



Hasta Hakları Açısından Genel Sağlık Sigortası Değerlendirmesi

Münevver Kübra BAKIRCI



GİRİŞ

İnsanoğlu, modern dünyanın tabiriyle, risklerle çevrili bir hayatın başrol oyuncusudur. Hayatı, sağlığı, maddi varlığı her an için risklere açık bulunmaktadır. Riskler, var olma ihtimalleri ile kişi için birer tehlike kaynağıdır. Tehlikenin varlığı, yani belirsizlik hali, kişiyi kısıncasına alabilmekte ve onun maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını zedeleyebilmektedir. Birey, çeşitli devlet kurumları çerçevesinde sözleşme ile hayat verdiği devletten tehlike karşısında güvenlik talep etmektedir. Bireyin talep ettiği güvenlik, kişiliğini en elverişli şekilde geliştirebileceği bir ortama işaret etmektedir. Devlete yüklenen bu görev, derinleşerek ve geliştirilerek sosyal devleti ve en önemli görevi olan sosyal güvenlik hakkını karşımıza çıkarmaktadır. Devlet açısından yükümlülük, birey açısından hak olan sosyal güvenlik mekanizması, bireye gelişen ve değişen dünya ile değişen ve gelişen risklere karşı koruma vaat etmektedir.

Her daim sağlıklılık, esenlik hali, bireyin gelişiminde en önemli belirleyici olmuştur. Esenlik halinin maruz kalabileceği bir tehlike, insan yaşamını, onun maddi ve manevi varlığını olumsuz etkileyecektir. İşte 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu¹ kapsamında yer alan genel sağlık

sigortası da, devletin “kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğu sağlamak, ... insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları sağlama...” (Anayasa, madde 5) temel görevi çerçevesinde, Anayasa madde 56’da ifade edilen sağlık hakkını geliştirmek, bu hakka yönelebilecek tehlikeleri önlemek, tehlikeler ile karşılaşılması halinde gerekli mekanizmaları harekete geçirmek amacıyla hazırlanmış bir kanun görünümündedir. Genel sağlık sigortası ile sağlık

çeşitli maddelerin iptal edilmesi hükmünü verdi. Fakat kararın verilmesi ile gerekçesiyle birlikte *Resmî Gazete*’de yayımlanması sürecinin uzayabileceğinden hareketle, iptal edilen hükümlerin uygulanmasından doğacak “giderilmesi güç veya olanaksız durum ve zararların önlenmesi ve iptal kararının sonuçsuz kalmaması için Yasa’nın yürürlüğe gireceği 01.01.2007 gününden kararın (iptal kararının) *Resmî Gazete*’de yayımlanacağı güne kadar yürürlüğün durdurulmasına”, 15.12.2006 günlü, 2006/111 Esas, 2006/36 sayılı karar ile karar verildi (RG. T: 26.12.2006, S: 26388). Fakat iptal kararının Kanun’un yürürlük tarihinden önce yayımlanması ile yürürlüğün durdurulması kararı işlevsiz kaldı. Anayasa Mahkemesi’nin yürürlüğün durdurulması kararı karşısında 2007 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu (RG. T: 29.12.2006, S: 26391 Mükerrer) madde 30/IV’de öngörülen hüküm ile 5510 sayılı Kanunun 108. maddesinde değişiklik yapılarak yürürlük tarihi, 01.07.2007’ye ertelendi. Kanun üzerinde Anayasa Mahkemesi tarafından verilen iptal kararının da dikkate alınarak gerekli değişikliklerin yapılabilmesi için Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun yürürlük tarihi, 5655 sayılı kanun (RG. T: 20.05.2007, S: 26527) madde 1’de öngörülen hüküm ile 01.01.2008 olarak değiştirildi. Bu süreçte 5510 Sayılı Kanun’da değişiklik yapılmasını öngören Kanun Taslağı’nın (<http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0465.pdf>) gündeme gelmesi ile gerekli zaman aralığına sahip olmak için Kanun’un yürürlük tarihi, 108. maddesinde, 2008 Yılı Merkezi Bütçe Kanunu (RG. T: 26.12.2007, S: 26740, 1. Mükerrer) madde 28 ile yapılan değişiklik ile 01.06.2008 olarak belirlenmiştir. Ancak 5754 sayılı kanun ile söz konusu maddede yapılan değişiklik sonucu, 5510 sayılı Kanun, 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

¹ **5510 Sayılı Kanun’un Hikâyesi:** 5510 sayılı kanun, 16.06.2006 tarihli, 26200 sayılı *Resmî Gazete*’de yayımlandı. Kanun, 108. maddesine göre 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girecekti. Cumhurbaşkanı ile milletvekilleri tarafından ayrı ayrı yapılan iptal ve yürürlüğün durdurulması istemleri üzerinden gerçekleştirilen inceleme sonucunda Anayasa Mahkemesi, 15.12.2006 tarihli, E. 2006/111, K. 2006/112 sayılı karar ile (RG. T: 30.12.2006, S: 26392, 5. mükerrer)

hakkının tesisi ve yaygınlaştırılması (Anayasa, madde 56/5) amaçlanmakta, bireyin esenlik halini tehdit edebilecek risklere karşı korunma sağlanmaktadır.

Sağlık hakkı, temel insan hakkı olan yaşama hakkının en önemli görünümlerinden biridir. Yaşama hakkı, bireyin varlığının kabulü ile başlayan süreçte, onun maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesini ifade etmektedir. Bireyin maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesi hakkı, onun bedeni, ruhi ve çevresel faktörler açısından tam bir esenlik hali içerisinde olmasını gerekli kılmaktadır. Ancak bedeni, ruhi ve çevre esenliğine sahip bir birey, yani sağlık hakkı tanınan ve koruma altında bulunan bir birey, tam anlamıyla yaşama hakkına sahip denilebilir.

Sağlık hakkı; bireyin bedeni, ruhi ve fiziki çevre esenliğinin mevcut risklere karşı korunmasını ve geliştirilmesini, riskler ile karşılaşılması halinde ise esenlik halinin tekrar sağlanması adına gerekli teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve diğer esenlendirici hizmetlerin sunulmasını, bireylerin bu süreçler hakkında bilgilendirilmesini ifade etmektedir.

Hasta hakları ise, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimsenin temel insan hakları bağlamında genelde yaşam hakkının, özelde sağlık hakkının bir görünümü olarak sahip olduğu hakları ifade etmektedir. Ülkemizde, hasta hakları, 01.08.1998 tarihli *Resmî Gazete*'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ile görünür kılınmaktadır. Bu yönetmelik, uluslararası sözleşmeler, anayasa ve diğer hukuki metinlerde yer alan hasta haklarını biraraya toplamakla birlikte, haklar konusunda sınırlandırıcı bir dil kullanmamaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer alan hasta haklarını başlıca şu şekilde sınıflandırmak mümkündür:

- Sağlık hizmetlerine ulaşma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı
- İradeye saygı hakkı
- Bilgi alma hakkı
- Bilgilerin gizli tutulması hakkı
- Mahremiyete saygı hakkı

- Güvenlik hakkı
- Dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden yararlanma hakkı
- Refakatçi bulundurma hakkı

Bu haklar arasında yer alan sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan yararlanma hakkı, ayrı bir öneme sahiptir. Çünkü Türkiye'nin de taraf devlet olduğu Uluslararası Çalışma Örgütü'nün hazırladığı 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Sözleşmesi madde 7-12, hastalık riski karşısında devlete, sosyal güvenlik hakkını gerçekleştirmek adına birtakım sağlık hizmetlerinin sağlanması görevini yüklemektedir. Devlete yüklenen bu görev, birey nezdinde, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkı olarak görünmekte ve bu hak da hasta hakları içerisinde görünüm kazanmaktadır. Belirtmeliyiz ki, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer verilmesi de hastalık riski karşısında sosyal güvenlik hakkı, hastanın temel haklarından biridir.

Genel sağlık sigortası; *kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlamayı garanti eden sigortadır.* (5510 Sayılı Kanun, madde 3/8. bent) *Yani hastalık riski ile karşılaşma öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerini sağlayan bir sigorta çeşididir.* Bu çerçevede de genel sağlık sigortası, sağlık hakkının tesisi ve yaygınlaştırılmasını, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma olgusunu tüm topluma yaymayı amaç edinmektedir.

Hasta hakları açısından "hasta" ise sağlık hizmetinden faydalanma ihtiyacı olan kimse olarak, genel sağlık sigortasının muhatabı olmaktadır. Bu çerçevede karşılaşma imkânı bulan genel sağlık sigortası ve hasta hakları, temel olarak Hasta Hakları Yönetmeliği'nde dile getirilen sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkı çerçevesinde incelenecektir. Bunun yanında hastanın refakatçi bulundurma hakkı ile hastaya ait bilgilerin gizli tutulması hakkı da değerlendirme kapsamında olacaktır.

Ayrıca hasta hakları açısından yeni bir hak denemesi yapılacaktır. "Hastanın Katılma Hakkı" kavramı ile sunacağımız bu hakka ilişkin değerlendirmemizin ardından "Sonuç" ile çalışmamıza son vereceğiz.

SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞMA VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA HAKKI KARŞISINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Genel sağlık sigortası, sosyal güvenlik sistemleri içerisinde “sosyal sigorta yöntemi”² üzerinden, sigorta kapsamındaki yer alan ilgililere, güvence sağlamaktadır.

Genel sağlık sigortası, birtakım şartlar dâhilinde, birtakım sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamayı garanti eden bir sosyal güvenlik mekanizmasıdır.

Genel sağlık sigortası, hastalık riski ile karşılaşma öncesinde koruyucu sağlık hizmetlerine ile hastalık riski ile karşılaşma sonrası teşhis, tedavi şeklindeki sağlık hizmetlerine ulaşma halinde meydana gelen gider artışına karşı koruma için geliştirilen bir sosyal güvenlik mekanizması olmaktadır.

5510 sayılı Kanununun 92. maddesine göre genel sağlık sigortası, zorunlu bir sigortadır ve “... sigorta kapsamındaki hak ve yükümlülükleri ortadan kaldırmak, azaltmak veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir.” (5510 sayılı kanun, madde 92/1)

Sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan yararlanma hakkı açısından Genel Sağlık Sigortası'nı, sigorta kapsamında sunulacağı vaat edilen sağlık hizmetleri, vaat edilen sağlık hizmetlerinin sunulacağı sigorta kapsamındaki ilgililer ve sigorta kapsamındaki ilgililerin vaat edilen sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için gerekli olan şartlar üzerinden değerlendireceğiz.

1. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirme

Genel sağlık sigortası üzerinden bir değerlendirme yapmak için öncelikle sigortanın hangi hizmetleri sunmayı vaat ettiği, yani beden ve/veya ruh bütünlüğü bozulan ya da söz konusu bütünlüğün bozulmasını önlemek adına bir kişiye hangi güvencelerin sunulduğu üzerinde durmak gerekmektedir.

a. Genel Sağlık Sigortası'nın Finansmanını Sağlamayı Vaat Ettiği Sağlık Hizmetleri

Sigorta kapsamında sunulan sağlık hizmetleri 5510 sayılı kanun, madde 63/1'de şu şekilde ifade edilmektedir:

- Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.
- Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.
- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.
- Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş he-

² “Sosyal Sigorta” yöntemi ile ilgili olarak bkz.: Ali Güzel, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”, Çalışma ve Toplum dergisi, 2005/4, s. 4-7; M. Kübra Bakırcı, *Küreselleşme Sürecinde Sosyal Güvenlik Hakkı ve Engeller*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk Ana Bilim Dalı, İstanbul 2008, s. 17’de yer alan açıklamalar.

kiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72'nci maddeye göre belirlenen tutarının % 50'si.^(*)

- d) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 72'nci maddeye göre belirlenen tutarı,
- e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının ... şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurumları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.
- f) Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması,

(*) Madde 63 ün 1. fıkrasının (d) bendinin "... 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72'nci maddeye göre belirlenen tutarının %50'si." bölümü, Anayasa Mahkemesi'nin 30.12.2006 tarih ve 26392 sayılı 5. Mükerrer *Resmî Gazete*'de yayımlanan, 15.12.2006 T., 2006/111 E. ve 2006/112 K. sayılı kararı ile 5510 sayılı Yasa'nın 4. maddesinin 1. fıkrasının (c) bendi kapsamına giren sigortalılar yönünden iptal edilmiştir.

garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

Aktardığımız madde metninde de görüleceği üzere, genel sağlık sigortası; sigorta kapsamındaki ilgililere, analık sebebiyle sunulan hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, tüp bebek ve kök hücre tedavisi ve organ nakli gibi oldukça geniş bir sağlık hizmet alanının finansmanını garanti etmektedir. Söz konusu bu düzenleme ile sigorta kapsamında sunulacak hizmet alanı geniş tutulmakta ve böylece de sağlık hizmetine ulaşma ve ondan faydalanma hakkının gerçekleşmesi için önemli bir adım atılmış olmaktadır.

b. Genel Sağlık Sigortası'nın Sosyal Güvenlik Asgari Standartlar Sözleşmesi Karşısındaki Durumu

Genel sağlık sigortası kapsamında, finansmanı sağlanacak hizmetlere baktığımızda; sigortanın, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 102 sayılı Sosyal Güvenlik Asgari Standartlar Sözleşmesi'nde hastalık riskine karşı sunulması gereken asgari hizmetleri içerdiğini görmek mümkündür. İlgili sözleşmenin 10/1. maddesi şu hükmü içermektedir:

Yardımlar en az şunlardır:

- a) Hastalık halinde:
- 1) Evde yapılacak muayeneler dahil, pratisyen hekimler tarafından yapılacak muayene ve tedaviler;
 - 2) Mütihassis hekimler tarafından, hastanelerde yatarak veya ayakta yapılacak muayene ve tedavilerle hastane dışında sağlanabilecek tedaviler
 - 3) Hekim reçetesiyle lüzum gösterilen ilaçların temini;
 - 4) Lüzumu halinde, hastaneye yatırma;
- b) Gebelik, doğum ve bunlardan ileri gelen hastalık ve arızalarda;
- 1) Doğumdan evvel, doğum esnasında ve doğumdan sonra, bir hekim veya diplomalı ebe tarafından yapılacak muayene ve tedaviler;
 - 2) Lüzumu halinde, hastaneye yatırma.

Genel sağlık sigortasının, hastalık riski karşısında koruyucu ve tedavi edici sağlık hiz-

metlerinin finansmanını sağlaması, sosyal güvenlik hakkının asgari ölçüsünü çizen ilgili Sözleşme hükmüne de uygunluk arz etmektedir.³

c. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Açısından Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması, önemli bir düzenlemedir. Sağlık hakkı, bireyin sağlığının korunmasını ve sağlığını tehdit eden riskler ile karşılaşması halinde risklerin etkisinin giderilmesi veya en aza indirilmesini ifade etmektedir. Ama sağlık hakkı çerçevesinde asıl ulaşılmak istenen amaç, sağlığı tehdit eden risklerle karşılaşmadan önce onlar hakkında yeterli bilgi sahibi olma ve onlara karşı yeterli korumanın sağlanmasıdır. Bu çerçevede koruyucu sağlık hizmetleri bireye ve çevreye yönelik olmaktadır.⁴

Bireye yönelik sağlık hizmetleri; bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, iyi beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi hizmetleri ifade etmektedir.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise çevredeki olumsuz fiziksel, biyolojik ve kimyasal olumsuzlukların yok edilmesini, düzeltilmesini ifade etmektedir. Genel sağlık sigortası kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması, bireyin hastalık hali ile tanışması öncesinde sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere ulaşma ve ondan yararlanma hakkını tesis etmesi açısından oldukça önemli bir adımdır.

