

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HUKUK ANABİLİM DALI
ÖZEL HUKUK BİLİM DALI

GENEL SAĞLIK SİGORTASINA ELEŞTİREL BİR BAKIŞ

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Çağlayan TEK

İSTANBUL, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HUKUK ANABİLİM DALI
ÖZEL HUKUK BİLİM DALI

GENEL SAĞLIK SİGORTASINA ELEŞTİREL BİR BAKIŞ

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Çağlayan TEK

Öğrenci No:

165518007

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BAĞCI

İSTANBUL, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi “Genel Sağlık Sigortasına Eleştirel Bir Bakış” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 08/06/2018

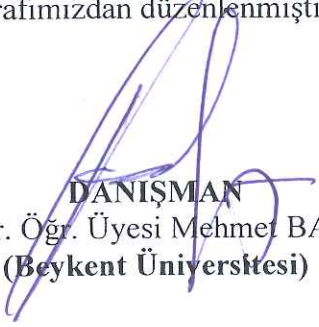

Çağlayan TEK

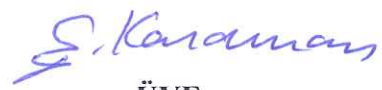
T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

08.06./2018

Enstitümüz *Hukuk* Anabilim Dalı *Özel Hukuk* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 165518007 numaralı *Çağlayan TEK'in* "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Genel Sağlık Sigortasına Eleştirel Bir Bakış* " konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 29.05.2018 tarih ve 2018/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (65) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red-veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BAĞCI
(Beykent Üniversitesi)


ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Ebru KARAMAN
(Beykent Üniversitesi)


ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Hulki CİHAN
(Özyeğin Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Çağlayan TEK
Danışman : Dr. Öğretim Üyesi Mehmet BAĞCI
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2018
Alanı : Genel Sağlık Sigortası
Anahtar Kelimeler : Genel Sağlık Sigortası, Sağlık, Hastalık, Hizmet Basamakları, Sevk Zinciri, Dünya Uygulamaları

ÖZ

GENEL SAĞLIK SİGORTASINA ELEŞTİREL BİR BAKIŞ

Türkiye Cumhuriyeti Sosyal bir devlettir. Sosyal devlet olmanın gereği olarak, Sosyal Güvenlik Hukuku ile ilgili birçok önemli adımlar atmıştır bu kapsam da 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu düzenlenmiş ve yürürlüğe girmiştir. Kanun'un en önemli alanını Genel Sağlık Sigortası oluşturmaktadır. Genel Sağlık sigortası kapsamında, kişilere, hastalıktan önce Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıktan sonra ise tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Kanun sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda, prim ödeme, kimlik tespiti, katkı payı ödeme, hizmet basamaklarına uyma ve sevk zincirine uyma şartlarını düzenlemiştir. Bura da hizmet basamakları ve sevk zinciri ile diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunulması hedeflenmektedir.

Name and Surname : Çağlayan TEK

Supervisor : Dr. Öğretim Üyesi Mehmet BAĞCI

Degree and Date : Graduate, 2018

Major : General Health Insurance

Key Words : Other World Countries, Health, Disease, Service Steps, Referral Chain, World Applications.

ABSTRACT

A CRITICAL OVERVIEW OF THE GENERAL HEALTH INSURANCE

The Republic of Turkey is a welfare state. As a result of being a welfare state, Turkey undertook many significant measures on the Social Security Program by enacting bills and implementing them, such as the Social Insurance 5510 and the General Health Insurance. It is the General Health Insurance that plays the most important role in the statute. Under the General Health Insurance; Persons are provided with protective health services before the health problems occur and the treatment services after the problems occur. The act promulgated and provided persons with Premium payments, identity checks, contribution payments, compliance with the service degrees and both the conditions and the compliance with the referral systems on the utilization of the health services. Here, the aim was to provide more efficient health services and similar service degrees and referral systems with the other countries.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	II
KISALTMALAR.....	vi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL SAĞLIK SİGORTASI

1.GENEL BİLGİLER.....	3
1.1.SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI.....	4
2.SAĞLIK HİZMETLERİ.....	5
2.1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	5
2.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	5
2.2.1.Belirsizlik ve Ertelenmezlik.....	5
2.2.2.Sağlık Hizmetleri Kamusaldır.....	6
2.2.3.Sağlık Hizmetlerinin Alternatifi Yoktur.....	6
2.2.4.Sağlık Hizmetlerinin Değişkenliği.....	6
2.3.Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri.....	7
2.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
2.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
2.3.2.1.Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	7
2.3.2.2.İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	8
2.3.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri.....	8
2.3.2.4.Rehabilitasyon Tedavi Hizmetleri.....	8
3.SAĞLIK HİZMETLERİNDEN FAYDALANABİLECEK KİŞİLER VE SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ.....	9
3.1.GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİNDEN FAYDALANABİLECEK KİŞİLER.....	9

3.2.GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ.....	17
3.2.1.Önleyici/Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	17
3.2.2.Hastalık Sırasında Sunulan Sağlık Hizmetleri.....	17
3.2.3.Genel Sağlık Sigortalısı Kişinin Analık Durumunda Faydalanabileceği Sağlık Hizmetleri.....	18
3.2.4.Genel Sağlık Sigortalısı Kişinin Ağız ve Diş Sağlığı Alanında Faydalanabileceği Sağlık Hizmetleri.....	20
3.2.5.Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Faydalanılacak Diğer Sağlık Hizmetleri.....	21
4. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA YURT DIŞINDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ.....	22
4.1.Geçici Görevli Yurt Dışına Gidilmesi Durumunda Sunulan Sağlık Hizmetleri.....	22
4.2.Sürekli Görevle Yurt Dışında Görevlendirilenler.....	22
4.3.Yurt İçinde Tedavinin Mümkün Olmadığı Durumlar.....	23
5.GENEL SAĞLIK SİGORTALISI KİŞİNİN KAPSAM DAHİLİNDE FAYDALANAMAYACAĞI SAĞLIK HİZMETLERİ.....	24
5.1.Estetik Amaçlı Sağlık Hizmetleri.....	24
5.2.Sağlık Bakanlığı'na İzin veya Ruhsat Verilmeyen Sağlık Hizmetlerinden Hizmet Alan Genel Sağlık Sigortalılar.....	24
5.3.Yabancıların Kronik Hastalıkları.....	25

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA FAYDALANILAN HİZMET KARŞILIĞINDA ÖDENEN BEDELİN BELİRLENMESİ

1. GENEL BİLGİLER.....	25
1.1.SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU.....	26

2.SAĞLIK HİZMETLERİ KARŞILIĞINDA ÖDENEN BEDEL.....	27
2.1.Özel Sağlık Hizmet Sunucularına Ödenen Bedel.....	27
2.2.Kamu Sağlık Hizmet Sunucularına Ödenen Bedel.....	28
2.3.İstisnai Sağlık Hizmet Sunucularına Ödenecek Bedel.....	29
2.4.Sözleşmesiz Sağlık Hizmet Sunucularından Faydalanma da Ödenecek Bedel.....	30
2.5.Götürü Bedelle Sağlık Hizmeti Alımı Açısından Ödenecek Bedel.....	30
3. KATILIM PAYI.....	31
3.1.KATILIM PAYI VE ALINACAK DURUMLAR.....	31
3.2.KATILIM PAYI ÖDENMEYEN HALLER VE KATILIM PAYI ÖDEMEYEN KİŞİLER.....	34
3.2.1.Katılım Payının Tahsili.....	35
3.2.2.Katılım Payı Alınıp Tekrar İade Edilecek Kişiler.....	36

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN FAYDALANMA KRİTERLERİ

1.GELİR TESTİ UYGULAMASI VE AMACI.....	37
2.GELİR TESTİ BAŞVURUSU, TESCİL VE SİGORTANIN BAŞLANGICI....	37
3.PRİM ÖDENMESİ VE MİKTARI.....	41

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASINDA HİZMET BASAMAKLARI VE SEVK ZİNCİRİ

1. GENEL BİLGİLER.....	45
2. GENEL SAĞLIK SİGORTASI DÜNYA UYGULAMALARI.....	48
2.1.ALMANYA'DA GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ.....	49

2.2.İNGİLTERE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ.....	51
2.3.FRANSA’DA GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ.....	52
2.4.AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİNDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ.....	54
2.5.İSVEÇ’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ.....	56
2.6.ÇİN HALK CUMHURİYETİ’NDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ.....	58
2.7.TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ.....	59
3.HİZMET BASAMAKLARI.....	63
3.1.Resmi Sağlık Kuruluşları.....	63
3.1.1.Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları ve Hizmetleri.....	63
3.1.1.1.Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Bütçe, Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla İçinde ki Yeri.....	67
3.1.1.2.Aile Hekimliği Uygulamaları.....	70
3.1.1.3. 112 Acil Sağlık Hizmetleri.....	77
3.1.2.İkinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları ve Hizmetleri.....	83
3.1.3.Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları ve Hizmetleri.....	87
3.2.Özel Sağlık Kuruluşları.....	89
3.2.1.Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşları.....	89
3.2.2.İkinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşları.....	89

4. BASAMAKLANDIRILMAYAN SAĞLIK HİZMETLERİ.....	89
5. SEVK ZİNCİRİ.....	90
SONUÇ	94
KAYNAKÇA	103
ÖZGEÇMİŞ	106



KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ET : Erişim Tarihi

EGM: Emniyet Genel Müdürlüğü

GATA : Gülhane Askeri Tıp Akademisi

GSS : Genel Sağlık Sigortası

Kanun : 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

KHK : Kanun Hükmünde Kararname

Kurum : Sosyal Güvenlik Kurumu

OASDI : Yaşlılık, Hayatta Kalanlar ve Engellilik Sigortası Programı

OHAL : Olağanüstü Hal

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

TSK : Türk Silahlı Kuvvetleri

UMKE : Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri

1005 Sayılı Kanun : İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

1479 Sayılı Kanun : Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu

2330 Sayılı Kanun : Nakdi Tazminat ve Tazminat Bağlanması Hakkında Kanun

2925 Sayılı Yönetmelik : Sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu'nun Uygulanmasına Dair Yönetmelik

3713 Sayılı Kanun : Terörle Mücadele Kanunu

5434 Sayılı Kanun : Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu

5510 Sayılı Kanun : Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

6111 Sayılı Kanun : Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Ve Diğer Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

GİRİŞ

Türk Hukuk Sisteminde, Sosyal Güvenlik Hukuku alanında reform niteliğindeki çalışmanın ürünü 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortasıdır. 5510 Sayılı Kanun'un ise önemli bir kısmını Genel Sağlık Sigortası oluşturmaktadır. Çünkü sağlık ve sağlık hizmetleri, toplumun vazgeçilmez ve en temel taşlarından bir tanesi olduğu gibi sağlık hizmetleri, sosyal devlet olmanın da gereğidir. 5510 Sayılı Kanun'la, Sosyal Devlet olmanın gereklerinin yerine getirilmesi konusunda önemli bir adım atılmış, tüm sigorta kolları tek çatı altında toplanmış, tüm vatandaşın Sosyal Güvenlik Hukuku kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalandırmayı amaçlamıştır.

İnsan yaşamını sürdürebilmesi için sağlıklı bir şekilde hayatını devam ettirmesi gerekmektedir. Sağlıklı kişi, vücudu fiziksel ve ruhsal açıdan tam iyi olan kişidir. Kişinin fiziksel ya da ruhsal durumunun herhangi bir şekilde bozulması durumu hastalık halini oluşturmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin temel amacı ise, insanın mevcut sağlığını korumak ve bozulan sağlığının tekrar eski sağlığına kavuşturulmasıdır. 5510 sayılı kanun ve Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği, Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerini, hizmet basamaklarına ayırmış, sağlık hizmetlerinden faydalanmayı ise bir takım şartlara bağlamıştır.

Kanun sağlık hizmetlerini iki temel olarak, koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak ikiye ayırmış, tedavi edici sağlık hizmetlerini ise, birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak kategorize etmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin hastalanmadan önceki, mevcut durumunu koruması için verine hizmetleri kapsayan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen hastalanan kişinin eski sağlığına kavuşturulması için, hastanın durumuna göre, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet kuruluşlarınca tedavinin gerçekleştirilmesine yönelik sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı, tüm dünya da olduğu gibi Türkiye'de de aile hekimleri

oluşturmaktadır. Aile Hekimliği uygulaması çok önemli bir uygulamadır ancak Türkiye’de bu uygulama çok geç başlamıştır. Birinci basamak sağlık sunucuları tarafından tedavisi mümkün olmayan hastalar, İkinci basamak sağlık hizmetinin sunulduğu, yataklı tedavi hizmetlerinin sunulduğu hastanelere sevk işlemi yapılmakta, burada da tedavisi mümkün olmayan hastalar ise, üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan, uzmanlığa dayalı bir tedavi hizmeti sunan hastanelere sevk edilmektedir.

5510 Sayılı Kanun, Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanmayı; belirli süre prim ödeme, sağlık kuruluşuna başvuru ve kimlik bildirimini katkı payı ödenmesi, hizmet basamakları ve sevk zincirine uyma şartlarına bağlamıştır. Kanun, sözleşme yapmadığı sağlık kuruluşlarına başvurmayı da acil haller dışında yasaklamıştır.

Katılım payı, birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmetleri ve özel sağlık kuruluşlarına başvuru durumuna göre hastanın kendisinden ya da bakmakla yükümlü oldu kişiden alınmaktadır.

Kanun, sağlık hizmetlerinde basamaklandırma sistemini benimsemiş ve sağlık hizmetlerini; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak kategorize etmiş, hastanın ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin de sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda düzenlemiş olduğu basamaklandırma şartına uymasını hükmetmiştir. Genel olarak; Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimleri, İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yataklı tedavi sunan hastaneler, üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında ise uzmanlık gerektiren hastaneler ve üniversite hastaneleri yer almaktadır.

Kanun ve Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği, sağlık hizmetlerinde faydalanmanın diğer bir şartı olarak, uygulama ya geçmese de, sevk zincirine uyulması gerektiği hususuna hükmetmiştir. Sevk zinciri, öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmayı, ihtiyaç halinde ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk işleminin gerçekleştirilmesi gerektiğini kapsamaktadır. Hizmet basamakları birçok dünya ülkelerinde ve ülkemizde uygulanmakla beraber, sevk zinciri ile ilgili aynı şey söylenemez. Hizmet basamakları ve sevk zinciri ile sağlık hizmet sisteminin daha etkin bir şekilde sunulması hedeflenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

1. GENEL BİLGİLER

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31.05.2006 tarihinde kabul edilerek 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiş olup, Genel Sağlık Sigortasının Uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar ise 18.04.2014 tarih ve 28976 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği ile düzenlenmiştir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu öncesi, kişilere ve statülere göre sağlık hizmeti sunulmaktaydı, bu da farklı kişilere farklı sağlık hizmetlerinin sunulmasını beraberinde getirmekteydi. 5510 sayılı kanun incelendiğinde, kanunun amacının daha çok birden fazla başlılığı ortadan kaldırarak, toplumun bir kısmını değil, tüm nüfusu kapsayacak şekilde tek tip sağlık hizmetinden yararlandırmayı amaçlamaktadır. Bu amaçta Türkiye Cumhuriyeti'nin 1982 Yürürlük Anayasası'nın 10. maddesinde belirtilen Eşitlik ilkesini ve 17. maddesinde belirtilen “Herkes, yaşama, maddi manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir¹” ilkelerini destekler niteliktedir. Bu da Türkiye Cumhuriyeti devletinin bir hukuk devleti olmasının gereğidir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 60. maddesinde, Genel Sağlık Sigortası Yönetmeliğine göre genel sağlık sigortalısı sayılanlar, 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Ve Diğer Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'a göre, 6191 sayılı sözleşmeli erbaş ve er kanununa göre , 665 sayılı Sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılmasına dair kanun hükmünde kararnamede Genel Sağlık Sigortalısı sayılanlar ayrı ayrı düzenlenmiştir.² Bu kanunlara bakıldığında sağlık hizmetlerinden yararlanılmada yelpazenin oldukça genişlediği görülmektedir.

¹ Hakan Üzeltürk, Anayasa ve İdare Hukuku Temel Mevzuatı, Legal Yayınları, 6.Bası, İstanbul-2015, Anayasa m.10, m.17.

² 5510 Sayılı Sosyal Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, m.60.

Genel Sağlık Sigortası, insanın doğumundan ölümüne kadar hayatında yer alması gereken sosyal bir hak olup, bu hak Anayasa ile güvence altına alınmıştır. Anayasa'nın 56. maddesi “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir...”³ şeklinde başlayıp devam etmekte olup, insanın sağlıklı yaşaması ise esas olarak hasta olmaması ya da hastalandığında tekrar eski sağlığına kavuşması ile ilişkilidir.

Sağlıklı yaşama hakkının sağlanabilmesi için, başta Anayasa olmak üzere, 5510 sayılı kanun ve yönetmelikle gerekli düzenlemeler yapılmışsa da, insanın yaşamı boyunca hastalanmadan yaşaması mümkün değildir. Hastalık durumunda ise, Genel Sağlık Sigortası kapsamında insanın, çeşitli basamaklarda ki tedavi yöntemleriyle eski sağlığına kavuşturulması hedeflenir. Genel Sağlık Sigortasından faydalanmak içinse ileride ayrıntılı olarak değinileceği üzere birtakım şartların varlığı gerekmektedir.

1.1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI

Sağlıklı kişi, ruhsal, bedensel, organik ya da fonksiyonel bağlamda herhangi bir problemi olmayan kişidir, başka bir deyişle, insan vücudunun fiziksel ve ruhsal açıdan tam iyi olması halidir.

Hastalık kavramı ise, insanın organizmasında bir takım değişikliklerin meydana gelmesi, bedeni ve ruhsal yönden çeşitli bozuklukların meydana gelmesi halidir. Sağlık ve hastalık iç içe geçmiş kavramlardır, kişinin sağlıklı yaşayabilmesi için meydana gelen hastalıklarla mücadele etmesi gerekmektedir. İnsanın sağlıklı yaşama hakkı yaşam hakkı ile doğrudan ilişkilidir. Yaşam hakkının korunması için kişinin sağlığının korunması ve sağlıkla ilgili gerekli hizmetlerin verilmesi ile mümkündür.⁴

Yaşam hakkı kişinin kendi varlığını sürdürebilme hakkıdır ve kişilik hakkının en temel taşıdır. Kişilik haklarından olan yaşam hakkı ilk başta beden bütünlüğünün sağlanması, sağlıklı yaşamaya yönelik bir takım hakların bahşedilmesini sağlayan bir haktır. 1961 ve 1982 Anayasası sağlık hakkı ve yaşam hakkını ayrı ayrı düzenlemiştir. 1961 Anayasasının 14. maddesi Sağlık ve Yaşam

³ Üzeltürk, a.g.e. Anayasa m.56.

⁴ Ali Güzel, Ali Rıza Okur, Nurşen Caniklioğlu. Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları 15.Bası İstanbul-2014 s.837.

Hakkını; “ *Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkına ve kişi hürriyetine sahiptir*”, 1982 Anayasası ise; “ *Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.*” Şeklinde düzenlemiş olup, Anayasa Mahkemesinin de İnsan sağlığının korunmasına yönelik birçok kararı mevcuttur.⁵

2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hakkının yaşam alanında gerçekleştirilmesinin yolu sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde sürdürülmesi ile mümkündür. Sağlık hizmetleri hasta, hekim, sağlık kuruluşu üçlüsünden oluşmaktadır.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı: Kişinin sağlık düzeyini yükseltmek, geliştirmek ve sürdürebilmek amacıyla; sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüdür. Sağlık hizmetinden bahsedebilmemiz için; kişinin fiziksel ya da ruhsal yönden sağlığının bozulması, tıbbi ilaç, araç, gereç, yetkili tıp personeli ve yetkili tıbbi mekan gibi unsurların bir arada olması gerekmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin öncelikli hedefi, kişilerin hasta olmalarını engellemektir, Anayasa’nın 56. maddesi de “*herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir*” bu hususu destekler niteliktedir. Sunulan sağlık hizmetlerine rağmen hastalığın ortaya çıkması durumunda ise her türlü tıbbi müdahalenin yapılarak kişinin eski sağlığına kavuşması hedeflenmektedir.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri: Kişinin temel haklarından yaşam hakkı ve sağlık hakkı en önemli kişilik haklarından, bunu takibinde sağlık hizmetlerinin de insan hayatındaki yeri oldukça önemlidir.

2.2.1. Belirsizlik ve Ertelenmezlik: Sağlık hizmeti ihtiyacı hastalıkla birlikte ortaya çıkmaktadır, bu yüzden sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağının tahmin edilmesi, ne kadar süre ile faydalanılacağının tahmin edilmesi mümkün değildir. Hastalık sonrası sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda kararı verecek olan kişi genel itibarıyla kişinin kendisi değildir. Sağlık hizmetlerini diğer

⁵ Üzeltürk, a.g.e., Anayasa m.56.

hizmetlerden ayıran unsurlardan bir tanesi de budur.⁶

2.2.2. Sağlık Hizmeti Kamusaldır: 19. Yüzyıl öncesine bakıldığında sağlık hizmeti özel bir hizmetmiş gibi kabul edilse de, günümüzde sağlık hizmetlerinin özel bir hizmet olarak kabul edilmesi kabul edilemez. Çünkü sağlık hizmetleri kamusaldır, bireye ya da bireylere değil toplumu hedef alan mecburi bir hizmettir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma da ve sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan düzenlemelerin (Anayasa, Kanun, Kanun Hükmünde Kararname, Yönetmelik gibi) devlet tarafından yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda, sağlık hizmetinin kamu hizmeti olduğu açıktır. Özel hastaneler, özel poliklinikler göz önünde bulundurularak, sağlık hizmetlerinin özel bir hizmet olduğu düşünmek doğru değildir, çünkü özel hastane ve özel muayenehanelerle ilgili düzenlemeyi yapacak olan yine devlet olup, kurumlarla anlaşması olan özel sağlık kuruluşlarından da belli bir miktar ücret karşılığında bireyler faydalanma imkanına sahiptir.

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Alternatifi Yoktur: Kişinin günlük hayattaki ihtiyaçlarının birçok alternatifi mümkündür, ancak sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur, sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Hastalığın türüne göre belirli bir ilaç, ameliyat, araç ve gereç kullanılacaktır. Burada kastedilen aynı yöntem için alternatif bir doktor ya da alternatif bir ilaç değildir, söz konusu örneğin; tedaviden vazgeçerek, bunun yerine bir başka çözüm yolunun kullanılamamasıdır.

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Değişkenliği: Sağlık hizmetlerinin hedefinde kişi ve kişiler vardır, ancak bunun yanı sıra sağlık hizmetleri sosyoloji, kültür ve teknoloji ile de doğrudan ilgilidir. Bu alanlarda yapılan değişikli ve yenilikler, sağlık hizmetlerinin doğrudan etkileyecektir. Toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için, sağlık hizmetlerinin bu yeniliklere ayak uydurması gerekecektir. Aksi taktirde Sağlık hizmetleri toplumun ihtiyaçlarını karşılama da yetersiz kalacaktır. Toplamların sosyolojik ve kültürel yapısı farklı olduğundan dolayı, sağlık hizmetleri de farklılık gösterecektir. Burada ki farklılıktan kasıt, insanların fiziki yapısı ile ilgili değildir,⁷ insanların fiziki yapısı her yerde aynıdır, farklı olan, ruhsal ve kültürel yapıdır, sağlık hizmetlerinin de bu farklılığa ayak uydurması gerekecektir.

⁶ Güzel, Okur, Caniklioğlu. a.g.e. s.847-848.

⁷ Güzel, Okur, Caniklioğlu. a.g.e. s.848-850.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri: Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri olmak üzere üç aşamalıdır. Saydığımız üç tür sağlık hizmeti de birbirini tamamlar niteliktedir. Koruyucu sağlık hizmeti ile bireylerin hastalanmamasına yönelik çalışmalar yapılırken, tedavi edici sağlık hizmetlerinde, hasta olan bireylerin tekrar eski sağlığına kavuşmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bireylerde, tedavi sonrası meydana gelen bozukluk ve sakatlıkların günlük hayata etkisini azaltmaya ya da yok etmeye çalışmak ise rehabilitasyon hizmetleri ile sağlanmaya çalışılmaktadır⁸.

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel hedefi, kişilerin hasta olmalarını önlemek ve erken dönemde kişilerin hastalıklarını teşhis etmek üzere, kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak önlemleri kapsayan sağlık hizmetleridir. Bu tedbirler kişiye ve çevreye yönelik koruyucu tedbirlerdir.

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; ilaçla koruma, bağışıklık kazandırma, erken teşhis, sağlık eğitimi, iyi beslenme, aile planlaması, okul sağlığı, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinden ibaret olup, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; suların temizliğine ve atıklara yönelik gerekli tedbirlerin alınması, gürültüye yönelik tedbirler, endüstri hijyeni, okul sağlığı, iyi beslenme, anne ve çocuk sağlığına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik hizmetleri kapsamaktadır.⁹

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen hastalanan bireyin, hastalığının tedavisine yönelik hizmetlerdir. Bu hizmet ile bireyin hastalığının tedavisine yönelik çalışmaların yanı sıra hastalığın sebep olduğu zararlardan da kurtarmaya çalışan bir hizmettir.¹⁰

2.3.2.1. Birinci basamak tedavi hizmetleri: Birinci basamak tedavi hizmetleri, kişinin ilk başvurduğu hekim tarafından, evde ayakta veya yatarak, muayenehane veya klinikte ayakta muayene ve tedavisini kapsamaktadır. Birinci basamak tedavi hizmetlerinin verildiği yerler; ev, muayenehane, sağlık ocakları, klinikler, ana ve çocuk sağlığı merkezleri olarak sayılabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde en etkin rol Aile Hekimlerindir. Türkiye’de her bireyin bağlı olduğu

⁸ Güzel, Okur, Caniklioğlu. a.g.e., s.851-853.

⁹ Can Tuncay, Ömer Ekmekçi. Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, 16.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul-2013, s.513.

¹⁰ Refik Korkusuz, Suat Uğur, Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş, 2.Baskı, Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa- 2010, s.340.

bir aile hekimi vardır, aile hekimlerinin görevi daha çok, kişinin hastalanmadan önceki koruyucu sağlık hizmetlerine ve birinci basamak tedavi hizmetiyle hastalığı giderilebilecek kişilerin tedavi hizmetlerini sunmaktadır. Aile hekimlerinin rolü, hastalığın önlenmesi ve hekime ulaşım açısından büyük olduğu gibi, ilerleyen konularımızda detaylıca anlatılacağı üzere, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde işlemesi açısından da büyüktür.

Birinci basamak tedavi hizmetleri ile tedavisi mümkün olmayan hastalar aile hekimlerince bir üst basamak sağlık hizmetine gönderilmektedir.

2.3.2.2. İkinci basamak tedavi hizmetleri: İkinci basamak tedavi hizmetinin verildiği hastalar, yataklı tedavi kurumunda hizmet alan hastalardır. Bu basamakta tedavi gören hastalar, birinci basamakta gördüğü tedavi hizmetinden sonuç alamayan hastalar olabileceği gibi, doğrudan ikinci basamak tedavi hizmeti almak üzere sevk edilen hastalarda olabilmektedir. Hastanın mutlaka ilk önce birinci basamak da tedavi görmesine gerek yoktur. Hastalığın belirli bir ağırlıkta olması ve lüzum görülmesi üzerine, ikinci basamak tedavi hizmetinin uygulanması için yataklı tedavi kurumuna sevk yapılabilir.

2.3.2.3. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin gerektirdiği hastalıklar büyük ölçüde uzmanlığa dayalı bir tedavi veya bakım gerektiren hastalıklardır. Bu durum hastalar, ileri düzeyde tıp teknolojisi uygulanan ihtisas hastanelerine gönderilir ve burada tedavi edilir. Çocuk hastaneleri, göğüs hastalıkları hastanesi, kemik hastanesi, sinir hastalıkları hastanesi gibi hastaneler örnek gösterilebilir.¹¹

2.3.2.4. Rehabilitasyon tedavi hizmetleri: Bazı vakılarda hastanın tedavisinden sonra, rehabilitasyon uygulanması gerekmektedir. Burada hastalık ya da kaza sonucu kalıcı bozukluklar söz konusudur. Rehabilitasyon hizmetleri ile hastalık ve kaza sonucunda kalıcı hasar meydana gelen kişinin başkalarına bağımlı yaşamaya zorunlu kalmasının önüne geçilmekte, hastaya takılan orteز, protez gibi aletlere,

¹¹ Güzel, Okur, Caniklioğlu. a.g.e., s.853.

hastanın alışmasının sağlanarak, fonksiyonların bu aletlerle yerine getirmeyi amaçlayan sağlık hizmetidir.¹²

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN FAYDALANABİLECEK KİŞİLER VE SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ

3.1.GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİNDEN FAYDALANABİLECEK KİŞİLER

Genel sağlık sigortası kapsamında hizmet alabilecek kişiler 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile düzenlenmiş ancak, kanunun ilk haline bakıldığında genel sağlık sigortasından yararlanma alanı çok dar tutulduğu anlaşılmış, genel sağlık sigortasından yararlanması gereken kişiler kapsam dışı tutulduğu anlaşıldığından daha sonra, Genel Sağlık Sigortası Yönetmeliğinde, 6111 Sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun'u ve diğer bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılması hakkında kanunda, 6191 sayılı Sözleşmeli Erbaş ve Er Kanunu'nda ve 665 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılmasına dair kanun hükmünde kararnamede genel sağlık sigortalısı sayılanlar ayrıca düzenlenerek eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır.¹³

Bizim için burada önemli olan husus, sağlık hakkı; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde ve anayasal düzeyde koruma altına alınmış önemli bir hak olmasıdır, dolayısıyla böylesine evrensel düzeyde ve anayasal düzeyde korunan sağlık hakkından hiç kimse mahrum bırakılamaz.¹⁴

Genel sağlık sigortasından yararlanacak kişiler, ayrı ayrı kanunlarla düzenlenmiş olsa da, çoğunluk itibarıyla 5510 sayılı kanunda bu kişiler belirtilmiştir. Biz burada, daha önce belirtmiş olduğumuz kanun hükümleri ışığında Genel Sağlık Sigortalısı Sayılan kişileri tek başlık altında toplayacağız. Bunlar;

¹² Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.926 s.927.

¹³ İbrahim, PINAR, Genel Sağlık Sigortası, Sağlık ve Tedavi Yardımı, Seçkin Yayıncılık 2010- Ankara s.15-19.

¹⁴ Tuncay, Ekmekçi. a.g.e., s.497.

