

**5510 SAYILI KANUNA GÖRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI
KAPSAMINDA OLUP GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN
YARARLANAMAYANLAR: DENİZLİ ÖRNEĞİ**

**Pamukkale Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Anabilim Dalı
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Programı**

Melike ÇALLI

Danışman: Doç. Dr. Oğuz KARADENİZ

Aralık 2012


DENİZLİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

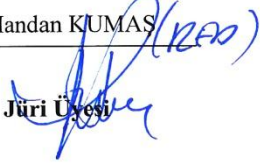
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bilim Dalı öğrencisi Melike ÇALLI tarafından Doç. Dr. Oğuz KARADENİZ yönetiminde hazırlanan” 5510 Sayılı Kanuna Göre Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olup Genel Sağlık Sigortasından Yararlanamayanlar: Denizli Örneği” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 17 Aralık 2012 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR

Jüri Başkanı


Doç. Dr. Oğuz KARADENİZ

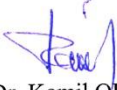
Jüri Üyesi


Doç. Dr. Handan KUMAS

Jüri Üyesi



Yrd. Doç. Dr. Atalay ÇAĞLAR

Jüri Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Kamil ORHAN

Jüri Üyesi

Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 09/01/2013 tarih ve ...01/12... sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Turhan KAÇAR
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atıfta bulunulduğunu beyan ederim.

İmza



Öğrenci Adı Soyadı: Melike ÇALLI

ÖNSÖZ

Türkiye’de 1.10.2008 yılından itibaren Genel Sağlık Sigortası Uygulamasına geçilmiştir. Prim esaslı uygulamada sağlık hizmetlerinden yararlananların kapsamının genişletilmek istenmiş ve tüm toplumu kapsam altına almak amaçlanmıştır. “5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu Kapsamında Olup Genel Sağlık Sigortasından Yararlanamayanlar : Denizli Örneği” başlıklı bu tez Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi kapsamında gerçekleştirilmiştir. Araştırma sırasında Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Koordinatörlüğü tarafından gerekli destek sağlanmıştır.

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında çok değerli katkılarını benden esirgemeyen, değerli zamanı içinde bana da her zaman yer ayıran, görüşleri ile bana yol gösteren örnek kişi ve kıymetli bilim insanı tez danışmanım Doç. Dr. Oğuz KARADENİZ’e, fikirleriyle desteklerini esirgemeyen jüri üyelerim Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR, Doç. Dr. Handan KUMAŞ, Yrd. Doç. Dr. Kamil ORHAN, Yrd. Doç. Dr. Atalay ÇAĞLAR’a , Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri’nde araştırmama izin veren dönemin Başhekimi Prof. Dr. A. Fahir DEMİRKAN’a, alan araştırmalarımnda bana yardımcı olan Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri Avukatı Hüseyin TEKEŞİ ve diğer tüm Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri Çalışanlarına, çalışmam sırasında emek, yardım, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen Yüzüncü Yıl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanı değerli hocam Prof. Dr. Yüksel AKKAYA’ya, Yüzüncü Yıl Üniversitesi çalışma arkadaşlarıma ve Pamukkale Üniversitesi yüksek lisans arkadaşlarıma; ayrıca hayatımın her anında yanımda olup beni destekleyen ve sonsuz sabırlarından dolayı aileme, özellikle de anneme çok teşekkür ederim.

ÖZET

5510 SAYILI KANUNA GÖRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA OLUP GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANAMAYANLAR: DENİZLİ ÖRNEĞİ

ÇALLI, Melike

Yüksek Lisans Tezi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Oğuz KARADENİZ

Ocak 2013, 119 Sayfa

Genel Sağlık Sigortası (GSS), toplumdaki tüm bireylerin tamamını sağlık güvencesi kapsamına alan primlerle finanse edilen bir sosyal güvenlik programıdır. Türkiye’de GSS öncesi kamu sağlık sisteminin finansmanı ve sağlanan hizmetler ile yararlanma koşulları parçalı ve dağınık bir yapı arz etmekteydi. Belirtilen durum sağlığa erişimde eşitsizliğe ve sağlık güvencesizliğine yol açmaktaydı. Sağlıkta dönüşüm projesinin bir bileşeni olan Genel Sağlık Sigortası 5510 sayılı Kanun ile 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. GSS ile Türkiye’de yaşayan tüm vatandaşlar, yasal olarak ikamet eden yabancılar, mülteci, sığınmacı ve vatansızlar sağlık güvencesi kapsamına alınmıştır. . Bununla beraber, sağlık harcamalarını kamu sağlık sistemi dışına kendileri karşılayanların oranı 2011 yılı itibariyle %11 civarındadır (TÜİK, 2011). 5510 sayılı Kanun’un herkesi kapsam altına almasına karşın halen sağlık güvencesi olmayanların bulunması GSS uygulamasında fiilen bir kapsam sorununa işaret etmektedir. Çalışma 5510 sayılı Kanun kapsamına giren ancak GSS’ den yararlanamayanların, söz konusu sistemden yararlanamama nedenlerini tespit etmeyi amaçlamaktadır.. Araştırmada TÜİK Hane Halkı Bütçe Anketi verilerinden sağlık güvencesi olmayanların sosyo-ekonomik özellikleri tespit edilmiştir. Ardından nitel veri toplama tekniklerinden biri olan görüşme yöntemi ile sağlık güvencesi olmayanlardan toplanan veriler içerik analizine tabi tutulmuş ve tablolştırılmıştır. Görüşmeler 2010 yılında Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri’nde tedavi gören, GSS kapsamında olmasına karşın, cepten ödeme yapan ya da hastaneye borcu nedeniyle hakkında icra takibi yapılan hastalar hastalar/hasta yakınları ile yarı yapılandırılmış görüşme formu ile gerçekleştirilmiştir. Bireyler GSS kapsamında olmasına karşın çeşitli nedenlerle sistemden yararlanamamaktadır. Bunlar arasında kendi hesabına çalışan ve çiftçilerin SGK’ya prim borçlarının bulunması, kişilerin GSS’den haberdar olmamaları, yoksul olmalarına karşın üzerlerinde emlak ya da araç olması, bürokratik işlemler, vb. nedenlerle Yeşil Kart alamamaları,, yevmiyeli ve mevsimlik çalışanların kayıt dışı çalışması, işsizlik, GSS’den yararlanabilmek için gerekli gün sayısının doldurulamaması hastaların GSS’den fiilen yararlanamamasına neden olmaktadır. Hastalar ya da yakınları borçlarını ödeyemedikleri için ya hastaneye borçlu kalmakta ya da yakın akrabalarından, dostlarından borç alarak veya mallarını satarak sağlık masraflarını ödemeye çalışmaktadırlar. Genel Sağlık Sigortası fiili kapsamını genişletebilmek için, kayıtlı istihdamı teşvik edecek politikalar geliştirilmeli, prim borçlusu olan bağımsız çalışanların GSS primlerini ödemeleri halinde sistemden yararlanmaları mümkün

kılınmalı, işsizlik sigortasına prim ödememiş işsizlerin primlerinin belirli süre devlet tarafından ödenmesi sağlanmalı, GSS ile ilgili bilgilendirme ve bilinçlendirme kampanyaları yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kamu Sağlık Hizmetleri Kapsamı, Cepten Yapılan Ödemeler

ABSTRACT**ACCORDING TO THE LAW NO 5510: PEOPLE WHO ARE UNDER THE COVERAGE OF GENERAL HEALTH INSURANCE BUT CAN'T BENEFIT FROM IT :A RESEARCH IN DENİZLİ PROVINCE**

ÇALLI, Melike

M. Sc. Thesis in Labour Economics & Industrial Relations

Supervisor: Assoc. Prof. Oğuz KARADENİZ

January 2013, 119 Pages

General Health Insurance (GHI) is a social security program which include all he individuals in the society to the health assurance which is financed by premiums. Before the foundation of GHI were in the finance of public health system, the provided services and benefitting conditions were in a limited and scattered form. This situation caused inequality and insecurity of health in terms of access to health. General Health Insurance which is a component of transformation in health came into effect with the Law number 5510 on 01.10.2008. Thanks to GHI all the citizens in Turkey, foreigners accommodating legally, refugees, asylum seekers and stateless people have been included into the health assurance. Moreover, the percentage of the people who cover the cost of health expenditures excluded from public health assurance was around %11 in 2011 (TÜİK, 2011). Although the Law number 5510 includes everybody, there are some people who do not have a health insurance and this presents a problem in the application of GHI regarding the scope in act. This study aims to ascertain the reasons why people who are included in the Law number 5510 cannot benefit from GHI. In this research the socio-economical features of the ones who do not have a health assurance have been ascertained by using the data of TÜİK Household Budget Questionnaire. Next, interview technique which is one of the qualitative research technique has been employed in order to collect data from the people not having health insurance and the data content has been analyzed and tables have been designed. The interviews have been performed with the patients and the people attending them who paid to the hospital or subjected to execution as they haven't been able to pay although they are included in the program treated at Pamukkale University by using semi structured interview technique. Although these people are included in GHI program, they cannot benefit from the system because of various reasons. Some of these reasons are self employed and farmers owe premium debts to SGK, people are unaware of GHI, they have their own cars or real estate although they are poor, they cannot have a green card because of reasons such as bureaucratic processes, unregistered employees such as casual and seasonal workers, they are unemployed or they have not completed the required day numbers in order to benefit from GHI program. The patients or the people attending them cannot pay the debts and owe to the hospitals or they get debts from their relatives or friends, or they sell their goods and try to pay their debts. In order to enlarge General Health Insurance, the politics should be developed in order to embolden the registered employment. If self employed owing Premium debts pay their GHI premiums, it should be possible for them to benefit from the system, the premiums of the unemployed who have not paid any premiums for the

unemployed insurance should be paid to the state for a while, The campaigns aiming to give information about GHI should be generalized.

Key Words: General Health Insurance, The Health Transformation Project, Health Financing Systems, Out-Pocket Payments

|

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMLARI, SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

1. Sosyal Güvenlik Hakkının Bir Parçası Olarak Sağlık Hakkı.....	3
1.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı Kavramı.....	3
1.2. Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Amacı	6
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	7
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	11
1.2.5. Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Kamu Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	20

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

2.1. Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi (1923-2012).....	23
2.1.1. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu	25
2.1.2. İşçiler Açısından Sosyal Sigorta Sistem, İçerisinde Primlerle Finanse Edilerek Sağlanan Sağlık Hizmetleri.....	26
2.1.3. Bağımsız Çalışanlar Açısından Sağlık Hizmetleri	26
2.1.4. Devlet Memurları ve Yoksullar Açısından Genel Bütçeden Vergilerle Finanse Edilen Sağlık Hizmetleri	27
2.1.5. Sağlıkta Dönüşüm Projesi	30
2.2. Genel Sağlık Sigortası Kavramı, Temel İlkeleri ve Sistemin Hedefleri	35
2.2.1. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı.....	37
2.2.2. 5510 Sayılı Kanuna Göre Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar.....	38
2.2.4. 6111 sayılı Kanuna Göre Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar	40
2.2.5. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılmayanlar	41

2.2.6. Genel Sağlık Sigortasında Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler	42
2.2.7. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı Kapsamında Sağlanan Hizmetler	44
2.2.8. Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları ..	47
2.2.9. Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri	51
2.2.10. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanmak İçin Hiçbir Şart Aranmayan Haller	52
2.2.11. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları ve Prim Ödeme Yükümlülükleri	52
2.2.12. Genel Sağlık Sigortalılığının Başlangıcı, Bildirimi ve Tescili	54
2.2.13. Genel Sağlık Sigortasının Sona Ermesi	56
2.3. GSS'de Fiili Kapsamı Sorunu	57
2.3.1. İşsizler ve Kayıt Dışı Çalışanlar	57
2.3.2. Prim Borcu Olanlar ve Yeni İşe Girenler	59
2.3.3. GSS'den Haberdar Olmayanlar ve Gelir Testi Yaptırmayanlar	60

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DENİZLİ'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA OLUP GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANAMAYANLAR

3.1. Sağlık Güvencesi Olmayanların Demografik ve Sosyo Ekonomik Özellikleri	63
3.2. Araştırmanın Amacı	68
3.3. Araştırmanın Alanı ve Örneklemi	68
3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Verilerin Toplanması	69
3.5. Bulgular	70
3.5.1. Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde 2005-2010 Yılları Arasında Tedavi Gören Hastaların Sağlık Harcamalarını Karşılama Şekline Göre Dağılımı	70
3.5.2. İşgücüne katılmayanlar ve İşsizler ve Aile içi Dayanışma	93
3.5.3. Prim Borcu Olan Bağımsız Çalışanlar ve Eşine Bağımlı Ev Hanımları	95
3.5.4. Atipik Çalışanlar ve Yeni İşe Girenler	96
3.5.5. Yeşil Kart Alamayanlar ve Yeşil Kartlı Olup Sistemden Yararlanamayanlar (Üzerinde mal varlığı olup Yeşil Kart alamayanlar, bürokrasi, damgalanma korkusu, Yeşil Kartı olup vizesi geçenler, sevsiz gelenler)	97
3.5.6. Genel Sağlık Sigortası Hakkında Bilgi Sahibi Olmayanlar (18 Yaş altı olup SGK'ya kayıt yaptırmayanlar)	100
3.5.7. Daha İyi Hizmet Alabilmek İçin Ücretli Hasta Olanlar	101
3.5.8. Diğerleri (Yurtdışı Hasta, KOSGEB'ten kredi almak için sosyal güvenlik sisteminin dışına çıkanlar)	101
SONUÇ VE ÖNERİLER	103
KAYNAKÇA	108
EKLER	114
ÖZGEÇMİŞ	119

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Ülkelerin Kırılganlık Düzeyi ve Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%), (2006).....	21
Şekil 2 Yıllar İtibariyle Kamu Sağlık Harcamaları Reel Endeksi (2001=100), Sağlık Harcamalarını Kendi Karşılایanların Oranı, (%), Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, (%) (2003-2011).....	34
Şekil 3 Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Eş Değer Fert Ölçeğine Göre Belirlenmiş Gelir Gruplarına Göre Dağılımı, %, (2010).....	66
Şekil 4 Cinsiyete ve İşteki Duruma Göre Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Dağılımı, %, (2010).....	67
Şekil 5 Sağlık Güvencesi ve Çalışan Fertlerin Çalıştıkları Sektörlere Göre Dağılımı, %, (2010).....	68
Şekil 6 Denizli Pamukkale Üniversitesine 2005-2010 yılları arasında Sosyal güvence gruplarına göre yatan hasta başvuru oranları (%)	71
Şekil 7 Pamukkale Üniversitesi Hastaneleride 2005-2010 yılları arasında İcra takibine uğrayan hasta sayıları.....	71
Şekil 8 Pamukkale Üniversitesi Hastanesine 2005-2010 yılları arasında sosyal güvence gruplarına göre acil servise başvuran hasta oranları (%)	72

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Finansmanının Farklı Biçimleri.....	13
Tablo 2. Sosyal Sağlık Sigorta Tarafından Kapsanabilinen Nüfus Grubu.....	17
Tablo 3. Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin Sağlık Hizmeti Kapsam, Erişim Açıkları ile Cepten Yapılan Ödemelerin Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%).....	22
Tablo 4. GSS Öncesi Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	30
Tablo 5. Türkiye’de Kırsal ve Kentsel Alanda Yaş Grubuna ve Dönemlere Göre İşsizlik Oranı (%).....	58
Tablo 6. Tarım - Tarım Dışı İstihdama Ve Sosyal Güvenlik Kurumuna Kayıtlılığa Göre İstihdam Edilenler (Bin) (15+yaş)	59
Tablo 7. Genel Sağlık Sigortasında Prim Toplamada Darboğaz Örnekleri, İyileştirme Tedbirleri ve Enformel Sektör Çalışanlarından Prim Toplamının Sağlık Sigortası Finansmanı Performansına Beklenen Etkileri.....	61
Tablo 8. Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı, %(2010).....	64
Tablo 9. Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Eğitim Seviyesine ve Cinsiyete Göre Dağılımı, %, (2010).....	64
Tablo 10. Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Cinsiyete ve Hane Halkı Tipine Göre Dağılımı, %, (2010).....	65
Tablo 11. Cepten Harcama Yapan ya da İcra takibine uğrayan hastaların Cinsiyeti.....	73
Tablo 12. Katılımcıların Yaş Durumu	74
Tablo 13. Medeni Durum.....	74
Tablo 14.Eğitim Durumu	75
Tablo 15. Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	75
Tablo 16. Evin Mülkiyet Durumu.....	76
Tablo 17. Hanenin Gelir Durumu	77
Tablo 18. Son 1 ayda 1 saat bile olsa ücret veya kâr elde etmek için çalışma durumu ..	78
Tablo 19. Son bir ayda iş arama teşebbüsü	79
Tablo 20. İş Aramama Nedeni	80
Tablo 21. İş Aramama Diğer Nedenler	81
Tablo 22 .İşteki Çalışma Durumu	82

Tablo 23. Sosyal Güvenlik Kuruma Herhangi bir Kayıt Durumu	83
Tablo 24. Çalışılan Sektör.....	84
Tablo 25. Sağlık Güvencesini Karşılama Şekli.....	85
Tablo 26. Yeşil Karta Başvurmama Nedeni	86
Tablo 27.Genel Sağlık Sigortası Hakkında Bilgi Durumu.....	87
Tablo 28. Hasta Olduğunda İlk Başvurulan Sağlık Tesisi	89
Tablo 29. Genel Sağlık Sigortası Primi Ödememe Nedeni.....	90
Tablo 30. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları	91
Tablo 31. Sağlık Harcamalarını Karşılama Şekli.....	92

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

BAĞ-KUR	Esnaflık ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortası
BM	Birleşmiş Milletler
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
Dr	Doktor
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ES	Emekli Sandığı
GHI	General Health Insurance
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HHBA	Hane Halkı Bütçe Anketi
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
ILO	International Labour Office
KPSS	Kamu Personeli Seçme Sınavı
m	madde
OECD	Ekonomik Kalkınma Ve İşbirliği Örgütü
R.G	Resmi Gazete
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar
sk	Sayı Kanun
SSGSSK	Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası Kanunu
SYDV	Sosyal Yardım ve Dayanışma Vakfı
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TTH	Tıbbi Tasarruf Hesabı
Yön	Yönetmelik
UÇÖ	Uluslararası Çalışma Örgütü
WHO	World Health Organization

GİRİŞ

Sağlık ya da sağlıklı olma bireylerin bedenen, ve sosyal açıdan tam iyi olma halini ifade etmektedir. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğü'ne göre sağlık vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet anlamına gelmektedir (TDK; 2012). Devletlerin en büyük amaçlarından biri sağlıklı bireylerin yaşadığı bir toplum oluşturmaktır. Hükümetler bu sorunları çözmek ve kamu sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletebilmek için sürekli bir reform arayışındadırlar. Türkiye'de 2008 yılına kadar kamu sağlık hizmetlerinin sunumu, kapsam ve yararlanma koşulları açısından, karışık ve parçalı bir yapı arz etmekteydi (Tatar vd. 2011; Karadeniz, 2012/a-b). Dolayısıyla, gruplar arasında sağlıktan yararlanma koşulları, hizmete ulaşma ve sağlanan hizmetlerde de farklılıklar söz konusuydu. Bunların dışında sosyal güvenlik kapsamına dâhil olmayan sağlığını cepten finanse etmek zorunda olanların oranı da yüksekti. Ülkemizde de kamu sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler ve kapsam sorunu, 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve bu projenin bir bileşeni olan ve 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile çözüme kavuşturulmaya çalışılmıştır.

GSS nüfusun tümüne; hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici, kaliteli sağlık hizmeti sunmak amacıyla oluşturulmuştur. Sistemden yararlanabilmek ilke olarak prim ödeme esasına dayandırılmıştır. Yoksul olduğu tespit edilen kişilerin GSS primleri devlet tarafından ödenmektedir. Kendi hesabına çalışan sigortalılar, şirket ortakları ve çiftçiler ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı (SYDV) tarafından yapılan gelir testinde yoksul olmadığı tespit edilenler sisteme prim ödemedikleri takdirde sistemden yararlanamamaktadırlar. Yine kayıt dışı çalışanlar, işsizler eğer gelir testini geçemezler ise prim ödemedikçe GSS'den yararlanamamaktadır. Öte yandan, gelir testine başvurmayanlara Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yüksek gelir matrahı üzerinden prim tahakkuk ettirilmektedir. Belirtilen durum, GSS'den haberdar olmayan ve yoksul olan ancak gelir testine başvurmayan bireylerin büyük prim borçlarıyla karşı karşıya kalabilmesine neden olmaktadır. SGK istatistiklerine göre GSS'den yararlananların oranı 2011 yılı itibariyle %97,2'ye ulaşmış iken (SGK, 2011 Yılı İstatistik Yıllığı) aynı yıl itibariyle TÜİK yaşam memnuniyeti anketlerine göre sağlık harcamalarını kendileri karşılayanların oranı %11'dir (TÜİK, 2011). Belirtilen durum 2008 yılında yürürlüğe giren GSS'nda fiilen bir kapsam sorununun olduğuna işaret etmektedir.

GSS kapsamında olmasına karşın harcamalarını kendileri karşılayanların sosyo-ekonomik özellikleri nelerdir? Söz konusu kişiler neden GSS hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar? Çalışma ile söz konusu sorulara yanıt aramaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık ve sağlık hakkı kavramı, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanı konuları incelenmektedir. İkinci bölümde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi irdelenmekte; ardından Türkiye’de genel sağlık sigortasının işleyişi ve fiilen kapsam sorununa neden olan etmenler incelenmiştir. Üçüncü bölümde ise sağlık güvencesi olmayan fertlerin demografik özellikleri ile sosyo-ekonomik durumları TÜİK Hane Halkı Bütçe Anketi veri setinden (2010) yararlanarak ortaya konmaya çalışılmıştır. Ardından GSS kapsamında olmasına karşın, Denizli İli’nde Pamukkale Üniversitesi Hastanelerine başvuran, ancak yatarak yapılan tedavilerde cepten ödeme yapanlar ile 2008-2011 yılları arasında sağlık hizmetini kendisi karşılayan ancak söz konusu hastanelere borçlu kalan ve hakkında icra takibi başlatılan hastalar üzerine yapılan alan çalışmasının bulguları ortaya konmuştur. Çalışma sonuç ve öneriler bölümü ile sona ermektedir.

1. BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMLARI, SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

1. Sosyal Güvenlik Hakkının Bir Parçası Olarak Sağlık Hakkı

İnsanın sahip olduğu en temel haklardan biri sağlık hakkıdır. Sağlık hakkı, sosyal güvenlik hakkı ile birebir ilintilidir ve en temel sosyal haklardan biridir. Sosyal hak kavramını “Vatandaşlık ve Sosyal Sınıf” isimli makalesinde Marshall, bireylerin sınıfsal konumlarından bağımsız eşit vatandaşlık statüsü temelinde tanımlanan haklar olarak ifade etmektedir (Buğra ve Keyder, 2006: 26). Sosyal haklar kapsamındaki sosyal güvenlik, toplumsal yaşamdan kaynaklanan sosyal risklerden bireyi korumayı amaçlar. Bu bağlamda sosyal güvenlik, belirli sosyal risklerin iktisadi sonuçlarının yol açabilecekleri gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanması olarak tanımlanır. Sosyal güvenlik, hastalık, analık, yaşlılık, sakatlık, işsizlik, ölüm ve çocuk yetiştirme gibi sosyal risklerin yol açabilecekleri gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanmasıdır (Dilik, 1992: 10). Tanımdan yer alan hastalık, analık, sakatlık gibi risklere karşı bireylerin güvenliklerinin sağlanması ifadesi, sağlık hakkının sosyal güvenlik kavramının bir parçası olduğunu göstermektedir. Sağlık hakkı ve sağlık kavramı ayrıca birçok ulusal ve uluslararası kaynaklarda yer almaktadır.

1.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı Kavramı

Sağlık hakkı, insanın sağlıklı şekilde hayatını sürdürebilmesini için sahip olması gereken haklardır. Sağlıklı olma ya da sağlık kavramı tıbbi anlamda negatif şekilde özellikle hastalığın yokluğu olarak tanımlanabilir (Bury, 2005: 2). Sağlık pozitif anlamda ise mutluluk içinde olma, güçlü bir sosyal destek bağlantısıyla yaşamını sürdürme ya da stresle başa çıkma yeteneği olarak da ifade edilebilir (Çelik, 2011: 25). Sağlığın ne olduğu konusunda çok çeşitli ifadeler olsa da bugün yaygın olarak kullanılan sağlık tanımı, 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nda yer almaktadır. Söz konusu Anayasa'ya göre “*sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir*” (Hayran, Sur, 1998, 3). Sağlığın benzer bir tanımı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Kanununun 2. maddesinde yer almaktadır ve buna göre “sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.”

DSÖ Anayasası sağlık tanımına yer vermenin yanı sıra sağlık hakkını benimseyen ilk uluslararası belgedir (Yenimahalleli Yaşar, 2007: 20). Sağlık hakkı DSÖ'nün dışında ilk kez 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin (İHEB) 25. maddesinde yer almıştır ve şu şekilde ifade edilmiştir:

1. Herkesin kendinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar aynı sosyal güvenceden yararlanırlar.

1966 yılında imzalanan Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar sözleşmesinin 12. maddesinde ise “Taraflar Devletler herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır” ifadesi ile sağlık hakkına değinilmiştir ve tarafların bu hakkı gerçekleştirebilmeleri için alması gereken tedbirlerden bahsedilmiştir: Söz konusu tedbirler: a) Doğum oranlarının ve bebek ölümlerinin azaltılması ve çocukların sağlıklı gelişmesi için önlemler alınması; b) Çevre sağlığı ve sanayi temizliğinin her yönüyle iyileştirilmesi; c) Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi için tedbirler alınması, tedavisi ve kontrolü; d) Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli koşulların oluşturulması şeklinde sıralanmaktadır (Sönmez, 2011: 18).

18 Ekim 1961’de Torino’da imzalanmış ve 26 Şubat 1965 tarihinde yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartının 13. maddesinde sağlık ve sosyal yardım hakları başlığı altında akit devletlerin sağlık ve sosyal yardım hakkını etkin biçimde oluşturmak için: a) Yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla veya başka kaynaklardan özellikle bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanamayan böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bu durumun gerektirdiği bakımı sunmayı, b) Yardım görenlerin, siyasal ve sosyal haklarının kısıtlanmasını önlemeyi, c) Herkesin, kişisel veya ailevi mahrumiyetini önlemek, gidermek ya da azaltmak için olması

gereken tavsiye ve kişisel yardımları uygun kamusal ya da özel hizmetler aracılığıyla sağlamayı, d) Bu madde içinde yer alan hükümleri ülkelerinde yasal olarak bulunan diğer akit devletlerin vatandaşları ile kendi uyruklarına eşit olarak uygulamayı taahhüt etmektedirler (Bostancı, 2007: 42).

Bu uluslararası belgeler dışında Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1952 yılında kabul ettiği Türkiye'nin ise 1971 yılında onayladığı Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına ilişkin 102 sayılı Sözleşmenin 7. maddesine göre; Sözleşmenin *bu bölümünü tatbik eden her Üye, korunan kimselere sağlık durumları gerektirdiği zaman, bu bölümün aşağıdaki maddelerine uygun olarak, koruyucu mahiyette veya tedavi şeklinde sağlık yardımları yapılmasını teminat altına alır* (10.08.1971 Tarih ve 13922 sayılı Resmi Gazete). Eylül 1978'de Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferans, dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek için tüm hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli olanların ve dünya toplumlarının en kısa bir zamanda gerekli işlemlerin yapılmasına olan gereksinmeyi belirleyen bildiriye yayınlamıştır. Bildiriye göre hastalığın ve sakatlığın olmasından ziyade tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ifade edilmektedir. Bildiride sağlık hakkının en iyi seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir hedef olduğu ve bu hedefin gerçekleştirilmesi için, sağlık sektörüne ek olarak diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalamasının gerekliliği de vurgulanmıştır (Bostancı, 2007: 45).

Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nın 35. maddesinde ise "*Herkes, ulusal hukuk ve uygulamalar uyarınca koruyucu sağlık hizmetlerinden ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Birliğin tüm politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek seviyede bir insan sağlığı korunması hedeflenir*" ifadesi ile sağlık hakkına yer verilmiştir (DPT; 2001: 13)

Ülkemizde sağlık hakkı 1961 ve 1982 Anayasalarında yer almıştır. 1961 anayasasının 14. maddesinde "Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkına ve hürriyetine sahiptir" ifadesi ile yaşama hakkı açıkça ifade edilmiştir. Bunun yanında "maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkına" değinilerek insanın maddi varlığının tehdit unsuru olan hastalıklara karşı korunma hakkı ifade edilmiştir. (Güzel vd., 2010: 657). 1961 Anayasasının 49. maddesinde ise "*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi... sağlamakla ödevlidir*" ifadesi yer almaktadır ve bu ifadeyle devletin sağlık hakkını sağlama yükümlülüğünün altı çizilmektedir. Fakat 1961

Anayasasının 53. maddesi sosyal güvenlik ve sağlık hakkına devletin bu yükümlülüklerini iktisadi ve maddi kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getireceği şeklinde bir sınır getirmiştir (Güzel vd., 2010: 658). 1982 Anayasasının 17. maddesinde “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” ifadesi ile yaşam hakkına yer verilmektedir. 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde ise sağlık hakkı şu şekilde yer bulmaktadır:

Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

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.

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

Sağlık hakkının yaşam alanında gerçekleştirilmesi ise sağlık hizmetleri aracılığıyla olur.

1.2. Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Amacı

İnsanların sağlık hakkının varlığı sağlık hizmetlerine sahip olmaları ile bağlantılıdır. Sağlık hizmetleri kavramı 12.01.1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2.maddesinde şu şekilde tanımlanmaktadır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu sağlığa zarar veren çeşitli faktörlerinin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”. Bu maddeden yola çıkarak sağlık hizmetleri kısaca bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunması ve iyileştirilmesi olarak tanımlanabilir (Turan, 2004: 4).

Bir sağlık hizmetinden bahsedebilmek için u unsurun gerçekleşmesi gerekir (Güzel vd., 2010: 666):

1. Kişiyi günlük yaşamından alıkoyan bedensel veya ruhsal bir hastalık, sakatlık veya arıza hali,
2. Kişiyi bu durumdan kurtarmak için kullanılan tıbbi ilaç, araç, gereç ve teknik araçlar,
3. Bu hizmetlerin yetkili tıp görevlileri tarafından, yetkili tıbbi alanlarda kullanılmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin amaçları ise şunlardır (Sözen, 2003: 75):

1. Sağlık talebinin oluşturulması,
2. Toplumun sağlık standartlarının arttırılması,
3. Bireylerin ve toplumun sağlıklı olmasını sağlamak ve korumak için gerekli önlemlerin alınması,
4. Hasta olanların ise en kısa zamanda sağlıklarının kavuşturulmasıdır.

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Günümüzde bir yandan medeni ve siyasi insan hakları, içerik ve anlam bakımından yeni boyutlar kazanmakta, diğer taraftan ise insan haklarının ekonomik ve sosyal boyutları gelişmektedir. Buna bağlı olarak ise kişinin temel haklarından biri olan sağlık hakkının önemi giderek artmakta ve sağlık hizmetlerine olan talep de yükselmektedir. Fakat sağlık hizmetlerinin özellikleri onu diğer hizmetlerden ayırmaktadır (Güzel vd., 2012: 810). Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri bulunmaktadır. Bunlar; sağlık hizmetlerinin toplumsal olması, sağlık hizmetlerinin bilgi yetersizliği, sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirsizliği, sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısından kaynaklanan kâr amacından çok sosyal amaç taşıması, sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması olarak sıralanabilir. Bu özellikler aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

Bir ülkede sağlıklı bireylerin olması tüm nüfusu etkiler ve ilgilendirir. Hasta olsun ya da olmasın, tüm bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi

toplum sağlığı açısından önemlidir. Bundan dolayı sağlık hizmetleri sosyal devletin bir gereği olarak, tamamen serbest piyasa düzeninin işleyişine bırakılmak yerine devlet tarafından sunulmalıdır (Turan, 2004: 9).

Sağlık hizmetlerinde en önemli özelliklerinden, biri sağlık hizmetlerinde tüketicilerin bilgi yetersizliğidir. Karmaşık bir yapısı olan sağlık hizmetlerinde tüketicinin ürün ve hizmetler hakkında yeterli bir bilgiye sahip olmaması, kişilerin hizmetin sağlanacağı faydayı ve kaliteyi lememesine neden olur (Turan, 2004: 9).

Sağlık hizmeti ihtiyacı hastalıkla birlikte ortaya çıkacağından talebin ne zaman ortaya çıkacağını kestirmek zordur. Sağlık hizmeti ihtiyaç duyulduğu anda karşılanması gereken, ertelenmesi ve geciktirilmesi mümkün olmayan bir ihtiyaçtır. Hizmet zamanında ve gerektiği miktar ve kalitede alınmadığı durumda hastalığın daha da kötüleşmesine hatta ölümlle sonuçlanabilir (Kağan, 2006: 148).

Sağlık hizmetlerindeki belirsizlik, bu hizmetler için ekonomik fizibilite hesapları yapmayı güçlendirmektedir. Sağlık hizmetleri sağlamak devletin temel görevlerinden biri olduğu için devlet sağlık piyasasına sağlık sigortası kanalıyla ya da sağlık hizmetlerinden bir bölümünü kendisi sağlayarak piyasa koşullarındaki belirsizlik sorununu ortadan kaldırmaya çalışmaktadır (Güzel vd., 2010: 667).

İnsan sağlığının parayla ölçülemediği gerçeği kabul görmesinden dolayı sağlık hizmetleri sosyal amaçlarla sunulmaktadır. Bundan dolayı maliyet, fayda, krlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları, sağlık sektöründe farklı anlamlar kazanır (Turan, 2004: 10).

Sağlık hizmetlerinin alternatifi yoktur. Belirli hastalıklar belirli ilaç ve yöntemlerle tedavi edilebilir. Hastalığın özelliğine göre belli tıbbi ilaç, araç ve gereçler kullanıldığı için ilaç yerine ameliyat, ameliyat yerine protez vb. durumların olanağı yoktur. İlaçlarda ikame benzer hastalıklar için farklı firmaların ürettiği ilaç şeklinde olabilir. Ameliyatta ikame ise hekimin ya da hastanenin değiştirilmesi biçiminde olabilir. Doktorun koyduğu teşhis için önerilen hizmetin ya da bunun yerine farklı bir zm bulma durumu olamaz (Güzel vd., 2010: 668; 2012: 811).

