

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANA BİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK REFORMU KAPSAMINDA
GENEL SAĞLIK SİGORTASININ İNCELENMESİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

SERKAN ÇALIŞ

İSTANBUL, 2006

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANA BİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK REFORMU KAPSAMINDA
GENEL SAĞLIK SİGORTASININ İNCELENMESİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

SERKAN ÇALIŞ

**DANIŞMAN:
YARD. DOÇ. DR. İLYAS AKHİSAR**

İSTANBUL - 2006

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	iv
ÖNSÖZ	xi
GİRİŞ	xii

BİRİNCİ BÖLÜM SOSYAL GÜVENLİK: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI.....	1
1.2. SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ KURULUŞ NEDENLERİ.....	3
1.3. DÜNYADA UYGULANAN BAŞLICA SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİ.....	4
1.3.1.İşçi Sigorta Sistemi.....	4
1.3.2.Halk Sigortası Sistemi.....	5
1.3.3.Karma Sistem.....	5
1.3.4.Devletçe Bakım Sistemi.....	6
1.3.5.Koruyucu Fon Sistemi.....	7
1.3.6.Özel Sigorta Sistemi.....	8
1.4. TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ.....	9
1.4.1.Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi.....	9
1.4.2.Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Organizasyonu.....	11
1.4.2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK).....	11
1.4.2.2. Emekli Sandığı.....	12
1.4.2.3. Bağ-Kur.....	12
1.4.3. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin İşleyişi.....	13
1.4.4. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Hukuki Yapısı.....	13
1.4.5. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Denetimi.....	16
1.5. TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN SORUNLARI.....	17
1.5.1.Alt Yapı Yetersizlikleri.....	17
1.5.2. Sosyo-Politik Davranışlar.....	19

1.5.3 Sigortacılığa Aykırı Müdahaleler.....	21
1.5.3.1 Gelirleri Azaltan Uygulamalar.....	22
1.5.3.1.1 Kayıt Dışı İstihdam.....	22
1.5.3.1.2 Gerçekçi Olmayan Prime Esas Kazançlar.....	23
1.5.3.1.3 Tahsil Edilemeyen Primler.....	24
1.5.3.1.4 Gelir - Gider Dengesinin Bozulması.....	25
1.5.3.1.5 Sürekli Aflar, Düşen Primler.....	29
1.5.3.1.6 Ödemeyen, Yöneten Devlet.....	29
1.5.3.2 Giderleri Artıran Uygulamalar.....	30
1.5.3.2.1 Genç Yaşta Emeklilik.....	30
1.5.3.2.2 Almadan Veren Model.....	34
1.5.3.2.3 Artan Avantajlar Çoğalan İsteğe Bağlı Sigortacılık...	35
1.5.3.2.4 Dengesiz Prim-Aylık İlişkisi.....	35
1.5.3.2.5 Primli Sistemde Primsiz Haklar.....	36
1.5.3.2.6 Başarısız Politikalar Artan Sigorta Yükleri.....	36
1.5.3.3 Kaynakları Eriten Uygulamalar.....	37
1.5.4 İdari ve Mali Özerklikten Yoksun Kurumlar.....	39
1.5.5 Karmaşık ve Dağınık Mevzuat.....	40

İKİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK REFORMU

2.1.TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK	41
2.2. SOSYAL GÜVENLİK REFORMUNUN GEREKÇELERİ.....	44
2.2.1.Nüfusun Yapısındaki Değişim.....	45
2.2.2. Mevcut Sistemin Yoksulluğa Karşı Koruma Sağlamaması.....	45
2.2.3. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Finansman Açığının Ekonomi Üzerindeki Olumsuz Etkileri.....	46
2.2.4. Bütün Nüfusun Koruma Altına Alınmaması.....	46
2.3.SOSYAL GÜVENLİK REFORMU YASA TASARISININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	47
2.3.1. Reform Kavramı Açısından.....	47
2.3.2. Sosyal Koruma Kavramı Açısından.....	47
2.3.3. İçerik Açısından.....	47

2.3.4. Genel Sağlık Sigortası Açısından.....	51
2.3.5. Emeklilik Sistemi Açısından.....	58
2.3.6. Sosyal Yardım Sosyal Hizmetler Açısından.....	62
2.3.7. Kurumların Yapısı Açısından.....	62
2.4.SOSYAL GÜVENLİK KURUMU KANUNU TASARISININ İNCELENMESİ	65
2.4.1. Amaç, Tanımlar, Kuruluş ve Görevler.....	65
2.4.1.1.Amaç ve kuruluş.....	65
2.4.1.2.Tanımlar.....	65
2.4.1.3.Kurumun amacı ve görevleri.....	66
2.4.2.Kurumun Organları ve Görevleri.....	66
2.4.2.1.Genel Kurul.....	67
2.4.2.2.Yönetim Kurulu.....	69
2.4.2.3.Başkanlık Teşkilatı.....	72
2.4.3. Ana Hizmet Birimleri.....	73
2.4.3.1.Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü.....	74
2.4.3.2.Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü.....	74
2.4.3.3.Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü.....	75
2.4.3.4.Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü.....	75
2.4.3.5.Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı.....	76
2.4.3.6.Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı.....	77
2.4.4.Danışma Birimleri.....	77
2.4.4.1.Strateji Geliştirme Başkanlığı.....	78
2.4.4.2.Hukuk Müşavirliği.....	78
2.4.4.3.Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği.....	79
2.4.5. Yardımcı Hizmet Birimleri.....	79
2.4.5.1.İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı.....	80
2.4.5.2.Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı.....	80
2.4.6.Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu.....	80
2.4.7.Taşra Teşkilatı.....	81
2.4.8. Personele İlişkin Hükümler.....	81
2.4.9. Mali Hükümler.....	85
2.4.9.1.Kurumun finansal hedeflerinin belirlenmesi ve izlenmesi.....	85
2.4.9.2.Kurumun gelirleri ve giderleri.....	86
2.4.9.3.Kurumun taşınmaz edinimi ve mal varlıklarının	

hukuki durumu.....	87
2.4.9.4.Vergi ve fon muafiyeti.....	88
2.4.9.5.Çeşitli mali hükümler.....	89

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

3.1.TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI.....	90
3.2. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ TARİHÇESİ.....	92
3.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULANMA GEREKÇELERİ.....	93
3.4.TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK SİSTEMİNİN SORUNLARI.....	97
3.4.1. Politik İstikrarsızlık.....	98
3.4.2. Örgütlenme Sorunları.....	100
3.4.3. İşletme Sorunları.....	101
3.4.4. Finansman Sorunları.....	103
3.4.5. İnsan Gücü Sorunları.....	104
3.4.6. Enformasyon Sorunları.....	105
3.4.7. Diğer Sorunlar.....	105
3.5. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SON YILLARDAKİ GELİŞİMİ.....	106
3.6. SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU TASARISININ İNCELENMESİ.....	111
3.6.1. Amaç, Kapsam Ve Tanımlar.....	111
3.6.2. Sigortalılara İlişkin Hükümler.....	114
3.6.2.1.Sigortalı Sayılanlar.....	114
3.6.2.2.Bazı Sigorta Kollarının Uygulanacağı Sigortalılar.....	116
3.6.2.3.Sigortalı Sayılmayanlar.....	117
3.6.2.4. Sigortalılığın Başlangıcı.....	119
3.6.2.5. Sigortalı Bildirimi ve Tescili.....	120
3.6.2.6. Sigortalılığın Sona Ermesi.....	121
3.6.3. Genel Sağlık Sigortası Hükümleri.....	123
3.6.3.1. Kapsamdaki Kişiler ve Tescili.....	123
3.6.3.1.1.Genel sağlık sigortalısı sayılanlar.....	123
3.6.3.1.2.Genel sağlık sigortalılığının başlangıcı, bildirimi ve tescili.....	126

3.6.3.1.3. Sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan	
Yararlanma.....	127
3.6.3.2. Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar.....	127
3.6.3.2.1. Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi...	127
3.6.3.2.2.Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri.....	129
3.6.3.2.3.Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri.....	130
3.6.3.2.4.Yurt dışında tedavi.....	130
3.6.4.Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları Ve Katılım Payı.....	132
3.6.4.1. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları.....	132
3.6.4.2. Katılım Payı Alınması.....	133
3.6.4.3. Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri	
ve Kişiler.....	134
3.6.4.4. Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri.....	135
3.6.4.5. Kimlik Tespiti ve Acil Haller.....	135
3.6.5. Malî Ve Çeşitli Hükümler.....	136
3.6.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Ödenecek Bedellerinin Belirlenmesi....	136
3.6.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemi Ve Sağlık	
Giderlerinin Ödenmesi.....	137
3.6.5.3. Doğal Afetler Veya Savaş Hali.....	139
3.6.5.4. İşverenin, Genel Sağlık Sigortalısının Ve	
Üçüncü Kişilerin Sorumluluğu.....	139
3.6.6. Primlere İlişkin Hükümler.....	140
3.6.6.1.Prim Alınması, Prime Esas Kazanç, Prim Oranları	
ve Asgarî İşçilik.....	140
3.6.6.1.1.Prim alınması zorunluluğu.....	140
3.6.6.1.2.Prime esas kazançlar.....	140
3.6.6.1.3.Prim oranları ve devlet katkısı.....	142
3.6.6.1.4.Günlük kazanç sınırları.....	144
3.6.6.2. Prim Belgeleri ve Primlerin Ödenmesi.....	144
3.6.6.2.1.Prim belgeleri ve işyeri kayıtları.....	144
3.6.6.2.2.Prim ödeme yükümlüsü.....	146
3.6.6.2.3.Primlerin ödenmesi.....	147
3.6.6.2.4.Prim borçlarına halef olma, gecikme cezası	

ve gecikme zammı ile iadesi gereken primler.....	149
3.7. GELİŞMİŞ ÜLKELERDEKİ SAĞLIK SİSTEMİ ÖRNEKLERİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI.....	151
3.7.1. İngiltere.....	151
3.7.1.1.Genel Olarak İncelenmesi.....	151
3.7.1.2. Ulusal sağlık Sistemi'nin Temel Özellikleri.....	152
3.7.1.3. Örgütlenme.....	153
3.7.1.3.1.Bölge Sağlık Yönetimi.....	153
3.7.1.3.2.Aile Hekimliği Komitesi.....	154
3.7.1.4. Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi.....	154
3.7.1.4.1. Birinci Basamak.....	154
3.7.1.4.2. İkinci Basamak.....	155
3.7.1.4.3.Üçüncü Basamak.....	156
3.7.1.5.Sistemin Finansmanı ve Hekim ile Hastane Ücretlerinin Ödenmesi..	156
3.7.2. Amerika Birleşik Devletleri.....	157
3.7.2.1.Genel Olarak İncelenmesi.....	157
3.7.2.2. Örgütlenme.....	157
3.7.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	157
3.7.2.2.2. Sağlık Organizasyonları.....	158
3.7.2.2.2.1. Sağlığa Destek Organizasyonları.....	158
3.7.2.2.2.2. Tercihli Hizmet Organizasyonları.....	159
3.7.2.2.2.3. Halk Sağlığı Uygulamaları.....	159
3.7.2.3. Finansman.....	160
3.7.2.3.1.Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri.....	160
3.7.2.3.2. Blue Cross - Blue Shield.....	161
3.7.2.3.3.Bağımsız Sigorta Planları.....	161
3.7.2.3.4.Kamu Sigortaları.....	161
3.7.2.3.4.1. Medicare.....	161
3.7.2.3.4.2.Medicaid.....	162
3.7.3. İsveç.....	162
3.7.3.1.Genel Olarak İncelenmesi.....	162
3.7.3.2. Sağlık Hizmetleri.....	163
3.7.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	163
3.7.3.2.2. Hastane Hizmetleri.....	164

3.7.3.2.3. Belediye Sağlık Hizmetleri.....	164
3.7.3.3. Finansman.....	165
3.7.4. Almanya	166
3.7.4.1. Genel Olarak İncelenmesi.....	166
3.7.4.2. Sağlık Sisteminin Yapısı.....	166
3.7.4.2.1. Resmi Sağlık Hizmetleri.....	167
3.7.4.2.2. Sosyal Sigorta Hizmetleri.....	168
3.7.4.2.3. Özel Sigortalar.....	169
3.7.4.2.4. Sağlık Bakımı.....	170
3.7.4.2.4.1. Ayakta Tedavi.....	170
3.7.4.2.4.2. Yataklı Tedavi.....	170

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

4.1. AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI.....	171
4.2. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ VE GELİŞİMİ.....	175
4.3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ.....	177
4.4. AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI HAKKINDA YÖNETMELİĞİN İNCELENMESİ.....	179
4.4.1. Amaç, Kapsam ve Tanımlar.....	189
4.4.2. Çalışma Usul ve Esasları.....	181
4.4.2.1. Aile hekiminin görevleri.....	181
4.4.2.2. Aile sağlığı elemanının görevleri.....	183
4.4.2.3. Gezici hizmetlerin yürütülmesi.....	184
4.4.2.4. Kişilerin aile hekimini seçebileceği bölgeler.....	185
4.4.2.5. Personelin çalışma saatleri.....	186
4.4.2.6. Geri dönüş ve görev değişikliği.....	186
4.4.3. Performans ve Hizmet Kalite Standartları	187
4.4.4. Atamalarda ve Görevlendirmelerde Öncelik Sıralaması Ölçütleri ile Nakillere İlişkin Esaslar.....	188
4.4.5. Fiziki ve Teknik Şartlar.....	189
4.4.6. Kullanılacak Belgeler.....	191
4.4.7. Kayıtların Tutulması ve Denetim.....	192

4.5. DÜZCE'DE AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ GEREKÇELERİ.....	193
4.6. AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI AÇISINDAN DÜZCE İLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	198
4.6.1. Konumu Açısından Değerlendirilmesi.....	198
4.6.2. İdari Yapı Açısından Değerlendirilmesi.....	199
4.6.3. Sosyo-Ekonomik Yapısı Açısından Değerlendirilmesi.....	199
4.6.4. Demografik Açısından Değerlendirilmesi.....	200
4.6.5. Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi.....	202
4.6.6. Sosyal Güvence Açısından Değerlendirilmesi.....	207
4.7. DÜZCE'DE AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	209
SONUÇ.....	213
KAYNAKÇA.....	222

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: S.S.K.'nın Ödemeler Dengesinin Yıllar İtibariyle Değişimi

Tablo 2: T.C. Emekli Sandığı Gelirler ve Giderler

Tablo 3: Bağ-Kur Gelirler ve Giderler

Tablo 4: Emekli Sandığı Aktif, Pasif Sigortalı Oranları

Tablo 5: Bağ-Kur Aktif- Pasif Sigortalı Oranları

Tablo 6: Sosyal Sigortalar Kurumu Aktif- Pasif Sigortalı Oranları

Tablo 7: Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri

Tablo 8: Ükelere Göre Çalışma Süreleri, Emeklilik İçin Gerekli Çalışma Saati

Tablo 9: Ükeler Göre Emeklilik Yaşı, Yaşam Beklentisi, Emeklilik Sonrası İçin Çalışma

Tablo 10: S.S.K' nın Yatırım Harcamaları Sağlık Hizmetleri Ödemeleri

Tablo 11: Yaşa Göre Sigortalı Ve Prim Ödeme Gün Sayıları

Tablo 12: Sosyal Güvenlik Kurumu Organizasyon Şeması

Tablo 13: Düzce İli Nüfusunun Dağılımı

Tablo 14: Düzce İli'nde Yıllara Göre Yıl Ortası Nüfus

Tablo 15: Düzce İli Yaş Gruplarına Göre Kadın Erkek Nüfusunun Oranı

Tablo 16: Düzce’de Kamu Sağlık Kuruluşları

Tablo 17: Düzce İli Sağlık Ocakları

Tablo 18: Düzce’de Sağlık Ocaklarının SB Standart Kadro Doluluk Oranları

Tablo 19: Sağlık Ocaklarında Çalışan Başına Düşen Ortalama Nüfus

Tablo 20: Düzce de Sağlık Ocakları Hizmetlerine ilişkin Bazı Ölçütler

Tablo 21: Düzce’de Sağlık Ocakları Çalışmaları

Tablo 22: Düzce Verem Savaş Dispanseri Çalışmaları

Tablo 23: Düzce’de Yeşil Kartlı Nüfusun İlçelere Göre Dağılımı

Tablo 24: Dönemler İtibariyle Düzce İli Poliklinik Muayene Sayıları

Tablo 25: Dönemler İtibariyle Düzce İli Gezici Mobil Hizmet Faaliyeti Değerlendirmesi

ÖNSÖZ

Hayatım boyunca benden desteğini esirgemeyen aileme, eğitimim süresince bana verdiği emeklerden dolayı Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsündeki hocalarıma ve bu çalışmadaki yardımlarından dolayı Türk Tabipler Birliğine ve Hafize Eren'e teşekkürlerimi bir borç bilirim.

GİRİŞ

Sosyal güvenlik; toplumlarda insan onuruna yakışır bir şekilde, başka insanlara muhtaç olmadan yaşamalarının ve kişisel özgürlüklerinin teminatıdır.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25 inci maddesinde; "her insanın yiyecek, giyecek, konut, tıbbî bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dahil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığını ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu" ifadesi ile sosyal güvenlik hakkı da temel insan hakları arasında sayılarak, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesi, uluslararası bir metin ile garanti altına alınmıştır.

Birleşmiş Milletler tarafından 10.12.1948 tarihinde kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 22 nci maddesinde ; her kişinin toplumun bir üyesi olarak sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ilkesine yer verilip, her ülkenin sosyal ve ekonomik kaynakları göz önünde tutularak söz konusu hakkın gerçekleşmesi için ulusal çaba ve uluslararası işbirliği öngörülmüştür. Birleşmiş Milletler Teşkilatı bünyesinde oluşturulan Uluslararası Çalışma Teşkilatı ve Uluslararası Sosyal Güvenlik Teşkilatı gibi kuruluşlara, Birleşmiş Milletlere üye ülkelerin sosyal güvenlik politikaları ve organizasyonlarına yardımcı olma görevi verilmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 60 ıncı maddesinde, "herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, Devletin bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacağı ve gerekli teşkilâtı kuracağı" belirtilmiştir. Buna göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkından

yararlanması gerekmekte birlikte, bu hakkın sağlanması ve kişilerin bugünlerinin ve yarınlarının güvenliği için gereken önlemleri alma ve örgütü kurma görevleri de devlete verilmiştir.

Türk Sosyal Güvenlik Sistemi, 1990'lı yıllarda ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmış ve mali kriz içine girmiştir. Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının yıllık gelirleri giderlerini karşılayamamakta ve açıklar her geçen yıl katlanarak artmaktadır. Bu gün gelinen noktada, bu kuruluşların devlet yardımı olmadan ayakta durabilmeleri imkansız hale gelmiştir. Sistemin açıkları, kamu açıklarının önemli bir nedenini oluşturur hale gelmiştir. Dolayısıyla, sosyal güvenlik sisteminin reformu, ekonomide istikrar sağlayacak yapısal reformların önemli bir parçasıdır. Sosyal güvenlik sistemimizi krize sürükleyen en önemli neden, temel sigortacılık kurallarından uzaklaşarak, sistemin politik müdahalelere maruz bırakılması ve bunun sonucunda aktüeryal dengelerin bozulmasıdır.

Sosyal güvenlik alanında reforma yol açan sebeplerin başında finansman güçlüklerinin geldiği çoğunlukla kabul edilen bir görüştür. Öte yandan sosyal güvenliğin örgütlenmesinden kaynaklanan ve çoğunlukla sisteme siyasal etkileri mümkün kılan yapılanma da reform fikrini kabul görür hale getirmiştir. Bunun yanında 1980 sonrası bireyi ön plana çıkaran görüşlerin de sosyal güvenlik alanındaki bu yeni gelişimi etkilediği bir gerçektir. Özetle belirtmek gerekirse, sosyal güvenlikte özelleştirme fikri, sosyal güvenliğin kendi içsel sorunları yanında, konjonktürün de etkisi ile bir çok çevrede kabul görür hale gelmiştir.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı hükümet programında ve acil eylem programında sosyal güvenlik sisteminde bir reform yapmayı planlamıştır. Bakanlık düşündüğü reformun ana çatısı hakkındaki düşüncelerini “ Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi “ adı altında 29 Temmuz 2004 tarihinde kamuoyuna sunmuştur. Yapılan çalışmalar sonucu son halini alan “sosyal güvenlik reformu” kapsamındaki kanunlar bu çalışmanın son halini aldığı Mayıs 2006 tarihi itibarıyla onaylanma sürecindedir. Örneğin; sosyal güvenlik kurumu kanunu, ikinci kez cumhurbaşkanlığına sevk edilip onaylandıktan sonra 20.05.2006 tarihinde resmi gazetede yayınlanmıştır. Sosyal güvenlik reformu kapsamındaki kanunlar 01.01.2007 tarihinden sonra uygulanmaya başlanacaktır.

Konusu, ‘‘Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi’’ isimli bu çalışmanın birinci bölümünde; sosyal güvenlik kavramına, Türkiye’deki sosyal güvenlik sistemine ve sosyal güvenlik sistemin sorunlarına değinilmiştir.

İkinci bölümde; sosyal güvenlik sisteminin mevcut durumu çerçevesinde reforma ihtiyaç duyulma nedenleri üzerinde durulmuş, sosyal güvenlik reformu değlendirilmiş ve reformun ana bileşeni olan sosyal güvenlik kurumu kanunu incelenmiştir.

Üçüncü bölümde; genel sağlık sigortası kavramı üzerinde durulmuş, Türkiye’deki sağlık sisteminin mevcut durumu ile mevcut sosyal güvenlik uygulamalarının çözüm getiremediği sağlık sisteminin sorunları incelenmiş ve genel sağlık sigortası kanunu araştırılmıştır.

Dördüncü bölümde ise; genel sağlık sigortasıyla birlikte yürürlüğe girecek olması sebebiyle aile hekimliği kavramı incelenmiş, aile hekimliği pilot uygulaması hakkındaki yönetmelik araştırılmış ve Düzce ilindeki aile hekimliği pilot uygulaması çalışmalarına yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI:

Bireyler kendi istek ve iradeleri dışında bir takım risklere maruz kalabilirler. Bu riskler çalışma gücünün bir bölümünü veya tamamını geçici veya sürekli arızaya uğratabilir veya gelirin tümü veya bir kısmı kaybolabilir¹. Doğanın ve ekonomik yaşamın bireyin önüne çıkardığı tehlikelerin acımasız sonuçlarına karşı korunma ve güvenlik duygusu, insanlık tarihi ile özdeştir. Hastalık, sakatlık ve yaşlılık gibi insanoğlunun kaçınılmaz yazgısı niteliğindeki olayların, açlık, sefalet ve yoksullukla eş anlama geldiği dönemlerde, bu olayların etki çemberini kıramayan bireyin, yarın endişesinden arınarak, özgürlüğüne kavuşması ve kişiliğini geliştirmesi, olguları bir gereksinim olarak yüreğinde taşımasına karşın, olanaklı değildir. Bunların da ötesinde, çetin bir yaşam mücadelesi egemendir; ilkel toplumlarda, bu mücadele de yenik düşen yaşlı insanların bir dağın tepesine götürülerek ölüme terk edilmeleri, yeterli yiyecek bulunmaması nedeniyle ırmak kenarlarında yeni doğmuş bebek cesetlerine; yoksulluğun, yarımara duyulan güvensizliğin ve çaresizliğin bir sonucudur. Tarihin sonraki aşamalarında belki bu denli ürkütücü olaylara tanık olunmayacaktır ama yoksulluk sorunu ve güvenlik arayışı, bireylerin yaşamlarına ve toplumlara damgasını vurmaya devam edecektir. Ekonomik ve teknolojik alanda gelişmelerle sosyal alandaki gelişmelerin uyumu sağlanmadıkça, sosyal tehlikeler ve bunların doğurduğu yoksulluk sorunu varlığını koruyacaktır. Bu noktadan hareket edildiğinde varılacak sonuç ise işlevini tamamlayıp tamamlamadığı tartışma konusu edilen sosyal devlet kavramının da toplumlara damgasını vurmaya devam edeceğidir. Sosyal devletin gerçekleşme aracı olan sosyal güvenlik kavramı da tüm boyutları ile değerlendirildiğinde insanlığın eski ve derin bir gereksinmesinin somut bir belirtisidir. Bu gereksinme, yarından emin olma isteğidir. Evrensel bir ilkeye dönüşen ve çağdaş uygarlığın simgesi olan sosyal güvenlik kavramı, özde, bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için tehlike oluşturan olaylara karşı bir güvence arayışının ürünüdür. Tehlikeyle karşılaşan bireye, asgari bir güvence sağlamak, sosyal güvenliğin varoluş nedenidir. Günümüzdeki ekonomik kriz ve küreselleşme olguları, sosyal güvenliğin önemini de daha da artırmıştır².

Terim olarak sosyal güvenlik XX. Yüzyılın başlarından itibaren kullanılmaya başlamıştır. Sosyal kelimesi, somut olarak bir insan topluluğunu ifade etmekten öte, insani boyutu ile toplumu

¹ Memduh Yelekçi, Sosyal Güvenlik Hukuku, Kavramı – Tanımı ve Sonuçları, Yargı Yayınevi, Ankara 2002, s.192

² Prof.Dr.Ali Güzel, Prof.Dr.Ali Rıza Okur, Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Basım, s.1-2

ilgilendirmekte ve zihniyet olarak karşılıklı yardımlaşma, eşitlik ve sosyal adalet unsurlarını içeren bir anlam taşımaktadır. Güvenlik kelimesi ise tehlike ile birlikte hatırlanır ve tehlikenin ve zararların olmadığı bir durumu ifade eder. Buna göre sosyal güvenlik, “tehlikenin zararlarından uzak olma ve gelecekte emin olma” duygusu ve bu duygunun ifade ettiği tatmin anlamına gelmektedir. Bu açıdan fertlerin istekleri ve iradeleri dışında uğrayacakları tehlikelerin zararlarından kurtarıma garantisi olarak tarif edilebilen sosyal güvenlik, tehlike meydana gelmeden önce bu garantinin varlığına dayalı soyut bir tatmin duygusu, tehlike meydana geldikten sonra ise tehlikenin zararlarını ortadan kaldırmaya yönelik somut tedbirler bütünü olarak ortaya çıkmaktadır.

Sosyal güvenlik teriminin söz konusu olduğu her durumda tehlike vardır. Güvenlik ihtiyacı tehlikenin kendisinden ve verdiği zararlardan uzak kalma veya en az zararla kurtulma isteğinden kaynaklanır ve mutlaka karşılanması gereken temel insan ihtiyaçlarından birini oluşturur. İnsanların güvenlik ihtiyacını sağlamak için tehlikelere karşı yürüttükleri mücadelenin iki boyutu vardır.

- ◆ Tehlikenin kendisini yok etmek, ortadan kaldırmak veya eğer bunlar mümkün değilse meydana geliş şiddetini ve zararlarını azaltmak için yapılan mücadele ilk boyutunu oluşturmaktadır.
- ◆ Yürütülen bütün mücadelelere ve sağlanan başarılarla rağmen tehlikelerin tamamen ortadan kaldırılması mümkün olmayacağından, insanlar mutlaka tehlikeye maruz kalacaklar ve bundan zarar göreceklerdir. Bu durumda ikinci bir mücadeleyi, yani tehlikeye maruz kalanları bu zararlardan kurtarma mücadelesini başlatmak gerekecektir.

Sosyal güvenlik bu ikinci tür mücadeleye verilen addır ve “sebebi ne olursa olsun, tehlikeye maruz kalarak muhtaç duruma düşen fertlerin ve ailelerin uğradıkları tehlikelerin zararlarından kurtarılarak yaşadıkları toplum içinde, diğer insanların himmetine ihtiyaç duymadan, insan haysiyetine yaraşır asgari bir hayat standartına kavuşturulmalarını” ifade eder.

Tehlike meydana geldiği zaman ortaya çıkan ve karşılaması gereken zararlar, mal varlığına yönelik zararlar, çalışma gücünün kısmen veya tamamen, sürekli veya geçici olarak kaybedilmesi, gelirin tamamının veya bir kısmının, sürekli ve geçici olarak kesilmesi ve gider

artışının karşılanması olmak üzere dört grupta toplanabilir. Sosyal güvenlik mal varlığına yönelik zararlar dışındaki zararları karşılamaya yönelik tedbirlerden oluşur.

Sosyal güvenlik ihtiyacı doğuran tehlikeler, başta meydana geliş sebeplerine göre olmak üzere, ortaya çıkardıkları zararlara veya sürelerine göre olmak üzere çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Mesela sebeplerine göre tehlikeler, insanların iradi veya gayri iradi olarak sebep olduğu kaza, hırsızlık gibi tehlikeler, tabiat kuvvetlerinin sebep olduğu deprem, su baskınları ve dolu gibi tabii afetlerle ilgili tehlikeler, biyolojik faktörlerin sebep olduğu hastalık, yaşlılık ve ölüm gibi tehlikeler ile iktisadi faktörlerin sebep olduğu işsizlik gibi tehlikeler olarak sınıflandırılmaktadır. Verdiği zararlara göre ise hastalık, malullük, yaşlılık ve ölüm gibi fiziki tehlikeler şeklinde veya işsizlik veya aile gelirinin yetersizliği gibi iktisadi tehlikeler olarak tasnif edilebilmektedir³.

1.2. SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ KURULUŞ NEDENLERİ

Tarih boyunca hemen her toplumda, daha çok sosyal yardım veya sosyal hizmet biçiminde çeşitli sosyal etkinliklerin yer aldığı görülmektedir. Söz konusu etkinliklerin büyük bir bölümü dinsel kaynaklı görevlerin yerine getirilmesi şeklinde başlamış olup, bu görevler batı toplumlarında kiliseler, İslam toplumlarında da vakıf ve benzeri hayır kurumları aracılığıyla gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

Batı Avrupa ülkelerinin sanayi toplumları haline dönüştüğü 19. yüzyıldan itibaren, özellikle iş ve çalışma olanağı bularak sınıai tesislerin çevresindeki kentlere yerleşenlerin yaşama ve çalışma koşullarının yanı sıra hastalık, malullük, yaşlılık ve işsizlik gibi sosyal risklerinin giderek artmasıyla birlikte, sosyal güvenlik hizmetlerinin daha sistemli ve organize bir şekilde yürütülmesi gereği ortaya çıkmıştır.

Sosyal güvenlikle ilgili yükümlülükleri takip etmek ve belirli koşulların varlığı halinde, herhangi bir sosyal riskle karşı karşıya kalındığında, ilgiliyi sosyal güvenliğin olanaklarından yararlandırmak, her toplumda devletin kuracağı ve bir merkezden yöneteceği organizasyonlara ihtiyaç göstermiştir. Esasen, sunulan hizmetin önemi ve özelliği itibariyle kamusal bir nitelik taşıması, bu konuda yasal ve kurumsal düzenlemeleri zorunlu kılmıştır. Özellikle II. Dünya Savaşından sonraki tarihlerde yürürlüğe konulan çeşitli ülkelere ait anayasalarda, devletin niteliği

³ Yusuf Alper, Sosyal Sigortalar (SSK), Bursa 1997, ss.4,5

belirtilirken, devletin sosyal hukuk devleti olduğu vurgulandıktan sonra, herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip bulunduğuna ve devletin bu hakkın kullanımını sağlayacak ortamı ve olanakları hazırlaması gerektiğine ilişkin hususlar düzenlenmiştir.

Birleşmiş Milletler tarafından 10.12.1948 tarihinde kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 22 nci maddesinde; her kişinin toplumun bir üyesi olarak sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ilkesine yer verilip, her ülkenin sosyal ve ekonomik kaynakları göz önünde tutularak söz konusu hakkın gerçekteşmesi için ulusal çaba ve uluslararası işbirliği öngörölmüştür. Birleşmiş Milletler Teşkilatı bünyesinde oluşturulan Uluslararası Çalışma Teşkilatı ve Uluslararası Sosyal Güvenlik Teşkilatı gibi kuruluşlara, Birleşmiş Milletlere üye ülkelerin sosyal güvenlik politikaları ve organizasyonlarına yardımcı olma görevi verilmiřtir⁴.

1.3. DÜNYADA UYGULANAN BAşLICA SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİ

Halkını sosyal risklere karşı koruma altına alan devletler koruyucu sistemlerini ülkelerinin iktisadi ve sosyal gelişmişlik düzeyine, geleneklerine, komşu ülkelerden aldıkları örneklere, üst düzey siyasilere ve bürokratlarının tercihlerine ve nihayet bilim adamlarının tavsiyelerine uygun olarak oluşturmaktadır. Bu itibarla, dünyada tek bir sosyal hukuk düzeni mevcut olmayıp her ülkenin kendine özgü bir yapılanması vardır. Ancak söz konusu yapılanmalar ortak özellikleri dikkate alınarak gruplandırılabilir. Nitekim sosyal güvenlik sistemlerini şu temel başlıklar altında tasnif edebilmek mümkündür.

1.3.1.İşçi Sigorta Sistemi

Modern anlamda sosyal güvenlik, bir sistem olarak devlet tarafından ilk kez 1881 yılında Almanya'da kabul edildi. O tarihe kadar, Almanya'da çalışanlar ve işverenler tarafından kurulmuş birçok sigorta sandığı mevcuttu. Ancak, bunlara ödenen aidat ve sundukları hizmet oldukça farklıydı. Üyelik ihtiyari olup, tüm çalışanları bünyesinde toplayamamaktaydılar. İşçilerin içinde bulunduğu ağır çalışma koşulları ve gereksinimleri olan sosyal güvence, Almanya İmparatoru I'nci Wilhelm ve Başbakan Bismarck tarafından fark edilince gerekli reformlar yapılmaya başlandı. Ülkede dağınık şekilde bulunan sigorta kurumları, toplulaştırılarak aidat ve edimlerde standartlaşmaya gidildi. Sigortalı olmak zorunlu hale

getirildi. Bu amaçla 1883’de hastalık, 1884’de kaza ve 1889’da yaşlılık ve sakatlık sigortaları kuruldu. Daha sonra bu ülkeyi, Avusturya ve diğer birçok ülke örnek aldı.

Halen Almanya’da, risk türlerine göre kurulmuş çok sayıda sandık mevcuttur. 1207 hastalık, 79 kaza sigortası ve 23 rant sigortası kasası faaliyette bulunmaktadır. Belirtmek gerekir ki, bu ülkede “sandıkta çokluk ilkesi” yanında “mevzuatta birlik ilkesi” hakimdir. Yani, çok sayıda sandığa karşın çalışanlar paralel hükümler getiren sigorta mevzuatına tabidirler.

1.3.2.Halk Sigortası Sistemi

Tarım toplumu esas alınarak kurulmuş bulunan geleneksel müesseseler, sanayileşme sonrası toplumsal sorunların çözümünde yeterli olmayınca İngiltere’de de siyasi iktidarlar yeni bir sosyal düzen tesisi için çaba göstermeye başladılar. Bunun için önceleri Almanya’yı örnek aldılar. Ancak sonradan, İngiltere kendine özgü bir model oluşturdu. Bir “Sosyal Güvenlik Komisyonu” kurularak başkanlığına Sir William Beveridge atandı. Beveridge, ülkede mevcut sosyal tarafların (127 kuruluşun) görüşlerini alarak yeni bir sistem geliştirildi. Kendi adı ile anılan bu düzende, sadece çalışanlar değil ülkede mukim tüm fertler koruma kapsamına alınmaktadır. Klasik sosyal riskler için (iş kazası, meslek hastalıkları, hastalık, analık, maluliyet, yaşlılık ve ölüm) 15 – 65 yaş arası herkes prim öder. Primler işçi ücretlerinin yüzdesi üzerinden, diğerinde maktu bir miktar olarak ödenir. Karşılığında maktu edime hak kazanır. Bu sistemde müstahdem, işçi, bağımsız çalışan ve memur ayrımı yoktur. Çalışanların kendilerine özgü bir sigorta kurumu mevcut değildir. Hizmetler merkezi bir kurum ve ona bağlı taşra teşkilatı tarafından sağlanır. İşçiler, ister iseler ek sigorta kurumu kurabilirler.

İngiltere’de sağlık hizmetleri de tek bir teşkilatça (Sağlık Bakanlığı) ve bedelsiz olarak sunulur. Bu itibarla, ülkede sağlık dışındaki riskler açısından sigorta, sağlık açısından ise devletçe bakım yönteminin uygulandığı görülmektedir.

1.3.3.Karma Sistem

Bismarck ve Beveridge’in oluşturdukları modellerden dünyada birçok ülke esinlendi. Bazıları modelleri aslına yakın bir şekilde benimserken, bazıları da her ikisini birlikte uygulamayı uygun gördü. Yani işçi sigortası ve halk sigortası bir arada uygulandı. Örneğin Hollanda’da önceleri Alman modeli esas alınmış, sonra Beveridge’den esinlenerek kurulan bir komisyon herkesi tüm risklere karşı koruyacak şekilde reform çalışmaları yapmıştır. Sonuçta ortaya çıkan tabloda, halk hastalık, analık, kaza, sakatlık, çocuk sahibi olma, yaşlılık ve ölüm

risklerine karşı değişik düzenlemelerle koruma altına alınmıştır. Finansman, işçiler için işverenleri tarafından ücretlerin belirli bir yüzdesi üzerinden sağlanmaktadır. 15 – 65 yaş arası halk maktu prim ödemekte, belirtilen yaş sınırının altında ve üstünde kalanlar ise primden muaf tutulmaktadır. Tahsilat görevi, vergi dairelerine verilmiştir. İş görmezlik doğuran ve tedaviyi, gerektiren söz konusu durumlar için, 26 adet bölge hastalık kasası faaliyette bulunmaktadır. Ancak, Hollanda’da halk – istisnalar hariç sadece 365 günden fazla süren rahatsızlıklar bakımından koruma kapsamına alınmışlardır. Yaşlılık ve ölüm riskleri için ise, ülke genelinde yetkili tek kurum olarak Sosyal Güvenlik Bankası hizmet vermektedir.

İşçiler 365 günden kısa süren iş göremezlik, hastalık ödeneği, sakatlık ve işsizlik riskleri için ayrıca koruma kapsamına alınmışlardır. Bunun için gerekli finansman anılan her risk için ayrı olmak üzere, ücret üzerinden yüzde olarak işçi ve işverence sağlanmaktadır. Halka hizmet sunan bölge hastalık kasaları, işçilerin uzun süreli tedavilerinde olduğu gibi, kısa süreli tedavilerinde de görevlidirler. Ayrıca doğum hizmetleri, hastalık ve analık paraları, sakatlık aylığı ve işsizlik ödeneği bu kasalar tarafından sağlanır. İşçilerin ayrıca isteğe bağlı olarak bir işletme sandığında, bir meslek kasasında ya da özel sigorta şirketinde ek yaşlılık sigortası sahibi olabilmesi mümkündür⁵.

1.3.4.Devletçe Bakım Sistemi

Yeni Zelanda ve Danimarka gibi bazı ülkeler, tüm sosyal riskler bakımından sigorta sistemini devre dışı bırakıp, sağlanacak edimlerden sadece devleti sorumlu tuttular. Örneğin, Yeni Zellanda’da geliri yetersiz tüm fertler toplumdaki nafaka alacaklısı kabul edildiler. Amaç herkese asgari bir yaşam düzeyi sağlamak olarak belirlendi. Mesleki ve sosyal durumu ne olursa olsun yoksul durumdaki fertler, sosyal güvenlik hakkından yararlanma hakkına sahip sayılmaktadır. Yararlanmanın kapsamı, önceki kazanç düzeyine göre belirlenmektedir. Giderlerin finansmanı, prim yerine vatandaşların ödemekte oldukları vergilerle karşılanır.

Devletçe bakım sisteminin uygulandığı bir diğer ülke olan Danimarka’da halk aylığı, zorunlu resmi iş pazarı ek aylığı ve gayri resmi, ihtiyari iş pazarı ek aylığı uygulamaları mevcuttur. Sosyal Aylık Yasası gereği, tüm vatandaşlar, cinsiyet ve şahsi durum ayırımı yapılmaksızın 67 yaşını doldurduklarında “halk aylığı”na hak kazanmaktadır. Bu aylık herkes için aynı yüksekliktedir. Ancak, iktisadi yoksunluk hallerinde, kişiye bağlı bir ek ödeme ve yakacak yardımı yapılmaktadır. Herkes hak sahibi olduğu için, ölüm aylığı tanınmamıştır. Aylık

⁵ Türk-İş Yayınları, ‘Sosyal Güvenlik Raporu’, Ankara 2005, ss.49-50

alabilmek için ilginin 15 – 67 yaş arası en az 3 yıl Danimarka’da daimi ikametgâh sahibi olması gerekir. Merkezi yönetim Sosyal İşler Bakanlığı’na ait olmakla birlikte, edimler mahalli yönetimlerin sosyal işler merkezlerince sağlanmaktadır. Edimler sadece vergiler ile finanse edilmektedir.

Danimarka’da zorunlu resmi iş pazarı aylığı, işçileri kapsamına alan mecburi bir koruyucu sistemdir. 16 – 66 yaş arasında olup da her hafta en az 40 saat çalışan işçiler için yıllık ücretlerinin % 1,3’ü kadar prim tahakkuk ettirilir. İşverence çalışanların ücretlerinden kesilen primin 1/3’ü işçi, 2/3’ü işveren tarafından karşılanır. ATP denilen aylık, 67 yaşını dolduranlara bağlanır. Halk aylığının aksine, işçi sigorta aylığında ölüm aylığı vardır. 62 yaşını doldurmuş ve en az 10 yıldan beridir evli olan eşler ölüm sigortası kapsamındadır. Onlar normal aylığın yarısını alırlar. ATP sistemi merkezi bir yönetime tabi olup bir yönetim kurulu, bir denetim kurulu ve bir direktör tarafından yönetilir. Yönetimde ise, eşit sayıda işçi ve işveren bulunmaktadır⁶.

Gayri resmi ihtiyari iş pazarı ek aylığının yapısı, kamu ve özel sektörde ayrıdır. Özel sektörde işçi sendikalarının ve işverenlerin bağlı oldukları üst örgütler arasında yürütülen toplu sözleşmelerde işletme içi edimler (türleri ve içerikleri) belirlenmektedir. Örneğin Hollanda’da 225.000 üyeli işçi örgütü LO 24.000 üyeli işveren kuruluşu DA ile mahalli, mesleki ve diğer bazı özellikler dikkate alınarak 600 anlaşma yapmıştır. Firma emeklilik kasaları, ya toplu sözleşmeler ya da münferit sözleşmeler ile kurulmaktadır. Diğer yandan, çalışanlar firmaları vasıtasıyla münferit veya toplu olarak bir sigorta şirketine sigorta yaptırılabilir. Çok değişik uygulamaları olabilen bu ihtimalde primler tamamen veya kısmen işçi (kısmen işveren) tarafından ödenmektedir. Kamu sektöründe ise, Maliye Bakanlığı ek sigorta için işçi sendikaları ve memur kuruluşları ile ülke düzeyinde geçerli pazarlık yapma yetkisine sahiptir.

1.3.5.Koruyucu Fon Sistemi

Bu model Taivan, Güney Kore, Singapur, Vietnam ve Çin Halk Cumhuriyeti gibi Asya ülkelerinde uygulanmaktadır. Örneğin, Taivan’da özel sektörde bazı faaliyet alanlarında ve sadece 5’den fazla işçinin çalışmakta olduğu işyerlerinde yaşlılık parası fonu kurulmaktadır. Fon işçinin ücretinin %6-8’i oranında primlerle, işçi ve işverence müştereken, finanse edilmektedir. Hizmete hak kazanma koşulları üçtür: İlk şıkta kadın 55, erkek 60 yaşında ve en az bir yıldan beri çalışıyor olmalıdır. İkinci şıkta, fertler 55 yaşına ulaştığında 15 yıldan beri çalışıyor

⁶ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.51

olmalıdır. Koşullar gerçekleştiğinde kişiye maluliyet, yaşlılık veya geride kalanlara ölüm nedeniyle sadece toptan ödeme yapılmaktadır. Maaş bağlanmamaktadır. Ödemenin tutarı ise 14 aylık ücret kadardır.

İşletmelerde bir komisyon ile bir yaşlılık parası fonu kurulmakta ve tasarruflar komisyon tarafından yönetilmektedir. Anılan nedenle denilebilir ki, Taivan'da sosyal güvenlik sosyal sigorta kurumlarınca değil, işletme komisyonlarınca sağlanmaktadır. Diğer yandan, fon ile işçi arasında ne bir sigorta ne de bir tasarruf ilişkisi mevcuttur. Emekliliğe esas para, ödenmeden önceki dönemde işverenin para rezervi olarak görülmektedir. Ertelenmiş ücret olarak görülen fondaki birikim zorunlu tasarruf olarak da nitelenmektedir. Dolayısıyla, söz konusu kurumun ülkemizdeki hem kıdem tazminatı hem de zorunlu tasarruf müesseselerinin yerini almış olduğu söylenebilir.

Emeklilik için aynı işverene bağlı olarak çalışmak, ideolojik bir yaklaşımla işyerinin bir aile yuvası gibi görülmesinden kaynaklanmaktadır. Rejim teorisyenleri tarafından bu düşünce, işçiyi işletmeye bağlayan bir altın zincir olarak adlandırılmaktadır. Siyasi sistem totaliter olduğu içindir ki, ülkede mevcut sosyal politika da aynı karakteri taşımaktadır. Ancak, bu sistemden fiiliyatta işçilerin ancak %20'si yararlanabilmektedir.

1.3.6.Özel Sigorta Sistemi

Sosyal sigorta müessesinin sakıncalı görüldüğü bazı ülkelerde, ideolojik yaklaşımlarla yeni bir model geliştirilmiştir. Latin Amerika'da bir kısım devletler, yeni liberal akım sonucu mevcut sigorta kurumlarını tasfiye ederek yerlerine özel sigorta şirketlerini ikame etmişlerdir. Bu konudaki ilk çalışmalar Şili' de başlamıştır. Sözü edilen ülkede, çalışma hayatına yeni girenler özel şirketlerle poliçe imzalamışlar, eski çalışanlara ise iki seçenek sunulmuştur. Mevcut sistemde çalışmaya devam etmek ya da eski emeklilik hakları da devredilmek suretiyle yeni kurulan sandıklara tabi olmak. Özel sigorta işçiler için zorunlu, bağımsız çalışanlar için isteğe bağlı tutulup işveren prim payı kaldırılmış, böylece istihdamda rahatlama amaçlanmıştır. 1981 yılında başlayan bu model, çalışanlar için olumlu sonuçlar doğurmamıştır. Söz konusu modelin ülkemize yansımaları, bireysel emeklilik uygulamasıdır⁷.

⁷ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , ss.52-53

1.4. TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ

1.4.1. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi

Osmanlı Devletinde, ilk kuruluş yıllarından itibaren sosyal yardım ve sosyal hizmet niteliğinde çeşitli sosyal etkinlikler gerçekleştirilmiştir. İslamiyet’in yoksul, kimsesiz, hasta kişilere yönelik olarak öngördüğü kural ve kurumlar Osmanlı Devletinde sosyal güvenlik alanında çok önemli fonksiyonları yerine getirmiştir. Bu arada, sadece belirli meslek mensuplarını kapsamına almış olmakla beraber, Osmanlı döneminde “Lonca teşkilatları” da ekonomik olduğu kadar, sosyal alanda da hizmet veren kurumlardandır. Mesleki kuralların yanı sıra çırak, kalfa ve usta ilişkilerini düzenleyen Loncalar, aynı meslek kolundan “Harici aza” adını verdikleri güçsüz, malul ve hasta kişilere yardım ve destek de sağlamışlardır. Daha sonra özellikle, 1839 Tanzimat Fermanı’nı takip eden yenileşme hareketleriyle birlikte, Devlet memurlarının aylıklarının ödenmesi belirli usul ve esaslara bağlanırken, devlet hizmetinde çalışanların geleceklerine ilişkin bir kısım güvencelere sahip kılınmaları da gündeme gelmiş ve bugünkü anlamda sosyal güvenlik ilk kez kamu görevlileri için düşünülmüştür. Bu amaçla önce askeri personel için 1866’da ve daha sonra mülki personel için de 1880 yılında ayrı ayrı emeklilik sandıkları kurulmuştur. Bu sandıkların gelirleri, mensuplarının aylıklarından yapılan kesintiler ve çalıştıkları kurumlarca yapılan ödemelerden oluşturulmuştur. Ordunun harp araç ve gereçlerini imal eden ustalar için “Tophane”, tersanede çalışanlar için “Bahriye” ve Denizyolları İdaresi personeli için de “İdare-i Mahsuse”adıyla ayrı emekli sandıkları kurulmuştur. Ancak, İdare-i Mahsuse adlı sandık dışında diğer sandıklar, II. Meşrutiyeti takiben 1909 yılında kaldırılmış; sivil ve askeri personel için ayrı ayrı sandıklar yerine, askeri ve idari personelin sosyal güvenlikleri, “Askeri ve Mülki Memurlar Sandığı” adı altında tek bir sandık çatısı altında birleştirilmiş ve Cumhuriyet dönemine bu Sandık intikal etmiştir.

Osmanlı döneminden Cumhuriyet dönemine intikal eden ve askeri ve mülki personeli 1909 yılından itibaren tek çatı altına toplayan “Askeri ve Mülki Memurlar Sandığı”, hem sandık iştirakçisi personelin ve hem de bu personelin çalıştığı kurumların ödediği primlerden oluşan kaynakları kullanarak 1930 yılına kadar faaliyet göstermiştir. Ancak, geçmişteki sürekli savaşlar sırasında şehit ve malul olanlar ile bunların dul ve yetimlerinin sayısındaki artışlar nedeniyle, zaman içerisinde Sandık tarafından bağlanan aylıklar, mevcut gelir kaynaklarıyla karşılanamaz duruma gelince, 11.06.1930 tarihinde yürürlüğe konulan 1683 sayılı “Askeri ve Mülki Tekaüt Kanunu” ile prim sistemi terkedilmiş, Sandıkça yapılan ödemelerin tamamının, Devlet bütçesinden konulan ödeneklerle karşılanması uygulamasına geçilmiştir. 1683 sayılı Kanun,

sadece genel bütçeye dahil kuruluşlar ile katma bütçeli 3 kuruluşu kapsamına almış; diğer katma bütçeli kuruluşlar ile özel idare ve belediyeler hakkında yeni bir düzenleme yapılıncaya kadar eski hükümlerin uygulanmasını öngörmüştür.

Bir süre sonra özel idare ve belediyelerin mevcut gelirleriyle kendi personelinin sosyal güvenliklerini sağlayamayacakları anlaşılınca, özel idare memurları ile öğretmenler için İçişleri Bakanlığı nezdinde, 1683 sayılı Kanuna göre faaliyet göstermek üzere, 1933 yılında 2097 sayılı Kanunla “Vilayetler Hususi İdareleri Tekaüt Sandığı” adıyla yeni bir Sandık oluşturulmuştur. Daha sonra, bu sandıklar kapsamına giremeyen kamu kuruluşları ve o kuruluşlarda görevli personel için de, sosyal güvenlik alanında, kendilerine özgü emekli sandıklarının kurulması dönemine geçilmiştir. 1947 yılına kadar prim esasına göre faaliyet göstermek üzere kamu iktisadi teşebbüsleri ile belediyeler ve katma bütçeli kuruluşlarda görevli bulunanlar için ayrı ayrı “Tekaüt Sandığı” veya “Emekli Sandığı” adı altında 9 sandık daha kurularak, emeklilikle ilgili toplam sandık sayısı 11’e yükselmiştir. Bu sandıkların her birinin ayrı kanunlara dayalı olması ve her kanunda, ilgili personelin sosyal güvenliği için birbirinden farklı yükümlülükler ve birbirinden farklı haklar öngörülmesi ve bu arada bazı sandıkların, yaptıkları ödemelerin finansmanı yönünden zorluklarla karşılaşmaları, tüm kamu personelinin sosyal güvenliğini aynı ilke ve kurallara bağlayacak ve tüm sandıkları tek bir çatı altında toplayacak yeni bir düzenlemeye olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır.

Söz konusu ihtiyacı karşılamak ve kamu görevlileri ile ilgili çok sandıklı mevcut sosyal güvenlik sisteminden kaynaklanan sakıncalara son vermek amacıyla, emekli sandığı adıyla çeşitli sandıklar kurulmasını öngören tüm kanunlar iptal edilerek, yeni bir yasal düzenleme için çalışmaya başlanılmış ve bu çalışmalar 08.06.1949 tarihinde 5434 sayılı “Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu” nun kabulüyle sonuçlanmıştır. Bu arada, bazı sigorta dallarının kapsamına, işçi statüsünde çalışanlarında alınması amacıyla, 09.07.1945 tarih ve 4792 sayılı Kanunla “İşçi Sigortaları Kurumu” kurulmuştur.

İlgili sigorta kanunlarını yürütmekle görevlendirilen bu kurumun faaliyete geçmesini takiben, 27.06.1945 tarih ve 4772 sayılı Kanunla iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası, 02.06.1949 tarih ve 5417 sayılı Kanunla ihtiyarlık sigortası, 04.01.1950 tarih ve 5502 sayılı Kanunla da hastalık ve analık sigortasının uygulamasına başlanmıştır. Daha sonra 30.01.1957 tarih ve 6900 sayılı Kanunla, 5417 sayılı Kanun kaldırılarak, malullük, ihtiyarlık ve ölüm sigortasına ilişkin yeni hükümler getirilmiştir.

İşçi statüsünde çalışanlara ilişkin sigorta kollarına ait çeşitli kanunlara dağılmış bulunan düzenlemeler, sosyal güvenlikle ilgili özel hükümler içeren 1961 Anayasasının yürürlüğe girmesini takiben yeniden gözden geçirilerek, 17.07.1964 tarih ve 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu”nda birleştirilmiş; 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe giren söz konusu kanunun 136 ncı maddesiyle İşçi Sigortaları Kurumu’nun unvanı da, “Sosyal Sigortalar Kurumu” olarak değiştirilmiştir.

Anılan tüm bu düzenlemelerle, memurlar, diğer kamu görevlileri ve işçiler sosyal güvenceye kavuşturulurken, bu güvenceden yoksun kalan ve toplumun önemli bir kesimini oluşturan esnaf, sanatkar ve diğer bağımsız çalışanların da sosyal güvenlik kapsamına alınması amacıyla, 01.10.1972 tarihinde çıkarılan 1479 sayılı Kanunla “Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR)” kurulmuştur⁸.

1.4.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Organizasyonu

Türkiye’de sosyal güvenlik idaresi üç ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Devlet Bakanlığıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın bünyesinde Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) yer almaktadır. Maliye Bakanlığı’na bağlı olarak T.C. Emekli Sandığı ve Devlet Bakanlığı’na bağlı olarak ise Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bulunmaktadır.⁹

1.4.2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Ülkemizin en büyük sosyal sigorta kuruluşu olan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK); 9.7.1945 tarih ve 4792 sayılı Kanunla İşçi Sigortaları İdaresi adı altında kurulmuştur. 1.3.1964 tarih 506 sayılı Kanunla Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) adını almıştır.¹⁰ 9.1.1985 tarih 3146 sayılı Kanunla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlanarak, özel hukuk kurallarına tabi, mali ve idari bakımdan özerk bir kamu kuruluşudur. SSK’nın iştirakçilerin ücretlerinden sigortalı primi oranı %14 iken, işverenin prim oranı ise % 19.5 ile % 27 arasında değişen oranlardan oluşmaktadır¹¹.

⁸ http://www.ydk.gov.tr/Genel_Rapor_2000/II.htm

⁹ K. Arıcı, Sosyal Güvenlik , Tes-İş Eğitim Yayınları, Ankara 1999, s.178.

¹⁰ Y. Alper, a.g.e. , s.29

¹¹ Sosyal Sigortalar Kurumu, [WWW document]. URL. <http://www.ssk.gov.tr> , 15/04/2006

1.4.2.2. Emekli Sandığı

8.6.1949 tarih ve 5434 sayılı kanunla kamuda görev yapan askeri ve sivil personelin kurdukları sandıkları birleştirerek; bu personelin tamamının emeklilik ve maluliyet ile kendilerinin ölümü halinde dul ve yetimlerin sosyal güvenlik ihtiyaçlarını gidermek amacıyla kurulmuştur.

Emekli Sandığı'nın üzerine aldığı görevler 5434 sayılı Kanunda belirtilmiştir. Bu görevler arasında emekli, adi malullük ,vazife malullüğü, dul ve yetim aylığı bağlamak ve ödemek; kesenek iadesi, toptan iade yapmak; emeklilik ve evlenme ikramiyesi vermek; 2022 sayılı Kanuna göre yaşlı, muhtaç ve sakatlara aylık bağlamak; sağlık yardımı yapmak; ölüm yardımı ödemek; harp malulleri ve vazife malullerine, özel kanunlara göre gerekli yardımlarda bulunmak; emekli, dul ve yetimlerin vergi iadesi işlemlerini yürütmek; harp malulleri ile şehit dul ve yetimlerine tekel payını ödemek; emekli, dul ve yetimler için dinlenme ve bakımevleri tesis etmek ve işletmek bulunmaktadır.¹² Emekli Sandığı iştirakçilerin ücretlerinden sigortalı primi oranı % 15 ve işveren primi oranı % 20 olarak kesinti yapmaktadır.¹³

1.4.2.3. Bağ-Kur

Bağ-Kur, esnaf ve sanatkarlar ile diğer bağımsız çalışanlar tarafından sosyal sigortalar kurumu 2.9.1971 tarih ve 1479 sayılı Kanunla kurulmuş; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı özerk bir kamu kuruluşudur. Bağ-Kur yaşlılık, malullük, ölüm ve sağlık sigortası hizmetlerini vermektedir. Bu hizmetlerin tamamı sigortalılardan toplanan primlerle finanse edilmektedir

Bağ-Kur bir basamak sistemine sahiptir. 1.basamaktan ,6.basamağa kadar basamak yükseltmeleri Bağ-Kur tarafından yapılır. Her basamakta bekleme süresi bir yıldır. Altıncı basamaktan itibaren basamak yükseltmeleri sigortalının isteğine bağlıdır. Sonraki 2 yılda 7-12 arası basamakları ve bir yılda 12-24 arası basamakları bulunmaktadır. Basamak yükseltmek için sigortalı iki yılını doldurmak zorundadır.¹⁴

¹² T.C. Emekli Sandığı , [WWW document]. URL. <http://www.emekli.gov.tr/genel.html>, 15/04/2006

¹³ Y. Alper, a.g.e. , s.30

¹⁴ Bağ-Kur , [WWW document]. URL. <http://www.bagkur.gov.tr/genel6.html>, 15/04/2006

1.4.3. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin İşleyişi

Türkiye’de emeklilik fonlarını idare eden SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı temel olarak dağıtım sistemine (pay-as-you-go) göre işlemektedir. Dağıtım sistemi sistemdeki aktif üyelere topladığı geliri (mevcut çalışanlardan toplanan primler), pasif üyelere dağıtması (mevcut emeklilerin finansmanı) esasına dayanmaktadır. Yani belirli dönemde toplanan primler yine o dönemde harcanmaktadır. Bu sistemin kuruluşunda çalışanlardan toplanan primler rezerv olarak bir fon oluşturmakta kullanılır. Böylece prim gelirlerinin yanı sıra yatırım geliri de elde edilebilir. Sistemin ilk kuşağını oluşturan grup emekli olduğunda, ikinci kuşak birinci kuşağı finanse eder ve böylece dağıtım sistemi işlemiş olur. Aktif ve pasif üyelerin sayılarındaki oran dağıtım sisteminin (PAYG) işlemesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Dağıtım sisteminin bir başka açıdan tanımı ise, “para değerindeki düşmenin (yüksek enflasyon en önemli neden) zararlı sonuçlarından korunmak için birçok ülkenin emeklilik yardımları için kullandıkları finansman yöntemi” olarak yapılmaktadır¹⁵.

