta takibi,
Diş protez uygulamaları,
Ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri,
ortodontik diş tedavileri (18 yaşını doldurmamış kişiler)

Okur'a göre, diğer sağlık yardımları ile ağız ve diş tedavi yardımlarının büyük bölümünde öngörülmeven kısıtlamaların ortodonti ve protez yardımları için getirilmesi isabetli olmamıştır. Zira bu tedaviler ağız ve diş tedavilerinin olmazsa olmazlarından olduğu gibi oldukça da pahalıdır. Bu nedenle bu tür bir sınırlandırma anayasal sağlık hakkı ile bağdaşmayacaktır⁸⁵⁰.

8. Acil Hallere Bağlı Sağlık Yardımları

5510 sayılı Kanun acil sağlık hizmetlerini genel sağlık sigortası kapsamına almıştır. Bununla birlikte acil sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak Başbakanlık tarafından hazırlanan oldukça açıklayıcı bir Genelge de bulunmaktadır. 2008/13 sayılı Genelge'de⁸⁵¹, Anayasanın 17. maddesine göre herkes yaşama maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu, 56. maddesinde de devlete, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama görevi verdiği hatırlatıldıktan sonra acil sağlık hizmetlerinin sunulması açıklanmıştır. 2008/13 sayılı Genelge hükümlerine göre;

Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü bulunan sağlık kuruluşları, acil vakaları hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakmaksızın kabul edecek ve gerekli tıbbi müdahaleyi kayıtsız-şartsız ve gecikmeksizin

⁸⁵⁰ Ali Rıza Okur, "Genel Sağlık Sigortasının Ortaya Çıkaracağı Sorunlar" **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu**, İstanbul, (26/27.01.2007), İstanbul Barosu Yayınları, 2007, s. 179.; OKUR, Sosyal Güvenlik Reformu, s.1294.

⁸⁵¹ R.G., 26.6.2008, 26918.

yapacaktır. Hiçbir sağlık kuruluşu acil olarak gelen hastalara yeterli personeli veya donanımı olmadığı, ilgili birimi veya boş yatağı bulunmadığı, hastanın sağlık güvencesi olmadığı ve benzeri sebepler ile gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapmaktan kaçınmayacaktır.

Hekim tarafından tıbben acil olarak değerlendirilmeyen olgularda, tıbbi ve hukuki sorumluluk sağlık kuruluşunun uhdesinde kalmak üzere gerekli yönlendirme yapılacaktır.

Acil vakalarda, yoğun bakım hizmeti dahil olmak üzere gerekli ilk müdahale yapılarak hastanın stabilizasyonunun sağlanması esastır. Stabilizasyonu sağlanamayan veya stabilizasyonu sağlanmakla birlikte ileri tetkik ve tedavi amaçlı başka bir sağlık kurumuna sevkine lüzum görülen hastaların nakli için 112 komuta kontrol merkezi ile irtibata geçilecektir. Sağlık kuruluşunda yatarak veya ayakta tedavi görmekte iken durumu ağırlaşan ve acilen başka bir sağlık kuruluşuna sevkisi gereken hastalar için de komuta kontrol merkezi ile temas kurulacaktır.

Hasta yakınları veya hastanın tedavisini üstlenen sağlık kuruluşu, hastanın acil sevkini kendi imkânlarıyla yapmak istemeleri halinde, sevk edilecek sağlık kuruluşu ile irtibat kurmak ve hastanın mağduriyetine meydan vermemek, durumu komuta kontrol merkezine bildirmek kaydıyla nakli gerçekleştirebileceklerdir.

Acil hastanın sevk edileceği sağlık kuruluşunun belirlenmesi ve nakil işlemleri komuta kontrol merkezinin yönetiminde ve koordinasyonunda yapılacaktır. Komuta kontrol merkezi, hastaya ait bilgileri alacak, bu bilgiler ışığında hastanın hangi sağlık kuruluşuna sevk edileceğine karar verecek, ilgili kuruluşun yetkilileriyle irtibata geçerek gerekli görüşmeleri yaptıktan sonra hastanın nakline engel bir durum yoksa, sevk için ambulansa çıkış emri vererek naklin gerçekleştirilmesini sağlayacaktır. Gerektiğinde intikal süresini kısaltmak amacıyla yukarıdaki işlemlerin bir kısmı hasta yola çıkarıldıktan sonra yapılabilir.

Tüm yataklı tedavi kurumları Sağlık Bakanlığınca belirlenen esaslar ve kurulmuş bulunan çağrı kayıt ve operasyon yönetim sistemi çerçevesinde yatak kapasitesi, doluluk oranları, fiilen çalışan uzman hekim durumları gibi bilgileri güncel olarak komuta kontrol merkezine vermekle yükümlüdür. Bütün sağlık kuruluşları, komuta kontrol merkezinin çalışmalarında gerekli yardımı ve kolaylığı sağlamak, acil vakaya ait tıbbi bilgileri vermek ve komuta kontrol merkezinin nakille ilgili talimatlarına uymak ve sevk edilen hastayı kabul etmek zorundadır.

Acil olarak sağlık kuruluşuna müracaat eden hastaların acil tıbbi müdahale ve tedavileri yapılırken hiçbir surette tedavi masraflarının nasıl karşılanacağı sorgulanmayacaktır. Hizmet bedelinin tahsili ile ilgili işlemler acil müdahale sağlandıktan sonra yapılacaktır.

Acil vakalarda acil sağlık hizmetinden yararlananlardan sosyal güvencesi bulunan kişilerin hizmet bedeli ilgili sosyal güvenlik kurumundan tahsil edilecek ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesinin yedinci fıkrası gereğince hastadan ayrıca ücret farkı talep edilmeyecektir.

Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan vatandaşlarımızdan ödeme gücü bulunmayanların acil sağlık hizmeti bedelleri kendilerinden talep edilmeyecektir. Bunlardan kamuya ait sağlık kuruluşlarından ve ayakta teşhis ve tedavi yapan özel sağlık kuruluşlarından acil sağlık hizmeti alanların hizmet bedelleri 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümleri çerçevesinde sağlık kuruluşunun bulunduğu yer sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından talep edilecektir.

Bu Genelge hükümlerine uymayanlar hakkında gerekli adli ve idari işlemler yetkililer tarafından ivedilikle yapılacaktır.

Genelgenin acil sağlık hizmetiyle ilgili bütün tartışmaları sonlandırdığını Genelge sonucu sağlık sunucuları ile hastalar arasındaki ihtilafların en aza indiğini özellikle belirtmemiz gerekir.

II. SİGORTALILARIN VE YAKINLARININ YURT DIŞINDA TEDAVİ OLMASI

5510 sayılı Kanuna göre, 4/a kapsamında sayılan sigortalıların işverenleri tarafından geçici görevle yurt dışına gönderilmeleri⁸⁵², 4/c kapsamında sayılan sigortalıların mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak yurt dışına gönderilmeleri veya 4/b kapsamında sigortalı sayılanların sigortalılığa esas çalışması nedeniyle yurt dışında bulunmaları halinde, bu görevleri yaptıkları sürece, sigortalıların ve işverenlerin sosyal sigortaya ilişkin hak ve yükümlülükleri devam eder. Bu hüküm gereği yurt dışına sevkli gönderilenler haricinde kalan diğer bir ifade ile geçici ya da sürekli görevle yurt dışında gönderilen ya da giden 4 ve 5/g

⁸⁵² Kamu ya da özel sektör çalışanı ayrımı yapılmamıştır.

maddesi kapsamındaki sigortalıların yurt dışı tedavi olanaklarından yararlanması gerekmektedir.

Kanunun yurt dışında tedaviyi düzenleyen 66. maddesi 4/a ve 4/c kapsamındaki sigortalıların yurt dışında buldukları sırada tedavi olanaklarından yararlanacaklarını düzenlemekte ancak 4/b kapsamındaki sigortalılardan bu hakkı esirgemektedir⁸⁵³. Dolayısıyla Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılanlar dışında kalan diğer genel sağlık sigortalılarının diğer bir ifade ile iş sözleşmesiyle çalışan işçilerle kamu kurumlarında çalışanların dışındaki genel sağlık sigortalıları yurt dışında buldukları sırada rahatsızlanırsa yurt dışı tedavi olanaklarından yararlanamaz.

1. Geçici Görevle Yurt Dışında Bulunanlar

Kanunun 60. maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılanlardan işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usule uygun biçimde geçici görevle yurt dışına gönderilen işçilerle kamu kurum ve kuruluşları tarafından özel mevzuatlarındaki usule uygun biçimde geçici görevle yurt dışına gönderilen kamu görevlileri acil hallerde yurt dışı tedavi imkânlarından yararlanabilmektedir⁸⁵⁴. Belirtilmelidir ki, geçici görevle yurt dışına gidenlerin birlikte yaşadığı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler yurt dışında tedavi hizmetinden faydalanamazlar⁸⁵⁵. Geçici görevle yurt dışına gönderilenlere acil hallerde ağlanan sağlık hizmetleri bedelleri, yurtiçinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır⁸⁵⁶.

Sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenler tarafından ödenir ve yurt dışında görevli olduğuna dair belge ile birlikte (belgede geçici veya sürekli görevlendirme yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir) mahalli konsolosluktan tasdikli rapor ve sair belgelere (fatura vb.) dayanılarak Kurumdan talep edilir. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Tedavi giderinin Kurumun ödediği tutarları aşması halinde aşan kısım, işverenlerce karşılanır. Uluslararası sözleşme hükümleri saklıdır (SUT, m.4.4.1.(2)).

⁸⁵³ OKUR, Reform, d.148, 4/b kapsamındaki sigortalılar yurt içinde tedavilerinin mümkün olmaması halinde yurt dışı tedavi imkânlarından yararlanabilecekler.

⁸⁵⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.752.; SUT, m.4.4.1 (1).a.

⁸⁵⁵ TUNCAY/EKMEKÇİ, Sosyal Güvenlik Hukukunun Esaslar, s.391.

⁸⁵⁶ OKUR, Reform, s.146.

Yurt dışında sağlanan tedaviye ilişkin sağlık hizmeti bedellerinin SUT ve eki listelerde yer almaması halinde Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tutar üzerinden ödeme yapılır (SUT, m.4.4.1.(3)).

2. Sürekli Görevle Yurt Dışında Bulunanlar

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

Kanun sürekli görev tanımını da açıklığa kavuşturmuştur. Buna göre 4/c kapsamında sigortalı olması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanların daimi olarak altı aydan fazla süreyle yurt dışında görevlendirilmeleri durumu, sürekli görevle yurt dışına gönderilme olarak nitelendirilmiştir⁸⁵⁷ (5510, m.66/VIII). Bu düzenleme nedeniyle altı aydan kısa süreli görevlendirmelere geçici görevlendirme olarak değerlendirilmelidir.

Sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere, acil hal olup olmadığına bakılmaksızın, sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri, yurtiçinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır.

3. Türkiye’de Tedavi İmkânı Olmadığından Yurt Dışına Sevкли Gönderilenler

Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt içinde tedavilerinin yapılamadığının sağlık raporu ile belgelenmesi koşuluyla bunların sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanmaktadır. Yurt içinde tedavileri yapılamayan genel sağlık sigortalıları ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavilerinin, yurt dışında yapılabilmesi için bu durumun sağlık kurulu raporuyla belgelenmesi gerekmektedir. 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

⁸⁵⁷ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.752.; TUNCAY/EKMEKÇİ, Sosyal Güvenlik Hukukunun Esaslar, s.392.

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./4.4.3.A-1)⁸⁵⁸.

Yukarıda belirtilen şekilde düzenlenecek sağlık kurulu raporları sigortalının kendisi veya bir yakını tarafından Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine teyit ettirildikten sonra Sağlık Bakanlığına onaylatılmalıdır⁸⁵⁹. Sağlık kurulu raporunun teyidi ve onaylanması işlemleri tamamlandıktan sonra, Dışişleri Bakanlığı nezdinde gerçekleştirilecek işlemler Kurum tarafından yürütülür.

Yurt dışı tedavilerine ilişkin raporların Sağlık Bakanlığı’na onaylanmasından itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gerekmektedir. Yine yurtdışı tedavi süresi raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeler misyon şeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yazılı görüşü alınarak altı ayı geçmeyen dönemler halinde en çok iki yıla kadar tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez (SUT, m./4.4.3.A-2).

Ayrıca yurt içinde sağlanamayan organ nakli işlemleri yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden, hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasını müteakip uygun organ teminine kadar geçecek süredeki tetkik ve tedavileri yurt içinde yapılmaktadır. Uygun organ temini üzerine hasta, yeni bir sağlık kurulu raporuna ihtiyaç duyulmadan nakil işlemi için yurt dışına gönderilir. Ancak hastanın organ nakli sırasına alındığı tarihten itibaren bekleme süresinin beş yılı geçmesi halinde, yurt dışına gönderilmeye ilişkin sağlık kurulu raporunun yenilenmesi ve tekrardan teyit ettirilerek onaylanması gerekmektedir.

⁸⁵⁸ Sağlık Uygulama Tebliği, 25.03.2010 tarih ve 27532 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır

⁸⁵⁹ Sağlık raporunun teyit ettirilmesi ve onaylatılması işlemlerinin Kurum tarafından yapılması isteniyor ise sigortalılar sağlık kurulu raporunu ve varsa eklerini ikamet ettikleri yerdeki Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne ve/veya bu konuda yetkilendirilen Sosyal Güvenlik Merkezine dilekçe ekinde vermelidir.

4. Yurt Dışında Bulunma Halinde Sağlanacak Sağlık Hizmetleri⁸⁶⁰

Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında buldukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, buldukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması halinde sözleşme hükümleri uygulanır. Bir başka anlatımla genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tatil v.b. nedenlerle yurt dışında buldukları sırada hastalanmaları halinde sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, buldukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması halinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması halinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi vb. giderler ödenmez⁸⁶¹ (SUT, 4.4.2).

§ 14. FİNANSMANI SAĞLANMAYAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hakkını güvence altına almanın ilk koşulu ister kamu ister özel sektör yoluyla olsun yeterli, ulaşılabilir, sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. İkinci koşul ise bu hizmetlerin ödenebilir olmasını sağlamak amacıyla hastalığın finansal riskine karşı güvence sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı olarak da adlandırılan bu iki koşul, “temel amacı sağlığı geliştirmek, sağlığı bozulanları yeniden sağlıklarına kavuşturmak veya sağlığı korumak olan bütün eylemleri içeren bir sistem” olarak tanımlanan sağlık sistemini oluşturmaktadır⁸⁶².

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler olarak tarif edilen sağlık hizmetlerinin⁸⁶³ çeşitli gerekçelerle kişilerin yararlanmasını engellemek sosyal devletin, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için ne gerekiyorsa onu yapmak veya yaptırmakla yükümlü⁸⁶⁴ olduğu ilkesiyle bağdaşmamaktadır.

⁸⁶⁰ Geçici ya da sürekli görevle yurt dışında gönderilenler haricindeki sigortalılardan yurt dışında bulunanlar

⁸⁶¹ Bu nitelikteki yurt dışı tedavi hakkından Türkiye ile Kısa vadeli sigorta sözleşmesi bulunan ülkelere giden 4/a kapsamındaki sigortalılar ile bunların hak sahipleri yararlanabilir.

⁸⁶² MOSSIALOS/DIXON, s.4.

⁸⁶³ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: 20.12.2001 tarih ve 8597 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”, madde 4/B. (Yönerge)

⁸⁶⁴ MAKAS, s.191.

I. ESTETİK AMAÇLI TEDAVİLER

Hekim tarafından hasta üzerinde teşhis ve tedavi amacıyla yapılan fikri ve fiziki faaliyetler tıbbi müdahale olarak tanımlanmaktadır. Türk Hukuk sisteminde bir cerrahi müdahalenin tıbbi olarak nitelendirilebilmesi müdahalenin tedavi amacına yönelik olmasına bağlıdır⁸⁶⁵. Şayet müdahalede esas amaç sağlığın ve vücut bütünlüğünün korunması değilse müdahaleye tıbbi müdahale denilemez.

Estetik amaçlı tıbbi müdahale kişide doğuştan ya da 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 edilmektedir⁸⁶⁶. Tıbbi müdahale ile estetik amaçlı müdahale arasındaki fark müdahalede amacın sağlık açısından zorunlu olup olmaması ile ilintilidir. Yapılacak müdahale ile kişide bir aktivite kaybı ortadan kaldırılıyorsa bu müdahale için tıbbi, değilse estetik amaca yönelik müdahale demek isabetli olur. Estetik amaçlı müdahaleler, bedensel rahatsızlığı giderme amaçlı estetik müdahale, bedensel olmaktan ziyade ruhsal nitelikli rahatsızlıkları gidermeye yönelik estetik müdahale ve salt güzelleşme amacıyla yapılan estetik müdahale olmak üzere üçlü bir sınıflandırmaya tabi tutulmaktadır⁸⁶⁷. Estetik amaçlı tedavilerin hukuka uygunluğu konusunda ortak bir karara varılamamakla birlikte son dönemde fiziksel ve ruhsal tedavilerin bir bütün olduğundan hareketle vatandaşlık hakkı olduğuna dair görüşler ağırlık kazanmaktadır⁸⁶⁸.

5510 sayılı Kanunun Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri başlıklı 64/I-a maddesinde, 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 hizmetinin finansmanına Kurumun katkıda bulunmayacağı diğer bir ifade ile bu nitelikteki tedavilere ait sağlık giderlerinin tamamının sigortalı tarafından karşılanacağı hüküm altına alınmıştır.

Vücut bütünlüğü geniş yorumlanabilir. Bu durumda insan sağlığının bir bütünü oluşturduğu düşünülürse, vücudun herhangi bir bölgesine yapılacak müdahalenin vücut

⁸⁶⁵ Merter Özay, **Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu**, Yetkin Yayınları, Ankara, 2006, s.20

⁸⁶⁶ Özlem YENERER ÇAKMUT, **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İrdelenmesi**, Legal Yayınevi, İstanbul, 2003. s.182-183.

⁸⁶⁷ ÖZAY, s.25-26.

⁸⁶⁸ Sulhi DÖNMEZER/Erman SAHİR, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku**, Beta Yayınevi, İstanbul, Cilt: 2, 1997, s.52.

bütünlüğünü de ilgilendirdiği değerlendirilebilir. O halde de vücut bütünlüğü kavramı, dışarıda bırakılacak estetik müdahaleleri saptamada yetersiz kalabilir⁸⁶⁹.

Madde metninde vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılandıktan sonra gelen “ve” bağlacı ile iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında... cümlesi birbirine bağlanmakta ve koşul getirmektedir. Veya bağlacı seçimlik bir ifade tarzını ortaya koyduğu halde bağlacın ve⁸⁷⁰ olması durumunda seçim ortadan kalkmaktadır⁸⁷¹. Cümlenin ifade ettiği anlam estetik amaçlı cerrahi müdahalenin öncelikle vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik olması ayrıca rahatsızlığın iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık, kaza ya da konjenital nedenlere bağlı olması gerektiğidir. Örneğin vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik olmayan iş kazasına bağlı bir cerrahi müdahale veya vücut bütünlüğüne yönelik olan ancak hastalık, kaza gibi madde metninde sayılan neden dışında (doğuştan) meydana gelen rahatsızlığa bağlı cerrahi müdahale için Kurum sağlık finansmanına katkıda bulunmamaktadır. Okur’a göre; vücut bütünlüğünü bozmasa da kişiliği etkileyen estetik bozuklukların tedavisinde de finansmana katılım olması gerekir⁸⁷².

Şayet madde metninde geçen ve bağlacı yerine veya bağlacı konulsa idi vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik estetik müdahaleler ya da iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık, kaza veya konjenital nedene bağlı rahatsızlıklar için hekim tarafından gerçekleştirilen cerrahi müdahaleler için Kurum finansmana katkıda bulunacaktı. Estetik amaçlı cerrahi müdahaleler ile ruhsal sağlığın kazanılması yoluyla fiziki rahatsızlığında son bulacağı, tedavide ruhsal ve fiziksel tedavinin ayrılmaz bir bütünü oluşturduğu görüşü birlikte değerlendirilerek madde metninde geçen ve bağlacının veya bağlacı ile değiştirilmesi Kanunun amacına daha uygun olacaktır⁸⁷³.

II. TIBBEN SAĞLIK HİZMETİ SAYILMAYAN TEDAVİLER

5510 sayılı Kanuna göre, Sağlık Bakanlığınca izin verilmeyen veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri tıbben sağlık hizmeti sayılmamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri konusunda sürekli yeni yöntem ve tekniklerin geliştirilmesi, doğu ve uzak doğu

⁸⁶⁹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.756.

⁸⁷⁰ GÜZEL ve diğerlerine göre, cümlede geçen ve bağlacı veya olarak yorumlanmalıdır. Çünkü burada dışlanmak istenen fonksiyonel olmayan, sadece dış görüntüye yönelik estetik müdahalelerdir. Bkz, s.740.

⁸⁷¹ Ali Nazım SÖZER, *Hukukta Yöntem Bilim*, Beta Yayınevi, İzmir, 2008, s.46.

⁸⁷² OKUR, Reform, s.150.

⁸⁷³ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.756.

kaynaklı olan ve alternatif tıp olarak isimlendirilen tekniklerin yaygınlaşması bu yöntem ve tekniklerin ancak başarılı bir deneme aşamasından sonra tıbbi tedavi olarak sayılabilir⁸⁷⁴. Sağlık Bakanlığının tıbben tedavi olarak nitelmediği ve ruhsat vermediği kuruluşlar tarafından sunulan (sağlık)⁸⁷⁵ hizmetleri GSS kapsamı dışında sayıldığından Kurumun bu nitelikteki hizmetlerin finansmanına katkıda bulunması söz konusu değildir.

III. YABANCI UYRUKLULARIN GSS'Lİ OLMADAN ÖNCEKİ KRONİK

HASTALIKLARI

Yabancı ülke vatandaşlarından kronik rahatsızlığı bulunan ve bu rahatsızlığa bağlı tedavi bedellerini kendisi karşılamak yerine Türkiye'ye gelerek genel sağlık sigortası kapsamına girmek suretiyle Türk sosyal güvenlik sistemi üzerinden sağlamak isteyenlerle ilgili bir düzenleme kaçınılmazdır⁸⁷⁶. 5510 sayılı Kanunun ilk halinde öngörülme bu düzenleme 5754 sayılı Kanun değişikliği ile gerçekleşmiştir. Değişiklik sonrası yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kabulünden önceki kronik hastalıklarının tedavi bedellerinin finansmanı Kurum tarafından karşılanmayacaktır⁸⁷⁷.

IV. KAPSAM DIŞINDA BIRAKILAN SAĞLIK HİZMETLERİ

17 Ocak 2012 tarih "6270 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"la⁸⁷⁸ 5510 sayılı Kanunun 64. maddesinin birinci fıkrasına (d) bendi eklenmiştir.

26 Ocak 2012 tarihinde yürürlüğe giren 64. maddesinin birinci fıkrasına (d) bendi hükmüne göre "63. maddeye göre yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri"nin finansmanının Kurumca sağlanmayacağı öngörülmektedir. Yapılan yeni düzenlemeye göre genel sağlık sigortası kapsamında sunulacak sağlık hizmetlerinde bir kısıtlamaya gidileceği anlaşılmakla birlikte (d) bendindeki hükmün sağlık hakkıyla

⁸⁷⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.756.

⁸⁷⁵ Sunulan bu hizmetlerin sağlık hizmeti olarak nitelendirilmesi tartışmalıdır..

⁸⁷⁶ Bu düzenlemenin yeterli olmadığını düşünmekteyiz. Şöyle ki; kronik rahatsızlığı bulunan ve salt sağlık hizmeti alma adına yabancı uyruklu kişilerle evlenen Türk vatandaşları bulunmaktadır. Türk vatandaşıyla evlendiği için Türk vatandaşlığına kabul edilen kişilerden, Türk vatandaşlığına kabul edilmeden önce kronik rahatsızlığa sahip olanlara da kronik hastalıklarla ilgili sağlık hizmeti sunulmamasına yönelik özel düzenleme yapılmalıdır..

⁸⁷⁷ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.756.; ŞAKAR, s.387.

⁸⁷⁸ R.G., 26.01.2012, 28185.

bağdaşmayacağı da açıktır. Finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinin tek başına Kuruma bırakılması da isabetli olmamıştır.

§ 15. YOL GİDERLERİ, GÜNDELİK VE REFAKATÇI GİDERLERİ

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 yükümlülüktür (5510, m.62/).

Yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlanma konusu Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nde de açıklanmış ve genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarında, kişilerden alınan primlerin tutarına göre herhangi bir farklılaştırma yapılamayacağı hüküm altına alınmıştır (Yönetmelik, m.5/3). Yönetmelik hükmü, kişilerin ödediği primler ile sunulan sağlık hizmetleri arasında bir bağ kurulamayacağına vurgu yapmakta genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere eşit hizmet sunulmasının bir zorunluluktan olduğunu belirtmektedir.

I. REFAKATÇI, YEMEK VE YATAK GİDERİ

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında hekimin veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz. Refakatçi yemek ve yatak gideri bir kişi ile sınırlı tutulmuştur⁸⁷⁹.

II. YOL GİDERİ VE GÜNDELİK

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, müracaat ettikleri sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda yapılan hekim veya dış hekiminin muayenesi veya tedavisi sonrasında, gerekli teşhis ve tedavi cihazlarının veya ilgili branş uzmanının bulunmaması gibi tıbbî ve zorunlu nedenlerle yerleşim yeri dışına hekim veya dış hekimi tarafından tıbben lüzum görülmesi üzerine yapılan sevklerde;

⁸⁷⁹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.755.

Ayakta tedavilerde; sigortalının kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak⁸⁸⁰ üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş tarihleri için yol gideri, sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında istirahatlı olunan süreler hariç olmak üzere gündelikleri,

Yatarak tedavilerde; sigortalının kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş tarihleri için yol gideri ve gündelikleri ile yatarak tedavi gördüğü tarihlerde refakatçisinin yatak ve yemek gideri,

Sosyal Güvenlik Kurumunca ilgili sigortalı veya hak sahibine ödenir. 18 yaşını doldurmamış çocuklar hariç olmak üzere, refakatçilere yol gideri ve gündelik ödenebilmesi için, hekim veya diğ. hekiminin, tıbben refakatçi kalınmasına lüzum görme şartı aranır.(Yönetmelik m. 31).

Yol ve gündelik gideri ödenebilmesi için;

Sevkin, Sağlık Uygulama Tebliği ekinde örneğine yer verilen hasta sevk formundaki (Yönetmelik Eki, EK-4/A) istenilen bilgi ve onayların yer aldığı belgenin tanzim edilmiş olması,

Sevkin yapıldığı gün dahil olmak üzere 3 (üç) işgünü içinde sevk edilen sağlık hizmeti sunucuna sevki yapılan sigortalı ya da hak sahibi tarafından müracaat edilmiş olunması,

Bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçiye ilişkin yol ve gündelik giderinin ödenebilmesi için sevki düzenleyen sağlık hizmeti sunucusunca refakatin tıbben gerekli olduğunun (18 yaşını doldurmamış çocuklar için bu şart aranmamaktadır.) sevk ile müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca refakatçi eşliğinde gelindiğinin veya kaldığının hasta sevk formunda belirtilmiş olması, gerekmektedir (SUT, m. 5.2.).

Ayrıca refakatçi giderlerinin ödenebilmesi için sevk ile müracaat edilen sağlık hizmet sunucusunca düzenlenen refakatçi kalındığına dair belgenin Sosyal Güvenlik Kurumu'na ibraz edilmesi de şarttır. Yatarak tedavilerde ise tedavinin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılması koşuluyla refakatçi yatak ve yemek gideri, sözleşmeli

⁸⁸⁰ OKUR, Reform, s.149.

sağlık hizmet sunucusu tarafından faturalandırılır. Bu tür durumlar için şahsa ayrıca ödeme yapılmamaktadır (Yönetmelik m. 31/4).

1. Yol Gideri

Yol giderlerinin ödenmesinde, sevklerin teşhis ve tedavinin sağlanabildiği en yakın sağlık hizmeti sunucusuna yapılması esas alınmaktadır. Bu nedenle müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunca; tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla yapılan sevklerle ilişkin yol gideri, sevk edilen yerleşim yeri esas alınarak ödenmektedir.

Genel sağlık sigortalısı ya da hak sahiplerinin en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu mesafeden daha uzak bir yerleşim yerindeki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilmesi halinde yol gideri tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesi dikkate alınarak ödenir.

Ancak, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılan sevkler, organ, doku ve kök hücre nakli tedavisi veya kontrolü için yapılan sevkler, kanser tedavisi veya kontrolü için yapılan sevkler, uzuv replantasyonu amacı ile yapılan sevkler ve acil haller⁸⁸¹ nedeniyle yapılan sevklerde sevk edilen yer üzerinden yol gideri karşılanır.

Sevk formlarında, sevk vasıtasının belirtilmediği hallerde yol gideri olarak, mutat taşıt ücreti ödenir. Mutat taşıt giderleri fatura veya bilet tutarını aşmamak kaydıyla Ulaştırma Bakanlığı tarafından onaylanan en düşük fiyat tarifesi esas alınarak karşılanmaktadır. Fatura veya bilet ibraz edilememesi halinde en düşük fiyat tarifesi esas alınarak ödeme yapılır. Eğer sevki yapılan kişiler sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna gidiş ve dönüşlerinde özel araçlarını kullanırlarsa bu durumda da mutat taşıt ücreti üzerinden ödeme gerçekleştirilir⁸⁸².

Genel sağlık sigortalısı veya bakımla yükümlü bulunduğu kişiler, kendilerine bir vasıta tahsis edilmesi suretiyle başka bir yere gönderilmiş iseler eşlik eden refakatçiye ayrıca yol gideri ödenmez.

⁸⁸¹ Acil hal; Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu kapsamda sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir

⁸⁸² Erden ÇAKAR/Murat ÖZDAMAR, "Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sigortalılara Yol Gideri, Günlük Ve Refakatçi Gideri Ödenmesi İle Sigortalılardan İlave Ücret Alınması" **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı: 103, (Ocak-Şubat 2011), s. 268.

Yerleşim yeri dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen ancak yapılan tedavilere rağmen vefat eden kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler, sevk düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu yerleşim yeri mesafesini aşmamak kaydıyla nakil yapılan yerleşim yeri esas alınarak ilgili belediye tarafından onaylanan ücret üzerinden, fatura tutarını da aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır. Sevk yapılmaksızın müracaat edilen sağlık hizmeti sunucularında vefat eden genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü tutulduğu kişilerin cenaze nakline ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz (SUT, m. 5.2.1).

2. Mutat Taşıt Dışı Araç İle Nakillerde Yol Gideri Ödenmesi

Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin mutat taşıtların dışında sayılan araçlarla nakledilmesine ilişkin gidiş- dönüş yol giderlerinin ödenebilmesi için, hastalığın ne olduğunun, mutat taşıt aracı ile seyahat edememe gerekçesinin ve taşıt tipinin belirtildiği sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi ve düzenlenen bu raporun da Sosyal Güvenlik Kurumunca kabul edilmesi gerekmektedir. Dönüşe bağlı yol gideri ödemeleri için tedavinin yapıldığı sağlık sunucusu tarafından sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir⁸⁸³. Sağlık kurulu raporlarının elektronik ortamda alınmaya başlanması durumunda ayrıca basılı olarak istenilip istenilmeyeceği, onay süreci ve diğer gönderilme usulleri Kurumca belirlenecektir (SUT, 5.2.1.A-1).

Ancak kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb. nitelikte rahatsızlığı olup belirli bir program dahilinde tedavisi devam eden genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin mutat taşıt dışı araçlarla nakillerine ilişkin gidiş-dönüş yol giderinin ödenmesinde, her seferinde sağlık kurulu raporu aranmaz. Ödeme işlemleri, ilk önce düzenlenen sağlık kurulu raporlarına istinaden yürütülür, ancak mutat taşıt dışı araç ile nakile ilişkin düzenlenen sağlık kurulu raporlarının geçerliliği 3 (üç) ay ile sınırlandırılmıştır.

Acil hallere bağlı olarak sağlık kurulu raporu düzenlenmeksizin sevk edilen genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kara ambulansı ve hasta nakil aracı da dahil olmak üzere mutat taşıt dışı araç ile nakline ilişkin yol gideri, acil hal nedeniyle naklin gerektiğinin tıbbi gerekçeleriyle birlikte ilgili hekim tarafından imzalanmış belge ile belgelenmesi ve Sosyal Güvenlik Kurumunca kabul edilmesi şartıyla ödenir. Mutat taşıt dışı araçlar (tarifeli uçak, taksi v.b.) ile nakile ilişkin yol gideri ödemelerinde bilet veya faturanın ibraz edilmesi şarttır. Bilet veya fatura ibraz edilememesi halinde söz konusu yol gideri mutat

⁸⁸³ ÇAKAR /ÖZDAMAR, İlave Ücret Alınması, s.269.

taşıt bedeli üzerinden ödenir. Ticari taksi için ödenecek ücret, fatura bedelini aşmamak üzere ilgili yerleşim yerleri arası için geçerli mutlak taşıt ücreti bedelinin 5 (beş) katı üzerinden ödenir.

Kara ambulansı ve hasta nakil aracı ücreti, 7 Aralık 2006 tarihli ve 26369 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”nin 28. maddesinde belirlenen fiyatlar esas alınarak ödenir. Ancak özel kara ambulans firmalarının, Sağlık Bakanlığı onayı ile yürürlüğe giren Ambulans Ücret Tarifesi ücretinden daha düşük fatura etmeleri halinde fatura bedeli üzerinden ödeme yapılır.

Hava ambulans ücretleri ise sadece uzuv replantasyonu gerektiren acil sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre nakli tedavileri kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödenir. Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin organ veya doku naklinin yapılacağı sağlık sunucularına hava ambulansı dışındaki özel hava taşıtı ile getirilmesi halinde gidiş-dönüş yol giderleri hava ambulansı için belirlenen tutarlar esas alınarak ödenir. Hava ambulansı ve hava ambulansı dışında sayılan özel hava taşıtı bedelinin ödenebilmesi için fatura ekinde taşıtın ambulans görevi maksadıyla ilk kule teması “ambulans görevi” ifadesi ile temas kurulmuş olması, hava aracının uçuş ve teknik kayıtlarının (motor çalıştırma motor susturma arasındaki geçen zaman dilimi) ibraz edilmesi gerekmektedir.

Ruhsatlandırılmış hava ve deniz ambulansları için aşağıda belirtilen ücretler üzerinden ödeme yapılmaktadır. Belirtilen ücretler azami ücretler olup ücretlere tıbbi müdahale bakım ücretleri dahildir (SUT, m. 5.2.1.A-6).

Uçak ambulans ücretleri;

—Turbo prob motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.000,00 TL + KDV.

—Jet motorlu ambulans uçağı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 3.500,00 TL + KDV, yurt dışı uçuşlar için 4.000,00 TL.

Helikopter ambulans ücretleri;

—Tek motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 1.500,00 TL + KDV. (60/I,c-1 bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı olarak)

—Çift motorlu ambulans helikopter için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle uçuş saati başına 2.750,00 TL + KDV.

Deniz ambulans ücretleri;

—Deniz ambulansı için gidiş dönüş hesap edilmek suretiyle seyir saati başına 1.500,00 TL + KDV.

3. Gündelik Ücreti Ödenmesi

Kişilerin, belediye/büyükşehir belediye mücavir alanı dışındaki sağlık hizmeti sunucusuna sevklerinde de hasta ve refakatçisine gündelik ücret ödenmektedir. İlgililere sevk edildikleri sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi itibarıyla ayakta tedavi gördüğü günler için gündelik ödenir. Ancak ayaktan tedavi sonrasında istirahat raporu verilmiş ise müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihler arasında istirahatlı olunan süreler için gündelik ödenmez.

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 (beş) günü geçmemek üzere gündelik ödenir. Yatarak tedavilerde, hasta ile refakatçinin yemek ve yatak giderleri Kurumca karşılandığından ayrıca gündelik ödenmez. Sevk edilen sağlık hizmeti sunucusuna müracaat tarihi ile tedavinin sona erdiği tarihin aynı gün olması halinde gündelik ödenmez. Yatarak tedavilerde hasta ve refakatçisine yalnızca gidiş ve dönüş tarihi için gündelik ödenecek olup, yatarak tedavi gördüğü diğer günlerde ayrıca gündelik alamaz. Hasta ve refakatçisinin yemek ve yatak giderleri Kurum tarafından ayrıca karşılanır.

Gündelikler; il içindeki sevklerde (ilçe-il merkezi arası) 100, iller arası sevklerde ise 200 gösterge rakamının devlet memurları aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden ödenmektedir⁸⁸⁴ (SUT, m. 5.2.2).

Genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesiyle birlikte daha önce sigortalılara yapılan sağlık yardımları arasındaki farklılıklar bir taraftan giderilirken diğer taraftan da sunumu sağlanan sağlık hizmetlerinin yardımcı niteliğindeki yol gideri, gündelik ve

⁸⁸⁴ 2012 yılı ilk 6 ay için il dahilindeki sevklerde (100*0.066187=6,62) 6,62 TL gündelik ücreti ödenmektedir. İller arası sevklerde ise ödenen gündelik ücreti (200*0.066187=13,24) 13,24 TL olarak ödenmektedir.

refakatçi giderlerinin genel sağlık sigortalılarına ve refakatçilerine ödenmesinde norm ve standart birliği sağlandığını söyleyebiliriz⁸⁸⁵.

§ 16. KATILIM PAYI VE İLAVE ÜCRET ALINMASI

I. KATILIM PAYI ALINMASI

5510 sayılı Kanuna göre, katılım payı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutardır⁸⁸⁶(5510, m.3/25). Sağlık hizmetleri için 72 ve 73. maddelere göre ödenen sağlık hizmeti bedelleri dışında ayrıca katılım payı düzenlenmiştir. Katılım payı Kanununun 68 ve 69. maddeleri, Yönetmeliğin 33. maddesi ve SUT'un 3.2. maddesinde düzenlenmiş, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3 ve 3.2.4. maddelerinde de detaylandırılmıştır.

Kanununun 68. maddesi ikinci fıkrası hükmüne göre; “Katılım payı, “ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi” hizmetleri için 2 Türk Lirası olarak uygulanır. 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 belirlenir⁸⁸⁷. Ayrıca Kurum, “ayakta tedavide sağlanan ilaç hizmetleri”nde, aile hekimlerince yazılan reçeteler dâhil olmak üzere reçetede yer alan üç kaleme/üç kutuya kadar ilaç/ilaçlar için 3 Türk Lirası, ilave her bir kalem/kutu ilaç için 1 Türk Lirası olmak üzere katılım payı uygulamaya yetkilidir⁸⁸⁸. Katılım payına ilişkin kutu hesabında enjekteable formlar, serum ve beslenme ürünleri ile Kurum tarafından belirlenecek ilaçlar dikkate alınmaz. Kurum, “ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi” hizmetleri için belirlediği katılım payını; birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye veya

⁸⁸⁵ ÇAKAR /ÖZDAMAR, İlave Ücret Alınması, s.273.

⁸⁸⁶ Ayrıntılı bilgi için Bkz, Saim OCAK, “Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması”, **Sicil Dergisi**, Sayı:16, (Aralık-2009). s.181-201

⁸⁸⁷ Katılım payının herkes için aynı oran ve tutarlarda olması eleştirilmektedir. Ocak, katılım payının sabit olmasının eşit durumda olmayan kişiler arasında adaletsizliğe yol açtığını farklı bir yol izlenerek daha adil bir yöntemin getirilebileceğini belirtmektedir, Bkz, Ocak, Katılım Payı, s.197

⁸⁸⁸ Ayakta tedavide sağlanan ilaç hizmetleri için daha önce hiçbir sınırlama bulunmamaktaydı. 17 Ocak 2012 tarih 6270 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’la 5510 sayılı Kanununun 68. maddesinin ikinci fıkrası değiştirilmiş ve 26 Ocak 2012 tarihinden geçerli olmak üzere gereksiz ilaç kullanımını önleme adına finansmanı sunulan sağlık hizmetlerinden ayakta tedavide sağlanan ilaç hizmetleri için bir kısıntıya gidilmiştir. Bu düzenlemede artan ilaç giderlerinin finansmanı zorlamasının etkisinin olduğu düşünülmektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz, Erden ÇAKAR, “Sağlık Hizmetlerine Katılım Payı Miktarı Değişti” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:227, (Nisan 2012). s.244-245.

tekrar , “ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi” için belirlenen tutara getirmeye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunun yer aldığı basamak, sağlık hizmeti sunucusunun resmi ve özel sağlık hizmeti sunucusu niteliğinde olup olmaması, önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı gibi hususları göz önünde bulundurarak on katına kadar artırmaya ve sağlık hizmeti sunucuları için farklı belirlemeye yetkilidir⁸⁸⁹. 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 fıkrada belirtilen 1 Türk Lirası, 2 Türk Lirası ve 3 Türk Lirasını, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerleme oranına kadar her yıl artırmaya yetkilidir.

1. Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekim Muayenesinde Katılım Payı Alınması

Sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekim 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 (SUT, m. 3.2.1.(1)).

Kurum, ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payını; birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye veya belirlenen tutara getirmeye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı dikkate alınmak suretiyle yarısına kadar indirmeye veya on⁸⁹⁰ katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu tutarları kanunî tutarlarına getirmeye veya indirmeye yetkilidir (GSSİY Yön, m.33/2). Katılım payına ilişkin düzenlemeler sözleşmeli ülke sigortalıları için de geçerlidir (GSSİY Yön, m.33/3).