Unutulmamalıdır ki, "hasta" kavramı; sağlığı riske maruz kalmış kişi olarak değil, sağlık hizmetinden yararlanma ihtiyacı bulunan kimse olarak tanımlanmaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği, madde 4/b) Dolayısıyla "hasta hakları" kavramı, sadece sağlıklılık hali riske

uğramış kişiyi değil, bu risk altında bulunan herkesin haklarını ifade eden bir kavramdır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sigorta tarafından karşılanması için ilgililerin, prim ödemiş olması gerekmektedir. (5510 sayılı Kanun, madde 67/1) Ayrıca kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için katılım payı ödeme şeklinde herhangi bir mali yükümlülük de öngörülmemiştir. 5510 sayılı Kanunun 69/1-c şü hükmü taşımaktadır:

"68'inci maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır:

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

İlgili hükümler ve uygulamalar ışığında bazı hususlara dikkat çekmek gerekmektedir. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmeti kavramı ne halkımız nezdinde ne de sağlık personeli nezdinde, hak ettiği mevkide bulunmamaktadır. Hizmetin her iki tarafı da, gerekli bilgi ve bilinçten çeşitli düzeylerde de olsa yoksun bulunmaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamında ilgili hükümlere yer verirken, koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin olarak halk ve sağlık personeli düzeyinde bilinçlendirme çalışmalarının başlatılması ve yaygınlaştırılması da gerekmektedir. Bireye yönelik herhangi bir sorun, hiçbir zaman, tek yanlı düşünme ve çözüm önerisi ile çözülebilecek nitelikte olmamıştır. İleride değineceğimiz sağlık hizmetine ulaşmak için sevk zincirine uyuma gerekliliği, ancak işbu alanda oluşacak bilinç ile istenilen amaca ulaşabilecektir. Aksi halde insanlara sağlık hizmetine ulaşma hususunda eziyet çektirmenin ötesinde bir sonuç ile karşılaşılmaz.

d. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Açısından Genel Sağlık Sigortası

Sigorta kapsamında finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri arasında ağız ve diş sağlığı hizmetleri de yer almaktadır.

İşbu hizmetler arasında sayılan diş protez hizmeti için, 5510 sayılı Kanunun ilk halinde, 18 yaşından küçük olma ile 45 yaşından büyük olma şeklinde yaş sınırlaması mevcut

³ Ali Nazım Sözer, "5510 sayılı Kanunu'nun Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeleri", Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu-İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007, s. 156.

⁴ S. Başak Soyuloğlu, "Çağdaş Sağlık Anlayışı", <http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/Ay2003/kasim03-cagdasaglik.html>, 09.11.2009.

idi.⁵ Söz konusu bu hüküm, 18-45 yaş aralığındaki ilgililerin temel ağız ve diş sağlığı hizmetleri arasında yer alan diş protez hizmetinden sigorta kapsamında faydalanmasını engellemektedir. İlgililerin sağlıklılık hallerinin devamı için gerekli olan diş protezi hizmetine ulaşamamasına sebep olacak niteliktedir. Böyle bir hüküm, sosyal hukuk devletinin temeli olan eşitlik ve sosyal adalet ilkelerini ve bireyin adalet ve hakkaniyet çerçevesinde sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkını ihlal edebilecektir.

İlgili hükme ilişkin Anayasa'ya aykırılık iddiası da; Anayasa Mahkemesi tarafından, kamu görevlileri açısından kabul edilmiş, hükmün kamu görevlileri açısından iptaline hükmedilmiş; kamu görevlileri dışında diğer kimseler açısından ise herhangi bir Anayasa'ya aykırılık görülmemiştir.⁶ AYM'nin kararında, "kamu görevlileri ile diğer genel sağlık sigortalıları arasında fark gözetmesi", Anayasal ilkelere açık bir aykırılık teşkil etmektedir.⁷

Diş protez hizmetinden faydalanmada eşitlik ve adalet ilkelerine aykırı düzenleme içeren söz konusu 65/1-d. maddesi, 5754 sayılı Kanun ile değişikliğe uğramıştır. Yapılan değişiklik sonucu, diş protez hizmeti, herhangi bir yaş sınırlaması taşımaksızın, sigorta kapsamındaki her kişinin faydalanabileceği bir şekilde düzenlenmiştir. İlgili hükümden, Anayasa Mahkemesi'nin sigortalılar arasında fark gözetmen kararına rağmen, her sigortalıyı kapsayıcı ve yaş sınırlamasını kaldırıcı şekilde değişiklik yapılması, oldukça sevindiricidir.

Genel Sağlık Sigortası kapsamında finansmanı sağlanacak ağız ve diş sağlığı hizmetleri arasında ortodontik diş tedavileri de yer almaktadır. Ancak söz konusu sağlık hizmeti, sigorta kapsamında sadece ve sadece 18

yaşından küçük ilgililer için söz konusu olacaktır. Hâlbuki ortodontik diş tedavileri de ağız ve diş sağlığı alanında temel sağlık hizmetlerindedir ve bu pahalı hizmetlerin 18 yaşından büyük ilgililer için kapsam dışı bırakılması, ilgililerin sağlık hizmetlerine ulaşmasını engelleyici nitelik arz etmektedir.⁸

e. Yurt Dışında Sağlık Hizmeti Açısından Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası kapsamındaki söz konusu sağlık hizmetlerinin yurt içinde sunulmasının esas olduğu hüküm altına alınmıştır. (5510 sayılı Kanun, madde 66/1) Ancak bununla birlikte, 5510 sayılı Kanunun 66. maddesi, "yurt dışında tedavi" başlığı altında, hangi hal ve şartlar dâhilinde sigorta kapsamında yurt dışında sağlık hizmetine ulaşılabilirliğini düzenlemektedir. İşbu 66. maddenin 1. fıkrası şu şekildedir:

"63'üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinin yurt içindeki sağlık hizmet sunucularından sağlanması esastır. Ancak;

- a) 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usule uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak geçici görevle yurt dışına gönderilenlere, acil hallerde,
- b) 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usule uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere,
- c) Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde (Değişik ibare: 5754 - 17.04.2008/madde 65/1) "tedavisinin yapılamadığı" tespit edilen kişilerin, sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır."

⁵ 5510 sayılı Kanun madde 63/1-d: "... 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72'nci maddeye göre belirlenen tutarının %50'si."

⁶ 15.12.2006 tarih ve 2006/11 esas 2006/112 karar sayılı Anayasa Mahkemesi kararı, 30.12.2006 tarih ve 26932 sayılı 5. Mükerrer Resmi Gazete.

⁷ Bkz.: Ali Rıza Okur, "Genel Sağlık Sigortasının Ortaya Çıkaracağı Sorunlar", Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007, s. 179.

⁸ Bkz.: Ali Rıza Okur-Hediye Ergin, "5510 Sayılı Kanunda Değişiklik Öngören 25.10.2007 Tarihli Taslağın Değerlendirilmesi", Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku dergisi, Ekim-Kasım-Aralık 2007, S: 16, s. 1459-1460.

Genel sağlık sigortası kapsamında yurt dışında tedavi imkânının sunulması, bireyin sağlık hakkının tesisi adına önemli bir düzenlemedir. Ancak işbu düzenlemede iki hususu da dikkat çekmek gerekmektedir.

Geçici görevle yurt dışında görevlendirilen kişilerin sadece acil hallerde aldıkları sağlık hizmetleri, sigorta tarafından karşılanacaktır. Acil hal dışında, mesela kronik bir rahatsızlık sebebiyle rutin kontrol gerektiren hallerde, ilgiliye sunulan hizmetler sigorta kapsamında yer almayacaktır. Bu husus da sağlık hakkına erişim açısından birtakım hak ihlallerini beraberinde getirebilecek niteliktedir.

Sağlık hakkına ulaşım açısından üzerinde düşünülmesi gereken diğer husus da; yurt dışında tedavi görmek için Sağlık Bakanlığı'nın olumlu görüşünün alınması gerekliliğidir. Öncelikle tedavinin yurt içinde yapılamayacağı hususu; tıbbi değerlendirmeyi gerektiren bir husustur, bürokratik bir değerlendirmeye konu olmamalıdır. Ayrıca Bakanlık görüşünün alınması gerekliliği; birtakım bürokratik işlemler sebebiyle sağlık hizmetine ulaşma hakkını geciktirebilecek niteliktedir. İşbu hüküm yerine, yurt içinde tedavinin mümkün olmadığına dair yetkili hekim kurulunun kararı üzerine yurt dışında sağlık hizmetinin alınabilmesi imkânının sunulması, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkının korunması açısından uygun olacaktır.

f. Yol Giderleri ve Gündeliklerin Sağlanması Açısından Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası kapsamında sadece sağlık hizmetleri yer almamakta, sağlık hizmetlerine ulaşmak için ilgililerin maddi açıdan ihtiyaç duyabilecekleri hususlara da yer verilmektedir. Bu çerçevede ilgililerin tıbbi gereklilik üzere sevk edilmeleri halinde yol giderleri ve gündelikleri de, sigorta tarafından karşılanmaktadır. Konuya ilişkin madde 65/1, şu hükümü taşımaktadır:

"Hekimin veya dış hekiminin muayene veya tedavi sonrası tıbben göreceği lüzum üzerine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmaları için muayene ve tedavi edildikleri yerleşim yeri dışına yapılan sevkinde, ayakta te-

davilerde kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş yol gideri ve gündelikleri; yatarak tedavilerde ise gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri Kurumca karşılanır."

Söz konusu bu düzenleme; vücut bütünlüklerinin korunması ve tekrar tesisi için bulunduğu mahaldeki sağlık hizmet sunucusu dışında hizmet alması gereken kişilerin, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkının tesisi açısından yerinde bir düzenlemedir.

g. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Yetkisi Açısından Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerine ilişkin olarak 5510 sayılı Kanun bir hüküm içermektedir ki; ilgili hüküm, Anayasa'ya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesi tarafından muhakeme edilmiştir. 5510 sayılı Kanunun 63/II. maddesi şu hükümü taşımaktadır:

"Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usul ve esaslarını Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla komisyonlar kurabilir, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir. Komisyonların çalışma usul ve esasları Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir."

İşbu hüküm ile Sosyal Güvenlik Kurumu; teşhis ve tedavi yöntemleri ile teşhis ve tedavi için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetlerinin tür, miktar ve kullanım süresini belirleme hususunda, Sağlık Bakanlığının görüşüne başvurulmak suretiyle yetkili kılınmıştır.

İlgili hüküm, sağlık hakkının sınırlandırılması olarak değerlendirilebilecek niteliktedir. Örneğin ilgilinin yaş düzeyi ve engel durumuna bağlı olarak kişisel olarak kullanım süresi de-

ğışebilecek ortez hizmeti için “iki yılda bir değiştirilebilir” şeklinde yapılacak soyut bir düzenleme, kişilerin sağlık hakkını ihlal edebilecektir.

Anayasa Mahkemesi, ilgili maddeye ilişkin Anayasa’ya aykırılık iddiası karşısında yaptığı değerlendirmesinde şu hususa dikkat çekmiştir:⁹

“... Sağlık hizmetlerinin çeşitliliği, teşhis ve tedavi yöntemlerindeki bilimsel gelişmeler karşısında bu yöntemlerin yasa da belirlenmesinin işin niteliğine uygun olmadığı, ayrıca Kurumun bu belirlemeyi bilimsel komisyonlar kurarak ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle iş birliği içinde gerçekleştirebileceği gözetildiğinde kuralın, Anayasa’nın 7. maddesinde belirtilen yetki devrini içermediği sonucuna varılmıştır.”

Sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkı çerçevesinde ilgili hükmü değerlendirdiğimizde şu sonuca varılmaktadır: Sağlık hizmetlerinin çeşitliliği, teşhis ve tedavi yöntemlerindeki bilimsel gelişmeler karşısında bu yöntemlerin yasa da belirlenmesinin işin niteliğine uygun olmadığı fikri kabul edilebilir. Ancak bir hususun gözden kaçtığı kanaatindeyiz. Hepimizin bildiği gibi “hastalık” yoktur, “hasta” vardır. Yani sağlık alanı ve bu alanda sunulacak sağlık hizmetleri, son derece kişisel nitelikte olup, bireysel ihtiyaçlar çerçevesinde şekillenmektedir. Bu çerçevede de sağlık hizmetlerinin türü, miktarı, kullanım süresi gibi hususların öncelikli olarak kişisel gereklilikler çerçevesinde belirlenmesi gerekir. Aksi hal, bireyin sağlık hakkını zedeleyici nitelikte olacaktır. İlgili hüküm, birtakım suistimalleri önlemek adına Sosyal Güvenlik Kurumu’na genel düzenleyici işlem yapma yetkisi vermektedir. Söz konusu bu yetki verilirken, Sağlık Bakanlığı’nın görüşünün alınması zorunluluğu getirilmek suretiyle, belki de tıbbi gereklilik hususu yerine getirilmek istenmiştir.

Ancak Sosyal Güvenlik Kurumu gibi Sağlık Bakanlığı da bürokratik yapı içerisinde yer almakta olup, somut kişisel tıbbi ihtiyaçlar hakkında gerekli ve yeterli kararları verebilecek makamlar değildir. Tıbbi ihtiyaçlar hak-

kında yerinde bir karara varabilmek, ilgili sağlık personel tarafından verilecek raporlar üzerinden mümkün olacaktır. Yani ilgili idari birimler tarafından getirilebilecek soyut birtakım hükümler, tıbbi ihtiyaçları karşılayamama, ilgilinin sağlık hizmetine ulaşımını engelleme gibi sonuçlar ile bizi baş başa bırakabilecektir.¹⁰

Kanaatimizce; sigorta kapsamında finansmanı sağlanacak ve sağlanmayacak sağlık hizmetleri (5510 sayılı Kanun, madde 64), kanunda belirtilmiş olup, sağlık hizmetlerinin çeşitliliği, teşhis ve tedavi yöntemlerindeki bilimsel gelişmeler karşısında bu yöntemlerin her birinin yasa da belirlenmesi işin niteliğine uygun değildir. Ancak birtakım mali kaygılar ile hareket edebilecek bürokratik yapı içerisindeki kurumlara, sınırları belli olmayan yetkiler vermek, tıbbi ihtiyaç, tıbbi gereklilik gibi sağlık hizmetini şekillendiren temel ilkelerin göz ardı edilmesi sonucunu doğuracaktır. Bu sebeple, Kurum’a verilen yetki çerçevesinde hazırlanacak genel düzenleyici işlemlerin, tıbbi gereklilikler dâhilinde sağlık raporu ile aşılma imkânı da tanınmalıdır. Aksi hal tıbbi gereklilere uygun tedavi ve bakım hakkını ihlal edecektir.

h. Finansmanı Sağlanmayacak Sağlık Hizmetleri Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Kanun içerisinde, yukarıda belirttiğimiz gibi genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri de ayrıca düzenlenmiştir. İlgili 64/1. maddesi şu şekildedir:

“Kurumca (Ek ibare: 5754 - 17.04.2008 / madde 41) “finansmanı” sağlanmayacak sağlık hizmetleri şunlardır:

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

⁹ 15.12.2006 tarih ve 2006/11 esas-2006/112 karar sayılı Anayasa Mahkemesi kararı, 30.12.2006 tarih ve 26932 sayılı 5. Mükerrer Resmi Gazete.

¹⁰ Okur, s. 179-180; Sözer, s. 156-157.

- b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.
- c) (Ek: 5754 - 17.4.2008 / madde 41) Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları.”