1.4.4. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Hukuki Yapısı

Türkiye’de sosyal güvenlik hizmetleri için SSK, T.C. Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR olmak üzere üç ana kuruluş teşkil edilmiştir. Bu arada, 25.08.1999 tarih ve 4447 sayılı Kanunla 01.06.2000 tarihinde uygulamaya konulan “işsizlik sigortası”nı yürütmekle görevlendirilen Türkiye İş Kurumu(İŞ-KUR) da, istihdam alanındaki işlevlerinin yanı sıra, bu sigorta kolu açısından sosyal güvenlik hizmeti veren kuruluş niteliği kazanmıştır.

01.01.1946 tarihinde yürürlüğe giren 09.07.1945 tarih ve 4792 sayılı Kanunla kurulan ve zaman içinde kuruluş kanununda çok sayıda ek ve değişiklikler yapılarak, faaliyetini genel müdürlük düzeyindeki teşkilat yapısıyla yaklaşık 55 yıl boyunca sürdüren SSK, 29.06.2000 tarih ve 4588 sayılı Yetki Kanununa istinaden, Bakanlar Kurulunca 24.08.2000 tarihinde kararlaştırılan 616 sayılı KHK ile “Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı” unvanıyla yeniden yapılandırılmıştır. Anılan KHK ile Kurumun başkanlık statüsünde teşkilatlanması sağlanmış; sigorta ve sağlık hizmetleri birbirinden ayrılarak, Kurum Başkanlığına bağlı, ancak ayrı tüzel kişilikleri olmayan, Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü oluşturulmuştur.

¹⁵ H. Ekdemir , Ulusal/Uluslararası Çalışma-Sosyal Güvenlik-Hukuk-Ekonomi Deyimleri Sözlüğü ,SSK Genel Müdürlüğü, Ankara 1992, yayın no: 538, Cilt:1, s.333

4792 sayılı Kanunun yürürlüğü süresince Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyetini sürdüren SSK'nın bu konumu 616 sayılı KHK ile değiştirilerek; Kurumun aynı Bakanlığa bağlı Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilgili kuruluşu olduğu hükmüne bağlanmıştır.

SSK'nın özel hukuk hükümlerine tabi, tüzel kişiliği haiz, mali ve idari bakımdan özerk bir kamu kuruluşu olarak belirlenen nitelikleri ise yeni düzenlemede de aynen korunmuştur.

T.C. Emekli Sandığı'nın kuruluş, görev ve yetkileri ile çalışma usul ve esasları 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe giren 08.06.1949 tarih ve 5434 sayılı Kanunla düzenlenmiştir.

Genel olarak, memur ve benzeri konumdaki kamu personelinin sosyal güvenliğini düzenleyen bir kanun olarak tanımlanabilecek olan 5434 sayılı Kanunda, yürürlüğe girişinden bu yana geçen 50 yılı aşkın süre içinde, Sandığa tabi kamu kurum ve kuruluşları ile buralarda görevli personelin sosyal güvenliklerine ilişkin ilke ve kuralların yanı sıra, Sandıkla ilgilendirilecek kuruluşlar ve görevlilerle ilgili çok sayıda değişiklikler yapılmış ve anılan kanuna ek madde, geçici madde ve ek geçici madde olarak, kanunun ana maddeleri kadar çok sayıda yeni hükümler getirilmiştir.

T.C. Emekli Sandığı, anılan kanun ve sandık "Ana Yönetmeliği" ile belirli usul ve esaslar dahilinde Maliye Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyetini sürdürmektedir.

Türkiye'de esnaf ve sanatkarlar ile diğer bağımsız çalışanlar, ilk kez 01.10.1972 tarihinde yürürlüğe giren 1479 sayılı Kanunla sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmışlar ve bu kesimin sosyal güvenliklerine ilişkin tüm işlemleri yürütmek üzere, yine aynı kanunla, kısaca "BAĞ-KUR" olarak adlandırılan "Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu" kurulmuştur. Daha sonra, 29.08.1977 tarih ve 2108 sayılı Kanunla köy ve mahalle muhtarları, 19.04.1979 tarih ve 2229 sayılı Kanunla isteğe bağlı olarak ev kadınları ve 17.10.1983 tarih ve 2926 sayılı Kanunla da tarımda bağımsız çalışanlar, BAĞ-KUR kapsamında sosyal güvenlik olanaklarına kavuşturulmuşlardır. Öte yandan, başlangıçta uygulanmayan sağlık sigortası 05.11.1985 tarih ve 3235 sayılı Kanunla, önce 1479 sayılı Kanuna tabi olanlar için ve daha sonra 04.11.1998 tarih ve 4386 sayılı Kanunla da 2926 sayılı Kanuna tabi bulunan tarım sigortaları için uygulamaya konulmuştur. BAĞ-KUR tarafından yürütülen işlemlerin hukuksal dayanağını oluşturan 1479 ve 2926 sayılı Kanunlarda, yürürlüğe girdiklerinden bu yana değişen koşullar ve doğan yeni gereksinimler sonucu bir çok değişiklikler yapılmış olmakla beraber, anılan kanunlarda en kapsamlı değişiklikler 4588 sayılı Yetki Kanunu uyarınca, Bakanlar Kurulunca 24.08.2000 tarihinde kabul edilen 619 sayılı KHK ile gerçekleştirilmiştir.

04.10.2000 tarih ve mükerrer 24190 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan söz konusu KHK'yle, daha önce 1479 sayılı Kanunun yanı sıra, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın kuruluşuna ilişkin 3146 sayılı Kanuna göre de, anılan Bakanlığın "bağlı kuruluşu" statüsünde bulunan BAĞ-KUR'un bu konumu, SSK'da olduğu gibi değiştirilerek, aynı Bakanlığa bağlı olarak yeni kurulan "Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı"nın "ilgili kuruluşu" olması öngörülmüştür. Kurumun özel hukuk hükümlerine tabi, tüzel kişiliği haiz, mali ve idari bakımdan özerk bir kamu kuruluşu olarak belirlenen niteliklerine ise yeni düzenlemede de aynen verilmiştir.

616 sayılı KHK ile SSK'da, 619 sayılı KHK ile de BAĞ-KUR'da yeni bir hukuki ve kurumsal süreç içine girilirken; anılan kararnamelerin Resmi Gazetede yayımlandığı tarihten bir gün sonra, Anayasa Mahkemesinin 05.10.2000 tarih ve E. 2000/45, K. 2000/27 sayılı kararıyla, söz konusu kararnamelere dayanak teşkil eden 4588 sayılı Yetki Kanunu iptal edilmiştir. Bu kararın ardından, yasal dayanaktan yoksun kalan kararnamelerin de iptali yönünde açılan davalar sonucu, Anayasa Mahkemesinin 26.10.2000 tarih ve E. 2000/61, K. 2000/34 sayılı kararıyla önce 619 sayılı KHK, daha sonra aynı mahkemenin 31.10.2000 tarih ve E. 2000/65, K. 2000/38 sayılı kararıyla da 616 sayılı KHK iptal edilmiştir.

Anayasa Mahkemesince, iptal kararlarının doğuracağı hukuksal boşluk kamu yararını ihlal edici nitelikte görülerek; 619 sayılı KHK ile ilgili iptal kararının, Resmi Gazetede yayımlanmasını takiben dokuz ay sonra; 616 sayılı KHK ile ilgili iptal kararının da yine Resmi Gazetede yayımlanmasını takiben bir yıl sonra yürürlüğe girmesi karara bağlanmıştır. Buna göre, 619 sayılı KHK'ya ilişkin iptal kararının Resmi Gazetede yayımlandığı 08.11.2000 tarihinden itibaren dokuz ay içinde BAĞ-KUR'la ilgili olarak; 616 sayılı KHK'ya ilişkin iptal kararının Resmi Gazetede yayımlandığı 10.11.2000 tarihinden başlayarak bir yıl içinde de SSK ile ilgili olarak, yeni yasal düzenlemelerin yapılması gereği ortaya çıkmıştır. Belirtilen bu gelişmeler üzerine, her iki kuruluşla ilgili yasal düzenleme çalışmalarına başlandığı ve hazırlanan tasarıların TBMM'nin ilgili komisyonlarında görüşülerek TBMM Genel Kurulu'na intikal ettirildiği gözlenmiş; ancak öngörülen süreler dolmadan tasarıların yasalaştırılması sağlanamamıştır. İnceleme tarihi (Mayıs/2002) itibariyle de, yasal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir.

Bu durumda, 619 sayılı KHK'nın iptal kararının yürürlüğe girdiği 08.08.2001 tarihinden itibaren BAĞ-KUR, 616 sayılı KHK'nın iptal kararının yürürlüğe girdiği 10.11.2001 tarihinden itibaren de SSK, önemli bir hukuksal boşlukla karşı karşıya kalmıştır. Fiilen var olan, ancak yasal boşluk nedeniyle hukuki varlıkları ve işlemlerinin yasal dayanağı tartışılır hale gelen söz konusu

kuruluşların faaliyetlerinde aksamalar meydana gelmektedir. Aynı sorun 4447 sayılı Kanunla, işsizlik sigortası ile ilgili olarak belirli görev, yetki ve sorumluluklar verilen İŞ-KUR'da da ortaya çıkmıştır.

İş ve İşçi Bulma Kurumu unvanıyla faaliyet göstermekte iken, 24.08.2000 tarihinde çıkarılan 617 sayılı KHK ile Türkiye İş Kurumu unvanıyla yeniden yapılandırılan Kurum, Anayasa Mahkemesinin 31.10.2000 tarihli kararıyla söz konusu KHK'nın iptal edilmesi ve iptal kararının yürürlüğe girdiği 08.08.2001 tarihine kadar yeni yasal düzenlemenin yapılmaması nedeniyle, SSK ve BAĞ-KUR gibi hukuksal bir boşluk içine girmiştir¹⁶.

1.4.5. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Denetimi

Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu Hakkında 72 sayılı KHK'nın , amaç ve kapsam başlıklı 1 inci maddesi ile; KİT'ler, özel kanunlarında YDK'nın denetimine tabi olduğu belirtilen kuruluşlar ve sosyal güvenlik kuruluşlarının, Yüksek Denetleme Kurulu'nun denetimi kapsamında olduğu hükme bağlanmıştır. Sosyal güvenlik kuruluşlarının, kendi kuruluş kanunlarında da YDK'nın denetimi ile ilgili özel hükümlere yer verilmiştir.

SSK'nın kuruluşuna ilişkin 4792 sayılı Kanunda olduğu gibi, 616 sayılı KHK'nın 55 inci maddesinde; T.C. Emekli Sandığı'nın kuruluşuna ilişkin 5434 sayılı Kanunun 1 inci maddesinde; BAĞ-KUR'un kuruluşuna ilişkin olarak da 1479 sayılı Kanunun 1 inci maddesinde, bu kurumların YDK'nın denetimine tabi oldukları belirtilmiştir.

Diğer yandan, işsizlik sigortasının gerektirdiği görev ve hizmetler için mali kaynak sağlamak, piyasa şartlarında kaynakları değerlendirmek ve kanunun öngördüğü ödemelerde bulunmak üzere, 4447 sayılı Kanunla kurulan "İşsizlik Sigortası Fonu"nun denetimi de, aynı Kanunun 53 üncü maddesi ile YDK'ya verilmiştir. Fonun gelir ve giderlerinin ayrıca, 3568 sayılı Kanuna göre ruhsat almış, denetim yetkisine sahip meslek mensubu yeminli mali müşavirlere, üçer aylık dönemler itibariyle denetletirilerek denetim raporlarının sonuçlarının ilan edilmesi de aynı maddede hükme bağlanmıştır.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının dış denetim süreci, 3346 sayılı Kanun uyarınca TBMM'nin yaptığı denetimle tamamlanmaktadır¹⁷.

¹⁶ http://www.ydk.gov.tr/Genel_Rapor_2000/II.htm

¹⁷ http://www.ydk.gov.tr/Genel_Rapor_2000/II.htm

1.5. TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN SORUNLARI

Sosyal Güvenlik Sistemleri, bir günden diğerine sorunlarla karşılaşmazlar. Problemsiz bir sosyal güvenlik sistemi de düşünmek mümkün değildir. Aktüeryal hesap dengesine dayanarak faaliyet gösteren bir sosyal güvenlik kurumunun mali yapıları ile ilgili ortaya çıkan problemlerin çözümü için alınacak tedbirlerin gecikmesi sistemi kriz içine düşürür. Sosyal güvenlik kurumlarının karşılaştığı mali kriz uzun dönemli olumsuz faktörlerden kaynaklandığı için çözümü de ancak uzun dönemde mümkün olmaktadır.¹⁸

Türk Sosyal Güvenlik Sistemi, 1990'lı yıllarda ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmış ve mali kriz içine girmiştir. Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının yıllık gelirleri giderlerini karşılayamamakta ve açıklar her geçen yıl katlanarak artmaktadır. Bu gün gelinen noktada, bu kuruluşların devlet yardımı olmadan ayakta durabilmeleri imkansız hale gelmiştir.

Sistemin açıkları, kamu açıklarının önemli bir nedenini oluşturur hale gelmiştir. Dolayısıyla, sosyal güvenlik sisteminin reformu, ekonomide istikrar sağlayacak yapısal reformların önemli bir parçasıdır.

Sosyal güvenlik sistemimizi krize sürükleyen en önemli neden, temel sigortacılık kurallarından uzaklaşarak, sistemin politik müdahalelere maruz bırakılması ve bunun sonucunda aktüeryal dengelerin bozulmasıdır.¹⁹

1.5.1 Alt Yapı Yetersizlikleri

İktisadi ve sosyal sistemin bir alt sistemini oluşturan sosyal güvenlik sisteminin yapılanmasında ve işleyişinde üst sistemlerin belirleyici etkilerinin olması kaçınılmazdır ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi üst sistemlerden kaynaklanan sebeplerle kuruluş ve gelişme safhalarında önemli problemlerle karşılaşmıştır²⁰.

¹⁸ Y. Alper, a.g.e. , s.67

¹⁹ Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, 'Gelişmiş ülkelerde ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemlerinin yeniden Yapılandırılması', Tisk İnceleme Yayınları 18, s.24

²⁰ Gülender Ay, 'Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Bireysel Emeklilik Sistemi', M.Ü.Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Y.L.Tezi, İstanbul 2003, s.31

Bu alandaki ilk problem, sosyal güvenlik için tahsis edilen kaynakların yetersizliğinden ortaya çıkmıştır. Hangi yöntem benimsenmiş olursa olsun, bir sosyal güvenlik sisteminin yeterli sosyal güvenlik sağlaması, öncelikle bu amacı gerçekleştirmesine imkan verecek yeterli kaynak transferinin yapılması ile mümkün olabilir. Sosyal güvenlik için tahsis edilecek kaynakların hacmini belirleyen de iktisadi gelişme seviyesidir.

Türkiye'de sosyal güvenlik için tahsis edilen kaynaklar 2002 yılında Gayri Safi Milli Hasıla'nın (GSMH) %4,10'u seviyesindedir²¹. VIII.Beş yıllık kalkınma planında (2001-2005) sigorta hizmetleri, gelir-gider dengesi içinde kurumların aktüeryal yapılarını bozmadan kendi finansman kaynaklarından karşılanacak ve prim karşılığı olmayan ek yükümlülükler getirilmeyeceği öngörülmüştür. Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcaması 150 dolar. Kişi başına düşen sağlık harcaması, GSMH'nin yüzde 5'ini kapsıyor.²² Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından gerçekleştirilen yeni bir araştırmanın ortaya koyduğu rakamlara göre Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başına düşen sağlık harcaması ise 4.500 dolardır.²³ Bu veriler dikkate alındığında gerek birey, gerekse toplum düzeyinde sosyal güvenlik için tahsis edilen kaynakların yetersizliği ortaya çıkmaktadır. Bu sonuç; sağlanan sosyal güvenlik garantisinin de yetersizliğini beraberinde getirecek ve bağlanan aylıkların seviyesinin, sağlanan hizmetlerin standardının düşük olmasına yol açacaktır.²⁴ Türkiye'nin sosyal güvenlik için ayıracağı kaynakların artışı iktisadi gelişme seviyesine bağlı olarak gerçekleşebilecektir.

Türkiye'nin nüfus ve işgücü ile ilgili yapısal özellikleri de sosyal güvenlik sisteminin kuruluşunu ve gelişimini olumsuz etkileyen diğer faktörler olmuştur. Sosyal sigortaları esas alan sistemler işgücünün önemli bir kesiminin kentlerde yaşadığı ve sanayi sektöründe çalıştığı ülkeler için daha kolay kurulabilir ve faaliyet gösterir. Sosyal sigortaların gelişme yıllarında sanayileşmiş ülkelerde işgücünün %60-80'i sanayi sektöründe çalışırken, nüfusun %90-95'i kentlerde yaşıyordu.

Türkiye'de ise 2003 yılı itibariyle nüfusun %60,6'sı kentsel yerlerde %39,4'ü hala kırsal kesimde yaşamaktadır.²⁵ Aktif işgücünün %45'i tarım sektöründe istihdam edilmektedir. Tarım sektöründeki nüfusun 520 bini ücretli işçiler, yaklaşık 3 milyonu kendi hesabına çalışanlar, 8

²¹ T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü, <http://www.muhasabat.gov.tr/mbulten/T3-2-5.htm>, 25/04/2006

²² İstanbul Tabip Odası, [WWW document]. URL., <http://www.istabip.org.tr>. medya, yeni şafak 06/02/2003

²³ Milliyet Gazetesi, [WWW document]. URL., <http://www.milliyet.com.tr/Osman> Ulugay 07/01/2002

²⁴ Tüsiad, Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma

²⁵ DİE, 2003 yılı II.Dönem Hane Halkı İşgücü Anketi Geçici Sonuçları

milyondan fazlası da ücretsiz aile işçileridir.²⁶ 2002 yılında Sanayi sektörünün toplam istihdam içindeki payı %19, hizmet sektörünün ise %47, inşaat sektörünün %4'ü ve tarım sektörünün de %33'tür.²⁷ Sosyal güvenlik kurumlarının sağlıklı şekilde işletilebilmesi için sigortalı sayısından çalışma günlerine ve kazançlarına kadar bir çok konuda sağlıklı ve güvenilir verinin varlığı zorunludur.

2002 verilerine göre istihdam edilenler içerisinde ancak %48,8'i sosyal sigorta kapsamına alınabilmiştir.²⁸ Tarım sektöründe iş yerinin küçüklüğü ve dağınıklığı, işgücü içinde ücretsiz çalışanların yoğunluğu, gelirin süresiz ve istikrarsız olması ve sigortalılık bilincinin gelişmesini önleyen eğitim yetersizliğine bağlı olumsuz etkileri sosyal güvenlik kurumlarının örgütlenmesini zorlaştıran yapısal faktörler olarak etkisini gösterirken, benzer nedenler kentlerde de ortaya çıkmaktadır. Kentlerde yaşayan nüfus artmasına rağmen hizmet sektörünün sağlıklı şekilde gelişmesi ile ortaya çıkan kayıt dışı çalışmanın yaygın olduğu enformel sektörün büyümesi, sigortalı sayısının artmasını önlemektedir.

Nüfusun ve işgücünün dağınık ve istikrarsız olması, sosyal güvenlik kurumlarının hizmet birimlerinin kurulmasını da etkilemiş, bu kurumların geç kurulması bir yana personel istihdamı bakımından karşılaştıkları güçlükler ve nihayet başta bilgisayar ağının oluşturulması olmak üzere teçhizat eksikliği, sosyal güvenlik kurumlarının gelişmesini önlemiştir.

1.5.2. Sosyo-Politik Davranışlar

Sosyal güvenlik sisteminin en önemli tarafını oluşturan sigortalılar sistemin ödenen primlerle sağlanan menfaatler arasında gelir-gider dengesini esas alan bir işleyişe sahip olduğunu unutarak siyasi iktidarları sisteme müdahale etmeye teşvik etmişler kısa vadeli menfaatlerini sistemin geleceğinin önünde tutmuşlardır.²⁹ Sosyal güvenlik kurumlarına sahip çıkmayan sigortalılar, sosyal güvenlik kurumlarının imkanlarının "hizmet borçlanması" gibi uygulamada yağma edilmesine göz yummuşlardır.³⁰

²⁶ <http://www.tarim.gov.tr>, Tarım ve Köyişleri Bakanı Prof.Dr.Sami Güçlü'nün Tarım-İş Sendikası Genel Kurulu Açılışı Konuşması, 22/03/2003

²⁷ Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, <http://www.tisk.org.tr>, Tisk Yayınları, Rakamlarla Türkiye, 2005

²⁸ Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, <http://www.tisk.org.tr>, Tisk Yayınları, Rakamlarla Türkiye, 2005

²⁹ Yusuf Alper, Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Kriz ve Reform ihtiyacı, s.7

³⁰ K. Arıcı, Bataktan Gün Işığına, Tez-İş, Ankara 1999, s.16-17

"En az ödeyerek en fazla almanın" arayışı içine giren sigortalılar, bu amaçla siyasi iktidarlara olduğu kadar zaman zaman işverenlerle de işbirliği içine girmişlerdir.³¹ Nitekim, Bağ-Kur sigortalıları bir yandan prim ödeme konusunda isteksiz davranırken, diğer yandan zorunluluk dışında basamak yükseltme talebinde bulunmayarak, aylık almaya hak kazanmasına yakın tarihlerde diğer sosyal güvenlik kurumlarına geçmenin veya borçlanma uygulamaları ile daha yüksek aylık almanın hesaplarını yapmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu'nda (SSK) ise sigortalılar özellikle toplu iş sözleşmeleri ile sosyal yardımlar adı altında yapılan ödemeleri artırmışlar ve bunları prime esas kazançlar dışında tutmuşlardır. Eksik gün ve kazanç bildirimi konusunda, yasal düzenlemeler olmasına rağmen hakkını arama konusunda yeteri kadar basiretli ve sorumlu davranmamışlardır.

Emekli Sandığı mensupları ise aylıkların son derece ve kademedan ödendiği gerçeğinden hareketle atama yoluyla aylıklarını artıracak makamları elde etmenin arayışı içine girmişler ve kamu personel rejimini de sıkıntıya sokan müdahaleler yaptırmışlardır. Sigortalılar, yetersiz olduğuna inanmalarına rağmen sosyal güvenlik kurumlarından aylık alma hakkını elde etmeyi, mutlaka elde edilmesi gereken bir hak ve bir tür garanti veya işsizlik sigortası gibi değerlendirmişlerdir.

Sigortalılar bu şekilde davranırken, sendikaların bu alandaki en önemli sorumluluğu ise siyasi iktidarların, prim afları, borçlanma uygulamaları ve fonların kullanımı başta olmak üzere, sosyal güvenlik kurumlarının imkanlarını kullanma amacına yönelik müdahalelerine yeterince karşı çıkmamalarından kaynaklanmaktadır. Öte yandan, çeşitli zamanlarda getirilen sosyal güvenlik kurumlarının durumlarını iyileştirmeye yönelik tedbirlerin alınmasını geciktirmişler ve siyasi iktidarların beklediği desteği vermemişlerdir.

Sistemin ikinci önemli tarafını oluşturan işverenlerin ise hepsi için bu şekilde bir değerlendirme geçerli olmamakla birlikte, sosyal güvenliğin çalıştırdıkları kişilerin temel ve vazgeçilmez haklarından biri olduğunu unutarak, primlerini zamanında ödemekten kaçınmışlar, sigortasız işçi çalıştırmayı tercih etmişler ve nihayet sigortalıların sigortalılık gün sayısını veya prime esas kazançlarını eksik bildirerek kurumu gelir kaynaklarından mahrum etmişlerdir.³²

³¹ Y. Alper, a.g.e. , s.7

³² K Arıcı, Bataktan Gün Işığına, Tez-İş, Ankara 1999

Siyasi iktidarlar sosyal güvenlik kurumlarının sahip olduğu imkanları, sigortalıların da bu konudaki taleplerini gerekçe göstererek kısa vadeli politik amaçlarını gerçekleştirmek için kullanmışlardır. Prim ve gecikme zamlarının affedilmesi, borçlanma kanunları, aylık alma hakkını düzenleyen mevzuatın sık olarak değiştirilmesi, siyasi amaçla yapılan müdahalelerden bazılarını oluşturmaktadır. Ancak, bunlar içinde sosyal güvenlik kurumlarının sahip olduğu fonların enflasyon oranından daha düşük bir getiri oranı ile kullanmalarının sistem üzerindeki olumsuz etkisi son derece de büyük olmuştur.

Siyasi iktidarlar sosyal güvenlik kurumlarının işleyişine yaptıkları müdahalelerle, "kıyak emeklilik" olarak bilinen uygulama ile en başta kendileri olmak üzere, imtiyazlı gruplar yaratarak sosyal adalet ilkesini zedeleyen davranışlarda bulunmuşlardır.

Bütün bunların ötesinde, sosyal devletin yerine getirmesi gereken yükümlülükler ve sosyal politikaların maliyeti sosyal güvenlik kurumlarına yüklenmiş³³, işsizlik probleminin çözümü için genç yaşta emeklilik, özelleştirmeyi hızlandırmak için erken emekliliği teşvik etmek ve nihayet gelir seviyesini yükseltmek için kendisinin yapması gereken ve prim karşılığı olmayan ödemeleri sosyal güvenlik kurumlarına yaptırmak sistemin dengesini bozmuştur.

1.5.3 Sigortacılığa Aykırı Müdahaleler

Sosyal güvenlik kurumlarının idari ve mali bakımdan özerk oldukları belirtilmesine rağmen, gelir-gider dengelerini bozan temel sosyal güvenlik ve sigortacılık prensiplerine aykırı müdahaleler yapılmıştır. Bu müdahalelerin sosyal güvenlik kurumlarının mali yapıları üzerindeki olumsuz etkileri çift yönlü olmuş, bir yandan gelirlerini azaltırken, diğer yandan giderlerini artırmış ve bugün sistemi kriz noktasına getiren finansman açıklarını doğurmuştur.

Sistematik olarak ele alınırsa sonuçları bakımından bu müdahaleleri ve uygulamaları, sosyal güvenlik kurumlarının;

- ◆ Gelirlerini azaltan
- ◆ Giderlerini artıran ve
- ◆ Kaynaklarını eriten

müdahaleler olmak üzere üç başlıkta toplamak mümkündür³⁴.

³³ Tüsiad, Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma

³⁴ G. Ay, a.g.e. , s.35

Bu faktörlere geçmeden önce özellikle belirtmek gerekir ki, sistemde mali kriz yaratan faktörler ele alınırken, sosyal güvenlik kurumlarının ilk kuruluşlarında aktüeryal hesaplarının doğru yapıldığı, eğer müdahale edilmeseydi gelir - gider dengelerinin korunacağı varsayımından hareket edilmektedir.

1.5.3.1 Gelirleri Azaltan Uygulamalar

Sosyal Güvenlik Sisteminde gelirleri azaltan uygulamalar aşağıdaki başlıklar halinde incelenmiştir.

1.5.3.1.1 Kayıt Dışı İstihdam

Hangi statüde olursa olsun, gerek kurumsal yapı, gerekse mevzuat düzenlemeleri bakımından bütün çalışanların sigortalı olabileceği bir alt yapı oluşturulmasına rağmen, bütün çalışanların veya önemli bir kısmının sigortalı olması sağlanamamıştır. Prim ödeyen aktif sigortalıların yeterince artırılmaması, aktif sigortalıların sayısındaki artışın pasif sigortalıların sayısındaki artışın gerisinde kalması, sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinin de artışını sınırlamıştır.

Daha çok cezai tedbirlerin artırılması yönündeki önlemlere rağmen, sigortasız çalıştırma önlenememiş, 2002 yılı itibariyle çalışanların ancak %48,8'i kapsamına alınabilmiştir.³⁵ İşyerlerinin küçüklüğü ve dağınıklığı, işçi devrinin yüksekliği, sigortalılık bilincinin düşük olması, işverenin sigortalı çalıştırmaktan kaçınması, denetim faaliyetlerinin yetersizliği, sigortasız çalışma ve çalıştırmanın nedenlerinden bazılarını oluşturmaktadır.

Sigortasız çalıştırmanın en fazla olduğu sektör tarım sektörü olup, bu kesimde çalışanların ancak %15'i sigortalı yapılabilmektedir. (2002 yılında tarım sektöründe istihdam edilen 6.745.000 kişi bulunmaktadır. Tarımdaki aktif sigortalı sayısı 1.040.000'dir.)³⁶ Bunu SSK kapsamındaki sigortalılar takip etmektedir. SSK içinde, özellikle işçi devrinin yüksek olduğu, inşaat sektörü ve ihale suretiyle alınan işlerde sigortasız çalıştırma yaygındır.³⁷

İçinde bulunduğumuz dönemde sosyal güvenlik kapsamında (tarımdaki ve isteğe bağlı sigortalıları da dahil edersek) 12.114.000 kişi sigortalı ve yine 2002 yılında istihdam edilen

³⁵ Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, <http://www.tisk.org.tr>, Tisk Yayınları, Rakamlarla Türkiye, 2006

³⁶ Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, <http://www.tisk.org.tr>, Tisk Yayınları, Rakamlarla Türkiye, 2006

³⁷ TBMM, Sosyal Güvenlik ve SSK Araştırma Komisyonu Raporu, s.112

20.287.000 kişi bulunmaktadı. Bu duruma g6re 8.173.000 kişi sigortasız alışmaktadı.³⁸

1.5.3.1.2 Gerçekçi Olmayan Prime Esas Kazançlar

Sosyal g6venlik kurumlarının sigortalılar ve işverenlerden aldığı primlerin oranı genel olarak y6ksek olmakla birlikte prime esas kazançlar d6ř6k olarak belirlendiği için prim y6k6 de d6ř6k kalmıştır. Bağ-Kur mensuplarının prim oranı sağlık sigortası dahil olmak 6zere %32 gibi y6ksek bir oran olmakla beraber, 6. basamaktan itibaren basamak y6kseltme isteğe bağlı olduğu için, bağımsız çalışanların prim 6deyecekleri gelir seviyesini kendi istedikleri şekilde, çoğunlukla da d6ř6k olarak belirlemişlerdir.

Emekli Sandığı mensuplarının maaşları, tabii oldukları kamu personel rejimine bağlı olarak çalıştıkları kurum, g6rev yaptıkları b6lge ve buldukları stat6 gibi çok sayıda değişkene bağlı olmakla birlikte yapılan 6demelerin çoğu kesenek ve karşılığa esas gelirlerin dışında tutulmuş ve prim y6k6 hem iştirakçi, hem de işveren bakımından azaltılmıştır. Kamu g6revlisinin stat6s6 y6kseldike prim y6k6 hafiflemiştir.

Prime esas kazançların seviyesi bakımından en dramatik gelişme SSK için yaşanmıştır. Memur Maaş Katsayısı (MMK) ve g6sterge rakamları esas alınarak belirlenen prime esas kazançların alt ve 6st sınırları gerçekçi olmaktan uzaklaşmış, hatta 1995 Eyl6l ayında İş Kanunu'na g6re belirlenen asgari 6cretin prime esas kazançların tavanından y6ksek olması gibi izahı m6mk6n olmayan bir durum ortaya çıkmıştır

Prime esas kazançların belirlenmesi ile ilgili problem, 6cret ve gelirlerle ilgili sağlıklı verilerin bulunmaması, MMK ve g6sterge tablosu verilerinden hareketle alt ve 6st sınırın belirlenmesinden kaynaklanmaktadır. Siyasi iktidarlar, MMK aynı zamanda memurların aylıklarının belirlenmesinde de dikkate alındığı için d6ř6k oranlı aylık artışı yapılan d6nemlerde prime esas kazançların sınırları da d6ř6k kalmıştır.

6te yandan g6sterge tablosunun bazen bir kaç yıl değiştirilmeden uygulanması, bu sınırları daraltan fakt6rler olmuştur. Katsayı ve g6sterge rakamları esas alınarak belirlenen alt ve 6st sınırlar zaman içinde 6cret seviyesindeki gelişmelerden kopmuş ve "prim oranları y6ksek", ancak "prim y6k6 d6ř6k" bir sistem ortaya çıkmıştır.³⁹

³⁸ T6rkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, <http://www.tisk.org.tr>, Tisk Yayınları, Rakamlarla T6rkiye, 2006

³⁹ A. şağar, Sosyal G6venlik Kurumu B6teleri, çalışma ve Sosyal G6venlik Dergisi, Ocak-Mart 1999, s.11-12

1.5.3.1.3 Tahsil Edilemeyen Primler

Emekli Sandığı dışındaki kurumların, özellikle Bağ-Kur'un gelirlerini azaltan veya bir başka ifade ile olması gereken seviyenin altında gerçekleşmesine yol açan önemli nedenlerden birisi de prim tahsilat oranlarının da son derece düşük olmasıdır

Prim tahsilatı konusunda en ciddi problemi yaşayan kurum Bağ-Kur'dur. Nitekim, 1983-1992 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde, her ay primlerini düzenli olarak ödeyenlerin oranı yalnızca %1 olmuş, düzensiz aralıklarla prim borcunu ödeyen sigortalı sayısı %34, bir kaç kez prim ödeyen sigortalıların oranı %30 ve tescilli yapıldığı halde hiç prim ödemeyen sigortalıların oranı ise %35'tir.⁴⁰ Prim ödemeyen sigortalıların sayısının çokluğu, primlerin sigortalılar tarafından ödenmesi, kurum personelinin yetersizliği dolayısıyla gerekli takibin yapılamaması, ödenmeyen primlerin tahsilatında yaşanan güçlükler⁴¹ gibi faktörlerden kaynaklanan problemler bir yana, Bağ-Kur sigortalılarının prim ödeme eğilimlerinin düşük olmasının nedeni, sağlanan garantinin seviyesinin yetersizliğine bağlı olarak kuruma olan güvensizlikleri olduğu belirtilmektedir. Nitekim, kurum istatistikleri, basamak sayısı yükseldikçe, sigortalıların prim ödeme eğilimlerinin yükseldiğini ortaya koymaktadır.⁴²

Bağ-Kur'un Haziran 2003 itibariyle toplam alacağı 14.346 Trilyon TL' dir. 2003 yılında açıklarını karşılamak için bütçeye konulan ödeneğin yaklaşık 3,5 katıdır.

Sigortalıların;

- ◆ % 16 => 532.700 kişinin borcu bulunmamaktadır.
- ◆ % 55 => 1.844.000 kişi düzensiz prim ödemektedir.
- ◆ % 28,7 => 962.956 kişi hiç prim ödememiştir.⁴³

En büyük sosyal sigorta kuruluşumuz olan SSK'da ciddi bir prim tahsilatı problemi ile karşı karşıyadır. Kurumun ilk kurulduğu yıldan bugüne kadar geçen 58 yıllık sürede, alınan bütün idari, cezai ve teşvik edici tedbirlere rağmen prim tahsilat oranı %86'yı geçememiş,

⁴⁰ TOBB, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara 1993, s.239

⁴¹ TBMM, Sosyal Güvenlik ve SSK Araştırma Komisyonu Raporu, s.29

⁴² Bağ-Kur, İstatistik Yıllığı, 1995-1996-1997

⁴³ Murat Başesgioğlu, SSK ve Bağkur'da Yeniden Yapılandırma Programı, <http://www.basesgioglu.org/>

zaman zaman daha düşük oranlarda gerçekleşmesine rağmen, genellikle de %70-85 arasında değişmiştir.⁴⁴

Prim borçlarıyla gecikme cezalarına yönelik çıkarılan afların, özel sektör işverenlerinin prim ödeme eğilimlerinin düşük olmasına yol açan sebeplerden birisi olduğu belirtilmekle beraber prim borçları bakımından 1980 li yılların sonundan itibaren özellikle belediyeler ve bazı KİT'ler başta olmak üzere kamu kurumu iş yerlerinin payının arttığı dikkat çekmektedir.⁴⁵

Alacakların tahsili probleminin kurum bakımından önemini vurgulamak için, Kamu Sektörü (Kamu İktisadi Teşebbüsü, Belediye, Kamu Kur.), Kamu Kurum ve Kuruluşlarından Sosyal Yardım Zammı (SYZ) alacağı, özel sektörden (prim) olan alacakları da dahil edilirse, 2002 yılı için kurumun toplam alacağı 1.916 trilyon (TL) gibi yüksek bir rakama ulaşmaktadır.

46

1.5.3.1.4 Gelir - Gider Dengesinin Bozulması

Borçlanma, çeşitli nedenlerle sosyal güvenlik kurumları ile ilgili yükümlülüklerine yerine getirmeyenlere sonradan bu fırsatın verilerek sigortalılık süresi veya prim ödeme gün sayısı bakımından eksikliklerin tamamlanmasıdır. Çok özel şartlarda, istisnai bir uygulama olması gereken borçlanma, Türkiye'de çok sık başvurulmuş bir uygulama haline gelmiştir.

İlki 1969 yılında 1186 sayılı kanunla getirilen hizmet borçlanması, sonuncusu da 2002 yılında Bağ-Kur sigortalılarının basamak yükseltmeleri ile ilgili olmak üzere, bugüne kadar 15 borçlanma uygulaması yürürlüğe konulmuş, SSK ve Bağ-Kur bu uygulamalardan zarar görmüştür. Sosyal güvenlik kurumları, gelirlerini zaman içinde alma, zaman içinde değerlendirme ne ölçüde alındı ise o ölçüde verme (zaman içinde verme) prensibi ile çalışır.⁴⁷ Borçlanma uygulamaları, sosyal sigortaların bu temel çalışma prensiplerine aykırı sonuçlar doğurmuştur. Nitekim, 1969 yılında 1186 sayılı kanunla, 10 yıllık hizmet süresini borçlanan sigortalı, bu süre için bir defada ödediği prim tutarını 8 ayda, 1978 yılında 2167 sayılı kanunla 10 yıllık süreyi borçlanan sigortalı da ödediği primlerin karşılığını 14 ayda geri almıştır. 1987 yılında "süper emeklilik" olarak bilinen uygulamada da benzer bir sonuç ortaya çıkmış

⁴⁴ Sosyal Sigortalar Kurumu, <http://www.ssk.gov.tr>, Aylık İstatistik Bülteni, Temmuz 2003

⁴⁵ SSK, 1997 Faaliyet Raporu, s.91

⁴⁶ Sosyal Sigortalar Kurumu, <http://www.ssk.gov.tr>, Aylık İstatistik Bülteni, Temmuz 2003

⁴⁷ A.Şen, İşçiler Açısından SSK Gerçeği, Ankara 1998, s.29-36

sigortalılar ödedikleri parayı 22 ayda geri almışlardır. Borçlanma uygulamaları, sosyal güvenlik için kurulmuş olan sosyal güvenlik kurumlarını karşılıksız hizmet veren bir sosyal yardım kuruluşu haline getirmiş, bu yasaların hiç birinde kurumların aktüeryal hesapları gözetilmemiştir.⁴⁸

Aşağıda SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı için gerçek gelir-gider değerleri ve tahmin edilen değerler adı geçen kurumların aktüeryal dengeleri gözönüne almadığını ve gittikçe büyüyen gelir-gider açığının ortaya çıktığını göstermektedir.

Tablo1: S.S.K.'nın Ödemeler Dengesinin Yıllar İtibariyle Değişimi (MİLYAR TL)

YILLAR	GELİRLER TOPLAMI	GİDERLER TOPLAMI	FARK
1989	5.374,0	4.692,0	682,0
1990	10.703,0	9.304,0	1.399,0
1991	18.511,0	18.383,0	128,0
1992	32.789,0	35.345,0	- 2.556,0
1993	52.168,0	60.252,0	- 8.084,0
1994	90.335,0	109.734,0	- 19.399,0
1995	138.158,0	219.493,0	- 81.335,0
1996	342.436,0	486.819,0	- 144.383,0
1997	724.389,0	1.060.389,0	- 336.000,0
1998	1.550.018,0	1.997.018,0	- 447.000,0
1999	2.494.835,0	3.605.835,0	- 1.111.000,0
2000	4.894.718,0	5.294.718,0	- 400.000,0
2001	7.698.531,0	8.806.531,0	- 1.108.000,0
2002	11.132.049,0	13.518.049,0	- 2.386.000,0
2003	15.450.060,0	20.258.677,0	- 4.808.617,0
2004	19.417.958,0	25.174.958,0	- 5.757.000,0
2005	22.739.769,0	30.151.436,0	- 7.411.667,0

Kaynak: http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/aralik_2005.xls

Sosyal Sigortalar Kurumu, 1989-2005 yılları arasındaki gelir-gider değerlerine bakıldığında ilk kez 1992 yılında gelirlerin giderleri karşılamadığı, daha sonraki yıllarda gelirlerle giderler arasındaki farkın giderek arttığı, 2005 yılı itibariyle gelirlerle giderler arasındaki farkın 7.411.667.milyara kadar arttığı ve mevcut sistemin devamı ile gelecekte bu açıkların daha da büyüyeceği yapılan hesaplamalardan görülmektedir.

⁴⁸ TİSK, Gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Yeniden Yapılandırma

Tablo 2: T.C. Emekli Sandığı Gelirler ve Giderler (YTL)

Yıllar	Gerçekleşme (YTL.)		Fark (YTL.)	
	Gelirler	Giderler	YTL.	\$
1990	5.346.434	5.092.844	253.590	97
1991	9.485.809	8.616.909	868.900	208
1992	17.476.280	16.112.726	1.363.554	199
1993	27.498.058	31.450.714	-3.952.656	-360
1994	47.875.632	53.930.240	-6.054.608	-204
1995	103.543.112	108.362.222	-4.819.110	-105
1996	220.793.655	260.272.479	-39.478.824	-486
1997	465.317.434	573.548.058	-108.230.624	-676
1998	914.083.750	1.109.524.985	-195.441.235	-712
1999	1.508.714.904	2.016.291.584	-507.576.680	-1.218
2000	2.138.765.110	2.976.238.608	-837.473.498	-1.068
2001	3.217.177.726	4.800.176.358	-1.582.998.632	-1.168
2002	4.981.388.344	7.629.741.972	-2.648.353.628	-1.691
2003	6.814.266.712	10.346.934.283	-3.532.667.571	-2.530
2004	7.780.452.224	12.245.126.168	-4.464.673.944	-3.145
2005	8.872.054.000	14.144.805.000	-5.272.751.000	-3.934

Kaynak: <http://www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/mali.html>

Emekli Sandığı, gelir-gider tablosuna da bakıldığında 1992 yılına kadar gelirlerin giderleri karşıladığı görülmüştür, ilk kez 1993 yılından itibaren gelirlerin giderleri karşılamadığı, daha sonraki yıllarda gelirlerle giderler arasındaki farkın giderek arttığı, 2005 yılı itibariyle gelirler ve giderler arasındaki farkın 5.272.751.000 YTL'ye kadar çıktığı ve mevcut sistemin devamı ile gelecekte bu açıkların daha da büyüyeceği yapılan hesaplamalardan görülmektedir⁴⁹.

⁴⁹ G. Ay, a.g.e., s.41

Tablo 3: Bağ-Kur Gelirler ve Giderler (YTL)

Yıllar	Gerçekleşme (YTL.)		Fark (YTL.)
	Gelirler	Giderler	
1988	348,1	294,7	53,4
1989	582,1	656,9	-74,8
1990	1.034,7	1.194,5	-159,8
1991	1.339,2	2.081,2	-742,0
1992	4.034,5	4.601,9	-567,4
1993	5.224,5	8.616,5	-3.392,0
1994	9.826,2	19.894,5	-10.068,3
1995	20.054,8	40.788,2	-20.733,4
1996	43.599,5	108.124,8	-64.525,3
1997	130.041,6	307.274,1	-177.232,5
1998	220.139,7	650.472,5	-430.332,8
1999	414.138,1	1.309.598,8	-895.460,7
2000	725.912,8	1.899.118,3	-1.173.205,5
2001	1.280.348,1	3.059.214,4	-1.778.866,3
2002	2.101.540,0	5.032.115,1	-2.930.575,1
2003	2.982.986,0	8.061.199,0	-5.078.213,0
2004	4.241.518,0	9.953.538,0	-5.712.020,0

Kaynak: <http://www.bagkur.gov.tr/finansman/zaman.html>

Bağ-Kur, gelir-gider tablosuna da bakıldığında 1989 yılından itibaren gelirlerin giderleri karşılamadığı, daha sonraki yıllarda gelirlerle giderler arasındaki farkın giderek arttığı ve sistemin devamı ile önümüzdeki yıllarda da bu açıkların daha da büyüyeceği yapılan hesaplamalardan görülmektedir.

Borçlanma uygulamaları, bu primlerle oluşacak fonların gelirlerinden de mahrum etmektedir. Borçlanma uygulamalarının olumsuz etkisi yalnızca mali boyutuyla sınırlı kalmamakta, sigortalılar arasında yükümlülüklerini zamanında yerine getirenlerle getirmeyenler arasındaki dayanışmayı zedelemekte, prim ve gecikme cezalarının affedileceği yönündeki beklentileri güçlendirerek sigortalıların zamanında prim ödeme eğilimini zayıflatmaktadır.

1.5.3.1.5 Sürekli Aflar, Düşen Primler

Prim ve gecikme cezalarının affedilmesine yönelik uygulamaların, sosyal güvenlik kurumlarının mali kriz içine düşmesinin başlıca nedenlerinden birisi olduğu bütün sosyal taraflarca kabul edilmektedir. Çok sık olarak çıkarılan prim afları SSK'da işverenleri, Bağ-Kur'da ise sigortalıları, "nasıl olsa af çıkar" düşüncesi ile primlerini zamanında ödememeye teşvik etmiş ve adeta "prim ödeme ahlakı" bozulmuştur.

Olumsuz sonuçları herkes tarafından açık olarak bilinmesine ve çok zaman açık olarak karşı çıkılmasına rağmen, prim ve gecikme cezalarının affedilmesine yönelik uygulamaların devam etmesi, sigortalılar, işverenler ve siyasi iktidarlar arasında sosyal güvenlik sisteminin temel sosyal güvenlik prensiplerine aykırı olarak gerçekleştirilen işbirliğinin ve sosyal güvenliğin sosyal taraflarca yanlış anlaşıldığının örneklerinden birini oluşturmaktadır.

1.5.3.1.6 Ödemeyen, Yöneten Devlet

Sosyal güvenliğin bir devlet görevi olarak kabul edilmesi, sistemin finansmanına iştirak etmesinin temel gerekçesini oluşturur. Ancak devletin sosyal güvenliğin finansmanına kimin için ve nasıl katılacağı hususu önemlidir. Sosyal devlet anlayışının gereği olarak sosyal adaleti pekiştirecek şekilde, hiç sosyal güvenlik kapsamında olmayanların veya düşük gelirlilerin sosyal güvenlik garantisini sağlamak üzere sistemin finansmanına katılabileceği gibi, sigortalılar ve işverenlerin yükünün azaltılması veya sağlanan garantinin seviyesinin yükseltilmesi gibi amaçlarla da finansmana katılır.

Devletin finansmana katılma şekli, doğrudan prim ödeyerek sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını kapatarak veya sosyal güvenlik kurumlarının toplam giderlerinin belirli bir kısmını karşılayarak gerçekleşir. Türkiye'de devlet son yıllardaki açıkları kapatma şeklindeki zorunlu katılımı bir yana bırakılırsa, sosyal güvenlik kuruluşlarının ilk kuruluş masraflarını karşılama ve personel maaşlarını ödeme dışında sosyal kurumların finansmanına katılmamış, sistemin yükü sigortalılar ve işverenlerin üzerinde kalmıştır. İşsizlik sigortası bir yana bırakılırsa, son tasarıda dahil olmak üzere, devlet sürekli ve tarifi yapılmış bir oran veya miktarla sosyal güvenliğin finansmanına katılmaktan kaçınmıştır⁵⁰.

⁵⁰ G. Ay, a.g.e., s.42

1.5.3.2 Giderleri Artıran Uygulamalar

Sosyal Güvenlik Sisteminde giderleri artıran uygulamalar aşağıdaki başlıklar halinde incelenmiştir.

1.5.3.2.1 Genç Yaşta Emeklilik

Türk sosyal güvenlik sisteminin kronik hale gelmiş problemlerinden birini, emeklilik yaşının belirlenmesi oluşturmuştur. Sosyal güvenlik reformu ile ilgili çabaları da büyük ölçüde çıkmaza sürükleyen emekli olma yaşının tespitidir. Konu ne zaman gündeme gelse, "mezarda emeklilik", "beşikte emeklilik", "genç yaşta emeklilik", ve "erken emeklilik" gibi kavramlar gündeme gelmiş ve yoğun olarak tartışılmıştır.

1986 yılında yapılan ve kademeli bir geçişle emeklilik yaşını kadınlarda 55, erkeklerde 60'a çıkararak düzenlemenin, sosyal güvenlik literatüründe siyasi iktidarların sosyal güvenlik sistemlerine müdahale örneklerinden biri olacak şekilde, 1992 yılında yaş haddini kaldırması ile Türkiye bu kronik problemi çok daha önceden çözmeye olanağını kaybetmiştir.

Emeklilik yaşının belirlenmesini içinden çıkılmaz hale getiren faktörlerden biri ortalama hayat ümidi konusundaki farklı görüşlerdir. Sigortalılar ve sendikalılar, SSK istatistiklerinden hareketle ortalama emekli yaşının 50, hayatta kalma ümidinin ise 60 civarında olduğunu iddia ederken, yaşla ilgili düzenlemeler talep edenler Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ortalama hayat ümidi istatistiklerinden hareketle doğuştan ortalama hayat ümidinin 65, sigortacılık için esas alınan 18 yaşa göre ise kadınlarda 75.8, erkeklerde 74.2 olduğunu ileri sürmektedirler.⁵¹ SSK 2002 yılı istatistiklerine göre SSK'dan yaşlılık aylığı almakta olanların %56'sı 50 yaşın altında, %5'i 60-64 yaş aralığında, %2'si 65-69 yaş aralığında, %1'i 70 yaş üzerindedir.⁵² Emekli Sandığından emekli aylığı alanların %22'si 50 yaşın altında, %12'si 60-64 yaş aralığında, %9'u 65-69 yaş aralığında, %13'ü de 70 yaşın üzerindedir. Bu rakamlar emekli sandığı mensuplarının ortalama hayat ümitlerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.⁵³

⁵¹ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Reformu, s.18

⁵² Sosyal Sigortalar Kurumu, <http://www.ssk.gov.tr>, Yıl içinde yaşlılık aylığı bağlanan sigortalıların cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı, 2005

⁵³ Emekli Sandığı, <http://www.emekli.gov.tr/İSTATİSTİK/tahsis>, Aylık alanların yaş gruplarına göre dağılımı, 2005

SSK istatistiklerine göre 1969-1991 yılları arasında 1.044.000, 1992-1995 yılları arasında ise 485 bin kişi olmak üzere toplam 1.530.000 kişi yaş şartına bağlı olmaksızın aylık alma hakkını kazanmıştır.

Sosyal sigortalardan yaş şartına bağlı olmaksızın aylık alma imkanının tanındığı 1969 tarihli düzenlemeler takip eden yıllarda etkisini göstermiş ve 1970 yılında pasif sigortalıların sayısı, bir önceki yıla göre %31.9, 1971 yılında da %39.4 oranında artmıştır. Bunlar sosyal güvenlik sisteminin ülkemizdeki gelişimi açısından çok dikkat çekici artış oranlarıdır. Bu dönemden sonra da hiç bir zaman aktif sigortalıların artış oranı pasif sigortalılardan fazla olmamıştır.

SSK açısından 5000 iş gününün 13 yıl 10 ay 20 günde tamamlanabileceği göz önünde tutulursa, yaklaşık olarak 14 yıl prim ödeyen bir sigortalının 30 yıldan fazla aylık alma hakkına sahip olabileceği anlaşılmaktadır.

Asgari emeklilik yaşı, mevcut sigortalılar için 10 yıllık bir geçiş dönemi ile 52/56'ya (Kadın/Erkek), ilk defa sigortalı olacaklar için ise 58/60'a (Kadın/Erkek) olarak Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-kur da artırılmıştır. Bağkur ve Emekli Sandığı'nda 25 tam yıl prim ödeme yapılması, SSK'da ise asgari prim ödeme gün sayısı mevcut sigortalılar için 10 yıllık bir geçiş dönemi ile 6000'e ilk defa sigortalı olacaklar için ise 7000'e yükseltilmiştir.

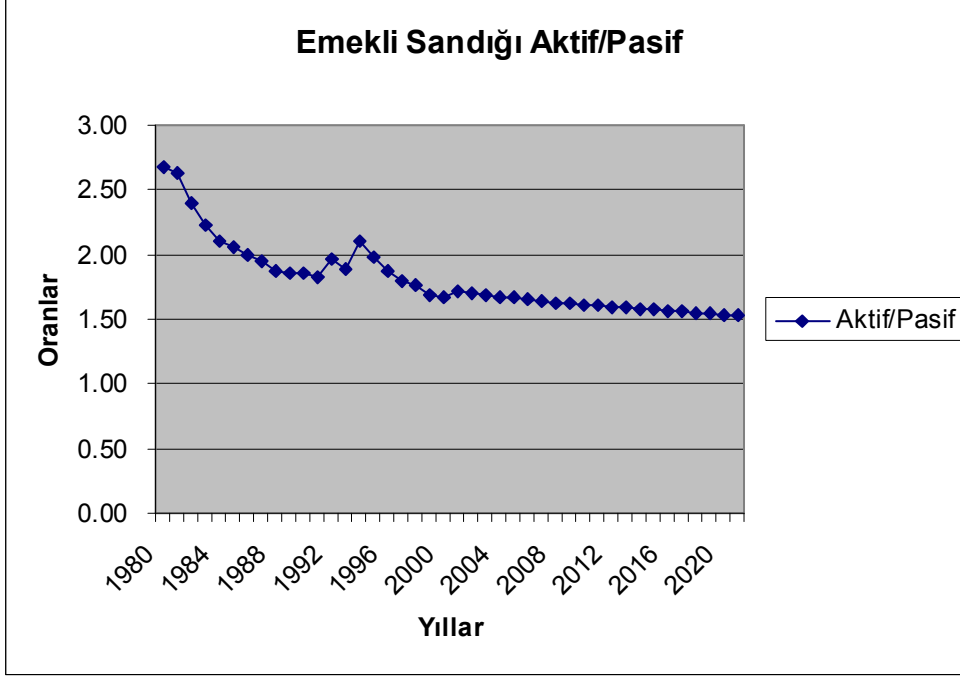
Bir yandan aktif sigortalıların yeteri kadar artırılmaması, diğer yandan yaş şartı olmadan aylık bağlananların sayısı hızla arttığı için sosyal güvenlik kurumlarının en önemli göstergesi olan aktif/pasif sigortalı oranı bozulmuştur. Gerçekte finansman krizi aktif/pasif sigortalı oranının bozulmasının bir sonucudur.

Dağıtım yöntemi genç kuşakların ödediği emeklilik primlerinin yaşlı kuşaklar tarafından kullanılması esasına dayanmaktadır. Buna göre aktif/pasif oranlarının düşmesi ile emekli finanse edecek çalışan sayısının düşmesi demektir. Aşağıda SSK, Emekli Sandığı ve Bağkur'a ait 1980-2000 yılına kadar gerçek rakamlar, 2001 yılından 2021 yılına kadar ise tahmin edilen aktif/pasif oranları ile çizilen şekiller bulunmaktadır. Tahmin rakamları bulunurken bağımlılar dikkate alınmamıştır⁵⁴.

⁵⁴ G. Ay, a.g.e. , s.44

- ◆ **Emekli Sandığı** : 1980 yılında 2.67 olan aktif/pasif oranı 2000 yılında 1.67 olmuş ve yapılan tahminler doğrultusunda elde edilen 2021 yılındaki oran daha da küçülüp 1.53 lere düşeceği görülmektedir.