Katılım payının tahsilinde farklı bir yöntemle gidilmiştir.

İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 5 (beş) TL öngörülen katılım payının;

⁸⁸⁹ Kurum, Kanun tarafından kendisine verilen yetki doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmet sunucularında ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi için 2 TL olarak belirlenen katılım payını 8 Mart 2012 tarihinden geçerli olmak üzere kaldırmıştır. Ancak yerine 3 TL ilaç katılım payı getirilmiştir. Bkz, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ (Resmi Gazete, 29.02.2012, 28219)

⁸⁹⁰ Daha önce beş katına kadar artırma yetkisi bulunmakla birlikte 6082 sayılı Kanun değişikliğiyle beş katı ibaresi on katı olarak değiştirilmiştir.

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;

Kurumdan 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. Diğer kişiler için “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan katılım payı eczanelerce kişilerden, tahsil edilir (SUT, m.3.2.1 (2) (3)).

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 (SUT, m.3.2.1 (6)).

Sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarındaki muayenelerde 3 (üç) TL indirim yapılır. Bu durumda gelir ve aylık almayan kişilerin resmi sağlık hizmeti sunucularındaki muayenelerine ilişkin uygulanan 5 (beş) TL tutarındaki katılım payı ile özel ve resmi sağlık hizmet sunucularındaki yeşil alan muayenesi sonucunda oluşan katılım payı, reçete ile eczaneye ilk müracaatında eczanelerce kişilerden tahsil edilir (SUT, m.3.2.1.(5)). Bu düzenleme gereksiz sağlık kullanımını önleme amacıyla getirilmiş olsa da düşük gelirliler açısından sağlığa erişimi kısıtlama adına isabetli olmamıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/05/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca kendilerine geri ödenir (SUT, m.3.2.(4)).

2. Vücut Dışı Protez ve Ortez İçin Katılım Payı Alınması

Vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için % 10, diğer kişiler için % 20 oranında katılım payı alınır⁸⁹¹. Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin yüzde 75'ini geçemez. Yüzde 75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir. Kanununun 63. maddesi dördüncü fıkrasında, vücut dışı protez ve ortez için alınacak katılım payının üst sınırı olarak asgari ücretin esas alınacağı belirtilmekle birlikte esas alınacak miktarın net asgari ücret mi yoksa brüt asgari ücret mi olacağına açıklık getirilmemiştir. Buna karşın kanun metninden brüt asgari ücretin anlaşılması gerekmektedir⁸⁹². SUT'taki düzenlemede brüt asgari ücretin dikkate alınacağı belirtilmiştir.

3. Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı Alınması

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ilaç bedelinin Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için % 10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Ayrıca her bir reçete için; 3 (üç) kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 (üç) TL, 3 (üç) kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1(bir) TL, olmak üzere katılım payı alınır. Formlar ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1(bir) kutu olarak değerlendirilir. Ancak sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla SUT eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi 893" de yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlardan katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.2, GSSİY Yön, m.35).

4. Yatan Hasta Tedavilerinde Katılım Payı

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapıncaya kadar uygulanan tedavi yatan hasta tedavileri⁸⁹⁴ olarak isimlendirilmektedir (SUT, m.4.1.2.A). 5510 sayılı Kanununun 2. fıkrasında "*...Birinci fıkranın (d) bendinde belirtilen sağlık hizmetleri bedelinin yüzde birine kadar katılım payı alınabilir. Yüzde birine kadar tespit edilen katılım payını almamaya, yarısına kadar indirmeye veya bir katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu*

⁸⁹¹ Vücut dışı ortez ve protezler ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için aktif sigortalılardan %10, pasif sigortalılardan %20 oranında katılım payı alınmakta iken 6283 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanununun 2. maddesi ile 5510 sayılı Kanununun 68. maddesinin ikinci fıkrasında yapılan değişiklikle, ortez ve protezler ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payını % 1'e kadar indirmeye, Kurumun teklifi üzerine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı yetkili kılınmıştır.

⁸⁹² GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.766.

⁸⁹³ SUT ekinde EK-2 adıyla tasnif edilmiştir.

⁸⁹⁴ SUT, yatarak tedavi yerine yatan hasta tedavisi kavramını benimsemiştir.

tutarları kanuni tutarlarına getirmeye veya indirmeye Kurum yetkilidir” hükmüne yer verilmiştir. Bunun anlamı daha önceki dönemde sağlık hizmetlerinin sunumu için ön görülmeyen yeni bir uygulamaya geçilebileceğidir.

Madde metnine göre, yatarak tedavilerde de sağlık hizmet bedelinin % 1'ine kadar katılım payı alınabilecektir. Katılım payı miktarını almamaya, belirlenen oranın yarısı tutarında veya bir katı tutarında almaya Kurum yetkili kılınmıştır. Ancak yatarak tedavilerde sağlık hizmet bedeli üzerinden alınabilecek katılım payı tutarı bir takvim yılı içinde asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavide asgari ücret tutarının dörtte birini geçemez (5510, m. 63/IV). Bu şekilde yeni bir düzenlemeye yer verilmesinin sebebinin; aktüeryal dengelerin gözetilerek, sürdürülebilir bir sağlık sistemi hedeflenmesine bağlı olarak sonraki süreçte finans sıkıntısına girilmesi halinde devreye sokulmak öngörüsüyle yapıldığı anlaşılmaktadır. Zira Sosyal Güvenlik Kurumu hali hazırda yatarak tedavilere bağlı sağlık hizmet bedelleri için katılım payı almamaktadır.

5. Yardımcı Üreme Yöntemi Tedavilerinde Katılım Payı Alınması

Daha önceki uygulamalarda finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri arasında sayılmayan yardımcı üreme yöntemleri ile çocuk sahibi olma yöntemi de 5510 sayılı Kanun ile birlikte finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri arasına alınmıştır. Burada çocuk sahibi olmak istediği halde doğal yöntemler ile veya normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamayanlara tedavi masraflarının ilk denemede % 30'nu ikinci denemede ise % 25'ini karşılamaları şartıyla yardımcı üreme yöntemleriyle çocuk sahibi olma imkanı getirilmiştir.

Ortez ve protezlerde katılım payı % 10-20 iken burada katılım payının ilk denemede % 30, ikinci denemede ise % 25 olarak esas alınması, ayrıca katılım payı alınmasında bir üst limit belirlenmemesinin oldukça ağır bir düzenleme olduğu akademisyenlerce dile getirilmektedir⁸⁹⁵. Diğer bir anlatımla ortez ve protezler için alınacak katılım paylarında asgari ücretin % 75'i üst sınır olarak belirlendiği halde, yine yatarak tedavilerde bir takvim yılı içinde asgari ücret üst sınırı belirlendiği halde, yardımcı üreme yöntemlerinde alınacak katılım payı için her hangi bir üst sınır belirlenmemiştir. Bu anlamda bu sağlık hizmetinden yararlananların tedavi bedellerinin ilk denemede % 30'nun ikinci denemede % 25'inin tamamını ödemeleri gerekmektedir.

⁸⁹⁵ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, (12. B.) s.748.

6. Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler

Katılım alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler 5510 sayılı Kanununun 69. maddesinde düzenlenmiştir. Bu bağlamda konu katılım payı alınmayacak haller ve sağlık hizmetleri ile katılım payı alınmayacak kişiler olarak iki başlık halinde incelenecektir.

a) Katılım Payı Alınmayacak Haller ve Sağlık Hizmetleri

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 katılım payı alınmaz⁸⁹⁶ (SUT, m.3.2.5 (1)).

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 katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (2)).

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 katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (3)).

Sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığını, veya sigortalının, isteğe bağlı sigortalının veya bunların hak sahiplerinin malûllük, iş göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıklarının mevcut olup olmadığını, tespit amacıyla yapılan kontrol muayenelerinden, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (4)).

Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-8 Listesinde yer alan 520.021 kodlu “Yeşil Alan Muayenesi”⁸⁹⁷ 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 muayeneleri ile ile Sağlık Bakanlığı

⁸⁹⁶ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.767.

⁸⁹⁷ Acil servislere müracaat eden ve muayeneleri sonucunda acil olmadığı tespit edilen kişilerin tedavileri Yeşil alan olarak adlandırılmaktadır.

tarafından basamaklandırılmayan⁸⁹⁸ sağlık sunucuları tarafından sunulan sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (5)).

Genel sağlık sigortalısı ya da 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 katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (6)).

Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Kurumca belirlenen SUT Eki “Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi”nde (EK-9/C) yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili branştaki ayaktan muayenelerinde, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, alınmaz. Ancak; aynı muayenede Kurumca belirlenen katılım payı alınmayacak kronik hastalıklar listesinde yer almayan başka bir tanının da tespit edilmesi ve/veya bu tanıya yönelik tedavinin düzenlenmesi halinde ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, alınır (SUT, m.3.2.5 (7)).

Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla SUT eki Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesinde yer alan ilaçlardan, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (8)).

Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT eki Diş Tedavileri Puan Listesinde⁸⁹⁹ yer almayan tıbbi malzemelerden ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (9)).

Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin 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 katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (10)).

⁸⁹⁸ Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılmayan sağlık hizmet sunucuları, Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığında ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, Refik Saydam Hifzıssıhha Laboratuvarları, Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlardır.

⁸⁹⁹ SUT eki Diş Tedavileri Puan Listesi EK-7’de yer alan ağız protezleri 404.010, 404.020, 404.030, 404.040, 404.050, 404.170, 404.180, 404.181, 404.190, 404.200, 404.201, 404.210, 404.220, 404.230, 404.360, 404.370, 404.380, 404.390, 404.400, 404.410, 404.420 kod numarasında sayılmıştır.

b) Katılım Payı Ödemekten Muaf Tutulan Kişiler

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 katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (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 katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (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 katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (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 katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (14)).

Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (15)).

Vazife malûllerinden ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (16)).

Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (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 hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (18)).

Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silâhlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylardan ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ve ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri katılım payı alınmaz (SUT, m.3.2.5 (19)).

19/5/2011, 23/10/2011 ve 9/11/2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereç bedelleri için katılım payları alınmaz (SUT, m.3.2.5 (20)).

II. İLAVE ÜCRET

1. İlave Ücret

Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alabilir. EK-7, EK-8 ve EK-9 listelerinde yer alan işlemlerde kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçlar ile EK-10/B Listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınmaz. İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınca Kurumdan talep edilemez (SUT, m.3.3.1.(1)).

Ayrıca, Kurumla sözleşmeli eczaneler eşdeğer ilaçların azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ücretini, Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseseleri de kişinin talep ettiği gözlük cam ve çerçevenin bedeli ile Kurumca ödenen gözlük cam ve çerçeve bedeli arasında oluşacak fark ücretini kişilerden talep edebilir. Bu şekilde alınan ücretler ilave ücret olarak değerlendirilmez (SUT, m.3.3.1.(2)).

Sağlık hizmeti sunucularınca, Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler, ilave ücret olarak değerlendirilmez (SUT, m. 3.3.1).

Sağlık hizmet sunucuları tarafından genel sağlık sigortalısı ya da hak sahibinden Kanuna aykırı şekilde ilave ücret alındığının SGK tarafından tespiti halinde sağlık hizmet sunucularına, cirolarına bağlı olarak farklı miktarlarda ceza uygulanmaktadır. İlave ücret alınan her bir hasta için, ceza uygulanacak tarihten önceki bir yıllık fatura ortalaması;

- 100.000 TL'ye kadar olan sağlık hizmet sunucularına 1.000 TL,
- 100.000 TL ila 500.000 TL arasında olan sağlık hizmet sunucularına 2.000 TL,
- 500.000 TL ila 1.000.000 TL arasında olan sağlık hizmet sunucularına 4.000 TL,
- 1.000.000 TL ve üzeri olan sağlık hizmet sunucularına 6.000 TL, tutarından az olmamak üzere, her bir kişi için ilave ücret bedelinin beş katını tutarında cezai şart uygulanır. Ancak Kanuna aykırı olarak alınan ilave ücretin ilgisine iadesi durumunda ceza yarıya indirilir⁹⁰⁰.

2. İlave Ücret Alınmayacak Kişiler

1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişilerden, 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden ve Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden resmi sağlık, kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluyla otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere ilave ücret alınmaz (SUT, m. 3.3.2). Belirtilmeliyiz ki; otelcilik hizmetleri⁹⁰¹ (ve istisnai sağlık hizmetleri) hariç olmak üzere ilave ücret alınmaması, yukarıda sayılan kişilerin resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluna bağlıdır. Sevk olmaksızın yapılacak tedavilerde ise ilave ücret alınabilir.

3. İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri

İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri SUT'un 3.3.3. maddesinde 9 (dokuz) olarak belirlenmiştir. Bunlar;

⁹⁰⁰ Ekrem TAŞBAŞI, "Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada İlave Ücret Uygulaması", **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:231, (Mart 2012), s.210.

⁹⁰¹ 21.01.2012 tarihli ve 28180 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ değişikliği ile 3.3.2. numaralı maddesinin birinci fıkrasının son cümlesine "otelcilik hizmetleri" ibaresinden sonra gelmek üzere "ve istisnai sağlık hizmetleri" ibaresi eklenmiş 3.3.2. son hali otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret alınması olmuştur.

Acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri⁹⁰²,

Yoğun bakım hizmetleri,

Yanık tedavisi hizmetleri,

Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),

Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,

Organ, doku ve kök hücre nakilleri,

Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,

Diyaliz tedavileri,

Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,

Yukarıda sayılan işlemlerden acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetlerinde hiçbir Şekilde ilave ücret alınmaz⁹⁰³. Diğer belirtilen sağlık hizmetleri için ise sadece ğretim yesi tarafından ayakta yapılacak tedaviler için ilave ücret alınabilir. Diğer bir anlatımla ğretim yesi tarafından ayakta yapılacak tedaviler dışında otelcilik hizmetleri de dahil hiçbir Şekilde söz konusu sağlık hizmetleri içinde ilave ücret alınmaz. Ancak acil hallerde hiçbir Şekilde ilave ücret alınmaz⁹⁰⁴.

4. Otelcilik Hizmetlerinden İlave cret Alınması

Sözleşmeli sağlık kurumları, tek yataklı, banyolu, tv ve telefonu bulunan tek yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-8 listesinde 510.010 kod ile yer alan ‘‘Standart Yatak Tarifesi’’ işlem puanı olan 50,59’ un, katsayı⁹⁰⁵ ile çarpımı sonucu bulunacak 30,00 TL’nin üç katını geçmemek üzere yani 90,00 TL’ye kadar kişilerden ilave ücret alabilir. İki yataklı odalar için alınabilecek ilave ücretin üst sınırı tek yataklı odalar için alınabilecek ilave ücretin yarısı kadardır. Gnbirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki Ek-8 Listesinde 510.120 kod ile yer alan ‘‘Gündüz yatak tarifesi’’ işlem bedeli olan 10,12’nin katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak 6,00

⁹⁰² Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-8 Listesinde yer alan 520.021 kodlu ‘‘Yeşil alan muayenesi’’ adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere

⁹⁰³ TUNCAY/EKMEKI, Sosyal Güvenlik Hukukunun Esaslar, s.409.

⁹⁰⁴ TAŞBAŞI, s.209.

⁹⁰⁵ Katsayı, SUT’un 4.2/16.maddesinde , 0,593 olarak belirlenmiştir.

TL'nin üç katına diğer bir hesaplama ile 18,00 TL'ye kadar ilave ücret alınabilir. Otelcilik hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na fatura edilmesi mümkün değildir.

Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve SUT'un 3.3.5.1.⁹⁰⁶ numaralı maddesinde yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden SUT eki listelerde yer alan işlem bedellerinin üç katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir.

III. SİGORTALI VE İŞVEREN TARAFINDAN ÖDENEN TEDAVİ

GİDERLERİNİN GERİ ALINMASI

1. Yurt Dışında Yapılan Tedavi Giderlerinin Geri Alınması

Genel sağlık sigortası kapsamında, genel sağlık sigortalısına ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin yurt içinde sağlık hizmet sunucularından sağlanması esastır. Buna karşın bazı durumlarda sağlık hizmetlerinin yurt dışında sağlanması da söz konusu olabilmektedir.

SUT'un 1.2.(1)a bendinde sayılan sigortalılardan⁹⁰⁷ işverenleri tarafından, SUT'un 1.2(1)c bendinde sayılan sigortalılardan⁹⁰⁸ özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak;

a) Geçici görevle yurt dışına gönderilenlere sadece acil hallerde,

b) Sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere, acil hal olup olmadığına bakılmaksızın,

sağlanan sağlık hizmetleri bedelleri, yurtiçinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı aşmamak kaydıyla Kurumca karşılanır (SUT, m.4.4.1).

⁹⁰⁶ İlave ücret alınabilecek istisnai sağlık hizmetleri, a) Robotik cerrahi yöntemi ile yapılan işlemler (P618.690, P621.410, P619.490, P618.680, P618.840, P618.550, P618.560, P601.930, P601.940, P602.410, 605.070, P604.710, P604.690, P605.000, P604.940, P604.990, P604.930 kodlu işlemler hariç olmak üzere), Prostata Lazer Tedavisi veya Plazmakinetik Tedavisi (kanama diyatezi ve kalp yetmezliği olan hastalar hariç), Suda doğum, Epidural anestezi ile doğum, Penil Protez implantasyonu (çok parçalı), Katarakta fakoemülsifikasyon + multifokal İOL uygulaması, Diş protez işlemleri (Sadece 404.201,404.360, 404.400, 404.410, 404.420 kodlu işlemler), Robotik rehabilitasyon sistemi uygulamaları, Kapsül endoskopi olarak belirlenmiştir. (SUT. m.3.3.5.1)

⁹⁰⁷ 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası a bendi kapsamında sayılanlar (işçiler)

⁹⁰⁸ 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası c bendi kapsamında sayılanlar (kamu çalışanları)

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında tedavi ettirilmesi hallerini üç ana başlık halinde sınıflandırmak mümkündür. Bu durumlardan ilki, 5510 sayılı Kanununun 4/I-a (hizmet akdine tabi çalışanlar) ve 4/I-c (devlet memurları) kapsamında olan sigortalılardan, işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usule uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak geçici görevle yurt dışına gönderilenlere, acil hallerde sağlık hizmetinin yurt dışında sağlanmasıdır (m. 66/I-a). Belirtilmelidir ki, geçici görevle yurt dışına gidenlerin birlikte yaşadığı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler yurt dışında tedavi hizmetinden faydalanamazlar⁹⁰⁹.

İkinci durum ise 4/a veya 4/c kapsamındaki genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usule uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile ilgilidir. Sürekli görevle yurt dışına gönderilen bu sigortalılara ve bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmetleri yurt dışında sunulur. Yurt dışı görevlendirmesinin sürekli görevlendirme sayılması için sigortalıların kesintisiz altı aydan daha fazla süreyle görevlendirilmesi gerekmektedir⁹¹⁰.

Bahse konu iki durum dışında birde genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt içinde tedavilerinin yapılamadığının sağlık raporu ile belgelenmesi ve sevk edilmesi koşuluyla sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanmaktadır. Bu üç durum dışında, yurt dışında sağlık hizmetlerine ilişkin giderler bulunan ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olmaması halinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmemektedir.

Dikkat edilecek olursa, yurt dışına geçici görevle gönderilen genel sağlık sigortalılarına sadece acil hallerde ve kendi rahatsızlıkları için tedavi olanağı sağlanırken, sürekli görevle yurt dışına gönderilen genel sağlık sigortalılarına ve bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere gerekli tüm sağlık yardımları yapılmaktadır. Ancak, belirtilen hallerde yurt dışında sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacak bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri saklı kalmak kaydıyla bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından denir⁹¹¹.

⁹⁰⁹ TUNCAY/EKMEKÇİ, Sosyal Güvenlik Hukukunun Esaslar, s. 391.

⁹¹⁰ TUNCAY/EKMEKÇİ, Sosyal Güvenlik Hukukunun Esaslar, s. 392.

⁹¹¹ GÜZEL/OKUR/CANİKLİĞLU, s.752.

Yurt içinde tedavileri yapılamayan genel sağlık sigortalıları ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavilerinin, yurt dışında yapılabilmesi için bu durumun sağlık kurulu raporuyla belgelenmesi gerekmektedir. 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./4.4.3.A-1).

Yukarıda belirtilen şekilde düzenlenecek sağlık kurulu raporları sigortalının kendisi veya bir yakını tarafından Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine teyit ettirildikten sonra Sağlık Bakanlığına onaylatılmalıdır. Sağlık raporunun teyit ettirilmesi ve onaylatılması işlemlerinin Kurum tarafından yapılması isteniyor ise bu sefer sigortalılar sağlık kurulu raporunu ve varsa eklerini ikamet ettikleri yerdeki Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne ve/veya bu konuda yetkilendirilen Sosyal Güvenlik Merkezine dilekçe ekinde vermelidir. Sağlık kurulu raporunun teyidi ve onaylanması işlemleri tamamlandıktan sonra, Dışişleri Bakanlığı nezdinde gerçekleştirilecek işlemler Kurum tarafından yürütülür.

Yurt dışı tedavilerine ilişkin raporların Sağlık Bakanlığınca onaylanmasından itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gerekmektedir. Yine yurtdışı tedavi süresi hiçbir şekilde raporda belirtilen süreyi geçemez. Tıbbi nedenlerle yurt dışında tedavinin uzaması halinde, tıbbi gerekçeler misyon şeflikleri vasıtasıyla Kuruma gönderilir. Tedavi süresinin uzatılmasının uygun olup olmadığı konusunda Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yazılı görüşü alınarak altı ayı geçmeyen dönemler halinde en çok iki yıla kadar tedavi süresi uzatılabilir. Belirlenen ya da uzatılan sürenin aşılması halinde aşılan süreye ait tedavi giderleri ile gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez (SUT, m, /4.4.3.A-2).

Ayrıca yurt içinde sağlanamayan organ nakli işlemleri yurt dışında uzun bekleme sürelerini gerektirdiğinden, hastaların yurt dışındaki ilk tetkiklerinin tamamlanmasını müteakip uygun organ teminine kadar geçecek süredeki tetkik ve tedavileri yurt içinde yapılmaktadır. Uygun organ temini üzerine hasta, yeni bir sağlık kurulu raporuna ihtiyaç

duyulmadan nakil işlemleri için yurt dışına gönderilir. Ancak hastanın organ nakli sırasına alındığı tarihten itibaren bekleme süresinin beş yılı geçmesi halinde, yurt dışına gönderilmeye ilişkin sağlık kurulu raporunun yenilenmesi ve tekrardan teyit ettirilerek onaylanması gerekmektedir.

a) İşverenlere Geri Ödeme

Sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenler tarafından ödenir ve yurt dışında görevli olduğuna dair belge ile birlikte (belgede geçici veya sürekli görevlendirme yapıldığının belirtilmesi gerekmektedir) mahalli konsolosluktan tasdikli rapor ve sair belgelere (fatura vb.) dayanılarak Kurumdan talep edilir. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Tedavi giderinin Kurumun ödediği tutarları aşması halinde aşan kısım, işverenlerce karşılanır. Uluslararası sözleşme hükümleri saklıdır.

Yurt dışında sağlanan tedaviye ilişkin sağlık hizmeti bedellerinin SUT ve eki listelerde yer almaması halinde Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tutar üzerinden ödeme yapılır.

Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişilerin sağlık hizmetlerinin, Kurumca ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle sağlanması halinde sağlık hizmeti giderleri ödenmez.

Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yol gideri, gündelik, refakatçi ve cenaze giderleri ödenmez.

Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Geçici ya da sürekli görevle gönderilme dışında yurt dışında buldukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, buldukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması halinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması halinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi vb. giderler ödenmez.

b) Sigortalılara Geri Ödeme

Yurt dışında tedavi edilecek kişi, var ise yurt dışındaki sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilir ve sağlık hizmeti giderlerinin tümü

karşılır. Yurt dışında sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun olmaması hâlinde de sevk edilen sağlık hizmeti sunucusunda yapılan tedavilere ait giderlerin tamamı Kurumca ödenir. Ancak, kişinin tercihi doğrultusunda Kurumun yurt dışında sözleşmeli olduğu sağlık hizmeti sunucusuna gitmemesi hâlinde, sözleşmeli yere ödenebilecek tutarı geçmemek üzere Kurumca ödeme yapılır, arada fark oluşması hâlinde fark kişi tarafından karşılanır.

Genel sağlık sigortalısı ya da hak sahibi sayılan kişilerin Ülkemizle sosyal güvenlik sözleşmesi olan bir ülkeye gönderilmesi halinde; o ülke ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmesinde tedavi uygulaması öngörölmüş ve tedavi amacıyla gönderilen kişi sosyal güvenlik sözleşmesinin kapsamında bulunuyorsa, bunlar hakkında sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanır.

Yurt dışında yapılan tedavi bedelleri, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusu banka hesabına havale edilmesi veya kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır.

Kurumca, yurt dışında yapılacak tedaviler için oluşacak giderlere mahsuben talep edilmesi halinde, kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna avans ödenebilir. Avans ödemesi misyon şefliği aracılığıyla da yapılabilir.

Kurum, avans ödemeleri için, yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen belgelerin ve raporların misyon şeflikleri tarafından onaylanmasını isteyebilir.

Yurt dışına gönderilen hasta ile raporda öngörölmesi halinde bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisinin (18 yaşını doldurmamış kişiler için refakatçi öngörölme şartı aranmaz) yol gideri, ulaşım aracına ilişkin fatura/ bilet tutarı üzerinden Kurumca ödenir. Yurt dışı tetkik/ tedavi için düzenlenen sağlık kurulu raporunda hastanın yurt dışına tarifeli hava taşıtı dışındaki hava taşıtı ile (ambulans uçak, özel uçak vb.) naklinin gerektiğinin belirtilmesi halinde gidiş için söz konusu taşıt bedelleri fatura/ belge karşılığı ödenir. Yurt dışına gönderilen hastanın dönüşü için; tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusunca tarifeli hava taşıtı dışında bir hava taşıtı ile dönmesi gerektiğinin belgelendirilmesi halinde de taşıt bedelleri ulaşım aracına ilişkin fatura/ belge tutarı üzerinden ödenir.

Tedavi/ tetkik için yurtdışına gönderilen kişinin tedavi/ tetkik sırasında ölümü hâlinde, cenazesinin nakil gideri ile varsa refakatçisinin yurda dönüş yol giderleri de Kurumca karşılanır.

Yurt dışına gönderilen hasta ile raporda öngörülmesi halinde bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisine “gündelik”/ “yemek ve yatak gideri” ödemesi yapılabilir. Ödemeler;

Ayaktan tedavinin sağlandığı her gün için hasta ve refakatçinin her birine “gündelik”, yatarak tedavide ise yatarak tedavi süresi ile sınırlı olmak üzere sağlık hizmeti sunucusunda kalınmayan her gün için refakatçisine “yemek ve yatak gideri” ödenir. Ödemelerde, 6245 sayılı Harcırah Kanunu gereği Bakanlar Kurulunca belirlenen ilgili yıl “Yurtdışı Gündeliklerinin Hesaplanmasında Esas Alınacak Cetvel” in (VI) numaralı (Aylık/ kadro derecesi 5-15 olanlar) sütununda gönderilen ülke için belirlenen bedel esas alınır.

2. Yurt İçinde Yapılan Tedavi Giderlerinin Geri Alınması

Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılırken sonraki süreçte kanunun uygulanmasını kolaylaştırmak amacıyla 2005 yılında 5283 sayılı “Bazı Kamu Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” çıkarılmıştır. 5283 sayılı Kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle birlikte Kurumun⁹¹² sağlık hizmeti sunumu fonksiyonunu sona ermiştir. Dolayısıyla 2005 yılından itibaren Kurum, kapsamdaki kişilere yapılacak sağlık yardımlarını, kamu idaresi sağlık hizmet sunucularından ve/veya özel sektör sağlık hizmet sunucularından hizmet satın alınması yöntemiyle yerine getirmeye başlamıştır.

SGK bu amaçla sağlık hizmet sunucuları ile protokoller imzalanmakta ve protokollere uygun olarak sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılamaktadır. Buna karşın bazı durumlarda sağlık hizmet sunucusu ile imzalanmış bir protokol olmasa dahi yapılan sağlık masraflarının Sosyal Güvenlik Kurumu’nca (SGK) ilgililere ödenmesi söz konusu olabilmektedir.

5510 sayılı Kanuna göre sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır⁹¹³ (5510, m. 73).

⁹¹² 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu”nun 2006 yılında yürürlüğe girmesiyle ülkemizde sosyal güvenlik sistemini yürütmekle görevli T.C. Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur’un tüzel kişiliği sona ermiş ve bu üç kurum Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) altında tek çatıda birleştirilmiştir.

⁹¹³ ŞAKAR, Sosyal Sigortalar Uygulaması, s.389.

Kanunun 73. maddesinin ikinci ve üçüncü fıkrasına göre kamu idaresi sağlık hizmet sunucuları otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri dışında genel sağlık sigortalılarından ya da bakmakla yükümlü olunan kişilerden ilave ücret talep edemezler. Vakıf üniversiteleri dahil diğer sözleşmeli sağlık hizmet sunucuları ise Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, bu bedellerin bir katını geçmemek koşuluyla Bakanlar Kurulunca belirlenen tavan dahilinde Kurumca belirlenen oranda ilave ücret alabilirler. Esasında sosyal güvenlik reformunda özel sağlık hizmet kuruluşlarının sağlık hizmetleri için fark ücret almamaları, sağlık hizmet bedellerinin tamamının SGK'ca karşılanması öngörülmüş ise de sonradan yapılan düzenlemeler ile bundan vazgeçilerek fark ücret alınabilmesine olanak sağlanmıştır. Buna karşın alınacak fark ücretin miktarı piyasa koşullarına bırakılmamış ve fark ücretin tavanını belirleme yetkisi Bakanlar Kuruluna verilmiştir⁹¹⁴.

Hiç şüphesiz madde metninde de anlaşılacağı üzere fark ücret veya ilave ücret alınabilmesi için sağlık hizmet sunucularının SGK ile sözleşme yapmış olmaları gerekmektedir. Zira acil haller dışında SGK ile sözleşme imzalamamış olan sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmetleri için Kurumca her hangi bir ödeme yapılmamaktadır⁹¹⁵.

a) İşverenlere Geri Ödeme

İşveren, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlüdür. Bu amaçla işveren tarafından yapılan ve belgelere dayanan sağlık hizmeti giderleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutarı geçmemek üzere Kurum tarafından karşılanır. Ancak, iş kazası ile meslek hastalığı, işverenin kastı veya sigortalının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu olmuşsa, Kurumca yapılan veya yapılacak iş kazasına yönelik sağlık hizmetine ilişkin giderler ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri işverene tazmin ettirilir. Bir başka anlatımla her ne kadar işveren tarafından ödenen tedavi giderleri kurum tarafından işverene ödenmiş olsa da daha sonra işverenin kastı ya da kusuru söz konusu olursa kusur oranı doğrultusunda kurumca geri alınır.

⁹¹⁴ TUNCAY/EKMEKÇİ, Sosyal Güvenlik Hukukunun Esaslar, s. 407.

⁹¹⁵ Bkz, ŞAKAR, Sosyal Sigortalar Uygulaması, s.389.; TUNCAY/EKMEKÇİ, Sosyal Güvenlik Hukukunun Esaslar, s.407.

b) Sigortalılara Geri Ödeme

Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmet bedelleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmemektedir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli 5510 sayılı Kanunun 72. maddesi gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere fatura karşılığı geri ödenir. Sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde, sözleşmeli sağlık hizmetleri sunucuları ise Sosyal Güvenlik Kurumu'nun belirlediği sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan herhangi bir ilave ücret talep edemez (5510, m. 73/VII).

Kanun hükmüne göre, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusuna yapılan müracaatların bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için acil halin tespiti gerekmektedir. Bu bağlamda acil hal kavramına açıklama getirilmesinde yarar olacağını düşünmekteyiz. Zira acil hal denince yaygın olarak sadece sigortalının hayati tehlikede olması durumu anlaşılmaktadır⁹¹⁶.

2010 yılında revize edilen Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT)⁹¹⁷; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumların acil hal olarak değerlendirilmesi gerektiği hüküm altına alınmıştır (SUT, 3.1.3-2B1). Dolayısıyla sadece hayatı tehlikenin olduğu durumlar için değil yukarıda sıralanan diğer nedenlere bağlı olarak sağlanan sağlık hizmetleri de acil sağlık hizmeti olarak kabul edilmelidir⁹¹⁸.

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşuna yukarıda tanımlanan acil haller nedeniyle müracaatı sonucu oluşan sağlık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır. Sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşlarındaki yatarak tedavileri Kurumca karşılanan kişiler için, hekim veya dış hekimi tarafından düzenlenen refakatçi kalınması

⁹¹⁶ Erden ÇAKAR / Mustafa YILMAZ , “SGK İle Sözleşme İmzalamayan Hastanelerden Sağlık Hizmeti Alanlar, Sağlık Giderlerini SGK'dan Geri Alabilir Mi?”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:227, (Kasım 2011). s.173.

⁹¹⁷ R.G., 25.03.2010/27532.

⁹¹⁸ ÇAKAR/YILMAZ, s.173.

gerektiğinin tıbben lüzum görüldüğünü belirtir belgeye dayanılarak, refakatçinin yatak ve yemek giderleri de (bir kişi ile sınırlı olmak üzere) Kurumca karşılanır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz. Sözleşmesiz sağlık kurum ve kuruluşlarınca, acil tedavilere ilişkin bilgilerin tıbbi açıdan kaydedilmesi ve Kurumca gerek görüldüğünde ibraz edilmesi zorunludur (SUT, 4.3.).

Kanun hükmü dikkate alındığında, **sözleşmesiz sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin acil hal olarak değerlendirilmesi, öncelikli olarak müdahaleyi yapan hekimin bu yönde bir belge düzenlemesi ve bu durumun Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kabul edilmesi koşuluna bağlıdır.** Hekim veya diş hekimi tarafından acil hal durumuna karar verildiğinde ve refakatçi bulundurulmasına gerek görüldüğünde hastanın refakatçisinin de yatak ve yemek giderleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaktadır.

Sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşları tarafından, genel sağlık sigortalılarına ya da bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilere acil hallerde sundukları sağlık hizmetleri, SUT eki EK-9 Listesinde yer alması durumunda “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi”, yer almıyorsa “hizmet başına ödeme yöntemi” esas alınarak kişilere fatura edilir. Acil sağlık hizmetinden yararlanan kişilerin sağlık hizmet sunucu tarafından düzenlenen bu faturalarla birlikte Sosyal Güvenlik Kurumuna başvuruda bulunması gerekmektedir. Kurum yapacağı inceleme sonrası SUT tarifesini dikkate alarak fatura karşılığı yapılan tedavi giderlerini ilgisine ödeyecektir.

§ 17. SEVK ZİNCİRİ, ACİL HALLER VE KİMLİK TESPİTİ

I. SEVK ZİNCİRİ VE ACİL HALLER

5510 sayılı Kanun genel sağlık sigortasının uygulanması açısından bazı temel ilkelere yer vermiştir.⁹¹⁹ Bu husus Kanununun 70. maddesinde, “ Bu Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığı’nın görüşü alınarak Kurum

⁹¹⁹ Ali Rıza OKUR, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası,” **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, Sayı:2006/12, s.1300-1301, GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.769.

tarafından belirlenir⁹²⁰. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.”denilmek suretiyle hüküm altına alınmıştır. Kanundaki bu düzenleme sağlık hizmet sunucularının Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırıldığını belirtmektedir.

1. Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılması

5510 sayılı Kanun sağlık hizmet sunucularının basamaklandırılmasını Sağlık Bakanlığına bırakmış ancak bu basamaklar arasındaki sevk zinciri düzenlemesini SGK'nın düzenlemesini öngörmüştür. **Güzel ve diğerlerine** göre, “basamakların saptanması, sağlık hizmet sunucuları ile basamaklar ve sigortalılar arasındaki bağlantı genel sağlık sisteminin özünü ve temelini oluşturduğundan ülke koşullarına uygun, alt yapısı sağlam bir basamak ve sevk zincirine ihtiyaç bulunmaktadır”⁹²¹

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen basamaklara resmi, özel ve basamaklandırılmayan sağlık sunucuları olarak SUT'ta yer verilmiştir⁹²². SUT hükümlerine göre basamaklar şu şekilde düzenlenmiştir.

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 Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetleri'nin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal

⁹²⁰ Sevk mekanizmasının bir bölümünün Sağlık Bakanlığına diğer bölümünün ise SGK'ya bırakılması isabetli olmamıştır. Aynı görüşte, Okur, Reform, s.157

⁹²¹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.769.

⁹²² SUT hükümleri, Birinci basamağı sağlık kuruluşu, ikinci basamağı sağlık kurumu, üçüncü basamağı resmi sağlık kurumu olarak tasnif etmiştir.

merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi, **İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumu**

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

2. Sevk Zorunluluğu

5510 sayılı Kanuna göre Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır (5510, m.70/II). Ancak Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler, SUT'ta belirtilen özel hükümler⁹²³ saklı kalmak kaydıyla Kurum ile sözleşmesi bulunan ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan sağlık hizmeti sunucularına doğrudan da müracaat edebilir. Ancak Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin, acil haller dışında Kurum ile sözleşmesi olmayan sağlık hizmeti sunucularından aldıkları sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmamaktadır.

⁹²³ SUT hükümlerine göre sevk zincirine uyulmaması hâlinde ilave ücret ödenmesi gerekmektedir.

Genel sağlık sigortalıları başvuracağı sağlık hizmet sunucularını sevk zincirine uymaksınız belirleyebilmekle birlikte primleri devlet tarafından ödenen ‐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” (5510, m.60/I.c,1), ‐2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler” ((5510, m.60/I.c,3) ile), ‐442 sayılı Köy Kanununun 74. maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ve aynı Kanunun ek 16. maddesine göre aylık alan kişilerin (5510, m.60/I.c,9) sevk zincirine uymaksızın doğrudan Kurumla sözleşmeli üniversite hastaneleri ile özel sağlık hizmeti sunucularına başvuruda bulunması engellenmiştir (5510, m.70/II).

Genel sağlık sigortası için ödenen primler ile sağlanan sağlık yardımları arasında ilişki kurulamayacağı dikkate alındığında esas itibariyle düşük gelirli olan bu kişilerden sözleşmeli üniversite hastaneleri ile özel sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alınmasının dolaylı biçimde engellenmesi isabetli olmamıştır.

3. Acil Hallerde Sevk Zincirine Uyulmaması

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 gelmiştir⁹²⁴. Ancak değiştirilen bu hükme bu kez Yönetmelikte yer verilerek sorun giderilmiştir. Yönetmelik hükümlerine göre İş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hâli ile acil hâllerde sevk zincirine uyma zorunluluğu bulunmamaktadır (GSSİY, m.40/4).

II. KİMLİK TESPİTİ VE SİGORTALI BİLGİLERİNİN GİZLİ TUTULMASI

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

⁹²⁴ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.769.

cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol etmek zorundadır⁹²⁵.

1. Tedavi Olanın Kimliğinin Tespiti

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında sağlık sunucularına nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur⁹²⁶. Kanun kimlik bildiriminde kullanılacak belgeleri sınırlı biçimde belirlediği için sağlık sunucularının bu belgeler dışındaki belgelere istinaden sağlık yardımı vermesi mümkün olamayacaktır⁹²⁷. Bu belgelerin kontrolünün yapılmaması bir anlamda hak etmeyen kişilere sağlık yardımı sunularak finansmanını Kuruma fatura etmek olur ki; Kurum bu yükümlülüğe aykırı davranışlarla ilgili olarak sağlık sunucuları ile yaptığı sözleşmelerde özel cezai hükümlere yer vermektedir⁹²⁸.

2. Tedavi Olanın Hastalık Bilgilerinin Gizli Tutulması

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır. Bu nedenle sağlık hizmet sunucuları tedavi gören hastalarının rahatsızlıklarını ya da kimlik bilgilerini üçüncü kişilere açıklayamaz. Tıp etiğinin (Deontoloji) temeli olan gizlilik esasına sağlık sektöründeki tüm çalışanların titizlikle uyması bir zorunluluktur⁹²⁹. Bu düzenlemeyle sadece kişilerin sağlık bilgilerinin üçüncü kişilere açıklanması yanında Ülkemizin sağlık envanterinin başka ülkeler tarafından bilinmesi de önlenmektedir. Yine, 5510 sayılı Kanuna göre, sağlık bilgilerinin ne şekilde korunacağı ve ulusal güvenlik

⁹²⁵ Ercüment ÖZTÜRK, “Sağlık Hizmeti Sunucularına Müracaat ve Kimlik Tespiti İşlemleri,” **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:200 (Ağustos 2009), s.249.

⁹²⁶01.03.2012 tarihli ve 6283 sayılı Kanunun . 1. maddesiyle 5510 sayılı Kanunun 67. maddesinde değişiklik yapılmış ve nüfus cüzdanı kontrolü dışında biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulamasının yapılması uygulaması başlatılmıştır. Bu değişiklik sonucu hastaların kimliği avuç içi ve damar taraması yöntemiyle de tespit edilecektir.

⁹²⁷ BOSTANCI, s.219.

⁹²⁸ 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.

⁹²⁹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.777.

nedeniyle sağlık bilgisi paylaşıma açılmayacak kişilerin tespiti ilgili bakanlıkların nerisi zerine Bakanlıkça tespit edilmesi ngrlmektedir⁹³⁰.