- Hizmet akdi ile çalışanlar ve hizmet akdi ile çalışanlar kapsamında değerlendirilenler,
- Kamu idarelerinde kadrolu çalışanlar, sözleşmeli çalışanlar, açıktan vekil olarak atananlar,
- Köy ve mahalle muhtarları ile bağımsız çalışanlar,
- İsteğe bağlı sigortalılar,
- Gelir ve aylık almakta olanlar,
- 2330 Sayılı Nakdi tazminat ve aylık bağlanması hakkında kanuna göre nakdi tazminat veya aylık alanlar,

Başka bir kanun gereği genel sağlık sigortalısı sayılan kişi, ayriyeten genel sağlık sigortası içinde prim ödemeyecektir. Bu kişilerin Genel sağlık sigortalısı sayılması ve prim ödememeleri gerektiğine dair Yargıtay da temyiz konusu olan ve yargıtayın kararına değinecek ve yorumlayacak olursak; Dava, 2925 sayılı Yasa kapsamında sigortalı iken vefat eden babadan dolayı ölüm aylığı alan ve hak sahibi olarak sağlık yardımlarından yararlanma hakkı bulunan davacı kız çocuğunun; aynı zamanda 1479 sayılı yasa kapsamında isteğe bağlı sigortalılığı sebebiyle, 5510 sayılı Yasa kapsamında Genel Sağlık Sigortası Primi ödeme yükümlülüğünün bulunmadığı ve hak sahibi olarak babası üzerinden sağlık yardımlarından yararlandırılması gerektiğinin tespiti, ayrıca 2008/10.aydan itibaren kesilen genel sağlık sigortası primlerinin de iadesi istemine ilişkindir. Mahkemece, ilamında belirtildiği şekilde davanın kabulüne karar verilmiştir. Hükmün, davalı Kurum avukatı tarafından temyiz edilmesi üzerine, temyiz isteğinin süresinde olduğu anlaşıldıktan ve Tetkik Hâkimi Ş.Ö. tarafından düzenlenen raporla dosyadaki kağıtlar okunduktan sonra işin gereği düşünüldükçe, ilgili kanun hükümleri çerçevesinde aşağıda ki karar tespit edilmiştir. Yargıtayın bu uyuşmazlık konusu ile ilgili kararı; “*Yerinde görülmeyen bütün temyiz itirazlarının reddiyle usûl ve kanuna uygun olan hükmün ONANMASINA, 30.06.2011 gününde oybirliğiyle karar verilmiştir*” şeklindedir. Kararı 5510, 6111, 1479, 2925 sayılı kanunlar çerçevesinde yorumlayacak olursak; Temyize konu olan davaya baktığımızda, 1479 sayılı Esnaf Ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu gereğince isteğe bağlı sigortalı olan bayan B’nin aynı zaman da Genel sağlık sigortalısı sayılıp sayılamayacağı, 2925 sayılı yasa Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu

kapsamında sigortalı iken vefat eden ve baba dan dolayı ölüm aylığı alan kız çocuğunun, Genel sağlık Sigortalısı sayılıp sayılamayacağı, ve 1479 ve 2595 sayılı yasa gereği genel sağlık sigortalısı kapsamında ise, geçmişe dönük aynı zamanda da genel sağlık sigortalısı sayılması durumunda, ödemiş olduğu primleri geri alıp alamayacağına ilişkindir.

5510 sayılı yasa, 6111 sayılı yasa, 2595 sayılı yasa ve 1479 sayılı yasanın uyuşmazlık konularımız ile ilgili hükümlerini incelediğimizde;

1-) 5510 sayılı kanunun 60. maddesinin 2. fıkrasının (f) bendi; Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler genel sağlık sigortası kapsamındadır.

Bu maddeden dolayı, kişi hem babadan dolayı hem de 1479 sayılı yasa kapsamında genel sağlık sigortalısıdır. Bu sebeple kişi genel sağlık sigortası primi ödemeyecektir.

2-) 5510 sayılı kanunun 104. maddesi; Bu Kanunla yürürlükten kaldırılmayan hükümleri saklı kalmak kaydıyla, 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı, 2/9/1971 tarihli ve **1479** sayılı, 17/10/1983 tarihli ve **2925** sayılı, 17/10/1983 tarihli ve 2926 sayılı ve 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı kanunlara yapılan atıflar ile ilgili mevzuatında emeklilik, malullük, vazife malullüğü ve sosyal sigorta haklarına, yardımlarına ve yükümlülüklerine, iştirakçiliğe ve sigortalılığa, dul, yetim ve **hak sahipliği şartlarına**, emekli ikramiyesine, ek ödemelere, sağlık hizmetleri veya tedavi bedellerinin ödenmesine **ilişkin yapılan atıflar bu kanunun ilgili maddelerine yapılmış sayılır.**

Olayımıza baktığımızda kız çocuğu ölen babanın hak sahibidir, ve ölüm aylığını alması konusunda herhangi bir engel yoktur dolayısıyla sağlık yardımlarından yararlanma hakkı olduğundan Genel Sağlık Sigortası primi ödemesine lüzum kalmayacaktır.

3-) 6111 sayılı kanunun 17. maddesi; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından **fazla veya yersiz olarak ödendiği tespit edilen** ve 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı, 2/9/1971 tarihli ve **1479 sayılı**, 17/10/1983 tarihli ve **2925 sayılı**, 17/10/1983 tarihli ve 2926

sayılı, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı kanunların mülga hükümleri ve 5510 sayılı Kanunun 96. maddesi gereğince tahsil edilmesi gereken gelir ve aylıklara ilişkin **borç asılları** ile bu borçlara kanuni faiz uygulanan sürenin başlangıcından bu Kanunun yayımlandığı tarihe kadar geçen süre için TEFE/ÜFE aylık değişim oranları esas alınarak hesaplanacak tutarın, bu Kanunda belirtilen süre ve şekilde ödenmesi halinde bu **borçlara uygulanan kanuni faizin tahsilinden vazgeçilir.**

Hükmü kıyasen uygulandığında genel sağlık sigortası için ödenen primin iadesi istenilebilecektir, Yargıtay'ın primin de geri ödenmesi hususunda vermiş olduğu karar yerindedir. Aksi halde, genel sağlık sigortalısı sayılan bir kişinin ayrıca genel sağlık sigortası primi ödemiş veya ödemeye devam etmesi hakkaniyete de uygun olmayacaktır.

4-) Hak Sahipliği: 5510 sayılı yasanın geçici 12. maddesi gereği, 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 belirlenir. Kız çocuklarının durum değişikliklerinin ortadan kalkması halinde, bu kişiler tekrar ilgili kanunlarına göre bakmakla yükümlü olunan kişi sayılır. Bu kişilerin sigortalı ve sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilere ilişkin bilgileri ilgili kurumlar tarafından bu kanunun yürürlük tarihinden itibaren en geç üç ay içinde kuruma bildirilir.

Hükmü gereği de kız çocuğu hak sahibi olup, kız çocuğunun babası üzerinden sağlık yardımından yararlanması hususunda herhangi bir engel yoktur.

Temyize konu olan uyuşmazlığımız ile ilgili Yargıtay kararı incelendiğinde; Yargıtay dan ölüm halinde kız çocuğunun hak sahibi olabileceği, hak sahibi ise sağlık yardımlarından yararlanabileceği, genel sağlık sigortalısı sayılan bir kişinin ayrıca genel sağlık sigortası primi ödemesi durumunda yapılan ödemenin iade

edilmesi hususunda ilgili kanun hükümleri ışığında verilen mahkeme kararının temyizi istenilmiş ve Yargıtay bu kararı onamıştır.

Saymış olduğumuz 4 madde ışığında, kız çocuğunun ölen babadan dolayı hak sahibi olduğu, bu kapsam da genel sağlık sigortasından yararlanabileceği, ödemiş olduğu yersiz (çifte) genel sağlık sigortasının iadesi gerektiği hususunda verilen Yargıtay kararının yerinde olduğu görülecektir.

Yargıtay'ın kararı ve 5510 sayılı kanunun ilgili maddeleri göz önünde bulundurulduğunda, başka bir kanun çerçevesinde genel sağlık sigortalısı sayıldığı durumlarda, ayrıca genel sağlık sigortası için de prim ödemesine gerek kalmayacak, çifte ödediği primlerin ise iadesini talep edebilecektir.

5510 sayılı kanun çerçevesinde genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanabilecek kişilere devam edecek olursak:

- Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından, başka ülke mevzuatına göre sigortalı olmayanlar,
- 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneği almakta olanlar,
- Bu bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,
- Aile içindeki geliri, asgari ücretin 1/3'ünden az olan vatandaşlar ile gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk Vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,
- Vatansızlar ve sığınmacılar,
- 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun'a göre 65 yaş aylığı alanlar,
- 1005 Sayılı İstiklal madalyası verilmiş bulunanlara vatani hizmet tertibinden şeref aylığı bağlanması hakkında Kanuna göre vatana hizmet aylığı alanlar,¹⁵

¹⁵ Güzel, Okur, Caniklioğlu. a.g.e., s.927.

- 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'na göre ücretsiz olarak bakılan, korunan ve rehabilite edilenler ile ana ve babası Türk Vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,
- 5434 Sayılı Emekli Sandığı Kanun'u ve 3713 Sayılı Terörle Mücadele Kanunu'na göre harp malullüğü veya terör mağduru aylığı alanlar,
- 442 Sayılı Çıkar Amaçlı Suç Örgütleriyle Mücadele Kanunu'na göre çalışan geçici köy korucuları, aynı kanunun ek on altıncı maddesine göre aylık alan kişiler,
- 5774 Sayılı Başarılı Sporculara Aylık Bağlanması İle Devlet Sporcusu Unvanı Verilmesi Hakkında Kanun gereğince aylık bağlanan veya devlet sporcusu sayılanlarla bunların aileleri,¹⁶
- Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalılardan iş sözleşmeleri askıda kalanlar, askı sürecince,
- Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunmayan ülkelerde iş üstlenen işverenler tarafından yurtdışına götürülen Türk işçileri,
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 37. maddesi gereğince evlenme ödeneği almış olan kız çocuklarından eşleri tarafından bakmakla yükümlü olmayanlar ile iki yıllık süre içinde eşlerinden boşanan kız çocukları aylıklarının kesildiği tarihten itibaren iki yıllık süre dolana kadar,
- Aylıksız izin kullanan kamu görevlileri bir yılı geçmemek üzere izinli sayıldıkları süre boyunca,
- Görevden uzaklaştırılan, görevi ile ilgisi olsun veya olmasın herhangi bir suçtan tutuklanan veya gözaltına alınanlar, görevine son verilenlerden göreve iade edilenler,
- Aday çırak, çırak ve meslek eğitimi öğrencileri,
- Meslek liselerinde veya Yüksek Öğrenim sırasında staja tabi tutulan öğrenciler,¹⁷

¹⁶ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.927 s.928.

¹⁷Yahya Arıkan, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na Göre Sigortacılık İşlemleri, İstanbul-2014 s.13, s.14.

- 2547 Sayılı kanun m.46 kapsamındaki öğrenciler, (bunlar 2547 sayılı yükseköğretim kanununun 46. maddesine göre kısmi zamanlı çalışan öğrencilerdir.)
- Türkiye İş Kurumu kursiyerleri,
- Yabancı uyruklu üniversite öğrencileri,
- Stajyer Avukatlar,
- Tarım ve Orman işlerinde hizmet akdiyle süresiz olarak çalışanlar,
- Ticari Taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde çalışanlar,
- Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışanlar,
- Bağımsız sigortalılardan (4,1,b) borçlu (60 günden fazla prim ve prime ilişkin borcu olanlar) olanların eş ve çocukları,
- Türk Vatandaşlığından çıkanlar,
- Sosyal Güvenlik sözleşmemiz olmayan ülkelerde çalışan Türk vatandaşları,
- Sözleşmeli olarak çalıştırılan erbaş ve erler,
- Toplum yararına çalışma programlarından yararlananlar. Olarak saymamız mümkündür.¹⁸

5510 Sayılı kanun genel sağlık sigortasından yararlanacak olan kişileri: İşçi, memur, bağımsız çalışanlar, gelir ve aylık alanlar, isteğe bağlı sigortalılar olarak gruplandırmış, daha sonra da bu gruplar içerisinde olmamalarına rağmen, özel durumları nedeniyle genel sağlık sigortasından faydalanabilecek kişileri belirtmiştir. 5510 sayılı Kanun'un son haline baktığımızda, genel sağlık sigortasından faydalanabileceklerin kapsamı genişletilmiş ve kapsam dışı bırakılan olmamıştır.¹⁹

5510 sayılı kanun ile genel sağlık sigortasından yararlanılacaklar, kanunun yürürlük tarihinde belirtilmiş ancak kanunun ilk düzenlemesine baktığımızda ciddi düzeyde eksiklikler olduğunu daha sonra yürürlüğe giren kanun hükümlerinden anlaşılmaktadır.

¹⁸ Resul, Aslanköylü, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Şerhi, Yetkin Yayıncılık Ankara-2010 s.1163, s.1174.

¹⁹ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.927 s.928.

Örnek gösterecek olursak, 5510 sayılı kanunun yürürlük tarihinde Genel Sağlık Sigortasından faydalanabilecek kişiler arasında Stajyer Avukatlar yer almamış ancak, Stajyer Avukatlar, Avukatlık Kanunu'nda yer alan; *“Aylık, ücret, gündelik veya kesenek gibi ödemeler karşılığında görülen hiçbir hizmet ve görev, sigorta prodüktörlüğü, tacirlik ve esnaflık veya meslekin onuru ile bağdaşması mümkün olmayan her türlü iş avukatlıkla birleşemez”* hükmü gereği Stajyer Avukatların kapsam içerisine alınmaması büyük bir eksikliktir. Bu eksiklik 6111 sayılı kanun ile giderilerek son derece yerinde bir düzenleme olmuştur.²⁰

Genel sağlık sigortasından faydalanan kişileri yukarıda sınırlı sayıda saydık, ancak Anayasa'nın 2.maddesi:

“ Türkiye Cumhuriyeti..... bir hukuk devletidir” Anayasa'nın 10. maddesi; *“...herkes kanun önünde eşittir”*, Anayasa'nın 17. maddesinin birinci fıkrası; *“Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir”* Anayasa'nın 56. maddesinin birinci fıkrası: *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir”*²¹ hükümleri dikkate alındığında, 5510 sayılı kanun çerçevesinde Genel Sağlık Sigortasından faydalananlar sayılmış, kanunun sözü gereği bunlar dışındakilerin genel sağlık hizmetinden faydalanamayacağı anlaşılmaktadır. Durum bu şekilde iken Anayasa'nın 17. ve 56. maddesi ile koruma altına alınan sağlık hakkı ihlal edilmekte, bir kişinin sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanırken diğer bir kişinin farklı sebeplerle hiç faydalanamaması, Anayasa'nın 10. maddesinde belirtilen eşitlik ilkesine aykırılık teşkil etmekte, Anayasa'nın bu hükümlerine aykırılık teşkil etmesi ise hukuk devleti ilkesi ile çelişmektedir. Hiçbir şekilde kişinin sağlık hakkı elinden alınmadan, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde sağlık hizmetlerinden faydalandırılması gerekir. Anayasa'nın 17.maddesinin ruhu incelendiğinde bize iki hak bahşeder: Birincisi **Sağlıklı Olma Hakkı**, ikincisi ise **Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı**. Bunun sağlanması aynı zamanda sosyal devlet olmanın gereğidir.²² 5510 sayılı Kanun'un ilk hali ile bugünkü halini kıyasladığımızda bahsetmiş olduğumuz

²⁰ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.932, s.933.

²¹ Üzeltürk. a.g.e., Anayasa, m.10, m.17, m.56.

²² Zeki, Kaynak. Sosyal Güvenlik Sistemimizde Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası, Yaklaşım Yayıncılık, 2006-Ankara, s.29-31.

aykırılıklar giderilmeye çalışılsa da bu konuda kategorize etmenin yerinde olmadığı düşüncesindeyim.

3.2. GENEL SAĞLIK SİĞORTASI KAPSAMINDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Genel sağlık sigortası kapsamında, bedeli kurum tarafından karşılanan iki türlü sağlık hizmeti vardır, birincisi, önleyici/koruyucu sağlık hizmetleri, ikincisi hastalık halinde uygulanan tedavi edici sağlık hizmetleridir.²³

3.2.1. Önleyici/Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Genel sağlık sigortasının en önemli fonksiyonu önleyici nitelikteki sağlık hizmetleridir, işleyişten de anlaşılacağı üzere bu hizmet daha çok toplum sağlığı merkezlerince yerine getirilmektedir. Kişinin hastalanmadan önce bir takım önlemlerin alınarak, oluşabilecek hastalıkların önüne geçmeyi amaçlayan sağlık hizmetleridir. Bu hizmet toplum sağlığı merkezinin tanımından da anlaşılmaktadır. Kişilerin hastalanmasını önleyici, hastalıklardan korunmaları, mevcut sağlıklı durumlarının sürdürmeleri için bu kapsamda sunulan sağlık hizmetlerinin bedeli kurum tarafından karşılanmaktadır. Grip aşısı olmak veya salgın bir hastalık olduğunda aşı yaptırılarak hastalanmadan önce tedbir alınması bu kapsamda değerlendirilebilir. 5510 sayılı kanunun 63/a maddesi madde bağımlılığını önlemeye yönelik hizmetleri de koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına almıştır.

3.2.2. Hastalık Sırasında Sunulan Sağlık Hizmetleri: Bu kapsamda sunulan sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleridir. Önleyici sağlık hizmetlerine rağmen kişi hastalanmış olabilir, hastalık halinde, hastalığın iyileşinceye kadar her türlü sağlık hizmetleri bu kapsamdadır. Burada kişinin hastalık halinde bu kapsamda ki sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için hastalık halinin meydana gelmesinde kusurlu olup olmamasının bir önemi yoktur. Kişi kusurlu olsa dahi bu kapsamdaki tüm sağlık hizmetlerinden faydalanabilecektir. Hastalık halinde genel sağlık sigortalısı kişinin bu kapsamında, kendisine sunulan sağlık hizmetleri.²⁴

- Hekim tarafından yapılacak klinik muayene,

²³ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.513-514.

²⁴ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.953.

- Yatarak tedavi hizmetleri,
- Tedavi süresince izlenme, gerekiyorsa rehabilitasyon hizmetleri,
- Tedavi sonrası takip,
- Hekimin gerekli görmesi halinde teşhis için laboratuvar tetkik ve tahlilleri,
- Teşhise bağlı olarak gereken tıbbi müdahaleler ve tedaviler,
- Organ, doku ve hücre nakli işlemleri,
- Hücre tedavisi,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Hekim kararıyla sağlık meslek mensuplarınca yapılacak tıbbi bakım ve tedaviler²⁵. Olarak sayılabilir.

3.2.3. Genel Sağlık Sigortalısı Kişinin Analık Durumunda Faydalanabileceği Sağlık Hizmetleri: Analık durumunda faydalanabilecek sağlık hizmetleri konusunda 5510 sayılı kanunun ilk düzenlemesinde yer almayıp, komisyon çalışmalarında kanuna giren, normal yollardan çocuk sahibi olamayanlara, bazı koşullarda yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olma imkanı sağlanması hususudur. Bu düzenleme yerinde bir düzenleme olmuştur. Aile bütünlüğünün korunması ve ekonomik yönden zayıf durumda olanların böylesine önemli bir konuda devlet tarafından desteklenerek, kanun tarafından koruma altına alınması Sosyal Devlet olmanın da gereğidir. Ancak bu yardımdan faydalanılmasını kanun bir takım şartlara bağlamıştır. Bu şartları sayacak olursak:

- a) Tıbbi tedavilere rağmen normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olamamak,
- b) Yardımcı üreme yöntemleri ile çocuk sahibi olabileceğinin kanunla yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından tıp açısından mümkün görülmesi,
- c) Müstakbel annenin 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,
- d) Son 3 yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun kurumca yetkilendirilmiş sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,²⁶

²⁵ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.954

²⁶ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.955

- e) Uygulamanın yapıldığı tıbbi merkezin kurum ile sözleşme yapmış olması,
- f) En az 5 yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olmak,
- g) 900 gün Genel Sağlık Sigortası primi ödemiş olmak,
- h) Yardımcı üreme yöntemini en fazla 3 kez deniyor olmak.²⁷ Şartlarının tamamının sağlanması gerekir.

Bu düzenleme oldukça yerinde bir düzenleme olmakla birlikte, bu sağlık hizmetinden faydalanabilme oldukça ağır şartlara bağlanmıştır. Şartları ele aldığımızda, şartların, aşağıda ayrıca inceleyeceğimiz üzere yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olma imkanı çerçevesini daraltmaya yönelik düzenlendiği anlaşılabacaktır.

Medeni Kanun'un 124. maddesine göre evlenme yaşı 17'dir ve kişi evlendikten sonra çocuk sahibi olmak isteyecektir ve en erken 18 yaşında çocuk sahibi olması mümkündür. (c) bendine baktığımızda yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olma sağlık hizmetinden faydalanabilmek için en az 23 yaşında olma koşulunun aranması yerinde olmamıştır.²⁸

(d) bendini incelediğimizde de 3 yıl gibi uzun bir sürenin belirlenmesi Aile bütünlüğünü korumak adına oldukça sakıncalı görülebilir. Bu süre 9 ay, 12 ay gibi kısa sürelerle sınırlandırılabilir.

(f) ve (g) şartlarına baktığımızda ise bu şartlarında, Anayasa'nın 10. maddesinde belirtilen eşitlik ilkesine aykırı düştüğü söylenilebilir²⁹.

Sunulan sağlık hizmeti oldukça önemli bir sağlık hizmeti olması, aile bütünlüğünün korunması ve Anayasa'nın 41. maddesinde belirtilen; *“Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar”*³⁰ ilkesine aykırılık teşkil etmiş olur. Çünkü belirtilen şartların temeli ekonomik sebeplerdir. Saydığımız sebeplerden dolayı, böylesine önemli bir sağlık hizmetinden

²⁷ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.956.

²⁸ Mustafa Dural, Ekrem Kurt, Açıklamalı Türk Medeni Kanunu ve Türk Borçlar Kanunu, 6.Bası, İstanbul -2013, m.124.

²⁹ Üzeltürk, a.g.e., Anayasa, m.10.

³⁰ Üzeltürk, a.g.e., Anayasa, m.41.

faaydalanma Şartları hafifletilmeli, ekonomik sebeplerden dolayı ocuk sahibi olamamanın önüne geçilmelidir.

Analık halinde faydalanabilecek rutin sağlık hizmetlerinden bahsedecek olursak;

- Hekim tarafından yapılacak klinik muayene,
- Hekimin gerekli görmesi halinde teşhis için gerekli laboratuvar tetkik ve tahlilleri,
- Aynı amaçla diğer tanı yöntemlerinin kullanılması,
- Teşhise bağlı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler,
- Tedavi süresince hastanın izlenilmesi,
- Doğumun sağlanması,
- Gerekiyorsa rahmin tahliyesi ve tıbbi sterilizasyon,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Hekim kararı üzerine sağlık meslek mensuplarınca yapılacak tıbbi bakım ve tedaviler³¹,

Şeklinde sayabiliriz.

3.2.4. Genel Sağlık Sigortalısı Kişinin Ağız ve Diş Sağlığı Alanında Faydalanabileceği Sağlık Hizmetleri: Genel sağlık sigortalısı kişi, tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamına, ağız ve diş sağlığı ile ilgili tedavilerden de faydalanabilmektedir. Genel sağlık sigortalısı kişinin ağız ve diş sağlığı hususunda ortodontik tedavi ve diş protezlerinden yararlanma hususunda bir takım sınırlandırmalar getirilmiştir, bu sınırlandırmalar: Sadece 18 yaşından küçüklerin ortodontik diş tedavisinden yararlanabileceği ve protezle ilgili yapılan tedavilerde yaş ve miktarla ilgili sınırlama getirilmesinden ibarettir. 18 yaşından küçüklerin ortodontik tedavi için finans 5510 sayılı kanunun 72. maddesi gereği kurum tarafından karşılanacaktır.³² Bu tür sınırlandırmalar Anayasa’da yer alan sağlık hakkı ile baėdaŐmamaktadır, oldukça pahalı olan bu tedavi yöntemlerinin kapsam dışı bırakılması ekonomik yönden zayıf insanların bu sağlık hizmetinden yararlanamamasına yol açacaktır.

³¹ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.954.

³² İlhan Serin, Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, Kazancı Kitap, İstanbul-2004 s.68-70.

Tamamen katı bir sistem yerine, ortodontik tedavilerde, 18 yaşından büyük kişiler yönünden de, bu konudaki sağlık giderlerinin tedavinin durumuna göre kurumca belirlenecek miktarının karşılanması daha yerinde olurdu. 5754 Sayılı kanunla değişiklik yapılmadan önce de söylemiş olduğumuz duruma benzer bir durum vardı. Kanun yürürlük zamanında 18 yaşından küçük ve 45 yaşından büyük kişilerin ortodontik tedavi giderlerinin yarısının kurum tarafından öngörmekteydi, 5510 sayılı kanun ise 18 yaşından küçükler yönünden yerinde bir düzenleme yapmışken, 18 yaşından büyük kişiler yönünden hiçbir ayrıcalığa gitmemiştir.³³

5510 sayılı kanun kapsamında belirtmiş olduğumuz sınırlandırma dışında ağız ve diş sağlığı alanında kişinin yararlanabileceği sağlık hizmetleri: Ağız ve diş muayenesi, hekimin gerekli görmesi halinde ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gerekli klinik muayeneler, hekimin gerekli görmesi halinde laboratuvar tetkik ve tahlilleri, diğer tanı yöntemlerinin uygulanması, teşhise bağlı olarak uygulanacak tıbbi müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, tedavi süresince ve sonrasında hastanın izlenilmesi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıklarına ilişkin acil sağlık hizmetleri olarak saymak mümkündür.³⁴

3.2.5. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Faydalanılabilecek Diğer Sağlık Hizmetleri:

Bu Sağlık Hizmetleri Şunlardır:

- Teşhis ve tedavi için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri,
- Kemik iliği,
- Aşı, ilaç, ortez, protez,
- Kişisel kullanıma mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzemeleri, bunların takılması, onarımı, garanti süresi sonrası bakımı ve yenilmesi hizmetleri,³⁵

³³ Zeki Kaynak, Genel Sağlık Sigortası ve Uygulamaları, Adalet Yayınevi, Ankara-2015, s.105-106.

³⁴ Zeki Kaynak, Sosyal Güvenlik Sistemimizde Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası, Yaklaşım Yayıncılık, Ankara-2006, s.205-209. (bu eser 506 sayılı yasa zamanında hazırlanmış olup, 5510 sayılı yasa ile ortak yönleri ele alınmıştır.)

³⁵ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.514.

- Tıbbi araç ve gereç,³⁶
- İşitme cihazı, gözlük camı çerçeveleri, konuşma cihazı yardımları,³⁷ olarak düzenlenmiştir.

4.GENEL SAĞLIK SİĞORTASI KAPSAMINDA YURT DIŞINDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ

4.1. Geçici Görevli Yurt Dışına Gidilmesi Durumunda Sunulan Sağlık Hizmetleri: Hizmet akdi ile çalışanların işverenleri tarafından, kamu idarelerinde çalışanların özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak yurt dışına geçici görevle gönderilmeleri halinde, buradaki acil sağlık hizmetleri kurum tarafından karşılanmaktadır.³⁸

4.2. Sürekli Görevle (6 aydan fazla görevle) Yurtdışında Görevlendirilenler: İşverenler tarafından kurumca belirlenen usule uygun olarak sürekli görevle yurtdışına gönderilen işçilerle, kamu idareleri tarafından özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak, sürekli görevle yurt dışına gönderilen kamu görevlileri ile bu işçi ve kamu görevlilerinin yurtdışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü oldukları kişiler yurtdışı tedavilerinden yararlanacaklardır. Bura da sürekli görevden kasıt, görev süresi 6 aydan fazla süreli görevleri kapsamaktadır.³⁹

Geçici görevle yurtdışında bulunma ile sürekli görevle yurtdışında bulunma halinde sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda ki ayrımcılık: Geçici görevle yurtdışında bulunanlar ancak acil hallerde yurtdışı tedavisinden yararlanacak, bunun dışındaki hastalık halleri için yurda dönüşü bekleyeceklerdir. Burada görev geçicidir diye tedaviyi yurda dönüşü ertelemek, başlangıçta acil olmayan hastalığı acil hale dönüştürecek olmasından dolayı, hastalık halinde, hiçbir ayırım yapılmadan derhal tedavi olanağı sağlanmalıdır. Geçici veya sürekli görev ayrımı yapılmadan, yurtdışında hastalanma halinde, derhal müdahale edilip tedaviye başlaması gerek-

³⁶ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.516.

³⁷ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.958.

³⁸ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.960.

³⁹ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.960.

mektedir. Ayrıca Genel Sağlık Sigortalısı kişinin birlikte yaşadığı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sadece sürekli görevlendirme halinde yurtdışında tedavi olanağından yararlanacak, geçici görevlendirmelerde tedavi imkanından yararlanamayacaklardır. Böyle bir ayırım da her türlü mantık ve dayanaktan yoksundur. Bu düzenlemeyi anayasal sağlık hakkı ile bağdaştırmak mümkün değildir. Sağlıkta erteleme olmaz, hastalık başlar başlamaz gerekli tıbbi müdahale derhal yapılmalıdır.⁴⁰ Bu 3 grup arasındaki bir diğer farklılık da, yurtdışı sağlık hizmetlerinde Kurumca ödenecek bedel konusunda getirilen sınırlamadır, bu sınırlama, 5510 sayılı kanunun 66. maddesinin 3. fıkrasında şu şekilde düzenlenmiştir; “ Geçici veya sürekli yurtdışında görevlendirme halinde, kurumca karşılanacak bedel, yurtiçinde aynı sağlık hizmeti için sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemeyecektir, bu tutarı aşan kısım, işverenler tarafından ödenecektir.”⁴¹ Şeklinde olup, bu külfet genel sağlık sigortalısı yönünden herhangi bir yük getirmez, aradaki farkı, kamu görevlisi olmayanlar yönünden işverenler, kamu görevlileri yönünden ise kamu görevlisini gönderen kurum ödeyecektir. Yurtiçinde tedavi imkanı olmadığından dolayı yurtdışından tedavi edilenler yönünden ise böyle bir durum söz konusu olmayıp, tedavi giderlerinin tamamı kurum tarafından ödenecektir.⁴²

4.3. Yurtiçinde Tedavinin Mümkün Olmadığı Durumlar: Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin tedavilerinin veya tetkiklerinin yurtiçinde yapılmasının mümkün olmadığı hallerde yurt dışındaki sağlık hizmetlerinden yararlanılabilecek ve bu sağlık hizmeti ücretleri kurum tarafından karşılanacaktır.⁴³(5510 sayılı kanun m.60/1-c)

Kişilerin yurt dışına tedaviye gönderilebilmeleri için Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından belirlenen hastaneden sağlık kurulu raporu düzenlenmesi ve raporun yetkili hastanelerce teyit edilmesi ve Sağlık Bakanlığı’nca onaylanması gerekmektedir.⁴⁴

⁴⁰ Pınar, a.g.e., s.97.s.98.

⁴¹ Celal Tozan, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, m.60, m.66.

⁴² Kaynak, a.g.e., s.120-122.

⁴³ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.961.

⁴⁴ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.961.

Sağlık kurulu raporunun Sağlık Bakanlığınca onaylandığı tarihten itibaren 3 ay içinde yurt dışına çıkmak üzere işlem yapılmadığı takdirde raporların yenilenmesi gerekmektedir.

5.GENEL SAĞLIK SİGORTALISISI KİŞİNİN KAPSAM DAHİLİNDE FAYDALANAMAYACAĞI SAĞLIK HİZMETLERİ

5510 sayılı kanun, genel sağlık sigortalısı bir kişinin faydalanamayacağı sağlık hizmetlerini: Estetik amaçlı sağlık hizmetleri (istisnalarına aşağıda değinilecektir), sağlık bakanlığından izin ya da ruhsat alınmadan kurulan özel sağlık kuruluşundan alınan hizmet bedelleri, yabancıların kronik hastalıkları şeklinde belirtmiştir.⁴⁵

5.1.Estetik Amaçlı Sağlık Hizmetleri: 5510 Sayılı kanun estetik amaçlı sağlık hizmetlerini kapsam dahilinde saymamıştır. Estetik amaçlı bir sağlık hizmetinin Genel Sağlık Sigortası kapsamında sayılabilmesi için: Tedavinin vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik bir tedavi olması ve olayın iş kazasından, meslek hastalığından, kazadan veya konjenital nedenlerden ileri gelmesi gerekir. Bu iki şartın birlikte sağlandığı takdirde kişi genel sağlık sigortası kapsamında estetik amaçlı sağlık hizmetlerinden yararlanabilir.⁴⁶

Ancak 5510 sayılı kanunun 64. maddesi, estetik amaçlı sağlık hizmetinden yararlanmayı, belirtmiş olduğumuz iki şarta bağlamak yerine, yalnızca fonksiyonel vücut bütünlüğünü sağlama olarak tek bir şarta bağlaması daha yerinde olabilirdi. Kaza ve meslek hastalığını ayrıca kanun metnine eklemek gereksiz kalmıştır.