Tüm bu nedenler sağlık hizmetlerini, piyasadaki diğer mal ve hizmetlerden ayırmakta ve kamusal bir nitelik kazanmasına yol açmakta ve devletin söz konusu alana müdahalesini gerekli kılmaktadır.

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri genel olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Bunlar arasında sadece zaman yönünden farklılıklar söz konusudur. İlk olarak toplumu oluşturan bireylerin hastalanmamasına çalışılır (koruyucu sağlık hizmetleri). İkinci aşamada koruyucu sağlık hizmetleri almasına rağmen hastalananlar olursa onları hastalıklardan kurtarma yönünde çaba gösterilir (tedavi edici sağlık hizmetleri). Son aşama da ise tedavi sonrası kalıcı bozukluk ve sakatlığın günlük hayatta etkisini azaltmak ya da yok etmek için rehabilitasyon hizmetleri verilir. Bu hizmetler bir bütün olsalar dahi, teknik olarak ayrı ayrı ele alınmaktadır (Güzel vd., 2012: 882).

1.2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kısa ve uzun vadede birey ve toplumun karşılaşabileceği çeşitli hastalık risklerini minimum düzeye indirgeyebilmeyi, böylelikle sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak hayat standartlarını geliştirmeyi amaçlayan hizmetlerdir (Akdur, 2006: 13). Diğer deyişle, fertlerin hasta olmalarını önlemek ve erken dönemde hastalıklarını teşhis etmek için alınan tedbirlerdir.

Sosyal devlet olma özelliği sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sağlanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu yüzden koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde amaç toplumda hastalık riskini indirmek olduğu için ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm bireyleri bu hizmetlerden yararlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde kişisel fayda bölünememektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden bütün toplumun yararlanması gelir dağılımındaki dengesizlikleri azaltıcı role sahiptir (Kurtulmuş, 1998: 86). Koruyucu sağlık hizmetleri ferdin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Çevreye yönelik hizmetlerin amacı, çevrede sağlığı olumsuz etkileyecek biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri ortadan kaldırarak veya bu etkenlerin bireyleri etkilemelerini önlemek ve bunun sonucunda çevreyi olumlu duruma getirmektir. Bu hizmetler bu alanda özel hizmet almış mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni gibi mesleklere sahip kişiler tarafından sağlanır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise: su kaynaklarının sağlanması ve denetimi, katı atıkların

denetimi, zararlı canlılarla mücadele, hava ve gürültü kirliliğinin denetimi, radyolojik zararların denetimi, iş sağlığı gibi hizmetlerdir (Kavuncubaşı, 2000: 36).

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri hekim, hemşire, ebe gibi sağlık mesleklerine sahip kişiler tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetler: bağışıklama, ilaçla koruma, erken teşhis, sağlık eğitimi, beslenmeyi düzenleme, kişisel hijyen, aile planlaması, okul sağlığı, anne ve çocuk sağlığı hizmetleridir (Güze vd., 2010: 669).

1.2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık durumlarına ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Diğer ifadeyle, hastalık ya da sakatlık durumunda verilen sağlık hizmetleridir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri kurumları gününbirlik (ayaktan) tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki gruba ayrılır. Ayrıca, tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak da birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere üç gruba ayrılır (Kavuncubaşı, 2000: 39).

Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından, evde, ayakta veya yatarak, muayenehane veya klinikte ayakta muayene ve tedavisini içermektedir ve tedavi evde, muayenehane, sağlık ocakları, klinikler, ana ve çocuk sağlığı merkezlerinde yapılmaktadır (Güzel vd., 2010: 670). İkinci basamak tedavi hizmetlerinde hastaya yataklı tedavi kurumlarında hizmet verilmektedir. Birinci basamakta tedavi edilememiş ya da doğrudan ikinci basamağa sevk edilen hastalardır. Hastaneler yataklı tedavi kurumlarıdır (Güzel vd., 2012: 814). Hasta büyük ölçüde uzmanlığa dayalı bir tedavi ve bakım istiyorsa üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin yapıldığı kurumlara gönderilir. Çocuk hastaneleri, göğüs hastaneleri, onkoloji hastaneleri, üniversite tıp fakültesi hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (Güzel vd., 2012: 815).

1.2.3.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlere rehabilitasyon amaçlı hizmetler denir. Rehabilitasyon hizmetleri, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen

sakatlanan ve çalışma gücünü kaybeden kişilere yapılan tıbbi ve sosyal yardımlardır. Bu hizmetler hekim, diğer sağlık personeli ve sosyal çalışmacılar tarafından gerçekleştirilir (Günaydın, 2007: 11). Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır (Hayran ve Sur, 1998: 18).

Tıbbi rehabilitasyon bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlık durumunun düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sağlanan hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme görme gibi kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin bazı örnekleridir.

Sosyal rehabilitasyon sakatlığı veya özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif bir şekilde katılması, başkalarına bağımlı kalmaksızın yaşamasını sağlamak için işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını içerir.

Bir ülkede bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi o ülkenin benimsemiş olduğu sağlık hizmetlerinin finansmanı ile yakından ilgilidir. Sağlık hizmetlerinin finansman biçimleri ise ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık sektörünün yapılandırılmasındaki en önemli araçlar örgütlenme, finansman ve insan gücüdür. Bu araçlar biçimlendirilirken sağlık politikaları oluşturulur. Sağlık politikaları oluşturulurken iki yaklaşım söz konusudur. Bu yaklaşımdan biri sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımının insan olmaktan gelen en temel bir hak olarak görmekte ve sağlık hizmetlerinin ise toplumsal bir sorumluluk olarak gören politikaları içermektedir. Diğer yaklaşım ise sağlık hakkının bireysel sorumluluk olarak gören ve dolayısıyla bu hakkın yerine getirilmesinde piyasanın arz talep kurallarına bırakılarak insanların bu haktan imkânları doğrultusunda yararlandırılmayı hedeflemektedir (Çelik, 2011: 175). Söz konusu yaklaşım, sağlık hizmetlerini kâr aracı olarak gören politikaları içermektedir. Sağlık hizmetleri finansmanı ve sağlık harcamalarının ülkelerinin ekonomik kalkınma düzeyinden aldığı pay her ülkede tartışılmakta ve sağlık politikalarının belirlenmesi önemli rol oynamaktadır. Sağlık finansmanında üç kritik alan 1) sağlık için yeterli parayı toplamak, 2) hastalık için finansal engellerini azaltmak ve sağlığa erişim finansal bariyerleri ortadan kaldırmak, 3) mevcut kaynakları daha iyi kullanılmaktır (WHO, 2010: 3). Ülkeler sağlık hizmetleri finansmanı stratejilerini belirlerken sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, mali kapasite,

uygulanabilirlik, verimlilik, hakkaniyet, talep /arz kullanımı ve tüketici davranışı, arz/hizmet sunumu ve hizmet sunucu davranışı gibi temel kriterleri göz önünde bulundurmak zorundadır (Çelik, 2011: 176). Sağlık hizmetleri finansmanında ülkeler tek bir finansman yöntemi kullanmamaktadırlar. Pek çok ülke genelde aynı anda birden çok finansman modelini kullanmaktadır. Bu nedenle ülkeler sağlık finansman modelleri açısından sınıflandırılırken sistemde ağırlıklı rol alan finansman biçimine göre sınıflandırılır.

Tablo 1. Sağlık Finansmanının Farklı Biçimleri

Finansman Biçimi	Dağıtım Etkileri	Sağlık Hizmetlerine Erişim	Sağlık Hizmetlerinin Sağlanması Üzerine Etki	Problemler
Devlet Bütçesi	Tüm vergi mükellefleri tarafından finanse edilir.	Herkes	Genellikle kendi tesislerinde. Olası Kalite ve maliyetlerin kontrolü	Devlet fonlarının sınırlılığı.
Sosyal Sağlık Sigortası	İşverenler ve işçiler tarafından finanse edilir, bazen de devlet sübvansiyonları ile. Katılım riskle bağlantılı değildir. Katılım ödeyebilme gücüne bağlı. Bazen katkı payına bağlı	Sadece sigortalılar. Engelli ve hastaların dışlanması yok.	Genellikle kendi tesislerinde ve anlaşmalı tesislerde . Olası kalite ve fiyatların kontrolü	Kayıt dışı sektörün prim ödeme ve kayıttan kaçınması
Özel Sigorta	Katılım riskle bağlantılı. Hiçbir sosyal unsur yok. Hastalığın durumuna göre daha yüksek katılım	Sadece sigortalılar. Kötü risklerin dışlanması	Genellikle Sınırlı pazar konumu nedeniyle çok düşük etkisi. Fiyatlarda anlaşma yok fakat geri ödemelerde anlaşma var	Nüfusun çoğunluğu için oldukça pahalı. Engelli ve hastalar için sorunlar.
Bireysel Ödemeler	Sadece hastalar ve onların ailelerinin ödemeleri. Sağlık hiçbir maliyeti yok.	Sadece ödeyebilenler erişime sahiptir.	Kalite ya da fiyatlarda kontrol yok.	Yüksek ekonomik risk ya da özellikle yoksul nüfus için sağlık hizmetinin olmaması.

Kaynak: ILO, 1999: 17.

Tablo 1’de genel olarak sağlık hizmetlerinin finansman biçimleri ve her bir finansman biçiminin sorunları yer almaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı devlet bütçesinden, sosyal sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası ve bireysel ödemeler ile sağlanmakta olup genel olarak dört ana grupta toplanmaktadır. Devlet bütçesinden finansmanda toplanan genel vergilerle sağlık hizmetleri finanse edilmektedir ve sağlık hizmetlerinden yararlanma herkesi kapsamaktadır. Bu finansman biçiminin sorunu ise devlet fonlarının sınırlılığıdır. Sosyal sağlık sigortası işveren ve işçiler tarafından finanse edilmektedir. Bireylerin sağlıktan yararlanabilmeleri prim ödemelerine ve katılım payına bağlıdır. Kayıt dışı sektörde prim ödeme ve kayıt sorunu olduğundan prim ödeyemeyenler sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Özel sağlık sigortasında ise hastalığın riskine göre katılım ödeme söz konusudur. Nüfusun çoğunluğu için oldukça pahalı bir sistemdir. Bireysel ödemeler ise bireylerin ya da

ailelerinin tedavilerini bizzat cepten ödemeleri ile sağladığı bir sistem olduğu için yoksul kesimin ödeme gücünün olmamasından dolayı sağlık hizmetlerine erişimde dışlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman biçimleri bazı kaynaklarda sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi aracılığıyla finansmanı, piyasa ekonomisi aracılığıyla finansman ve tıbbi tasarruf hesabı ana başlıkları altında incelenmektedir.

1.2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı

Birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanının etkinliği, sağlık sisteminin kişisel ve sosyal fayda üreterek istenilen düzeyde verimli bir şekilde işlemesi bakımından son derece önemlidir. Sistemin finansmanının sadece serbest piyasa koşullarına bırakılması halinde, kişisel fayda ön plana çıkmakta, sosyal fayda ve maliyetler ise göz ardı edilmektedir. Günümüzde sosyal faydanın göz ardı edilmesi ve vatandaşların en temel haklarından biri olan sağlıklı yaşama hakkından feragat edilmesine göz yumma söz konusu olamaz. Bundan dolayı, kamu sektörü sağlık sistemine garantör olarak katılmakta, söz konusu sistemin toplumsal tabana yayılarak daha etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamaya çalışmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010: 192). Devlet sağlık hizmetleri finansmanına vergi tabanlı finansman ve zorunlu sosyal sigorta ile olmak üzere iki şekilde müdahale etmektedir.

1.2.4.1.1. Vergi Tabanlı Finansman Sistemi

Vergi tabanlı finansman sistemi İngiltere’de II. Dünya Savaşı’nı takiben Lord Beveridge tarafından gündeme getirilmiştir. Bu yüzden bu sisteme Beveridge Modeli de denmektedir. Beveridge modelinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri vergi gelirlerinden finanse edilerek tüm vatandaşlara eşit bir şekilde sunulur. Beveridge modelinde vatandaşlardan toplanan vergiler bir havuzda birikir ve daha sonra bu yöntemle toplanan kamu gelirlerinden belli oranda genel ya da yerel bütçe kanalıyla sağlık sektörüne aktarılır. Vergiye dayalı finansmanda vatandaşlar sağlık hizmetleri ile ilgili bireysel katkılarını ödedikleri vergiler aracılığıyla yaparlar ve hizmet kullanımında sistemin belirlediği katkı payları dışında ödeme yapmazlar. Dolayısıyla, bu finansman türünde cevaplanması gereken en önemli sorular, ülkenin vergi toplama kapasitesinin ne olduğu ve toplanan vergilerin adil olup olmadığıdır. Bu iki sorunun cevabı, vergi yoluyla finansmanın sağlık hizmetleri performansı üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilerinin belirleyicileridir (Tatar, 2011: 112).

Vergi kaynakları dolaysız ve dolaylı vergiler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Dolaysız vergiler faktör gelirleri (rant, ücret, faiz, kâr) ve servet üzerinden alınan vergilerdir. Dolaylı vergiler ise mallar ve işlemler üzerinden (satış vergisi, katma değer vergisi, özel tüketim vergisi, ithalat ve ihracat vergileri) alınır (Yenimahalleli Yaşar, 2007: 42-43). Dolaylı vergiler bireyin tüketimi ile ilişkili olduğu için azalan oranda olabilmektedir. Toplanan vergilerin içinde dolaylı vergilerin yüksek olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinin finansmanında yükü kimin üstleneceği sorundur. Bu tür vergi yapısında sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesinde düşük gelir grubunun yüksek gelir gruplarının sağlık hizmetlerini finanse etmesi anlamına gelir (Tatar, 2011: 113).

Toplanma düzeyleri bakımından vergiler ulusal ve yerel vergiler olmak üzere ikiye ayrılır. Arnavutluk, Yunanistan, Polonya, Portekiz, İspanya, İngiltere gibi ülkeler ulusal düzeyde vergilerle sağlık hizmetlerini finanse etmektedir. Yerel vergilendirme, vergilerin genellikle belirli bir bölge göre belirlenerek toplanan vergilerdir. Bulgaristan, Danimarka, Finlandiya, Norveç, İsveç, İtalya gibi ülkeler sağlık finansmanında yerel vergilendirmeyi kullanırlar (Yenimahalleli Yaşar, 2007: 42-43).

Sağlık sisteminin finansmanında bir diğer finansman yolu, sağlık hizmetlerine tahsis edilmiş vergilerdir. Sağlığa zararlı olan sigara alkol gibi tüketim maddelerinin kullanımını azaltmak için konulan bu vergilere suç (günah) vergileri de denilmektedir (Doetinchem, 2010: 4). Ancak söz konusu vergiler tersine artan oranlı olduğu için belirtilen vergileri zenginlerden çok fakirler ödemektedir (Doetinchem, 2010: 4). Finlandiya, Kore, Portekiz, Belçika, Mısır, İngiltere ve A.B.D'nin bazı eyaletlerinde sağlığın teşviki için tütün üzerine vergiler konulmuştur. Mısır'da tütün vergilerinin bir kısmı öğrencilerin sağlık sigortasının finansmanında kullanılmaktadır (Doetinchem, 2010: 6).

1.2.4.1.2. Sosyal Sağlık Sigorta (Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası)

Sosyal Sağlık Sigortası, sanayi devrimi toplumunun sorunlarını çözmek amacıyla ilk kez 1883 yılında Almanya'da Otto Van Bismarck tarafından uygulamaya konmuştur. Bismarck modeli denen bu sistemde, belirlenen kişilerin belirli oranda prim ödenmesi şartıyla sigorta kapsamına alındığı sistemdir. Sistem ağırlık olarak çalışan ve

işveren katkılarıyla finanse edilmektedir. Çalışan ve işveren katkıları dışında devletin de katkısı söz konusu olduğu için sosyal sigorta denilmiştir (Özdemir, 2007: 92).

Sosyal Sağlık Sigortası, sigortalanacak kesimin düzenli ve belirli geliri olduğu ve üyelik şartının zorunlu olduğu bir kamu sigortasıdır (Çelik, 2011: 182). Sosyal Sağlık sigortasının finansmanı kaynağı işveren ve işçiden alınan zorunlu primlere ve aynı zamanda devletin katkılarına dayanır (ILO, 1999: 10). Düzenleme formel sektör işgücü ve onlara bağımlılardan öteye geçemez. Çünkü enformel sektörde, kendine adına çalışan, günlük işlerde çalışan ve kırsal sektördeki kayıt zorluğundan ve onlardan prim toplama sorundur (ILO, 1999: 38-39). Gelişmekte ve tarım yoğun ekonomiye sahip ülkelerde kapsam daha dar kalmaktadır. Sigorta ile garanti altına alınan hizmetler ülke ekonomisinin gücüyle bağlantılıdır (Çelik, 2011: 183). Sosyal sağlık sigortasına kayıt olmayı zorlamak enformel sektörde zordur. Bu nedenle çoğu düşük gelirli ülkede gönüllü kayıt yönünde eğilim vardır. Aile bazlı üyelikler ise bireysel üyeliklere göre kapsamı genişletmekte daha etkilidir. Formel sektörde çalışan kişi enformel sektörde çalışan aile bireylerini sosyal sağlık sigortası yönüyle kapsam altına alabilir (Kwon, 2011: 655). Eski Doğu Bloğu ülkelerinde, zorunlu sağlık sigortası kapsamında olan işsizler, emekliler, çocuklar öğrenciler, enformel sektör çalışanları ve tarım çalışanları gibi prim ödemeyen nüfus için farklı gelir toplama yöntemleri benimsenmiştir. Bazı ülkelerde söz konusu gelirler, merkezi ya da bölgesel bütçelerden ya da Slovakya'da olduğu gibi işsizlik fonundan ya da Kırgızistan'da olduğu gibi emeklilik ve işsizlik fonlarından karşılanır. Çek Cumhuriyeti'nde ise ortalama ücretin %13,5'u aktif olmayan nüfusun giderleri için fona aktarılmaktadır (Sheiman vd., 2010: 97). Hükümetler, sosyal sağlık sigortaları geliştikçe, sağlık sigortasını finanse etmek için yeni kaynaklar bulmaya yönelmişlerdir. Örneğin, prim ödeme gücü olmayan ya da primlerini ödeyemeyen işsiz ve yoksullar gibi gruplar için primleri vergiler ve vergi dışı kaynaklarla finanse edilmeye başlanmıştır (Doetinchem vd. 2010: 1). Enformel sektörde çalışanların gelirlerini tespit zor olduğu için tek oranlı bir sağlık sigortası primi alınmaktadır (Doetinchem vd. 2010: 1).

Sosyal sağlık sigortasında hizmet sunumunda örgütlenme biçimi dolaylı ve dolaysız yöntem olmak üzere ikiye ayrılır. Dolaysız yöntemde sosyal sigortalar kurumu sağlık hizmetlerini kendi hastaneleri ve personeli ile sunar. Dolaylı yöntemde ise sigorta kurumu sunacağı hizmeti dışarıdan satın alır (Oktay, 2007: 40).

Sosyal sağlık sigortası toplumsal eşitliği kapsanan nüfusun büyüklüğüne bağlı olarak olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Eğer dar bir nüfusu kapsıyorsa sigortalanan nüfus açısından eşitsizlik doğurabilir. Gelişmekte olan ülkelerde genellikle bu durum söz konusudur. Bu ülkelerde belirli içi ve geliri olanlar sanayi ve hizmet sektöründe istihdam edilmektedir ve bu grup kapsama alınarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Böylece kırsal nüfus, işsizler, belirli geliri olmayanların sağlık güvencesinden yoksun kalmaktadır (Çelik, 2011: 183).

Tablo 2. Sosyal Sağlık Sigorta Tarafından Kapsanan Nüfus Grubu

Nüfus Grubu	Teknik Fizibilite	Politik fizibilite	Prim ödemeleri
Aktif Nüfus			
Formal sektör çalışanları	Kayıt ve katılım kesintisi nispeten kolay	Bazı gruplar kapsama girmek istemiyor	İşveren ve işçi
Enformal sektör çalışanları	Kayıt ve katkı (prim) toplama zor	Bazen sigortanın konsepti anlaşılıyor. Düşük gelirli insanlar prim ödemek istemiyor	İşveren ve işçi
Kendi hesabına çalışanlar/ bağımsız çalışan	Gelir değerlendirmesi, kayıt ve prim toplama zor	Yüksek gelir gruplu kendi adına çalışanlar sık sık kapsama dahil olmak istemiyor.	Kendi adına çalışanlar
Tarım çalışanları/kırsal alan çalışanları	Gelir değerlendirmesi, kayıt ve prim toplama zor	Belirli bir standartta fayda sağlayan zorlaştıran zayıf sağlık altyapısı	Çalışanlar ve işverenler
Pasif Nüfus			
Bağımlılar	Aile tanımı bazen zor	Maliyetlerin kapsamı sık sık konu edilir.	Katkı yok ya da katkıları devlet tarafından ödenir.
Emekliler	Kayıt ve katkı toplama nispeten kolay	Maliyetlerin kapsamı sık sık konu edilir.	Katkı ödemeleri emeklilik fonundan ya da devlet tarafından ödenir.
Sosyal yardım alıcıları (işsizlik yardımları, sosyal yardımlar vs.)	Kayıt ve katkı toplama nispeten kolay	Maliyetlerin kapsamı sık sık konu edilir.	Katkılar devlet tarafından ödenir.

Kaynak: ILO, 1999: 43.

Tablo2'nin incelenmesinden de anlaşılacağı üzere sosyal sağlık sigortasının uygulanmasında hem aktif hem de pasif nüfus açısından bazı sorun alanları mevcuttur. Aktif nüfus enformel sektörde çalışanlar için sisteme kayıt ve prim toplamak sistemin sorunları arasındadır. Kendi hesabına çalışanlar ile kırsal kesim çalışanlarında primlerin ödenmesi için gelirin belirlenmesi ve prim toplamada zorluklar mevcuttur.

1.2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı

Sağlık sisteminin tamamen özel kişi ya da kuruluşlarına fon aktarımı ile finanse edildiği piyasa ekonomisi aracılığı vasıtasıyla finansman, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortası olmak üzere iki kısma ayrılır:

1.2.4.2.1. Cepten Ödeme

Cepten ödeme, doğrudan hastalar ya da hane halkı tarafından yapılan ödemelerdir. Bundan dolayı hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler resmi (formel) ve gayri resmi (informal) ödemeler olmak üzere ikiye ayrılır (Dilik, 1992: 12).

Formel ödemeler; doğrudan ödemeler ve kullanıcı katkıları/maliyet paylaşımı şeklinde gerçekleşen ödemelerdir (Özgen, 2007: 3). Doğrudan ödemeler, sosyal güvence kapsamı dışında kalan ve hizmet arzının sınırlı olduğu veya uzun bekleyişler dolayı hizmete ulaşımın aksadığı durumlar karşısında yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler genellikle diş hekimleri, güvence kapsamındaki ilaçlar için eczaneye yapılan ödemeler, özel hekim muayeneleri, özel hastaneler ve laboratuvarlar gibi özel sektör hizmet sunucularına yapılan ödemelerdir (Çelik, 2011: 104). Katkı payı, bir sağlık güvencesi programı kapsamındaki bireylerin aldıkları her sağlıkla ilgili mal veya hizmet bedelinin sabit bir miktarı için yaptıkları ödemedir (Özgen, 2007: 3).

Enformel ödemeler; genellikle kamu sektöründe çalışan sağlık personeline tedavi sonrası “ teşekkür hediyesi ya da tedavi öncesi zarflarla verilen benimle özel olarak ilgilenin” paralarından oluşan ödemelerdir. Enformel ödemelerin temel nedenleri, kamu sistemindeki finansal kaynakların yetersizliği, özel sağlık hizmetlerinin yetersizliği, hizmet sunucularını etkileme isteği ve kültürel gelenekler olarak belirtilebilir (Çelik, 2011: 196-197).

Cepten ödemeleri savunanlar, bu ödemeler sayesinde sağlık hizmetlerine gereksiz talebin önleneyeğini aynı zamanda sağlık hizmetlerine ilave kaynak yaratacağını ileri sürmektedir. Cepten ödemelerde bireyin geliri ile ilişkilendirilmediği durumlar söz konusu olduğunda hem hakkaniyet hem de risk koruma bakımından en olumsuz sonuçlar doğuran finansman yöntemidir. Özellikle düşük gelirli ile düşük sağlık statüsü arasındaki ilişki düşünüldüğünde, ödeme yükünün hem gelir hem de

sağlık statüsü bakımından en kötü olanlara yüklenilmesi ve sonuç olarak hane halkının yoksulluğa itilmesi anlamına gelmektedir (Tatar, 2011: 114). Nitekim son çalışmalar cepten sağlık ödemelerinin tek bir yıl içerisinde hem Kenya’da hem de Senegal’de 100.000 hane halkını yoksulluk sınırının altına ittiğini göstermektedir. Güney Afrika’da yaklaşık 290.000 kişi aynı kaderi paylaşmaktadır (WHO, 2010: 5).

1.2.4.2.2. Özel Sağlık Sigortası

Bu finansman yönteminde geri ödeme kurumu özel sağlık sigortasıdır ve bireylerin ya da kurumların sağlık risklerinin sigortalanması söz konusudur. Özel sağlık sigortası ülkeden ülkeye değişik özellikler göstermektedir. Örneğin ABD’de nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık hizmeti sağlarken, Fransa’da kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı rol oynamaktadır (Tatar, 2011: 114). Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması durumuna gerekli olan muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir çeşit sigortadır. Kişilerin özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı teminat alınması için sigorta sözleşmesi ile oluşturdukları bir risk teminatıdır (Çelik, 2011: 187).

Özel Sigortada, sigortalıların ödeyeceği prim miktarı yaş, cinsiyet, sağlık statüsü ve benzeri özelliklere göre belirlenir. Düşük risk grubundaki sigortalıların düşük prim, yüksek risk grubundaki sigortalıların ise yüksek prim ödenmesi temeline dayanır (Çelik, 2011: 187-188). Bu anlayışla primler gereksiz yere yükseleceği için özellikle sağlık statüsü iyi olan ve sağlık riski az olanlar yüksek prim ödemek istemeyecektir; sonuç olarak sigorta havuzunda ağırlıklı olarak yüksek riskli hastalar yer alacaktır. Bu durum sigorta kurumu açısından gelir ve gider dengesinin sağlanamamasına yol açacak ve zamanla finansmanının sürdürülmesini olumsuz etkileyecektir. Bu yüzden özel sağlık sigortası, sağlık sigortası finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan bir yöntem olmaktansa vergilere ya da sosyal sigortaya dayalı finansmanı tamamlar ya da destekler nitelikte olmak durumundadır (Tatar, 2011: 115).

1.2.4.3. Tıbbi Tasarruf Hesabı

1984 yılında Medisave olarak adlandırılan uygulama ile Singapur tıbbi tasarruf harcamalarını uygulayan ilk ülkedir. Bu modelde, çalışanlar ve işverenler vergiden muaf tutularak tıbbi tasarruf harcamalarına katkı sağlarlar (Chia ve Tsui, 2005: 856).

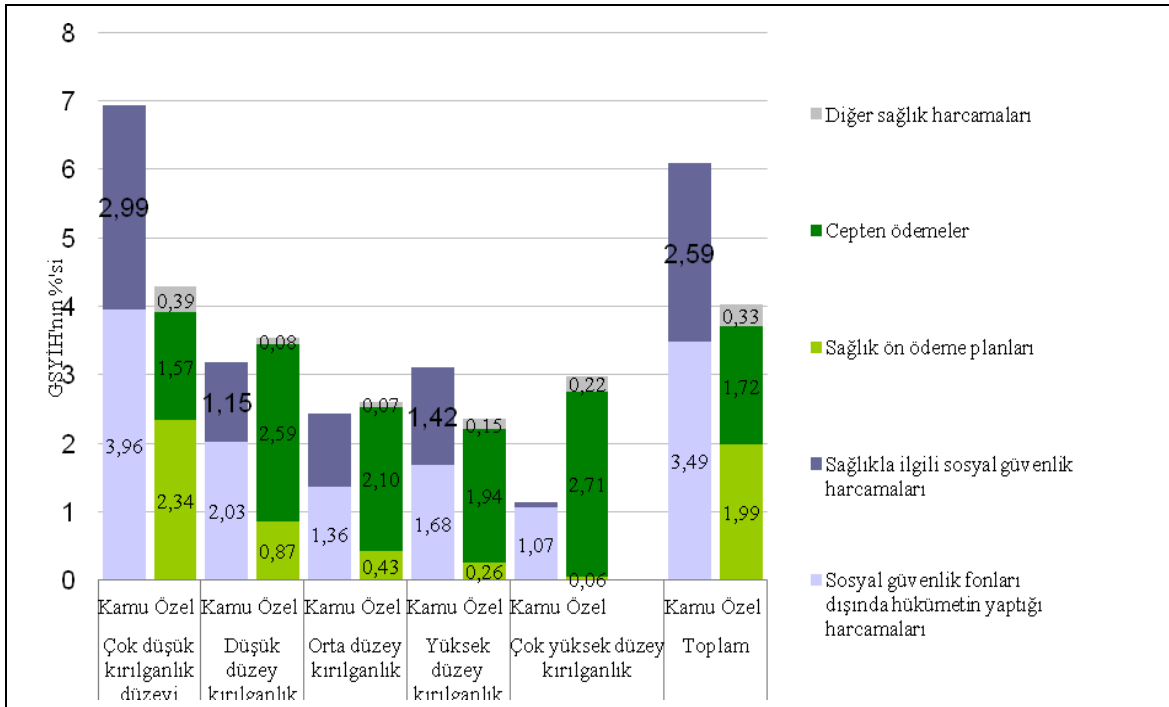
Tıbbi Tasarruf Hesapları (TTH), para yatırma ve para çekme konularında içerdiği özel kriterlere göre çeşitlilik gösteren, kişilerin sağlık ve tıbbi bakım harcamalarında kullanımıyla sınırlı bireysel tasarruf hesabıdır. Genel olarak üç hedefe sahiptir (Çelik, 2011: 200):

1. Gelecekte beklenen yüksek tıbbi bakım maliyetleri konusunda bireyleri bilinçlenmesini sağlamak,
2. Sağlık hizmeti kullanıcılarının masraflarını kontrol etmelerini sağlamak,
3. Sağlık harcamaları için ek kaynak sağlamaktır.

Bu sistemi savunanlar, bu modelin sağlık bakım hizmetlerinde devlet harcamalarını aza indirdiğini, vergileri düşürdüğünü, sağlık oranlarındaki artışı kısıtladığını, hekim hasta ilişkisinin doğasını değiştirdiğini, bekleme süresini ortadan kaldırdığını sağlık bakım sistemini yeniden canlandırdığını ileri sürerler (Deber vd., 2004: 49).

1.2.5. Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Kamu Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finansmanının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla’ya (GSYİH) oranı ile ülkelerin kırılma düzeyi arasında ters orantılı bir ilişki vardır (ILO, 2010: 37). Ülkelerin kırılma düzeyi, UÇÖ’nün Raporunda (2010: 37), yoksulluk ve kayıt dışı istihdamın bileşimi olarak ifade edilmektedir. Bir başka anlatımla, ülkelerin yoksulluk sosyal güvencesiz çalışan nüfus oranı arttıkça kamu tarafından finanse edilen sağlık harcamaları azalmakta, özel sağlık harcamaları, özellikle cepten ödemeler artmaktadır. Şekilden de anlaşılacağı üzere düşük kırılma düzeyine sahip ülkelerde kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %7’ye ulaşırken, cepten ödemeler GSYİH’nın %1,57’si kadardır. Çok yüksek kırılma düzeyindeki ülkelerde, bir başka anlatımla yoksulluk ve kayıt dışı istihdam oranının yüksek olduğu ülkelerde cepten yapılan harcamaların GSYİH’ya oranı %2,71’e ulaşmaktadır.



Şekil 1 Ülkelerin Kırılabilirlik Düzeyi ve Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%), (2006)

Kaynak: Social Security Extension, Hata! Köprü başvurusu geçerli değil.: 07.12.2012

Kamu sosyal sağlık korumasının etkili kapsamı çeşitli göstergelerin kombinasyonundan oluşmaktadır. Belirtilen göstergeler; sosyal sağlık güvencesi olmayan nüfusun oranı, cepten yapılan ödemeler ve nitelikli sağlık personeli açığıdır (ILO, 2010: 42). Bir başka anlatımla, etkin bir sosyal sağlık korumasından söz edebilmek için, ülkede yaşayan herkesin sosyal sağlık güvencesi kapsamında olması, nitelikli sağlık hizmetleri çalışanın sayıca yüksekliği ve cepten yapılan sağlık harcamalarının düşüklüğü, sosyal sağlık hizmetinin kapsamını genişletmektedir.

Tablo 3. Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin Sağlık Hizmeti Kapsam, Erişim Açıkları ile Cepten Yapılan Ödemelerin Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)

Ülkelerin Gelir Düzeyleri	Düşük Gelir	Düşük Orta Gelir	Yüksek-Orta Gelir	Yüksek Gelir	Toplam
KAPSAM AÇIĞI: Sağlık güvencesi olmayan nüfusun %'si olarak resmi sağlık kapsamı açığı	86,25	37,44	9,46	8,90	34,18
ERİŞİM AÇIĞI: Sağlık personeli açığı nedeniyle kapsanmayan nüfusun %'si (düşük kırlanlık düzeyindeki ülkelerin ortanca değerine göre)	74,31	32,89	12,29	3,07	32,32
Cepten ödemelerin toplam sağlık harcamalarına oranı	55,25	51,92	31,88	14,07	17,32

Kaynak: Social Security Extension, www.socialsecurityextension.org E.T: 07.12.2012

Düşük gelir grubundaki bireylerin cepten ödemelerin toplam sağlık harcamalarına oranı yüksektir. Bu oran düşük gelir grubunda 55.25 iken yüksek gelir grubuna doğru azalmakta olup yüksek gelir grubunda %14.07'ye düşmektedir.

Birinci bölümde sağlık hakkı, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin finansman biçimleri incelenmiştir. İkinci bölümde ise Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi, sağlıkta dönüşüm projesinin bir parçası olan ve 1.10.2008 yılından itibaren uygulanmaya başlayan genel sağlık sigortası kavramı, sistemin kapsamı ve kapsam dâhilinde olan sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerden yararlanma koşulları ele alınacaktır.

2. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve toplumun tüm kesimlerine ulaştırılması ile ilgili çalışmalar uzun yıllar devam etmektedir. Bu bölümde daha yakın tarihli olan Cumhuriyet döneminden günümüze kadar olan gelişmeler ele alınacaktır. Ardından sağlıkta dönüşüm projesi ve sağlıkta dönüşüm projesinin bir parçası olan GSS incelenecektir. Belirtilen çerçevede GSS kapsamında olup fiilen söz konusu sistem çerçevesindeki hizmetlerden yararlanmadaki zorluklar (fiili kapsam sorunu) üzerinde durulacaktır.

2.1. Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi (1923-2012)

Cumhuriyet dönemindeki sağlık hizmetlerine genel olarak bakıldığında ilk dikkati çeken nokta, Cumhuriyetin ilk yıllarında yapılan hizmetlerdir. Ülkenin ulusal savaştan yeni çıktığı, yoksulluk ve sefaletten dolayı salgın hastalıkların yaygın olduğu bu dönemde alınan isabetli kararlarla koruyucu sağlık hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye ağırlık verilmiş ve bunlara ilaveten ülkenin gelecekteki gereksinimlerini de karşılamaya yönelik yasalar çıkartılmıştır (Öztürk, 1999: 40). Bu gelişmeler şunlardır:

Cumhuriyetin ilan edildiği 1923 yılından sonra Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olmuş ve 1928 yılında dönemin en önemli gelişmesi olan “Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü” kurulmuştur. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Yasası” ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın ülke genelinde görev ve yetkileri belirlenmiş ve bu yasa ile devlet sağlıkla ilgili tüm düzenlemelerin temeli görülmüştür (Turan, 2004: 5). Dr. Refik Saydam döneminde, illerde Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin bütün memlekete yayılması sağlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiştir. Söz konusu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanaklarından sağlanmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle; ancak yerel idarelerce (belediyeler, il özel idareleri) yürütülmesi politikası benimsenmiş ve bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik üstlenmiştir. Bu amaçla, bir yandan yerel idarelerin hastane

açması teşvik edilirken diğer taraftan, bu idarelere örnek teşkil etmek için, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” açılmıştır (Akdur, 2000: 12). Bunların dışında sıtmanın büyük salgınlar yapması sebebiyle 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır. Yine 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş, 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurumun, finansmanın yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olmuştur (Sur, 1998: 225).

Dr. Saydam Dönemi’nden sonraki, ilk önemli girişim; 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi’ne sunulmuş ve “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” adıyla yürürlüğe konmuştur (Akdur, 2008: 3). Bu plânın en önemli özelliği kırsal bölgede 20 köye birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren sağlık merkezlerinin kurulması idi. Fakat bu plânın uygulanması ilçe merkezlerine sağlık merkezi adı ile 10-25 yataklı tedavi kurumları kurarak sürdürüldüğünden dolayı istenilen hedefe ulaşamamıştır (www.ttb.org.tr/n_fisek/ erişim 1.10.2012).

1949 yılında veremle savaşın kentlerde verem savaş dernekleri köylerde ise sağlık bakanlığı tarafından yürütülmesi kabul edilmiş fakat hastalığın köylerde kontrol altına alınamamasından dolayı Verem Savaş Genel Müdürlüğü kurulmuştur. 1952 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı kuruluşu oluşturulmuş ve merkez, şube ve istasyonları açılmıştır (Öztürk, 1999: 39). Sonuçta sağlık sektöründe çok başlılık ve eşgüdümsüzlük hâkim olmuştur (Akdur, 1999: 14).

1960 askeri darbesi sonrası yönetimi devir alan hükümet sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereğini duymuştur. Bunu gerçekleştirmek için, 1961 Anayasası’nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilerek, bu olumsuz gelişmenin önü kesilmek istenmiştir (Akdur, 1999: 14).

Anayasa doğrultusunda hazırlanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu amaç doğrultusunda, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine

evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması gerektiği belirtilmiştir. Zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı Kanun) 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir ve sağlık hizmetleri tarihimizde “*Sosyalleştirme Dönemi*” olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır (Akdur, 2006: 32; 1999: 14).

1971 yılında 1479 sayılı Yasa ile Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu (BAĞ-KUR) kurularak, esnaf ve sanatkârlarla birlikte diğer bağımsız çalışanlar sosyal güvenliğin kapsamına alınmıştır. 1978 yılında kabul edilen 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Yasası ile tam gün çalışan doktorlara ek ödemeler getirilmiş fakat 1980 yılında yürürlükten kaldırılmıştır. 1982 yılında 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler getirilmiş ve 60. maddesinde “herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiği” ifadesine yer verilmiştir. 1987 yılında sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemek için 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri yasası yürürlüğe girmiştir fakat günümüze kadar bu yasanın yaşama geçilmesini sağlayacak düzenlemeler olmamıştır (Turan, 2004: 8).

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık sektörü mastır planı hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1992 yılında I. Ulusal Sağlık Kongresi toplamıştır ve sağlıkta yeniden yapılanma sürecine gidilmiştir. 1993 yılında II. Ulusal Sağlık Kongresi olmuştur. Bu yıllardan sonra 1992 yılında yürürlüğe konan ödeme gücü yetersiz olan ya da hiç olmayan kişilere yönelik 3816 sayılı yasa ile Yeşil Kart Uygulaması başlamıştır (Turan, 2004: 8).

Genel çerçevede anlatılan GSS öncesi Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki parçalı yapı aşağıda daha detaylı olarak incelenmiştir.

2.1.1. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu 12 Ocak 1961 yılında çikartılmıştır ve 1963 yılından itibaren uygulanmaya başlamıştır. 224 sayılı Kanunla sağlık hizmetlerinde reform niteliği taşımaktadır. Halen uygulanmakta olan bu kanunun temel ilkeleri şunlardır (Öncül vd., 2007: 251): Eşit hizmet, sürekli hizmet, entegre hizmet, kademeli hizmet, öncelikli hizmet, katılımlı hizmet, ekip hizmeti, denetlenen hizmet, uygun hizmet, nüfusa göre hizmettir.

Yasaya göre özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerini vermesi düşünülen sağlık ocaklarının, tüm koruyucu hizmetler ile tedavi edici hizmetleri birlikte verecek şekilde bir ekipten oluşmasını öngörülmekte ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini ise hastanelerde bir sevk zincirinin oluşturulması yoluyla birinci basamaktan (sağlık ocağı) gelenlere verilmesi düşünülmüştür (Öztürk, 1999: 40). 1963 yılında Muş'ta başlayan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri, 1980'lerin başına kadar ülkenin 1/3'ü kapsayabilmiştir ve yeni bir düzenlemeyle kalan bölgelerin tümü sosyalleştirme kapsamına alınmıştır (Öztürk, 1999: 40).

224 sayılı Kanunla tüm sağlık harcamalarının, kamu kaynakları ile karşılanması ve sağlık hizmetlerinin de kamu tarafından yürütülmesi düşüncesi yaygın hale gelmiştir ve merkeziyetçi kamu görevi anlayışı, devleti yalnızca sağlık hizmetlerini sunan değil aynı zamanda finanse eden bir konuma getirmiştir. Fakat tek merkezli yönetimin zor olması, sağlık hizmetlerinin kullandığı kaynakların verimli ve etkili olmaması, sağlık hizmetlerine yönelik şikâyetlerin artmasına ve dolayısıyla yeni reform süreci başlamasına neden olmuştur (Turan, 2004: 46).

2.1.2. İşçiler Açısından Sosyal Sigorta Sistem, İçerisinde Primlerle Finanse Edilerek Sağlanan Sağlık Hizmetleri

Sosyal Sigorta Kanunu, özellikle özel sektör ile kamu sektöründe çalışan mavi yakalı işçileri kapsayan bir kanundur. Türkiye'de ilk sosyal sigorta kanunları (İş kazalarıyla meslek hastalıkları ve analık sigortası, işçi sigortaları kurumu kanunları) 1945 yılında çıkartılarak 1946 yılında uygulanmaya başlamıştır. 1950 yılında hastalık sigortası ile ilgili kanunlar çıkartılmıştır (Dilik, 1992: 50). 1964 yılında ve 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kanunu kabul edilmiştir. 1983 yılında ise 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu çıkartılmıştır.

506 sayılı Kanunda hastalık yardımlarından yararlanabilmek için sigortalılar için son bir yıl da 90 gün, bakmakla yükümlü olunan eş ve çocukları için 120 gün prim ödeme koşulu aranmaktaydı (Kurt, 2008: 276).

2.1.3. Bağımsız Çalışanlar Açısından Sağlık Hizmetleri

BAĞ-KUR, 1971 yılında yürürlüğe konan 1479 sayılı kanun Esnaf ve Sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanları içine alan sigorta sistemidir. Zaman içinde kapsamı genişlemiştir ve ev hanımları, işsizleri, Türkiye'de yaşayan Türk uyruklularla

yurtdışında çalışanların meslek sahibi olmayan eşlerini de kapsama almıştır. 1983 yılında 2926 sayılı Kanunla tarımda kendi hesabına çalışanları yani çiftçileri de kapsama almıştır. 1985-86 yıllarında sigorta kapsamına sağlık sigortasını da eklenmiştir. Şubat 1999 yılından itibaren tarım işçileri de sağlık sigortasından yararlanmaktadır (Özbay vd., 2007: 109).

1479 sayılı Kanunun ek madde 12'ye göre BAĞ-KUR'luların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için ilk defa sigortalı olanların en az 8 ay, yeniden sigortalı olanlar için en az 4 ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemeleri gerekmektedir ve prim borcu olmamaları şartına bağlıydı.

1479 sayılı kanunun ek madde 11'ine göre göre sağlık yardımlarının kapsamındakiler:

1. Kanuna tabi sigortalılar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları,
2. Yaşlılık ve malûllük aylığı almakta olanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları,
3. Ölüm aylığı almakta olanlar yararlanırlar.

Kanunun ek maddesi 13'e göre Sağlık sigortası yardımları, hastalık ve iş kazası halleri kapsar ve sağlık yardımları hastanın;

1. Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar tetkiklerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması,
2. Teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesine yatırılması,
3. Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanmasıdır.

Ayakta yapılan tedavilerde verilen ilaç bedellerinin %20'si sigortalı %10'u aylık alanlar tarafından karşılanır.

2.1.4. Devlet Memurları ve Yoksullar Açısından Genel Bütçeden Vergilerle Finanse Edilen Sağlık Hizmetleri

Emekli Sandığı (ES) 1950 yılında 5434 sayılı yasa ile "beyaz yakalılar" (memurlar) ve askeri personele emeklilik ve malullük maaşı sağlamak için kurulmuştur

fakat kapsam sonradan genişletilmiş ve yerel yönetim konsey üyelerini, milletvekillerini, askeri okul öğrencilerini ve tüm devlet memurlarını kapsam altına almıştır. ES, üyelerinden belirli bir sağlık sigortası primi toplamaz. Sağlık harcamaları doğrudan devlet bütçesinden finanse edilir. ES, tüm emekli devlet memurlarının sağlık ihtiyaçlarını, bu üyelerin sadece ilaçlar için %10 oranında eş ödemesi olarak karşılar (Özbay vd., 2007: 110).

6571 sayılı Kanununun 188. maddesi kapsamında Devlet memurlarına “Hastalık ve Analık Sigortası” başlıklı sağlanacak sağlık yardımları ile ilgili düzenlemeler yer almakta olup, bunlar:

1. *Devlet memurlarının hastalık, analık ve görevden doğan kaza ile mesleki hastalık,*
2. *Devlet memurlarının eşleri ve bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve çocuklarının hastalık ve analık,*
3. *Bir kanuna dayanılarak emekli veya malullük aylığı alanların (Sosyal Sigorta Kurumu'na uygulanan iş kazaları ile meslek hastalıkları, malullük ve yaşlılık sigortalarından gelir veya aylık bağlananlar hariç) hastalık ve analık,*
4. *Bir kanuna dayanılarak dul veya yetim aylığı alanların (Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan gelir veya aylık alanlar hariç) hastalık ve analık hallerinde gerekli sosyal sigorta yardımları sağlanır.*

“Yeşil Kart “ programı sağlık hizmetlerini satın alma gücü yetersiz olanlar ya da satın alma gücü hiç olmayan yoksullar için oluşturulmuş olup 1991 yılında çıkartılan ve 1992 yılında yürürlüğe konan 3816² sayılı Yasa ile Yeşil Kart yararlanıcılarına ücretsiz sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Bunun yanında 14 Temmuz 2004 günü kabul edilen ve 21 Temmuz 2004 günü Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 5222³ sayılı Kanunla 3816 sayılı Kanunda değişiklikler yapılmış ve yoksullara sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir (Karadeniz, 2012/a) . Düzenleme ile Yeşil Kart sahibi vatandaşlar Türkiye'deki yataklı tedavi yatarak tedavi görebilecekler aynı zamanda Türkiye'deki sağlık kurum ve kuruluşlarında ayaktan tedavi hizmetleri

1 Kabul Tarihi: 14/7/1965 Resmî Gazete: 23.07.1965/12056

2 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun

3 5222 Kabul Tarihi: 14.07.2004 Resmi Gazete: 25529

alabileceklerdir. Muayene, tetkik, tahlil pansuman, diş çekimi hizmetleri ile ilaç bedelleri genel bütçeden sağlanacaktır (Özby vd., 2007: 111).

Bireylerin Yeşil Karttan yararlanabilmeleri için 3816 sayılı Kanunun madde 2'ye göre üç temel koşulu sağlamaları gerekmektedir. Bunlar:

1. Birey, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmamalı,
2. Bu Kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 4857 sayılı İş Kanununa göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olmalı
3. Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşı olmalıdır.

2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanunun 4. maddesine dayanılarak hazırlanmış olan Yönetmeliğe göre 2022 sayılı Kanun'a göre aylık bağlananların tedavileri 18.06.1992 tarihli ve 3816 sayılı Kanuna Yeşil Kart verilerek sağlanır. Fakat Yeşil Kart verilmesi için aranan şartlar açısından herhangi bir araştırma yapılmaz. Diğer bir ifade ile 2022 sayılı Kanuna göre aylık sahibi olanlar, 3816 sayılı Kanun hükümlerine göre Yeşil Kart verilmesinde aranan şartları haiz olarak kabul edilir (Tunçay, 2012)⁴.

Genel sağlık sigortası öncesi sağlık hizmeti parçalı bir finansman yapısına sahipti. Bağımsız çalışanlar, işçiler, memurlar, Yeşil Kartlılar birbirinden farklı hizmetleri farklı koşullarla ve farklı finansman yöntemleri ile almaktaydılar.

⁴ 3816 sayılı Kanun kapsamında sağlık yardımları Sağlık Bakanlığınca karşılanan kişiler, 1/1/2012 tarihi itibarıyla 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentleri kapsamında genel sağlık sigortası uygulamalarına dâhil edilmişlerdir (Genelge 2012/10, Sayı: B.13.2.SGK.0.11.04.01/ 29/3/2012 Konu: Mülga 3816 sayılı Kanun madde 1). 3816 sayılı Kanuna göre sağlık yardımları karşılanan ve 5510 sayılı Kanunun 60/c-1 alt bendi kapsamında 01.01.2012 tarihi itibarıyla genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilen kişilerin, Yeşil Kart vize tarihleri sona erinceye kadar Kanunun 60/c-1 alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalılıkları devam edecektir. Bu kişilerden Yeşil Kart vize tarihleri sona erenler, gelir testi işlemleri sonuçlandırılıncaya kadar Kanun'un 82. maddesine göre tespit edilen prime esas kazanç tutarının alt sınırının otuz günlük tutarı üzerinden primleri tahakkuk ettirilmek üzere vizelerinin sona erdiği tarihi takip eden gün itibarıyla, 60/g bendi kapsamında tescil edilecektir (Tunçay, 2012).

Tablo 4. GSS Öncesi Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Grup	Finansman yöntemi	Finanse eden kuruluş	Gerekli koşullar	Prim oranı
Devlet memurları	Vergiler	Maliye Bakanlığı	Yok	Yok
İşçiler	Hastalık sigortası kolu primleri	Sosyal Sigortalar Kurumu	Hastalığın anlaşıldığı tarihten geriye dönük 1 yıl içinde 90 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmak	Sigortalının kazancının %11’i
Bağımsız çalışanlar (esnaf, sanatkâr, çiftçi, şirket ortağı)	Sağlık sigortası	BAĞ-KUR	Yeni sigortalı olanlar için 240 prim ödemiş olmak, prim borcu bulunmamak	Sigortalının kazancının %20’si
Yoksullar (Yeşil Kart ve 2022 sayılı Kanun’a göre aylık alanlar)	Vergiler	Sağlık Bakanlığı	Yeşil Kartlılar için kişi başı ailede asgari ücretin 1/3’ünden az geliri olmak, 2022 sayılı Kanun’a göre aylık alabilmek için, söz konusu Kanun’a göre yoksulluk eşiğinin altında gelir elde ediyor olmak	Yok

Kaynak: (ÇSGB, 2005) ve çalışma kapsamında ilgili kanunlardan yararlanılarak oluşturulmuştur.

Tablo 4’de finansman yöntemleri ve sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları gösterilmiştir. Tablonun incelenmesinden de anlaşılacağı üzere devlet memurları ve yoksulların sağlık harcamaları vergilerle finanse edilirken, işçiler ve bağımsız çalışanların sağlık güvenceleri primlerle finanse edilmekteydi. Sağlık hizmetinin sunumu da farklı kurumlar tarafından gerçekleştirilmekteydi. Örneğin işçiler prim ödedikleri Sosyal Sigortalar Kurumunun hastanelerinden yararlanmaktaydılar. Yeşil Kartlılar, 2004 yılına kadar ayakta tedavi hizmeti alamamaktaydı. En ayrıcalıklı kesim olan devlet memurları ise tüm devlet ve üniversite hastaneleri ile T.C. Emekli Sandığı’nın anlaşma yaptığı özel sağlık kuruluşlarına başvurabiliyorlardı.

2.1.5. Sağlıkta Dönüşüm Projesi

Türkiye’de 2003 yılından buyana yeni bir sağlık sistemi oluşturulmak istenmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında yapılmak istenenler kısaca şunlardır: Sağlık finansmanında tüm kamu finansman kurumlarının birleştirilip tek bir çatıda toplanması, Sağlık Bakanlığı’nın icracı tarafının koordine edici duruma getirilmesi için yeniden yapılandırılması; kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesi;

aile hekimliği uygulamasına geçilip yaygınlaştırılması, sağlık çalışanlarının performansa göre ücretlendirilmesi ve GSS uygulamasına geçilmesidir (şakar, 2012: 23).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde organize edilmesi, finansmanının sağlanamaması ve sunulmasıdır.

Sağlık Bakanlığı, ‘‘Sağlıkta Dönüşüm’’ adını verdiği programın temel ilkelerini şu şekilde açıklamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 25):

İnsan merkezlik, sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten yararlanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini temel almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında olduğu gerçeği düşünülerek birey aile sağlığı kavramı çevresinde ele alınmaktadır.

Sürdürülebilirlik, geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.

Sürekli kalite gelişimi, vatandaşlara sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirip hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulması anlamına gelmektedir.

Katılımcılık, sistemin geliştirilmesi ve uygulanması esnasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınarak, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Bunun yanında, sağlık sektöründeki tüm bileşenlerin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Uzlaşmacılık, demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktada buluşmayı sağlamaktır. ıkar atışmasının olduğu bir uygulama yerine yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanarak tarafların da buna uyması hedeflenmektedir

Gönüllülük, hizmette arz veya talep eden, birey ya da kurum ayrımı yapmadan sistem içerisinde yer alan tüm birimlerin belirlenen amaçlar doğrultusunda

davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zorlama ile değil, teşvik edici önlemlerle gönüllü bir biçimde katılmaları şarttır.

Güçler ayrılığı, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması anlamına gelmektedir. Böylelikle çıkar çatışmaları olmayacak, daha verimli ve kaliteli hizmet sunulacaktır.

Desantralizasyon, kurumların, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılması gerekmektedir. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun bir biçimde yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali açıdan özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları çok daha verimli kullanabilecektir.

Hizmet rekabet, sağlık hizmet sunumunu tekel olmaktan çıkartılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışabilmesi ilkesidir. Böylelikle sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına için bir teşvik ortamına imkân verilecektir.

Bakanlık “Sağlık Dönüşüm Programının Bileşenleri” başlığı adı altında nasıl bir yol izleyeceğini de açıklamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26-36):

- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
- Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği
- Etkili, Kademeli Sevk Zinciri,
- İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
- Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı hayata geçirilme sürecinde 4 aşamada gerçekleştirilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 37-38):

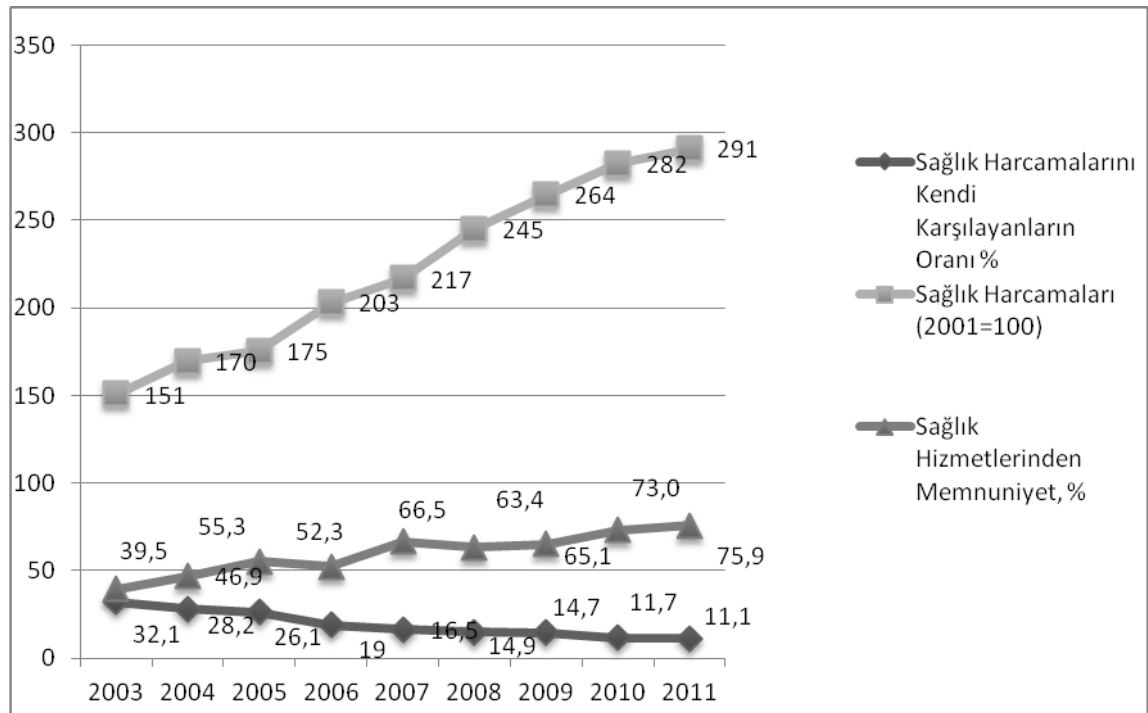
Kavramsallaşma: Programın ilk aşaması olan kavramsallaşmada hükümetin hedeflerini ve geçmişteki birimleri ile oluşturulan bu dokümanla her bileşenle ilgili amaçlar, ilkeler, geliştirme uygulama süreci kavramsal olarak ortaya konularak konunun ulusal ve uluslararası uzmanlarla tartışılarak netleştirilip gerçekleştirilecektir

Yasalaşma: İkinci aşama olan yasalaşma sürecinde kavramsal netliğe kavuşmuş ve mevzuat (yasa, yönetmelik, bakanlar kurulu gibi) ihtiyacı gösteren alanlarda gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

Kontrollü Yerel Uygulamalar: Programı bir paket olarak hayata geçirmenin gerçekçilikten uzak bir yaklaşım olduğu bilindiği için bu aşamada program çerçevesinde oluşturulan bazı yeniliklerin ve iyileştirmelerin Türkiye çapında yayılmadan önce sınırlı ve kontrollü uygulamaları yapılacaktır. Böylece, sistemlerin işleyen ve işlemeyen yanları görerek hatalardan ders alarak düzeltmeler yapmak mümkündür.

Türkiye geneline uygulama: Dördüncü aşama olan Türkiye genelinde uygulamaya geçiştir. Her bileşende bu dört aşamadan geçmek gerekemeyebilir ve her bileşenin bütün aşamaları aynı zaman dilimleri içerisinde gerçekleşmek zorunda değildir. Birbirini beklemeden ilerleyecek bölümler olacağı, birbirini beklemek zorunda olacak bölümler de vardır.

Sağlıkta dönüşüm projesi ile SSK ve devlet hastanelerinin birleştirilmesi, eczanelerin ve özel hastanelerin tüm vatandaşlara açılması sağlanmıştır. Yeşil Kartlılara verilen hizmetlerin kapsamının 2004 yılında genişlemesi ile birlikte ise özellikle yoksul kesimin ayakta tedaviler için sağlık hizmetlerine erişimi artmıştır (Karadeniz, 2012/a-b). Sağlıkta Dönüşüm projesinin en önemli sonuçlarından biri sağlık harcamalarının artması, bunun sonucunda ise sağlık harcamalarını cepten karşılayanların oranının azalması olmuştur. Sonuçta sağlık hizmetlerinden memnuniyet artmıştır (Bkz. Şekil: 2).



Şekil 2 Yıllar İtibariyle Kamu Sağlık Harcamaları Reel Endeksi (2001=100), Sağlık Harcamalarını Kendi Karşılایanların Oranı, (%), Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, (%) (2003-2011)

Kaynak: Kamu Sağlık Harcamaları Reel Endeksi Kalkınma Bakanlığı Kişisel İletişim 13.09.2012, diğer göstergeler için Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Yaşam Memnuniyeti Anketi, 2003-2011 içinde (Karadeniz, 2012/b:4)

2001 yılı 100 kabul edildiğinde sağlık harcamaları reel olarak 2011 yılında 291'e yükselmiştir. Sağlık harcamalarını kendileri karşılayanların oranı ise %32,1'den %11,1'e düşmüştür. Sağlık hizmetlerinden çok memnun ve memnun olanların toplamı ise 2003 yılında %39,5 iken bu oran 2011 yılında %75,9'a yükselmiştir. Verilerine ulaşılabilen OECD ülkeleri arasında 2000-2009 yılları arasında kişi başına doktora muayene olma sayısını en fazla arttıran ülke Türkiye'dir. Türkiye'de kişi başı muayene sayısı 2000 yılında 2,5 iken 2009 yılında bu sayı 7,3'e yükselmiştir. Sonuç olarak, özellikle kamu sağlık harcamalarının hızlı artışı olduğu saptanmıştır (Karadeniz, 2012/b:5).

Sağlıkta Dönüşüm Programı değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerinde üç ayrı alanda yeni düzenlemeler getirmektedir. Bir taraftan üretim süreci yeniden örgütlenmekte, bir taraftan sağlık emekçilerinin istihdam koşulları dönüştürülmekte, diğer taraftan ise sağlık finansmanı yeniden yapılandırılmaktadır. Belirtilen dönemde

hastane, hasta yatağı, yoğun bakım ünitesi sayıları arttırılmış, hastanelerin altyapı ve kapasiteleri ile acil hizmetlerinin teknik altyapısı geliştirilmiş, bekleme süreleri kısaltılmıştır (Ulutaş Ünlütürk, 2011: 179). Her hekime ayrı poliklinik odası sağlanmış ve aşılama oranları arttırılmıştır. Belirtilen süreç yatırım ve teknik kapasite anlamında olumlu dönüşümler içermektedir. Yukarıda sayılan olumlu gelişmelere karşın, sağlık sistemindeki yapılandırma süreci, sağlık çalışanları ve vatandaşlar açısından bazı olumsuzlukları beraberinde getirmiştir. Ancak halkın eşit, ücretsiz ve katılımcı biçiminde, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sağlanamamıştır (Ulutaş Ünlütürk, 2011: 179). Ayrıca sağlıkta dönüşüm projesi ile GSS'nin hayata geçirilmesi arasındaki uyumsuzluk ve alt yapı yetersizliği reform sürecinin başlarında SGK'nın sağlık harcamalarını hızla arttıran boşluklar yaratmıştır (Alper, 2012: 34).

2.2. Genel Sağlık Sigortası Kavramı, Temel İlkeleri ve Sistemin Hedefleri

Genel Sağlık Sigortası, dünyada bilinen önemli bir sağlık örgütlenme modelidir ve özellikle gelişmiş Batı ülkelerinde uygulanan genel sağlık sigortası modeli, mevcutları arasında finansmanı en pahalı örgütlenme modelidir. Bu modelde finansmanın büyük bir kısmı sağlık hizmetlerinden yararlananlardan alınan dolaylı ve dolaysız primlerden oluşmaktadır (Orhaner, 2006: 12).

Genel Sağlık Sigortası, toplumdaki tüm bireylerin tamamını kapsayan sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi maksadıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerden prim toplama esaslı sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilir (Sıvacı, 2006: 2). Diğer bir tanımla, GSS ise, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir biçimde faydalanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır (Türk Tabipler Birliği, 2005: 23). Nüfusun tümüne hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmeti sunumunu finanse eden ve parçalı yapıyı ortadan kaldıran genel sağlık sigortasının oluşturulması amaçlı 5510 sayılı Kanun 1.10.2008'de yürürlüğe konmuştur. 1 Ocak 2012 tarihinde Yeşil kartlı olarak bilinen nüfus kesiminin de gelir testi kapsama alınması ile GSS süreci büyük ölçüde tamamlanmıştır (Alper, 2012: 82-83).

Genel Sağlık Sigortası sisteminin birkaç önemli noktası vardır (Özbay vd., 2007: 113):

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde;

1. Aile Hekimliği sisteminde birinci basamak hizmetleri bireylerin koruyucu hizmet alabileceği ve sağlık durumlarının kayıt altında tutulacağı şekilde sunulacaktır.
2. Model halkın ücretsiz olarak hizmet alabileceği ve ayrıntılı tanı işlemlerinin yapılacağı tanı merkezlerini destekleyecektir.
3. Acil vakalar dışında tüm bireylerin ilk başvuracağı yer birinci basamak sağlık hizmetlerinin olması için katkı payı farkları ile teşvik edilmeye çalışılmıştır.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde;

1. Şimdiki uygulamaya ilaveten, kurumların sözleşmeler yaparak ve idari/mali anlamda özerkliklerini kazanarak gelirleri ve harcamaları dengeleyecek bir finans modeli oluşturulacaktır.

Genel Sağlık Sigortası Sisteminin hedefleri şöyle sıralanmaktadır (Özbay vd., 2007: 114):

1. Tüm nüfusa yönelik aynı kalitede sağlık sigortası sunulması,
2. Katılımın zorunlu olduğu, primlerin gelire göre hesaplanacağı ve hizmetlerin gerçek ihtiyaçlara göre verileceği bir sağlık sistemi olması,
3. Nüfusun yoksul kesimi için primlerin toplumsal yardımlara ayrılan devlet kaynaklarından sağlanması,
4. Her türlü koruyucu hekimlik uygulamasının sağlık politikasının temeli sayılması
5. Kamu kaynaklarının verimli kullanılması için modern bir kontrol sisteminin oluşturulmasıdır.

Sağlık hizmetlerine yasal kapsam (legal coverage) hakları ve resmi yetkileri tanımlamaktadır. Oysa yasal kapsam ile fiili durum arasında fark olabilir. Sağlık hizmetlerinin etkili erişimi, sağlık hizmetlerinin sunulması ve kullanılmasını gerektir ve dört temel kritere dayanır (Scheil-Adlung, vd. 2010: 4):

1. Sağlık hizmetlerine fiziksel erişim: Sağlık altyapısını, işgücünü, tıbbi malzeme ve ürünleri ve hizmetlerin zamanında sunumunu kapsar.
2. Hizmetlerin karşılanabilirliği: Sağlık hizmetlerine ulaşmada mali engellerin olmamasını, sağlıkla ilgili yoksulluktan kaçınmayı hedefler.

3. Sağlık hizmetlerinin kalitesi: Sağlık hizmetlerinin kalitesi, erişilebilirlik ve faydayı etkilemektedir.
4. Finansal koruma: Cepten ödemelerin ve hastalık dolayısıyla verimlilik kaybının tazminini en aza indirmeyi hedefler.

Dolayısıyla, genel sağlık sigortası ile ilgili yasal düzenlemeler tüm nüfusu kapsasa da bir ülkede yeterli sağlık personeli ve sağlık tesisi yoksa sağlık hizmetleri kaliteli değilse sağlık hizmetlerine ulaşmada mali engeller varsa, sağlık hizmetinin etkin olarak tüm nüfusu kapsadığı söylenemez.

Türkiye’de de genel sağlık sigortasının yasal olarak kapsamı altında olmasına karşın fiilen GSS'den yararlanmayanların, yararlanamama nedenlerini tespit için Türkiye’de söz konusu sistemin kapsamında sunulan hizmetleri ve yararlanma koşullarını incelemek gerekmektedir. Aşağıda Türkiye’de GSS’nin kapsamı ve yararlanma koşullarına yer verilecektir.

2.2.1. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı

Ülkemizde GSS’ye geçilirken başlangıçta ayrı ve bağımsız kanun düşünülmüştür. Ancak sonrasında GSS parasal edimleri düzenleyen Sosyal Sigortalar Kanunu ile birleştirilmiş ve sonrasında ise sistem 5510 sayılı Kanun içerisinde düzenlenmiştir. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu, 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, 2829 sayılı Kanun ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ve diğer bazı kanunların ilgili hükümlerinin kaldırılıp Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu olarak tek bir çatıda toplanmıştır (Pekten, 2006: 119; Gerek, 2012: 197). Buna ilaveten, genel sağlık sigortası ile ilgili maddelerde çeşitli kanunlarla GSS kapsamını genişletecek değişiklikler yapılmıştır (Gerek, 2012: 197).

Kanunda önce işçiler, memurlar ve bağımsız çalışanlar temel gruplar şeklinde ele alınmıştır. Sonrasında isteğe bağlı sigortalılar, emekliler yer verilmiştir. Bunları özel durumları nedeniyle sağlık yardımı sağlanması gereken kişi ve gruplar, yoksullar, muhtaçlar, savaş kahramanları, şampiyon sporcu grupları takip etmektedir. Son olarak ise bahsedilen bağlantıların hiçbirine girmeyenler, Türkiye’de yaşayan fakat başka bir ülkenin sosyal güvenlik hizmetleri kapsamında sağlık yardımlarından hizmet

almayanlar genel sağlık sigortalısı sayılmışlardır (Gerek, 2012: 197). Genel sağlık sigortasıyla sağlık sigortası sisteminin dışında kimsenin kalmaması sağlanmaya çalışılmıştır (Pekten, 2006: 120).