ř 18. İşVERENİN, GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ VE ÜÇÜNCÜ

KİşİLERİN SORUMLULUĞU

Genel sağlık sigortasının uygulanmasında Kurum hizmetlerinin yürütülebilmesi için gerek sigortalıların gerekse işveren ve dahi üçüncü kişilerin desteği ve uyumu kaçınılmazdır. Sigortalının kendisinin, işverenin ve üçüncü kişilerin Kuruma destek sağlamaması tem tersi biçimde aksatması ya da engellemesi 5510 sayılı Kanundan doğan yükümlülüklerini yerine getirmemesi bunların sorumlu tutulmasını gerektirir. Genel sağlık sigortasından doğan sorumluluk halleri Kanunun 76. maddesinde düzenlenmiş ayrıca Yönetmeliğin 55, 56 ve 57. maddelerinde de detaylandırılmıřtır⁹³¹.

I. İşVERENİN SORUMLULUĞU

5510 sayılı Kanun işverenin sorumluluğu  fiile dayandırılmıştır. Bu fiiller, iş kazası ve meslek hastalığı halinde gerekli sağlık yardımlarının yapılmaması, sağlık raporu alınması gereken işler için işçiden sağlık raporu alınmaması veya işçinin raporda çalıştığı işte tıbbi yönden çalışmasının elverişli olmadığının belirtilmesine rağmen çalıştırılması ve iş kazası veya meslek hastalığında işverenin veya üçüncü kişilerin kasıt veya suç sayılır hareketinin bulunmasıdır.

5510 sayılı Kanuna göre işveren, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına, sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlüdür. Bu amaçla işveren tarafından yapılan ve belgelere dayanan sağlık hizmeti giderleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri, “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” tarafından belirlenen tutarı geçmemek üzere Kurum tarafından karşılanır (GSSİY, m.55/I).

İşveren belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilmesindeki ihmalinden veya gecikmesinden dolayı, genel sağlık sigortalısının tedavi süresinin uzamasına veya malul kalmasına veya malullük derecesinin artmasına sebep olursa işveren Kurumun bu nedenle yaptığı her türlü sağlık hizmeti giderini ödemekle yükümlüdür (GSSİY, m.55/II).

⁹³⁰ OKUR, Reform, s.169.

⁹³¹ GÜZEL/OKUR/CANİKLİOĞLU, s.776-777.

İş kazası ile meslek hastalığı, işverenin kastı veya sigortalının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu olmuşsa, Kurumca yapılan veya yapılacak iş kazasına yönelik sağlık hizmetine ilişkin giderler ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri işverene tazmin ettirilir. İşverenin sorumluluğunun tespitinde kaçınılmazlık ilkesi dikkate alınır (GSSİY, m.55/III). İşverenin sorumlulukları, yurt dışında geçici ya da sürekli görevlendirme hâlinde de devam eder. **Şakar**'a göre, rücuu, kast, bağışlanmaz kusur ve ağır ihmal gibi kusurun ağır dereceleriyle sınırlanmalıdır⁹³².

İlgili kanunları gereğince çalışacağı iş için sağlık raporu alınması gerektiği hâlde, sağlık raporuna dayanmaksızın veya alınan raporlarda çalıştığı işte tıbbî yönden çalışmasının elverişli olmadığı belirtildiği hâlde, genel sağlık sigortalısını çalıştıran işverenlere, bu nedenlerle Kurumca yapılan sağlık hizmetine ilişkin giderler ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri tazmin ettirilir⁹³³.

4/a ve 4/c Kapsamında sigortalı sayılan kişiler, hekim veya diş hekimi sağlık raporu ile çalışamayacağı belgelenen işlerde çalıştırılmaz. Bu kişileri çalıştıran işverenler, genel sağlık sigortalısının aynı hastalığı ile illiyet bağı kurulan hastalıkları sebebiyle Kurumca yapılan masraflarını ödemekle yükümlüdür.

II. SİGORTALININ SORUMLULUĞU

Nasıl ki işveren sigortalıyı bünyesine uymayan işlerde çalıştıramaz ise sigortalının kendisi de bünyesine uymayan işlerde sağlık raporuna aykırı biçimde çalışmamalıdır. Bu durumu bilerek çalışan sigortalı doğacak masraflardan Kuruma karşı işverenle birlikte müştereken ve müteselsilen sorumlu olur. Ayrıca tedaviden sonra sağlık sunucusu hekiminden çalışabilir raporu almadan çalışmaya başlayan sigortalı ile istirahatli olduğu dönemlerde çalışan sigortalılara Kurum tarafından yapılan tedavi masrafları geri istenir⁹³⁴.

III. ÜÇÜNCÜ KİŞİLERİN SORUMLULUĞU

Üçüncü kişilerin sigortalıya sağlık yardımı yapılmasına neden olmaları sorumlu tutulmaları için yeterli bir gerekçedir. Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere kastı veya suç sayılır bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir

⁹³² Müjdat ŞAKAR, "İş Kazası veya Meslek Hastalığı Sebebiyle Sosyal Sigortalının İşverene Rücuunda Kusur Şartının Sınırlandırılması Sorunu", **Sicil Dergisi**, Sayı: 2, (Haziran 2006), s.135.

⁹³³ OKUR, Reform, s.168.

⁹³⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.776.

görevi yapmaması ya da ihmali nedeniyle Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına sebep olduğu **mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere**, Kurumun bu nedenlerle yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir⁹³⁵. Açılacak rücu'an tazminat davalarında, kusur oranları da dikkate alınır.

⁹³⁵ Anayasa Mahkemesi, 15.03.2012 Karar günlü ve 2011/128 Esas, 2012/40 sayılı kararında, Kurum zararı için davalılar aleyhine açılan rücu'en tazminatın Anayasa'ya uygun olduğuna hükmetmiştir. R.G.; 26.12.2012, 28335.

Beşinci Bölüm

GENEL SAĞLIK SİGORTASININ DİĞER ÜLKELERDEKİ UYGULAMALAR VE TÜRKİYE’DEKİ DAHA ÖNCEKİ UYGULAMALARLA KARŞILAŞTIRILMASI

§ 19. GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASININ TÜRKİYE’DE DAHA ÖNCEKİ UYGULAMALARLA KARŞILAŞTIRILMASI

I. GENEL OLARAK

Ülkemizde genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi yıllarca tartışma konusu olmuştur. Bu anlamda konu akademik ve siyasi çevrelerin yanı sıra kalkınma planlarında, hükümet programlarında ve Bakanlar Kurulu’nda tartışıla gelmiştir. Nitekim 58. Hükümet programında ve acil eylem planında da genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi öncelikli hedeflerden biri olarak ele alınmıştır. Hükümet programında; Devlet-Sigorta-Kurum ayırımının kaldırılması, tüm 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 azaltılması gibi çok önemli hedeflere yer verilmiştir⁹³⁶.

58. Hükümet Acil Eylem Planı’nda⁹³⁷ ise “Sağlıklı Toplum” ve “Herkes Sosyal Güvenlik” başlıkları altında sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında yapılması planlanan düzenlemeler ele alınmıştır. Sağlıklı Toplum başlığı altında dokuz alanda düzenleme yapılacağına yer verilmiştir. Bunlar; Sağlık Bakanlığı’nın günün koşullarına ve yeni sağlık sistemine göre yeniden yapılandırılması, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımının kaldırılarak tüm hastanelerin tek bir çatı altında 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,

⁹³⁶ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.732-733; OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.126-127.

⁹³⁷ Bkz., 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP), <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.doc>, (20.02.2012).

koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesidir⁹³⁸.

“Herkes Sosyal Güvenlik” başlığı altında ise, 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, bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağının ve kurumsal yapının oluşturulması şeklinde beş alanda düzenleme yapılması planlanmıştır⁹³⁹.

Hükümet programı ve acil eylem planına bağlı olarak yürütülen sosyal güvenlik reform çalışmaları sonrasında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yayımlanan “Beyaz Kitap” isimli eserde; sosyal güvenlik reformunun temel amacının, adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemine ulaşabilmek olduğu ifade edilmiştir. 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 dile getirilmiştir⁹⁴⁰.

Yine Beyaz Kitap isimli çalışmada genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesiyle amaçlanan hedeflere yer verilmiştir. Bu hedeflerden ilki, halen 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 sunulmasıdır. İkinci hedef ise öncelikli olarak vatandaşların hastalanmalarını önleyen koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesinin, hastalık halinde ise maliyet etkili tedavi modelleri ile kişilerin hastalıkları ile uyumlu sağlık hizmeti almasının sağlanmasıdır. Bir diğer hedef ise katılımın zorunlu olduğu prime dayalı bir yapının oluşturulmasıdır. Bu sistemde primini ödeyemeyen yoksulların primlerinin devlet tarafından sosyal yardımlara ayrılan kaynaklardan ve objektif asgari yaşam düzeyi kriterlerine göre karşılanması ise diğer bir hedeflenen amaçtır. Yine 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

⁹³⁸ AEP, s.99-100.

⁹³⁹ AEP, s.101.

⁹⁴⁰ ÇSGB, **Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform (Beyaz Kitap)**, ÇSGB Yayınları, Ankara, 2005, s.22.

sistemlerinin geliştirilmesiyle hem hastaların sağlıklarının korunması hem de sosyal güvenlik sistemiistimallerinin engellenmesi de diğer yer verilen hedeflerdir⁹⁴¹.

Daha yalın bir anlatım ile yapılan tüm bu çalışmalarda mevcut yapıyla 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 v.b. eksiklikler dile getirilerek genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinde bir çok aksaklığın giderilebileceği dile getirilmiştir. Bu anlamda amaçlanan hedeflere ne ölçüde ulaşılabildiğinin ortaya konması bakımında önceki dönem uygulamalar ile genel sağlık sigortası uygulamasının karşılaştırılması önem arz etmektedir. Buradan hareketle kapsama alınan kişiler bakımından, sağlık hizmetlerinin sunumu bakımından, kapsamdaki sağlık hizmetleri bakımından, sigortalılara yapılan nakdi yardımlar bakımından, sağlık hizmetlerinin finansmanı bakımından eski uygulamalar ile mevcut uygulamanın karşılaştırılması yararlı olacaktır.

II. KAPSAMA ALINAN KİŞİLER BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA

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 gösterilmiřtir⁹⁴². Gerçekten de önceki dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunda dağınık bir yapı olduğu gibi kapsama alınan kişiler ağıısından da farklılıklar söz konusuydu.

506 sayılı Kanun kapsamında hastalık sigortasından; aktif sigortalılar, sigortalının geçindirmekle 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, sigortalının ölümü sonrası hak sahibi olarak gelir ve aylık almakta olan eş, çocuklar, anne ve baba, yararlanmaktaydı.

1479 sayılı Kanununun Ek 11. maddesine göre ise; zorunlu sigortalı olanlar ile eşi ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları, yaşlılık ve malüllük aylığı

⁹⁴¹ BEYAZ KİTAP, s.22-23.

⁹⁴² BEYAZ KİTAP, s.27.

bağlananlar ile bunların eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları, sigortalının vefatı sonrası ölüm aylığı almaya hak kazanan, eş ve çocuklar ile sigortalının anne ve babası sağlık sigortası yardımlarından faydalanabilmekteydi. Ancak Bağ-Kur kapsamında sağlık yardımı alma hakkına sahip olanlar aynı zamanda bir başka sosyal güvenlik kurumundan da sağlık yardımı almaya hak kazanıyor ise sağlık yardımları Bağ-Kur'dan değil diğer sosyal güvenlik kurumları tarafından sağlanmaktaydı.

5434 sayılı Kanunun geçici 139. maddesine göre de; emekli, adi malullük ve vazife malullüğü, dul ve yetim aylığı alanlarla bunların bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri sağlık sigortası kapsamındaydı. Aktif iştirakçiler ile bunların bakmakla yükümlü olduğu eş ve çocukları ile anne ve babasının sağlık yardımları ise memurun çalıştığı kurum tarafından karşılanmaktaydı.

2925 sayılı Kanuna göre sağlık sigortasından; sigortalının kendisi, karısı, çalışamayacak durumda malul veya 55 yaşını doldurmuş kocası, 18 yaşını veya ortaöğrenim yapıyorsa 20 yaşını, yükseköğrenim yapıyorsa 25 yaşını doldurmamış çocukları, 18 yaşını doldurmuş olup da çalışamayacak durumda malul çocukları faydalanabilmekteydi.

2926 sayılı Kanun kapsamında sağlık sigortasından yararlanabilecekler ise; sigortalı, sigortalının eşi, bakmakla yükümlü olduğu çocukları ile anne ve babası, malullük ve yaşlılık aylığı alanlar ile bunların eşi, bakmakla yükümlü olduğu çocukları ile anne ve babası, ölüm aylığı alanların kendileridir. Primsiz rejim kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden ise daha ziyade aylık alanın kendisi ve eşi yararlanabilmekteydi. Bu kişilerin çocuklarının ekseriyetle sağlık hizmetlerinden yararlanma hakları bulunmamaktaydı⁹⁴³.

Askerlik hizmetini er veya erbaş olarak yapmakta olanlar, yedek subay okulu öğrencileri, yabancı ülkelerdeki kuruluşlar adına ve hesabına Türkiye'ye gönderilen ve yabancı ülkede sigortalı olduğunu belgeleyenler, Türkiye'de ticari faaliyet içinde bulunarak kendi nam ve hesabına çalışan ancak yurt dışında ikamet ederek aynı zamanda bulunduğu ülkede sosyal güvenlik sistemine tabi olanlar, kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde işverenleri tarafından buldukları ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından, yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve Türkiye'de bir yıldan az süre ile yerleşik olanlar, ceza infaz kurumları ile tutukevleri

⁹⁴³ Ayrıntılı bilgi için bkz., İkinci Bölüm.

bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular, yurt dışı hizmetlerini borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye’de ikamet etmeyenler, **dışında kalan** herkes uyruğu ne olursa olsun genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.

Tablo 3
Sosyal Güvenlik Kapsamı ve Sağlık Sigortası Kapsamı

	2004	2006	2008	2009	2010	2011 KASIM
Aktif Sigortalılar	12.553.265	14.124.935	15.041.268	15.096.728	16.196.304	17.346.315
1- Zorunlu	10.520.256	12.048.242	12.892.501	13.088.553	14.161.165	15.394.064
1 - Çıracak	219.000	248.340	249.292	321.649	349.581	303.716
3- Y.dışı Topluluk	47.918	56.093	48.401	35.930	25.778	32.952
3 - Tarım (4/a)	176.717	187.951	218.094	178.541	152.802	129.420
4 - Tarım (4/b)	997.937	1.049.206	1.127.744	1.014.948	1.101.131	1.142.647
5 - Muhtar	25.162	19.629	14.070	15.200	14.348	12.670
7- İsteğe Bağlı	566.275	515.474	491.166	441.907	391.499	330.846
Pasif Sigortalılar						
Kişi	7.174.632	7.913.724	8.746.703	9.173.750	9.518.648	9.972.560
0 - Yaşlılık	4.744.849	5.347.143	5.918.007	6.228.816	6.473.492	6.795.531
1 - Malullük	101.224	101.979	103.247	105.095	107.346	109.268
2 - Vazife malülü	10.261	9.406	6.401	6.543	6.608	6.708
3 - Ölen Sigortalı (Dosya)	1.548.551	1.691.451	1.916.271	2.044.775	2.127.373	2.259.604
4 - Ölen Sig. Haksahipleri	2.190.829	2.326.964	2.589.132	2.701.320	2.796.306	2.924.164
5 - Sürekli İş göremezlik Geliri Alan.	53.063	54.857	56.668	57.422	58.499	58.879
6 - S.İ Ölüm Geliri (Dosya)	42.977	44.057	45.221	46.205	47.361	48.648
7 - S.İ Ölüm Geliri Alanlar	74.406	73.375	73.248	74.554	76.397	78.010
Bağımlılar	30.109.280	32.330.398	33.227.265	33.989.891	35.470.436	35.403.622
Özel Sandıklar	301.441	298.269	323.218	331.205	341.103	349.076
1- Aktif Sigortalılar	73.412	85.358	105.707	109.668	114.600	119.763
2- Aylık Alanlar	74.367	78.082	81.042	82.459	83.581	84.810
3- Bağımlılar	153.662	134.829	136.469	139.078	142.922	144.503
Nüfus (Tüik Adnks 2010)	68.156.681	69.837.252	71.517.100	72.561.312	73.722.988	73.722.988
Sosyal Güvenlik Kapsamı	50.138.617	54.667.326	57.338.454	58.591.574	61.506.194	63.071.573
Sigortalı Nüfus Oranı (%)	73,56%	78,28%	80,17%	80,75%	83,43%	85,55%
Kapsam Dışı Nüfus (%)	26,44%	21,72%	19,83%	19,25%	16,57%	14,45%
Yeşil Kartlı Sayısı	6.852.000	8.279.000	9.337.850	9.647.131	9.395.185	9.060.105
Nüfusu (Tüik Adnks 2010)	68.156.681	69.837.252	71.517.100	72.561.312	73.722.988	73.722.988
Yeşilkart Dahil Kapsamı	56.990.617	62.946.326	66.676.304	68.238.705	70.901.379	72.131.678
Sağlık Kapsamındaki Nüfus(%)	83,62%	90,13%	93,23%	94,04%	96,17%	97,84%
Kapsam Dışı Nüfus Oranı (%)	16,38%	9,87%	6,77%	5,96%	3,83%	2,16%

Kaynak: SGK, 2011/Ekim ayı istatistikleri, Sigortalı İstatistikleri, (Tablo SS2'den) yararlanılarak yazar tarafından geliştirilmiştir. www.sgk.gov.tr. (20.02.2012).

Yukarıdaki tabloda 2011/Ekim ayı itibariyle genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunanların toplam nüfusa oranı gösterilmiştir. Ayrıca tablo içerisinde her bir sigortalılık türü için kapsamda kaç kişinin yer aldığı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sayıları hakkında da bilgilere yer verilmiştir. Tablo'dan da görüleceği üzere genel sağlık sigortasına geçilmesi için çalışmaların başlatıldığı 2004 yılında sağlık sigortası kapsamındakilerin oranı % 83'ler seviyesinde iken 2011/Ekim ayı itibariyle bu oran % 98'ler seviyesine ulaşmıştır. Bu anlamda genel sağlık sigortasının neredeyse tüm toplumu kapsamına aldığı söylemek mümkün olduğu gibi kapsam açısından dağınık yapıya bir son verilerek beklenen hedeflere varıldığı da ifade edilebilir.

Burada bir husus özellikle belirtmemizde fayda var. Askerlik hizmetini er veya erbaş olarak yapmakta olanlar ile ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutukluların sağlık yardımları ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından sağlandığından bu kapsamdaki kişilerin genel sağlık sigortası kapsamı dışında olması sağlık yardımı alma haklarının olmadığı anlamına gelmemektedir.

III. SAĞLIK HİZMET SUNUMU BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA

Sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında birleştirilmesi ve sağlık da dahil sigortacılık hizmetlerinin tek bir kurum tarafından yönetilmesi uygulaması öncesinde sağlık hizmetlerinin sunumu iki farklı biçimde yerine getirilmekteydi. Bunların ilki, hizmet satın alma yöntemi diğeri ise sağlık hizmetinin bizzat sosyal güvenlik kurumu tarafından sunulmasıydı. SSK sağlık hizmetini kendisi sunmakta, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ise sağlık hizmetini satın almaktaydı. Dolayısıyla Türk Sağlık Sistemi'nde sağlık hizmeti sunumu için daha önce parçalı bir yapının olduğu söylenebilir. Bu parçalı yapının hizmet sunumunda sağlık hizmetlerine erişim açısından eşitsizliklere neden olması da kaçınılmaz olmuştur.

Gerçekten de bağımlı çalışan SSK sigortalılarının SSK hastaneleri dışında tedavi olamamaları bir yana Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık ocaklarında ayaktan muayene dahi yaptırılmaması sağlık sunucularının optimal kullanımı önündeki en önemli engellerden birini oluşturmuştur. Bunun yanında Emekli Sandığı iştirakçisi olan devlet memurları SSK ya da Bağ-Kur sigortalılarına göre daha şanslı bir zümreydi. Zira sağlık giderleri çalıştıkları kurumlar tarafından hizmet satın alma yöntemiyle gerçekleştirildiği için özel hastaneler de dahil tüm sağlık sunucularından yararlanmalarının önünde bir engel bulunmamaktaydı.

Özellikle belirtelim ki; ülkemizde, sosyal güvenlik kurumlarının temel hizmetleri arasında olmayan sağlık hizmeti üretiminin, bu kurumlar tarafından gerçekleştirilmesi pahalı ve uzmanlık gerektiren bir alanda verimsiz bir işletmecilik şekline dönüşmüş, sağlık hizmetlerinin belirli bir politikaya bağlı olmaksızın çok çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından üretilmesi, hizmet denetimini güçleştirmiş, maliyetleri artırmış, uygulamalar arasında farklılıklar oluşturmuş ve kaynakların israf edilmesine yol açmıştır.

SSK ve kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devriyle birlikte sosyal güvenlik kurumları sağlık hizmeti sunumu yerine sağlık hizmeti satın alma yöntemine geçmiş ve sigortalıların tamamı sağlık bakanlığına bağlı hastanelerden yararlanmaya başlamıştır. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın fiilen SGK'ya devredilmesi öncesinde de bu kurumların özel sağlık hizmet sunucuları ile protokol yapması daha açık bir ifade ile özel hastanelerle sözleşme yapması sigortalıların özel sağlık hizmet sunucularında tedavi olabilmelerinin önünü açmıştır.

SGK'nın sağlık hizmeti sunumunu hizmet satın alma yöntemiyle sağlaması sağlık kaynaklarının optimal kullanımını yanında hizmet alanlar açısından sağlığa erişimi kolaylaştırıcı bir etkiye sahiptir. Her ne kadar şu an için bir kısım genel sağlık sigortalılarının⁹⁴⁴ özel hastanelere gidemiyor olması söz konusu olsa da SGK'nın sağlık hizmeti sunmak yerine sağlık hizmetlerini satın alması isabetli olmuştur.

1. Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılması ve Sevk Zinciri

5510 sayılı Kanununun 70. maddesi gereği, Kanunun dolayısıyla da 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 diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak SGK tarafından belirleneceği, aile hekimlerinin birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alacağı hüküm altına alınmıştır.

⁹⁴⁴ 5510 sayılı Kanununun 60. maddesi birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentlerinde sayılanlar, birinci ve ikinci resmi sağlık hizmet sunucuları tarafından sevk edilmeden Kurumla sözleşmeli üniversite ve özel sağlık hizmeti sunucularına müracaat edemezler. 2010 yılı Ekim ayı TÜİK verilerine göre 60. maddesi birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan kişi sayısı 9.206.383 kişi, (3) numaralı alt bendinde sayılan kişi sayısı 1321.373 kişi, (9) numaralı alt bendinde sayılan kişi sayısı ise 14.709 kişidir. Ayrıntılı bilgi için bkz; GÖKTAŞ/ÇAKAR/ÖZDAMAR, s.97, 184.

5510 sayılı Kanun sağlık hizmetlerinin sunumu için üç farklı basamak öngörmüş ancak basamakların sınıflandırılmasını Sağlık Bakanlığına bırakmıştır. **Okur**'a göre, hizmet basamakları, sağlık hizmeti sunucuları ve sevk zinciri bir bütündür. Basamaklar ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki bağlantı da genel sağlık sigortası sistemini özünü oluşturduğuna göre sağlık hizmet sunucusu basamak mekanizmasının SGK tarafından oluşturulması genel sağlık sigorta sistemini daha dinamik kılacaktır⁹⁴⁵.

5510 sayılı Kanuna göre, 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 değildir.

Zira, Kanununun 77. maddesine göre, 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). Öyle ki; genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle de duyurulmaktadır (5510, m.77/I).

Kanununun 70 ve 77. maddeleri bir bütün olarak değerlendirildiğinde genel sağlık sigortasında gevşek tutulmuş bir sevk zincirinin bulunduğu, sevk zincirine uymamanın yaptırımının ek mali yükümlülük getirdiğini söyleyebiliriz. Zira, sigortalıların sağlık hizmeti sunucuları arasından, genel sağlık sigortasıyla ilgili diğer madde hükümlerine uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahip olması sevk zincirine uymaması halinde daha yüksek katılım payı ile ilave ücret ödemesi anlamına gelmektedir.

5510 sayılı Kanununun 68. maddesinin ikinci fıkrasına göre, birinci basamak sağlık sunucularında katılım payı, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayene sağlık hizmetleri

⁹⁴⁵ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.157.

için 2 TL olarak uygulanmaktadır⁹⁴⁶. Ancak, SGK ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunun yer aldığı basamak, sağlık hizmeti sunucusunun resmi ve özel sağlık hizmeti sunucusu niteliğinde olup olmaması, önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı gibi hususları göz önünde bulundurarak on katına kadar artırmaya ve sağlık hizmeti sunucuları için farklı belirlemeye yetkilidir.

Gerçekten de SGK, “Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği” ve “Sağlık Uygulama Tebliği” ile basamaklar arasındaki katılım payını farklı belirlemiştir. SGK tarafından, katılım payının birinci basamak sağlık sunucularına müracaatlarda alınmaması ancak resmi sağlık sunucularına müracaatlarda 5 TL, özel sağlık sunucularına müracaatlarda ise 12 TL olarak katılım payı alınması genel sağlık sigortalılarını örtülü olarak sevk zincirine uymaya itmektedir.

Sevk zincirine uygun hareket etmemek etkisini ilave ücret ödemesinde de göstermektedir. Sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla sağlanır. Ancak, kamu idarelerine ait sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu’na belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterler dikkate alınarak bu bedellerin bir katına kadar alınabilmekte ilave ücretin tavanı da Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmektedir.

Kurumla sözleşme yapan vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden % 30 ila % 90 oranlarında ilave ücret almaktadır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık sunucusuna ya da Kamu idarelerine ait ikinci basamak sağlık sunucularına başvuran genel sağlık sigortalıları ilave ücret ödemez iken doğrudan özel sağlık sunucularına başvuran genel sağlık sigortalısı, % 30 ila % 90 aralığında ilave ücret ödemek zorunda kalacağı için bir anlamda sevk zincirine uygun hareket etmek zorunda kalacaktır.

Şu an için katı bir sevk zinciri uygulamak yerine gevşek bir sevk zincirinin benimsenmiş olması isabetlidir. Zira mevcut sağlık hizmet sunucularının yapısı katı bir sevk

⁹⁴⁶ 8 Mart 2012 tarihinden geçerli olmak üzere birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan ayakta tedavilerde ilave ücret kaldırılmıştır.

imkânsız kılmaktadır. Sevk zincirini katı kurallara bağlamak için yeterli sayıda ve her türlü donanıma haiz birinci basamak sağlık hizmet sunucusunun bulunması gerekmektedir.

Sevk zinciri ile ilgili olarak “*genel olarak kabul edilen anlayışa göre; 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 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*”⁹⁴⁷. Bu nedenle mevcut esnek sevk zinciri uygulamanın kısa vadede devamı gerekmektedir birlikte sağlık hizmetlerinin finansal anlamda sürdürülebilirliği adına uzun vadede katı bir sevk zincirine geçilmesinin zorunlu olacağı anlaşılmaktadır.

Genel sağlık sigortası uygulamasına geçiş öncesinde sağlık hizmet sunucularının basamaklandırılması ve sevk zinciri bulunup bulunmadığıyla ilgili olarak kısa bir değerlendirme yapmak gerekir. Daha önce SSK sigortalıları ile hak sahipleri sadece SSK dispanserleri ile SSK hastanelerinden, Bağ-Kur sigortalısı ve Emekli Sandığı iştirakçileri ile hak sahipleri sağlık ocakları ile devlet hastanelerinden sağlık hizmeti alabilmekte bunun dışında kalan özel sağlık sunucularından sağlık hizmeti alamamaktaydı. Ancak Emekli Sandığı iştirakçileri ile hak sahipleri üniversite hastanelerinden yararlanabilmekteydi.

SSK dispanserleri ile SSK hastaneleri ve sağlık ocakları ile devlet hastaneleri arasında sevk zinciri bulunmamaktaydı. SSK dispanserine ya da SSK hastanesine gitme arasındaki tercih tamamen sigortalılar ile hak sahiplerinin inisiyatifine bırakılmıştı. Aynı biçimde sağlık ocağı ya da devlet hastanesi arasında tercih yapmak Bağ-Kur sigortalıları ile Emekli Sandığı iştirakçilerine bırakıldığından bir sevk zincirinden söz edebilmek mümkün değildi. Dolayısıyla genel sağlık sigortası uygulaması ile birlikte sağlık hizmet sunucularının basamaklandırıldığı ve buna bağlı olarak ta sevk zinciri uygulamasının başlamış olduğunu söylemek mümkündür.

⁹⁴⁷ BOSTANCI, s.245

2. Aile Hekimliği Uygulaması

Genel sağlık sigortasına geçiş öncesindeki son düzenleme aile hekimliği uygulaması olmuştur. Gerçekten de aile hekimliği ile ilgili olarak yapılan düzenlemeler çıkarılacak genel sağlık sigortasına hazırlık olması için getirilmiştir. Daha da ileri giderek, aile hekimliğinin genel sağlık sigortasının birinci basamağını dizayn etmek üzere kurulduğunu da söyleyebiliriz⁹⁴⁸.

5258 sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanunun amaçlarını düzenleyen 1. maddesini incelediğimizde, Kanunun amacının 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 yürütülmesi olduğunu görebiliriz.

Aynı Kanunun 2. maddesinde, aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip olarak tanımlanmıştır.

Okur'a göre; 5510 sayılı Kanundaki aile hekimliği tanımlaması isabetli olmamıştır. Zira 5510 sayılı Kanun, aile hekimini; Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum ile sözleşme yapmış hekimler olarak belirlemiştir. Bu tanımlama aile hekimi kavramını amacı dışında oldukça genişletmiştir. 5510 sayılı Kanunda düzenlenen aile hekimi tanımlamasına göre, Sağlık Bakanlığı'nın 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. Sonucunda hem aile hekimliği uzmanı olan, hem belli bir dalda uzman iken aile hekimliği eğitimi almış olan, hem de hiç uzmanlığı olmayan tabipler aile hekimi sayılmıştır⁹⁴⁹.

5510 sayılı Kanun ve 5258 sayılı Kanunun aile hekimini bu şekilde tanımlamasının altında yatan nedenleri sorgulamakta fayda var. Öncelikle belirtmeliyiz ki; Haziran 2010

⁹⁴⁸ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s.128-130.

⁹⁴⁹ OKUR, Genel Sağlık Sigortası, s. 130-131.

itibariyle Türkiye’de toplam 111.211 hekim aktif olarak çalışmaktadır⁹⁵⁰. Bunların 31.978’i pratisyen hekim, 58.258’i uzman hekim, 19.264’ü diş hekimidir. Oysa 111.211 hekimin sadece 1.541’i aile hekimidir. Aile hekimi sayısıyla ilgili bu olumsuz tablo nedeniyle diğer branşlarda uzmanlaşmış hekimlerle pratisyen hekimler aile hekimi olarak değerlendirilmiştir.

Aile hekimliği uygulaması belirli bir zaman dilimine yayılsa ve yeterli aile hekimine ulaşıldıktan sonra aile hekimliği uygulamasına geçilse idi çok daha isabetli olacaktı. Zira sağlık hizmetlerinin yaşamsal önemi göz ardı edilerek pratisyen hekimlere aile hekimliği yaptırtmayı, ilerleyen dönemlerde çok önemli sağlık sorunları yaşayacağımızın karinesi olarak görmek gerekmektedir. Diğer bir önemli husus ise yeteri kadar aile hekimi yetiştirilmemesi durumunda birinci basamak sağlık hizmet sunucularından istenen verimin elde edilemeyeceğine ilişkindir.

Zira, incelediğimiz ÷lke örneklerinde sağlık hizmetlerinin % 90 gibi bir oranda birinci basamak sağlık hizmet sunucularında sonuçlandırıldığı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına ancak hastaların % 10’luk kısmının sevk edildiği gör÷lmektedir. Eğer yeteri kadar aile hekimi istihdam edilemez ise pratisyenlikten aile hekimliğine geçirilenler yetersiz uzmanlaşmaya bağlı olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına sevk yapan onay makamından öteye gidemeyecektir. Bu ise beklenen verimin alınamamasına ve sağlık hizmetlerinin finansmanının sürdür÷lemezliğine neden olabilecektir.

3. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerine erişim sosyal güvenlik sistemlerinin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Genel kabul gören bir gör÷şe göre; kötü sağlık yoksulluğu artırır, yoksulluk ise sağlık hizmetlerine erişimi engeller, Kişilerin sağlık güvencelerinin olması sağlık hizmetlerinin kullanımını olumlu yönde etkilemektedir. Kişilerin sağlık hizmetlerine kolay erişimi hastalıkların ilerlemesine engel olmakta ve toplumun genel sağlık göstergelerini de iyileřtirmektedir⁹⁵¹.

SGK’nın kurulması ve nüfusun tamamının tek bir sosyal güvenlik çatısı altında genel sağlık sigortası kapsamına alınmasından önce, kişilere ve kişilerin bakmakla yükümlü olduklarına sunulan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri çalışma statüsü, meslek ve gelir

⁹⁵⁰ Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, YÖK Yayınları, Ankara, 2010, s. 45

⁹⁵¹ BEYAZ KİTAP, s.16.

düzeyi gibi unsurlarla ilişkili olarak farklı sosyal güvenlik kurum ve kuruluşları tarafından sağlandığı için sağlığa erişimin önünde de ciddi engeller bulunmaktaydı.

Hastanelerin ortak kullanıma açılması diğer bir ifade ile bütün vatandaşların kamuya ait sağlık kuruluşlarından hizmet almasıyla başlayan sağlığa erişim süreci, günümüzde daha yüksek katkı payı ve ilave ücret ödenmesi yoluyla özel hastanelerden tüm genel sağlık sigortalılarının hizmet almaya başlamasıyla tamamlanmıştır. 5510 sayılı Kanun sağlığa erişim açısından bir kısıtlama getirmemiş sadece finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri belirlenerek kapsam dışı sağlık hizmetlerinin çerçevesi çizilmiştir.

5510 sayılı Kanunun sağlığa erişim açısından sınırlama getirmemiş olmasını sağlık hizmetlerinden memnun olanların oranıyla da açıklayabiliriz. Gerçekten de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında % 39,5 iken bu oran 2007 yılında % 66,5'e yükselmiştir. 2007 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının % 85 gibi çok yüksek bir orana yükselmiş olmasını kişilerin sağlığa erişiminin kolaylaşmasıyla izah edebiliriz⁹⁵². Demek ki; aile hekimi olarak görevlendirilenler aile hekimliği uzmanlığına sahip olmuş kimselerden oluşsa idi bu oran hiç kuşkusuz % 90'lar seviyesini aşabilecekti.

4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Özel Hastanelerin Değerlendirilmesi

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık hizmet sunumunun ve finansmanın birbirinden ayrılarak, herkese genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkının tanınması gerektiği belirtilmiş⁹⁵³, yine Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda da sosyal güvenlik kuruluşlarının aynı çatı altında toplanmaları ve tek bir teminat paketi içinde sağlık hizmet sunmaları gerektiği

⁹⁵² Recep AKDAĞ, "Sağlık Sistemi Üzerine", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl:1, Sayı:3, Yaz-2009, s.16. KÜÇÜKUSTAYA göre, sağlık hizmetleri memnuniyet oranı tek başına veri kabul edilerek sağlık sisteminin başarılı olduğu sonucuna varılmaz. Hekime sıra beklemeden kolayca ulaşan, bolca tetkik yapılan, sınırsız ilaç alan, gerekmediği halde yoğun bakıma yatırılan, ameliyat edilen hasta cebinde de para çıkmıyorsa sağlık hizmetlerinin iyi işlediğini düşünecektir. İyi işleyen bir sağlık sisteminde, doğru teşhisin zamanında konulması, teşhisin olabildiğince fizik muayenesi ile konulması, gereksiz tetkik istenmemesi, tedavinin ilaçsız yapılması, en az yan etkisi olan ilaçların seçilmesi, en ucuz ilaçların seçilmesi, gerekli ameliyatların zamanında yapılması, en az komplikasyon oranına ulaşılması gerekir. Türkiye'de hasta memnuniyetini gerçekten hasta olanlar üzerinde değerlendirmek gerekir. İyi işleyen bir sağlık sisteminde iyi eğitim almış birinci basamak hekimlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıntılı bilgi için bkz.; Ahmet Rasim KÜÇÜKUSTA, "Lay-Lay Lom Hastaların Memnuniyeti Gerçeği Göstermez", **Güneş Gazetesi**, (04.05.2012)

⁹⁵³ DPT, **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**, s.87. <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan8.pdf>, (26.11.2011).

açıklanmıştır⁹⁵⁴. Bu plan gereği öncelikle sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik kurumları tarafından üretilip sunulmasına son verilerek sağlık hizmet sunumunun tek elde ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde örgütlenmesi için yasal düzenleme yapılmıştır.

SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devriyle birlikte sosyal güvenlik kurumları sağlık hizmeti satın alma yoluna gitmiştir. SGK'nın sağlık hizmetlerini satın alması özel hastaneleri önemli ve güçlü sağlık hizmet sunucuları haline getirmiştir. Dolayısıyla bu dönemde kamu sağlık harcamaları artış göstermiştir. Aynı artışın özel sağlık harcamaları için yükselmemiş olması anlamlıdır. Türkiye'de son on yıllık süreçte yapılan sağlık harcamaları ve GSYİH içindeki payı aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 4
Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)

Yıllar	Kamu sağlık harcaması	Özel sağlık harcaması	Toplam
2008	4,44	1,64	6,08
2007	4,10	1,94	6,04
2006	3,97	1,84	5,81
2005	3,70	1,75	5,45
2004	3,83	1,54	5,37
2003	3,84	1,73	6,0
2002	3,79	1,57	5,36
2001	3,51	1,65	5,16
2000	3,11	1,83	4,94
1999	2,91	1,85	4,76

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı 2010 Sağlık İstatistik Yılı. www.saglik.gov.tr. (25.02.2012).

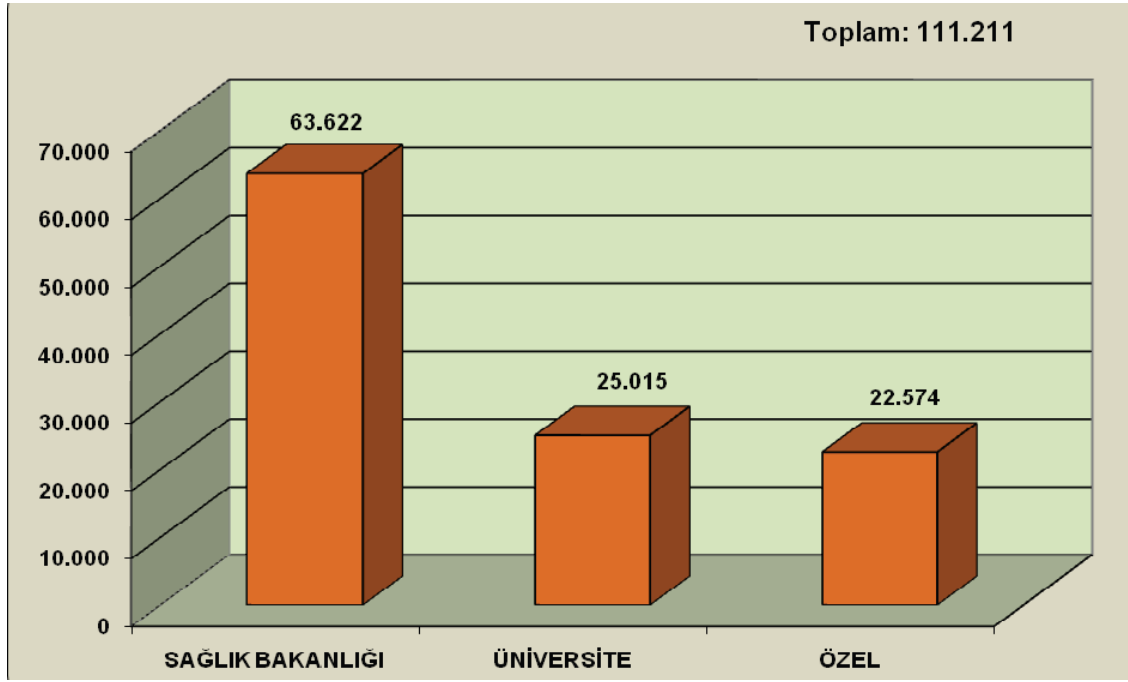
⁹⁵⁴ DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Programı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT, Ankara, 2001, s.7-8.