İlgili hükümde, estetik amaçlı tedavilere birtakım istisnaların getirilmesi (madde 64/I-a), sağlık hakkının tesisi açısından oldukça önemlidir. Bu istisnaların biraz daha genişletilerek kişiliği zedeleyebilecek estetik bozuklukların da sigorta kapsamında olabileceği kanaatindeyiz.¹¹

Yine sigorta kapsamı dışında tutulan, Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmeti (madde 64/I-b) olarak alternatif tıp uygulamalarının kapsam dışı kalması, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan yararlanma hakkını zedeleyici niteliktedir. Artık Dünya’da sağlık hizmetleri, sadece yapay tedavi araçları ile değil onu tamamlayıcı, destekleyici nitelikte doğal teşhis ve tedavi araçları ile de sağlanmaktadır.

Ayrıca ilgili hüküm ile yabancı ülke vatandaşının genel sağlık sigortası kapsamında yer almadan önceki kronik hastalıklarının sigorta kapsamı dışında bırakılması, herkesin sahip olduğu sağlık hakkını ihlal edecek niteliktedir.

1. Genel Sağlık Sigortalılığının Yitirilmesi Hali Açısından Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası, yukarıda ifade ettiğimiz sağlık hizmetlerini ve bunların finansmanını, aşığıdaki başlık altında inceleyeceğimiz genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olunan kimselere karşı sunmayı vaat etmektedir. Peki ilgili, sigorta kapsamı dışına çıkar ise, almakta olduğu sağlık hizmeti ne olacaktır? 5510 sayılı Kanunun 63/III. maddesi, bu konuya temas etmektedir. Genel sağlık

sigortalısı olma şartlarının yitirilmesi halinde, ilgili maddeye göre;

“60’inci maddede sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.”

Bu hüküm, bireyin sağlık hakkının tesisinde en önemli hükümdür.

2. Genel Sağlık Sigortası’ndan Yararlanacak İlgililer Açısından Değerlendirme

5510 Sayılı Kanun, genel sağlık sigortasından yararlanabilecek kişileri, “genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler” adı altında oluşturduğu kategori üzerinden sunmaktadır. (5510 sayılı Kanun madde 60/I ve madde 3/10)

a. Zincirde Bir Halka Olarak Genel Sağlık Sigortalılığı

Birey, bir kere genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kimse olarak zincirde bir halka olduktan sonra durumundaki değişiklikler, kural olarak, ilgilinin dâhil olacağı kategoriyi değiştirmekle birlikte sistem dışına çıkması sonucunu doğurmamaktadır. Genel sağlık sigortası üzerinden şekillenen sistemin dışına çıkabilmesi için genel bir kural belirtmek mümkünse, bu hususu, 5510 sayılı Kanununun 61. maddesinin IV. fıkrası ile Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği madde 10/I. fıkrası çerçevesinde şu şekilde ifade edebiliriz: ilgilinin ölmesi ya da ikametgâhının Türkiye dışında bulunması. Söz konusu düzenleme, sağlık hizmetine ulaşma ve ondan faydalanma hakkının tesisi adına oldukça önemli bir düzenlemedir. Çünkü alt başlıklar altında göreceğimiz gibi Türkiye’de ikamet eden her bireyin sigorta kapsamına girmesi amaçlanmaktadır. Ancak ilgilinin, sistem dışına çıkmaksızın, sigortadan faydalanabilmek için kendisine düşen yükümlülüklerle ilişkin kategorileri değişebilmektedir. İşçi olarak 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinin I-a-1. bendi kapsamında sigortalı olan kimse, işten çıkması sonrasında bu bent kapsamından

¹¹ Okur, s. 180.

çıkarmakta, içerisinde bulunduğu durum ile bağlantılı yeni bir kategori üzerinden sistem içerisinde yer almaktadır.

Ancak ilgilinin bulunduğu yeni kategori, sigorta hizmetlerinden faydalanabilmek için birtakım ek yükümlülükler talep edebilir ki, bu husus da, somut olayda bireyin, genel sağlık sigortasından faydalanabilmesini zorlaştırma sonucunu doğurabilecektir.

b. “Genel Sağlık Sigortalısı” Kavramı Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 Sayılı Kanun’un 60. maddesinin 1. fıkrasına göre;

“Yerleşim yeri Türkiye’de olan kişilerden;

a) 4’üncü maddenin birinci fıkrasının;

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

2) (b) bendi gereğince sigortalı sayılan kişiler,

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

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

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

2) Vatansızlar ve sığınmacılar,

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

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

5) 28.05.1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

6) 03.11.1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

7) 24.05.1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

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

9) 18.03.1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74’üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16’ncı maddesine göre aylık alan kişiler,

10) 11.10.1983 tarihli ve 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

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

e) 25.08.1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

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

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

genel sağlık sigortalısı sayılır.”

Bu sınıflandırma ile özetle belirtebiliriz ki; Türkiye’de ikamet etmekte olan kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına bağlı ilgililer, isteğe bağlı sigortalılar, emekliler, herhangi bir sosyal sigorta kapsamında bulunmayan vatandaşlar ile vatansız ve sığınmacılar, işsizlik sigortası kapsamındaki ilgililer sigorta kapsamındadır. Türkiye’de oturma izni bulunan yabancı ülke vatandaşları ise, karşılıklılık esası çerçevesinde, bir yıldan fazla süre ile Türkiye’de ikamet etme şartıyla genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır.

1. Hukuk Tekniğine Aykırı İfadeler

Her şeyden önce belirtilmelidir ki, aktardığımız 60. maddenin (g) bendinde yer alan “Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka

bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar” ifadesi, hukuk tekniği açısından yerinde bir ifade değildir. Şöyle ki; Anayasa Mahkemesi, 5510 sayılı Kanunun madde 67/I-b bendi üzerinden yaptığı incelemesi sırasında, belirttiğimiz madde 60/I-g bendinin, “Türkiye’de ikamet etmeyen Türk vatandaşları”nı kapsadığını ifade etmektedir. Hâlbuki kanun metnini yorumlama tekniği açısından, belirtilen g bendi, bağlı bulunduğu 1. fıkranın “Yerleşim yeri Türkiye’de olan kişilerden” ifadesi içerisinde değerlendirilecektir. Bu değerlendirme de, başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma imkânı olmayan ve de Türkiye’de ikamet etmeyen Türk vatandaşlarının, genel sağlık sigortası kapsamında yer almaması sonucunu doğuracaktır. Böyle bir yoruma mahal vermemek için kanun metinlerinin daha titizlikle düzenlenmesi gerekmektedir. Yapılması gereken; Türkiye’de ikamet eden kişiler üzerinden sayılan genel sağlık sigortalılarının yer aldığı fıkra içerisinde bir sınıflandırma yapılacak ise, “Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan Türkiye’de ikamet etmeyen vatandaşlar” ifadesine yer vermektir.

2. Yeşil Kart Sahipliği Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Kanunun ilk halinde, 60. maddenin 1. fıkrasının c-1 bendinde, şu ifadeye yer verilmekte idi: “18.06.1992 tarihli ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun kapsamında yeşil kart verilen kişiler”. İlgili Kanun’un yürürlükteki mevcut haline göre ise, “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”, genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. 5510 sayılı Kanunun ilgili bendinde değişiklik öngören 5754 sayılı Kanunun madde gerekçesinde; “3816 sayılı Kanun (Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun) kapsamındaki kapsamlardan çıkarılmış, her türlü gelirin aylık tutarı,

net asgari ücretin üçte birinden az olan kişiler”in genel sağlık sigortası kapsamına alınacağı belirtilmektedir.

İşbu düzenleme ile “... hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması” (3816 sayılı Kanun, madde 1) amacını taşıyan 3816 sayılı Kanunun yürürlükten kaldırılma süreci başlatılmış olmaktadır. Bu çerçevede de, 5510 sayılı Kanunun 106. maddesinin 2. fıkrası; “18.06.1992 tarihli ve 3816 sayılı Kanun, bu Kanunun yürürlük tarihinden itibaren iki yıl sonra... yürürlükten kaldırılmıştır.” hükmüne yer vermektedir.

İki yıllık bu geçiş sürecinde ise, 5510 sayılı Kanunun geçici 12/IV. maddesine göre; “... Bu sürede, 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı Kanun kapsamında yeşil kart verilen ve verilecek kişiler durumlarında değişiklik olmaması kaydıyla başka bir işleme gerek kalmaksızın bu Kanunun 60’uncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.” Dolayısıyla 01.10.2008-01.10.2010 yılları arasında yeşil kart uygulaması yürürlükte kalacak, ilgililer, 3816 sayılı Kanun hükümlerine göre yeşil kart veren birimlere başvurularını yapacaklar ve 3816 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde değerlendirileceklerdir. Zaten 3816 sayılı Kanunda tercih edilen “yoksulluk” ölçütü ile 5510 sayılı Kanununda tercih edilen “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 olma” durumu aynı içeriktedir. Böylece geçiş sürecinde herhangi bir haksız uygulamaya mahal verilmek istenmemiştir.

Bu suretle 5510 sayılı Kanun, “genel sağlık sigortası” ifadesine uygun olarak, geneli kapsayacak şekilde tek çatı işlevi görecektir. Fakat unutulmalıdır ki, 3816 sayılı Kanun, genel sağlık sigortasının asgari ölçüğünü ifade etmektedir.

Ayrıca 5510 Kanun’un geçici 12. maddesinin IV. fıkrasının devamında yer verilen ve

yoksulluk ölçütü kapsamında yer almayan ilgililere ilişkin basamak uygulaması, sağlık hizmetine ulaşma hakkı açısından yerinde bir düzenlemedir. Bu hükme göre; Sosyal Güvenlik Kurumu veya geçiş dönemi içerisinde yeşil kart veren birimler tarafından tespit edilen aile içindeki kişi başına düşen gelir payının aylık tutarı;

1. Asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilenler, 5510 sayılı Kanunun 82. maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının üçte biri,
2. Asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilenler, 5510 sayılı Kanunun 82. maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarı,
3. Asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilenler, 5510 sayılı Kanunun 82. maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı,

prime esas kazanç tutarı olarak esas alınacak ve primleri kendileri tarafından ödemek üzere tescil edileceklerdir.

3. Yabancı Ülke Vatandaşları Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Kanun ile yabancı ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve Türkiye’de oturma iznine sahip yabancı ülke vatandaşları, Türkiye’de bir yıllık ikamet etmek şartı ve karşılıklılık esası çerçevesinde genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. (5510 sayılı Kanun, madde 60/I-d, madde 60/III) İşbu hüküm ile yabancı ülke vatandaşları, Türkiye’de çalışıp çalışmamalarına, Türkiye’de sosyal sigortalar kapsamında olup olmadıklarına bakılmaksızın ayrı bir kategori oluşturularak genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından hazırlanan 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına Dair Sözleşme’nin 11. maddesine çerçevesinde, suiistimalleri önlemek için sağlık yardımlarından faydalanmada belli bir ikamet devresinin şart koşulabileceği kabul edilmektedir.

Ancak sağlık hakkına ulaşma açısından 5510 sayılı Kanun, ikamet şartı ile yetinmemekte, bu şart yanında, bir de “karşılıklılık” şartını öngörmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşmada “karşılıklılık” esasının aranması, hasta hakları açısından oldukça tedirgin edici bir durumdur.

Öncelikle sağlık hizmetlerine ulaşma hakkının yaygınlaştırılması kapsamında, yabancı ülke vatandaşlarının farklı durum arz edip etmeyeceği tartışılması gereken bir husustur. 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına Dair Sözleşme’nin 68. maddesine göre; *“Yabancı uyruklu mukimler vatandaşlarla aynı haklara sahip olurlar. Şu kadar ki, mevzuat, tamamı veya mühim bir kısmı amme fonlarından karşılanan yardımlar veyahut yardım kısımlarına taalluk eden hususlarla geçici devre yardımlarına taalluk eden hususlarda, yabancılarla memleket uyruğunda olmakla beraber üyenin ülkesi dışında doğmuş olanlar hakkında, hususi hükümleri ihtiva edebilir.”* Yani tamamı veya önemli bir kısmı kamu fonlarından karşılanan yardımlar söz konusu olduğunda yabancı ülke vatandaşları ile vatandaşlar arasında farklı düzenleme yapılabileceği belirtilmektedir.

Sağlık hakkı, Türk vatandaşı olan-olmayan her bireyin sahip olduğu ve korunması gereken bir haktır. Ancak bu en temel hak, Anayasa madde 65’te ifade edildiği üzere, devletin mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirilebilecektir. Anayasa’nın verdiği bu ölçü çerçevesinde, yabancı ülke vatandaşlarına yönelik bu sınırlayıcı düzenleme haklı gösterilmeye çalışılmaktadır. Fakat sosyal devletin, sağlık hakkını mali kaynaklar ölçüsünde ifa görevi, görevin amacına uygun öncelikler gözetilerek gerçekleştirilecektir. Sağlık hakkı, herkese sağlıklı ve dengeli bir çevre sağlama amacı göz önüne alınarak, oturma izni ile ülkede kalma iradesini açıklamış yabancı ülke vatandaşlarının, sağlık hizmeti talebi anında, karşılıklılık esası aranmaksızın, sigorta kapsamında bulunması gerekmektedir. Aksi bir tutum, bireyin sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan yararlanma hakkını zedeleyebilecek niteliktedir.

4. 2147 Sayılı ve 3201 Sayılı Kanun Kapsamındaki Açısından Genel Sağlık Sigortası

Kanununun 60. maddenin 3. fıkrasına göre; eski sosyal güvenlik kanunları kapsamında gelir ve aylık bağlananlardan kimselerden, "30.05.1978 tarihli ve 2147 sayılı ve 08.05.1985 tarihli ve 3201 sayılı Kanunlara göre borçlanarak aylık bağlanan kişilerden ise Türkiye'de ikamet etmeyenler genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar."

İlgili hüküm çerçevesinde, borçlanmak suretiyle aylık alanların Türkiye'de ikamet etmemeleri halinde, genel sağlık sigortalısı sayılmayacağı açık bir şekilde ifade edilmiştir. Bu çerçevede Türkiye'de oturmeyen Türk vatandaşlarının diğer genel sağlık sigortalıları karşısında herhangi bir farklı durumda bulunmaları kabul edilemez. Çünkü hasta hakları çerçevesinde sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı, sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı olan herkese, Türkiye'de ikamet eden veya etmeyen, herkese ilişkindir. Devlet, bireyin sağlık hizmetlerine ulaşma hakkının tesisi görevini ifa ederken, bu hakka ulaşımı yaygınlaştırmak amacını taşıırken, birtakım kimseleri kapsam dışında bırakması kabul edilemez.

c. "Bakmakla Yükümlü Olunan Kimseler" Kavramı Açısından Genel Sağlık Sigortası

"Bakmakla yükümlü olunan kimseler" kavramı, 5510 sayılı Kanunun 3/10. bentte şu şekilde tanımlanmaktadır:

"Bakmakla yükümlü olduğu kişi: Genel sağlık sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;

a) Eşini,

b) 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 05.06.1986 tarihli ve 3308 sayılı Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde meslekî eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre ma-

lül olduğu tespit edilen evli olmayan çocuklarını,

c) Geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı Kurumca belirlenen kriterlere göre tespit edilen ana ve babası."

Kız ve erkek çocuklar için belirlenen eşit yaş sınırı, toplumumuzun içerisinde bulunduğu sosyo-ekonomik ortam gereği, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkını zedeleyebilecek niteliktedir.¹² Çünkü toplum yapımız içerisinde kadınlar, iş imkânı açısından daha geniş olanaklara sahip erkeklerin bile iş bulma ve işi sürdürme olanaklarının daraldığı, %13 gibi işsizlik oranlarının seyrettiği günümüz Türkiye'sinde çoğunluk itibarıyla aile desteği ile hayatlarını sürdürmektedirler. Böyle bir toplumsal yapı içerisinde de kadın nüfus açısından, sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına ulaşmada güçlükler yaşanabilecektir.