Genel olarak ifade edilen genel sağlık sigortalısı kapsamında sayılanlar ve sayılmayanlar, 5510 sayılı Kanun ile, söz konusu Kanun'un GSS açısından kapsamını genişleten 6111 sayılı Kanun ve diğer kanunlar çerçevesinde ele alınmaktadır.

2.2.2. 5510 Sayılı Kanuna Göre Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar

Kanunun 60.maddesinde genel sağlık sigortalısı sayılanlar düzenlenmektedir. 5510 sayılı Kanun üç ayrı kanunu (SSK, BAĞ-KUR, ES kanunları) ve üç ayrı çalışan grubunu (işçi-memur- bağımsız çalışan) tek kanunda birleştirdiğinden dolayı bunlarla ilgili düzenlemelerde de bu grupları ayrı ayrı ele almaktadır. Kanun bu üç grubu tek çatıda ve tek kanunda birleştirerek oluşturmak istendiğine göre bu farklılıkları vurgulamaya gerek yoktu (Güzel vd., 2012: 887). 60. maddeye göre genel sağlık sigortası kapsamında yerleşim yeri Türkiye olmak şartıyla aşağıdakiler kişiler yer almaktadır (Akin, 2006: 33):

- İş sözleşmesi (hizmet akdi) ile çalışanlar (5510 m. 4/I,a),
- Köy ve mahalle muhtarları ve bağımsız çalışanlar (m. 4/I,b),
- İsteğe bağlı sigortalılar (m. 50),
- Kamu idarelerinde kadrolu çalışanlar, sözleşmeli çalışanlar, açıktan vekil olarak atananlar (m. 4/I, c,I,2),
- Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurum tarafından belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar (m. 60/I,c,1)⁵,

⁵ Gelir Testi: *Gelir tespitinde aile olarak aynı hane içinde yaşayan Merkezi Nüfus İdare Sistemi kayıtlarında yer alan eş, yaşlarına bakılmaksızın evli olmayan ocuk ve genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilecek kişinin ana ve babası esas alınacaktır. Aynı hanede yaşamayan ve öğrenimi nedeniyle başka bir hanede yaşayan evli olmayan çocuklardan 25 yaşını doldurmayanlar gelir tespitinde aile içinde değerlendirilecektir. Aile bireylerinin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan haklar, aile bireylerinin bankalardaki tüm hesaplarına ilişkin bilgiler, sürekli olarak alınan nakdi sosyal yardımlar, vakıf personeli tarafından yapılacak tespitler sonucu elde edilecek bilgiler gelir tespitinde esas alınacak verilerdir.*

Yapılan gelir tespiti sonrasında aile içinde kişi başına düşen gelir tutarı, asgari ücretin üçte birinin altında olduğu tespit edilenler için, aile içinde genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişi durumunda olmayan birey sayısı kadar 5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının

- Vatansızlar ve sığınmacılar (m. 60/I,c,2),
- 2022 sayılı Kanuna göre 65 yaş aylığı alan kişiler (m. 60/I,c,3)⁶,
- 1005 sayılı Kanuna göre şeref aylığı alan kişiler (m. 60/I,c,4)⁷,
- 3292 sayılı Kanun hükümlerine göre vatana hizmet aylığı alan kişiler (m. 60/I,c,5)⁸,
- 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre nakdi tazminat veya aylık alan kişiler (m. 60/I,c,6)⁹,
- 2828 sayılı Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler (m. 60/I,c,7)¹⁰,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- 442 sayılı Köy Kanununa göre çalışan geçici köy korucuları (m. 60/I,c,9),¹¹
- 2913 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler (m. 60/I,c,10)¹²,
- Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak koşuluyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler (m. 60/I,d),
- 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler (m. 60/I,e)¹³,

(c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortası tescilleri yapılır. Bu kapsamdakiler, Eski sistemdeki Yeşil Kartlı kesimi içermektedir. yapılan gelir tespiti sonrasında aile içinde kişi başına düşen gelir tutarı, aylık asgari ücretin üçte birinin altında olduğu saptanlar primleri Devlet tarafından ödenmek üzere tescil edilecektir. Söz konusu gelir tutarının asgari ücretin üçte birine eşit veya asgari ücret tutarına kadar olduğu tespit edilenlerin 5510 sayılı Kanun'un 60/g bendi kapsamında aylık prime esas kazanç alt sınırının (asgari ücretin) üçte biri üzerinden genel sağlık sigortası tescili yapılır ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler de kendi tescili üzerinden genel sağlık sigortası kapsamına alınır. Gelir tespitinde aile içi kişi başına düşen gelir tutarı asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilenler, aylık prime esas kazanç tutarı üzerinden; asgari ücretin iki katından fazla aile içi kişi başı geliri olduğu tespit edilenler ise aylık prime esas kazancın iki katı tutarı (aylık asgari ücretin iki katı) üzerinden genel sağlık sigortası kapsamına alınırlar (Ablay, 2012).

6 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş, Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun, R.G, 10.7.1976, No: 15642.

7 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun, R.G.24.2.1968, No: 12835.

8 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun, RG. 3.6.1986, No: 19126.

9 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun, RG.6.11.1980 ,No:17152.

10 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu RG.27.25.1983 No:18059.

11 442 Kabul tarihi:18.03.1924, R.G: 07.04.1924, No:68

12 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun

13 4447 sayılı Kanun R.G. 8/9/1999 No : 23810

- 5510 sayılı Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler (m. 60/I,f),
- Başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar (m.60/I,g).
- 4046 sayılı kanuna göre iş kaybı tazminatı alanlar¹⁴.

Kanun dışında genel sağlık sigortalısı sayılanlara GSS işlemler yönetmeliğinde de yer verilmektedir.

Genel sağlık sigortası işlemler yönetmeliğine göre GSS sayılanlar ya da genel sağlık sigortalılığı devam edenler şunlardır (Gerek, 2012: 199):

- Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalılardan iş sözleşmesi askıda kalanlar, iş sözleşmeleri askıda kaldığı süre zarfında genel sağlık sigortalısı sayılacaklardır (Yön., m. 6/9,2).
- Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce yurt dışındaki işyerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk işçileri genel sağlık sigortalısı sayılır (Yön., m. 6,9,4),
- 5510 sayılı Kanunun 37nci maddesi gereğince evlenme ödeneği alan kız çocuklardan; eşleri tarafından bakmakla yükümlü olunmayanlar ile iki yıllık süre içinde eşlerinden boşanan kız çocukları, gelir/aylıklarının kesildiği tarihten itibaren iki yıllık sürenin sonuna kadar genel sağlık sigortalısı sayılır (Yön. m. 6,9,5).
- Aylıksız izin kullanan kamu görevlileri bir yılı geçmemek şartıyla izinli oldukları sürelerde; görevden uzaklaştırılan ,tutuklanan veya gözaltına alınan kamu çalışanları bu süre zarfında genel sağlık sigortasından yararlanırlar (Yön., m. 6, 9,7,11).

2.2.4. 6111 sayılı Kanuna Göre Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar

6111 sayılı Kanunla 5510 sayılı kanunda çok önemli değişiklikler yapılmış ve 01.01.2012 yılı itibariyle genel sağlık sigortası tüm ülkede zorunlu olmuştur. Kanunla daha önceden kapsama alınmayanlar GSS kapsamına girmişlerdir (Güzel vd, 2012: 891).

14 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun, R.G. 27.11.1994 No:22124.

- Genel Sağlık Sigortası kapsamına dâhil edilenler şunlardır (Gerek, 2012: 199-201):
- 3308 sayılı Kanuna göre aday, çırak, çıraklar ve mesleki eğitim gören öğrenciler,
- Meslek liselerinde veya yükseköğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler,
- 2547 sayılı Yüksek Öğrenim Kanununun m. 46 kapsamındaki kısmi zamanlı çalıştırılan öğrenciler,
- Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerler,
- Tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanlar,
- Ticari taksi, dolmuş ve benzeri (vb.) nitelikteki şehir içi toplu taşıma aracı işyerlerinde çalışanlar,
- Ülkemiz ile sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkelerde çalışan Türk vatandaşlar,
- Kültür ve Turizm Bakanlığı'nca belirlenecek kısmi süreli iş sözleşmeleri ile çalışanlar (5510 sayılı Kanununun 4/II-b maddesinde belirtilen, bir veya birden fazla işveren tarafından, film, tiyatro, sahne, gösteri, ses ve saz sanatçıları ile müzik, resim, heykel vb. sanat kollarında çalışan düşünürler ve yazarlar,
- 5510 sayılı Kanununun 4/I-b maddesi kapsamındaki sigortalılardan yani bağımsız çalışanlardan borçlu olanların eş ve çocukları (5510 sayılı Kanununun 60/I,g uyarınca genel sağlık sigortası kapsamına girerler.

Bu kapsamdakiler dışında 6191¹⁵ sayılı Sözleşmeli Erbaş ve Er Kanunu ile Türk Silahlı Kuvvetlerinin ihtiyaç duyduğu ve gerekli duyduğu kadrolar için alınanlar ve 665¹⁶ sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen Toplum Yararına Çalışma Programlarından yararlananlar” kapsama dâhil edilmişlerdir (Gerek, 2012: 201).

2.2.5. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılmayanlar

5510 sayılı Kanuna göre Genel Sağlık sigortalısı sayılmayanlar aşağıda yer almaktadır:

¹⁵ 10.03.2011 t. 6191 sayılı kanun, RG.22.03.2011,27882.

¹⁶ 11.10.2011 t. 665 s. KHK, RG.2.11.2011,28103 M

- Askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri (5510 sK., m. 60/III, m. 6/d),
- Yabancı bir ülke kurulu herhangi bir kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye gönderilenler ve yabancı ülkede sigortalı olduğunu belgeleyenler (5510 sK., m. 60/III, m. 6/e),
- Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan yurtdışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar (5510 sK., m. 60/III, m. 6),
- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğinin bulunduğu ülkede kamu düzeninin zorunlu kıldığı durumlarda işverenleri tarafından buldukları ülkede sosyal sigorta kapsamında olanlar (5510 sK., m. 60/III, m. 6/I,1),
- Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından, yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve Türkiye'de bir yıldan az süreyle ikamet edenler (5510 sK., m. 60/III).
- Ceza infaz kurumları ile tutukevlerinde bulunan hükümlü ve tutuklular (5510 sK., m. 60/III).
- İsteğe bağlı sigortalı olan yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye'de bir yıldan az süreyle yerleşik olanlar (Genel Sağlık Sigortası İşlemler Yönetmeliği, m. 8/d).

2.2.6. Genel Sağlık Sigortasında Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler

Genel sağlık sigortalısının sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olacağı kişiler 5510 sayılı Kanunun 62/2 maddesinde bahsedilmektedir. Bakmakla yükümlü olunan kişiler kendileri için prim ödenmesi gerekmeyen kişiler olup bunlar bağımlı sigortalı olarak düşünülebilirler ve bu kimseler eş, çocuk ile ana ve babadır (Gerek, 2012: 202).

Genel Sağlık Sigortası İşlemler Yönetmeliğinin 7. madde/I bendinde genel sağlık sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmayan kişilerden genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılanlar;

- Eşi,

- 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim görmesi hâlinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi hâlinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın çalışma gücünü en az %60 oranında yitirdiği kurum sağlık kurulu tarafından tespit edilen evli olmayan çocukları,

- Her türlü kazanç ve irattan elde ettiği gelirinin asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan ana ve babasıdır.

01.10.2008 günü ve öncesi anne veya babası üzerinden sağlık yardımı alan kızlar yaşları kaç olursa olsun, evlenmedikleri veya işe girmedikleri sürece anne babaları üzerinden prim ödemedi sağlık yardımı alabilmekteydiler. Fakat bir gün bile işe girip çıksalar, evlendikten sonra boşanıp baba evine gelseler bile anne-baba üzerinden sağlık yardımını alamıyorlardı (Şakar, 2012: 27). Fakat 6111 sayılı “Torba Kanun” ile 5510 sayılı Kanun’un geçici 12. maddesinde değişiklik yapılmıştır. Yeni duruma göre, 01.10.2008 güne anne veya babası üzerinden sağlık yardımı alan kız çocukları bundan sonra işe girip çıksalar, evlenip boşanıp baba evlerine dönseler bile, anne-babanın üzerinden sağlık yardımı alabilecekler (<http://www.aliteznel.com>, E.T. 13.12.2012).

Ana ve babası boşanmış çocukların, genel sağlık sigortası kapsamındaki hakları, mahkeme kararı ile velayet hakkı verilmiş olan genel sağlık sigortalısı ana ya da baba üzerinden sağlanır (Gerek, 2012: 202).

Bu gruplar dışında, Harp Okulları ile fakülte ve yüksek okullarda Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okurken askeri öğrenci olanlardan astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimi alan adaylardan sınıf tekrarı yapanlar, Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okurken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden sınıf tekrarı yapanlar genel sağlık sigortalısı sayılmazken bakmakla yükümlü olunan kişi olarak genel sağlık sigortasından yararlanırlar(Gerek, 2012: 202).

Genel sağlık sigortalısı sayılanlar ve GSS’den yararlananların kapsamı tüm nüfusu kapsayacak şekilde genişletilmeye çalışılmak istense de GSS kapsamında fiili kapsam sorunu olduğu görülmektedir.

2.2.7. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı Kapsamında Sağlanan Hizmetler

Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmaları, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanımlarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin verilmesini, iş görmezlik durumlarının ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla kurumca finansmanı sağlanacak hizmetler kanununun 63. maddesinde düzenlenmiştir:

2.2.7.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalanmayı önleyecek tüm sağlık hizmetlerini kapsar. Bunlar kişilerin hasta olmasını önlemek ve erken dönemde hastalıklara teşhis koymak için yürütülen kişiye ve çevreye yönelik hizmetler (Güzel vd., 2010: 747). Koruyucu sağlık hizmetleri kanunda kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri olarak belirtilmektedir (5510 m.63/I, a).

Genel sağlık sigortası ile koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmektedir. Finansman açısından koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemle birlikte birçok hastalıklar önleyeceğinden dolayı sağlık harcamalarında tasarruf sağlanmıştır (Irmak, 2011: 54).

2.2.7.2. Hastalık Halinde Sağlık Yardımı

Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak sağlanacak yardımlar kanununun 63/Ib ile yönetmeliğin 18. maddesinde düzenlenmektedir:

- *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,*
- *Sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.*

2.2.7.3. Analık Halinde Sağlık Yardımı

Analık halinde yapılan yardımlara 5510 sayılı Kanunun m.63/I, c bendinde yer verilmektedir. Bunlar:

- Hekim tarafından yapılacak klinik muayene,
- Hekim tarafından teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri,
- Hekimin teşhisine dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler,
- Hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler. Bu tedaviler ayakta veya yatarak sağlanabilir.

Kanunun 63/I'e maddesinde normal yollarda çocuk sahibi olamayanlara, bazı şartlarda yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olmaları için imkan sağlanmaktadır. Evli olmakla beraber çocuk sahibi olamayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendinin, erkek ise karısının bu koşulları sağlaması gerekir. Bu koşullar:

- Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamamakta,
- Yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbbi açıdan mümkün görülmesi,
- Annenin 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,
- Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelendirilmesi,
- Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,

- En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olunması,
- 900 gün genel sağlık sigortası primi ödemiş olmaktır.

Bu şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde hizmet sağlanmaktadır (5510 m. 63/ 5).

2.2.7.4. Ağız ve Diş Tedavisi

5510 sayılı Kanununun 63/I,d maddesinde ağız ve diş tedavisine ilişkin yardımlar düzenlenmektedir ve bu yardımlar şunlardır:

- 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 tutarlarıdır. Hasta bu yardımlardan ayaktan veya yatarak tedavilerinde yararlanabilir.

2.2.7.5. Diğer Sağlık Yardımları

5510 sayılı kanununun Madde 63/I, f bendinde diğer sağlık yardımlarını, diğer bentlerdeki 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, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetlerini kapsar.

2.2.8. Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları

Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanmak için öncelikle genel sağlık sigortalısı olma veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişilerden olma şartı aranmaktadır. Bunların yanında ise bekleme süresi, prim ödenmesi, kimlik belgesinin gösterilmesi, katılım payı ödenmesi gibi şartlarının da yerine getirilmesi gerekmektedir (Ekin, 2012: 152).

2.2.8.1. Prim Koşulu

Kanun sağlık hizmetlerinden yararlanma koşullarını düzenlerken ilk şart olarak primleri ele almıştır. Bu konuda prim koşulu aranmayanlar, son bir yıl içinde 30 gün prim ödemesi gerekenler, hiçbir prim borcu olmaması gerekenler, 60 günden fazla prim borcu olmaması gerekenler şeklinde ayırım yapılmıştır (Güzel vd., 2010: 758).

2.2.8.1.1. 30 Günlük Prim Koşulu Arananlar60'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 gereklidir (5510 sK., m. 67/I,a). Bu kişiler:

Bir hizmet akdi ile çalışanlar (5510 sK., m. 60/I, a; m.4/I,a),

Kamu görevlileri (5510 sK., m. 60/I,a; m. 4/I,a).

Herhangi bir sebeple silâh altına alınan sigortalının askerlikte geçen hizmet süreleri, hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukta geçen süreler, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortalarından geçici iş göremezlik süreleri, sigortalının greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hallerinde geçen süreler bir yılın hesabında dikkate alınmaz (5510 sK., m. 67/II).

2.2.8.1.2. 60 Günden Fazla Prim Borcu Olmaması Gerekenler60'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 21/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 48'inci maddesine göre tecil ve taksitlendirilerek tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç 60 günden fazla

prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmamasıdır (5510 sK, m. 67/I,b). Bu kişiler:

Köy ve mahalle muhtarları ile bir iş sözleşmesine bağlı olmadan kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar

60. maddede belirtilenler dışındakiler ve başka bir ülkede sağlık sigortasına tabi olmayanlardır.

2.2.8.1.3. Hiç Prim Borcu Olmaması Gerekenler60'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 bulunmamasıdır (5510 sK., m. 67/I,c). Bunlar:

- İsteğe bağlı sigortalılar,
- Oturma izni almış ve bir yıldan beri Türkiye'de ikamet eden yabancı uyruklu kişiler,

60'ıncı maddenin yedinci fıkrasına göre genel sağlık sigortalısı sayılanlar, (c) bendinde sayılan şartlarla birlikte, bir öğretim dönemine ilişkin genel sağlık sigortası primlerinin tamamını öğrenim gördükleri üniversitenin öğrenim dönemi başından itibaren bir ay içinde ödeme koşulu vardır (5510 sK., m. 67/I,d; 6111 sK., m. 36).

Genel sağlık sigortasından yararlanmak için prim koşullu şartlarında bile sigortalı gruplar arasında farklılıkların olması GSS'nin eşit, adaletli ve hakkaniyet ilkeleriyle bağdaşmadığının göstergesidir.

2.2.8.2. Kimlik Koşulu

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için bir diğer koşul sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulamasının yapılması ve/veya nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunluluğudur (5510 sK., m. 67/III).

60'ncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar, 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 bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlanma hakları vardır (5510 sK., m. 67).

Dördüncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların 4857 sayılı İş Kanununun 56'ncı ve 74'üncü maddeleri ile diğer iş kanunlarında ücretsiz izin sayılan süreler haricinde ayrıca bir takvim yılı içerisinde toplam bir ayı aşmayan ve işverenlerince belgelendirilen ücretsiz izin sürelerinde genel sağlık sigortalılıkları devam eder (6111 sK., m. 36).

2.2.8.3. Katılım Payı

63'üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacak olanlar şunlardır (5510 sK., m. 68):

a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi.

b) Vücut dışı protez ve ortezler.

c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar.

d) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri.

Katılım payı %10 ile %20 oranları arasında olmak üzere Kurum tarafından belirlenir. Genel sağlık sigortası işlemler yönetmeliğince bu oran gelir ve aylık alanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için %10, diğer sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için ise %20 olarak belirlenmiştir (m. 34/2).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ortez,protez, iyileştirme araç ve gereçleri için ödeyecekleri katılım payı tutarı, sağlık hizmetlerinin alındığı tarihteki asgari ücretin %75'ini geçemez (Şakar, 2011: 302).

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurum tarafından 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 koşulu ile ilave ücret alabilir (Şakar, 2011: 303).

Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için, özellikle de ilaç ve iyileştirme araçlarından katkı payı alınması Türkiye’de yeni bir uygulama değildir. Katkı payı, sigortalının sevk zincirinin gereklerine uygun biçimde davranmaları konusunda teşvik edici ve yönlendirici şekilde kullanılabilir. Sigortalı hastaların tedavileri için cepten ödemek zorunda oldukları katılım payı tutarları ve ilave ücretlerinin miktarlarının yükseltilmesi sigortalıların eşit şartlarda tedavi olmalarında olumsuz etkiler yaratmıştır. Özellikle düşük gelir grubundaki sigortalı hastaların vakıf üniversite hastaneleri ile özel hastanelere başvurmasını olumsuzlaştırmıştır (Kumlu, 2012: 79). Katkı paylarının kurum için vazgeçilmez bir araçtır. Katkı payının alınmasından ziyade miktarı ve şekli önemli bir sorun olduğu için katılım payları belirlenirken şunlara dikkat edilmelidir (Alper, 2010: 22):

- *Temel bir insan hakkı olan sağlık hakkının kullanımı engellemeyecek, ona ulaşımı güçleştirmeyecek ve bu hakkın kullanımından vazgeçirmeyecek,*
- *Gereksiz sağlık hizmeti kullanımından, israf ve istismarından caydıracak,*
- *Sektörde faaliyet gösteren sağlık hizmet sunucuları arasında haksız rekabete yol açmayacak,*
- *Kişilerin sağlık hizmet sunucusu ve hekim seçme özgürlüğünü kısıtlamayacak şekilde belirlenmelidir.*

Aksi takdirde, asgari ücretle çalışan az gelirli işçiler, ilaç için gereken %20 katkı payını dahi ödemekte zorlanırken, hatta ilaç alımından vazgeçmek zorunda kalıyorlarken ve bu uygulama kaldırılmıyken sağlık hizmetinde katılım payı alımını genişletmek ve oranları uygun şekilde belirlememek sağlıkta var olan eşitsizlikleri daha da arttıracığının göstergesidir. GSS primleri devlet tarafından ödenecek derecede yoksul olduğu kabul edilen, eski sitemdeki Yeşil Kart sahipleri ve korunmaya muhtaç toplum kesimlerinin toplum kesimleri başta olmak üzere asgari ücretle geçimlerini

sağlamak durumundaki yoksul toplum kesimlerinin sağlık hizmetine ulaşmak için katkı payı ödemek zorunda bırakılmaları bu kesimlerin sağlık hizmetinden yararlanabilmeleri ortadan kaldıracaktır (Türk Tabipler Birliği, 2005: 32-33).

Kanunun 69. maddesine göre katılım payı alınmayacak sağlık hizmetleri ve kişiler belirtilmiştir:

- İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinde, afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetlerinde,
- Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde. Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca tarafından kronik hastalıklar ve hayati önemi olan ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ve sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre; naklinde,
- kontrol muayenelerinde,

Kanunun 69. maddenin birinci fıkrasının f bendine göre katılım payı alınmayacak kişiler ise şunlardır:

- 1005 sayılı Kanuna göre Şeref aylığı bağlananlar ve eşleri,
- 3292 sayılı Kanuna göre Vatani hizmet tertibinden aylık alanlar,
- 2330 sayılı Kanuna göre nakdi tazminat ve aylık alanlar,
- 2828 sayılı Kanuna göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalananlar,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar,
- 3713 sayılı Kanuna göre terörle mücadele kanunu kapsamındaki kişilerdir.

2.2.9. Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri

5510 sayılı Kanunun 70. maddesine göre sağlık hizmetleri sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığınca sınıflandırılır. Basamaklar ve sağlık hizmetleri sunucuları arasında tanı, ön tanı, hekimlerin ve dış hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak zevk zinciri belirlenir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucusudur. Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uyma koşulu aranmaktadır.

2.2.10. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanmak İçin Hiçbir Şart Aranmayan Haller

Kanunun 67. maddesinin 1. maddesine göre hiçbir ön şart olmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanılacak kişiler şöyle listelenmektedir:

- 18 yaşını doldurmamış kişiler,
- Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler,
- Acil haller,
- İş kazası ve meslek hastalığı durumları,
- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar,
- Korucuyu sağlık hizmetleri,
- Analık hali,
- Umumi afet halleri,
- Seferberlik ve savaş halleri,
- Grev ve lokavt hallerinde herhangi bir prim koşulu aranmadan sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler.

2.2.11. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları ve Prim Ödeme Yükümlülükleri

5510 sayılı Kanunun 79. maddesinde prim alma zorunluluğu şu şekilde belirtilmiştir: “Kısa ve uzun vadeli sigortalar ile genel sağlık sigortası için, bu Kanunda öngörülen her türlü ödemeler ile yönetim giderlerini karşılamak üzere Kurum prim almak, ilgililer de prim ödemek zorundadır”.

Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar için hesaplanan prime esas kazancın %12,5’idir. Bu primin %5’i sigortalı, %7,5’i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar ile genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın %12’sidir (m. 81/I,f ve Yön. m. 13/I).

5510 sayılı kanununun 80. Maddesine göre;

Bir hizmet akdi ile çalışan (4a) sigortalıların prime esas kazançlar;

1) hak edilen ücretlerin,

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

3) idari veya yargı mercilerince 1 ve 2 numaralı alt bentlerle belirtilen kazançlar niteliğinde olmak üzere sigortalılara o ay yapılan ödemelerin brüt toplamı esas alınarak hesaplanır.

Prime esas kazancı hesaplarırken dahil edilmeyen ödemeler (5510 sK., m. 80) şunlardır:

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

Yukarıda belirtilen prime esas kazançta tabi olmayan ödemeler dışında her ne adla yapılırsa yapılsın tüm ödemeler ile aynı yardım yerine geçmek üzere yapılan nakdi ödemeler prime esas kazançta tabi tutulur (5510 sK., md. 80).

Saatlik, günlük, haftalık veya aylık olarak belirli bir ücrete dayanmış olmayıp da komisyon ücreti ve kâra katılma gibi belirsiz zaman ve tutar üzerinden ücret alan sigortalıların prim ve ödeneklerinin hesabında esas tutulacak günlük kazançları, 82. nci madde hükmüne göre belirlenen alt sınırdır. Bir işverene tabi olarak çalışan sigortalının belirli ücretinin dışında ayrıca komisyon ücreti ve karar katılma gibi belirsiz zaman ve tutar kapsamında ücret alması halinde, prime esas günlük kazancı bunların toplamından oluşur (5510 sK., m. 80/f.1/f,e).

Primlerin hesabına esas tutulacak günlük kazanç, sigortalının, bir ay için prime esas tutulan kazancının otuzda biridir. Fakat günlük kazancın hesabına esas tutulan ay içindeki bazı günlerde çalışmamış ve çalışmadığı günler için ücret almamış sigortalının

günlük kazancı, o ay için prime esas tutulan kazancının ücret aldığı gün sayısına bölünmesiyle hesaplanır (5510 sK., m. 80).

Sigortalıların günlük kazançlarının hesabında esas tutulan gün sayıları, aynı zamanda, bunların prim ödeme gün sayılarını gösterir. Ancak, işveren ve sigortalı arasında kısmî süreli hizmet akdinin yazılı olarak yapılmış olması kaydıyla, ay içerisinde günün bazı saatlerinde çalışan ve çalıştığı saat karşılığında ücret alan sigortalının ay içindeki prim ödeme gün sayısı, ay içindeki toplam çalışma saati süresinin 4857 sayılı İş Kanununa göre belirlenen haftalık çalışma süresine göre hesaplanan günlük çalışma saatine bölünmesi suretiyle bulunur. Bu şekildeki hesaplamada gün kesirleri bir gün kabul edilir (5510 sK., m. 80/f.1/g,h).

İşveren ve sigortalı arasında çağrı üzerine çalışmaya dayalı yazılı iş sözleşmesi varsa ve çalışma süresi gün, hafta ve ay olarak belirlenmemiş ise, sigortalının ay içindeki prim ödeme gün sayısı haftalık çalışma süresi en az yirmi saat kararlaştırılmış sayılarak hesaplanır (5510 sK., m. 80/f.1/e,f).

Eğer bir ay içerisinde 30 günden az prim ödeme gün sayıları varsa eksik günlerin genel sağlık sigortası primleri, eksik çalışma süreleri dikkate alınmak suretiyle hesaplanır (5510 sK., m. 88/f.4).

Prime esas kazanca ilişkin taban ve tavan rakamları Kanununun 82. maddesinde açıklanmıştır. Bu maddede alt ve üst sınırlar, “prime esas günlük kazanç” şeklinde ifade edilmiş, alınacak primlerin hesabına esas tutulacak günlük kazancın alt sınırı asgari ücretin otuzda biri, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır.

2.2.12. Genel Sağlık Sigortalılığının Başlangıcı, Bildirimi ve Tescili

Kanununun 61. maddesine göre genel sağlık sigortasını tespiti ve tescil işlemleri düzenlenmiştir. Düzenlemede genel sağlık sigortasından yararlanmak için kimileri bildirim gerektirmeyen kendiliğinden tescil edilecektir, bir kısmı ise tescil için bir ay içinde kuruma başvuracaklardır (Güzel vd., 2012: 909).

Bildirime gerek olmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılacak kişiler şunlardır (5510 sK., m. 60/I,a,b,c; m. 61; Yön. m.9/I):

- İş sözleşmesi ile çalışanlar,

- Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar,
- Kamu idarelerinde kadrolu ve sürekli veya sözleşmeli çalışanlar,
- İsteğe bağlı sigortalılar,
- 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 genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır.

Bazı gruplar ise genel sağlık sigortalısı sayılmak için 1 ay içinde kuruma gitmek zorundadırlar. Bunlar (5510 sK., m. 60 ve 61; Yönetmelik m. 9/2-15):

- Vatansız ve sığınmacı sayıldıkları, korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren (5510 sK., m. 61/I,2),
- Yabancı uyruklu kişiler Türkiye'deki yerleşim süresinin bir yılı geçtiği tarihten itibaren (5510 sK., m. 61/I,d),
- İşsizlik veya kısa çalışma ödeneği alanlar yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren (5510 sK., m. 61/I,e) ,
- Aylık gelirleri asgari ücretin 1/3'ünden az olanlar, bu durum tespit edildiği anda (5510 sK., m. 60/I,c,1),
- Aylık bağlananlar (1005, 2022, 2330, 3292) gelir veya aylıktan yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren bir ay içinde Kuruma başvurup tescilleri yapıldıktan sonra genel sağlık sigortalısı olacaklardır.
- Başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar diğer bentlere göre genel sağlık sigortalısı olmadıkları veya diğer bentlere göre genel sağlık sigortasından yararlanma haklarının sona erdiği tarihten itibaren bu bent kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve Kurumca resen tescil edilirler (6111 sayılı Kanununun 35. Maddesiyle 5510 sayılı Kanuna eklenmiştir).
- Avukatlık stajına başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılanlar, avukatlık stajları devam ettiği sürece genel sağlık sigortalılıkları devam eder. Bu kapsamdaki stajyerler, staja başladıkları tarihten itibaren bir ay içerisinde Türkiye Barolar Birliğince genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile Kuruma

bildirilir (m. 61/VII, 6111 sayılı Kanununun 35. Maddesiyle 5510 sayılı Kanuna eklenmiştir).

- Yabancı uyruklu öğrenciler yükseköğrenimlerinin başladığı tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve yükseköğrenimlerinin devam ettiği sürece genel sağlık sigortalılıkları devam eder (m. 60/VII, 6111 ile eklenmiştir).

2.2.13. Genel Sağlık Sigortasının Sona Ermesi

Genel sağlık sigortası işlemler yönetmeliği madde 10'a göre genel sağlık sigortalılığı kişilerin yerleşim yerinin Türkiye dışına taşındığı tarihten itibaren veya genel sağlık sigortalısının ölüm tarihinden itibaren sona erer. Bunların dışındakiler aşağıda yer almaktadır (Kanununun 60. m. I,c bendinin 1-10 alt bentlerini; d,e,f,g):

- Aile içindeki gelirin asgari ücretin üçte birinden az olan sigortalıların bu gelirleri asgari ücretin üçte birinden fazla olduğu tarihten,
- Sığınmacı veya vatansızların statülerini kaybettikleri tarihten,
- Aylık almaya hak kazanan sigortalıların haklarını kaybettikleri tarihten,
- Koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanma hakkının kaybedildiği veya anasız babasız çocukların 18 yaşını doldurdukları tarihten itibaren,
- Köy koruculuğu ve geçici köy koruculuğu görevinin sona erdiği tarihten itibaren,
- Oturma izinlerinin sona erdiği veya yabancı bir ülke mevzuatı kapsamına alındığı tarihten,
- işsizlik ödeneği ve kısa çalışma ödeneğinin kesildiği tarihten,
- (f) bendinde belirtilen gelir ve aylık alanların gelir ve aylık alma haklarını yitirdikleri tarihten,
- (g) bendinde sayılanların aynı fıkranın diğer bentleri kapsamına girdikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalılıkları sona erer.
- Kanununun 4'üncü maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı olanların sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihi takip eden 10'uncu günden sonra, (b) ve (c) bendi kapsamında sigortalı olanların ise sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalılıkları sona erer.
 - 4046 sayılı Kanuna iş kaybı tazminatı alanların iş kaybı tazminatı ödemesinin bittiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalılıkları sona erer.

2.3. GSS'de Fiili Kapsamı Sorunu

Genel sağlık sigortası ilke olarak ÷lkede yaşayan herkesi sağlık g÷vencesi kapsamına almıştır. Ancak sistemin kurgusu sağlık hizmetlerine erişimi sınırlamakta ya da zorlaştırmaktadır. GSS kişilere sağlık haklarının gereğince sağlık hizmeti sağlanmasıyla değil prim temelinde c÷zi sağlık yardımının sunulması ve geri kalan hizmetlerin de katılım payıyla tamamlanmasıyla sağlanması şeklinde oluşturulmuştur (T÷rk Tabipler Birliği, 2005: 24). Sağlık alanında kapsam sorununa ilişkin d÷zenlemelerin en can alıcı noktası, sağlık hizmetlerinin sunum biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma ile karşılığını belirli oranda ödeme arasında bağ kurularak oluşturulması sağlık hizmetlerine en fazla gereksinimi olanları sistemden dışlayıcı özellik taşımaktadır (G÷kbayrak, 2010: 156).