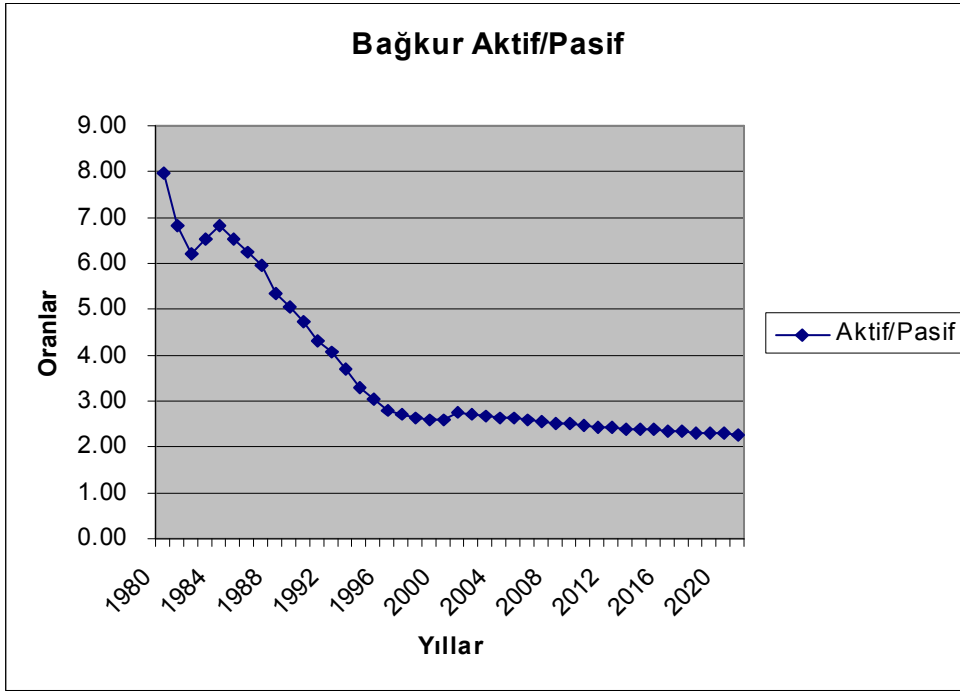
Tablo4: Emekli Sandığı Aktif, Pasif Sigortalı Oranları



Kaynak: <http://www.emekli.gov.tr>

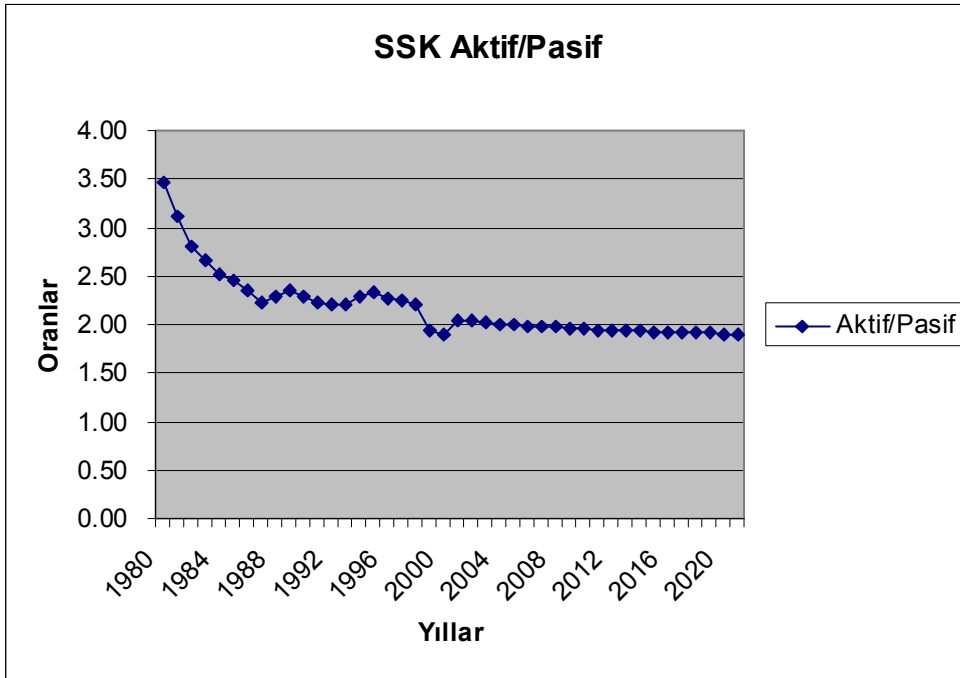
- ◆ **Bağ-Kur** : 1980 yılında 7.96 olan aktif/pasif oranı 2000 yılında 2.59 olmuş ve yapılan tahminler doğrultusunda elde edilen 2021 yılındaki oran daha da küçülüp 2.27 lere düşeceği görülmektedir.

Tablo5: Bağ-Kur Aktif- Pasif Sigortalı Oranları



- ◆ **Sosyal Sigortalar Kurumu :** 1980 yılında 3.47 olan aktif/pasif oranı 2000 yılında 1.89 olmuş ve yapılan tahminler doğrultusunda 2021 yılında ise oranın 1.90 olacağı görülmektedir.

Tablo6: Sosyal Sigortalar Kurumu Aktif- Pasif Sigortalı Oranları



Türkiye genç nüfusa sahip ülkelerden biri olmasına rağmen, genç yaşta emeklilik uygulaması dolayısıyla sosyal güvenlik kurumlarının aktif/pasif sigortalı dengesi çok erken bozulmuştur. 58 yıllık SSK ve 54 yıllık Emekli Sandığı bir yana 32 yıllık bir kurum olan Bağ-Kur'da bu oranlara gelinmiş olması son derece düşündürücüdür. Bağ-Kur kurulduktan sonra, belirli yaşı geçmiş olan kadın ve erkek sigortalıların daha önceki 10 yıllık hizmet sürelerini belgelemek şartıyla 5 yıl prim ödedikten sonra yaşlılık aylığı almaya hak kazanma imkanı verilmiş, bu haktan 180 bin kişi faydalanarak kuruma büyük bir yük getirmiştir. 2002 yılında SSK'dan aylık almakta olanların %70,58'i yaşlılık aylığı almaktadır. Emeklilik yaşı ile ilgili düzenlemelerin sosyal güvenlik kurumlarının gelir gider dengeleri bakımından ne kadar önemli olduğunu açık olarak ortaya koymaktadır.⁵⁵

1.5.3.2.2 Almadan Veren Model

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumları prim karşılığı olmayan ödemeleri yapmakla yükümlü kılınmış ve karşılıksız yapılan bu harcamalar sigorta kurumlarının giderlerini önemli ölçüde artırmıştır. Bu tür ödemelerin başında, SSK ve Bağ-Kur için SYZ gelmektedir.

1977 yılında sosyal güvenlik kurumlarından aylık almakta olanlara, daha sonra geri ödenmek üzere "yakacak parası" adı altında verilen borç para, daha sonra aylıkların seviyesini yükseltmek üzere bir sosyal yardım gibi görülmüş, ancak devlet bütçesinden karşılanması gereken bu ödemelerin yükü sosyal güvenlik kurumlarına verilmiştir. Uygulama başlatıldıktan bir süre sonra SYZ ödemeleri aylık alanların gelirlerinin vazgeçilmez bir parçasını oluşturmuştur.

Prim karşılığı olmayan ödemeler Emekli Sandığı için de söz konusudur. 5434 Sayılı Kanunun 55.maddesi ile bağlanan vazife malullüğü aylıkları ile 66.madde ç fıkrası hükmünce bağlanacak dul ve yetim aylıkları ile emekliye ayrılanlara verilen harcırahlar sandık tarafından ödenmektedir. Ek gösterge uygulaması, makam tazminatı uygulaması ve fiili hizmet zammı uygulaması da sigortacılık ilkelerine aykırı şekilde, prim karşılığı olmaksızın sandık tarafından katlanılan ek maliyet unsurlarını oluşturmaktadır. Öte yandan bütün sosyal güvenlik kurumları başta vergi iadesi olmak üzere Devlet tarafından yapılması gereken ödemeleri daha sonra tahsil etmek üzere yapmakta, ancak karşılıklarını almada güçlüklerle karşılaşmaktadır.

⁵⁵ Sosyal Sigortalar Kurumu, <http://www.ssk.gov.tr>, Aylık İstatistik Bülteni, Temmuz 2003

1971 yılında kurulan Bağ-kur'un 5 yıl sonra çalışanlara emeklilik imkanı tanımış, geriye yönelik borçlandırma ve hatta bu borçların alınan emeklilik aylıklarından ödenmesi imkanı dahi sunmuştur.⁵⁶

1.5.3.2.3 Artan Avantajlar Çoğalan İsteğe Bağlı Sigortacılık

Ülkemizde SSK ve Bağ-Kur kapsamındakiler için, zorunlu sigortalılık uygulamasının yarattığı boşlukları gidermek ve sigortalıların mağdur olmasını önlemek üzere istisnai olarak "isteğe bağlı sigortalılık" uygulamasına da yer verilmiştir. SSK ve Bağ-Kur sigortalıları, zorunlu sigortalılık ilişkisi herhangi bir sebeple kesildiği zaman, isteğe bağlı sigortalı olarak sigortalılık ilişkisini devam ettirebilmektedir. Bu uygulama daha sonra, Bağ-Kur kapsamında ev kadınları ile köy ve mahalle muhtarlarına da tanınmıştır.

İsteğe bağlı sigortalı olanlar SSK'da Malüllük Yaşlılık ve Ölüm sigortaları kapsamındadır ve yalnızca %20 oranında olmak üzere bu sigorta kollarının primlerini öder. Halbuki, bu sigortalı kurumdan aylık almaya başladığı zaman, hem kendisi hem de geçindirmekle yükümlü olduğu aile fertleri olmak üzere, diğer sigortalılar gibi bütün sağlık yardımlarından da faydalanmaya başlar. SSK isteğe bağlı sigortalılara prim almadığı halde sağlık yardımı yapmak zorunda kalmıştır⁵⁷.

1.5.3.2.4 Dengesiz "Prim-Aylık" İlişkisi

Sosyal güvenlik kurumlarının uzun vadeli sigorta kollarında ve özellikle de yaşlılık sigortasında, ödenen primlerle alınan aylıklar arasında doğrudan bir ilişki olması aranır. SSK'da aylıkların hesabında, sigortalıların son 5-10 yıllık dönemdeki ortalama yıllık kazançları esas alınırken, Bağ-Kur sigortalısının prim ödediği son basamak, Emekli Sandığı mensubunun ise ayrılmadan önce bulunduğu derece ve kademe dikkate alınmaktadır.

Öte yandan SSK'da aylıkların hesabında getirilen alt sınır uygulaması, sosyal açıdan doğru olmakla birlikte az prim ödeyenleri ödüllendirmektedir. Daha fazla prim ödemeye ve daha uzun süre çalışmaya bağlı olarak verilen ilave aylıklar sigortalı için cazip olmaktan çıkmıştır. Bugün SSK'nın en az aylığı ile en fazla aylığı arasındaki fark yalnızca 1.8 kattır. Nitekim, aylık bağlama oranlarının farklılığı dolayısıyla üst göstergeden aylık bağlanan sigortalılar gösterge

⁵⁶ Kent Portföy Yönetimi, Bireysel Emeklilik Yasası Değerlendirmesi

⁵⁷ G. Ay, a.g.e. , s.49

tablosundan aylık bağlanan sigortalılardan daha az aylık alma durumu ile karşılaşabilmekte bunu önlemek için üst gösterge tablosuna da bir alt sınır uygulaması getirilmektedir.

Bağ-Kur'da henüz 24 basamaklı sistem tam olarak devreye girmediği için bir değerlendirme yapmak için erken olmakla birlikte, sigortalıların yasayla belirlenen sistem dışında basamak yükseltmelerine imkan veren uygulamalar bu kurumun aylık sistemini olumsuz etkilemektedir.

Emekli Sandığı için temel problem, kamu personel rejimi ile çalışanlara sağlanan hakların sandıktan aylık alma hakkı kazanıldığı zaman da devam ettirilmek istenmesinden kaynaklanmaktadır. Bu durumda sandık, sigortacılık ilkelerinin aksine, ödenen primlerden ziyade statüye bağlı olarak hesaplanan aylıkları ödemek durumunda kalmaktadır. Bu faktör son yasal düzenlemede de etkisini göstermiştir. Aylıkların hesaplanması dışında, ayarlanmasında da sigortacılık ilkelerinden uzaklaşmıştır. Nitekim, pasif sigortalılara bağlanan aylık ve gelirlerin arttırılması, sigorta kurumlarının yöneticilerinin değil, siyasi iktidarların insiyatifi altındadır ve artış oranlarının belirlenmesinde sigortacılık ilkeleri değil politik tercihler ön plana çıkmaktadır.

1.5.3.2.5 Primli Sistemde Primsiz Haklar

Sosyal güvenlik kurumlarının bazı sigorta kollarından prim ödenmeksizin veya çok az prim ödenerek yardıma hak kazanılmıştır. Bunun en belirgin örneğini SSK'nın sağlık yardımları oluşturmaktadır. Sigortalı olan kişi, sigortalı olduğu ilk günden itibaren, herhangi bir staj süresi aranmaksızın bütün sağlık yardımlarından faydalanabilmektedir. Bu durum, gerçekte sigortalı olarak çalışmayan kişilerin özellikle önemli tedavi masrafları gerektiren hastalıklara yakalanmaları halinde, kendilerini SSK kapsamında sigortalı göstererek bu yardımlardan faydalanma yoluna gitmelerine yol açmaktadır.

1.5.3.2.6 Başarısız Politikalar Artan Sigorta Yükleri

Siyasi iktidarlar takip ettikleri ekonomik ve sosyal politikaların faturasını sosyal güvenlik kurumlarına ödeterek geçici çözümler bulmaya çalışmışlardır. İşsizlik probleminin çözümü için genç yaşta emeklilik uygulaması benimsenmiş, bu politika ile genç nüfusa istihdam imkanı yaratılacağı ileri sürülmüştür. 1980'li yılların ikinci yarısından itibaren gündeme gelen özelleştirme uygulamalarında özelleştirilecek kurumlarda çalışanların sayısının azaltılması bakımından ilk akla gelen tedbirlerden biri de, bu kişilerin emekli edilmeleri veya emekliye

ayrılmalarının teşvik edilmesi şeklinde olmuştur. Özelleştirmenin sosyal yükü de sosyal güvenlik kurumlarına aktarılmaya çalışılmıştır.

Sosyal güvenlik kurumlarından gelir ve aylık almakta olanların aylıklarının yükseltilmesi için sosyal güvenlik kurumlarına SYZ ödeme yükümlülüğünün getirilmesi, bozulan gelir dağılımını en azından pasif sigortalılar lehine değiştirmeye yönelik politikaların sonucudur. Ayrıca, iç borçlanma ihtiyacının karşılanması amacıyla, sosyal güvenlik kurumlarının fonlarının düşük getiri oranından hazine tahvili ve bono satılarak kullanılması da yine ekonomik politikaların faturasının sosyal güvenlik kurumlarına ödettirilmesinin örneklerini oluşturmaktadır.

1.5.3.3 Kaynakları Eriten Uygulamalar

Sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerini azaltan ve giderlerini artıran uygulamalar dışında sistemi erken kriz ortamına düşüren bir önemli gelişme de bu kurumların fonlarının iyi işletilememesi ve sahip oldukları imkanların değerlendirilememesidir. Sosyal güvenlik kurumları fon esasına göre kurulduğu için başlangıç yıllarında Türk ekonomisi için hayati önem taşıyan tasarruf yetersizliği probleminin ortadan kaldırılmasında olumlu katkılar sağlamışlar ve toplam yurtiçi tasarrufların %25'ine ulaşan bir kaynak yaratmışlardır.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının sahip olduğu fonların nasıl kullanılacağı, kuruluş kanunlarında belirtilmiştir. 4792 Sayılı SSK'nın 20.maddesinde, 1479 Sayılı Bağ-Kur kanununun 16.maddesinde ve 5434 sayılı T.C Emekli Sandığı Kanununun 22. Maddesinde genel olarak birbirine yakın düzenlemelerle sosyal güvenlik kurumlarının fonlarını kullanma esasları düzenlenmiştir. Buna göre, belirli oranlarda olmak üzere milli bankalarda mevduat olarak tutulmaları, devletin kefil olduğu tahvillere ve hisse senetlerine yatırılmaları, gayrimenkul alımında kullanılmaları, sigortalılara kredi olarak verilmeleri, iktisadi gelişmeye katkıda bulunacak teşebbüslere yatırılmaları imkanı verilmiştir.

Sosyal güvenlik kurumlarının özerk kurumlar olduğu belirtilmelerine rağmen, karar mekanizması içinde devletin ağırlıklı olarak yer alması, siyasi iktidarların kuruluş kanunlarında belirtilen ilkelerin aksine olarak sosyal güvenlik kurumlarının fonlarını, daha çok iç borçlanma ihtiyacının karşılanmasında olmak üzere, enflasyon oranının çok altında bir getiri oranı ile kullanmalarına yol açmıştır. Sonuçta sosyal güvenlik kurumlarının fonları eritilmiştir.

Sosyal güvenlik kurumlarının fonlarının eritilmesi, özellikle sendikalar tarafından sosyal güvenlik krizinin temel nedenlerinden biri olarak gösterilmekte ve bugün devletin açıklarını kapatarak finansmana katılma zorunda kalması geçmiş dönemlerde yaptığı hataların bedeli olarak kabul edilmektedir. Bütçeden sosyal güvenlik kurumlarına yapılan transferlerin yıllar itibariyle dökümü aşağıdadır.

Tablo7: 1999-2004 Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri (Milyar TL)

YILLAR	SSK (*)	BAĞ - KUR	EMEKLİ SANDIĞI	TOPLAM	BÜTÇE HARCAMALARI İÇİNDEKİ ORANI(%)	GSMH İÇİNDEKİ ORANI(%)
1999	1.111.000	796.145	1.035.000	2.942.145	10,5	3,8
2000	400.000	1.051.460	1.775.000	3.226.460	6,9	2,6
2001	1.108.000	1.740.000	2.675.000	5.523.000	6,9	3,1
2002	2.386.000	2.622.000	4.676.000	9.684.000	8,4	3,5
2003	4.808.617	4.930.000	6.145.000	15.883.617	11,3	4,5
2004	5.757.000	5.336.000	7.800.000	18.893.000	12,6	4,5

Kaynak: <http://www.muhasibat.gov.tr/mbulten>

Yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere sosyal güvenlik kurumlarına yapılan bütçe transferleri 1999 yılında 2.942.145 milyar iken, 2004 yılında 18.893.000 milyara yükselmiştir. Bu kurumların 1999 yılı itibariyle bütçe harcamaları içindeki oranı ile GSMH içindeki oranı sırasıyla 10.5 ve 3.8 iken; bu oranların 2004 yılında sırasıyla 12.6 ve 4.5'e yükseldiği görülmektedir⁵⁸.

Diğer sosyal güvenlik kurumlarından farklı olarak Emekli Sandığı, turizm sektörünün gelişmesine de katkıda bulunmak amacıyla oteller, tatil köyleri, işhanları, otopark ve otopark gibi alanlara yatırım yapmış, bu yatırımlardan sağladığı gelirler son derece yetersiz kalmış ve hatta bu tesislerin işletmeciliğinden zarar etmiştir. Türkiye'de en büyük gayrimenkul sahiplerinden biri olan SSK'da benzer şekilde sahip olduğu gayrimenkullerden yaptığı yatırımların karşılığı olan geliri sağlayamamıştır. Bir anlamda, sosyal güvenlik kurumları kötü yatırımcı olmuşlar kaynaklarını rasyonel şekilde değerlendirememişlerdir.

⁵⁸ Gülender Ay, 'Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Bireysel Emeklilik Sistemi', M.Ü.Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Y.L.Tezi, İstanbul 2003, s.51

1.5.4 İdari ve Mali Özerklikten Yoksun Kurumlar

SSK ve Bağ-kur'un kuruluş kanunlarında idari ve mali bakımdan özerk kurumlar oldukları belirtilmelerine rağmen, bu ilke hayata geçirilememiştir. Mali ve idari özerklik ilkesinin ihlal edilmesi sosyal güvenlik kurumlarının kriz içine düşmesinin temel sebeplerinden biri olarak gösterilmiş, çözüm arayışlarında bu ilkenin hayata geçirilmesi önde gelen öneriler arasında yer almıştır.

Özerklik ilkesini zedeleyen en önemli faktör SSK ve Bağ-Kur'un idari organları içinde yer alan ve sosyal tarafların ağırlıklı olarak temsil edildiği genel kurulların, bir karar organı olmaktan ziyade, danışma ve sınırlı bir seçim organı haline getirilmiş olmasıdır. Zaten genel kurul toplantılarının 3 yılda bir yapılması da bu önemsizliğin bir göstergesidir.

Öte yandan, SSK ve Bağ-Kur'un en önemli karar organları olan yönetim kurullarında ise temsil ağırlığı devlettedir. Nitekim, 7 kişilik SSK Yönetim Kurulu'nun 4'ü, 5 kişilik Bağ-Kur Yönetim Kurulunun da 3 kişisi devlet temsilcisi olarak atama yoluyla görevlendirilmektedir, Yönetim Kurulu'nda yer alan diğer sosyal taraflar, birlikte hareket etseler bile, kendi istekleri doğrultusunda bir karar çıkarmaları mümkün görülmemektedir. Bu bakımdan alınacak bütün kararların siyasi iktidarın temel politikaları doğrultusunda olması kaçınılmazdır. Mevcut yönetim yapısı ile sosyal güvenlik kurumlarının siyasi iktidarların vesayetinden öte yönetimi altına girdiği ileri sürülmektedir.

İdari özerkliğin olmaması sosyal güvenlik kurumlarının personel ve yatırım politikalarını da etkilemekte, kurumlar ihtiyaç duydukları sayı ve personeli istihdam etme bakımından Maliye Bakanlığı'ndan izin alma zorunluluğu ile karşılaşırken, hizmet birimlerinin ihtiyaç duyduğu taşınmazların alınması, kiralanması veya yatırım yapılması konusunda da bağlı olduğu bakanlık, DPT ve Başbakanlığın iznine tabi bulunmaktadır. Bu sürece demirbaş alımları da dahildir. Bu alandaki sıkıntıların en belirgin sakilde yaşandığı kurum SSK'dır ve özellikle sağlık tesisleri ile ilgili yatırımlarda bu güçlükleri yaşamaktadır.

Sosyal güvenlik kurumlarının personelinin memur statüsünde olması, ücret seviyesinin düşüklüğü dolayısıyla vasıflı eleman çalıştırmada karşılaştıkları güçlükler ve personel alımındaki siyasi baskılar, sosyal güvenlik kurumlarını yetersiz sayıda ve vasıfsız elemanla çalışmaya mahkum etmekte, bütün ülke çapında hizmet birimlerine sahip olan kurumlar idari bakımdan ağır ve hantal çalışan kurumlara dönüşmektedirler. Bu yapı, sosyal güvenlik kurumlarının yeterli

denetim elemanı istihdam etme imkanlarını da ortadan kaldırmakta ve başta sigortasız çalıştırmanın önlenmesi ve kurum alacaklarının takibi olmak üzere, denetim faaliyetlerini aksatmaktadır.

1.5.5 Karmaşık ve Dağınık Mevzuat

Sosyal güvenlik mevzuatı, diğer sosyal hukukla ilgili düzenlemelerden farklı olarak geriye veya ileriye yönelik haklar ve yükümlülükler doğurduğu için çok sık olarak değiştirilmemesi gerekir. Nitekim, emeklilik yaşını kademeli olarak yükselten bir değişikliğin bütün hükümleriyle uygulanması 30-40 yıllık bir süreye ihtiyaç doğurmaktadır. Daha önce sayılan nedenlerle sosyal güvenlik mevzuatında sık sık değişiklikler yapılması, sigortalılar arasında yarattığı problemler bir yana, teknik olarak takip edilmesi güç bir mevzuat ortaya çıkarmıştır. 1965 yılında yürürlüğe giren 506 Sayılı kanunda değişiklik yapan 40'a yakın kanun yürürlüğe girmiştir. Benzer durum Bağ-Kur için de söz konusudur.

Emekli Sandığı Kanunu ise, 1950 yılından bugüne kadar yapılan 200'e yakın değişiklikle, ek ve geçici maddelerin, temel maddelerin sayısını çok aştığı bir mevzuat halini almıştır.

Sosyal güvenlik mevzuatındaki değişikliklerin sık olması, sigortalıları sisteme olan güvenini zedelemiş ve onlarda "nasıl olsa yeniden değişir" beklentisini doğurmuştur. Bu beklenti özellikle prim ödeme eğilimini zayıflatmış, eğer sigortalı açısından olumsuz bir sonuç doğurmuşsa değişmesi yönündeki taleplerinin gerekçesini oluşturmuştur⁵⁹.

⁵⁹ G. Ay, a.g.e. , s.54

İKİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK REFORMU

2.1.TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK

Günümüzde Türk sosyal güvenlik sisteminde sosyal güvenlik hakkı dünyadaki çağdaş gelişmelere uygun bir şekilde hem Anayasal hem de yasal bakımdan düzenlenmiş ve garanti altına alınmış bulunmaktadır. Türk devleti yasal açıdan vatandaşlarına - hatta vatandaş olsun ya da olmasın - ülkede yaşayan herkese, sosyal güvenlik hakkı tanımıştır. Anayasamız sosyal güvenliği *herkes için* bir hak olarak kabul etmiş, devlete bu konuda gerekli tedbirleri alma ve sistemi kurma görevi vermiştir (A.Y. m.60) . Ayrıca anayasada sosyal güvenlik bakımından özel olarak korunması gereken toplum kesimleri tespit edilmiş ve devlete bu konuda istisnai hükümlerle bu kimseleri sosyal güvenlik bakımından korunması için gerekli olanı yapma yükümlülüğünü verilmiştir (A.Y. m. 61) . Anayasa ayrıca devlete yurt dışında yaşamakta olan Türk vatandaşlarının sosyal güvenlik bakımından korunması için de gerekli tedbirleri almakla yükümlü kılmıştır (A.Y. m.62)⁶⁰.

Sosyal güvenliğin kapsadığı riskler bakımından mesele değerlendirildiğinde görülecektir ki Türk sosyal güvenlik sistemi bir risk (aile yardımları)dışında bütün risklere karşı da sosyal güvenlik sağlamıştır.Milletlerarası çalışma Teşkilatının 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Standartlarına Dair Sözleşme'sinde yer alan 9 sosyal güvenlik riskinden yaşlılık, malullük, ölüm ,iş kazası,meslek hastalığı,hastalık ,analık ,işsizlik risklerine karşı koruma sağlanmış ancak aile yardımları riski henüz Türk sosyal güvenlik sisteminin (daha doğrusu sosyal sigorta sisteminin) kapsadığı riskler arasında yer almamıştır .

Türk sosyal güvenlik sistemi, sosyal sigorta tekniği ağırlıklı bir sistem içinde yapılandırılmıştır. Bu yapılandırma çerçevesi içerisinde toplumun bütün kesimleri sosyal sigorta şemsiyesi altına alınmaya çalışılmıştır. Memur ve diğer kamu görevlileri için 5434 sayılı T.C.Emekli Sandığı Kanunu ,İşçiler için 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ,Bağımsız çalışanları için 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer bağımsız Çalışanlar sosyal sigortalar

⁶⁰ AKAD, Mehmet, 'Teori ve Uygulamada Sosyal Güvenlik Hakkı', Kazancı Yayınevi , İstanbul 1992 . s.24

Kurumu Kanunu (Bağ-Kur kanunu) , köylük bölgelerde yaşayan çiftçi ya da geçici tarım işçisi statüsünde hayatını kazanan köylüler için 2925 sayılı Tarım-Bağ - Kur Kanunu ve 2926 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ile gerekli düzenlemeler yapılmış bu kanunlarla bütün vatandaşlar sosyal sigorta şemsiyesi altına alınmışlardır⁶¹.

Ayrıca yurt dışında yaşayan Türk vatandaşlarının sosyal güvenliklerinin sağlanması için 3201 sayılı Yurt Dışında Bulunan Türk Vatandaşlarının Yurt Dışında Geçen Sürelerinin Sosyal Güvenlikleri Bakımından Değerlendirilmesi Hakkında Kanun çıkartılmıştır Türk sosyal yardım ve sosyal hizmetlerle ilgili olarak da çok sayıda düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeler arasında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu , Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu Kanunu ve Altmış Beş Yaşını Doldurmuş Muhtaç ve Gücsüz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ilk akla gelenler arasında yer alır⁶².

Özetle ifade etmek gerekir ise Türk sosyal güvenlik sistemi yasal açıdan bütün vatandaşları sosyal güvenlik kapsamına almış durumdadır. Sosyal güvenlik sistemimiz sosyal güvenlik hakkının düzenlenmesi bakımından bir değerlendirilmeye tabi tutulmuş olsa sosyal sigorta bakımından çağdaş normları yakaladığını ancak sosyal yardım ve sosyal hizmetler bakımından ise çağdaş gelişmelerin çok gerisinde kaldığı görülecektir.

Sistemimizin sosyal sigorta teşkilat alt yapısı bakımından sistemin riskler temelinde kurulmadığı kapsama giren kimselerin statüleri esas alınmak suretiyle bir teşkilatlanma yönteminin benimsendiği görülecektir . Sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler alt yapısı ise dağınık ve çeşitlilik arz eden bir kurumlaşma gösterir. Sosyal güvenlikten sorumlu bakanlık teke indirilemediği için de sistemde norm ve standart birliğinin sağlanması ; çifte hak almak yada haksız hak elde etmelere engel olunamadığı ve tam anlamda bir çok başlılık yaşandığı görülmektedir⁶³.

⁶¹ GÜZEL Ali, OKUR Ali Rıza, 'Sosyal Güvenlik Hukuku', 9.Basım Beta Yayınları .İstanbul 2003 , s 79

⁶² SÖZEN Ali Nazım, 'Türkiye'de Sosyal Hukuku', 2.Baskı ,İzmir 1998, s.13

⁶³ Sosyal Güvenlik , 'Yedinci Beş yıllık Kalkınma Planı Özel İntisat Komisyonu Raporu' ,Ankara 1995, s.12

Türk sosyal güvenlik sisteminin sosyal güvenlik sağlama fonksiyonunun tatmin edici olduğunu söylemek güçtür . Sosyal sigorta sisteminde, sağlanan yardımların hem miktar hem de kalitesi yönünden şikayetler mevcuttur. Primlerin yüksekliği, sağlanan aylık ve gelirlerin ise yetersiz olduğu görüşü yaygın bir görüştür .

Sosyal yardım ve sosyal hizmet sistemi ise ancak sosyal güvenlik ihtiyacı en yüksek olan kesime (kimsesiz çocuklar ve yaşlılara) yani en muhtaç kesime sosyal güvenlik sağlayabilecek kadar gelişmiş durumdadır.Sosyal yardımlar alanında; yoksulluk sınırının belirlenmemiş olması ,yoksullara hangi şartlarla ne gibi sosyal yardım ve hizmet yardımı yapılacağına ayrıntılı ve keyfiliğe elvermeyecek şekilde düzenlenmemiş olması ,sosyal yardım ve sosyal hizmetin bir hak olarak açık bir şekilde tanzim edilmemiş olması üzerinde durulması gereken eksikliklerdir .

Türk sosyal güvenlik sistemi mali bakımdan gelir gider dengesini yitirmiş ve devletin hazinesinden destek almadıkça mevcut hali ile dahi yükümlülüklerini yerine getiremez hale düşmüş durumdadır.

Bütün bu eksizliklere rağmen sosyal güvenlik ihtiyacının karşılanmada sosyal sigortalar çok önemli bir görev yapmaktadırlar. Kurulduğu günden 1990'lı yıllara kadar sosyal sigortalar sistemi ile devlet en az fedakarlık ile en fazla sosyal güvenlik sağlama gibi bir imkanı elde etmiş durumdadır. 1990 sonrasında günümüzde sistemin mali dengelerinin bozulması ve devletten kaynak talep etmek zorunda kalmasının vebali ise ayrıca sorgulanması gereken bir husustur.

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin mevcut durumuna baktığımızda, emeklilik süreleri de büyük önem göstermektedir. Gelişmiş ülkelere emeklilik yaşının fazla olması ilk bakışta kişilerin daha fazla çalıştığı şeklinde düşünülse de çalışma süresi günlere ve saatlere göre hesaplandığında durumun sanılandan çok daha farklı olduğu görülmektedir. Aşağıdaki tabloda gelişmiş ülkelere kıyasla Türkiye'deki bir çalışanın emekli olması için gerekli olan süreler gösterilmektedir.

Tablo8: Ülkelere Göre Çalışma Süreleri, Emeklilik İçin Gerekli Çalışma Saati

ÜLKE	Yıllık Normal Çalışma Süresi	Ortalama çalışma süresi (yıl)	Emekliliğe Kadar Toplam Çalışma Süresi (saat)
ABD	1952	47	91744
İsveç	1544	40	61760
İngiltere	1735	37	64195
Almanya	1559	35	54565
Fransa	1631	35	57085
İtalya	1764	37	65268
Türkiye	2250	42	94500

Kaynak: Cumhuriyet Gazetesi 2004; Türk-İş Dergisi sayı 333

Yukarıdaki tabloya göre ABD, İsveç ve İngiltere’de ortalama çalışma süresi 47 yıl iken Türkiye’de 42 yıldır. Bu ülkelerin çalışma süreleri saat olarak hesaplandığı zaman da bu sürelerin sırasıyla 91744, 72568, 81545 saat olan çalışma sürelerine kıyasla Türkiye’de bir kişinin emekliliğe kadar toplam çalışma süresinin 94500 saat olduğu görülmektedir. Sonuç olarak sosyal güvenlik sisteminin mevcut sorunlarının ana nedenlerinin sanılanın aksine emeklilik yaşından ve çalışma sürelerinden kaynaklanmadığı açıkça görülmektedir.

2.2. SOSYAL GÜVENLİK REFORMUNUN GEREKÇELERİ

Sosyal güvenlik alanında reforma yol açan sebeplerin başında finansman güçlüklerinin geldiği çoğunlukla kabul edilen bir görüşür⁶⁴. Öte yandan sosyal güvenliğin örgütlenmesinden kaynaklanan ve çoğunlukla sisteme siyasal etkileri mümkün kılan yapılanma da reform fikrini kabul görür hale getirmiştir. Bunun yanında 1980 sonrası bireyi ön plana çıkaran görüşlerin de sosyal güvenlik alanındaki bu yeni gelişimi etkilediği bir gerçektir. Özetle belirtmek gerekirse, sosyal güvenlikte özelleştirme fikri, sosyal güvenliğin kendi içsel sorunları yanında, konjonktürün de etkisi ile bir çok çevrede kabul görür hale gelmiştir⁶⁵.

⁶⁴ TÜSİAD, ‘Emekli ve Mutlu, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları, Çözüm Önerileri, Özel Sigortacılık Girişimi’, İstanbul, 1996, s.12

⁶⁵ Yusuf ALPER, ‘Sosyal Güvenlik Sisteminde Kriz ve Reform İhtiyacı’, İŞVEREN, C.34, S.5, Şubat, 1996

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı hükümet programında ve acil eylem programında sosyal güvenlik sisteminde bir reform yapmayı planlamıştır. Bakanlık düşündüğü reformun ana çatısı hakkındaki düşüncelerini “ Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi “ adı altında 29.Temmuz 2004 tarihinde kamuoyuna sunmuştur. Bakanlık reform önerisini birtakım varsayımlara dayandırmış bulunmaktadır.

2.2.1.Nüfusun Yapısındaki Değişim

Bakanlıkça sosyal güvenlikte bir reforma ihtiyaç için gösterilen ilk gerekçe nüfus yapısındaki değişimdir. Öneride geleceğe ilişkin nüfus gelişim tahminlerinin nüfusun hızla yaşlanacağını ortaya koyduğunu; Türkiye'nin 27 yıl gibi oldukça kısa bir sürede yaşlı nüfus sorunu ile karşılaşacağı iddia edilmektedir. Yaşlanma hızı ile ilgili bu gerçeğin böyle acil ve kapsamlı bir reform ihtiyacını zorunlu kıldığı ileri sürülmektedir. Öte yandan gelecek 20 yıl içerisinde bağımlı nüfusun azalacağı buna karşılık çalışabilir nüfusun artacağı da kabul edilmektedir. Bunun bir fırsat teşkil edeceği ve reform için bir fırsat vereceği ileri sürülmüştür. Bakanlık nüfus ile gerçekleri sıralar iken kendi içerisinde tezat teşkil edecek tespitlere de yer vermiştir. Önümüzdeki yirmi yıl içerisinde nüfus artacağına göre bunun sosyal güvenlik açısından etkisinin de pozitif olması beklenmelidir.

Tablo9: Ülkeler göre emeklilik yaşı, yaşam beklentisi, emeklilik sonrası için çalışma

ÜLKE	Ortalama hayatta kalma yaşı	Emeklilik yaşı sınırı	Emeklilik sonrası yaşam	Emeklilik için toplam çalışma süresi	Emeklilik sonrası yıl için çalışılan saat
İngiltere	76	65	11	81544	7413
Almanya	77	65	12	73273	6106
Fransa	78	60	18	68502	3805
Türkiye	67	60	7	94500	13500

Kaynak: Dünya Bankası, World Development Report 2004

2.2.2. Mevcut Sistemin Yoksulluğa Karşı Koruma Sağlamaması:

Önerinin reform gerekçeleri arasında sosyal güvenlik sisteminin temel amacının insanları yoksulluğu karşı korumak olduğu halbuki mevcut sistemin yoksulluğu önlemek

konusunda yeterince etkili olmadığı iddia edilmektedir.Mevcut sistemin kaynakların doğru kullanmadığı ve israf ettiği de iddia ediliyor.Ayrıca halen kamu kaynaklarının sosyal sigorta şemsiyesi altındakilere gittiği ve yoksullara yönelik yeterli sağlık korumasının da bu sebeple sağlanamadığı tespiti yapılmaktadır .

2.2.3. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Finansman Açığının Ekonomi Üzerindeki Olumsuz Etkileri

Son on yıl içerisinde bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisinin ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden birisi haline geldiği bir reform gerekçesi olarak ifade edilmektedir. Açıkların kapatılması için sosyal güvenlik kurumlarına yapılan transferlerin milli gelir içindeki payında meydana gelen artışa dikkat çekilmekte ve gelişmenin sorunun büyüklüğünü ortaya koyduğu iddia edilmektedir .Öneride sistemdeki açıkların büyüklüğü vurgulanmakta ve bunun mevcut sosyal güvenlik sisteminin yanlış kurgulanmış olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir.Sosyal güvenlik sistemi kaynaklı kamu borç stoku oluştuğu ve bu stokun faiz oranlarının yükselmesine ve geleceğe ilişkin belirsizliği artırarak ülkede enflasyonun yükselmesine yol açacağı da ileri sürülmektedir .Ayrıca en yüksek açığı emekli sandığının verdiği vurgulanmaktadır

Hali hazırda devletin yoksullara yönlendirilmesi gereken kaynaklar sosyal korumaya en az ihtiyaç duyan kesimlere yönlendirilmekte olduğu da iddia edilmektedir. Kapsamlı bir Sosyal güvenlik reformunun sosyal güvenlik sisteminin kamu açıkları üzerindeki baskısını azaltacağı vurgulanmaktadır.

2.2.4. Bütün Nüfusun Koruma Altına Alınmaması

Halen işgücünün % 52 sinin (11 milyon kişinin) kayıt dışılık sebebiyle sosyal sigortalar kapsamı dışında kaldığı belirtilmekte ve nüfusun % 20 sinin efektif olarak sağlık güvencesi kapsamında olmadığı vurgulanmaktadır. Sosyal yardım ve sosyal hizmetlere ayrılan kaynakların yetersizliği, mükerrer yardımların mevcut olması ve bir kontrol ve takip sisteminin mevcut bulunmaması üzerinde durulmaktadır. Mevcut kaynakların ihtiyaç sahiplerine sağlıklı bir şekilde ulaştırılmadığı da bir gerekçe olarak ifade edilmektedir .

2.3. SOSYAL GÜVENLİK REFORMU YASA TASARISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

2.3.1. Reform Kavramı Açısından

Reform kavramı farklı şekillerde tanımlanmıştır. En ayrıntılı tanımı ise “yeniden biçimlendirme, bir sistem, kurum veya yapının zor ve tehdit edici yöntemlere başvurmada, uzlaşıcı usuller ile değiştirilip daha iyi, daha arzulanır bir şekle büründürülmesi eylemi; baskı ile değil ikna yoluyla, tümünden değil parça parça, değişimin kurallarını zorlamadan evrimsel bir şekilde iyileştirmeyi amaçlayan harekettir.”

Görülüyor ki reform kavramı, mevcut yapının uzlaşısı içinde islah edilerek düzeltilmesini ifade etmektedir. Taslak metin ise reform olarak nitelendirilmesine karşın mevcut hakları geriye götüren kökten değişiklikleri içermektedir. Geleceği görünmeyen tüm sosyal güvenlik hizmetlerini verme iddiası olan hantal bir yapıyı önermektedir.

2.3.2. Sosyal Koruma Kavramı Açısından

Yasa tasarısında sosyal koruma kurumu adı altında yeni bir kurum oluşturulması, SSK'nın il ve ilçelerde kuracağı hizmet ofisleri aracılığı ile de tüm hizmetlerin (emeklilik, sağlık, sosyal yardım) verilecek olması nedeniyle yeni sisteme sosyal güvenlik yerine “Sosyal Koruma Sistemi” adı verilmiştir. Sosyal güvenlik ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır.

Ancak literatürde sosyal koruma daha çok primsiz sistemi tanımlamaktadır. Sosyal güvenliğin bir bölümünü ifade etmektedir. Bu nedenle kavram giderek yanlış algılamalara neden olabilecektir. Sosyal güvenlik kavramı tüm sistemi içeren kavram olarak korunmalıdır⁶⁶.

2.3.3. İçerik Açısından

Taslak metinde sosyal güvenlik sisteminde reform yapılmasının gerekçeleri;

- Bugün genç olan nüfusun önümüzdeki 20 yıl içinde yaşlanma sorunu ile karşılaşması,
- Yaşlı nüfusun sosyal güvenlik sistemine yönelik sorunları ile karşılaşılması,

⁶⁶ “Sosyal Güvenlik Raporu”, Türk-İş yayınları, Ankara 2005, s.13

- Geniş kaynak tahsisine rağmen sistemin kaynaklarının etkin ve doğru kullanımını sağlayamadığı için yoksulluğu önlemede yetersiz kalması,
- Sosyal güvenlik transferlerinin giderek büyümesi
- Tüm nüfusu kapsamına almaması,
- Sosyal güvenlik kurumları arasında koordinasyon sağlanmaması,
- Sosyal güvenlik kurumlarının örgütlenme ve alt yapı ile ilgili sorunları olarak sayılmıştır.

İleri sürülen sorunlar tüm kesimlerce kabul edilmektedir. Ancak metinde sistemi bu noktaya getiren nedenler üstünde durulmamış, açık olarak ortaya konmamıştır. Sadece sonuçlar değerlendirilmiştir. Oysaki sistemi bu noktaya getiren nedenler aynı zamanda sorunların çözümlerinin de dayanak noktasını oluşturmaktadır.

Oysa ki “uygulanmaya başladığı günden bugüne sosyal güvenlik sistemimiz bir bütün olarak incelendiği zaman sistemin devlete en az yük yükleyerek en büyük faydayı sağladığı görülmektedir.” Sosyal sigorta sistemimizin dengeleri kaybettirilinceye kadar devlet bütçesinden doğrudan yardım almadan işlevini sürdürmüştür. Toplumsal barışı tehdit etmenin aksine, son 2001 yılında yaşanan ekonomik krizde olduğu gibi en sıkıntılı dönemlerde toplumsal barışı sağlayan, koruyan temel güvence olmuştur. Kaldı ki 58 yıldan beri uygulanan ve topluma yerleşmiş bir sistemden yepyeni bir sisteme geçiş için onun halen uygulanmakta olduğu ülkelerde de iflas etmiş, terk edilmiş olması gerekir. Halbuki sistemin esin kaynağı olan Bismarck modeli, onu uygulamakta olan ülkelere ihtiyaçlar doğrultusunda reforma tabi tutularak uygulanmasına devam edilmektedir. Ülkemizdeki sorunlarda sistemden kaynaklanmayıp onun özünden uzaklaştırılarak tahrif edilmesinden doğmuştur⁶⁷.

Sistemi kökten ve hızla değiştirmenin diğer bir gerekçesi ise, “son 10 yıldır sosyal güvenlik sisteminin açıklarının kapatılması için kullanılan kaynakların nerdeyse Türkiye’nin 2003 yılında yarattığı toplam milli gelire eşit olduğu” ve bu olumsuzluktan kurtulmak için demografik yapımıza göre 20 yıl daha devam edeceği belirtilen firsant penceresinden ivedi yararlanma isteğidir. Oysaki son 20 yıl daha devam edeceği belirtilen firsant penceresi yeni açılmayıp 59 yıldır mevcuttur. Bu süre içerisinde sigorta fonlarının değerlendirilip, sigortalılara dönüşüne firsant verilmeyip ucuz kredi olarak amaç dışı kullanılması mevcut durumun en önde gelen sebeplerindendir. Ödedikleri primlerin sigortalılara dönüşüne izin vermeyip bütçe açıklarını

⁶⁷ Türk-İş yayınları, a.g.e. , s.14

kapatmak için kullananlar siyasi iktidarlardır. Bu nedenle şimdi yoksullara gidecek kaynakların sigorta açıkları için kullanıldığı tespiti doğru değildir.

Yasa tasarısında diğer ülkelerdeki reform ihtiyacı nüfusun yaşlanmasına, bizde ise sistemin kurgusuna dayandırılmıştır. Bu tespitlerinde ne derece doğru olduğu kuşkuludur. Hiç kuşkusuz tüm dünyada sosyal güvenlik sistemlerinin ciddi sıkıntılar içinde oldukları tespiti doğrudur. Ancak bu sıkıntıların sebepleri sadece yaşlanma ve yanlış kurgulanma değildir. Kaldı ki ülkemizde sistemin yanlış mı kurgulandığı, yoksa doğru kurgulanmasına rağmen tahrif edici müdahalelerin mi olduğu iyi araştırılmalıdır.

Kendi içinde aktüeryal dengesi oluşturularak doğru kurulan sistemin tahrif edici siyasi müdahalelerle (Hak ve yükümlülüklerin değiştirilmesi, hizmet borçlanma uygulamaları karşılıksız ödemeler kaynakların ucuz kredi olarak kullanılması) bu duruma geldiği tüm kesimlerce kabul edilen bir gerçektir. Bu nedenle sistemin hayat pahalılığına neden olduğu, yatırımları engellediği, işsizliğe yol açtığı, toplumsal barışı tehdit ettiğini ileri sürmek gerçekçi olmamaktadır. Bu yaklaşım sistemin tümü ile kaldırılması halinde ekonominin düzeleceği, ülkenin sıkıntıdan kurtulacağı ve toplumsal barışın yeniden güçlendirileceği gibi çok anlamsız bir sonucu doğuracaktır⁶⁸.

Sistemin açıklarının büyümesinin ekonomi üzerindeki olumsuz etkisi kabul edilmekle birlikte, son yıllarda büyüyen açıklara rağmen enflasyon ve faiz oranlarındaki düşüş bu iddianın doğruluğunu göstermemektedir.

Milli gelirden sosyal güvenliğe önemli ölçüde pay ayrılmasına karşın yoksulluğun önlenemediği, ülkedeki her 4 kişiden birinin yoksul olduğu belirtilerek, kaynakların işverenlere ve ücretlilere aktarıldığı, kamu emekli açıklarının kapatılmasında kullanıldığı, yoksulluğu gidermek için kullanılmadığı hususu da doğru bir tespit değildir. Milli gelirden ayrılan payın dağılımı belli değildir. Ne kadarlık kısmının sosyal yardım hizmetlerine ayrıldığı bilinmemektedir. Ülkemizde tüm hak sahiplerinin ulaşabileceği çağdaş bir sosyal yardım hizmetlerinin sunulmadığına ve böyle bir yapının da olmadığına göre sistemi suçlamak gerçekçi değildir. Kaldı ki uygulamada devlet adına önemli ölçüde bu görev sisteme yükletilmiştir. Oluşan açıkların bir nedeni de budur. Uzun ve ağır maliyetli tedaviyi gerektiren hastalığa tutulmuş

⁶⁸ Türk-İş Yayınları, a.g.e., s.15

olanların yoksulların %80'inin bu hastalıklarının (kanser, hemodiyaliz, organ nakli vb) sigortalama yolu ile Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından tedavi edildiği bilinmektedir. Aslında sistem yoksulluğu artırmanın aksine yoksulu koruma hizmet sunmuştur. Devletin yapması gerekeni sosyal güvenlik kurumları yapmıştır.

Sağlık, emeklilik, sosyal yardım ve hizmetlerini de içine alacak şekilde tek bir kurum olarak “ sosyal koruma kurumunu” oluşturmak ihtilal niteliğinde yapılmak istenilenlerin temelini oluşturmaktadır. Böylece ülkede çalışan, çalışmayan, varlıklı, yoksul tüm nüfus için tek bir kurum kurulmaktadır. Çalışanların çalışma hayatından doğan tehlikeleri için sosyal sigorta (emeklilik sistemi içinde düşünülmektedir), tüm nüfusun sağlık sorunları için genel sağlık sigortası sosyal yardım ve hizmetler için ise devletçe bakım uygulaması öne çıkartılmıştır. Tek bir kurumun, farklı rejimlerde çalışanlara yönelik, farklı teknikleri gerektiren, farklı hizmetler için ve tüm nüfus bakımından sorumlu olması dev bir bürokratik aygıt yaratmak demektir. Düşünülen yapı hantal olup mevcudu dahi aratacak niteliktedir.

Tüm hizmetlerin yaygın olarak kurulacak sosyal koruma hizmet ofisleri tarafından BİLTOM (Bilgi Teknolojileri Operasyon Merkezi vasıtası ile verileceği önerisi bugün için gerçekçi gözükmemektedir. Prim tahakkuk ve tahsilatında farklı işlevleri olan (asgari işçilik, itiraz, hizmet tesbiti) Sosyal Sigortalar Kurumu ile yerine farklı işlevleri olan Bağ-Kur ve T.C Emekli Sandığını hizmet ofislerinde toplamak mevcut ünitelerden daha büyük bir yapıyı ortaya koymak olacaktır. Milyonlarca üyesi olan böyle bir yapının kurulmasının çok zaman alacağı gibi milyarlarca dolara mal olacağı ilgili uzmanlar tarafından ifade edilmektedir. Oysa ki öneride bu husus için kaynak gösterilmediği gibi öngörülen zamanda gerçekçi değildir.

Sosyal Koruma Kurumunun altında Genel Sağlık Sigortası Kurumu, Emeklilik Sigortası Kurumu ve Sosyal Yardım ve Hizmetler Kurumu ile birlikte İşkur'unda varlığını devam ettirecek olması çok yapılı kurumun bir başka şekilde sürdürüldüğünü açıkça ortaya koymaktadır. Öneri metninde ifade edildiği gibi kurumsal yapıda teklik söz konusu değildir⁶⁹.

⁶⁹ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.17

Sistemin sorunlarının temel sebebinin sosyal güvenlik kurumlarının özerk yapıdan yoksun olmalarından kaynaklandığının tüm taraflarca kabul edilmesine karşın, kurumların mali ve idari özerkliklerinin nasıl sağlanıp korunacağı hususlarına öneri metninde hiç yer verilmemiştir. Oysa ki asıl öne çıkartılması gereken kurumların kendi kendini yönetmelerine olanak verecek yapıdır.

2.3.4. Genel Sağlık Sigortası Açısından

Yasa tasarısında mevcut sağlık sistemimizdeki dağınık yapının ciddi ölçüde ısrafalara ve kötüye kullanımlara neden olduğu, birinci basamak yerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılmasına yol açarak harcamaları artırdığı, buna karşın tatmin edici sağlık hizmeti sunulmadığı iddia edilmiştir. Oysaki sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumundaki olumsuzlukların nedeni süregelen yanlış ve bilinçli uygulamalardır.

İki büyük sağlık üreticisi olan Sağlık Bakanlığının ve Sosyal Sigortalar Kurumunun sağlık yatırımları engellenmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumunun 1990 yıllardan itibaren sağlık yatırım harcamaları ile dışardan sağlık hizmeti satın alınması incelendiğinde bu husus açıkça gözükmemektedir.

Aşağıda Tablo10'da görüleceği üzere kurumun 1999 yılında sağlık yatırım harcamaları 18 milyar 796 milyon lira iken, satın alınan sağlık hizmetlerine ödenen miktar 223 milyar liradır. 2000 yılında sağlık yatırım harcama tutarı 32 trilyon 926 milyar lira olarak gerçekleşir iken, satın alınan sağlık hizmetlerine ödenen miktar 407 trilyon 232 milyar liraya yükselmiştir. 2003 yılında gerçekleşen miktarlar sağlık yatırım harcamalarının aleyhine daha da değişmiştir. Gerçekleşen sağlık yatırım harcaması 51 Trilyon 941 milyar lira iken, satın alınan sağlık hizmetleri tutarı 1 katrilyon 600 trilyon liradır.

Oysa ki bakımlı nüfus artarak 32 milyona ulaşmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumuna artan ihtiyacını karşılayacak sağlık yatırımları yaptırılmayarak bugünkü olumsuzlukların zemini hazırlanmıştır. Oysa ki 1999 yılından itibaren sağlık hizmetlerinin dışardan satın alınması için ayrılan payın her yıl için %5 sağlık yatırım harcamalarına ayrılrsa idi kurumun sağlık hizmeti sunumunda bugünkü sorunları yaşaması mümkün olmayabilirdi⁷⁰.

⁷⁰ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.19

Sağlık alanında kötüye kullanım sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde dışardan satın alınması başlayarak yaygınlaşmıştır. Nitekim Sosyal Sigortalar Kurumunda olduğu ileri sürülen yolsuzluk iddialarının, kurumun giderek artan miktarda sağlık hizmetlerini satın almaya başladığı 1980’li yıllardan sonra ortaya çıkmış olması bunun somut delilidir.

Tablo10: S.S.K’NIN YATIRIM HARCAMALARI SAĞLIK HİZMETLERİ ÖDEMELERİ

YILLAR	SAĞLIK YATIRIM HARCAMASI (MİLYAR TL)	SATIN ALINAN SAĞLIK ÖDEMESİ (MİLYAR TL)
1999	18	223
2000	32.926	407.232
2001	68.868	730.294
2002	65.491	1.062.279
2003	51.941	1.600.000

Kaynak: <http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik>

Aslında kamuya yönelik bu olumsuz gelişmelerin temelinde yatan düşünce, sağlık sektörünün gelişen ve değişen teknoloji ile birlikte kar getiren bir yatırım alanı olarak görülmesidir. Kişi başına düşen sağlık harcamalarının artışı bu görüşün etkin kılınmasını güçlendirmiştir.

Dünya Bankası dokümanlarında Türkiye ve benzeri orta gelir grubundaki sağlık ekonomilerine yönelik strateji dört başlıkta toplanabilir⁷¹.

1. Ulusal ekonomiden sağlık harcamalarına istikrarlı biçimde daha fazla kaynak aktarılması sağlanmalıdır. Ancak, bu kaynak aktarımı talep sıkıntısı çekilmeyen tedavi hizmetleri alanında olabilir. Tedavi hizmetlerine kişisel kaynaklardan yapılacak istikrarsız ödemeler yerine, kaynak aktarımı, sağlık sigorta fonları vasıtasıyla yapılmalıdır. Nüfusun tamamı sigorta kapsamına alınmalıdır. Prim ödeme gücü olmayanların primleri devlet bütçesinden karşılanmalıdır.

⁷¹ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.23

2. Devlet bütçesinden tedavi hizmetlerine kaynak aktarılması uygulamasına son verilmelidir. Bütçe, tedavi hizmetleri talebinin gelişmediği alanlarda ve koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılmalıdır.
3. Tedavi hizmeti veren kurumlar, sigorta fonlarının hizmet satın aldığı kurumlar haline dönüştürülmeli, bu amaçla tedavi hizmetleri alanında reorganizasyona gidilmelidir. Sağlık sektöründe hizmeti veren ile finanse eden birbirinden ayrılmalı, her ikisi arasındaki ilişki piyasa aracılığıyla sağlanmalıdır. Finansmanı sağlayan sigorta kurumlarının, istediği standarttaki hizmeti istediği sağlık kurumundan satın alabileceği bir düzen oluşturulmalıdır. Sağlık kurumlarındaki mali verimlilik ve hizmet kalitesi ancak bu yöntemle yükseltilebilir. Bu amaçla özel hastanecilik teşvik edilmeli, ancak esas dikkat, kamu hastanelerinin sigorta fonlarına hizmet satacak işletmeler durumuna dönüştürülmesine verilmelidir. Hastaneler dışındaki tedavi hizmet talebinin geliştiği alanlara devlet bütçesi kaynaklarının aktarılması kesilmeli, bu hizmetlerin özel muayenehaneler ve poliklinikler (aile hekimliği) tarafından verilmesi ve finansmanın sigorta fonlarınca yapılması hedeflenmelidir.
4. Tedavi hizmetleri finansmanını üstlenecek olan sağlık sigortalarının mali krizini önlemek için aktif-pasif dengesinin sağlanması için tedbirler alınmalıdır.

Son yılların gözlemi, sağlık alanındaki özelleştirmenin kamu kurumları mülkiyetinin el değiştirmesi yerine, kamu kaynaklarının özel kişi ve kurumların kontrolüne verilmesi ve kamu sağlık kurumlarının çökertilmesi şeklinde cereyan ettiğini göstermektedir. SSK ve devlet hastanelerindeki gelişmeler değerlendirildiğinde, hükümetlerin her iki kurumda izlediği esas politikanın, mali ve yönetsel mekanizmaları felç ederek, hizmet kalitesi ve insan gücü motivasyonunu Cumhuriyet tarihinin saptanabilen en kötü noktasına düşürmek olduğu görülmektedir. Kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesinden amaçlanan, özel sektörün kontrol ettiği alanın, dolayısıyla sağlık piyasasının kamu aleyhine genişletilmesidir. Hükümetler, bunu kamu sağlık sisteminin genişletilmesinin durdurulması, var olan kamu kurumlarının işlemez hale getirilmesi, kamu sağlık kurumlarının işletmelere dönüştürülmesi, kamu kaynaklarının özel sektöre aktarılması şeklinde uygulamaktadır⁷².

⁷² Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.24

Dünya Bankasının sağlık sektörünün yeniden yapılandırması alanında, dünyanın çeşitli ülkelerinde uygulamış olduğu politikaların sonucu hüsrana olmuştur. Sağlığa dönük devlet teşviklerinin zenginler yararına olan istenmeyen Pazar çarpıklıkları meydana getirdiği bilinmektedir. Dünya bankasına göre, kişi başına yıllık 8 dolarlık bir harcama, kabul edilebilir klinik hizmetlerin standartlarına ulaşmak için fazlasıyla yeterlidir denilmektedir. Dahası, yoksullaşmış kırsal topluluklara dönük temel sağlık hizmetleri için zorla ücret alınması, gerek daha fazla eşitlik, gerekse verimlilik açısından önemli olduğu ifade edilmektedir. Bunların sonucunda, dışardan finanse edilen birkaç göstermelik örnek dışında Aşağı-Sahra Afrikası'ndaki sağlık kuruluşları fiilen kendileri hastalık kaynakları haline gelmişlerdir. Steril şırınga ve tıbbi malzeme alımına ayrılan kaynakların yetersizliği, yanı sıra Dünya Bankası'nın tavsiye ettiği ekonomik politikaların sonucu elektrik, su ve akaryakıt fiyatlarındaki artış enfeksiyona yakalanma oranını artırmaktadır. Hatta bu ülkede, reçetede yazılı ilaçların alınmaması, devletin sağlık merkezlerine başvuru ve bu merkezleri kullanma düzeyini, sağlık alt yapısının ve personelinin artık maliyet açısından etkin bir biçimde kullanılmamasına yol açacak ölçüde düşürmüştür⁷³.