5.2.Sağlık Bakanlığınca İzin veya Ruhsat Verilmeyen Sağlık Hizmetlerinden Hizmet Alan Genel Sağlık Sigortalılar: Kurum, Sağlık Bakanlığı'nca izin verilmeyen faaliyet gösteren sağlık hizmet sunucularından alınan hizmet bedellerini ödememektedir.⁴⁷ Bu durumlar: Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamaları ve Sağlık Bakanlığınca henüz izin veya ruhsat verilmemiş sağlık hizmetleridir. Bu sağlık hizmetlerinin güvenilirlikleri henüz Sağ-

⁴⁵ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.964-965.

⁴⁶ Tozan, a.g.e., m.64.

⁴⁷ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.965.

lık Bakanlığı'na tespit edilmemiştir. Alternatif tıp dediğimiz bu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından gözlem ve deneme aşamasından geçirildikten sonra izin verilmektedir. Belirtmiş olduğumuz özel sağlık kuruluşlarından alınan hizmet bedellerinin kurum tarafından ödenmemesi şeklindeki düzenlemenin, kişiyi koruyucu amaçlı olduğu açıktır. Güvenilirliği Sağlık Bakanlığı'na onaylanmamış hizmet sunucularından, kişinin sağlık hizmeti aldığı takdirde bu hizmetin bedelinin ödenmeyeceği şeklinde düzenleme, caydırıcı amaçlı bir düzenlemedir.

5.3.Yabancıların Kronik Hastalıkları: Yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kabulünden önceki kronik hastalıkları kastedilmektedir. Bu hastalıklar genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan hastalıkların kapsamına alınmamıştır.⁴⁸

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA YARARLANILAN HİZMET KARŞILIĞINDA ÖDENEN BEDELİN BELİRLENMESİ

1.GENEL BİLGİLER

5510 Sayılı yasa genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri karşılığında ödenecek bedel konusunda hizmet sunan kurumlara herhangi bir yetki tanımak yerine Sağlık Bakanlığı bünyesinden bulunan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca bedel belirleme yoluna giderek merkezi ve tek bir sistem öngörmüş ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 72. maddesi ile düzenleme altına alınmış ve 72. maddenin ikinci fıkrasında sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonunun kimlerden oluştuğunu belirtmiştir.⁴⁹

Bu şekilde önemli bir düzenlemenin, hizmet sunanlara bırakılmaması özellikle tek tip uygulama açısından yerinde bir uygulama olmakla birlikte, merkezi düzenlemenin ileride daha ayrıntılı olarak değinileceği üzere, kanun ya da yönetmelikle düzenlenmesi, bağlayıcılık açısından daha yerinde olacaktır.

⁴⁸ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.964.

⁴⁹ Tozan, a.g.e., m.64.

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nun kuruluşu, kimlerden oluşması gerektiği, görev ve yetkileri, 5510 sayılı kanunun 72. maddesi ile Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği'nin 4. maddesi ile düzenlenmiştir.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'ndan birer üye ve kurumdan 2 üye olmak üzere toplam yedi üyeden oluşmaktadır.⁵⁰ Komisyon kararlarını salt çoğunlukla verir ve kararları resmi gazetede yayınlanır.⁵¹

5510 sayılı kanunun 65. maddesi uyarınca ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderleri için kurumca ödenecek bedelleri belirlemeye komisyon yetkilidir.⁵²Fiyatların belirlenmesinde tıp ilminin gerektirdiği ilke ve kurallar dikkate alınır. Komisyon, kurumun ödeyeceği bedeli belirlerken, sağlık hizmetlerinin sunulduğu il ve basamakları, devletin doğrudan ya da dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla yaşamsal öneme sahip olup olmadığı, kanıta dayanan tıp uygulamaları, maliyet-etkinlik ölçütleri ve genel sağlık sigortası kurallarını göz önünde bulundurabilir ve bu durumlar ışığında her sınıf için tek tek ya da gruplandırma yaparak fiyat belirleme yoluna gidebilir. Fiyatlandırma konusunda kurum komisyon dışında ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile, dernek, vakıf, federasyon, konfederasyon ve kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının görüşleri de alınır.⁵³

Komisyonun vermiş olduğu kararlar yasaya uygun olduğu sürece ilgili herkesi bağlayıcı nitelikte olup, kararları kurumun onayına tabi değildir.

Fiyatlandırmanın komisyon tarafından merkezi sistemle yapılması, hizmet sunucularınca oluşacak fiyat farklılığın önüne geçecek, tek tip bir fiyat uygulaması getirmiş olacaktır, ancak sağlık hizmetleri gibi önemli bir hususta fiyat belirleme konusunun merkezi sistemle yapılmasının yanı sıra, yasama organınca ya da Bakanlar Kurulu'nca düzenlenmesi daha yerinde olacaktır.

⁵⁰ Tozan, a.g.e., m.65.

⁵¹ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.970.

⁵² Resul Aslanköylü, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Şerhi, Yetkin Yayıncılık, Ankara-2009, s.1179.

⁵³ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.970.

2. SAĞLIK HİZMETİ KARŞILIĞINDA ÖDENEN BEDEL

Kanun ve yönetmelik, Genel Sağlık Sigortası kapsamında, sağlık hizmetlerinden faydalanma koşullarını; belirli süre prim ödeme, sağlık kuruluşuna başvuru ve kimlik bildirimi (yönetmelik), katkı payı ödenmesi, hizmet basamakları ve sevk zincirine uyma olarak belirtmiştir.⁵⁴ Kimlik bildirimi ile ilgili olarak, acil haller istisna tutulmuştur, kimlik bildirimi ve istisnası yönetmeliğin, 26. maddesi ile düzenlenmiştir.⁵⁵

2.1. Özel Sağlık Hizmet Sunucularına Ödenen Bedel: Genel Sağlık Sigortasının uygulanması gereği kurum sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapabilir. Sağlık sigortalı olan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kimseler sağlık sorunu ile karşılaştıklarında kural olarak sözleşmeli sağlık hizmeti kuruluşlarına başvururlar. Ancak 5510 sayılı kanunun 73. maddesinin birinci fıkrası sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularından da faydalanılabileceğini belirtmiş ancak aynı maddenin altıncı fıkrası, sözleşmesiz sağlık hizmetinden faydalanmayı şarta bağlamıştır.⁵⁶

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişi, sözleşme yapılmayan bir sağlık hizmet sunucusunda tedavi olmuş ise kurumca kendisine ödeme yapılabilmesi için acil bir halin varlığı gerekmektedir. Kurum acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmet sunucusundan hizmet aldığı takdirde kurum tarafından kendisine ödeme yapılmayacaktır. Kanunun birinci fıkrası; “..... Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır⁵⁷” şeklinde düzenlenmiş olup, kanunun sözüne bakıldığında, herhangi bir şart olmadan, sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularından faydalanabileceği anlaşıl-

⁵⁴ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.524.

⁵⁵ GSS Uygulama Yönetmeliğinin, 26/1. maddesi: “Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden acil hâller hariç olmak üzere (acil hâllerde ise acil hâlin sona ermesinden sonra) biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulamasını yapar ve/veya nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin ibrazını istemek ve bu belgelerin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol eder” şeklindedir.

⁵⁶ Aslanköylü, a.g.e., s.1207.

⁵⁷ 5510 Sayılı Kanun, m.73.

sa da 73. maddenin altıncı fıkrası bu durumu ‘‘Acil Haller’’ şartına bağlamıştır. Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularından faydalanması durumunda, faydalanılan hizmetin bedeli hasta ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi tarafından ödenecektir.⁵⁸

Sağlık hizmet sunucularından yararlanma karşılığı bedel ödemedi muaf olanlar, 1005 s. Kanun gereği şeref aylığı bağlananlar, 2330 s. Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun gereğince aylık bağlananlar, Harp Malullüğü aylığı ve Terörle Mücadele aylığı alanlardır. Bu durumların dışında kalanlar ise kamu sağlık hizmet sunucuları haricinde sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarından alınan sağlık hizmetleri karşılığında, Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen fiyat dışında, bu belirlenen fiyatın bir katına kadar ilave ücret ödenecektir, bu bedel alınan hizmetin bedeline göre değişecektir.⁵⁹

2.2. Kamu Sağlık Hizmet Sunucularına Ödenen Bedel: 5510 sayılı kanunun m.73/III gereğince kamu sağlık sunucularının ilave ücret alması kabul görülmemiştir. Aynı kanunun 72. maddesinde özel sağlık sunucuları için ilave ücret öngörülürken, kamu sağlık hizmet sunucuları için getirilmemiş olması, çift başlılığa sebep olmakla birlikte, hizmet alabilme alanında sınırlama getirmekte, maddi imkanlar nedeniyle hizmet sunumunun belirli bir yerden alınmasına mecbur bırakılmaktadır.⁶⁰ Fikrimce, bu uygulamadan ziyade, tek tip bir hizmet sunumu uygulanıp, gerek kamu sağlık hizmet sunucularından, gerekse özel sağlık hizmet sunucularından alınan sağlık hizmetleri sonucunda ödenen fiyat farklılığı giderilerek, hizmet alanı yelpazesi geniş tutulması gerekir.

Kamu hizmet sunucuları açısından ilave ücret alınması kabul edilmese de bu genel kuralın istisnaları vardır. Bunlar; - Otelcilik hizmetleri, - Öğretim Üyeleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri.⁶¹

Kamu sağlık hizmet sunucuları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde genel

⁵⁸ Aslanköylü. a.g.e., s.1207-1208.

⁵⁹ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.973.

⁶⁰ Tozan. a.g.e., m.72.

⁶¹ Ali Nazım, Sözer. Türk Genel Sağlık Sigortası, Beta Yayınları, İstanbul-2014, s.187-190.

kural ilave ücretin alınmaması olmakla birlikte, istisna getirilmesi pek yerinde bir düzenleme olmamıştır. Bu durum genel ve üniversitenin araştırma hastanelerinde göre yapan öğretim üyeleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri ne ilave ücret getirilmesi ayrı ayrı eleştiri konusu yapılabilir.

- Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde belli bir sağlık hizmeti için ilave ücret öngörülmezken, diğer bir alanda ilave ücret öngörülmesi konunun sağlık olması açısından pek yerinde olmamıştır.

- Kamu hizmet sunucularında hizmetin hangi sıfatla sunulduğunun veya ücretin hizmeti sunan kişiye göre değişmesi son derece eleştirilebilir bir düzenlemedir, sağlık sunumunun kim tarafından sunulduğu değil, nasıl sunulduğu ön planda tutulmalı ve merkezi bir yapıyla tek tip bir ücret öngörülmesi gerekir. Dolayısıyla hizmetin öğretim üyeleri tarafından sunulması, ilave ücret konusunda bir kriter olmamalıdır.

2.3. İstisnai Sağlık Hizmet Sunucularına Ödenecek Bedel: Sözleşmeli sağlık hizmet sunucuları, kurumca belirlenmiş standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetleri ile hayati öneme sahip olma ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen istisnai sağlık hizmetleri için, normal hizmetler için belirlenen fiyatın üç katını geçmemek üzere ilave ücret alabileceklerdir.⁶²(m.73/IV).

İstisnai sağlık hizmetleri konusunda ne kanunda ne de yönetmelikte herhangi bir ölçü ve ipucu konmamıştır. Bunlarda 72. maddede öngörülen Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından serbestçe belirlenecektir.⁶³ Bu düzenlemenin kanunla ya da yönetmelikle yapılması daha yerinde olacaktır.

İstisnai sağlık hizmet sunucuları sonucunda ödenecek ilave bedel hususunda kanunda ve yönetmelikte açıklık olmaması, çok başlı uygulamayı da beraberinde getirir, istisnai sağlık hizmetlerinin niteliği değerlendirilerek kanunla veya yönetmelikle standart bir ücret belirlenmesi, sağlık hizmeti alacak kişiler açısından netlik kazanmış ve çifte standardı önleyecektir.

⁶² Aslanköylü. a.g.e., s.1207

⁶³Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.974.

2.4. Sözleşmesiz Sağlık Hizmet Sunucularından Faydalanma da Ödenecek Bedel: Kanunun ilk şekilde sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularından da sağlık hizmeti almak mümkündür,⁶⁴ ancak 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun değişik 73/VI.⁶⁵ maddeye göre, acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmet bedelleri kurumca ödenmeyecektir. Acil hallerde alınan sağlık hizmet bedelleri ise 72/VII⁶⁶ maddeye göre saptanan bedeller esas alınarak fatura karşılığı ödenecektir.

Kanunun ilk şeklide sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularından yararlanmak mümkün iken, daha sonraki düzenleme ile acil haller dışında bu imkandan faydalanmanın kaldırılması, acil hallerde ilave ücret dahi alınmaması, sağlık hizmet sunucularından yararlanma da keyfiyetin önüne geçmeye yönelik bir düzenleme olduğu görülmektedir.

2.5. Götürü Bedelle Sağlık Hizmeti Alımı Açısından Ödenecek Bedel: Kurum, kamu idarelerinde verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel (Götürü Bedel; Bir işin yapılması için alınacak hizmetler karşılığında ödenecek tüm bedelin toplam değerinin belirlenmesidir.) üzerinden hizmet alım sözleşmesi ile de sağlayabilir.⁶⁷ Böyle bir sözleşme yapılmışsa kamu sağlık sunucuları, kararlaştırılan götürü bedel karşılığında ilgililere her türlü sağlık hizmeti sunmak zorundadır. Bu bedel dışında sadece ilave ücret ve katılım payı istenilebilir. Bu durumda ilgiliden ayrıca fatura ve belge istenilemez. Sağlık hizmetlerinin götürü bedel olarak belirlenmesi hizmetin niteliği açısından uygun düşmediğinden hastalığın türüne ve yapılan tedavi yöntemine göre, hizmet sunulan sağlık kuruluşuna bedelin belirlenmesi daha uygun olacaktır.⁶⁸

⁶⁴ İbrahim, Pınar. a.g.e. s.82, s.83.

⁶⁵ 5510 Sayılı Kanun m.73/6: “Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmez.”

⁶⁶ 5510 Sayılı Kanun m.73/7: “Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli, 72. madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere fatura karşılığı ödenir. Sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde, sözleşmeli sağlık hizmetleri sunucuları ise Kurumun belirlediği sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir ilave ücret talep edemez”

⁶⁷ Ali Güzel, Ali Rıza Okur, Nurşen Caniklioğlu a.g.e., s.975.

⁶⁸ Resul, Aslanköylü, a.g.e., s.1205, s.1206.

2. KATILIM PAYI

Sağlık Hizmetleri için 72. ve 73. maddelere göre ödenen sağlık hizmet bedelleri dışında bir de katılım payı düzenlenmiştir. Katılım payı 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortasının 68. ve 69. maddeleri ile Genel Sağlık Sigortası Yönetmeliği'nin 33. maddesinde düzenlenmiştir. Katılım Payı, kurumun bazı tedavilerde, bedelin tamamını karşılamayıp, ücretin bir kısmını hastanın karşıladığı tutardır.⁶⁹

2.1. KATILIM PAYI VE ALINACAK DURUMLAR

Kanun, genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için katkı payını da ödemeyi zorunlu tutmaktadır.⁷⁰ Katkı Payı: Kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ödemeleri gereken tutardır. Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınması uygulaması, birçok ülkede gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemek için kullanılmaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden sadece aşağıda belirtilenler için katılım payı alınmaktadır.⁷¹ Bu sağlık hizmetlerini;

- **Ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi,**
- **Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar,**
- **Vücut dışında kullanılan ortez ve protezler,**
- **Tüp bebek tedavileri,**

olarak saymak mümkündür.⁷² Belirtmiş olduğumuz sağlık hizmetlerinden katkı payı alınmasının temel sebebi olarak, gereksizi kullanımın önüne geçilmeye çalışılmasıdır.

Kapsama dâhil kişilerin sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ayakta tedavilerine ilişkin hekim ve diş hekimi muayenelerinden;⁷³

⁶⁹ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.975.

⁷⁰ Fatih Uşan, Türk Sosyal Güvenlik Hukuku'nun Temel Esasları, Seçkin Yayıncılık, Ankara-2009 s.285.

⁷¹ Pınar. a.g.e., s.82, s.83.

⁷² Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.976.

⁷³ Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, m.6.

- Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde 2 TL,
- İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL,
- Özel sağlık kurumlarında 15 TL,

tutarında katılım payı alınır. Alınan katılım payları sabit olmayıp, genel itibariyle her yıl belirtilen oranlar üzerinden arttırılarak alınmaktadır.⁷⁴

Birinci basamak ile ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar ödenen katılım payına baktığımızda arada dört kat fazla bir oranda katılım payı alınmaktadır, oysaki birinci basamak sağlık hizmetleri hastalık öncesinde başvuru olan bir basamaktır, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından kişi hastalığı halinde başvurmakta, dolayısıyla arada ki farkın bu kadar fazla olmasını anlamak zordur. Özel Sağlık Kurumlarından alınan katılım payına baktığımızda ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinden alınan katılım payından 7 kat fazla, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden alınan katılım payının ise 2 katından fazla olduğu görölmektedir ki bu oran oldukça fazladır.

5510 Sayılı kanunda 5754 sayılı kanunla değişiklik yapılmadan önce, sevk zincirine uyulmadan sağlık hizmet sunucularına başvurulması durumunda, katılım payı %50 oranında artırılarak alınmaktaydı. 5754 sayılı kanunla yapılan değişiklikten sonra bu uygulama kaldırılmıştır. Ancak katkı payının arttırılmasından vazgeçilip, sevk zincirine uyulmama konusunda, sevk zinciri konusunda inceleneceği üzere, yönetmelikle daha sert bir düzenleme getirilmiştir.

Kapsama dâhil kişilerin ayakta tedavilerinde hekim ve diş hekim muayeneleri sonucunda reçete düzenlenmemesi veya reçete edilen ilaçların temini amacıyla eczanelere müracaat edilmemesi durumunda, birinci basamak sağlık kuruluşları ile aile hekimliği muayenelerinde katılım payı alınmaz, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarındaki muayenelerde yukarıdaki tutarlardan 3 TL indirim yapılır.⁷⁵

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerine ilişkin

2 TL tutarındaki katılım payı, kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir. Muayene sonrasında

⁷⁴ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.528-529.

⁷⁵ Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, m.6.

kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda katılım payı uygulanmaz.⁷⁶

İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 8 TL öngörülen katılım payının, kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için 5 TL tutarındaki kısmı gelir ve aylıklarından, 3 TL'lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir.⁷⁷

Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için 15 TL öngörülen katılım payının;

Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için 12 TL tutarındaki kısmı gelir ve aylıklarından, 3 TL'lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir. Diğer kişiler için ise 12 TL katılım payı tutarı sağlık hizmeti sunucusu tarafından, 3 TL'lik tutar ise kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edilir.⁷⁸

Katılım payının hangi sağlık hizmet sunucusu tarafından ne tutarda alınacağına değinecek olursak; Devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri veya üniversite hastaneleri gibi resmi sağlık hizmeti sunucularındaki ayakta muayenelerde 5 TL, Özel hastaneler veya özel tıp merkezleri gibi ikinci basamak özel sağlık hizmeti sunucularındaki ayakta muayenelerde 12 TL, 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda 5 ve 12 TL'lik katılım payı tutarları 5 TL artırılarak, tahsil edilmektedir.

Katılım payının, sağlık hizmeti sunumu karşılığında alınan bedel haricinde alınmaması ve sağlık hizmeti sunumu yapılan yere göre değişmemesi, sağlık hizmeti sunumunun niteliğine göre bakanlıkça belirlenecek tek tip bedel üzerinden hizmet sunumu yapılmalı, ya da hiç alınmaması gerekir, sağlık hizmet sunucusundan yararlanan kişi zaten sigorta başlangıcı sırasında ve devamında 5510 sayılı kanu-⁷⁹

⁷⁶ Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, m.7.1

⁷⁷ Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, m.7.2.

⁷⁸ Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, m.7.3.

⁷⁹ Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, m.7.

nun 81. maddesine göre prim olarak ve hizmet sunumu karşılığında hizmet bedeli olarak bir ücret ödemektedir, dolayısıyla bunlara ilaveten bir de katılım payı alınmasına gerek yoktur.⁸⁰

2.2. KATILIM PAYI ÖDENMEYEN HALLER VE KATILIM PAYI ÖDEMİYEN KİŞİLER

Kanunun 69. maddesi, yönetmeliğin 39. maddesi ve tebliğin 3., 2., ve 5. maddeleri katılım payı alınmayacak kişi ve durumları düzenlemiştir. İlgili düzenlemeler gereğince katılım payı alınmayacak durumlar şunlardır:⁸¹

- İş kazası ile meslek hastalığı,
- Askeri tatbikat ve manevralar,
- Afet ve savaş hali,⁸²
- Koruyucu sağlık hizmetleri,⁸³
- Aile hekimi muayeneleri,
- Organ, doku ve kök hücre nakli,
- Hayati önemdeki ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri,
- Kronik hastalıklar,
- Kontrol muayeneleri,⁸⁴

İlgili düzenlemeler gereğince katılım payı alınmayacak kişiler şunlardır;⁸⁵

- Şeref Aylığı bağlananlar ve Eşleri, Vatani hizmet tertibinden aylık bağlananlar,
- Nakdi tazminat ve aylık alanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,
- Koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalananlar,
- Vazife malullüğü aylığı alanlar,
- Harp malullüğü aylığı alanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

⁸⁰ Tozan. a.g.e., m.81.

⁸¹ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.978.

⁸² Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.978.

⁸³ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.530.

⁸⁴ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.530.

⁸⁵ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.978-979.

- Terörle Mücadele Kanunun gereğince aylık alanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,
- Harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askeri öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylar,
- Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,
- 3713 sayılı kanunun 21. maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların veya malullükleri kesinleşinceye kadar tedavi altına alınan kişiler,
- 3713 sayılı kanun kapsamına girmese dahi, başkasının yarım ve desteği olmadan yaşaması için gerekli hareketleri yapamayacak derecede malul olanların ihtiyaç duydukları ortez ve protez ile diğer iyileştirme araç/gereçleri, herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin bedelleri kurumca ödenecektir.⁸⁶

2.2.1.Katılım Paylarının Tahsili: Kurum katılım paylarını gelir ve aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup yoluyla tahsil edilebileceği gibi, bu konuda farklı bir usulde belirleyebilir. Sözleşmeli Sağlık Hizmet sunucularına, sağlık hizmet bedeli ödenirken vermiş oldukları hizmet karşılığında almış oldukları katılım payı mahsup edildikten sonra kurumca ödeme yapılır. Katılım paylarının hesaplanmasında ise 5510 sayılı kanunun 72. maddesine⁸⁷ göre tespit edilen sağlık hizmet bedelleri esas alınır.

⁸⁶ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.978-979.

⁸⁷ 5510 Sayılı Kanun m.72/1: “65 inci madde gereği ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkilidir. Komisyon, tıp eğitimi, hizmet basamağını, alt yapı ve kaynak kullanımı ile maliyet unsurlarını dikkate alarak sağlık hizmeti sunucularını fiyatlandırmaya esas olmak üzere ayrı ayrı sınıflandırabilir. Komisyon, 63 üncü madde hükümlerine göre finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye yetkilidir.”

2.2.2. Katılım Payı Alınıp Tekrar İade Edilecek Kişiler: Kanun katılım payının iadesi ile ilgili olarak; Düşük gelirliler, vatansız ve sığınmacılar, 65 yaş aylığı alanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler önce katılım payını ödeyip daha sonra istemleri halinde ödedikleri katılım payını 3294 (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu) sayılı kanuna dayanarak geri isteyebileceklerini düzenlemiştir.⁸⁸

Katılım payının iadesi ile ilgili ayrıntılı düzenleme ise, Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği'nin 23. maddesinde,⁸⁹ *“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 ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, vatansızlar ve sığınmacılar, 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri hâlinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca kendilerine geri ödenir.”* Şeklinde düzenlenmiştir.

Kanunun düzenlenme şekline baktığımızda, katılım payının ödenmesini düzenlemiş, Katılım payının iadesini 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu'na göre yapılacağını belirtmiş ve katılım payının iadesi ile ilgili ayrıntılı düzenleme yönetmelikle yapılmıştır.

Katılım payının alınıp tekrar iade edilmesi yersiz olduğu gibi, katılım payından muaf tutulanların ve iade şeklinin ayrıntılı bir şekilde tek başına 5510 sayılı kanunda yer alması kanun düzenlemesine daha uygun olacaktır. Üç ayrı düzenleme yerine katılım payı ödemesinden muaf tutulan kişiler belirtilip, bu kişilerden katılım payının alınmayarak, hem gereksiz düzenlemenin önüne geçilip hem de bürokrasinin önüne geçilebilirdi.

⁸⁸ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.980.

⁸⁹ Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği m.23.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMA KRİTERLERİ

1. GELİR TESTİ UYGULAMASI VE AMACI

2004 yılından itibaren sosyal güvenlik konusunda reform çalışmaları hız kazanmış olup, daha çok genel sağlık sigortasının yaygınlaştırılması yönünde çalışmalar yapılmış ve 6111 sayılı kanunla yapılan değişiklik sonucunda genel sağlık sigortası uygulamaları en yaygın hale getirilmiştir. Değişiklikler sonucunda genel sağlık sigortasına 3 tane temel özellik bağlanmıştır. Bu özellikler şunlardır:⁹⁰

- Türkiye’de yaşayan herkesin zorunlu olarak genel sağlık sigortalısı olması,
- Genel Sağlık Sigortasının primli hale getirilerek, herkesten geliri, kazancı ve ödeme gücüne göre prim alınması,
- Sağlık Hizmetlerinin, kamu-özel sektör ayrımı olmaksızın sağlık hizmet sunucularından satın alma yoluyla sağlanması, olarak kabul edilmiştir.

6111 sayılı kanunla, 01.01.2012 tarihinden itibaren de yeşil kart sahipleri, çalışmayanlar, çalışmaya ara verenlerde gelir testi uygulaması ile kapsama alınmıştır. Gelir testinin uygulama amacı, kuruma finansman sağlamak olup, sistem dahilinde ilgililer ödeme gücüne göre belirlenecek primleri ödeyecektir. Genel Sağlık Sigortasından yararlanan kişi bizzat prim ödeyecek ya da devlet o kişinin adına prim ödeyecektir.⁹¹

2. GELİR TESTİ BAŞVURUSU, TESCİL VE SİGORTANIN BAŞLANGICI

Gelir testi, herhangi bir sigorta kolunda genel sağlık sigortalısı sayılmayan kişilerin prim ödeyip ödemeyecekleri, ödeyeceklerse ödeyecekleri miktarın belirlenmesidir.

Gelir testi için, kişinin genel sağlık sigortalısı olduğu tarihten itibaren, ikametlerinin bulunduğu yer sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfına 1 ay içinde

⁹⁰ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.939.

⁹¹ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s.940.

müracaat etmeleri gerekmektedir. 6824 sayılı yasa yürürlüğe girmeden önce gelir testi uygulaması zorunluydu, yasa yürürlüğe girdikten sonra zorunluluk kalkmıştır.

Gelir testi uygulamasının nasıl olacağı 28.12.2011 tarihinde resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren, Genel Sağlık Sigortası kapsamında, Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik’le düzenlenmiştir.

6824 sayılı yasa yürürlüğe girmeden önce, yönetmeliğin 4/1. maddesi; *“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 edilir. Bu kişiler için, gelir testleri sonuçlandırıluncaya kadar 5510 sayılı Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarı prime esas asgarî kazanç tutarı olarak esas alınarak primleri tahakkuk ettirilir. Ayrıca, gelir tespitini yaptırmak üzere bir ay içinde vakıflara başvurması gerektiği SGK tarafından re’sen tescil edilen kişilere bildirilir”* şeklinde olup, kişinin gelir testine başvurması mutlak zorunluluktu, kanun yürürlüğe girdiğinden itibaren ise bu zorunluluk kalkmış olup, gelirin düşük olduğunu düşünenler, yine kendilerine kurumca tebliğ yapıldığı tarihten itibaren bir ay içinde gelir testi yaptırmak üzere başvurması gerekecektir.⁹²

6824 sayılı kanun yürürlüğe girmeden önce kişi tarafından gelir testi yapılması ve geliri asgari ücretin 1/3’ünün altında olanların dahi prim ödemesi zorunluydu. Kanun yürürlüğe girdikten sonra ise uygulamada radikal bir değişikliğe gidildi, bu değişiklik sonucunda gelir testi yaptırılması zorunlu olmaktan çıkarılmakla birlikte, 53,32 TL ödeyen herkesin tüm sağlık hizmetinden faydalanabileceği düzenlemesi getirilmiş, 53,32 TL’yi ödeyemeyen vatandaşın ise prim borcu hazine tarafından ödeneceği düzenlenmiş, bu düzenleme ile sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda Sosyal Devlet olmanın gerekleri yerine getirilmiştir.

6824 sayılı kanunun Genel Sağlık Sigortası ile ilgili yapılan düzenlemesinin amacına baktığımızda, Genel Sağlık Sigortası kapsamı dışında hiçbir vatandaşın bı-

⁹² Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s. 940.

rakılmamaya çalışıldığı anlaşılmaktadır.

Anayasa'nın 2. maddesi;⁹³ “*Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, milli dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, laik ve **sosyal bir hukuk Devletidir***” 56. maddesinin birinci fıkrası;⁹⁴ “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.*” Şeklinde. 6824 sayılı kanun yürürlüğe girmeden önce, mevcut düzenlemenin, anayasanın 2. ve 56. maddesine aykırı olduğu söylenebilir ancak 6824 sayılı kanun yürürlüğe girdikten sonra hem sosyal devlet olmanın gerekleri yerine getirilmiş hem de kişinin sağlıklı yaşama hakkı fiili olarak da koruma altına alınmıştır.

Düzenleme doğrultusunda kuruma bağlı işyerinde çalışanlar ve emekliler ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler dışında kalan yani çalışmayan ve herhangi bir sağlık güvencesi olmayan kişiler bu kapsamda değerlendirilecektir.

Genel sağlık sigortasının başlayabilmesi için tescil şarttır, bu durum ise 5510 sayılı kanunun 61. maddesine göre yapılmakta ve genel sağlık sigortası bu hükümde belirtilen esaslara göre başlamaktadır. 61. maddeye göre sigortalılık başlangıç tarihi değişiklik gösterebilmektedir.

Hizmet akdi ile çalıştırılanlar, hizmet akdi dışındı kadro ve pozisyonlarda sürekli çalışanlar, bunlar dışında kalıp, sözleşmeli olarak çalışan, 657 sayılı devlet memurları kanunun 86.maddesi uyarınca açıktan vekil olarak atananlar, isteğe bağlı sigortalılar tescil edildiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirim gerek olmadan tescil edilmiş sayılırlar. Aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olan kişilerin genel sağlık sigortası tescil edildikleri tarihten, 5510 sayılı kanunun 60. maddesinin c/3-4-5-6-8-9-10. bendinde yer alanlar aylığa hak kazandıkları tarihten başlayarak genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. Vatansız ve sığınmacılar ise kapsama alındıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve ilgili kurumlarca, genel sağlık sigortalısı sayıldıklarından yani kapsama alındıkları tarihten başlayarak bir ay içinde kuruma bildirilmesi gerekmektedir.⁹⁵ Yabancıların, Türkiye’de yerleşim izni alıp, yerleşim süresinin bir yılı geçtiği durumda, bir yılın

⁹³ Üzeltürk, a.g.e. Anayasa, m.2.