GSS'den fiilen yararlanamamaya neden olabilecek hususlar aşağıda gruplar halinde incelenmiştir.

2.3.1. İşsizler ve Kayıt Dışı Çalışanlar

GSS'de sağlık hizmeti almaya hak kazanmak için prim ödemek zorunluluktur. Primini deme g÷cünden yoksun olanların, primlerinin devlet tarafından ödeneceği belirtilse de, kimlerin prim ödeme g÷cünden yoksun olarak kabul edilecekleri sorundur. nk÷ g÷ncel girişimler, asgari ücretin üçte biri tutarında geliri olanları prim ödeme g÷cü sahip olarak görmektedir. Kişilerin fiilen primini ödeyememesi nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim olanağının ortadan kalkacak ve bu da fiili kapsam sorunu yaratacaktır (Pala, 2007: 21). İşsizlik sigortası kapsamında olmayan işsiz bireylerin gelir testini geçemeyip GSS'den yararlanamamaları, kayıt dışı sektörde çalışanlar, GSS'nin kapsamını daraltmaktadır (Yenimahalleli, Uğurluoğlu: 2011:292-293, T÷rk Tabipler Birliği, 2011: 3, Karadeniz, 2012/b: 9).

Tablo 5. Türkiye’de Kırsal ve Kentsel Alanda Yaş Grubuna ve Dönemlere Göre İşsizlik Oranı (%)

Kır				
	2008	2009	2010	2011
15-19	13,9	17,1	12,4	9,5
20-24	16,9	20,4	17,7	15,2
25-29	10,7	14	11,6	9,3
30-34	8,3	9,6	8,4	6,1
35-39	7,1	8,6	6,5	5,6
40-44	5	6,3	5,2	4,4
45-49	3,5	4,9	4,2	2,8
50-54	3	3,7	3,1	2,6
55-59	1,9	2,4	2	1,8
60-64	1,3	1,5	1,6	0,9
65+	0,2	0,3	0,4	0,3
Kent				
	2008	2009	2010	2011
15-19	22,8	27,5	22,9	20
20-24	22,5	28,5	25,8	21,8
25-29	14	18,6	16	13,6
30-34	10,2	13,7	11	9,5
35-39	8,7	12,3	10,9	8,3
40-44	8,9	12	10	8,2
45-49	9,7	11,9	11	9,4
50-54	9,9	13,5	12,3	10,1
55-59	10,8	14,1	12,2	10,6
60-64	8,1	8,9	9,5	7,1

Kaynak: TÜİK : <http://rapor.tuik.gov.tr/reports/>

Tablo 5’de TÜİK verilerine Türkiye’de 2008-2011 yıllarına göre kır ve kentte yaşayanların yaş gruplarına göre işsizlik oranları yer almaktadır. Kırdaki 2011 yılında en yüksek işsizlik oranı 20-24 yaş grubunda olup %15,2’dir. Kentte ise bu oran yine aynı yaş aralığında olup % 21,8’dir. Genel anlamda bakıldığında tabloda işsizliğin yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Prim ödeme esaslı bir sistemde bu kişiler çalışmadıkları için herhangi bir gelir elde edememektedir. Söz konusu kişiler gelir testini geçemezler ise prim ödemek zorunda kalacaklardır. İşsizlerin büyük bir bölümü prim ödeme gücünden yoksundur. Belirtilen durum söz konusu kişilerin GSS kapsamı dışında kalmalarına neden olmaktadır.

Tablo 6 . Tarım - Tarım Dışı İstihdama Ve Sosyal Güvenlik Kurumuna Kayıtlılığa Göre İstihdam Edilenler (Bin) (15+yaş)

2008	Tarım dışı	Tarım	Toplam
Kayıtlı Değil	4.814	4.406	9.220
Kayıtlı	11.363	610	11.974
Toplam	16.177	5.016	21.194
2009	Tarım dışı	Tarım	Toplam
Kayıtlı Değil	4.819	4.510	9.328
Kayıtlı	11.204	745	11.949
Toplam	16.023	5.254	21.277
2010	Tarım dışı	Tarım	Toplam
Kayıtlı Değil	4.915	4.857	9.772
Kayıtlı	11.997	825	12.822
Toplam	16.911	5.683	22.594
2011	Tarım dışı	Tarım	Toplam
Kayıtlı Değil	4.988	5.151	10.139
Kayıtlı	12.979	993	13.971
Toplam	17.967	6.143	24.110

Kaynak: TÜİK <http://rapor.tuik.gov.tr/reports/>

Tablo 6’da TÜİK verilerine göre 2008-2011 yıllarında tarımda ve tarım dışı istihdam edilenlerin SGK’na kayıtlılık durumu yer almaktadır. 2011 yılı itibariyle tarım dışı sektörlerde çalışan 4,988,000, tarımda çalışan ise 5,151,000 kişi kayıt dışı çalışmaktadır. Kayıt dışı istihdam bireylerin sosyal güvencesizliğine yol açmaktadır. Kayıt dışı çalışan GSS için bireylerin gelir testine başvurmamaları ya da gelir testini geçememeleri halinde GSS’den yararlanmaları mümkün olamayacaktır. Kayıtlı çalışanların sosyal sigorta primleri işverenleri tarafından ödenmektedir. Ancak kayıt dışı çalışan bir kişinin gelir testini geçemez ise sadece GSS primi ödemesini beklemek gerçekçi olmayacaktır.

2.3.2. Prim Borcu Olanlar ve Yeni İşe Girenler

GSS’nin sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için en önemli şartlardan birisi kendi hesabına çalışanlar ile çiftçilerin ve GSS primini kendileri ödemek zorunda olanların 60 günden fazla prim borçlarının bulunmamasıdır. Türkiye’de 2011 yılı itibariyle kendi hesabına çalışanların %67’sinin, çiftçilerin ise %69’unun SGK’ya prim borcu bulunmaktadır. Belirtilen durum prim borçlularının

GSS'den fiilen yararlanamamalarına neden olmaktadır (Karadeniz, 2012/b:9). Yeni işe girenler 30 gün GSS primi ödemedikçe GSS'den yararlanamamaktadır.

2.3.3. GSS'den Haberdar Olmayanlar ve Gelir Testi Yaptırmayanlar

Kırsal kesimde yaşayanların, yoksulluk içinde yaşayan bireylerin, primlerinin devlet tarafından karşılandığını bilmemeleri yani eski sistemdeki adıyla Yeşil Karttan haberdar olmamalarına bağlanabilir (Karadeniz, 2012/b: 9).

Genel sağlık sigortasında prim toplamada darboğaz örnekleri, iyileştirme tedbirleri ve enformel sektör çalışanlarından prim toplamının sağlık sigortası finansmanı performansına beklenen etkileri Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 7'de GSS'de prim toplamada darboğaz örnekleri, iyileştirme tedbirleri ve enformel sektör çalışanlarından prim toplamının sağlık sigortası finansmanına beklenen etkileri gösterilmiştir (Mathauer ve Carrin, 2010: 18). Tablonun incelenmesinden de anlaşılacağı üzere, prim oranlarının enformel sektör çalışanlarının ödeyebileceği oranda belirlenmesi, prim ödemeyenler ile ilgili denetim sisteminin güçlendirilmesi, sosyal güvenlik kurumu ile yerel kamu idareleri arası veri değişimin sağlanarak kayıt dışı çalışanların tespiti, yerel kamu idarelerinin personelinin nitelik ve nicelik olarak iyileştirilmesi enformel sektör çalışanlarını kapsam altına alacak ve GSS prim tahsilatını arttıracaktır.

Tablo 7. Genel Sağlık Sigortasında Prim Toplamada Darboğaz Örnekleri, İyileştirme Tedbirleri ve Enformel Sektör Çalışanlarından Prim Toplamının Sağlık Sigortası Finansmanı Performansına Beklenen Etkileri

Darboğazlar	İyileştirme Tedbirleri	Sağlık Finansmanı Üzerine Beklenen Etkiler
Kural yokluğu	Yeni veya spesifik kural konulması	
Enformel sektörde çalışanların sağlık sigortası prim miktarının tespiti için spesifik bir kural yoktur. Uygulamada primlerin oranları sosyal sağlık sigortası ofislerince bölgeden bölgeye farklılık gösterir.	Enformel sektör çalışanları için mantıklı prim oranları belirlemek	Sağlık finansmanı kaynaklarında artış
Yetersiz Kurallar	Kuralların Dizaynı	
Prim oranları enformel sektör çalışanları için o kadar yüksek belirlenir ki, çalışanlar bu primleri ödeyemezler.	Primlerin enformel sektör çalışanların ödeyebileceği düzeye çekilmesi.	Kapsanan nüfusun genişlemesi, enformel sektör çalışanlarının kayıt olmaya gücünün yetmesi, kaynak akışının ve finansal risk korumasının artması
Kuralların Uygulanmasında Zayıflık	Kuralların Uygulanmasının Güçlendirilmesi	
Örneğin taksi sürücülerini, zorunlu olarak sigortalıdır. Ancak onların kanunlara uyumunu, sağlık primi ödemek için kayıt olmalarını sağlayacak bir mekanizma yoktur. Bunun sonucunda bir çoğu kayıt dışı çalışır.	Kanunları ihlal edenler için spesifik cezalar ve müfettişlerin tahsildarların sayılarını arttırarak kanunlara uyumu sağlamak	Kapsanan nüfusun ve finansal risk korumasının ve ön ödeme yoluyla kaynak akışının artması
Zayıf Kurumsal Kapasite	Kurumsal Kapasitenin Güçlendirilmesi	
Yerel kamu kurumları, nitelikli personel açığı nedeniyle enformel sektör çalışanlarından prim toplayamamaktadırlar.	Uygun nitelikli personel istihdamı ve çalışanlara uygun nitelikli mesleki eğitim verilmesi	Yönetim maliyetlerinin azaltılması, daha verimli kaynak akışı sağlanması
Kurumlar arası İlişkilerin Zayıflığı	Kurumlar arası İlişkilerin Güçlendirilmesi	

Sosyal Sağlık Sigortası yerel ofisleri ile yerel kamu kurumları arasındaki çalışma ilişkileri ve koordinasyonun zayıf olması nedeniyle gerekli verilerin değişiminde gecikmeler yaşanması primlerin tahsilini geciktirmekte ve yönetim maliyetlerini arttırmaktadır.

Kurumlar arası iletişimde yanlış anlamaların nedenlerinin tanımlanması, iki kurum arasındaki ilişkilere netlik kazandırılması

Yönetim maliyetlerinin azaltılması

Kaynak: (Mathauer, Carrin, 2010: 18)

İkinci bölümde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi ile ilgili son olarak yürürlüğe konan genel sağlık sigortası Kanununun uygulaması ile fiili kapsam sorunu ve nedenleri incelenmiştir. Üçüncü bölümde sistemin uygulamasında genel sağlık sigortalısı olup halen sağlık hizmetlerinden yararlanamayanların sosyo-ekonomik özellikleri ele alınacaktır. Ardından konu ile ilgili Denizli’de sağlık harcamalarını cepten karşılayanlar üzerine yapılan çalışmanın bulgularına yer verilecektir.

3. BÖLÜM

DENİZLİ'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA OLUP GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANAMAYANLAR

5510 sayılı Kanuna göre GSS Türkiye'de nüfusun tamamını kapsamaktadır. Oysa TÜİK, 2011 Yaşam Memnuniyeti Araştırmasına göre nüfusun yaklaşık %11,1'si ilaç ve tedavi harcamalarını kendi karşılamaktadır (TÜİK, 2011). Kişi başı geliri brüt asgari ücretin üçte birinden daha düşük olanların sağlık giderleri Yeşil Kart verilerek sağlanmaktadır. Söz konusu uygulama 2012'ye kadar devam edecektir. Ayrıca 18 yaşın altında olanlar da hiçbir şart aranmaksızın GSS kapsamına alınmışlardır. Yeşil Kart alamayan ve yoksulluk sınırının üzerinde gelir elde eden kişiler ise sisteme prim ödemekle mükelleftirler. Söz konusu kapsam genişlemesine karşın halen sağlık giderlerini cepten yapanların oranının yüksek olması düşündürücüdür. Konu ile ilgili yapılan bir alan araştırmasında sağlık güvencesinden yararlanamayanlar üç ana grupta toplanmıştır Bunlar; Yeşil Kart alamayan yoksullar, BAĞ-KUR'a prim borcu olanlar ve sisteme güvenmeyip sağlık harcamalarını cepten yapanlardır (Üstündağ ve Yoltar, 2007: 72-75).

3.1. Sağlık Güvencesi Olmayanların Demografik ve Sosyo- Ekonomik Özellikleri

Sağlık güvencesi olmayan fertlerin demografik özellikleri ile sosyo- ekonomik durumları TÜİK Hane Halkı Bütçe Anketi (HHBA) (2010) ham verilerinden tespit edilmeye çalışılmıştır. TÜİK Yaşam Memnuniyeti Anketi veri tabanından sağlık güvencesi olmayan bireylerle ilgili detay veriye ulaşılamamıştır. Sağlık güvencesi olmayan bireylerin sosyo-ekonomik özellikleri ile ilgili detaylı bilgi içermesi nedeniyle çalışmada HHBA 2010 ham verileri kullanılmıştır.

Tablo 8. Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı, %(2010)

	Erkek	Kadın	Toplam
0-5 yaş	4,8	4,7	9,5
6-14 yaş	8,3	7,6	15,9
15-19 yaş	6,9	4,2	11,1
20-24 yaş	8,2	4,8	13
25-29 yaş	6,9	4,8	11,7
30-34 yaş	5,4	4,4	9,7
35-39 yaş	4,6	3,7	8,3
40-44 yaş	3,9	3,1	7
45-49 yaş	3,2	2	5,2
50-54 yaş	1,9	1,4	3,3
55-59 yaş	1	0,7	1,8
60-64 yaş	0,4	0,4	0,8
65+yaş	1,2	1,5	2,7
Toplam	56,7	43,3	100

Kaynak: TÜİK HHBA (2010)'dan hesaplanmıştır.

Türkiye’de 2010 yılı itibariyle sağlık güvencesi olmayan fertlerin %36,5’u 0-19 yaş aralığındadır. 5510 sayılı Kanun ile 18 yaş altı fertler hiç bir şart aranmaksızın genel sağlık sigortası kapsamına alınmışken, sağlık güvencesi olmayanların üçte birinden fazlasının çocuklar olması dikkat çekicidir (Tablo 8).

Tablo 9. Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Eğitim Seviyesine ve Cinsiyete Göre Dağılımı, %, (2010)

Eğitim Durumu	Erkek	Kadın	Toplam
Okur-yazar değil	2,1	6,1	8,3
Okur-yazar olup bir okul bitirmedi	10,8	10,4	21,3
İlkokul	18	13,8	31,9
İlköğretim	9,2	5,4	14,6
Ortaokul	3,8	1,4	5,3
Orta dengi meslek	0,1	0	0,1
Lise	6,1	2,9	9
Mesleki veya teknik lise	4,1	1,4	5,5
2-3 yıllık yüksekokul	1,6	0,4	2
4 yıllık yüksekokul, fakülte	1,4	0,5	1,9
Yüksek lisans, doktora	0,1	0	0,2
Toplam	57,4	42,6	100

Kaynak: TÜİK HHBA (2010)'dan hesaplanmıştır.

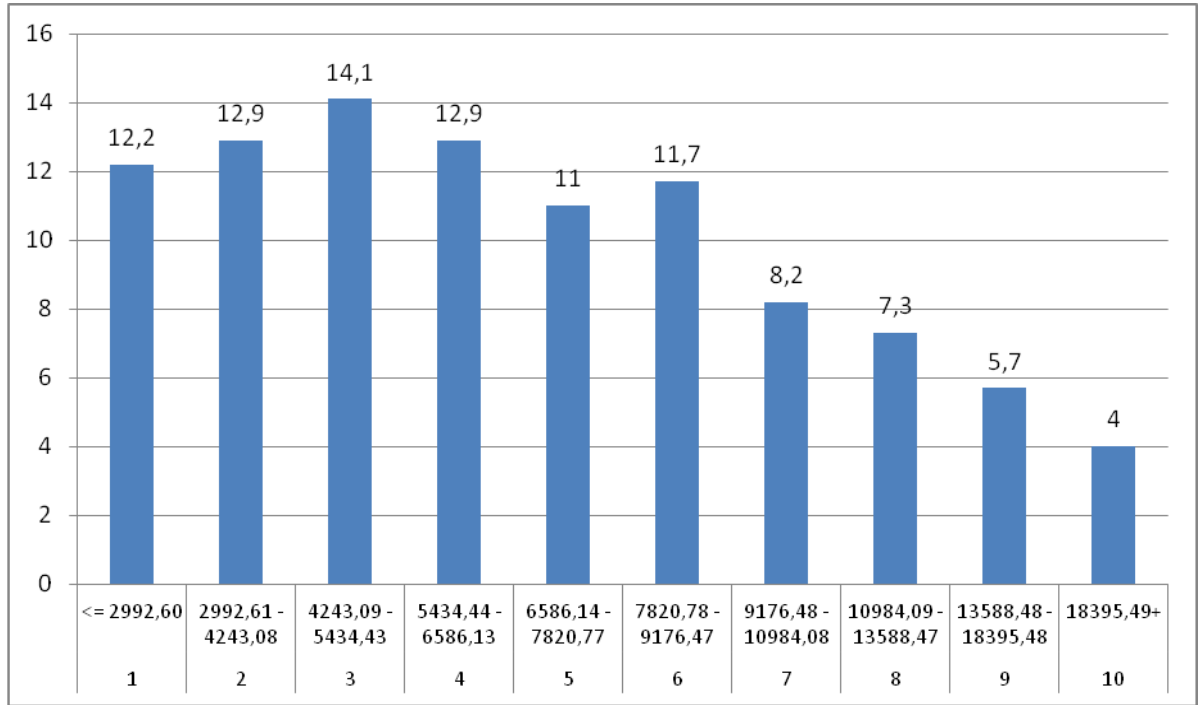
Sağlık güvencesi olmayan fertlerin %8,3'ü okuryazar değildir %21,3'ü ise okur yazar olup bir okul bitirmemiştir (Tablo 9). Eğitim seviyesinin yetersizliği yoksulluğun temel belirleyicilerinden biridir. Eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık güvencesi olmayanların oranının düştüğü görülmektedir. Bununla beraber, sağlık güvencesi olmayanların %6,1'ini lise mezunu erkekler oluşturmaktadır. Lise mezunu kadınlar ise sağlık güvencesi olmayanların %2,9'unu oluşturmaktadır. Lise mezunu erkeklerin sağlık güvencesizliği oranının kadınlara göre yüksekliği iki nedene bağlı olabilir. Bunlardan birincisi erkeklerin 18 yaşını doldurduğu için ebeveynlerinden bağımlı olarak sağlık hizmetinden yararlanamaması olabilir. Oysa SSGSSK'ya göre kız çocukları, evlenmedikleri ve işe girmedikleri müddetçe ebeveynlerinin sağlık güvencesinden yararlanabilmektedirler. İkinci neden ise lise mezunu erkeklerin sayısının lise mezunu kadınlardan daha fazla olması olabilir.

Tablo 10. Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Cinsiyete ve Hane Halkı Tipine Göre Dağılımı, %, (2010)

	Erkek	Kadın	Toplam
Tek çocuklu çekirdek aile	7,8	4,6	12,4
İki çocuklu çekirdek aile	12,3	8,1	20,4
Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile	12,4	10,6	23
Çocuksuz çift	1,7	1,7	3,4
Ataerkil veya geniş aile	17,5	14,4	31,8
Tek yetişkinli aile	2,1	2,2	4,3
Bir arada yaşayan kişiler	3,1	1,7	4,7

Kaynak: TÜİK HHBA (2010)'dan hesaplanmıştır.

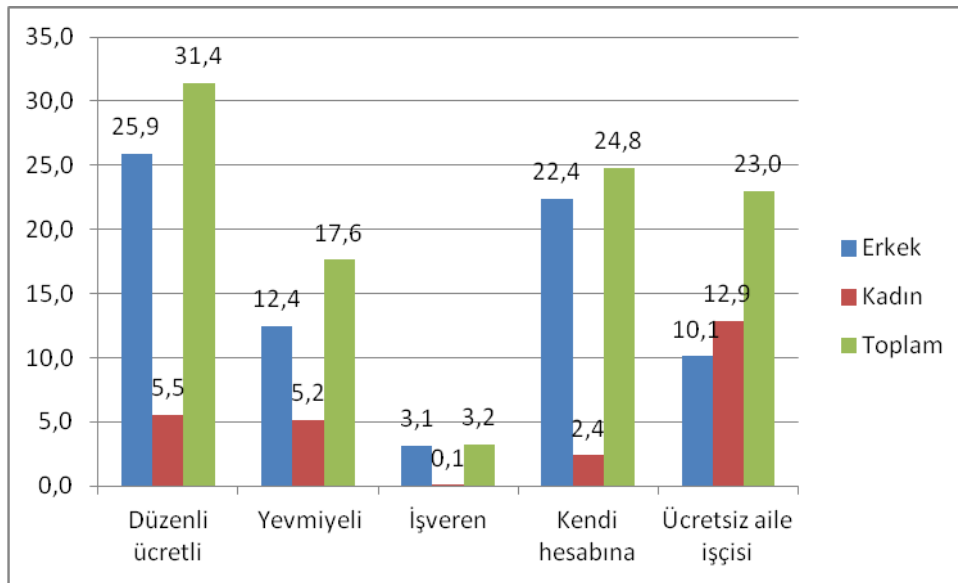
Ailede yaşayan fert sayısı arttıkça yoksulluğun da artacağı göz ardı edilmemelidir. Nitekim, sağlık güvencesi olmayan fertlerin %31,8'i ataerkil veya geniş ailede, %23'ü, üç ve daha fazla çocuklu geniş ailede yaşamaktadır (Tablo 10).



Şekil 3 Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Eş Değer Fert Ölçeğine Göre Belirlenmiş Gelir Gruplarına Göre Dağılımı, %, (2010)

Kaynak: TÜİK HHBA (2010)'dan hesaplanmıştır.

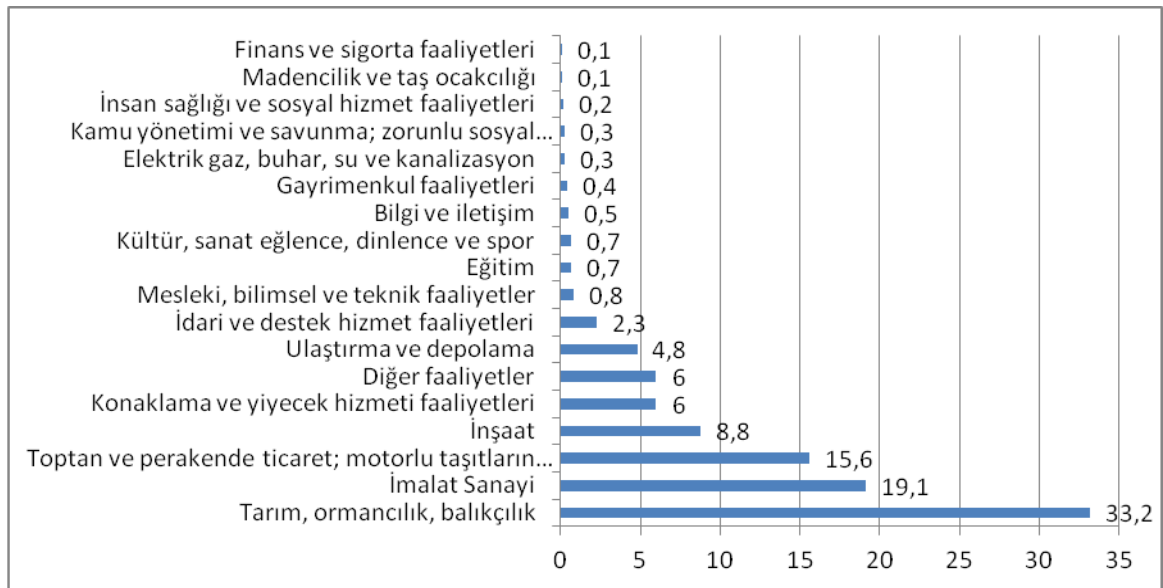
Sağlık güvencesi olmayan fertlerin eşdeğer fert ölçeğine göre, belirlenmiş gelir gruplarına göre dağılımına şekil 3'de yer verilmiştir. Şeklin incelenmesinden de anlaşılacağı üzere, sağlık güvencesi olmayan fertlerin %37,9'u altı ve üst gelir grubundadır. Söz konusu durum sağlık güvencesizliğinin tek nedeninin yoksulluk olmadığını da ortaya koymaktadır. Orta ve üst gelir grubundaki fertler de prim ödeme güçleri olduğu halde, genel sağlık sigortası kapsamına girmemektedirler. Bunun bir nedeni kişilerin, mevcut sağlık hizmetlerinden memnun olmamaları ve cepten ödeme yaparak sağlık hizmetlerine daha kolay erişmeleri olabilir (Üstündağ ve Yoltar, 2007: 75).



Şekil 4 Cinsiyete ve İşteki Duruma Göre Sağlık Güvencesi Olmayan Fertlerin Dağılımı, %, (2010)

Kaynak: TÜİK HHBA (2010)'dan hesaplanmıştır.

TÜİK HHBA'ne (2010) göre, sağlık güvencesi olmayan 9.597.791 kişiden 3.579.378'i çalışmaktadır. Şekilde sağlık güvencesi olmayan fertlerin cinsiyete ve işteki duruma göre dağılımına verilmiştir. Şeklin incelenmesinden de anlaşılacağı üzere, sağlık güvencesi olmayan ve istihdam edilen fertlerin %17,6'sı yevmiyeli, %24,8'i kendi hesabına, %23'ü ise ücretsiz aile işçisidir. Bir başka anlatımla istihdamda olan ve sağlık güvencesi olmayan fertlerin yaklaşık üçte ikisi eğreti ve güvencesiz işlerde çalışmaktadır. Sosyal sigorta sisteminin büyük ölçüde atipik çalışanları dışlaması, fertlerin sosyal güvencesizliğine yol açmaktadır (Karadeniz, 2011).



Şekil 5 Sağlık Güvencesi ve Çalışan Fertlerin Çalıştıkları Sektörlere Göre Dağılımı, %, (2010)

Kaynak: TÜİK HHBA (2010)'dan hesaplanmıştır.

Sağlık güvencesi olmadan çalışan fertlerin %33,2'si tarım, ormancılık, balıkçılık, %19,1'i, imalat, %15,6'sı toptan ve perakende ticaret, %8,8'i inşaat sektöründe çalışmaktadır. Söz konusu sektörlerde kayıt dışı çalışmanın yüksekliği ve özellikle sosyal sigorta sisteminin tarımı dışlaması sağlık güvencesizliğinin de yükselmesine neden olabilmektedir (Karadeniz, 2006; 2011).

3.2. Araştırmanın Amacı

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 16.06.2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmış ve 01.10.2008'den itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Araştırma ile sağlık sigortası kapsamına giren ancak genel sağlık sigortasından yararlanamayanların, söz konusu sistemden yararlanamama nedenlerini 5510 sayılı SSGSSK hakkındaki bilgi düzeylerini, sağlık harcamalarını karşılama şekillerini ve konu ile ilgili deneyimlerini saptamak ve analiz etmektir

3.3. Araştırmanın Alanı ve Örnekleme

Çalışmanın Denizli İli'nde GSS kapsamında olup genel sağlık sigortasından yararlanamayanlar evren alınarak yapılması hedeflenmiştir. Bununla beraber, il genelinde birinci ve ikinci basamak sağlık tesislerine başvuran ve sağlık harcamalarını kendileri karşılayanlara ulaşmanın ve veri toplamanın zorluğu dikkate alınarak

çalışmanın alanı, Pamukkale Üniversitesi Hastanelerine başvuran, yatarak tedavi gören veya hastane masrafını ödeyemediği için Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri tarafından İcra takibine uğrayan hastalar belirlenmiştir. Pamukkale Üniversitesi'nin Denizli İli'ndeki tek üniversite hastanesi ve üçüncü basamak sağlık tesisi olması yüksek maliyet gerektiren hastalıklarda toplumun tüm kesimlerinin adı geçen sağlık tesisine başvurusu, araştırma alanında elde edilen verileri çeşitlendirmektedir.

Başlangıçta araştırmanın örnekleme ücretli hastalardan senet imzalayıp borçlanan kişilerden adı geçen hastanenin hukuk servisinde başlatılan icra takibine uğrayanlar olarak belirlenmişken daha sonra bu örnekleme ücretli yatan hastalar da dahil edilerek araştırma kapsamı genişletilmiştir.

Bu kapsamda toplamda, 6 Aralık 2010 - 22 Ağustos 2011 tarihleri arasında icra takibine uğrayan 131 hastanın 30'u ile ve 2 Aralık 2010 - 30 Nisan 2011 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde yatan 197 ücretli hastanın veya hasta yakınlarının 30'u ile görüşülmüştür ve toplamda 60 kişi ile görüşme yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Verilerin Toplanması

Araştırmada literatür taramasının yanında nitel veri toplama tekniklerinden biri olan görüşme yöntemi ile veri toplanmıştır. Örneklem yöntemi olarak ise nitel araştırma yöntemlerinde sıklıkla kullanılan amaçlı örnekleme yöntemlerinden birisi olan ölçüt örnekleme ve kolay ulaşılabilir durum örnekleme kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme temel anlayış önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan tüm durumların çalışılmasıdır. Sözü edilen ölçüt veya ölçütler araştırmacı tarafından oluşturulabilir ya da önceden hazırlanmış bir ölçüt listesi kullanılabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2005: 112). Kolay ulaşılabilir durum örnekleme araştırmacının diğer örnekleme yöntemlerini kullanma olanağı olmadığı durumlarda kullanılır. Araştırmacı yakın olan ve erişilmesi kolay olan bir durumu seçer (Yıldırım ve Şimşek, 2005: 113). Veri toplamasında Ölçüt olarak Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde tedavi görüp borcunu ödeyemeyen icra takibine uğrayan ücretli hastalar / hasta yakınları alınmıştır. Kolay ulaşılabilir durum örneklemesinde ise Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri'nde tedavi gören Yatan ücretli hastalar örneklem alınmıştır. Araştırma yapılırken ölçüt örnekleme görüşme formu soruları oluşturulmadan önce literatür taramaları doğrultusunda Denizli Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Bölümü, Denizli Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma

Vakfı ile Denizli Valiliği Yeşil Kart Başvuru Bürosu çalışanları ile görüşme yapılmış ve söz konusu kurumlardaki GSS ile ilgili sistem incelenmiştir.

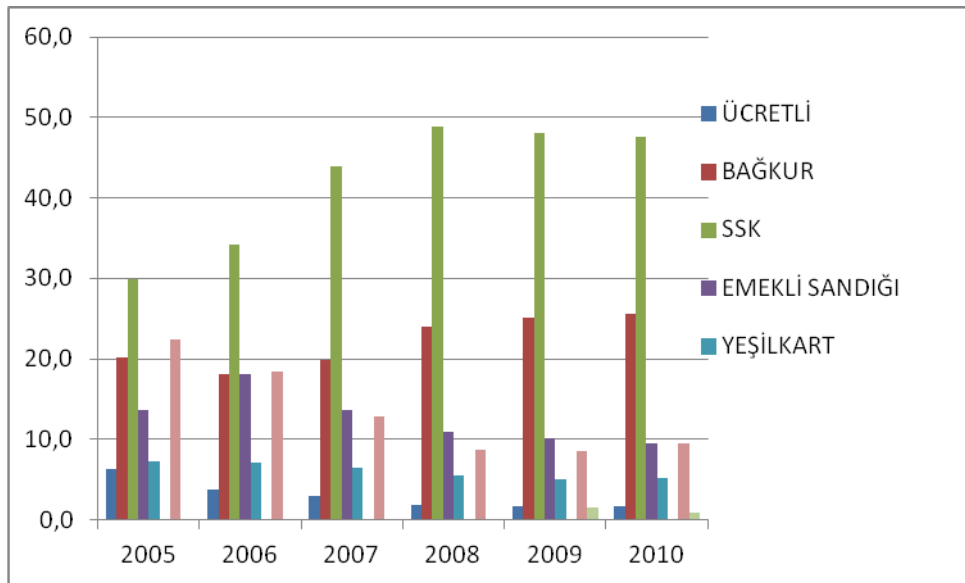
İncelemeler bittikten sonra oluşturulan görüşme formuyla beş ücretli hasta üzerinde derinlemesine görüşme şeklinde pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma ile soru formuna eklenmesi gereken sorular tespit edilmiş ve görüşme soruları netleştirilmiştir. Alan Araştırması'nda 6 Aralık 2010 - 22 Ağustos 2011 tarihleri arasında hakkında icra takibi yapılan hastalarla telefon ile ve yüz yüze, 2 Aralık 2010 - 30 Nisan 2011 tarihleri arasında ise Yatan ücretli hastalar veya hasta yakınları ile yüz yüze görüşülmüştür. Araştırmaya katılacak kişilere bu görüşmenin bilimsel araştırma amacıyla yapıldığı ve kimlik bilgilerinin önemli olmadığı konusunda gerekli bilgilendirilme yapılarak rızaları alınmıştır. Görüşme sırasında ses kayıt cihazı kullanılmak istense de ortamın ve kişilerin psikolojilerinin buna müsait olmamasından dolayı not alma ile veriler kaydedilmiştir. Araştırmada görüşme formu kullanılmış olup görüşme formundaki sorular kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Kapalı uçlu sorular kişilerle ilgili demografik özellikleri ortaya koymaya yönelik soruları içermektedir. Katılımcıların görüşleri Excel tabloları yardımıyla analiz edilmiştir. Açık uçlu sorularda hasta görüşme sırasına göre kişilerin verdiği önemli bulunan ifadeler not edilmiştir.

3.5. Bulgular

Bulgular kısmında Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde tedavi gören hastaların sağlık güvencelerini karşılama şekilleri, icra takibine uğrayan hastaların dağılımı ile ilgili elde edilen bilgilere yer verilecektir. Sonrasında alan araştırması ile ilgili veriler analiz edildikten sonra sonuçlar değerlendirilecektir.