Kısacası, makro-ekonomik politikalar, sosyal sektörlerdeki insan kaynakları ve maddi kaynakların devre dışı kalmasına yol açmaktadır. Bütün bu olumsuz gelişmeler, bu ülkede kontrol altına alınmış olduğuna inanılan bir dizi bulaşıcı hastalığı (kolera, sarı humma, sıtma) yeniden canlandırmıştır. Aynı şekilde Latin Amerika'da da sıtma hastalığında artış gözükümüştür. Kamu harcamalarının yapısal uyum programları altında kısılmasıyla doğrudan bağlantılı kontrol ve koruyucu sağlık hizmetleri ciddi şekilde azalmıştır. Keza, Hindistan'da 1994 yılında patlak veren hıyarcıklı veba ve akciğer vebası salgını, 1991 tarihli IMF-Dünya Bankası destekli yapısal uyum programı altında kentlerdeki, sağlık koşullarının ve kamusal sağlık alt yapısının kötüleşmesinin doğrudan sonucu olarak kabul edilmektedir. Yapısal uyumun toplumsal sonuçları uluslararası finans kurumları tarafından tümüyle kabul edilmiş durumdadır. Ancak, IMF-Dünya Bankası metodolojisine göre, sosyal sektörler ile uyumun toplumsal boyutları farklı şeyler, egemen iktisadi doğmaya göre, söz konusu istenmeyen yan etkiler bu ekonomik modelin bileşenleri arasında yer almıyor. Bunların, ayrı bir sektör olan sosyal sektöre ait olduğu düşünülmektedir⁷⁴.

Bu anlayışla kamuyu sağlık hizmeti üretiminden uzaklaştıracak yöntemlerin belirlenmesi, hele hele sosyal güvenlik hizmeti sunma amacına yönelik olarak, işçinin ve adına işverence

⁷³ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.25

⁷⁴ TTB, "Sosyal Devlet Tasviyesi ve Sağlık" Ankara 2004, s.12

ödenen primlerle yaptırılan Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığına oradan Yerel yönetimlere devredilmesi çalışmaları büyük hata olacaktır. Anayasa ile korunan sosyal güvenlik hakkı, sağlık hakkı ve mülk edinme hakkı ile çelişecektir.

Özel hukuk hükümlerine tabi mali ve idari yönden özerk olan kurumun işçilerin primleri ile edinilen taşınmaz malları, hastaneleri özel mal niteliğindedir. Kurumun gelirleri arasındadır. Sosyal güvenlik hizmeti sunan kurumun hastanelerinin bedelsiz olarak devri hizmet sunumunu sıkıntıya sokacağından Anayasamızın 56 cı maddesine, özel mülk niteliğindeki malların devri ise 35 inci maddesine aykırı olacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi adı altında yürütülen devir ve finansman sağlama politikaları ile sağlık hizmetlerinin ticari bir mala dönüştürülmesi katkı paylarının artırılması giderek yoksulluğa daha da artıracaktır. Tıpkı diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu toplumun sağlığının daha da bozulmasına sağlık maliyetinin artmasına yol açacağı bir gerçektir.

Hastanelerin yerel yönetimlere devredilerek bu yönetimler tarafından işletilip etkin ve yeterli sağlık hizmeti sunmaları ülke şartlarında gerçekçi gözükmemektedir. TÜSİAD tarafından hazırlatılıp Sağlık Bakanlığına sunulan “Sağlıklı Bir Gelecek” adlı raporda ifade edildiği üzere ülkemizin coğrafi dengesizlikleri nedeniyle özellikle Doğu bölgelerinde ve kırsal kesimlerde yaşayanların sağlık hizmetlerine ulaşmalarında yeterli sağlık hizmeti almalarında diğer bölgelere oranla önemli ölçüde yetersizlik mevcuttur. Bölgelere göre çok düşük gelirlere sahip olan yerel yönetimlerin geliri daha çok olan bölgelerle aynı yeterlikte sağlık hizmeti üretecek hastane işletmeleri imkansızdır. Buda sağlık hizmetlerini üretmeyi yerel yönetimlere bırakmanın telafisi imkansız sonuçlar doğuracağını göstermektedir. Kaldı ki 2003 yılı itibariyle ülkedeki 1.199 sağlık kurumunun dağılımına bakıldığında 668’i Sağlık Bakanlığına, 148 S.S Kurumuna 246’ sı yani %21’i özel sektöre aittir. Buda iki durumu ortaya çıkaracaktır. Biri özel sektörün nicelikten ziyade niteliği ön plana çıkartacağı, diğeri ise gelecek talepte yapılan sözleşmeler dışı ilave katkı verecekleri tercih edecekleridir. Bu sonuçta nüfusun %66’lık bölümünün bu olanaktan yararlanamayacağı anlamını taşımaktadır⁷⁵.

Sağlık açısından ortaya çıkan diğer bir sorun hizmet üretiminde iletişimsizlik, denetimsizlik, kurumların ve sağlık personelinin bölgelere dağılımındaki dengesizliktir. Birinci basamak hizmeti olarak adlandırılan koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin son derece bozuk

⁷⁵ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.26

oluşudur. Sevk sisteminin iyi işletilememesidir. Bu sorunların nedeni mevcut sosyal güvenlik sistemi değildir. Sistemin iyi işletilmemesidir ve sisteme yapılan çıkarıcı müdahalelerdir.

Yukarıda ifade edildiği gibi sağlık hizmetlerinin piyasadan satın alınması artıktıkça istismarlar yoğunlaşmış yolsuzluk iddiaları artmıştır. Bilgisayar ortamında denetiminde olmayışı sağlık alanındaki kaçakların artmasını daha da kolaylaştırmıştır. Ancak şu bir gerçektir ki (Dünya Bankası tarafından da kabul edilmiştir), bilgisayar ortamında etken denetime sağlansa dahi hizmet alımı arttıkça bu alandaki suistimallerde artacaktır. Sosyal Güvenlik Sisteminin kaynaklarının israf edilmesi önlenemeyecektir. Bu noktada Sosyal Sigortalar Kurumunun sağlık üretimini sürdürmesi büyük önem taşımaktadır. Kurumun hizmet sunması, piyasa fiyatlarına referans oluşturacağı gibi sağlık maliyetini de düşürecektir.

Kurumun ürettiği hemodiyaliz hizmetinin maliyetine ilişkin olarak, Dünya Sağlık Örgütünün de katıldığı bir araştırmada, üretilen hizmetin kalitesinin dünya standartlarında olmasına karşın, maliyetinin çok düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma, kurum hastanelerinin yüksek maliyetle çalıştığını, toplam sağlık giderlerinin ortalama sigortalı başına düşen miktarının düşük görüldüğünü ileri sürenlerin tezlerini çürütmektedir⁷⁶.

Kurumun sağlık yardımları maliyetini düşüren bu imkanların ortadan kaldırılarak sağlık hizmetlerini dışardan satın alması halinde 2004 yılında kurumun sağlık harcamalarına gelecek yıllık ek yükün 3.8 katrilyon lira 2005 yılı sağlık harcamalarına gelecek ek yükün ise 4,2 katrilyon lira olacağı hesaplanmaktadır. (Hesaplamalar sağlık hizmetini satın alan Bağ-Kur'un kişi başına düşen sağlık maliyeti, kurum sağlık karnesi esas alınarak yapılmıştır. SSK'nın verdiği sağlık karnesi sayısı 2004 yılı için 27.796, 2005 yılı için 31.000, Bağ-Kur'un kişi başına sağlık maliyeti 2004 yılı için 361.510.000, 2005 yılı için 390.378.000 lira olarak alınmıştır)

Sosyal güvenlik kurumlarının açıklarının bütçeye getirdiği yük gerekçe gösterilerek sistem değiştirilmek istenmektedir. Önerilen değişikliğin sadece Sosyal Sigortalar Kurumunun sağlık giderlerine getireceği ek yük, yıllık 4 katrilyonun üstünde gerçekleşecektir. Bir başka söyleyişle sadece Sosyal Sigortalar Kurumunun emekli aylık giderleri de dikkate alındığında, yıllık açıkları yeni sistemle birlikte, 2005 yılı için 2,7 artarak 15,8 katrilyon liraya yükselecektir.

⁷⁶ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.27

Aktüreyal hesapları yapılmadan önerilen sistemin taşıdığı riskler, sadece Sosyal Sigortalar Kurumuna getireceği yükten de açıkça görülmektedir. Yatırımların yetersiz oluşumunda, gereksiz yatırımların yapılmasının da nedeni ülke gerçeklerine uygun sağlık politikası izlenememesi, planlı yatırımların gerçekleştirilmemesidir. Sonuç bugünkü sağlık kurumlarının dağılımındaki olumsuz tablodur.

Sağlık personelinin bölgelere dağılımında da plansız programsız yol izlenmiştir. Siyasi baskı ve yönlendirmelerle yapılan personel atamaları, insan kaynaklarının optimum kullanılmasına olanak vermemektedir. Tüm bunların sistemin kurgusundan kaynaklanan olumsuzluklar olmadığı ortadadır.

Genel Sağlık Sigortası kapsam dışı olduğu hesaplanan nüfusunda kapsama almak için gerekçe gösterilmektedir. Bir başka söyleyişle nüfusun %12 kısmında sağlık sigortasından yararlanabilmesi için, sağlık hizmeti piyasalaştırılmaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri Sağlık Bakanlığına oradan Yerel Yönetimlere devredilerek işletmelere dönüştürülmektedir. Sağlık hizmetleri üretme yerine daha büyük maliyetlerle satın alınacaktır. Kısacası halen kapsamda olan %88'lik nüfus feda edilebilecektir. Böyle bir yaklaşım sosyal devlet ilkesi ile bağdaşması asla mümkün değildir.

Düşünülen sistemin gereği olarak sunulacak sağlık yardımları “temel teminat paketi” olarak ifade edilmiştir. Oysa ki sosyal sigorta hukukunda teminat paketi gibi kavramlar yer alamamaktadır. Özel sigorta sisteminin kavramıdır. Temel teminat paketinde bulunacak yardımların ise yönetmelikle belirlenecek olması sağlık hakkının ne ölçüde korunacağını açıkça ortaya koymaktadır. Yönetmelikte ön görülen sağlık yardımları kolayca hükümetler tarafından değiştirilebilecektir.

Sigortalıların alacakları sağlık hizmetlerine katkıda bulunacak olmaları, teminat dışındaki hizmetlerin tümünü ise cepten ödeyerek almak zorunda bırakılmaları kurulmak istenen Genel Sağlık Sigortasının öneri gerekçesinde belirtildiğinin aksine yoksulu daha da yoksullaştıracaktır. DİE istatistiklerine göre yoksul olarak tanımlanan nüfusun %27 si sağlık sigortasından yararlanamayacaktır⁷⁷.

⁷⁷ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.29

Primini ödememiş olanların sağlık yardımlarından yararlanamayacaklarının ön görülmesi ise Devletin vatandaşının sağlık hakkını koruması ilkesi ile bağdaşmamaktadır.

2.3.5. Emeklilik Sistemi Açısından

Öneri metninde; Gelir azaltıcı faktörlerin başında erken yaşta emeklilik, prim tahsilat oranının düşüklüğü, primlerin af yolu ile tahsili, kayıt dışı istihdam, prime esas kazançların düşüklüğü, sayılmış

Gider artırıcı faktörler olarakta erken yaşta emeklilik tekrar vurgulanarak prim karşılığı olmadan yapılan ödemeler, borçlanma kanunları, ortalama ömür nedeniyle artan aylık ödemeler gelirler ile ödenen aylıklar arasındaki ilişki zayıflığı gerekçe gösterilmiştir.

Tüm bu olumsuzlukları ortadan kaldıracak, hak ve yükümlülüklerde birliktelik (norm ve standart birliği) sağlayacak sistemde yeni oluşturulacak Emeklilik sisteminin olacağı ifade edilmiştir.

Yeni önerilen emeklilik sisteminde yaşlılık aylığını hakketme koşulları ağırlaştırılarak prim ödeme gün sayısı 7000 günden, 9000 güne, kısmi emeklilikte 4500 günden, 5000 güne,

Yaş 2035 yılından itibaren kademeli olarak 60'tan 65'e

Malülük aylığını hakketme prim gün sayısı 1800 günden 3600 güne yükseltilmektedir.

Ölüm aylığında ise, ortalama prim gün sayısı ile aylık hakketme şartı kaldırılarak doğrudan 1800 prim gün sayısının tamamlanması öngörülmektedir.

Aylık bağlama oranının da 2040 yılında bağlanacak aylıklar için yıllık %1,5'e düşmesi hedeflenmiştir⁷⁸.

Görülüyor ki 1999 yılında öngörülen reform anlayışındaki yaklaşım aynen sürdürülerek finansman açıklarını gidermeye yönelik düzenlemeler öne çıkartılmıştır. Hak ve yükümlülükleri ağırlaştırma reform önerisinin temel dayanaklarını oluşturmuştur. Nitekim sosyal güvenlik

⁷⁸ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.31

açıklarının giderek büyüyen ekonomiyi, faizleri, enflasyonu olumsuz etkilediğidir, yoksulluğa neden olduğu iddiası önemle vurgulanmıştır.

Hiç kuşkusuz sistemin açıklarının ekonomiyi olumsuz etkilediği doğrudur. Ancak yukarıda da ifade edildiği gibi Genel Bütçeden sisteme yapılan transferlerin faizleri ve enflasyonu yükselttiği iddiası son ekonomik gelişmeler ile doğrulanmamaktadır. 2002 ve 2003 yıllarında sistemin açıklarının büyümesine karşın faiz ve enflasyon oranları düşmüştür. Aynı sonuç 2004 yılı için de geçerlidir. Kaldı ki Sosyal Devlet ilkesi, sosyal güvenliğe katkısı ile ismine yakışır bir içeriğe kavuşacaktır. Oysa ki ülkemizde devletin sosyal güvenliğe düzenli katkısı söz konusu değildir. Sosyal güvenlik kurumlarının açık vermesi ve bu açıkların devlet katkısı ile kapatılması bunun sonucudur.

Mevcut emeklilik sisteminin açık vermesine neden olarak gösterilen uygulamaları da sistem üretmemiştir. Sistemin kurgusundan kaynaklanmamıştır. Tümü ile sisteme yapılan popülist müdahaleler sonucu ortaya çıkmıştır. Sistemi nasıl kurgularsanız kurgulayın aynı müdahalelerin yapılması halinde aynı sonuçların ortaya çıkacağı kesindir. Sigortalıların hak ve yükümlülüklerinin yeniden ağırlaştırılması isteğinin ise asla kabulü mümkün değildir. Ülke koşulları ile de bağdaşmamaktadır.

1999 yılında sosyal güvenlik reformu adı altında yapılan düzenlemeler ile sigortalıların hak ve yükümlülükleri ülke koşulları ile bağdaşmayacak ölçüde ağırlaştırılmıştır. Sözkonusu düzenlemeler ile kaybedilen hakların telafisi istenir iken yeni hak kayıplarını öngörmek gerçeklikle bağdaşmamaktadır.

Yeni iş kanunu ile esnek çalışma düzenlenmiş iken sigortalının 9000 gün prim ödeyerek emeklilik hakkını elde etmesi yada 5000 gün prim ödeyerek kısmi aylığı hak etmesi asla mümkün olmayacaktır. Böylece yeni oluşturulan sistem Deli Dumru gibi köprü başı tutup geçenden, geçmeyenden prim toplayan bir yapıya dönecektir. Sosyal Sigortalar Kurumunun kayıtları incelendiğinde 55 yaştan itibaren sigortalı sayısında, sigortalı başına ödenen prim gün sayısında düşmektedir⁷⁹.

⁷⁹ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.32

Aşağıda Tablo11’de görüleceği üzere 40 yaşın altındaki sigortalıların sayısı 156.646 ortalama prim gün sayıları 3935’tir. 50 yaşındaki sigortalı sayısı 32.159 ortalama prim gün sayısı ise 4305’tir. 55 yaştan itibaren sigortalı sayısı ve ortalama prim gün sayısı önemli ölçüde düşmekte, yaş yükseldikçe sigortalı sayısında prim gün sayısında düşmektedir. Bu da açıkça göstermektedir ki ülkemiz çalışma hayatında sigortalıların 50 yaştan itibaren çalışma şansları 55 yaştan itibaren de çalışarak prim ödeme imkanları azalmaktadır. Böyle bir yapı içinde sigortalıların emeklilik yaşı ile prim gün sayısını artırmayı düşünmek ülke koşulları ile bağdaşmamaktadır.

TABLO11: YAŞA GÖRE SİGORTALI VE PRİM ÖDEME GÜN SAYILARI

YAŞ	SİGORTALI	PRİM ÖDEME G.SAYISI
40	156.646	3.935
45	74.124	4.394
50	39.159	4.305
55	9.822	3.774
60	3.409	2.660
65	1.663	1.830

KAYNAK: <http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik>

Aylık bağlama oranlarının yüksek olduğu iddiası da gerçekçi değildir. Emekli aylıklarının primlendirilmemiş ödemelerinde dikkate alarak ele geçen ücretlerle orantısı kurulup aylık bağlama oranının yüksek olduğunu söylemek doğru bir yaklaşım değildir. Doğru olanı primlendirilmiş ücretlerin neti ile emekli aylıklarının orantısının kurulmasıdır. Bu yapıldığında aylık bağlama oranlarının yüksek olmadığı görülecektir.

Sigortalıların erken yaşta emekliye ayrılmalarında özelleştirme uygulamaları ile ekonomik krizin payı göz ardı edilmemelidir. Sadece Tekel sigara fabrikalarında özelleştirme gerekçesi ile işten çıkartılıp zorla emekli edilenlerin 2003 yılında Sosyal Sigortalar Kurumuna getirdiği yıllık ek yük 150 trilyon lira olarak hesaplanmaktadır⁸⁰.

⁸⁰ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.35

Emeklilik sisteminin tek bir yapıda birleştirilmesi mevcut sistem içinde bulunan sınıfların görevleri gereği var olan özelliklerinin bundan böyle de devam edeceği personeli, emniyet sınıfı personeli, yargı personeli ve öğretim üyeleri mevcut özelliklerini ve emekli olma koşullarını korumak zorundadır. Görevlerinden farklı yaşlarda emekliye ayrılma mesleklerinin gereği olarak görülmektedir.

Ülkemizde kayıt dışı istihdam önemli bir sorun olarak gündemdedir. Kayıt dışı çalıştırmanın ortaya çıkmasında ve yaygınlaşmasında rol oynayan faktörler bir bütün olarak toplumun ekonomik, mali ve sosyal özellikleri tarafından belirlenmektedir. Kayıt dışı istihdamda diğer faktörlerle birlikte sosyal güvenlik primlerinin istihdam maliyetine getirdiği yük büyük önem taşımaktadır. Ancak burada göz ardı edilmemesi gereken diğer bir faktörde işsizlik nedeniyle işçilerin iş tercih edememesi yanında sosyal sigorta haklarını elde etmedeki koşulların ağırlığı, sunulan sosyal sigorta yardımlarındaki yetersizlikte çalışanın kayıt dışına çıkmasına etki yaptığıdır. Nitekim 4447 sayılı kanunun uygulanmasından sonra Türk-İş'in yaptığı bir araştırmada örgütsüz işçilerin çoğunluğu yeni emeklilik şartları ile emekli olamayacakları için sigortalı olarak çalışmak istemediklerini ortaya koymuştur. Yapılan araştırmada aktif sigortalı sayısının önceki yıllara göre artış oranında önemli düşüş meydana gelmiştir. Örneğin 1988 yılında bir önceki yıla oranla aktif sigortalı sayısındaki artış oranı % 13.6 iken 2000 yılında önemli ölçüde düşüşle %-1 2003 yılında %7.5 olarak gerçekleşmiştir. Bu da göstermektedir ki öneri metnindeki şekli ile hak ve yükümlülüklerin daha da ağırlaştırılması kayıt dışı çalışmayı artıracaktır.

Her ne kadar öneri metinde DİE'nin istatistiklerine göre kayıt dışı çalışanların önemli bir bölümünü yoksulların oluşturduğu bunların kayıt altına alınarak prim alınamayacağı ifade edilmekte isede, Türk-İş tarafından yapılan araştırmada kayıt dışı istihdam nedeniyle meydana gelen yıllık prim kaybının 12 katrilyon vergi kaybının ise 4,7 katrilyon lira olduğu hesaplanmıştır⁸¹.

⁸¹ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.36

2.3.6. Sosyal Yardım Sosyal Hizmetler Açısından

Halen dağınık bir halde yrtlen sosyal hizmet ve yardımları toplulaştırarak, nesnel yaralanma ölçütlerine dayalı, tüm muhtaç kesimlerin erişebileceği bir sistemin oluşturulması ülkemiz için önemli ve ivedilikle gerçekleştirilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Oluşturulacak sistemin adil ve ulaşılabilir olması büyük önem taşımaktadır. Ancak burada önemli olan yoksulluğın bölge koşulları da göz önüne alınarak iyi tanımlanması ve bunu oluşturan nedenler ile mücadele edilmesidir.

Yasa tasarısında sosyal yardım hizmetlerine ilişkin faaliyet ve programların toplumun her kesminin katılımı ile devletin gözetim eş güdümünde yrteleceği öngörülmektedir. Çok sayıda kurumun sosyal yardım hizmetlerine devam edecek olması yoksul ve muhtaçların yeterli ve etkin hizmet almalarını önleyebilecektir. Kaynakların en uygun şekilde kullanımına imkan vermeyecektir. Özellikle Sosyal Yardımlaşma Fonunun dışarıda bırakılması yapılmak istenilen düzenleme ile bağdaşmamaktadır. Sosyal Yardım Fonu gibi büyük bir kaynağın keyfi kullanımının devamına imkan sağlayacaktır.

Sosyal Tanzim ödemelerindeki dağınıklığında toparlanarak hak sahiplerine adil eşit yardım yapılmasının hedeflenmemesi Reform Taslağının önemli eksikliğidir.

Gazi ve şehit ailelerine çok sayıda kanunla demeler yapılmakta çoğu hak sahibinin ise bu yardımlardan bilgisi olmamaktadır⁸².

2.3.7. Kurumların Yapısı Açısından

Yasa tasarısının en önemli bileşenlerinden biri kurumsal yapılanmadır. neride, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve T.C Emekli Sandığının kaldırılarak Sosyal Koruma Kurumu Bünyesi içinde küçük bir Genel Müdürlük düzeyinde risklere göre üç kurum rgtlenmekte (Sağlık Sigortası Kurumu, Emeklilik Sistemi Kurumu ve Sosyal Yardım ve Hizmetler Kurumu) İl ve ilçelerde oluşturulacak Hizmet Ofisleri ise hak sahiplerine tüm hizmetleri sunacaktır. Hizmet Ofisleri doğrudan Sosyal Koruma Kurumuna bağlı Bilgi Teknolojileri ve Operasyon Merkezi vasıtası ile bilgisayar ortamında işlevlerini süratle yerine getirilecektir.

⁸² Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.37

Görülüyor ki mevcut üç sosyal güvenlik kurumunun (SSK, Bağ-Kur, T.C Emekli Sandığı) bünyesinde yürütülen ve farklı rejimlere yönelik kesimlere verilen sosyal sigorta hizmetleri, sosyal hizmet ve yardımları da ilave edilerek kurum ve ofisleri tarafından yerine getirilecektir. Oluşturulacak yapı tüm nüfustan sorumlu dev bir aygıt niteliğindedir. Özerk yönetimden yoksun merkezi yapılı hantal bir örgütlenme modeli oluşturmaktadır. Böyle bir yapının karar alma sürecinin ve işleyişinin öneri metninde ifade edildiği gibi kısa süreli olması imkansızdır.

Yasa tasarısında, tek çatı düşüncesinden hareketle, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığının tek bir kurum altında birleştirilmesi hedeflenmekte ise de kurumda çokluk ilkesi değişmemiştir. Kaldırılan ve sosyal güvenlik kurumunun yerine, Sosyal Koruma Kurumu, Emeklilik Sigortası Kurumu, Genel Sağlık Sigortası Kurumu, Sosyal Yardım ve Hizmetler Kurumu olmak üzere 4 yeni kurum oluşturulmaktadır. İşKur'da bunlara ilave edildiğinde sosyal güvenlik hizmetleri 5 kurum tarafından yerine getirilecektir. Mevcut kurumların özerk yönetime kavuşturulup, ıslah edilerek işlevlerini sürdürmesi daha ekonomik iken 5 yeni kurum oluşturmanın kaynak tasarrufu sağlayacağını iddia etmek pek gerçekçi gözükmemektedir. Üç sosyal güvenlik kurumunun birleştirilmesinden oluşacak Genel Bütçesinin yarısı büyüklüğündeki devasa fonun nasıl yönetileceğine de öneride yer verilmemiştir. Tüm güçlerin gözlerinin bu büyüklükteki fonun üstünde olacağı da tartışmasızdır.

Mevcut sistemin tüm sorunların kendi kendine yönetimden (özerk yönetimden) yoksun olmasından kaynaklandığı tüm taraflarca kabul edilmesine rağmen oluşturulmak istenen yeni model içinde özerklikten söz edilmemesi düşündürücüdür. Oysa ki bugünkü yapısı ile kurumların yönetimi politika üreten değil siyasi iktidarların ürettiği uygulayan kurumlar haline getirilmişlerdir. İddia edilen kara deliklerin icra organlarıdır. Kurumsal ahlak oluşturamayan örgütlerdir. Liyakat ilkeleri göz ardı edilerek siyasi tercihlerle atanan beceriksiz yöneticilerin insafına terkedilmiş akıllı yönetimden uzak kurumlardır.

İhtiyaca yönelik yatırımları bilinçli olarak engellenip, hizmet satın almaya zorlanan, bu uygulamanın sonucu olarak ta artan yolsuzluklarla kaynakları tüketilen, kaynakları dışarı transfer edilen kurumlardır⁸³.

⁸³ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.39

Yasa tasarısında açık olmayan Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin durumudur. Ancak oluşturulmak istenen sistemin, Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte yürütülecek olması kurum hastanelerinin bu proje içeriğinde bedelsiz olarak önce Sağlık Bakanlığına sonrada yerel yönetimlere devredilerek sağlık işletmesine dönüşmesi karlılık temelinde işletilmesi ön görülmektedir.

Sigortalıların ve işverenlerin ödedikleri primler ile edinilen kurum hastaneleri özel mülk niteliğinde olup, kurumun varlığını oluşturmaktadır. İşlevi ise Anayasal hak olan sosyal güvenlik ve sağlık hakkına yönelik kurumsal işlevi yerine getirmektir. Bu nitelikteki hastanelerin kanunla da olsa bedelsiz olarak bir başka kuruma devri Anayasaya aykırı olacaktır.

Yasa tasarısında yer alan ve sanal ortamda kayıtların tutularak tüm işlemlerin bilgisayar ortamında yapılmasına olanak sağlayan BİLTOM un en kısa sürede hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Mevcut sosyal güvenlik kurumlarının hizmet sunumunda gecikmelerinin önde gelen nedeni sağlıklı bir ortak veri tabanına sahip olamayışlarıdır. Sanal ortamda oluşturulacak ortak veri tabanı kaçakları büyük ölçüde önleyeceği gibi hizmet üretimini de kısaltıp hızlandıracaktır⁸⁴.

⁸⁴ Türk-İş Yayınları, a.g.e. , s.40

2.4. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU KANUNU TASARISININ İNCELENMESİ

2.4.1. Amaç, Tanımlar, Kuruluş ve Görevler

2.4.1.1. Amaç ve kuruluş

Bu Kanunun amacı, Sosyal Güvenlik Kurumunun kuruluş, teşkilat, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Bu Kanun ile Kuruma görev ve yetki veren diğer kanunların hükümlerini uygulamak üzere; kamu tüzel kişiliğini haiz, idari ve mali açıdan özerk, bu Kanunda hüküm bulunmayan durumlarda özel hukuk hükümlerine tabi Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Kurum, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının ilgili kuruluşudur. Kurumun merkezi Ankara'dadır.

Kurum, Sayıştay'ın denetimine tabidir⁸⁵.

2.4.1.2. Tanımlar

Bu Kanunda geçen;

- a) Bakanlık : Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,
 - b) Bakan : Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanını,
 - c) Kurum : Sosyal Güvenlik Kurumunu,
 - d) Genel Kurul : Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Kurulunu,
 - e) Yönetim Kurulu : Sosyal Güvenlik Kurumu Yönetim Kurulunu,
 - f) Başkanlık : Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığını,
 - g) Başkan : Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanını,
 - h) Genel müdürler : Sosyal Sigortalar Genel Müdürü, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü, Primsiz Ödemeler Genel Müdürü ve Hizmet Sunumu Genel Müdürünü,
- ifade eder⁸⁶.

⁸⁵ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı”, Esas No: 1 / 1153, Karar Tarihi: 23/02/2006, Madde:1

⁸⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:2

2.4.1.3.Kurumun amacı ve görevleri

Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve mali açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir.

Kurumun görevleri şunlardır:

a) Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak,

b) Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak,

c) Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek, usulüne göre yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmaları uygulamak,

d) Sosyal güvenlik alanında, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak,

e) Bu Kanun ve diğer kanunlar ile Kuruma verilen görevleri yapmak⁸⁷.

2.4.2.Kurumun Organları ve Görevleri

Kurum, aşağıdaki organlardan oluşur:

a) Genel Kurul,

b) Yönetim Kurulu,

c) Başkanlık⁸⁸.

⁸⁷ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:3

⁸⁸ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:4

2.4.2.1.Genel Kurul

Genel Kurul, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanının veya görevlendireceği bir yetkilinin başkanlığında;

a) Sayıştay Başkanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Hazine Müsteşarlığı, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü ile öğretim üyeleri arasından Yüksek Öğretim Kurulu tarafından görevlendirilecek birer temsilciden,

b) İş ve/veya Sosyal Güvenlik Hukuku alanında Bakan tarafından belirlenecek iki öğretim üyesinden,

c) Başkan, genel müdürler, Strateji Geliştirme Başkanı, Rehberlik ve Teftiş Başkanı ile Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanından,

d) En fazla üyeye sahip ilk üç işveren sendikası konfederasyonları tarafından üye işveren sendikalarına bağlı işyerlerinde çalışan toplam işçi sayısı ile orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

e) En fazla üyeye sahip ilk üç işçi sendikası konfederasyonları tarafından üye sayılarına orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

f) En fazla üyeye sahip ilk üç kamu görevlileri sendikası konfederasyonları tarafından üye sayılarına orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

g) Kendi nam ve hesabına çalışanların üye olduğu kanunla kurulu en üst meslek kuruluşlarından en fazla üyeye sahip ilk üç kuruluş tarafından üye sayılarına orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

h) Kurumdan aylık veya gelir almakta olanların üye olduğu en fazla üyeye sahip ilk üç kuruluş tarafından üye sayılarına orantılı olarak belirlenen 9 temsilciden,

i) (d), (e), (f) ve (g) bentleri dışında kalan ve kamu kurumu niteliğindeki en üst meslek kuruluşları tarafından görevlendirilecek birer temsilciden,

oluşur⁸⁹.

Genel Kurulun görevleri şunlardır:

a) Sosyal güvenlik politikaları ve bunların uygulamaları hakkında görüş ve önerilerde bulunmak,

⁸⁹ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:5

b) Kurumun bütçe ve bilânçolarını, faaliyet raporlarını, performans programlarını, orta ve uzun vadeli gelir-gider dengesini, sigorta kolları itibarıyla yapılan en son aktüeryal hesap sonuçlarını değerlendirerek görüş oluşturmak,

c) Kurumun performans programlarında yer alan hedefleri ile sonuçlarını değerlendirerek bir sonraki dönemin performans hedeflerine ilişkin görüş oluşturmak,

d) Yönetim Kurulunun seçimle gelen asıl ve yedek üyelerini beşinci fıkrada belirtilen usule göre seçmek.

Genel Kurul üç yılda bir kez toplanır. Toplantı tarihi ve gündem en geç bir ay öncesinden ilgili kurum ve kuruluşlara bildirilir. Toplantı yeter sayısı, üye tam sayısının salt çoğunluğudur. İlk toplantıda çoğunluk sağlanamazsa bir ay sonra yapılacak ikinci toplantıda salt çoğunluk aranmaz. Genel Kurul, Bakan veya üye tam sayısının üçte biri tarafından olağanüstü toplantıya çağrılabilir.

Genel Kurul kararları en geç iki hafta içinde, Genel Kurula katılan üyelere gönderilir ve kararlar Kurumca öncelikle dikkate alınır.

Genel Kurulda birinci fıkranın; (d) bendinde sayılan temsilciler Yönetim Kurulu işveren temsilcisini, (e) bendinde sayılan temsilciler Yönetim Kurulu işçi temsilcisini, (f) bendinde sayılan temsilciler Yönetim Kurulu kamu görevlileri temsilcisini, (g) bendinde sayılan temsilciler Yönetim Kurulu kendi nam ve hesabına çalışanlar temsilcisini, (h) bendinde sayılan temsilciler Yönetim Kurulu gelir ve aylık alanlar temsilcisini birer asıl ve birer yedek üye olarak seçerler. Seçim gizli oy, açık tasnif usulüne göre yapılır ve oy çokluğu ile karar verilir. Seçimler Bakanlık tarafından hazırlanacak yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara göre yapılır.

Genel Kurulun sekreteryâ işlemleri Başkanlık tarafından yerine getirilir. Genel Kurulun çalışmaları için yapılacak giderler Kurum bütçesine konulacak ödenekten karşılanır.

Genel Kurulun toplanmasına, çalışmasına, temsilcilerin görevlendirilmesine ve diğer hususlara ilişkin usul ve esaslar Kurumun önerisi üzerine Bakanlıkça çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir⁹⁰.

⁹⁰ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:5

2.4.2.2.Yönetim Kurulu

Yönetim Kurulu bir karar organı olup, Kurumun en yüksek karar, yetki ve sorumluluğunu taşır. Yönetim Kurulu;

- a) Başkan,
- b) Başkanın teklifi üzerine Bakan tarafından görevlendirilen bir başkan yardımcısı,
- c) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını temsilen Bakan tarafından atanan bir üye,
- d) Maliye Bakanlığını temsilen Maliye Bakanı tarafından atanan bir üye,
- e) Hazine Müsteşarlığını temsilen bağlı olduğu Bakan tarafından atanan bir üye,
- f) İşverenleri temsilen seçilecek bir üye,
- g) İşçileri temsilen seçilecek bir üye,
- h) Kamu görevlilerini temsilen seçilecek bir üye,
- i) Kendi nam ve hesabına çalışanları temsilen seçilecek bir üye,
- j) Kurumdan gelir veya aylık alanları temsilen seçilecek bir üye,

olmak üzere 10 üyeden oluşur. Başkan, Yönetim Kurulunun da başkanıdır. Yönetim Kuruluna, Başkanın bulunmadığı hallerde Başkana vekalet eden kişi başkanlık eder. Yönetim Kurulu üyesi başkan yardımcısının bulunmadığı hallerde, Başkan tarafından görevlendirilen başkan yardımcısı Yönetim Kuruluna katılır.

Yönetim Kurulu en az haftada bir defa ve asgari altı üye ile toplanır. Kararlar toplantıya katılan üyelerin çoğunluğu ile alınır. Oylarda eşitlik olması halinde, Başkanın bulunduğu taraf çoğunluk sayılır. Gerekli görüldüğünde Başkanın veya altı üyenin talebi ile Yönetim Kurulu olağanüstü toplantıya çağrılabilir.

Başkan ve başkan yardımcısı dışındaki Yönetim Kurulu üyelerinin görev süresi üç yıldır. Geçerli bir mazereti olmaksızın; arka arkaya üç toplantıya veya bir yıl içinde toplam altı toplantıya katılmayanlar, Yönetim Kurulu üyeliğine atanma ya da seçilme şartlarını yitirenler ile atandıktan veya seçildikten sonra bu şartları taşımadığı anlaşılanların üyelikleri kendiliğinden sona erer. Geçerli bir mazereti olmaksızın; arka arkaya üç toplantıya veya bir yıl içinde toplam altı toplantıya katılmayanların durumu, Yönetim Kurulu kararıyla tespit edilerek Bakanlığa bildirilir. Seçilen üyelerden herhangi bir nedenle görev süresinden önce Yönetim Kurulu üyeliği sona erenlerin yerleri, yedek üyeler tarafından doldurulur. Bu şekilde göreve gelen üyeler, yerlerini aldıkları üyenin görev süresini tamamlar. Süreleri biten üyeler yeni üyeler atanıncaya

veya seçilinceye kadar görevlerine devam ederler. Atanan üyelere herhangi bir nedenle görev süresinden önce Yönetim Kurulu üyeliği sona erenlerin yerlerine en geç bir ay içinde kalan süreyi tamamlamak üzere aynı usulle yeni bir atama yapılır. Atama ile gelen Yönetim Kurulu üyelerinden görevi sona erenler, otuz gün içinde eski kurumlarına başvurmaları halinde atamaya yetkili makam tarafından en geç bir ay içinde mükteseplerine uygun kadroya atanırlar. Atama gerçekleşinceye kadar bunların Yönetim Kurulu üyesi kadrolarına bağlı olarak almakta oldukları mali haklarının ödenmesine devam olunur.

Başkan ve başkan yardımcısı dışındaki atama ile gelen Yönetim Kurulu üyelerinin kurumları ile ilişkisi kesilir.

Yönetim Kurulu üyeliğine atanacak veya seçileceklerin 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (1), (4), (5), (6) ve (7) numaralı alt bentlerinde sayılan şartları taşımaları gerekir. Ancak seçimle gelen Yönetim Kurulu üyeleri için 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 68 inci maddesinin (B) bendinde sayılan şartlar aranmaz.

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (5) numaralı alt bendinde öngörülen suçlarla ilgili olarak haklarında ceza davası açılan üyelere görevi başında kalması sakıncalı görülenler, Bakan tarafından tedbiren görevden uzaklaştırılabilir. Görevden uzaklaştırılan üyeler hakkında 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun ilgili hükümleri uygulanır. Bu şekilde geçici olarak boşalan üyeliklere, tedbiren görevden uzaklaştırılan üye göreve dönünceye ve söz konusu üyenin üyelik süresini geçmemek üzere, seçimle gelen üyeler yerine yedek üyelere doldurulur, atama ile gelen üyelerin yerine ise atamaya yetkili makam tarafından görevlendirme yapılır.

Toplantılara iştirak eden Yönetim Kurulu Başkan ve üyelerine, bu görevleri nedeniyle ayrıca, 22/1/1990 tarihli ve 399 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 34 üncü maddesine göre kamu iktisadi teşebbüsleri yönetim kurulu başkan ve üyelerine ödenen miktarlarda her ay ücret ödenir⁹¹.

⁹¹ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:6

Yönetim Kurulunun görevleri şunlardır:

a) Kurum bütçesini, bilânçosunu, gelir-gider tablolarını, Kurum bütçesindeki bölümler içinde aktarmaları, bu bölümler arasındaki ek ve olağanüstü ödenek tekliflerini karara bağlamak,

b) Kurumun sigorta kolları itibarıyla hazırlanacak aktüeryal hesaplarına ilişkin raporları değerlendirerek finansman dengesinin üçer aylık ve yıllık gerçekleştirmelerini izlemek, alınması gereken tedbirleri kararlaştırmak, Genel Kurula sunulacak aktüeryal hesaplara ilişkin raporları gerektiğinde bağımsız kuruluşlara inceletmek,

c) Genel müdürlükler ile Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesindeki daire başkanlıklarının, taşrada ise sosyal güvenlik merkezlerinin kurulmasına veya kapatılmasına karar vererek Bakan onayına sunmak,

d) Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikleri karara bağlamak,

e) Her türlü kiralama sözleşmesi hakkında karar vermek, 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılabilecek üzere bedeli beş yüz bin Yeni Türk Lirasından fazla olan her türlü; kiraya verme, satış, alım, devir, takas, inşaat, taşınmazların ferahı, yapım ve diğer işlere ilişkin karar vermek, ihale komisyonu kararlarını onaylamak,

f) Kurum personeline ödenecek ek ödeme, ikramiye ve fazla mesai ücretine ilişkin usul ve esasları belirlemek,

g) Kurum yararının bulunması halinde; yılı merkezi yönetim bütçe kanununda gösterilen miktara kadar olan hak ve alacakların terkinine karar vermek, prim ve primlerden kaynaklanan alacaklar hariç olmak üzere, uyuşmazlıkların dava açılmadan veya icra takibi yapılmadan uzlaşma veya tahkim yoluyla çözümlenmesine, Kurum tarafından veya Kuruma karşı açılan dava veya icra takiplerinin uzlaşma veya tahkim yoluyla çözümlenmesine, sulhe, kabule, feragat ve kanun yollarına başvurulmamasına karar vermek,

h) Kurumun performans hedef, gösterge ve programı ile hizmet kalite standartlarını karara bağlamak,

i) Her yıl için, prim borcu kamuoyuna açıklanacak işverenlerin belirlenmesine esas olmak üzere asgari borç tutarını belirlemek,

j) Kurum alacaklarının tahsilat işlemleri ile diğer kanunlarla tahakkuk ve tahsilat yetkisi Kuruma verilen alacakların tahsilât işlemlerinin, kısmen veya tamamen kamu gelirlerinin toplanması ve takibinden sorumlu olan kamu idarelerinden hizmet almak suretiyle gerçekleştirilmesine karar vererek Bakan onayına sunmak,

k) Kurumun dava ve icra takipleri için vekâlet akdi yoluyla avukat çalıştırılmasına, özel uzmanlık gerektiren ve geçici nitelikteki işler için ise hizmet satın alınması yoluyla yerli veya

yabancı uzman çalıştırılmasına karar vermek, bunların sözleşme şartlarını ve avukatlara ödenecek ücretleri belirlemek,

l) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Yönetim Kurulunun çalışma usul ve esaslarıyla, bu Kanunun altıncı ve yedinci maddelerin uygulanmasına ilişkin hususlar, Yönetim Kurulu kararı ve Bakan onayı ile çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir⁹².

2.4.2.3.Başkanlık Teşkilatı

Başkanlık teşkilatı, merkez ve taşra teşkilatından meydana gelir⁹³.

Başkanlık merkez teşkilatı, ana hizmet birimleri ile danışma ve yardımcı hizmet birimlerinden meydana gelir⁹⁴.

Başkanlığın en üst amiri olan Başkan, Başkanlık icraatından ve emri altındakilerin faaliyet ve işlemlerinden Yönetim Kuruluna karşı sorumlu olup aşağıdaki görev, yetki ve sorumluluklara sahiptir:

- a) Kurumu; Anayasaya, kanunlara, ulusal kalkınma planına, yıllık uygulama programlarına ve Bakanlar Kurulunca belirlenen politika ve stratejilere uygun olarak yönetmek,
- b) Kurumun görev alanına giren hususlarda politika ve stratejiler geliştirmek, bunlara uygun yıllık amaç ve hedefler oluşturmak, performans ölçütleri belirlemek, Başkanlığın bütçesini hazırlamak, gerekli yasal ve idari düzenleme çalışmalarını yapmak, belirlenen stratejiler, amaçlar ve performans ölçütleri doğrultusunda uygulamayı koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek,
- c) Kurumun faaliyetlerini ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini gözden geçirmek, kurumsal yapı ile yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek ve yönetimin geliştirilmesini sağlamak,
- d) Yönetim Kurulu kararlarının uygulanmasını sağlamak,
- e) Adli ve idari makamlara, gerçek ve tüzel kişilere karşı Kurumu temsil etmek,

⁹² Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:7

⁹³ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:8

⁹⁴ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:9

f) Kamu Görevlileri Etik Kurulunun belirlediği ilkeler çerçevesinde kurumsal etik kuralları belirleyerek, personele ve Kurumun ilişkili olduğu taraflara duyurmak ve personelin bu kurallara uygun hareket etmesini sağlamak,

g) 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılmak üzere bedeli beş yüz bin Yeni Türk Lirasına kadar olan; kiraya verme, satış, alım, devir, takas, inşaat, taşınmazların ferağı, yapım ve diğer işlere ilişkin sözleşmeler hakkında karar vermek, ihale komisyonu kararlarını onaylamak, beş yüz bin Yeni Türk Lirasının üzerinde olanlar için Yönetim Kuruluna öneride bulunmak ve kendi limitleri dâhilinde merkez ve taşra teşkilatının harcama sınırlarını belirlemek,

h) Ödeme tarihi altı aydan daha uzun süre gecikmiş ve Yönetim Kurulu tarafından her yıl için belirlenecek tutardan daha fazla prim borcu olan işverenleri, yönetmelikle belirlenen usul ve esaslara göre her yıl kamuoyuna açıklamak,

i) Kurumun faaliyet alanına giren konularda diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve koordinasyonu sağlamak⁹⁵.

Görevlerin yürütülmesinde Başkana yardımcı olmak üzere üç başkan yardımcısı görevlendirilir. Başkan yardımcıları, başkana karşı sorumludur⁹⁶.

2.4.3. Ana Hizmet Birimleri

Başkanlığın ana hizmet birimleri şunlardır

- a) Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü,
- b) Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü,
- c) Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü,
- d) Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü,
- e) Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı
- f) Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı.

Her bir genel müdürlük bünyesinde, Yönetim Kurulu kararı ile en fazla 8 adet daire başkanlığı kurulabilir⁹⁷.

⁹⁵ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:10

⁹⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:11

⁹⁷ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:12

2.4.3.1.Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü

Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

- a) Sosyal güvenlik mevzuatında genel sağlık sigortası ve primsiz ödemeler dışındaki konularda verilen görevleri yapmak,
- b) Kurumun prim tahsilatını yapmak, tahsil edilemeyen prim ve prime ilişkin diğer alacakları gecikme süresi ve miktarına göre sınıflandırarak takibine öncelik vermek, süresi içerisinde tahsil edilemeyen prim ve prime ilişkin diğer alacaklar ile ilgili olarak borçlular hakkında gerekli idari ve icra takibatı ile bunlardan kaynaklanan davaların kadrolu veya vekalet akdine dayanılarak çalıştırılacak sözleşmeli avukatlarca, yetkili mercilerde her derecede takip edilmesini, savunmasını ve sonuçlandırılmasını sağlamak,
- c) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı Kanun gereği tahsil edilmesi gereken işsizlik sigortası primlerinin tahsil ve takip işlemlerini yapmak,
- d) Yönetim Kurulunca gerekli görülen durumlarda, Kurumun süresinde ödenmeyen prim ve prime ilişkin alacakları ile diğer kanunlarla tahsil ve takip yetkisi Kuruma verilen alacakların tahsilât işlemlerini, yapılacak protokoller çerçevesinde kısmen veya tamamen kamu gelirlerinin toplanması ve takibinden sorumlu olan kamu idarelerinden hizmet almak suretiyle gerçekleştirmek,
- e) Kapsamda olduğu halde tescili yapılmayan sigortalıların, genel sağlık sigortalılarının ve işyerlerinin işlemlerini resen sonuçlandırmak, kayıt dışı çalışmanın önlenmesi amacıyla diğer kamu idareleri, bankalar, aracı kurumlar, oda, borsa, birlik ve meslek kuruluşları ve her türlü gerçek ve tüzel kişilerle sigortalılık ve işyeri denetimi, veri paylaşımı ve kontrolü konusunda işbirliği yapmak, projeler oluşturmak, geliştirmek ve uygulamak,
- f) Sigortalıları, hak sahiplerini ve işverenleri sosyal güvenlik mevzuatından doğan hakları ve ödevleri konusunda her türlü iletişim araçları ile bilgilendirmek,
- g) Görev konusuyla ilgili uygulamaları izlemek ve geliştirmek,
- h) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak⁹⁸.

2.4.3.2.Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

- a) Sosyal güvenlik mevzuatında genel sağlık sigortası ile ilgili konularda verilen görevleri yapmak,

⁹⁸ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:13

b) Genel sağlık sigortalıları ile hak sahiplerinin hastalıklardan korunması amacıyla ilgili kamu idareleriyle kişisel koruyucu sağlık hizmetleri politikalarının tespitine ve etkin bir şekilde uygulanmasına katkı sağlamak,

c) Genel sağlık sigortalıları ile hak sahiplerini ve işverenleri genel sağlık sigortası mevzuatından doğan hakları ve ödevleri konusunda her türlü iletişim araçları ile bilgilendirmek,

d) Görev konusuyla ilgili uygulamaları izlemek ve geliştirmek,

e) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak⁹⁹.

2.4.3.3.Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü

Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

a) Sosyal güvenlik mevzuatında primsiz ödemelere ilişkin konularda verilen görevleri yapmak,

b) 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı Kanun, 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Kanun, 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Kanun, 28/2/1982 tarihli ve 2629 sayılı Kanun, 28/2/1985 tarihli ve 3160 sayılı Kanun, 12/4/1991 tarihli ve 3713 sayılı Kanun, 11/10/1983 tarihli ve 2913 sayılı Kanun, 16/12/1960 tarihli ve 168 sayılı Kanun hükümleri ile yılı bütçe kanunlarına ekli cetvellerde ve 2330 sayılı Kanuna atıfta bulunan diğer kanun hükümlerine göre bedeli Hazine tarafından karşılanmak suretiyle bu Kanunla devredilen Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü tarafından yapılması gereken tazminat ve yardım işlemleri ile bu kanunlar kapsamında bulunan er, erbaş ve sivil görevlilere yönelik aylık ve diğer ödemeleri yapmak,

c) Görev konusuyla ilgili uygulamaları izlemek ve geliştirmek,

d) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak¹⁰⁰.

2.4.3.4.Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü

Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

a) Kurumun gerçek ve tüzel kişilere yönelik hizmet sunumunun kesintisiz olarak yerine getirilmesini sağlamak,

b) Hizmet sunumuna ilişkin konularda, performansın geliştirilmesine yönelik olarak ilgili birimler ile birlikte iş süreçlerini belirlemek, yürütölen işlerle ilgili verileri toplamak, analiz etmek, elde ettiği sonuçları ilgili birimlerle paylaşarak iş süreçlerini geliştirmek,

⁹⁹ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:14

¹⁰⁰ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:15

- c) Taşra teşkilâtı birimlerinin kurulması ve kapatılması ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek,
- d) Kurum merkez ve taşra teşkilatının her türlü bilişim hizmetlerini yürütmek,
- e) Sosyal güvenlik veri tabanını oluşturmak, diğer kamu idarelerinin veri tabanları ile entegrasyonunu sağlamak, sosyal güvenlik veri tabanı bilgilerinin güncelliğini sağlamak ve Kurum faaliyetlerinin etkililiğini artıracak şekilde kullanıma sunmak,
- f) Kurum için gerekli yazılım ve donanım alt yapılarını planlamak, geliştirmek, kurmak, işletmek, yenilemek, bu alt yapıların güvenliğini ve sürekliliğini sağlamak üzere gerekli önlemleri almak,
- g) Görev konusuyla ilgili uygulamaları izlemek ve geliştirmek,
- h) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak¹⁰¹.

2.4.3.5. Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı

Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, Başkan adına aşağıdaki rehberlik ve teftiş görevlerini yapar:

- a) Sosyal güvenliğe ilişkin hükümlerin uygulanmasını; usulsüzlükleri önleyici, eğitici ve rehberlik yaklaşımını ön plana çıkaran bir anlayışla denetlemek,
- b) Kayıtdışı istihdamı önlemek, sosyal sigorta suiistimalleri ile mücadele etmek, bu amaçla sektörel analizlere dayalı denetimleri yürütmek ve bu konularda alınması gerekli tedbirleri önermek,
- c) Prim ödeme yükümlülerini gruplar ve sektörler itibarıyla analiz etmek, denetlenecek sektörleri her yıl için belirlenecek risk değerlendirme kriterlerine göre sınıflandırmak suretiyle riskli sektörlerin denetimine öncelik vermek,
- d) Görevleriyle ilgili her türlü kayıt ve belgeleri incelemek, ilgililerden bilgi istemek ve toplamak,
- e) İşin yürütümü açısından gerekli olan asgari işçilik tutarını tespit etmek,
- f) Yıl boyunca denetçiler tarafından düzenlenen raporların sonuçlarını değerlendirmek, raporlar hakkında istatistikî bilgiler ile birlikte uygulamadaki sorunlara ve yapılması gereken mevzuat değişikliklerine ilişkin öneriler sunmak,
- g) Kurumun merkez ve taşra teşkilatı ile personelinin idari, mali ve hukuki işlemleri hakkında teftiş, inceleme ve soruşturma yapmak, sosyal güvenlik mevzuatının verdiği yetkiye dayanılarak Kurumla sözleşme yapmış gerçek ve tüzel kişiler hakkında ise inceleme ve soruşturma yapmak,

¹⁰¹ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:16

h) Denetçiler tarafından yapılacak denetimlere ilişkin yöntem ve teknikleri geliştirmek, standart ve ilkelerin oluşturulmasını sağlamak, denetim rehberleri hazırlamak, denetimlerin etkililiğini ve verimliliğini artırıcı tedbirleri almak, bu konuda görüş ve öneriler sunmak,

i) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak.

Sosyal güvenlik denetçi ve başdenetçi dolu kadrosunun yüzde onunu geçmemek ve Kurumun merkez ve taşra teşkilatı ile personelinin idari, mali ve hukuki konulardaki teftiş, inceleme ve soruşturmalarını yapmak üzere başdenetçiler arasından Rehberlik ve Teftiş Başkanının teklifi, Başkan onayı ile iki yıllık süreyle görevlendirme yapılabilir¹⁰².

2.4.3.6. Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı

Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığının görevleri şunlardır:

- a) Kurumun nakit ve benzeri varlıklarını finansal araçlar vasıtasıyla değerlendirmek,
- b) Nüfus yapısı ve finansman yönünden kısa, orta ve uzun vadeli aktüeryal esaslara göre projeksiyonlar yapmak, finansman, fon yönetimi ve aktüerya ile ilgili her türlü istatistiki bilgiyi derlemek, bu bilgileri değerlendirerek sonuçlarını ilgili birimlere bildirmek,
- c) Tahsilat ve ödemelerin hızlı, güvenli ve düşük maliyetle yapılması hususunda banka ve diğer finansal kuruluşlarla protokol yapmak,
- d) Finansman kaynakları ile yapılmakta olan ödemelerden yararlanma şartları ve yardım tutarları arasındaki ilişkiyi inceleyerek teknik bilânçoğu hazırlamak,
- e) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak¹⁰³.

2.4.4. Danışma Birimleri

Başkanlığın danışma birimleri şunlardır¹⁰⁴:

- a) Strateji Geliştirme Başkanlığı,
- b) Hukuk Müşavirliği,
- c) Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği.

¹⁰² Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:17

¹⁰³ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:18

¹⁰⁴ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:19

2.4.4.1.Strateji Geliştirme Başkanlığı

Strateji Geliştirme Başkanlığının görevleri şunlardır:

- a) Ulusal kalkınma planı, strateji ve politikaları, yıllık program, 33 üncü maddede belirtilen komisyon tarafından belirlenen finansal hedefler ve Yönetim Kurulu kararları çerçevesinde, sosyoekonomik verileri de dikkate alarak, Kurumun orta ve uzun vadeli sosyal güvenlik amaç, strateji ve politikalarını oluşturmak üzere gerekli çalışmaları yapmak,
- b) Kurumun görev alanına giren konularda performans ve kalite ölçütleri geliştirmek ve bu kapsamda verilecek diğer görevleri yerine getirmek,
- c) Kurumun yönetimi ile hizmetlerin geliştirilmesi ve performansla ilgili bilgi ve verileri toplamak, analiz etmek, yorumlamak,
- d) Kurumun görev alanına giren konularda, hizmetleri etkileyecek dış faktörleri incelemek, alınması gerekli önlemleri önermek, Kurum içi kapasite araştırması yapmak, hizmetlerin etkililiğini ve tatmin düzeyini analiz etmek ve genel araştırmalar yapmak,
- e) 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile mali hizmetler birimine verilen görevleri yerine getirmek,
- f) Kurumun çalışma konuları ile ilgili bilimsel yayınları takip ve teşvik etmek,
- g) Kurumda yapılacak yeni düzenlemeler ve ihdas edilecek birimler için düzenleyici etki analizi yapmak,
- h) Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; 24/6/1994 tarihli ve 4009 sayılı Dışişleri Bakanlığının Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun hükümleri çerçevesinde, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek,
- i) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak.

Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Yönetim Kurulu kararı ile en fazla 4 adet daire başkanlığı kurulabilir¹⁰⁵.

2.4.4.2.Hukuk Müşavirliği

Hukuk Müşavirliğinin görevleri şunlardır:

- a) Kurumun amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek, mevzuata, plan ve programa uygun çalışmasını temin etmek amacıyla, gerekli hukuki teklifleri hazırlamak, Kurum birimleri ve diğer kamu kurum ve kuruluşları tarafından gönderilen kanun, tüzük, yönetmelik, diğer mevzuat ve tip sözleşme taslakları ile diğer hukuki konular hakkında görüş bildirmek,

¹⁰⁵ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:20

b) Kurumun menfaatlerini koruyucu ve anlaşmazlıkları önleyici hukuki tedbirleri zamanında almak, anlaşma ve sözleşmelerin bu esaslara uygun olarak yapılmasına yardımcı olmak,

c) Kurumun taraf olduğu davalarda Başkanlığı temsil etmek, prim ve prime ilişkin davalar hariç; Kurum tarafından veya Kurum aleyhine açılan davalar ile icra takiplerinin kadrolu avukatlar veya Başkanlıkça vekâlet akdine dayanılarak çalıştırılacak sözleşmeli avukatlarca her derecede takip edilmesini, savunmasını, sonuçlandırılmasını ve koordinasyonunu sağlamak,

d) Kurum tarafından talep edilen hukuki konular ile hukuki, mali ve cezai sonuçlar doğuracak işlemler hakkında görüş bildirmek,

e) İhtilafı konuları analiz ederek Kurumun taraf olduğu anlaşmazlıkları en aza indirecek tedbirlere ilişkin görüş ve önerilerde bulunmak,

f) 7 nci maddenin birinci fıkrasının (g) bendinde belirtilen hususlarda önerilerde bulunmak,

g) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak¹⁰⁶.