Tablo 5
Yıllara Göre Sağlık Harcama Tutarları (Milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 Bütçe
KAMU	9.934	13.615	16.816	17.611	23.004	26.705	32.635	38.454	39.690	45.122	47.778
İlaç	5.230	6.839	7.899	8.686	10.099	11.140	12.964	16.068	15.348	15.868	15.524
Tedavi	4.205	6.091	8.071	7.945	12.098	14.694	18.471	21.019	22.387	25.536	28.115
Devlet Hastaneleri	2.580	3.956	5.382	4.868	7.804	9.226	10.220	11.884	12.728	14.178	16.290
Üniversite Hastaneleri	1.061	1.384	1.698	1.800	2.242	2.671	3.437	3.645	4.132	4.782	4.930
Özel Hastaneler	564	751	991	1.276	2.053	2.797	4.814	5.490	5.527	6.576	6.895
Malzeme, Optik	499	685	845	980	806	872	676	521	520	538	625
Yolluklar							58	53	47	42	56
Aile Hekimliği							466	792	1.388	3.138	3.458
Toplam							466	792	1.388	3.138	3.458

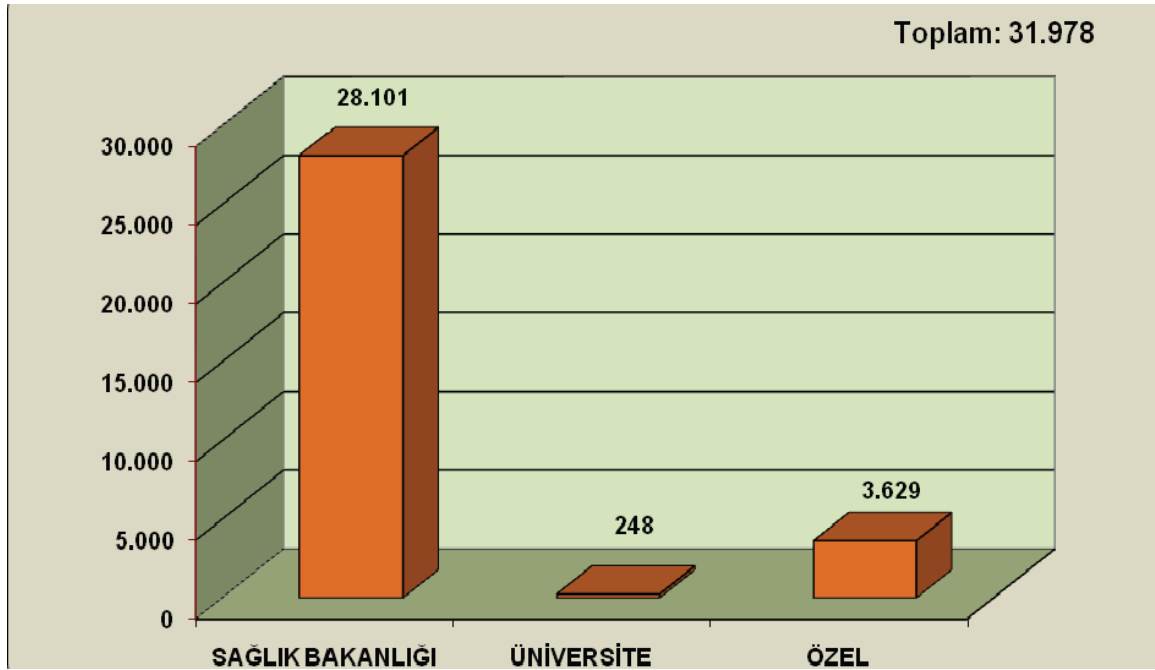
Kaynak: SGK, Aylık İstatistikler ve İstatistik Yıllıklarından yararlanılarak yazar tarafından geliştirilmiştir. www.sgk.gov.tr. (20.02.2012).

Sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerle üniversite hastaneleri yanında özel hastanelerle vakıf statüsü taşıyan üniversite hastaneleri tarafından sunulması özel sağlık sektöründe çalışan sağlık personelinin artmasına neden olmuştur. Özel sektörde çalışan sağlık personeline ilişkin envanter aşağıdaki tabloda sunulmuştur.



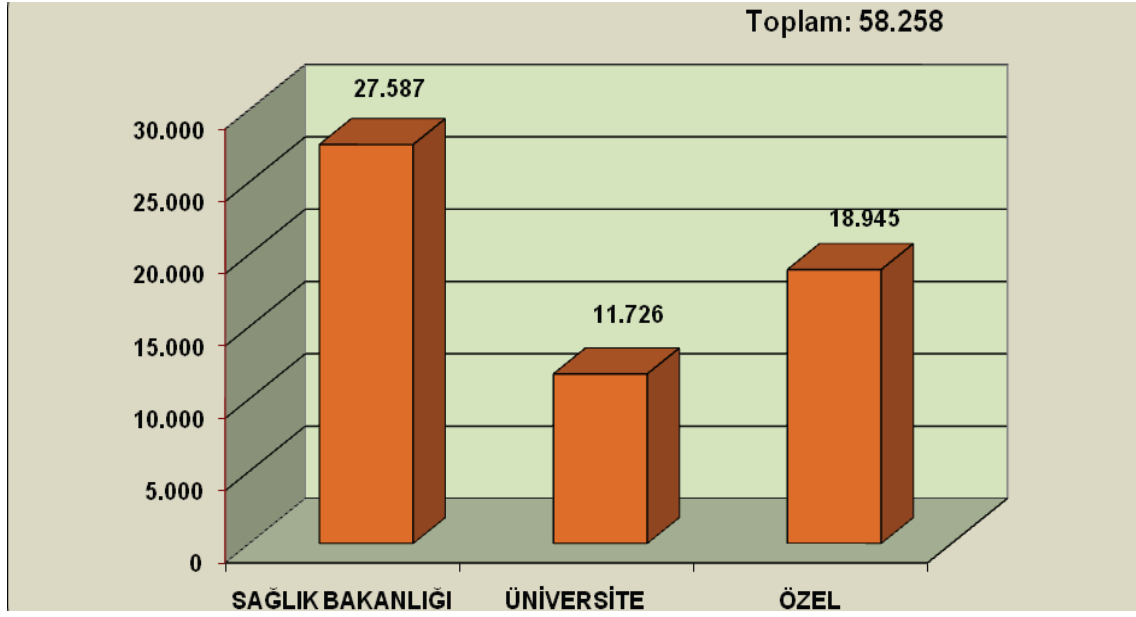
Grafik 3. Aktif Çalışan Hekimlerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı

Kaynak: YÖK, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, YÖK Yayınları, Ankara, 2010, s. 45.



Grafik 4. Aktif Çalışan Pratisyen Hekimlerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı

Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s. 51.



Grafik 5. Aktif Çalışan Uzman Hekimlerin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı

Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s. 60.

Aktif çalışan pratisyen hekimlerin kurumlara göre sayısal dağılımı ile aktif çalışan uzman hekimlerin kurumlara göre sayısal dağılımını birlikte değerlendirdiğimizde çok anlamlı sonuçlara erişebilmekteyiz.

Türkiye’de çalışan hekimlerin % 79,70’si kamu hastanelerinde % 20,30’u ise özel sağlık sunucularında (özel hastanelerde ya da muayenehanelerde) çalışmaktadır. Oysa pratisyen hekimlerin kamu hastanelerinde çalışma oranı % 88,65 iken pratisyen hekimlerin özel sağlık sunucularında çalışma oranı % 11,35’e düşmektedir. Uzman hekimlerin kamuya ait hastanelerde çalışma oranı % 67,48 ile pratisyen hekimlere göre oldukça düşüktür. Uzman hekimlerin özel sağlık sunucularında çalışma oranı ise %32,52’dir ki; bu bize uzman hekimlerin pratisyen hekimlere oranla özel sağlık sunucularında çalışmayı seçtiğini göstermektedir.

Türkiye’de faaliyette bulunan hastane sayısı 1.439’dur. Bu hastanelerin 843 tanesi Sağlık Bakanlığı, 62 tanesi üniversiteler, 489 tanesi özel sektör, 45 tanesi diğer kurum ve

kuruluşlar tarafından işletilmektedir⁹⁵⁵. Sektörlere göre hastane sayısı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 6
Sektörlere Göre Hastane Sayısı (2010)

Sektör Türü	Hastane Sayısı
Sağlık Bakanlığı	843
Üniversite Hastanesi	62
Özel hastane	489
Diğer	45
Toplam	1.439

Kaynak: Fatma Özge VAROĞLU, “Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Gelişim Süreci ve Sürdürülebilirliği Açısından İyi Uygulama Örnekleri Çerçevesinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İle İlişkisi” Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, (SGK), 2012, s.124.

Genel sağlık sigortalıları ve hak sahiplerinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına müracaatları 2008, 2009 ve 2010 yılları arasında şu şekilde gerçekleşmiştir. 2008 yılında hastanelere başvuran hasta sayısı 200.586.000 kişidir. Bunların 56.985.000 tanesi özel sağlık sunucularına başvurmuştur. 2009 yılında hastanelere başvuran sayısı 231.178.000’e yükselmiş ve bu hastaların 66.194.000 tanesi özel hastaneleri tercih etmiştir. 2010 yılında 2. ve 3. basamak sağlık sunucusu olan hastanelere müracaat eden hasta sayısı ise 256.540.000 olarak gerçekleşmiş ve bu dönemde 71.171.000 hasta özel sağlık sunucularına başvurmuştur. Özel sağlık sunucularına başvuru oranı 2008 yılı için % 28,12, 2009 yılı için %28,63, 2010 yılı için % 27,74 olmuştur⁹⁵⁶.

2011 yılı Aralık ayında yapılan ve 2012 yılından itibaren geçerli olan protokole göre % 70 ilave ücret alabilecek hastane sayısı 90, % 60 ilave ücret alabilecek hastane sayısı 147, % 50 ilave ücret alabilecek hastane sayısı 141, % 40 ilave ücret alabilecek hastane sayısı 75, % 30 ilave ücret alabilecek hastane sayısı 3’tür. Yine 22 hastane SGK ile kısmi branş için anlaşma yapmış olup kısmi branş anlaşması yapan özel hastanelerin alabileceği tavan ilave ücret oranı %30’dur.

SGK ve Devlet tarafından özel hastanelere yapılan sağlık ödemeleri son dönemlerde yükselme eğilimi göstermektedir. 2007 yılında tedavi amacıyla (ilaç hariç) sağlık hizmet

⁹⁵⁵ VAROĞLU, s.124.

⁹⁵⁶ SGK 2011/Ekim Ayı İstatistik Bülteni, www.sgk.gov.tr (02.02.2012).

sunucularına ödenen tutar 24.859 Milyon TL'dir. 2008 yılında ödenen tutar 32.403 Milyon TL olarak gerçekleşmiş ve 2009 yılında sağlık hizmet sunucularına ödenen sağlık hizmet bedeli 36.146 TL'ye yükselmiştir. 2007, 2008 ve 2009 yıllarında özel sağlık hizmeti sunucularına ödenen sağlık harcamaları, sırasıyla 5.072 Milyon TL, 9.315 Milyon TL ve 9.883 TL olarak gerçekleşmiştir. Oran olarak incelediğimizde sağlık hizmet sunucularına ayrılan payın 2007 yılında % 20,40, 2008 yılında % 28,19, 2009 yılında ise % 27,34 olarak gerçekleştiği görülmektedir.⁹⁵⁷ Dolayısıyla 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesiyle birlikte özel sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarlarda ciddi bir artış olduğu anlaşılmaktadır.

IV. KAPSAMA ALINAN SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMAK İÇİN ARANAN KOŞULLAR BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA

Sosyal Güvenlik alanında reform çalışmaları yürütülürken sağlık ile ilgili iki önemli temel politika belirlenmiştir. Bunlardan ilki vatandaşların hastalanmalarına engel olacak her türlü koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması, ikinci ise hastalık halinde vatandaşların sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmelerinin ve en etkili tedavi yöntemleri ile tedavi edilmelerinin sağlanmasıdır⁹⁵⁸. Bu temel politikalardan hareketle genel sağlık sigortası uygulamasına geçildiğinde daha önce değişik kurumlarca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin tamamının kapsamının muhafaza edilmesi öncelikli ilke olarak benimsenmiştir⁹⁵⁹.

Nitekim 5510 sayılı Kanunun finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri başlıklı 63. maddesinde de “*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 azaltulmasını temin etmek...*” denerek, öncelikli politikanın vatandaşların sağlıklı kalmalarını sağlamak olduğu görülmektedir. Hastalık halinde ise gerekli tedavi ve iyileştirme hizmetlerinin tam bir iyileşme sağlanana kadar devam ettirilmesi hüküm altına alınmıştır.

⁹⁵⁷ SGK, **2009 Yılı Faaliyet Raporu**, SGK Yayınları, Ankara, 2010, s.46.

⁹⁵⁸ BEYAZ KİTAP, s.27.

⁹⁵⁹ BEYAZ KİTAP, s.30.

Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerini tek tek saymak yerine finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetlerinin belirtilmesi konunun anlaşılması bakımından daha faydalı olacaktır. Zira kanunda finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri tek tek sayıldığından bunlar dışındaki sağlık hizmetlerinin tamamının kapsamda olduğu anlaşılmalıdır.

Bu bağlamda; 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 Bakanlığı'na izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığı'na 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 hizmetleri olarak ifade edilebilir (5510, m.64/a-b-c).

Kanunun 64. maddesinin 1. fıkrasının (a), (b) ve (c) alt bentlerinde sayılan ve kapsama alınmayan sağlık hizmetleri yönünden mevcut uygulama ile daha önceki uygulamalar karşılaştırıldığında genel sağlık sigortası ile getirilen düzenlemenin sağlık hizmetlerinin kapsamı bakımından çok daha geniş tutulduğu söylenebilir. Zira daha önce finansmanı sağlanmayan yardımcı üreme yöntemleri bile genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.

Yukarıda da ifade edildiği gibi 64. maddenin birinci fıkrasının ilk üç alt bendi dikkate alınarak yapılan değerlendirmede kapsama alınan sağlık hizmetleri bakımından genel sağlık sigortası uygulamasının tartışmasız daha üstün olduğu ortadadır. Buna karşın kanunun ilk halinde ve 5510 sayılı Kanunda köklü değişiklikler yapan 5754 sayılı Kanunda yer almayan ancak 6270 sayılı Kanun ile 5510 sayılı Kanunun 64. maddesi birinci fıkrasına eklenen (d) bendine dikkat çekilmesi yerinde olacaktır. Anılan bent ile “ 6. maddeye göre yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri” şeklinde bir düzenlemeye gidilmiştir.

Bunun anlamı genel sağlık sigortası kapsamına alınan sağlık hizmetlerinde bir geriye gidişin olacağı, bazı hastalıkların tedavisinin kapsam dışı tutulacağı veya finansmanının tamamen üstlenilmeyeceğidir. Hiç şüphesiz bu düzenleme genel sağlık sigortasının

tamamlayıcısı olarak özel sağlık sigortacılığının da sisteme dahil edilmesine ve sağlık hizmetlerinin sunumunda finansman açısından sürdürülebilirliğin sağlanmasına yöneliktir. Bu bağlamda yapılan bu son düzenleme ile her ne kadar sistemin uzun dönemli olarak sürdürülebilirliğinin artırılması amaçlanmış olsa da finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı bakımından bir geriye gidişin yaşanacağı aşikârdır.

Tablo 7

Eski Kanunlara Göre ve 5510 Sayılı Kanuna Göre Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmak İçin Aranılan Koşullar

KANUN	PRİM/GÜN SAYISI	İŞTEN AYRILMA	KIZ ÇOCUKLARI	EŞ	ANA-BABA
506 Sayılı Kanun	Sigortalı:90 *Diğer: 120	6 ay 10 gün	Kapsamda	Kapsamda	Kapsamda
1479 Sayılı Kanun	İlk Tescil:240 Tekrar: 120	90 gün	Kapsamda	Kapsamda	Kapsamda
5434 Sayılı Kanun	İşe başlanılan gün	İşten ayrıldığı gün	Kapsamda	Kapsamda	Kapsamda
2925 Sayılı Kanun	120 gün	İşten ayrıldığı gün	Öğrenim durumuna göre***	Erkek Eş Yararlanamaz****	Yok
2926 Sayılı Kanun	İlk Tescil:240 Tekrar: 120	90 gün	Kapsamda	Kapsamda	Kapsamda
5510 Sayılı Kanun	30 gün	9- 99 gün**	Öğrenim durumuna göre***	Kapsamda	Kapsamda

Kaynak: Yazar tarafından anılan kanunlardan yararlanılarak geliştirilmiştir.

* Diğer'den kasıt bakmakla yükümlü olunan aile bireyleridir.

** Son bir yıl içinde 90 gün ve üzeri prim gün sayısı olan 4/I-a'lılar 99 gün süreyle, prim gün sayısı 30-89 arası olanlar 9 gün süreyle sağlık hizmetlerinden yararlanır. Bu sürenin bitiminde hak sahibi değilse 60/I-c veya 60/g kapsamında GSS'li olunur. 4/I-b ve 4/I-c kapsamındakilerin sigortalılık niteliğini yitirdikten sonra 99 gün daha yararlanma hakları yoktur.

*** Kız çocukları öğrenim durumuna göre 18, 20 veya en fazla 25 yaşına kadar bakmakla yükümlü olun kişi kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlandırılır.

**** 2925 sayılı Kanuna göre sigortalının karısı, çalışmayacak durumda malul veya 55 yaşını doldurmuş kocası sağlık hizmetlerinden yararlanabilir.

Yukarıda tablo'da sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için eski kanunlarda ve 5510 sayılı Kanunda aran şartları gösterilmiştir. Tablo'dan da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için aranan prim ödeme gün sayısı bakımında 5510 sayılı Kanun ile önceki uygulamalardan daha avantajlı bir durum söz konusudur. Sadece 5434 sayılı Kanuna tabi olanlar çalışmaya başladıkları günden itibaren sağlık hizmetlerinden

yararlanabilmekteyken 5510 sayılı Kanun ile bu süre 30 güne çıkarılmıştır. Bunun dışında her hangi bir geriye gidişten bahsetmek mümkün değildir.

Sigortalılık niteliği yitirdikten sonra 506 sayılı Kanun kapsamındakiler 6 ay 10 gün daha, 1479 ve 2926 sayılı Kanun kapsamındakiler ise 90 gün daha sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekteydi. 5510 sayılı Kanun ile 4/I-a kapsamında olanlar için son bir yıl içinde 90 gün ve üzeri prim gün sayıları olması durumunda 99 gün daha sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı getirilmiştir. 5510 sayılı Kanun kapsamında olan diğer sigortalılar için ise en fazla 9 gün süreyle daha sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek söz konusudur. Bu anlamda bir değerlendirme yapıldığında sanki geriye doğru bir gidiş olduğu düşünülse dahi esas itibariyle bir kez genel sağlık sigortalısı olduğundan ikametın yurt dışına çıkarılması ve ölüm dışında sağlık sigortasından sürekli bir yararlanma söz konusu olmaktadır.

Bir başka ifadeyle 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinde belirtilen genel sağlık sigortalılık statülerinden her hangi birine tabi olunduktan sonra statü değişse de genel sağlık sigortalılığı sona ermemektedir. Genel sağlık sigortası kapsamı dışına ya ikametın Türkiye dışında bir ülkeye taşınması suretiyle ya da ölüm halinde çıkılabilmektedir. Tüm bu hususlar bir arada dikkate alındığında genel sağlık sigortası uygulaması ile sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için geriye bir gidişin söz konusu olmadığı, aksine sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için aranan şartların bazı istisnalar (borcun olmaması gibi) dışında herkes için aynı hale getirildiği ifade edilebilir.

V. NAKDİ HASTALIK YARDIMLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMA

Hastalık bir risk olarak, kişinin geçici olarak çalışma gücünün kaybolmasına ve bu duruma bağlı olarak gelirinin azalmasına neden olur. Bu bağlamda sosyal sigortaların ilk branşı olan hastalık sigortası ile kişilere çalışma güçlerini yeniden kazanmaları için gerekli tedavi edici sağlık hizmetleri sunulur. Ayrıca sosyal güvenliğin diğer bir fonksiyonu olan geliri ikame etme fonksiyonu da göz ardı edilmez ve hastalanan kişinin çalışmadığı süre için yoksun kaldığı gelirinin telafisi için kanunlardaki düzenlemelere göre sigortalılara nakdi para yardımı da yapılır. Gelirin eksilmesine bağlı olarak nakdi yardım yapılan diğer sosyal sigorta kolları ise iş kazası, meslek hastalığı ve analık sigorta kollarıdır. Bu sigorta kollarından da sigortalılara nakdi para yardımı yapılmaktadır⁹⁶⁰.

⁹⁶⁰ Ayrıntılı bilgi için bakınız, Birinci Bölüm.

5510 sayılı Kanun yürürlüğe girmeden önce sadece 506 sayılı Kanun kapsamındakilerin, hastalık haline bağlı olarak istirahatlı oldukları süreler için nakdi yardım almaları söz konusudur. Yine sadece 506 sayılı Kanun kapsamındakiler iş kazası ve meslek hastalığı ile analık durumunda yoksun kaldıkları gelirlerini telafi edici nakdi para yardımından yararlanabilmekteydi. Belirtmeliyiz ki, 5510 sayılı Kanun 506 sayılı Kanunun ile paralel düzenlemelerin yer aldığı bir kanundur. Bu anlamda 506 sayılı Kanun kapsamında olan işçiler aynı şekilde parasal yardımlardan yararlanmaya devam etmektedir. Kanunun 4/I-c kapsamında olanların kısa vadeli sigorta kollarından, 4/I-b kapsamındakilerin ise hastalığa bağlı iş göremezlik ödeneğinden yararlanma hakları bulunmamaktadır⁹⁶¹.

Buna karşın 5510 sayılı Kanunda analık ve kazaya bağlı olarak çalışılmayan günler için yapılacak parasal yardımlar, kapsamdan önceki uygulamalara göre daha geniş tutulmuştur. Yapılan düzenleme ile 4/I-b kapsamında olanların analık, iş kazası ve meslek hastalığı hallerinde belirli koşulların yerine getirilmesi durumunda iş göremezlik ödeneği alabilmelerinin önü açılmıştır.

Buna göre; kanunun 4. maddenin 1. fıkrasının (b) bendinde belirtilen muhtarlar ile aynı bendin (1), (2) ve (4) numaralı alt bentleri kapsamındaki sigortalı kadının analığı halinde, doğumdan önceki bir yıl içinde en az doksan gün kısa vadeli sigorta primi bildirilmiş olması ve genel sağlık sigortası dahil prim ve prime ilişkin her türlü borçlarının ödenmiş olması şartıyla, doğumdan önceki ve sonraki sekizer haftalık sürede, çoğul gebelik halinde ise doğumdan önceki sekiz haftalık süreye iki haftalık süre ilâve edilerek çalışmadığı her gün için, geçici iş göremezlik ödeneği almaları mümkündür. Ancak 4. maddenin 1. fıkrasının (b) bendin (3) numaralı alt bendinde belirtilen şirket ortaklarının analık haline bağlı olarak geçici iş göremezlik ödemesi alma hakları yoktur⁹⁶².

Yine, daha önce iş kazası ve meslek hastalığına bağlı olarak hiçbir şekilde nakdi yardım hakkı bulunmayan 4/I-b'liler, 5510 sayılı Kanunla birlikte iş kazası veya meslek hastalığına bağlı olarak yatarak tedavi sürelerince veya yatarak tedavi sonrası bu tedavinin gereği olarak istirahat raporu aldıkları sürece geçici iş göremezlik ödeneği almaya hakkına kavuştular. Bu durumda göz önünde bulundurularak bir değerlendirme yapmak gerekirse sigortalıların, hastalık, analık, iş kazası ve meslek hastalığına bağlı olarak iş göremez hale geldikleri süreler için ödenen nakdi yardımlarda da geriye doğru bir gidiş olmadığı ortadadır.

⁹⁶¹ SARAÇ, s.63.

⁹⁶² Murat ÖZDAMAR, “Doğum Yapan Meslek Mensupları Analığa Bağlı İş Göremezlik Ödeneği Alabilir Mi?”, **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı:100, (Temmuz-Ağustos 2010), s.300., SARAÇ, s.62.

Aksine daha önce nakdi yardım alma hakkı olmayan bağımsız çalışanlarda yukarıda belirtilen durumlarda kısmen de olsa yoksun kaldıkları gelirlerinin telafisi için nakdi yardımlardan faydalanabilir hale gelmiştir.

VI. SAĞLIK HİZMETLERİNİN, FİNANSMAN AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Sosyal devlet anlayışının ne ölçüde benimsendiği aynı zamanda sosyal sigortaların finansmanında en önemli rolü oynamaktadır. Zira sosyal sigortaların finansmanı için ön görülen bu rol, 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 göstermektedir⁹⁶³.

Bu bağlamda ülkemizdeki sağlık sisteminin finansmanına baktığımızda gerek daha önceki uygulamalarda gerekse 5510 sayılı Kanun döneminde karma bir yapının benimsendiği görülmektedir. Aşağıda tabloda 5510 sayılı Kanun öncesi dönemde sağlık hizmeti sunumu ve finansman yöntemleri gösterilmiştir.

Tablo 8
5510 Sayılı Kanun Öncesi Dönemde Sağlık Hizmet Sunumu ve Finansman Yöntemleri

Sosyal Sigorta Sistemi	Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi	Özel Sağlık Sistemi
SSK, SSK Tarım	Memurlar	Özel Sağlık Sigortaları
Bağ-Kur, Bağ-Kur Tarım	Yeşil Kart Sahipleri	Cepten Ödemeler
Emekli Sandığı	65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç Vatandaşlar	
Özel Sandıklar		

Kaynak: ÇSGB, **Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform (Beyaz Kitap)**, ÇSGB Yayınları, Ankara, 2005, s.26.

Tablo'dan da anlaşılacağı üzere ülkemizde sağlık sistemin finansmanında karma bir yapı benimsenmiştir. SSK, Bağ-Kur, Tarım Sigortası, Tarım Bağ-Kur'u, Özel Sandıklar ve Emekli Sandığı emeklileri için sosyal sigorta sistemi yani primli sistem benimsenmişken,

⁹⁶³ DPT, **Dokuzuncu Kalkınma Planı: Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s.24., http://plan9.dpt.gov.tr/oik11_sosyalguvenlik/sosyalgu.pdf, (20.02.2012).

devlet memurları, yeşil kartlılar ve 2022 sayılı Kanun kapsamındakiler için ulusal sağlık hizmetleri sistemi yani vergilerle finans yöntemi benimsenmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı bakımından 5510 sayılı Kanunda aynı yapıyı benimsenmiştir. Yani 5510 sayılı Kanunda da sağlık hizmetlerinin finansmanı için sigortalı ve işverenlerden prim toplanmasının yanı sıra prim ödeme gücünden yoksun muhtaç ve yoksullarının sağlık primleri de devlet tarafından üstlenilmiştir. Bunun yanında devletin toplanan primlerin % 25'i oranında ilave bir katılımı da söz konusudur. 5510 sayılı Kanunla birlikte Avrupa ülkelerinde olduğu gibi devletin finansmana aktif bir katılımı olduğundan yeni dönemde daha çağdaş sigortacılığın benimsendiği söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından 5510 sayılı Kanun ile önceki yapı korunmakla birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için 5510 sayılı Kanun ile prim dışında katılım payı ve ilave ücret adı altında prim dışında çok sayıda ödeme türüne de yer verilmiştir.

1. Katılım Payı Ödenmesi

506 sayılı Kanuna göre sağlık yardımlarının sunumu SSK hastaneleri ya da polikliniklerinde yapılmakta, sigortalılardan veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ayakta tedavi ya da yatarak tedaviler için ciddi oranda bir katılım payı alınmamaktadır⁹⁶⁴. Ancak ilaç kullanımında tasarrufu sağlama adına aktif sigortalılar ilaç bedellerinin % 20'sini, pasif sigortalılar ise % 10'unu kendisi ödemektedir. Ayrıca 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 ilaç katılım bedeli de sigortalıdan alınmaz. Protez araç ve gereçleri kullanımında ise protez araç ve gereçlerinin bedeline 16 yaşından büyükler için belirlenen asgari ücretin 1,5 katından fazla olamaması koşuluyla % 20 oranında katılım payı ödenmesi söz konusudur.

⁹⁶⁴ 506 sayılı Kanuna eklenen ek 3. maddeye göre her bir poliklinik muayenesi için 20 TL den az olmamak üzere katkı payı alınması öngörülmüştür. Alınması ön görülen bu katkı payı miktarı daha sonra 06.08.1982 tarih ve 92/3337 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla 01.10.1992 tarihinden itibaren 20 gösterge rakamının memur maaş katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan miktar olarak belirlenmiştir. Bu poliklinik muayenesi ücreti günümüz koşullarında 1,30 TL'ye tekabül etmektedir. Ayrıca mesai saatleri dışında SSK hastanelerinde mesai saatleri dışında acil sağlık hizmetleri hariç olmak üzere alınacak sağlık hizmetlerinden sadece muayene ve yapılacak ameliyatlar için her yıl Maliye Bakanlığınca yayınlanan tedavi yardımları ile ilgili bütçe uygulama talimatıyla belirlenen fiyatların yarısı tutarında katkı payı alınır. Bkz. ŞAKAR, Sosyal Sigortalar, (2004), s.240-241.; EKMEKÇİ/TUNCAY, (11.b.), s.4.

Aynı şekilde aktif Bağ-Kur sigortalıları içinde yatarak tedavilerde tedavi veya ilaç katkı payı ödenmemekte, ayaktan tedavilere bağlı ilaç alımlarında ise aktif çalışanlardan ilaç bedelinin % 20'si oranında, gelir ya da aylık almakta olan pasif sigortalılardan ise % 10 oranında ilaç bedeline katkı payı alınmaktadır. Protez araç ve gereçlerinde katılım payı aktif sigortalılar için % 20, gelir ve aylık alanlar için % 10'dur. Ancak protez araç ve gereç bedellerinde bir üst sınır uygulaması vardır. Ödenecek katkı payı miktarı aktif sigortalılarda birinci gelir basamağının 1,5 katı, gelir ya da aylık alanlar için birinci gelir basamağının % 65'inden fazla olamayacaktır.

5434 sayılı Kanun kapsamında olanlar için ise resmi sağlık kurumlarından yapılan tedavilerde hasta hiçbir şekilde katılım payı ödememektedir. Tedavinin özel sağlık kurumlarında gerçekleşmesi durumunda, özel sağlık kurumu katılım payı ya da fark ücret talep etmez ise hasta muayene veya diğer tedavi giderleri için hiçbir bedel ödemez. Burada belirleyici olan Emekli Sandığı ya da aktif sigortalıların çalıştıkları kurumlar ile ilgili özel sağlık kurumlarının yaptığı sözleşme hükümleridir. Yatarak tedavilerde ilaç bedellerinin tamamı memurun çalıştığı Kurum tarafından karşılanır. Ayakta sağlanan tedavilerde ilaç bedelinin % 20'si memur tarafından karşılanır. Emekli Sandığı emeklileri yatarak tedavi hallerinde ilaç bedeli ödemez ancak ayaktan tedavilerde ilaç bedelinin % 10'una katkıda bulunur.

Görüleceği üzere gerek 506 sayılı Kanun kapsamındakiler (poliklinik muayeneleri için alınan cüzi miktar dışında), gerek 1479 sayılı Kanun kapsamındakiler gerekse 5434 sayılı Kanun kapsamındakiler, ayakta ya da yatarak tedaviler için her hangi bir katılım payı ödememektedir⁹⁶⁵. Yine yatarak tedavilerde ilgililerden ilaç katılım payı alınmamaktadır. Ayakta tedavilere bağlı olarak alınan ilaçlarda ise aktif sigortalılardan ilaç bedelinin % 20'si, pasif sigortalılardan ise ilaç bedelinin % 10'u oranında katılım payı alınır. Protez ve ortezler için ise % 20'ye varan oranlarda katılım payı öngörülmüş ancak alınabilecek katılım payı için bir üst sınırdaki getirilmiştir.

⁹⁶⁵ Sosyal Güvenlik Kurumuna ait hastanelerin Sağlık Bakanlığına devri ile birlikte Kurumun sadece sağlık hizmetlerinin finansmanı karşılar duruma gelmesinden ve SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı devraldıktan sonra SSK mensuplarından 20 katsayısının memur maaş katsayısı ile çarpılması sonucu bulunan tutarın yanı sıra Bağ-Kur mensuplarından da poliklinik muayene bedellerinin %10'u tutarında katılım payı alınmaya başlanmıştır. Emekli sandığı mensuplarından ise her hangi bir katılım payı alınması söz konusu değildir. Bkz. 25.05.2007 tarih 26532 sayılı (mükerrer) Sosyal Güvenlik Sağlık Uygulama Tebliği,

5510 sayılı Kanunda ise bazı sağlık hizmetleri, bazı muayeneler, bazı özel haller ve bazı sigortalılar dışında herkesten katılım payı alınması ön görülmüřtür⁹⁶⁶. Alınacak katılım payı ücretleri ise hali hazırda birinci basamak sağlık hizmet sunucuları için 2 TL iken 8 Mart 2012 tarihinden itibaren kaldırılmıřtır⁹⁶⁷., ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularından alınan sağlık hizmetleri için 5 TL, özel hastaneler için ise 12 TL olarak uygulanmaktadır. İlaçlardan katılım payı alınması uygulamasında eski sistem korunmuş ve aktif sigortalıların ilaç bedelinin % 20'si, pasif sigortalıların ise ilaç bedelinin % 10'u oranında katılıp payı ödemeleri ön görülmüştür. Ayrıca yapılan son düzenleme reçetede yer alan üç kaleme/üç kutuya kadar ilaç/ilaçlar için 3 Türk Lirası, ilave her bir kalem/kutu ilaç için 1 Türk Lirası olmak üzere katılım payı alınması ön görülmüştür.

Protez ve ortezler için daha önce uygulandığı gibi % 20'ye varan oranlarda katılım payı öngörölmüş ancak alınabilecek katılım payı için belirlenen üst sınır asgari ücretin % 75'i ile sınırlandırılmıştır. 5510 sayılı Kanun ile getirilen ancak uygulamaya konmayan bir diğer uygulama ise Kurumca belirlenecek yatarak tedavilerde sağlık hizmet bedelinin % 1'i oranında katılıp payı alınmasının öngörölmesidir. Bu durum içinde bir üst sınır getirilmiş olup yatarak tedavilerde alınabilecek katılım payı miktarının bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçemeyeceği hüküm altına alınmıştır (5510, m.68/IV).

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda önceki dönem uygulamalar ile genel sağlık sigortasına geçildikten sonraki katılıp payı alınması uygulamaları karşılaştırıldığında ilaç ile protez ve ortezler için ön görölen katılım paylarında ciddi anlamda bir değişiklik olmadığı, aksine protez ve ortezler için üst sınır asgari ücretin % 75'i olarak belirlendiğinden bu araç ve gereçlere ulaşımın daha da kolay hale getirildiği görölmektedir. Ayakta tedavilerde alınması ön görölen 2, 8 ve 15'er TL'lik katılım payları ise sigortalılar açısından ek bir maliyet getirmekle birlikte katlanılamayacak miktarlarda olduğu da ileri sürülemez. Hiç şüphesiz sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması tüm toplum için marjinal fayda sağlayacak bir durumdur. Bu bağlamda toplum içinde yaşayan herkese ödeme gücü ile orantılı olarak bu yükün dağıtılması kaçınılmazdır. Ayrıca ayakta tedavilerde alınan katılım payının katı bir sevk zinciri uygulamasına geçilemediği bu dönemde dolaylı olarak bu görevi de yerine getirdiği göz ardı edilmemelidir.

⁹⁶⁶ bkz. 5510, m 69.

⁹⁶⁷ Aile hekimi muayenesi sonrasında ilaç alınmaz ise katılım payı ödenmemektedir. İlaç alınması halinde 3 TL, üç kutudan fazla ilaç alınması durumunda ise 3 TL'ye ilave olarak her bir kutu için ilaç için 1 TL katılım payı alınmaktadır.

2. Sağlık Hizmetlerinden İlave Ücret Alınması Bakımından Karşılaştırılması

İlave ücret alınması uygulaması, kamu kurumlarına ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devri sonrası sosyal güvenlik kurumlarının sigortalı ve hak sahiplerine sundukları sağlık hizmetlerini resmi ya da özel sağlık sunucusu tarafından satın alma yoluyla yerine getirmesi sonucu başlamıştır. Dolayısıyla 5510 sayılı Kanun ilave ücret adı altında yeni bir ödeme türünü getirmiştir⁹⁶⁸.

Daha önce SSK hastanelerinden faydalanan ya da sevkle diğer hastanelere tedavi amacıyla gönderilen SSK sigortalıları ve hak sahipleri, Devlet hastanelerinden sağlık hizmeti alan Bağ-Kur sigortalıları ve hak sahipleri ile Emekli Sandığı iştirakçileri tedavi olmak için ilave ücret ödememekteydi. Hastanelerin devri sonrası sağlık hizmetlerinin özel sağlık sunucularından da alınmasıyla birlikte gerek SGK'ya devirden önce SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, gerekse devir sonrası SGK, anlaşma yaptığı özel hastanelere belirli bir tutarda ilave ücret almalarına müsaade etmiştir. Burada ilave ücretten değil, finansmana katılımdan söz etmek daha isabetli olacaktır⁹⁶⁹. 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesiyle birlikte ilave ücret alınması zorunlu hale gelmiştir.

Esasında ilave ücret için taban ve tavan sınırı uygulanması kanımızca doğru değildir. İlave ücret oranı % 0 ila ilk etapta % 100 oranı arasında belirlenmeli, ilerleyen dönemlerde ilave ücret oranı % 300'lere kadar yükseltilebilmelidir. Bunu belirleyecek olan ise SGK değil, hastanelerin bizzat kendisi olmalıdır. SGK sadece ilave ücret alınmasına esas olacak kriterleri belirlemelidir.

İlave ücret ile ilgili olarak üç özel durumdan söz edebiliriz⁹⁷⁰.

Resmi sağlık hizmet sunucuları ile vakıf üniversiteleri sağlık hizmeti sunucuları ilave ücret talep etme hakkına sahip değildir.

Şeref aylığı alanlar, sosyal tazmin aylığı alanlar, harp malullüğü ve terör mağduru aylığı alanlarla bunların hak sahiplerinden ilave ücret alınmaz. Ancak bu kişilerden ilave ücret alınmaması için kamu sağlık hizmet sunucularından sevkli gelmeleri şarttır.

⁹⁶⁸ Ali Nazım SÖZER, "Genel Sağlık Sigortasında Sunulan Edimler: Kapsam ve Yararlanma Koşulları", **Sicil Dergisi**, Sayı: 10, (Haziran-2008), s.153.

⁹⁶⁹ SÖZER'e göre; fark ödemelerinin özel sağlık kuruluşları tarafından 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesi öncesinde alınması isabetli olmamış sonrasında da özel sağlık kuruluşlarının talebiyle ilave ücret alınması uygulamasına gidilmiştir.

⁹⁷⁰ SÖZER, Kapsam ve Yararlanma Koşulları, s.154.

Alınabilecek ilave ücret Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu⁹⁷¹ (SHFK) tarafından belirlenen sağlık hizmet bedelinin bir katını diğer bir ifade ile yüzde yüzünü geçemez.

Özel sağlık sunucuları için ilave ücret alınmasının zorunlu tutulması bir anlamda hastaların ekonomik tercihte bulunmasını, sonucunda hastaların dolaylı olarak resmi ve özel sağlık sunucusuna eşit biçimde dağıtımını amacını gütmektedir. İlave ücret oranı Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmekte ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca⁹⁷² belirlenen tedavi bedelinin % 90'ını aşamamaktadır⁹⁷³. Hastaneler tarafından alınabilecek ilave ücret oranları, hastanelerin çalışan sayısı, yatak sayısı gibi büyüklüklerini ölçebilecek kriterler gözetilerek SGK tarafından belirlenmektedir. 2012 yılı için geçerli olan ilave ücret oranları % 30 ila % 90 aralığındadır.

Tablo 9
Sağlık Hizmetlerine İlişkin Maddi Katkı Tablosu

Maddi Katkı Türü	Katkı Miktarı
1-Ayakta tedavi katılım payı	(-)
2-Öğretim üyesi fark ödemesi	SHFK tarafından saptanır.(Üst sınırı SGK belirler)
3-Ortez, protez (aynı edim) katılım payı	Aynı edimin % 10-20'si (Oran SGK tarafından saptanır.)
4-Ayakta tedavide ilaç katılım payı	Aynı edimin % 10-20'si (Oran SGK tarafından saptanır.) +Kutu sayısına bağlı ilave ödeme
5-Yataklı tedavide otelcilik fark ödemesi	SHFK tarafından belirlenir. (Sağlık tesisi en fazla 3 kat artırabilir)
6-Sağlık hizmeti ilave ücreti	SHFK tarafından belirlenir. (BKK ile en fazla % 100'e yükseltilebilir.
7-İstisnai sağlık hizmeti ilave ücreti	SHFK tarafından belirlenir. (Sağlık tesisi en fazla 3 kat artırabilir)
8-Yataklı tedavi katılım payı	SHFK tarafından belirlenir.(% 1) Vazgeçildi.

Kaynak: Ali Nazım Sözer, “Genel Sağlık Sigortasında Sunulan Edimler: Kapsam ve Yararlanma Koşulları”, **Sicil Dergisi**, Sayı:10, Haziran-2008, s.155.

⁹⁷¹ Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu hakkında ayrıntılı bilgi için bkz., Ali Nazım SÖZER, “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, s.39-54.

⁹⁷² Sağlık hizmet bedelleri Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yoluyla tüm taraflara duyurulur.

⁹⁷³ 5510 sayılı Kanunda değişiklik yapan 5754 sayılı Kanun tasarısında ilave ücret oranı % 20 olarak belirlenmişti.

Sağlık Hizmetlerine İlişkin Maddi Katkı Tablosu incelendiğinde 5510 sayılı Kanunla sağlık hizmetleri için yedi farklı ödemenin getirildiği anlaşılmaktadır⁹⁷⁴. Sigortalıların sağlık gereksinimleri için bu kadar çok ödeme ile muhatap bırakılması makul görülmemelidir. **Sözer**'e göre; sağlık hizmet bedeli olarak bu denli fazla ödeme getirilmesi, bu ödemelerden ikisinin SGK, altısının Bakanlar Kurulu tarafından artırabilmesi yetkisi, sağlık piyasasını özerklikten yoksun bırakacak, sağlık piyasası siyasi idareye tabi idari birimler ile özel sektör tarafından yönlendirilecek sonucunda da genel sağlık sigortalıları etkilerinin bulunmadığı bu makamların iradelerine tabi olacaktır⁹⁷⁵.