3.5.1. Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde 2005-2010 Yılları Arasında Tedavi Gören Hastaların Sağlık Harcamalarını Karşılama Şekline Göre Dağılımı

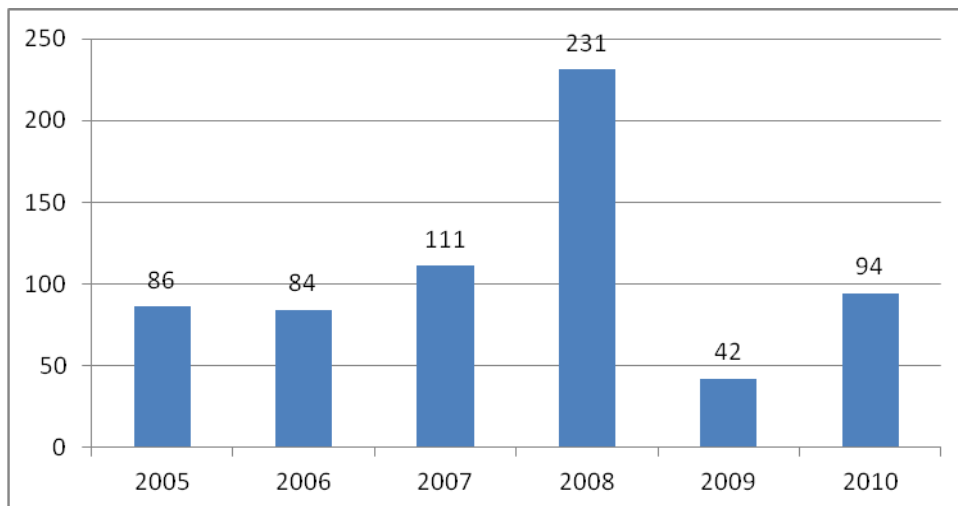
Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde tedavi gören hastalar sağlık harcamaları zorunlu sigortadan, cepten ödeme yaparak ya da herhangi bir ödeme yapamadıkları için senet imzalayarak karşıladıkları görülmektedir.



Şekil 6 Denizli Pamukkale Üniversitesine 2005-2010 yılları arasında Sosyal güvence gruplarına göre yatan hasta başvuru oranları (%)

Kaynak: Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri

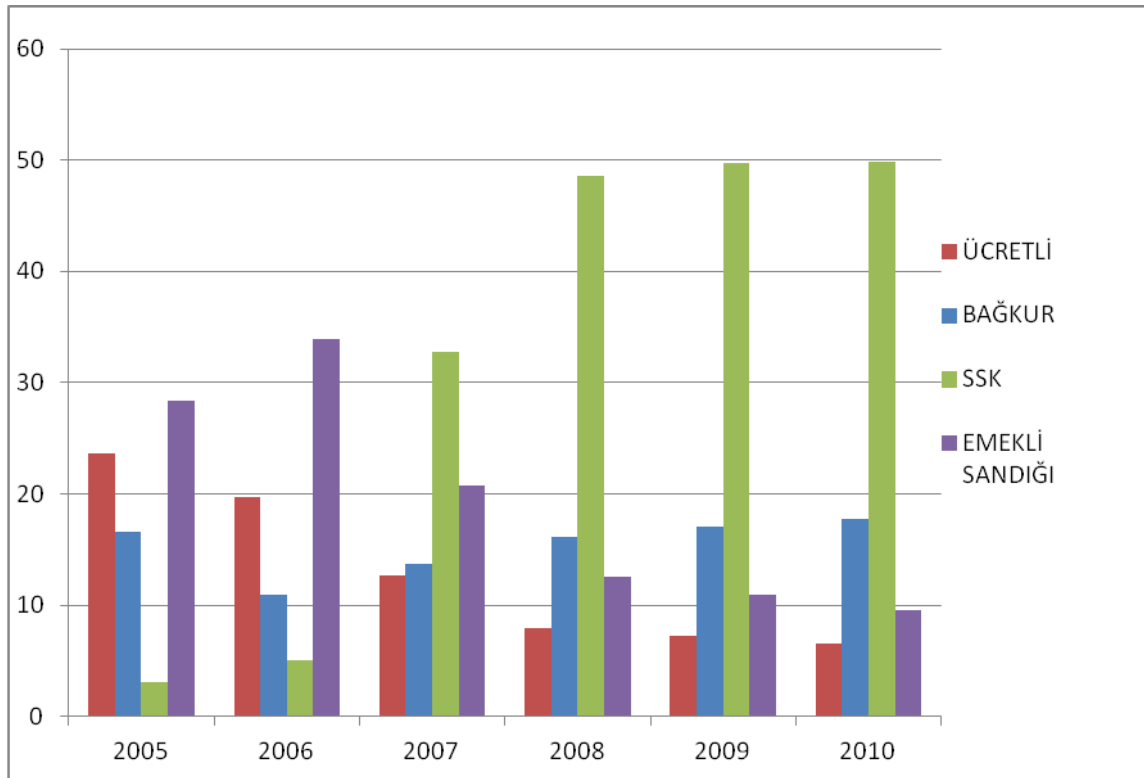
Şekil 6'de üniversite hastanesine 2008 yılından sonra BAĞ-KUR'lu hastaların başvurularının arttığı görülmektedir. 2008 - 2010 yılları arasında ücretli hastalarda bir azalış olduğu saptanmıştır. Bunun temel nedenlerinden bir tanesi, 18 yaş altı çocukları hiçbir şart aranmaksızın genel sağlık sigortasından yararlanabilmesi olabilir.



Şekil 7 Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinde 2005-2010 yılları arasında İcra takibine uğrayan hasta sayıları

Kaynak: Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri

Şekil 7’de görüldüğü üzere, İcra takibine uğrayan hastaların oranı düşmektedir. Bu düşüşün sebepleri 5917¹⁷ sayılı Kanununun 14. maddesi ile getirilen borçların yapılandırılması ve 18 yaş altı çocukları hiçbir şart aranmaksızın genel sağlık sigortasından yararlanabilmesi olabilir.



Şekil 8 Pamukkale Üniversitesi Hastanesine 2005-2010 yılları arasında sosyal güvence gruplarına göre acil servise başvuran hasta oranları (%)

Kaynak: Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri

Şekil 8’de 2008 sonrası acilden tedavi için başvuran BAĞ-KUR’lu hasta sayısının arttığı saptanmıştır. Türkiye genelinde de acil servise başvuru oranlarının diğer servislere başvurulardan daha hızlı arttığı ifade edilmektedir (Arslanhan, 2010: 6). Bunun temel nedenleri arasında, acil servise başvuruda hiç bir şartın aranmaması, prim borcu olan bağımsız çalışanların GSS hizmetlerinden yararlanamamaları nedeniyle acil

17 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir. Üniversite hastanelerince (vakıf üniversiteleri hariç) ve Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca; sağlık hizmeti verildiği dönemde herhangi bir nedenle ilgili mevzuatı kapsamında sosyal güvenlik sağlık yardımından yararlanamayan gerçek kişilere sunulan tedavi hizmeti karşılığı olarak 1/1/2009 tarihinden önce düzenlenmiş olan fatura bedellerinden, bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce tahsil edilememiş alacak tutarlarının %50’sinin altı ay içinde ilgililerce defaten veya taksitle ödenmesi halinde, geri kalan kısmı fer’ileriyle birlikte terkin edilir. Tahsil edilemeyen fatura bedeli 100 Türk Lirasından az ise doğrudan terkin edilir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Maliye Bakanlığı tarafından belirlenir. 5917 sayılı R.G, Tarih: 10/7/2009, Sayı: 27284

servise başvurmaları, birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan güvensizlik, acil serviste katkı payı alınmaması, 2003 yılı sonrasında gelen yönetmelikler ile hastanelerin acil servise başvuran hastaları hiçbir şekilde geri çevirmemeleri ve kuyruk beklememek için çalışma saatleri dışında acil servise başvurunun kolaylığı gösterilmektedir (Arslanhan, 2010: 6; Karadeniz, 2012/b: 9). Emekli Sandığı hastalarının acil servise başvurma nedenlerindeki düşüş ise üniversite hastanelerinde yığılmalar nedeniyle memur ve emeklilerinin daha iyi hizmet alabilmek için özel hastanelere başvurma ihtimalleri olabilir.

Genel Sağlık Sigortası kapsamı içerisinde olduğu halde bundan yararlanamayan kişileri tespit ederken katılımcılarla yapılan görüşmeler analiz edilmiş, söz konusu analizler tablolarla desteklenmiştir. Ayrıca hastaların ya da hasta yakınlarının açık uçlu sorulara verdiği bazı ifadeler de yer verilmiştir.

Tablo 11. Cepten Harcama Yapan ya da İcra takibine uğrayan hastaların Cinsiyeti

	Cinsiyeti	Kadın	Erkek	Toplam
Yatan ücretli hastalar	Kişi Sayısı	7	23	30
	Yüzdesi	23	77	100
İcra takibine uğrayan hasta	Cinsiyeti	Kadın	Erkek	Toplam
	Kişi Sayısı	12	18	30
	Yüzdesi	40	60	100
Toplam	Cinsiyeti	Kadın	Erkek	Toplam
	Kişi Sayısı	20	40	60
	Yüzdesi	33	67	100

Görüşmeye katılan yatan veya ayaktan ücretli hastaların %77'si erkek ve %23'ü ise kadındır. İcra takibine uğrayan katılımcıların %60'ı erkek, %40 ise kadındır. Görüşmeye katılan hastaların %33'ü kadın ve %67 ise erkektir. Kadınların erkeklere oranla daha düşük oranda sağlık harcamalarını kendileri karşıladıkları görülmektedir. Belirtilen durum Türkiye genelinde kadınların erkeklere oranla daha fazla sağlık güvencesi kapsamında olmasına bağlanabilir (Bkz. Tablo: 6).

Tablo 12. Katılımcıların Yaş Durumu

Yatan ücretli hasta	Yaş Aralığı	18 altı	18-28	29-39	40-50	51-61	62 üstü	Toplam
	Kişi Sayısı	1	10	8	9	yok	2	30
	Yüzde	3	33	27	30	yok	7	100
İcra takibine uğrayan hasta	Yaş Aralığı	18 yaş altı	18-28	29-39	40-50	51-61	62 üst	Toplam
	Kişi Sayısı	2	11	12	4	1	Yok	30
	Yüzde	7	37	40	13	3	Yok	100
TOPLAM	Yaş Aralığı	18?	18-28	29-39	40-50	51-61	62 +	Toplam
	Kişi Sayısı	3	21	20	13	1	2	60
	Yüzde	5	35	33	22	2	3	100

Yatan ücretli hastaların %33'ü 18-28, %30'u 40-50, %27'si 29-39, %7'si 62 yaş ve üzerinde, %3'ü 18 yaşın altındadır. İcra takibine uğrayan hastaların %40'ı 29-39, %37'si 18-28, %13'ü 40-50, %7'si 18 yaş altı, %3'ü 51-61 yaş grubu aralığındadır. Toplamda görüşmeye katılan hastaların %35'i 18-28, %33'ü 29-39, %22'si 40-50, %5'i 18 yaş altı, %3'ü 62 yaş ve üstü, %2'si 51-61 yaş grubu aralığındadır. 18 yaş altındaki hastaların hiçbir şart aranmaksızın GSS'den yararlanmaları gerekirken, halen söz konusu hastalardan ücret talep edilmesi, hem vatandaşların hem de hastane çalışanlarının konu ile ilgili mevzuatı yeterince bilmemelerine bağlanabilir.

Tablo 13. Medeni Durum

Yatan ücretli hasta	Medeni Durum	Evli	Bekâr	Toplam
	Kişi Sayısı	18	12	30
	Yüzde	60	40	1
İcra takibine uğrayan hasta	Medeni Durum	Evli	Bekar	Toplam
	Kişi Sayısı	19	11	30
	Yüzde	63	37	1
TOPLAM	Medeni Durum	Evli	Bekar	Toplam
	Kişi Sayısı	37	23	60
	Yüzde	62	38	100

Görüşülen Yatan ücretli hastaların %60'ı evli, %40'ı ise bekârdır. İcra takibine uğrayan hastaların %63'ü evli, %37'si ise bekârdır. Toplam görüşme yapılan hastaların ise %62'si evli, %38'i bekârdır.

Tablo 14. Eğitim Durumu

Yatan ücretli hasta	Eğitim durumu	Okur-yazar değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Ön lisans	Üniversite	Toplam
	Kişi sayısı	2	14	6	4	3	1	30
Yüzde	7	47	20	13	10	3	100	
İcra takibine düşen hasta	Eğitim durumu	Okur-yazar değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Ön lisans	Üniversite	
	Kişi sayısı	1	17	6	5	-	1	30
Yüzde	3	57	20	17	-	3	100	
Toplam	Eğitim durumu	Okur-Yazar Değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Ön lisans	Üniversite	
	Kişi sayısı	3	31	12	9	3	2	60
	Yüzde	5	52	20	15	5	3	100

Yatan ücretli hastaların %47'si ilkokul, %20'si ortaokul, %13'ü lise, %10'u ön lisans, %7'si okuryazar değildir. Yüzde 3'ü ise üniversite mezunudur. İcra takibine uğrayan hastaların %57'si ilkokul, %20'si ortaokul, %17'si lise, %3'ü üniversite mezunudur. %3'ü ise okur-yazar değildir. Yatan ücretli hastalar ile İcra takibine uğrayan hastaların toplamda %52'sinin ilkokul, %20'sinin ortaokul, %15'inin lise, %5'inin ön lisans, %3'ünün ise dört yıllık üniversite mezunu olduğu, %5'nin okuryazar olmadığı saptanmıştır. Belirtilen oranlar Türkiye genelinde sağlık güvencesi olmayanların dağılımı ile büyük ölçüde örtüşmektedir (Bkz. Tablo 9).

Tablo 15. Hanede Yaşayan Kişi Sayısı

Yatan ücretli hasta	Kişi Aralığı	1-3	4-6	7-10	Toplam
	Kişi Sayısı	11	18	1	30
	Yüzde	37	60	3	100
İcra takibine uğrayan hasta	Kişi Aralığı	1-3	4-6	7-10	Toplam
	Kişi Sayısı	15	14	1	30
	Yüzde	50	47	3	100
TOPLAM	Kişi Aralığı	1-3	4-6	7-10	Toplam
	Kişi Sayısı	26	32	2	60
	Yüzde	43	53	4	100

Yatan ücretli hastaların %60'ının hanesinde 4-6, %37'sini hanesinde 1-3, %3'ünün hanesinde ise 7-10 kişi yaşamaktadır. İcra takibine uğrayan hastaların hanesinde %50'sinin hanesinde 1-3, %47'sinin hanesinde 4-6 ve %3'ünün hanesinde 7-

10 kişi yaşamaktadır. Toplamda görüşme yapılan hastaların %53'ünün hanesinde 4-6, %43'ünün hanesinde 1-3 ve %4'ünün hanesinde 7-10 kişinin yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 16. Evin Mülkiyet Durumu

Yatan ücretli hasta	Evin Mülkiyeti	Aileye ait (Anne- baba- dede)	Kendi	Kira	Toplam
	Kişi Sayısı	2	18	10	30
	Yüzde	7	60	33	100
İcra Takibine Düşen Hasta	Evin Mülkiyeti	Aileye ait (Anne- baba- dede)	Kendi	Kira	Toplam
	Kişi Sayısı	12	-	18	30
	Yüzde	40	-	60	100
TOPLAM	Evin Mülkiyeti	Aileye ait (Anne- baba- dede)	Kendi	Kira	Toplam
	Kişi Sayısı	14	18	28	60
	Yüzde	23	30	47	100

Evin mülkiyetinin kime ait olduğu sorusuna Yatan ücretli hastaların %60'ı kendisinin, %33'ü kira olduğunu ve %7'si ise ailesine ait olduğunu belirtmişlerdir. Evin mülkiyetinin kime ait olduğu sorusuna İcra takibine uğrayan hastaların %60'ı kira, %40'ı ise aileye ait olduğu cevabını vermişlerdir. Evin mülkiyetinin kime ait olduğu sorusuna görüşülenlerin %47'si kira, %30'u kendinin olduğunu ve %27'si ise aileye ait olduğunu, diğer bir ifade ile anne-babasının ya da dedesinin olduğu cevabını vermiştir. Aileye ait olan evlerde yaşayan bireyler “*her ay olmasa da iki-üç aya bir ya da ailelerinin ihtiyaçları olduğunda kira bedeli ödediklerini*” belirtmişlerdir.

Tablo 17. Hanenin Gelir Durumu

Yatan ücretli hasta		
Gelir Aralığı (TL)	Kişi Sayısı	Yüzde
Belirtmek istemiyor	1	3
Düzenli aylık bir gelir yok	13	43
Anne-baba emekli maaşı	2	7
200 ve altı	2	7
201-499	-	-
500-650	4	13
651-799	-	-
800-1000	4	13
1500-2500	3	10
2501-3000	1	3
Toplam	30	100
İcra takibine uğrayan hasta		
Gelir Aralığı	Kişi Sayısı	Yüzde
Düzenli aylık bir geliri yok	12	30
Anne-Baba emekli maaşı	2	7
201-499	1	3
500-650	4	13
651-799	3	10
800-1000	5	17
1001-1499	2	7
1500-2500	1	3
Toplam	30	100
TOPLAM		
Gelir Aralığı	Kişi Sayısı	Yüzde
Belirtmek istemiyor	1	2
Düzenli aylık bir geliri yok	25	42
Anne-baba emekli maaşı	4	7
200 ve altı	2	3
201-499	1	2
500-650	8	13
651-799	3	5
800-1000	9	15
1001-1499	2	3
1500-2500	4	7
2501-3000	1	2
Toplam	60	100

Yatan ücretli hastaların hanelerinin %43'ünün aylık düzenli bir geliri yoktur. Hanelerin %13'ü aylık 500-650 TL, %13'ü ise 800-1000 TL gelir arasında gelir elde

etmektedir. Hastaların %7'si hanelerinin gelirinin anne- babasının emekli maaşı olduğunu, %7'si ise 200 TL ve altında gelirlerinin olduğunu söylemişlerdir.. Hastaların %3'ü ise aylık 2501-3000TL gelir elde eden grupta yaşamaktadır. Hastaların %3 'ü ise gelirini belirtmek istemeyen grupta yer almaktadır.

İcra takibine uğrayan hastaların hanelerinin %30'unun aylık düzenli bir geliri yoktur. Hastaların %17'si 800-1000 TL, %13'ü 500-650 TL, %10'u 651-799 TL, %7'si 1001-1499 TL gelirleri vardır. Hastaların %7'si hanenin gelirinin anne ve babanın emekli maaşı olduğunu belirtmişlerdir. Görüşülen hastalardan %3'nün hane geliri 201-499 TL ve %3'nün de 1500-2500 TL'dir.

Toplam görüşülen hastaların hanelerinin %42'sinin aylık düzenli bir geliri yoktur. %15'inin 800-1000 TL, %13'ünün 500-650 TL gelirleri vardır. %7'sinin hane geliri ise anne babanın emekli maaşı ve %7'sinin ise 1500-2500 TL'dir. %5'inin hane geliri ise 651-799 TL'dir. %3'nün 200 TL ve altı, %3'ünün de 1001-1499 TL hane geliri vardır. %3'ü ise gelirini belirtmek istenmiştir. %2'si 201-499 TL ve %2'si de 2501-3000 TL hane gelirine sahiptir.

Gelirlerine bakıldığında katılımcıların düşük gelirli grupta yer aldıkları saptanmıştır.

Tablo 18. Son 1 ayda 1 saat bile olsa ücret veya kâr elde etmek için çalışma durumu

	Çalışma durumu	Evet	Hayır	Toplam
Yatan ücretli hasta	Kişi Sayısı	12	18	30
	Yüzde	40	60	100
	Çalışma durumu	Evet	Hayır	Toplam
İcra takibine uğrayan	Kişi Sayısı	17	13	30
	Yüzde	57	43	100
	Çalışma durumu	Evet	Hayır	Toplam
TOPLAM	Kişi Sayısı	29	31	60
	Yüzde	48	52	100

Yatan ücretli hastaların son 1 ay içinde 1 saat bile olsa ücret veya kar elde etmek için çalışıp çalışmadıkları sorusuna %60 ı hayır, %40 ise evet, cevabını vermiştir. İcra takibine uğrayan hastaların son 1 ay içinde 1 saat bile olsa ücret veya kar elde etmek için çalışıp çalışmadıkları sorusuna %57'si evet, %43'ü ise hayır cevabını vermiştir. Toplamda görüşülen hastaların son 1 ay içinde 1 saat bile olsa ücret veya kar elde etmek için çalışıp çalışmadıkları sorusuna %52'si hayır, %48 ise evet cevabını vermiştir.

Tablo 19. Son bir ayda iş arama teşebbüsü

Yatan ücretli hasta	İş arama Durumu	Evet	Hayır	Toplam
	Kişi Sayısı	2	16	18
	Yüzde	11	89	100
İcra Takibine uğrayan	İş arama Durumu	Evet	Hayır	Toplam
	Kişi Sayısı	2	11	13
	Yüzde	15	85	100
TOPLAM	İş arama Durumu	Evet	Hayır	Toplam
	Kişi Sayısı	4	27	31
	Yüzde	13	87	100

Son 1 ay içinde 1 saat bile olsa ücret veya kar elde etmek için çalışmayan Yatan ücretli hastalara, son bir ay içinde iş aramak için teşebbüste bulunup bulunmadıkları sorulduğunda ise %89'u hayır, %11'i ise evet cevabını vermiştir. Son 1 ay içinde 1 saat bile olsa ücret veya kar elde etmek için çalışmayan icra takibine düşen hastalara son bir ay içinde iş aramak için teşebbüste bulunup bulunmadıkları sorulduğunda ise %85'i hayır, %15'i ise evet cevabını vermiştir.

Son 1 ay içinde 1 saat bile olsa ücret veya kar elde etmek için çalışmayan toplamda görüşülen hastalara son bir ay içinde iş aramak için teşebbüste bulunup bulunmadıkları sorulduğunda ise %87'si hayır, %13 ise evet cevabını vermiştir. Bir başka anlatımla, sağlık güvencesi olmayıp, sağlık harcamalarını kendileri karşılayanların %13'ü işsizdir.

Tablo 20. İş Aramama Nedeni

Yatan ücretli hasta		
İş Aramama Nedenleri	Kişi Sayısı	Yüzde
İşyeri açmayı düşünüyor	1	6
Ev Hanımı	4	25
Hasta	3	19
Yurtdışı Emekli	1	6
Mevsimlik Çalışan	1	6
Öğrenci	2	13
Yaşlı	1	6
Diğer	3	19
Toplam	16	100
İcra takibine uğrayan hasta		
İş Aramama Nedenleri	Kişi Sayısı	Yüzde
Ev Hanımı	8	73
Hasta	1	9
Öğrenci	1	9
Diğer	1	9
Toplam	11	100
TOPLAM		
İş Aramama Nedenleri	Kişi Sayısı	Yüzde
İşyeri açmayı düşünüyor	1	4
Ev Hanımı	12	44
Hasta	4	15
Yurt Dışı Emekli	1	4
Mevsimlik Çalışan	1	4
Öğrenci	3	11
Yaşlı	1	4
Diğer	4	15
Toplam	27	100

Son bir ay içinde iş arama çabasında bulunmayan Yatan ücretli hastalara iş aramama nedenleri sorulduğunda %25'i ev hanımı olduğunu, %19'u hasta olduğunu belirtmiştir. Görüşme yapılan %13'ü öğrenci olduğunu ifade ederken, %6'sı işyeri açmayı düşündüğünü, %6'sı yurtdışı emekli olduğunu, %6'sı yaşlı olduğu yönünde cevap vermiştir. Ev hanımı olduğu gerekçesi ile işgücüne katılmayanların oranı ise %25'dir.

Son bir ay içinde iş arama çabasında bulunmayan icra takibine düşen hastalara iş aramama nedenleri sorulduğunda %73'ü ev hanımı olduğunu, %9'u hasta olduğunu

belirtmişlerdir. %9'u ise öğrenci olduklarını ifade etmişlerdir. %9'u diğer yanıtını vermiştir.

Son bir ay içinde iş arama çabasında bulunmayan toplamda görüşülen hastalara iş aramama nedenleri sorulduğunda %44'ü ev hanımı olduğunu, %15'i hasta olduğunu belirtmiştir. %15'i ise diğer cevabı vermiştir. %11'inden öğrenci cevabı alınmıştır. %4'ü ise işyeri açmayı düşündüğünü, %4'ü yurtdışından emekli olduğunu, %4'ü mevsimlik çalışan olduğunu belirtmiştir. %4'ü ise çalışmak için yaşlı olduğunu söylemiştir.

Ev hanımı olan kadınlardan dördü çocuklarına baktıkları için çalışmayı düşünmediklerini belirtmişlerdir. Kadınların, annelik veya toplumun kendilerine yüklediği bakım hizmeti ve eş rollerinden dolayı işgücü piyasasına girişleri zor hale gelmektedir(Kumaş ve Çağlar, 2011: 261).

Tablo 21. İş Aramama Diğer Nedenler

Yatan	Diğer Nedenler	Nişanlı	Askere Gidecek	Çocuk	Toplam	
ücretli hasta	Kişi Sayısı	1	1	1	3	
	Yüzde	33	33	33	100	
İcra takibine uğrayan hasta	Diğer Nedenler	Ceza evinden yeni çıktı	Toplam			
	Kişi Sayısı	1	1			
	Yüzde	100	100			
TOPLAM	Diğer Nedenler	Nişanlı	Askere Gidecek	Çocuk	Ceza evinden yeni çıktı	Toplam
	Kişi Sayısı	1	1	1	1	4
	Yüzde	25	25	25	25	100

İş aramama nedenlerinden diğer cevabını veren Yatan ücretli hastalar, nişanlı oldukları için, askere gidecekleri için iş aramadıklarını ifade etmişlerdir. Bir kişi ise çocuk olup ve çalışma çağında değildir. İcra takibine düşen hastalardan İş aramama diğer neden olan bir kişi ceza evinden yeni çıktım cevabını vermiştir. İş aramama nedenlerinden diğer cevabını veren toplam hastalar nedenlerini nişanlı, askere gideceği için, Kamu Personeli Seçme Sınavı (KPSS) atamalarını bekledikleri için ve de çocuk hasta olduğundan dolayıdır.

Tablo 22. İşteki Çalışma Durumu

Yatan Ücretli ücretli hasta	İşteki Çalışma Durumu	Kendi Hesabına	Yevmiyeli	Toplam		
	Kişi Sayısı	7	5	12		
	Yüzde	58	42	100		
İcra takibine uğrayan hasta	İşteki Çalışma Durumu	Düzenli Ücretli	Kendi Hesabına	Yevmiyeli	Ücretsiz aile işçisi	Toplam
	Kişi Sayısı	4	5	7	1	17
	Yüzde	24	29	41	6	100
TOPLAM	İşteki Çalışma Durumu	Düzenli Ücretli	Kendi Hesabına	Yevmiyeli	Ücretsiz aile işçisi	Toplam
	Kişi Sayısı	4	12	12	1	29
	Yüzde	14	41	41	3	100

Son 1 ay içinde bir saat bile olsa ücret veya kar elde etmek için çalışan Yatan ücretli hastaların %58'i kendi hesabına çalıştığını %42'si yevmiyeli olarak çalıştığını belirtmiştir. Son 1 ay içinde bir saat bile olsa ücret veya kar elde etmek için çalışan İcra takibine uğrayan hastaların %41'i yevmiyeli, %29'u kendi hesabına, %24'ü düzenli ücretli ve %6'sı ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır.

Son 1 ay içinde bir saat bile olsa ücret veya kâr elde etmek için çalışan toplamdaki hastaların %41'i yevmiyeli, %41'i kendi hesabına, %14'ü düzenli ücretli, %3 ise ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır.

Eğreti çalışma biçimleri olan, kendi hesabına ve yevmiyeli çalışma sağlık güvencesizliğini de beraberinde getirmektedir.

Tablo 23. Sosyal Güvenlik Kuruma Herhangi bir Kayıt Durumu

Yatan ücretli hasta		
Kuruma kayıt durumu	Kişi sayısı	Yüzde
Yok	13	43
SSK çalıştığı dönemlerde ya da yeni işe giriş (4a)	6	20
BAĞ-KUR	10	33
Yurtdışı emekli	1	3
Toplam	30	100
İcra takibine uğrayan hasta		
Kuruma kayıt durumu	Kişi sayısı	Yüzde
Yok	16	53
SSK çalıştığı dönemlerde ya da yeni işten çıkış (kendisinin ya da eşinin) (4a)	1	3
BAĞ-KUR	13	43
Toplam	30	100
TOPLAM		
Kuruma kayıt durumu	Kişi sayısı	Yüzde
Yok	29	48
SSK çalıştığı dönemlerde ya da yeni işe giriş/ yeni işten çıkış (kendisinin ya da eşinin) (4a)	7	12
BAĞ-KUR	23	38
Yurtdışı emekli	1	2
Toplam	60	100

Görüşmeye katılan Yatan ücretli hastaların %43'ü SGK'ya kaydının olmadığını,, %33'ü kendisinin ya da eşinin BAĞ-KUR (yeni sistemde 4b) kaydının olduğunu, %20 'si çalıştığı dönemlerde kendisinin ya da eşinin SSK (yeni sistemde 4a) kaydının olduğunu, halen güvencelerinin olmadığını, %3'ünün ise yurtdışı emeklisi olduğu tespit edilmiştir.

Görüşmeye katılan İcra takibine uğrayan hastaların %53'ünün SGK'ya kaydının olmadığı, %43'ünün kendisinin ya da eşinin BAĞ-KUR kaydı olduğu, %3'ünün çalıştığı dönemlerde kendisinin ya da eşinin SSK kaydının olduğu saptanmıştır.

Toplamda görüşülen hastaların %48'inin SGK kaydı yoktur. Yüzde 38'inin kendisinin ya da eşinin BAĞ-KUR (4b) kaydı olduğunu, %12'sinin çalıştığı dönemlerde

kendisinin ya da eşinin SSK (4a) kaydının olduğunu, %2'sinin ise yurtdışı emeklisi olduğu tespit edilmiştir. Kayıt dışı çalışmanın, GSS'den yararlanamamada en önemli etmenlerden biri olduğu görülmektedir. Fakir ve kayıt dışı çalışanları genel sağlık sigortası kapsamına almak bazı zorluklar içermektedir. Örneğin, Kosta Rika'da 2006 yılı itibariyle nüfusun %12,2'si sağlık sigortasından yoksundur. Bunlar devlet tarafından sigortalı sayılsalar bile, sosyal güvenlik kartlarının olmaması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde zorluk çekmektedirler (Saenz vd. 2010: 14). Türkiye'de de kayıt dışı istihdam, hem GSS'nin kapsamını daraltan, hem de sürdürülebilirliğini tehdit eden temel unsurlardan birisidir (Yenimahalleli, Yaşar, Uğurluoğlu, 2011: 293). Kayıtlı istihdamın artması hem GSS'nin kapsamını genişletecek hem de prim gelirlerini arttıracaktır.

Tablo 24. Çalışılan Sektör

Yatan ücretli hasta		
Sektör	Kişi sayısı	yüzde
Tarım/hayvancılık	5	42
İnşaat	2	17
Hizmetler	1	41
İcra takibine uğrayan hasta		
Sektör	Kişi sayısı	yüzde
Tarım/hayvancılık	3	18
İnşaat	2	12
Hizmetler	2	70
Toplam	16	100
TOPLAM		
Sektör	Kişi sayısı	yüzde
Tarım/hayvancılık	8	27
İnşaat	4	13
Hizmetler	3	60
Toplam	28	100

Yatan ücretli hastaların %42'si tarım hayvancılık, %17'si inşaat, %41'i hizmetler sektöründe çalışmaktadır. İcra takibine uğrayan hastaların %70'i hizmetler sektöründe, %18'i tarım/hayvancılık sektöründe, %12'si ise inşaat sektöründe çalışmaktadır. Toplam görüşülen hastaların %60'ı hizmetler sektöründe, %27'si tarım hayvancılık, %13'ü ise İnşaat sektöründe çalışmaktadır.

Tablo 25 Sağlık Güvencesini Karşılama Şekli

Yatan ücretli hasta	Sağlık güvencesini karşılama şekli	Cepten	Zorunlu Sigorta	Toplam	
	Kişi Sayısı	29	1	30	
	Yüzde	97	3	100	
İcra takibine uğrayan hasta	Sağlık güvencesini karşılama şekli	Cepten	Yeşil Kart	Toplam	
	Kişi Sayısı	25	5	30	
	Yüzde	83	17	100	
TOPLAM	Sağlık güvencesini karşılama şekli	Cepten	Zorunlu Sigorta	Yeşil Kart	Toplam
	Kişi Sayısı	54	1	5	60
	Yüzde	90	2	8	100

Yatan ücretli hastaların %97'si sağlık güvencesini cepten, %3'nün zorunlu sigortadan karşıladığı tespit edilmiştir. Zorunlu sigorta hastası ise öğretim üyesi tercihli hasta olduğu için kayıtlarda ücretli hasta olarak görülmektedir.

İcra takibine uğrayan hastalardan %83'ü sağlık güvencesini cepten, %17 ise Yeşil Karttan karşılamaktadır. Yeşil Kart hastaları hastaneye sevk almadan geldiği için ya da Yeşil Kart vize tarihlerinin geçtiği için ücretli hasta olarak tedavi görmüşlerdir.

Görüşülen toplamdaki hastaların %90'u sağlık güvencesini cepten, %8'i Yeşil Karttan, %1'i ise zorunlu sigortadan karşılamaktadırlar.