2.4.4.3. Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği

Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliğinin görevleri şunlardır:

a) Basın ve halkla ilişkilerle ilgili faaliyetleri planlamak ve bu faaliyetlerin belirlenecek usul ve ilkelere göre yürütülmesini sağlamak,

b) 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkında Kanununa göre yapılacak bilgi edinme başvurularını etkin, süratli ve doğru bir şekilde sonuçlandırmak üzere gerekli tedbirleri almak,

c) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak¹⁰⁷.

2.4.5. Yardımcı Hizmet Birimleri

Kurumun yardımcı hizmet birimleri şunlardır:

a) İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı,

b) Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı.

¹⁰⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:21

¹⁰⁷ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:22

2.4.5.1.İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı

İnsan Kaynakları Daire Başkanlığının görevleri şunlardır:

- a) Kurumun insan gücü **planlaması ve politikası** konusunda çalışmalar yapmak, tekliflerde bulunmak,
- b) Kurum personelinin atama, nakil, sicil, terfi, ücret, emeklilik ve benzeri özlük işlemlerini yürütmek,
- c) Kurum personelinin eğitim planını hazırlamak, uygulamak ve değerlendirmek,
- d) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak¹⁰⁸.

2.4.5.2.Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı

Destek Hizmetleri Daire Başkanlığının görevleri şunlardır:

- a) Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü yapma, yaptırma, satma, satınalma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idari ve mali hizmetleri yürütmek,
- b) Taşınır ve taşınmazların kayıtlarını tutmak,
- c) Kurum sivil savunma ve seferberlik hizmetlerini planlamak ve yürütmek,
- d) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak¹⁰⁹.

2.4.6.Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu

Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu; Bakanın başkanlığında, Başkan ile Milli Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Hazine Müsteşarlığı tarafından, en az genel müdür düzeyinde, görevlendirilecek birer temsilciden, Türkiye İş Kurumu Genel Müdürü, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürü, Özürlüler İdaresi Başkanı, Üniversitelerarası Kurul tarafından, fakültelerin çalışma ekonomisi, sosyal güvenlik ve/veya iş hukuku bilim dallarından seçilecek bir öğretim üyesi, Genel Kurula üye gönderen kuruluşların başkanları ile Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Türk Tabipleri Birliği, Türk Diş hekimleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Mühendis ve Mimarlar Odaları Birliği, Türkiye Serbest Muhasebeci, Mali Müşavirler ve Yeminli Mali Müşavirler Odaları Birliği başkanlarından, Bakan tarafından uygun görülecek kişiler veya kurum temsilcilerinden oluşur.

¹⁰⁸ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:24

¹⁰⁹ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:25

Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu, sosyal güvenlik politikaları ve uygulamaları konularında görüş bildirir. Kurul yılda bir kez en geç Mart ayı sonuna kadar, Bakan tarafından tespit edilen gün ve gündeme göre toplanır. Kurulun sekreteryaya hizmetleri Başkanlık tarafından yerine getirilir. Kurulun çalışma usul ve esasları, çıkarılacak bir yönetmelikle düzenlenir¹¹⁰

2.4.7. Taşra Teşkilatı

Başkanlığın taşra teşkilatı; her ilde kurulan sosyal güvenlik il müdürlükleri ile sosyal güvenlik il müdürlüklerine bağlı olarak kurulacak sosyal güvenlik merkezlerinden oluşur.

İl ve ilçelerde nüfus, sigortalı ve genel sağlık sigortalısı sayısı, işyeri sayısı, işlem yoğunluğu ve belirlenecek diğer kriterler doğrultusunda yeteri kadar sosyal güvenlik merkezi kurulabilir veya kaldırılabilir.

Sosyal güvenlik il müdürlükleri ve sosyal güvenlik merkezleri, ikinci fıkrada belirtilen kriterlere uygun olarak teşkilatlanma usul ve esasları yönetmelikle belirlenmek üzere idari iş ve işlemler açısından dört kategoriye ayrılabilir¹¹¹.

2.4.8. Personele İlişkin Hükümler

Kurum hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu hükümlerine tabi olarak istihdam edilen personel tarafından yürütülür. Kurumun kadrolu memurları hakkında sosyal güvenlikleri bakımından 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu hükümleri uygulanır.

Kurumun merkez ve taşra teşkilatı kadrolarında çalışan memurları ile sözleşmeli personeline en yüksek Devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) % 200'ünü geçmemek üzere ek ödeme yapılır. Sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil kadrolarda çalışan personele yapılacak ek ödemenin tavanı % 700 olarak uygulanır. Ancak, serbest çalışan sağlık personeline ödenecek ek ödeme oranı % 200'ü geçemez. Yapılacak ek ödemelerden damga vergisi hariç herhangi bir vergi ve kesinti yapılmaz. Görev yapılan birim ve iş hacmi, görev mahalli, görevin önem ve güçlüğü, personelin sınıfı, kadro unvanı, derecesi ve atanma biçimi,

¹¹⁰ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:26

¹¹¹ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:27

serbest çalışıp çalışmadığı gibi kriterler göz önünde bulundurularak yapılacak ek ödeme tutarları ile ödemeye ilişkin diğer usul ve esaslar, Yönetim Kurulunun teklifi ve Maliye Bakanlığının görüşü üzerine, Bakan tarafından belirlenir.

Kurumda bilişim hizmetlerini yürütmek ve 50 kişiyi geçmemek üzere sözleşmeli olarak uzman personel çalıştırılabilir. Bu şekilde çalıştırılacak olanların ücretleri 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre istihdam edilenlere uygulanan sözleşme ücreti tavanının iki buçuk katını geçemez ve bu fıkrada belirtilen ücret dışında herhangi bir ödeme yapılamaz. Bu personele ödenecek ücret ile sözleşme usul ve esasları Devlet Personel Başkanlığı ile Maliye Bakanlığının görüşü alınarak Yönetim Kurulunca belirlenir. Bu şekilde istihdam edilecek personelin, bilgisayar mühendisliği, yazılım mühendisliği, elektrik mühendisliği, elektronik mühendisliği, elektrik ve elektronik mühendisliği ve endüstri mühendisliği bölümlerinden ya da bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yüksek öğretim kurumlarından mezun olması şarttır.

Kurumun memur statüsündeki kadrolu personeline asgari ücretten az olmamak üzere, kendi aylıkları (ek gösterge dahil) tutarında her yıl iki ikramiye verilebilir.

Fazla çalışma gerektiren her türlü Kurum işleri için çalışma saatleri dışında görevlendirilen ve fiilen çalışan memurlar ile sözleşmeli personele ayda 60 saati geçmemek üzere ve yılı merkezi yönetim bütçe kanununda belirtilen ücretin iki katı karşılığında, Yönetim Kurulunca belirlenecek esas ve usullere göre fazla çalışma yaptırılabilir. Zorunlu hallerde bu süre %50 artırılabilir.

Yönetim Kurulu üyeleri ile Kurum personeli, 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun uygulanmasında kamu görevlisi sayılır ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun, 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu ve 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine tabidir.

Kurum lehine sonuçlanan dava ve icra takipleri nedeniyle hükme bağlanarak karşı taraftan tahsil edilen vekalet ücretlerinin; hukuk müşavirlerine, avukatlara ve dava ve icra takibi işlerinde fiilen görev yapan diğer personele dağıtımı hakkında 1389 sayılı Devlet Davalarını İntaç Eden

Avukat ve Saireye Verilecek Ücreti Vekalet Hakkında Kanun hükümleri kıyas yoluyla uygulanır. Vekalet ücretinin dağıtımının usul ve esasları yönetmelikle belirlenir¹¹².

Kurum kadrolarının tespiti, ihdası, kullanılması ve iptali ile kadrolara ilişkin diğer hususlar 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararname hükümleri, atamalarda ise bu Kanunda hüküm bulunmayan hallerde 23/6/1981 tarihli ve 2477 sayılı Kanun hükümleri uygulanır.

Başkan, başkan yardımcısı, genel müdür, Rehberlik ve Teftiş Başkanı, Strateji Geliştirme Başkanı, Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanı ve 1. Hukuk Müşavirinin ataması müşterek kararnameyle, genel müdürlükler ile Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesindeki daire başkanları, İnsan Kaynakları Daire Başkanı, Destek Hizmetleri Daire Başkanı ve sosyal güvenlik il müdürleri Başkanın önerisi üzerine Yönetim Kurulu tarafından, bunların dışında kalan personelin ataması Başkan tarafından yapılır.

İkinci fıkrada sayılan kadrolar ile daire başkanı, sosyal güvenlik il müdürü, sosyal güvenlik il müdür yardımcısı ve sosyal güvenlik merkezi müdürü kadrolarına yapılacak atamalarda 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlara ilave olarak, en az dört yıllık eğitim veren yüksek öğretim kurumlarından mezun olmak şartı aranır¹¹³.

Kurumda sosyal güvenlik uzman yardımcısı veya sosyal güvenlik denetçi yardımcısı kadrolarına atanabilmek için 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlara ilave olarak;

a) En az dört yıllık eğitim veren yüksek öğretim kurumlarının hukuk, siyasal bilgiler, iktisat, işletme, iktisadi ve idari bilimler, tıp, diş hekimliği, eczacılık fakültelerinden veya sosyal hizmetler, sağlık idaresi veya sağlık yönetimi, matematik, istatistik, aktüerya, bankacılık, sigortacılık, işletme mühendisliği, endüstri mühendisliği, yazılım mühendisliği, elektronik mühendisliği, elektrik ve elektronik mühendisliği, bilgisayar mühendisliği bölümlerinden ya da bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yüksek öğretim kurumlarından mezun olmak,

¹¹² Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:28

¹¹³ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:29

- b) Mesleki ve yabancı dil konularında yapılacak yarışma sınavında başarılı olmak,
- c) Sınavın yapıldığı yılın Ocak ayının ilk gününde otuz yaşını doldurmamış olmak, şartları aranır.

Birinci fıkraya göre sosyal güvenlik uzman yardımcısı veya sosyal güvenlik denetçi yardımcısı olarak atananlar, en az üç yıl fiilen çalışmak, olumlu sicil almak ve Kurumca belirlenen konuda tez hazırlamak kaydıyla, sosyal güvenlik uzman yardımcılarını sosyal güvenlik uzmanlığı için, sosyal güvenlik denetçi yardımcılarını ise sosyal güvenlik denetçiliği için açılacak yeterlik sınavına girme hakkını kazanırlar. Yeterlik sınavlarında başarılı olanlar, İngilizce, Fransızca ve Almanca dillerinden birinde Kamu Personeli Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavından en az (C) düzeyinde belge ibraz etmeleri hâlinde, “Sosyal Güvenlik Uzmanı” veya “Sosyal Güvenlik Denetçisi” kadrolarına atanırlar. Sosyal güvenlik uzmanlığı veya sosyal güvenlik denetçiliği yeterlik sınavında başarı gösteremeyenlere yeterlik sınavından itibaren bir yıl içinde bir hak daha verilir. Bu süre sonunda da yeterlik sınavında başarı gösteremeyenler durumlarına uygun diğer kadrolara atanırlar.

Sosyal güvenlik uzmanlığı veya sosyal güvenlik denetçiliği yeterlik sınavında başarılı olmasına rağmen yabancı dil belgesini ibraz edemeyenlere, yabancı dil belgesini ibraz etmeleri için, yeterlik sınavından itibaren iki yıl süre tanınır. Bu süre sonunda da yabancı dil belgesini ibraz edemeyenler, durumlarına uygun diğer kadrolara atanırlar.

Yardımcılıkta geçirilen süre, askerlik hizmetinde veya ücretsiz izinde geçirilen süreler hariç beş yılı aşamaz.

Sosyal güvenlik uzman yardımcılarının ve sosyal güvenlik denetçi yardımcılarının mesleğe alınma, tez hazırlama, yetiştirilme, yeterlik sınavları ile diğer konulara ilişkin usûl ve esaslar Kurumca çıkarılacak yönetmeliklerle belirlenir¹¹⁴.

Sosyal güvenlik il müdürlükleri bünyesinde, sosyal güvenlik mevzuatının uygulanmasına ilişkin tespit, denetim ve taramalarda görevlendirilmek üzere sosyal güvenlik kontrol memuru çalıştırılır. Sosyal güvenlik kontrol memurları, görevleriyle ilgili kayıt ve belgeleri inceleme yetkisine sahiptir. Sosyal güvenlik kontrol memuru kadrosuna atanabilmek için; kurumda en az

¹¹⁴ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:30

üç yıl görev yapmış olmak, en az dört yıllık yüksek öğrenim mezunu olmak ya da bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yüksek öğretim kurumlarından mezun olmak ve açılacak sınavda başarılı olmak şartları aranır¹¹⁵.

Kurumun hizmet sunmakla görevli olduğu gerçek ve tüzel kişilere yönelik temel hizmetlerin sonuçlandırılmasına ilişkin süre ve prosedür önceden tespit ve ilan edilir. Bu süre ve prosedürler, Kurum ve personelin performans kriterleri arasında yer alır.

Kurumsal performans hedeflerinin, Kurum birimlerine uyarlanması ve bunun hayata geçirilebilmesi için bireysel hedeflere dönüştürülmesine ilişkin usul ve esaslar Kurumca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹¹⁶.

2.4.9. Mali Hükümler

2.4.9.1. Kurumun finansal hedeflerinin belirlenmesi ve izlenmesi

Kurum, merkezi yönetim bütçesinden kendisine ayrılan yıllık sosyal sigortalar, genel sağlık sigortası ile primsiz ödemelere ilişkin ayrı ayrı olmak üzere transfer tutarını, üç yıllık transfer projeksiyonunu ve uzun dönemli emeklilik ve genel sağlık sigortası finansman hedeflerini gerçekleştirmekle görevlidir. Finansman hedefleri, her yıl en geç Ekim ayında bir sonraki yıl uygulanmak üzere Yönetim Kurulunun önerisi üzerine Bakanın başkanlığında, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine müsteşarları ile Bakanın katılımıyla oluşan Komisyon tarafından belirlenir. Komisyonun sekreteryası işlemleri Kurum tarafından yürütülür.

Kurum, bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli tedbirleri almak, mevzuat değişikliği önerilerini Bakanlığa sunmak, yetki alanına girmeyen hususlarda ise ilgili kurumlarca alınması gereken tedbirleri gerekçeleri ile birlikte Bakanlığa önermekle yükümlüdür. Kamu idareleri, Kurumun finansman hedeflerinin gerçekleştirilmesini doğrudan etkileyecek düzenlemeler ve uygulamalar konusunda Kurumun görüşünü almak zorundadır.

¹¹⁵ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:31

¹¹⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:32

Başkan, belirlenen hedeflerin gerçekleşmesine yönelik alınan ve planlanan tedbirleri, elde edilen sonuçları ve diğer kamu idarelerinden yapılan önerileri ve sonuçlarını içeren bir raporu altı aylık dönemler halinde Bakanlar Kuruluna, Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonuna ve Plan ve Bütçe Komisyonuna sözlü ve yazılı olarak sunar.

Kurum, belirlenen hedeflere ilan edilen sürelerde ulaşılamaması ya da ulaşılamama olasılığının ortaya çıkması halinde, nedenlerini ve alınması gereken önlemleri Bakanlığa yazılı olarak bildirir ve kamuoyuna açıklar¹¹⁷.

2.4.9.2.Kurumun gelirleri ve giderleri

Kurumun gelirleri şunlardır:

- a) Sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası prim gelirleri, idari para cezaları, gecikme cezaları, gecikme zamları ve katılım payları,
- b) Sosyal sigorta ile genel sağlık sigortasına yapılan Devlet katkısı,
- c) Taşınır ve taşınmaz gelirleri,
- d) Primsiz ödemeler karşılığı olarak merkezi yönetim bütçesinden yapılan ödemeler,
- e) Kurumca hazırlanan her türlü standart form, manyetik, elektronik veya akıllı kart satışından elde edilecek gelirler ile her türlü data hattı, internet kullanımı ve benzeri kira gelirleri,
- f) Merkezi yönetim bütçesinden yapılacak diğer transferler,
- g) Gerçek veya tüzel kişiler tarafından doğrudan veya vasiyet yoluyla yapılan bağışlar,
- h) Primlerin ve diğer gelirlerin değerlendirilmesinden elde edilen gelirler,
- i) Diğer gelirler.

Kurumun giderleri şunlardır:

- a) Sosyal sigorta kapsamında sigortalı ve hak sahiplerine ödenecek olan gelir, aylık ve ödenekler,
- b) Genel sağlık sigortası kapsamında yapılacak giderler,
- c) Primsiz ödemeler kapsamında sigortalı ve hak sahiplerine ödenecek olan aylık, tazminat ve diğer ödemeler,
- d) Genel yönetim giderleri,
- e) Faiz giderleri,

¹¹⁷ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde: 33

- f) Eğitim, araştırma, danışmanlık **hizmet** giderleri,
g) Diğer giderler¹¹⁸.

2.4.9.3.Kurumun taşınmaz edinimi ve mal varlıklarının hukuki durumu

Kurum, görevlendirildiği hizmetlerin gereği ve bağışlar dışında taşınmaz edinemez.

Kurumun malları, alacakları, banka hesapları 2004 sayılı İcra ve İflas Kanunu ile 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun bakımından Devlet malı hükmünde olup, alacakları imtiyazlı alacaklardır.

Kurumun taşınır ve taşınmazları, bankalardaki mevduatları dahil her türlü hak ve alacakları haczedilemez, hakkında 2004 sayılı İcra ve İflas Kanununun haciz ve iflas hükümleri uygulanmaz.

Kurum her türlü dava ve icra işlemlerinde teminat yatırmak mükellefiyetinden muaftır.

Kurum, 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu hükümlerine tabi değildir. 2886 sayılı Kanun kapsamına giren işlerde uygulanacak usul ve esaslar Kurumca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Kurumun sahibi bulunduğu taşınmazların kira artış oranları, 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca her yıl belirlenen yeniden değerlendirme oranından az olmamak üzere rayiç değerle belirlenir¹¹⁹.

2.4.9.4.Vergi ve fon muafiyeti

İlgili kanunlarda yer verilmemiş olsa dahi, Kuruma ait taşınır ve taşınmazlar, bunların alım ve satım işlemleri ile Kuruma yapılacak bağış ve yardımlar, Kurumun taraf olduğu davalar, icra kovuşturmaları ile ilamlar, Kurum tarafından satın alınan taşınmazlar ile ilgili tüm tapu işlemleri, Kurum tarafından yapılan bütün işlemler ve bu işlemler için ilgililere verilmesi veya bunlardan alınması gereken yazı ve belgeler ve bunların suretleri; damga vergisi ve harçlar ile

¹¹⁸ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:34

¹¹⁹ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:35

belediyelerde yürütülecek her türlü hizmet karşılığı alınan ücret ve katılma payından müstesnadır¹²⁰.

2.4.9.5.Çeşitli mali hükümler

Genel yönetim giderleri, Kurumun yıllık toplam gelirin yüzde 5'ini aşamaz.

Kurumun elde ettiği her türlü gelirin; riskin dağıtılması ilkesi ve basiretli yönetim kurallarına göre Kurum lehine en yüksek getiriye sağlayacak şekilde yönetilmesi esastır.

Süresi içinde ödenmeyen sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası primleri, işsizlik sigortası primleri, idari para cezaları, gecikme zamları, katılım payları Kurum alacağına dönüşür ve bu alacakların tahsilinde, 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 51 inci, 102 nci ve 106 ncı maddeleri hariç diğer maddeleri uygulanır.

Kurumun primsiz ödemeler için yapılan giderleri merkezi yönetim bütçesinden karşılanır. Diğer giderlerin primler ve primlerin değerlendirilmesinden elde edilecek gelirler ile karşılanması esastır. Sosyal güvenlik kanunları dışında Kurum giderlerini artıracak yasal düzenlemelerin Kuruma getireceği mali yükün merkezi yönetim bütçesinden karşılanması zorunludur.

Sosyal sigorta fonu, genel sağlık sigortası fonu ile primsiz ödemelere ilişkin fon, hiçbir şekilde birleştirilemez ve fonlar arasında kaynak aktarılamaz¹²¹.

¹²⁰ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:36

¹²¹ Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, a.g.e. , madde:37

Tablo12: Sosyal Güvenlik Kurumu Organizasyon Şeması

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

GENEL KURUL	SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI	YÖNETİM KURULU
--------------------	--	-----------------------

Merkez Teşkilatı		Ana Hizmet Birimleri	Danışma Birimleri	Yardımcı Hizmet Birimleri
Başkan	Başkan Yardımcısı	Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü	Strateji Geliştirme Başkanlığı	İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı
	Başkan Yardımcısı	Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü	Hukuk Müşavirliği	Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı
	Başkan Yardımcısı	Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü	Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği	
		Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü		
		Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı		
		Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı		

Taşra Teşkilatı
Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri
Sosyal Güvenlik Merkezleri

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

3.1.TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sorunlarının niteliği, kişilerin sağlık sistemlerinden talepleri ve tercih ettikleri hizmetler değişmektedir. Tedavi hizmetlerinin kapsamı, teknolojisi ve maliyeti artmakta; ülkeler, kişilerin sağlıklarını koruyup geliştirerek tedavi hizmetlerinin maliyetlerini düşürme ve kaynaklarını daha etkili kullanabilmek için sistem arayışlarına girmektedir.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında, Türkiye'nin sağlık göstergeleri tatmin edici değildir. Türkiye'de en yaygın ölüm sebepleri önlenebilir ve kontrol edilebilir sebeplerdir. Türkiye'nin nüfus yapısındaki değişimin eğilimler de hizmet sunumunda bir değişimi gerektirmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin hala tam olmadığı, sağlık için harcanan kısıtlı kaynağın büyük bir kısmının tedavi edici hizmetlere harcandığı, sağlık hizmetlerini kullanan ve sunanların hizmet çeşidinden ve kalitesinden memnun olmadığı görülmektedir. Bütün bunların yanı sıra daha birçok etken ve sağlık sektöründe iyileşmeye olan bu büyük ihtiyacın bilinci devleti alternatif modeller aramaya yöneltmiştir¹²².

Bilindiği gibi sağlık hizmetlerini birleştiren ve tüm nüfusu kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması için çalışmalar yapılmakta ve bu amaçla bir reform taslağı da hazırlandı. "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı verilen bu taslak çerçevesinde Düzce'de Aile Hekimliği Pilot Projesi'nin başlatılmasına dair kanun geçen ay meclis'ten geçirildi ve diğer alanlarda da dönüşüm programını uygulamak için çalışmalar hızlandırıldı.

SSK ve Bağ-Kur'dan sağlık karnesi alanların sayısı, sırasıyla, 23 milyon ve 9 milyon 150 bin kişidir. Emekli Sandığı ise 10 milyon 50 bin kişiye sağlık sigortası sağlamaktadır. Yeşil kart kapsamında ise 13 milyon kişi bulunmakta. Buna göre, hiçbir sağlık sigortası kapsamına dahil olmayan vatandaşların sayısı 14 milyon 390 bin kişidir. İşte, Genel Sağlık

¹²² Yalçın Aytekin, 'Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Özel Sağlık Sigortaları', Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2000, s.150

Sigortası kapsamında bu kişilerin prim ödemelerinin sosyal yardım kapsamında düzenli bir ödeme kalemi haline dönüştürülmesi düşünülmektedir. Herkesin ilke olarak kapsama alındığı bir sistem, suiistimal ihtimalini de kendiliğinden en aza indirgemektedir. Ayrıca ilk kez toplumun en muhtaç kesimlerine yönelik, somut ve düzenli bir düzenleme getirilmektedir. Türkiye ekonomisi, 2001 yılı krizi sonrasında hızlı bir toparlanma sürecine girmiş bulunmaktadır. Ancak toplumun her kesimi bu ekonomik toparlanmadan aynı ölçüde yararlanamamaktadır. Daha önce yararlananların, daha geç yararlanacakları tazmin etmesi halinde, zaten başlayan reform sürecinin siyasi sürdürülebilirliği de artacaktır.

Sosyal Yardımlar ve Hizmetler idaresi ile sağlık reformunun eşit muamele ilkesi birbirleriyle aslında alakalıdır. Sosyal yardım faaliyetlerini tek çatı altında toplayarak, gerçekten muhtaç olanlara yardımı, nesnel ölçütlere dayalı bir gelir testi (means testing) dahilinde, ulaştırmayı hedefleyen bir idare oluşturulması hedeflenmektedir. Düzenli geliri olmadığı için genel sağlık sigortası primlerini ödeyemeyenlerin, prim ödemelerini işte bu yeni idare yapacaktır. Böylece genellikle süreklilik arz etmeyen, arızı desteklere dayalı sosyal yardım sistemimiz, sürekli destek içeren mekanizmalarla teşhiz edilebilecektir. Sosyal güvenlik reformu sonucu, genel sağlık sigortasına bu yolla yapılacak katkı yoluyla, sistem daha kapsamlı hale geleceğinden, sağlık sigortası mekanizmalarımızın istismarını sınırlandırabilmek de mümkün olabilecektir¹²³.

Tasarıyla, kısa ve uzun vadeli sigortalar ile GSS bakımından kişilerin sosyal sigorta riskleri karşısında güvence altına alınması, bu sigorta kollarından yararlanacak kişiler ve sosyal sigorta haklarının, bu haklardan yararlanma şartlarının, sosyal sigortaların finansman ve karşılama yöntemlerinin belirlenmesi, sosyal sigortaların işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemesi amaçlanıyor. Kısa vadeli sigorta kollarını, iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kolları; uzun vadeli sigorta kollarını ise malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası kolları kapsıyor. Tasarı kapsamında, çalışanlar, köy mahalle muhtarları, kendi hesabına bağımsız çalışanlar, kamu idarelerinde çalışanlar sigortalı sayılacaklardır.

Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde oluşturulan tesislerde çalıştırılan hükümlü ve tutuklar hakkında kısa vadeli sigorta kolları uygulanacak. Çırac, işletmelerde becer eğitimi gören öğrenciler ile üniversite sırasında zorunlu staj yapan öğrenciler de kısa

¹²³ <http://www.genelsagliksigortasi.net/> , 15/04/2006

vadeli sigorta kollarına tabi tutulacak. Harp malulleri ile Terörle Mücadele Kanunu veya asayiş ve güvenliğin sağlanması ile ilgili kanunlara göre vazife malullüğü aylığı bağlananlardan bu kanuna tabi çalışanlar hakkında aylıkları kesilmeden kısa vadeli sigorta kolları uygulanacak. Yabancı uyruklu öğretim elemanları ve öğretmenler hakkında da kısa vadeli sigorta kolları uygulanacak. Bu kişilerden isteyenlere uzun vadeli sigorta kolları da uygulanabilecek¹²⁴.

3.2. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ TARİHÇESİ

Genel Sağlık Sigortalarının ilk uygulaması 1883 yılında Almanya'da başlamıştır. İşverenler tarafından kurulan ve "Bismarck" modeli olarak bilinen, çalışanlardan toplanan pirim esasına dayalı bu sosyal güvenlik modeli bazı değişikliklerle Avrupa ülkelerine de kısa sürede uygulanmaya başlanmıştır. 1888'de Avusturya'da, 1911'de İngiltere'de, 1945'te Fransa'da 1955'te de İsveç'te genel sağlık sigortası kurulmuştur.

Toplanan gelir vergilerinden finansman modeli "Beveridge" olarak bilinen sigorta modelidir. Sosyal refahın geçerli olduğu gelişmiş Avrupa ülkelerinde sağlık sigortalarının örgütlenmesi ve finansmanı devletin kontrolünde, sigortacılık temel esasları doğrultusunda gelişmesini sürdürmüştür. Buna karşılık ABD'de sağlık sigortacılığı serbest piyasa koşullarına uygun olarak gelişmiştir. 1920 ve 1930 lu yıllardan başlayarak hastanelerin yaygınlaşmasının ardından Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sigortacılığı sektörü gelişmeye başlamıştır.

ABD'de serbest piyasa koşullarına terk edilen sağlık sigorta faaliyetleri sağlık yardımına en çok ihtiyaç duyan yoksul kesimin zarara uğramasına neden olmuş ve 1965 yılından başlayarak federal hükümetin % 50-83 arasında kalan oranlarda maddi yardım da bulunduğu "Medicaid" fakir halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulmuştur. Medicaid'den yararlanabilme sınırları her yıl belli özelliklere göre her eyalet için ayrı ayrı saptanmaktadır. Per Capita (Yıllık kişi başına ödeme) esasına göre çalışın bu kuruluş için hizmeti, izin verilen kuruluşlar sunar. "Medicare" program olarak bilinen sosyal güvenlik uygulaması başlangıçta 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin doktor ve hastane hizmetlerinin önündeki tüm parasal engelleri kaldırmıştır. Uygulamaya başlandıktan ilk birkaç yıl sonra harcamaların beklenenden çok fazla olması nedeniyle bazı finanssal engellemelere

¹²⁴ http://www.thehealthnews.org/tr/news/0545/genel_saglik_sigorta.htm, 12/04/2006

gidilmiştir.1970 yılından sonra da “Part A” ve “Part B” olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. “A sınıfı” hastane sigortasını, “B sınıfı” gönüllü tamamlayıcı sağlık sigortası olarak hizmet vermektedir. Hizmetlerden yararlanmanın bazı karmaşık kuralları bulunmaktadır ve 1990 yılı için A sınıfı için yıllık 592 \$, B sınıfı için de aylık 28.60 \$ pirim ödenmekteydi. 1968 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Medicaid program enstitüsünün yürütmekte olduğu özel konulara yönelik erken teşhis ve tedavi amaçlı hizmetleri çalışmalarını sürdürmektedir. EPSDT (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment) çocukların ihtiyaçları olan sağlık hizmetleri için kurulmuştur en az 18 yaşına kadar çocuklar bu programın kapsamındaki sigortalardır¹²⁵.

3.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ UYGULANMA GEREKÇELERİ

Sağlık hakkı, yaşam hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık hakkını; “kişinin toplumdaki, devletten, sağlığının korunmasını gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesi” olarak tanımlayabiliriz.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25 inci maddesinde sağlık hakkına ilişkin olarak; “her insanın yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dahil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığını ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu” ifadesi ile sağlık hakkı da temel insan hakları arasında sayılarak, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesi, uluslararası bir metin ile garanti altına alınmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 60 ıncı maddesinde, “herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, Devletin bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacağı ve gerekli teşkilâtı kuracağı” belirtilmiştir. Buna göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkından yararlanması gerekmektedir birlikte, bu hakkın sağlanması ve kişilerin bugünlerinin ve yarınlarının güvenliği için gereken önlemleri alma ve örgütü kurma görevleri de Devlete verilmiştir.

¹²⁵ http://www.tdb.org.tr/cm/yon/say_ist.php, 16/04/2006

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası sosyal güvenlik görevini genel anlamı ile devletin genel görev ve sorumluluk alanı olarak tanımlamak ile yetinmemiş , vatandaşların sağlık harcamaları yönünden sosyal güvenlik altına alınmasını ayrıca konu edinerek, 56 ncı maddede “Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” hükmü ile ayrıca özel bir atıfta bulunmuştur.

Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan, sağlık sigortasıdır¹²⁶.

Genel sağlık sigortasının anlamı ise, bir ülkedeki bütün fertlerin ağırlıklı sistem sağlık sigortası olmak üzere sağlık güvencesine kavuşturulmasıdır. Gelişmiş ülkelerde, geçirilen uzun deneyimler sonucu, hemen hemen tüm vatandaşları kapsamına almış olan sağlık sosyal güvenlik sistemleri mevcutken, ülkemizde hâlen belirli kesimler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık giderlerinin karşılanması yönünden sosyal güvenceden yoksundur. Öte yandan, ülkemizde bugün için sosyal sağlık güvencesi konusunda, sağlanan hizmet ve yardımlar yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir. Var olan sosyal güvenlik kuruluşlarınca üyelerine çeşitli miktar ve nitelikte sağlık sigortası yardımları yapılmakta ve bu yardımlar arasında norm birliği bulunmamakta, hatta aynı kuruluşça üyelerine farklı gruplar için farklı uygulamalar yapılmaktadır. Bu husus ise, değişik vatandaş grupları arasında eşitsizlik yarattığı gibi, hak ve adalet kurallarına da uygun düşmemektedir.

Ülkemizde dağınık yapıda olan ve yararlanma koşulları birbirinden oldukça farklı ve erişimi bütün nüfusa yaygınlaşmamış bulunan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü için yaklaşık 35 yıldır genel sağlık sigortası modeli tartışılmış, bu konuda farklı düzeylerde çalışmalar yürütülmüş ve çeşitli yasa tasarı taslakları hazırlanmıştır.

Bugüne kadar bütün vatandaşları içine almak üzere bir genel sağlık sigortası sistemi geliştirilmediğinden yukarıda belirtilen çeşitli düzenlemeler ile bu eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır. Herkesi kapsayacak genel sağlık sigortası sistemi düzenleyici bir rol oynayacaktır. Bu yapı altında ayrı bir tüzel kişiliğe haiz, bir genel sağlık sigortası

¹²⁶ <http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php>

kurumunun oluşturularak, tüm nüfusu kapsayacak şekilde belirlenmiş sağlık hizmetlerini vermesi hedeflenmektedir. Prime dayalı sosyal sigorta kuruluşları kendi kapsamında olan sigortalıların sağlık sigortası için belirlenmiş primlerini tahsil edip, genel sağlık sigortası kurumuna transfer etmeleri veya doğrudan yetkili kurum bünyesinde oluşturulacak fona yatırmaları, prime dayalı olmayan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonunun ise sosyal sigorta kuruluşları kapsamı dışında olanların tespiti ve bunların genel sağlık sigortası kapsamındaki ilişkilerini düzenlemeleri öngörülmektedir. Genel sağlık sigortası kapsamındaki primler, belirlenmiş sağlık hizmetlerini kapsayacaktır¹²⁷.

Sosyal sağlık sigortası sisteminin temelini katkı oluşturmaktadır. Sisteme üye olanlar, sunulacak sağlık yardımları için belli oranda prim ödemek durumundadırlar. Ayrıca sisteme üye olmak isteğe bağlı olmayıp, zorunluluk söz konusudur. Sosyal sağlık sigortasının temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekar olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesidir. Bu, gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından bir diğeridir. Sağlık hizmetlerine erişim, sosyal koruma sistemlerinin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Kişilerin sağlık güvencelerinin olması sağlık hizmetinin kullanımına doğrudan olumlu yönde etki etmektedir. Kişilerin sağlık hizmetine kolay ulaşmaları hastalıkların ilerlemesine engel olmakta, toplumun genel sağlık göstergelerinde iyileşmeler yaratmaktadır.

Ülkemizde sağlık alanında yapılan harcamaların, Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması sonucuna göre 2000 yılı itibariyle milli gelir içindeki payı % 6,6'dır. Bu oran, orta gelir düzeyindeki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında makul seviyelerdedir. Ne var ki, aynı ülkelerle toplumun sağlık göstergeleri açısından karşılaştırma yapıldığında, sağlık göstergelerimizin bu ülkelerin çok gerisinde kaldığı görülmektedir: Örneğin, doğumda yaşam beklentisi OECD ortalamasının yaklaşık sekiz yıl altındadır ve bebek ile anne ölüm oranları benzer gelirli ülkeler arasında en yükseklerden biridir.

Ülkemizde tüm nüfus kamu sağlık güvencesi yönünden kapsam ve koruma altına alınamamıştır. Ayrıca, sağlık hizmeti harcamaları kişilerin sağlık durumlarında düzelmeyi hedefleyen bütünlük bir politika çerçevesinde yapılmamaktadır. Örgütlenmedeki dağınık yapı, ciddi ölçüde israflara ve kötüye kullanımlara neden olmaktadır. Birinci basamak

¹²⁷ <http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php> , 15/04/2006

yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması, harcama düzeyini arttırmaktadır. Bu durum, kıt kaynaklarımızın verimsiz kullanılması sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenle, ilk planda, vatandaşlarımızın hastalanmasına engel olacak her türlü koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması öncelikli politika haline getirilmelidir.

Hastalık halinde ise, vatandaşlarımızın en etkin ve hizmete kolay ulaşabilecekleri bir yöntemle tedavi edilmesine, normal ve üretken yaşamlarına dönmelerine yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir. Bu temel politika hedeflerini gerçekleştirmek üzere, çağdaş bir yönetim anlayışı ile vatandaşlarımızın tamamını kapsayan bir genel sağlık sigortası oluşturulmalıdır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları, standartları bütünlük, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır¹²⁸.

Genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda yürütülen "Sağlıkta Dönüşüm" programı ile paralellik göstermektedir. SSK, Bağ-Kur, ES ve Maliye Bakanlığı tarafından farklı finansman yöntemleri ile yürütülen programların tek elde toplanması ve etkin kontrol mekanizmaları ile güçlendirilmiş bir sağlık hizmeti satın alma işlevinin sağlanması, Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçlarını gerçekleştirmede önemli bir rol oynayacaktır.

Anayasa'da nihai olarak hedeflenen sosyal adalet ilkelerinin bir gereği olan ve birçok ülkede uygulama alanı bulunan genel sağlık sigortası Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünlüklerle buluşan ve Türk insanını gerçek anlamda bu alanda özlediği en temel yurttaşlık haklarından biri olan sağlıklı yaşam güvencesine kavuşturacak ve çağın gereklerine uygun bir şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşabilmesine olanak tanıyacaktır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları, standartları bütünlük, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır.

¹²⁸ <http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php> , 15/04/2006

Yukarıda belirtilen evrensel ve ulusal gerekçelerden yola çıkılarak, yine belirtilen amaçları hayata geçirecek hukuksal bir alt yapıyı sağlamak amacıyla genel “Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı” hazırlanmıştır¹²⁹.

3.4.TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK SİSTEMİNİN SORUNLARI

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı olduğunu göstermektedir. Yine Anayasa’nın bu hükmü ile; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla, sağlık hizmetlerinin planlama ve verilmesini düzenleme görevi bir devlet görevi olarak kabul edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin yaşanılan her yere ulaşabilmesini sağlamak yapılması gereken ilk iştir. Ancak hizmetlerin var olması bu hizmetlerin toplum tarafından verimli bir biçimde kullanıldığı anlamına gelmez. O nedenle, sağlık hizmetlerinin aynı zamanda halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun şekilde verilmesi gerekir.

Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan bu yana, bütün hükümetler yukarıda belirtilen iki temel hedefe ulaşabilmek için çaba göstermişlerdir. Bu çabalar sonucunda, başta bulaşıcı hastalıkların kontrolü olmak üzere birçok alanda olumlu gelişmeler elde edilmiştir. Fakat ; 1990’lı yıllardaki ülke gerçeklerini ve Türkiye’nin ekonomik ve sosyal düzeyini dikkate aldığımızda, elde edilen bu başarıların olabileceğin gerisinde kaldığı görülmektedir. Nitekim , toplumun sağlık düzeyini gösteren ölçütler dikkate alındığında, ülkemizin, benzer gelişmişlik düzeyindeki diğer ülkelere kıyasla, daha kötü durumda olduğunu görmekteyiz. Aynı göstergeler, ülkemizin değişik bölgeleri ve toplum kesimleri arasında da farklılıklar göstermektedir. Ayrıca toplumun sağlık düzeyinin ülkemizin sağlığa ayırdığı kaynaklar dikkate alındığında da olması gerekenin gerisinde olduğu görülmektedir¹³⁰.

¹²⁹ <http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php>

¹³⁰ Y. Aytekin, a.g.e. , s.137

3.4.1. Politik İstikrarsızlık

Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana, Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları her dönemdeki evrensel gelişmeleri ve anlayışları yakından izlemiştir. Söz gelimi; İkinci Dünya savaşı öncesi dünya anlayışına paralel olan tek amaçlı sağlık örgütlenmesi ülkemizde başarı ile uygulanmış, savaştan hemen sonra yine dünyadaki anlayış paralelinde nüfusa dayalı entegre sağlık hizmetleri planları yapılmıştır.1961 yılında çıkartılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’ da yer alan ilkeler,bundan 17 yıl sonra tüm dünya ülkeleri tarafından kabul edilen temel sağlık hizmetleri kavramı ile özde aynıdır. Günümüzde de yine dünyadaki akımlar ve anlayış paralelinde, yeni düzenlemeler için yoğun çabalar olmaktadır.

Özetle; yakın zamana kadar ülkemizde sağlık hizmetleri ile ilgili yasaların çıkartılması ve düzenlemelerin yapılmasında bir kararlılık olduğu söylenebilir. Fakat birbirini izleyen iktidarlar arasında politik uyumsuzluklar ve istikrarsızlık, alınmış olan kararların ve çıkartılan yasaların hayata geçirilmesinde gecikmelere ve hatta geriye dönüşlere yol açmıştır. Örneğin mevcut sağlık sistemimizi ve politikamızı belirleyen 224 sayılı Yasanın aradan 25 yıl geçmiş olmasına karşın hiç bir dönemde tam olarak uygulandığı söylenemez.

Hükümet programlarında sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde hiç bir zaman ön sıralarda öncelik verilmediği görülmektedir. Nitekim geçmiş hükümetlerin hiçbiri sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayırmamıştır. Bunun sonucu olarak, insanlar sahip oldukları imkanlar ölçüsünde sağlık hizmetlerinden değişik düzeylerde yararlanma gelmişlerdir.

Hükümetler arasındaki bu tutarsızlık ve kararsızlıklar, kalkınma planlarında da gözlenmektedir. Ülkemizdeki kalkınma planları, genellikle hazırlandıkları dönemdeki iktidarların görüşlerini yansıtmaktadır. Buna karşılık, şimdiye kadarki iktidarların hiçbiri, kendi dönemlerinde hazırlanan planların uygulanması döneminde iktidarda olamamışlardır. Sonraki iktidarlar ise, planları ya değiştirmişler ya da uygulamamışlardır. Kalkınma planları ve mevcut hükümetler arasındaki bu tutarsızlık, sağlık hizmetlerinin gelişmesinde engelleyici bir faktör olmuştur¹³¹.

Uzun vadeli, uyumlu ve istikrarlı sağlık politikaları yoktur.Sağlık politikası ile çok sayıda kurum/kuruluş ilgilenmekte olup aralarında bir koordinasyon eksikliği mevcuttur.

¹³¹ Y. AYTEKİN, a.g.e. , s.139

Politika geliştirilmesine bilimsel destek sağlayacak bir kuruluş da yoktur. Politika geliştirmek için nitelikli personel eksikliği mevcuttur¹³².

Hazırladığı raporlar, yaptığı çalışmalar, düzenlediği toplantı ve gösterilerle, hekimlerin sıkıntılarını yansıtmaya çalışan Türk Tabipler Birliği'nin son dönemde ısrarla ortaya attığı bir görüş var. Türkiye'de sağlık sistemi, devlet eliyle bitirilmeye çalışılıyor. Bu görüş, elbette tüm doktorları ve sağlık çalışanlarını bağlamıyor. Türk Tabipler Birliği'nin yetkili ağızlan tarafından ortaya atılan bu iddia, birliğin S.S.K. Hekimleri Kolu Başkanı Doç. Dr. İrfan Gökçay tarafından da dile getiriliyor. Gökçay, Türkiye'de, iyi bir hekimlik hizmeti verilmesinin önündeki en büyük engelin gelir dağılımındaki eşitsizlik olduğunu ifade ediyor:

“Türkiye’de kişiler parası kadar sağlık hizmeti alıyor. Hekimler olarak bizim topluma karşı sorumluluğumuz, kişilerin mali, sosyal, siyasi bağlantılarını dikkate almaksızın, herkese ihtiyacı ölçüsünde sağlık hizmeti vermektir. Mesleğimizin bütün bilgi birikimini, ihtiyacı olan yere nakletmeliyiz. Burada, şöyle bir paradoks ile karşılaşıyoruz: Hastalıklarla, toplumda bulunduğunuz sınıf ve yaşadığınız çevre arasında çok yakın ilişkiler var. Genel olarak diyebiliriz ki, Türkiye’de gelir dağılımıyla sağlıklı olma düzeyi arasında doğru bir orantı var. Türkiye’de birinci eşitsizlik, gelir dağılımında. Toplumun en fazla kazanan %20’lik kesimi ,le en az kazanan %20’lik kesimi arasında uçurum var. Geliri düşük %20’nin çocukları daha çok ölüyor. Bunların kadınları da fazla çocuk doğuruyor, daha fazla düşük yapıyor. Bunların, günlük yaşam sürecine çok büyük etkileri var. Orta kesim açısından ise durum daha başka analizleri gerektiriyor; ama, orada da büyük problemler var. En zenginin bile, sağlık hizmetini almada büyük bir riskin olduğu bir döneme girilmiştir. Bu dönem Turgut Özal ile başladı. Yani bunu bütün ölçütlere bakarak söylüyorum. 1980’den sonra, özellikle kamu sisteminin tahrip edilmesi ile başlayan süreç geldi, sağlığa dayandı. Sağlıktaki eski kamu sistemi tahrip edildi. Onun da birçok aksaklığı vardı. Bu açıdan baktığımızda birkaç nokta saptıyoruz. Türkiye kamu sağlık sistemi çökertiliyor. Bunun yerine özel sektör ikame ediliyor. Krediler, teşvikler, sağlık sigorta fonlarının, S.S.K. ve Emekli Sandığı’nın tüm eksikleri, kamu kurumlarının yerine, özel sektöre sevk ediliyor. Bu sektör böylece büyütülüyor. Aslında özel sektöre karşı olma açısından bakmıyorum. Yalnız şöyle bir şey var: Kamu sisteminde hekimliği daha fazla

¹³² Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, “Türkiye Sağlık Sistemi Reformu”, Ankara, 1997, s.10

denetleyebilirsin. Eninde sonunda, kamu kaynakları ile geliştirdiğin bir kamu sağlık pratiği, toplumun daha fazla ihtiyacını çözer. Özel sektörün amacı, adından da anlaşılacağı gibi bundan bir kar elde etmektir. Ama sağlık hizmeti üzerinden kar elde edilme hedefine dönüştüğü anda, orada tıp biter, hekimlik biter. Esas olarak bu böyledir. Hastanelerdeki kuyruklar, batık S.S.K.'nın, kol kesilmeleri, yanlış ameliyatlar, gereksiz para için yapılan ameliyatlar hep bu döneme denk gelmiştir¹³³.

İngiltere'de sağlık kamu sistemi vardır. Hiç kimsenin, sağlık alanında para ile hiçbir ilişkisi yoktur. Vergiden toplanan, bütün topluma ihtiyaca göre dağıtılır. Devasa bir kaynak olan sosyal güvenliği, borsada değerlendirmek isteyen İtalya'da, sistem maliyetleri karşılayamamış ve özel sigorta şirketleri de bu parayı değerlendirmemiştir. Şili'de bütün toplum, zorunlu olarak özel sağlık sigortasına kaydoldu. Sadece güvenlik mensupları, emniyet ve silahlı kuvvetle, devlet sigortası içindedir. Çünkü o sistem sallantıda. Kendi esas kuvvetini vergilerden finanse ederek sosyal güvenlik ve sağlık hizmetine alıyor. Şili Sosyal Güvenlik Bakanı Türkiye'ye geldi. Şili'deki operasyonun başındaki adama sorduk; "Bu konuya girmek istemiyorum" dedi. Biz cevabımızı almış olduk aslında. Türk hekimlerine, hekimlik değil, sigorta poliçesi satan bir sistem dayatılmaktadır. Bu sistemde süresi dolan hastaların tedaviden atılıyor. Bunu hekim olarak kabul etmemiz mümkün değildir¹³⁴."

3.4.2. Örgütlenme Sorunları

Mevcut sağlık örgütlenmemizin ana çatısı, 224 sayılı Yasa ile belirlenen ilkeler doğrultusunda olmuştur. Ancak, Yasa sözü edilen sistemin 15 yıl içinde bütün ülkeye yayılmasını öngördüğü halde, bu süre uzamış ve ancak 1983 yılı sonunda bütün Türkiye'ye yayılabilmektedir. Fakat bu yayılmada yasanın öngördüğü altyapı koşullarından fedakarlık edilmek zorunda kalınmıştır. Öte yandan, sağlık ocaklarının yer seçiminde uygun kriterler kullanılmamış, bunun sonucunda verimsiz çalışan sağlık ocakları ortaya çıkmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi anlayışı yasalaştığı 1960'lı yılların koşullarına uygun olarak gerçekleştirilmişti. Her ne kadar yasa gelişen ülke koşullarına uyum sağlayabilecek esnek ilkelere sahipse de bu uyum yapılamamıştır. Sonuç olarak ortaya çıkan örgütlenme ülkemizde görülen hızlı kentleşmeye paralel ve özellikle

¹³³ İrfan Gökçay, "Ettiğimiz Yemini Çiğnernemiz İsteniyor", Sigorta Life, Deniz Matbaacılık, Sayı 3, İstanbul 1997, s.18

¹³⁴ İ. Gökçay, a.g.e. , s.19

gecekodu bölgelerinde verimli olamamıştır. Ayrıca birinci ve ikinci basamak hizmetleri arasında bir organik bağ kurulamamış ve yasanın çok önemli bir noktası olan hasta sevk zinciri etkili biçimde çalıştırılmamıştır¹³⁵.

Örgütlenme açısından çok önemli bir sorun da “çok sorumluluktur”. Sağlık bakanlığı ülkedeki sağlık politikalarından sorumlu olması gereken tek kurum olması gerekirken bakanlığın yanı sıra bir çok kamu kurumu kendi mensuplarına hizmet veren yataklı ve yataksız kuruluşlarına sahiptir. Bu karmaşık yapı içinde kaynaklar verimli olarak değerlendirilememiş, birçok yörede atıl kapasiteler yaratılmıştır.

3.4.3. İşletme Sorunları

Sağlık hizmetlerini günümüzde en önemli sorunlarından biri de işletme ile ilgili olanlardır. Bunlar;

a-) Merkeziyetçilik: Sağlık Bakanlığı ve sağlık hizmeti sunan diğer bütün kurumlarda, yalnızca stratejik kararlar değil, günlük uygulamalarla ilgili ayrıntı kararlar bile katı bir hiyerarşik yapı içinde alınmaktadır. Bu mekanizma, işlerin yavaş yürümesine neden olduğu gibi hizmetlerin verildiği yerdeki koşullara da uyumsuzluklar gösterebilmektedir. Oysa ülkemiz coğrafik ve toplumsal nitelikler açısından çok çeşitlilik göstermektedir ve alınacak kararların da bu değişik koşullara uygun olması gerekir.

b-) Yönetici sorunu: Günümüzde sağlık yönetimi, bir uzmanlık konusu olarak ele alınmaktadır. Oysa, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere sağlık hizmeti sunan bütün kurumlarda yöneticilik görevlerine atanan kişilerin çoğunda bu nitelik yoktur. Ülkemizde sağlık yöneticisi yetiştirilmesi yerine, yönetici aranması atamalarda genel ilke olmuştur.

c-) Görev tanımlarının yetersizliği: Sağlık hizmetlerindeki verimsizliğin bir diğer nedeni de, çalışanların görev tanımlarının net ve kesin olmayışıdır.

d-) Denetim Yetersizliği: Tıbbi ve yönetsel denetim sorunu niteliksiz yönetim sorunu ile ilintilidir. Ülkemizde çağdaş denetim tekniklerine ve hizmet içi eğitime dönük denetleme yerine teftiş ve cezalandırma anlayışı hakimdir.

¹³⁵ Y. AYTEKİN, a.g.e. , s.142

e-) Atama sistemi: Liyakat ve kariyer sistemi ile atama yerine yanlı ve profesyonellikten uzak atama politikaları hakimdir. Şişkin kadrolar yaratılmıştır. Bu durum hem hizmetin verimliliğini hem de maliyetini olumsuz etkilemektedir¹³⁶.

f-) Yarım gün hizmeti: Hekimlerin gerek birinci, gerekse ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında tam süre çalışmamaları hizmetleri aksattığı gibi, bazı usulsüzlük iddialarına da kaynak olmaktadır.

g-) Koordinasyon eksikliği: Hem sektör içi hem de sektörler arası koordinasyon etkili biçimde yapılamamaktadır. Özellikle merkezi düzeyde sorun daha da önemlidir.

h-) Müdahaleci tutum: Hizmetlerin yönetimi ile ilgili kararlar ve özellikle atamalar konusunda örgüt dışı otoriteler baskıcı ve müdahaleci bir tutum içindedirler.

ı-) Maliyet etkinliğinin gözetilmeyişi: Hizmetlerin kompoze edilmesinde koruyucu ve tedavi edici unsurların göz önüne alınmaması, sektörlerin yatırım ve hizmetlerinde dublikasyon, birimlerde işletme mantığının hakim olmaması, her düzeydeki yöneticinin hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde maliyet faktörünü yeterince dikkate almamaları hizmetlerin gelişmesini engellemektedir.

i-) Planlama ve icra birimlerinin bir arada olması: Başta sağlık Bakanlığı olmak üzere sağlık hizmeti sunan kurumların merkez 5rgütlerindeki birimler hem programların geliştirilmesi ile ilgili teknik onuları hem de programların yürütülmesi ile ilgili günlük işleri bir arada yapmaktadırlar. Böyle olunca, program geliştirmeye ayrılan süre azalmakta ve söz konusu birimler teknik görevlerini yerine getirememektedirler.

j-) Toplum Katılımı: Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi ile ilgili olarak her düzeyde toplum katılımına ilişkin mekanizmalar kurulamamış ve işletilememiştir. Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları buna bir örektir¹³⁷.

¹³⁶ Y. AYTEKİN, a.g.e., s.143

¹³⁷ Y. AYTEKİN, a.g.e., s.144

3.4.4. Finansman Sorunları

Ülkemizdeki gelir dağılımındaki dengesizlik, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki en önemli sorunlardan birisidir. Bunun sonucunda, toplum kesimleri arasında, sağlık hizmetlerinden yararlanma yönünden büyük farklılıklar ve adaletsizlikler olmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili karmaşık bir yapı vardır. Dünyada uygulanmakta olan finansman yöntemlerinin hemen her türlüü ülkemizde uygulanmaktadır. Bu karmaşıklığa karşın gerek genel bütçe düzeyinde gerekse GSMH düzeyinde sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayrılamamıştır. Ayrıca, anılan bu yetersiz miktarlar da etkili ve verimli bir şekilde kullanılmamaktadır.

Türkiye’de sayılan kesin olarak bilinmemekle birlikte nüfusun yaklaşık yüzde 40’ını oluşturan 20 milyon dolayındaki kişi sağlık güvencesinden yoksundur. Bu grup içinde geliri yönünden en fakir durumdaki 3.5 milyon kişi Yeşil Kart sahibidir. Ancak bu sistemin uygulanmasında bazı isabetsizlikler olduğu da bir gerçektir¹³⁸.

Finansman açığını kapatabilmek amacıyla yurdun her köşesindeki hemen bütün sağlık kuruluşları birer dernek ya da vakıf kurmak yoluyla halktan para toplamak yoluna gitmişlerdir. Bu uygulama finansman açığının kapatılmasına yetmemekle birlikte, kaynakların dağıtımındaki bürokratik ve merkezietçi işlemleri ortadan kaldırdığından para harcamada göreceli bir rahatlık yaratmıştır.

Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerine ayrılmış kaynaklar çok düşüktür ve rasyonel kullanılmamaktadır. Sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı cepten yapılan ödemelerdir ve bu ödemeler de özel hekimlik ve ilaçlara harcanmaktadır. Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler için yeterince kaynak ayrılmamakta veya bu konulara önem verilmemektedir. Kamu sektöründe hizmet sunumu ve finansman sağlama hususları genellikle aynı kuruluş bünyesinde yer almakta, bu da kaynakların verimli ve etkin kullanımını için bir teşvik oluşturmamaktadır. Verilen hizmetlerin sübvans edilmesine dayalı bir sistem sosyal adaletle uyuşmamakta ve yüksek gelir gruplarının sübvansiyonuna yol

¹³⁸ Y. AYTEKİN, a.g.e. , s.145

açmaktadır. Nüfusun sadece yüzde 65'i bir sosyal sigorta kapsamında olduğundan sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik söz konusudur¹³⁹.

3.4.5. İnsan Gücü Sorunları

Ülkemizde sağlık insan gücü ile ilgili gerçekçi bir plan ve projeksiyonun varlığından söz edilemez. Türkiye'de sağlık insan gücünün sayısal planlamasında Avrupa Birliği ülkeleri dikkate alınmaktadır. Bu husus özellikle hekim ihtiyacının belirlenmesinde hatalara yol açmıştır. Bu planlamaya dayalı olarak, yurdun birçok yerinde yeni tıp fakülteleri açılmış, fakat bunların yeterince gelişmeleri sağlanamamıştır. Sonuç olarak TBMM'nin gündemine getirilecek kadar önemli nitelik sorunları yaratılmıştır.

Nitelik sorunu yalnızca hekimlerle sınırlı değildir. Hemşirelerin, ebelerin, diş hekimlerinin ve diğer sağlık personelinin nitelikleri de özlenilenin çok altındadır. Bunun nedenleri arasında okullarda eğitici yetersizliği, uygulamalı eğitimlerin yapılması gereken bölgelerin olmayışı, kitap yetersizliği, eğitim programlarının uygunsuzluğu, sürekli eğitim konusunda yeterli önemin verilmeyişi sayılabilir. Daha önce değinilen yanlış atamalar ve yöneticilerin yetersizliği de sağlık insan gücü sorunlarının temel nedenlerindedir.

Araştırmalar bazı sağlık personeline aşırıya varan doyumsuzluk olduğunu göstermiştir. Bunun nedenleri arasında özlük hakları, ücretlendirme, denetimsizlik, ödüllendirilmeme ve hizmet ortamının yetersizliği gibi faktörler sıralanabilir. Ülkemizde hekim, diş hekimi, eczacı ve veterinerlerin meslek kuruluşları vardır. Diğer sağlık personeli için böyle bir örgütlenme söz konusu değildir¹⁴⁰.