⁹⁴ Üzeltürk, a.g.e., anayasa, m.56/1.

⁹⁵ 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, m.60.

geçtiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve bu tarihten itibaren bir ay içindeki talepleri ile tescil işlemleri gerçekleşmiş olacaktır.

İşsizlik ödeneğinden yararlanan kişiler, yararlanmaya başladığı günden itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren de bir ay içinde Türkiye İş Kurumu tarafından kuruma bildirilir. 5510 sayılı kanundan önce yürürlük kanun hükümlerince gelir ve aylık alanların, gelir ve aylık almaya başladıkları günden itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir tescil bildirimine gerek yoktur. Saydıklarımızın dışında kalan ve başka bir ülkede herhangi bir sağlık sigortasından yararlanmayan vatandaşlar, bu tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve bir ay içinde kişinin kendisi tarafından kuruma verecekleri tescil talep dilekçesi ile tescil işlemleri gerçekleşmiş olur.⁹⁶

Bunlar dışında, kişinin kendisinin ya da bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık kuruluşuna başvurmadan önceki bir yıl içinde toplamda en az 30 gün, prim ödeme gün sayısının bulunması, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarih itibarıyla prim ve prime ilişkin hiçbir borcunun olmaması gerekir. Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetinden faydalanma da herhangi bir şartın aranmayacağı durumlar ve kişiler şunlardır: ⁹⁷

- 18 yaşını doldurmamış olanlar,
- Başkasının bakımına muhtaç olanlar,
- Acil haller,
- İş kazası ve meslek hastalığı durumları,
- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve madde bağımlılığını önlemeye yönelik verilen koruyucu sağlık hizmetleri,
- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene,
- Hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler,
- Doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler,
- Hasta takibi,

⁹⁶ Aslanköylü. a.g.e., s.1163.

⁹⁷ Güzel, Okur, Caniklioğlu a.g.e., s. 966-967.

- Rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri,
 - İlgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler,
 - 75. maddede sayılan afet, savaş, grev ve lokavt.
- Olarak saymak mümkündür.

2. PRİM ÖDENMESİ VE MİKTARI

Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık yardımlarından yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı kişi ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin son bir yıl içinde toplam da 30 gün Genel Sağlık Sigortası primi ödemesi zorunludur. Kurum ya da daha önce ki kurumlardan gelir ya da aylık alanları vatansız ve sığınmacılar ile 65 yaş üstü kişiler prim ödemesi zorunlu olan kişilerin dışındadır.⁹⁸

Genel sağlık sigortası primi, Genel Sağlık Sigortası'ndan yararlanabilmek için prim ödeme yükümlüsü tarafından ödenecek olan ve prime esas kazanç üzerinden Kanunda belirtilen oranlarda belirlenen tutardır.

6824 sayılı kanun yürürlüğe girdikten sonra, gelir testi uygulaması zorunlu olmaktan çıkarılsa da, hiçbir sosyal güvencesi olmadan, sadece genel sağlık sigortalısı sayılmak için ödenecek tutar, gelir seviyesinin dört kategoriye ayrılması sonucunda bulunduğu kategoriye göre kişi prim ödeyecektir. Bu kategoriler, G0, G1, G2 ve G3 olarak kategorize edilmiştir. G0: Aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olanları, G1: Aylık geliri asgari ücretin 1/3'ü ile asgari ücret arasında olanları, G2: Aylık geliri Asgari ücret ile asgari ücretin iki katına kadar olanları, G3: Aylık geliri asgari ücretin iki katından fazla olanları ifade etmektedir.

Genel Sağlık Sigortası kapsamında sadece sağlık hizmet sunucularından hizmet alabilmek için kişilerin ödemesi gereken tutar, geliri asgari ücretin 1/3'ü olan kişiler yönünden, 01/04/2017 (6824 sayılı yasanın yürürlük tarihi) - 31/12/2017 tarihleri arasında 53,33 TL olarak belirlenmişken, 01/01/2018 ile 31/12/2018 tarihleri arasında 60,88 TL olarak sabit miktarda uygulanmaktadır. Türkiye'de Prim ödemedi Genel Sağlık Sigortası'ndan yararlananlarda vardır. Bu sayı yaklaşık ola-

⁹⁸Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.525.

rak 4.839.234 kişidir.⁹⁹

GELİR TESTİ SONUCUNA GÖRE AYLIK GELİRİ TESPİT EDİLEN TUTARLAR				
01/01/2017 İle 31/03/2017 Tarihleri Arası Uygulanmak Üzere Belirlenen Prim Miktarı				
Aylık Gelir Seviyesi	G0	G1	G2	G3
Aylık Gelir Miktarı	Aylık gelir miktarı asgari ücretin 1/3'ünden az olanlar (592.50 TL'den az olanlar)	Aylık gelir miktarı asgari ücretin 1/3'ünden fazla asgari ücretten az olanlar (592.50-1.777.50 TL arasında olanlar)	Aylık gelir miktarı asgari ücret ile asgari ücretin iki katına kadar olanlar (1.777,50-3.555,00 TL arasında olanlar)	Aylık gelir miktarı asgari ücretin iki katından fazla olanlar (Geliri 3.555,00 TL'den fazla olanlar)
Ödeyeceği Prim Miktarı	53,33 TL (ödeyememeleri durumunda, hazine tarafından ödenecektir.)	71,10 TL	213,13 TL	426,60 TL

⁹⁹ 2017 Yılı Genel Sağlık Sigortası Primi 53 TL <https://www.devletdestekli.com/2017-yili-genel-saglik-sigortasi-primleri/> Erişim Tarihi, 28.03.2018.

GELİR TESTİ SONUCUNA GÖRE AYLIK GELİRİ TESPİT EDİLEN TUTARLAR¹⁰⁰				
01/01/2018 İle 31/03/2018 Tarihleri Arası Uygulanmak Üzere Belirlenen Prim Miktarı				
Aylık Gelir Seviyesi	G0	G1	G2	G3
Aylık Gelir Miktarı	Aylık gelir miktarı asgari ücretin 1/3'ünden az olanlar (676.50 TL'den az olanlar)	Aylık gelir miktarı asgari ücretin 1/3'ünden fazla asgari ücretten az olanlar (676.50- 2.029,50 TL arasında olanlar)	Aylık gelir miktarı asgari ücret ile asgari ücretin iki katına kadar olanlar (2.029,50- 4.059,00 TL arasında olanlar)	Aylık gelir miktarı asgari ücretin iki katından fazla olanlar (Geliri 4.059,00 TL'den fazla olanlar)
Ödeyeceği Prim Miktarı	60,88 TL (ödeyememeleri durumunda, hazine tarafından ödeneciktir.)	81,04 TL	242,95 TL	487,08 TL

¹⁰⁰ Arif Akarca, 2018 Yılı Asgari Ücret SSK Primleri Alt ve Üst Sınırlarının Asgari ücret ve İşverene Maliyeti, <https://www.dunya.com/kose-yazisi/2018-yili-asgari-ucret-ssk-primleri-alt-ve-ust-sinirlarinin-asgari-ucret-ve-isverene-maliyeti/396988>, Erişim Tarihi, 28.03.2018.

olarak uygulanmaktadır. Belirtmiş olduğumuz prim tutarları, herhangi bir sağlık güvencesi olmayıp, sadece genel sağlık sigortasından faydalanmak için ödenecek olan prim tutarlarını göstermektedir. Gelir testi yaptırmayan kişiler, Genel Sağlık Sigortası'ndan faydalanmak istiyorlarsa, brüt asgari ücretin iki katının yüzde 12'si tutarında (şuan için 487,08 TL) prim ödemesi gerekmektedir. 5510 sayılı kanunun 4/1-a,¹⁰¹ 4/1-b,¹⁰² 4/1-c¹⁰³ maddeleri gereğince sigortalı sayılanlarda prime esas kazançlarının yüzde 12'si oranında prim ödemesi gerekmektedir.¹⁰⁴

Genel sağlık sigortası primleri, prim borcunun takip ettiği ayın sonuna ödenmesi gerekmektedir. Son gün tatil gününe rastlaması durumunda, tatil gününü takip eden günün mesai bitimine kadar ödenmesi gerekmektedir.

Yukarıdaki tablolarda 2017 ve 2018 yılına ait ödenmesi gereken prim tutarlarının inceledik, G1 düzeyinde gelir seviyesi olan bir kişi 2017 yılında 71,10 TL öderken, 2018 yılında bu tutar 81,04 TL olarak belirlenmiş olup yaklaşık yüzde on dört oranında bir artış olmuştur. Artış oranına baktığımızda, oranın yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Faydalanılan hizmetin sağlık hizmetidir, vatandaşın keyfi değil, mecburi olarak başvurması gereken bir hizmettir, bu hususu da dikkate alarak, prim ödemelerinde artış olması gerekiyorsa bu miktarın cüzi miktarda olması gerekmektedir.

Prim ödeme yükümlülüğü bulunmayanları ise kanun 67. maddesinde belirtmiştir. Bunlar:¹⁰⁵ 18 yaşından küçükler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olanlar, acil durumlar, iş kazası ve meslek hastalığı durumları, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar, koruyucu sağlık hizmetleri, analık durumları, doğal afet, savaş

¹⁰¹ 5510 sayılı kanun 4/1-a; “Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar.”

¹⁰² 5510 sayılı kanun 4/1-b; “Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usûlde gelir vergisi mükellefi olanlar, Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar, Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları, Tarımsal faaliyette bulunanlar.”

¹⁰³ 5510 sayılı kanun 4/1-c; “Kamu idarelerinde, Bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendine tabi olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile Bu maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerine tabi olmayanlardan, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesi uyarınca açıktan vekil atananlar.”

¹⁰⁴ Genel Sağlık Sigortası Prim Tutarları, <http://www.isvesosyalguvenlik.com/genel-saglik-sigortasi-prim-tutarlari/>, E.T., 16.05.2018

¹⁰⁵ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.525.

ile grev ve lokavt halleridir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASINDA HİZMET BASAMAKLARI VE SEVK ZİNCİRİ

1. GENEL BİLGİLER

Kanun, Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için yukarıda sağlamış olduğumuz koşulların yanında, hizmet basamaklarına uymayı da zorunlu tutmuştur. Kanun hizmet basamaklarına uymayı zorunlu tutmuş ancak uygulamasını, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumuna bırakmıştır.¹⁰⁶ Bugün itibariyle baktığımızda ise hizmet basamakları uygulamaya konulmamıştır.

Genel Sağlık Sigortası kapsamında hizmet basamakları ve sevk zinciri, 5510 sayılı kanunun 70. maddesi ve yönetmeliğin 40. maddesi ile düzenlenmiştir. Kanun, sağlık hizmet sunucularını, birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak basamaklandırılmasını öngörmüştür. Hizmet basamakları ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki sevk zinciri ile, tanı, ön tanı hekimlerin ve dış hekimlerinin uzmanlıları dikkate alınarak yurt çapında, il veya ilçe çapında Sağlık Bakanlığı'nın da görüşü alınmak şartıyla Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenecektir. Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer almıştır.¹⁰⁷

Kanun, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin hizmet basamaklarına uyma zorunluluğunun yanı sıra sevk zincirine de uyması gerektiğine hükmetmiştir. Kanun hiçbir ayırım yapmadan sevk zincirine uyulmaması halinde, hasta ve bakmakla yükümlü olduğu kişi için kurum tarafından ödeme yapılmayacağı hususunu belirtmişse de, eski yönetmelik sevk zincirine uyulması gerektiği zorunluluğuna istisna getirmiştir. Bu istisnalar;¹⁰⁸ İş kazası, meslek hastalığı, afet ve savaş hâli ile acil hâllerdi. Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin belirtilen istisnai haller dı-

¹⁰⁶ Güzel, Okur, Caniklioğlu. a.g.e., s.981.

¹⁰⁷ Güzel, Okur, Caniklioğlu. a.g.e., s.981.

¹⁰⁸ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.531.

şında, kanun ve yönetmelikte belirlenen sevk zincirine uymaları zorunludur. İstisnalar dışında sevk zincirine uyulmaması hâlinde ise kurum tarafından hiçbir ödeme yapılmayacağına yönetmelik hükmetmişse de bugün itibariyle uygulamaya geçtiği söylenemez.

5510 sayılı kanunun önceki halinde de yönetmeliğin 40. maddesinin dördüncü fıkrasındaki istisnalara yer verilmiş olup, kanunun son halinde bu düzenlemeye yer verilmeyip bu husus sadece yönetmelikle düzenlenmişti. Yeni düzenleme de ise bu istisnalarda kaldırılmıştır.

5510 sayılı kanunun ilk halinde¹⁰⁹ sevk zincirine uyulmaması halinde yapılan harcamaların yüzde yetmişinin kurum tarafından ödeneceğine hükmedilmişti, yönetmeliğin son halinde ise, sevk zincirine uyulmadan alınan sağlık hizmetleri karşılığında, kurum tarafından hiçbir ödeme yapılmamasına hükmetmiştir. Kanunun ilk haline baktığımızda, daha esnek bir düzenleme olduğu görülmektedir. Kanun ve yönetmeliğin son hali daha katıdır.

Kanun, hizmet basamakları ile ilgili işlemleri Sağlık Bakanlığı'na, sevk zinciri ile ilgili işlemleri ise Sosyal Güvenlik Kurumu'na bırakmıştır.¹¹⁰

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 gelir tespiti yapılmaksızın Genel Sağlık Sigortası ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar, 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz Ve Kimsesiz Ürk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,¹¹¹ 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74. maddesinin¹¹² ikinci fıkrasına göre görevlendirilen köy korucuları ile ilgili düzenlemeler kurum tarafından yapılmaktadır.

¹⁰⁹ 5510 Sayılı Kanun Metninin ilk hali, madde 70/3: “İş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil haller dışında, sevk zincirine uyulmadan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvurular sonucu alınan sağlık hizmetlerinin 72 nci madde gereği belirlenen tutarının % 70'i Kurumca ödenir. Aradaki fark, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenir.”

¹¹⁰ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.531.

¹¹¹ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.981.

¹¹² 442 Sayılı Köy Kanunu m.74.

Kanun'da olmayıp, yönetmelikte olan bir diğer husus ise, Türk Silahlı Kuvvetleri'nin İç Hizmet Kanunu'na tabi personelin, hizmet sunucularına müracaatı ve sevk işlemlerinin usul ve esasları hakkında Milli Savunma Bakanlığı'ndan görüş alındıktan sonra kurum tarafından düzenleme yapması gerektiğidir.¹¹³

Hizmet basamakları, Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflara ayrılmaktadır, bu sınıfların yurt genelinde yaygınlaştırılması ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki sevk zincirinin belirlenmesi kuruma aittir. Kurum, il ya da ilçe bazında, Sağlık Bakanlığı'nın da görüşünü almak suretiyle bu yetkisini kullanır. Hangi sağlık hizmetinin hangi basamağa girdiğinin belirtilmediği durumlarda, hangi hizmet basamağına girdiğini belirleme yetkisi Sağlık Bakanlığına aittir. Hangi sağlık hizmetinin hangi hizmet basamağına girdiğinin belirlenmesi ve hangi hizmet sunucusunun hangi basamakta yer aldığı belirlenmesi, sistemin temelini oluşturmaktadır.

Hizmet basamaklarının belirlenmesi, sağlık sisteminin temelini oluşturduğundan dolayı hizmet basamakları belirlenirken, ülkenin sağlık envanteri ve sağlık mevzuatı doğrultusunda hizmet basamaklarının ve sevk zincirinin belirlenmesi gerekir. Kişinin ilk müracaat ettiği basamak olan ve birinci basamakta yer alan aile hekimliğinin ve işyeri hekimliğinin yaygınlaştırılması, hizmet basamaklarının ve sevk zincirinin belirlenmesinden önce aile hekimliğinin de işyeri hekimliğinin dikkate alınması gerekmektedir.¹¹⁴ Kanun'a ve yönetmeliğe baktığımızda aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmeti olarak belirtildiği görülmekte ancak, işyeri hekimliği ile ilgili ve aile hekimliği ile ilgili diğer düzenlemelere yer verilmediği görülmektedir.

Aile hekimliği sistemini inceleyeceğimiz bölümde ayrıntılı olarak inceleneceği üzere, aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetinin en önemli unsurudur.

Sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde yürütülebilmesi için, hizmet basamaklarının ve sevk zincirinin alt yapısının sağlam olması gerekir. Bu yüzden ilk başta kanunla hizmet basamaklarının ve sevk zincirinin nasıl belirleneceği ile ilgili gerekli düzenlemelerin yapılarak, yönetmelikle de bu hususunun ayrıntılı bir şekilde,

¹¹³ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.982.

¹¹⁴ Aslanköylü, a.g.e., s.1200.

yukarıda belirtmiş olduğumuz durumlarında göz önünde bulundurularak düzenlenmesi gerekmektedir.

2. GENEL SAĞLIK SİGORTASI DÜNYA UYGULAMALARI

Dünyada sanayileşmenin gelişmesi, ekonomik ilişkiler ve serbest seyahat olanaklarının gelişmesi, yabancı ülkelerde çalışan işçi sayısının artması, sosyal güvenliğe olan ihtiyacında artmasını beraberinde getirmiştir.¹¹⁵ Bu dönemlerde işçilerin olumsuz şartlarda çalıştırılması ve sosyal devlet olmanın gereği olarak Sosyal Güvenlik Hukuku alanında çalışma yapılması zorunlu hale gelmiştir. Bu alanda en önemli çalışma alanı Hastalık Sigortası olmakla beraber, Hastalık Sigortası ile ilgili Almanya Başbakanı Bismarck döneminde, Hastalık Sigortası ile ilgili düzenleme başta olmak üzere, birçok sigorta kolu ile ilgili çalışmalar yapılarak uygulanmaya başlanılmıştır.¹¹⁶ Almanya'nın sosyal güvenlik alanında atmış olduğu bu adım, diğer dünya devletlerinin sosyal güvenlik alanında çalışma yapma zorunluluğunu da beraberinde getirmiştir. İkinci Dünya Savaşından sonra ise sosyal güvenlik alanında yapılan çalışmalar hızla ilerlemiştir. Birleşmiş Milletlerce kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 22. maddesinde; *“Herkesin, toplumun bir üyesi olarak sosyal güvenliğe hakkı vardır. Ulusal çabalarla ve Uluslararası işbirliği yoluyla her devletin örgütlenmesine, kaynaklarına göre, herkes onur ve kişiliğinin serbestçe gelişimi için gerekli olan ekonomik, sosyal ve kültürel hakların geliştirilmesi hakkına sahiptir”* Şeklinde hükmetmesi sosyal güvenlik sisteminin gelişmesinde önemli bir etken olmuştur. Bunların dışında 1919 yılında kurulan Uluslararası Çalışma Örgütü ve 1927 yılında kurulan Sosyal Güvenlik Teşkilatı'nın kurulmasının Sosyal Güvenlik Politikası'nın gelişmesi konusunda atılan önemli adımlar olduğunu söylemek mümkündür. Sosyal Güvenlik sisteminde önemli uygulamalar Bismarck (Almanya) ve Beveridge (İngiltere) modelleridir. Bismarck modeli atılan ilk önemli adımdır. Bu modelde, kapsamda yer alan kişiler zorunlu olarak sosyal sigortalı sayılmakta, prim ödeyerek sosyal sigortadan yararlanmaktadırlar. Devlet de sosyal sigortaya katkı sağlayarak, sosyal sigorta kapsamında sunulan hizmetlerin finansmanı, primlerin yanı sıra, Devlet tarafından karşılanan bedelle sağlanmaktadır.

¹¹⁵ Uşan, a.g.e., s.34.

¹¹⁶ Korkusuz, Uğur, a.g.e., s.56-57.

1942 tarihli İngiliz iktisatçı Wiliam Beveridge tarafından yapılan sosyal güvenlik alanında ki çalışmalar İngiliz hukukunda uygulanmıştır. Beveridge modeli, sosyal güvenlik konusunda ulusal dayanışmayı beraberinde getirmiştir. Bu modelde sosyal güvenliğin finansmanı vergi gelirleriyle sağlanmakta, toplumun tüm bireylerine ücretsiz sağlık hizmeti sunarak, Sosyal Sigortalar Uygulaması bakımından, Sosyal Devlet olmanın gereklerini tam anlamıyla yerine getiren bir model olduğunu söylemek mümkündür. Bu model İngiltere'nin yanı sıra bir kısım İskandinav ülkelerinde de uygulanmaktadır. Bu model sosyal güvenliğin sadece çalışanlara değil, herkes için olduğu bir modeldir.¹¹⁷

Farklı olarak uygulanan bir modelde Şili Cumhuriyeti'dir. Şili'de bireysel-özel fonlama esasına dayalı sosyal güvenlik sistemi vardır ve bu sistemi uygulayan ilk ülkedir.¹¹⁸

Sosyal güvenlik hizmetleri kapsamında bazı dünya ülkelerinde uygulanan, sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik alanında şu anki durumu, hizmetlerin ne şekilde verildiği, hizmetlerin yeterliliği, hizmet basamaklarını ve sevk zincirini inceleyelim.

2.1. ALMANYA'DA GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ

Almanya sosyal sigorta konusunda diğer ülkelere öncülük etmiş olan bir ülkedir. Almanya Bismarck modelini benimsemiş ve 1883-1889 yılları arasında başlayan bir modeldir.¹¹⁹ Almanya 1975-1995 yılları arasında kademeli olarak yürürlüğe koyduğu Sosyal Kanun ile dağınık haldeki Sosyal Güvenlik Mevzuatı'nı tek çatı altında toplamış olup, yıldan yıla bu çatıyı genişletmiştir. Almanya'nın sosyal güvenlik için ayırdığı payın GSYH içindeki payı %25¹²⁰ olup, Türkiye'de bu oran en fazla %11.7 olduğu görülmekte olup, Türkiye için sosyal güvenliğe ayrılan finansman az olduğunu göstermektedir.

Almanya'da hastalık sigortası özerk yönetimli sandıklar tarafından yönetilmektedir. Almanya'da hastalık sigortası zorunlu olup, işçiler, çiftçiler, sanatçılar, rehabilite edilenler, özürlüler, işsizlik ödeneği alanlar, öğrenciler ve

¹¹⁷ Uşan, a.g.e., s.35.

¹¹⁸ Uşan, a.g.e., s.36.

¹¹⁹ Korkusuz, Uğur, a.g.e., s.58.

¹²⁰ Ekmekçi, a.g.e., s.23.

stajyerler hastalık sigortası kapsamındadır. Memurlar, yargıçlar, askerler, din adamları, hastalık sigortası kapsamına dahil değildirler. Bu kişilerin sağlık giderleri, çalışmış oldukları kurumları tarafından karşılanmaktadır.¹²¹

Hastalık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri: Bütün dış hastalıklarının tedavisi, analık durumunda gerekli sağlık hizmetleri, doğum sırasında sunulan sağlık hizmetleri, analıktan kaynaklanan hastalıklar için sunulan sağlık hizmetleri, ilaç, medikal olarak sayılabilir. 1990'lı yıllara gelindiğinde, hekimler muayenehane dışında hizmet sunmaya başlamış, hekim seçme hakkı getirilmiş, anneler için ücretsiz sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetleri, hasta yakınları için refakatçi izinleri, sağlık taramaları, rehabilitasyon ve fiziksel terapi, birkaç yılda bir kaplıcalarda bir aya kadar kalabilme, protez, hizmetleri de verilmeye başlanarak sunulan sağlık hizmetleri genişletilmiştir.¹²² Ülkemizle kıyasladığımızda sistemsel olarak uygulama ile ilgili birkaç farklılık olduğu görülmektedir.

Türk Sosyal Güvenlik Hukuku bakımından, hastalık halinde sunulan sağlık hizmetlerine baktığımızda, Genel Sağlık Sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri bölümünde incelediğimiz üzere, Türkiye'de sunulan sağlık hizmetlerinin, Almanya'da sunulan sağlık hizmetlerinin gerisinde kaldığını söylemek mümkün değildir. Almanya'da sunulan yukarıda belirtmiş olduğumuz sağlık hizmetleri, yararlanma şartları bir takım farklılıklar gösterse de, Genel Sağlık Sigortası kapsamında ülkemizde de sunulmaktadır. Almanya'da da biraz farklılık olsa da sağlık sistemi Türkiye'dekine benzerdir. Türkiye de birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak basamaklandırılmışken, Almanya'da birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmıştır. Almanya'da birincil sağlık hizmetlerini öncelikle, Aile hekimleri, sonrasında ise uzmanlık unvanı kullanılmaksızın diğer dal uzmanları vermektedir. Gerekli görüldüğü takdirde, hasta dal uzmanına ya da hastaneye sevk işlemi yapılır, aile hekimleri acil vakıalara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler. Birincil sağlık hizmetlerinde, uzman hekim, sosyal çalışmacı, diş hekimi, psikolog, sağlık mühendisi, dezenfeksiyoncular, röntgen ve laboratuvar asistanı görev yapmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık

¹²¹Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.23.

¹²²Tuncay Günaydın, Almanya Sağlık Hizmetleri Nasıl Uygulanmaktadır, <http://www.memur.maasmute-meti.com/haber/2006/almanya-saglik-sistemi-nasil-uygulanmaktadır>, E.T., 20.04.2018

hizmetleri, duruma göre ayakta tedavi hizmeti veren muayenehane ve yataklı tedavi hizmeti veren hastanelerde verilmektedir. Türkiye açısından birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan personeli değerlendirdiğimizde, sadece aile hekimi ve aile hekimliğinde görevli personellerin görevli olduğu görülmektedir.

Sevk zinciri konusunda ki uygulama ise Türkiye ile aynı ve katıdır. Almanya’ da hastanın öncelikli olarak Aile Hekimine başvurması gerekir, hasta ayakta tedavi veren muayenehane ya da yataklı tedavi hizmeti veren hastanelere sevk edilir. Bu uygulamanın dışında ikincil ya da üçüncül sağlık hizmetlerinden yararlanmak üzere başvuru yapılması ya da yaptırması gereken işlemler dışında işlem yaptıran hasta, sağlık hizmet bedelini kendisi öder.¹²³

2.2. İNGİLTERE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ

Genel Sağlık Sigortası konusunda gelişmelerle diğer ülkelere ön ayak olan Almanya’dan sonra İngiltere’dir.¹²⁴ İngiltere’de genel sağlık sigortasının gelişmesi, William Beveridge raporu ile başlamış ve devam etmiştir. İngiltere’de birincil temel ilke sosyal güvenlik konusunda gerekli ihtiyaçların karşılanması ve ülkede ki muhtaçlığın sona erdirilmesidir. İkincil temel ilke ise ailenin korunması olmuştur.

Genel sağlık sigortası kapsamında hastalık halinde, hastaya sunulan sağlık hizmetlerine baktığımızda, sistem Türkiye ile aynı denilecek kadar benzerlik göstermektedir. İngiltere’de hizmet basamakları; birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ve ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmıştır. İngiltere ile Türkiye arasındaki hizmet basamakları arasındaki fark; basamaklarda hizmet sunan kişiler yönünden kendini göstermektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri İngiltere’de; Genel pratisyen uzmanları, sağlık ziyaretçileri, alan hemşireleri, ebeler, hemşire, sekreter, sağlık yöneticisi, diş hekimleri, eczacılar, fizyoterapistler, mesleki rehabilitasyon uzmanları, ayak bakım uzmanları, gözlükçüler, diyetisyenler, konuşma terapistleri tarafından sunulmaktadır.

¹²³ Paşa Göktaş, Almanya ve Fransa Sağlık Hizmetlerinden Nasıl Yararlanılabilir, [https:// www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasilyararlanilabilir-6966.htm](https://www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasilyararlanilabilir-6966.htm), E.T.,23.04.2018.

¹²⁴ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.26.

Sağlık ziyaretçileri, alan hemşireleri ve ebeler toplum sağlığı çalışanları olup, toplum sağlığı hizmeti sunmaktadırlar.¹²⁵

İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastanelerde uzman hekimler tarafından sunulmakta olup, bu basamakta her branşın uzmanı bulunmamaktadır.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, üst düzey ihtisas sahibi doktorların bulunduğu, bir bölge ya da ülkeye hizmet veren hastaneler tarafından sunulmaktadır. Belirtmiş olduğumuz hizmet basamakları arasında Türkiye’de olduğu gibi sevk zinciri vardır. İngiltere’de de hastanın ilk müracaat etmesi gereken yer birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarıdır. İhtiyaç halinde ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmak üzere sevk işlemi yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanmanın koşulu; Sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda Türkiye’de olduğu gibi sevk zincirine uyulmuş olmasıdır.¹²⁶

Türkiye ile karşılaştırma yaptığımızda, hizmet basamakları benzer olduğu söylenilebilir, ancak temel fark İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin çok daha gelişmiş olduğu göz önündedir. İngiltere’de birinci basamakta verilen hizmetler Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde görülmemektedir. Sevk zinciri açısından ise Türkiye ile bire bir aynı olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde faydalanma konusunda öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmet sunucularına başvurulması gerektiği ve sevk zincirine uyulmadığı takdirde faydalanılan sağlık hizmet bedellerinin hasta tarafından ödeneceği hususları Türkiye açısından da geçerlidir.

2.3. FRANSA’DA GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ

Fransa’da sosyal güvenliğin temelleri 1945 yılında reform yasaları ile atılmıştır.¹²⁷ Sosyal düzenlemeler Almanya ve İngiltere’den sonra başlamakla birlikte

1928 yılında Alman sistemi alınarak kabul edilmiş ve uygulanmaya başlamıştır. Fransa sosyal güvenlik sistemi, hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, ölüm ve dulluk sigortalarını kapsamaktadır.

¹²⁵ Gönül Dinç, Birleşik Krallık Sağlık Sistemi, Birinci Basım, Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, Haziran-2009, s.5-6, s.14.

¹²⁶ Bülent Kılıç, Çiğdem Bumin, İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi, Ağustos-1993, s.33, s.35.

¹²⁷ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.35.

Fransa, Almanya ve İngiltere'den sonra sağlık hizmetleri yönünden ön sırada yer aldığı söylenilebilir. Fransa'da görev yapan 204.000 civarında doktor olup, bunun 102 bini aile hekimi uzmanlarından oluşmaktadır.¹²⁸

Bir aile hekimine düşen nüfus ise 1000 ile 1500 kişi arasındadır. Türkiye açısından değerlendirdiğimizde ise, Türkiye'de toplamda 22 bin civarında aile hekimi görev yapmakta, bir hekime yaklaşık 3500 kişi düşmektedir. Ancak aile hekimliği uygulamasının Fransa'da uygulandığı söylenemez.

Fransa'da sağlık sistemi uygulamaları, Almanya, İngiltere ve Türkiye'ye nazaran biraz daha esnek yapıdadır. Sağlık hizmetleri, Fransa'da da birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri olarak kategorize edilmiştir.

Birincil ve ikincil sağlık hizmet basamaklarını; aile hekimleri, serbest çalışan muayenehane hekimleri, dispanserler, evde bakım hizmetleri ve klinikler, evde bakım hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri oluşturmaktadır. Yataklı sağlık hizmetleri, kamu ve özel hastaneler ile üniversite hastaneleri tarafından sunulmaktadır.¹²⁹

Fransa hekime ulaşım açısından değerlendirildiğinde; Fransa'da hasta istediği hekimi seçmekte özgürdür. Aynı gün istediği sağlık kuruluşuna birden fazla başvurmakta özgürdür. Yataklı tedavi hizmetlerinden yararlanma konusunda da hasta, resmi ya da özel bir sağlık kuruluşundan yararlanma konusunda serbesttir.