Şunu belirtmeliyiz ki, genel sağlık sigortalısı olan kimselerin çocukları, 18 yaşlarını dolduruncaya kadar, genel sağlık sigortalısı olan anne veya babasından bağımsız olarak genel sağlık sigortası imkânlarından faydalanma hakkına sahip bulunmaktadır. 5510 sayılı Kanununun ilgili 61/II. maddesi şu hükmü içermektedir:

"60'ıncı madde gereği genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşını dolduruncaya kadar genel sağlık sigortalısı veya

¹² "Bakmakla yükümlü olunan kimse" kavramına ilişkin olarak, salt evlenme olgusuna bağlı olarak kavram dışına çıkılması doğru bulunmamaktadır. "Ancak yeni sistem 25 yaşından küçük ve üniversitede okuyan bir çocuğu salt evlenme nedeniyle sistem dışına çıkarmaktadır. Böyle bir düzenleme, sosyal güvenlik ilkeleri açısından kabul edilemez.", Utkan Araslı, 5510 Sayılı Kanun İle İlgili Yuvarlak Masa Toplantısı, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu-İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007, s. 203; Kemal Kılıçdaroğlu, 5510 Sayılı Kanun İle İlgili Yuvarlak Masa Toplantısı, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007, s. 207; Berin Ergin, 5510 Sayılı Kanun İle İlgili Yuvarlak Masa Toplantısı, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007, s. 211.

genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır...”

İlgili hüküm ile sosyal devlet; 18 yaşını doldurmamış çocukların sağlık sigortasını, genel sağlık sigortalısı anne ve/veya babaları üzerinden tanımlamaktadır. Ancak çocukları, anne-babalarının genel sağlık sigortasından faydalanmak için yerine getirilmesi gereken şartlardan arı olarak ele almaktadır. Çocuklar, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma açısından devlet güvencesi altına alınmak istenmektedir.

3. Genel Sağlık Sigortası'ndan Yararlanma Şartları Açısından Değerlendirme

Genel sağlık sigortasının kişi çevresinde yer alan kimselerin sigorta kapsamında sunulan hizmet ve imkânlardan yararlanabilmesi için birtakım şartların yerine getirilmesi gerekmektedir. Bunları şu şekilde ifade edebiliriz:

- Prim ödeme gerekliliği
- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna başvurma gerekliliği
- Sevk zincirine uyma gerekliliği
- Kimlik tespiti gerekliliği
- Katılım payı ödeme gerekliliği
- İlave ücret gerekliliği

a. Prim Ödeme Gerekliliği

Genel sağlık sigortası, yöntem olarak “sosyal sigorta yöntemi” üzerinden çalışmaktadır. Genel sağlık sigortası için tercih edilen sosyal sigorta yöntemi, sosyal risk niteliğine sahip tehlikeler karşısında, emeği (emeğin karşılığı olan ücretten “prim” adı altında bir kesinti yaparak), sosyal dayanışmayı sağlamak suretiyle değerlendirmeyi amaçlayan bir sistemdir. Bu yöntem de, sistemde yer alan kişilerin prim adı altında sisteme katkı yapmalarını ifade etmektedir.¹³

¹³ “Sosyal Sigorta” yöntemi ile ilgili olarak bkz.: s. 3, dipnot 2’de atıf yapılan kaynaklara.

Prim ödeme gerekliliğine ilişkin olarak belirtmeliyiz ki;

“Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz.” (5510 sayılı Kanun, madde 62/III)

Yani ilgili, 30 gün prim ödeme gün sayısı eşliğini geçtikten sonra, ödemiş olduğu prim miktarına bağlı olmaksızın sigorta kapsamındaki her türlü hizmetten faydalanma imkânına sahip olmaktadır.

1. Tercih Edilen Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Genel Sağlık Sigortası

Üzerinde duracağımız husus, sağlık hakkı gibi yaşama hakkının en temel görünümüne sahip olan bir hakka ulaşımı tesis etmek ve yaygınlaştırmak için tercih edilen sosyal güvenlik rejiminin yerindeliği sorunudur.

Sağlık hakkına ulaşımı sağlama, Sosyal Devlet vasfı gereği devletin en temel görevlerinden biri olmaktadır. Fakat devletin bu temel görevini ifa sırasında, ilgilinin katkısı aranabilir mi yoksa aranamaz mı? Uluslararası Çalışma Örgütü, 102 Sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme madde 10/II’de

“Yardımdan faydalananlar veya bunların aile reisleri, hastalık halinde yapılacak sağlık yardımı masraflarına iştirak ettirilebilir. Bu iştirake taalluk eden esaslar ilgiliye ağır bir yük teşkil etmeyecek şekilde tespit edilmelidir.”

hükmüne yer vermek suretiyle, ilgililerin masraflara iştirak ettirilebileceğini ifade etmektedir. Böylece Devlet’in temel görevi, bireylerin de sorumluluk alarak katıldığı bir süreç içerisinde gerçekleştirilecektir. Önemli olan, finansmana katılımın, ilgili için ağır yük oluşturmamasıdır.

Tabi ki burada şöyle bir durum ile karşı karşıya bulunmaktayız: Esas itibarıyla mesleki faaliyet temelli bir yapılanma olan sosyal sigorta yöntemi, Genel Sağlık Sigortası içerisinde farklı bir görünüm arz etmektedir. Genel Sağlık Sigortası kapsamında prim ödeme yükümlüsü olan toplum kesimleri var ki, bu ilgililer (yabancı ülke vatandaşları, asgari ücretin 1/3’ü düzeyinde geliri olan vatandaşlar) mesleki faaliyet/çalışma olgusundan bağımsız olarak prim ödeme yükümlüsü

olmaktadır. Söz konusu durumun işbu ilgililerin sağlık hakkına erişimi açısından değerlendirilmesini çalışmamızın devamında sunacağız.

2. Prim Ödeme Gün Sayısı Açısından Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, genel sağlık sigortasından yararlanabilmesi, ilgililerin ödeme gün sayısına bağlıdır. Konuyu düzenleyen 67. maddenin I. fıkrasında şu hükümler yer almaktadır:

“... sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için

- a) 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) ve (f) bentleri hariç diğer bentleri gereği genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması,
- b) 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (g) bendine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,
- c) 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (b) ve (d) bentlerine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentlerde sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

şarttır.”

İlgili hükümden de anlaşılacağı üzere, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişinin sigortadan yararlanabilmesi için genel sağlık sigortalısı nezdinde, kural olarak, sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihinden önceki bir yıl içerisinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısına sahip olunması gerekmektedir. (Madde 67/I-a)

Fakat genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kimse iken genel sağlık sigortalısı sayılan kimseler için 30 gün prim ödeme gün sayısının aranmayacağı hükme bağlanmaktadır. İlgili 67/II hükmü şöyledir:

“Ancak, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamından çıkanların genel sağlık sigortalısı olduğu tarihten itibaren otuz gün içinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendindeki prim ödeme gün sayısı aranmaz...”

3. “Prim ve Prime İlişkin Borcun Bulunmaması” Gerekliliği Açısından Genel Sağlık Sigortası

Sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihinden önceki bir yıl içerisinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısına sahip olma gerekliliğini kural olarak ifade ettik. Çünkü bazı genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olunan kimse kategorileri mevcut ki, ilgililer için prim ödeme gün sayısının ötesinde prim borcu bulunmaması şartı da aranmaktadır. Köy ve mahalle muhtarları, kendi adına ve hesabına çalışanlar (devredilen Bağ-Kur kapsamındaki kişiler) ile 60. maddenin g bendinde belirtilen “Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar”ın sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden fazla prim ve prime ilişkin hiçbir borcunun bulunmaması gerekmektedir. (Madde 67/I-b) İsteğe bağlı sigortalılar ile Türkiye’de oturma izni almış sigorta kapsamındaki yabancı ülke vatandaşlarının sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin hiçbir borcunun bulunmaması gerekmektedir. (Madde 67/I-c)

Söz konusu düzenleme, sağlık hakkına erişim açısından ölçüsüz, adalet ve hakkaniyete aykırı bir şekilde sınırlama, ilgililer için ağır bir yük getirmektedir. İsteğe bağlı sigortalı bir kimse, bir gün dahi prim borcu altında bulunmaması gerekir ki, sigorta kapsamında hizmetlerden yararlanabilsin. Bu çerçevede Anayasa Mahkemesi’nde iptal isteminde bulunan söz konusu maddenin aşağı-yukarı aynı hükümleri içeren ilk haline¹⁴ ilişkin Ana-

¹⁴ 5510 sayılı kanunun ilk halinde yer alan madde 67/I-b: “... sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için;

B) 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (b), (d) ve (g) bentlerine tâbi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte kısa ve

yasa Mahkemesi şu değerlendirmeyi yapmış ve iptal istemini reddetmiştir:¹⁵

“Sosyal Güvenlik Kurumunun amacına uygun olarak hizmet verebilmesi sahip olduğu parasal kaynaklara bağlı olduğundan, temel kaynağı prim olan bu Kurumda sigortalıların kuralda belirtilen süre kadar prim ödemek suretiyle Kurum ile ilişkilerini devam ettirmelerini ve Kurumun sağlayacağı haklardan bu suretle yararlanmalarını öngören böyle bir düzenleme sistemin doğal bir sonucudur.”

Söz konusu gerekçe ve hükme katılmak mümkün değildir. Sistemin finansmanını oluşturan prim ödemede yaşanabilecek aksamları önlemek, sistemin tarafları arasında adaleti sağlamayı amaçlayan bu hükmü, özellikle de sağlık hakkı gibi yaşam hakkı ile yakından ilişkili bir hak üzerinden değerlendirmek gerekmektedir. Söz konusu ilgililer, sağlık hakkına erişebilmek için geçmişte borçlarının bulunup bulunmaması hususunun tespiti ile karşı karşıya bulunmaktadır. Böyle bir düzenleme yerine, prim borçlarının tahsili için mevcut yöntemler devreye sokulabilir, tahsil süreci daha aktif hale getirilebilir. Ayrıca prim ödemek suretiyle sosyal sorumluluğa katılım bilinci geliştirilmelidir. Aksi halde söz konusu “hiçbir prim borcu bulunmama” hali, bireyin sağlık hizmetine ulaşma ve ondan faydalanma hakkı ihlal edilmiş olacaktır.

4. Zorunlu Sigortalılığın Sona Ermesi Halinde Genel Sağlık Sigortası

Ayrıca 5510 sayılı Kanunun 60. maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar, yani zorunlu sosyal sigorta kapsamında çalışmakta olan kimselere ilişkin ilgili Kanun’un 67/IV. fıkrasında geçen şu hüküm oldukça önemlidir:

“... zorunlu sigortalıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle zorunlu sigortalılıkla-

uzun vadeli sigorta primleri dâhil genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması, şarttır.”

¹⁵ 15.12.2006 tarih ve 2006/11 esas 2006/112 karar sayılı Anayasa Mahkemesi kararı, 30.12.2006 tarih ve 26932 sayılı 5. Mükerrer Resmi Gazete.

rından sonraki genel sağlık sigortalılıklarından dolayı prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar.”

Bu hüküm çerçevesinde, iş sözleşmesi sona eren işçi sözleşmenin sona ermesinden itibaren ya da memuriyeti sona eren memur bu tarihten itibaren 10 (on) gün süreyle bulunduğu kategori üzerinden (5510 sayılı Kanun, madde 60/I-a) genel sağlık sigortasından faydalanacaktır. Ancak ilgilinin, zorunlu sigortalılığının sona erdiği tarihten geriye doğru bir yıl içerisinde 90 gün zorunlu sigortalılığı mevcut ise, ilgili ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, 90 gün süreyle zorunlu sigortalılığından sonra dâhil olduğu kategori kapsamında prim borcu olup olmamasına bakılmaksızın faydalanabilecektir. İşbu hüküm, mesela, işten çıkmış/çıkarılmış bir işçinin, yeni bir iş bulma sürecinde mağdur olmadan sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlayacağı için yerinde bir düzenlemedir.

Ancak bu hüküm ile ilgili genel düzenleyici işlemlerdeki düzenlemelere de yer vermek gerekmektedir. Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği madde 10/III ve 5510 sayılı Kanun Gereğince Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi Hakkında Tebliğ’de şu şekilde ifade edilmektedir:

“5510 sayılı Kanunun 4’üncü maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı olanların sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihi takip eden 10 uncu gündün, (b) ve (c) bendi kapsamında sigortalı olanların ise sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren tabi oldukları bent kapsamındaki genel sağlık sigortalılıkları sona erer.”

Söz konusu bu düzenlemeler, Kanun’a aykırı olması sebebiyle hukuk devletinin güvenesi normlar hiyerarşisi ilkesine aykırılık teşkil etmektedir.

5. Prim Ödeme Yükümlülüğü Açısından Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası primi, genel sağlık sigortalısı ile varsa kurum olarak işveren ve Devlet arasında paylaştırılmıştır. İlgili 81/I-d bendine göre;

“d) Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için 82’nci

maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın %12,5'idir. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanlar ile 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (e) bendi ve bu Kanun'un geçici 13'üncü maddesinde belirtilenlerin genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın %12'sidir."

Prim oranı, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi genel sağlık sigortalıları için prime esas kazancın %12,5'idir. Bu oranın %5'i sigortalı, %7,5'i işveren tarafından karşılanacaktır. Diğer genel sağlık sigortalıları için prim oranı ise %12'dir.

Genel sağlık sigortası finansmanına devletin katkısı ile ilgili olarak 81/II, "... *Kurumun ay itibarıyla tahsil ettiği malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası priminin dörtte biri oranında*" Sosyal Güvenlik Kurumu'na katkı yapılacağını öngörülmektedir. Genel sağlık sigortası finansmanında devletin katkısına dikkat çektiğimizde şu sonuca ulaşmaktayız: Devlet, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkının tesisi temel görevini gerçekleştirmek adına, sağlık finansmanına daha fazla oranda katkıda bulunmalıdır. Çünkü gelişen ve değişen dünya ile birlikte sosyal güvenlik finansmanına devletin daha fazla oranda katkısı aranmaktadır.¹⁶

Prim ödeme yükümlülüğünü ilgililer açısından değerlendirdiğimizde şu sonuçlara varmak mümkündür: Kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın %5 oranında prim yükümlülüğü öngörülmüştür. İşbu yükümlülüğün ilgili için ağır yük oluşturmayacağı kanaatindeyiz.

Ancak burada bir hususa dikkat çekmek gerekir ki; 5510 sayılı Kanunun 82/I. maddesine göre prime esas kazançta alt sınır olarak kabul edilen asgari ücret sahibi ilgilinin de aynı sorumluluk altında bulunması, hal ihlallerine sebep olabilecektir. Ocak 2009 itibarıyla 4 kişilik bir ailenin açlık sınırı 735 TL¹⁷ olarak görünürken, asgari yaşamı sağlayacak ölçüde (2009 yılının son altı ayı için brüt 695 TL)

dahi olmayan asgari ücret ile geçimini sağlayan ilgililerin kazançları üzerinden prim alınması, yerinde bir uygulama değildir. Asgari ücretin belli bir misme kadarki ücretlere ilişkin prim borçlarının işveren sorumluluğu altında olması gerekir. Aksi düzenlemeler, ülkemiz şartlarında zaten düşük belirlenen asgari ücretli sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, temel insan hakları arasında yer alan sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan yararlanma hakkını ihlal edecektir. Önerimize uygun nitelikte bir düzenleme, asgari ücretin altında geliri olan sigortalılara ilişkin 5510 sayılı Kanunun 82/III. maddesinde yer almaktadır. İlgili madde şöyledir:

"İkinci fıkraya göre sigortalının kazancı alt sınırın altında ise bu kazanç ile alt sınır arasındaki farka ait sigorta primleri ile ücretsiz çalışan sigortalılara ait sigorta primlerinin tümünü işveren öder."