Hizmetlerin kullanımına dayalı rasyonel bir insan kaynakları planlaması yoktur. Sağlık personelinin coğrafi dağılımı dengesizdir. Sağlık personelinin uzmanlık alanlarına göre fonksiyonel dağılımı ihtiyaca uygun değildir. Sağlık personelinin temel eğitimi sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlarını karşılamamaktadır ve sürekli eğitim de yetersiz ve düzensizdir. Sağlık çalışmalarının istihdam, ücret ve haklar gibi konularda çeşitli sorunları vardır. Performansı artırmak için bir teşvik yoktur. Sağlık mesleklerinin iş ve sorumluluklarını tanımlayan mevzuat günün ihtiyaçlarına cevap verememektedir ve bazı mevcut meslekler

¹³⁹ Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, "Türkiye Sağlık Sistemi Reformu", Ankara, 1997,s.11

¹⁴⁰ Y. AYTEKİN, a.g.e. , s.147

bu mevzuata dahil edilmemiştir. Uzman doktor pratisyen doktora göre daha iyi bir statüye sahiptir¹⁴¹.

3.4.6. Enformasyon Sorunları

Sağlık hizmetleri ile ilgili her kademedede doğru, uygulanabilir ve gerçekçi kararların verilebilmesi için doğru bilgilere ihtiyaç vardır. Bu bilgiler hizmetin verildiği en alt noktadaki birimle en üst noktadaki birim arasında karşılıklı bir bilgi iletişim ağının bulunması gerekir. Ülkemizde hizmete ilişkin bazı veriler toplamakla birlikte verilerin doğruluğu hakkındaki kuşklar bir yana, bunlar bilgiye de dönüşmemektedir. Dolayısıyla Türkiye’de sağlık hizmetleri ile ilgili kararlar sıklıkla sağlıklıdır¹⁴².

Sağlık ve hizmetleri kapsamında; epidemiyolojik veriler, hizmetler ve hizmet maliyetlerine ilişkin veriler gibi bir çok konuda bilgi eksikliği vardır. Verilen kontrol etmek için besleme/bildirim sistemi yoktur. Toplanan verilerin güvenilirliği ve doğruluğu şüphelidir. Toplanan verilerin çoğu kullanılabilir bilgiye dönüştürülmemektedir. Bazı durumlarda, Sağlık Bakanlığı’nın bölümleri arasında koordinasyon olmadığından toplanan veriler birleştirilmemektedir¹⁴³.

3.4.7. Diğer Sorunlar

Sağlık hizmetlerinin verimsizliğini doğuran diğer faktörlerin başlıcaları şunlardır:

Öncelikli hizmetler ile ilgili olarak her ne kadar, plan ve programlarla koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verileceği belirtilmekte ise de ülkemizde bu önceliğin tedavi edici hizmetlere verildiği gerçektir.

Aile planlaması konusunda ciddi gelişmeler olmakla birlikte, ülkemizin başta gelen bu sorunun çözümü konusunda yeterli bir düzeye eriştiği söylenemez.

Sağlık hizmetlerinin altyapısını oluşturan bina, araç-gereç konularında yetersizlik vardır.

Araç- gerecin standardizasyonu ve kalibrasyonunda sorunlar bulunmaktadır¹⁴⁴.

¹⁴¹ Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, a.g.e., s.12

¹⁴² Y. AYTEKİN, a.g.e. , s.148

¹⁴³ Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, a.g.e., s.13

¹⁴⁴ Y. AYTEKİN, a.g.e. , s.149

3.5. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SON YILLARDAKİ GELİŞİMİ

Türkiye’de sağlık sektörünün son yıllardaki gelişimine ait elde edilen tespitler aşağıda sunulmuştur:

- **Son 20 yılda sağlığa ayrılan para yaklaşık 3’e katlanmıştır.**

Türkiye’nin yaklaşık 200 milyar dolar olan ulusal gelirinin, %3-4’ü sağlığa gitmektedir. Son 20 yılda sağlığa giden toplam para artmıştır. 1980 yılında 55 dolar olan, kişi başına düşen sağlık harcaması, 2000 yılında 135 dolara ulaşmıştır.

- **Son 20 yılda kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı %45’lerden %80’lere çıkmıştır.**

Toplam sağlık harcamaları, 1980’de 2.5 milyar dolar civarından, 2000’de 9 milyar dolar civarına yükselmiştir. Bazı çalışmalar, toplam sağlık harcamalarının 10 milyar doları aştığını ifade etse de, DPT verilerine göre, bu rakam 10 milyar doların altındadır. 1980-87 yılları arasında, özel sektörün payı sağlık harcamalarında ağırlıklıyken, 1988 sonrası giderek kamu toplam sağlık harcamaları içindeki payını artırmıştır. 1988’de %52 olan kamu sağlık payı, 2000’de %80’i bulmuştur. Başka bir deyişle, 9 milyar dolar civarında olan toplam sağlık harcamalarının, 7 milyar doları kamuya aittir.

- **Sağlıkta kamunun ağırlığının artışında, kamu sosyal güvenlik kurumlarının etkisi belirgin olmuştur.**

Toplam sağlık harcamalarını 100 birim olarak kabul edersek, 1988’de 52 birim olan özel sağlık sektörü payı 1998’de 33’e gerilerken, 1988’de 14.4 birim olan kamu sağlık sigortası payı 26.4’e, 33.4 olan devlet bütçesi payı 41’e yükselmiştir. 2001 yılında bu oranlar, sırasıyla %20, 38 ve 42 kadardır¹⁴⁵.

- **Genel bütçe içindeki sağlık harcamalarının artışında, başta Üniversiteler olmak üzere, Sağlık Bakanlığı bütçesi dışındaki kaynaklar etkin/etkili olmuştur.**

Kamu sağlık harcamaları içinde, şu anda ağırlıklı olan genel bütçenin sağlık harcamaları incelendiğinde; 100 birimlik bütçe sağlık harcamalarının 52 biriminin Sağlık Bakanlığı, 24 biriminin Üniversiteler, 13 biriminin diğer bakanlıklar ve 11 biriminin Milli Savunma

¹⁴⁵ <http://www.saglik.gov.tr/> , 10/04/2006

Bakanlığı bütçelerine ait olduğu görülür. Sağlık Bakanlığı bütçesi, son yıllarda mutlak değer olarak artarken, Genel bütçe içindeki payı gerilemiştir. 1992-98 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'na ayrılan para, %36 artarken, bu artış oranı diğer bakanlıklarda %51, MSB'da %78, Üniversitelerde %104 olmuştur.

- **Türkiye sağlık sektörü, kamu kaynaklarından özel sektöre kaynak aktarımı temelinde yapılandırılmıştır. Kamudan, özele kaynak aktarımı, sağlık sektörümüzün yapısal bir sorunudur.**

Kaynaklar açısından belirgin olan kamunun ağırlığı, harcamalarda kaybolmaktadır. 1988 sonrası kamu sağlık kaynaklarının artışı, büyük ölçüde kamudan özele kaynak aktarılması süreci ile paralel seyretmiştir. 1989 yılında, toplam sağlık harcamalarının %1.5'u kadar bir kaynak, kamudan özel sektöre aktarılırken, bu oran 1998 yılında %24.3'ü bulmuştur. 1994 yılında yapılan bir çalışma bağlamında, sağlığa giden para kaynaklarını üç bölümde incelediğimizde; genel bütçe payının 45 birim (Sağlık Bakanlığı 19.5 birim, Üniversite 4.7 birim, MSB 4.3 birim, diğer kamu kurumları 1.7 birim, fonlar 2.3 birim, devlet memurları sağlık harcamaları 8.9 birim, Emekli Sandığı sübvansiyonu 3.6 birim) , kamu sigortası payının 18.2 birim (SSK 15.1 birim, Emekli Sandığı 1.2 birim, Bağ-Kur 1.9 birim) ve özel sektör payının 36.8 birim olduğu görülür. Paranın gittiği yön incelendiğinde, toplam 63.2 birim olan kamu payının (genel bütçe ve kamu sigortası) 50.7'ye gerilediğini, özel sağlık sektörü payının ise 36.8 birimden 49.3 birime yükseldiği görülür. Bunun anlamı, 12.5 birimlik kamudan özel sektöre kaynak aktarımıdır. Bu aktarım, daha çok devlet memurları, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur sevkleri ve alımları yolu ile gerçekleşmektedir. 1994 yılı için hesaplanan kaynak aktarımı, toplam 676 milyon dolar kadardır (toplam sağlığa ayrılan para 5.2 milyar dolar). Örneğin, 1980'de toplam SSK sağlık harcamaları içinde %6 olan anlaşmalı sağlık kurumlarına ödenen para, 1998'de %27.4'e çıkarken, aynı süre içinde ilaca harcanan para %13.7'den %41.7'ye yükselmiştir. Neredeyse, toplam SSK sağlık harcamalarının 7/10'unun kaynak aktarımına gittiği söylenebilir.

- **Kamu sağlık finansmanı, giderek daha fazla genel bütçe dışı kaynaklara dayanmaktadır.**

Giderek genel bütçe içinde payı azalan Sağlık Bakanlığı bütçesi, son yıllarda bütçe dışı kaynaklardan daha fazla beslenir olmuştur. Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde fon ve döner sermaye gelirlerinin payı 1988’de %24.3’ken, 1998’de %32.5’a yükselmiştir. 2000’lerde bu oranın %38’leri bulunduğu belirtilmektedir. Üniversitelerde ise, döner sermaye gelirleri, toplam üniversite bütçesinin (1992-98 yılları arasında) %37’sinden %68’ine çıkmıştır. 2001 yılı için ifade edilen oran ise, %76’dır.

- **Kamu sağlık kurumları, özellikle de yataklı tedavi kurumları, gelirlerinin önemli bölümünü, devlet memurları sevkerinden, kamu sosyal güvenlik kurumlarından ve yoksulların sosyal güvencesi olarak gösterilen yeşil kart’tan edinir hale gelmişlerdir.**

Kamunun daha fazla bağlanır hale geldiği genel bütçe dışı kaynaklar, özel olarak da döner sermaye gelirleri, nereden gelmektedir? Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinin döner sermaye gelirleri incelendiğinde; devlet memurlarının en ön sırada olduğu (% 32), onları Emekli Sandığı (% 25), yeşil kart (% 16), Bağ-Kur (% 13) ve cepten harcamaların (% 12) izlediği görülür¹⁴⁶.

- **Kamu sağlık yatırımları, yıllar içinde artsa da, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak kalmış, yaratılan boşluk, özel teşviklerle yükseltelen özel sağlık yatırımları ile doldurulmuştur. Önceleri özel sağlık yatırımlarının 1/9’u kadar olan kamu sağlık yatırımları, 2001 yılı bittiğinde, toplam özel sağlık yatırımlarının 2/3’ü düzeyinde kalabilmiştir. Bir devlet politikası olarak çökertilen kamu sağlık sektörü karşısında, devlet eliyle özel sağlık sektörü seçenek haline getirilmiştir. Bugünlerde, “özel sektörün olanaklarının da milli servet olduğu” söylemi, resmi politikanın net itirafından başka bir şey değildir.**

Son 20 yılda sağlık yatırımlarının aldığı durum, sağlıktaki olumsuz tablonun hem nedeni, hem sonucudur. Kamu sağlık yatırımları, 1980-88 yılları arasında, toplam kamu yatırımlarının %1.2 ila 2.0’si arasında seyretmiş, ancak 1992’den sonra nispeten artarak %3’ü aşmış ve 2001’de %5.4’ü bulmuştur. Bunun anlamı, kamu sağlık yatırımlarının 1980-

¹⁴⁶ <http://www.saglik.gov.tr/> , 10/04/2006

89 arasında 200, 1989-92 arasında 300 milyon doların altında kalması, sadece 19998-1999'da 600 milyon doları aşmasıdır. 2001 yılı miktarı ise, 475 milyon dolar kadardır. Bu yatırımlar, kamu sağlık hizmetlerinin genişlemesi için yeterli olmamıştır. Üstelik, kamu sağlık yatırımlarında, giderek Sağlık Bakanlığı-dışı kaynakların (toplam kamu sağlık yatırımlarının %32'si Sağlık Bakanlığı, %51'i Üniversite)ve yabancı (toplam kamu sağlık yatırımlarını %39'u yabancı) kaynakların ağırlığı artmıştır. Özellikle Sağlık Bakanlığı yatırımları, son 20 yılda o kadar kısılmıştır ki, kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesinin en temel bileşeni olarak öne çıkmıştır. Resmi verilerde, 1983-2000 yılları arasında Sağlık Bakanlığı yatırımlarının, toplam Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki payı, % 7.9-19 arasında seyrediyor görünse de, gerçekleşen yatırım harcamaları, -son 3 yıl hariç- resmi rakamların altında seyretmiştir. Örneğin, 1983'de %15.8 olarak görünen Sağlık Bakanlığı yatırım payının, gerçek miktarı %2.8'dir. Kamu sağlık yatırımlarının, ihtiyaçların altında kalması, özel sağlık yatırımlarının öne çıkarılması ile ikame edilmeye çalışılmıştır. Bunda, 1982 sonrası verilen özel sağlık teşviklerinin inkar edilemez bir etkisi vardır. 1982-88 yılları arasında 100 milyon doların altında kalan özel sağlık teşvikleri, daha sonraki yıllarda 100 milyon doları aşmış, 1991'de 1 milyar doları aşmış, 1992-2002 yılları arasında ise –kriz yılları hariç- 300-850 milyon dolar arasında seyretmiştir. 1982-2002 yıllarında özel sağlık teşvikleri ile ilgili toplam rakam, 7.5 milyar dolara yakındır. Bu teşviklerle birlikte ele alındığında, özel sağlık yatırımlarının seyri şu şekilde seyretmiştir; 1980-89 yılları arasında kamu sağlık yatırımlarının çok altında seyrederken, 1991'den itibaren kamu sağlık yatırımlarını aşan özel sağlık yatırımları, 1998 sonrası yıllarda kamu sağlık yatırımlarını ikiye katlamıştır ve 9.1 milyar dolara ulaşmıştır (1980-2001). Aynı dönemde kamu sağlık yatırımlarının toplam miktarı, 6.2 milyar dolar civarındadır¹⁴⁷.

- **Sağlık Bakanlığı, “icracı bakanlık” olma özelliğini yitirmiş, “personel parası ödeyen” bir kuruma dönüşmüş ve işlevsizleşmiştir.**

Sağlık harcamalarının ekonomik bileşimi irdelendiğinde ise; ön plana personel ücretlerinin çıktığı, sağlık yatırımlarının –yukarıdaki gerçekler ışığında da-ihmal edilir boyutlara gerilediği görülmektedir. 1996-2002 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde personel payı %75-81 oranında seyretmiştir. Sağlık yatırımlarında, Sağlık Bakanlığı payının düşmüş olmasının politik bir çıktısı da vardır. “İş yapamayan, personel maaşı ödeyen bir kurum.

¹⁴⁷ <http://www.saglik.gov.tr/> , 10/04/2006

- **Sağlığa giden her 100 liranın, sadece 6 lirası koruyucu hizmetlere ayrılmıştır ve bu miktar giderek azalmaktadır.**

Toplam sağlık harcamalarının işlevsel bileşimi incelendiğinde; ağırlığın tedavi edici hizmetlerde olduğu görülür. 1996 yılında toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu hizmetlerin payı %12'den %6'ya gerilemiştir. Aynı süreçte, tedavi edici hizmetlerin payı, %79.6'dan, %89.1'e yükselmiştir.

- **Türkiye sağlık sektöründe dönen paranın neredeyse 1/5'inden fazlası, her yıl yurt dışına akıtılmaktadır. Türkiye sağlık sektörünün “modernleşmesi” ve büyümesi, kamudan özele, özelden yurt dışına kaynak aktarma mekanizması temelinde gerçekleşmiştir.**

Türkiye, sağlık alanındaki ilaç ve tıbbi teknoloji ihtiyaçlarını genel olarak, yurt dışından karşılamaktadır. Ülke içinde de üretim olmasına karşın, ihracat çok yetersizdir ve ülke içi ihtiyaçları da karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Türkiye'nin tıbbi ithalatı ve ihracatı incelendiğinde; Türkiye'nin ilaç ve tıbbi teknoloji ithalatı “ligi”nde ilk 20'lere girerken, tıbbi ihracat “ligi”nde esamesi bile okunmadığı görülebilir. 1992-2000 yılları arasında Türkiye'nin tıbbi ihracatı 56 milyon dolardan 164.5 milyon dolara çıkarken, tıbbi ithalatı 520 milyon dolardan 1746 milyon dolara yükselmiştir. Başka deyişle, Türkiye'nin tıbbi ithalatı, tıbbi ihracatının 9 misliken (1992), 11 misline çıkmıştır (2000)¹⁴⁸.

Özetle, Türkiye sağlık sektörü, son 20 yılda yaklaşık 3 kat büyümüş, bu büyümede kamu sektörünün payı giderek belirleyici olmuş, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları kamunun sağlıktaki motoru haline gelmiş, ancak kamu sağlık finansmanı giderek daha fazla genel bütçe dışı kaynaklardan (döner sermaye örneği) beslenir hale gelmiştir. Bu süreçte, sağlık sektörünün belirleyici özelliği, kamudan özele, özelden yurt dışına kaynak aktarımının yapısal hale getirilmesidir. Türkiye sağlık sektörü, düzenli yurt dışına kaynak aktaran bir büyüme ve “modernleşme” yolunu seçmiştir. Devlete düşen rol, kaynak aktarımının alt yapısını güvenceye almak, kamu sağlık personelinin maaşlarını ödemek, kamunun içinin boşaltılması sürecine eşlik etmektir. Devletin bu alandaki yetkili kurumu Sağlık Bakanlığı ise, bütünüyle işlevsiz bir kuruma dönüşmüştür. Sonunda, 1980

¹⁴⁸ <http://www.saglik.gov.tr/> , 10/04/2006

ile başlayan süreç sonunda, kamu sağlık harcamaları artmasına karşın, kamu sağlık hizmetleri ve kamu sağlık kurumları çökertilmiştir¹⁴⁹.

3.6. SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU TASARISININ İNCELENMESİ

3.6.1. Amaç, Kapsam Ve Tanımlar

Bu Kanunun amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılama yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usûl ve esasları düzenlemektir¹⁵⁰.

Bu Kanun; sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasından yararlanacak kişileri, işverenleri, sağlık hizmeti sunucularını, bu Kanunun uygulanması bakımından gerçek kişiler ile her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve tüzel kişiliği olmayan diğer kurum ve kuruluşları kapsar¹⁵¹.

Bu Kanunun uygulanmasında;

- 1) Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,
- 2) Kurum: Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığını,
- 3) Sosyal sigortalar: Kısa ve uzun vadeli sigorta kollarını,
- 4) Kısa vadeli sigorta kolları: İş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kollarını,
- 5) Uzun vadeli sigorta kolları: Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası kollarını,

¹⁴⁹ <http://www.saglik.gov.tr/> , 10/04/2006

¹⁵⁰ “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı”, Esas No: 1/1008, Karar Tarihi: 30/03/2006, Madde:1

¹⁵¹ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:2

6) Sigortalı: Kısa ve/veya uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi adına prim ödemesi gereken kişiyi,

7) Hak sahibi: Sigortalının veya sürekli iş göremezlik geliri ile malûllük veya yaşlılık aylığı almakta olanların ölümü halinde, gelir veya aylık bağlanmasına veya toptan ödeme yapılmasına hak kazanan eş, çocuk, ana ve babasını,

8) Genel sağlık sigortası: Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı,

9) Genel sağlık sigortalısı: Bu Kanunun 60 ncı maddesinde sayılan kişileri,

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

a) Eşini,

b) 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim veya 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde mesleki eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malûl olduğu tespit edilen evli olmayan çocuklarını,

c) Geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı Kurumca belirlenen kriterlere göre tespit edilen ana ve babasını,

11) Hizmet akdi: 22/4/1926 tarihli ve 818 sayılı Borçlar Kanununda tanımlanan hizmet akdini ve iş mevzuatında tanımlanan iş sözleşmesini veya hizmet akdini,

12) Ücret: 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlara saatlik, günlük, haftalık, aylık veya yıllık olarak para ile ödenen ve süreklilik niteliği taşıyan brüt tutarı,

13) Asgarî ücret: 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu gereğince 16 yaşından büyük işçiler için belirlenen bir aylık brüt ücreti,

14) Ay: Ücretleri; kamu idarelerinde her ayın 15'inde ödenen 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki sigortalılar için, ayın 15'inden ertesi ayın 15'ine kadar geçen, diğer sigortalılar için ise ayın 1'i ile sonu arasında geçen ve otuz gün olarak değerlendirilen süreyi,

15) Yıl: Ücretleri; kamu idarelerinde her ayın 15'inde ödenen 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki sigortalılar için, 15 Ocak tarihinden ertesi yılın

15 Ocak tarihine kadar geçen, diğer sigortalılar için ise 1 Ocak ila 31 Aralık tarihleri arasında geçen ve 360 gün olarak değerlendirilen süreyi,

16) Gelir: İş kazası veya meslek hastalığı halinde sigortalıya veya sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine, yapılan sürekli ödemeyi,

17) Aylık: Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarından yapılan sürekli ödemeyi,

18) Ödeme dönemi: Bu Kanuna göre bağlanan gelir ve aylıkların, ödeme tarihinden takip eden ödeme tarihine kadar geçen süreyi,

19) Tarımsal faaliyet: Kendi mülkünde, ortaklık veya kiralamak suretiyle başkalarının mülkünde veya kamuya mahsus mahallerde; ekim, dikim, bakım, üretme, yetiştirme ve ıslah yoluyla yahut doğrudan doğruya tabiattan istifade etmek suretiyle bitki, orman, hayvan ve su ürünleri elde edilmesini ve/veya bu ürünlerin yetiştiricileri tarafından; muhafazasını, taşınmasını veya pazarlanmasını,

20) Kurum Sağlık Kurulu: Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenecek raporlardaki teşhis ve bu teşhise dayanak teşkil eden belgeleri incelemek suretiyle, çalışma gücü kaybı ve meslekte kazanma gücü kaybı oranlarını belirlemeye yetkili hekimlerden ve/veya dış hekimlerinden oluşan kurulları,

21) Kamu idaresi: 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen idare ve kurumlar ile bunların ödenmiş sermayesinin % 50'sinden fazlasına sahip oldukları ortaklıkları veya özel kanunlarına göre personel çalıştıran diğer kamu kurumlarını,

22) Sağlık hizmeti: Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere 63 üncü madde gereği finansmanı sağlanacak tıbbî ürün ve hizmetleri,

23) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmeti: Kişilerin hastalıktan korunması veya sağlıklı olma halinin sürdürülmesi amacıyla, kişiyeye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerini,

24) Aile hekimi: Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum ile sözleşme yapmış hekimleri,

25) Sağlık hizmeti sunucusu: Sağlık hizmetini sunan ve/veya üreten; gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubelerini,

26) Katılım payı: Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı,

27) Sığınmacı ve Vatansız: İçişleri Bakanlığı tarafından sığınmacı veya vatansız olarak kabul edilen kişileri,

28) Peşin sermaye değeri: Kurumca, bu Kanunun ilgili maddelerinde belirtilen giderlerin yaş, kesilme ihtimali ve Kurumca belirlenecek iskonto oranı dikkate alınarak, hesaplanan tutarı,

29) Güncelleme katsayısı: 4 üncü madde kapsamında sigortalı sayılanların, her yılın Kasım ayına ait kanuni süresi içinde verilen belgelerindeki prim tahakkukları üzerinden bulunacak ortalama prime esas günlük kazancın, bir önceki yılın aynı ayına ait ortalama prime esas günlük kazançta göre değişim oranı ile her yılın Aralık ayına göre Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan en son temel yıllık tüketici fiyatları genel indeksindeki değişim oranının toplamının yarısına (1) tam sayısının ilave edilmesi sonucunda bulunan değeri,

İfade eder¹⁵².

3.6.2. Sigortalılara İlişkin Hükümler

3.6.2.1. Sigortalı Sayılanlar

Bu Kanunun kısa ve uzun vadeli sigorta kolları uygulaması bakımından;

- a) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,
- b) Köy ve mahalle muhtarları, hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan ise;
 - 1) Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usûlde gelir vergisi mükellefi olanlar,
 - 2) Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulan meslek odalarına usulüne uygun olarak kayıtlı olanlar,
 - 3) Anonim şirketlerin kurucu ortakları ve/veya yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,
 - 4) Tarımsal faaliyette bulunanlar,

¹⁵² Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:3

c) Kamu idarelerinde;

1) (a) bendine tabi olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp, ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar,

2) (a) ve (b) bentlerine tabi olmayanlardan, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesi uyarınca açıktan vekil atananlar,

Sigortalı sayılırlar.

Birinci fıkranın (a) bendi gereği sigortalı sayılanlara ilişkin hükümler;

a) İşçi sendikalarının yönetim kurullarına seçilenler,

b) Bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan; film, tiyatro, sahne, gösteri, ses ve saz sanatçıları ile müzik, resim, heykel, dekoratif ve benzeri diğer uğraşları içine alan bütün güzel sanat kollarında çalışanlardan, düşünürlerden ve yazarlardan hizmet akdi ile çalışanlar,

c) Mütakabiliyet esasına dayalı olarak uluslararası sosyal güvenlik sözleşmesi yapılmış ülke uyuğunda olanlar hariç olmak üzere, yabancı uyruklu kişilerden hizmet akdi ile çalışanlar,

d) 2/7/1941 tarihli ve 4081 sayılı Çiftçi Mallarının Korunması Hakkında Kanuna göre çalıştırılanlar,

e) 24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda belirtilen umumi kadınlar,

f) Milli Eğitim Bakanlığı tarafından düzenlenen kurslarda usta öğretici olarak çalıştırılanlar, kamu idarelerinde ders ücreti karşılığı görev verilenler ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (C) bendi kapsamında çalıştırılanlar,

Hakkında da uygulanır.

Birinci fıkranın (c) bendi gereği sigortalı sayılanlara ilişkin hükümler;

a) Kuruluş ve personel kanunları veya diğer kanunlar gereğince seçimle veya atama yoluyla kamu idarelerinde göreve gelenlerden; bu görevleri sebebiyle kendilerine ilgili

kanunlarında Devlet memurları gibi emeklilik hakkı tanınmış olanlardan hizmet akdi ile çalışmayanlar,

b) Cumhurbaşkanı, Başbakan, bakanlar, Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri, belediye başkanları, il daimi komisyonu üyeleri,

c) Birinci fıkranın (c) bendi kapsamında iken, bu kapsamdaki kişilerin kurduğu sendikaların veya sendika konfederasyonlarının yönetim kurullarına seçilenler,

d) Harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay nasp edilmek üzere temel askerlik eğitime tabi tutulan adaylar ile fakültelerde veya meslek yüksek okullarında kendi hesabına okuduktan sonra veya askerlik hizmetini müteakip subaylığa veya astsubaylığa geçirilenlerin, okullarda geçen normal eğitim süreleri,

e) Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler ile fakültelerde veya meslek yüksek okullarında kendi hesabına okuduktan sonra komiser yardımcılığına veya polisliğe geçirilenlerin, okullarda geçen normal eğitim süreleri,

Hakkında da uygulanır.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁵³.

3.6.2.2. Bazı Sigorta Kollarının Uygulanacağı Sigortahlar

Kısa ve uzun vadeli sigorta kolları bakımından aşağıda sayılan kişiler hakkında uygulanacak sigorta kolları şunlardır:

a) Hizmet akdi ile çalışmamakla birlikte, ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde oluşturulan tesis, atölye ve benzeri ünitelerde çalıştırılan hükümlü ve tutuklular hakkında, iş kazası ve meslek hastalığı ile analık sigortası uygulanır ve bunlar, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılırlar.

¹⁵³ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:4

b) Hizmet akdi ile çalışmamakla birlikte 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanununda belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde mesleki eğitim gören öğrenciler hakkında iş kazası, meslek hastalığı ve hastalık sigortası; meslek liselerinde okumakta iken veya yüksek öğrenimleri sırasında zorunlu staja tabi tutulan öğrenciler hakkında ise iş kazası ve meslek hastalığı sigortası uygulanır ve bentte sayılanlar, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılırlar.

c) Harp malûlleri ile 12/4/1991 tarihli ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu, 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanununa göre aylıkları hesaplanarak ödenen veya asayiş ve güvenliğin sağlanması ile ilgili kanunlara göre vazife malûllüğü aylığı bağlanmış olanlardan, bu Kanuna tabi sigortalı olarak çalışanlar hakkında aylıkları kesilmeksizin kısa vadeli sigorta kolları uygulanır. Ancak bunlar hakkında, uzun vadeli sigorta kollarına tabi olmayı istemeleri halinde, bu isteklerini Kuruma bildirdikleri tarihi takip eden aybaşından itibaren, uzun vadeli sigorta kolları uygulanır.

d) Sosyal güvenlik destek primine tabi olanlar hakkında, sadece iş kazası ve meslek hastalığı sigortası hükümleri uygulanır.

e) Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerler, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılırlar ve bunlar hakkında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası hükümleri uygulanır.

f) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneğinden yararlandırılan kişilere, işsizlik ödeneğinin hak edildiği süre içinde, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılarak uzun vadeli sigorta kolları uygulanır¹⁵⁴.

3.6.2.3.Sigortalı Sayılmayanlar

Bu Kanunun kısa ve uzun vadeli sigorta kolları hükümlerinin uygulanmasında;

a) İşverenin işyerinde ücretsiz çalışan eşi,

¹⁵⁴ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:5

b) Aynı konutta birlikte yaşayan ve üçüncü derece dahil bu dereceye kadar hısımlar arasında ve aralarına dışardan başka kimse katılmaksızın, yaşadıkları konut içinde yapılan işlerde çalışanlar,

c) Ev hizmetlerinde süreksiz olarak çalışanlar ile ev hizmetlerinde hizmet akdi ile sürekli çalışmasına rağmen, haftalık çalışma sürelerinin 4857 sayılı İş Kanununda belirtilen sürelerden az olması nedeniyle, aylık kazançları prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olanlar,

d) Askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,

e) Yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurtdışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,

f) Resmî meslek ve sanat okulları ile yetkili resmî makamların izniyle kurulan meslek veya sanat okullarında ve yüksek okullarda fiilen normal eğitim süreleri içinde yapılan, tatbiki mahiyetteki yapım ve üretim işlerinde çalışan öğrenciler,

g) Sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen, hasta veya malûller,

h) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri gereği sigortalı sayılması gereken işlerde çalışmakla birlikte, 18 yaşını doldurmamış olanlar,

ı) Kamu idareleri hariç olmak üzere, tarım işlerinde veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu Kanunda tanımlanan prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,

j) Niteliği itibarıyla bir kişinin bir gün içinde yapabileceği işlerde, yevmiyeli olarak çalışanlar,

k) Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciliyle birlikte kanunla kurulu meslek odalarına usûlüne uygun olarak kayıtlı olanlardan, aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyetine ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,

1) Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,

4 üncü ve 5 inci maddelere göre sigortalı sayılmaz.

(h) bendinin uygulanmasıyla ilgili olarak, bir meslek veya sanat okulunu bitirenlerden, 22/11/2001 tarihli ve 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu hükümlerine göre mahkemece ergin kılınmak suretiyle, öğrenimleriyle ilgili görevlerde çalışanlar hakkında 18 yaşın bitirilmiş olması şartı aranmaz.

Birinci fıkranın (1) bendinin uygulanmasında, Türkiye Ziraat Odaları Birliğinin görüşü alınır.

Bu maddenin uygulamasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁵⁵.

3.6.2.4. Sigortalılığın Başlangıcı

Sigorta hak ve yükümlülükleri 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

a) (a) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için çalışmaya, mesleki eğitime veya zorunlu staja başladıkları tarihten,

b) (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan, gelir vergisi mükellefi olanların gelir vergisi mükellefiyetinin başladığı tarihten; şirket ortaklarının şirket ortaklıklarının tescil edildiği tarihten; gelir vergisinden muaf olanların ise esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulu meslek kuruluşlarına usulüne uygun kayıtlı oldukları tarihten; tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar için tarımsal faaliyetlerinin kanunla kurulu ilgili meslek kuruluşlarınca tescil edildiği tarihten; köy ve mahalle muhtarları için seçildikleri tarihten,

c) (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için, göreve başladıkları veya okullarında eğitime başladıkları tarihten, itibaren başlar.

¹⁵⁵ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:6

Birinci fıkranın (b) bendinin uygulanmasında, gelir vergisinden muaf olanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların kayıt ve tescil işlemleri ile ilgili olarak kanunla kurulmuş ilgili meslek kuruluşlarının görüşleri alınır¹⁵⁶.

3.6.2.5. Sigortalı Bildirimi ve Tescili

İşverenler, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişileri, 7 nci maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen sigortalılık başlangıcından önce, sigortalı işe giriş bildirgesi ile Kuruma bildirmekle yükümlüdür. Ancak işveren tarafından sigortalı işe giriş bildirgesi ;

a) İnşaat işyerlerinde işe başlatılacak sigortalılar için, en geç çalışmaya başlatıldığı gün Kuruma verilmesi halinde,

b)Yabancı ülkelere sefer yapan ulaştırma araçlarına sefer esnasında alınarak çalıştırılanlar ile Kuruma ilk defa işyeri bildirgesi verilecek işyerlerinde; ilk defa sigortalı çalıştırmaya başlanılan tarihten itibaren bir ay içinde çalışmaya başlayan sigortalılar için, çalışmaya başladıkları tarihten itibaren en geç söz konusu bir aylık sürenin dolduğu tarihe kadar, Kuruma verilmesi halinde,

c) Kamu idarelerince yurt dışı görevde çalışmak üzere işe alınanların, işten ayrılmış olsalar dahi, çalışmaya başladıkları tarihten itibaren üç ay içinde, Kuruma verilmesi halinde,

Sigortalılık başlangıcından önce bildirilmiş sayılır.

Sigortalılar, çalışmaya başladıkları tarihten itibaren en geç bir ay içinde, sigortalı olarak çalışmaya başladıklarını Kuruma bildirirler. Ancak, sigortalının kendini bildirmemesi, sigortalı aleyhine delil teşkil etmez.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişiler için; 7 nci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen sigortalılık başlangıcından itibaren kendi mevzuatlarına göre kayıt veya tescili yapan ilgili kurum, kuruluş ve birlikler veya vergi daireleri sigortalı işe giriş bildirgesi düzenleyerek, en geç on beş gün içinde Kuruma vermekle yükümlüdür. Kurum bu bildirimden itibaren bir ay içinde tescili yapılan kişilere, sigortalılık hak ve yükümlülüklerinin başladığını bildirir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendinin (4) numaralı alt bendi gereği sigortalı sayılanlar ise, sigortalı işe giriş bildirgesini, 7 nci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde

¹⁵⁶ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:7

belirtilen sigortalılık başlangıcından itibaren, doksan gün içinde Kuruma vermekle yükümlüdürler.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişileri çalıştıracak işverenler, çalıştırmaya başlattıkları kişileri, 7 nci maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen sigortalılık başlangıcından itibaren, on beş gün içinde sigortalı işe giriş bildirgesi ile Kuruma bildirmekle yükümlüdürler.

5 inci maddenin (f) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişiler için Türkiye İş Kurumu, işsizlik ödeneğinin fiilen ödenmeye başlandığı tarihten itibaren bir ay içinde, sigortalı işe giriş bildirgesini Kuruma bildirmekle yükümlüdür.

Kamu idareleri ile bankalar, Kurumca sağlanacak elektronik alt yapıdan yararlanmak suretiyle, işlem yaptığı kişilerin sigortalılık bakımından tescilli olup olmadığını kontrol etmek ve sigortasız olduğunu tespit ettiği kişileri, Kuruma bildirmekle yükümlüdürler.

Bu maddenin ikinci ve beşinci fıkraları hariç olmak üzere, diğer fıkralarında belirtilen yükümlülükleri yerine getirmeyen ilgililer hakkında, 102 nci madde hükümlerine göre idarî para cezası uygulanır.

Sigortalı işe giriş bildirgesinin şekli ve içeriği, bildirgenin verilme yöntemleri ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁵⁷.

3.6.2.6. Sigortalılığın Sona Ermesi

Kısa ve uzun vadeli sigorta kolları bakımından sigortalılık;

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların, hizmet akdinin sona erdiği tarihten,

b) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalıların;

1) Gelir vergisi mükellefi olanlar için, mükellefiyetlerini gerektiren faaliyetlerine son verdikleri tarihten,

2) Gelir vergisinden muaf olanlar için, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulu meslek odalarındaki üye kayıtlarının silinmesi gereken veya 6 ncı maddenin birinci fıkrasının (k) bendi kapsamına girdiği tarihten,

¹⁵⁷ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:8

3) Şirket ve donatma iştiraki ortağı olanlar için, tabi oldukları mevzuata göre şirketle ve donatma iştiraki ile ilgilerinin kesildiği tarihten,

4) Şirket ortağı olanlar için, şirketin iflasına veya tasfiyesine karar verildiği veya münfesi sayıldığı tarihten,

5) Tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar için, tarımsal faaliyetlerinin sona erdiği veya 6 ncı maddenin birinci fıkrasının (1) bendi kapsamına girdiği tarihten,

6) Köy ve mahalle muhtarlarının, muhtarlık görevlerinin sona erdiği tarihten,

7) Herhangi bir yabancı ülkede ikamet eden ve o ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olarak çalışmaya başladığı veya ikamet esasına bağlı olarak, o ülke sosyal güvenlik sistemine dahil olduğu tarihten,

8) İflâsına karar verilmiş olan veya tasfiye halindeki özel işletmeler ile şirketlerin ortaklarından hizmet akdi ile çalışanların, çalışmaya başladığı tarihten,

9) Köy ve mahalle muhtarlarından; kendi adına ve hesabına bağımsız çalışmasından dolayı gelir vergisi mükellefiyeti bulunanlar hariç, aynı zamanda hizmet akdi ile çalışanların çalışmaya başladığı tarihten,

10) Gelir vergisinden muaf olan, ancak esnaf ve sanatkârlar sicili ile birlikte kanunla kurulu meslek kuruluşlarındaki kayıtlara istinaden bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan, bu sigortalılıklarının devamı sırasında, hizmet akdi ile çalışanların çalışmaya başladığı tarihten,

c) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanların;

1) Ölüm halinde veya aylık bağlanmasını gerektiren hallerde, bu tarihi takip eden ayın ilk gününden,

2) Diğer hallerde ise görevden ayrıldıkları tarihten,

d) 5 inci madde gereği bazı sigorta kollarına tabi tutulanların, sigortalı sayılmalarını gerektiren halin sona erdiği tarihten,

e) 6 ncı maddenin birinci fıkrasının (1) bendi kapsamında olanlardan, çalışmakta iken bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumu ile irtibatlandırılanlar ile uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde, seçimini bu yönde kullananlar için sigortalandıkları tarihten,

İtibaren sona erer.

Ancak, hastalık ve analık hükümlerinin uygulanmasında sigortalılık;

a) İlgili kanunlar gereği sigortalının ücretsiz izinli olması, greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hallerinde, bu hallerin sona ermesini,

b) Diğer hallerde ise birinci fıkrada belirtilen tarihleri,

Takip eden onuncu günden başlanarak yitirilmiş sayılır.

Birinci fıkranın (a), (c) ve (d) bentlerine göre sigortalılığı sona erenlerin durumları işverenleri tarafından, (b) bendinde belirtilen şekillerde sona erenlerin durumları ise kendileri ve sözü edilen bentte belirtilen faaliyetin sona erme halinin bildirildiği kuruluşlar veya vergi daireleri tarafından, en geç on gün içinde Kuruma bildirilir. Bu kişilerin meslek kuruluşlarına ya da vergi dairelerine olan yükümlülüklerini yerine getirmemiş olmaları, sigortalılığın sona ermesine ilişkin belge ya da bilginin verilmesine engel teşkil etmez.

Birinci fıkranın (e) bendine göre sigortalılığı sona erenler ile 8 inci maddenin birinci fıkrasının (c) bendine göre bildirim yapılan sigortalıların, sigortalılığının sona ermesine ilişkin bildirimleri, üç ay içinde Kuruma yapılır.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁵⁸.

3.6.3. Genel Sağlık Sigortası Hükümleri

3.6.3.1. Kapsamdaki Kişiler ve Tescili

3.6.3.1.1. Genel sağlık sigortalısı sayılanlar

Yerleşim yeri Türkiye’de olan kişilerden;

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

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

2) (b) bendi gereğince sigortalı sayılan kişiler,

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

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

¹⁵⁸ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:9

1) 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun kapsamında yeşil kart verilen kişiler,

2) Vatansızlar ve sığınmacılar,

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

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

5) 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

6) 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

7) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

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

9) 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler,

d) Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

e) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

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

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

Genel sağlık sigortalısı sayılır.

6 ncı maddenin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (f), (g), (h), (ı), (j) ve (k) bentlerinde sayılanların öncelikle, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olup olmadığına bakılır. Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi ise tescili yapılmaz. Aksi takdirde birinci fıkra hükümlerinden durumuna uyan bende göre genel sağlık sigortalısı sayılır. Birinci fıkranın (f) bendi kapsamında gelir alması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanlar, aynı zamanda diğer bentler gereği de genel sağlık sigortalısı sayılması halinde (f) bendi dışındaki bentler kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

6 ncı maddenin birinci fıkrasının (d), (e) ve (l) bentleri kapsamında olanlar, ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular, kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde, bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı olanlar, birinci fıkranın (d) bendi kapsamına girenler Türkiye’de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olması halinde genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar.

Birinci fıkranın (d) ve (g) bentlerinin uygulanmasında evli olanlar için, eşlerden hangisinin bu maddeye göre genel sağlık sigortalısı, hangisinin bakmakla yükümlü olunan kişi olacağının tespiti kendi tercihlerine bırakılır. Diğer bentler gereği eşlerin her ikisinin de genel sağlık sigortalılık şartlarının oluşması halinde her ikisi de ayrı ayrı genel sağlık sigortalısı sayılır¹⁵⁹.

3.6.3.1.2.Genel sağlık sigortalılığının başlangıcı, bildiri ve tescili

Genel sağlık sigortalılığı başlangıcının tespiti ve tescil işlemleri aşağıdaki hükümlere göre yürütülür. 60 ncı maddenin birinci fıkrasının;

a) (a) ve (b) bendinde sayılanlar; sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildiriye gerek olmaksızın tescil edilmiş sayılır.

¹⁵⁹ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:60

b) (c) bendinde sayılanlar; ilgili mevzuatları gereği yeşil kart aldıkları, aylığa hak kazandıkları, vatansız ve sığınmacı sayıldıkları, korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ilgili kurumların kapsama alınan tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

c) (d) bendinde sayılanlar; Türkiye'deki yerleşim süresinin bir yılı geçtiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

d) (e) bendinde sayılanlar, işsizlik ödeneğinden yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve Türkiye İş Kurumu tarafından işsizlik ödeneğinin bağlandığı tarihten itibaren bir ay içinde vereceği genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

e) (f) bendinde sayılanlar; gelir veya aylıktan yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirim gerek olmaksızın tescil edilmiş sayılır.

f) (g) bendinde sayılanlar; diğer bentlere göre genel sağlık sigortalısı olmadıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

60 ıncı madde gereği genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşına kadar genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır. 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babası da yok ise 18 yaşına kadar 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında primi Devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılır.

60 ıncı madde gereği genel sağlık sigortalısı iken durumunda değişiklik olan kişilerden, aynı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendine veya (g) bendi kapsamına giren kişiler durumlarında değişiklik olduğu tarihten itibaren en geç bir ay içinde 18.6.1992 tarihli ve 3816 sayılı Kanun gereği yeşil kart veren kuruma başvurmak zorundadır. Bu kişilere yeşil kart verilmemesi halinde değişiklik olduğu tarihten başlamak üzere (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılırlar.

Genel sağlık sigortalılığı, yerleşim yerinin Türkiye olmadığı veya 60 ıncı maddenin üçüncü fıkrası gereği genel sağlık sigortası kapsamı dışına çıkılan tarihten itibaren sona erer.

Bu maddede belirtilen genel sağlık sigortası giriş bildirgesini süresi içinde vermeyenler hakkında 102 nci maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre idarî para cezası uygulanır.

Genel sağlık sigortası giriş bildirgesinin içerik ve şekli ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁶⁰.

3.6.3.1.3. Sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan yararlanma

Bu Kanun gereğince genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür.

Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır.

Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz¹⁶¹.

3.6.3.2. Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar

3.6.3.2.1. Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi

Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,

¹⁶⁰ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:61

¹⁶¹ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:62

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

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

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;

1) Yapılan tıbbi tedavileri sonrasında normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbi merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

Şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

f) Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla bilimsel komisyonlar kurar, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir.

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

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığının görüşü üzerine Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁶².

3.6.3.2.2.Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri

Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri şunlardır:

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

b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.

¹⁶² Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:63

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak, Kurumca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁶³.

3.6.3.2.3.Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri

Hekimin veya dış hekiminin muayene veya tedavi sonrası tıbben göreceği lüzum üzerine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmaları için muayene ve tedavi edildikleri yerleşim yeri dışına yapılan sevinde , ayakta tedavilerde kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş yol gideri ve gündelikleri ; yatarak tedavilerde ise gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri kurumca karşılanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında, hekimin veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır.

Yurt içinde veya yurt dışına yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin tutarı 72 nci maddede belirtilen Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

Sürekli iş göremezlik veya malullük durumlarının tespiti, kontrolü veya periyodik sağlık muayenesi amacıyla yapılan sağlık hizmeti giderleri ile yol ve gündelik giderleri de bu madde hükümlerine göre ödenir.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁶⁴.

3.6.3.2.4.Yurt dışında tedavi

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

a) 60 ncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usule uygun olarak

¹⁶³ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:64

¹⁶⁴ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:65

veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak geçici görevle yurt dışına gönderilenlere, acil hallerde,

b) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usule uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere,

c) Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin,

Sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.

Ancak, yukarıdaki fıkranın (a) ve (b) bentleri gereği yurt dışında sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacak bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından ödenir. Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri saklıdır.

Bakanlar Kurulu kararı ile birlik halinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askeri veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin, bu Kanun kapsamına giren sağlık hizmetlerinin sağlanması ile bu hizmetlere ilişkin giderlerin yurt içindeki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen tutarı aşan kısmı, kurumlarınca karşılanır.

Kurum, birinci fıkranın (a) ve (b) bendi kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerini, bu kişilerin geçici veya sürekli görev süresince genel sağlık sigortası için Kuruma ödenen prim tutarını geçmemek kaydıyla, ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle de sağlayabilir.

Birinci fıkranın (c) bendi gereğince yurt dışına sevk edilen kişilerin sağlık hizmeti bedelinin tümü ödenir. Ancak bu tutar varsa Kurumun yurtdışında sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli olduğu sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu kişilerin 65 inci madde hükümlerine göre yapılacak giderleri ayrıca karşılanır.

Yukarıdaki haller dışında, yurt dışında sağlık hizmetlerine ilişkin giderler Kurumca ödenmez.

Kamu idarelerinde çalışan sigortalılar dışında 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların geçici veya sürekli görevlendirilmesine ilişkin usuller ve

süreler ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar ilgili Bakanlıkların görüşü alınarak Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁶⁵.

3.6.4.Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları Ve Katılım Payı

3.6.4.1. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları

18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, 63 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri gereğince sağlanan sağlık hizmetleri, 75 inci maddede sayılan afet ve savaş ile grev ve lokavt hali hariç olmak üzere sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için;

a) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (f) bendi hariç diğer bentleri gereği genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması,

b) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (b), (d) ve (g) bentlerine tabi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması,

Şarttır.

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

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁶⁶.

¹⁶⁵ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:66

¹⁶⁶ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:67

3.6.4.2. Katılım Payı Alınması

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

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

Katılım payı, birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için 2 Yeni Türk Lirası olarak uygulanır. Katılım payı, (b) ve (c) bendindeki sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınarak % 10 ilâ % 20 oranları arasında olmak üzere Kurumca belirlenir. Birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için belirlenen katılım payı tutarı, 4.1.1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılır. Birinci fıkranın (a) bendi gereği belirlenen katılım payını, birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye Kurum yetkilidir.

İkinci fıkrada belirtilen katılım payı tutarı ve oranları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaatları halinde % 50 oranında artırılarak uygulanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin birinci fıkranın (b) bendi gereği ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin % 75'ini geçemez.

63 üncü maddenin birinci fıkrasının (e) bendi gereğince sağlanan ve bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede % 30, ikinci denemede % 25 oranında uygulanır. Ancak katılım payında dördüncü fıkra gereği uygulanan üst limit dikkate alınmaz.

60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir.

Katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle tahsile ve katılım paylarının ödenme usûlünü belirlemeye Kurum yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir.

Katılım paylarının hesaplanmasında 72 nci maddeye göre tespit edilen sağlık hizmeti tutarları esas alınır. Kurumca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına 102 nci maddenin (j) bendi gereğince idari para cezası uygulanır.

Katılım paylarının ödenme usûlleri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁶⁷.

3.6.4.3. Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler

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

a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.

b) 75 inci maddede yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri .

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

d) Sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz 68 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sağlık hizmetleri ile organ nakli.

e) Kontrol muayeneleri.

f) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (4), (5) (6), (7) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar, vazife malulleri ile 4 üncü maddenin üçüncü fıkrasının (d) ve (e) bendinde sayılanlar.

Bu madde gereğince katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini tek tek veya gruplandırarak tespiti Kurum yetkilidir¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:68

¹⁶⁸ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:69

3.6.4.4. Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri

Bu Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.

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

İş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil haller dışında, sevk zincirine uyulmadan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvurular sonucu alınan sağlık hizmetlerinin 72 nci madde gereği belirlenen tutarının % 70'i Kurumca ödenir. Aradaki fark, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenir¹⁶⁹.

3.6.4.5. Kimlik Tespiti ve Acil Haller

Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), 67 nci maddenin ikinci fıkrasında sayılan belgeleri ve bu belgelerin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol etmek zorundadır. Bu zorunluluğu yerine getirmeyen sağlık hizmet sunucuları hakkında 102 nci maddenin birinci fıkrasının (1) bendi gereği idari para cezası uygulanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden Kurumun uğradığı zararın iki katı kanuni faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanır.

Bu Kanunun uygulamasında acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğuna, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceğine ilişkin hususlar, Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:70

¹⁷⁰ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:71

3.6.5. Malî Ve Çeşitli Hükümler

3.6.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Ödenecek Bedellerinin Belirlenmesi

63 üncü madde hükümlerine göre sağlanan sağlık hizmetlerinin ve 65 inci madde gereği ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her bir sağlık hizmeti için belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkilidir.

Komisyon; Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını ve Kurumu temsilen toplam beş üyeden oluşur. Komisyon kararlarını yılı merkezi yönetim bütçesi yönünden Maliye Bakanlığının görüşünü almak suretiyle salt çoğunluk ile alır; kararlar Resmi Gazetede yayımlanır. Komisyonca gerekli görülen hallerde sağlık hizmetlerinin türlerine göre birden fazla alt komisyon kurulabilir. Komisyonun sekreteryası işlemleri Kurumca yerine getirilir.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna iştirak edenlere, ayda iki defadan fazla olmamak üzere katıldıkları her toplantı günü için 3000 gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpılarak bulunacak tutarı üzerinden toplantı ücreti ödenir. Komisyon çalışmalarını ile ilgili her türlü giderler Kurumca ödenir.

Kurum, Komisyon adına çalışmalarına başlamadan önce Yüksek Öğretim Kurulunun, Türk Tabipleri Birliğinin, Türk Diş Hekimleri Birliğinin, Türk Eczacıları Birliğinin, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinin, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliğinin, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip ilk üç işçi ve kamu çalışanları konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip Optisyenlik Derneğinin, Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip özel sağlık kurum ve kuruluşları dernekleri veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip özel polikliniklerin dernek veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip özel tıbbi malzeme üretici veya ithalatçıları dernekleri veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip tıp uzmanlık derneklerinin ve Komisyonca uygun görülecek diğer kurum ve kuruluşların görüşlerini alır. İlgili kurumlar

bir ay içinde görüşlerini göndermek zorundadır. Komisyon çalışmalarının başlangıcında, bu kurumların temsilcilerinin katılımı ile oluşturulacak toplantıda görüşlerini sözlü olarak da dinler.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun çalışmasına, görev ve yetkileri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, komisyon üyesi kurumların görüşleri alınarak kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁷¹.

3.6.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemi Ve Sağlık Giderlerinin Ödenmesi

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

Kurum, sağlık hizmet sunucularının sözleşme başvurularının değerlendirilmesinde, sonuçlandırılmasında ve uygulanmasında sağlık hizmeti sunucuları arasında; sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi aşamasında ise genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbi etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.

Kurum, provizyon işlemlerini yürütmek üzere sağlık hizmeti sunucularının mahallinde provizyon merkezi açabilir ve personel çalıştırabilir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, bu amaçla Kuruma uygun bağımsız mekân tahsis etmek zorundadır.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez. Otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden alınabilecek fark ödemesi, 72 nci maddeye göre belirlenen tutarın iki katını geçemez. Bu farkın alınabilmesi için, kişilerin fark ödemeyi kabul ettiğinin yazılı olarak belgelenmesi zorunludur. Otelcilik hizmeti ile

¹⁷¹ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:72

öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında veya belirlenen tavanın üzerinde fark alınması halinde, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının sözleşmeleri bir yıl süreyle feshedilir.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere fatura karşılığı ödenir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir fark talep edemez.

70 inci maddedeki hükümlere uyulmak şartıyla, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin % 70'i fatura karşılığı ödenir. 70 inci madde hükümlerine uymaksızın sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin % 50'si fatura karşılığı ödenir.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın alınan sağlık hizmeti bedelinin bu maddenin dördüncü ve beşinci fıkralarına göre Kurumca ödenebilmesi için; Sağlık Bakanlığı veya ilgili kamu idareleri tarafından ödenecek sağlık hizmetine ilişkin sağlık hizmeti sunucularına ruhsat veya izin verme uygulamasının olması halinde ruhsat veya izin alınmış olması, ayrıca Kurumca sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusunun şartlarının sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda aranan şartlara uygun olduğunun kabul edilmesi şarttır.

Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını, Kurumun elektronik veya diğer ortamlarda sağlayacağı yöntemlere uygun olarak kontrol etmek ve belgelemek zorundadır.

Sağlık hizmeti satın alma sözleşmelerinin hazırlanması ve akdedilmesi, sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁷².

¹⁷² Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:72

3.6.5.3. Doğal Afetler Veya Savaş Hali

15/5/1959 tarihli ve 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun kapsamındaki afetler ile 4/11/1983 tarihli ve 2941 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu gereğince ilan edilen savaş halinde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetleri Kurum tarafından sağlanmaya devam edilir. Ancak, afet veya savaş hallerine bağlı nedenlerden dolayı Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri, giderlerin ödendiği takvim yılı sonu esas alınarak genel bütçeden Kuruma bir yıl içinde transfer edilir¹⁷³.

3.6.5.4. İşverenin, Genel Sağlık Sigortalısının Ve Üçüncü Kişilerin Sorumluluğu

İşveren, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlüdür. Bu amaçla işveren tarafından yapılan ve belgelere dayanan sağlık hizmeti giderleri ve 65 inci madde hükümlerine göre yapılacak masraflar Kurum tarafından karşılanır.

Birinci fıkrada belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilmesindeki ihmalden veya gecikmesinden dolayı, genel sağlık sigortalısının tedavi süresinin uzamasına veya malûl kalmasına veya malûllük derecesinin artmasına sebep olan işveren, Kurumun bu nedenle yaptığı her türlü sağlık hizmeti giderini ödemekle yükümlüdür.

İlgili kanunları gereğince sağlık raporu alınması gerektiği halde sağlık raporuna dayanmaksızın veya alınan raporlarda söz konusu işte çalışması tıbbî yönden elverişli olmadığı belirtildiği halde genel sağlık sigortalısını çalıştıran işverenlere, bu nedenle Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir.

İş kazası ile meslek hastalığı, işverenin kastı veya sigortalının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu olmuşsa, Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri işverene tazmin ettirilir. İşverenin sorumluluğunun tespitinde kaçınılmazlık ilkesi dikkate alınır.

¹⁷³ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:75

Hekim veya diş hekimi sağlık raporu ile belli bir işte çalışamayacağı belgelenen 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bendi kapsamındaki kişiler bu işte çalıştırılmaz. Bu kişileri çalıştıran işverenler, genel sağlık sigortalısının aynı hastalık sebebiyle Kurumca yapılan masraflarını ödemekle yükümlüdür. Bu kişiler, bir başka işverene ait işyerinde çalışmış ise, bu durumu bilerek çalıştıran işveren ile genel sağlık sigortalısı, doğacak masraflardan Kuruma karşı müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına, kastı veya **kusurlu** bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması veya savsaması nedeniyle sebep olduğu mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir¹⁷⁴.

3.6.6. Primlere İlişkin Hükümler

3.6.6.1.Prim Alınması, Prime Esas Kazanç, Prim Oranları ve Asgarî İşçilik

3.6.6.1.1.Prim alınması zorunluluğu

Kısa ve uzun vadeli sigortalar ile genel sağlık sigortası için, bu Kanunda öngörölen her türlü ödemeler ile yönetim giderlerini karşılamak üzere Kurum prim almak, ilgililer de prim ödemek zorundadır.

Kurumca tahsil edilen genel sağlık sigortası primleri, tahsil edilmesini müteakip doğrudan Kurum bütçesinin genel sağlık sigortası kalemine aktarılır¹⁷⁵.

3.6.6.1.2.Prime esas kazançlar

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki sigortalıların prime esas kazançlarının hesabında;

a) Hak edilen ücretler ile prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkaktan o ay için yapılan ödemelerin brüt toplamı esas alınır.

¹⁷⁴ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:76

¹⁷⁵ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:79

b) Ölüm, doğum ve evlenme yardımları, görev yollukları, kıdem tazminatı, iş sonu tazminatı veya kıdem tazminatı mahiyetindeki toplu ödeme, keşif ücreti, ihbar ve kasa tazminatları, emekli ikramiyesi ile Bakanlıkça tutarları yıllar itibarıyla belirlenecek yemek, çocuk ve aile zamları , özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen ve aylık toplamı asgari ücretin % 30'unu geçmeyen özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payları tutarları, görevin yerine getirilmesi için zorunlu olarak yapılan aynı yardımlar ile Bakanlıkça belirlenecek diğer aynı yardımların asgari ücretin % 30'unu geçmeyen kısmı, prime esas kazançta tabi tutulmaz.

c) Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendine tabi sigortalılara ödenen döner sermaye katkı payları ve döner sermayelerden başka adla yapılan bu nitelikteki her türlü ödemeler ile ikramiyeler ve benzeri ödemelerden en yüksek devlet memuru aylığının % 200'ünü aşan kısmı prime esas kazançta tabi tutulmaz.