Ş 20. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN DİĞER ÜLKE UYGULAMALARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI

Sağlık insan gücü, kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamına verilen bir isimdir. Sağlık insan gücü planlaması ise topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere sağlık çalışanların yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde bir zamanlama ile ve doğru bir şekilde istihdam edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan hareketle sağlık insan gücü planlamasını; toplumun kısa, orta ve uzun vadede ortaya çıkacak gereksinimleri öngörülerek, coğrafi, ekonomik ve sosyo-kültürel özellikler ile maliyet/etkin sağlık hizmeti sunumu arasındaki oran dikkate alınarak sağlık hizmeti sunacak insan gücünün planlanması, istihdamı ve yönetimi olarak ifade edilebiliriz⁹⁷⁶.

Devletin en önemli görevlerinden biri toplumun sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak, sağlıklı yaşam düzeyini yükseltmek ve bunun için gerekli alt yapıyı oluşturmaktır. Etkili bir sağlık hizmeti sunabilmek için uygun fiziki mekânlara, yeterli araç ve gerece ihtiyaç olmakla birlikte bu hizmetlerin sunumunda temel unsur insan kaynağıdır. Sağlık hizmetlerinin toplumun değişen ihtiyaçlarına göre sürdürülebilmesinde en önemli güç insan gücüdür. Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıklı bir hayatın devam ettirilmesinde sağlık sektörüne çalışanların nitelik ve niceliğinin büyük önemi vardır⁹⁷⁷.

⁹⁷⁴ Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden 8 Mart 2012 tarihine kadar 2 TL katkı payı alınmış, 29 Şubat 2012 tarihli ve 28219 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ değişikliğiyle katılım payı kaldırılmıştır.

⁹⁷⁵ SÖZER, Kapsam ve Yararlanma Koşulları, s.154.

⁹⁷⁶ Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s.3.

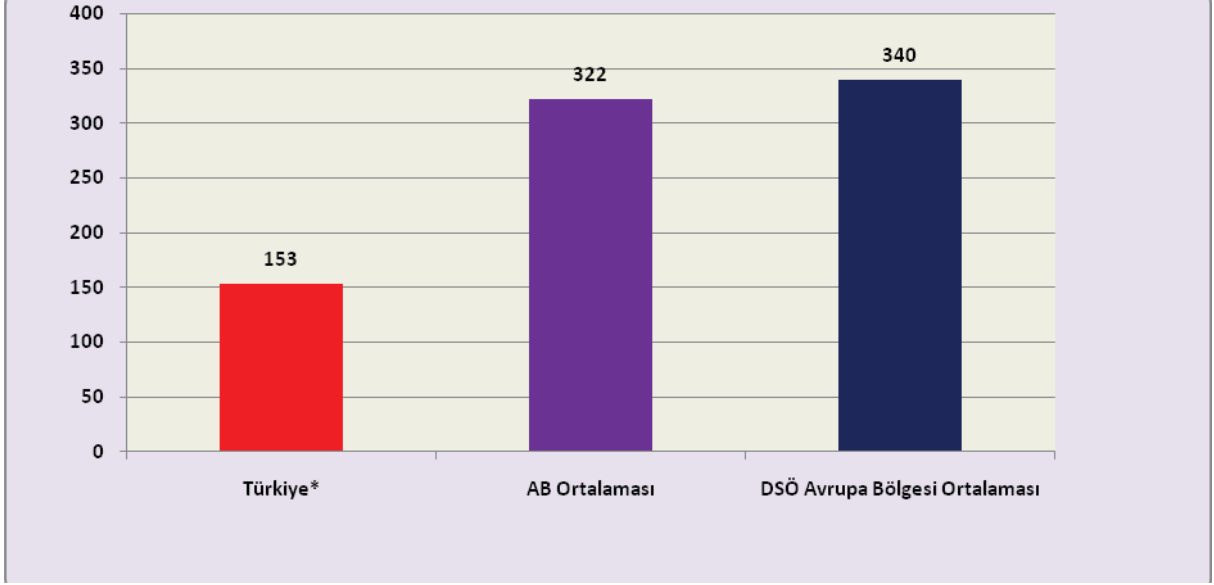
⁹⁷⁷ Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s.XV.

Sağlık hizmetlerinin herkese ve ihtiyaç duyduğu anda verilebilmesi için, bu hizmetleri yürütecek sağlık insan gücünün, çağdaş sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donatılmış olarak sağlık sorunlarını takım anlayışı içinde çalışarak çözebilecek şekilde evrensel niteliklere ve ülke gerçeklerine göre yetiştirilmesi, üretken bir şekilde değerlendirilmesi ve ülke çapında dengeli bir şekilde planlanması ve istihdam edilmesi gerekmektedir.

Bu bölümde ülkemiz sağlık sektöründe çalışan insan gücünü diğer bir ifade ile sağlık envanterini diğer ülkelerle kıyaslayarak genel sağlık sigortası eliyle herkese sağlık hizmeti sunma işlevini yerine getirebilme kapasitesi değerlendirilecektir. Ayrıca Türk sağlık sistemi ile diğer ülkelerdeki sağlık sistemlerinin karşılaştırması yapılacaktır.

I. SAĞLIK ENVANTERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMA

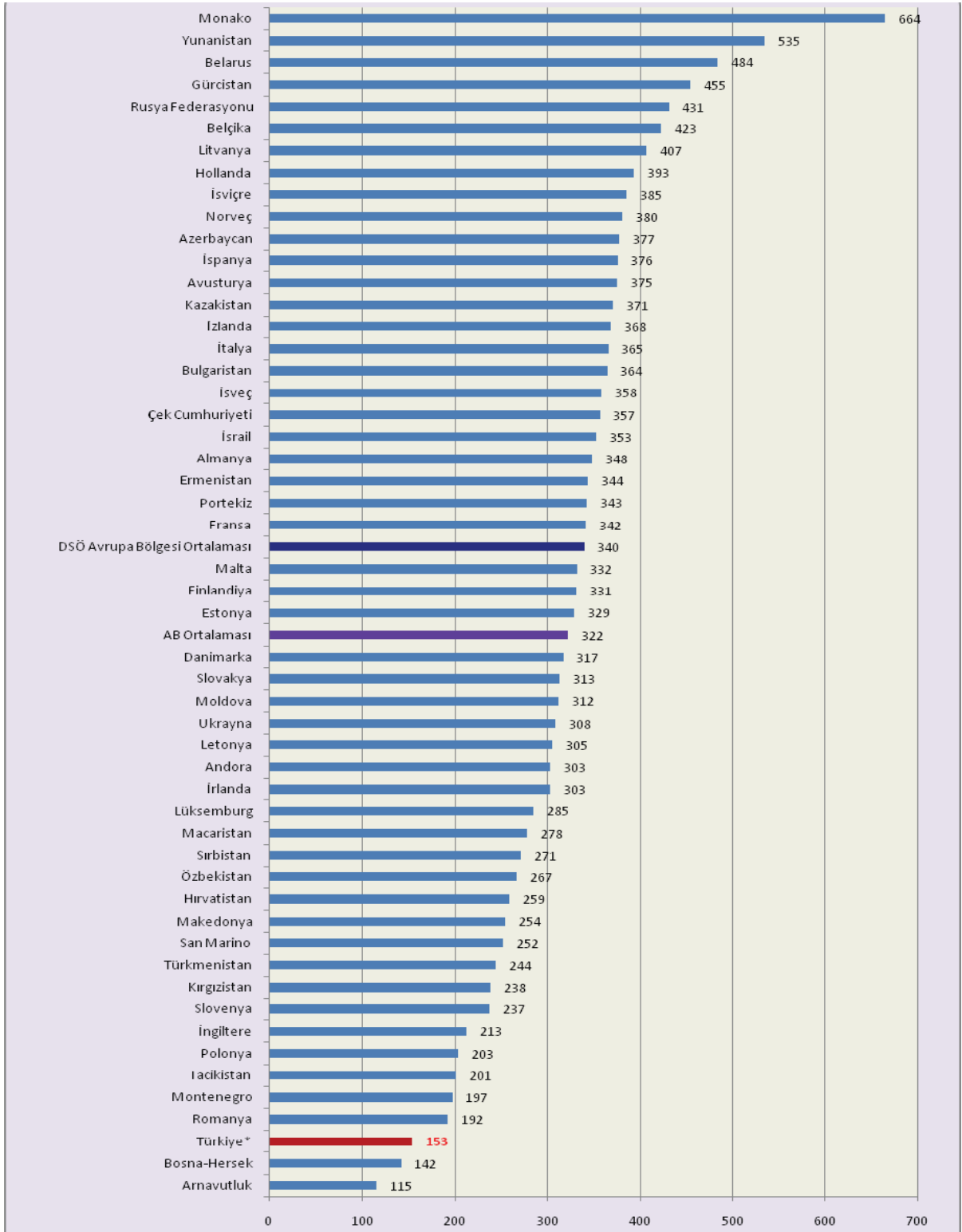
Türkiye’de halen 31.978’i pratisyen, 58.258’i uzman ve 20.975’i tıpta uzmanlık eğitimine devam eden olmak üzere toplam 111.211 hekim bulunmaktadır. Bu hekimlerin 63.622’si Sağlık Bakanlığında, 25.015’i üniversitelerde ve 22.574’ü özel sektöre ait sağlık sunucularında çalışmaktadır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine (ADNKS) göre Türkiye’nin nüfusu 31 Aralık 2009 tarihi itibarıyla 72.561.312’dir. Hekim sayısını nüfusa oranladığımızda Türkiye’de her 100.000 kişiye 153 hekim düştüğü anlaşılmaktadır. Oysa bu oran Avrupa Birliği’ne üye ülkelerde 322’dir. Dolayısıyla Türk sağlık sisteminin hekim sayısı açısından yetersiz olduğunu belirtebiliriz.



Grafik 6. 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı Bakımından AB Ortalaması, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Ortalaması ve Türkiye Karşılaştırması

Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s. 46.

100.000 Kişiyeye düşen hekim sayısını kriter olarak dikkate aldığımızda Avrupa’daki ülkelerin tamamına yakınından daha az sayıda hekime sahip olduğumuz anlaşılmaktadır. Avrupa ülkeleri içinde 100.000 kişiyeye düşen hekim sayı açısından Türkiye, sadece Bosna-Hersek ve Arnavutluk’tan daha iyi durumdadır.



Grafik 7. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayıları

Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, s. 46.

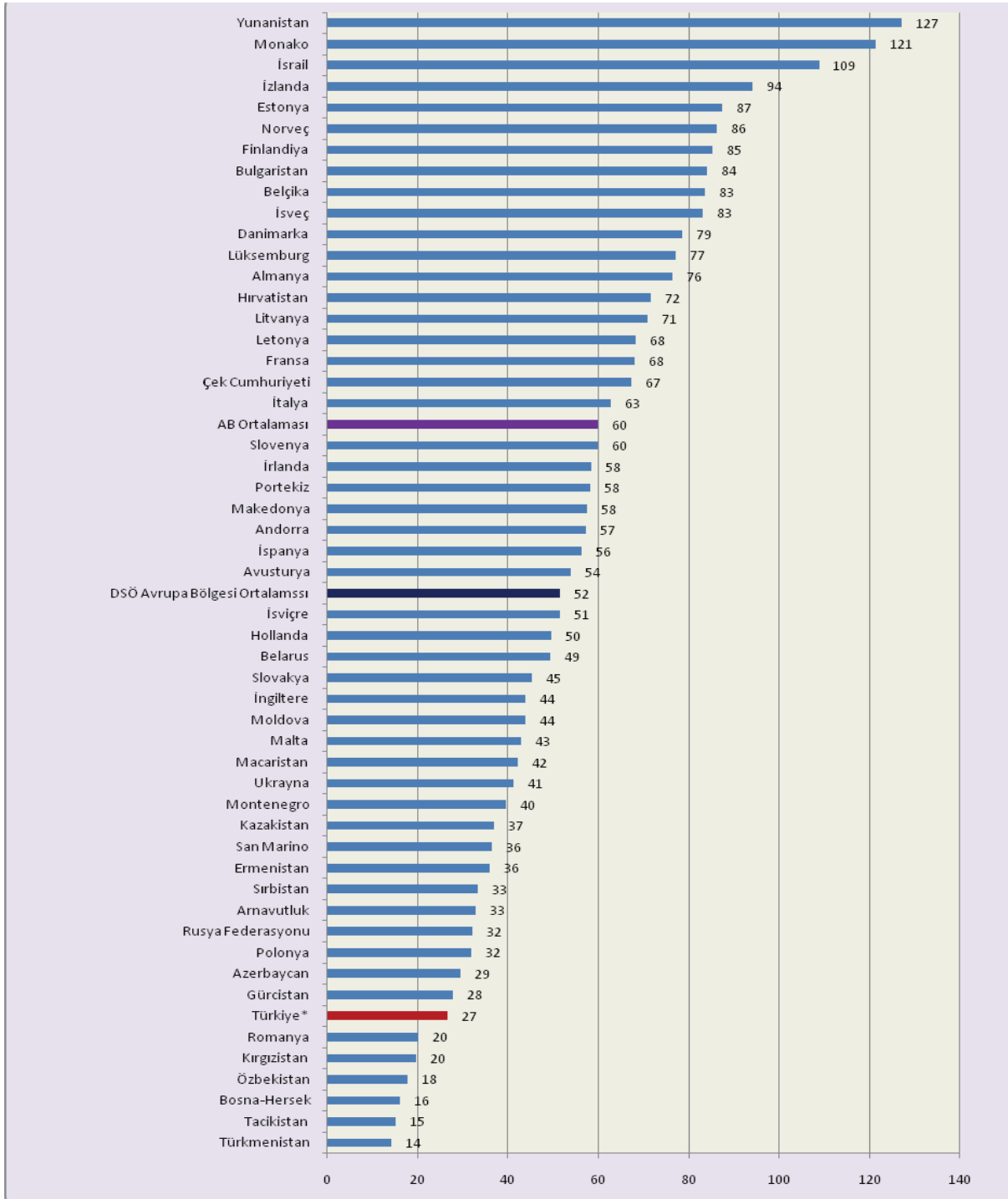
100.000 kişiye düşen hekim sayısını uzman hekim sayısı ve pratisyen hekim sayısı olarak iki farklı kategoride incelersek Türkiye’de görev yapan pratisyen hekim sayısı oranının uzman hekim sayısının oranına göre görece olarak yüksek olduğu anlaşılmaktadır. 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısında Türkiye, son sıradaki Arnavutluk’tan bir basamak öndedir. Oysa 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısında Türkiye, Azerbaycan, Özbekistan, Bosna-Hersek, Tacikistan, Gürcistan, Kazakistan, Rusya Federasyonu, Ukrayna, Karadağ- Monako- Kırgızistan, Belarus ve Slovakya’nın üzerindedir⁹⁷⁸. Dolayısıyla hekim uzmanlaşmasında Avrupa ülkelerinin çok gerisinde kaldığımızı belirtebiliriz.

Aynı olumsuz tablo 100.000 kişiye düşen dış hekimi sayısında da kendini göstermektedir. Haziran 2010 itibariyle Türkiye’de toplam 19.264 dış hekimi aktif olarak çalışmaktadır. Ancak bunların büyük bölümü özel sektörde çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nda çalışan dış hekimi sayısı 5.776, üniversitelerde çalışan dış hekimi sayısı 900, özel sağlık sunucuları ve kendi muayenelerinde çalışan dış hekimi sayısı ise 12.588’dir. Türkiye’de 100.000 kişiye düşen dış hekimi sayısı 27, AB ortalaması 60, Dünya Sağlık Örgütüne üye AB bölge ortalaması ise 52’dir⁹⁷⁹.

100.000 kişiye düşen dış hekimi oranlarında Türkiye, son sıradaki Türkmenistan ile Tacikistan, Bosna-Hersek, Özbekistan, Kırgızistan ve Romanya’nın üzerindedir.

⁹⁷⁸ Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s.54-65.

⁹⁷⁹ Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s.80-82.

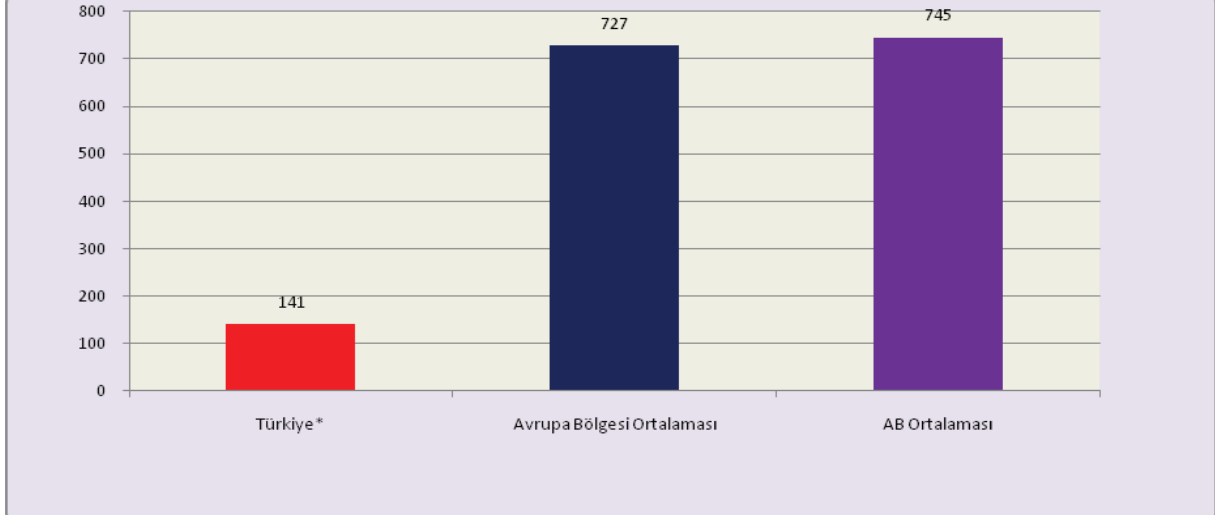


Grafik 8. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişiye Düşen Dış Hekimi Sayıları

Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s. 83.

Türkiye’de sağlık sektörüne çalışan 102.564 hemşire bulunmaktadır. Bunların 70.288’i Sağlık Bakanlığı’nda, 15.335’i üniversite hastanelerinde, 16.941’i ise özel sağlık sunucularında çalışmaktadır. Türkiye, 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı bakımından AB

ortalamasının oldukça gerisindedir. 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye’de 141 iken 100.000 kişiye düşen hemşire sayısında AB ülke ortalaması 745’tir. Dolayısıyla Türkiye ile AB ülke ortalaması arasında % 500’ün üzerinde fark bulunmaktadır.



Grafik 9. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı Bakımından AB Ortalaması, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Ortalaması ve Türkiye Karşılaştırması

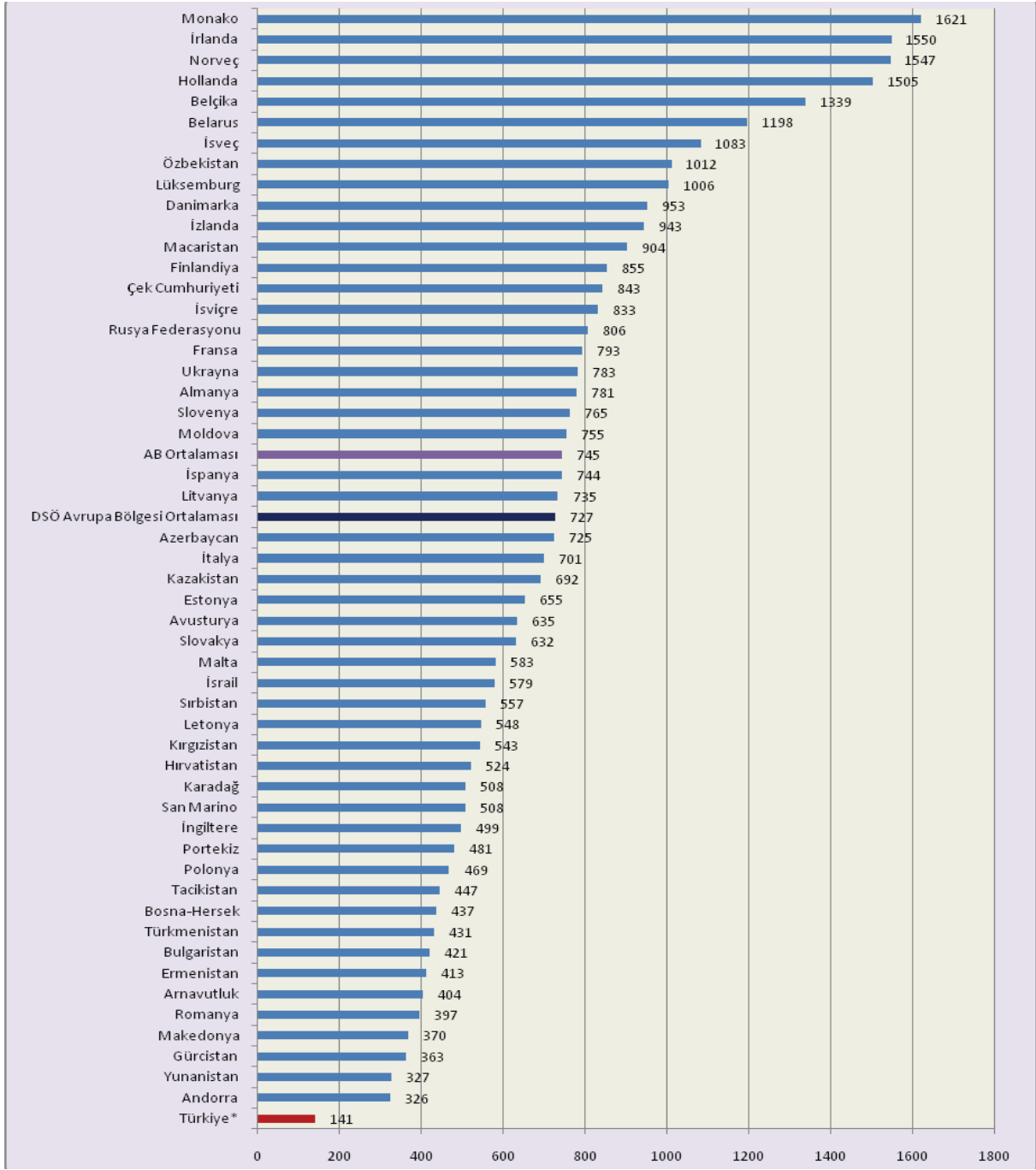
Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s. 93.

100.000 kişiye düşen hemşire sayısı bakımından Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında son sırada gelmektedir. 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı oranı bakımından Türkiye’ye en yakın ülke Andora ve Yunanistan’dır ki; bu ülke oranları bile Türkiye’nin % 140’ından daha yüksektir. İrlanda, Norveç ve Hollanda gibi ülkelerdeki 100.000 kişiye düşen hemşire oranı Türkiye’deki 100.000 kişiye düşen hemşire oranının % 1.000’inin üzerindedir. Türkiye’de çalışan ebe sayısı hemşire sayısına göre oldukça farklı ve anlamlıdır.

Türkiye’de 48.085 ebe çalışmaktadır. Bunların 43.404’ü Sağlık Bakanlığında, 554’ü üniversite hastanelerinde, 4217’si ise özel sağlık sunucularında çalışmaktadır. Türkiye’de 100.000 kişiye düşen ebe sayısı 66’dır. AB ülke ortalaması ise 36’dır. 100.000 kişiye düşen ebe sayısı oranında Türkiye, Azerbaycan, Özbekistan, İsveç ve İzlanda’dan sonra gelmektedir⁹⁸⁰.

⁹⁸⁰ Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, s.98-99.

Grafik 10



Grafik 10. Türkiye’de, DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde ve AB Üyesi Ülkelerde 100.000 Kişiye Düşen Hemşire Sayıları

Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, s. 94.

Türk sağlık envanterini Avrupa Birliği’ne üye olan ülkeler ve Dünya Sağlık Örgütü’ne üye olan ülkelerin sağlık envanteri ile karşılaştırdığımızda sağlık hizmeti sunumunda aktif görev yapan hekim, diş hekimi ve hemşire sayısı bakımından oldukça

gerilerde bulunduğumuz anlaşılmaktadır. Ancak AB üyesi ülkelerdeki 100.000 kişiye düşen ebe sayısı Türkiye'nin oldukça altındadır. Bunun nedeni Türkiye'deki doğum oranının yüksekliğinden kaynaklanmaktadır. Ebe sayısı açısından bir miktar sağlık planlama hatası olduğunu da söyleyebiliriz.

II. KAPSAMA ALINAN KİŞİLER BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA

Türk sosyal güvenlik sisteminde gerek sigortalılık ilişkisinde gerekse genel sağlık sigortalılığı ilişkisinde zorunluluk ilkesi esas alınmıştır. Bu husus 5510 sayılı Kanunun 92. maddesinde *“Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamındaki kişilerin sigortalı ve genel sağlık sigortalısı olması, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ise genel sağlık sigortalısı olması zorunludur. Bu Kanunda yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak, vazgeçmek veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir”* denilerek güvence altına alınmıştır. Bununla birlikte sigortalılık açısından zorunluluk ilkesinin istisnasına da kanun içinde yer verilmiş ve 50. maddede yapılan düzenleme ile isteğe bağlı sigortalılık düzenlenmiştir.

Sigortalılık ilişkisinde zorunluluk ilkesinin istisnası olarak isteğe bağlı sigorta düzenlenmekle birlikte genel sağlık sigortalılığı bakımında kapsam belirlenirken toplumun tamamı, hatta ülkede bulunan vatansız ve sığınmacılar ile diğer yabancı uyruklu kişiler sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Diğer bir anlatım ile Türkiye'de genel sağlık sigortalılığı için zorunluluk ilkesi egemendir ve toplumun tamamının sağlık sigortası kapsamına alınması amaçlanmıştır. 2011/Ekim ayı itibariyle ülke nüfusunun % 97,84'ü genel sağlık sigortası kapsamındadır. Genel sağlık sigortasının 1 Ocak 2012 tarihi itibariyle tüm kesimler için zorunlu hale gelmesiyle birlikte kanunda kapsam dışında tutulan kişiler dışında Ülke nüfusunun tamamının genel sağlık sigortası kapsamına alınacağı, bu hedefe 2012 yılının ilk altı ayında ulaşılabileceği anlaşılmaktadır.

Belirtmeliyiz ki; askerlik hizmetini er veya erbaş olarak yapmakta olanlar, yedek subay okulu öğrencileri, yabancı ülkelerdeki kuruluşlar adına ve hesabına Türkiye'ye gönderilen ve yabancı ülkede sigortalı olduğunu belgeleyenler, Türkiye'de ticari faaliyet içinde bulunarak kendi nam ve hesabına çalışan ancak yurt dışında ikamet ederek aynı zamanda bulunduğu ülkede sosyal güvenlik sistemine tabi olanlar, Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslar arası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde işverenleri tarafından buldukları ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı

yapılanlar ve ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular da zorunlu genel sağlık sigortası dışında tutulsalar dahi bu sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarının olmadığı anlamına gelmemektedir. Bu durumdaki kişilerde statülerine bağlı olarak temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir.

Bu anlamda Türkiye’de oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından, yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayanlar dışında Türkiye’de ikamet eden herkesin sağlık hizmetleri kapsamında olduğu, sadece Türkiye’de ikamet ettiği halde bahsi edilen bir yıllık süreyi tamamlamayan yabancı uyruklu kişilerin sağlık sigortası kapsamı dışında tutulduğu ifade edilebilir.

Hollanda’da yaşayanların tamamına yakınının zorunlu sağlık sigortası kapsamında olduğu sadece istisna olarak vicdani retçiler adı verilen ve dini inançları ya da kişisel görüşlerine bağlı olarak sisteme dahil olmak istemeyerek muafiyet belgesi verilenlerin kapsam dışında kaldığı görülmektedir. Belçika’da ise ülke nüfusunun %99’u sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Almanya ikamet eden herkesi zorunlu sağlık sigortası ya da isteğe bağlı özel sağlık sigortası kapsamına alırken İsveç’te tüm nüfus ulusal sağlık sigortası kapsamında zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin vergiler ile finanse edildiği İngiltere içinde durum diğer ülkelerden farklı değildir. Bu anlamda İngiltere’de işi olsun ya da olmasın herkes sağlık ihtiyaçlarını devletin organize ettiği Ulusal Sağlık Servisi isimli kamu kurumundan alır.

Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kişiler bakımından kapsamı değerlendirildiğinde; Türkiye’nin 2004 yılından itibaren sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında gerçekleştirdiği reformlar sayesinde gelişmiş ülkeler seviyesine ulaştığı ve ülke nüfusunun tamamını kapsamına alan bir sağlık sigortası sistemini oluşturduğunu söylemek mümkündür.

III. SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRMA

Sağlık hizmetlerinin sunumu bakımından Türkiye ve diğer ülkelerdeki uygulamaları karşılaştırırken, sonuçlarının daha anlaşılır şekilde ifade edilebilmesi için konunun alt başlıklara ayrılması faydalı olacaktır. Bu anlamda konu; sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sevk zinciri, sağlık sigortası kapsamına alınan sağlık yardımları, katılım payı alınması, sağlık hizmetlerinin sunumunda tamamlayıcı özel sağlık sigortaların yeri ve sağlık hizmetlerine bağlı nakdi ödemeler, olmak üzere beş başlık altında ele alınarak karşılaştırılacaktır. Belirtmeliyiz ki, sağlık hizmetlerinin verilme süresi bakımından

Türkiye’de olduğu gibi incelen diğer ülkelerde de bir süre sınırlaması söz konusu değildir. Yani sağlık hizmetleri hasta iyileşene kadar verilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin verilme süresi bakımından bir karşılaştırma yapılmasına gerek görülmemiştir.

1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Sevk Zinciri

Birçok ülke, sağlık kuruluşları önündeki gereksiz yığılmayı önleme adına sağlık hizmetlerini hiyerarşik bir yapı içerisinde diğer bir ifade ile basamaklandırma yoluyla bir sevk zinciri oluşturarak sunarlar. Türkiye’de de bu anlayış kabul görmüş ve nitekim 5510 sayılı Kanunun 70. maddesinde 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 diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığı’nın görüşü alınarak SGK tarafından belirleneceği, aile hekimlerinin birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alacağı hüküm altına alınmıştır.

Diğer bir ifadeyle Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu için üç farklı basamak öngörülmüştür. Ancak basamakların sınıflandırılması görevi sağlık hizmetlerinin finansmanını karşılayan Sosyal Güvenlik Kurumu yerine Sağlık Bakanlığına bırakılmıştır. Yine 5510 sayılı Kanunda “kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır” hükmüne yer verilmiştir. Kanunun sevk zinciri uygulanmasını zorunlu kılan bu maddesine bakarak Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda sevk zinciri uygulamasının katı bir şekilde uygulandığı sonucuna varmak mümkün görünse de gerçekte uygulama bu şekilde değildir. Sevk zinciri uygulamasına geçilememesinin birçok nedeni olmakla birlikte en önemli sebebin yeterli sayıda aile hekimi istihdam edilememesinden kaynaklandığı anlaşılmaktadır.

Konuyu toparlayacak olursak, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık hizmet sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları olarak sınıflandırılmış, aile hekimleri de birinci basamak sağlık hizmet sunucusu olarak nitelendirilmiştir. Yine kanunla sağlık hizmet sunucularına müracaatta sevk zinciri uygulanacağı hüküm altına alınmıştır. Buna karşın birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulaması üzerine inşa edildiği halde, yeteri kadar aile hekimi yetiştirilmeden uygulamaya geçildiğinden, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeteri kadar verim

alınmamakta, ayrıca sistemin kurgusunda yer alan sevk zinciri uygulamasına geçilememektedir. Bunun üzerine de birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları ile özel hastaneler için farklı katkı payları belirlenerek örtülü biçimde bir sevk zinciri uygulanmak istenmektedir.

Belirtmek gerekir ki, ikinci ve üçüncü sağlık hizmet sunucularına müracaatta tedavi sonrası katılım payı alınması sevk zinciri hayata geçirildiğinde ortadan kalkacak bir durum değildir. Dolayısıyla sevk zinciri uygulamasına geçildiğinde de aynı miktarlarda ya da daha fazla miktarda katılım payı alınmaya devam edilecektir. Çünkü katılım payı alınması sevk zinciri uygulamasıyla ilgili bir durum olmayıp sağlık hizmetlerinin finanssal açıdan sürdürülebilirliğinin sağlanmasıyla ilgilidir. Anlatılmak istenen hali hazırda etkin bir sevk zincirinin olmayışı nedeniyle farklı miktarlarda belirlenen katılım paylarının bu işlevi dolaylı olarak yerine getirdiğidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri uygulamasının sadece Türkiye'ye özgü bir durum olmadığı, aksine ülkelerin tamamına yakınında sağlık hizmet sunucularının sınıflandırıldığı, pek çok ülkede de basamaklandırılan sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zincirinin uygulandığı görülmektedir.

Örneğin Hollanda'da sağlık sigortası ve istisnai sağlık harcamaları sigortası özel sigorta şirketlerince yürütülmektedir. Hollanda Sağlık Kurumu ise bu sigorta şirketlerini ve sağlık hizmet sunucularının denetlenmesi görevini yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için her yıl özel sigorta şirketleri, sayıları 8.000'i bulan aile hekimleri dahil olmak üzere tüm sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yaparlar. Buna karşın Hollanda'da sağlık hizmetlerinin sunumunda katı kurallara bağlanmış bir sevk zinciri uygulaması vardır. Şöyle ki, hastalar birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinden sevk almadan ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına başvuramazlar. Bu katı sayılabilecek uygulama sonucunda Hollanda'da sağlık hizmeti talep edenlerin % 90'ı ikinci ya da üçüncü basamak sağlık sunucularına sevk edilmeksizin aile hekimleri tarafından tedavi edilmektedir.

Fransa'da sunulan sağlık hizmetleri gerek hasta memnuniyeti gerekse sunulan sağlık hizmetleri bakımından dünyada en iyi olarak nitelendirilmektedir. Fransa'da, Hollanda'da olduğu gibi katı bir sevk zinciri uygulaması yoktur. Hastalar isterlerse sevke gerek olmaksızın uzman bir hekime veya hastaneye tedavi olmak için müracaat edebilir. Diğer bir anlatımla Fransa'da sağlık hizmetlerinin sunumunda birinci basamak sağlık sunucusu olarak görev

yapan doktorların hastaların ikinci basamak sağlık hizmet sunucularına başvurmasında etkin bir rolleri bulunmamaktadır.

Ancak katı bir sevk zinciri uygulaması olmadığı halde Fransa'da ayakta tedavi hizmetlerinin %99'u Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından sözleşme yapılan doktorlar tarafından yerine getirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri olan nitelendirilebilecek bu sağlık hizmetlerinden faydalananlarının oranının çok yüksek olması elbette ülkede sevk zinciri yerine örtülü olarak bu işlevi üstlenen geri ödeme modeliyle ilgilidir. Geri ödeme modelinde öncelikli olarak hasta tedavi masraflarını hekime kendileri ödemekte daha sonra geri ödeme yöntemiyle ödedikleri tedavi masraflarını katılım payları düşüldükten sonra geri almaktadırlar. Katılım payı oranlarının çok yüksek olması hiç şüphesiz hastaları göreceli olarak daha az ücret ve katılım payı ödeyecekleri birinci basamak sağlık hizmet sunucusu doktorlara yönlendirmektedir.

Almanya'da ise Hollanda'da olduğu gibi katı bir sevk zinciri uygulaması söz konusudur. Hastalar aile hekimi ya da bir uzman hekim tarafından sevk edilmeden hastanelere başvuramazlar. Sevk alındıktan sonra ise hastalara hekim, hastane ve uzman doktor seçiminde serbestlik tanınmış bir kısıtlama getirilmemiştir.

İsveç'te sağlık hizmetlerinin sunumu diğer pek çok ülkede olduğu gibi basamaklandırılan sağlık hizmet sunucuları tarafından yerine getirilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kamuya ait olup yerel düzeyde organize edilir. İsveç'te sevk zinciri olmakla birlikte sevk zinciri katı kurallara bağlanmamıştır. Bu anlamda hastalar birinci basamak sağlık hizmet sunucularından sevk alamadan hastanelere başvurabilir. Ancak sevk zincirine uygun hareket edilmesi için sevksiz müracaatlarda daha fazla katkı payı ödenmesi öngörülmüştür. Ayrıca sağlık merkezindeki pratisyen hekimden sevk alarak hastanelere müracaat edilmesi durumunda hastanın bekleme süresi kısalmaktadır. İsveç birinci basamak sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de sağlık hizmeti sunumunda hemşirelere verilen önemdir. Zira hastalar doktora görünmeden önce ilk olarak hemşire ile görüşür. Bu görüşme sonunda hemşire durumun ciddi olduğuna karar verir ise hasta sağlık merkezindeki pratisyen hekime yönlendirilir. İsveç'te ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları ise büyüklüklerine ve özgünleşme derecelerine göre "bölge il hastaneleri", "merkez il hastaneleri" ve "bölgesel hastaneler" olarak sınıflandırılmaktadır.

İngiltere'de tüm sağlık hizmetleri üç basamakta gerçekleşmekte, basamaklar arasında çok iyi işleyen sevk zinciri bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ilk başvuru

sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamaktaki hekimden sevk almadan uzman hekime başvurmayaya izin verilmez. Sevk almaksızın uzman hekime başvuran hastalardan muayene ve tedavi ücretleri istenmektedir. Nüfusun % 97'si birinci basamakta pratisyen hekimlere kayıtlı olup sadece üst gelir grubuna ait % 3'lük bir kesim kendi sağlık harcamalarını karşılayabildiğinden sistem dışındadır.

İngiltere'de birinci basamakta, pratisyen hekim, diş hekimi ve göz doktorları bulunmakta, hastaların gereken tedavileri bu hekimler tarafından yerine getirilmektedir. İkinci basamak sağlık sunucuları genellikle 10.000 ila 100.000 arasındaki nüfusun ihtiyaçlarına cevap verecek nitelikte hastanelerden oluşur. 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.

Dünyada sağlığa en fazla harcama yapmakla birlikte herkese eşit ve verimli hizmet sunma başarısızlığıyla ün salmış olan ABD'de diğer ülkelerin aksine sağlık sisteminin kendine özgü karmaşık yapısına bağlı olarak düzenli bir basamak sistemi ve sevk zinciri uygulaması yoktur. Dolayısıyla hastalar genellikle alanında isim yapmış en iyi hekime ulaşma çabasıyla pratisyen hekimler yerine uzman hekimlere başvurmaktadır. Bu anlamda birinci basamak diye adlandırılabilir sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin hastalanmaları durumunda başvurdukları özel hekimler ya da hastanelerden oluşmaktadır. ABD sağlık sistemi en altta çok dar birinci basamak ve geniş spektrumda ikinci ve üçüncü basamak hizmeti sunan çok sayıda hastaneden oluşan bir orta katman ve üstte de az sayıda aşırı uzmanlaşmış akademik hastanelerden oluşan bir yapıdadır

Kanada'da da sağlık hizmetleri sınıflandırılmıştır. Her hastanın serbestçe hekim seçme hakkı bulunmaktadır. Hastanın uzman hekime gidebilmesi için aile hekiminden sevk alma zorunluluğu bulunmamaktadır. Hastalar ilkesel olarak bağlı oldukları eyaletlerde sağlık hizmeti alır ancak hastalar Kanada sınırları içindeki diğer bir eyalet sağlık hizmet sunucularından da hizmet alabilir.

Görüleceği üzere sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri uygulaması ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Kimi ülkeler katı bir sevk zinciri uygulayarak sevksiz bir üst basamağa gitmeyi yasaklarken kimi ülkelerde ise sevk zinciri olmakla birlikte sevksiz olarak da bir üst basamakta tedavi olunması serbest bırakılmıştır. Ancak bu serbestlik daha fazla katılım payı alınması, sevkli giden hastalara öncelik tanınması gibi yaptırımlar ile

dolaylı olarak kontrol altına alınmaktadır. Sağlık hizmet sunucularının basamaklandırılması ise diğer ülkelere göre çok farklı bir sistem uygulayan ABD’de bile uygulanmaktadır.

Türkiye açısından değerlendirme yapmak gerekirse yetersiz aile hekimi nedeniyle tam olarak uygulanamayan sevk zincirinin muhakkak sistem içinde yerini alması gerektiği, etkin bir sevk zinciri uygulaması ile gereksiz sağlık maliyetlerinin önüne geçilebileceğidir. Bu uygulamaya geçilmesi hem sistemin sürdürülebilirliği açısından önemlidir hemde sağlık hizmet sunumunda en koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilebilmesi açısından önemlidir. Burada altı çizilmesi gereken bir durum da, sevk zinciri uygulamasının etkin bir biçimde uygulanabilmesi için hükümetlerin bu yöndeki politikaları desteklemesi gerektiği ve sevk zinciri uygulamasına bağlı olarak göreceli müşteri kaybedecek özel hastanelerin baskılarını göğüslemesi gerektiğidir.

2. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri bakımından cömert bir uygulama söz konusudur. Şöyle ki, daha önceki dönemde kapsamda olan hiçbir sağlık hizmeti kapsam dışına çıkarılmadığı gibi aksine daha önce örneği olmayan yardımcı üreme yöntemi gibi tedavilerde kapsam içine alınmıştır. Kapsam dışında tutulan sağlık hizmetleri ise son derece sınırlı ve hayati önem taşımayan hatta tedavi edilmese dahi kişide bir eksilmeye yol açmayacak sağlık hizmetleridir.

Gerçektende, Kanunda estetik amaçlı sağlık hizmetleri kapsam dışında tutulmuş olmakla birlikte vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak estetik amaçlı sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanacağı belirtilmiştir. Aynı şekilde birçok ülkede hiçbir şekilde sağlık hizmetleri kapsamına alınmayan diş tedavileri bazı istisnaları dışında kapsama alınmıştır. Diş tedavileri içinde kapsam dışı tutulan sadece estetik amaçlı ortodontik diş tedavileridir. Kapsam dışında tutulan bir diğer sağlık hizmeti ise Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleridir. Yine Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri de finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri kapsamı dışında bırakılmıştır⁹⁸¹.

Kapsam dışında tutulan ve beklide en fazla eleştirilebilecek konu, yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü

⁹⁸¹ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s. 756.

olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıklarının kapsam dışında bırakılmasıdır. Burada “sağlık hakkı temel bir insan hakkı olup, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan ve bunu kendi imkânlarıyla karşılama gücünden yoksun olanlar sadece uyruklarına bağlı olarak bu haktan mahrum bırakılamaz” şeklinde bir eleştiri getirilmesi doğal karşılanabilir. Ancak söz konusu durumdaki yabancı uyrukluların kronik olmayan hastalıklarının kapsam dışında olmadığı, muvazaalı işlemler ile sistemin suiistimalinin önlenmesi adına kanun koyucunun bu şekilde bir önlem aldığı da göz ardı edilmemelidir.

Ayrıca, diğer ülkelerde de akla gelen her türlü tedavinin ve sağlık hizmetinin sağlık sigortası kapsamında olduğunu söylemek mümkün değildir. Örneğin; Hollanda’da temel sağlık paketi uygulaması vardır. Diş tedavisi gibi tedaviler bu paket içinde yer almamaktadır. Kapsam dışında kalan sağlık hizmetleri için ise destekleyici sağlık sigortası uygulaması mevcuttur. Yine Belçika’da normal tedaviler, pratisyen ve uzman hekim tedavi ve muayeneleri, fizyoterapistlerin sunduğu tedaviler, diş tedavileri, hastanede sunulan bakım v.b. tedavilerin geri ödeme kapsamında ödenebilmesi için verilen sağlık hizmetlerinin Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Kurumu tarafından diğer sosyal taraflarla da görüşülerek hazırlanan listede bulunması gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle alınan sağlık hizmeti bahsi edilen listede yok ise ödenen ücretin geri ödeme yoluyla iadesi söz konusu değildir.

3. Katılım Payı Alınması

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkelerin karşılaştığı en önemli problemlerden biri sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını önlemek ve uzun dönemde sistemin finanssal açıdan sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Bu bağlamda pekçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de hem sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını ve yığılmaları azaltmak hem de finanssal sürdürülebilirliği sağlamak adına hastalardan katılım payı alınmaktadır. 5510 sayılı Kanun ve ikincil mevzuatta alınacak katılım payı miktarları düzenlenmiş olup ayakta tedaviye bağlı olarak alınan ilaçlar için aktif sigortalılardan % 20, pasif sigortalılardan % 10 oranında katılım payı alınmaktadır⁹⁸². Birinci basamak sağlık hizmet sunucularında tedavide alınmayacak olan katılım payı, kamuya ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında 5 TL, özel

⁹⁸² Vücut dışı ortez ve protezler ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için aktif sigortalılardan %10, pasif sigortalılardan %20 oranında katılım payı alınmakta iken 6283 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanununun 2. maddesi ile 5510 sayılı Kanununun 68. maddesinin ikinci fıkrasında yapılan değişiklik ile, ortez ve protezler ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payını % 1’e kadar indirmeye, Kurumun teklifi üzerine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı yetkili kılınmıştır. Yapılan yeni düzenlemeyle fiyatı yüksek ilaçlardan düşük, fiyatı düşük ilaçlardan yüksek katılım payının alınması amaçlanmaktadır.

hastanelerde ise 12 TL olarak alınmaktadır. Yine protez ve ortezler için aktif sigortalılardan % 20, pasif sigortalılarda ise % 10 oranında katılım payı alınır. Ancak alınacak katılım payı miktarı asgari ücretin % 75'ini geçemez.

Uygulaması olmamakla birlikte kanunda ön görülen diğer bir katılım payı ise yatarak tedavilerde sağlık hizmet bedelinin % 1'i oranında katılıp payı alınmasıdır. Ancak, burada da alınabilecek katılım payı için bir üst limit belirlenmiştir. Yatarak tedavilerde alınabilecek katılım payı miktarı bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçemez. Son düzenleme ile reçete edilen ilaçlardan da katılım payı alınması söz konusudur. Buna göre reçetede yer alan ilaçlar için 3 TL, ilave her bir kutu ilaç için ilave 1 TL katılım payı alınacaktır.

Yukarıda da izah edilmeye çalışıldığı üzere, hastalardan katılım payı alınması sadece Türkiye'ye özgü bir durum değildir. Hollanda'da vatandaşlar bir sağlık sigortası planına dahil olduktan sonra zorunlu olarak katılım eşiğine tabi olarak bir yıl içinde aldıkları muayene, ilaç v.s. sağlık hizmeti tutarlarının 165 €'luk il dilimini kendileri öder. Belçika'da sağlık yardımı alabilmek için minimum katkı payının ödenmesi şarttır. Sigortalılardan alınan katılım payı "kişisel ücret" veya "hasta katılım payı" olarak isimlendirilmekte ve tedavinin çeşidine göre farklılık göstermekle birlikte kişilerden ortalama % 25 oranında katılım payı alınmaktadır.

Fransa içinde durum farklı değildir. Nitekim Fransa'da da hastalar alınan hizmetin niteliğine göre değişse de aldıkları sağlık hizmetleri için bir katkı payı öderler. Fransa'da sigortalıların hekim muayene ücretleri için ödeyecekleri katılım payı % 30, laboratuvar testleri için % 40, tıbbi malzemeler için (örneğin diş protezleri ve reçeteli gözlükler) %3 5, yataklı tesislerde yapılan diş konsültasyon ücretleri için % 25, hastanede yatarak tedavilerde tedavi ücretleri için % 20'dir. Ayrıca hastanede kalınan her gün için hastane giderleri için ayrıca katılım payı ödenir. Ayrıca ilaçlar için % 35, % 65 ve % 100 oranında değişen oranlarda katkı payı alınması söz konusudur.

İsveç'te de katılım payı alınması söz konusudur. Ancak diğer Avrupa ülkelerine göre daha sosyal bir sistem uygulandığı da ifade edilmelidir. Şöyle ki, İsveç'te doktora başvuran ve reçete ile ilaç alan hastalardan "hasta ücreti" denilen bir ücret alınır. Ancak hasta ücreti adı altında alınan katılım payı için hastanın ödediği ücretle ilgili olarak, tıbbi tedaviler konusunda yılda 900 SEK (İsveç Kronu) ve ilaç konusunda yılda 1.300 SEK olmak üzere belli bir üst sınır vardır. Bu tavan ücrete ulaşıldıktan sonra yılın geri kalan kısmında tedavi/ilaç için hiçbir ücret alınmaz.

ABD özel sigorta şirketlerinde ödemelerle ilgili olarak yaygın olan uygulama kesinti yapılmasıdır. Kesinti uygulamasında hasta o yıl içindeki harcamalarının bir kısmını kendisi karşılamak zorundadır. Şöyle ki, tedavilerde ilk 200 \$ sağlık gideri hasta tarafından, sonraki kısım ise sigorta şirketi tarafından karşılanır. Ortak sigorta denilen bir başka sigorta modelinde ise yüksek maliyetli hastane masraflarına hastanın % 20 oranında katkı yapması istenmektedir. 65 yaş ve üzerindeki kişiler için geçerli Medicare programı için dahi katılım payı alınması söz konusudur. Medicare programında tıbbi giderler sınırsız olmakla birlikte masrafların ilk 124 \$ ve sonraki masrafların % 20'lik kısmı hasta tarafından karşılanır.

4. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortalarının Yeri

Genel Sağlık Sigortası 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 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 dağıtımını ve sağlık hizmetlerine erişimin kesintisiz devamı için bir lüks olmaktan ziyade bir ihtiyaçtır.

Diğer bir anlatımla genel sağlık sigortasının finanssal açıdan sürdürülebilirliği üzerindeki sağlık harcamaları baskısını dengelemek ve kontrol altına alabilmek için bir takım argümanların kullanılması kaçınılmazdır. Bu dengenin sağlanabilmesi için kullanılacak argümanlardan ilki toplanan prim gelirlerinin artırılmasıdır. Ancak işçi ve işverenlere yansıtılan prim yükünün ağırlığı göz önüne alındığında prim oranlarının daha da fazla artırılması mümkün gibi görünmemektedir. Diğer bir argüman ise genel sağlık sigortası kapsamının daraltılmasıdır. Temel sağlık hizmetlerinin daraltılması düşünülemeyeceğinden buda çok uygulanabilir bir durum değildir. Bir diğer argüman ise sağlık hizmetlerinin fiyatlarının kontrol altına tutulması ve fiyat tarifesinin düşürülmesidir. Sağlık hizmetlerinin sürekli değişken yapısı ve yeni teknolojilerin hızla gelişmesi bu yönde de bir sınırlamaya gidilmesine engeldir⁹⁸³.

⁹⁸³ Hüseyin ÇELİK ve diğerleri, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, İstanbul, 2003, s.36., <http://www.tamamlayici-sigorta.com/ts.doc>, (21.02.2012).

Esas itibariyle sağlık hizmetlerinin maliyetinin dűşürülmesinde kullanılabilecek en önemli argüman koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vererek kişilerin hastalanmalarının önüne geçilmesidir. Koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi bu anlamda her daim faydalı olacak bir yöntem sunmakla birlikte çağın getirdiği stres ve kanser gibi değişik hastalıkların varlığı ve nüfusun giderek yaşlanması bu alandaki esnekliği azaltmaktadır.

Diğer bir argüman 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. 2012 yılı sonu itibariyle özel sağlık sigortası yaptıranların sayısının 2.003.707 kişi olduđu⁹⁸⁴ göz önüne alındığında prim ve vergi teşviklerine rağmen özel sağlık sigortacılığının arzu edilen seviyede olmadığı aşıkârdır.

Daha önce de ifade edildiği gibi Fransa'da hastalar alınan hizmetin niteliğine göre değişse de aldıkları sağlık hizmetleri için bir katkı payı ödemektedir. Bu anlamda Fransa'da kamu sağlık sigortası sistemi içinde katılım payları önemli bir yer tutmakta ve toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak % 23'ünü oluşturmaktadır. Buna bağlı olarak da Fransa'da tamamlayıcı özel sağlık sigortacılığı nüfusun yaklaşık % 92'sini kapsama almaktadır⁹⁸⁵.

Avustralya'da 1990'lı yılların sonundan itibaren kamu sağlık sigortası üzerindeki finanssal baskıyı azaltmak adına tamamlayıcı sağlık sigortası modeline 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 almaktadır⁹⁸⁶. İsveç gibi sağlığın büyük oranda kamusal ağırlıklı olduğu ülkelerde ise özel sağlık sigortacılığı çok fazla gelişmemiştir. Bu anlamda İsveç'te yaşayanların ancak % 2,3'ü tamamlayıcı niteliği olan özel sağlık sigortalarına sahiptir.

⁹⁸⁴ http://www.tsrbs.org.tr/sites/default/files/documents/4_Police_Adetleri_2011-12.xls, (21.02.2012).

⁹⁸⁵ Varoğlu, s.130.

⁹⁸⁶ Varoğlu,s,131.

5. Hastalığa Bağlı Yapılan Parasal Yardımlar ve Yardımların Süresi Bakımından

Karşılaştırma

Türkiye’de hastalık nedeniyle çalışılmayan günler için hastalık parası (geçici iş göremezlik ödeneği) alma hakkı yalnızca 5510 sayılı Kanunun 4. maddenin birinci fıkrasının (a) bendi ile 5. madde kapsamındaki sigortalılara tanınmıştır. Bu kişilerin geçici iş göremezlik ödeneği alabilmeleri için iş göremezliğin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde adlarına en az doksan gün kısa vadeli sigorta primi bildirilmiş olması gerekmektedir. Bu şartı sağlayanlara geçici iş göremezliğin üçüncü gününden başlanarak her gün için iş göremezlik ödeneği (hastalık parası) ödenir (5510, m.18/I-b).

Diğer bir ifadeyle Türkiye’de işçi statüsünde (4/I-a’lı) çalışanlar ile kısmen sigortalı olarak kabul edilen ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde oluşturulan tesis, atölye ve benzeri ünitelerde çalıştırılan hükümlü ve tutuklulara, hastalık hali nedeniyle iş göremezlik ödeneği ödenir. Geçici iş göremezlik ödeneğine hak kazanabilmek için ise belli bir süre kısa vadeli sigorta kollarına tabi olarak adlarına prim ödenmesi şartı aranır. Bu süre 90 gün olarak belirlenmiş olup bu şartı taşıyanlar iş göremezliğin başladığı üçüncü günden itibaren her gün için iş göremezlik ödeneği alır. Dolayısıyla iş göremezliğin ilk iki günü için her hangi bir parasal yardım yapılmaz. Belirtmeliyiz ki, Türkiye’de kendi adına çalışanların, devlet memurlarının veya isteğe bağlı sigortalıların hastalık haline bağlı iş göremedikleri süreler için parasal yardım alma hakları yoktur⁹⁸⁷.

İş göremezlik devam ettiği sürece hastalık parası ödemeye devam edilir. Yani parasal yardımlarda bir süre sınırlaması yoktur. Dolayısıyla ödeme hastalığın iyileşmesine kadar sürer. Hastalık haline bağlı olarak iş göremezlik hali için yapılacak parasal yardım miktarı ise yatarak tedavilerde günlük kazancın yarısı, ayakta tedavilerde ise günlük kazancın üçte ikisi oranındadır (5510, m. 18/III).

Hollanda’da ise hastalanarak geçici iş göremezlik haline düşen sigortalının işvereni var ise kural olarak geçici iş göremezlik ödemesi işvereni tarafından ödenir. Sigortalının bir işvereni yok ise ya da sonradan bu duruma düşmüş ise bu sefer sigortalıya Hollanda İşçi Sigortası Kurumu tarafından hastalık parası ödenir. Hastalık parası alabilmek için her hangi bir sigortalılık süresi öngörülmemiştir. Hastalık parası işvereni olmayan sigortalılara ilk

⁹⁸⁷ Devlet memurlarının (4/I-c) kısa vadeli sigorta kollarından yararlanma hakkı bulunmamaktadır. Buna gerekte yoktur. Zira Devlet memurları hastalık halinde tam ücret alırlar.

günden itibaren, belirli süreli sözleşme ile ya da ihtiyaç halinde çalıştırılan sigortalının hastalanması nedeniyle iş akdi sona erdirilirse bu sefer iki günlük bekleme süresi geçtikten sonra bunlara hastalık yardımı adı altında ödeme yapılmaya başlanır.

Hollanda'da sigortalılar için hastalık yardım süresi en fazla 104 hafta (2 yıl) olarak belirlenmiştir. Yardımlar her halükarda 65 yaşında sona erer. Bağımsız çalışanlar ayrıca bu durum için sigorta yaptırmamış iseler hastalık yardımından faydalanamazlar. Hastalık yardımı kişinin en son aldığı günlük ücretin % 70'i dir. Ayrıca ödenecek günlük ücret için bir üst sınır söz konusu olup 2011/Haziran ayı itibariyle ödenebilecek günlük en yüksek ücret 190,32 €' dur.

Belçika'da hizmet akdine tabi çalışanların hastalık yardımlarından yararlanabilmesi için 6 aylık sürede 120 gün çalışmış olmaları gerekmektedir. Kendi adına çalışanlar da, hastalık yardımlarından faydalanabilmek için hizmet akdiyle çalışanlar gibi altı aylık bekleme süresini tamamlamalıdır. Devlet memurları için ise farklı bir uygulama söz konusudur. Her devlet memurunun yılda 21 gün hastalık izni vardır. Bu sürenin aşılması durumunda kişiye aktif maaşının % 60'ı ödenir. Hizmet akdine tabi çalışanlar için ise nakdi yardımlar ilk bir yıl ve bir yılı aşan dönem olmak üzere ikiye ayrılır. Bir yıla kadar sigortalının maaşının % 60'ı hastalık parası olarak sigortalıya ödenir. Bir yıldan sonra ise maluliyet devreye girer ve sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişiler varsa maaşının % 65'i, bakmakla yükümlü kimsesi yok ise % 55 ila % 40'ı ödenir. Kendi adına çalışanlar için ise iş göremezlik, bir ayı geçmeyen iş göremezlik durumu, 11 aylık geçici iş göremezlik durumu ve 1 yıldan sonra başlayan maluliyet durumu olmak üzere üç aşamadan oluşur.

Fransa'da da Türkiye ve Belçika'da olduğu gibi hastalık yardımlarından yaralanmak için belli bir süre sigortalı olmak veya çalışmış olmak aranmaktadır. Şöyle ki; sigortalıların nakdi hastalık yardımından faydalanabilmesi için en az bir yıl öncesinden Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından sigortalı olarak tescilinin yapılmış olması ve sigortalının hastalığının başladığı tarihten önceki son üç ay içinde en az 200 saat çalışmış olması gerekmektedir. Fransa'da hastalık parası sadece çalışanlara ve işsizlik ödeneği alanlara ödenmektedir. İlk üç gün için hastalık parası ödenmesi söz konusu değildir. Dördüncü günden 30. güne kadar olan iş göremezlikler için sigortalının ücretinin yarısı ödenir. Eğer hastalık 30 günden fazla süreyle devam etmekte ise ve sigortalının en az üç çocuk geçindirmesi söz konusu ise bu sefer ücretinin üçte ikisi oranında ödeme yapılır.

Fransa’da hastalık parası belirli sürelerle sınırlanmıştır. Kural olarak hastalığın başladığı tarihten itibaren en çok altı ay süre ile hastalık parası ödenmektedir. Yine kural olarak üç yıllık sürede en fazla 360 günlük hastalık parası ödenmesi söz konusu iken ciddi ve uzun süreleri hastalıklarda üç yıl boyunca da hastalık parası ödenebilmektedir. Eğer hastalığın meydana geldiği tarihten önceki bir yıllık sürede sigortalı en az 800 saat çalışmış ise ve bu çalışmasının 200 saati son üç ay içinde ise bu sefer hastalık parası 6 ay süreyle değil 12 ay süreyle ödenir.

Burada İsveç’teki uygulamadan da bahsedilmesi faydalı olacaktır. İsveç’te hastalık nedeniyle yapılan parasal yardımlardan ücretli çalışanlar ile kendi adına çalışanlar yararlanır. Parasal yardımlardan yararlanabilmek için bir çok ülkede uygulananın aksine İsveç’te her hangi bir sigortalılık süresi, çalışma saati ya da tescil süresi aranmamaktadır. Hastalığın ilk günü için her hangi bir ödeme yapılmaz. Yine işçi olarak çalışmaya devam edenlere ilk 14 günlük süreyle hastalık maaşı altında işverenleri tarafından ödeme yapılmaya devam edilir. Sözü edilen 14. günden sonrası için ise sigorta kurumu tarafından hastalık parası adı altında ödeme yapılır.

Pek çok ülkede olduğu gibi İsveç’te de hastalığa bağlı nakdi ödemeler sınırsız değildir. İsveç sosyal güvenlik mevzuatına göre, 450 günlük (yaklaşık 15 ay) bir dönem içinde en fazla 364 gün için hastalık parası ödenebilir. Bir yıl sonunda hastanın halen çalışabilme yeteneği mevcut değilse bu sefer “süresi uzatılmış hastalık parası” almak için başvuruda bulunması gerekir. İşverenler tarafından 2. günden 14. güne kadar ödenen hastalık maaşının miktarı sigortalının aylık ücretinin % 75’i, 14 günden fazla süreler için sosyal sigortalar kurumu tarafından ödenen hastalık parasının miktarı ise aylık ücretin % 80’i kadardır.

Burada Türkiye ile karşılaştırılan ülkelerin tamamının kişi başına düşen milli geliri Türkiye’den çok daha yüksek olduğu halde hastalık sigortasına bağlı nakdi yardımlar için Türkiye’nin daha az cömert olduğundan bahsedilemez. Hastalığa bağlı yardımlar için belli bir süre çalışmış olması şartı sadece Türkiye’de uygulanan bir durum değildir. Buna karşın pek çok ülkede iş göremezliğe bağlı yapılan nakdi ödemeler için bir süre sınırlaması olduğu halde Türkiye’de böyle bir sınırlama ön görülmemiştir. Yine iş göremezlik süresince sigortalının almış olduğu ücretin tamamının ödenmesi hiçbir ülke için söz konusu değildir. Bunun yerine sigortalının ücretin belli bir oranı üzerinden nakdi ödeme yapılmaktadır. Belirtilen bu oranda Türkiye açısından diğer ülkelere göre daha az değildir.

Burada SGK'nın Kanunu aşan bir uygulamasından bahsetmemiz yerinde olacaktır. SGK, hastalanan işçinin hastalıktan önceki son on gün içinde prim ödemesinin bulunmaması halinde iş göremezlik ödemekten imtina etmekte gerekçe olarak ta hastalık ve analık hükümlerinin uygulanmasında sigortalılığın ilgili kanunlar gereği sigortalının ücretsiz izinli olması, greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hallerinde, bu hallerin sona ermesini, takip eden onuncu günden başlanarak yitirilmiş sayılacağına ve ücretsiz izin durumlarında da İş Kanununda belirtilen dışındaki ücretsiz izinlerin dikkate alınmayacağına dayandırmaktadır⁹⁸⁸. Bu uygulama sonucu istirahat başlangıcından önceki son 10 gün içinde prim ödemesi olmayanlar iş göremezlik ödemesi alamamaktadır. Oysa birçok Avrupa ülkesi sigortalılığı sona ermiş olanlara dahi iş göremezlik yardımı yapmaktadır.

IV. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE GSMH'DAN SAĞLIĞA AYRILAN PAY YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRMA

Tüm dünyada sağlık harcamaları çok önemli boyutlara ulaşmıştır. DSÖ verilerine göre, 2009 yılında dünya genelinde gelişmiş ülkelerin ön sıralarda yer aldığı sağlık harcamaları 5,5 trilyon ABD doları olarak gerçekleşmiştir. Özellikle son yıllarda özel sağlık sektörü büyümeye başlamış buna paralel olarak sağlık harcamaları da hızla artmıştır. Sağlık alanındaki artıştan Türkiye de etkilenmiştir. Türkiye'de sağlık harcamaları 2009 yılında 38 milyar ABD doları olarak gerçekleşmiş olup GSYİH içinde % 6,2'lik bir paya sahiptir. Bu oran GSMH yönünden % 8,5 seviyesindedir⁹⁸⁹. Türkiye'deki kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı % 71,4'dür⁹⁹⁰.

2007 yılı verilerine göre, OECD ülkelerine üye ülkelerin sağlık harcama tutarları ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranları şu şekilde gerçekleşmiştir. ABD 7290 \$ - % 16, Fransa 3601 \$ - % 11, İsviçre, 4417 \$ - % 10,8, Almanya 3.601 \$ - % 10,4, Belçika 3895 \$ - % 10,2, Avusturya 3595 \$ - % 10,1, Kanada 3895 \$ - % 10,1, Danimarka 3512 \$ - % 9,8, Hollanda 3837 \$ - % 9,8, Yunanistan 2727 \$ - % 9,6, İzlanda 2510 \$ - % 9,3, Yeni Zelanda 2510 \$ - % 9,2, İsveç 3323 \$ - % 9,1, Norveç 4763 \$ - % 8,9, Avustralya 3763 \$ - % 8,7, İtalya 2686 \$ - % 8,7, İspanya 2671 \$ - % 8,5, İngiltere, 2992 \$ - % 8,4, Finlandiya 2840 \$ - % 8,2, İrlanda 3424 \$ - % 7,6, Macaristan 1388 \$ - % 7,4, Kore 1688 \$ - % 6,8, Polonya 1035 \$ - % 6,4, Meksika 823 \$ - % 5,9 ve Türkiye 576 \$ - % 5,7'dir. OECD ortalamasının 2984 \$

⁹⁸⁸ Ücretsiz izne ayrılanlara sağlık yardımı yapılmayacağına ilişkin ayrıntılı bilgi için bakınız, SGK'nın 23.12.2009 tarih ve 2009/155 sayılı Genelgesi

⁹⁸⁹ VAROĞLU, s.21

⁹⁹⁰ ŞENELDİR, s.307

ve % 8,9 olduğu göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'nin OECD ortalamasının çok altında bir oranda sağlığa pay ayırdığı söylenebilir⁹⁹¹.

OECD ülkeleri arasındaki kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları oranına baktığımızda sağlığa en fazla pay ayırmış olan ABD'nin en geride bulunduğunu, Türkiye'nin OECD ortalamasının biraz altında kaldığı anlaşılmaktadır⁹⁹².

OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı baktığımızda, Danimarka % 93,7, Japonya % 82,7, İngiltere % 81,9, Fransa % 79,3, Almanya % 77, Avusturya % 76,1, Portekiz % 71,8, Türkiye % 71,4, İspanya % 70,6, Kanada % 70,3, İsviçre %59,5 ve ABD'nin % 44,4 olduğu anlaşılmaktadır. Ancak özellikle belirtmemizde fayda var ki; ABD, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı % 44,4 ile en düşük ülke olsa da kişi başı kamu sağlık harcaması 2915 \$ ile en yüksek ülkedir⁹⁹³. Dolayısıyla ABD sağlık sisteminin performansının düşük olduğunu söylemek mümkündür⁹⁹⁴.

Kişi başı ilaç harcaması ve ilaç harcamasının GSYİH'ya oranı açısından ABD yine önde gelen ülke durumundadır. 2007 yılı verilerine göre, OECD ülkelerine üye ülkelerin ilaç harcama tutarları ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranları şu şekilde gerçekleşmiştir⁹⁹⁵.

ABD 878 \$ - % 1,91 Fransa 588 \$ - % 1,4, İsviçre, 454 \$ - % 0,78, Almanya 542 \$ - % 1,34, Belçika 566 \$ - % 1,32, Avusturya 500 \$ - % 1,11, Kanada 691 \$ - % 1,58, Danimarka 301 \$ - % 0,53, Hollanda 422 \$ - % 0,9, Yunanistan 677 \$ - % 2,41, İzlanda 241 \$ - % 0,37, Yeni Zelanda 241 \$ - % 7,9, İsveç 446 \$ - % 0,9, Norveç 381 \$ - % 0,46, İtalya 518 \$ - % 1,44, İspanya 562 \$ - % 1,75, Finlandiya 400 \$ - % 0,85, Macaristan 434 \$ - % 3,16, Kore 416 \$ - % 1,92, Polonya 253 \$ - % 2,27, Meksika 198 \$ - % 2,03 ve Türkiye 125 \$ - % 2,67'dir. Türkiye'nin ilaç harcaması oranı her ne kadar 125 \$ ile çok düşük olsa da GSYİH'ya oranı oldukça yüksektir. Dolayısıyla milli gelire oranla ilaç harcamasının yüksek, sağlık harcamasının ise düşük olduğunu söyleyebiliriz⁹⁹⁶.

⁹⁹¹ PERRSON, s.1.;TENGİLİMOĞLU/GÜZEL, s.7.

⁹⁹² ŞENELDİR, s.306.

⁹⁹³ PERRSON, s.1-2, ŞENELDİR, s.153.

⁹⁹⁴ GÜZEL/OKUR/CANIKLIOĞLU, s.716.

⁹⁹⁵ ŞENELDİR, s.309.

⁹⁹⁶ ŞENELDİR, s.309-310.

SONUÇ

İnsanoğlu var olduğu andan itibaren gerek kendisini gerekse ailesini, yaşamları boyunca doğabilecek tehlikelere karşı koruma ve güvence altına alma ihtiyacı içinde olmuştur. Nitekim insanoğlunun yaratılışından gelen, bugününden gelecekte emin olma ihtiyacı beraberinde bir takım korunma yöntemlerinin geliştirilmesine neden olmuştur. Bugünden ve gelecekte emin olma şeklinde özetlenen düşünce tarzı özellikle sanayileşme ile birlikte sosyal güvenliği insanoğlunun en temel ihtiyaçlarından biri haline getirmiştir. Dolayısıyla modern anlamda sanayileşmenin bir sonucu olarak ortaya çıkan sosyal güvenlik ihtiyacının esasında insanlık tarihi kadar eski bir düşüncenin günümüze yansımaları olduğu söylenebilir. Gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde sosyal güvenliğin sağlanmasında, sosyal sigorta, sosyal yardım, sosyal hizmet ve sosyal tazmin müesseseleri etkinlik kazanmıştır.

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 kullanılması suretiyle kurtarılmasını amaçlayan bir sistemdir⁹⁹². Bu sosyal tehlikelerin belki de en önemlisi hastalık riskidir. Zira hastalık, herkesin hayatında her an karşılaşılabileceği nitelikte bir risktir. Bu niteliği itibarıyla hastalık, sosyal güvenlik hukukunda üzerinde en fazla durulan kısa dönemli risklerdendir. Hastalık kişinin çalışma yaşamı dışında kalmasına diğer bir ifade ile geçici ya da sürekli iş göremez duruma düşmesine yol açabildiği gibi hastalığın teşhisi, tedavisi ve ilaç ihtiyacı nedeniyle kişinin gelirinde azalmaya ya da giderlerinde bir artışa yol açmaktadır. Hastalık riski her ne kadar bireysel bir risk olarak görünse de sağlıklı bir toplumun yaratacağı katma değer göz önünde bulundurulduğunda hastalık riski aynı zamanda toplumsal bir risktir. Bunun doğal sonucu olarak ülkeler, hastalık riskine karşı sağlık sistemlerini daha etkin ve verimli bir yapıya kavuşturma konusunda sürekli politikalar geliştirmektedirler.

Ülkeler, ekonomi, sosyal yapı ve siyasi tercihlerine göre sağlık yardımlarını da içine alan bir sosyal güvenlik modeli benimsemiştir. Doktrinde, benimsenen sosyal güvenlik modelinin temel belirleyici unsur olduğu sosyal sağlık sigorta sistemleri dört ana grupta değerlendirilmektedir. Bunlar, sosyal sağlık sigortası sistemi (Bismack Modeli), ulusal sağlık

⁹⁹² ŞAKAR, Sosyal Sigortalar, s.6.

hizmetleri sistemi (Beveridge Modeli), kamu yardım sistemi, karma ve yerel kuruluşlar sistemidir⁹⁹³. Sağlık sistemleri her ne kadar dört kategori içinde değerlendirilmiş olsa da sağlık sistemi dinamik bir yapıya sahip olduğu için hızlı değişim ve dönüşüm yaşamakta bu nedenle ülkeler birden fazla sağlık sistemini aynı anda uygulayabilmektedir.

Literatürde Bismarck Modeli olarak da isimlendirilen sosyal sağlık sigortası sistemi liberal ekonomi sistemini benimsemiş ülkeler tarafından uygulanmaktadır. Bu modelde kapsama alınan kişiler diğer bir ifade ile sigortalı ile bunların bakma yükümlüsü olduğu aile bireyleri, hastalık öncesi, kazançlarına göre belirli oranda prim öder, hastalık halinde ödenen primlerle ilişki kurulmaksızın ücretsiz ya da piyasa şartlarına göre daha düşük bir ücret ödeyerek (katılım payı, ilave ücret v.b.) ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini alırlar. Bismarck Modelini uygulayan referans alınabilecek ülkeler arasında Almanya, Fransa, Hollanda, Lüksemburg, İsviçre'yi sayabiliriz.

Sosyalizasyon ya da Beveridge Modeli olarak da isimlendirilen Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminde, ülkede yaşayan tüm vatandaşlara ihtiyaç duydukları sağlık sistemi ücretsiz sunulur. Finansmanın kaynağını kamu gelirlerinin oluşturduğu Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminde sağlık hizmetleri tek bir ortak çatı altında yürütülür. İngiltere, İrlanda, İsveç, Danimarka, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemini benimsemiş ülkelerdendir.

Ekonomileri tarıma dayalı olan ve kırsal nüfusun yoğun olduğu ülkelerde uygulama alanı bulan Kamu Yardımı sisteminde, yeterli mali gücü olmayanlardan ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri için ücret talep edilmez. Düşük gelir gurubuna sahip vatandaşlar zorunlu veya isteğe bağlı sigortalılık yoluyla sağlık sigortası kapsamına alınır⁹⁹⁴.

Karma ve Yerel Kuruluşlar Sisteminde sağlığın finansmanı sağlık hizmetini alacak olan kişilerin hastalık öncesi ödedikleri primlerle sağlandığı gibi devletin vergilerden sağlığa ayırdığı bir pay da bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada tarafından uygulanan bu modelde toplumun küçük bir bölümü sosyal sigorta kapsamında sağlık hizmeti alır ancak model esas itibariyle kişinin prim ödemesi üzerine kurulmuştur. En büyük sağlık hizmeti sunucusu özel şirketler olmakla birlikte kar amacı gütmeyen iddia edilen kuruluşların da sağlık alanında faaliyette bulunduğunu belirtmemiz isabetli olur.

⁹⁹³ BOSTANCI, s.277.

⁹⁹⁴ BOSTANCI, s.277.

Genel sağlık sigortası uygulaması öncesi Türkiye'nin sosyal sağlık sigortası ağırlıklı olmak üzere karma bir modeli benimsediğini söylememiz mümkündür. Bir taraftan SSK, Bağ-Kur, Tarım SSK, Tarım Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Özel Banka ve Sigorta Sandıkları kapsamında bulunan kişilere primli rejim yoluyla sağlık hizmeti sunulurken diğer taraftan primsiz rejim kapsamında bulunan düşük gelire sahip Yeşil Kartlılar, 2022 sayılı Kanun kapsamına alınan 65 yaşını doldurmuş muhtaç kişilerle özürlü vatandaşlar, 1005 sayılı Kanun kapsamına alınan vatan hizmetinde bulunmuş istiklal madalyasına sahip Türk vatandaşları, 3292 sayılı Kanun kapsamına alınan vatani hizmet tertibi aylığı bağlanan muhtaç vatandaşlar, 2330 sayılı Kanun kapsamına alınan nakdi tazminat ve aylık bağlanmış kişiler, 3713 sayılı Kanun kapsamına alınan terör mağdurları, 3160 sayılı Kanun gereği aylık bağlanmış kişiler, 2913 sayılı Kanun kapsamına alınan üstün başarı kazanmış muhtaç sporcular ve eşleri, 2828 sayılı Kanun gereği koruma altına alınan kimsesiz çocuklar ve özürlülere nakdi yardım yanında ayrıca sağlık yardımı sunulmuştur. Yine, kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan memurlara, sağlık yardımlarını çalıştıkları kurumlar prim ilişkisi kurmaksızın sağlamıştır.

Türkiye'de uygulamaya başlanan ve 1 Ekim 2008⁹⁹⁵ ila 31 Aralık 2011 tarihleri arasında primli ve primsiz rejim kapsamı dışında kalan diğer bir ifade ile sağlık yardımı alamayanların isteklerine bırakılan genel sağlık sigortası uygulaması 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren zorunluluk halini almıştır. 5510 sayılı Kanunda, kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak tanımlanan genel sağlık sigortasının bir sigorta kolu mu yoksa sağlık hizmetlerinin finansmanına özgülenmiş bir vergi türü mü olduğu tartışmalıdır⁹⁹⁶. Niteliği ister sigorta kolu isterse vergi olarak nitelensin özü itibariyle genel sağlık sigortası 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.

Genel sağlık sigortası sözcüklerinin oluşturduğu genel ifadesi Türkiye'de yaşayan yabancı uyruklu kişiler dahil herkesi kapsadığı için özellikle kullanılmıştır. Ancak genel sağlık sigortasının herkesi kapsamadığı dolayısıyla genel ifadesinin yetersiz ve anlamsız olduğunu özellikle belirtmekte fayda vardır. Yerleşim yeri Türkiye olan yabancı uyruklu kişiler dahil hemen hemen herkes kapsama alınmışken parlamento üyeleri (milletvekilleri) ve

⁹⁹⁵ Primsiz rejim kapsamında sağlık hizmeti alanlar için genel sağlık sağlık sigortasının yürürlük tarihi 1 Temmuz 2008'dir.

⁹⁹⁶ ŞAKAR, GSS Sağlık Vergisidir, s.26.

yüksek yasama organı üyelerinin kapsam dışında tutulması sağlık hizmetlerinin herkese eşit dağıtılacağı, sağlığa herkesin kolay ulaşabileceği hedefini ve iddiasını çürütmektedir. Kaldı ki, Türkiye’de yaşayan herkesin zorunlu olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınması da ayrıca üzerinde tartışılması gereken bir konudur. Zira sağlık sigortası uygulayan ülkelerin hemen hemen tamamına yakınında, yüksek gelir gurubuna sahip olan kişilerin kapsam dışında tutulduğu ve özel sağlık sigortası kapsamına yönlendirildiği görülmektedir.

Gerçekten de hiçbir sağlık hizmetine ihtiyaç duymayan, ihtiyaç halinde de sağlık hizmetini cepten ya da özel sağlık sigortası yoluyla karşılayacak ekonomik güce sahip kişilerin sistem içine alınmasında zorunluluk getirilmesi isabetli olmamıştır. Genel sağlık sigortası, zorunluluk ilkesiyle sağlık sigortasına ihtiyaç duymayanları da genel sağlık sigortalısı sayarak prim ödeme yükümlüsü yapmaktadır. Bir taraftan sağlık ihtiyacı bulunmayan kişileri zorunlu genel sağlık sigortası kapsamına alan ancak diğer taraftan sağlıkta dahil olmak üzere sosyal sigortaya ihtiyaç duyanları, 5510 sayılı Kanununun 53. maddesinin ikinci fıkrası ve Ek 6. maddesi gereği kapsam dışında bırakarak adeta kendi kaderine terk eden uygulamanın zaman içerisinde aksamalara yol açacağı tartışmasız bir gerçektir.

Genel sağlık sigortası kapsamındaki en çarpık düzenlemelerden bir tanesi de sigortalının himayesinde bulunan 18 yaşından büyük bekâr, boşanmış ya da dul kalmış kızları ile ilgilidir. 5510 sayılı Kanuna göre, sigortalının anne ve babası sigortalı üzerinden sağlık yardımı alabilmekte iken 18 yaşından büyük bekâr, boşanmış ya da dul kalmış kızları sigortalı üzerinden sağlık yardımı alamamaktadır. Oysa sigortalının ölümü halinde anne ve babaya ölüm aylığı bağlanması artan hisse bulunmasına ya da artan hisse yoksa 65 yaşını geçmiş olmasına ve en önemlisi gelirin belirli bir seviyenin altında olmasına endekslenmişken kız çocukları, büyük bekâr, boşanmış ya da dul kalmaları halinde sigortalı üzerinden ölüm aylığına dolayısıyla sağlık yardımı alma hakkına kavuşmaktadır.

18 Yaşından büyük büyük bekâr, boşanmış ya da dul kalmış kız çocuğu sigortalının sağlığında sağlık hizmetlerini sigortalı üzerinden alamayıp gelir testine girerek prim ödeme yoluyla (gelir düşükse prim ödenmez) sağlık hizmetlerinden yararlanabilirken sigortalının ölümü halinde gelir şartı aranmaksızın ölüm aylığına hak kazanarak doğal olarak sağlık hizmeti alabilmektedir. Buna karşın kız çocuklarıyla ilgili düzenlemenin tam tersi olarak sigortalının anne ya da babası, sigortalının sağlığında sigortalı üzerinden ücretsiz sağlık yardımı alabilmekte, ölüm halinde de artan hisse/yaş ve düşük gelir şartını sağlamıyorsa ölüm aylığı ve dolayısıyla sağlık yardımı alamamaktadır. Esas itibarıyla 18 yaşından büyük bekâr,

boşanmış ya da dul kalmış kız çocukları sigortalının sağlığında sağlık yardımını koşulsuz almalı, sigortalının ölümü halinde ise tıpkı, anne babaya ölüm aylığı bağlanması şartlarında olduğu gibi ölüm aylığı bağlanması düşük gelir şartına bağlanmalıdır.

Genel sağlık sigortası uygulamasında prim koşulu açısından da isabetsiz düzenlemelere yer verildiğini görmekteyiz. Öncelikle zorunlu sigorta kapsamı dışında kalan ve aynı zamanda primli ve primsiz rejim kapsamında aylık almayan kişiler için gelire bağlı olarak belirlenen prim aralıkları hayatın olağan akışına uygun belirlenmemiştir. Temel alınan gelir aralığının, 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 tutarın asgari ücretin üçte birinden az olması her aile için aynı sonuçları vermeyeceğinden gerçekçi değildir.