Tablo 26. Yeşil Karta Başvurmama Nedeni

	Yeşil karta başvurmama nedenleri	Kişi Sayısı	Yüzde
Yatan ücretli hasta	Düşünüyorlar	6	21
	Yeni Başvurdu	3	10
	İşten yeni ayrıldı	1	3
	Yurtdışı emekli	1	3
	BAĞ-KUR Prim Borçlusu	9	31
	Bürokratik İşlem zorluğu	1	3
	Üzerlerine kayıtlı mal var	6	21
	KOSGEB'den yardım almak için sigorta aktifliği durdurma	1	3
	İhtiyacımız olmadı	1	3
	Toplam	29	100
	İcra takibine uğrayan hasta	Yeşil karta başvurmama Nedenleri	Kişi Sayısı
Zoruma gidiyor		2	8
Düşünüyorlar		1	4
Yeni Başvurdu		1	4
İşten yeni ayrıldı		2	8
Üzerlerine kayıtlı mal var		3	12
BAĞ-KUR Borçlusu		13	52
Bürokratik İşlem zorluğu		3	12
Toplam		25	100
TOPLAM		Yeşil karta başvurmama nedenleri	Kişi Sayısı
	Zoruma gidiyor	2	3
	Düşünüyorlar	7	13
	Yeni Başvurdu	4	7
	İşten yeni ayrıldı	3	6
	Yurtdışı emekli	1	2
	BAĞ-KUR Borçlusu	22	41
	Bürokratik İşlem zorluğu	4	7
	Üzerlerine kayıtlı mal var	9	17
	KOSGEB'den yardım almak için sigorta aktifliği durdurma	1	2
	İhtiyacımız olmadı	1	2
	Toplam	54	100

Yatan ücretli hastalar Yeşil Karta başvurmamalarını çeşitli nedenlere bağlamaktadırlar. Belirtilen grubun %31'i BAĞ-KUR prim borçlusu olduğunu, %21'i üzerinde taşınmaz mal kayıtlı olduğu için Yeşil Karta başvurmadığını, %21'i başvurmayı düşündüğünü, %10'u Yeşil Karta yeni başvurduğunu ifade etmiştir. Söz konusu hastaların %3'ü Yeşil Karta ihtiyaç duymadığını, %3'ü yurtdışı emekli, %3 'u

bürokratik işlemlerin zorluğundan dolayı,%3'ü işten yeni ayrıldığından, %3'ü KOSGEB'den yardım alabilmek aktif sigortalılığını durdurdukları için Yeşil Kart'a başvuramadıklarını ifade etmişlerdir.

İcra takibine uğrayan hastaların sağlık güvenceleri yoksa neden Yeşil Kart'a başvurmadıkları sorusuna %52'sinin BAĞ-KUR prim borçlusu olduğu için başvurmadığı, %12'si bürokratik işlem zorluğundan, %12'si üzerinde taşınmaz mal kayıtlı olduğu için, %8'i Yeşil Kart'a başvurmanın zoruna gittiğini, %8'i işten yeni ayrıldığını, %4 'ü yeni başvurduğunu ve %8 'i ise başvurmayı düşündüğü cevaplarını vermişlerdir.

Toplam görüşülen hastalar, sağlık güvenceleri yoksa neden Yeşil Karta başvurmadıkları sorusuna %41'i BAĞ-KUR prim borçlusu olduğu için başvurmadığı, %17'si üzerinde taşınmaz mal kayıtlı olduğu için, %13'ü başvurmayı düşündüğünü, %7'si yeni başvurduğunu, %7'si bürokratik işlem zorluğundan dolayı, %6 'sı işten yeni ayrıldığını, %3'ü zoruna gittiğini diğer bir ifade ile damgalanma korkusundan dolayı, %2'si da KOSGEB'den yardım alabilmek için aktif sigortalılığını durdurduğunu, %2 'si Yeşil Kart'a ihtiyacı olmadığını ve %2'si ise Yurtdışı emeklisi yanıtlarını vermişlerdir.

Tablo 27. Genel Sağlık Sigortası Hakkında Bilgi Durumu

Yatan ücretli hasta	GSS bilgi Durumu	Yok	Kısmen Biliyor	Toplam
	Kişi Sayısı	28	2	30
	Yüzde	93	7	100
İcra takibine uğrayan hasta	GSS bilgi Durumu	Yok	Kısmen Biliyor	Toplam
	Kişi Sayısı	28	2	30
	Yüzde	93	7	100
TOPLAM	GSS bilgi Durumu	Yok	Kısmen Biliyor	Toplam
	Kişi Sayısı	56	4	60
	Yüzde	93	7	100

Yatan ücretli hastaların %93'ü GSS hakkında bilgisi olmadığını, %7'si ise GSS'yi kısmen bildiğini ifade etmiştir. İcra takibine uğrayan hastaların %93'ünün GSS hakkında bilgisi yoktur. Yüzde 7'si ise kısmen bildiğini ifade etmiştir. Toplam görüşülen hastaların %93 GSS hakkında bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir. %7'si kısmen bilmektedir.

Sendika yetkililerinin, Türk sağlık sistemi bünyesinde son dönemde gerçekleştirilen Sosyal Güvenlik Reformu ve özellikle bu reform kapsamında uygulamaya başlanan GSS uygulamalarına yönelik bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, Sendika yetkililerinin GSS uygulamalarına yönelik bilgi düzeylerinin istatistikî derecelendirmede ortalamanın altında olup, çok az bilgi ve yeterince bilgi derecesi olan grupta olduğu saptanmaktadır. Bünyesinde barındırdığı milyonlarca üyeyi ilgilendiren GSS uygulamaları hakkında sendika yetkililerinin daha kapsamlı bilgi sahibi olması beklenirken, sendika yetkilileri GSS uygulamaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı söylenebilir (Budak ve Özer, 2012: 58). Araştırmaların yapıldığı tarihlerde GSS'nin yürürlüğe girişinden itibaren iki yıldan fazla süre geçmesine rağmen, halen sistem hakkında bilgi sahibi olan oranının düşüklüğü, konu ile ilgili kamuoyunun yeterince bilgilendirilmemesine bağlanabilir.

Tablo 28. Hasta Olduğunda İlk Başvurulan Sağlık Tesisi

Yatan ücretli hasta		
Sağlık Tesisi	Kişi Sayısı	Yüzde
Doktora Gitmem, ağrı kesici kullanırım	1	3
Sağlık ocağı/aile hekimi	12	40
Devlet hastanesi	10	33
Aile hekimi ya da acil	1	3
Aile Hekimi ya da Devlet hastanesi	5	17
Özel	1	3
Toplam	30	100
İcra takibine uğrayan hasta		
Sağlık Tesisi	Kişi Sayısı	Yüzde
Doktora Gitmem, ağrı kesici kullanırım	1	3
Sağlık ocağı/aile hekimi	17	57
Devlet hastanesi	11	37
Aile hekimi ya da acil	1	3
Toplam	30	100
TOPLAM		
Sağlık Tesisi	Kişi Sayısı	Yüzde
Doktora Gitmem, ağrı kesici kullanırım	2	3
Sağlık ocağı/aile hekimi	29	48
Devlet hastanesi	21	35
Aile hekimi ya da acil	2	3
Aile Hekimi ya da Devlet hastanesi	5	8
Özel	1	2
Toplam	60	100

Yatan ücretli hastalar, hasta olduklarında ilk başvurdukları sağlık tesisi hangisidir sorusuna, %40'ı sağlık ocağı/aile hekimi, %33 oranında devlet hastanesi, %17 aile hekimi ya da devlet hastanesi, %3 oranında ise acil yada aile hekimi cevabını vermiştir. Söz konusu hastaların %3'ü doktora genelde gitmediğini ağrı kesici kullandığını ve %3 de özel muayenehaneye gittiklerini belirtmişlerdir. İcra takibine uğrayan hastalar, hasta olduklarında ilk başvurdukları sağlık tesisi hangisidir sorusuna, %57'si sağlık ocağı/aile hekimi, %37'si devlet hastanesi, %3'ü acil servise ya da aile hekimine ve %3'ü doktora genelde gitmediğini ağrı kesici kullandığı yanıtlarını vermişlerdir. Toplamda görüşülen hastalara, hasta olduklarında ilk başvurdukları sağlık tesisi hangisi sorusuna %48'i sağlık ocağı/aile hekimi, %35'i devlet hastanesi, %8'i aile hekimi ya da devlet hastanesi, %3'ü acil servise ya da aile hekimine ve %3'ü de doktora

genelde gitmediğini ağı kesici kullandığını, %2'si ise özele gittiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 29. Genel Sağlık Sigortası Primi Ödememe Nedeni

Yatan ücretli hasta	Prim Ödememe Nedeni	Kişi Sayısı	Yüzde
	Bilmiyor	22	73
	Bilmiyor ama bundan sonra ödemek istiyor	4	13
	İşten yeni ayrıldım	1	3
	Eşim sigortası var	1	3
	Bilmiyor eğer Yeşil Kart alamazsa ödeyecek	1	3
	Para yok	1	3
	Toplam	30	100
İcra takibine uğrayan hasta	Prim Ödememe Nedeni	Kişi Sayısı	Yüzde
	Bilmiyor	28	93
	İşten yeni ayrıldım	1	3
	Para yok	1	3
	Toplam	30	99
TOPLAM	Prim Ödememe Nedeni	Kişi Sayısı	Yüzde
	Bilmiyor	50	83
	Bilmiyor ama bundan sonra ödemek istiyor	4	7
	İşten yeni ayrıldım	2	3
	Eşinin sigortası var	1	2
	Para yok	2	3
	Bilmiyor eğer Yeşil Kart alamazsa ödeyecek	1	2
	Toplam	60	100

Yatan ücretli hastaların %73'ü GSS primini bilmediğini, %13'ü GSS primini bilmediğini ama bundan sonra ödemeyi düşündüğünü, %3'ü ise işten yeni ayrıldıklarını, %3'ü eşinin sigortası olduğunu, %3'ü ise GSS'yi bilmediğini, ancak Yeşil Kart alamazsa prim ödeyeceğini, %3'ü ise GSS primi ödeyecek maddi güçlerinin olmadığını ve bu nedenlerle GSS primi ödemedikleri cevaplarını vermişlerdir.

İcra takibine uğrayan hastaların %83'ü GSS primini bilmediğini, %3'ü işten yeni ayrıldığını, %3'ü GSS primi ödeyecek paralarının olmadığı için GSS primi ödemedikleri cevaplarını vermişlerdir.

Toplam görüşülen hastaların %83 'ü GSS primini bilmediğini, %7'si GSS primini bilmiyor ama bundan sonra ödemeyi düşündüğünü, %3'ü işten yeni ayrıldıklarını, %3'ü GSS primi ödeyecek paralarının olmadığı, %2'si eşinin sigortası olduğunu, %2'si GSS'yi bilmediğini, ancak Yeşil Kart alamazsa prim ödeyeceğini

belirtmişlerdir. Ayrıca Hasta28 bu soruya: “GSS primi eğer 30 TL olsa öderim ama daha fazla olursa onun yerine sigorta primimi öderim” şeklinde cevap vermiştir.

Tablo 30. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

	Ödeme Tutarı (TL)	Kişi Sayısı	Yüzde
Yatan ücretli hasta	Fatura Çıkmadı Henüz	17	57
	Acilde 46 (TL)	1	3
	155-200	4	13
	Şimdilik 100-559 (TL)	4	13
	600-1300 (TL)	2	7
	Bilmiyorum çocuklarım ödüyor	1	3
	Hiç ödeme yapmadı trafik sigortası yapacak	1	3
	Toplam	30	100
	İcra takibine uğrayan hasta	Ödeme Tutarı (TL)	Kişi Sayısı
Hiç Ödeme yapmadı senet imzalayıp çıktı		23	77
Bir kısmını ödeyip geri kalanına senet imzaladı		7	23
Toplam		30	100
TOPLAM	Ödeme Tutarı (TL)	Kişi Sayısı	Yüzde
	Fatura Çıkmadı Henüz	21	35
	Acilde 46 (TL)	1	2
	Şimdilik 100-559 (TL)	6	10
	600-1300 (TL)	2	4
	Hiç Ödeme yapmadı senet imzalayıp çıktı	23	38
	Bir kısmını ödeyip geri kalanına senet imzaladı	7	12
	Toplam	60	100

Yatan ücretli hastalara sağlık harcamalarına cepten ne kadar ödeme yaptıkları sorusuna %57’si henüz daha faturanın çıkmadığını, %13’ü 155-200 TL, %13’ü şimdilik 100-559 TL, %7’si 600-1300 TL, %3’ü bilmiyorum çocuklarım ödüyor, %3’ü hiç ödeme yapmadım trafik sigortası ödeyecek, %3’ü acilde 46 TL ödedim cevaplarını vermişlerdir.

İcra takibine uğrayan hastalara sağlık harcamalarına cepten ne kadar ödeme yaptıkları sorusuna, %77’si hiç ödeme yapmayıp senet imzalayıp çıktığını, %23 ‘si bir kısmını ödeyip geri kalanı için senet imzaladığını ifade etmiştir.

Toplamda bakıldığında katılımcıların şüana kadar sağlık harcamalarına cepten ne kadar ödeme yaptıkları sorusuna %38’i hiç ödeme yapmayıp senet imzalayıp çıktığını, %35’i henüz daha faturanın çıkmadığını, %12’si bir kısmını ödeyip geri kalanı

için senet imzaladığını, %10'u 100-300 (TL) ödediğini, %4'ü 600-1300 TL ödeme yaptığını,%2 ise acildeki tedavisi sonucunda 46 TL ödediğini ifade etmiştir.

Tablo 31. Sağlık Harcamalarını Karşılama Şekli

Yatan ücretli hasta	Harcamaları Karşılama Şekli	Kişi Sayısı	Yüzde
	Eş-dosttan, aileden borç alarak	6	20
	Çocuklar ödüyor	1	3
	Peşin	7	23
	Taksitle ya da senet İmzalayarak ödemeyi düşünüyor	13	43
	Tüketici Kredisi Çekerek	1	3
	Hayvanını ya da tarlasını satarak	1	3
	Her çareye başvurur ederim	1	3
	Yeşil Karta başvurarak	1	3
	Toplam	30	100
İcra takibine uğrayan hasta	Harcamaları Karşılama Şekli	Kişi Sayısı	Yüzde
	Taksitle ya da Senet İmzalayarak	30	100
	Toplam	100	100
TOPLAM	Harcamaları Karşılama Şekli	Kişi Sayısı	Yüzde
	Yanıtlamadı	2	4
	Eş-dosttan, aileden borç alarak	9	15
	Çocuklar ödüyor	1	2
	Peşin	9	15
	Taksitle ya da senet imzalayarak	30	50
	Tüketici Kredisi Çekerek	1	2
	Hayvanını/ tarlasını satarak	1	2
	Bir kısmını peşin geri kalanı senet	7	11
	Toplam	60	100

Yatan ücretli hasta Katılımcılara sağlık harcamalarını karşılama şekli sorulduğunda %43'ü hastaneden çıkarken senet imzalayarak ya da taksitle ödemeyi %23'ü peşin ödemeyi, %20'si aileden, eşten dosttan borç almayı, planladığını ifade etmiştir. %12'si ise sağlık masraflarını çocuklarının ödeyeceğini, tüketici kredisi çektiklerini ya da hayvanlarını ve tarlalarını satacaklarını, ya da Yeşil Kart'a başvurarak ödeyeceklerini ifade etmişlerdir.

İcra takibine uğrayanlar sağlık harcamalarını karşılama şekli sorulduğunda %100'ü taksitle ödeyerek ya da senet imzalayarak ödemediğini cevabını vermişlerdir .

Toplamda katılımcılara bakıldığında sağlık harcamalarını nasıl karşılıyorsunuz ya da karşıladınız sorusuna %50'si taksitle ya da senet imzalayarak, %15'i peşin, %15'i eş-dost-aileden borç alarak,%11'bir kısmını peşin geri kalanını senet imzalayarak, %4'ü yanıtlamak istemediği cevaplarını vermişlerdir. %2'si ise çocuklarının ödediğini, %2'si tüketici kredisi çekerek geldiklerini, %2'si ise hayvanını /tarlasını satarak geldiklerini belirtmişlerdir.

Sosyal korumanın yetersiz olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde hastalığın getirdiği mali yüklerle baş etme stratejileri çeşitlidir. Hanelerin çok azı sağlık harcamalarını nakitlerini kullanarak karşılarken, bazıları gıda tüketimlerini azaltmaya, geçim kaynağı olan tarlalarını ve diğer mallarını satmaya yönelmektedir. Söz konusu ülkelerde, aileden ya da arkadaşlardan borç alma, gelirin çeşitlendirilmesi amacıyla normal çalışma dışındaki gelir getirici faaliyetlerde çalışma bunlardan bazılarıdır (McIntyre vd., 2006: 862). Katılımcılara yapılan görüşmeler sonucunda 5510 sayılı kanuna göre GSS kapsamında olup GSS'den yararlanamayanları genel başlık altında gruplandırarak katılımcıların verdiği ifadelerle aşağıda yer verilmiştir.

3.5.2. İşgücüne katılmayanlar ve İşsizler ve Aile içi Dayanışma

Sağlık güvenceleri olmayan ve hastane masraflarını kendileri karşılayanların bir bölümü ya işgücüne katılmamaktadır ya da işsizdir. Söz konusu kesimin bir kısmı geçmişte mevsimlik yevmiyeli işlerde sigortasız çalışmıştır ya da iş çıktıktan çalışmaktadır. Yüksek işsizlik oranları GSS'ye erişimi sınırlayan bir diğer sosyo-ekonomik faktördür (Yenimahalleli Yaşar ve Uğurluoğlu, 2011: 292). 2010 yılı itibariyle Türkiye'de işsizlerin %36'sinin sağlık güvencesinin olmadığı tahmin edilmektedir (Karadeniz, 2012/b:9). İşgücüne katılmama nedenleri arasında yaşlılık, engelli olma gibi nedenler de bulunmaktadır. Aşağıda işgücüne katılmayan ya da işsiz olan bazı hastaların ifadelerine yer verilmiştir:

Hasta 21: *Benim güvencem çocuklarım, hiç harçlıksız kalmam. Önceden hayvancılık, rençberlik yaptık, ırgat işletirdik ama yaşlandık artık. O dönemlerden de yok.*

Hasta 25: *Odun keserken elimi kestim, acilden giriş yaptık. Eşim bir ara belediyenin çöp işini yapıyordu, yeni yasaya göre emekli olabilir diyorlar, eşim engelli 10 senedir çalışmıyor.*

Ekonomik krizden dolayı işini kaybedenler de sağlık güvencelerini kendileri karşılamak zorunda kalmaktadır. Belirtilen durum işsizlik sigortasından sağlanan sağlık edimlerinin süre olarak yetersizliğine de işaret etmektedir.

Hastaların sağlık harcamalarını karşılarken ailelerinden, eş-dosttan borç aldıkları görülmüştür. Türkiye’de de geleneksel refah rejiminin merkezinde aile dayanışmasının olduğunun göstergesidir. Türkiye’nin ekonomik gelişme sürecinde, işsizlik sigortası veya iş güvencesini sağlayan formel yasaların yerine, akrabalık, hemşerilik, partilik iç içe geçtiği süreçlerin yardımıyla istihdam sağlandığı görülmektedir. Aile dayanışması modeli, Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin işleyişini de önemli biçimde belirlemektedir. Hiçbir formel güvenceye sahip olmayan ve risk durumlarında ancak aile dayanışması veya diğer kişisel dayanışma mekanizmaları yardımıyla ayakta kalabilen kesim mevcuttur (Buğra, 2001: 24-25).

Hasta 13: 10 sene sigortalı olarak çalışıyordum, krizden dolayı işten çıkartıldım. Kendime ait işyeri açmayı düşünüyorum. Allah verir herhalde, bir şekilde karşınız masrafları.

Hasta 27: Ben 1993-2007 yılına kadar sigortalı bir işte çalışıyordum. 2007’de krizden dolayı işten çıkardılar. Buldan’ın bir köyünde babamın bir evi vardı oraya taşındım işten çıkartılınca. Şimdi yevmiyeli olarak bağ bahçe işlerinde çalışıyorum. İş çıktıkça gidiyorum, 25-30 TL yevmiye alıyorum. Yeşil Kartın buradan çıkınca bile masrafları belli bir süre ödediğini duyduk. Hastaneye geldik buradan nasıl çıkacağız mecburen Yeşil Karta başvuracağız.

Hasta 20: Tekstil makineleri tamiri dükkânım vardı benim. Tekstil bitti bizde bittik. BAĞ-KURA prim borcum var. Şuana kadar baya bir cepten ödeme yaptım sağlığıma, ne kadar bilmiyorum. Annemden babamdan borç aldım.

Hasta 11’in Kız Kardeşi: Sağlık masraflarını borç harç öderiz. Hastalandıklarında ilaçları bazen benim karneme yazdırıyoruz.

Hasta 25: Hiç gelirimiz yok, görümcemler, ablamlardan borç alıyoruz. Ablam bize yardım ediver de çok fatura olmasın, henüz fatura çıkmadı.

Hasta 14’ün teyzesi: Çıkışta babası doktorlarla konuşacak ona göre ödeme yapacaklar, dört beş bin önemli değil öderler, babası varlıklı.

Hasta 4'ün annesi: *Kanunlarımız var çok güzel ama polikliniklere girince değişiyor. Ben memur emeklisiyim, eşim de emekli, hastane masraflarımızı emekli maaşımızla karşılamamız mümkün değildi. Bu yüzden oğlumuzun hastane masraflarını ödemek için tüketici kredisi çekerek geldik.*

Hasta 22: *Faturayı hastane nasıl derse öyle öderim, çalıştığım yerden borç alırım, taksitlendirme yaparak öderim.*

3.5.3. Prim Borcu Olan Bağımsız Çalışanlar ve Eşine Bağımlı Ev Hanımları

Araştırmamızda GSS'den yararlanamayanların %32'sinin BAĞ-KUR prim borçlusu olduğu tespit edilmiştir. Kişilerin BAĞ-KUR borçlarından dolayı sadece kendileri değil aileleri de sağlık hizmetine ulaşamamaktadır. Prim borçları sağlık hizmetine ulaşmada önemli bir sorun alanıdır (Karadeniz, 2012/b, Yenimahalleli Yaşar, Uğurluoğlu, 2011). SGK 2011 yılı Aralık Ayı verilerine göre esnaf ve sanatkârın yaklaşık %35'i, çiftçilerin ise %25'i primlerini düzenli ödemektedir (Karadeniz, 2012/b: 6) BAĞ-KUR'da düzenli prim ödeyenlerin, kuruma borcu olmayanların çok düşük oranda olması kısmen denetimlerin yetersizliğinden, kısmen de ekonomik olarak güçlü olmayan işletmelerin üzerine idarenin fazla gitmeme eğiliminden kaynaklanabilir (Özşuca Türcan ve Toksöz, 2003: 147).

Prim borcu olduğu için sağlık hakkını kaybeden sigortalının, ailesi de sağlık yardımı alamamaktaydı. 5510 sayılı Kanuna göre prim borçlusu BAĞ-KUR sigortalısının eşi, GSS sigortalısı olabilmekte ve gelir durumuna göre prim ödeyerek yararlanabilmektedir (Şakar, 2012: 28). Yine prim borçlarının taksitlendirilmesi ve taksitlerin düzenli ödenmesi halinde de prim borçlusu bağımsız çalışanlar hizmetten yararlanabilmektedir (5510 sayılı Kanun m. 67). BAĞ-KUR prim borçlusu olup Yeşil Karta başvuranların bir bölümü ise, Yeşil Kart alamamaktadır.

Hasta 19: *Önceden çiftçilik yapıyordum ama ondan da para kazanamaz oldum. Şuan işsizim. Çiftçi BAĞ-KUR'um var ama dört-beş bin prim borcum var. Hemşireler masraf ağır Yeşil Karta başvurun dedi, Yeşil Karta başvuracağız yarın.*

Hasta 20: *Tekstil makineleri tamiri dükkânım vardı benim. Tekstil bitti, biz de bittik. BAĞ-KUR'a prim borcum var.*

Hasta11: *Üç yıl boyunca bir firmada çalıştım fakat firma sigortamı yapmadı, şuan işsizim. Çivril'e iş aramak için geldim ama kalp krizi geçirdim buradayım. Önceden esnaf BAĞ-KURUM vardı, 93 yılından beri esnaf BAĞ-KURUM var ama 25.000 prim borcum var. Affı bekliyorum. 300-500 gibi bir masraf çıkarsa problem değil ödeyeceğiz ama yüklü miktar çıkarsa senet yapıp çıkmayı düşünüyorum. Daha önce pek hastalanmadım en fazla 30-40 TL olunca cepten ödüyordum. Çocuklar ise 18 yaş altı kayıt yaptırarak o şekilde yararlanıyorlar.*

Hasta 16: *Odun kırarken gözüne kıymık gitti. Şu ana kadar hiç hastaneye gitmedim, 32 yaşındayım, ayakta geçiriyordum, doğumda gittim tek. Ödemeyi nasıl yaparız bilmiyorum eşim gelsin belli olacak. Eşim çiftçi, üzümçülük yaparız, hiçbir güvencemiz yok.*

Hasta 35: *Kahvem vardı, işler iyi gitmedi, kapattım. Şuan çalışmıyorum, eşim evlere temizliğe gidiyor. Ortalama gelirimiz yok. BAĞ-KUR prim borcum vardı tedavi olduğum dönemde. Para ödemedem çıktım hastaneden, borcum 540 TL 'ydi şuan 900 TL olmuş.*

Hasta 47: *Ev hanımıyım ben ablam, eşim kahvede yevmiyeli çalışıyor, eşim cezaevinden yeni çıktı. Sigortasız olduğumuz için başımıza neler geldi hastanede, Yeşil Karta başvurduk vermiyorlar. Hastaneye 250 TL ödedim, ablam yeni aylık almıştı ondan borç aldım. Geriye 250 TL kaldı, icrayla birlikte 450 TL olmuş.*

3.5.4. Atipik Çalışanlar ve Yeni İşe Girenler

Atipik çalışma, tipik düzenli ücretli çalışmanın dışındaki çalışmaları ifade eder. Atipik çalışma içerisinde kendi hesabına çalışmayı, yevmiyeli, gündelik mevsimlik ya da geçici çalışmayı, ücretsiz aile işçiliğini ve kısmi süreli çalışmayı da barındırır (Karadeniz, 2011). Türkiye'de atipik çalışanların büyük bir bölümü yoksuldur ve sosyal güvencesizdir (Karadeniz, 2011). Tarım sosyal güvencesizliğin en yüksek olduğu sektördür. Tarımda kendi hesabına ya da yevmiyeli çalışanlar yoksuldur. Diğer yandan sosyal sigorta sistemi özellikle düşük gelirli çiftçileri ve yevmiyeli çalışanları zorunlu sigortanın dışında bırakmıştır (Karadeniz, 2006; 2011; 2012/b). Yaşlılık ya da diğer sosyal riskler için prim ödeyemeyen kişiler, eğer Yeşil Kart için (yeni adıyla yoksulların GSS primlerin devlet tarafından karşılanması gerekli gelir testini geçemezler ise sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. 5510 sayılı Kanuna göre, mevsimlik işlerde

ücretli çalışma halinde sigortalılık zorunludur. Ancak özellikle turizm sektöründe kayıt dışı çalışma yaygındır. Diğer yandan kişiler daha fazla ücret alabilmek için kayıt dışı çalışmayı da kabul etmektedir. Atipik çalışma şekillerinden biri olan kısmi süreli iş sözleşmesi (part-time) göre çalışanlara 5510 sayılı Kanuna göre, düzenleme getirilmiştir ve bu kişiler isterlerse, zorunlu sigortalı olarak bildirdikleri gün sayısı dışında eksik günlerinin sosyal sigorta ve GSS primlerini isteğe bağlı sigorta primi ödemek suretiyle de 30 tamamlayabileceklerdir (Şakar, 2012: 28).

Hasta 22: *Mevsimlik çalışırım ben, turizm işiyle uğraşıyorum. Siz daha iyi bilirsiniz mevsimlik çalışanların durumunu. Sigorta yaparlar ama tam yapmazlar. Giriş çıkış yaparlar her sene ya da sigorta yapmak yerine daha fazla ücret verirler biz de kabul ederiz, mecbursun sonuçta.*

Hasta 7'nin ablası: *Aslında kardeşim Antalya'da sürücü kursunda çalışıyordu, 2 ay kadar sigortası olması gerekirken sigortasını tam yatırmamışlar. Buraya gelince öğrendik.*

Hasta 23: *Öğrenciyim, part-time satış danışmanlığı yapıyorum sigortam ödeniyor ama işe gireli 1 ay olmadı. Girişte 100 TL ödedim hastaneye, avans parası mı ne varmış, avans parası diye aldılar.*

Hasta 40: *Kısmi zamanlı olarak çalışıyorum. Yeşil Karta başvurmadım o kadar ihtiyacı olan varken bana gerek yok diye düşünüyorum.*

Hasta 3'ün Eniştesi: *Hastalık için cepten şimdilik 250 TL ödedik, çiftçi kendisi. Tarlası falan da yok icar ekiyorlar, yazın çalıştıklarını kışın yiyorlar. Buraya gelirken evde danası vardı onu satıp da geldik, yoksa mümkün değil ödeyemez, zaten yıllık toptasan 2000-3000 TL gelirleri anca var. Evleri de kira.*

3.5.5. Yeşil Kart Alamayanlar ve Yeşil Kartlı Olup Sistemden Yararlanamayanlar (Üzerinde mal varlığı olup Yeşil Kart alamayanlar, bürokrasi, damgalanma korkusu, Yeşil Kartı olup vizesi geçenler, sevksiz gelenler)

Araştırmamızda cepten ödeme yapan bir diğer grubun Yeşil Kart alamayan ya da Yeşil Kartı olup sistemden yararlanamayanlar yer almaktadır. Yeşil Kart alımını düzenleyen Kanuna göre, bireyler yaşadıkları hanede kişi başına düşen gelirin asgari

ücretin 1/3'ünden az olduğu durumlarda ve herhangi bir sosyal güvence kapsamında yer almıyorsa Yeşil Kart almaya hak kazanmaktadır. Fakat enformel sektörün böyle yaygın olduğu bir ülkede kesin gelirin hesaplarının imkansız olmasından dolayı Yeşil Kart alımlarında uygulanan birçok kuralın yerel birimler tarafından belirlenmesine neden olmaktadır. Ayrıca herhangi sosyal güvenceye kapsamında yer almamalarına rağmen örneğin ev sahibi olmaları ya da düzensiz de olsa bir gelirleri olduğu için yeterince yoksul görünmeyen kişilerin Yeşil Kart almaya hak kazanamadıklarından dolayı sistem dışarısında kalmaktadır (Üstündağ ve Yoltar, 2007: 74).

Hasta 15'in Oğlu: *Yeşil Karta başvurduk, bir hafta içinde çıkacağını söylediler. Aile büyüklerinin tavsiyesi ile başvurduk. Aylık gelir diye bir şeyimiz yok, yaz aylarında çalışırız, tütün, domates vs. ondan 500-600 TL anca kalır.*

Hasta 17: *Yeşil Karta başvurduğum. Fethiye'de gecekonduda gibi bir evde yaşıyorum, tapu falan yok. Yeşil Kart sözü verilmiş bize, üzerimde araba var onu devredeceğim bir şekilde hallolacak. Ama olmazsa her çareye başvuracağız, çaresiz insan ne yapar her şeye başvurur.*

Hasta 41: *Ben ev hanımıyım, eşimin tamirci dükkânı var, BAĞ-KUR prim borçlusuyum. Yeşil Karta başvurduk ama maliyeye kaydımız var diye vermediler. 2010'da hamilelikten dolayı gelmiştik, tedavi masrafları çok olur diye kendi isteğimle çıktım hastaneden. Hastaneden çıkarken taahhüt imzalayıp çıktık.*

Hasta 47: *Ben Ev hanımıyım. Eşim kahvede yevmiyeli çalışıyor, eşim cezaevinden yeni çıktı. Sigortasız olduğumuz için başımıza neler geldi hastanede, Yeşil Karta başvurduk vermiyorlar. Hastaneye 250 TL ödedim, ablam yeni aylık almıştı ondan borç aldım. Geriye 250 TL kaldı, icrayla birlikte 450 TL olmuş.*

Hasta 16'nın Ablası: *Yeşil Karta başvursalar olacak yavrularım, çok kötü durumları bunların, ihtiyaçları var. Aslında köyde devamlı durumu olmayanlar çıkartıyorlar başvursalar olacak.*

Araştırmada damgalanma korkusundan dolayı ve bürokratik işlemlerle uğraşmak istemedikleri için Yeşil Karta başvurmayan bireylere de rastlanmıştır. Bürokrasi ya da bürokratik gerekliliklerin yarattığı engellerden dolayı yapılan şikâyetler genel olarak kişilerin verilen hizmetlere hakları olduğunu ispatlamak için geçtikleri kanuni süreçler

ve kanuni işlemlerin arkasından hizmetlere ulaşıncaya kadar yapmaları gerekenlerle ilgilidir ve çile ve yük olarak görülmektedir (Üstündağ ve Yoltar, 2007: 62).

Hasta 5'in Eşi: *Biz Yeşil Kart istemiyoruz, genel sağlık sigortası nasıl yatırılıyorsa onu yatıralım, kendi çabalarımızla olsun istiyoruz.*

Hasta 5: *Yeşil Kart işlemleri çok uzun, git gel işlemler uğraşmak istemedim.*

Hasta 36: *Şuan düzenli ücretli olarak mermerde çalışıyorum. Trafik kazası geçirmiştım. Tedavi olduğum dönemde sigortam yoktu. Yeşil Karta da başvurmadım, Yeşil Kart için uğraşmak istemedim.*

Hasta 37: *Ben inşaat işçisiyim, iş buldukça giderim. Yeşil Karta müracaat işlemleri ile uğraşmak istemedim. Hiç ödeme yapmadan çıkıp gittim hastaneden.*

Hasta 45: *Muhasebeciyim. Tedavi olduğum dönemde BAĞ-KUR prim borçlusuydum. Şuan Torba yasaya göre BAĞ-KUR borçlarımı taksitlendirip kendimi de başka muhasebecinin yanında çalışıyor gösterip 4a'ya geçtim artık. Yeşil Karta başvurmak yakışık almaz, ayıp olur şanımıza yakışmaz zaten sigortam da var.*

Hasta 38: *Ben ev hanımıyım, eşim şimdi pazarcılık yapıyor. Eşim tedavi döneminde işten yeni ayrılmıştı. Nasılsa yeni iş bulurum diye Yeşil Karta başvurmadık.*

Araştırmada Yeşil Kartı olup vizesi geçtiği için ya da sevksiz olarak hastaneye başvurdukları için sistemden yararlanamayanlar da tespit edilmiştir.