Söz konusu düzenlemenin, gerçek anlamda asgari yaşam standardını sağlayabilecek nicelikteki bir değerin üzerinden tespit edilmesi gerekmektedir.

6. Prim Ödeme Sorumluluğu Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Kanun, bazı genel sağlık sigortalıları için işvereni, bazıları için yetkili idari birimleri, diğer bazıları için ise bizzat ilgilileri prim ödeme sorumluluğu altına sokmaktadır.

5510 sayılı Kanun 87/I-a bendine göre; çalışma hayatı içerisinde bulunan ve zorunlu sigorta kapsamındaki eski Sosyal Sigorta Kanunu çalışanı (şimdi 4 A'lı) ile eski Emekli Sandığı Kanunu çalışanı (şimdi 4 C'li) için bu kimselerin işverenlerini prim ödeme sorumlusu olarak kabul etmektedir.

5510 Sayılı Kanun, çalışma hayatı içerisinde aktif şekilde bulunmayan/bulunamayan bazı genel sağlık sigortalıların primlerinin, yetkili idari birimler tarafından ödenmesini öngörmüştür. İlgili 87/I. maddeye göre;

- c) 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan kişiler için primi yılı merkezî yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri,
- d) 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde sayılan kişiler ile 5'inci maddenin (e) ve (f) bentlerinde belirtilenler için

¹⁶ Güzel, s. 14; Bakırcı, s. 73 vd.

¹⁷ <http://www.haberturk.com/ekonomi/haber/124096-2009un-acilik-siniri-oranlari-belli-oldu.aspx>, 11.11.2009

Türkiye İş Kurumu, d) (Değişik: 5754 - 17.04.2008 / madde 51) 60'ncı maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde sayılan kişiler ile 5'inci maddenin (e) bendinde belirtilenler için Türkiye İş Kurumu"

tarafından ödeneceği hükme bağlanmıştır. Bireysel şartları sebebiyle toplumsal güvence altına alınmak istenen hükme konu ilgililerin sağlık hizmetlerine ulaşması açısından önemli bir düzenlemedir.

5510 sayılı Kanun, bazı genel sağlık sigortalıların prim ödeme sorumluluğunu, ilgililerin kendileri üzerinde bırakmıştır. Kanunun 87. maddesinin b bendine göre; köy ve mahalle muhtarları ile kendi ad ve hesabına çalışan ilgililer, isteğe bağlı sigortalılar, yabancı ülke vatandaşları ile hiçbir kategoriye girmeyen ve genel sağlık sigortalısı sayılan kişilerin prim yükümü kendileri tarafından ifa edilecektir. Bu kişiler arasından yabancı ülke vatandaşları ile hiçbir kategoriye girmeyen kişilerin prim ödeme sorumluluklarını değerlendirdiğimizde, birtakım hal ihlalleri ile karşılaşmamız mümkün olacaktır.

İşbu değerlendirmeyi yaparken, ilgililerin prim ödemelerinde esas tutulacak kazançlarına ilişkin 80/IV. maddesindeki hükme de yer vermek gerekmektedir. İlgili maddeye göre; "Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar bakımından prime esas aylık kazancın tespitinde; 60. maddenin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentlerinde sayılan kişiler için 82. maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı, ... prime esas asgari kazanç tutarı esas alınır..." Çünkü yabancı ülke vatandaşlarının çalışma hal ve şartları ile ülkemizin göz ardı edilemez kayıtdışı istihdam olgusu karşısında, bir de ilgililerin reel kazançları üzerinden değil de, soyut belirlenen kazanç üzerinden primleme faaliyetinin yapılması sebebiyle, işbu kişiler, genel sağlık sigortası primlerini ödeyemeyecektir. Böylece de kendileri ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler, sağlık hizmetine ulaşamayacaktır.

Prim ödeme gerekliliğine ilişkin olarak şunu belirtmeliyiz ki; 5510 sayılı Kanun veya bu kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına gelir veya aylık almakta olanların genel sağlık sigortasından faydalanabilmesi için sigorta primi ödemesi gerek-

memektedir. Çünkü bu kişiler, faal çalışma sırasında prim ödediklerinden, ödedikleri primler üzerinden genel sağlık sigortasından faydalanması öngörülmektedir.

7. 18 Yaşından Küçük Çocuklar Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 Sayılı Kanun içerisinde en önemli adımlardan biri, 18 yaşından küçük çocuklar ile tıbben başkasının bakımına muhtaç olan bireylere ilişkin düzenlemedir.

5510 sayılı Kanun madde 67/I hüküm ile "18 yaşından küçük kimseler (çocuklar) ile tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler", prim ödeme şartına bağlı olmaksızın, sigorta kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanabilecektir. "Tıbben başkasının bakımına muhtaç" kavramı, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği madde 4/kk bendinde "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik kapsamında, yetkilendirilmiş özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır özürlü olduğu özürlü sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen kişiler" olarak ifade edilmektedir. Yani 18 yaş altındaki çocuklar ile ağır engelli olan kişiler, anne-babalarının ya da kendilerine bakmakta olan kimselerin prim ödeme yükümü karşısındaki tutumlarından bağımsız olarak genel sağlık sigortası kapsamında olacaktır.

Konuya ilişkin olarak ayrıntılı düzenleme, ilgili Kanun'un 61/II. fıkrası doğrultusunda hazırlanan 23.09.2008 tarihli *Resmî Gazete*'de yayımlanan 5510 sayılı Kanun Gereğince Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi Hakkında Tebliğ'de yer almaktadır. İlgili Kanun maddesi ile ilgili Tebliğ'in "G-18 Yaşından Küçük Çocuklar" başlığı altında, "... ana ya da babanın 'tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın' 18 yaşın dolduğu tarihe kadar genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden yararlandırılır." denmektedir.

Ancak uygulamaya baktığımızda, 18 yaş altı çocukların sağlık hizmetine ulaşmasında sorunlar ile karşılaşmaktadır. Aktivasyon

yapılmadığı gerekçesiyle çocuklar, sigorta kapsamında kabul edilmeksizin sağlık hizmetine ulaşmaktadırlar. Yine 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin "Provizyon İşlemleri" başlığını taşıyan 3.3. maddesinin II. Fıkrası da şu hükme yer vermektedir:

"Ancak; Kurumla sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşlarınca, aşağıda sıralanan istisnai durumlar nedeniyle Kurum bilgi işlem sisteminde hasta takip numarası / provizyon alınmamasına rağmen gerekli sağlık yardımları sağlanacaktır

8) 18 yaşını doldurmamış kişiler (nüfus cüzdanı fotokopisi faturaya eklenir)."

Bütün bu kanun ve tebliğ hükümlerine rağmen, 18 yaş altı çocuklar, ana ya da babanın tescil edilmedikleri ya da haklarında provizyon alınmadığı gerekçesiyle genel sağlık sigortası hizmetlerinden faydalanamamaktadırlar.

8. Prim Ödeme Gerekliği Aranmayacak Sağlık Hizmetleri Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Kanununun 67. maddesi ile bazı sağlık hizmetlerinin, prim ödeme gerekliği aranmaksızın ilgililere sunulmasına hükmedilmiştir. Temel sağlık hizmetleri olarak ifade edebileceğimiz

- acil haller,
- iş kazası ve meslek hastalığı halleri,
- bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar,
- kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- analık sebebiyle sunulan sağlık hizmetleri,
- 7269 Sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun kapsamındaki afet nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- 2941 Sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu çerçevesinde ilan edilen savaş halinde sunulan sağlık hizmetleri,
- grev ve lokavt halinde sunulan sağlık hizmetleri

için ilgili, herhangi bir prim ödeme şartı aranmaksızın bu sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahip olmaktadır. (Madde 67/1) Bu düzenleme, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkının tesisi açısından yerinde bir düzenlemedir.

b. Sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucusuna Başvurma Gerekliği

5510 Sayılı Kanun kapsamında sunulan hizmetlerden faydalanabilmek için ilgili Kanun'un 73/1. maddesine göre;

"Bu Kanuna göre sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır."

Yukarıdaki hükümden de anlaşılacağı üzere, genel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapmış resmi veya özel sağlık hizmeti sunucuları üzerinden sunulacaktır. Özel sağlık hizmeti sunucuları, imza dönemlerinde ilgili sözleşmelere imza atmaya yanaşmamakta, birtakım gerekçeler ileri sürerek ayak diremektedirler. Söz konusu bu yaşananlar, sağlık alanında kar odaklı hizmet sunumu içerisinde olmaları sebebiyledir. Hâlbuki sağlık alanında faaliyet gösteren özel hukuk kişilerinin gözden kaçırdığı bir husus vardır. Sağlık hizmeti sunumu, salt bir ticari faaliyet olmadığı gibi, sağlık hizmeti "tüketime konu meta", sağlık hizmetinin sunulduğu ilgili de "müşteri" değildir.

İlgili sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu takdirde, aynı Kanun'un devam eden fıkralarına göre; "Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca ödenmez." (Madde 73/VI) İlgili acil hal dışında sözleşmesiz bir sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğunda, tercihi sebebiyle sağlık sunucusu tarafından sağlık hizmeti karşılığında istenen bedeli ödeyecektir.

Yukarıdaki hükümden de anlaşılacağı üzere, acil hal söz konusu ise, ilgili, sigorta kap-

samında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına da başvurabilmektedir. Konuya ilişkin olarak ilgili 73. maddenin VII. fıkrası şu şekildedir:

“Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli, 72’nci 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.”

Yukarıdaki hükme göre ilgili, acil hal söz konusu olduğunda, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusuna başvurur ise, sağlık hizmeti bedelini, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller üzerinden öder, kendisine ise daha sonra Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından fatura karşılığı ödeme yapılır.

Söz konusu bu düzenleme, acil hal içerisinde bulunan kimselerin sağlık hakkını zedeleyebilecek niteliktedir. İlgili, acil hal içerisindeyken bile, sağlık hizmeti bedelini ödemek durumunda kalmaktadır. Hâlbuki herkesin sağlık hakkına ulaşabilmesi için acil hal içerisinde sözleşmesiz sağlık hizmetine başvuru halinde, ilgili sağlık bedelini ödeme gibi bir durum ile karşılaşmaması gerekmektedir.

c. Sevk Zincirine Uyuma Gerekliliği

5510 sayılı Kanununun 70. maddesine göre;

“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 yurtda 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.”

Aktardığımız madde hükmü çerçevesinde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılacak, bu basamaklar arası sevk zinciri ise Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenecektir. Sağlık hizmet basamakları ve sevk zinciri uygulaması, bir bütün teşkil etmektedir. Bütünün bir parçasının bir kurum diğer parçasının başka bir kurum tarafından belirlenmesi sorunlara yol açabilecektir. Ayrıca sağlık hizmeti basamak sayısının kanun ile belirlenmesi de, süreçte ortaya çıkabilecek ihtiyaçlara cevap verebilmek açısından yerinde bir düzenleme olmamıştır.¹⁸

İlgili hüküm ışığında sağlık hizmet sunucuları 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Sağlık Uygulama Tebliği’nin 2. maddesinde şu şekilde basamaklandırılmıştır:

“2.1. Sağlık Kuruluşları

a) Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu

Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri.

b) Birinci basamak özel sağlık kuruluşu

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.

c) Serbest Eczaneler

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

2.2. Sağlık Kurumları

a) İkinci basamak resmi sağlık kurumu

Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastane-

¹⁸ Konuya ilişkin eleştiri için bkz.: Okur, s. 180; Okur-Ergin, s. 1460.

lere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezi ve dal merkezleri.

b) İkinci basamak özel sağlık kurumu

Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneler ile 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 merkezleri.

c) Üçüncü basamak resmi sağlık kurumu

Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültelerinin bulunduğu ilde kurulu sağlık uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, vakıflara ait eğitim ve araştırma hastaneleri.”

Genel sağlık sigortasından faydalanabilmek için, birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde yapılandırılmış sağlık hizmeti sunucularına, işbu sıraya riayet edilmek suretiyle başvurulması yani sevk zincirine uyulması gerekmektedir. Aksi takdirde, sağlık hizmeti finansmanının tamamı, ilgiliye bırakılmaktadır. 5510 sayılı Kanunun 70/II maddesine göre;

“Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır.”

Sağlık hizmeti sunucularını basamaklandırmak suretiyle sevk zinciri uygulaması; doktor/sağlık personeli şeklindeki sağlık hizmeti sunan ilgililerin hastanın mevcut sorununa en kısa zamanda ve en verimli şekilde çözüm bulabilmesi için olumlu karşılanabilecek bir düzenlemedir. Sevk zinciri uygulamasında yeterli etkinliğin sağlanması halinde, ilgililer, daha kaliteli hizmet alacaklardır. Ancak bu hususta, özellikle bireyler nezdinde gerekli bilgilendirmelerin yapılması gerekir ki, ilgililer bilgi eksikliği sebebiyle zor durumlar ile karşı-

laşsınlar. Çünkü geçtiğimiz yıllarda pek çok defa uygulamaya giren sevk prosedürü, ilgililer için bir eziyet olarak telakki edilmiştir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmetine ulaşmak için atlanması gereken bir basamak olarak görülmüş, sağlık ocaklarında uzun kuyruklar oluşmuştur. Bu sebeple de bilgilendirme sürecinin iyi işlememesi halinde, söz konusu bu düzenleme, sağlık hakkına ulaşım açısından bireyler nezdinde ihlal olarak değerlendirilebilecektir. Bu çerçevede bu ve benzeri ihlal algılarını önlemek adına öncelikle birinci basamak olarak değerlendirilen aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılmak ve geliştirilmek istenmektedir. Bu çerçevede de sevk zinciri uygulaması, henüz ülke çapında tam anlamıyla uygulamaya geçmiş bir düzenleme değildir.

Sevk zincirine uyma zorunluluğu, bazı hallerde aranmamaktadır. Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nin 40/IV. maddesine göre;

- acil hallerde,
- iş kazası ve meslek hastalığı
- afet ve savaş

hallerinde ilgili sevk zincirine uymaksızın sağlık hizmeti sunucusuna başvurursa dahi, sigorta kapsamında hizmetlerden faydalanabilecektir. Bu şekilde istisnalara yer verilmesi, bu hallerin gerektirdiği aciliyeti karşılamak adına sağlık hakkının gerçekleşmesi açısından önemlidir.

d. Kimlik Tespiti Gerekliliği

5510 sayılı Kanunun 67. maddesinin II. fıkrasına göre;

“... genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmeti sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur.”

Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanmak için başvuru anında, ilgilinin sağlık karti yanında nüfus

cüzdani, sürücü belgesi, evlenme cüzdani, pasaport gibi kimliği ve hak sahipliğini tanımlayıcı başka belgeler ile kimliğini tespit ettirmesi gerekmektedir.

Acil halin varlığı durumunda, söz konusu kimlik tespit işlemleri, acil halin sona ermesi sonrasında yapılacaktır. Ancak ülkemizde insanlar, acil servislerde kimlik tespitini sağlamak adına "Acil Sağlık Hizmeti Taahhütnamesi"ne imza atmak durumunda bırakılmaktadırlar. Söz konusu taahhütname; yanında kimliğini tanıtıcı herhangi bir belgesi bulunmayan ilgililerden alınmaktadır. İçeriğinde ise, ilgilinin mali durumu ile boşluk, sağlık hizmeti giderlerinin boşluk bırakılan alana yazılan miktarı kadarını karşılayacağına ve kimliğini üç (3) gün içinde ibraz edeceğine dair beyanlar yer almaktadır. Hatta bazı hallerde ilgililerden senet alındığı iddiaları ile karşılanmaktadır. Hasta ve/veya yakınlarını, yaşadıkları acil hal içerisinde böyle taahhütnameler ile karşılamak, hak ihlallerine yol açabilecek niteliktedir.