Fransa'da Her hastanın bağlı olduğu bir doktor vardır, ikincil ya da üçüncül sağlık hizmetlerine sevk işlemi yapılabilirdiği gibi sevk işlemi zorunlu değildir. Hizmet basamakları arasında sevk zincirine uyulma zorunluluğu yoktur. İstenilen sağlık kuruluşuna sevk işlemi olmadan da başvurma imkanı vardır. Başvurulduğu gün hekimden randevu almak mümkündür.¹³⁰

¹²⁸ Kifayet Baran Çeçem, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi, Ankara-2015, s.158.

¹²⁹ Paşa Gökteş, Almanya ve Fransa Sağlık Hizmetlerinden Nasıl Yararlanılabilir, [https:// www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasilyararlanilabilir-6966.htm](https://www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasilyararlanilabilir-6966.htm), E.T., 23.04.2018.

¹³⁰ Erdal Sargutan, Fransa Sağlık Sistemi, s.1004-1007, s.1018.

Hem Türkiye, hem de Almanya ve İngiltere açısından değerlendirilme yapıp karşılaştırıldığında, Fransa'da hekime ulaşmak daha kolaydır.¹³¹ Bu durum özellikle hastanın zaman kaybının önlenilmesi açısından çok önemlidir.

Fransa'da aynı gün hekimden randevu almak mümkündür, bu durumu Türkiye açısından değerlendirilip, bunun Türkiye'de mümkün olmamasının sebebi, Türkiye'de sağlık hizmeti sunan personel sayısı ve hizmet sunucu sayılarının yetersiz oluşudur. Bu yüzden Türkiye'nin verimli ve etkin bir sağlık hizmeti sunabilmesi için ilk başta yapılması gereken hizmet sunucu ve sağlık hizmeti veren personel sayısını artırarak, hastanın hekime daha kolay bir şekilde erişmesi sağlanmalıdır.

2.4. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİNDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ

Amerika'da Sosyal Güvenlik Kanunu 14 Ağustos 1935 yılında kabul edilmiştir. Kanunun ilk başta düzenlemiş olduğu program OASDI isimli programdır. Program kapsamında, yaşlılık, ölüm ve sakatlık sigortaları vardır. ABD'de Sigortalılık zorunludur. Sosyal Güvenlik bakımından ABD'de çalışan işçilerin % 94'ü kapsam dahilindedir. OASDI ücretli ve bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlayan programdır. ABD'de görev yapan memurlar, askerler ve demiryolu çalışanları ayrı bir program dahilindedir. ABD'de Sosyal Güvenlikten yaralanma şartı, işçi ve işverenlerin ortak prim ödemeleridir. Amerika'da Barack Obama yönetimi tarafından sağlık alanında yeni bir düzenleme olsa da halen varlığını sürdüren ve 1965 yılında kabul edilen Medicare and Mediciad adlı sağlık sistemi varlığını korumaktadır.¹³²

Medicare programı 65 yaş üstü kişilerin ve 65 yaş üstü olmamakla birlikte engellileri kapsayan sağlık programıdır.¹³³

Mediciad programı ise gelir düzeyleri düşük olan kişilerin yararlandığı, devlet tarafından sunulan programdır. Özel olarak korunmaya muhtaç kişilerde bu program dahilindedir. 2014 yılından itibaren ise yoksulluk sınırının altında ki kişiler de bu programa dahil edilmiştir. ABD'de yeni düzenlemeye göre herkes Medicare ya da

¹³¹ Paşa Göktaş, Almanya ve Fransa Sağlık Hizmetlerinden Nasıl Yararlanılabilir, [https:// www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasilyararlanilabilir-6966.htm](https://www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasilyararlanilabilir-6966.htm), E.T., 23.04.2018.

¹³² Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s. 40-46.

¹³³ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s. 44.

Mediciad programlarından birinin kapsamında olmak zorundadır. Bu programlardan herhangi birini tercih etmeyen kişinin özel sağlık sigortası yaptırma zorunluluğu vardır.

ABD’de kapsam dahilinde sağlık sisteminin işleyişi ve hizmetlerinden yararlanma şekilleri, Gelir seviyesi düşük olan kişiler genel olarak birincil bakım hizmetleri kapsamında aile hekimine başvurumaktadırlar. Aile hekimliği ABD’de ayrı bir uzmanlık alanıdır ve kırsal kesim ve yoksulluğun yüksek olduğu bölgelerde rolleri daha büyüktür. Aile hekimleri genel olarak hastane ve polikliniklerde hizmet vermektedirler. ABD’de hekimlerin % 40’ı birinci basamakta sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Birinci basamakta görev yapan hekimler; aile hekimi uzmanları, dahiliye uzmanları, kadın doğum uzmanları ve pediatri uzmanlarıdır.¹³⁴

İkincil sağlık hizmetleri kapsamında, sürekli bakım gerektirecek hastaların ve kronik hastalığı bulunan kişilerin tedavi hizmetleri verilmektedir. İkincil sağlık hizmetleri kapsamında ki hizmetler uzman hekimler tarafından sunulmaktadır.¹³⁵

Üçüncül sağlık hizmetleri kapsamında; yüksek uzmanlaşmaya dayalı hastaneler tarafından hizmet sunumu yapılmaktadır. Bu hastanelere örnek olarak; Çocuk hastaneleri, psikiyatri hastaneleri, rehabilitasyon hastaneleri ve üniversite hastaneleri gösterilebilir. Üçüncül sağlık hizmetleri, yatarak tedavi gören hastalara verilen hizmetleri kapsamaktadır.¹³⁶

ABD’de hizmet basamağı kavramı bulunmamaktadır, kategorize olarak, Türkiye’deki hizmet basamakları ile karşılaştırdığımızda, Türkiye’de ikinci basamakta verilen sağlık hizmetleri ABD’de birinci basamakta sunulmaktadır. Ancak bu durum hekime erişim açısından fark yaratacak bir durum değildir. Çünkü Türkiye’de Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri kanunen olsa da uygulama da isteyen kişi istediği sağlık kuruluşuna başvurma imkanına sahiptir.

ABD’de hizmet basamağı olmadığı gibi Sevk Zinciri uygulaması da yoktur.¹³⁷ Aile hekimi tarafından sevk işlemi yapılarak bir üst sağlık hizmetinden

¹³⁴ Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, s.30.

¹³⁵ Erdal Sargutan, Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi, s.201.

¹³⁶ Sargutan, a.g.e., s.201.

¹³⁷ Sargutan, a.g.e., s.179.

yararlanılacağı gibi, sevk işlemi yapılmadan da istenilen sağlık sunucusuna başvurulabilir.

2.5. İSVEÇ’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ

İsveç, herkesi kapsamına alan bir Sosyal Güvenlik Sistemine sahiptir. Sosyal Güvenlik hizmetlerinin finansmanı vergi ve primlerle sağlanmaktadır. Herkes gelirin'e göre prim ödemektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı da vergi ve primlerle karşılanmaktadır. Dünyada sosyal güvenlik amacıyla zorunlu kesinti miktarının en yüksek olduğu ülke İsveç’tir. Ülkeye çalışma niyetiyle de olsa gelen ve bir yıldan fazla süreyle ülke de kalan kişiler de sosyal güvenlik sistemine dahil edilmektedirler. İşçiler, kamu görevlileri, bağımsız çalışanlar aynı sisteme dahil ve herkes aynı risklere karşı korunduğundan sosyal güvenlik sistemi İsveç’de homojen bir yapıya sahiptir.¹³⁸

İsveç sosyal güvenlik sistemi içindeki emeklilik programları 2001 yılında yürürlüğe giren 799 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu ile değişikliklere uğramış ve sistem yardımları, katımlı ve katılmasız olarak ikiye ayırmıştır. Bu düzenlemeye göre; yaşlılık, sakatlık, iş kazası, hastalık ve işsizlik sigortaları katımlı rejime, sağlık sigortasından yapılan aynı yardımlar, çocuk parası, aile yardımları, yalnız yaşayan ana baba yardımları ise katılmasız rejime tabi tutulmuştur. Katımlı rejimde işçinin kazancının %33’lük bir kısmı işveren tarafından katkı payı olarak ödenmektedir.¹³⁹

İsveç’de hastalık halinde yapılan parasal yardımlarda bekleme süresi yoktur, hastalığın başladığı ilk günden itibaren parasal yardım yapılmaya başlanır.¹⁴⁰

İsveç’de sağlık sigortasının yönetimi yerel idarelere ve belediyelere bırakılmıştır. Finansman yerel idarelere ödenen vergilerle karşılanmaktadır. Bu durum Sağlık ve Tıbbi Bakım Kanunu tarafından düzenlenmiştir. Sağlık sigortası herkesi kapsamına alan bir sigorta koludur. İsveç’de sağlık sigortası 1985’e kadar katımlı sisteme dahil olsa da 1985 yılından sonra devlet yardımlarına dayandırılmıştır. Türkiye’de genel sağlık sigortasından faydalanmak için, yukarıda

¹³⁸ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.46-47.

¹³⁹ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.46-47.

¹⁴⁰ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.48.

miktarlarıyla birlikte açıkladığımız üzere prim ödemek gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri bakımından İsveç’de, birinci basamak sağlık hizmeti benimsenmiş durumdadır. Birinci basamak sağlık hizmeti ile ilgili adımlar 1948 tarihinde atılmaya başlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklar arttırılmış, herkesin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmasına yönelik adımlar atılmış ve sağlık hizmeti sunan birimlerin ülke genelinde eşit düzeyde dağılımı sağlanmıştır.¹⁴¹

İsveç’te sağlık hizmetleri: ikinci ve üçüncü basamak hastane ve poliklinik hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı merkezleri, hemşirelik, rehabilitasyon ve süregelen hastaların bakım hizmetleri, yatarak ya dayakta ruh sağlığı hizmetleri, ziyaretçi hemşirelik olarak sunulmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, halkın sağlık durumunun yükseltilmesine yönelik hizmetler, hastanede tedavisi gerekmeyen vakıaların tedavisine yönelik hizmetler sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında görev yapan personeller; Aile hekimleri, hemşire, ebe, psikoterapistler, sağlık profesyonelleri görev yapmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimleri ve bölgesel sağlık merkezlerince verildiği gibi, özel hekimler, psikoterapistler ile gebelik ve çocuk sağlığı klinikleri tarafından da verilmektedir.¹⁴²

Çocuk klinikleri tarafından, belirli tedaviler, aşılama, sağlık kontrolleri gibi hizmetler verilmektedir. Gebelik sağlığı klinikleri ise gebelik süresince ücretsiz ve düzenli olarak ücretsiz ve düzenli olarak tıbbi kontrol hizmeti vermektedir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, hastaneler tarafından sunulmaktadır. Hastaneler il ve bölge hastaneleri olarak örgütlenmiştir. Bölgesel olarak verilen hastane hizmetleri kapsamında; cerrahi düzeyde görev yapan doktorlar görev yapmakta ve laboratuvar hizmetleri sunulmaktadır. İl hastaneleri ise uzmanlaşmış hizmet veren 9 adet bölge hastanesinden oluşmaktadır.¹⁴³

İsveç’te birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından yürütülmektedir. İl sınırları içerisinde, kişi istediği aile hekimine başvurabilmektedir.

¹⁴¹ Rahmi Dirican, İsveç Sağlık Hizmetleri Sistemi, 9. Cilt, Kasım 1994-Şubat 1995 s.109.

¹⁴² A.Erdal Sargutan, İsveç Sağlık Sistemi, s.1361.

¹⁴³ Sargutan, a.g.e., s.1362.

Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık merkezlerinde görev yapmaktadır. Sağlık merkezlerinde; aile hekimleri, hemşireler, fizik tedavi uzmanları, psikolog ve sosyal çalışmacılar görev yapmaktadır.¹⁴⁴

İsveç’te sağlık hizmet basamakları arasında zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmamaktadır. Sevk zincirine uyulmamasının yaptırımını, hasta tarafından daha fazla katılım payı ödenmesidir. Sevk zinciri uygulaması bakımından değerlendirdiğimizde, Türkiye ile aynı sistemin uygulandığı görülmektedir.¹⁴⁵

2.6. ÇİN HALK CUMHURİYETİ’NDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ

Çin Halk Cumhuriyeti dünyanın en kalabalık ülkesidir. Ancak sosyal güvenlik sistemi ile ilgili adımlar, 1978 yılından sonra atılmaya başlanmıştır ki diğer dünya ülkelerine göre oldukça geç bir süredir. 1978 yılına kadar Çin’de sosyal güvenlik sistemi çok az bilinmekteydi, 1978 yılına kadar sadece devlet kurumlarında çalışanlar ve yakınları sosyal güvenlik sisteminden faydalanmaktaydı. Geri kalan nüfusun sosyal güvenliği devletin insafına kalmıştı. Bağımsız alışan vatandaşın ise sosyal güvencesi yoktu.¹⁴⁶

1978 Reformundan sonra sosyal güvenlik sistemi kapsamında, yaşlılık sigortası, sağlık sigortası ve işsizlik sigortası ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. 2010 yılına gelindiğinde ise geniş kapsamlı bir sosyal güvenlik kanunu kabul edilerek, kapsam da ki sigorta kolları genişleyerek, Genel Sağlık Sigortası, Analık Sigortası, Yaşlılık Sigortası, İşsizlik Sigortası ve İş Kazaları Sigortası kollarına ayrılmıştır. Sigortadan faydalanma şartı olarak, Çin’de katılım sistemi grlmştr. Katkı payı, ücret gelirlerinin %8’idir.¹⁴⁷

Çin Halk Cumhuriyeti’nde kırsal kesimde yaşayan halkın, 2012 yılı öncesinde sadece %30’u sosyal güvenlik kapsamında olup, 2012 yılına gelindiğinde sosyal güvenlik kapsamındaki kişi sayısı %50’ye yükselmiştir. Türkiye’de ise bu oran, genel sağlık sigortalısı kişi sayısı ile birlikte % 98,6’dır.

Çin’de sağlık hizmetleri: Birincil sağlık hizmetleri, ikincil sağlık hizmetleri

¹⁴⁴ Emel Başol, Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 4.Cilt, Sayı:8, 2015, s.132.

¹⁴⁵ Başol, a.g.e., s.132.

¹⁴⁶ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s. 49.

¹⁴⁷ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s. 50.

ve üçüncül sağlık hizmetleri olarak hizmet vermektedir. Birincil sağlık hizmetleri kapsamında toplum sağlığı merkezleri ve sağlık klinikleri, köy sağlık klinikleri ve kasaba sağlık merkezleri hizmet vermektedir.¹⁴⁸

İkincil sağlık hizmetleri kapsamında, ilçe ve kazalarda bulunan hastane ve klinikler hizmet vermektedir. Bu kapsamda acil servis, ayakta tedavi ve yatarak tedavi hizmetleri sunulmaktadır. İkincil sağlık hizmetleri sunan tesislerin bir kısmında birincil sağlık hizmet kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetleri de sunulmaktadır.¹⁴⁹

Üçüncül sağlık hizmetleri kapsamında ise; bölge ve şehir düzeyindeki hastaneler hizmet vermektedir. Bu kapsamda ihtisas birimleri hizmet vermekte, yatarak tedavi ve acil müdahale hizmetleri sunulmaktadır.

Çin Halk Cumhuriyeti'nde bu üç sağlık hizmet sistemleri arasında sevk zinciri uygulaması zorunlu değildir. Vatandaş sevk zincirine uymadan istediği sağlık kuruluşundan hizmet alabilmektedir.

2.7. TÜRKİYE GENEL SAĞLIK SİGORTASI HİZMET SİSTEMİ

Türk hukuk sisteminde, sosyal güvenliğin temel hak olduğu 1961 Anayasası ve 1982 Anayasasında düzenlenmiştir. Sosyal güvenlik alanında 1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal sigortalar kanunu, iş sözleşmesi ile çalışan kişileri düzenleme altına almış, 1971 tarihinde yürürlüğe giren 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, bağımsız çalışanları düzenleme altına alınmıştır. 1983 yılında ise 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigorta Kanunu ile tarım alanında iş sözleşmesiyle ve süreksiz olarak çalışanları kapsamına almıştır.¹⁵⁰

Türk Sosyal Güvenlik hukukunda reform olarak da bilinen 5510 sayılı kanun ile ilgili çalışmalar ise 2004 Temmuz ayında başlamış ve 2006 yılında kabul edilip 2008 yılında yürürlüğe girmiştir. 5510 sayılı kanun Sosyal Güvenlik Kurumu, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı tek çatı

¹⁴⁸ A.Erdal Sargutan, Çin Sağlık Sistemi, s.746

¹⁴⁹ Sargutan, a.g.e., s.746

¹⁵⁰ Uşan, a.g.e. s.38.

altında toplanmıştır. Kanun, hizmet akdi ile çalışanları, bağımsız çalışanları ve memurları da tek bir yasal düzenleme altında toplamıştır. Sosyal Güvenlik Reformunun en önemli kısmını ise genel sağlık sigortası oluşturmaktadır. 5510 sayılı kanun çerçevesinde genel olarak sağlanan sağlık hizmetlerini; diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sunmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hizmet sunan kuruluşlar: Kamu idarelerine bağlı kurum hekimlikleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, verem savaş dispanserleri, toplum sağlığı merkezi ile aile hekimleri, TSK'nın birinci basamak sağlık üniteleri, 112 acil sağlık hizmet birimi ve üniversitelerin mediko-sosyal (koruyucu sağlık hizmetleri) birimlerinden oluşmakta olup bu kapsamda ki verilen hizmetler: Ev, muayenehane, sağlık ocakları, klinikler, ana ve çocuk sağlığı merkezlerinde sunulmaktadır. Türkiye'de, birinci basamak sağlık hizmetlerinde en etkin rol aile hekimlerindir. Türkiye'de her bireyin bağlı olduğu bir aile hekimi vardır, aile hekimlerinin görevi daha çok, kişinin hastalanmadan önceki koruyucu sağlık hizmetlerine ve birinci basamak tedavi hizmetiyle hastalığı giderilebilecek kişilerin tedavi hizmetlerini sunmaktadır.¹⁵¹

İkinci basamak sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar: 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 Hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, kamu kurumu hastaneleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi olup, bu basamakta, birinci basamakta tedavi olamayan ya da direk ikinci basamakta tedavi olması gereken kişilere tedavi hizmeti sunulmaktadır.¹⁵²

Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar ise: Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bunlara bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Bezmi Alem, Valide Sultan, Vakıf Gureba Eğitim Hastaneleri ile eğitim ve araştırma hasta-

¹⁵¹ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e. s.982-983.

¹⁵² Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e. s.983.

taneleri, TSK'ya bağı Tıp Fakültesi Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi'dir. Bu hizmet basamağında büyük ölçüce uzmanlığa dayalı bir tedavi veya bakım gerektiren hastalıklara yönelik tedavi hizmeti sunulmaktadır.¹⁵³

Türkiye'de belirtmiş olduğumuz hizmet basamakları arasında, uygulamada olmasa da kanun ve yönetmelik gereği sevk zinciri zorunludur. Kanun gereği ilk önce, birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer alan aile hekimine başvurulması zorunlu tutulmuştur. Ancak şuan için, sevk zinciri uygulamaya geçmediği için, aile hekimine başvurulmadan gidilen bir üst basamak sağlık hizmet kuruluşuna başvurulması durumunda, katkı payı Çin Halk Cumhuriyeti'nde olduğu gibi biraz daha fazla ödenmektedir.

Sevk zinciri ve hizmet basamaklarının uygulanması açısından, dünya ülkeleri ile kıyaslama yaptığımızda, uygulamaların genel itibariyle benzer olduğu görülmektedir. Aradaki fark, Türkiye'de sevk zinciri uygulamasının kanun ve yönetmelik gereği zorunlu olduğu halde, uygulama da sevk zinciri zorunluluğunun bulunmamasıdır.

Gelişmiş ülkelerden ve sosyal güvenlik konusunda Bismarck modeliyle dünyaya örnek olan Almanya'da sevk zinciri uygulaması düzenlenmiş ve uygulamaya da geçilmiştir. Sevk zinciri kuralına uyulmamanın yaptırımı düzenlenmiştir. Ancak Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilen hizmet ile Türkiye'de birinci basamak sağlık sunucularında verilen hizmet aynı değildir.

Almanya'da birincil sağlık hizmetlerinde, uzman hekim, sosyal çalışmacı, diş hekimi, psikolog, sağlık mühendisi, dezenfeksiyoncular, röntgen ve laboratuvar asistanı görev yapmaktadır. Türkiye açısından birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan personeli değerlendirdiğimizde, sadece aile hekimi ve aile hekimliğinde görevli personellerin görevli olduğu görülmektedir. Bu yüzden Almanya'da sağlık sisteminin etkili bir şekilde işleyebilmesi için sevk zinciri uygulamasının katı bir şekilde işlediğinden söz edilebilir, çünkü sevk işlemleri birinci basamakta hizmet sunan hizmet sunucuları tarafından yapılmaktadır. Almanya'ya baktığımızda birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ortalama sağlık hizmetlerinin hepsinin sunulduğu görülmektedir.

¹⁵³ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e. s.983.

İngiltere, genel sağlık sigortası konusunda ikinci dünya ülkesidir. İngiltere’de de sağlık hizmetleri basamaklandırılmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmanın koşulu olarak sevk zincirine uyulma zorunluluğu uygulanmaktadır.

İncelediğimiz diğer dünya ülkelerine de baktığımızda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilen hizmetlerin kapsamlı olduğu görülmektedir. Ancak Almanya ve İngiltere dışında ki dünya ülkelerine baktığımızda, sevk zincirinin uygulandığını söylemek zordur.

SEVK ZİNCİRİ VE HİZMET BASAMAKLARI SİSTEMİ UYGULAMALARI				
SEVK ZİNCİRİ				HİZMET BASAMAK SİSTEMİ
	KANUNEN	UYGULAMA DA	YAPTIRIMI	
ALMANYA	Var	Var	Hizmet Bedelinin Ödenmemesi	Var
İNGİLTERE	Var	Var	Hizmet Bedelinin Ödenmemesi	Var
FRANSA	Yok	Yok	Yok	Var
ABD	Var	Yok	Yok	Yok
İSVEÇ	Yok	Yok	Farklılaştırılmış Katkı Payı	Var
JAPONYA	Yok	Yok	Yok	Var
ÇİN HALK CUMHURİYETİ	Yok	Yok	Yok	Var
TÜRKİYE	Var	Yok	Farklılaştırılmış Katkı Payı	Var

3. HİZMET BASAMAKLARI

Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda usul kanunun 70. maddesi¹⁵⁴ ve yönetmeliğin 25. maddesi¹⁵⁵ ile düzenlenmiştir. Düzenleme sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda belirli bir sıranın takip edilmesi gerektiğine hükmetmiş ve uyulmaması konusunda yaptırımına dikkat çekmiştir.

5510 sayılı kanunun 70. maddesi ve Genel Sağlık Sigortası uygulama yönetmeliğinin, 25. maddesi hizmet basamakları ve sevk zincirine uymamanın yaptırımını düzenlemiştir.

Hizmet basamakları, kanun ve yönetmelik tarafından, birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak belirlenmiştir. Biz bu basamakları resmi sağlık kuruluşları, özel sağlık kuruluşları ve basamaklandırılmayan sağlık kuruluşları açısından ayrı ayrı inceleyeceğiz.

3.1. Resmi Sağlık Kuruluşları: Bu kuruluşlar, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olup Kuruluşu devlet tarafından yapılan ve görevlilerinin devlet tarafından kamu hizmeti verilmek üzere atanan kişilerden oluşan kamu idareleridir.

3.1.1. Birinci basamak resmi sağlık kuruluşları ve hizmetleri: Bu basamaktaki sağlık hizmet kuruluşları; kamu idarelerine bağlı, kurum hekimlikleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, verem savaş dispanserleri, toplum sağlığı merkezi ile aile hekimleri, TSK'nın birinci basamak sağlık üniteleri, 112 acil sağlık hizmet birimi ve üniversitelerin mediko-sosyal (koruyucu sağlık hizmetleri) birimlerinden oluşmaktadır.¹⁵⁶

Birinci basamak sağlık hizmeti, toplumun ihtiyaçlarını daha iyi karşılamak, eşitlikçi bir hizmet sunumu, sağlık hizmetlerinde kullanılan maliyetin azaltılması yö-

¹⁵⁴ Refik Korkusuz, Suat Uğur, Sosyal Güvenlik Hukuku'na Giriş, 2.Baskı, Ekin Yayıncılık, Bursa-2010, s.336.

¹⁵⁵ GSS Uygulama Yönetmeliği, m.25.

¹⁵⁶ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.535.

nünden oldukça önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetinin en önemli bileşeninin ise aile hekimliği olduğunu söylemek mümkündür.

Ülkemiz açısından birinci basamak sağlık hizmetini değerlendirdiğimizde, diğer Avrupa ülkelerine göre yapısal özellik ve uygulama bakımından yeterli düzeyde olduğunu söylemek mümkün değildir. Örneğin İngiltere’de, aile hekimliği ayrı bir uzmanlık olarak tanınarak, 1965 yılında uygulanmaya başlanılmışken, Türkiye’de aile hekimliği uygulaması tam anlamıyla 2010 yılında uygulanmaya başlanılmıştır. Aile hekimliği ile ilgili ülkemizde pilot uygulama, 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Çıkan Kanun’dan sonra 2005 yılında Düzce ilimizde uygulanmaya başlamıştır. Aile hekimliği pilot uygulama hakkında kanun ve bazı kamu sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesine dair 5233 sayılı kanun Genel Sağlık Sigortası sistemine geçişi kolaylaştıran kanunlardır.¹⁵⁷ Aile Hekimliği pilot uygulama hakkında kanunun birinci maddesi, kanunun amacını, Sağlık Bakanlığı’nın pilot olarak belirleyeceği illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesini, kişisel kayıtların tutulmasını, hizmete eşit erişimin sağlanması gerektiğini, aile hekimliği yürütecek sağlık personelinin statüsünü, mali haklarını düzenlemiştir. Aile sağlığı hizmetinin esaslarının düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Kanun’un ikinci maddesi, aile hekiminin tanımını yapmıştır.¹⁵⁸

Türkiye’deki aile hekimliği uygulamalarını, Avrupa ülkeleri ile karşılaştırdığımızda, önemli bir sağlık hizmet basamağı olan birinci basamak sağlık hizmetinin temel bileşeni olan aile hekimliği uygulanmasına oldukça geç bir sürede başlanılmıştır.

Ülkemizde aile hekimine düşen kişi sayısı 3 bin 500 kişi iken, İngiltere’de nüfus ve hekim sayısına baktığımızda, aile hekimine düşen kişi sayısı yaklaşık olarak 1558 kişi olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip olan aile hekimi sayısının artırılarak daha fazla işlevsellik kazandırılması gerektiği ortadadır.

Türkiye’de sağlık ile ilgili çalışmalar, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başla-

¹⁵⁷ Mehmet Akman, Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü, <http://www.turkailehekderg.org/makaleler/durum-raporu/turkiyede-birinci-basamagin-gucu/>, Erişim Tarihi, 01.04.2018.

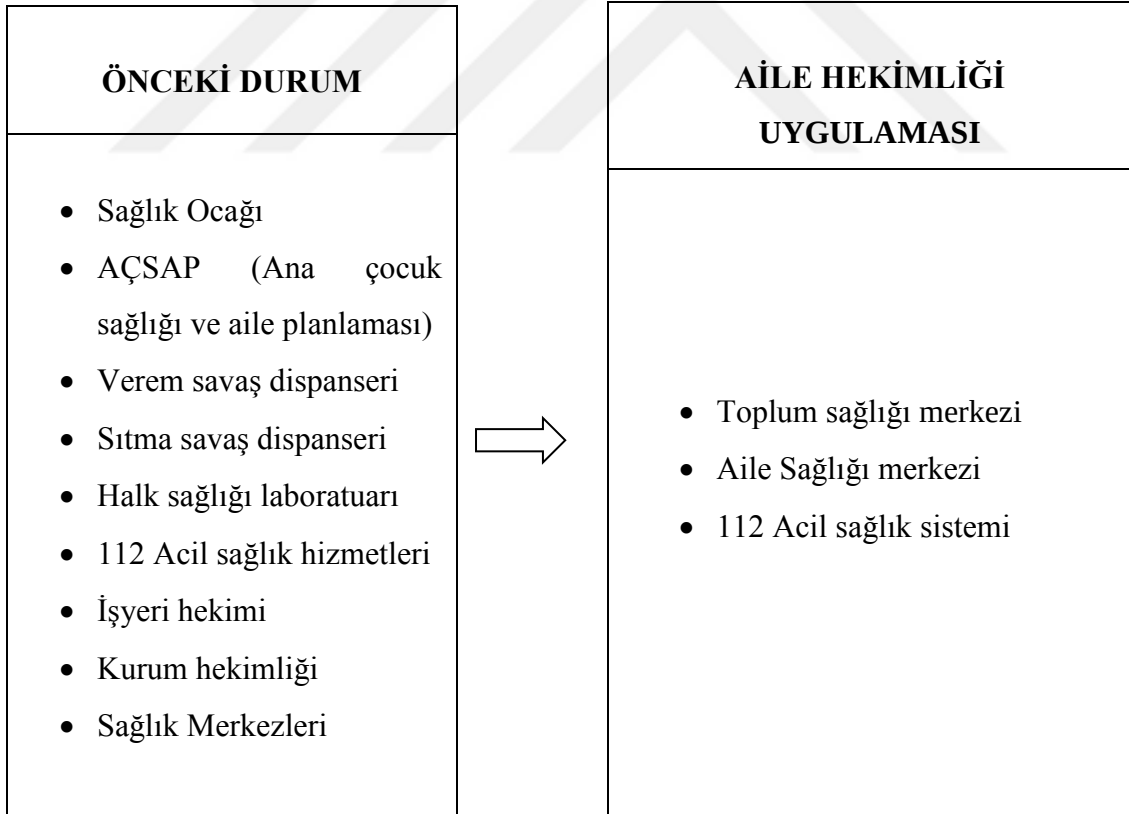
¹⁵⁸ 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu, m.1, m.2.

miş ve sağlık hizmetlerinin değişikliğe uğrayarak, gelişme gösterdiği söylenebilir. Sağlıkta dönüşüm programı ile son 12-13 yıldır yapılan reformlara rağmen şu anki şartların ve yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir.

Sağlıkta Dönüşüm programının 3 hedefi vardır, bunların birincisi: Genel sağlık sigortasının uygulanması, ikincisi: Aile hekimliği uygulamasının arttırıp, tmlkede uygulanmasının sağlayarak topluma yönelik sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi,ncs ise: Hastanelerin yönetimsel ve finansal açıdan otonomiye kavuşturulmasıdır.

Saymış olduğumuz amaçlara yönelik olarak, 2006 yılında Sosyal güvenlik kurumu kurulmuş, 2010 yılı itibariyle tümü Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiş, otonomiye sağlamak amacıyla 2012 yılında ise Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmuştur.

Aile hekimliği ile ilgili eski ve yeni sistemi inceleyecek olursak;¹⁵⁹



¹⁵⁹ Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Ankara-2010, s.602.