ŞAKAR'ın da belirttiği gibi, asgari ücretin üçte birini kazanıyorsan ödeme gücün var anlayışı genel sağlık sigortasını prim ödemezsen hizmet alamazsın mantığına dönüştürmüştür⁹⁹⁷. Gerçekten de, kişi başına düşen kazancı asgari ücretin üçte birinden az olan ve beş ya da üzerinde kişinin yaşadığı aileler için prim ödeme yükümlüsü olmama gerçekçi iken, tek başına yaşayan ve geliri asgari ücretin üçte birinin az üzerinde olan kişinin bu gelirle giyim, barınma ve beslenme giderlerini karşıladıktan sonra artan kısmı prim olarak ödeyecek olması düzenlemenin çarpıklığına iyi bir örnek olacaktır. Dolayısıyla belirlenecek prim aralıklarının aynı hanede yaşayan kişilere göre ayrı ayrı belirlenmesi isabetli bir düzenleme olacaktır.

Prim tutarları ile ilgili diğer bir çarpıklık ise isteğe bağlı sigortalılıkta kendisini göstermektedir. Geliri iki asgari ücretin üzerinde olan kişiler iki asgari ücretin % 12'si üzerinden prim öderken, isteğe bağlı sigortalı olan ve prime esas kazancı asgari ücret seçmiş olan kişiler gelirleri ne olursa olsun asgari ücretin %12 'si üzerinden diğer bir ifade ile Kanununun 60/I-(g) kapsamında olanlardan daha az prim ödemektedir. Yine hak sahibi üzerinden sağlık yardımı alma hakkı bulunan diğer bir ifade ile sağlık yardımı ücretsiz alındığı halde isteğe bağlı sigortalı olunca ilave % 12 oranında genel sağlık sigortası primi ödenmesi de bir diğer isabetsiz düzenlemedir.

Genel sağlık sigortası primleriyle ilgili eleştirilecek bir diğer uygulama da kısmi süreli iş sözleşmesiyle çalışan ya da bir aydan fazla süre ile ücretsiz izne ayrılanların gelir testine

⁹⁹⁷ ŞAKAR, GSS Sağlık Vergisidir, s.26.

bağlı olarak genel sağlık sigortası primi ödemeleridir. Bu uygulama eş, anne yada babası üzerinden sağlık yardımı alma hakkı bulunan kişileri (özellikle kız çocukları ve öğrencileri) kayıt dışı çalışmaya itmektedir. Yine son bir yıl içinde 90 günün üzerinde genel sağlık sigortası primi ödemesi bulduktan 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 uygulamanın da bir çelişki olduğunu dolayısıyla ücretsiz izin halinde de işten çıkma halinde olduğu gibi son bir yıl içinde 90 günden fazla prim ödemiş olanların 100. güne kadar sağlık yardımı alması hakkaniyete uygun bir düzenleme olacaktır.

5510 sayılı Kanuna göre, genel sağlık sigortası kapsamında sunulacak sağlık hizmetlerinden yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için en temel haklardandır. Bu hizmeti sağlamak ve sağlık hizmetinin finansmanını sunmak Kurum için de yükümlülüktür.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bir bekleme süresi bulunmakla birlikte herkes ülkede yaşadığı dönemler içinde ya genel sağlık sigortalısı yada bakmakla yükümlü kişi olduğu için bu gün için bekleme süresinin bir önemi bulunmamaktadır. Yeter ki; prim ödeme yükümlülüğü aksatılmamış olsun. Ancak, Türkiye’de yerleşme hali bir yılı aşan kişilerle yurt dışında bulduktan sonra Türkiye’ye dönmüş ve genel sağlık sigortası kapsamı içine alınmış kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanmak için zorunlu olarak 30 günlük prim ödeme süresini bekleyeceklerdir. Çok küçük bir gurup için olumsuz sayılacak bu uygulamadan dönülmesi ve prim ödenmiş olunması şartıyla sağlıktan bekleme süresi olmaksızın yararlanılıyor olması daha isabetli olacaktır.


Genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişilerin genel sağlık sigortası kapsamındaki hizmetlerden yararlanmak için katılım payı ve özel sağlık sunucularından hizmet alacaksa ilave ücret ödemesi gerekmektedir. 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. Burada esas alınacak ölçü hakkaniyet ölçüsüdür ve bu ölçü ihtiyaç duyanlar varken ihtiyaç duymayanlarının sağlık sunucularına başvurmasının önüne geçecek caydırıcılığı da içinde barındırmalıdır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri tek elden yürütülmemekte, Kurum sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sağlık sunucularından satın almaktadır. Özel sağlık hizmet sunucuları genel sağlık sigortalılarına sundukları tedavi bedellerini önceden belirlenmiş olan ücretler üzerinden Kuruma fatura etmekte, ayrıca genel sağlık sigortalılarından ilave ücret almaktadır. İlave ücret bedeli özel sağlık sunucusunun niteliğine göre SUT bedellerinin % 30 ila 90’ı arasında değişmektedir. Bu sınırlamanın biraz daha yukarı çıkarılması sağlık sunucularına gereksiz başvuruyu önleme işlevine hizmet edecektir.

5510 sayılı Kanuna göre, sağlık hizmetlerinin sunumunda üç basamaktan oluşan bir sevk zinciri belirlenmiş, Kanun bunların sınıflandırılmasını Sağlık Bakanlığı’na bıraktığı gibi sevk zinciri dışına çıkılmasına bir yaptırım öngörmemiştir. Belirtmek gerekir ki; hizmet basamakları, sağlık hizmet sunucuları ve sevk zinciri bir bütündür. Bunların tamamı sağlık hizmetinin genel sağlık sigortası kapsamına giren kişilere ulaştırılması mekanizmasını oluşturur. Bu mekanizmanın bir kısmının Sağlık Bakanlığı’na, bir kısmının Kuruma bırakılması uygulamada sorunlar çıkarabilecektir. Oysa bu mekanizmanın tümüyle, Kurum tarafından oluşturulması ve yürütülmesi daha gerçekçi ve dinamik olacaktır⁹⁹⁸.

Sağlık hizmetlerinden kaynaklanan ciddi finansman açığını kapatmanın en önemli yolu sağlığa erişimi zorlaştırmak veya sağlığın finansmanının büyük bölümünü sigortalılara yüklemek değil, iyi işleyen bir sevk zinciri mekanizması oluşturmak ve sevk zinciri dışına çıkanlar için ilave yüksek ücretler almaktır. Her ne kadar ülkemizde aile hekimliği müessesesi yeni yerleşiyor olsa da ilerleyen dönemler için sevk zinciri mekanizmasını etkin bir şekilde uygulamak kaçınılmaz görünüyor. Aksi halde sistem yakın bir zamanda ciddi bir finansman krizi içine düşecek ve sonuçları tüm genel sağlık sigortalıları için ağır olacaktır.

⁹⁹⁸ BOSTANCI, s.293.

 SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	T.C SOSYAL GÜVENLİK KURUMU Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü	DİKKAT: Bu belgeyi arka sayfadaki açıklamaları okumadan doldurmayınız	Belgenin Düzenlendiği Tarih : / / Belgenin Düzenlendiği Sayı :
---	--	--	---

SAĞLIK YARDIMI TALEP VE TAAHHÜT FORMU

A-GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ

1	Kimlik No		İkametgâh Adres:
2	Sosyal Güvenlik Sicil No		
3	Aylık Alıyorsa Tahsis No:		
4	Adı ve Soyadı		
5	Baba Adı		Posta Kodu
6	Uyruğu(Yabancı Ülke Adı)		Ev tel: Cep No: E-posta

B-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞUEŞ VE ÇOCUKLARIN

1	Adı Soyadı	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Sigortalıya Yakınlığı	Öğrenim Durumu	Çalışıp Çalışmadığı	Gelir veya Aylık Alıp Almadığı
2							
3							
4							
5							
6							

C-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU ANNE VE BABANIN

1	Adı Soyadı	TC Kimlik No	Sigortalıya Yakınlığı	Gelir veya Aylık Alıp Almadığı	Başka Çocuklarından Sağlık Yardımı Alıp Almadığı	Her türlü Kazançtan ve İrattan Elde Ettiği Gelir Var İse Miktarı
2						
3						

D-BEYAN VE TAAHHÜTLER

Bakmakla yükümlü olduğum yabancı uyruklu kişinin vatandaşı olduğu ülkede sosyal güvencesi olmadığını sağlık yardımından yararlanmadığını ve önceden mevcut kronik hastalığının bulunmadığını

Beyanlarımın doğruluğunu, beyanlarımda herhangi bir değişiklik olması halinde durumu derhal yazılı olarak Kuruma bildireceğimi gerçeğe aykırı beyanda bulunmam veya sağlık hak sahipliğinin sona ermesini gerektiren değişiklikleri derhal Kuruma bildirmediğim takdirde tarafıma yersiz olarak yapılan her türlü yardım ve ödemenin karşılığını 5510 sayılı Kanununun 96 ncı maddesine göre ödeyeceğimi ayrıca hakkımda Türk Ceza Kanununun 204 ncü maddesinin birinci fıkrasına göre kovuşturma yapılacağını,
Kabul beyan ve taahhüt ederim.

Sigortalının

Adı Soyadı - İmza - Tarih

AÇIKLAMALAR

- 1) Bu Form, 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesine göre Türkiye’de ikamet eden genel sağlık sigortalılarının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hak sahipliklerinin oluşturulması amacıyla kullanılır.
- 2) Bu forma;
 - a) Yabancı uyruklu bakmakla yükümlü olunan kişiler için Emniyet Müdürlüğünden temin edilen yabancılar kimlik numarası ve ikamet teskeresi,
 - b) Öğrenim görenler için öğrenci belgesi,
 - c) Yabancı ülkelerde öğrenim görenler için onaylı ve Türkçe tercümelili öğrenci belgesi veya bulunduğu ülkenin Türk Konsoloslüğundan alacağı belge ile YÖK veya Milli Eğitim Bakanlığında alınan denklik belgesi,
 - d) Malul çocuklar için Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenen ve Kurum Sağlık Kurulunca onaylanan sağlık kurulu raporu, Eklenir.
- 3) Genel sağlık sigortalısının, bakmakla yükümlü olduğu kişi Türk vatandaşı ise “D- BEYAN VE TAAHHÜTLER” bölümündeki ikinci kutucuk, yabancı uyruklu ise aynı bölümdeki her iki kutucuk da işaretlenecektir.
- 4) Kurum, bu formdaki bildirimler ile eki belgelerin doğruluğunu her zaman araştırılabilir. Bildirimlerin gerçeğe aykırı olduğundan şüphe edilmesi, ihbar veya şikayette bulunulması halinde durum sosyal güvenlik kontrol memurlarınca incelenir.
- 5) Gerçeğe aykırı bildirimde bulunanlara ve durum değişikliklerini derhal Kuruma bildirmeyenlere yersiz olarak yapılan ödemeler yasal faizi ile birlikte geri alınır. Ayrıca, bunlar hakkında Türk Ceza Kanununun 204 üncü maddesinin birinci fıkrasına göre kovuşturma yapılmak üzere ilgili Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulur.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
GENEL SAĞLIK SİGORTASI GİRİŞ BİLDİRGESİ

Barkot No:

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI										
A- SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ										
1	Adı									
2	Soyadı									
3	İlk Soyadı									
4	Baba Adı									
5	Ana Adı									
6	Doğum Yeri									
7	Doğum Tarihi									
8	Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>							
9	Medeni Hali	Evli <input type="checkbox"/>	Bekar <input type="checkbox"/>							
	NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER									
	İl									
	İlçe									
10	Mahalle/Köy									
	Cilt No									
	Aile Sıra No (Hane-Kütük)									
	Birey sıra No									
11	Yabancı Uruklu ise Ülke Adı									
12	Öğrenim Durumu									
		İlköğretim <input type="checkbox"/>	Lise <input type="checkbox"/>							
		Lisans <input type="checkbox"/>	Lisansüstü <input type="checkbox"/>							
		Okuryazar: <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>							
13	Askerlik Durumu									
		Başlangıç - Bitiş Tarihi								
		Er <input type="checkbox"/>	Yedek Sb <input type="checkbox"/>							
		Muaf <input type="checkbox"/>	Tecilli <input type="checkbox"/>							
14	İkametgah Adresi :									
	Bulvar:	Cadde:								
	Sokak:.....	Dış Kapı No:.....	İç K.No:.....							
	Mahalle/Köy:.....	Posta Kodu :								
	İlçe:.....	İl:.....								
B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ										
16	Sigortalının Statüsü	60/c-1 Aile İçi Geliri Aylık Asgari Ücretin Üçte Birinden Az Olanlar	<input type="checkbox"/>	60/g Aile İçi Geliri Aylık Asgari Ücretin Üçte Biri İle Asgari Ücret Arasında Olanlar	<input type="checkbox"/>					
		60/c-2 Vatansız ve Sığmacılar	<input type="checkbox"/>	60/g Aile İçi Geliri Aylık Asgari Ücretle Asgari Ücretin İki Katı Arasında Olanlar	<input type="checkbox"/>					
		60/c-7 2828 sayılı K. Kapsamında Olanlar	<input type="checkbox"/>	60/g Aile İçi Geliri Aylık Asgari Ücretin İki Katının üzerinde Olanlar	<input type="checkbox"/>					
		60/c-7 Anasız ve Babasız Çocuklar	<input type="checkbox"/>	60/g 60.Maddenin Diğer Bendleri Kapsamı Dışında Kalan ve Başka Bir Ülke Sağlık Sigortasından Yararlanmayanlar	<input type="checkbox"/>					
		60/c-9 442 sayılı K.74. Maddesinin 2 Fıkrasına Göre Görevlendirilenler	<input type="checkbox"/>							
		60/d Oturma İzni Almış Yabancılar	<input type="checkbox"/>							
		60/e İşsizlik Ödeneği Alanlar	<input type="checkbox"/>							
17	Genel Sağlık Sigortasının Başladığı Tarih/...../.....								
C-BEYAN VE TAAHHÜTLER										
18	Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal Kuruma bildireceğimi beyan ederim./...../.....									
		Sigortalının Adı-Soyadı								
		İmzası								
19	İŞYERİ SİCİL NUMARASI									
	M	İŞ KOLU KODU	ÜNİTE KODU ESKİ	ÜNİTE KODU YENİ	İŞYERİ SIRA NUMARASI	İL KODU	İLÇE KODU	KONT NO	ALT İŞV.	
20	İşverenin Adı-Soyadı / Üniv. İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı				İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi					
					
					
					
					
					
	Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun bulunduğunu ve doğru olduğunu beyan ederim.									
/...../.....									
	Onaylayanın Yetkilinin									
	Adı Soyadı, İmzası, Mühür veya Kaşesi									

ÖZEL HASTANELERİN ALABİLECEKLERİ İLAVE ÜCRET TAVAN ORANLARI HAKKINDA DUYURU

(1) Bilindiği üzere “Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge” gereği oluşturulan Komisyon tarafından Kurumumuz ile sözleşmesi bulunan özel hastanelerin, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden 01/01/2012 tarihinden itibaren alabilecekları ilave ücret tavan oranları 29/12/2011 tarihinde Kurum Web sayfasında yayımlanmıştır.

(2) Ancak, 17/3/2012 tarihli ve 28236 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 12/3/2012 tarihli ve 2012/2939 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 1 inci maddesi ile 16/11/2009 tarihli ve 2009/15627 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 1 inci maddesinin birinci fıkrasında yer alan “% 70’ine” ibaresi “% 90’ına” olarak değiştirilmiştir.

(3) Bu nedenle “Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge”de değişiklik yapılmış olup, yapılan değişiklik doğrultusunda Kurumumuzla sözleşmeli özel hastanelerin alabilecekları ilave ücret tavan oranları Yönerge doğrultusunda oluşturulan Komisyonca güncellenmiştir.

(4) **26/03/2012** tarihinden geçerli olmak üzere özel hastanelerin 2012 yılı için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden alabilecekları ilave ücret tavan oranları **il bazında alfabetik sıralı** olarak ekli dosyada yer almaktadır (Ek-1)

(5) Kısmi branş sözleşmesi bulunan hastaneler için 2012 yılı ilave ücret tavan oranı %30 olarak uygulanacaktır.

(6) Yönerge kapsamında yer almayan Vakıf üniversite hastaneleri için 2012 yılı ilave ücret tavan oranı %90 olarak uygulanacaktır.

(7) İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri;

- Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-8 Listesinde yer alan 520.021 kodlu “Yeşil alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve kök hücre nakilleri,

- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,

(8) Resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluyla, otelicilik hizmetleri hariç olmak üzere ilave ücret alınmayacak kişiler;

- a) 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ve bakmakla yükümlüleri,
- b) 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlüleri,
- c) Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlüleri.

Tüm ilgililere duyurulur.

%90 ORANINDA İLAVE ÜCRET ALABİLECEK PUANI 601-1000 ARASI OLAN ÖZEL HASTANELER			
NO	İLİ	TESİS KODU	HASTANENİN ADI
1	ADANA	12015041	BSK METROPARK HASTANESİ
2	ADANA	12010203	ÖZEL ADANA HASTANESİ
3	ADANA	10013003	ÖZEL ÇUKUROVA GÖZ HASTANESİ
4	ADANA	12015053	ÖZEL GÜNEY ADANA HASTANESİ
5	ADANA	12010201	ÖZEL ORTADOĞU HASTANESİ
6	ADANA	12015027	ÖZEL ORTOPEDIA HASTANESİ
7	AFYON	10033001	ÖZEL AFYON TIP FUAR HASTANESİ
8	AFYON	10033002	ÖZEL KIRMIZI PARK HASTANESİ
9	AKSARAY	10683003	ÖZEL AKSARAY HASTANESİ
10	AKSARAY	12685001	ÖZEL MAYA KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ
11	ANKARA	12060205	ÇAĞ HASTANESİ
12	ANKARA	12060206	ÇANKAYA HASTANESİ
13	ANKARA	12060701	KUDRET GÖZ HASTANESİ
14	ANKARA	10063007	LOKMAN HEKİM HAST.
15	ANKARA	10063014	ÖZEL AKAY HASTANESİ
16	ANKARA	12067775	ÖZEL BOYLAM PSİKİYATRİ HASTANESİ
17	ANKARA	12065100	ÖZEL DÜNYA GÖZ HASTANESİ
18	ANKARA	12065073	ÖZEL HRS ANKARA KADIN HASTANESİ
19	ANKARA	10063015	ÖZEL KAVAKLIDERE UMUT HASTANESİ

20	ANKARA	10063002	ÖZEL KEÇİÖREN HASTANESİ
21	ANKARA	12065149	ÖZEL KORU HASTANESİ
22	ANKARA	12065054	ÖZEL LOKMAN HEKİM SINCAN HASTANESİ
23	ANKARA	10063011	ÖZEL LÖSANTE LÖSEMİLİ ÇOCUKLAR HASTANESİ
24	ANKARA	12065090	ÖZEL MEDİCANA İNTERNATİONAL ANKARA HASTANESİ
25	ANKARA	12065119	ÖZEL YÜZÜNCÜYIL HASTANESİ
26	ANKARA	12065010	TÜRKİYE DİYANET VAKFI ÖZEL 29 MAYIS HASTANESİ
27	ANTALYA	10073014	ANTALYA ÖZEL ANADOLU HASTANESİ
28	ANTALYA	10073016	ANTALYA YAŞAM HASTANESİ
29	ANTALYA	12075052	ÖZEL AKDENİZ ŞİFA HASTANESİ
30	ANTALYA	12070403	ÖZEL ALANYA CAN HASTANESİ
31	ANTALYA	12075057	ÖZEL AN-DEVA HAYAT HASTANESİ
32	ANTALYA	12075055	ÖZEL AN-DEVA TOPÇULAR HASTANESİ
33	ANTALYA	12075053	ÖZEL AN-DEVA YILDIZ HASTANESİ
34	ANTALYA	12075039	ÖZEL DÜNYA GÖZ HASTANESİ ANTALYA
35	ANTALYA	12075019	ÖZEL MEDİCALPARK ANTALYA HASTANE KOMPLEKSİ
36	ANTALYA	12075035	ÖZEL MEDİSU HASTANESİ
37	ANTALYA	12075027	ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ
38	ANTALYA	12075025	SİDE ÖZEL ANADOLU HASTANESİ
39	AYDIN	12095008	ÖZEL AYDIN GÖZ HASTANESİ
40	AYDIN	12095016	ÖZEL MEDLINE AYDIN HASTANESİ
41	AYDIN	12095020	ÖZEL REFERANS HASTANESİ
42	AYDIN	12095022	ÖZEL UNİVERSAL KUŞADASI HASTANESİ
43	BALIKESİR	12105015	ÖZEL ALTI EYLÜL HASTANESİ
44	BALIKESİR	10103004	ÖZEL BALIKESİR HASTANESİ
45	BALIKESİR	12105011	ÖZEL EDREMİT KÖRFEZ HASTANESİ
46	BALIKESİR	12105009	ÖZEL SEVGİ HASTANESİ
47	BATMAN	12725005	ÖZEL BATMAN ALMAN HASTANESİ
48	BATMAN	12725002	ÖZEL BATMAN DÜNYA HASTANESİ
49	BATMAN	12720701	ÖZEL MEDİCAL PARK BATMAN HASTANESİ
50	BOLU	12145003	ÖZEL ÇAĞSU HASTANESİ
51	BURDUR	10153001	ÖZEL LİDER HASTANESİ
52	BURSA	10163009	ÖZEL BAHAR HASTANESİ
53	BURSA	12165034	ÖZEL BURSA ANADOLU HASTANESİ
54	BURSA	10163011	ÖZEL ÇEKİRGE KALP VE ARİTMİ HASTANESİ
55	BURSA	10163005	ÖZEL DORUK ÖZEL BURSA HASTANESİ
56	BURSA	12165050	ÖZEL MEDİCABİL HASTANESİ
57	BURSA	10163013	ÖZEL MEDİCAL PARK BURSA HASTANESİ
58	ÇORUM	12195004	ÖZEL ÇORUM ELİTPARK HASTANESİ
59	DENİZLİ	12200402	ER-PA ÖZEL DENİZLİ SAĞLIK HASTANESİ
60	DENİZLİ	12205008	ÖZEL DENİZLİ CERRAHİ HASTANESİ
61	DENİZLİ	12205005	ÖZEL EGE AKADEMİ GÖZ HASTANESİ
62	DENİZLİ	10203005	ÖZEL EGE HASTANESİ
63	DENİZLİ	12205006	ÖZEL YAYLALI GÖZ HASTANESİ
64	DIYARBAKIR	12215026	ÖZEL BAĞLAR HASTANESİ

65	DİYARBAKIR	12215034	ÖZEL MEMORİAL DİYARBAKIR HASTANESİ
66	DİYARBAKIR	10213004	ÖZEL SULTAN HASTANESİ
67	DİYARBAKIR	12215020	ÖZEL UNİVERSAL DİYARBAKIR HASTANESİ
68	DİYARBAKIR	10213002	ÖZEL VENİ VİDİ HASTANESİ
69	DÜZCE	10813002	ÖZEL HAYRİ SİVRİKAYA HASTANESİ
70	EDİRNE	12225003	ÖZEL EKOL HASTANESİ
71	ELAZIĞ	12235012	ÖZEL DAMLA HASTANESİ
72	ELAZIĞ	10233002	ÖZEL MEDİCAL PARK ELAZIĞ HASTANESİ
73	ERZİNCAN	12245002	ÖZEL NEON HASTANESİ
74	ERZURUM	10253002	ERZURUM ŞİFA HAST
75	ESKİŞEHİR	12265009	ÖZEL ACIBADEM ESKİŞEHİR HASTANESİ
76	ESKİŞEHİR	12265003	ÖZEL ESKİŞEHİR SAKARYA HASTANESİ
77	ESKİŞEHİR	10263002	ÖZEL MEDLINE ESKİŞEHİR HASTANESİ
78	ESKİŞEHİR	12265005	ÖZEL ÜMİT HASTANESİ
79	GAZİANTEP	12275027	ÖZEL DÜZTEPE YAŞAM HASTANESİ
80	GAZİANTEP	12275030	ÖZEL GAZİANTEP GÖZNURU GÖZ HASTANESİ
81	GAZİANTEP	12275007	ÖZEL MEDICALPARK GAZİANTEP HASTANESİ
82	GAZİANTEP	12275002	ÖZEL PRİMER HOSPİTAL HASTANESİ
83	GAZİANTEP	12270301	SANI KONUKOĞLU HASTANESİ
84	GAZİANTEP	12270002	SEV AMERİKAN HST
85	GİRESUN	12285008	ÖZEL GİRESUN ADA HASTANESİ
86	GİRESUN	12285006	ÖZEL GİRESUN KENT HASTANESİ
87	HATAY	12315024	ÖZEL ANTAKYA AKADEMI HASTANESİ
88	HATAY	12315020	ÖZEL ANTAKYA GÖZ HASTANESİ
89	HATAY	12315010	ÖZEL DEFNE HASTANESİ
90	HATAY	10313006	ÖZEL İSKENDERUN GELİŞİM HASTANESİ
91	HATAY	12315017	ÖZEL MOZAIK KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ
92	ISPARTA	10323002	ÖZEL DAVRAZ YAŞAM HASTANESİ
93	ISPARTA	12325005	ÖZEL KARIYER GÖZ HASTANESİ
94	ISPARTA	12325003	ÖZEL ŞİFA HASTANESİ
95	İÇEL	12330502	ÖZEL IMC HASTANESİ
96	İÇEL	12335013	ÖZEL MERSİN ORTADOĞU HASTANESİ
97	İÇEL	10333005	ÖZEL TANRIÖVER DOĞUŞ HASTANESİ
98	İÇEL	12335040	ÖZEL TARSUS MEDİCAL PARK HASTANESİ
99	İÇEL	12335022	ÖZEL VİZYON GÖZ DAL HASTANESİ
100	İSTANBUL	10343013	BALAT MUSEVİ HASTANESİ
101	İSTANBUL	10343111	BATI BAHAT HOSPİTAL
102	İSTANBUL	12340004	BAYRAMPAŞA GÖZ HAST.
103	İSTANBUL	10343114	DELTA HOSPİTAL
104	İSTANBUL	12340345	DOĞAN HASTANESİ
105	İSTANBUL	10343110	İLGİ HASTANESİ VE DOĞUMEVİ
106	İSTANBUL	10343028	İST. MEDİPOL HASTANESİ
107	İSTANBUL	12340703	İSTANBUL CERRAHİ HASTANESİ
108	İSTANBUL	12340401	İSTANBUL ÖZEL MEMORİAL HİZMET HASTANESİ
109	İSTANBUL	10343149	İSTANBUL ŞAFAK HASTANESİ

110	İSTANBUL	10343021	KOZYATAĞI CENTRAL HOSPİTAL
111	İSTANBUL	12340213	MEDİCALPARK FATİH
112	İSTANBUL	10343130	MEDİCİNE HOSPİTAL
113	İSTANBUL	10343032	NİSA HASTANESİ
114	İSTANBUL	12340343	ÖZEL UMUT HASTANESİ AVİCENNA
115	İSTANBUL	12340305	ÖZEL (JFK) JOHN F.KENNEDY HOSPİTAL
116	İSTANBUL	10343115	ÖZEL AVCILAR ANADOLU HASTANESİ
117	İSTANBUL	10343048	ÖZEL AVCILAR HOSPİTAL
118	İSTANBUL	12340704	ÖZEL AVİCENNA ATAŞEHİR HASTANESİ
119	İSTANBUL	10343153	ÖZEL AVİCENNA HASTANESİ
120	İSTANBUL	10343012	ÖZEL AVRASYA HASTANESİ
121	İSTANBUL	10343148	ÖZEL AVRUPA ŞAFAK HASTANESİ
122	İSTANBUL	10343129	ÖZEL BAHAT HOSPITAL
123	İSTANBUL	12345118	ÖZEL BEYLİKDÜZÜ KOLAN HOSPİTAL HASTANESİ
124	İSTANBUL	12345237	ÖZEL ÇAMLICA ERDEM HASTAHANESİ
125	İSTANBUL	10343058	ÖZEL ÇAPA HASTANESİ
126	İSTANBUL	10343144	ÖZEL DÜNYA GÖZ HASTANESİ ATAKÖY
127	İSTANBUL	12345104	ÖZEL DÜNYA GÖZ HASTANESİ ETİLER
128	İSTANBUL	12340441	ÖZEL ERDEM HASTANESİ
129	İSTANBUL	10343027	ÖZEL ESENLER HAYAT HASTANESİ
130	İSTANBUL	10343034	ÖZEL ETHICA İNCİRLİ HASTANESİ
131	İSTANBUL	12340444	ÖZEL GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ
132	İSTANBUL	12340207	ÖZEL GÖZTEPE ŞAFAK HASTANESİ
133	İSTANBUL	12340702	ÖZEL İSTANBUL GÖZ HASTANESİ
134	İSTANBUL	12345220	ÖZEL İSTANBUL GSM GİSBİR SAĞLIK MERKEZİ HASTANESİ
135	İSTANBUL	12345277	ÖZEL İSTANBUL HOSPİTAL
136	İSTANBUL	12345290	ÖZEL İSTANBUL VATAN HASTANESİ
137	İSTANBUL	12345275	ÖZEL MEDISTATE KAVACIK HASTANESİ
138	İSTANBUL	10343160	ÖZEL MEDİCALPARK BAHÇELİEVLER HASTANESİ
139	İSTANBUL	12345138	ÖZEL MEDİCALPARK GÖZTEPE HASTANE KOMPLEKSİ
140	İSTANBUL	10343146	ÖZEL MEDİCANA HOSPITALS BAHÇELİEVLER HASTANESİ
141	İSTANBUL	12340429	ÖZEL MEDİCANA HOSPITALS ÇAMLICA HASTANESİ
142	İSTANBUL	12345126	ÖZEL MEDİCANA INTERNATIONAL İSTANBUL HASTANESİ
143	İSTANBUL	10343128	ÖZEL MEDİCİNE HOSPİTAL ASYA HASTANESİ
144	İSTANBUL	12345213	ÖZEL PENDİK BÖLGE HASTANESİ
145	İSTANBUL	12345260	ÖZEL REMEDY HOSPITAL
146	İSTANBUL	10343155	ÖZEL RUMELİ HOSPITAL
147	İSTANBUL	10343151	ÖZEL SEMA HASTANESİ
148	İSTANBUL	12345210	ÖZEL SİLİVRİ ANADOLU HASTANESİ
149	İSTANBUL	12345212	ÖZEL SİLİVRİ HAYAT HASTANESİ
150	İSTANBUL	12345235	ÖZEL UNIVERSAL ÇAMLICA HASTANESİ
151	İSTANBUL	12345291	ÖZEL UNİVERSAL KADIKÖY HASTANESİ
152	İSTANBUL	12340021	TDV 29 MAYIS HASTANESİ
153	İSTANBUL	10343099	TEM HOSPITAL
154	İSTANBUL	12340705	TÜRKİYE GAZETESİ HASTANESİ

155	İSTANBUL	10343154	YEDİKULE SURP PIRGIÇ ERMENİ HASTANESİ
156	İSTANBUL	10343052	YENİBOSNA SAFA HAST.
157	İZMİR	12350701	KAŞKALOĞLU GÖZ HAST
158	İZMİR	12355096	KOCAMAN EGE ÖZEL HASTANESİ
159	İZMİR	12350203	ÖZEL ATAKALP KALP HASTANESİ
160	İZMİR	12355105	ÖZEL BAKİ UZUN HASTANESİ
161	İZMİR	10353011	ÖZEL GAZİ HASTANESİ
162	İZMİR	10352055	ÖZEL KARŞIYAKA GÖZ HASTANESİ
163	İZMİR	12355103	ÖZEL MEDİCAL PARK İZMİR HASTANESİ
164	İZMİR	12355087	ÖZEL TINAZTEPE HASTANESİ
165	İZMİR	12355005	TÜTAV BASMANE ŞİFA HASTANESİ
166	K. MARAŞ	12465008	ÖZEL ÇAKA VATAN SHM HASTANESİ
167	K. MARAŞ	12465003	ÖZEL MEGAPARK HASTANESİ
168	K. MARAŞ	12465013	ÖZEL UĞUR GÖZ HASTANESİ
169	KARABÜK	12780401	ÖZEL KARABÜK VATAN HASTANESİ
170	KARABÜK	12785008	ÖZEL MEDİKAR HASTANESİ
171	KASTAMONU	10373001	ÖZEL KASTAMONU ANADOLU HASTANESİ
172	KAYSERİ	10383006	KAYSERİ ÖZEL SEVGİ HASTANESİ
173	KAYSERİ	12385012	ÖZEL ACIBADEM KAYSERİ HASTANESİ
174	KAYSERİ	12385007	ÖZEL ANAKALP KALP HASTANESİ
175	KAYSERİ	12385009	ÖZEL AVRUPA HASTANESİ
176	KAYSERİ	10383007	ÖZEL ERCİYES HASTANESİ
177	KAYSERİ	12385022	ÖZEL ERCİYES KARTAL HASTANESİ
178	KAYSERİ	10383008	ÖZEL HÜMA KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ
179	KAYSERİ	12385020	ÖZEL MODERN DÜNYA HASTANESİ
180	KAYSERİ	12380202	ÖZEL ÖMÜR HASTANESİ
181	KAYSERİ	12385003	ÖZEL TEKDEN HASTANESİ
182	KAYSERİ	12380004	ÖZEL TÜRKİYE TEKSTİL SANAYİİ İŞVERENLERİ SENDİKASI KIZILAY HASTANESİ
183	KIRKLARELİ	12395007	ÖZEL BİR NEFES HASTANESİ
184	KIRKLARELİ	12395005	ÖZEL MEDİKENT HASTANESİ
185	KOCAELİ	10413006	AKADEMİ HASTANESİ
186	KOCAELİ	12415017	ÖZEL DÜNYA GÖZ HASTANESİ
187	KOCAELİ	10413003	ÖZEL GEBZE MERKEZ HASTANESİ
188	KOCAELİ	10413007	ÖZEL KONAK HASTANESİ
189	KOCAELİ	12415035	ÖZEL MEDİCALPARK GEBZE HASTANESİ
190	KOCAELİ	12410303	ÖZEL YÜZYIL HASTANESİ
191	KONYA	10423007	ÖZEL BÜYÜKŞEHİR HASTANESİ
192	KONYA	12425018	ÖZEL KONYA FARABİ HASTANESİ
193	KONYA	10423002	ÖZEL KONYA HOSPİTAL
194	KONYA	12425014	ÖZEL MEDLINE KONYA HASTANESİ
195	KONYA	12420006	TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TİCARET BORSASI HASTANESİ
196	KÜTAHYA	12435012	ÖZEL KÜTAHYA KENT HASTANESİ
197	KÜTAHYA	12435004	ÖZEL MEDLINE KÜTAHYA HASTANESİ
198	MALATYA	10443004	ÖZEL GÖZDE HASTANESİ

199	MALATYA	12445008	ÖZEL GÖZDE KIŞLA HASTANESİ
200	MALATYA	10443001	ÖZEL MÜJDE HASTANESİ
201	MANİSA	12455018	ÖZEL GRANDMEDICAL HOSPİTAL HASTANESİ
202	MANİSA	12455014	ÖZEL MEDİGÜVEN HASTANESİ
203	MANİSA	10453003	ÖZEL SALİHLİ HASTANESİ
204	MANİSA	12455006	ÖZEL SEKİZ EYLÜL HASTANESİ
205	MANİSA	12455022	ÖZEL SOMA VEFA HASTANESİ
206	MARDİN	12475007	ÖZEL MARDİN PARK HASTANESİ
207	MUĞLA	12485025	ÖZEL GÜNEY GÖZ HASTANESİ
208	MUĞLA	12480302	ÖZEL YÜCELEN HASTANESİ
209	NEVŞEHİR	12505001	ÖZEL KAPADOKYA HASTANESİ
210	ORDU	12525010	ÖZEL MEDICALPARK ORDU HASTANESİ
211	ORDU	12525016	ÖZEL ORDU SEVGİ KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ
212	ORDU	10523002	ÖZEL ORDU UMUT HASTANESİ
213	ORDU	12525012	ÖZEL ÜNYE ÇAKIRTEPE HASTANESİ
214	OSMANİYE	10803001	ÖZEL İBNİ SİNA HASTANESİ
215	OSMANİYE	12805002	ÖZEL YENİ HAYAT HASTANESİ
216	SAKARYA	10543002	ÖZEL ADA TIP HASTANESİ
217	SAKARYA	12545008	ÖZEL ALTINOVA HASTANESİ
218	SAKARYA	10543005	ÖZEL İNCİ GÖZ HASTANESİ
219	SAMSUN	10553003	ÖZEL ATASAM HASTANESİ
220	SAMSUN	12555014	ÖZEL MEDİBAFRA HASTANESİ
221	SAMSUN	12555012	ÖZEL MEDICAL PARK SAMSUN HASTANESİ
222	SAMSUN	12555032	ÖZEL MEDİCANA İNTERNATİONAL SAMSUN HASTANESİ
223	SAMSUN	10553004	ÖZEL MEDİVA HASTANESİ
224	SAMSUN	12555024	ÖZEL ROMATEM FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON DAL HASTANESİ
225	SAMSUN	12555008	ÖZEL SAMSUN BÜYÜK ANADOLU MEYDAN HASTANESİ
226	SİVAS	10583001	ÖZEL SİVAS ANADOLU HASTANESİ
227	TEKİRDAĞ	12590302	ÇORLU ŞİFA HASTANESİ
228	TEKİRDAĞ	12595001	ÖZEL OPTİMED GÜVEN HASTANESİ
229	TEKİRDAĞ	12595009	ÖZEL REYAP HASTANESİ
230	TEKİRDAĞ	12595005	ÖZEL TRAKYA GÖZ HASTANESİ
231	TOKAT	12605001	ÖZEL MEDICAL PARK TOKAT HASTANESİ
232	TRABZON	12615002	ÖZEL İMPERİAL HASTANESİ
233	TRABZON	12610401	ÖZEL KARADENİZ HAST
234	TRABZON	12615005	ÖZEL YILDIZLIGÜVEN HASTANESİ
235	URFA	12635006	ÖZEL OSM ORTADOĞU HASTANESİ
236	URFA	12635073	ÖZEL URFA MEDİGAP HASTANESİ
237	UŞAK	12645003	ÖZEL MEDİKALPARK UŞAK HASTANESİ
238	UŞAK	10643001	ÖZEL ÖZTAN SAĞLIK HAST
239	VAN	12655003	ÖZEL MEDICAL PARK HASTANESİ-VAN ŞUBESİ
240	VAN	12655011	ÖZEL MEDİSİNA VAN HASTANESİ
241	YALOVA	12775001	ÖZEL ATAKENT HASTANESİ
242	YALOVA	10773001	ÖZEL YALOVA HASTANESİ

243	ZONGULDAK	12675000	ÖZEL EREĞLİ ANADOLU HASTANESİ
244	ZONGULDAK	12675021	ÖZEL KDZ.EREĞLİ ECHOMAR HASTANESİ

%75 ORANINDA İLAVE ÜCRET ALABİLECEK PUANI 401-600 ARASI OLAN ÖZEL HASTANELER			
NO	İLİ	TESİS KODU	HASTANENİN ADI
1	ADANA	12015035	ÖZEL ADANA METRO HASTANESİ
2	ADANA	12015047	ÖZEL CEYHAN ÇINAR HASTANESİ
3	AĞRI	12045010	ÖZEL GÜVEN BAŞARAN HASTANESİ
4	AKSARAY	12685002	ÖZEL MEDİSARAY HOSPİTAL HASTANESİ
5	ANKARA	10063017	ÖZEL BİLGİ HASTANESİ
6	ANKARA	12067784	ÖZEL ÇANKAYA DORUK HASTANESİ
7	ANKARA	12065126	ÖZEL ORTADOĞU 19 MAYIS HASTANESİ
8	ANKARA	12065139	ÖZEL POLATLI CAN HASTANESİ
9	ANKARA	12065111	ÖZEL VENİ VİDİ MAMAK HASTANESİ
10	ANTALYA	10073015	ÖZEL ASPENDOS HASTANESİ
11	ANTALYA	12075003	ÖZEL MANAVGAT SEVGİ HASTANESİ
12	ANTALYA	12075069	ÖZEL MEDİTALYA HASTANESİ
13	ANTALYA	12075033	ÖZEL MEDİYAŞAM HASTANESİ
14	ANTALYA	12075042	ÖZEL MEDLİNE ANTALYA HASTANE KOMPLEKSİ
15	ANTALYA	12075041	ÖZEL VİTALE KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM DAL HASTANESİ
16	AYDIN	12090402	ÖZEL KUŞADASI HASTANESİ
17	AYDIN	12095014	ÖZEL NYSA DOĞUM HASTANESİ
18	BATMAN	12725001	ÖZEL BATMAN HASTANESİ
19	BATMAN	10723002	ÖZEL BATMAN YAŞAM HASTANESİ
20	BİTLİS	12135005	ÖZEL TATVAN CAN HASTANESİ
21	BURSA	10163006	ÖZEL HAYAT HASTANESİ
22	BURSA	12165037	ÖZEL JİMER HASTANESİ
23	BURSA	12165046	ÖZEL MEDİCE İNEGÖL HASTANESİ
24	BURSA	12165058	ÖZEL UNIVERSAL BURSA HASTANESİ
25	ÇANAKKALE	12175003	ÖZEL BİGA CAN HASTANESİ
26	ÇANAKKALE	10173001	ÖZEL ÇANAKKALE ANADOLU HASTANESİ
27	ÇANKIRI	10183001	ÇANKIRI ÖZEL KARATEKİN HASTANESİ
28	ÇORUM	10193001	ÇORUM ÖZEL HASTANESİ
29	DENİZLİ	10203001	ÖZEL DENİZLİ TEKDEN HASTANESİ
30	DİYARBAKIR	10213003	ÖZEL DİYAR DÜNYA DOĞUM HASTANESİ
31	DİYARBAKIR	12215003	ÖZEL GENESİS HOSPİTAL
32	EDİRNE	12225005	ÖZEL KEŞAN HASTANESİ
33	ELAZIĞ	12235008	ÖZEL DOĞU ANADOLU HASTANESİ
34	ELAZIĞ	10233001	ÖZEL ELAZIĞ HAYAT HASTANESİ
35	ESKİŞEHİR	12260401	ÖZEL ONVAK HASTANESİ
36	GAZİANTEP	10273004	ÖZEL HATEM HASTANESİ
37	GAZİANTEP	10273001	ÖZEL HAYAT HASTANESİ
38	GAZİANTEP	10273002	TAM-MED ÖZEL HASTANE