Söz konusu bu düzenleme, sağlık hizmetlerine ulaşma hakkını tesis edici bir özelliğe sahip bulunmaktadır. Ancak kimlik tespiti adına ilgililerin senet vs. taahhütnamelerde bulunması hususunda gerekli hassasiyetin gösterilmesi gerekir ki, herhangi bir hak kaybı ile karşılaşılmasın.

e. Katılım Payı Ödeme Gerekliliği

5510 Sayılı Kanun, sigorta kapsamında genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, birtakım sağlık hizmeti taleplerinde, "katılım payı" adı altında bir ödeme yapması gerekliliğini aramaktadır. Katılım payı; sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade etmektedir. (5510 sayılı Kanun, madde 3/26. bent)

1. Katılım Payının Hukuki Niteliği

Genel sağlık sigortası kapsamındaki ilgililerin, yine sigorta kapsamındaki sağlık hizmet talepleri sırasında ödemeleri gereken "katılım payı" adı altındaki değer hukuki niteliği üzerinde durmamız gerekmektedir.

"Katılım payı", Anayasa'nın 73. maddesinde zikredilen vergi ve benzeri yükümlülük olarak tanımlanabilir mi? İlgililer nezdindeki bir ödeme yükümlülüğünün "vergi ve benzeri yükümlülük" olarak tanımlanabilmesi için söz konusu yükümlülüğün birtakım kriterleri taşıması gerekmektedir. İşbu hususu 5510 sayılı Kanun üzerinden değerlendiren Anayasa Mahkemesi, ilgili kararında¹⁹, kriterleri şu şekilde ifade etmektedir:

"Ücret, aidat, kesenek, harç, katılma payı, fon payı, katkı payı gibi adları ne olursa olsun parasal yükümlülük ya da ödemelerin Anayasa'nın 73. maddesi kapsamında mali yükümlülük sayılabilmesi için ödemenin kamu gideri niteliğinde ve kamu hizmeti karşılığı olması, tek taraflı irade ile alınması, kamu gücüne dayanması, zorunlu olması, ödenmemesi halinde hukuki yolla tahsili, devlet tüzel kişiliği, kamu tüzel kişiliği ya da kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşları tarafından tahsil edilmesi ve yasa ile konulması gerekir."

"Katılım payı" adı altındaki ödeme, kamu gideri niteliğinde ve kamu hizmeti karşılığında mı yapılmaktadır? Özel veya resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulan sağlık hizmetleri, bir kamu hizmeti niteliğinde midir?

"Kamu hizmeti" kavramı; Anayasa Mahkemesi'nin bir kararında şu şekilde tanımlanmaktadır:²⁰

"Devlet ya da diğer kamu tüzel kişileri tarafından ya da bunların gözetim ve denetimleri altında, genel ve ortak gereksinimleri karşılamak, kamu yararı ya da çıkarını sağlamak için yapılan ve topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinliklerdir."

Bu tanım ışığında diyebiliriz ki, resmi veya özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulan sağlık hizmetleri; kamu tüzel kişileri tarafından veya bunların denetim ve gözetimi altında, toplumsal bir ihtiyacı karşılamak ve bu suretle kamu yararını sağlamak amacıyla sunulan devamlı ve düzenli faaliyetler olmaları hasebiyle, "kamu hizmeti" olarak tanımlanmalıdırlar.

¹⁹ 15.12.2006 tarih ve 2006/11 esas 2006/112 karar sayılı Anayasa Mahkemesi kararı, 30.12.2006 tarih ve 26932 sayılı 5. Mükerrer Resmi Gazete.

²⁰ 1994/43 esas 1994/42-2 karar sayılı 09.12.1994 tarihli Anayasa Mahkemesi kararı, 24.01.1995 tarihli ve 22181 sayılı Resmi Gazete, www.kazanci.com

Kamu gideri ise, kamu hizmetlerinin maliyeti olmaktadır. 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu madde 3/h bendinde “kamu gideri” örnekleme içerisinde “sosyal güvenlik katkı payları”na da yer verilmektedir. Sosyal güvenlik kapsamında yer alan genel sağlık sigortası içerisinde, birtakım hizmetlerden faydalanmak için ödenmesi öngörülen “katılım payı”nın da bu çerçevede, sosyal güvenlik katkı payı olarak isimlendirilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla “katılım payı”; kamu hizmetlerinin maliyetini karşılamak adına ilgililerden tahsil edilen kamu gideri niteliğinde bir ödeme olmaktadır.

“Katılım payı”; kamu gücüne dayanan tek taraflı irade ile belirlenmiş ödenmesi zorunlu bir değer midir? 5510 sayılı Kanunun 68. maddesinin II. fıkrasında belirtildiği üzere, katılım payı değerleri, maddede yer alan sınırlar dâhilinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenecektir. Yine aynı maddenin VIII. fıkrasına göre; “Katılım paylarının ödenme usulleri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usul ve esaslar, Kurum (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.” Dolayısıyla “katılım payı”nın belirlenmesi, ödenmesi ve buna ilişkin süreçler, kamu gücüne sahip Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından düzenlenecek, takip edilecektir. Katılım payının belirlenmesi sırasında ilgililerin herhangi bir irade açıklaması aranmamaktadır. Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kimsenin sağlık hizmetine ulaşabilmesi için, o hizmet için öngörülen katılım payı değerini ödemesi gerekmektedir. Karşılaştırmalar ışığında “katılım payı”; kamu gücüne dayanan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tek taraflı irade ile belirlenen ve ilgilinin sağlık hizmetine ulaşması için ödemesi zorunlu bir değer ifade etmektedir.

Yukarıdaki açıklamalarımız ışığında ifade etmeliyiz ki, genel sağlık sigortası kapsamında ilgiliden alınacak “katılım payı”, Anayasa madde 73'te ifade edilen vergi ve benzeri yükümlülükler içerisinde yer almaktadır.

2. Katılım Payının Hukuki Niteliği Karşısında Genel Sağlık Sigortası

“Katılım payı”na ilişkin vergi ve benzeri yükümlülük olduğuna dair değerlendirmemizin ardından belirtmeliyiz ki; “katılım payı”, ancak

kanunla konular, değiştirilir ve kaldırılır. (Anayasa, madde 73/III) Bununla birlikte vergi, resim, harç ve benzeri malî yükümlülüklerin oranlarına ilişkin hükümlerinde kanunun belirttiği yukarı ve aşağı sınırlar içinde değişiklik yapmak yetkisi Bakanlar Kuruluna verilebilir. (Anayasa, madde 73/IV)

Bu çerçevede, “katılım payı”nın hangi sağlık hizmetleri karşılığında ve ne miktarda alınabileceğine ilişkin hükümleri incelememiz gerekmektedir. 5510 sayılı Kanunun ilgili 68. maddesi şu şekildedir (I. ve IV. fıkra):

“63'üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacak olanlar şunlardır:

- a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi.
- b) Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri.
- c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar.

...

63'üncü maddenin birinci fıkrasının (e) bendi gereğince sağlanan ve bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede %30, ikinci denemede %25 oranında uygulanır...”

Katılım payı, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ortez, protez ve diğer iyileştirici araç-gereçler ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ve birtakım yardımcı üreme yöntemi tedavileri sırasında, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişi tarafından ödenecektir.

5510 sayılı Kanunda katılım payı miktarının belirlenmesine ilişkin 68. maddenin II. fıkrası şu hükmü taşımaktadır:

“Katılım payı, birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için 2 Yeni Türk Lirası olarak uygulanır. Katılım payı, (b) ve (c) bentlerindeki sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınarak %10 ila %20 oranları arasında olmak üzere Kurumca belirlenir. Birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için belirlenen katılım payı tutarı, 04.01.1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi

Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılır. Birinci fıkranın (a) bendi gereği katılım payını; birinci basamak hizmet sunucularında yapılan muayenelerinde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye veya tekrar birinci fıkranın (a) bendi için belirlenen tutara getirmeye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise önceki basamaklardan sevki olarak başvurulup başvurulmadığı dikkate alınmak suretiyle yarısına kadar indirmeye veya beş katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu tutarları Kanuni tutarlarına getirmeye veya indirmeye Kurum yetkilidir.”

Yukarıda aktardığımız madde çerçevesinde, katılım payının belirlenmesinde yetki hususuna değinmeden önce katılım payı belirlenmenin gerekçesi olarak değerlendirebileceğimiz şu ifadeye dikkat çekelim: “Katılım payı, (b) ve (c) bentlerindeki sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltma, ... ve benzeri ölçütler dikkate alınarak ... belirlenir.” Bu hüküm ışığında katılım payının, yani ilgililer nezdindeki mali bir yükümlülüğün, gereksiz kullanımı azaltmak için öngörülmüş olduğunu görüyoruz. Bir sorunu değerlendirirken ve o soruna çözümler getirirken, tek bir cephe üzerinden bakmamak gerekmektedir. Belki ilgililer nezdinde mali bir külfetin doğabileceği endişesi, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltabilir mi bilinmez, ama bu hususun temelde bireylerin bilinçlendirilmesi ile sağlanabileceğini görmek gerekmektedir. İlgililer yeterince bilinç sahibi olmayınca da katılım payı gibi mali külfetler de sağlık hakkına erişimi engelleyici nitelikte olacaktır.

Burada bir hususa da dikkat çekmek gerekmektedir; yukarıda aktardığımız gerekçeye konu olan sağlık hizmetleri, iyileştirici araç-gereçler ile ilaçlardır. Söz konusu sağlık hizmetleri de genel sağlık sigortası kapsamındaki ilgilinin herhangi bir eylemi olmaksızın, yetkili hekimin muayenesi sonrası ve onun iradesi doğrultusunda belirlenmektedir. Hekim, muayene sonrası görülen tıbbi gereklilik ölçüsünde söz konusu sağlık hizmetlerinin sunumunu öngörmektedir. Dolayısıyla işbu sağlık hizmetleri için belirlenen katılım payının, gereksiz kullanımı azaltma gibi bir fonksiyonu bulunmayacaktır.

Bu hüküm ile birtakım sağlık hizmetleri için (ortez, protez, iyileştirici araç-gereçler ile

ayakta tedavide sunulan ilaçlar) katılım payını %10-%20 oranları arasında düzenlemeye, diğer birtakım sağlık hizmetleri için (ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi) madde hükmünde belirtilen katılım payı değerini kaldırma, azaltma veya beş katına kadar artırma yetkisi, Sosyal Güvenlik Kurumu'na verilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'na verilen geniş yetki yelpazesi ile söz konusu hüküm, “katılım payı”nın hukuki niteliğine ilişkin değerlendirmemiz karşısında Anayasa'ya aykırılık teşkil etmektedir. Anayasa tarafından vergi ve benzeri mali yükümlülükleri belirleme hususunda Bakanlar Kurulu'na yetki verilmek suretiyle, Hukuk Devleti'nin temel ilkesi olan hukuki güvenlik, hukukun öngörülebilirliği hususunun sağlanması amaçlanmaktadır. Ancak katılım payı miktarını belirlerken Sosyal Güvenlik Kurumu'na yetki verilmesi aşağıda göreceğimiz şekilde hukukun öngörülebilirliğini zedelemektedir.

“Katılım payı”nın vergi ve benzeri yükümlülük olması hasebiyle Anayasa tarafından Bakanlar Kurulunca kullanılacak belirleme yetkisinin Kuruma verildiği, bu sebeple söz konusu hükmün Anayasa'ya aykırı olduğu iddiası ile iptal talebinde bulunulmuştur. Anayasa Mahkemesi kararında,²¹

“... Kuraldaki tutarın normalde kişilerin kendilerinin karşılaması gereken sağlık giderlerinin Devletçe karşılanması nedeniyle kendilerinden istenilen katkı payı olduğu ve bu yönüyle Anayasa'nın 73. maddesindeki vergi, resim ve harç benzeri mali yükümlülük niteliğinde olmadığı anlaşılmaktadır.”

gerekçesi ile iptal istemini reddetmiştir. Ancak Anayasa Mahkemesi, bu kararında, söz konusu hükmü, **kamu görevlileri yönünden** Anayasa'ya aykırı bularak iptal etmiştir. Anayasa Mahkemesi'nin bu sonuca varması sırasında kamu görevlileri ile diğer genel sağlık sigortalıları arasında fark gözetmesi eşitlik ve sosyal adalet açısından doğru değildir. Bu yöndeki bir yargı kararı ile bireyin adalet ve hakkaniyete uygun olarak sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkının ihlal edildiği kanaatindeyiz.

²¹ 15.12.2006 tarih ve 2006/11 esas 2006/112 karar sayılı Anayasa Mahkemesi kararı, 30.12.2006 tarih ve 26932 sayılı 5. Mükerrer Resmi Gazete.

3. Katılım Payı Miktarının Ağır Yük Teşkil Etmemesi Gerekliliği Karşısında Genel Sağlık Sigortası

Katılım payı, bireyin kamu hizmet finansmanına katılımıdır. Bu değeri, sağlık hizmeti sunucusu ile hasta arasındaki satım sözleşmesi şeklindeki bir ilişkinin bedeli olarak görmek gerekmektedir. Çünkü Anayasa madde 56/III-IV gereği;

“Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini de kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.”

Devletin görev alanına giren sağlık hizmeti sunumuna bireyin katılımı, kabul edilmekle birlikte, birey için ağır yük niteliğinde olmaması gerekmektedir (İLO 102 sayılı sözleşme, madde 10/II) Bu çerçevede de katılım payı değerlerinin bireyin sağlık hizmetine ulaşmasını zorlaştırıcı bir unsur taşımaması gerekmektedir.

Katılım payı değerleri, 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde yayımlanmıştır. Söz konusu bu değerler, Eylül 2008 yılından bu zamana kadar dört-beş kez değişmiş bulunmaktadır. Hastalar, bir hafta önce geldikleri muayene hizmeti için bir hafta sonra farklı değerlerde katılım payı ödeme durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu husus da hukuk güvenliğini, hukukun öngörülebilirliğini zedeleyici niteliktedir.

2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği 6. maddesi çerçevesinde Kasım 2009 yılı itibarıyla ilgili sağlık hizmetleri için alınacak katılım payı tutarları şu şekildedir:

• Ayakta Tedavide Hekim ve Dış Hekimi Muayenesi İçin Katılım Payı

Birinci basamak sağlık kuruluşları/aile hekimliği muayenelerinde: 2 TL

İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında: 8 TL

Özel sağlık kurumlarında: 15 TL

• Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı

Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır.

• Tıbbi Malzeme Katılım Payı (gözlük cam-çerçevesi, ağız protezleri, vücut dışı kullanılan protez-ortezler ile hayati öneme haiz olmayan iyileştirme araç-gereçleri)²²

Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır

• Yardımcı Üreme Yöntemi Katılım Payları

Birinci denemede %30,

İkinci denemede % 25,

Embriyo freezing işlemi için %30 oranında katılım payı alınacaktır.