Tabloyu incelediğimizde resmi sağlık kuruluşlarınca, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, sağlıkta dönüşüm programı ile yeniden belirlenmiştir. Bu kapsamda daha önce solda ki tabloda yer alan kuruluşların işlevini yerine getirmek üzere birinci basamak sağlık hizmeti sunmak üzere sağda ki tablo da yer alan üç tane kurum kurulmuştur. Bunlar; Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleridir.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, sağlıkta dönüşüm programı sonucunda birinci basamak sağlık hizmetinde hizmet sunan kuruluşlar değişmiş ve yeniden belirlenmiştir. Yeni belirlemeler sonucunda, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri kurulmuştur. Sıtma savaş, verem savaş, aile planlaması, ana çocuk sağlığı, toplum sağlığı çatısı altında toplanmıştır.¹⁶⁰

Aile sağlığı merkezleri vatandaşa, koruyucu ve tedavi edici hizmetler sunan, aile hekimi ve yeteri kadar personelden oluşan kuruluşlardır.

112 Acil Sağlık Hizmeti, hastaneye taşıma, hastaneler arası taşıma görevini üstlenen, acil tıbbi müdahale gereksinimi olan durumlarda acil müdahalede bulunan, merkeze bağlı ambulans ve sağlık personelinin oluşan birinci basamak sağlık hizmet kuruluşudur.

Toplum sağlığı merkezleri, birinci basamak sağlık hizmetleri olup, hastaların kontrolü, gerekli olması durumunda adli tıp hizmetleri, çevre sağlığı, okul sağlığı, acil sağlık hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği, sağlık eğitimi, laboratuvar hizmetleri gibi hizmetleri sunan, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden vatandaşın en iyi şekilde faydalanabilmesi için gerekli planlamaları yapan, sağlık hizmet kuruluşlarıdır. Toplum sağlığı merkezleri, sorumluluk bölgelerinde yaşayan vatandaşın sağlık düzeyini yükseltici çalışmaları yapar, vatandaşın mevcut sağlık düzeyini korur ve iyileştirici tedbirleri alır ve ilgili birimlerle işbirliği içerisinde faaliyetini yürütür. Toplum sağlığı merkezleri, hizmetlerini yürütürken, bazı sağlık hizmetlerini kendisi sunabileceği gibi, bazı sağlık hizmetlerini de diğer sağlık kuruluşları ile koordineli olarak sunabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli, etkin, güvenli bir şekilde, süreklilik arz edecek şekilde sürdürülmesi, yeterli önemin verilmesi, yeterli finans-

¹⁶⁰ Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, a.g.e., s.602.

manın sağlanması büyük bir gerekliliktir. Ülkemiz açısından birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaların adımları 2004 yılında atılmaya başlanmış, sağlıkta dönüşüm programı ile de büyük bir yol kat edildiği söylenilebilir. Ancak, hekime müracaat eden hasta sayısı da 2004 yılı ile 2018 yılı arasında yüksek oranda farklılık göstermektedir.

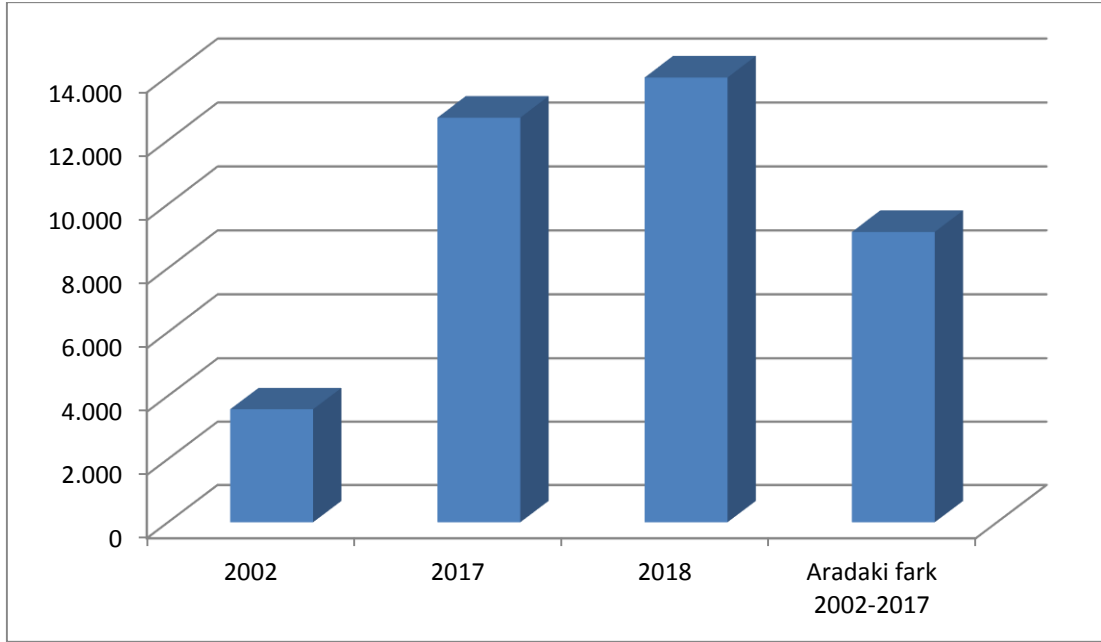
Ülkemizdeki duruma batılıımızda, daha önce de belirttiğimiz gibi, son 12-13 yıldır çalışmalar olmasına rağmen birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Çünkü yeterlilik sadece hekim sayısının artması ya da ayrılan bütçenin biraz daha arttırılması değil, yukarıda değinildiğimiz gibi, hekime müracaat eden hasta sayısının ihtiyaçlarının karşılayabilmektir önemli olan. İhtiyaçlara yeterince cevap verilemediğinden özellikle güneydoğuda birçok hastalık baş göstermiş, hastalanan kişi sayısı ve çocuk düşük sayısı da artmıştır.

Avrupa standartlarına göre 1500-2000 kişiye bir aile hekimi düşmesi gerekirken, ülkemizde 1 aile hekimine 3500 kişi düşmektedir. Ülkemizde 40 binin üzerinde olması gereken aile hekimi sayısı şuan da yaklaşık 22 bin civarındadır. Sayısal verilere baktığımızda yarı yarıya eksiklik olduğu görülmektedir. Bu sayısal verilere baktığımızda bir hastaya yeteri kadar zaman ayrılamayacak ya da hastalar zamanında muayene edilemeyecek ve birinci basamak sağlık hizmetinin etkinliğinden söz edilemeyecektir. Halbuki, erken teşhis ve tedavinin yani birinci basamak sağlık hizmetinin verimli ve etkin bir şekilde uygulanmasının sağlanarak, hastalığın başlaması ve mevcut hastalığın ilerlemesinin engelleneceği gibi sunulan sağlık hizmetinin maliyeti de daha etkin şekilde kullanılmış olacaktır.

3.1.1.1. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Bütçe, Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla İçindeki Yeri: Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan bütçeye baktığımızda, oranın 2006 yılında yüzde 0,2 olduğu, 2009 yılında ise bu oranın, Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki yerinin yüzde 6,3 olduğu görülmektedir.¹⁶¹ Bu dönem, aile hekimliklerin ilk uygulanmaya başladığı ve artış gösterdiği dönemdir. Korutucu ve temel sağlık hizmetleri için ayrılan miktara

¹⁶¹ Mehmet Akman, Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü, <http://www.turkailehekderg.org/makaleler/> durum-raporu/turkiyede-birinci-basamagin-gucu/, Erişim Tarihi, 03.04.2018.

baktığımızda harcamanın bir hayli arttığı görülmektedir. Belirtmiş olduğumuz aralıkta, yapılan baktığımızda 2002 yılında 3.575 milyon TL ayrılmışken, 2017 yılında ayrılan miktar 12.706 milyon TL'ye ulaştığı görülmektedir. Sürece baktığımızda yapılan harcama 9.131 milyon TL yani 3,5 kat artış göstermiştir. 2018 yılında ise ayrılan miktar 13.962 milyon TL'ye ulaşmıştır. 2002 yılından 2018 yılına kadar ki on altı yıllık sürece baktığımızda, birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin giderek arttığı ve arada büyük farkın olduğu görülmektedir. Ayrılan bütçe ye bakılarak da, birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin arttığı görülmektedir.¹⁶²



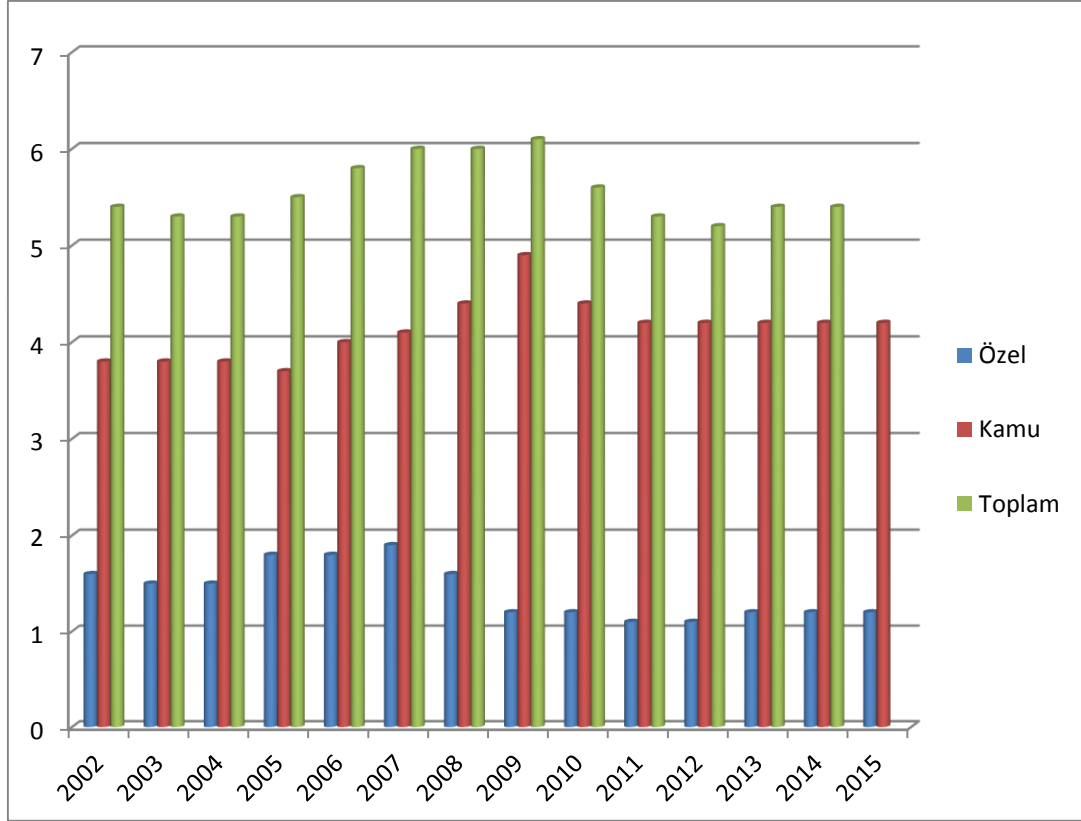
Grafik 1

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile geliştiğinin ve ayrılan bütçenin 2002 yılından bu yana artış gösterdiği açıksa da, geride değinildiği üzere, diğer dünya ülkelerine nazaran da bu bütçenin yeterli olduğu söylenemez.

Toplam sağlık harcamalarına baktığımızda ise harcamaların Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya oranı; 2002 yılında kamu sağlık hizmetleri için yüzde 3,8, özel sağ-

¹⁶² Demircan, a.g.e. s.32.

lık hizmetleri için yüzde 1.6 olmak üzere toplam da yüzde yüzde 5.4 iken, 2015 yılında bu oran, kamu sağlık hizmetlerin GSYİ'ye oranı yüzde 4.2 ye yükselmiş ve özel sağlık hizmetlerinin GSYİ'ye oranı 1.2'ye gerileyerek yine toplamda yüzde 5.4'lük yerini korumuştur.¹⁶³



Grafik 2¹⁶⁴

Grafik 1 ve Grafik 2 incelendiğinde 2002 yılından beri birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin her geçen yıl arttığı, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin de, Gayri Safi Milli Hasıla¹⁶⁵ içindeki değerinin kamu sağlık hizmetleri açısından arttığı görülmektedir.

¹⁶³ Demircan, a.g.e., s.24.

¹⁶⁴ Grafik 2'deki veriler, 2015 yılında, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan araştırmalar sonucunda elde edilmiştir.

¹⁶⁵ Gayri Safi Yurtiçi Hasıla; belli bir dönem içinde, bir ülkenin ulusal sınırları içerisinde ister o ülke ekonomik birimleri olsun isterse yabancılar tarafından üretilmiş olsun, üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin **para birimi cinsinden değeri** şeklinde ifade edilir.

3.1.1.2. Aile Hekimliği Uygulamaları: Aile hekimliği uygulamaları, 2005 yılında başlamış ve 2010 yılına gelindiğinde ülkenin tamamında uygulamaya başlanılmıştır. Aile sağlığı merkezlerinin çalışma, usul ve esasları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile düzenlenmiştir. Yönetmeliğin amaçlarından bir tanesi birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu kapsamda verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaktır. 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 belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri ifade etmektedir. Aile hekimlikleri, bir aile hekimi ile en az bir personelden oluşmaktadır. Aile hekimi faaliyetleri genel itibariyle, Aile Sağlığı Merkezlerinde (eski adıyla sağlık ocağı) yürütülmektedir. Aile Sağlığı Merkezi; Bir veya daha fazla aile hekimi ile birlikte aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşlarıdır. Aile sağlığı merkezini yönetmek, aile sağlığı merkezi personelini denetlemek, hizmet içi eğitimleri sağlamak ve sağlık hizmetlerini yürütmek, aile hekiminin görevleridir. Aile hekimi, kendisinin sorumlu olduğu kişilere yönelik, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, diğer aile sağlığı merkezi personeli ile birlikte sunmaktadır. Yine, sağlık hizmet planlaması ile ilgili, toplum sağlığı ile işbirliğini aile hekimi sağlamaktadır.¹⁶⁶

Aile sağlığı merkezleri kapsamında vatandaşa verilen hizmetler; Hasta muayenesi, Anne Sütü Hakkında Bilgilendirme, Hasta Sevk İşlemleri, Tek Hekim Sağlık Raporu Verilmesi, Enjeksiyon-Pansuman, Çeşitli Laboratuvar Tetkikleri, Acil Sağlık Hizmetleri, Gebe – Lohusa – Sağlam – Çocuk Takipleri, Periyodik sağlık muayenesi, Aşılama Hizmetleri, Aile Planlaması, Küçük Cerrahi Müdahaleler, Hasta Hakları Başvurularını Değerlendirme, Organ Bağış bilgisi, ilk değerlendirmenin yapılması için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçilmesi, Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmeti verilmesi, Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağ-

¹⁶⁶ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, m.1, m.4.

lığı ve üreme sağlığı hizmetlerinin verilmesi, evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici ya da yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, yaş ve cinsiyete göre kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yeni doğan bebek, çocuk sağlığı, ergen, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri taramaların yapılması, aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaların sevk işlemlerinin yapılması, sevk edilen hastalarla ilgili geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerinin değerlendirmesini yaparak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ile ilgili faaliyetleri yürütmek, gereken durumlar da hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavi hizmetlerini sunmak olarak sayılabilir.¹⁶⁷

Aile sağlığı merkezleri tarafından verilen laboratuvar hizmetleri kapsamında: Biyokimya, eliza-hormon ve idrar tetkikleri, hematoloji tetkiki yapılmaktadır. Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında: Hap, kondom dağıtımı, emzirme danışmanlığı, beslenme danışmanlığı, doğum öncesi ve sonrası danışmanlık, gebelik danışmanlığı ve beslenme, lohusa bakım ve izlem hizmetleri verilmektedir.

Aile hekimliği ile ilgili pilot uygulama ilk olarak 2005 yılında başlamış olup, bu yıllarda, aile sağlığı merkezleri bulunmayıp, sağlık ocakları mevcuttu, ancak 2007 yılından itibaren aile sağlığı merkezleri kurulmaya başlamış ve 2007 yılında 943 tane aile sağlığı merkezi kurulmuş aynı zamanda sağlık ocakları da 2010 yılına kadar sayısı azalarak faaliyetine devam etmiştir.¹⁶⁸ Aile sağlığı merkezi sayısı 2007 yılından itibaren artış göstererek, bu sayı 2008 yılında 1.765'e, 2009 yılında 2.086'ya, 2010 yılında 6.367'ye, 2011 yılında 6.520'ye yükselmiş olup, şuan ki mevcut aile sağlığı merkezi sayısı ise 7.756'dır. 2010 yılında ki ani artışın sebebi, bu yıl da tamamen aile hekimliği uygulamasına geçerek, tüm sağlık ocaklarının aile hekimliğine dönüştürülmesinden kaynaklıdır.¹⁶⁹ 2010 yılından bu güne kadar artışa

¹⁶⁷ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, m.4.

¹⁶⁸ Salih Mollahaliloğlu, Berrak Bora Başara, Zehra Eryılmaz, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010 Ankara-2011 s.67.

¹⁶⁹ Berrak Bora Başara, Cemil Güler, Gökalep Kadri Yentür, Birsan Birge, Erman Pulgat, Burcu Mamak İkinci Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara-2013 s.80.

baktığımızda 8 yılda sadece 1.391 olduğu görülmektedir. 8 yıllık süreye ve SDP kapsamında aile sağlığı merkezi ile ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde aile sağlığı merkezi sayısındaki artışın yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. 2005-2006 yıllarını değerlendirdiğimizde bu beş binin üzerinde bir sayının sağlık ocağı olduğu düşünüldüğünde, aile sağlığı merkezlerine gereken önemin verilmediği ortadadır. Halbuki, yukarıda birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerektiğini ve bunu sebeplerini ayrıntılı bir şekilde açıkladık, hastalıkların başlamaması, var olan hastalığın ilerlememesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde işlemesi açısından, aile sağlığı merkezlerine gereken önem verilmeli, gereken sayı ve donanımda aile sağlığı merkezi sayısı arttırılmalıdır.

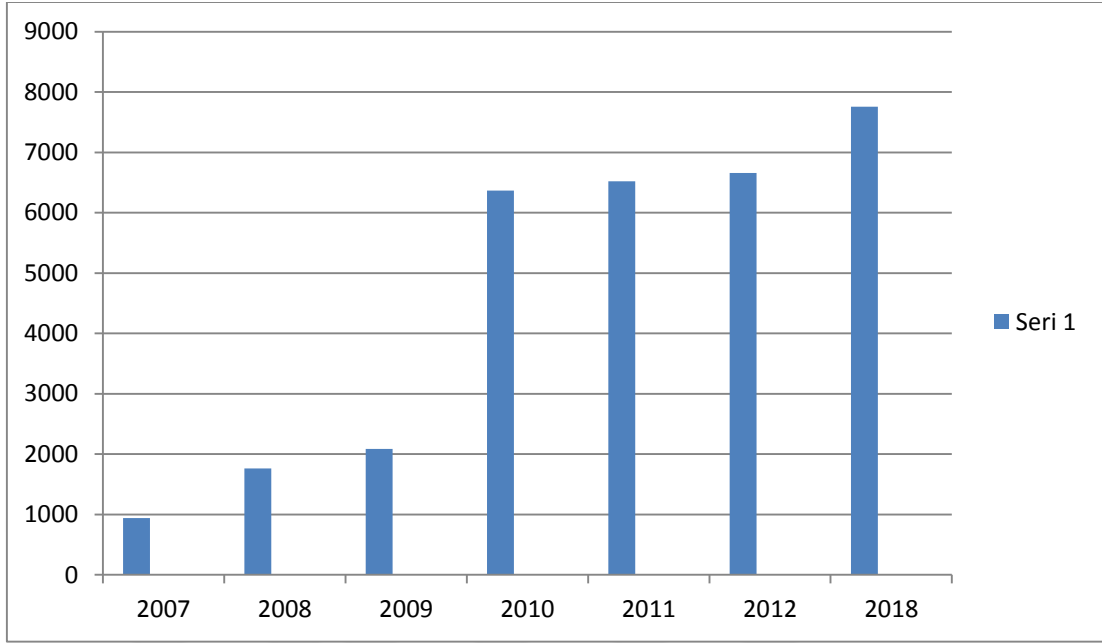
Aile hekimliğinin uygulamalarına yönetmelik çerçevesinde değinecek olursak; Aile hekimine kişilerin kaydı yapılır, her aile hekimine en az 1000, en fazla 4000 kişi kayıt yaptırabilir. Kişinin altı aydan fazla yurt dışına çıktığının tespiti halinde aile hekiminden kaydı silinir. Kişinin tekrar yurda dönmesi halinde ise kaydı tekrar yenilenir. Aile hekimi hizmetleri ücretsiz verilmektedir. Aile hekiminden sevk almadan ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuranlardan katkı payı alınmaktadır.

Aile hekimliği yönetmeliğine göre, Sağlık Bakanlığı'nca, uygun görülen yerlere aile sağlığı merkezleri kurulabilir. Aile sağlığı merkezleri, bir ya da daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu ifade eder. Yönetmeliğe göre aile hekimleri de kurum tarafından öngörülen nüfus kriterleri göz önünde sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından aile sağlığı merkezi açılabilir. Aile sağlığı merkezlerindeki, her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır.¹⁷⁰

Ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memurları ile kendi talepleri be Sağlık Bakanlığı'nın veya ilgili kurumlarının onayı ile kadro pozisyonunun görev yapmak istediği aile hekimliği biriminin bulunduğu ilde olması şartıyla sözleşme imzalanır.¹⁷¹

¹⁷⁰ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, m.16.

¹⁷¹ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, m.16.



GRAFİK 3 Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Sayısı ¹⁷²

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi sayısını değerlendirdiğimizde; Ülkemizde 40 bin olarak hedeflenen aile hekimi sayısı şuan da yaklaşık 22 bin civarında sayısal verilere baktığımızda yarı yarıya eksiklik olduğu görülmektedir.¹⁷³ Olması gereken Aile hekimi sayısına baktığımızda; Ülkemizde bir hekime 3500 kişi düşmektedir, gelişmiş dünya ülkelerine baktığımızda ise bu sayı 1000-1500 civarında olduğu görülmektedir. Bu durumda gelişmiş dünya ülkeleri ile örneğin Fransa ile kıyasladığımızda ülkemizde olması gereken aile hekimi sayısı 53 bin iken, yaklaşık 31 bin civarında aile hekimi eksikimiz bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezi sayısından ziyade, aile hekimi sayısının nüfusa göre yeterli sayıya ulaşması gerekmektedir. Ancak hem toplam sayıya, hem de il bazında mevcut ve olması gereken aile hekimi sayısı değerlendirildiğinde, aile hekimi sayısının yeterli olmadığı görülmektedir. Aile hekimi sayısının 40 bine çıkarılması hedeflense de bu sayının bile yeterli olacağını söylemek zordur.

¹⁷²Başaran, Güler, Yentür, Birge, Pulgat, Ekinci a.g.e., s.80.

¹⁷³Aile Hekimi Sayısı 30.000'e Çıkacak, https://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-bakani-muezzinoglu_-aile-hekimi-sayisi-30-bine-cikacak-51365.htm, E.T., 17.05.2018.

Aile hekimi sayısı eksikliğini 2014 yılında yapılan istatistiğe göre il bazında inceleyecek olursak:¹⁷⁴

İL	MEV CUT	İHTİ YAÇ	FARK	İL	MEVCUT	İHTİYAÇ	FAR K
Adana	595	896	301	Bitlis	79	49	30
Adıyaman	166	148	18	Bolu	79	84	5
Afyon	193	235	42	Burdur	78	94	16
Ağrı	142	65	77	Bursa	720	922	202
Aksaray	108	127	19	Çanakkale	131	198	67
Amasya	94	113	19	Çankırı	50	49	1
Ankara	1260	1441	181	Çorum	164	154	10
Antalya	552	747	195	Denizli	269	417	148
Ardahan	30	19	11	Diyarbakır	405	384	21
Artvin	50	35	15	Düzce	91	116	25
Aydın	283	336	53	Edirne	104	148	44
Balıkesir	321	404	83	Elazığ	163	121	42
Bartın	59	76	17	Erzincan	68	56	12
Batman	136	99	37	Erzurum	232	156	76
Bayburt	24	18	6	Eskişehir	216	237	21
Bilecik	59	56	3	Gaziantep	452	575	123
Bingöl	65	37	28	Giresun	119	137	18

¹⁷⁴ Hangi İlde Kaç Aile Hekimi Açığı Var, <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-hangi-ilde-kac-aile-hekimi-acigi-var-11-681-59812.html>, Erişim Tarihi, 05.04.2018.

İL	MEVCUT	İHTİYAÇ	FARK	İL	MEVCUT	İHTİYAÇ	FARK
Gümüşhane	41	35	6	Manisa	385	408	23
Hakkari	50	13	37	Mardin	192	153	39
Hatay	391	542	151	Mersin	447	655	208
Iğdır	52	44	8	Muğla	235	351	116
Isparta	126	138	12	Muş	104	52	52
İstanbul	3447	4092	645	Nevşehir	85	111	26
İzmir	1130	1548	418	Niğde	99	116	17
Kahramanmaraş	288	278	10	Ordu	184	222	38
Karabük	66	79	13	Osmaniye	140	152	12
Karaman	73	76	3	Rize	92	111	19
Kars	75	54	21	Sakarya	244	264	20
Kastamonu	99	99	0	Samsun	354	419	65
Kayseri	359	370	11	Siirt	75	46	29
Kilis	34	47	13	Sinop	58	72	14
Kırıkkale	83	94	11	Sivas	168	181	13
Kırklareli	94	130	36	Şanlıurfa	452	335	117
Kırşehir	65	54	11	Şırnak	105	57	48
Kocaeli	422	567	145	Tekirdağ	222	311	89
Konya	561	663	102	Tokat	166	165	1
Kütahya	168	214	46	Trabzon	218	276	58
Malatya	203	179	24	Tunceli	24	11	13

İL	MEVCUT	İHTİYAÇ	FAR K	İL	MEVC UT	İHTİYA Ç	FAR K
Uşak	104	119	15	Yalova	54	85	31
Van	236	131	105	Yozgat	128	107	21
Zongul dak	172			107		65	

Tabloyu incelediğimizde aile hekimi sayısının bazı illerde yetersiz olduğu, bazı illerde ise, sayının yeterinden fazla olduğu görülmektedir. Özellikle İstanbul İzmir gibi nüfusun yoğun olduğu illerde, aile hekimi açığı sayısının daha fazla olduğu görülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli yerine sahip aile hekimleri kendilerine yapılan başvuruların çoğunluğunun problemini üst basamak sağlık hizmetine gerek kalmadan kesin çözüm getirebilmektedir, dolayısıyla bu sistemin etkili işleyebilmesi için:¹⁷⁵

- Birinci basamak sağlık hizmetine verilen önemin artırılması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin artırılması,
- Aile sağlığı merkezi sayısının yeterli sayıya ulaştırılması,
- Aile sağlığı merkezlerinin yeterli sağlık hizmeti verebilecek donanıma sahip olması,
- Aile hekimi sayısının artırılması,
- Aile sağlığı merkezinde çalışan personel sayısını yeterli sayıya ulaştırılması,
- Aile hekimi sayısını illerin nüfusuna orantılı bir şekilde dağılımının yapılması,
- Hekim Sayısı artışının, geçmiş yıllarda ki hekim sayısı kıyaslanarak değil, hekime müracaat eden hasta sayısı göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

Mevcut aile hekimi sayısını tablo üzerinden incelediğimizde, bazı illerde gerekenden fazla sayıda, bazı illerde ise, olması gerekenden daha az sayıda aile heki-

¹⁷⁵ Yasemin Kantarcı, Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerindeki Etkisi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Ocak-2015 s.6.

mi olduğu gör÷lmektedir, mevcut olan aile hekimi sayıları göz önünde bulundurularak dahi, aile hekimi sayısı fazla olan illerden aile hekimi sayısı az olan illere nüfus ve hekime müracaat eden kişi sayısı göz önünde bulundurularak bu illere aile hekimi görevlendirilme yapıp, birinci basamak sağlık hizmetinin daha etkin biçimde sunulmasına katkı sağlanılabilir.

3.1.1.3. 112 Acil Sağlık Hizmetleri: 112 Acil Sağlık Hizmeti, hastaneye taşıma, hastaneler arası taşıma görevini üstlenen, acil tıbbi müdahale gereksinimi olan durumlarda acil müdahalede bulunan, merkeze bağlı ambulans ve sağlık personelinin oluşun birinci basamak sağlık hizmet kuruluşudur.

112 Acil sağlık hizmetlerinin temel hedefi, acil müdahale ihtiyacı olan durumlarda, (trafik kazası, acil müdahale gerektiren hastalıklar vb.) hastaya vakit kaybetmeden gerekli müdahaleyi yapmaktır. Müdahale ne kadar erken yapılırsa ölüm riski, sakatlanma riski en aza indirileceği gibi, yaralanma ya da rahatsızlanma sonucunda oluşabilecek rahatsızlıkların doğurabileceği bedeni zararlar da en aza indirilecektir.

112 Acil sağlık hizmetlerinin Türkiye geneli koordine ve çalışma esas ve şekilleri 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından düzenlenmektedir. Bu çerçevede, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın bağlı olduğu Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü;¹⁷⁶ Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini ülke genelinde planlar, hizmet birimlerinin nitelik, personel, araç, gereç ve de hizmet standartlarını belirleyerek, il ve bölgeler arası koordinasyona yönelik düzenlemeler yapar, kara, hava ve deniz ambulans hizmetlerinin standartları ile çalışma usul ve esaslarını belirler, ambulans ve acil sağlık araçlarının standartları ile çalışma esaslarını belirler, 112 Acil Sağlık Hizmetleri'ni uluslararası hizmet ve kalite standartlarına uygun şekilde geliştirir, hizmet amacına yönelik mal ve hizmet alımlarını yapar, Acil sağlık hizmetleri konusunda ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yaparak, ortak çalışmalar yürütür, Acil Sağlık Hizmetleri alanında mevzuatı araştırır, geliştirir ve düzenler, Acil Sağlık Hizmetleri alanında faaliyet gösteren, ambulans hizmeti veren özel ya da resmi sağlık kuruluşlarını denetler ya da İl Sağlık

¹⁷⁶ Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, <http://ashgm.saglik.gov.tr/TR,4466/acil-saglik-hizmetleri-daire-baskanligi.html>, Erişim Tarihi, 06/04/2018.

Müdürlüğünce denetlenmesini sağlar, Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon çalışmalarını planlayarak, çalışma usul ve esasları ile standartlarını belirler, koordinasyonunu sağlar.

Acil sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamalar 1980 yılında başlamış olsa da ilk resmi düzenleme 11/10/2011 tarihinde çıkan ve 02/11/2011 tarihinde yürürlüğe giren 663 sayılı sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname ile yapılmıştır. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevleri yukarıda da belirtilmiş olup, görevleri 663 sayılı KHK ile düzenleme altına alınmıştır.¹⁷⁷ Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü:

- Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı,
- İzleme Değerlendirme Daire Başkanlığı,
- İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı,
- Lojistik ve Teknik Hizmetler Daire Başkanlığı,
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı,
- Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı,

Birimlerinden oluşmaktadır.¹⁷⁸

Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı ise: Kara Ambulansları ve İl Ambulans Hizmetleri, Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE), Hava Ambulans Hizmetleri ve Deniz Ambulans Hizmetlerinden oluşmaktadır.

112 Acil sağlık hizmetleri kapsamında, içerisinde: doktor, paramedik ve acil tıp teknisyeni bulunan ambulanslar, hasta ya da yaralıya en kısa sürede müdahale ederek gerekli tıbbi müdahaleyi yapar, gerekirse hastaneye naklini yapar.

Hava ambulansı hizmetleri kapsamında, ambulans helikopter ve ambulans uçak faaliyet göstermektedir. Ambulans helikopter uygulaması ülkemizde 28 Ekim 2008 tarihinde başlamıştır. Ülkemizin coğrafi durumuna göre, kara ambulansının ulaşımının mümkün olmadığı ya da çok acil durumlarda ambulans helikopterler hizmet verilmektedir.¹⁷⁹

¹⁷⁷ Sibel, Düzova, 112 Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelin İş Doyumu Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniv. Ankara-2015 s.8.