39	HATAY	10313007	KIRIKHAN ÖZEL BİLİM HASTANESİ
40	HATAY	10313005	ÖZEL DOĞU AKDENİZ HASTANESİ
41	HATAY	12315011	ÖZEL KIRIKHAN CAN HASTANESİ
42	HATAY	12315022	ÖZEL PALMIYE HASTANESİ
43	ISPARTA	12325007	ÖZEL ATANUR GÖZ HASTANESİ
44	ISPARTA	10323001	ÖZEL ISPARTA HASTANESİ
45	İÇEL	12335036	ÖZEL ANAMUR ANAMED HASTANESİ
46	İÇEL	12335034	ÖZEL MERSİN FORUM YAŞAM HASTANESİ
47	İÇEL	10333009	ÖZEL ÖMER SAYAR HASTANESİ
48	İSTANBUL	10343047	ATAKÖY HASTANESİ
49	İSTANBUL	12340041	AVUSTURYA SEN JORJ HASTANESİ
50	İSTANBUL	10343072	BAHAT HALK HASTANESİ
51	İSTANBUL	10343117	BİLGE HASTANESİ
52	İSTANBUL	10343064	ERSOY HASTANESİ
53	İSTANBUL	10343134	ESENLER GÜNEY HASTANESİ
54	İSTANBUL	10343107	GÜNGÖREN HASTANESİ
55	İSTANBUL	10343020	HOSPITALIUM ÇAMLICA
56	İSTANBUL	10343127	KOLAN HASTANESİ
57	İSTANBUL	10343106	MEDICALPARK SULTANGAZİ HASTANESİ
58	İSTANBUL	10343071	ÖZEL BAYRAMPAŞA HASTANESİ
59	İSTANBUL	10343054	ÖZEL BÜYÜKÇEKMECE KOLAN HOSPİTAL
60	İSTANBUL	12345068	ÖZEL ÇAPA MEDİLİFE HASTANESİ
61	İSTANBUL	12345252	ÖZEL DORA HOSPİTAL HASTANESİ
62	İSTANBUL	12340425	ÖZEL DUYGU HASTANESİ
63	İSTANBUL	10343069	ÖZEL ECHOMAR GÖZTEPE HASTANESİ
64	İSTANBUL	10343046	ÖZEL EYÜP HALIÇ HOSPİTAL
65	İSTANBUL	10343140	ÖZEL GAZİ HASTANESİ
66	İSTANBUL	10343137	ÖZEL HALKALI KENT HASTANESİ
67	İSTANBUL	12345170	ÖZEL HOSPITALIUM ŞİŞLİ HASTANESİ
68	İSTANBUL	10343051	ÖZEL HOSPİTALİST HASTANESİ
69	İSTANBUL	10343139	ÖZEL HUZUR HASTANESİ
70	İSTANBUL	10343116	ÖZEL İSTANBUL BÖLGE HASTANESİ
71	İSTANBUL	12345273	ÖZEL İSTANBUL ERMENİ KATOLİK SURP AGOP HASTANESİ
72	İSTANBUL	10343078	ÖZEL MALTEPE BÖLGE HASTANESİ
73	İSTANBUL	10343049	ÖZEL MEDİCANA HOSPİTAL AVCILAR
74	İSTANBUL	10343158	ÖZEL NPİSTANBUL NÖROPSİKİYATRİ HASTANESİ
75	İSTANBUL	10343085	ÖZEL OKMEYDANI HASTANESİ
76	İSTANBUL	10343125	ÖZEL SANTE PLUS HASTANESİ
77	İSTANBUL	10343087	ÖZEL SAYGI HASTANESİ
78	İSTANBUL	10343118	ÖZEL SİLİVRİ KOLAN HOSPİTAL HASTANESİ
79	İSTANBUL	12345189	ÖZEL SUR HASTANESİ
80	İSTANBUL	12345111	ÖZEL ÜSKÜDAR ANADOLU HASTANESİ
81	İSTANBUL	10343122	ÖZEL YAŞAM HASTANESİ
82	İSTANBUL	10343141	ÖZEL YUNUS EMRE HASTANESİ
83	İSTANBUL	10343120	PENDİK ŞİFA HASTANESİ

84	İSTANBUL	10343095	SAFA HASTANESİ
85	İZMİR	12355107	ÖZEL EKOL KBB HASTANESİ
86	İZMİR	12350204	ÖZEL BATI ANADOLU HASTANESİ CENTRAL HOSPITAL
87	İZMİR	12355066	ÖZEL EGEPOL HASTANESİ
88	İZMİR	12350402	ÖZEL İZMİR HASTANESİ
89	İZMİR	12350003	ÖZEL KARATAŞ HASTANESİ
90	İZMİR	12355032	ÖZEL SADA HASTANESİ
91	K. MARAŞ	12465015	ÖZEL DEVA KENT HASTANESİ
92	K. MARAŞ	12465011	ÖZEL ELBİSTAN YAŞAM HASTANESİ
93	K. MARAŞ	10463001	ÖZEL HAYAT HASTANESİ
94	KARAMAN	12705008	ÖZEL KARAMAN SELÇUKLU HASTANESİ
95	KASTAMONU	12375002	ÖZEL İSFENDİYAR ANADOLU HASTANESİ
96	KASTAMONU	12370301	ÖZEL UÇURLU HASTANESİ
97	KAYSERİ	10383004	ÖZEL GÜNEŞ HASTANESİ
98	KAYSERİ	12385006	ÖZEL İBNİ SİNA HASTANESİ
99	KAYSERİ	12385027	ÖZEL KAYSERİ GÖZ HASTANESİ
100	KAYSERİ	10383009	ÖZEL MELİKGAZİ HASTANESİ
101	KOCAELİ	10413004	ÖZEL BOĞAZIÇI HASTANESİ
102	KOCAELİ	12415031	ÖZEL KOCAELİ ROMATEM FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ
103	KOCAELİ	10413008	ÖZEL KÖRFEZ MARMARA HASTANESİ
104	KONYA	10423001	ÖZEL AKADEMİ HASTANESİ
105	KONYA	12425030	ÖZEL EREĞLİ ALMAN HASTANESİ
106	KONYA	10423006	ÖZEL KONYA ANIT HASTANESİ
107	KONYA	10423004	ÖZEL NAKİBOĞLU BİLGİ HASTANESİ
108	KONYA	10423003	ÖZEL SELÇUKLU HASTANESİ
109	MALATYA	10443003	ÖZEL EGM HAYAT HASTANESİ
110	MALATYA	12445016	ÖZEL GÖZDE AKADEMİ HASTANESİ
111	MALATYA	12445007	ÖZEL MALATYA PARK HOSPİTAL HASTANESİ
112	MALATYA	10443005	ÖZEL MALATYA SEVGİ HASTANESİ
113	MALATYA	12445018	ÖZEL ÜNİVERSAL MALATYA HASTANESİ
114	MANİSA	10453005	AKHİSAR ÖZEL DOĞUŞ HASTANESİ
115	MANİSA	12455016	ÖZEL AKHİSAR HASTANESİ
116	MANİSA	10453006	ÖZEL CAN HASTANESİ
117	MANİSA	12455012	ÖZEL EGEUMUT HASTANESİ
118	MANİSA	10453004	ÖZEL UNIVERSAL MANİSA HASTANESİ
119	MARDİN	12475011	ÖZEL KIZILTEPE İPEKYOLU HASTANESİ
120	MUĞLA	12485006	ÖZEL İZAN SAĞLIK HASTANESİ
121	MUĞLA	12480305	ÖZEL LETOON HOSPITAL
122	MUĞLA	10483004	ÖZEL LOKMAN HEKİM ESNAF HASTANESİ
123	MUĞLA	12485021	ÖZEL MARMARİS HASTANESİ
124	MUĞLA	12485017	ÖZEL ORTACA YÜCELEN HASTANESİ
125	MUŞ	12495019	ÖZEL MUŞ ŞİFA HASTANESİ
126	NEVŞEHİR	12505003	ÖZEL VERSA HASTANESİ
127	NİĞDE	10513001	ÖZEL NİĞDE HAYAT HASTANESİ

128	ORDU	12525008	ÖZEL MEDİ TECH HASTANESİ
129	OSMANİYE	12805001	ÖZEL OSMANİYE PARK HASTANESİ
130	OSMANİYE	12805004	ÖZEL YEDİMART HASTANESİ
131	SAKARYA	10543003	ÖZEL BEYHEKİM HASTANESİ
132	SAMSUN	10553001	ÖZEL SAMSUN BÜYÜK ANADOLU HASTANESİ
133	SİİRT	12565003	ÖZEL MEDLİFE BİNSİNA HASTANESİ
134	TEKİRDAĞ	10593005	ÇERKEZKÖY HASTANESİ
135	TEKİRDAĞ	10593003	TEKİRDAĞ YAŞAM HASTANESİ
136	URFA	12635072	ÖZEL EDESSA HASTANESİ
137	URFA	12630301	ÖZEL ŞANMED HASTANESİ
138	YOZGAT	10663001	ÖZEL YOZGAT ŞİFA HASTANESİ

%60 ORANINDA İLAVE ÜCRET ALABİLECEK PUANI 301-400 ARASI OLAN ÖZEL HASTANELER			
NO	İLİ	TESİS KODU	HASTANENİN ADI
1	ADANA	10013004	ÖZEL CAN DOĞUM VE CERRAHİ HASTANESİ
2	ADANA	12015022	ÖZEL SEVGİCAN HASTANESİ
3	AFYON	10033003	ÖZEL TELEK KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ
4	ANKARA	10063009	İNCEK FTR HASTANESİ
5	ANKARA	12065083	ÖZEL AKROPOL HASTANESİ
6	ANTALYA	12075046	ÖZEL BELEK ANADOLU HASTANESİ
7	ANTALYA	10073010	ÖZEL BİLGİ HASTANESİ
8	ANTALYA	10073007	ÖZEL KEMER ANADOLU HASTANESİ
9	ANTALYA	10073004	ÖZEL KEMER YAŞAM HASTANESİ
10	BALIKESİR	10103001	BANDIRMA ÖZEL HASTANESİ
11	BALIKESİR	10103005	ÖZEL EDREMİT HASTANESİ
12	BİNGÖL	12125003	ÖZEL BİNGÖL HASTANESİ
13	BOLU	12145007	ÖZEL AYTUĞ KOLANKAYA HASTANESİ
14	DİYARBAKIR	12210301	ÖZEL DİYARBAKIR HASTANESİ
15	EDİRNE	10223003	ÖZEL TRAKYA HASTANESİ
16	GAZİANTEP	12275036	ÖZEL YILMAZER HASTANESİ
17	İÇEL	10333011	ÖZEL YENİŞEHİR HASTANESİ
18	İSTANBUL	10343008	ATLAS HASTANESİ
19	İSTANBUL	10343162	BALIKLI RUM HASTANESİ
20	İSTANBUL	10343019	ÇAĞINER HASTANESİ
21	İSTANBUL	10343133	ÇENGELKÖY SAFA HASTANESİ
22	İSTANBUL	10343022	ÇEVRE HASTANESİ
23	İSTANBUL	10343060	DR SADIK AHMET HASTANESİ
24	İSTANBUL	10343037	İSTANBUL ŞEHİR HASTANESİ
25	İSTANBUL	10343038	İTALYAN HASTANESİ
26	İSTANBUL	10343044	MELTEM HASTANESİ VE DOĞUMEVİ
27	İSTANBUL	10343108	ÖZEL ENSAR HASTANESİ AVİCENNA
28	İSTANBUL	10343092	ÖZEL AFİYET HASTANESİ
29	İSTANBUL	10343112	ÖZEL ARNAVUTKÖY HASTANESİ

30	İSTANBUL	10343121	ÖZEL AVİCENNA HASTANESİ GÜLTEPE
31	İSTANBUL	10343056	ÖZEL ÇAMLIK HASTANESİ
32	İSTANBUL	10343119	ÖZEL DENİZYILDIZI HASTANESİ
33	İSTANBUL	10343026	ÖZEL DRAGOS ŞİFA HASTANESİ
34	İSTANBUL	10343067	ÖZEL GELİŞİM HASTANESİ
35	İSTANBUL	12340404	ÖZEL İSTANBULPARK HASTANESİ
36	İSTANBUL	10343041	ÖZEL KADIOĞLU HASTANESİ
37	İSTANBUL	10343124	ÖZEL YENİ İKLİM HASTANESİ
38	İSTANBUL	10343103	ÖZEL YENİBOSNA MEDİPORT HOSPİTAL
39	İSTANBUL	10343123	PENDİK HOSPİTAL
40	İSTANBUL	10343109	ÜSKÜDAR HOSPİTALTURK
41	İZMİR	10353017	ÖZEL SİSSUS HASTANESİ
42	KIRŞEHİR	12405006	ÖZEL AŞIKPAŞA HASTANESİ
43	KOCAELİ	10413001	DR. TAHSİN ÖZBEK HASTANESİ
44	MALATYA	12440402	ÖZEL MALATYA HASTANESİ
45	RİZE	12535005	ŞAR HOSPİTAL
46	SAKARYA	12540402	ÖZEL BİLGE HASTANESİ
47	SİİRT	10563002	ÖZEL SİİRT HASTANESİ
48	SİİRT	10563001	ÖZEL SİİRT HAYAT HASTANESİ
49	TEKİRDAĞ	12595007	ÖZEL STAR MEDİCA HASTANESİ
50	VAN	12655000	ÖZEL AKDAMAR HOSPİTAL

%45 ORANINDA İLAVE ÜCRET ALABİLECEK PUANI 201-300 ARASI OLAN ÖZEL HASTANELER			
NO	İLİ	TESİS KODU	HASTANENİN ADI
1	AĞRI	12045012	ÖZEL MEDİZA HASTANESİ
2	ANKARA	12067773	ÖZEL DOKUZ ON KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ
3	ANTALYA	12075000	ÖZEL CAN HASTANESİ
4	ANTALYA	10073001	ÖZEL HAYAT HASTANESİ
5	BATMAN	12725003	FARABİM HASTANESİ
6	DENİZLİ	10203006	ÖZEL DENİZLİ ŞİFA HASTANESİ
7	HATAY	12315018	ÖZEL HATAY HASTANESİ
8	İĞDIR	10763001	ÖZEL İĞDIR KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ
9	İÇEL	12335038	ÖZEL MERSİN GÖZDE DİYABET HASTANESİ
10	İÇEL	12335024	ÖZEL TARSUS KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ
11	İSTANBUL	10343143	ÖZEL FATİH HASTANESİ
12	İSTANBUL	10343091	ÖZEL MEDİCİTY HOSPİTAL
13	İSTANBUL	12340421	ÖZEL MERTER VATAN HASTANESİ
14	İSTANBUL	10343088	ÖZEL SELİMİYE HASTANESİ
15	İSTANBUL	12340405	ÖZEL YAŞAR HASTANESİ
16	İSTANBUL	10343126	ÖZEL YENİ UFUK HASTANESİ
17	İZMİR	10353015	İZMİR ÖZEL HAYAT HASTANESİ
18	KARAMAN	12705010	ÖZEL KARAMAN MÜMİNE HATUN HASTANESİ
19	KIRKLARELİ	12390402	DERMAN HASTANESİ

20	MALATYA	12445005	ÖZEL MELİD PARK HASTANESİ
21	NEVŞEHİR	10503002	ÖZEL YİMPAŞ ÇAĞRI HASTANESİ
22	OSMANİYE	12805012	ÖZEL OSMANİYE FARABİ HASTANESİ
23	SAKARYA	10543004	ÖZEL SAKARYA VATAN HASTANESİ
24	TEKİRDAĞ	10593001	ÇORLU VATAN HASTANESİ
25	VAN	12655001	ÖZEL İSTANBUL HASTANESİ

%30 ORANINDA İLAVE ÜCRET ALABİLECEK PUANI 0-200 ARASI OLAN ÖZEL HASTANELER			
NO	İLİ	TESİS KODU	HASTANENİN ADI
1	ADANA	10013005	ÖZEL ÇARE HASTANESİ
2	ANKARA	12060001	AVSD NUSRET KARASU GÖĞÜS HASTALIKLARI VE TÜBERKÜLOZ HASTANESİ
3	İSTANBUL	10343147	ÖZEL KADIKÖY HASTANESİ

KISMI BRANŞ SÖZLEŞMELİ HASTANELER			
NO	İLİ	TESİS KODU	HASTANENİN ADI
1	ADANA	12015037	ÖZEL ACIBADEM ADANA HASTANESİ
2	ANKARA	12060202	ÖZEL ANKARA GÜVEN HASTANESİ
3	ANKARA	12060203	ÖZEL BAYINDIR HASTANESİ
4	ANKARA	12065142	ÖZEL TOBB ETÜ HASTANESİ
5	ANTALYA	12075044	ÖZEL MEMORİAL ANTALYA HASTANESİ
6	BURSA	10163012	ÖZEL ACIBADEM BURSA HASTANESİ
7	İSTANBUL	12340212	ÖZEL ACIBADEM BAKIRKÖY HASTANESİ
8	İSTANBUL	12340208	ÖZEL ACIBADEM KADIKÖY HASTANESİ
9	İSTANBUL	10343145	ÖZEL ACIBADEM KOZYATAĞI HASTANESİ
10	İSTANBUL	12345223	ÖZEL ACIBADEM MASLAK HASTANESİ
11	İSTANBUL	12345214	ÖZEL BAYINDIR İÇERENKÖY HASTANESİ
12	İSTANBUL	12340017	ÖZEL GAYRETTEPE METROPOLİTAN FLORANCE NIGHTINGALE HASTANESİ
13	İSTANBUL	10343150	ÖZEL HİSAR HASTANESİ
14	İSTANBUL	12340202	ÖZEL İNTERNATİONAL HOSPİTAL
15	İSTANBUL	12340204	ÖZEL İSTANBUL ALMAN HASTANESİ
16	İSTANBUL	12340053	ÖZEL KADIKÖY FLORANCE NIGHTINGALE HASTANESİ
17	İSTANBUL	12345255	ÖZEL MEMORİAL ATAŞEHİR HASTANESİ
18	İSTANBUL	12340211	ÖZEL MEMORİAL ŞİŞLİ HASTANESİ
19	İSTANBUL	12340201	ÖZEL ŞİŞLİ FLORANCE NIGHTINGALE HASTANESİ .
20	İZMİR	10353013	ÖZEL KENT HASTANESİ
21	İZMİR	12350201	ÖZEL UNİVERSAL EGE SAĞLIK HASTANESİ
22	KOCAELİ	10413009	ÖZEL ACIBADEM KOCAELİ HASTANESİ
23	KOCAELİ	10413005	ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ HASTANESİ

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

ADAK ÖZÇELİK, Nurşen. **Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme**. İstanbul: Birey Yayınları, 2002.

AKALIN, Güneri. **Kamu Ekonomisi**. Ankara: Ankara Üniv. SBF Yayınları, Yayın No: 554, 1986.

AKDUR, Recep. **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar: Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2003.

AKPINAR, Teoman. **Avrupa Birliği Ekseninde Türkiye'de Tarım Sektöründe Sosyal Güvenlik ve Sorunları**. Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınları, 2009.

ALPER, Emin. **Emeklilik Reformları: Dünya Bankası, Avrupa Birliği ve Türkiye (Sosyal Politika Forumu Araştırma Raporu)**. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi yayınları, 2005.

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. **Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar**. 4. Baskı. Bursa: Ekin Kitapevi, 2003.

ANNARD, Walter. "Sağlık Harcamalarının Yönetimi ve Azaltılmasına Yönelik Yeni Yaklaşımlar, Hollanda Örneği", **II. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**, (17-18 Mayıs 2011) Ankara: SGK Yayınları, 2011.

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.

ASLAN, M. Hanifi. **Hizmet Ekonomisi**, İstanbul: Alfa Yayınları, 1998.

ATASEVEN, Asaf. “Türk Ailesinin Sağlık Sorunları” **III. Aile Şurasında** Sunulan Tebliğ, (25-27 Mayıs 1998), Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998.

AUTHORITY OF THE MINISTER OF HEALTH. **Canada’s Health Care System**, HC.Pub.5912, Canada: 2005.

AÜSBF. **İnsan Haklarının Korunması Alanında Uluslararası Temel Belgeler**, Genişletilmiş 2.b., Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları:573, (İnsan Hakları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları:5), 1992.

AYDINLI, İbrahim. “Sosyal Güvenlik Kapsamının Genişletilmesi ve 6111 Sayılı Kanunla Sosyal Güvenlik Kapsamının Genişletilmesine Yönelik Değişiklikler”, **II. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**’nda sunulan tebliğ, (17-18 Mayıs 2011), Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları, 2011.

BALTAŞ, Zuhul. **Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri**. 4.b., İstanbul: Remzi Kitabevi, 2008.

BAYRAKTAR, Köksal. **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu** Yayınlanmış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniv. Yayınları, No: 768, 1972.

BELEK, İlker. **Sağlığın Politik Ekonomisi**. 3.b., İstanbul: Yazılama Yayınevi, 2009.

BİLGİLİ, Özkan. **Özel Sağlık İşletmelerinde Personel İstihdamı**. İzmir: İzmir Tabip Odası Yayınları, 2009.

BRIAN Abel-Smith. **An Introduction To Health. Policy, Planning and Financing**. New York: Logman Group Limited, 1994.

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.

ÇUBUK, Ali. **Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik**. Ankara: Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Yayınları, 1986.

DEMİRBİLEK, Sevda. **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**. İzmir: İlkem Ofset,1999.

DİLİK, Sait. **Sosyal Güvenlik**. Ankara: Kamu-İş Yayınları,1991.

DOĞRU, Osman. **İnsan Hakları Uluslararası Mevzuatı**, İstanbul: Beta Yayınevi, 2003.

DÖNMEZER, Sulhi/ SAHİR, Erman. **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku**. İstanbul: Beta Yayınevi, Cilt: 2, 1997.

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 Hukuku Dersleri**, Güncelleştirilmiş 11. Baskı. İstanbul: Beta Yayınevi, 2005.

EKMEKÇİ, Ömer/ TUNCAY, A. Can. **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, Güncelleştirilmiş 14. Baskı. İstanbul: Beta Yayınevi, 2011.

EKMEKÇİ, Ömer/ TUNCAY, A. Can. **Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları.** 2.b., İstanbul: Legal Yayınevi, 2009.

ERGİN, Hediye. “Genel Sağlık Sigortasının Kişi Bakımından Kapsamı”, **I. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**’nda sunulan tebliğ, (14-15 Mayıs 2010), Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları, 2010.

ERGİN, Hediye. **Türk ve Alman Hukukunda İş Sözleşmesinin Sağlık Nedeniyle Sona Ermesi.** İstanbul: Beta Yayınevi, 2009.

EUROPE WONCA. **Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı.** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-3, 2002.

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.

FRIEDLANDER, Walter A. **Sosyal Refah Hizmetine Başlangıç.** Resan Taşçıoğlu (çev.), Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, 1966.

GETTİNS, Andre. **Toplumsal Güvenlik Nedir.** Rekin Teksoy (çev.), İstanbul: Ekin Yayınevi, 1962.

GÖKSU, Çağlar. **Kanada Ülke Raporu.** Ankara: İGEME-İhracatı Geliştirme Etüt Merkezi, 2011.

GÖKTAŞ, Murat/ ÇAKAR, Erden/ ÖZDAMAR, Murat. **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Emeklilik ve Primsiz Rejim**. Ankara: Yaklaşım Yayınları, 2011.

GÖZLER, Kemal. **Türk Anayasa Hukuku Dersleri**. 12.b., Bursa:Ekin Yayınevi, 2010.

GÜLMEZ, Mesut. “Avrupa Sosyal Şartı ve Türkiye’nin Çekinceleri”, **Avrupa Birliği Müzakere Sürecinde Avrupa Sosyal Modeli ve Sendikal Haklar Uluslararası Sempozyumu**’na sunulan tebliğ, (3-4 Ekim 2006), Ankara: Türk-İş Yayınları, 2007.

GÜVEN, H. Sami. **Sosyal Politikanın Temelleri**. Bursa: Ezgi Kitapevi, 1995.

GÜZEL, Ali/ OKUR, Ali Rıza. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. Yenilenmiş 10.b., İstanbul: Beta Yayınevi, 2004.

GÜZEL, Ali/ OKUR, Ali Rıza/ CANIKLIOĞLU, Nurşen. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. 12. Bası. İstanbul: Beta Yayınevi, 2009.

GÜZEL, Ali/ OKUR, Ali Rıza/ CANIKLIOĞLU, Nurşen. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. 13. Bası. İstanbul: Beta Yayınevi, 2011.

HİLL, Michael. **Social Policy**. Prentice-Hall, 1996.

ILO, **21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik**. Yusuf Alper ve İsmail Tatlıoğlu (çev.),Bursa: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları, 1994.

ILO. **Sosyal Güvenlik**. Nihat Selamoğlu (çev.), Ankara: SSK Yayınları, 1968.

IRMAK, Hasan. “Koruyucu Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Güvenlik Sistemleri İlişkisi”, **II. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**’nda sunulan tebliğ, (17-18 Mayıs 2011), Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları, 2011.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE, **Social Security A Workers Education Manual Geneva**, 1958.

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.

KARA, Yasemin. **Esnek Güvence Bağlamında Türkiye’de Sosyal Güvence**. Ankara:SGK Yayınları, 2009.

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: İSMMMOMO 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 Pres, 2002.

NOORDAM, F.M. **Hoofdzaken socialezekerheidsrecht**, Kluwer, Deventer 2006.

NOORDAM, F.M. **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.

OLGAÇ, Cüneyt. **200 Soruda Sosyal Sigorta Uygulamaları ve Genel Sağlık Sigortası**, Ankara:Yaklaşım Yayınları, 2006.

ORAL, A. İlhan. **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**. Eskişehir: Anadolu Üniv. Yayınları No:1331, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları No:174, 2002.

ORAL, A.İlhan. “Sağlık Güvencesi ve Yeşil Kartın Türk Sağlık Sistemi İçindeki Yeri”, **Kamu-İş: İş Hukuku ve İktisat Dergisi: Prof. Dr. Kamil TURAN’a Armağan Özel Sayı** içinde, Kamu-İş Yayınları, Cilt: 7, Sayı:2, 2003.

ORUÇ, Şaban. **Kanada Ülke Raporu**. İstanbul: İTO Yayınları, 2008.

OTTAVA BÜYÜKELÇİLİĞİ TİCARET MÜŞAVİRLİĞİ. **Kanada'nın Genel Ekonomik Durumu ve Türkiye İle Ekonomik-Ticari İlişkileri.** Ottawa, Haziran-2007.

ÖZAY, Merter. **Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu.** Ankara: Yetkin Yayınları, 2006.

ÖZBUDUN, Ergun. **Türk Anayasa Hukuku.** Ankara: Yetkin Yayınevi, 1990.

ÖZBUDUN, Ergun. **Türk Anayasa Hukuku.** Gözden geçirilmiş 10. b., Ankara: Yetkin Yayınevi, 2009.

ÖZDEMİR, Süleyman. **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti.** İstanbul: İTO Yayınları, 2004.

ÖZTEK, Zafer/ EREN, Nevzat. "Sağlık Yönetimi", Münevver Bertan ve Çağatay Güler (Ed.), **Halk Sağlığı Temel Bilgiler** içinde, Ankara: Güneş Yayıncılık, 1995.

REİSOĞLU, Safa. **Uluslararası Boyutlarıyla İnsan Hakları.** İstanbul: Beta Yayınevi, 2001.

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.

SARAÇ, Coşkun. "Yeni Sosyal Güvenlik Yasası Reform Mu, Deform Mu?", **10. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi** içinde Denizli, (23-25 Mayıs 2008), Türk-İş Yayınları, 2009.

SARGUTAN, A. Erdal. **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri.** Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.

SAVCI, Bahri. **Yaşam Hakkı ve Boyutları.** Ankara: Ankara Üniv. SBF Yayınları, 1980.

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.

SOYSAL, Mümtaz. **Anayasaya Giriş**. Genişletilmiş 2.b., Ankara: Sevinç Matbaası, 1969.

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/ DEMİRBİLEK, Sevda. “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik ve Hukuki Açıdan Değerlendirilmesi” **DEÜ 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu** içinde (4-7 Mayıs 1994), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1994.

ŞAKAR YİĞİT, Ayşe. **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**. İstanbul: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No:22, 1999.

ŞAKAR, Müjdat /OKAKIN, Neslihan. **İnsan Kaynakları Yöneticisinin El Kitabı**. Ankara: Yaklaşım Yayınları, 2011.

ŞAKAR, Müjdat. **İş Kanunu Yorumu**. Yenilenmiş 4.b., Ankara: Yaklaşım Yayıncılık, 2009.

ŞAKAR, Müjdat. **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Yenilenmiş 7. Baskı. İstanbul: Der Yayınevi, 2004.

ŞAKAR, Müjdat. **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Yenilenmiş 8. Baskı. İstanbul: Der Yayınevi, 2006.

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.

TÜRK DİL KURUMU, **Türkçe Sözlük**. 10. Baskı, Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları, Yayın No:549, 2005

UŞAN, Fatih. "Sosyal Güvenliğin Kapsamı", **I. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu**'nda sunulan tebliğ, (14-15 Mayıs 2010), Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları, 2010.

ÜÇİŞİK, H. Fehim. “Sosyal Güvenlik Hukukunda Ailenin Korunması”, **III. Aile Şurasında Sunulan Tebliğ**, (25-27 Mayıs 1998), Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998.

WHO, **25 Questions and Answers on Health & Human Rights**, Health & Human Rights Publication Series, Issue No.1, 2002.

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.

YILMAZ, Coşkun/ YILMAZ, Necdet. **Osmanlılarda Sağlık**. Biofarma Yayınları, Cilt:1, İstanbul:2006.

YÖK. **Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu**. Ankara: YÖK Yayınları, 2010.

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.

AKIN, Levent. “Tek Çatı Öncesi ve Sonrasında İsteğe Bağlı Sigortalılık”, **MESS Mercek**, Yıl:11, Sayı:43, Temmuz 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.

ABLAY, Beyazıt. “Yabancı Uyrukluların Sosyal Güvenlik Kapsamı”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:230, Şubat 2012.

ALPAR, Ayhan. “Kanada Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:21, Sayı:5-6, Eylül-Aralık 2006.

ALPTEKİN, Kamil. “Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme”, **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi**, Cilt:12, Sayı:2, Mayıs 2004.

ARICI, Kadir. “Genel Sağlık Sigortası Edimlerinden Yararlanmada Prim Koşulu”, **Sicil Dergisi**, Sayı:13, Mart 2009.

ARICI, Kadir. “Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemelerin Genel İlkeleri, İşleyişi, Yeterliliği Sorunu”, **Mess Mercek Dergisi**, Yıl:11, Sayı:41, Ocak 2006.

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.

HANÇER, Bekir. “Prim Borcu Bulunan Kendi Nam ve Hesabına Çalışan (4/b) Sigortalılarının Sağlık Hizmetlerinden Yararlanabilmesinin Usul ve Esasları”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:217, Ocak 2011.

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.

BULUT, Mehmet. “Sosyal Güvenlik Primlerinin Tahsil Usulüne Yönelik Yaklaşımlar ve Türkiye İçin Bir Öneri”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl:14, Sayı:75, Eylül-Ekim 2011.

BULUT, Mehmet. “Sosyal Güvenlik Usul Hukuku Kavramı Işığında Ülkemizde Sosyal Parafiskal Yükümlülüklerle Yönelik Usul Kanunu Gerekliliği ve Öneriler” **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı:106, Temmuz-Ağustos 2011.

BÜYÜKBİRER, Cengiz. “6111 Sayılı Yasa Trafik Kazazedelerinin Tedavi Giderlerine Dair Yaşadığı Mağduriyetleri Önleyecek”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:221, Mayıs 2011.

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.

DEMİRBILEK, Tunç. “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde Yer Alan Sosyal Güvenlik Hakkının Türk Endüstri İlişkileri Sistemi Açısından İncelenmesi” **Kamu-İş Dergisi**, Cilt:2, Sayı:8, Nisan-1991.

ERBAYDAR, Ertuğrul. “Sağlık: Kimin İçin?” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:17, Sayı:4, Temmuz-Ağustos 2002.

ERDOĞAN, Sarper/ SALTİK, Ahmet. “Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı:74, Temmuz-Ağustos 1996.

ERGİN, Hediye. “Genel Sağlık Sigortası: Kapsam, Primler, Yardımlara Hak Kazanma Koşulları”, **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt:VI, Sayı:2, 2009.

ERGİN, Hediye. “İşverenlere Getirilen 5 Puanlık prim İndirimi”, **Sicil Dergisi**, Sayı:12, Aralık 2008.

ERGÖR, Alp. “Kanada Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı:64-65, Kasım-1994, Şubat 1995.

FOWLER, John. “ABD’de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:9, Sayı: 65, 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. “5 Puanlık Prim İndirim Yasağının Başlangıcı”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:205, Ocak 2010.

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.

GÜLTEKİN, Bülent/ PALA, Kadri Kayıhan. “Herkes İçin Sağlık: Alma-Ata’dan 21. Yüzyıla”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:15, Sayı:4 Temmuz-Ağustos 2000.

İLERİ, Ferda. “Yeşil Kart Kanunu ve Uygulaması”, **Türk İdare Dergisi**, Yıl:75, Sayı:438, Mart 2003.

KAĞAN, Tufan. “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sempozyum Özel Sayısı, Sayı:8, 2006/1.

KAUFMANN, Otto. “Fransa’da Sosyal Güvenlik: Genel Sistem”, Tankut Centel (cev.), **Çimento İşveren Dergisi**, Cilt:13, Sayı:1, Ocak 1999.

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.

KOÇ, Selim. “Yasal Çerçevesi ve Parasal Boyutu Açısından Sağlık Yardımları”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Sayı:2, Ekim-Kasım-Aralık, 1998.

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.

OKUR, Ali Rıza “Hukuk Tarihimizin Yürürlük Özürlü İlk Yasası: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, **İşveren Dergisi**, Mayıs 2008.

ORAL, A. İlhan. “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, **Anadolu Üniv.Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı:2002-2.

ÖĞÜTOĞULLARI, Eren. “Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Sigortası Programları”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Sayı:7, Şubat 2000.

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.

SARTAGUN, A. Erdal. “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8 Sayı:3, 2005.

SIR, İlyas. “Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinin Sağlık Bakanlığına Devri Halinde Oluşacak Değişimin Etkileri” **Türk Harb-İş**, Sayı: 211, 2004.

SOYER, Ata. “Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra Bizi Ne Bekliyor””, **Dokuz Eylül Üniv. Hemşirelik Y. Okulu Elektronik Dergi**, Sayı:2 (4), 2009.

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.

ŞAHİN, Tayfun. “Aile Hekimlerinin Kadro, Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Yönünden Hukuksal Durumu, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:25, Eylül 2011.

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.

TAŞBAŞI, Ekrem. “Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada İlave Ücret Uygulaması”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:231, Mart 2012.

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.

TOZAN, Celal. “Güzel Sanat Kollarının Belirlenen Alanlarında Kısmi Süreli İş Akdi İle Ay İçinde 10 Günden Az Çalışanların Zorunlu Sigortalılıkları Kaldırıldı”, **Yaklaşım Dergisi**, Sayı:220, Nisan 2011.

TÜRKİYE İŞÇİ EMEKLİLERİ DERNEĞİ, **Aylık Haber Bülteni**, Sayı:76, Şubat-2009.

TÜZER, Tavbiy Tunga/ GÖRPELİOĞLU, Süleyman. “Aile Hekimliği”, **Yeni Türkiye**, Yıl:7, Sayı:39, Mayıs-Haziran 2001.

TÜZÜN, Hakan. “İsveç: Sosyal Devletin Düşen Kalesinde Sağlık Nereye?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı:5-6, Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006.

ÜÇKUYU, Yavuz. “19. Yüzyıldan Cumhuriyet Türkiye'sine Osmanlılarda Sağlık”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:18, Sayı:3, Mayıs- Haziran 2003.

VARLIK, Muharrem. “Sağlık Sektöründe Öncelik Belirleme ve Stratejiler”, **Yeni Dünya Dergisi**, Sayı: 40, 2001.

YILDIRIM, Ali. “1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı”, **Toplum ve Hekim**, Nisan-1994.

TEZLER

BOSTANCI, Yalçın. **“Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası”**, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, 2007.

ÇAKAR, Erden. **“Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Primsiz Rejim”** (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi SBE, 2008.

ÇAKICI, Sedat. **“Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması”**, (Yayımlanmamış 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”**, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, 1998.

KOLÇAK, Mahmut. **“Planlı Dönemlerde Sağlık Politikalarının Analizi”**, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, 1995.

KURTULMUŞ, Sevgi. **“Sağlık Ekonomisi”**. (Yayımlanmamış Doçentlik Tezi), İstanbul:1996.

KURUCA, Mustafa. **“Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları, Açıkları ve Kamu Açıklarına Etkileri”**, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, 2001.

MAKAS, Recep. **“Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği”**, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, 2003.

OKLUN, Elvan. **“Sosyal Güvenlik Hukukunda Sağlık Sigortası”**, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.) Ankara Üniversitesi, 2008.

SERİN, İlhan. **“Genel Sağlık Sigortası Ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”**, (Yayımlanmamış 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.

İNTERNET KAYNAKLARI

58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP), <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/aep.doc>, (20.02.2012).

ÇELİK, Hüseyin ve diğerleri, **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**, İstanbul:2003, <http://www.tamamlayici-sigorta.com/ts.doc>, (21.02.2012).

DPT, **Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan6.pdf>., (10.10.2011).

DPT, **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan5.pdf>., (10.10.2011).

DPT, **Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1978-1983**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan4.pdf>., (10.10.2011).

DPT, **Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı** <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan4.pdf>., (10.10.2011).

DPT, **İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan2.pdf>., (10.10.2011).

DPT, **Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963-1967**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>., (10.10.2011).

DPT, **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan8.pdf>., (10.10.2011).

DPT, **Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan3.pdf>., (10.10.2011).

DPT, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan7.pdf>., (10.10.2011).

<http://aifd.org.tr>, (24.02.2012).

<http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0ngiltere>, (07.02.2012).

<http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0sve%C3%A7>, (14.02.2012).

<http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0sve%C3%A7>, (14.02.2012).

<http://tr.wikipedia.org/wiki/Almanya> ,(11.02.2012).

http://tr.wikipedia.org/wiki/Amerika_Birle%C5%9Fik_Devletleri#Demografi, (07.02.2012).

<http://tr.wikipedia.org/wiki/Kanada> , (24.02.2012).

http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5ae4ce29-a79b-4dde-a30e-bf68afdf108f/socialforsakringen_tur.pdf?MOD=AJPERES, (14.02.2012).

<http://www.oecd.org/dataoecd/12/17/49084343.pdf>, (08.02.2012).

<http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>.

<http://www.tbmm.gov.tr/default.aspx>.

<http://www.basbakanlik.gov.tr/default.aspx>.

http://www.tsrbs.org.tr/sites/default/files/documents/4_Police_Adetleri_2011-12.xls, (21.02.2012).

http://www.utb.halmstad.se/_upload/%C3%96vriga/pie/Isvec_Hakkında09.doc, (14.02.2012).

IRVINE, Benedick/ FERGUSON, Shannon/ CACKETT, Ben. “Background Briefing: **“The Canadian Health Care System”**”, <http://www.civitas.org.uk/pdf/Canada.pdf> (25.02.2012).

KARAKOÇ, İmdat. **“Halk Sağlığı Alanında İsveç ve Çek Cumhuriyeti’nin Güncel Durumu Hakkında Bilgi Notu”**, <http://www.saglik.gov.tr/TKB/dosya/1-38266/h/arastirma---halk-sagligi-alaninda-isvec-ve-cek-cum-h---a-.doc>, (14.02.2012).

PEARSON, Mark. **“Disparities in Health Expenditure Across OECD Countries: Why Does The United States Spend So Much More Than**

Other Countries?, Written Statement to Senate Special Committee on Aging, Health Division”, OECD,

<http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf>, (21.02.2012).

SAĞLIK BAKANLIĞI, Sağlık Bakanlığı 2010 Sağlık İstatistik Yıllığı.

www.saglik.gov.tr. (25.02.2012).

SEYYAR, Ali. “Sosyal Güvenlik Nedir?”,

<http://www.sosyalsiyaset.com/documents/sg.htm>, (01.11.2011).

T.C. LAHEY BÜYÜKELÇİLİĞİ TİCARET MÜŞAVİRLİĞİ,

<http://www.musavirlikler.gov.tr/haberdetay.cfm?HaberID=8798&dil=TR>

[http://www.musavirlikler.gov.tr/haberdetay.cfm?HaberID=8798&dil=TR](http://www.musavirlikler.gov.tr/haberdetay.cfm?HaberID=8798&dil=TR&ulke=NL)

www.hhs.gov, (01.02.2012).

www.oecd.org ,(02.02.2012).

www.sgk.gov.tr.

<http://www.aile.gov.tr/tr>

GAZETELER

KÜÇÜKUSTA, Ahmet Rasim. “Lay-Lay Lom Hastaların Memnuniyeti Gerçeği Göstermez”, **Güneş Gazetesi**, (04.05.2012)