Katılım payı tutarlarında belirtilen %lik oranlar, ilgili sağlık hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenecek değer üzerinden hesaplanacaktır. (5510 sayılı Kanun, madde 68/VII) Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenecek sağlık hizmetleri bedelleri, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenecektir. (5510 sayılı Kanun, madde 72/I) Söz konusu Komisyon, Kurumca ödenecek bedelleri; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye yetkilidir. (5510 sayılı Kanun, madde 72/I)

İyileştirme araç ve gereçleri için belirlenen katılım payı miktarı, "... sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin %75'ini geçmez." (Madde 68/IV) İyileştirme araç ve gereçleri için bir üst limit belirlenmişken, ilaç bedelleri üzerinden alınacak katılım payı için böyle bir limitin öngörülmemiş olması, maddi imkânlarının yetersizliği sebebiyle ilaç alamayacak durumda bulunan kimselerin sağlık

²² Bkz.: 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, madde 6.3.2.

hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkını ihlal edebilecektir.²³

4. Katılım Payı Alınmayacak İlgililer Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 Sayılı Kanun, 69. maddesi ile bazı ilgililerden katılım payı alınmamasını hüküm altına almıştır. İlgili maddenin f fıkrası şu hükmü taşımaktadır:

“60’ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (4) “numaralı alt bendinde belirtilen kişiler ile bunların eşleri”, (5), (6), (7) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar, vazife malûlleri ile “4’üncü maddenin dördüncü fıkrasının,” (d) ve (e) bentlerinde sayılanlar. “Ayrıca, 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış maluller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler herhangi bir katılım payı veya fark alınmaksızın ve kısıtlama getirilmeksizin karşılanır.”

Aktardığımız madde ile Kanun’un çeşitli maddelerine yönlendirmeler üzerinden belirtilen ilgilileri ve bu ilgililerden hangi sağlık hizmetlerine ilişkin katılım payı alınmayacağını, 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nin 6.5. maddesi ışığında açık bir şekilde şu şekilde ifade edebiliriz:

- 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ile yardımcı üreme yöntemlerine ilişkin katılım payları alınmaz.
- 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlara ilişkin katılım payları alınmaz.
- 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre

aylık alan kişilerden, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ile yardımcı üreme yöntemlerine ilişkin katılım payları alınmaz.

- 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlara ilişkin katılım payları alınmaz.
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ile yardımcı üreme yöntemlerine ilişkin katılım payları alınmaz.
- Vazife malûllerinden, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ile yardımcı üreme yöntemlerine ilişkin katılım payları alınmaz.
- 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış malûller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç/gereçlerden katılım payı alınmaz.

Söz konusu ilgililerden genel sağlık sigortası kapsamında katılım payının alınmayacak olması sağlık hakkına ulaşmak açısından yerinde bir düzenlemedir.

5510 Sayılı Kanun’un madde 68/VI. maddesi, yeşil kart sahipleri, vatansız ve sığınmacılar ile 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık almakta olan kimselere ilişkin olarak şu hükmü taşımaktadır:

“... ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29.05.1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir.”

Söz konusu bu hüküm, kanaatimizce, abes bir hükümdür ve bu haliyle yukarıda belirttiğimiz ilgililerin, sağlık hizmetlerine ulaşma ve

²³ Sözer, s. 159.

ondan faydalanma hakkını ihlal edebilecek niteliktedir.²⁴ Çünkü bu ilgili kişiler, gerek maddi durum gerek yaşlılık gerekse de içerisinde buldukları konum sebebiyle desteğe muhtaç kimselerdir. Kanaatimizce, sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkının tesisi için, katkı payını sağlık hizmeti talebi sırasında alıp, daha sonra talep halinde geri ödemek gibi bir usul yerine, bu kişilerin de katılım payına tabi tutulmaması gerekmektedir.

5. Katılım Payı Alınmayacak Sağlık Hizmetleri Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Kanununun 69. maddesi, a-e bentleri arasında yer verdiği hallerin varlığında, sunulacak sağlık hizmetleri için katılım payı alınmayacağına hükmetmektedir.

Söz konusu katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini, 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin 6.5. maddesi ışığında şu şekilde açıklayabiliriz:

- İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan sigortalıdan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlara ilişkin katılım payları alınmaz.
- Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlara ilişkin katılım payları alınmaz.
- 5510 sayılı Kanununun 75. maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlara ilişkin katılım payları alınmaz.
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde ve Sağlık Bakanlığınca aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimi muayenelerinde, acil sağlık

hizmetleri ile diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, Refik Saydam Hıfzısıhha Laboratuvarları, Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar, Kurumca yetkilendirilen işyeri hekimleri tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesine ilişkin katılım payı alınmaz.

- Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlara ilişkin katılım payları alınmaz.
- Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla SUT eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi"nde (EK-2) yer alan ilaçlardan katılım payları alınmaz.
- Tıbbi sarf malzemeleri ile hayati öneme haiz tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz
- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi, iyileştirici araç ve gereç, ayakta tedavide sağlanan ilaçlara ilişkin katılım payları alınmaz.

Kanun'un 69/1-c maddesi katılım payı alınmayacak sağlık hizmetleri arasında,

"Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri"ne

yer vermesine rağmen, daha önce incelediğimiz gibi²⁵ 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği madde 6.1. maddesi ile aile hekimi muayeneleri karşılığında 2 TL değerinde katılım payı alınmasını öngörmekte idi. Söz konusu genel düzenleyici işlem, kanun hükmüne aykırı olması hasebiyle hukuk devleti ilkesine aykırılık teşkil etmektedir.

²⁴ Bkz.: Okur-Ergin, s. 1462; Ali Nazım Sözer, "Genel Sağlık Sigortası: Reform mu Deform mu?", Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı Semineri, Kamu İş Yayınları, Ankara 2007, (Kısaca: Deform mu), s. 139.

²⁵ Bkz.: "5.3. Katılım Payı Miktarının Ağır Yük Teşkil Etmemesi Gerekliği Karşısında Genel Sağlık Sigortası" başlığı altındaki anlatımlara.

6. İdari Yaptırım İle Sağlanmak İstenen Güvence

5510 sayılı Kanun, idari yaptırımları düzenlediği 103. maddesinde, sağlık hizmeti sunucularının, katılım payını, mevcut değerlerin üzerinde alması halinde ne gibi yaptırımlar ile karşılaşabileceğini düzenlemektedir. Konuya ilişkin e bendi şu şekildedir:

“73’üncü madde gereğince belirlenen tavanın üzerinde ilave ücret aldığı

tespit edilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında genel hükümlere göre takip yapılır. Bu fiiller nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutar 96’ncı maddeye göre geri alınır. Ayrıca bu fiilleri işleyen veya sağlık hizmeti satın alınmasına ilişkin sözleşmelerde belirtilen hükümlere aykırı davrandığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucularının Kurum ile yaptıkları sözleşmeleri feshedilebilir ve Kurumca belirlenecek süre içinde tekrar sözleşme yapılmaz.”

Söz konusu hüküm, hukuk devletinin temel ilkesi olan ‘suç ve cezada kanunilik ilkesi’ gereği, sağlık hizmeti sunucularının belirlenen ilave ücret tavanının üzerinde ilgililerden ücret talep etmesi halinde yürürlük kazanabilecek bir hükümdür. 5510 sayılı Kanunda “katılım payı” ve “ilave ücret” şeklinde iki tür ödeme ayrımı yapılmış ve ancak bunlardan biri (ilave ücret) üzerinden haksız kazanç söz konusu olduğunda idari yaptırım öngörülmüştür. Hukuka aykırı katılım payı tahsili halinde herhangi bir idari yaptırım öngörülmemiş olması, bireylerin mağduriyetine yol açabilecek niteliktedir.²⁶

f. İlave Ücret Ödeme Gerekliği

Genel sağlık sigortası kapsamındaki ilgililerin, bazı sağlık hizmeti sunucularına bazı sağlık hizmetleri için başvurmaları halinde ilave ücret denilen bir ödeme yapması gerekebilmektedir. İlave ücret, konuyu düzenleyen 73. madde metninde de anlaşılabileceği üzere “... sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterler dikkate alınarak...” belirlenecektir. Dolayısıyla ilave ücret kavramı, maliyet kaygıları çerçevesinde gündeme gelmiş bir düzenleme olmaktadır.

²⁶ Okur-Ergin, s. 1463.

1. İlave Ücret Kavramı Açısından Genel Sağlık Sigortası

Konuya ilişkin olarak 5510 sayılı Kanunun 73. maddesinin II. fıkrası ve devam eden fıkraları şu hükümleri içermektedir:

“Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dâhil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterler dikkate alınarak bu bedellerin bir katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkilidir. Bu tavan dâhilinde alınabilecek ilave ücret oranları Kurumca belirlenir. Ancak kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları tarafından sevk edilmesi halinde 60’ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (4), (6) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilave ücret alınmaz. Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen eşdeğer ilaçların, azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ve optik için tavan uygulanmaz ve bu fıkra kapsamında değerlendirilmez.

Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları ise otelcilik hizmeti ile dördüncü fıkrada belirtilen istisnai sağlık hizmetleri dışında, sağladıkları sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret talep edemez. Aksine bir hüküm bulunmadığı sürece, kamu idaresi ve vakıf üniversitesi sağlık hizmeti sunucularında 04.11.1981 tarih ve 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununda tanımlanan öğretim üyeleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri için bu fıkra hükmü uygulanmaz, Kurum öğretim üyeleri için alınacak ilave ücret için bir tavan belirleyebilir.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurumca belirlenmiş standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetleri ile hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen istisnai sağlık hizmetleri için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden belirlenen hizmet fiyatlarının üç katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurumca ödenecek sağlık hizmeti bedellerinin yayımlanmasını takiben otuz gün içinde ilave ücret ödemeleri için belirlenen ta-

vanlar dâhilinde belirledikleri sağlık hizmeti fiyatlarını kuruma bildirmek zorundadır. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları fiyat değişikliklerini 5 iş günü içinde Kuruma bildirirler. Tavanlar dâhilinde de olsa Kurumca belirlenen süreden önce bu fiyatlarını artıramazlar.”

Yukarıda aktardığımız maddeyi değerlendirdiğimizde, ilave ücret ödemesinin, kamu veya özel sektör sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularında söz konusu olabileceğini görmekteyiz. Şöyle ki;

- Kamu sektörü sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları ancak; otelcilik hizmetleri²⁷ ile istisnai sağlık hizmetleri²⁸ sunumu üzerinden ilave ücret talep edebilecektir. (5510 sayılı Kanun, madde 73/II) Söz konusu ilave ücret tutarı da; “... Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ... hizmet fiyatlarının üç katını geçmemek üzere...” belirlenecektir. (5510 sayılı Kanun, madde 73/IV)
- Özel sektör sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları ise, yukarıdaki madde hükmü çerçevesinde Bakanlar Kurulu tarafından belirlenen tavan üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenen oran ölçüsünde, sundukları her sağlık hizmeti için ilave ücret alabileceklerdir. (5510 sayılı Kanun, madde 73/II) Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen sağlık hizmet değerlerinin %30 oranında, özel sektör sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ilave ücret alma imkânı tanımıştır. (SUT, madde 24.3.1) Özel sektör sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları da, otelcilik hizmetleri ile

istisnai sağlık hizmetleri için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen hizmet fiyatlarının üç katını geçmemek üzere ilave ücret talep edileceklerdir. (SUT, madde 24.3.4-5)

- Kamu idaresi ve vakıf üniversitesi sağlık hizmeti sunucularında 04.11.1981 tarih ve 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanun’unda tanımlanan öğretim üyeleri tarafından, otelcilik ve istisnai sağlık hizmeti dışında sunulacak diğer sağlık hizmetleri için ilave ücret talep edilecektir. Sosyal Güvenlik Kurumu, öğretim üyeleri için alınacak ilave ücret için bir tavan belirleyebilir. (5510 sayılı Kanun, madde 73/IV)

Otelcilik hizmeti, istisnai sağlık hizmetleri, öğretim üyeleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri ve özel sektör tarafından sunulan her türlü sağlık hizmeti karşılığında belirlenen sınırlar dâhilinde ilave ücret talep edilebilecektir. Ancak belirtmeliyiz ki; ilave ücret esas itibarıyla özel sektörde, katılım payı kavramı da kamu sektöründe karşımıza çıkacak mali yükümlülükler olmaktadır.

Prim ve katılım payı şartları ile belli bir maddi varlığı gerektiren sigortadan faydalanma olgusu, “ilave ücret” kavramı ile kişiye ek bir mali yükümlülük daha getirmektedir. İlave ücret uygulaması ile mali gücü olan kişileri özel sektöre yönlendirmek istense de, hayati önem arz eden öyle birtakım sağlık hizmetleri vardır ki, bu hizmetler sadece özel sektör tarafından sunulabilmektedir. Böyle bir durum içerisindeki mali gücü de yeterli olmayan ilgili için söz konusu %30 oranındaki ilave ücret, “ağır yük” (ILO 102 Sayılı Sözleşme, madde 10) teşkil edebilecek ve birey sağlık hizmetlerine ulaşamayacak ve ondan faydalanamayacaktır.

Üniversite hastaneleri bünyesinde öğretim üyeleri tarafından sunulacak sağlık hizmetleri için ilave ücret alınabileceği hükmü de, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyici niteliktedir.²⁹ Şu hususu da belirtmeliyiz ki; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından üniversite hastaneleri bünyesinde öğretim üyeleri tarafından sunulacak sağlık hizmetleri için henüz bir tavan belirlenmiş değildir. Söz konusu

²⁷ “Otelcilik hizmeti”; Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği’nin 4-z. bendinde, “yatarak tedavilerde hasta ve refakatçisine Kurumca belirlenen standartların üzerinde sunulan yatak, yemek, temizlik vb. hizmetler” şeklinde tanımlanmaktadır.

²⁸ “İstisnai sağlık hizmeti”; Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından *hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak* belirlenecek sağlık hizmetlerini ifade etmektedir (5510 sayılı kanun, madde 73/IV ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği, madde 43). İlgili Komisyon tarafından belirlenen ve 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) EK 12’de yayımlanan “prostata lazer veya plazmakinetik tedavisi ve koroner arter hastalığında kullanılan ilaçlı stent” istisnai sağlık hizmetleri olmaktadır.

²⁹ Sözer, s. 159; Okur-Ergin, s. 1463.

hukuki boşluk da, üniversite hastanelerinde, medyaya yansıyan veya yansımayan pek çok hak ihlalinin yaşanmasına zemin oluşturmaktadır.

Kamu ve özel sektörde yukarıdaki gibi gerçekleşecek ilave ücret uygulaması, özel sektör sağlık hizmeti sunucularını tatmin etmemektedir. Aslında maliyet kaygısı içerisinde olan, sadece kar maksimizasyonuna odaklanmış özel sektör değil, Sosyal Devlet birimi olan Sosyal Güvenlik Kurumu da bu kaygıyı taşımaktadır.

Bu kapsamda Sosyal Güvenlik Kurumu, "Global Bütçe Uygulaması" adı altında bir çalışma içerisinde bulunmaktadır. Bu çalışma ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlık hizmetleri karşılığında özel hastaneler ile üniversite hastanelerine ödenecek değer, o yılın Bütçe Kanunu'nda belirtilmesi öngörülmekte ve bu değerün üstüne çıkmayı engellemek için de özel hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmetleri karşılığında ilgililerden %30 yerine %70 oranında ilave ücret alınmasına imkân sağlanmak istenmektedir.

Bu çerçevede ilk adım, Bakanlar Kurulu tarafından atılmıştır. Bakanlar Kurulu, 16.11.2009 tarih ve 2009/15627 sayılı karar ile özel sağlık hizmeti sunucularının, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla %70'ine kadar ilave ücret alabileceğini karar altına almıştır.³⁰ 5510 sayılı Kanunun 73/II. maddesine göre, "... alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkilidir. Bu tavan dâhilinde alınabilecek ilave ücret oranları Kurumca belirlenir..." Bu aşamadan sonra görev Sosyal Güvenlik Kurumu'ndadır. Söz konusu düzenleme planı ile maliyet kaygıları, sağlık hakkının önüne geçmekte, sağlık hakkının gerçekleştirilmesinin yaygınlaştırılması amacını taşıyan genel sağlık sigortası, sözleşmesel ilişki çerçevesinde sermayeye yenik düşmektedir. Global Bütçe uygulamasının hayatiyet kazanması halinde, sağlıklı yaşama hakkı, hasta hakları, kapitalizmin zincirlerine vurulmuş olacaktır.