Hasta 9'un Eşi: *Şiddetli ağrı ile 1 hafta önce acile başvurduk. Bir hafta önce gelmemiz gerekiyordu ama güvencemiz olmayınca gelmedik, masrafları ödeyemedik çünkü. Bugün Yeşil Kartınız çıktı deyince hastaneye hemen geldik ama sevksiz geldik.*

Hasta 28: *Benim Yeşil Kartım var, beş yıldır falan Yeşil Kartım var. Sevksiz geldim buraya bugün, sevkle uğraşmak istemedim. Şuan bir un değirmeninde aylık 600 TL'ye çalışıyorum ama sigortasız çalışıyorum zaten küçük bir yer.*

Hasta 48: *İnşaat, şoförlük yevmiyeli olarak ne iş bulursam çalışıyorum. 1992'den beri Yeşil Kartım var, vizesi geçti yaptıramadım.*

Hasta 60: *Şoförlük yapıyorum, yevmiye alıyorum. Yeşil Kartım var, sevksiz geldim. 210 TL borç çıktı senet imzalayıp çıktım.*

3.5.6. Genel Sağlık Sigortası Hakkında Bilgi Sahibi Olmayanlar (18 Yaş altı olup SGK'ya kayıt yaptırmayanlar)

Araştırmada bireylerin %93'ünün GSS hakkında bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir ve bundan dolayı sistem dışında kaldıkları saptanmıştır. Özellikle 18 yaş altı olup ebeveynlerinin bilgi yetersizliğinden dolayı SGK kaydı yapılmayan çocukların ücretli hasta olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabildikleri tespit edilmiştir. Oysa ki 5510 sayılı Kanunla 18 yaş altı çocukların anne babası prim borçlusu olsun ya da anne babasının hiçbir güvencesi olmasa bile sağlık hizmetlerini kapsamında olup devlet tarafından karşılanmaktadır.

Hasta 2'nin annesi: *Eşim kafe işletiyor, ben de ona yardım ediyorum. Eşim BAĞ-KUR'lu ama prim borcu var. Evimiz kira, dört çocuğumuz var. Elektrik, su, çocukların okul masrafları derken bir şey kalmıyor elimize. Şimdiye kadar sağlık harcamalarını cepten ödedik. Yeşil Karta başvurduk ama vermediler. Eşim televizyondan duydu devlet 18 yaşa kadar çocuklara bakacak diye prim ödemedik. Onda da kayıt şartı varmış yeni öğrendik. Üniversite hastanesini biz bilmiyorduk, özel diye düşündük, yine cepten öderiz bir gün kalırız diye düşündük. Baktık masraflar çok biz kalamayız, ne yapacağız dedik? Hemşireler ve hastaneden bilgilendirdiler eşim kuruma çocuğu kayıt yaptırmaya gitti. Bugün af çıkacak çıkarsa artık primlerimizi ödeyeceğiz.*

Araştırmamızda bireylerin GSS hakkında özellikle acilden başvurularla ilgili bilgilerinde yanlış anlaşılmanın olduğu gözlenmiştir. Bireyler acilden giriş yaparak alınan tedavilerin ücretsiz anlayışıyla yola çıkarak acilden giriş yapmaktadırlar.

Hasta 5: *Hani devlet acil vakalar ücretsiz yararlanacak diyordu, o şekilde geldik. Ama korkuyoruz yararlanılmıyormuş cepten ödeyeceğiz ama nerden ödeyeceğiz bilmiyoruz. Evde inşaat yaparken ayak parmaklarım kesildi. Acil vaka değil mi bu öyle geldik. Rehin alırlarsa alsınlar, Sağlık Bakanlığına kadar ararız gücümüz yok deriz. Devlet hadi git gir derse girerim hapisaneye yapacak bir şey yok.*

Hasta 8: *Aslında ben hep şunu duyuyorum. Başbakan boyna televizyonda bağırtıyor, hastanız acile girip acil olarak girdiğinde hiç parasız tedavi olacak. Kalp krizi acil vaka değil mi? Bu da bir acil vaka sayılmıyor mu? Acilden giriş yaptım, hani Başbakan acile başvurulardan para alınmayacak demişti. Bugüne kadar hasta*

olmadım fazla öyle ufak tefek, onu da iyi kötü bir şey yapıyorduk, kazancımdan falan sağlıyordum. Bu sefer çok olursa senet yapıp çıkmayı düşünüyorum.

Hasta 49: Trafik kazası ile acile geldik 270 TL borç çıktı, ödeyemedik.

Hasta 39: Ben ev hanımıyım. Eşimin işyeri var, BAĞ-KUR prim borcu var. Acile giriş yaptık, elim kesilmişti sonra da plastik cerrahide dikiş atıldı. Çıkışta 240 TL ödedik, geri kalanını ödeyemedik.

3.5.7. Daha İyi Hizmet Alabilmek İçin Ücretli Hasta Olanlar

Kapsam dışında kalan bir diğer grup prim ödeyebilecek durumunda olan ve yasal olarak BAĞ-KUR'lu olması gerekenlerdir. Bu kişiler devlet hizmetlerini yetersiz gören ve bunlara güvenmeyenlerdir (Üstündağ ve Yoltar, 2007: 75). Bunun yanı sıra çok fazla sıra beklemek istememekteler ya da özel oda tercih etmektedirler.

Hasta 24: Nefes almada zorlandığım için acile geldik, acilde sakinleştirici iğne yaptılar. 46 TL ödeme yaptım acile. Kalp ile ilgili çekilmesi gereken filmler vardı en yakın sıra Perşembe verdiler, o kadar bekleyememem özel hastaneye gideceğiz.

Hasta 44'ün Eşi: Migrosta şoförlük yapıyorum, kendi aracını kiralayarak. Esnaf BAĞ-KURUM var. Eşim beyin tümöründen hastanede tedavi gördüğü dönemler özel odada kalmışlar. Eşimi kaybettik. BAĞ-KURUM özel oda masrafını karşılamadı. Özel oda farkı için taahhüt imzalayıp çıktım o dönem.

3.5.8. Diğerleri (Yurtdışı Hasta, KOSGEB'den kredi almak için sosyal güvenlik sisteminin dışına çıkanlar

Araştırmada kapsam dâhilinde olup kendi iradeleri ile sistemin dışına çıkanlar tespit edilmiştir. Örneğin Kosgeb'den kredi alabilmek için sigortalılıklarını sona erdirenlere rastlanmıştır. Türkiye'de kamu destekli girişimcilik uygulamalarından biri olan KOSGEB Uygulamalı Girişimcilik Eğitimi ve bu eğitimi alanların başvurabildiği Yeni Girişimcilik Desteği ile ilgili çalışmaların incelenmesiyle ilgili Denizli'de yapılan bir çalışmada da KOSGEB'den yardım alabilmek için işletmelerini kapatanlar söz konusudur (Soylu, 2011: 150).

Hasta 12'nin Eşi: *Eşim mobilyacı. Eşim muhasebeci ile anlaşmış, o söylemiş Kosgeb'den yararlanmak için prim ödemiyorlar. Sigortayı yeni durdurduk. Sigortamız olduğu için Yeşil Karta ihtiyacımız olmadı.*

Hasta 26: *Şuana kadar 200 TL peşin ödedim. Ben İsviçre'den emekliyim. 2500 TL aylık gelirim var oradan ödedim. Burada kuruma gidip başvuru yapmadım uğraşmak istemedim.*

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsanların en temel hakkı sağlıklı yaşama hakkıdır. Sağlığın ya da sağlıklı olmanın bir çok tanımı olsa da en yaygın tanımı, bireyde sadece hastalık halinin olmaması değil aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyi olması durumudur. Toplumların gelişmesi, vatandaşlarının sağlıklı bir hayat sürdürmelerine bağlı olduğu için gerek ulusal kaynaklar gerekse uluslararası kaynaklarda sağlık hakkına yer verilmiştir. Sağlık hakkı sağlamanın sosyal devletin bir görevi olduğu özellikle vurgulanmıştır. Türkiye’de 1982 Anayasasının 56. Maddesinde herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla devletin sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermeyi düzenleyeceğine hükmetmiştir. Kişilerin sağlıklı olabilmesi sağlık hizmetlerine doğrudan ilişkilidir.

Türkiye’de GSS öncesinde sağlık hizmetleri sunumunda parçalı ve karışık bir yapı vardı. İşçiler, kendi hesabına çalışanlar (esnaf ve sanatkâr, çiftçiler, şirket ortakları), için primlerle finanse edilen sosyal sigorta modeli uygulanmaktaydı. Memurların ve yoksulların (Yeşil Kartlıların) sağlık güvenceleri vergilerle finanse edilmekteydi. Bir diğer finansman şekli de bireylerin cepten ödeme yapması olarak gerçekleşiyordu. Cepten ödeme yapanların genellikle sağlık güvenceleri yoktu. Sosyal sağlık sigortacılığı ile sağlanan sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hizmete erişim açısından büyük farklılıklar mevcuttu. Örneğin, 2004 yılına kadar işçiler sadece SSK hastanelerinde muayene ve tedavi olabilirken, memurlar diledikleri kamu sağlık tesisinden sağlık hizmeti alabiliyorlardı. İşçilerin 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’na göre, hastalık sigortasından yararlanabilmesi için hastalığın anlaşıldığı tarihten önce 90 gün hastalık sigortası primi ödemesi gerekirken, bağımsız çalışanlarda söz konusu süre 240 gündü. Belirtilen durum, vatandaşlar arasında eşitsizlik yaratmaktaydı. 2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile vatandaşların eşit biçimde kamu sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına dönük yeni politikalar uygulamaya başlandı. 2004 yılından itibaren SSK sigortalıları (işçiler) tüm kamu hastanelerinden yararlanmaya başladı. Yine aynı yıl yapılan düzenleme ile Yeşil Kartlıların ayakta tedavide sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına imkan tanındı. Sağlıkta dönüşüm projesinin en önemli bileşenlerinden bir tanesi, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanını tüm sigortalılar için eşit kılan ve ülkede yaşayan herkesi kapsam altına alan genel sağlık sigortasıdır. GSS 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe

girmiştir. 2011 yılında memurlar, 2012 yılında ise sağlık hizmetlerini Yeşil Kart yoluyla alanlar GSS kapsamına alınmıştır.

GSS Türkiye’de ikamet eden vatandaşlar ile yasal olarak ikamet eden yabancıları kapsayan evrensel bir modeldir. GSS kapsamındaki kişiler: 5510 sayılı SSGSK’a göre zorunlu sigortalılar (m. 4-1/a-b-c), isteğe bağlı sigortalı prim ödeyen sigortalılar, SGK’dan primli sosyal güvenlik rejiminden gelir ve aylık almakta olanlar, İŞKUR’dan işsizlik geliri alan kişiler, 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinde sayılan ve çeşitli kanunlar gereği maaş alan diğer kişiler, harcamaları taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, aile içi geliri kişi başına asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar (vizesi sona ermemiş Yeşil Kart sahipleri de aynı statüde kabul edilmişlerdir ve sigortalının ve emeklinin bakmakla yükümlü olduğu kişiler; Çalışmayan eş, 18 yaşını, Lise ve dengi okullarda eğitim gören 20. Yaşını, yükseköğrenim gören 25. yaşını doldurmamış çocuklar, her türlü kazanç ve irattan elde ettiği gelirinin asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan anne ve babalardır. Kız çocuklarında yeni duruma göre, 01.10. 2008 gününe kadar anne veya babası üzerinden sağlık yardımı alan kız çocukları bundan sonra işe girip çıksalar, evlenip boşanıp baba evlerine dönseler bile, anne-babanın üzerinden sağlık yardımı alabileceklerdir. Kişi başı geliri brüt asgari ücretin üçte birinden daha düşük olanların sağlık giderleri Yeşil Kart verilerek sağlanırken 01.01.2012 tarihinden itibaren GSS kapsamına girmişlerdir ve SYDV’na gelir tespiti yaptırma için başvurmaları gerekmektedir. Eğer kişiler yukarıda sayılan grupların dışında kalıyorlarsa ve SYDV’na gelir testi yaptırmamışlarsa, ya da yapılan test sonucu gelirleri Kanun’da belirtilen yoksulluk eşiğinin üzerindeyse kendileri GSS primini ödemek zorundadırlar.

GSS’den yararlanmanın temel koşulu Türkiye ikamet etmek ve sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihi geriye dönük bir yıl içinden az 30 gün GSS primi ödemiş olmaktır. Ayrıca bağımsız çalışanlar, sadece GSS sigortalısı olup prim ödemek zorunda olanlar, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden fazla borcu olmaları ve bunu taksite bağlatmamaları durumunda sistemden yararlanamamaktadır. Yine kısmi süreli çalışan sigortalılar, eksik kalan gün sayılarının GSS primlerini kendileri ödemedikleri takdirde sistemde yararlanamamaktadırlar.

GSS, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, ayakta ve yatarak tedavi ile ilgili her türlü sağlık hizmetleri, ilaç ve iyileştirme araçları ile protez araç ve gereçlerinin

temini, ağız ve diş sağlığı ile ilgili tedavi edici hizmetler, analık hali ile ilgili sağlık hizmetleri, yurt içinde ve yurt dışına sevkle ilgili harcamaların ödenmesi, yardımcı üreme yöntemleri ile çocuk sahibi olma hizmetlerini kapsamaktadır.

Kanunda GSS'nin ülkede yaşayan tüm nüfusu kapsamasına ve istisnaların sosyal sigortalılığın aksine (5510 sayılı Kanun m. 6) az olmasına karşın, Türkiye'de sağlık harcamalarını kendileri karşılayanların oranı halen yüksektir. Söz konusu oranın TÜİK HHBA sonuçlarına göre (2010), %13,5, TÜİK Yaşam Memnuniyeti Anketi Sonuçlarına göre ise (2011) %11 olduğu tahmin edilmektedir. GSS zorunlu olarak herkesi kapsamasına karşın, kayıt dışı çalışanlar, işsizler, sosyal sigorta ve GSS prim borcu olan kendi hesabına çalışanlar ve GSS prim borcu olanlar, gelir testine çeşitli nedenlerle başvurmayanlar sistemden fiilen yararlanamamaktadır. Sosyal sigorta mevzuatı atipik istihdam edilenlerin (mevsimlik çalışanlar ücretsiz aile işçileri, kendi hesabına çalışanlar) büyük bir bölümünü kapsam dışına itmiştir. Sosyal sigortalı olmayan, ancak GSS primi ödemek zorunda olan kişiler de prim ödemezler ise GSS'den yararlanamamaktadır. Nitekim alan araştırmasıyla da GSS kapsamında olup bundan yararlanamayanlar işgücüne katılmayanlar ve işsizler, prim borcu olan bağımsız çalışanlar ve eşine bağımlı ev hanımları, kayıt dışı çalışanlar, yevmiyeli mevsimlik ve kısmi süreli çalışanlar (atipik çalışanlar) ve yeni işe girenler, çeşitli nedenlerle Yeşil Kart alamayanlar (üzerinde mal varlığı olup Yeşil Kart alamayanlar, bürokrasi, damgalanma korkusu Yeşil Karta başvurmayanlar), Yeşil Kartı olup vizesi geçenler ya da hastaneye sevksiz gelen Yeşil Kartlılar, genel sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olmayanlar (18 Yaş altı olup, SGK'ya kayıt yaptırmayanlar) ve yurtdışından gelen hastalar, KOSGEB'den kredi almak için sosyal güvenlik sisteminin dışına çıkarlar olarak tespit edilmiştir.

Genel sağlık sigortası kapsamında olup GSS'den yararlanamayanların, GSS hizmetlerinden yararlanabilmeleri için öneriler aşağıda sunulmuştur:

1. Prim borcu olan bağımsız çalışanlar ile GSS primi hiç ödemiş kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalı, prim borçları, sağlık hizmetinden bağımsız olarak SGK tarafından ayrıca takip edilmelidir.
2. Eğitim hayatlarını yeni bitirmiş ve ebeveynlerinin sağlık güvencelerinden çıkan işsiz gençlerin GSS primleri, İŞKUR tarafından açılan mesleki eğitim kurslarına katılmak kaydıyla işe girene kadar devlet tarafından karşılanmalıdır.

3. SYDV tarafından gerçekleştirilen gelir testi objektif ve herkesin anlayacağı kriterlere bağlanmalıdır. Bir kişinin üzerinde traktör olması, kişinin kendi evinde oturması primlerinin devlet tarafından ödenmesine engel olmamalıdır.
4. Çalışmada sağlık güvencesi olmayan bireylerin sağlık harcamalarını karşılayabilmek için tüketici kredisi çektikleri, yakınlarından borç para aldıkları, tarlalarını ya da hayvanlarını sattıkları ya da senet imzaladıkları tespit edilmiştir. Sağlık harcamalarını ceplerinden yapan bireylerin yoksul olduklarını ispat etmeleri kaydıyla harcamalarının SYDV'nce karşılanması sağlanabilir.
5. Gerek GSS, gerekse gelir testi ile ilgili bilgilendirme ve bilinçlendirme kampanyaları yapılmalıdır. Buna rağmen gelir testine başvurmamalarının durumu, SYDV uzmanlarınca yerinde incelenmelidir. Bunun için SYDV'na sosyal yardım ve hizmetler konusunda uzman personel alınmalıdır.
6. Kayıtlı istidam teşvik edilmeli, kayıt dışı istihdamla etkin biçimde mücadele edilmelidir (Karadeniz, 2012/b). Sosyal sigortalı sayılmayanların kapsamı daraltılmalıdır. Atipik çalışma türlerine ve çalışanların gelir ve ödeme güçlerine uygun sosyal sigorta programları geliştirilmelidir.
7. Mevsimlik ya da yevmiyeli çalışanların çalışma koşullarına uygun bir prim ödeme şekli geliştirilebilir. Örneğin, mevsimlik tarım çalıştıkları dönem sonunda, çiftçiler ise hasat zamanında toptan genel sağlık sigortası primlerini ödeyebilirler.
8. GSS prim ödeme mükellefi olup prim ödemeyenlere cep telefonu operatörleri aracılığı ile kısa hatırlatma mesajı gönderilebilir. GSS primlerinin cep telefonu aracılığı ile ödenebilmesi, prim ödeme aşamasındaki bürokrasiyi azaltabilecektir.
9. Kırsal kesimde kamu sağlık hizmetlerine erişim arttırılmalı ve bireylerin GSS'ye prim ödemeleri sağlanmalıdır.

Bundan sonraki araştırmalar için araştırmacılara önerilerimiz ise aşağıda sıralanmaktadır:

Araştırmada Pamukkale Üniversitesi Hastanelerine ağırlıklı olarak yatarak tedavi olan ve sağlık masraflarını kendileri karşılayan hastaların durumları

incelenmiştir. Bununla beraber, kırsal kesimde yaşayan hastalanan ve tedavi için hastaneye ya da diğer sağlık tesislerine başvurmayan bireyler üzerine yeni bir çalışma yapılabilir. Hatta bu örneklem grubu için kırsal alanlarda yaşayan kesim seçilerek araştırma yapılabilir. Diğer yandan SGK kayıtları ile nüfus kayıtları karşılaştırılarak, hiç sağlık güvencesi olmayanlar, tespit edilip, seçilecek örneklem üzerine nicel yöntemle yeni bir araştırma yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Ablay, B. (2012). “Genel Sağlık Sigortası Uygulamasında Gelir Testi-Gelir Tespiti Esasları”, *E-Yaklaşım Dergisi*, Sayı: 231.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslama*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akdur, R. (2000). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslama*. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü -Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi, No:25, Ankara.
- Akdur, R. (2008). *Cumhuriyet’ten Günümüze Türkiye’de Sağlık*, 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara, s.45-71.
- Akın, L. (2006). “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Kişiler Açısından Kapsamında Yeni Gelişmeler”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2006/I , Sayı 8, s.26-49.
- Alper, Y. (2010). “Sosyal Güvenlik Reformu:Genel Sağlık Sigortası: Önemi, Esasları Ve Problemler”, *Sosyal Diyalog Dergisi*, Cilt1/2, s.14-40.
- Alper, Y. (2012). “Sağlık Harcamalarının Seyri ve Sosyal Güvenlik Sistemimize Etkileri”, *İşveren Dergisi*, Cilt 50/5 s. 80-85.
- Arslanhan, S. (2010). *Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor?* *TEPAV Politika Notu*, Ankara http://www.tepav.org.tr/upload/files/12846271041.Muayene_sayısındaki_artis_anlamlı_bir_erisim_artisini_mi_ifade_ediyor.pdf (10.12.2012).
- Bostancı, Y. (2007). *Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası*, (Basılmamış Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Budak, F. ve Özer , Ö. (2012). “İşçi ve İşveren Sendikalarının Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarına Yönelik Bilgi ve Görüşleri: Türkiye Örneği”, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, Sayı: 5, s. 47-60.
- Buğra, A. (2001). “Ekonomik Kriz Karşısında Türkiye’nin Geleneksel Refah Rejimi”, *Toplum ve Bilim Dergisi*, Sayı 89, s. 22-30.
- Bury, M. (2005). *Health and Illness*, Polity Press, United Kingdom.
- Chia, N.C and Tsui, A. K.C. (2005). “Medical savings accounts in Singapore: how much is adequate?”, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 24(5), p. 855-875.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal Bilgiler Kitabevi, Ankara.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (1), s.177-216.

- ÇSGB, (2005). Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözümler Önerileri, Nisan, Ankara.
- Deber, R. B., Forget L. E. and Roos, L. L. (2004), “Medical Savings Accounts In A Universal System: Wishful Thinking Meets Evidence”, *Health Policy*, 2004/ 70, p. 49–66.
- Dilik, S. (1992). *Sosyal Güvenlik*, Kamu-İş, Ankara.
- DPT, (2001). Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, Avrupa Birliği ile İlişkiler Genel Müdürlüğü.
- Ekin, A. (2012). “Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları ve Esasları “ *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, (100), s.151-166.
- Gelir Testi Nedir?. <http://www.calismadunyasi.com/gelir-testi-gelir-tespiti> (01.10.2012).
- Gerek, N. (2012). “Son Değişikliklerden Sonra Genel Sağlık Sigortasının Kişiler Bakımından Kapsamı”, *Sicil Dergisi*, Sayı 25,s.197-205.
- Gökbayrak, Ş. (2010). “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü”, *Çalışma ve Toplum*, 2010/2, s.141-162.
- Günaydın, A. (2007). *Aile Hekimlerinin 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu Değerlendirmeleri*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.
- Güzel, A., Okur, A. R., ve Canikoğlu, N. (2010). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Güzel, A., Okur, A. R., ve Canikoğlu, N. (2012). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, Yenilenmiş 14. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Hayran, O., ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. Yüce Yayıncılık, İstanbul
- ILO (1999). *Social Health Insurance*, International Labour Office, Geneva.
- ILO (2010). “World of work report 2010 : from one crisis to the next? “, *International Labour Office*, Geneva.
- Irmak, H. (2011). *Koruyucu Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Güvenlik Sistemleri İlişkisi. II.Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu*, Sosyal Güvenlik Kurumu Yayını, Ankara (s. 48-54).
- Kağan, T. (2006). “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Sempozyumu Özel Sayı, 2006/1, Sayı: 8, İstanbul s.147-161.

- Karadeniz, O. (2006). "Türkiye'de Çiftçilerin Sosyal Güvenliği ve Sosyal Güvenlik Reformunun Çiftçiler Üzerine Olası Etkileri", *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 4, s. 90-127.
- Karadeniz, O. (2011). Türkiye'de Atipik Çalışan Kadınlar ve Yaygın Sosyal Güvencesizlik. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2011/2, s.83-127.
- Karadeniz, O. (2012/a). "Extension of Health Services Coverage for Needy in Turkey: From Social Assistance to General Health Insurance", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2012/2, s.103-123
- Karadeniz, O. (2012/b). "Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Genel Sağlık Sigortası: Kapsam ve Mali Sürdürülebilirlik Açısından Bir Değerlendirme", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Sayı: 82, s. 6-18.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kumaş, H. ve Çağlar, A. (2011). Türkiye'de Kadın Eksik İstihdamını Belirleyen Faktörler:Tük 2009 Hanehalkı İşgücü Anketi Ham Verileri İle Cinsiyete Dayalı Bir Karşılaştırma. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2011/2, s.249-289.
- Kumlu, M. (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yapılan Uygulamalar Sosyal Güvenlik Kurumunun Sağlık Harcamalarını Hızla Yükseltmektedir *İşveren Dergisi*, Cilt 50, Sayı: 5, s.78-80.
- Kurt, R. (2008). *Sosyal Güvenlik Reformu Rehberi*, Tiem Yayıncılık, İstanbul.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayıncılık. İstanbul.
- Kwon, S., (2011). "Health Care Financing in Asia: Key Issues and Challenges", *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23/5, p. 651-661.
- Marshall, T.H. "Citizenship and Social Class", T.H.Marshall, *Class, Citizenship and Social Development*, New York: Anchor Books, 1965, 71-134. aktaran A. Buğra ve Ç. Keyder (der.) (2006). *Sosyal Politika Yazıları*, İstanbul: İletişim Yayınları, s.19-32 .
- Mcintyrea D., Thiedea M. , Dahlgrenb G., Whitehead M. (2006). "What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts?", *Social Science & Medicine* 62, p. 858-865,
<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/BP56Measurement ILO.pdf> (11.12.2012).

- Oktay, M. (2007). *Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Yasal Düzenlemelerin Sigorta Şirketlerine Etkileri Ve Uygulama Model*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi) Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Orhaner, E. (2006). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı:1,s. 1-22.
- Öncül, H. G., Özbay, H. G., Sarı, H. O. ve Mollahaliloğlu, S. (2007). “Sağlık Sektörü Finansmanı” *Türkiye’de Sağlığa Bakış*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Özbay, H., Erişti, H. E., G. Öncül, H., Arı, H. O., Çelepçikay, B., Gökçimen, M., Mollahaliloğlu, S. (2007). “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, *Türkiye’de Sağlığa Bakış*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Özdemir, S. (2007). *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*. İstanbul Ticaret Odası Yayını, İstanbul.
- Özgen, H. (2007). “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama Nedir? Neden Önemlidir?”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:10, Sayı:2 ,s.201-228.
- Özşuca Türcan, Ş. ve Toksöz, G. (2003). *Sosyal Koruma Yoksunluğu Enformel Sektör ve Küçük İşletmeler*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara.
- Öztürk, M. (1999). “Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri”, *Sdü Tıp Fakültesi Dergisi*, 6/1, s.37-41.
- Pala, K. (2007). “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu”, *Milliyet İnceleme Ödülü*, Bursa, s.1-42.
- Pekten, A. (2006). “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 61, s.119-138.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2858/saglikta-donusum-programi.html> (20.08.2012).
- Sáenz M. del R., Bermúdez J. L., Acosta M. “Universal Coverage in a Middle Income Country: Costa Rica” *World Health Report (2010)*, Background Paper,11, <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/CostaRicaNo11.pdf> (01.12.2012).
- Scheil-Adlung X., Bonnet F., Wiechers T. and Ayangbayi T., (2010). “New Approaches To Measuring Decits İn Social Health Protection Coverage İn Vulnerable Countries”, *World Health Report (2010)*, Background Paper, p.56.
- SGK, 2011 Yılı İstatistik Yıllığı, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari (Erişim:15.01.2013)Sheiman I., Langenbrunner J., Kehler J, Cashin C., Kutzin J., (2010). *Sources of funds and revenue collection: reforms and challenges, içinde Health Financing Reform Lessons from countries*, Edited by Joseph Kutzin Cheryl Cashin Melitta Jakabin Transition, s.85-118.

- Şakar, M. (2011). *İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku*, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Şakar, M. (2012). “Gss Bir Sigorta Değil, Sağlık Vergisidir”, *Mercek Dergisi*, Sayı:16, s.23-29.
- Sıvacı, C. (2006). “Genel Sağlık Sigortası Ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, *Bütçe Dünyası* , Sayı: 24, s.1-9.
- Social Security Extension.
<http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?resourceId=15212> (07.12.2012).
- Social Security Extension.
<http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?resourceId=15113> (07.12.2012).
- Sosyal Güvenlik Kurumu Haber Bülteni, (2012), Sağlıkta 2012 Yılı Projeksiyonları ve Genel Değerlendirmeler,
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/e_sgk/diger_uygulamalar/basin_odasi/haberler (11 Şubat 2012).
- Soylu, A. (2011). *Türkiye’de Kamu Destekli Girişimcilik*. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Sözen, C. (2003). *Sağlık Yönetimi*, Palme Yayıncılık, Ankara.
- Sönmez, M. (2011). *Paran Kadar Sağlık*, Yordam Basın ve Yayıncılık, İstanbul.
- Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi*, Sağlık Hizmetleri, İstanbul.
- Tatar M., Mollahaliloğlu S., Şahin B., Aydın S., Maresso A., Hernández- quevedo C. (2011). “Turkey Health System Review”, *Health Systems in Transition*, 13(6), p.1–186.
- Tatar, M. (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişim”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1, Sayı: 1, s.103-133.
- Tezel, A. “Eski Kızlar Kurtuldu Yeni Kızlar Kurtulamadı”
<http://www.alitezal.com/index.php?sid=yazi&id=4328>, (13.12.2012).
- Tunçay, S. (2012). “3816 ve 2022 Sayılı Kanunlara Göre Yeşil Kart Sahibi Olanların Genel Sağlık Sigortasına Devri ve Tescil İşlemleri”, *E-Yaklaşım Dergisi*, Sayı: 231.
- Turan, N. (2004). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar:Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği Ve Olanakları*. Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
- TDK, (2012), Türkçe Büyük Sözlük, <http://tdkterim.gov.tr/bts/> (13.01.2013)
- TÜİK. (2011). *TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Anketi*,
http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?aileyapi=&report=YASAM_CAPRAZ.RDF&p_yil=9999&p_x=kirkent&p_y=ted_masraf&p_kod=2&p_dil=1&desformat=html&ENVID=aileyapiEnv, (12.10.2012).

TÜİK, 2010 Yılı Hane Halkı Bütçe Anketi Veri Seti.

TÜİK, Hane Halkı Yaşam Memnuniyeti Anketi Veri Tabanı, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul>, (03.11.2012).

TÜİK, İşgücü İstatistikleri, [http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?isgucudb2&ENVID=isgucudb2Env&report=issiz_oran_web_top_2000.RDF&desformat,\(2.10.2012\)](http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?isgucudb2&ENVID=isgucudb2Env&report=issiz_oran_web_top_2000.RDF&desformat,(2.10.2012)).

Türk Tabipler Birliği (2005). *Genel Sağlık Sigortası: Türk Tabipler Birliği Görüşleri*, Ankara.

Türk Tabipler Birliği (2011). *Sağlıkta Hayaller Yalanlar ve Gerçekler*, Ankara.

Türk Tabipler Birliği, Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html (01.10.2012).

Ulutaş Ünlütürk, Ç. (2011). *Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, NotaBene Yayıncılık, Ankara.

Üstündağ, N., ve Yoltar, Ç. (2007). “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografyası”. Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, ve Ç. Yoltar içinde, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*. İletişim Yayıncılık, İstanbul.

WHO. (2010). The World Health Report: Health Systems Financing: The Path To Universal Coverage, http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en/index.html (10.12.2012).

Yenimahalleli Yaşar, G. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, (Basılmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Yenimahalleli Yaşar, G. ve Ugurluoğlu E. (2011) “Can Turkey’s General Health Insurance System Achieve Universal Coverage?” *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 26, Issue 3, p.282-295.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2005). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık, Ankara.

EKLER

3) İş aramama nedeniniz aşağıdakilerden hangisidir? **(Lütfen cevapladıktan sonra 20. soruya geçiniz.)**

- a. İş buldu veya işini kurdu, başlamak için bekliyor
- b. Öğrenci
- c. Ev hanımı
- d. Emekli
- e. İrad sahibi
- f. Yaşlı(60+ yaştakiler)
- g. Özürlü
- h. Hasta
- i. Ailevi ve kişisel nedenler
- j. Mevsimlik çalışıyor
- k. Diğer **(4. soruyu cevaplayınız.)**

4) İş aramama nedeniniz "diğer" ise belirtiniz?

5) İşteki çalışma durumunuz aşağıdakilerden hangisine girmektedir?

- a. Düzenli ücretli
- b. Yevmiyeli
- c. İşveren
- d. Kendi hesabına
- e. Ücretsiz aile işçisi

6) Çalışmanızdan ötürü herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı mısınız?

- a. Evet
- b. Hayır

7) Çalıştığınız sektör?

8) Sağlık güvencesini nasıl sağlıyorsunuz ?

- a. Yeşil Kart
- b. Zorunlu sigorta
- c. Cepten yapıyor
- d. Özel sigorta

9) Sağlık güvenceniz yoksa neden Yeşil Karta başvurmadınız ?

10) GSS hakkında yeterli bilgi sahibi misiniz ?


11) Hasta olduğunuzda ilk başvurduğunuz sağlık tesisi hangisidir ?

12) GSS primi ödememe nedenleriniz nelerdir?

13) Sağlık harcamalarınıza cepten ne kadar ödeme yaptınız?

14) Sağlık harcamalarınızı nasıl karşılıyorsunuz / karşıladınız?

EK-2. İzin Belgesi

	T.C. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ YAZIŞMA FORMU			
	Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:
	İ FR Yİ 01	06.05.2009	17.08.2009	1
			Sayfa No:	1/ 1

SAYI: B.30.2.PAÜ.0.AD.00.00-
 KONU: 3731

17/08/2010

Sayın;
 Doç.Dr.Oğuz KARADENİZ

İlgi: 13/08/2010 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenize istinaden; Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Yüksek Lisans Programında kayıtlı 093744007 nolu Melike ÇALLI isimli öğrencinin "Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olup, Genel Sağlık Sigortasından Yararlanamayanlar" başlıklı yüksek lisans tezi için icra takibine uğrayan hasta ve/veya yakınlarına ulaşılabilmesi konusunda hastanemiz hukuk bürosunca gerekli yardımın sağlanması Merkez Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


 Prof.Dr. A.Fahir DEMİRKAN
 Merkez Müdürü

Adres: Kınıklı Kampüsü DENİZLİ
 Tel: 0-258-444 07 28 (Pbx) Faks: 0-258-2134922
 Adres: Doktorlar Cad.No:42 DENİZLİ
 Tel: 0-258-2410034 (Pbx) Faks: 0-258-2410040

ÖZGEÇMİŞ

- Adı Soyadı** : Melike Çallı
- Doğum Yeri ve Tarihi** : Denizli, 01.01.1987
- İş Adresi** : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Van
- Eğitim** : 2009-2013 Pamukkale Üniversitesi Çalışma Eko.ve Endüstri. İlişkileri Bölümü Yüksek Lisans
- 2005-2009 Pamukkale Üniversitesi Çalışma Eko. ve Endüstri İlişkileri Bölümü Lisans(Bölüm Birincisi)
- Mesleki Geçmişi** : Araştırma Görevlisi (Eylül 2011-)
- Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalış. Eko.ve End. İlişkileri Bölümü
- Yabancı Dil** : IELTS : 5.00 = Üds eşdeğeri= 70
- İletişim Adresi** : melikecalli@yyu.edu.tr