¹⁷⁸ 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, m.9.

¹⁷⁹ Demircan, a.g.e., s.74.

Ambulans helikopter şu anda ülkemizde 15 ilde hizmet vermektedir. Bu iller; İstanbul, Ankara, Bursa, Çanakkale, İzmir, Afyon, Antalya, Kayseri, Adana, Diyarbakır, Konya, Van, Trabzon, Erzurum ve Samsun'dur.

Ambulans uçak ile 112 acil sağlık hizmetleri uygulaması, ülkemizde ilk olarak 16 Nisan 2010 tarihinde, iki adet ambulans uçak ile hizmete girmiştir. Ambulans uçaklar yirmi dört saat esasına göre hizmet vermektedir. Ambulans uçaklarda 2 adet yoğun bakım şartlarında hasta nakli yapılabilecek kapasiteye sahiptir.

Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi, gönüllü sağlık personellerinden oluşmaktadır. UMKE ile ilgili çalışmalar ülkemizde 2003 yılında başlamış ve ciddi çalışmalar yapmış, şuanda 81 ilde arazi tipi araç ve medikal ekipmanları ile faaliyetini sürdürmektedir. UMKE ekipleri, ilk başta deprem olmak üzere, doğal afetler sonucu oluşan enkaz içerisine sıkışmış afetzedelerin tedavilerini olay yerinde yapar, böylece oluşabilecek ölüm ve sakatlıkları en aza indirmeye çalışır.

Deniz ambulansı da ülkemizde 2007 yılında¹⁸⁰ yukarıda saymış olduğumuz aynı amaçlarla hizmet vermeye başlamış ve Balıkesir-Marmara, Çanakkale-Gökçeada, İstanbul-Büyükada ve Büyükdere arasında sevk ve idare faaliyetini yürütmeye devam etmektedir.

Saymış olduğumuz araçların dışında, olayın aciliyetine göre, olay yerine hızlı ulaşım bakımından ambulanslar gelinceye kadar, hızlı ulaşım sağlamak amacıyla motosikletli acil sağlık ekipleri görev yapmaktadır.

Görüldüğü zere 112 Acil Sağlık Hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri ve fonksiyonu itibariyle insan hayatında önemli bir yere sahiptir. Dolayısıyla 112 Acil Sağlık Hizmetleri'ne de yeterli önemin verilerek araç-gereç, personel, performans yönünden yeterli düzeye ulaştırılması kaçınılmaz bir gerekliliktir. 112 Acil sağlık hizmetleri alanında gelişmelere baktığımızda geçte olsa önemli adımlar atıldığı görülmektedir. Örneğin 2007 yılında hizmete giren deniz ambulansı, 2008 yılında hizmete giren ambulans helikopter, 2010 yılında hizmete giren ambulans uçak 112 acil sağlık hizmetleri alanında yapılan önemli gelişmeler olup, ilerleyen kısımlarda istatistik kısmında inceleyeceğimiz üzere kara ambulans hizmetlerinde

¹⁸⁰ Demircan, a.g.e., s.73.

kullanılan ambulans sayısı da 2002 yılından bu yana artış sayısı oldukça fazla olduğunu söylemek mümkündür.

YIL	2002	2009	2010	2011	2012	2017	2018
112 Acil Sağlık İstasyonu Sayısı	481	1317	1375	1710	1863	2550	2750
112 Acil Yardım Kara Ambulansı Sayısı	618	-	-	-	-	4976	5996
Motosikletli Acil Müdahale Ekibi Sayısı	0	-	-	-	-	60	70
Ambulans Helikopter Sayısı	0	7	-	-	-	17	17
Ambulans Uçak Sayısı	0	-	3	3	3	4	4
Deniz Ambulansı Sayısı¹⁸¹	0	6	6	6	6	6	6

Tablo 2: 112 Acil Sağlık Hizmetleri Araç Sayısı¹⁸²

Tabloyu incelediğimizde 112 acil sağlık istasyonları sayısının 2002 yılından 2018 yılına kadarki evre de önemli miktarda arttığı görülmektedir. 2002-2009 arasında ortalama %200'lük, 2009-2018 yılları arasında %100'lük bir artış gösterdiği, Kara ambulans sayısı konusunda da oldukça önemli gelişmeler olduğu ortadadır, yalnızca 2017-2018 yılları arasında bir yıllık süreçte dahi 1000 tane ambu-

¹⁸¹ Demircan, a.g.e., s.72.

¹⁸²Berrak Bora Başara, Cemil Güler, Gökalp Kadri Yentür, Birsan Birge, Erman Pulgat, Burcu Mamak Ekinci a.g.e., s.80.

lans artışı olduğu görülmekte ve bu da ortalama ambulans başına düşen kişi sayısını Türkiye nüfusuna göre 80.000 azalttığını gösterir ki, bu sayıda azımsanacak bir sayı değildir. 2002 yılından 2018 yılına kadar, acil vakialarda taşınan hasta sayısını, hizmet alabilen kırsal kesimi ve 112 Acil Sağlık İstasyonu başına düşen nüfus sayısını değerlendirecek olursak;

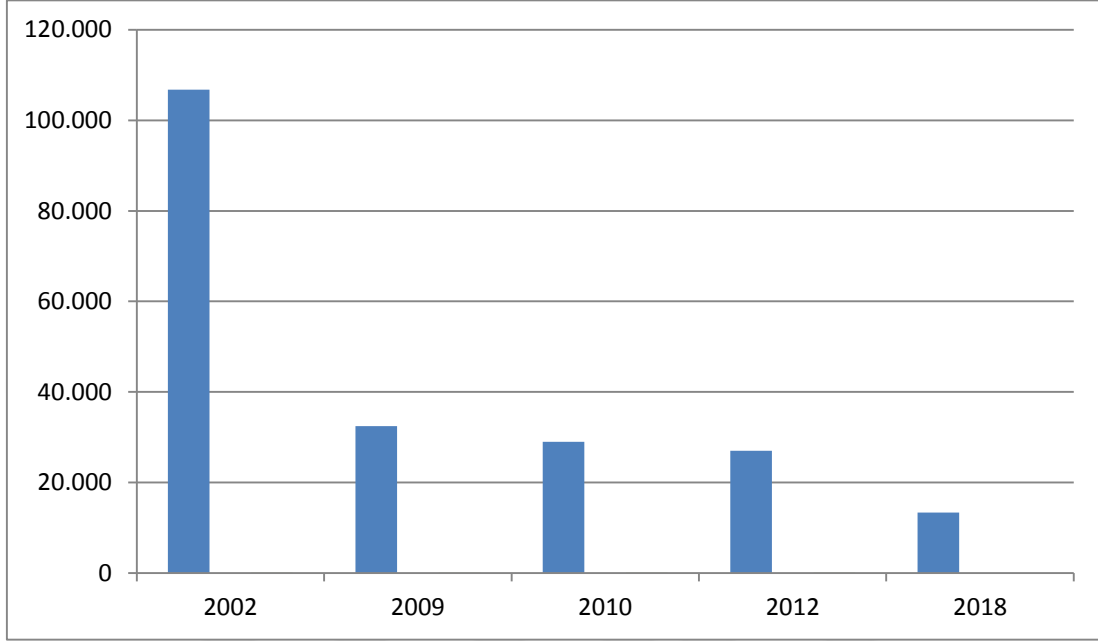
	2002	2017	2018
Taşınan Vakıa	383.000	5.200.000	6.000.000
Hizmet Alabilen Kırsal Nüfus Yüzdesi	%20	%100	%100
112 Acil Sağlık İstasyonu Başına Düşen Nüfus Sayısı	137.231	31.300	29.291

Tablo 3¹⁸³

Tablo incelendiğinde, taşıma vakıa sayısının artmadaki performansın sebebi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde kullanılan araç sayısının ve 112 Acil Sağlık İstasyon sayısının artması olarak gösterilebilir. Yine hizmet alabilen kırsal nüfus yüzdesi 2002 yılında % 20 iken şuan itibariyle %’de 100’e ulaşmıştır. 2002 yılı ile 2018 yılları arasında, acil sağlık istasyonu başına düşen nüfus sayısının bariz bir şekilde düşme sebebi olarak, 2003 yılından itibaren 112 sağlık hizmetlerinin yalnızca şehirler de değil köylerde de hizmet vermeye başlaması, istasyon sayısının ve ambulans sayısının artırılması, 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde hava hizmetlerinin (Ambulans Helikopter ve Ambulans Uçak) kullanılması gösterilebilir. Gelişmelere baktığımızda 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde önemli adımların atıldığı ve önemli gelişmelerin ol-

¹⁸³ Demircan, a.g.e., s.72.

duğu açıktır, ancak ileriki konularımızda değinileceği üzere örneğin bir İngiltere ve Fransa da uygulanan 112 acil sağlık hizmetlerini yakalayabildiğimizi söylemek mümkün değildir.



Grafik 4 Yıllara Göre Ambulans Başına Düşen kişi Sayısı¹⁸⁴

Grafiğe baktığımızda, 2002 yılında, ambulans başına düşen kişi sayısına baktığımızda, 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin etkin bir şekilde hizmet verdiğini söylemek mümkün değildir. Ancak 2018 yılına gelindiğinde bu sayının 8-9 kat azaldığı ve 112 sağlık hizmetlerine her geçen gün gerekli önemin verilmeye başlanıldığı görölmektedir.

Bunların dışında ölkemizde 112 Acil Sağlık Hizmetleri kapsamında¹⁸⁵ 17 adet helikopter ambulans, 2 adet uçak ambulans ve UKOME kapsamında 8.333 gönüllü personel hizmet vermektedir. 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde kullanılan araçların tamamı tarafından toplam hizmet sunulan kişi sayısı; 2002 yılında 350 bin 769, 2013 yılında 3 milyon 665 bin 407, 2014 yılında 4 milyon 27 bin 215, 2015 yılında 4 milyon 310 bin 102, 2016 yılında 4 milyon 974 bin 368, 2017 yılı Ekim ayı itibari ile 4 milyon 273 bin 542 kişi olup, yararlanan kişi sayısının artma sebebi, 112

¹⁸⁴ Berrak Bora Başara, Cemil Güler, Gökalp Kadri Yentür, Birsen Birge, Erman Pulgat, Burcu Mamak Ekinci a.g.e., s.83.

¹⁸⁵ Demircan, a.g.e., s.73, s.75.

Acil Sağlık Hizmetleri'ne verilen önemin artarak, 112 acil sağlık hizmetlerinin daha fazla kişiye hizmet verebileceği kapasiteye ulaştırılmasıdır.

112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin önemi gereği, yapılması gerekenler şunlardır:

- Kırsal kesimlere yakın acil sağlık istasyonlarının kurularak, vakıalara daha kısa sürede ulaşılmaya çalışılmalı, (Günümüzde baktığımızda, köy kasaba gibi yerlerde acil sağlık istasyonlarının ve ambulans hizmetlerinin yaygın olmasından söz etmek zordur. Acil sağlık istasyonunun her köye kurulması mümkün değildir ancak, nüfus ve köy sayısı göz önünde bulundurularak, bölgesel olarak acil sağlık istasyonu kurularak daha etkin bir hizmet verilmesinin sağlanması mümkündür. Aksi taktirde şehir merkezinde 7-8 dk olan olay yerine ulaşma süresi, dağlık bir kırsal bölgeye ulaşma süresi en az 30 dk'ya çıkacaktır.)

- Hava ambulansı hizmetlerinde kullanılan araçların sayısının arttırılarak, hizmet verdiği il sayısının arttırılması ya da bölge bazında hizmetinin sağlanması (Yukarıda belirttiğimiz üzere, şuan bu hizmet 15 ilde ve 17 adet ambulans helikopter faaliyet göstermektedir,¹⁸⁶ bu sayı arttırılarak, özellikle kara yolundan ulaşılması zor bölgelerde ambulans helikopter uygulamasının yaygınlaşması gerekmektedir.)

- 112 Acil Sağlık İstasyonlarının denetiminin süreklilik arz edecek şekilde yapılarak, olaylara müdahale ve mümkün olan en kısa sürede olay yerine ulaşma konusunda denetiminin sağlanması gerekmektedir.

3.1.2. İkinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları ve Hizmetleri: İkinci basamak resmi sağlık kuruluşları: 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 merkezleri, kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi'dir.¹⁸⁷

Birinci basamak sağlık hizmetleri genel itibariyle uzman olmayan tıp perso-

¹⁸⁶ Demircan, a.g.e., s.73.

¹⁸⁷ Güzel, Okur, Caniklioğlu. a.g.e., s.983.

neli tarafından verilmektedir, ikinci basamak sağlık hizmetleri ise uzman personeller tarafından sunulmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı koruyucu değil tedavi edicidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile tedavisi yapılamayan ya da hastalığın boyutu itibariyle ikinci basamak sağlık hizmetini gerektiren hastaların tedavileri ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar tarafından yapılmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hasta genel itibariyle yatarak tedavi görmektedir. Hizmet basamaklarına baktığımızda, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli ve etkili işleyebilmesindeki en büyük paya sahip etkeninin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulması olduğunu söylemek mümkündür. Çünkü ikinci basamak sağlık hizmetleri, genel itibariyle birinci basamakta tedavisi yapılamayan hastalara verilen hizmetleri kapsamaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin zamanında sunularak erken tedaviye başlanması gibi faaliyetler, oluşabilecek hastalığın önüne geçebileceği gibi, oluşan hastalıklara da erken müdahale sayesinde, hastalığın ilerlemesine engel olacak, birinci basamak sağlık hizmetleri ile birçoğu çözümlenerek ikinci basamaktaki yoğunluk önlenebilecek, birinci, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi görmesi gereken hastalara daha çok zaman ayrılarak, etkin bir hizmet verilebilecektir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, ve bu hizmet dalında hizmet veren sağlık kuruluş sayılarına baktığımızda, son 15 yıllık değerlendirme de çok fazla gelişme olduğunu söylemek mümkün değildir. Örneğin 2002 yılında Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane sayısı 774¹⁸⁸ iken 2017 yılında bu sayı 878¹⁸⁹’dir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı yatak sayısını değerlendirdiğimizde ise; 2002 yılında 107.394¹⁹⁰ olan yatak sayısı, 2016 Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı’na göre bu sayı 132.921’e yükselmiştir. Arada ortalama 25 binlik bir artış vardır ancak, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın faaliyete geçtiği yıllardan bugüne kadarki dönemi değerlendirdiğimizde, hem sayı olarak hem biraz önce inceleyeceğimiz üzere, diğer

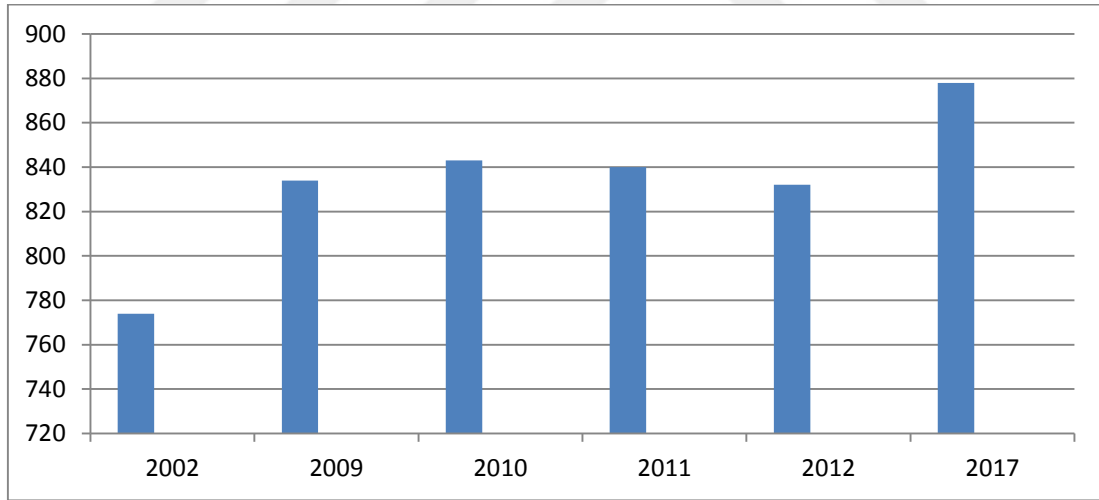
¹⁸⁸ Başara, Güler, Yentür, Birge, Pulgat, Ekinci a.g.e., s.65.

¹⁸⁹ Demircan, a.g.e., s.2.

¹⁹⁰ Başara, Güler, Yentür, Birge, Pulgat, Ekinci a.g.e., s.65.

dünya ülkelerine göre, hastane sayısı ve yatak sayısının yetersiz olduğu görülecektir. Örneğin 2012 yılında hastane yatağı sayısı 122.332¹⁹¹ iken, 2016 yılında 132.921 olduğu görülmektedir. Artış belki de yeterli olabilecek düzeyde gözükse de bu yıllar arasında hastaneye müracaat sayısına bakıldığında yeterli olmadığı görülecektir. Çünkü 2002 yılında 1., 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetleri için hastaneye müracaat sayısı 124 binlerde iken 2012 yılında bu sayı 386 bine yükselmiştir. Hedef her bir hastaya yeterli zamanın ayrılarak, etkin bir tedavi sürecinin uzman hekimler ve sağlık personelleri tarafından gerçekleştirmek olmalı, hastane sayısı, yatak sayısı ya da personel sayısından ziyade, hastaneye müracaat sayısına göre yeterli bir sağlık hizmeti vermek hedeflenmelidir.¹⁹²

Söylediklerimizi, şu istatistiklerle somutlaştırsak daha iyi ifade edilecektir. Avrupa Birliği ülkelerinde on bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı 55. 4, üst-orta gelir grubu ülkelerde 37, Dünya ülkelerinde 30, Türkiye’de 26.5 olduğu görülmektedir. Hekime müracaat sayısına baktığımızda da Türkiye 7.sırada yer almaktadır.

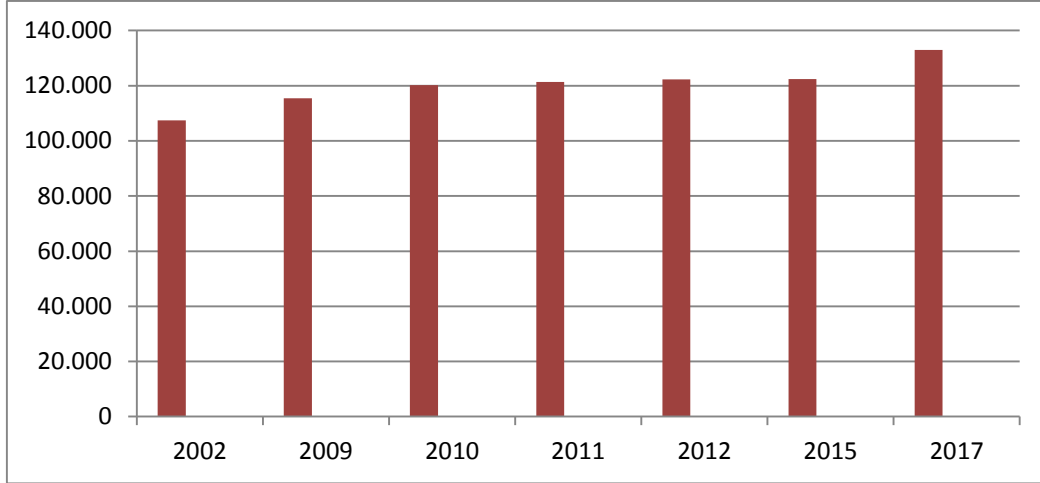


Grafik 5 Yıllara Göre Hastane Sayısı¹⁹³

¹⁹¹ Başara, Güler, Yentür, Birge, Pulgat, Mamak a.g.e., s.65.

¹⁹² Başara, Güler, Yentür, Birge, Pulgat, Mamak a.g.e., s.95.

¹⁹³Başara, Güler,Yentür, Birge, Pulgat, Mamak a.g.e., s.68., Demircan, a.g.e., s.2.



Grafik 6 Yıllara Göre Hastane Yatak Sayısı¹⁹⁴

İkinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili açıklamalara ve grafiklere baktığımızda, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulabilmesi için;

- Birinci Basamak sağlık hizmetlerine gerekli önemin verilmesi,
- Hastane sayısının artırılması,
- İkinci Basamak sağlık hizmetleri yatarak tedavi gören hastalara sunulduğu için, özellikle yatak sayısının artması,
- Hastane ve yatak sayısındaki artış, hekime müracaat eden hasta sayısına göre olmalıdır,
- Hastane ve Yatak sayısında ki artış nüfusun yoğun olduğu bölgeler öncelikli baz alınarak gerçekleştirilmeli,

Değerleme yılları aralığına baktığımızda, yatak sayısında ki artış, yaklaşık % 25 oranında artmış ancak, hekime müracaat sayısı 2002 ile 2012 yılları arasında neredeyse % 200 oranında artış göstermiştir. Hastane ve yatak sayısının artması, hastaya daha iyi hizmet sunulduğu anlamına gelmez, önemli olan hekime müracaat eden ve sağlık hizmetlerinden hangi oranda faydalanması gerekiyorsa o oranda sağlık hizmetinden yararlanılabilecek durumda olması gerekir. Hasta yatarak tedavi

¹⁹⁴ Başara, Güler, Yentür, Birge, Pulgat, Mamak a.g.e.,s.65.

görmesi gerekiyorsa ki zaten ikinci basamak sağlık hizmetleri, yatarak tedavi gören hastalara verildiği için yatarak tedavi görmesi gereken hastanın hastane kapısından geri çevrilmemesi gerekir. Günümüzde yaşadığımız en çok görülen ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki aksaklık, yatarak tedavi görmesi gereken hastanın hastaneye müracaat ettiğinde boş yatak bulunamayarak, çevre hastaneye, üniversite hastanelerine ya da özel hastanelere gönderilmesidir. Bu da özellikle acil gelen bir hasta için zaman kaybıdır.

3.1.3. Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları ve Hizmetleri:

Üçüncü basamakta yer alan sağlık kurumları: Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bunlara bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Bezmî Alem, Valide Sultan, Vakıf Gureba Eğitim Hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri, TSK'ya bağlı Tıp Fakültesi Hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleridir.¹⁹⁵

Şuan TSK'ya bağlı hizmet veren tıp fakültesi ile eğitim ve araştırma hastanesi bulunmamaktadır. TSK'ya bağlı tıp fakültesi ve sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına bağlanarak hizmet vermeye devam etmektedir. 26.08.2016 tarihi itibarıyla Kanun Hükmünde Kararname ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir., GATA, Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu, Hemşirelik Yüksek Okulu ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Üniversitesine, GATA Ankara ve Haydarpaşa Eğitim Hastaneleri, TSK Rehabilitasyon Bakım Merkezi Başkanlığı da dahil olmak üzere tüm asker hastaneleri, sağlık merkezleri ve poliklinikler Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. GATA ve Askeri Hastanelerin Sağlık Bakanlığına bağlanmasına dair düzenleme 669 sayılı OHAL kapsamında bazı tedbirler alınması ve Milli Savunma Üniversitesi kurulması ile bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair KHK'ye göre Bakanlar Kurulu tarafından yapılmıştır.¹⁹⁶ Düzenleme ile TSK ve Jandarma Genel Komutanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında ki, bütün hak ve yükümlülükler alacak ve

¹⁹⁵ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.536.

¹⁹⁶ GATA ve Askeri Hastaneler Sağlık Bakanlığına Devredildi, <https://www.birgun.net/haber-detay/gata-ve-askeri-hastaneler-saglik-bakanligina-devredildi-124483.html>, Erişim Tarihi, 18.04.2018.

borçlar, sözleşme ve taahhütler, taşınır ve taşıtlarıyla birlikte Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Düzenleme ile sağlık hizmetlerinden yararlanma da sivil asker ayrımı kaldırılmış olup, sivil vatandaşa hizmet veren sağlık hizmetleri kuruluş sayısı arttırılmıştır.

Hastanın acil haller ve hastalığının 2. ya da 3. basamak sağlık hizmetini gerektirdiği haller dışında ilk başvurusunun aile hekimliğine yapması zorunludur, aksi taktirde kurum tarafından sağlık giderleri ödenmeyecektir.

Üçüncü basamak sağlık kurumlarında, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ile tedavisi mümkün olmayan hastaların tedavisinin üçüncü basamak sağlık hizmet kuruluşları tarafından tedavi süreci için birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde bulunmayan imkanların kullanılarak tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin de etkili bir şekilde sunulabilmesi için en büyük etkenlerden bir tanesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda, özellikle aile hekimleri tarafından verilen hizmetlerin kaliteli bir şekilde sunulması durumunda, hem toplum içerisinde hastalıklı birey sayısı azalacak, hem de ikinci ve üçüncü basamakta ki yığılmalar önlenerek daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunulacaktır.¹⁹⁷ Maliyet açısından da düşündüğümüzde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmaya göre çok daha maliyetlidir, bu yüzden, hizmet basamaklarının kaliteli bir şekilde işlemesi, hastanın maliyet yönünden de etkilenmemesini sağlayacaktır. Özellikle üniversiteler tarafından verilen sağlık hizmetleri biraz daha fazla maliyetli olduğundan, hizmet basamaklarında kaliteli bir sağlık hizmeti sunularak, yanlış hizmet basamaklarına sevk işleminin önüne geçilmelidir. Bu konuda yukarıda da belirttiğimiz üzere, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara büyük görev düşmektedir. Yıllara göre hekime müracaat sayısına baktığımızda, üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurunun da oldukça fazla artış olduğu görülmektedir, bu yüzden üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin etkili şekilde işleyebilmesi için:

¹⁹⁷ Azime Ardemir, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul-2015, s. 25.

- Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularındaki donanımın yeterli düzeye ulaştırılması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması,
- Personel, araç ve gereç sayısının yeterli sayıya ulaştırılması,
- Hizmet basamakları arasında ki sevk zincirinin etkili bir şekilde işlemesi gerekmektedir.

3.2. Özel Sağlık Kuruluşları: Özel Sağlık kuruluşları içerisinde üçüncü basamak sağlık hizmetleri bulunmamaktadır, sadece birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşları hizmet vermektedir.

3.2.1. Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşları: İşyeri Hekimlikleri, Özel Poliklinikler, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları ve eczanelerdir.¹⁹⁸

3.2.2. İkinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşları: Özel Hastaneler Yönetmeliğine 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 Yönetmeliğin geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleridir.¹⁹⁹

4. BASAMAKLANDIRILMAYAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Basamaklandırılmayan sağlık hizmetleri, kamu ya da özel sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetleri içerisinde herhangi bir basamakta yer almayan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetleri;²⁰⁰

- Diyaliz Merkezleri,
- Refik Saydam Hıfzısıhha laboratuvarları,
- Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar
- Optisyenlik müesseseleri,
- Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri,

¹⁹⁸ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.536.

¹⁹⁹ Tuncay, Ekmekçi, a.g.e., s.536.

²⁰⁰ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s.983-984.

Olarak sayabiliriz.

5. SEVK ZİNCİRİ

Sevk Zinciri, 5510 Sayılı Kanun'un 70. maddesinde düzenlenmiştir. Madde metni;²⁰¹ “*Bu Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve dış hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.*

Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır. (Ek cümle: 17/1/2012-6270/10 md.) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentlerinde sayılanların, Kurumla sözleşmeli üniversite ve istisnai hallerde özel sağlık hizmeti sunucularına müracaat edebilme koşulları ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir” Şeklinde düzenlenmiştir. Kanun aile hekimliklerini birinci basamak sağlık hizmeti olarak belirtmiş ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sevk zincirine uygun hareket etmesi gerektiğini düzenlemiştir. Sevk zincirine uyulmaması durumunda ise, Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği'nin 25. maddesinin dördüncü fıkrası gereğince, sağlık hizmetleri bedelleri, yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin kurumca karşılanmayacağı düzenlenmiştir.²⁰²

Sevk zinciri uygulamasının zorunluluğu, aile hekimliği uygulamalarının başlangıcı ile gündeme gelmiş olup, 2009 yılı itibariyle, aile hekimliğinin bulunduğu yerlerde zorunlu hale gelmiş, aile hekimliği bulunmayan yerlerde ise sevk zincirine uyulma zorunluluğu bulunmamaktaydı. Aile hekimliği bulunan yerlerde, sevk zincirine uyulmasının zorunlu olmasının sonucu olarak, ilk aile hekimine başvurulacak ve sevk işlemi aile hekimi tarafından yapılacaktır.²⁰³

²⁰¹ 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu m.70.

²⁰² Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği, m.25.

²⁰³ Fatih Uşan, Türk sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları, Seçkin Yayıncılık, Ankara-2009, s.290-291.

Türkiye’de aile hekimliği uygulaması tam anlamıyla 2010 yılında uygulanmaya başlanıldığına göre, bu tarih itibariyle, sevk zincirinin tam anlamıyla uygulanmaya başlanıldığını söylemek mümkündür. Aile Hekimliğinin bulunduğu yerlerde sevk zinciri uygulaması zorunlu olup, Aile Hekimliği bulunan yerlerde sevk zincirine uyulmama durumunda kurumca ödeme yapılmayacağını yönetmelik düzenlemiştir.

Sevki zinciri uygulaması 2014 ve öncesinde her durumda zorunlu olmayıp, istisnalar getirilmişti. 5510 sayılı Kanun’un ve Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği’nin son halinde istisnalara yer verilmemiştir.

Kanunun ve Yönetmeliğin düzenlemesi bu şekilde olmasına rağmen, şuan sevk zinciri ile ilgili hükümlerin uygulandığı söylenemez. İstenilen sağlık kuruluşundan ve hizmet basamağından yararlanılabilmektedir. Kanun ve yönetmeliğin sevk zinciri ile ilgili düzenlemeleri oldukça katıdır, bu şekilde uygulandığında, birçok mağduriyetleri beraberinde getirecektir. Sevk zinciri ile ilgili düzenlemelere istisnalar getirilerek uygulanması, hem gerçekten hasta olanların ve ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden doğrudan faydalanması gereken kişileri mağdur etmeyerek zaman kaybını önleyecek, hem de birinci basamak sağlık hizmetinden faydalanması gereken kişilerin ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmet kuruluşlarına başvurması engellenerek, oluşabilecek gereksiz yoğunluğun önüne geçilecek, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin daha etkin kullanılması sağlanacaktır.

Sevk zinciri ile ilgili düzenlemelere getirilmesi gereken istisnalar, eski yönetmelikte belirlenen; İş kazası, meslek hastalığı, afet, savaş, acil hallerin yanı sıra, trafik kazaları, durum ve halin ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetini gerektirmesi, sürekli olarak ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanması gereken hastalığı bulunanlar, olarak belirtilip, sevk zinciri ile ilgili yapılan mevcut düzenlemeye kanunla istisnalar getirilmelidir.

Sevk zinciri ile ilgili yumuşatılması gereken düzenlemelerden bir tanesi de; Genel Sağlık Sigortası Yönetmeliğinin 25.maddesinin 4. fıkrasıdır.²⁰⁴Madde; “*Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kurumca belirlenen sevk zin-*

²⁰⁴ Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği, m.25.

cirine uymaları zorunludur. Sevk zincirine uyulmaması hâlinde sağlık hizmetleri bedelleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanmaz.”

Şeklinde olup, sevk zincirine uyulmaması halinde sunulan sağlık hizmeti ile ilgili kurum tarafından hiçbir ödeme yapılmayacak olması, maddi açıdan mağduriyet yaratacak şekildedir.