Yukarıdaki fıkranın (b) ve (c) bentlerinde belirtilen istisnalar dışında her ne adla yapılırsa yapılsın tüm ödemeler prime esas kazançta tabi tutulur. Diğer kanunlarla prime tabi tutulmaması gerektiğine dair muafiyet ve istisnalar bu Kanunun uygulanmasında dikkate alınmaz.

Ücretler hak edildikleri aya mal edilmek suretiyle prime tabi tutulur. Diğer ödemeler ise öncelikle ödendiği ayın kazancına dahil edilir ve ücret dışındaki bu ödemelerin üst sınırı aşan kısmı, ödemenin yapıldığı ayı takip eden aydan başlanarak oniki ayı geçmemek üzere üst sınırın altında kalan sonraki ayların prime esas kazançlarına ilave edilir. Toplu iş sözleşmelerine tabi işyerleri işverenlerince veya kamu idareleri veya yargı mercilerince verilen kararlara istinaden, sonradan ödenen ücret dışındaki ödemelerin hizmet akdinin mevcut olmadığı veya askıda olduğu bir tarihte ödenmesi durumunda, 82 nci madde hükmü de nazara alınmak suretiyle prime esas kazancın tabi olduğu en son ayın kazancına dahil edilir. Bu durumlarda sigorta primlerinin, yukarıda belirtilen mercilerin kararlarının kesinleşme tarihini izleyen ayın sonuna kadar ödenmesi halinde, gecikme cezası ve gecikme zammı alınmaz ve 102 nci madde hükümleri uygulanmaz.

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 yukarıdaki fıkra kapsamında ücret alması halinde, prime esas günlük kazancı bunların toplamından oluşur.

Bu Kanun gereğince primlerin hesabına esas tutulacak günlük kazanç, sigortalının, bir ay için prime esas tutulan kazancının otuzda biridir. Ancak günlük kazancın hesabına esas tutulan ay içindeki bazı günlerde çalışmamış ve çalışmadığı günler için ücret almamış sigortalının günlük kazancı, o ay için prime esas tutulan kazancının ücret aldığı gün sayısına bölünmesi suretiyle hesaplanır.

Sigortalıların günlük kazançlarının hesabında esas tutulan gün sayıları, aynı zamanda, bunların prim ödeme gün sayılarını gösterir. Ancak, işveren ve sigortalı arasında kısmi 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.

İşveren ve sigortalı arasında çağrı üzerine çalışmaya dayalı yazılı iş sözleşmesinde taraflar arasında çalışma süresi gün, hafta ve ay olarak belirlenmemiş ise, sigortalının ay içindeki prim ödeme gün sayısı yukarıdaki fıkra hükmüne göre hesaplanır.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişi, aynı zamanda işveren ise beyan edeceği aylık kazancı, çalıştırdığı sigortalıların kazancının en yüksekinden az olamaz. Beyanda bulunmayan sigortalının primleri, prime esas asgarî aylık kazanç üzerinden hesap ve tahsil edilir. Beyanda bulunmayan veya beyan ettiği kazancın düşük olduğu tespit edilen sigortalıların prime esas kazançları, tespit edilen kazanç düzeyine çıkartılarak beyan edilen kazançla arasındaki farkın primi 89 uncu madde hükümlerine göre gecikme cezası ve gecikme zammı uygulanmak suretiyle tahsil edilir.

Sigortalı olmayı gerektiren şekilde birden fazla işte çalışılması halinde, bu Kanun gereğince alınacak primlerine esas tutulacak aylık ve günlük kazancının tespitinde, yalnızca bu Kanunun 53 üncü maddesine göre belirlenen 4 üncü maddenin ilgili bendi kapsamındaki işlerden elde ettiği aylık ve günlük kazanç tutarı ayrı ayrı dikkate alınır ve primler buna göre hesaplanır.

Bu maddenin uygulamasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁷⁶.

3.6.6.1.3.Prim oranları ve Devlet katkısı

Bu Kanun gereğince alınacak sigorta prim oranları aşağıdaki gibidir:

a) Malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranı, sigortalının prime esas kazancının % 20'sidir. Bunun % 9'u sigortalı hissesi, % 11'i işveren hissesidir.

b) Bu Kanunda belirtilen fiilî hizmet zammı uygulanan işlerde çalışan sigortalılar için uygulanacak malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranı, (a) bendinde belirtilen % 20 oranının, her yıl için 40 ıncı maddeye göre eklenen fiilî hizmet gün sayısının 360'a bölümü sonucu bulunacak oranda artırılması suretiyle belirlenir. Bu şekilde bulunan oran ile (a) bendinde belirtilen % 20 oranı arasındaki farka ait primin tamamı işveren tarafından ödenir.

c) Kısa vadeli sigorta kolları prim oranı, yapılan işin iş kazası ve meslek hastalığı bakımından gösterdiği tehlikenin ağırlığına göre % 1 ilâ % 6,5 oranları arasında olmak üzere, 83 üncü maddeye göre Kurumca belirlenir. Bu primin tamamını işveren öder.

d) 5 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen öğrenciler ile (e) bendinde belirtilen kursiyerler için prim oranı prime esas kazançlarının % 1'idir. Kursiyerlerin prime esas günlük kazançlarının hesaplanmasında prime esas günlük kazanç alt sınırı dikkate alınır. Aday çırak, çırak ve mesleki eğitim gören öğrencilerin prime esas kazancı ilgili kanunlarında belirtilen şekilde uygulanır.

e) Yaşlılık aylığı almakta iken bu Kanuna tabi bir işte çalışanlara uygulanacak sosyal güvenlik destek primi oranı, (a), (c) ve (f) bentlerinde belirtilen prim oranlarının toplamı kadardır. Sigortalı ve işveren hissesi bu bentlerde belirtilen oranlardadır.

f) Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için 82 nci maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın % 12,5'idir. Bu primin % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanların genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın % 12'si dir.

g) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalılar, (a), (c) ve (f) bentlerindeki prim oranlarının toplamı üzerinden, şayet sosyal güvenlik destek primi

¹⁷⁶ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:80

ödemek suretiyle çalışıyorlar ise (e) bendinde belirtilen prim oranlarının toplamı üzerinden primlerini öderler.

Devlet, sigortalının prime esas kazancı esas alınarak; malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları için % 5 oranında; genel sağlık sigortası için ise % 3 oranında katkı yapar. Devlet katkısı, Kurumun ay itibarıyla tahsil ettiği malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası priminin dörtte biri olarak hesaplanır. Devlet katkısının ödenmesine ilişkin usûl ve esaslar, Bakanlar Kurulu kararıyla belirlenir¹⁷⁷.

3.6.6.1.4.Günlük kazanç sınırları

Bu Kanun gereğince alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı, asgarî ücretin otuzda biri, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır.

Günlük kazançları yukarıdaki fıkroda belirtilen alt sınırın altında olan sigortalılar ile ücretsiz çalışan sigortalıların günlük kazançları alt sınır üzerinden, günlük kazançları üst sınırdan fazla olan sigortalıların günlük kazançları da üst sınır üzerinden hesaplanır.

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

Sigortalıların bu Kanununun 53 üncü maddesine göre belirlenen aynı sigortalılık haline tabi olacak şekilde birden fazla işte çalışması nedeniyle Kuruma ödenen primler toplamı , bu sigortalılık hali için belirlenen prime esas kazanç üst sınırı üzerinden hesaplanacak miktarı aşarsa, aşan kısmın tamamı, sigortalının talebi üzerine en geç talep tarihini takip eden ay içinde hissesi oranında sigortalıya defaten geri ödenir. Geri verilen primler için ayrıca gecikme cezası ve gecikme zammı ile faiz ödenmez¹⁷⁸.

3.6.6.2. Prim Belgeleri ve Primlerin Ödenmesi

Prim belgeleri ve primlerin ödenmesi; prim belgeleri ve işyeri kayıtları, prim ödemeyükümlüsü, primlerin ödenmesi, prim borçlarına halef olma, gecikme cezası ve gecikme zammı ile iadesi gereken primler ana başlıklarını kapsamaktadır.

¹⁷⁷ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:81

¹⁷⁸ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:82

3.6.6.2.1.Prim belgeleri ve işyeri kayıtları

İşveren bir ay içinde 4 üncü ve 5 inci maddeye tabi çalıştırdığı sigortalıların ve sosyal güvenlik destek primine tabi sigortalıların;

- a) Ad ve soyadlarını, T.C. kimlik numaralarını,
- b) 80 inci maddeye göre hesaplanacak prime esas kazançlarını,
- c) Prim ödeme gün sayıları ile prim tutarlarını,

gösteren ve örneği Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenen asıl veya ek aylık prim ve hizmet belgesini, ait olduğu ayı takip eden ayın yirmibeşinci gününün sonuna kadar Kuruma vermekle veya sigortalı çalıştırmadığı takdirde, bu hususu sigortalı çalıştırmaya son verdiği tarihten itibaren, onbeş gün içinde Kuruma bildirmekle yükümlüdür.

İşveren, işyeri sahipleri; işyeri defter, kayıt ve belgelerini ilgili olduğu yılı takip eden yıl başından başlamak üzere on yıl süreyle, kamu idareleri otuz yıl süreyle , tasfiye ve iflas idaresi memurları ise görevleri süresince, saklamak ve Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilen memurlarınca istenilmesi halinde onbeş gün içinde ibraz etmek zorundadır.

İşverenin, sigortalıyı, 4857 sayılı İş Kanununun 7 nci maddesine göre başka bir işverene iş görme edimini yerine getirmek üzere geçici olarak devretmesi halinde, sigortalıyı devir alan, geçici iş ilişkisi süresine ilişkin birinci fıkrada belirtilen belgelerin aynı süre içinde işverene ait işyerinden Kuruma verilmesinden, işveren ile birlikte müteselsilen sorumludur.

Ay içinde bazı işgünlerinde çalıştırılmadığı ve ücret ödenmediği beyan edilen sigortalıların, otuz günden az çalıştıklarını ispatlayan belgelerin işverence ilgili aya ait aylık prim ve hizmet belgesine eklenmesi şarttır. Kamu idareleri ile toplu iş sözleşmesi imzalanan işyerlerinde bu şart aranmaz.

Sigortalıların otuz günden az çalıştığını gösteren bilgi ve belgelerin aylık prim ve hizmet belgesinin verilmesi gereken süre içinde kuruma verilmemesi veya verilen bilgi ve belgelerin Kurumca geçerli sayılmaması halinde, otuz günden az bildirilen sürelerle ait aylık prim ve hizmet belgesi Kurumca re'sen düzenlenir ve muhteviyatı primler bu kanun hükümlerine göre tahsil olunur.

Sigortalıyı çalıştıran işveren ile alt işveren ve iş görme edimini yerini getirmek üzere sigortalıyı geçici olarak devralan işveren; aylık prim ve hizmet belgesinin Kurumca

onaylanan bir nüshasını sigortalının çalıştığı işyerinde, birden ziyade işyeri olması halinde ise sigortalının çalıştığı her işyerinde ayrı ayrı olmak üzere, Kuruma verilmesi gereken sürenin son gününü takip eden günden başlanarak, müteakip belgenin verilmesi gereken sürenin sonuna kadar, sigortalılar tarafından görülebilecek bir yere asmak zorundadır.

Fiilen veya işyeri kayıtlarından tespit edilecek her türlü bilgiden veya kamu kurum ve kuruluşları tarafından düzenlenen belge veya alınan bilgilerden çalıştığı anlaşılan sigortalılara ait olup, bu Kanun uyarınca Kuruma verilmesi gereken belgelerin yapılan tebligata rağmen bir ay içinde verilmemesi veya noksan verilmesi halinde, bu belgeler Kurumca re'sen düzenlenir ve muhteviyatı sigorta primleri Kurumca tespit edilerek işverene tebliğ edilir. İşveren, bu maddeye göre tebliğ edilen prim borcuna karşı tebliğ tarihinden itibaren bir ay içinde, ilgili Kurum ünitesine itiraz edebilir. İtiraz takibi durdurur. İtirazın reddi halinde, işveren kararın tebliğ tarihinden itibaren bir ay içerisinde yetkili iş mahkemesine başvurabilir. Yetkili mahkemeye başvurulması, prim borcunun takip ve tahsilini durdurmaz. Mahkemenin Kurum lehine karar vermesi halinde, 88 inci ve 89 uncu maddelerin prim borcuna ilişkin hükümleri uygulanır.

Aylık prim ve hizmet belgesi işveren tarafından verilmeyen veya çalıştıkları Kurumca tespit edilemeyen sigortalılar, çalıştıklarını hizmetlerinin geçtiği yılın sonundan başlayarak beş yıl içerisinde iş mahkemesine başvurarak, alacakları ilâm ile ispatlayabilirlerse, bunların mahkeme kararında belirtilen aylık kazanç toplamları ile prim ödeme gün sayıları dikkate alınır.

Sigortalının çalıştığı bir veya birden fazla işte, bu Kanunda yazılı şartları yerine getirmiş olmasına rağmen, kendisi için verilmesi gereken aylık prim ve hizmet belgesinin işveren tarafından verilmediği veya verilen aylık prim ve hizmet belgesinde kazançların veya prim ödeme gün sayılarının eksik gösterildiği Kurumca tespit edilirse, hastalık ve analık sigortalarından gerekli ödemeler yapılır.

Kamu idarelerinde işyerinin özelliği nedeniyle prim belgelerinin farklı sürelerde verilme zamanını belirlemeye, Kurum yetkilidir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar ile belgelerin içerik ve şekli, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁷⁹.

¹⁷⁹ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:86

3.6.6.2.2.Prim ödeme yükümlüsü

Bu Kanun uygulanmasında kısa ve uzun vadeli sigorta kolları ile genel sağlık sigortası ve isteğe bağlı sigorta bakımından;

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentlerine ve 5 inci maddenin birinci fıkrasının (a) bendine tabi olanlar ile bu kapsamda sayılan kişilerden sosyal güvenlik destek primine tabi olanlar için bunların işverenleri,

b) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendine tabi olanlar ile bu kapsamda sayılan kişilerden sosyal güvenlik destek primine tabi olanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar ve 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentlerinde sayılan kişilerin kendileri,

c) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde sayılan kişiler için primi yılı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri,

d) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde sayılan kişiler ile 5 inci maddenin (e) ve (f) bentlerinde belirtilen için Türkiye İş Kurumu,

e) 5 inci maddenin (b) bendinde belirtilen aday çırak, çırak ve işletmelerde mesleki eğitim görenler ile meslek liselerinde zorunlu staja tabi tutulan öğrenciler için Milli Eğitim Bakanlığı veya bu öğrencilerin eğitim gördükleri okullar, yüksek öğrenim sırasında zorunlu staja tabi tutulan öğrenciler için öğrenim gördükleri yüksek öğretim kurumu,

f) 5 inci maddenin (c) bendine tabi olanlar için işverenleri veya kendileri,

Prim ödeme yükümlüsüdür¹⁸⁰.

3.6.6.2.3.Primlerin ödenmesi

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen sigortalıları çalıştıran işveren, bir ay içinde çalıştırdığı sigortalıların primlerine esas tutulacak kazançlar toplamı üzerinden bu Kanun gereğince hesaplanacak sigortalı hissesi prim tutarlarını ücretlerinden keserek ve kendisine ait prim tutarlarını da bu tutara ekleyerek en geç ertesi ayın sonuna kadar Kuruma öder.

60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (b), (c), (d) ve (g) bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar için, her ay otuz tam gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi zorunludur.

¹⁸⁰ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:87

87 nci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen yükümlüler, her aya ait primlerini takip eden ayın sonuna kadar Kuruma öderler. Bunlardan sosyal güvenlik destek primine tabi olanların primleri, aylıklarından kesilmek suretiyle tahsil edilir. Bu kişiler primlerini en fazla 360 günle sınırlı olmak üzere peşin olarak erken ödeyebilir. Erken ödeme halinde erken ödenen her gün için 21/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunun Ek 1 inci maddesine göre erken ödeme indirimi hükümleri uygulanır. Ancak yapılan erken ödeme indirimi, prime esas kazançtan indirilmez. Erken ödemede sigortalılık süresi, sigorta priminin ait olduğu her ayın ilk gününden itibaren, prim ödeme gün sayısına dâhil edilir. Erken ödeme yapılan ve prim ödeme gün sayısına dâhil edilmeyen sürede isteğe bağlı sigortalılığın sona ermesi halinde, sigortalılık süresine sayılmayan günlere ait primler, ilgililere iade edilir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanların, her ay için otuz tam gün prim ödemesi zorunludur. Bu kapsamdaki sigortalılardan, bu Kanuna göre tescilleri yapıldığı halde, beş yılı aşan süreye ilişkin prim borcu bulunanların, bu sürelerle ilişkin prim borçlarının Kurumca yapılacak bildirimde belirtilen süre içerisinde ödenmemesi halinde, daha önce prim ödemesi bulunan sigortalının ödediği primlerin tam olarak karşıladığı ayın sonu itibariyle, prim ödemesi bulunmayan sigortalının ise tescil tarihi itibariyle sigortalılığı durdurulur. Prim borcunun ait olduğu süreler sigortalılık süresi olarak değerlendirilmez ve bu sürelerle ilişkin Kurum alacakları takip edilmeyerek, Kurum alacakları arasında yer verilmez. Ancak, sigortalı ya da hak sahipleri daha sonra müracaatları tarihindeki 80 inci maddenin dokuzuncu fıkrasına göre belirlenecek prime esas kazanç tutarı üzerinden hesaplanacak borç tutarını, tebliğ tarihinden itibaren üç ay içinde ödedikleri takdirde, bu süreler sigortalılık süresi olarak değerlendirilir.

4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen sigortalıları çalıştıran işverenler, çalıştırdığı sigortalıların primlerine esas tutulacak kazançlar toplamı üzerinden bu Kanun gereğince hesaplanacak prim tutarlarını ücretlerinden keserek ve kendisine ait prim tutarlarını da bu tutara ekleyerek, en geç ödemenin yapıldığı tarihi takip eden onbeş gün içinde Kuruma öderler.

Prim borçları katma değer vergisi iade alacağından mahsubu suretiyle de ödenebilir. Bu takdirde katma değer vergisi iade hakkı sahibi kendisinin, mal veya hizmet satın aldığı veya iştirak veya ortaklık ilişkisi içinde bulunduğu işverenlerin prim borçları için de mahsup talep edebilir. Bu işverenlerin mahsup talebinde buldukları ayda muaccel olan prim borçlarının birinci fıkrada belirtilen ödeme sürelerini izleyen onbeş gün içinde

mahsup suretiyle ödenmesi halinde, yasal süresi içinde ödendiği kabul edilir. Ancak prim borçlarının katma değer vergisi iade alacağından mahsup suretiyle ödenmesi talebinde bulunulduğu halde, süresinde mahsup edilemeyen veya eksik mahsup edilen prim borçları için birinci fıkrada belirtilen ödeme sürelerini izleyen günden başlanarak gecikme cezası ve gecikme zammı uygulanır. Kurum, Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile bu uygulamadan faydalanacak işverenleri; iştigal konusu, işletme türü ve işletme büyüklüğü itibariyle belirlemeye ve lehine mahsup talebinde bulunulan işverenlerin prim borcu ödeme süresini otuz günü aşmamak üzere uzatmaya yetkilidir.

Kurum, prim ve her türlü alacaklarını, işverenlere olan borçlarından mahsup etmek suretiyle tahsil etmeye yetkilidir.

Primlerin özel ödeme şekilleri kullanılmak suretiyle ödenmesi zorunluluğunu getirmeye ve primlerin yatırılacağı tahsilat kuruluşlarını belirlemeye Kurum yetkilidir.

Kurumun süresi içinde ödenmeyen prim ve diğer alacaklarının tahsilinde, Amme Alacaklarının Tahsil Usûlü Hakkında Kanunun 51 inci, 102 nci ve 106 ncı maddeleri hariç, diğer maddeleri uygulanır. Kurum, Amme Alacaklarının Tahsil Usûlü Hakkında Kanunun uygulanmasında Maliye Bakanlığı ile diğer kamu kurum ve kuruluşları ve mercilere verilen yetkileri kullanır.

Kurumun prim ve diğer alacaklarının tahsilinde, Amme Alacaklarının Tahsil Usûlü Hakkında Kanunun uygulamasından doğacak uyuşmazlıkların çözümlenmesinde Kurumun alacaklı biriminin bulunduğu yer iş mahkemesi yetkilidir. Yetkili iş mahkemesine başvurulması alacakların takip ve tahsilini durdurmaz.

Kurumun sigorta primleri ve diğer alacakları haklı bir sebep olmaksızın bu Kanunda belirtilen sürelerde ödenmez ise, kamu idarelerinin tahakkuk ve tediye ile görevli kamu görevlileri, tüzel kişiliği haiz diğer işverenlerin üst düzeydeki yönetici veya yetkilileri, görevleri ile ilgili olarak Kuruma karşı işverenleri ile birlikte müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Kurum, kamu idarelerinde işyerinin özelliği nedeniyle primlerin farklı zamanlarda ödeme süresini belirlemeye yetkilidir. Prim alacaklarının tahsili için en geç bir yıl içinde icra yoluna başvurmayan Kurum yetkili personeli hakkında genel hükümlere göre kovuşturma yapılır.

Miktarı Kurum Yönetim Kurulunca belirlenen tutarı geçen ve yurtdışına çıkış yasağı konulacağına dair ihtar tebliğ edilmesine rağmen, borcunu ödemeyen işverenlerin kendileri

veya kanuni temsilcileri hakkında Kurumun talebi üzerine, 5682 sayılı Pasaport Kanununun 22 nci maddesi hükümleri uygulanır. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar ile haklı sebebin neler olduğu, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir¹⁸¹.

3.6.6.2.4.Prim borçlarına halef olma, gecikme cezası ve gecikme zammı ile iadesi gereken primler

Sigortalıların çalıştırıldığı işyeri aktif ve pasif değerleri ile birlikte başka bir işyeri ile birleşir, devredilir veya intikal ederse, eski işverenin Kuruma olan sigorta primi ile gecikme cezası ve gecikme zammı ve faiz dahil tüm borçlarından, aynı zamanda yeni işveren de müştereken ve müteselsilen sorumludur. Bu hükme aykırı sözleşme hükümleri Kuruma karşı geçersizdir.

Kurumun prim ve diğer alacakları süresi içinde ve tam olarak ödenmezse, ödenmeyen kısmı sürenin bittiği tarihten itibaren ilk üç aylık sürede her bir ay için % 3 oranında gecikme cezası uygulanarak artırılır. Ayrıca, her ay için bulunan tutarlara ödeme süresinin bittiği tarihten başlamak üzere borç ödeninceye kadar her ay için ayrı ayrı Hazine Müsteşarlığınca açıklanacak bir önceki aya ait Yeni Türk Lirası cinsinden iskontolu ihraç edilen Devlet iç borçlanma senetlerinin aylık ortalama faizi bileşik bazda uygulanarak gecikme zammı hesaplanır. Ancak, ödemenin yapıldığı ay için gecikme zammı günlük hesaplanır. Bakanlar Kurulu, ilk üç ay için uygulanan gecikme cezası oranını iki katına kadar artırmaya veya bu oranı % 1 oranına kadar indirmeye, yeniden kanuni oranına getirmeye ve uygulama tarihini belirlemeye yetkilidir. Dava ve icra takibi açılmış olsa bile, prim ve diğer Kurum alacaklarının ödenmemiş kısmı için gecikme cezası ve gecikme zammı tahsil edilir.

Yanlış veya yersiz alınmış olduğu tespit edilen primler, alındıkları tarihten on yıl geçmemiş ise, hisseleri oranında işverenlere, sigortalılara, isteğe bağlı sigortalılara veya genel sağlık sigortalılarına veya hak sahiplerine kanuni faizi ile birlikte geri verilir. Kanunî faiz, primin Kuruma yatırıldığı tarihi takip eden aybaşından, iadenin yapıldığı ayın başına kadar geçen süre için hesaplanır. Ancak Borçlar Kanununun 65 inci maddesi hükmü saklıdır.

Prim iadesi nedeniyle sigortalıların, isteğe bağlı sigortalıların, genel sağlık sigortalılarının aylık, gelir, ödenek ve sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarını

¹⁸¹ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:88

yitirmeleri durumunda, bu Kanuna göre ödenen aylık, gelir ve ödenekler ile sağlanan sağlık hizmetleri durdurulur. Yanlış veya yersiz yapılan masraflar 96 ncı madde hükümlerine göre ilgililerden geri alınır¹⁸².

3.7. GELİŞMİŞ ÜLKELERDEKİ SAĞLIK SİSTEMİ ÖRNEKLERİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

3.7.1. İngiltere

3.7.1.1.Genel Olarak İncelenmesi

Ulusal Sağlık Sistemi, kökleri 19.yüzyılın küçük işçi sigortalarına ve Dostluk Derneklerine dayalı bir kurumdur. 1991'de Lloyd Goerge tarafından geliştirilen bu hizmet birimleri, belli bir gelir düzeyinin altındaki işçiler için Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'na dönüştürülmüştür. II. Dünya Savası öncesi güçlenen işçi sınıfının iktidar olma sürecini engelleyebilecek önlemler arasında örgütlü bir sağlık hizmeti modeli de düşünülmüştür. 1930'larda Sağlık Bakanlığı'nın girişimiyle Sovyetler Birliği'nde ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde biçimlenen model incelenmeye ve tartışılmaya başlanmış, oluşturulan tasan 6 Kasım 1946'da yasalaştırılarak 1948'de uygulanmaya konmuştur. Kısa zamanda benimsenen sistem 1974'te ilk büyük değişikliğe uğramış ve iyice yerleşmiştir.

İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi NHS (National Health Service), kendisine özgü bir temel felsefe ve örgütlenmeye sahip olması nedeniyle sağlık sistemleri içinde haklı bir öneme ve şöhrete sahiptir.

NHS' yi diğer batılı ülkelerin sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özellik vardır²⁹³. Bunlardan ilki, hemen Rum batı ve ileri kapitalist ülkelerde sağlık sistemlerinin finansmanında sigortacılık uygulamalarına değişik oranlarda yer verilirken, NHS' de sistem sadece genel vergilerle finanse edilmekte ve sigortacılık çok az olarak bulunmaktadır. Diğeri ise, İngiltere'de GSMH'den sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelere daha az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Yani NHS' de daha az harcama ile daha iyi sağlık hizmeti verilmektedir¹⁸³.

¹⁸² Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, a.g.e. , Madde:89

¹⁸³ İlhan Serin, "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye Uygulanabilirliği", M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Y.L. Tezi, İstanbul 2001, s.146

Günümüzde İngiliz sağlık sektöründe insan gücü, finans ve organizasyona yön veren üç büyük güç vardır. Sağlık Bakanlığı bunlardan bir tanesi olup, Parlamenteoya karşı NHS'nin yürütülmesinden sorumludur. Yani ülkedeki sağlık hizmetlerinin %90'ından fazlasını kapsayan bir sorumluluğu vardır. Diğer önemli bir güç ise İngiliz Tabipleri Birliğidir (The British Medical Association - BMA). Esas işlevi NHS' de ve özel sektörde çalışan gene praise ve uzmanların ücretlerini ve çıkarlarını korumaktır. 1832 yılında kurulan BMA 1971 yılından itibaren Sendikalar Yasası kapsamına girmiştir. NHS' nin yürütülmesinde önemli bir işlevi olan Kraliyet Tıp Kolejlerinin ise, mezuniyet sonrası eğitim ve araştırma faaliyetlerinde önemli derecede rolleri vardır. Ayrıca 6.yüzyıldan beri ülkedeki eğitim hastanelerinin şeflerini belirlemede geleneksel bir güçleri vardır.

Bu üç yapı arasında çeşitli çekişmeler olduğundan, İngiliz Tabipler Birliği(BMA) , 1858'de her üç yapıdan da üye alan bir uzlaşma kurulu oluşturulmasını önermiş, böylece Genel Tıp Konseyi (General Medical Council, GMC) kurulmuştur. Bugün de İngiliz sağlık sektöründeki güçlerin uzlaşma kurulu niteliğini sürdüren GMC' nin görevleri şunlardır: Tıp eğitimi standartlarının belirlenmesi, bu eğitimi veren kuruluşların denetlenmesi, tıp öğrencisi ve uzman sayılarının belirlenmesi; Yurttaşların sağlık hizmetleri konusundaki haklarını korumak, tıbbi usulsüzlük durumlarında yaptırımlarda bulunmak.

İngiltere'de Thatcher dönemi ile Ulusal sağlık Sistemi'ne verilen destek zaman içerisinde azalmış, özel sağlık sigortacılığı ve özel hastaneler zinciri yaygınlaşmaya başlamıştır. Dolayısıyla, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin uygulandığı bir ülke olarak bilinmesine karşın 1980 sonrası gelişmeler sonucu sağlık alanında özelleştirmelerin yayıldığı bir ülke durumuna gelmiştir¹⁸⁴.

3.7.1.2. Ulusal sağlık Sistemi'nin Temel Özellikleri

NHS'nin temel felsefesini "Sağlık Bir Haktır" (Health is a right) cümleleri ile özetlemek mümkündür. Temel özelliklerini şöyle sıralayabiliriz: Ödeyebilme gücüne bakılmaksızın tüm vatandaşları kapsamayı ve herkese eşit hizmet vermeyi amaçlaması; Finansmanın genel vergilerle karşılanması dolayısıyla kişilerin sağlık hizmetini alırken ücret ödememeleri veya aylık prim

¹⁸⁴ İlhan Serin, "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye Uygulanabilirliği", M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Y.L. Tezi, İstanbul 2001, s.147

yatırmamaları; sağlık hizmetlerini tümelci bir elle vermeyi ilke edinmesi. Yani koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri bir arada vermeye çalışması.

NHS çerçevesinde gerçekleştirilen standardizasyonun en önemli noktalarıysa şunlardır: Sağlık kurumlarının tamamına yakını kamulaştırılmıştır; Hizmet nüfusa orantılı olacak şekilde düzenlenmiştir; En uç noktada Genel Pratisyen veya Türkiye'deki adıyla Aile Hekimi olmak üzere, sağlık hizmeti en basitten en spesifiğine doğru basamaklandırılmış ve basamaklar arası akışın son derece iyi sağlandığı bir sevk zinciri kurulmuştur.

NHS' de ortaya çıkan bir gerçek de az harcamayla iyi bir sağlık düzeyinin tutturulabilmesidir. Bunun belli başlı 09 nedeni vardır 30°: Sistemin GP' ler üzerine kurulu olması ve uzman sayısının az olması (uzmanlaşma sağlık harcamaların arttırmaktadır); idari harcamaların %5'i geçmemesi; malpractice davalarının olmaması (İngiliz sisteminde bürokrasi bir çok potansiyel malpractice davasını önlemektedir)¹⁸⁵.

3.7.1.3. Örgütlenme

Sağlık hizmetlerinin yönetimi Sağlık Bakanlığının merkezi sorumluluğu altındadır. Sağlık Bakanlığı'na iki ana yönetim birimi bağlıdır.

3.7.1.3.1. Bölge Sağlık Yönetimi (Regional Health Authority, RHA)

İngiltere'de 2-5 milyon nüfustan sorumlu olan ve yöneticileri Sağlık Bakanlığınca atanan Bölge Sağlık Müdürlükleri vardır. RHA'lar Bakanlığın hastanelerle ilgili yönetsel görevlerinin dekonsantre edildiği bölgelerdir.

Her RHA'nın merkezce belirlenen bir bütçesi vardır. RHA'lar Hastane Yönetim Komiteleri, konsültanlar, uzman hekimler, özel dal hastaneleri ve kan transfüzyon merkezleri gibi bazı özel birimlerle ilgilenir. RHA' ların bir alt basamağında Alt Bölge Sağlık Yönetimi (District Health Authority, DHA) vardır. Her RHA' ya ortalama 10-20 arasında değişen sayıda DHA bağlıdır. DHA'lar Bölge Sağlık Yönetimlerine bağlı bir şekilde çalışan ve genellikle bir

¹⁸⁵ İ. Serin, a.g.e. , s.148

hastane, yaşlılar bakımevi, ruh sağlığı birimi gibi yapıları içeren küçük idari birimlerdir. Ayrıca her DHA' ya bağlı bir Toplum Sağlık Konseyi bulunur.

3.7.1.3.2. Aile Hekimliği Komitesi (Family Practitioner Committee, FPC)

Birinci basamak sağlık hizmetlerini organize eder. Tüm Genel Pratisyenler(GP), eczacılar, diş ve göz sağlığı hizmetleri bu komiteye bağlıdır. FPC' ler , Genel Pratisyenlerin anlaşma yapmak zorunda oldukları yönetim birimleridir, bu sebeple GP' lerin ülkedeki dağılımı ve sayılarını belirlemede rolleri vardır.

Sağlık Bakanlığına bağlı bu iki birim dışında bir de, Yerel Sağlık Yönetimleri (Local Authority) vardır. Bu yönetimler tanımlanmış coğrafik alanları ve yasal statüleri bulunan, yöneticileri seçimle iş başına gelmiş birimlerdir. Bu yönetimler çevreye ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerini vermede yerel özellikler taşıırken Sağlık Bakanlığı ile de ilişkileri vardır, yani tam olarak aynı yönetimler değildir ve bizdeki belediyelerle karıştırılmamalıdır.

NHS içinde aynı bütçelere ve örgütlere sahip üç ayrı yapı bulunmaktadır. Bu durum aslında sistemin en zayıf noktalarından biri olup, sağlık hizmetlerinde koordinasyon bozukluğuna yol açmakta ve maliyeti artırıcı etkide bulunmaktadır. Çünkü bu üç birim hastaları birbirine sevk ederek harcamaları diğer birim üzerine yıkmak istemektedirler¹⁸⁶.

3.7.1.4. Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi

NHS' de sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta verilmekte olup, basamaklar arası çok iyi bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu dolayısıyla Genel Pratisyenleri içerir. İkinci basamakta konsültan denilen uzman hekimler bulunmaktadır. Bu hekimlere ancak GP sevk ederse hasta gidebilir. Üçüncü basamak ise özel dal hastanelerini, eğitim hastanelerini içeren ileri tip merkezleridir.

3.7.1.4.1. Birinci Basamak

NHS'de hizmetin ilk başlangıç noktası ve temel direği Genel Pratisyenler (Aile Hekimi)'dir. Birinci basamak sağlık hizmetini, yani kişilerin hastalandıkları zaman ilk başvurma yerini GP' lerin

¹⁸⁶ İ. Serin, a.g.e. , s.149

muayenehaneleri oluşturur. Nüfusun %97'sinin GP' sı vardır. Geri kalan kesim kendi sağlık harcamalarını yapabildiği üst düzey gelir grubunu kapsamaktadır. Kişiler kendi bölgelerindeki GP'lerden istedikleri birisinin listesine kaydolabilirler. Listeye kaydedilen hasta sayısı 3.000'i geçemez. Anlaşmalar yıllık olarak yapıldığı için bir yıldan önce GP değiştirilemez. Aynı ailenin bireyleri genellikle aynı doktoru seçerler, bu nedenle GP'lere Aile Hekimi de denilmektedir. Acil durumlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hariç kişi önce kendi GP'sine gitmek zorundadır.

Hastalar GP sevk etmeden bir üst basamağa başvururlarsa harcamalarını kendileri yapmak zorundadırlar.

GP'ler devlet memuru değildir; muayenehanesi olan özel hekimlerdir. Bölgesel Aile Hekimliği Komitesi ile anlaşarak istediği yerde yerleşebilirler. GP'lerin kendilerine her başvuruyu listeye alma zorunluluğu yoktur. Bu sebeple, genellikle kronik ve ağır hastalar listeye alınmak istenmemektedirler. Bu tip hastaların GP'lerce listeye alınabilmeleri için özel teşvikler getirilmiştir. GP listesine kayıtlı her hastaya günün her saatinde, gerekirse evine giderek bakmak zorundadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri ise GP tarafından verilmek zorunda değildir. çünkü koruyucu sağlık hizmetlerini Yerel Sağlık Yönetimleri üstlenmiştir. Fakat GP'ler de kendi hastalarının aşılarını yapmak, servikal smear gibi taramalarda bulunmak ve kişisel sağlık eğitimi yapmak gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetleri vermektedirler. Bu gibi hizmetler hekimler tarafından ek bir yük gibi görüldüğü için hekimlere bu hizmetleri vermeleri için maddi teşvik uygulanmaktadır. Aile planlamasında da ağırlık GP' leredir. iş sağlığı ve çevre sağlığı ile ilgili konularda da GP' ler ayrıca görev alabilmektedirler. İngiltere'de GP' ler genellikle "Grup Pratiği" adı verilen 3 veya 4 kişiden oluşan gruplar halinde çalışmakta ve içinde hemşirelerin de bulunduğu bir ekip hizmetine yönelmektedirler¹⁸⁷.

3.7.1.4.2. İkinci Basamak

İkinci basamak genellikle on bin ila yüz bin nüfusa hitap eden hastanelerdir 307. Bu hastanelerde dahiliye, genel cerrahi vb. temel dallarda uzmanlar çalışmakta olup her branşın uzmanı bulunmamaktadır. Uzman doktorlar kendilerine konsültasyona gönderilen hasta sayılarına göre ücret

¹⁸⁷ İ. Serin, a.g.e. , s.151

alrlar. Bu nedenle GP'lerin hastaları hangi uzmana gönderecekleri önem kazanmıştır. Hastaneler iç yönetim bakımından bağımsızdırlar ve halk temsilcilerinin de katıldığı "Hastane Yönetim Komitesi" adında bir yönetim kurulu tarafından yönetilirler.

NHS' de çalışan uzman hekimler meslek kuruluşları tarafından seçilir ve Sağlık Bakanlığınca atanırlar. Uzmanlara baktıkları hasta sayısı ve yaptıkları etkinliğe göre NHS tarafından para ödenir. Hastane personeli ve asistanları hastane yönetimlerince seçilir.

3.7.1.4.3. Üçüncü Basamak

Bir bölgeye, bazen tüm ülkeye hizmet veren, üst ihtisas sahibi doktorların bulunduğu, nöroşirürji, kalp damar cerrahisi, mikro cerrahi vb işlemlerin yapıldığı kademelerdir. Bu basamak aynı zamanda tıp eğitimi veren okulları da içermektedir. Gerek bu basamak ve gerekse ikinci basamaktaki uzmanların özel muayenehaneleri de vardır ve muayenehaneye gelen hastaların kendi hastanelerinde uzmanlar için ayrılmış sınırlı sayıdaki yataklarında yatırma hakkına sahiptirler.

3.7.1.5.Sistemin Finansmanı ve Hekim ile Hastane Ücretlerinin Ödenmesi

NHS tamamen hükümet tarafından, halktan toplanan vergilerle finanse edilmektedir. 1993 yılında toplam sağlık harcamalarının %92.3' ü kamu kaynaklarından finanse edilmiş ve bunun içinde hükümetin payı %87.3 olmuştur. Özel harcamalar ise %7 oranında bir pay teşkil etmiştir. Finansmanda İngiltere'ye en yakın rakamlar İsveç'e aittir. Fakat İsveç'te vergiler daha çok yerel yönetimler aracılığıyla toplanmaktadır ve sağlık sisteminde hükümetin rolü oldukça azdır. Bu nedenle NHS' yi diğer batılı ülkelerden ayrı bir yere koymak doğru olacaktır.

NHS' de, hastalar hiçbir zaman hekime direkt ödeme yapmazlar. Hekim, ücretini NHS' den üç şekilde alır:

- a) Asıl Maaş Asgari ücret gibi belli bir taban aylık.
- b) Listesine Kayıtlı Sayıya Göre Hasta Başına Yapılan Yıllık Ödeme

Kişi hekime kaç kez gelirse gelsin hekim etkinliğine göre ücret almaz. Bu durumda GP'lerin sık sık muayeneye gelen yaşlı hastaları listelerine almaları için yaşlı hastalara daha fazla ödeme yapılmaktadır. Aynı şekilde mahrumiyet bölgeleri için de özendirici bir ödeme uygulanmaktadır.

c) Özel Ödemeler

Ekstra yapılan işlemler için ödenir. GP'lerin yaptıkları gebe takibi, aile planlaması, bağışıklama ve işyeri hekimliği gibi işleri için yapılan ödemelerdir. Uzmanlar ise konsültasyonlar için yaptığı etkinliğe göre hasta başına para alırlar.

3.7.2. Amerika Birleşik Devletleri

3.7.2.1. Genel Olarak İncelenmesi

Amerika Birleşik Devletleri sağlık sisteminin sahip olduğu temel özelliklerden birisi, hizmet alanlara bir çok seçeneği sunabilmesidir. ABD'de hastalara özel sigortalardan, özel sağlık organizasyonlarına kadar çok geniş bir yelpazede kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçebilirler. Sistem çoğunlukla "özel" (kar amaçlı ya da değil) nitelikte yapılanmalarla yürütülmektedir. Bu durumda hizmet onu alabilecek güçte olanlara ulaştırılabilmektedir. Gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmakta yetersiz kalanlara yönelik düzenlenen "devlet desteği" ise istenen düzeyde değildir. Sağlık hizmetlerine dünya çapında en çok para harcayan ülke ABD'dir.

3.7.2.2. Örgütlenme

3.7.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

ABD sağlık sisteminin kendine özgü karmaşık yapısı içinde hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri yoktur. Tedavi edici hizmetler dışındaki birincil sağlık hizmetleri ayrı örgütler aracılığıyla ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. Dolayısıyla ABD için birinci basamak diye adlandırabileceğimiz yapı, insanların hastalandıklarında gidebilecekleri özel hekim muayenahaneleri ve hastanelerden oluşmaktadır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka

doktora ya da bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak bu uygulama hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı hekimler listesi ile sınırlıdır.

3.7.2.2.2. Sağlık Organizasyonları

3.7.2.2.2.1. Sağlığa Destek Organizasyonları

En önemli özelliği, bireysel sağlık sigortalarında kullanılan hizmet başına ödeme yerine, çoğunlukla kişi başına ödeme sistemine dayanmasıdır. Böylece bakılan hasta sayısı ya da yapılan girişimlerden bağımsız olarak, kayıtlı olan nüfus başına belli ödeme planları içermektedir. Eyaletlere göre değişen oranlarda etkinliği vardır.

HMO hizmetini alıp almamak kişinin kendisine bağlıdır ve eğer bir HMO'ya girmek istiyorsa belli bir aylık prim ödemek zorundadır. HMO'lar kendilerine bağlı nüfusun dışında anlaşmalı oldukları özel sigortaların hastalarına da hizmet sunabilirler. Bir çok özel sigorta hastalarına verecekleri hizmeti HMO veya benzeri organizasyonlardan satın almaktadır. HMO'lar primlerini özel sigortalar aracılığıyla toplamaktadır. HMO'ların değişik tipleri olabilmekle birlikte en sık görülen beş tipi vardır¹⁸⁸.

- **Kadrolu Hekim Modeli:** HMO'nun merkezi ofisinde çalışan kadrolu hekimleri vardır. Hasta buraya başvurduğu zaman hizmet verirler. HMO'nun kadrolu hekimleri belli bir aylık alırlar
- **Grup Modeli:** HMO birden çok uzmanın bir arada çalıştığı özel bir hekim grubuyla anlaşır. Bu gruba ödemeler, grubun bakmakla yükümlü olduğu nüfusa göre yapılır. Grup aldığı parayı kendilerine istediği gibi paylaşırabilir.
- **Ağ Modeli:** Grup modelinden tek farkı birden fazla özel grupla anlaşma yapılmış olmasıdır.
- **Bireysel Hizmet Modeli:** HMO'lar tek çalışan hekimlerle ya da özel gruplarla anlaşma yapar. En çok kullanılan model budur ve HMO'lann %60'i bu şekilde çalışır. Bu

¹⁸⁸ İ. Serin, a.g.e. , s.155

hekimler kendi muayenehanelerinde çalışır ve HMO dışında hasta da bakabilirler. Ödeme planları hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme gibi değişik şekillerde olabilir.

- **Açık Üçlü Model :** En son geliştirilen modeldir. Hastalar HMO'nun anlaşmalı olduğu hekimlere de gidebilirler. Fakat bu durumda masrafların bir kısmına katılmak zorundadırlar.

HMO'ların modelleri de, her modelin içeriği de gün geçtikçe değişmektedir. Bu nedenle HMO modelleri iç içe geçmiş ve sürekli gelişen modeller olarak düşünülmelidir.

3.7.2.2.2.2. Tercihli Hizmet Organizasyonları

1980'li yıllardan beri çoğalmaya başlamıştır. HMO' larla rekabet halinde çalışırlar. PPO hastalarının iki seçeneği vardır: Eğer PPO' ya dahil, yani tercihli hekimlere giderlerse hiç ücret ödemezler. Bu muayenelerin ücreti sabittir ve PPO tarafından karşılanır. Eğer hasta PPO dışında bir hekime giderse, ücretin %1 0-20'sini karşılamak zorundadır. PPO' ların anlaşmalı olduğu hekimler de sistem dışından hasta bakmakta serbesttirler. Ayrıca PPO' lar da HMO' lar gibi diğer sigorta şirketleri tarafından anlaşmalı olarak kullanılabilirler ve bu şirketlerin hastalarına hizmet sunarlar. PPO' lann HMO' lardan farkı ise hastalan hekimi seçmekte biraz daha özgür bırakmasıdır.

3.7.2.2.2.3. Halk Sağlığı Uygulamaları

Federal Hükümet tarafından tüm ülke için geliştirilen özel politikaları ve ulusal düzeydeki örgütleri içerir. Sağlık Bakanı aracılığıyla, ABD Başkanına ve kabineye bağlıdır. Ulusal düzeydeki örgütlenme, eyaletler arasında eşitliği sağlamayı amaçlar. çünkü eyaletler çoğunlukla sadece kendilerine yönelik programlar hazırlarlar. Kabineye bağlı olarak çalışan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü yoksul, yaşlı ve sakatlar için tedavi edici hizmetleri finanse eden bir Finansman Yönetimi Bölümü ve 8 ayrı ulusal kuruluş içeren Halk Sağlığı Hizmetleri Bölümünü içerir. Bu örgütler ulusal düzeyde önlemler alır ve standartları belirler.

ABD'de eyaletlerin sağlık b6l6mleri kendi b6t6çelerini yapar, insan g6c6 temini ve sağlık planlarının hazırlanmasını da yine kendileri sağlarlar. Eyalet Sağlık Departmanının başında bir Genel M6d6r bulunmaktadır ve bu b6l6m eyalet valiliği i7indeki Sağlık ve insan Kaynakları Sekreterliğinin iki yardımcısından birine bağlıdır. Eyaletlerin Toplum Sağlığı Hizmetleri B6l6mleri kendi i7lerinde b6lgelere ve alt b6lgelere ayrılırlar.

Yerel Sağlık Departmanları, kent merkezlerindeki sağlık y6netimleri olup ulusal d6zeydeki ve eyalet d6zeyindeki halk sağlığı kurumlarının bir kolu gibi işlev g6r6rler. Yerel Sağlık Departmanlarında 7alışan personel olduk7a geniş bir yelpazede olup, halk sağlığı uzmanları, hemşireler, sağlık memurları, diş hekimleri, m6hendisler, veterinerler, eğitimciler, teknisyenler, diyetisyenler vb sağlık elemanlarını i7ermektedir.

3.7.2.3. Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan d6rt temel grup vardır. Finansmanı sağlayan sigorta şirketleri, toplumun ancak %86'sını kapsayabilmektedir. Geri kalan %14'l6k kesimin hi7bir sigortası yoktur. ABD toplumundaki 6zel sigortalı y6zdesi 1980'li yıllardan başlayarak giderek d6řm6řt6r. 1990'lı yıllarda 6zel sağlık sigortalı y6zdesi 1960'lı yıllarla eşdeğer d6zeye gelmiştir.

6zel sigorta şirketlerinin i7inde yer alan Blue Cross - Blue Shield ve Sağlık Organizasyonlarının finansmanını sağlayan Bağımsız Sigorta Planları kar ama7lı değillerdir. 6zel sigorta şirketleri grubunun %50'den fazlasını kar ama7lı 6zel sigorta şirketleri oluşturmaktadır. Kamu sigortaları i7inde ise Medicare ve Medicaid sigortalı vardır. Bunun dışında askeri personel ve bakmakla y6k6ml6 oldukları %4'l6k bir kesim vardır.

Sigortasız grubun b6y6k 7oğunluğunu yoksullar ve 19 yaş 6zeri yeni mezun gen7ler oluşturmaktadır. Mezun olur olmaz anne babalarının poli7elerinden ayrılmak zorunda kalan gen7 grup, 7oğunlukla part-time işlerde ya da sağlık sigortası olmayan k676k şirketlerde 7alıřmaktadır¹⁸⁹.

¹⁸⁹ İ. Serin, a.g.e. , s.158

3.7.2.3.1.Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

Özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluştururlar. ABD'deki en yaygın şirketler Prudential ve Cigna sigorta şirketleridir. Çoğunlukla işyerine yönelik grup sigortaları yaparlar. Daha küçük diğer sigorta şirketleri ise genellikle bireysel sigortalar yaparlar. Bireysel sigortalar daha az tercih edilmektedir ve hastaya masrafları için daha az ödeme yaparlar; yanı daha pahalıya gelirler. Grup sigortalarının avantajı ise gruptaki üyeleri eşit olarak ele almalarıdır. Özel Sigorta şirketlerinin ödemelerle ilgili çeşitli uygulamaları vardır. Bunlardan birisi "kesinti" uygulamasıdır. Birçok poliçede olan bu uygulamaya göre hasta o yıl içindeki harcamalarının bir kısmını kendisi yapmak zorundadır.

3.7.2.3.2. Blue Cross - Blue Shield (Maviler)

Kar amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleridir ve diğer özel sigorta şirketlerinden farkları, birbirleriyle rekabet etmeden çalışmalarıdır. Her ikisi de 1930'lu yıllarda hastane sahipleri ve hekimlerin bir araya gelmesiyle kurulmuştur. Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield ise hekim masraflarını sigorta etmektedir.

Maviler tüm ABD'de her eyalette hizmet verirler ve 73 ayrı sigorta planları vardır. 65 yaş altı nüfusun yaklaşık üçte biri maviler tarafından sigortalıdır. Hem grup poliçe hem de bireysel poliçe yapabilirler. Eyalet değiştiren kişilerin hakları kolaylıkla devredilir ve sigortası devam eder. Mavilerin en büyük avantajı tedavileri kendi hastanelerinde yapmaları ve daha ucuza getirmeleridir.

3.7.2.3.3.Bağımsız Sigorta Planları

HMO ve PPO benzeri sağlık organizasyonlarının sigorta planlarıdır. Bu sigortalar da kar amacı gütmeyen özel sağlık sigortaları kapsamındadır. Fakat HMO ve PPO'ların tek finansman şekli bağımsız sigorta şirketleri değildir. Maviler veya diğer kar amaçlı özel sigortalar da eğer sağlık organizasyonları isterse finansman sağlayabilirler.

3.7.2.3.4.Kamu Sigortaları

3.7.2.3.4.1. Medicare (Tıbbi Bakım Sigortası)

ABD'de 65 yaş ve üzerindeki herkes gelir seviyesine veya zenginlik durumuna bakılmaksızın otomatikman Medicare kapsamına alınır.

Medicare A ve B olmak üzere iki ayrı ödeme planı içerir. Medicare-A, hastane masraflarını karşılarken; Medicare-B, hekim ve hemşirelik bakımlarını, ayakta tedavi ve laboratuvar giderlerini karşılar. Medicare hizmetlerinin en büyük eksikliği masrafların tamamını karşılamamasıdır. Çoğu ilaçlar, gözlük, işitme cihazları, diş tedavileri gibi pek çok pahalı hizmet Medicare tarafından verilmez. Bu aşırı kısıtlamalar nedeniyle Medicare' lı kişilerin büyük çoğunlukla ikinci bir sigortası vardır.

3.7.2.3.4.2.Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası)

Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamındadır. Medicaid yaklaşık olarak toplumun %10'unu kapsar (%14'lik sigortasızlar hariç). Finansmanı federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle sağlanır. Bu nedenle Medicare gibi her eyalette geçerlidir. Fakat sınırlı olarak kabul edilen gelir düzeyi saptamaları ve Medicaid harcamalarının kapsamı eyaletten eyalete değişmektedir.

Medicaid ödemeleri de kısıtlamalar ve kesintilerle doludur. Hekimler ve hastaneler bu nedenle Medicaid hastalarına bakmak istememektedirler¹⁹⁰.

3.7.3. İsveç

3.7.3.1.Genel Olarak İncelenmesi

İsveç Sağlık Sistemi bölgesel temele dayalı, kamu kaynaklarıyla işletilen ulusal bir sağlık sistemidir. Genel politik kararlar ulusal düzeyde ele alınır, ama bu politikanın uygulanması ve sağlıkla ilgili hizmetlerin çoğunun ve tedavi hizmetlerinin hemen tümünün yönetiminden il meclisi sorumludur. Ayrıca, sağlıkla ilgili kararların alınması, tıpkı politik

¹⁹⁰ İ. Serin, a.g.e. , s.160

kararlar alınması gibi, genellikle bu kararların uygulanmasından önce toplumda fikir birliğine varılmasından sonra gerçekleşir.

İsveç sağlık sistemi başlangıcından beri kamu sektörü niteliğinde olmuştur. Bugünkü sistemin temeli 1864 yılında hastane sektörünün işletilmesi sorumluluğunun il yönetimine verilmesiyle atılmıştır. Hekim muayenesinin, ilaçlarını ve hastalık ödentilerinin ülke çapında sağlanmasıyla ilgili en önemli girişim 1946'da ulusal sağlık sigortasının parlamentoda kabulü ve 1955 yılında uygulanmasıyla başlamıştır. Buna uygun olarak, hastane hekimlerinin özel hasta yatağından yararlanması ve ücretle hasta muayene ve tedavi etmeleri uygulamasına 1959 yılında son verilmiştir. 1970 yılından itibaren hastane hekimlerinin evde ve ayakta muayene ve tedavi karşılığı ücret alması da yasaklanarak tam anlamıyla devlet memuru olmaları gerçekleştirilmiştir. Bir yıl sonra 1971'de perakende ilaç dağıtımını da devletleştirilmiş ve bu hizmet sahibi, devlet olan ayrı bir örgüte verilmiştir. Bu arada sağlıkla ilgili ulusal görevlerin çoğu giderek yerel yönetimlere aktarılmıştır.

1960'da hastane poliklinik hizmetlerinin tümünden yerel yönetimler sorumlu tutulmuş, ilçe hekimleri 1963 yılında, ambulans hizmetleri 1965 yılında yerel yönetimlere aktarılmıştır. 1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili tüm sorumluluklar yerel yönetimlere bırakılmış ve hekimlerin evde ve ayakta muayene ve tedavilerinin ücretleri, ulusal sağlık sigortası kanalıyla değil il meclisi kanalıyla ödenmeye başlanmıştır.

İsveç sağlık sisteminde, hükümet tarafından hizmet sunumu ulusal, bölgesel, il ve belediye olmak üzere dört farklı düzeyde ele alınmaktadır. Genel sağlık politikası, hizmet standartları ve uygulamada dikkat edilecek hususlar ulusal düzeyde mesleki örgütler, işveren kuruluşları, 11 Meclisleri Federasyonu, İsveç Planlama ve Gerçekleştirme Enstitüsü gibi ilgili kuruluşların birlikte aldıkları kararlarla saptanır, ama hizmet sunumundan tümüyle il yönetimi sorumludur.

Hizmetler, ikinci ve üçüncü basamak hastane bakımıyla poliklinik hizmetlerini; birinci basamak sağlık merkezlerini; ana ve çocuk sağlığı merkezlerini; hemşirelik, rehabilitasyon ve sürekli hastalıkların bakım hizmetlerini; ayakta ya da yatarak sunulan ruh hastalarını hizmetlerini ve ziyaretçi hemşirelik hizmetlerini kapsamaktadır. Yüksek ihtisas ve teknolojik kolaylıklar bulunan bölgesel üniversite hastaneleri de buldukları il tarafından yönetilmektedir.

3.7.3.2. Sağlık Hizmetleri

3.7.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

1970 yılına kadar birinci basamak sağlık hizmetlerinin hemen hepsi yerel düzeyde ve hastane idaresi tarafından yönetilmiştir. Bu tür yönetim sağlıkla ilgili kaynakların ve personelin dağılımında hastane hizmetlerine öncelik ve ağırlık verilmesine yol açtığından günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerini yönetecek bağımsız bir yönetimin oluşturulması için yoğun çabalar harcanmış ve hastaneye dayalı olmayan bakım evlerini; ruh sağlığı hizmetlerini; sakat, geri zekalı ya da süregen hastalığı olanlara yönelik hizmetlerle ziyaretçi hemşirecilik hizmetlerini yönetmek için merkezler oluşturulmuştur. Her merkezde en az üç hekim ve aynı sayıda hemşire bulunur. Merkezlerin çoğunda temel laboratuvar hizmetleri ve röntgen filmleri çekimi yapılmakta ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmaktadır.

3.7.3.2.2. Hastane Hizmetleri

Her ilde hastane bakım hizmetleri iki düzeyde ele alınmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmeti sunan ilçe hastanelerinde iç hastalıkları, cerrahi, patoloji ve radyoloji uzmanlarının yanı sıra acil durumlar ve analık bakımıyla ilgili uzmanlar da bulunur. İller de işe, her ilin büyüklüğüne göre bir ya da iki tane merkezi hastane vardır. Bu hastaneler her tür uzmanın bulunduğu üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar olup 600- 1000 yataklıdır. Daha özel ve yüksek teknolojiyi gerekli kılan hasta bakımı için, İsveç'te 6 adet bölge hastanesi vardır ve bunlar üniversitelerle bağlantılıdır. Bölge hastanelerinin harcamalarının büyük kısmı hükümetçe karşılanmakta, ama yönetimleri buldukları yerin yerel yönetimlerince yapılmaktadır. Bir bölgesel hastaneden yararlanan tüm yerel yönetimler, bu hastanenin harcamalarına yararlandıkları oranda ve eşit düzeyde katkıda bulunurlar.