2. İlave Ücret Alınmayacak İlgililer Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Kanun, ilave ücretin bazı ilgililerden alınmayacağına hükmetmiştir. Yukarıda aktardığımız 73. maddenin II. fıkrasında "... Ancak kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları tarafından sevk edilmesi halinde 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (4), (6) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilave ücret alınmaz." hükmüne yer verilmektedir. Söz konusu madde, daha net olarak "İlave Ücret Alınmayacak Kişiler" başlığı altında 2008 Yılı SUT'nin 24.3.2. maddesinde şu şekilde ifade edilmektedir:

"Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluyla,

1. 24.02.1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişilerden,
2. 03.11.1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden,
3. Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden

otelcilik hizmetleri ile istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere ilave ücret alınmaz."

Söz konusu Tebliğ hükmünün, Kanun'a uygun olup olmadığı değerlendirilmesi gerekmektedir. Kanun metni, sayılan genel sağlık sigortalıları ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden, herhangi bir istisna belirtmeksizin ilave ücret alınmayacağı hükmünü taşımaktadır. Ancak Tebliğ maddesi, bazı genel sağlık sigortalılarının bakmakla yükümlü oldukları kişileri, ilave ücret alınmayacak kişiler içerisinde almamakta ve ilave ücretin, otelcilik hizmetleri ile istisnai sağlık hizmetleri dışındaki hizmetler için alınmayacağını belirtmektedir. Söz konusu Tebliğ maddesi, ilgili Kanun'a aykırı olup, bu haliyle ilgililerin sağlık hizmetlerine ulaşma ve ondan faydalanma hakkını ihlal edebilecek niteliktedir.

³⁰ 08.12.2009 tarihli ve 27426 Sayılı 1. Mükerrer Resmi Gazete.

3. İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri Açısından Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Kanunun 73. maddesinin VII. fıkrasında geçen;

“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.”

ifadesi üzerine Sosyal Güvenlik Kurumu, 2008 Yılı SUT'nin 24.3.3. maddesinde,

- Acil servislerde sunulan sağlık hizmetleri ile acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,

için herhangi bir ilave ücret alınmaz.

hükmü ile sözleşmeli özel veya resmi sağlık sunucularının ilave ücret alamayacağı halleri belirtmiştir. Acil hal, yoğun bakım, kanser tedavisi çerçevesinde sunulacak sağlık hizmetleri için ilgililerden, onlara ek bir mali yükümlülük getirecek ilave ücretin alınmayacak olması, sağlık hakkına ulaşma ve ondan faydalanma hakkının tesisi adına önemlidir.

4. İdarî Yaptırım İle Sağlanmak İstenen Güvence

5510 sayılı Kanunun ilgili 73. maddesinde belirtilen ilave ücret üst sınırların üzerinde bedel tahsil eden sağlık hizmeti sunucularının akıbeti hakkında, daha önce incelediğimiz 103. madde çerçevesinde, “... genel hükümlere göre takip yapılır. Bu fiiller nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutar 96'ncı maddeye göre geri alınır. Ayrıca bu fiilleri işleyen veya sağlık hizmeti satın alınmasına ilişkin sözleş-

melerde belirtilen hükümlere aykırı davrandığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucularının Kurum ile yaptıkları sözleşmeleri feshedilebilir ve Kurumca belirlenecek süre içinde tekrar sözleşme yapılmaz.”

Aşırı kâr amacı ile Kanun'un öngördüğü sınırları aşarak, bireyin sağlık hakkına erişimini engelleyen ilgililer hakkında sözleşmenin feshi şeklindeki yaptırım yerinde olmakla birlikte yeni bir sözleşmenin yapılmayacağı süreyi belirleme konusunda Kuruma sınırları belirsiz bir yetkinin verilmiş olması, eşitsiz ve keyfi uygulamalara yol açabilecektir.³¹

REFAKÂTÇİ BULUNDURMA HAKKI KARŞISINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri arasında, gerek ikamet edilen yer dışında sunulacak sağlık hizmetleri gerekse de yurt dışında sunulacak sağlık hizmetleri için refakatçi gündelik ve yol giderleri karşılanmaktadır. (Madde 65) Bu düzenleme, hasta hakları arasında yer alan bireyin fiziki ve manevi destek sağlayıcısı refakatçi bulundurma hakkını tesis etmesi açısından yerinde bir düzenlemedir.

MAHREMİYETE SAYGI HAKKI KARŞISINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Bireyin sahip olduğu mahremiyet hakkının görünümünden sağlık hizmetinin verilmesi sırasında edinilen bilgilerin gizliliği hakkı prensibi, 5510 sayılı Kanun madde 78/II'de hüküm altına alınmaktadır. Fakat fıkranın devamında, ulusal güvenlik sebebiyle sağlık bilgisi paylaşımına açılmayacak kişilerin tespitinin, ilgili bakanlıkların önerisi üzerine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından gerçekleştirileceği ifade edilmektedir. Bu hüküm ile bakanlığa verilen, bilgileri paylaşımına açılmayacak kişileri belirleme yetkisi, adalet anlayışı içerisinde objektif kriterlere dayanmalı ki, hukuk devleti ilkesi gerçekleştirilsin. İdare, kanun çerçevesinde hayatiyet kazanır. Yani

³¹ Okur-Ergin, s. 1463.

görev ve yetkiler ve bunların sınırları ancak kanun ile belirlenebilir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına verilen yetkinin sınırları 5510 sayılı Kanunda belirgin bir şekilde belirlenmediğinden, bu hükmün Anayasa'ya aykırı olduğu kanaatindeyim. Ayrıca söz konusu bu hüküm ile hastalar arasında ayrımcılık yapılması da söz konusu olabilecektir.

YENİ BİR HASTA HAKKI KATEGORİSİ DENEMESİ “HASTANIN KATILIM HAKKI” KARŞISINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI

5510 sayılı Kanununun 72. maddesinde, sigorta kapsamındaki sağlık hizmetlerinin bedellerini belirlemek için yetkili kılınan Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu'na yer verilmektedir. Komisyon, Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını temsilen birer üye ile Sosyal Güvenlik Kurumunu temsilen iki üye olmak üzere toplam yedi (7) üyeden oluşacaktır. (Madde 72/II)

Sağlık hizmeti bedellerini belirleyecek, bu şekilde genel sağlık sigortası kapsamını çizecek olan Komisyon'un sekreteryaya işlemlerini Sosyal Güvenlik Kurumu yürütecektir. (Madde 72/II) Sosyal Güvenlik Kurumu, bu görevini yerine getirirken "... ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile dernek, vakıf, federasyon, konfederasyon ve kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının görüşlerini alabilir" denmektedir. (Madde 72/IV) Söz konusu bu hüküm ile, kanaatimizce, ilgili Komisyon'un kararlarından etkilenebilecek konumdaki kesimleri, bir şekilde süreç içerisine dâhil etmek amaçlanmaktadır. Ancak kanun metnindeki "... alınabilir" ifadesinden de anlaşılacağı üzere, görüş alma hususu, idarenin takdirine bırakılmaktadır.³²

Görüş alınabilirliğine ilişkin hüküm, yeni bir hak kategorisini de gündeme taşımaktadır: Hastanın Katılım Hakkı.

Hastanın katılım hakkı, Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü'nde "Aktif Vatandaşlık

Hakları" başlığı altındaki 3. Bölüm 3. maddesinde şu şekilde ifade edilmektedir:

"Sağlık alanında politika oluşumuna katılım hakkı: Vatandaşlar, aşağıda yer alan ilkeler doğrultusunda sağlık tedavi haklarının korunmasına ilişkin kamu politikalarını tanımlama, uygulama ve değerlendirme hakkına sahiptir:

- Gündemin belirlenmesi için ikili görüşme ilkesi, yani başka bir deyişle, gündemin tanımlanmasında vatandaşlar ve kurumlar arası bilgi alış veriş;
- Politikaların belirlenmesi ve karara bağlanmasına ilişkin müzakere ilkesi, vatandaşların (örgütlerin) önerilerinin kurumlar tarafından dinlenmesi (dikkate alınması) yükümlülüğü, bu önerileri yorumlamak (olumlu-olumsuz tepkilerini belirtmek), her hangi bir karar almadan onlarla (vatandaşlarla) istişare etmek, alınan kararlar vatandaşların düşüncelerinden farklı ise kararların doğruluğunu onlara anlatmak.
- Tüm ortakların (vatandaşlar, kurumlar ve diğer özel veya tüzel ortakların) sorumlu olduğu ve eşit itibara sahip oldukları anlamına gelmekte olan uygulama (yürütme) faaliyetlerinde ortaklık ilkesi.
- Sivil örgütlerin faaliyetlerinin, kamu politikalarını değerlendirme aracı olarak nitelendirilmesi gerektiği anlamına gelen ortak değerlendirme ilkesi."

Hastanın katılım hakkı, kendisini etkileyebilecek her konumda, durumun özelliği çerçevesinde bireysel olarak veya kurumsal temsil şeklinde bireyin katılımcılığını gerçekleştirmeye yöneliktir. Söz konusu kanun metninin, hastanın katılım hakkını ihlal etmeyecek şekilde, süreçten etkilenebilecek her kesimin görüşünün alınmasını takdir yetkisine bırakmaksızın tekrar düzenlenmesi gerektiği kanaatindeyiz.

SONUÇ

Bireylere güvence sağlamayı vaat eden modern devlet telakkisi, gelişen ve değişen dünya düzeni ile sosyal devlet modelini almıştır. Sosyal devlet; bireyin maddi ve manevi varlığının gelişimi için gerekli olan koşulları oluşturmak adına, hak ve özgürlükler önündeki siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri

³² Okur-Ergin, s. 1461-1462.

kaldırmakla görevli bulunmaktadır. (Anayasa, madde 5) Devlet işbu görevini ifa etmek adına Anayasa madde 56/III-IV hükümleri çerçevesinde;

“Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.”

Devletin sağlık hakkı çerçevesinde yüklenildiği görevinin ifa şekli, aynı maddenin devam eden fıkrasında şu şekilde ifade edilmektedir:

“Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Devlet, sosyal vasfı üzerinden bireylere, maddi ve manevi varlıklarını en iyi gerçekleştirebilme imkânını sunacaktır. Bu çerçevede Devlet, kişilerin beden ve ruh sağlığı ve bütünlüğü içerisinde bulunması için gerekli sağlık hizmetlerini kamu ve özel sektör sağlık hizmeti sunucuları üzerinden sunacaktır. Yine devlet, ilgililerin sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamak ve bunu yaygınlaştırmak için sosyal güvenlik hakkı çerçevesinde genel sağlık sigortası kurma görevi altında bulunmaktadır.

Ancak içerisinde bulunduğumuz küreselleşme çağında ise sosyal devlet, birtakım değişim ve dönüşüm süreçlerinden geçmektedir. Küreselleşme çağının hayatın her anına müdahale eden/etmeye çalışan pozisyonu karşısında devlet de bu müdahaleden nasibini almaktadır. Devlet, mali boyutu da olan ve belki de bu boyutu ile daha çok anılan sosyal güvenlik hakkının gerçekleştirilme süreçlerinden elini çekmeye başlamakta, süreci serbest piyasa şartlarına bırakmaya çabalamaktadır. Ancak gelişen ve değişen risk algısı ile bireyler, daha geniş bir sosyal güvence talebi içerisinde bulunmaktadır. Tabiri caizse, bir kriz yaşanmaktadır.

İşte ülkemizdeki genel sağlık sigortası uygulaması, kısaca ifade etmeye çalıştığımız bu koşullar altında, kriz ortamında yürürlüğe girmiştir. Bir yandan ilgililere sağlamlık, esenlik

haline yönelik risklere karşı geniş bir güvence imkânı sağlanmak istenmekte, diğer yandan da birtakım istisnalar ve sistemde yapılan değişiklikler ile güvence alanlarında delikler oluşturulmaktadır. Hasta hakları açısından Genel Sağlık Sigortası'nı değerlendirirken; bireyin, sırf var olması, yaratılış itibarıyla varlık sahibi olması sebebiyle sahip olduğu hakları, konumuz çerçevesinde hasta hakları üzerinden, güvence vaat eden Devlet'in eylemlerini, piyasaya müdahalelerini ve piyasa lehine geri çekilişlerini, hepsini esas hatları ile görmeye ve göstermeye çalıştık.

Ve esas itibarıyla de şu sonuca vardık ki; sağlıklı olma, esenlik talebi, sözleşmesel bir talep olarak değil, temel bir insan hakkı talebi olarak değerlendirilmek zorundadır. Genel Sağlık Sigortası'na hâkim olan zihniyet, bireyi, müşteri değil “hak talebinde bulunan kimse” olarak görmedikçe söz konusu kriz, mevcut gündelik çözümler üzerinden bir kırılmaya uğramayacaktır.

Kaynakça

- Ali Güzel, *“Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”*, *Çalışma ve Toplum* dergisi, 2005/4.
- Ali Güzel, *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı İle Nereye Paneli Notları*, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2008. (Kısaca: Panel Notları).
- Ali Güzel-Ali Rıza Okur-Nurşen Caniklioğlu, *Sosyal Güvenlik Hukuku*, Yenilenmiş 11. Bası, Beta Basım Yayın, İstanbul 2007.
- Ali Nazım Sözer, *“5510 Sayılı Kanunu'nun Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeleri”*, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu-İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007.
- Ali Nazım Sözer, *“Genel Sağlık Sigortası: Reform mu Deform mu?”*, Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı Semineri, Kamu İş Yayınları, Ankara 2007. <http://www.kamu-is.org.tr/pdf/sosguvsem.pdf> (Kısaca: Deform mu).
- Ali Rıza Okur, *“Genel Sağlık Sigortasının Ortaya Çıkaracağı Sorunlar”*, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu-İstanbul Üniversitesi

- Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007.
- Ali Rıza Okur-Hediye Ergin, **“5510 Sayılı Kanunda Değişiklik Öngören 25.10.2007 Tarihli Taslağın Değerlendirilmesi”**, *Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku* dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, S: 16, 2007.
- Balcı Berna İzgi, **“Sosyal Güvenlik Sistemi’nde Son Gelişmeler”**, *Çalışma ve Toplum* dergisi, 2008/1. <http://www.calismatoplum.org/sayi16/izgi.pdf>
- Berin Ergin, 5510 Sayılı Kanun İle İlgili Yuvarlak Masa Toplantısı, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu-İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007.
- Hediye Ergin, **“Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Uygulamasında Geçiş Hükümlerinin Değerlendirilmesi”**, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu-İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007.
- Kemal Kılıçdaroğlu, 5510 Sayılı Kanun İle İlgili Yuvarlak Masa Toplantısı, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu-İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007.
- Münever Kübra Bakırcı, **Küreselleşme Sürecinde Sosyal Güvenlik Hakkı ve Engelliler**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk Ana Bilim Dalı, İstanbul 2008.
- S. Başak Soyluoğlu, **“Çağdaş Sağlık Anlayışı”**, <http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdassaglik.html>.
- Utkan Araslı, 5510 Sayılı Kanun İle İlgili Yuvarlak Masa Toplantısı, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları ve Gerçekler Sempozyumu, İstanbul Barosu-İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007.
- <http://www.haberturk.com/ekonomi/haber/124096-2009un-acilik-siniri-oranlari-belli-oldu.aspx>.
- <http://www.kazanci.com>