5510 sayılı kanunun önceki halinde sevk zincirine uyulmaması halinde, sağlık harcamalarının kurum tarafından % 70'inin karşılanacağı,²⁰⁵ kalan kısmın ise genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi tarafından ödenmesi gerektiği şeklindeydi, mevcut kanun da ödeme ile ilgili bir hüküm bulunmamakla beraber,²⁰⁶ yönetmelik sevk zincirine uyulmaması durumunda, hiçbir ödeme yapılmayacağını düzenlemiştir.²⁰⁷ Bu durum yerine, sevk zincirine uyulmaması halinde ve hastanın durumunun başvurmuş olduğu hizmet basamağından faydalanması gereken bir hastalığının olmaması durumunda, sağlık harcamalarının bir miktarının kurum tarafından karşılanması, eğer hastanın durumu başvurmuş olduğu sağlık hizmet basamağından hizmet almasını gerektirecek durumdaysa, sağlık harcamalarının tamamının sevk zincirine uyulmasa dahi kurum tarafından karşılanması gerektiği kanunla düzenlenmelidir.

Hastalanan kişiler, çoğu zaman hangi sağlık kuruluşuna başvurması gerektiğini tahmin etmekte ve buna göre tedavi görmesi gerek sağlık kuruluşuna başvurmaktadır, sevk zinciri ile ilgili yukarıda belirtmiş olduğumuz istisnalar getirildiği durumda, hastanın zaman kaybının ve gereksiz uğraşının önüne geçildiği gibi, sevk zincirine uymamasından dolayı maddi kaybı da önlenmiş olacaktır. Şuan için bu söylediklerimiz uygulamanın, kanun ve yönetmelikte belirtildiği gibi katı değildir, şuan için kanun ve yönetmeliğin uygulandığını söylemek zordur, ancak uygulamaya geçmeden önce, belirtmiş olduğumuz istisnaların getirilmesi yerinde olacaktır.

Sevk zinciri ile ilgili yürürlükteki kanun hükümlerinin düzenlemesi bu şekilde olsa da, sevk zincirinin hayata geçirilmesi hususu Sosyal Güvenlik Kurumu'na bira-

²⁰⁵ Refik Korkusuz, Suat Uğur, Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş, Ekin Yayıncılık, 2. Bası, Bursa-2010, s.337.

²⁰⁶ 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, m.70,

²⁰⁷ Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği, m.25.

kılmıştır. Uygulamaya başlanılmadan önce yürürlük kanun ve yönetmeliğın, belirtmiş olduğumuz hususların göz önünde bulundurularak düzenlenip uygulanmaya başlanması daha yerinde olacaktır.



SONUÇ

İnsanın sağlıklı yaşam hakkı Anayasa ile güvence altına alınmış bir haktır. Sağlıklı yaşamın devamı ile ilgili Anayasa başta olmak üzere, 5510 sayılı kanun ve Genel Sağlık Sigortası Uygulama Yönetmeliği ile düzenlemeler yapılmış, bu kapsam da 5510 sayılı kanunda genel sağlık sigortasına geniş yer verilmiştir.

Genel sağlık sigortası sağlıklı bir insanın hastalanmaması, hastalanmış ise eski sağlığına kavuşması için sunulması gereken hizmetleri kapsayan sigorta koludur.

5510 sayılı kanun öncesi, sağlık hizmeti kişilere ve statülere göre sunulmaktaydı, bu durumda farklı kişilere farklı sağlık hizmetinin sunulması eşitsizliğe sebebiyet vermekteydi. 5510 sayılı kanun ile eşitsizliklerin kaldırılması hedeflenerek, sağlık hizmetlerini tek çatı altında toplayıp, toplumun bir kesimini değil, tamamını sağlık hizmetlerinden faydalandırmayı amaçlamış, Anayasa'nın 10. ve 17. maddesine aykırılıklar giderilmeye çalışılmıştır.

Sağlıklı yaşam hakkı insanın Anayasal temel hakkıdır. İnsanın hayatı boyunca sağlıklı olması mümkün değildir. İnsan sağlığının bozulması hali hastalık halidir. Hastalık halinde ise insanın tekrar eski sağlığına kavuşması gerekir. Hastalık halinin giderilmesi, genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ile mümkündür. Sağlık hizmetlerinin birincil hedefi, kişilerin hastalıklardan korunmalarını engellemek, ikincil hedefi ise, bozulan sağlık durumunun eski hale kavuşturulmasıdır. Sağlık hizmetleri, belirsiz, ertelenemeyen, kamusal, alternatif olmayan değişken bir hizmet koludur.

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere iki kola ayrılmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sunulmaktadır. Kişilerin hastalanmasını önlemek amacıyla tedbirler almak ve erken zamanda teşhis koymak koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sunulmaktadır. Hastalık halinde ise hastalığın durumuna göre tedavi, birinci ikinci ya da üçüncü basamak tedavi hizmeti veren sağlık kurumlarında tedavi edici sağlık hizmeti verilmektedir.

Kanun kapsam dahilinde kimlerin genel sağlık sigortasından faydalanabileceğini belirtmiştir. Genel sağlık sigortasından faydalanacak kişiler

genel olarak: Hizmet akdi ile çalışanlar ve hizmet akdi ile çalışanlar kapsamında değerlendirilenler, kamu idarelerinde kadrolu/sözleşmeli çalışanlar ile açıktan vekil olarak atananlar, köy ve mahalle muhtarları ile bağımsız çalışanlar, isteğe bağlı sigortalılar, gelir ve aylık almakta olanlar, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun’a göre nakdi tazminat ve aylık alanlar ile bazı kanunlara atıfta bulunarak genel sağlık sigortalısı sayılacak kişileri belirtmiştir.

Sağlık hakkının insan hayatındaki önemine baktığımızda, sağlık hizmetinden faydalanma konusunda 5510 sayılı kanunun, kategorik düzenlemesi, Anayasa’nın 10. ve 17. maddelerine pek uygun düşmediği gibi, Sosyal Devlet olmanın gereklerine de aykırılık teşkil etmektedir. Sağlık hakkı gibi, insanın zorunlu ve vazgeçilmez hakkından herkesin faydalandırılması, kategorize edilmemesi, sağlık hizmetin faydalanma hususunda ne düzeyde sağlık hizmeti olursa olsun, faydalanmaya engel olabilecek düzenlemelere yer verilmemesi gerekir. 5510 sayılı kanuna baktığımızda, sağlık hizmetinden faydalanma konusunda kapsam dışında kalan olduğunu söylemek zor olsada, sağlık hizmetlerinden faydalanabilecekleri ayrı ayrı sayması, sayılanlar dışındakilerin sağlık hizmetlerinden faydalanamayacağı gibi bir algı oluşturmaktadır. Kanunun kategorilere ayırmadan, örneğin: “Vatandaşlık Bağı İle Bağlı Olan Herkes Ücretsiz Sağlık Hizmetinden Faydalanabilir” şeklindeki düzenlemesi, hem kanun düzenlemesine, hem Anayasa’ya hem de Sosyal Devlet olmanın gereklerine daha uygun olurdu.

Genel sağlık sigortası kapsamında: Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, analık durumunda sunulan sağlık hizmetleri, ağız ve diş sağlığı kapsamında sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Son düzenlemelerle analık durumunda sunulacak sağlık hizmetleri kapsamına, normal yollarla çocuk sahibi olamayanların, yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olabilme hizmeti dahil edilmiştir. Düzenleme yerinde olmakla birlikte, bu hizmetten faydalanma ağır şartlara bağlanmıştır. Böylesine önemli bir konuda, ekonomik bakımdan zayıf olanların çocuk sahibi olmalarına yönelik desteğin devlet tarafından verilmesinin hafif şartlara bağlanması daha yerinde bir düzenleme olurdu.

Sağlık hizmetleri kapsamında bir diğer eksiklik ise ağız ve diş sağlığı kapsamında ortodontik tedavi hizmetlerinde görülmektedir. Kanun ortodontik tedavi hizmetlerinden faydalanmayı 18 yaşından küçük olma şartına bağlamış, 18 yaşından

büyük olanları destekten tamamen yoksun bırakmıştır. Düzenlemenin bu şekilde katı olması yerine 18 yaşından küçük olanlara tam destek sağlanmasının yanında, ortodontik tedaviye ihtiyacı olan 18 yaşından büyük olanlara kişilerinde bu sağlık hizmeti karşısında en azından bir kısım giderlerin devlet tarafından karşılanması daha yerinde olurdu.

5510 sayılı kanun yurt dışında alınacak sağlık hizmetlerini de kapsam dahiline almış, şartlarını, sigortalının geçici süreyle yurt dışında bulunma ve sürekli görevli yurt dışında bulunma ile ülkede tedavisi mümkün olmayan tedavilerin yurt dışında alınması durumlarında ayrı ayrı belirlemiştir. Kanun, geçici görevli yurt dışında bulunanların sadece acil hallerde faydalanılan sağlık hizmet bedellerinin ödeneceğini düzenlemiştir. Sağlık hakkının vazgeçilmez, mecburiliği göz önünde bulundurulduğunda sadece acil hallerde sağlık hizmetlerinden faydalanabilme tarif edilebilir değildir. Geçici görevli de olsa yurt dışında bulunma durumunda, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin her türlü sağlık hizmetinden faydalanmasının önü açılmalıdır.

Kanun, belirtmiş olduğumuz istisnalar dışında, estetik amaçlı sağlık hizmetlerini, Sağlık Bakanlığı'na izin veya ruhsat verilmeyen kuruluşlardan alınan sağlık hizmetlerini, yabancıların kronik hastalıklarını kapsam dışında bırakmıştır.

Genel sağlık sigortası kapsamında alınan sağlık hizmetleri karşısında bir miktar bedel ödenmektedir, bu bedel Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir. Bu durumun komisyon yerine, her yıl belirli miktarlarda arttırmak üzere, ülkenin her yerinde ve tüm sağlık kuruluşlarında aynı miktarda uygulanmak üzere, kanunla düzenlenmesi daha yerinde olurdu. Ödenecek bedele baktığımızda, özel sağlık kuruluşlarından alınan hizmetlerde, kamu sağlık kuruluşlarından ve üniversitelerden alınan sağlık hizmeti karşısında ödenen bedelde farklılık olduğu görülmektedir. Oysa özel sağlık kuruluşu da olsa, kamu sağlık kuruluşu da olsa ödenecek bedelin tek düze olması, sigortalının fiyat farklılaşması yüzünden almak istediği sağlık hizmetinden mahrum bırakılmamalıdır.

Genel sağlık sigortalısı kişi, almış olduğu sağlık hizmeti karşılığında ödemiş olduğu bedelin yanında, ayakta tedavi ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide kullanılan ilaçlar, vücut dışında kullanılan ortez ve protezler ile tüp bebek

kapsamında almış olduğu hizmetlerde, katılım payı ödemesi de zorunlu tutulmuştur. Katılım payı miktarı ise, birinci basamak sağlık kuruluşlarında 2 TL, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında 8 TL, özel sağlık kuruluşlarında ise 15 TL olarak belirlenmiştir. Sunulan sağlık hizmetleri karşılığında ödenen bedelin yanında katılım payı da alınması pek yerinde bir düzenleme olmamıştır. Sağlık hizmetleri Sosyal Devlet olmanın gereğı olarak, herkesin faydalanabileceğı şekilde ve ücretsiz olarak sunulmalıdır. Kanun, katılım payı ödeyecek durum ve kişilere istisna getirmiş, ödenmeyecek durumları: İş kazası ve meslek hastalığı, askeri tatbikat ve manevralar, afet ve savaş hali, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimi muayeneleri, organ, doku ve kök hücre nakli, hayati önemdeki ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri, kronik hastalıklar, kontrol muayeneleri, ödemeyecek kişileri ise: Şeref aylığı bağlananlar ve eşleri, vatani hizmet tertibinden aylık bağlananlar, nakdi tazminat ve aylık alanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalananlar, vazife malullüğü aylığı alanlar, harp malullüğü aylığı alanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, Terörle Mücadele Kanun'u gereğince aylık alanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, askerlik hizmetine tabi tutulan adaylar, EGM hesabına okuyan öğrenciler, Terörle Mücadele Kanunu'nun 21. maddesinde sayılan kişiler ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamına girmeseler dahi, başkasının yardım ve desteğı olmadan hayatını idame ettiremeyecek olan kişilere, ihtiyaç duydukları ortez ve protez ile iyileştirme araç/gereçleri olarak düzenlemiştir. Düzenleme ve uygulamanın bu şekilde olması eşitlik ilkesine aykırılık teşkil etmektedir, bu düzenlemenin yerine, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hiç kimseden katılım payı alınmaması şeklindeki düzenleme daha yerinde olurdu.

5510 sayılı kanun, kişinin genel sağlık sigortalısı sayılması ve bu kapsamda alına sağlık hizmetlerinin bedelinin kurum tarafından ödenmesi için: Prim ödeme, hizmet basamakları ve sevk zincirine uymam şartlarının birlikte gerçekleşmesi gerektiğine hükmetmiştir.

Genel sağlık sigortalısı kişi ya da bakmakla yükümlü olduğu kişinin, sağlık hizmetinden faydalanacağı tarihten önceki bir yıl içinde toplamda otuz gün sağlık sigortası primi ödemesi zorunludur. Kurum ya da daha önceki kurumlardan gelir ya

da aylık alanlar, vatansız ve sığınmacılar ile 65 yaş üstü olan kişiler ise prim ödemesi zorunlu olan kişilerin dışında tutulmuştur.

5510 sayılı kanun, genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda zorunlu tuttuğu diğer bir şart ise: Hizmet basamakları ve sevk zincirine uymaktır. Kanun, sağlık hizmet sunucularını, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak ayırmış, hizmet basamakları ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki sevk zincirinin tanı, ön tanı, hekim ve diğ hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak, yurt çapında, il ya da ilçe çapında Sağlık Bakanlığı'nın görüşü üzerine Sosyal Güvenlik Kurumu'na belirleneceğine hükmetmiştir. Kanunun 70. maddesi hiçbir ayırım yapmadan sevk zincirine uymamanın zorunlu olduğunu, yönetmeliğin 25. maddesi, sevk zincirine uymamanın sonuçlarını düzenlemiştir. Eski yönetmelik, sevk zincirine uyma konusunda, iş kazası, meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil halleri istisna tutmuştu, mevcut kanun ve yönetmelik ise herhangi bir istisnaya yer vermemiştir. Önceki kanun sevk zincirine uyulmaması durumunda yapılan harcamaların %70'inin karşılanacağı şeklindeydi, mevcut düzenlemede bu hususta kaldırılmıştır.

Hizmet basamakları ve sevk zinciri ile ilgili düzenleme bu şekilde olmakla birlikte, henüz bu durum uygulamaya konulmamış, kanun hizmet basamakları ile ilgili işlemleri Sağlık Bakanlığı'na, sevk zinciri ile ilgili işlemleri ise Sosyal Güvenlik Kurumu'na bırakmıştır. Düzenlemeye baktığımızda, uygulamaya göre katı bir sistem olduğu ortadadır. Hizmet basamakları ve sevk zinciri ile ilgili uygulamaların şuan için uygulamaya konulmasa da uygulamaya konulmadan önce mevcut düzenlemede bir takım değişiklikler yapılarak uygulamaya konulması kaçınılmazdır.

Hizmet basamaklarının belirlenmesi, sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. İnsanların çoğunluğu ise birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara başvurmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini ise aile hekimliği oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verimli işleyebilmesi açısından da önemi oldukça büyüktür. Birinci basamağın verimli işleyebilmesi ise aile hekimliği uygulamasının etkin bir şekilde sürdürülmesine bağlıdır. Durum bu şekilde olmakla birlikte, ülkemizde aile hekimliği ile ilgili uygulama 2010 yılı gibi geç bir tarihte başlamıştır.

Bu tarihten sonra aile hekimliği konusunda eskiye nazaran gelişme kat edildiğini söylemek mümkünse de, yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Çünkü, gerek Toplum Sağlığı Merkezi sayısı gerekse, aile hekimi sayısı şuan itibariyle yeterli düzeyde değildir. Birinci basamağın sağlık sistemi içindeki yerinin büyük olmasından dolayı, kanun ve yönetmeliğin hizmet basamakları ile ilgili düzenlemesi uygulamaya konulmadan önce: Birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önem arttırılmalı, aile sağlığı merkezi sayısı arttırılmalı, aile sağlığı merkezleri, verimli sağlık hizmeti verebilecek donanıma sahip olmalı, aile hekimi sayısı arttırılmalı, aile sağlığı merkezinde çalışan diğer personel (hemşire, ebe.) sayısı arttırılmalı, aile hekimlerinin, illerin nüfusuna ve ihtiyacına göre dağılımının yapılması, hekim sayısı artışının, hekime müracaat eden hasta sayısı göz önünde bulundurarak yapılması gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hizmet veren ve birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde oldukça önemli bir yere sahip diğer bir hizmet kolu ise 112 Acil Sağlık Hizmetleri'dir. 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin temel hedefi: Acil müdahale durumlarında (trafik kazası, acil müdahale gerektiren hastalıklar vb.) hastaya vakit kaybetmeden gerekli müdahaleyi yapmaktır. 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin görev ve kuruluş amacına, faaliyetlerine baktığımızda, önemi oldukça büyüktür. Ancak 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile ilgili adımlar ülkemizde oldukça geç bir tarihte atılmış, gereken önem verilmemiştir. Bugün itibariyle ise önceki duruma göre oldukça etkin bir hizmet verildiğini söylemek mümkündür.

112 Acil Sağlık Hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı bünyesinde örgütlenmiştir. Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı ise: Kara Ambulansları ve İl Ambulans Hizmetleri, Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE), Hava Ambulans Hizmetleri ve Deniz Ambulans Hizmetlerinden oluşmaktadır.

112 Acil Sağlık Hizmetleri 2002 yılına nazaran oldukça gelişme kat etmiş, bu kapsamda, 112 Acil Sağlık İstasyonu sayısı, kara ambulans sayısı arttırılmış, Motosikletli Acil Müdahale Ekibi, ambulans helikopter, ambulans uçak ve deniz ambulansları faaliyete geçirilmiştir. 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin önemi gereği bunlar olması gerekenlerdir, ancak sağlık hizmet sisteminin etkili bir şekilde işleyebilmesi için 112 Acil Sağlık Hizmetleri kapsamında şunlar yapılmalıdır:

Ülkemizde kırsal kesimlerde 112 Acil Sağlık İstasyonlarının pek olmadığı görülmektedir. Kırsal kesimlerde meydana gelen vakıalara daha kısa sürede müdahale edebilmek adına kırsal kesimlere de 112 Acil Sağlık İstasyonları kurulmalı, kara ambulansı, hava ambulansı sayılarının arttırılarak, vakıalara zamanında müdahale sağlanmalı, 112 Acil Sağlık İstasyonlarının özellikle, vakıalara zamanında müdahalenin duyarlılığı konusunda süreklilik arz edecek şekilde denetiminin sağlanması gerekir.

Görüldüğü üzere aile hekimi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yeri oldukça büyüktür. Birinci basamağın etkin bir şekilde işleyebilmesi için, belirtmiş olduğumuz hususların gerçekleşmesi şarttır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde işleyebilmesi içinse, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde işlemesi gerekmektedir. Bu yüzden kanun ve yönetmeliğin, hizmet basamakları ile ilgili düzenlemeleri uygulamaya konulmadan önce, belirtmiş olduğumuz sorunların çözülmesi gerekmektedir. Aksi taktirde uygulama birçok aksaklık ve mağduriyetleri, ekonomik kayıpları beraberinde getirecektir.

Kanun genel sağlık sigortalısı bir kişinin kapsam dahilinde hizmet alabilmesi için sevk zincirine de uyulmasını zorunlu tutmuş, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sevk zincirine uyması gerektiğine hükmetmiş, yönetmelik ise sevk zincirine uyulmaması durumunda, sağlık hizmet bedellerinin, yol giderlerinin, gündelik ve refakatçi giderlerinin kurumca karşılanmayacağını belirtmiş, ancak sevk zinciri ile ilgili hükümleri uygulamaya koymamıştır.

Kanun ve yönetmeliğin sevk zinciri ile ilgili düzenlemesi oldukça katı olup, bu şekliyle uygulanması birçok mağduriyetleri de beraberinde getirecektir. Sevk zinciri ile ilgili düzenlemelere istisnalar getirerek uygulanması, hem gerçekten hasta olanların hem de ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden doğrudan faydalanması gereken kişileri mağdur etmeyerek, zaman kaybı önlenecek, hem de etkin bir birinci basamak sağlık hizmeti ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında oluşabilecek yoğunluğun önüne geçilecektir. Söylediklerimiz ışığında etkili bir sağlık hizmeti için sevk zinciri gerekli ancak, sevk zinciri ile ilgili mevcut düzenleme eksiktir. Bu yüzden sevk zinciri ile ilgili düzenleme hayata geçmeden önce, iş kazası, meslek hastalığı, afet, savaş, acil haller, trafik kazası, durum ve halin

ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerini gerektirmesi konularında istisnalar getirilmelidir.

Sevk zinciri ile ilgili düzenlenmesi gereken diğer bir husus ise kurum tarafından ödenmesi gereken hizmet bedeli ile ilgilidir. Kanun ve yönetmelik sevk zincirine uyulmaması durumunda, sağlık hizmet bedellerini, yol giderlerinin, refakatçi giderlerinin karşılanmayacağına hükmetmiştir. Bu düzenleme yerine sevk zincirine uyulmaması durumunda, hastanın başvurmuş olduğu hizmet basamağından hizmet alması gereksiz ise sağlık hizmet bedelinin bir kısmı ödenmeli, eğer hastalığı gereği hizmet sunucusuna yerinde bir başvuru yapmışsa, sunulan hizmet bedelinin tamamının kurum tarafından ödenmelidir. Kısacası, sevk zincirine uyulma konusunda kişinin hastalığı durumu, alması gereken sağlık hizmeti göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır. Aksi takdirde uygulama, kişilerin ekonomik yönden mağduriyetlerini de beraberinde getirecektir.

Hizmet basamakları ve sevk zinciri ile ilgili düzenlemeler uygulamaya geçmeden önce, sistemin, belirtmiş olduğumuz hususların yanı sıra birinci basamak sağlık hizmet sunucularında sunulan sağlık hizmet dalları genişletilmelidir. Aksi takdirde saymış olduğumuz mağduriyetlerin yanında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin mevcut işleyişi sekteye uğrayacaktır.

Hizmet basamakları ve sevk zinciri konusunda dünya uygulamalarına baktığımızda bazı konularda farklılık olsa da Türkiye ile benzer bir düzenleme vardır. Ancak bazı ülkelerde hizmet basamağı ve sevk zincirine uyma şartı aranmazken bazılarında sert bir şekilde uygulanmakta, bazılarında ise düzenlemede hizmet basamakları arasında sevk zincirine uyulması zorunlu tutulmakla beraber, Türkiye’de olduğu gibi düzenleme hayata geçirilmemiş durumdadır. Aile hekimi konusunda da Türkiye de olduğu gibi diğer dünya ülkelerinde de aile hekimi birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer almakla beraber aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde ayrı bir uzmanlık alanı olarak önemli bir yere sahiptir. Gelişmiş dünya ülkelerinden bir kısmını ele alacak olursak:

Almanya, sosyal sigortalar konusunda dünyaya öncülük etmiş sağlık sistemi gelişmiş ve oturmuş bir ülkedir. Sağlık hizmet basamakları: Birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmış, sevk zinciri uygulaması benimsenmiştir. Sevk zinciri ile ilgili düzenleme Türkiye ile aynıdır ancak

Almanya’da sevk zinciri uygulamada da vardır. Sevk zincirine uyulmaması durumunda kişi hizmet bedelini kendisi ödemektedir.

İngiltere’de: Hizmet basamakları birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmeti olarak basamaklandırılmıştır. Sevk zinciri uygulaması İngiltere’de de vardır. Hem düzenleme hem de uygulama olarak sevk zinciri uygulaması devam etmektedir. Sevk zincirine uyulmaması durumunda kişi sağlık hizmet bedelini kendisi ödemektedir.

Fransa’da: Sağlık hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmış olup sevk zincirine uyma zorunluluğu bulunmamaktadır. Fransa hekime başvurma konusunda özgür bir ülkedir. Fransa sevk zincirine uymayı zorunlu tutmamıştır. İsteyen aynı gün içerisinde bir ya da birden fazla hekime başvurabilmektedir. Sevk zincirine uyulmamasının herhangi bir yaptırımını yoktur.

Amerika Birleşik Devletlerinde: Sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmış, sevk zinciri ile ilgili düzenleme ise Türkiye ile aynı olup uygulama olarak hayata geçirilmemiştir. Uygulama da hasta istediği sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir.

İsveç’te: Sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti olarak sınıflandırılmış sevk zinciri konusunda farklı bir uygulama benimsenmiştir. İsveç’te sevk zincirine uyma zorunluluğu bulunmamakla beraber, sevk zincirine uyulmaması durumunda hasta daha fazla katkı payı ödemektedir.

Çin Halk Cumhuriyetinde: Sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti olarak basamaklandırılmıştır. Sevk zinciri uygulaması bulunmamakta, isteyen istediği sağlık kuruluşundan hizmet alabilmektedir.

Türkiye ve diğer dünya ülkelerine baktığımızda, hizmet basamakları ve sevk zinciri ile hedeflenen, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde sunularak, aynı sağlık hizmetini daha düşük maliyete sunmaktır. Saymış olduğumuz, sevk zinciri zorunlu olan ülkelere baktığımızda, sağlık sisteminin gelişmiş ve oturmuş olduğu, benimsenen birinci basamak sağlık hizmeti yelpazesinin geniş olduğu görülmektedir. Bazı ülkeler ise, personel sayısı, araç ve gereç, hizmet binası olarak gelişmişlikleri itibariyle sevk zinciri uygulamasına gerek bile duymamıştır. Bu yüzden hizmet basamağı ve sevk zinciri uygulamasın hayata geçirilmesinden önce, sağlık hizmet sistemi olanaklarının buna izin vermesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Akarca, A.**, 2018 Yılı Asgari Ücret SSK Primleri Alt ve Üst Sınırlarının Asgari ücret ve İşverene Maliyeti, <https://www.dunya.com/kose-yazisi/2018-yili-asgari-ucret-ssk-primleri-alt-ve-ust-sinirlarinin-asgari-ucret-ve-isverene-maliyeti/396988>, 28.03.2018
- Akman, M.**, Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü, [http://www.turkailehekderg.org/makaleler/](http://www.turkailehekderg.org/makaleler/durum-raporu/turkiyede-birinci-basamagin-gucu/) durum-raporu/turkiyede-birinci-basamagin-gucu/, 01.04.2018
- Ardemir, A.**, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul-2015
- Arıkan, Y.**, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na göre Sigortacılık İşlemleri 2014-İstanbul
- Aslanköylü, R.**, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Şerhi, Yetkin Yayıncılık Ankara-2010
- Aslanköylü, R.**, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Şerhi, Yetkin Yayıncılık, 2009-Ankara
- Başara, B.B., Güler, C., Yentür, G.K., Birge, B., Pulgat, E., Ekinici, B.M.**, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara-2013
- Başol, E.**, Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 4.Cilt, Sayı:8, 2015
- Beasley, J.W., Gjerde, C., Yaman, H.**, Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği, http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=3867&t=Amerika_Birlesik_Devletleri_ndeAile Hekimligi, 25.04.2018
- Çeçem, K.B., Üstü, Y., Uğurlu, M.**, Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi, Ankara-2015
- Demircan, A.**, TBMM Plan ve Bütçe Kom., 2018 yılı Bütçe Sunumu, Ankara -2017
- Dinç, G.**, Birleşik Krallık Sağlık Sistemi, Birinci Basım, Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, Haziran-2009
- Dirican, R.**, İsveç Sağlık Hizmetleri Sistemi, 9. Cilt, Kasım 1994-Şubat 1995

Dural, M., Kurt E., Açıklamalı Türk Medeni Kanunu ve Türk Borçlar Kanunu, 6.Bası, İstanbul -2013

Düzova, S., 112 Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelin İş Doyumu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniv. Ankara-2015

Göktaş, P., Almanya ve Fransa Sağlık Hizmetlerinden Nasıl Yararlanılabilir, <https://www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerindennasilyararlanilabilir-6966.htm>, 23.04.2018

Günaydın, T., Almanya Sağlık Hizmetleri Nasıl Uygulanmaktadır, <http://www.memur.maasmute-meti.com/haber/2006/almanya-saglik-sistemi-nasil-uygulanmaktadır>, 20.04.2018

Güzel, A., Okur, A.R., Caniklioğlu, N., Sosyal Güvenlik Hukuku, 15.Bası, Beta Yayınları, 2014-İstanbul

Kantarci, Y., Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerindeki Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Ocak-2015

Kaynak, Z., Genel Sağlık Sigortası ve Uygulamaları, Adalet Yayınevi, 2015-Ankara s.105

Kaynak, Z., Sosyal Güvenlik Sistemimizde Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası, Yaklaşım Yayıncılık, 2006-Ankara

Kılıç, B., Bumin, Ç., İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi, Ağustos-1993

Korkusuz, R., Uğur, S., Sosyal Güvenlik Hukuku'na Giriş, 2.Baskı, Ekin Yayıncılık, Bursa-2010

Korkusuz, R., Uğur, S., Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş, 2.Baskı, Ekin Basım Yayın dağıtım-2010

Mollahaliloğlu, S., Başara, B.B., Eryılmaz, Z., Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010 Ankara-2011

Pınar, İ., Genel Sağlık Sigortası, Sağlık ve Tedavi Yardımı, Seçkin Yayıncılık 2010-Ankara

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Ankara-2010

Serin, İ., Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği, Kazancı Kitap, İstanbul-2004

Sözer, A.N., Türk Genel Sağlık Sigortası, Beta Yayınları, 2014-İstanbul

Tuncay, C., Ekmekçi, Ö., Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, 16.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul-2013,

Türk Tabipler Birliği Görüşleri, Genel Sağlık Sigortası, 2.Bası

Uşan, F., Türk Sosyal Güvenlik Hukuku'nun Temel Esasları, Seçkin Yayıncılık, Ankara-2009

Üzeltürk, H., Anayasa ve İdare Hukuku Temel Mevzuatı, 6.Bası, Legal Yayınları, İstanbul-2015



ÖZGEÇMİŞ

08.06.1986 Tarihinde Adana'nın Kozan ilçesinde doğdum, ilkokulu, Kozan'a bağlı Hamamköyü Torunlar İlköğretim Okulunda, ortaokulu, Kozan Halit Dağlı İlköğretim Okulunda, lise öğrenimimi Kozan 50. Yıl Lisesinde tamamladım. 2007 yılında Malatya Polis Meslek Yüksekokulu'nu kazandım ve 2009 yılında mezun olarak İstanbul Emniyet Müdürlüğü kadrosuna Polis Memuru olarak atandım. Görevim sırasında, 2011 yılında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi'nden, 2013 yılında Anadolu Üniversitesi Adalet Meslek Yüksekokulu'ndan, 2016 yılında Beykent Üniversitesi Hukuk Fakültesinden Mezun oldum. Memur kadrosunda iken Avukatlık Stajı yapmam mümkün olmadığından, Avukatlık Stajımı Başlatmak üzere, Polis Memurluğu görevimden İçişleri Bakanlığı'nın onayı ile istifa ederek, İstanbul Emniyet Müdürlüğü kadrosundan 15.11.2016 tarihinde ilişigimi kestim ve avukatlık stajına başlayarak 28.12.2017 tarihinde avukatlık stajımı tamamladım. Şu anda İstanbul Barosu Başkanlığı'na bağlı fiili olarak avukatlık yapmaktayım.

Çağlayan TEK