İsveç'te hasta yatağı başına düşen kişi sayısı düşüktür. Son yıllarda birinci basamak sağlık hizmetleri etkinlik kazandığından 1975 yılında bin kişiye 10,7 hasta yatağı düşerken, 1984'te 7,2 hasta yatağına inmiştir. İsveç'te hastalar doğrudan hastane polikliniklerindeki uzmanlara başvurabilmektedir. Hastanede çalışan hekimler özel hasta bakamadığı gibi hastanelerde özel yatak da bulunmamaktadır¹⁹¹.

¹⁹¹ İ. Serin, a.g.e. , s.163

3.7.3.2.3. Belediye Sağlık Hizmetleri

İsveç'te belediyeler değişik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Bunlar arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, besin ve su denetimi, okul sağlığı hizmetleri sayılabilir. Ayrıca gelir azalması halinde öngörülen sosyal yardım hizmetleriyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin evde bakımı öngördüğü hastalardan da belediyeler sorumludur.

3.7.3.3. Finansman

İsveç'te hastane ve sağlık hizmeti neredeyse tümüyle kamu tarafından finanse edilmektedir.

Sağlık harcamaları birbiriyle ilgili şu dört kaynaktan karşılanır:

- Kişisel gelirlere alınan yerel vergi,
- Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi; evde ve ayakta hekim muayeneleri için kullanılır,
- Devlet Desteği; üniversite hastanelerindeki eğitim ve araştırmaları desteklemek, az zengin olan illerdeki hastane harcamalarını zengin illerdekine eşit kılmak için kullanılır,
- Hizmetten yararlananlardan alınan ücretler ; çok az miktarda olup poliklinikte hekim muayenesi, hastanede yatış ve kimi reçeteler için alınır.

Bu kaynakların en önemlisi ilki olup, 1985'te il gelirinin %61.8'ini oluşturuyordu. Kişisel gelirin 1960'ta %4.5'u bu amaçla vergi olarak alınırken, 1985'te %13.5'e çıkmıştır. Hastaların yaptığı ödemeler ise oldukça sınırlıdır. Harcamaların geri kalanı ulusal sağlık sigortasıyla karşılanır¹⁹².

¹⁹² İ. Serin, a.g.e. , s.164

3.7.4.Almanya

3.7.4.1. Genel Olarak İncelenmesi

Almanya'da geniş kapsamlı ve sosyal ağırlıklı bir sistemde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Sağlık sisteminin işleyişi devletin federal yapısıyla yakından ilgilidir. Sistem çoğulculuk ve özerk yönetim ilkelerine dayanır. Devlet, bütün vatandaşlarının ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bakımından eşit haklara sahip olduklarını kabul eder.

Almanya sağlık hizmeti bakımından dünyanın en iyi ülkelerinden birisidir. Nüfusun büyük çoğunluğu Sigortalar Yasasının II. Kitabını kapsamındadır, ancak durumları özellik gösteren madenciler, tarımda çalışanlar, işsizler gibi grupların durumu ayrıca düzenlenmiştir. Bu özellikler Alman sistemindeki karmaşıklığın temel nedenidir. Alman sisteminde sandıkların bağımsızlığı ve sigorta kurumunun serbestçe seçilmesi söz konusudur. Liberal bir sosyalizasyon olarak kabul edilen Alman sisteminde işçi ve işveren kesiminin mesleki özellikleri, istekleri ve özgürlükleri de dikkate alındığından sisteme çoğulculuk egemendir.

3.7.4.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

Almanya'da sağlık hizmetleri kavramı toplumun sağlığını koruyan, geliştiren ve yeniden üreten tüm kişi ve kuruluşları kapsar. Resmi ve resmi olmayan birçok kurum bu hizmetlerin sunumunda yer alır. Resmi nitelik taşıyanlar özel görevler üstlenmiş belediyeler, federe ve eyalet düzeyinde tüzel kurumlardır.

Resmi hastalık sigortalarının (Krankenkassen) sağlık hizmetlerinde özel bir yeri vardır. Yasal yükümlülükleri hastalık halinde sigortalıya kapsamlı koruma sağlamasıdır. Nüfusun %90'dan fazlası Krankenkasse'ye kayıtlıdır. Bunların yanı sıra, çok sayıda kamuya ait organizasyon da sağlık hizmetlerinde yer alır. İşçi sosyal yardım kurumları, Alman Eşitlikçi Sosyal Birliği, Alman Kızılhaç'ı, Almanya Yahudi Sosyal Yardım Birliği gibi özel sosyal yardım kurumları bu gruptadırlar.

Yasal yükümlülük eyaletler ve devlet arasında bölüşülmüştür. Federal hükümet yetkisini kullanma gereği duymadığı sürece yetki eyaletlerindir. Federal Devlet sağlık hizmetlerinin pek çok alanını yasalarla düzenleyerek uygulamada birlik sağlamıştır. Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı yanında çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıklarınca ortaklaşa yürütülmektedir.

Federal Sağlık Konseyi, Salık Bakanlığı'na sağlığın desteklenmesi ve korunması konusunda danışmanlık hizmetleri vermektedir. Eyalet Sağlık Bakanlıkları eyaletler düzeyinde kamu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludurlar. Sağlıktan sorumlu Eyalet Bakanları ve senatörleri yasaları uygular, yasa taslakları hazırlar, alt birimleri, sağlık meslek odalarını ve hastanelerin planlama ve yatırım işlemlerini denetlerler. Eyaletler sağlık alanındaki çalışmalarını Sağlık Bakanlıkları Konferansı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanları Konferansı aracılığı ile koordine ederler. Bu konferanslar eyaletler ve yerel hükümetler düzeyinde izlenecek sağlık politikalarına ışık tutmak üzere sorunları belirler ve önerilerde bulunurlar, kararları bağlayıcı değildir. Belirli yükümlülüklerin yerine getirilmesi için, eyaletler toplumsal örgütler oluşturmuşlardır. Bu yolla halkın, sağlık hizmetlerinin planlanması, yürütümü ve denetimi süreçlerine katılımı sağlanmaktadır. Belirli yönetim birimlerine ayrılmış federal eyaletlerde, yönetim lideri en yüksek sağlık makamıdır ve sağlık sorunlarını sağlık hizmetleri ile ilgili görevleri üstlenen tıbbi bölümlere dağıtır. Yönetim bölgelerine ayrılmamış eyaletlerde bu görevleri direk ilgili bakanlıkların sağlık bölümleri üstlenmiştir¹⁹³.

3.7.4.2.1. Resmi Sağlık Hizmetleri

Önemli kamusal sağlık hizmetleri resmi sağlık kurumlarınca verilir. Resmi sağlık kurumları eyaletlerde farklı düzlemlerde görev yapar:

- Eyalet Bakanlıklarının sağlık bölümleri,
- Yönetim bölgesine sahip eyaletlerde tıbbi bölümler,

¹⁹³ İ. Serin, a.g.e. , s.166

- Hinterlandı olan ve olmayan şehirlerde sağlık büroları.

Bu bölümlerin başlıca görevleri şunlardır:

- Bulaşıcı hastalıklarla savaş, Hava, su ve toprak hijyeni,
- Sağlık hizmeti veren kurumların denetimi,
- Halka açık yerlerin kontrolü,
- Gıda maddeleri, ilaç ve toksik madde denetimi, Sağlıkla ilgili tüm mesleklerin denetimi, Sağlık açıklamaları ve denetimi,
- Okul sağlığı,
- Ana ve çocuk sağlığı.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, yerel sağlık örgütlerince sağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık birimlerinin başında kalifiye bir hekim bulunmaktadır. Onun yanında birimin büyüklüğüne göre yardımcı hekimler ve diş hekimleri, sosyal çalışmacı ve psikologlar, sağlık mühendisleri, röntgen ve laboratuvar asistanı ve dezenfeksiyoncular bulunmaktadır¹⁹⁴.

3.7.4.2.2. Sosyal Sigorta Hizmetleri

Almanya'da devlet, vatandaşları için kapsamlı olmayan bir sosyal sigorta hizmeti oluşturulmuştur. Bu hizmetler yaşlılara ve ihmal edilen insanlara yöneliktir ve hastalık, iş kazası, mental fonksiyon eksikliği, iş göremezlik ve işsizlik durumlarında bu kişileri sigorta kapsamına alır. Finansman büyük ölçüde ve işveren ödentileri ile sağlanmaktadır. Bu uygulama resmi sağlık sigortalarıyla yürütülmektedir.

¹⁹⁴ İ. Serin, a.g.e. , s.167

Sağlık hizmetleri Almanya'da dayanışma ve yardımlaşma ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkenin güçlü bir yansıması özerk yönetimlerdir. Alman sağlık sisteminde devletin görevi bütün katılımcılar için gerekli yasal düzenlemeyi yapmak ve hizmetin çerçevesini çizmektedir.

Hastalık Sandıkları; Sandıklar işletme, esnaf sandıkları ve yedek sandıklar olarak sınıflandırılmaktadır. Çiftçiler çiftçi hastalık sandıklarında, denizciler deniz hastalık sandıklarında maden işçileri Alman Madenciler Birliği'nde sigortalanmışlardır. Bunun yanında memur ve işçiler için çok sayıda yedek sandıklar vardır. Sigortalılar, Sosyal Yasanın 5.kitabı hükümlerine uygun davranan sandıklardan hizmet alırken herhangi bir ödeme yapmazlar. Hizmeti sunanlara ödemeyi sandık yapar. Sigortalı hekimlik ve diş hekimliği hizmetlerinde sözleşmeli hekimlerden dilediğini seçebilir.

3.7.4.2.3. Özel Sigortalar

Birçok yaşam riski sigortalanabilmektedir. Özel sigortalarla yaşlılık bakımı, hastalık, kaza ve yaralanma durumları için anlaşmalar yapılabilir. Bu anlaşmalar resmi sağlık sigortalarıyla birleştirilebilir. Eğer kişinin resmi sağlık sigortası zorunluluğu yok ve herhangi bir resmi sigortaya da kayıtlı değilse özel sigorta kişinin tek güvencesi olabilir. Resmi sigortanın prim ödeme sınırının üstünde gelire sahip olanlar özel sigortalarla kısmen ya da tamamen anlaşma yapabilirler. Devlet hizmetinde hastalık riskine karşı sigortalanan memurlar tamamlayıcı bir özel sigorta ile anlaşabilirler. Sandıkların zorunlu sigortalıları da isterlerse özel sigortalarla sözleşme yapabilirler. Özel sigortaların hizmetleri sandıklardaki gibidir, ancak burada sigortalı kendi harcamalarını karşılar. Sigorta şirketi harcamaların tamamını ya da bir kısmını geri öder. Resmi sigortaların "sadece hizmet" ilkesine karşılık, bu sistem "harcamaların geri ödenmesi" ilkesi olarak tanımlanabilir¹⁹⁵.

¹⁹⁵ İ. Serin, a.g.e. , s.168

3.7.4.2.4. Sağlık Bakımı

3.7.4.2.4.1. Ayakta Tedavi

Ayakta tıbbi bakım ağırlıklı olarak sözleşmeli hekim ve dış hekimlerince yürütülür. Görevli hekimler ve dış hekimleri kendi muayenehanelerinde ya da polikliniklerde çalışırlar. 1993 yılı başından beri sözleşmeli bir hekim başka bir hekimi istihdam edebilmektedir. Nüfusun %90'dan fazlası sigortalı olduğundan hekim ve dış hekimlerinin çoğu sigortayla anlaşmayı seçerler.

Almanya'da genel pratisyenler veya pratisyen hekimler ilk planda birincil sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Genel pratisyenler genellikle tüm aileyi muayene ettiklerinden kendilerine aile hekimi veya ev hekimi denilmektedir. Aile Hekimliği hizmetlerinin niteliğini arttırmak için 1994 başından itibaren hekimler genel pratisyenlik için 3 yıllık bir uzmanlık eğitimini bitirdikten sonra sigortayla anlaşabilmektedir. Uzman müdahalesi ya da özel tanı ve muayene yöntemleri gerektiren hastaları, genel pratisyen bir uzman veya hastaneye sevk edebilir.

3.7.4.2.4.2. Yataklı Tedavi

Hastane hizmetleri yataklı tedavi, ameliyat öncesi ve sonrası yataklı bakım ve ayakta cerrahi girişimler şeklinde düzenlenmiştir. Temel Sağlık Yasasıyla operasyon öncesi ve sonrası hastanede konaklama tıbben gerekli süre ile sınırlandırılmıştır. Her sigortalı hastalığı gerektirirse sandığının onayladığı bir hastanede yataklı tedaviye alınır. Hastalar ancak bir sandık hekiminin sevki ile veya ivedi girişim gerektiren koşullarda hastaneye başvurabilirler.

Almanya'da hastaneler işletilme esaslarına göre üç grupta incelenirler. Resmi hastaneler; belediyeler, devlet ve eyaletlerce işletilirler. Bu grup toplam yatak sayısının %60'tan fazlasını oluşturur. Özel hastaneler; toplam yatak sayısının %5'ini teşkil ederler, Dernek ve Vakıf hastaneleri ise bu sayının %35'ini oluştururlar¹⁹⁶.

¹⁹⁶ İ. Serin, a.g.e. , s.169

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

4.1. AİLE HEKİMİ KAVRAMI

Aile hekimliği, eşit, sürekli, koşullara uygun, nüfusa göre planlanmış, bilimsel, mesleki ve etik ilke ve esaslara dayanan, gelişime açık, çağdaş bir sağlık hizmetidir. Aile hekimlerinin görevleri: Birinci basamak tedavi hizmetleri, İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetinin evde ve ayakta takibi, kişiye yönelik koruyucu sağlık ve aile planlaması hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, periyodik muayene, ilk ve acil yardım hizmetleri olarak belirlenmiştir.

Aile hekimi yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa kişisel, sürekli ve birinci basamak sağlık hizmeti veren, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. Görevini muayenehanesinde, evlerde, bazen bir klinik ya da hastanede (sevk ettiği ve hastaneye yatırılan hastalarının takibinde) sürdürür. Erken tanı koymayı amaçlar, hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dahil eder. Kendisine bir hekim olarak getirilen tüm sağlık problemleri için bir ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da terminal hastalığı olanların sürekli tedavisini üstlenir. Hastası ile uzun süreli bağlantı kurarak hastalığı hakkında mesleki açıdan kullanabileceği verileri toplar. Diğer medikal ve medikal olmayan branşlar ile koordinasyon içinde çalışır. Hastasını gerektiğinde birinci basamakta tedavi eder, sevk etmesi gereken durumları bilir, hastaneye sevk durumlarında geri bildirim yapılması gerekir. Aile hekimliği bir ekip hizmetidir ve birinci basamak ekibi ile (hemşire, ebe, diş hekimi, diyetisyen, fizyoterapist gibi) birlikte yürütülür. Bu ekibin sorumluluğu başvuran bireylerin daha sağlıklı yaşamaları için koruyucu, tedavi edici hizmetleri vermek, gerekli sağlık eğitimini yapmaktır¹⁹⁷.

İlk çağ toplumlarında her hangi bir bilimsel eğitime dayanmayan halk hekimliğinin yerini 18. yüzyılda bilimsel hekimliğin aldığı görüyoruz. 1900'lü yılların ilk başlarında pediatri, dahiliye gibi çeşitli branşlarda uzmanlaşma dönemi başlamıştır. Önceleri semptoma yönelik olan tedavi anlayışı ile "hasta yoktur, hastalık vardır" görüşüyle, kişilerin sadece

¹⁹⁷ <http://www.geocities.com/radyodiagnostik/ailehek.htm> , 22/04/2006

hastalıkları üzerinde durulmuştur. Daha sonra her hastalığın kişiye göre değişebileceği görülünce insanın fizik ve sosyal çevresiyle bir bütün olduğu ve insanı bir bütün içinde değerlendirerek hastalıkların ve sağlığın bu bütün içinde ele alınması gereği ortaya çıkmıştır. Tüm aileye hizmet sunulması, genel bir bazda hastalıkların ele alınmasının gereği aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ayrıca günümüzde hastalıkların yapısındaki değişiklik ölüm nedenlerinin farklılaşması kronik hastalıkların oranlarındaki artış insanları sürekli izleyebilecek yeni bir hekim tipine ihtiyacı ortaya koymuştur. Bu durum, birinci basamakta mutlaka tıp fakültesini bitirdikten sonra ek eğitilmiş bir uzmanlık alanı oluşmasını ve hizmet vermesini gerektirmiştir.

Aile hekimi, anne karnındaki fetusdan, en yaşlı bireyine kadar bütün aile fertlerinin sağlığından, ailenin sağlıkla ilgili sorunlarından ve hastalıklarından sorumludur. Sağlıklı bir toplumu oluşturacak en küçük toplumsal birimi yani aile fertlerini koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti sunar. Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri bir bütün halinde değerlendirerek çözüme ulaşır. Kişinin yaşadığı ortamı, aile ilişkilerini ve mevcut sorunların geçmişini bilir. Hizmet sunduğu toplumu her yönüyle tanır, aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Aile hekimi bunu kendisine kayıtlı olan nüfusla uzun süre birlikte olarak sağlayabilir. Aile hekimliği sistemini kurmuş batı ülkelerinde bir aile hekiminin bir hasta ile olan ilişkisinin ortalama süresi İngiltere'de 10-12 yıl, Danimarka'da 8-10 yıl, Avustralya'da 12-13 yıldır. Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk başvurduğu hekimdir. Başvuruyu yapan kişinin, her türlü sağlık sorununu ele alır; birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için yapacağı danışmanlık hizmetleriyle diğer uzman hekimlere, gerekiyorsa bir psikoloğa, bir diyetisyene ya da bir diş hekimine hastayı sevk ederek, koordinatör görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda yol gösteren ve haklarını savunan kişi konumundadır¹⁹⁸.

Aile hekimi hastayı daha ileri bir merkeze ya da başka bir dal uzmanına sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru bilgilerle gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımını sağlayabilir.

Aile hekimi kayıtları sağlıkla ilgili araştırmalarda çok değerli bir veri kaynağıdır. Kişinin sağlık kayıtlarının bulunması eksiksiz bir koruyucu hekimlik uygulaması için zorunludur. Bu

¹⁹⁸ <http://www.geocities.com/radyodiagnostik/ailehek.htm> , 22/04/2006

kayıtlar, toplumun sağlığının değerlendirilmesi için gerekli olan istatistiki bilgilerin elde edilebileceği en önemli kaynaktır.

Aile hekimleri tarafından verilen hizmet aşağıdaki özelliklerle nitelendirilebilir¹⁹⁹:

- Aile hekimliği hizmeti toplumun belli kesimleriyle sınırlı değildir; yaş, cins, sosyal sınıf, ırk ve din farkı gözetmeksizin herkes içindir. Aynı zamanda hiç bir yakınma ve sağlık sorunu dışlanmaksızın genel bir sağlık hizmeti yaklaşımıdır.
- Kolay ulaşılabilir olma özelliğini taşır. Bu ulaşılabilirlik hem bölgesel, hem kültürel anlamdadır.
- Btnleştiricidir; Sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma, tedavi edici ve rehabilite edici bakımı içerir.
- Sürekli; Bireyin sağlığını tüm yaşamı boyunca değerlendiren sürekli bir sağlık hizmetidir. Kişinin hastalığını ya da mevcut sağlık durumunu özgeçmişine ait edindiği bilgiler doğrultusunda daha doğru değerlendirir.
- Aile hekimliği bütün bu amaçlara ulaşabilmek için bir ekip çalışması gerektirir. Aile hekimleri iyi çalışan, multi- disiplinler bir ekibin yesi olmalıdır.
- Aile hekimi bireylerin ailelerin ve toplumun sağlık sorunlarını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Bu nedenle aile hekimi tıbbi bilgisinin yanı sıra, sosyal ve kültürel çevreyle ilgili bilgilerle de donanmalıdır.
- Aile hekimliği hizmeti hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir.
- Aileye yöneliktir. Sorunlar aile temelinde ve kişinin sosyal çevresi göz önüne alınarak değerlendirilir.
- Topluma yöneliktir. Hastanın sorunları, toplum içinde, hastanın yaşadığı evre göz önüne alınarak değerlendirilir. Aile hekimi, toplumun sağlık sorunlarından haberdar

¹⁹⁹ <http://www.geocities.com/radyodiagnostik/ailehek.htm> , 22/04/2006

olmalı, diğer sektörlerin meslek grupları ve kuruluşlarıyla, gönüllü kuruluşlarla birlikte bölgesel sağlık sorunlarında olumlu değişiklikleri başlatmak için çalışmalıdırlar.

- Diğer sağlık branşları ve kuruluşlarıyla birlikte uyum içinde çalışmayı gerektirir. Aile hekimi bireylerin sağlık sorunlarının pek çoğunu çözebilir ancak gerekli durumlarda hastayı sevk eder. Sevkin gereği ve sonuçları aile hekimi tarafından hastaya açıklanır. Aile hekimi sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda hastanın danışmanıdır ve hastaya sunulan tüm sağlık hizmetinin koordinatörüdür.
- Aile hekimi hastası ile , yakın, sıcak ve güvene dayalı bir ilişki içerisinde. Hasta aile hekimini tamamiyle güvenilir bulmalıdır ve aile hekimi hasta ile ilgili bilgilerin gizliliğini korumalıdır.
- Aile hekimi, hastasının diğer sağlık hizmeti sunan birimlerle ilişkilerinde, hastanın savunucusu ve danışmanı durumundadır.

Bütün bu özelliklerin dengeli değişimi aile hekimliğinin temel düşünce tarzını oluşturur.

Bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, sağlıklı yaşam sağlamak, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine küçük nüfus birimlerine kadar ulaştırmak ve sürekliliğini sağlamak, çocukların, yaşlı insanların, kadınların, adolesan dönem gibi grupların özel sağlık ihtiyaçlarını belirlemek, kronik hastalıkları ve bozuklukları önlemek, bölgedeki çevre koşullarını iyileştirmek, topluma sağlık eğitimi vermek, hastalara uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini gerçekleştirmek gibi pek çok hedef, aile hekimliği hizmetinin temel amaçlarıdır.

Aile hekimliği ilk basamak tedavi hizmetlerini sürekli, etkin ve kaliteli bir biçimde vererek gerek toplumun sağlıkla ilgili problemlerinin ve gerekse sağlık sektörünün içinde bulunduğu ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlara aşırı yüklenme vb. gibi problemlerin çözümünde büyük faydalar sağlayabilecek bir disiplindir²⁰⁰.

²⁰⁰ <http://www.geocities.com/radyodiagnostik/ailehek.htm> , 22/04/2006

4.2. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ VE GELİŞİMİ

Tüm dünyada tanımlandığı şekliyle aile hekimi; yaş, cins ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere ve ailelere kişisel, kesintisiz ve bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti sunan, konusunda en az 3 yıl uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. 1974 yılında Hollanda Leuvenhorst'te yapılan İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda da aile hekiminin evrensel tanımı yapılarak kabul edilmiştir. Buna göre aile hekimi "Yaş, cins ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa kişisel, sürekli ve ilk basamak sağlık hizmeti veren uzmanlaşmış tıp doktorudur. Görevini muayenehanesinde, evlerde, bazen bir klinik ya da hastanelerde sürdürür. Erken tanı koymayı amaçlar. Hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dahil eder. Kendisine bir hekim olarak getirilen tüm sağlık problemleri için bir ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da terminal hastalığı olan devamlı tedavisini üstlenir. Hastasıyla uzun süreli bağlantı kurarak, hastalığı hakkında mesleki açıdan kullanabileceği verileri toplar. Diğer medikal ve medikal olmayan branşlarla çalışır." Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ve birinci basamak sağlık hizmeti konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımlar. Ülkemizdeki pratisyen hekim terimi ise tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılmaktadır²⁰¹.

1923 yılında Dr. Francis Peabody, uzmanlaşmaya giden yolun sonuna gelindiğini ve sağlık hizmeti sunumunun çok fazla parçalara ayrıldığı için yetersiz hale geldiğini vurgulayarak, kapsamlı ve kişisel bir sağlık hizmeti veren genel hekimliğe geri dönüş yapılması gerektiği çağrısını yapmıştı. O zamanlar pek fazla ses getirmeyen bu çağrı 1960'ların başında yeniden gündeme geldi. Genel pratisyenlik alanının önde gelen hekimleri bir paradoks gibi görünmesine rağmen, tıp fakültesinden mezun olan pratisyenlerin bilgi ve beceri yetersizliklerini ortadan kaldırmak amacıyla yeni bir uzmanlık alanı önerdiler. Bu yeni uzmanlık alanını "Genel Pratisyenlik" olarak adlandırdılar. İngiltere'de "Royal College of General Practitioners" bu uzmanlık eğitimini vermek amacıyla kuruldu. Bu uzmanlık alanı 1965 yılında İngiltere'de, 1966'da ise ABD'de resmen tanındı. Her iki ülkede de bu uzmanlık alanında ihtisas yapmış hekimlerin görev yeri birinci basamak kuruluşlar olarak tanımlandı. 1969 yılında ABD'de bu uzmanlık alanı için oluşturulan "American Board of Family Practice"

²⁰¹ <http://www.112denizli.org/aile/evrensel.htm> , 22/204/2006

20. uzmanlık board'u olarak kabul edildi. ABD' de Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi başlangıçta 15 pilot bölgede başlamış, 1992'de 394 bölgeye ulaşmıştır. Tıp fakültesi mezunlarının % 11-13'ü bu alanı seçmektedir. ABD'deki tıp fakültelerinin %80'inden fazlasında akademik Aile Hekimliği Ana Bilim Dalları mevcuttur. ABD'deki aile hekimliği uzmanlarının büyük kısmı birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda bireysel muayehanelerinde veya grup çalışması şeklinde görev yapmaktadırlar. ABD'nin sağlık finansmanı özel sigorta sistemine dayandırıldığı için de sigorta şirketleri veya HMO (Health Maintenance Organization) ile yaptıkları anlaşmalarla finanse edilmektedirler²⁰².

İngiltere'de 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) örgütü kurulmuştur. Bu kuruluş: hastane ve toplum sağlığı hizmetleri, aile hekimliği hizmetleri, yerel sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik hizmetlerinden sorumludur.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda 9 Bölgesel Sağlık İdaresi (Regional Health Authority), 2-5 milyon nüfus için oluşturulmuştur. Her birinin içinde en az bir tıp fakültesi yer alır. Esas görevi plânlama yapmaktır. 140 adet en küçük birim olan "District Health Auhority" o bölgedeki tüm sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumludur 89.000- 860.000 nüfusa hizmet verirler.

Sağlık hizmetlerinin çoğu vergi yolu ile finanse edilir. Bazı aile hekimlerinin kendilerine özel bütçeleri de vardır. Hastanelere istihdam ve finansman konularında özerklik tanınmıştır. 34.000 uzman aile hekiminin çoğu grup muayenehanelerinde %10'u ise kendilerine ait muayenehanelerde çalışmaktadır. Bir uzman aile hekiminin hizmet ettiği nüfus ortalama 2000-3000 arasındadır. Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi 1979'da zorunlu hale getirilmiştir. Süre üç yıl olup 2 yılı hastane eğitimi, bir yılı da eğitici eğitimi görmüş bir aile hekimin yanında sahada çalışmak yoluyla yapılmaktadır.

İngiltere'de ayrıca 1000 kadar "Health Center"adı verilen merkezler vardır. Bu merkezler 10-15 bin nüfusa koruyucu, geliştirici sağlık hizmetleriyle bir oranda da rehabilitasyon hizmetlerini veririler.

Almanya'da ise sağlık hizmetlerinin finansmanı "Bismarck Modeli Sağlık Sigortası" sistemine göre "Krankenkasse"ler aracılığı ile yapılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini aile hekimliği uzmanları ve uzmanlık ünvanlarını kullanmaksızın diğer dal

²⁰² <http://www.uludag.edu.tr/~nazan/ders1.html> , 25/04/2006

uzmanları muayenehanelerinde vermektedir. 1994 yılından itibaren birinci basamak hizmetlerde çalışacak hekimler için Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Almanya’da ilk Aile Hekimliği kürsüsü 1976’da Hannover Tıp Fakültesinde açılmıştır. Bugün 24 tıp fakültesinde ve Frankfurt’taki Aile Hekimliği Enstitüsünde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi verilmektedir.

Kanada’da aile hekimliği 1966 yılında tıp fakültelerinde aile hekimliği kürsülerinin kurulmasıyla ivme kazanmıştır. Bugün Kanada’daki tüm tıp fakültelerinde bu bölüm mevcuttur. Kanada’da birinci basamak sağlık hizmetlerini sunanlar, uzmanlık eğitimi almış olan aile hekimleridir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 2 yıldır. Sağlık hizmeti bireylerden toplanan primler ve vergilerle finanse edilir. Aile hekimleri muayenehanelerinde veya grup çalışması şeklinde hizmet verirler. Hastaneye yolladıkları hastaların, orada da izlenmelerinden sorumludurlar. Aile hekimlerinin sevki olmadan ikinci basamak kuruluşlardan ücretsiz olarak hizmet alınmaz²⁰³.

4.3. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

Aile hekimi; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan hekimdir. Dünya’da Aile hekimliği ile genel pratisyenlik genellikle eş anlamlı kullanılmaktadır. Bir uzmanlık dalından ziyade, hizmet sunumunda hekimin görev tanımı ve çalışma usulü olarak bakılması gerekir. Aile Hekimi; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan hekimdir. Dünya’da Aile Hekimliği ile genel pratisyenlik genellikle eş anlamlı kullanılmaktadır. Bu nedenle de söz konusu kavramın bir uzmanlık dalından ziyade , hizmet sunumunda hekimin görev tanımı ve çalışma usulü olarak bakılması gerekir.

Bir ülkedeki sağlık sisteminin nasıl olması gerektiğini belirleyen genel kriterler Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesinde belirtilmiştir. Bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin tümünü kapsayan Temel Sağlık Hizmetlerinin önemli bir parçası Birinci basamak sağlık hizmetleridir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Temel Sağlık Hizmetlerinin tüm özelliklerini taşımak zorundadır.

²⁰³ <http://www.uludag.edu.tr/~nazan/ders1.html> , 25/04/2006

Aile Hekimliği sanıldığı gibi aksine tek bir sistemi ifade etmemektedir. Tüm dünyada değişik biçimlerde uygulanmaktadır. Bu nedenle bir sağlık sistemi olarak algılanmamalıdır. Belli bir sağlık ekonomisi modeline de bağımlı değildir. Değişik ekonomik sistemlerde veya finansman modellerinde aile hekimliği uygulaması görülmektedir. Bir ülkedeki aile hekimliği uygulamasının ayrıntıları uygulanan sağlık politikaları ve sağlık sistemlerinin özelliklerine göre şekillenmektedir. Bu nedenle bir ülkedeki aile hekimliğini tartışırken o ülkedeki düzenlemeyi ve uygulamayı tartışmak gerekir. isminden çok hekimin birinci basamakta hangi işlevleri yüklenmiş olduğu, çalışma yönteminin ne olduğu ve hizmetlerin örgütlenmesinin nasıl olduğuna bakmak gerekir²⁰⁴.

Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ve birinci basamak sağlık hizmeti konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımlar. Ülkemizdeki pratisyen hekim terimi ise tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılmaktadır. Ülkemizin Avrupa Birliği'ne girmesi durumunda pratisyen hekimlerin uzmanlık eğitimi almadan çalışmama durumu gündeme geleceğinden burada belirli bir süre için geçiş dönemi eğitimi ve takibinde de en az 3 yıllık uzmanlık eğitiminin şart olduğu gözden kaçmamalıdır²⁰⁵.

Birinci basamak sağlık hizmeti, toplumun tümüne, herhangi bir ayırıma tabi tutmadan hastalık ve organ farkı gözetmeden sağlık eğitimi, danışmanlık, hastalıklardan korunma, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren kapsayıcı bir hizmet vermelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti, ilk başvuru yeri olma özelliği taşıırken gerekli olduğu durumlarda sevk ve konsültasyon sürecinde koordinasyon sağlayan sürekli bir sağlık hizmeti de sunmalıdır. Buna göre birinci basamak sağlık hizmeti olmazsa olmaz denilebilecek dört temel özelliği taşımaktadır. Bunlar;

a) İlk Başvuru: İlk başvuru herhangi bir problem ya da problemin yeni bir yönü söz konusu olduğunda sağlık bakımı almak için başvuran kişinin hizmete erişebilmesi ve hizmeti kullanması anlamındadır. Hizmet veren kuruluş erişilebilir olmalıdır ve hizmet kullanılmalıdır. Ayrıca ilk başvuru yeri halk tarafından mutlak suretle bilinmelidir.

²⁰⁴ <http://www.turksagliksen.org.tr/>, 22/04/2006

²⁰⁵ <http://www.bsm.gov.tr/ailehekimligi/tanim.htm>

b) Süreklilik: Düzenli bir bakım varlığı bunun kullanımı olarak algılanır. Toplumun tüm sağlık hizmet gereksinmelerine cevap vermelidir. Sürekliliğin esası, toplum veya kişi ile sağlık kuruluşunun ya da sağlık çalışanının ilişkisinin devamlılığıdır.

c) Kapsayıcı Hizmet: Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar tüm sağlık bakım hizmetlerini gerekirse kurum dışı destek olarak sağlamalıdır. Bunun için de gerekirse ikinci basamağa sevk, evde bakım ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin de olması anlamına gelmektedir²⁰⁶.

Birinci basamakta bakım hizmetleri; sorunun tanımlanması, tanı, izlem ve yeniden değerlendirme basamaklarını içermelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; tedavi edici hizmetler kadar koruyucu hizmetleri de kapsamalıdır. Hangi koruyucu hizmete ihtiyaç, hem de gerekli olduğuna karar vermek önemlidir. Koruyucu hizmetler, sadece tıbbi bakım alanlarına yönelik bir çaba değildir. Sağlıklı kişileri ve bakıma ihtiyacı olanı tespit etmeyi de içermektedir. Toplum düzeyinde kapsayıcılık, hizmet yelpazesinin toplumun ihtiyacına göre belirlenmesi ve bu hizmetin topluma ulaşmasının derecesi ile ölçülür. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcı olabilmesi için tüm kalkınma programlarına ve belirlenen sağlık sorunlarına ilişkili ve yönlenmede dengeli olmalıdır. Entegre olması, kültürel olarak kabul edilmeli, teknik olarak uygun olmalı, bölgesel ihtiyaçları hiç kuşkusuz karşılayabilir nitelikte bir yapıya sahip olmalıdır.

d) Koordinasyon: Sağlık kuruluşları ve sağlık personeli arasında da olmalıdır. Bunun çok iyi bir bilgi toplama ve kullanma sistemi de mevcut olmalıdır²⁰⁷.

4.4. AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI HAKKINDA YÖNETMELİĞİN İNCELENMESİ

4.4.1. Amaç, Kapsam ve Tanımlar

Bu Yönetmeliğin amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve

²⁰⁶ <http://www.turksaglikksen.org.tr/>, 22/04/2006

²⁰⁷ <http://www.turksaglikksen.org.tr/>, 22/04/2006

esaslarını, çalışılan yer , kurum ve statülerine göre öncelik sıralamasını, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını, aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları, meslek ilkeleri, iş tanımları, performans ve hizmet kalite standartlarını, hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini, kayıtların tutulması ile çalışma ve denetime ilişkin usul ve esasları belirlemektir²⁰⁸.

Bu Yönetmelikte geçen;

Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

Kanun: 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunu,

Yerel sağlık idaresi: Toplum sağlığına ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve idari görevler ile eğitim, izleme, değerlendirme, denetim ve koordinasyon faaliyetlerini yürüten, illerde il sağlık müdürlüğünü ve ilçelerde ilçe sağlık grup başkanlığını,

Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis , tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri,

Geçici aile hekimi: Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile hekimini,

Aile sağlığı elemanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memurunu (toplum sağlığı),

Geçici aile sağlığı elemanı: Aile sağlığı elemanının yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile sağlığı elemanını,

²⁰⁸ “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik”, Resmi Gazete Sayısı : 25867, Resmi Gazete Tarihi: 06/07/2005, Madde:1

Aile sağlığı merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu,

Birinci basamak sağlık hizmeti: Toplum sağlığına y6nelik hizmetler ile kişisel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk alış noktasında verilen sağlık hizmetini,

İkinci basamak sağlık hizmeti: Hastaların tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, sevk edildiği sağlık kuruluşu tarafından verilen sağlık hizmetini,

Üçüncü basamak sağlık hizmeti: İkinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında yer almayıp, ileri tetkik ve tedavi yöntemlerini gerektiren ve tedavisi özellik arz eden hastaların sevk edildiği bir üst sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetini,

Gezici sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, il sağlık müdürlüğüne tespit edilen belde, köy ve mezra ve benzeri yerleşim yerlerine, Bakanlıkça belirlenen aralıklarla giderek yerinde vereceği sağlık hizmetini,

Hizmet bölgesi, hizmet grubu ve hizmet puanı: 8/6/2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinin ilgili Maddelerinde açıklanan bölge, grup ve puanları, ifade eder²⁰⁹.

4.4.2. Çalışma Usul ve Esasları

4.4.2.1.Aile hekiminin görevleri

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütölen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye y6nelik sağlık hizmetlerini yürötmekle yükümlüdür. Aile hekimi, kendisine

²⁰⁹ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:3

kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar²¹⁰.

Aile hekiminin görevleri;

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idaresine bildirmek,

c) Kişiyeye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli/sık görülen toplum sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri, rahim kanseri taraması ve benzeri), ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,

d) İlk kayıta ev ziyareti ile kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak,

e) Çalıştığı mekanda ve gerektiğinde (aile hekiminin ev ziyareti esnasında tespit ettiği evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere) güvenliği sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

f) Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütmek

g) Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak,

h) Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

²¹⁰ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:4

- i) Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,
- i) İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- j) Gerektiğinde kişiyi kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- k) Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- l) Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak,
- m) Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,
- n) Doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebeğe beraber izlem yapmak, ile yetkili ve görevlidir²¹¹.

4.4.2.2. Aile sağlığı elemanının görevleri

Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulması ile birlikte, kişilerin sağlık kayıtları ve istatistiklerinin tutulması ile yükümlüdür. Aile hekiminin yukarıda sayılan görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olur²¹².

Aile sağlığı elemanın görevleri;

- a) Aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin vital bulgularını almak ve kaydetmek,
- b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak,
- c) Yara bakım hizmetlerini yürütmek,
- d) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak,

²¹¹ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:4

²¹² Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:5

e) İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmak,

f) Poliklinik hizmetlerinde bulunmak, hastaların başka bir sağlık kuruluşuna sevki durumunda sevk işlemlerini yürütmek, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak,

g) Laboratuvar tetkikleri için numune almak,

h) Basit laboratuvar tetkiklerini (eğitimini almışsa) yapmak,

ı) Aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak,

i) Gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,

j) Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak,

k) Hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili olarak aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek,

ile yetkili ve görevlidir²¹³.

4.4.2.3. Gezici hizmetlerin yürütülmesi

Aile hekimliğine geçilen illerde gezici sağlık hizmeti bölgeleri, uygulama başlamadan önceki iki ay içinde, aile hekimliği uygulamalarına geçildikten sonra yapılmak istenen değişiklikler ise her yıl Ocak ve Temmuz aylarında il sağlık müdürlüğünün teklifi ve Bakanlığın uygun görüşüyle tesbit edilir. Gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü aile hekimleri atama sırasında belirlenir. Gezici sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin, bölgelerindeki dağınık yerleşim birimlerine belirli bir plan dâhilinde periyodik olarak ulaşmaları ve bu şekilde hizmet vermeleri esastır. Bunu sağlamak için aile hekimi, coğrafi durum, iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendisine bağlı olan yerleşim birimlerinin sayısını dikkate alarak hizmeti aksatmayacak şekilde ziyaret yapar ve programını köy/mahalle muhtarlar vasıtasıyla en geç bir önceki haftanın son iş günü saat 12.00'ye kadar duyurulmasını

²¹³ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:5

sağlar. Bu ziyaretlerin aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, aile hekimince uygun görülen kısmı aile sağlığı elemanınca da yapılabilir²¹⁴.

4.4.2.4.Kişilerin aile hekimini seçebileceği bölgeler

Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kaydolması şarttır. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen illerde il sağlık müdürlüğü tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Daha sonra kişiler, buldukları yerin coğrafi şartlarına göre yakın konumdaki aile hekimini zaman ve bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilir. Kendi seçimini yapan kişinin aile hekimini değiştirmesi için en az altı ay beklemesi zorunludur. Aile hekimliği uygulamalarının olduğu bir il'e ikamet amacıyla yeni gelen kişiler bölgelerinde bulunan aile hekimlerinden istedikleri bir aile hekimine kayıt yaptırırlar. Kayıt yaptırmamışlarsa ilk ev halkı tespitinde tespit edilirler ve il sağlık müdürlüğü tarafından kendine kayıtlı kişi sayısı en az olan yakın konumdaki aile hekiminden başlanarak kayıtları yapılır.

Herhangi bir nedenle bölgedeki aile hekimleri tarafından kayıt edilemeyen kişi, il sağlık müdürlüğü tarafından listesinde yakın konumdaki en az kişi kaydı olan aile hekiminin listesine eklenir. İllerde, merkez ilçe tek bölgedir. 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Kanununa tabi illerde ise, büyükşehir belediyesine bağlı her ilçe ayrı bir bölgedir. Büyükşehir sınırlarındaki ilçelerde, kişi isterse bulunduğu ilçe dışından aile hekimini seçebilir. Diğer ilçelerin her biri bir bölgedir.

Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmet almak üzere başka bir aile hekimine kayıt olamazlar. Ancak, başka bir aile hekimine kayıt olmak isterler ise, kayıt oldukları aile hekiminin aile sağlığı biriminden hizmet alırlar. Bu durumda, kayıt olunan yeni aile hekimi, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermek ile yükümlü tutulamaz.

Sürekli ikamet ettiği ilden uzakta kalacak kişi veya geçici süre ile Türkiye'de ikamet edecek olan kişi, zorunlu durumlarda kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden kayıt

²¹⁴ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:6

yaptırmaksızın sağlık hizmeti alır veya hastaneye sevk edilir. Bu durumdaki sevk, aile hekiminin sevk sayısına işlenmez. Aile hekimi bu konumdaki kişiler için herhangi bir ücret talep edemez²¹⁵.

4.4.2.5. Personelin Çalışma saatleri

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin koşulları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenir ve yerel sağlık idaresince onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetleri çalışma süresine dahil edilir. Çalışılan günler ve saatler aile sağlığı merkezinin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilendirilmesi sağlanır. Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığı sağlanır.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, yangın, deprem, sel felaketi gibi olağanüstü durum ve hallerde çalışma saatleri ile bağlı olmaksızın çalıştırılabilirler. Hizmetlerin devamlılığının sağlanabilmesi için gerekli durumlarda Bakanlık personeli görevlendirme suretiyle çalıştırılır²¹⁶.

Görevlendirme suretiyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları yıllık, mazeret izni ve hastalık izni yönünden, asli statülerine ilişkin mevzuata tâbidir. Sözleşme ile çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları yıllık, mazeret izni ve hastalık iznini 5258 sayılı Kanununun 8 inci Maddesinin ikinci fıkrası uyarınca kullanırlar²¹⁷.

4.4.2.6. Geri dönüş ve görev değişikliği

Sözleşmeli aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları Bakanlık veya kurumlarının muvafakati ile göreve başlayabilirler. Bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarından ücretsiz izinli sayılırlar ve kadroları ile ilişkileri devam eder. Sözleşmeli aile hekimleri ve aile

²¹⁵ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:9

²¹⁶ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:11

²¹⁷ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:12

sağlığı elemanları bu görevlerinden ayrılmaları halinde, genel hükümler ve Bakanlık mevzuatına göre memur veya sözleşmeli pozisyonlara geçebilirler.

Bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşlarda memur statüsünde çalışmakta iken aile hekimliği uygulamasını tercih eden aile hekimi/aile sağlığı elemanı, kamu hizmetinden çıkarılmayı gerektirecek bir fiil dışında, uygulamadan vazgeçmesi durumunda veya herhangi bir suretle sözleşmelerinin sona ermesi halinde, ücretsiz izine ayrıldığı ilçe sağlık grup başkanlığına veya kurumuna atanır.

Bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşlarda sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimliği uygulamasını tercih eden aile hekimi/aile sağlığı elemanı, kamu hizmetinden çıkarılmayı gerektirecek bir fiil dışında , uygulamadan vazgeçmesi durumunda veya herhangi bir suretle sözleşmelerinin sona ermesi halinde, boş ise önceki sözleşmeli personel pozisyonlarına, bu pozisyon dolu ise aynı hizmet bölgesinde, bu bölgede boş pozisyon bulunmazsa sırasıyla üst hizmet bölgelerinde boş pozisyonlara öncelikle atanırlar.

İki ay önceden bağlı olduğu il sağlık müdürlüğüne yazılı olarak bildirmek koşulu ile uygulamadan vazgeçerek diğer hekimlik alanlarına yönelmek her zaman mümkündür. Aile hekimliği uygulaması içinde görev almak, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'na girmeye veya farklı görevler için başvurmaya engel değildir. Aile hekimliği uygulaması içinde çalışan hekim, farklı bir göreve başlamak için aile hekimliği uygulamalarından ayrılmak zorundadır²¹⁸.

4.4.3. Performans ve Hizmet Kalite Standartları

Aile hekimlerinin performans değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınır. Sevk oranları, bebek ve gebe izlemi ve aşılama oranlarının hesaplanmasına dair usul ve esaslar bakanlıkça belirlenir²¹⁹.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı, Bakanlıkça belirlenen birinci, ikinci aşama ve aile hekimliğine yönelik yıllık hizmet içi eğitimlerin en az % 80'ine katılarak hizmet kalite

²¹⁸ “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik”, Resmi Gazete Sayısı : 25867, Resmi Gazete Tarihi: 06/07/2005, Madde:13

²¹⁹ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:14

standartlarının yükseltilmesini sağlamakla yükümlüdür. Öngörülen sevk oranını aşan aile hekimleri, sevk ettiği vakaların niteliğine göre hizmet içi eğitime tabi tutulabilirler²²⁰.

4.4.4. Atamalarda ve Görevlendirmelerde Öncelik Sıralaması Ölçütleri ile Nakillere İlişkin Esaslar

Aile hekimliği uygulamasında çalışacak personelin öncelik sıralamasına ilişkin usul ve esaslar, bu Yönetmeliğin (EK-1)'indeki Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usul ve Esaslara göre düzenlenir.

Aile hekimliği pilot uygulamasına geçişte belirli bir bölgede çalışacak aile hekimi sayısı Bakanlıkça ortalama 2500-3000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde, il merkezi ve ilin geri kalanı için ayrı ayrı tespit edilir.

Pilot illerde 3000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde aile hekimi çalışma bölgeleri tespit edilir. Yerel, idari, coğrafi ve nüfus özelliklerine göre 3000 kişinin üzerine çıkmamasına ve 2500 kişinin altına inmemesine özen gösterilir.

Büyükşehir belediyesine bağlı ilçelerin her biri ayrı ilçe kabul edilir. Aile hekimi çalışma bölgeleri yerel, idari, coğrafi ve nüfus esaslarına göre belirlenir ve ilan edilir. Aile hekimi sayısı belirlenen standartları aşamaz.

Her aile hekiminin yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışır. Aile sağlığı elemanı, çalışma koşullarının özelliğine göre ebe, hemşire veya sağlık memuru (toplum sağlığı)'dur. Sağlık evlerinde çalışmakta olan ebeler aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilmemişlerse, o bölgenin bağlı olduğu aile hekimine hizmet yönünden bağlı olarak çalışır. İdari yönden Sağlık Grup Başkanlığına bağlıdır.

Aile sağlığı elemanların seçimi aile hekimlerinin bu Yönetmeliğin (EK-1)'indeki Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usul ve Esaslarına göre öncelikle kendileri tarafından belirlenir ve il sağlık müdürlüğüne sözleşme imzalanmadan önce bildirilir²²¹.

²²⁰ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:15

²²¹ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:18

Aile hekimlerinin eğitimleri iki aşama halinde sürdürülür. Birinci aşama eğitim programı en çok on gündür. İkinci aşama eğitim, modüler eğitim tarzında birinci aşama eğitimin ardından başlar, süresi en az oniki aydır. Birinci ve ikinci aşama eğitimin süresi ve içeriği Bakanlık tarafından belirlenir. Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Aile hekimliği uzmanları, uygulamaya yetkilendirilmiş diğer hekimlerle birlikte Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabilir. Aile sağlığı elemanları Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabilirler. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu eğitimlerin en az % 80'ine katılmak zorundadır²²².

4.4.5.Fiziki ve Teknik Şartlar

Aile sağlığı merkezi, Bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir. Aynı aile sağlığı merkezinde görev yapan her bir aile hekimi ayrı ayrı sözleşme yapmak zorundadır²²³.

Aile sağlığı merkezleri aşağıda belirtilen asgari fiziki şartları sağlamalıdır:

a) Bina; kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkânlarına sahip olmalıdır, toplam alanı bir aile hekimi için 60 metrekaredir. Birden fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için 20 metrekare eklenir.

b) Bekleme ve sekreter kayıt odası bulunmalıdır.

c) Muayene odası, her aile hekimi için en az 8 metrekare olmalıdır.

d) Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği ve sterilizasyon cihazlarını alabilecek büyüklükte olmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayene ve müdahalelerin ve acil müdahale malzemelerinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.

e) Çalıştırılması plânlanıyorsa, laboratuvar cihazlarının bulundurulacağı ve çalıştırılacağı uygun bir oda bulunmalıdır.

²²² Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:19

²²³ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:20

f) Sağlık kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, istatistik tutma, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların yapılacağı arka büro veya bir bölme bulunmalıdır.

g) Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır.

Muayene odası dışında bahsedilen diğer odalar aile hekimlerince müşterek kullanılabilir. Yukarıda bahsedilen odalardan (d), (e) ve (f) bentlerinde belirtilenler ayrı oda olmak zorunda değildir, uygun başka odalarla birleştirilebilir²²⁴.

Aile hekimleri öncelikle, bölgedeki Bakanlık ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık kuruluşlarında hizmet verirler. Bu imkânların sağlanamaması halinde aile hekimleri çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan mekânlarda hizmet verirler.

Aile hekimi birden fazla belde veya köye gezici sağlık hizmeti vermek zorunda ise il sağlık müdürlüğüne uygun görülen merkezi konumdaki yerleşim biriminde ikamet eder. Aile hekiminin gezici sağlık hizmeti vereceği belde ve köylerin tespitinde aynı güzergâhta ve birbirine yakın konumda olması gibi coğrafi özellikler göz önünde bulundurulur. Bağlı olan yerleşim biriminde sağlık evi var ise aile hekimi bu sağlık evinde hasta kabul edebilir.

Merkezlerin belirlenmesinde, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen asgari standartları sağlaması ve hizmetten yararlanan nüfusun kolayca ulaşabileceği yerde olması esastır. Göreve yeni başlayan aile hekimi mevcut personel ile hizmet vermeye başlar. İsterse hizmet verdiği mekânı il sağlık müdürlüğünün uygun görüşü ile değiştirebilir²²⁵.

Aile hekimi, tanı ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini mümkünse kendi çalıştığı birimde yapar. Diğer laboratuvar hizmetleri ilçe sağlık grup başkanlığı bünyesinde sürdürülür veya il sağlık müdürlüğünün uygun gördüğü sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırılır²²⁶.

²²⁴ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:21

²²⁵ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:23

²²⁶ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:24

4.4.6. Kullanılacak Belgeler

Aile hekimi sağlık hizmetlerinin bütünüyle kullanımından sorumlu hekimdir. Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Hastayı gerekiyorsa sevk eder ve verilen hizmetleri geri bildirim vasıtası ile izler ve hizmet birimleri arasında gerekli koordinasyonu sağlar. Hastanede doğum yapılması halinde, taburcu işlemleri yapılırken annenin ve bebeğin sağlık durumlarını bildiren ve hastanede yapılan tıbbi işlemleri açıklayan epikrizleri ilgili tabipler tarafından ayrı ayrı doldurulur ve imzalanarak aile hekimine teslim edilmek üzere hastaya verilir.

Aile hekiminin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk ettiği, veya aile hekimine bağlı olup da bahsedilen sağlık kurum ve kuruluşlarına sevksiz giden kişilere usulüne uygun epikriz düzenlenmesi zorunludur. Epikrizin verilmemesi halinde işlem yapılması için aile hekimi durumu ilçe sağlık grup başkanlığına bildirir. Bu epikrizi doldurup aile hekimine teslim edilmek üzere hasta veya hasta yakına vermeyen hekimler hakkında 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun ilgili hükümleri uyarınca işlem tesis edilir.

Birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamağa sevk sadece aile hekimi tarafından yapılır. Kayıtların tek elde toplanıp denetlenmesi için birinci basamakta resmi reçete yazılması ve hastalık raporu tanziminde aile hekimi yetkilidir. Olağanüstü haller ile toplum sağlığını tehdit eden ve kemoproflaksi gerektiren bulaşıcı ve salgın hastalık hallerinde, ilçe sağlık grup başkanlığındaki hekim tarafından, reçete düzenlenmesini gerektiren özel durum belirtilmek suretiyle resmi reçete düzenlenebilir. Bu durumda ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.

Ölü muayenesi ve defin ruhsatı verilen kişilerin kayıtları aile hekimine bildirilir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ve muayenehanelerinde serbest çalışan uzman hekimlerce düzenlenen ayaktan takip ve tedavi protokollerinin aile hekimince kayıt ve takibi gereklidir. İlgili uzmanlık dalında hastanın tetkik ve tedavisi tamamlandıktan sonra aile hekimine geri bildirim aynı sevk formu üzerinden veya forma ekli epikriz vasıtasıyla yapılır.

Aile hekimi, hastasını bir üst basamağa sevk etmesi halinde uygun sevk formuna sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır. Hasta sevk evrakı, reçete, rapor, bildirimi zorunlu hastalıklarla ilgili formlar ve diğer kullanılacak belge örnekleri Bakanlıkça belirlenir.

Sosyal güvenlik kurumuna bağılı olarak sağıık güvencesine haiz olan kişilerin reçeteleri ilgili kurumun sağıık karnelerine yazılır. Kişinin herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşu ile ilişkisinin bulunmaması halinde ise, Bakanlıkça belirlenen formata uygun şekilde bir nüsha halinde reçete tanzim edilir ve hastaya verilir. Bu durumda ilaç bilgileri dozajları ile birlikte kişi dosyasına işlenir²²⁷.

İşyeri hekimi, işyerindeki çalışana sevk, reçete veya rapor gerektiğinde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile aile hekimine gönderir. Kişiler aile hekimlerince takip edilmek durumundadır. İşyerinde oluşacak acil durumlarda hastaya gerekli müdahale işyeri hekimi tarafından yapılır ve gerekirse hastane acil servisine sevk edilerek en kısa süre içerisinde aile hekimi bilgilendirilir. Kurum hekimliğinden sağıık hizmetleri alan kişiler, aile hekimine kayıt yaptırarak sağıık hizmetini alırlar²²⁸.

4.4.7. Kayıtların Tutulması ve Denetim

Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağıık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmi kayıt ve evrak niteliğindedir. Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, konulan teşhisler (kodları ile birlikte), aşılama, gebe ve loğusa izlemi, bebek ve çocuk izlemi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler ve Bakanlık tarafından belirlenen benzeri veriler belirli aralıklarla düzenli olarak Bakanlığa bildirilir. Aile hekimlerinin ve aile sağıığı elemanlarının kendileri ile ilgili kayıtları il sağıık müdürlüğünde tutulur²²⁹.

Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağıık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır. Aile hekimi denetimlerde kendine kayıtlı kişilerin dosyalarını, hasta haklarına riayet etmek suretiyle, göstermek zorundadırlar. Kişi kendisi ile ilgili tutulan kayıtların bir nüshasını talep edebilir²³⁰.

Aile hekimi tarafından tutulan kayıt ve belgeler, hekimin ayrılması veya kişinin aile hekimini değıştirmesi halinde eksiksiz olarak sorumlu olacak aile hekimine devredilir ve ilçe

²²⁷ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:25

²²⁸ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:26

²²⁹ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:27

²³⁰ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:28

sağlık grup başkanlığı bilgilendirilir. Bulunduğu bölgeden ayrılan aile hekimi öncelikle kendisine kayıtlı kişileri il sağlık müdürlüğüne bekleme listesinden görevlendirilen bir aile hekimine devretmek zorundadır. Atanan aile hekimi kayıtlı kişileri devralır. Acil bir sebeple görevinden ayrılmak zorunda kalan aile hekiminin kayıtları ilgili ilçe sağlık grup başkanlığı tarafından devralınır ve görevlendirilen aile hekimine devredilir²³¹.

Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ve diğer konularda Bakan, ilgili mülkî idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tâbidir. Denetim yapmaya yetkili amir, mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılığı doğrudan kendisi tespit edebileceği gibi, tespiti yapmak üzere soruşturmacı da görevlendirebilir. Mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık tespit edildiği takdirde, genel hükümler ve 5258 sayılı Kanununun 8 inci Maddesinin ikinci fıkrası uyarınca ilgililer hakkında işlem tesis edilir²³².

4.5.DÜZCE'DE AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ GEREKÇELERİ

Ülkemizde başta ve öncelikle birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık sistemimizin hizmet sunumu ve yönetim boyutunu bütünüyle değiştirecek olan Aile Hekimliği sistemine geçiş sürecinde Sağlık Bakanlığı belirlemiş olduğu illerde pilot uygulama yapmayı planlamakta ve bu pilot uygulamaların ertesinde sistemi ülke geneline yaygınlaştırmayı hedeflemektedir. Bu süreçte gerek pilot uygulama alanlarının belirlenmesi gerekse de pilot uygulamanın değerlendirilmesi ve izlenmesi aşamalarında belirlenmiş kriterler, göstergeler bulunmadığı anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı dokümanlarında yazılı bir iş planı, zaman çizelgesi vb. planlama unsurlarına rastlanamamıştır.

Yukarıda belirlenen kavramsal çerçeve ışığında gerek pilot bölge seçim gerekse uygulama aşamasında kullanılacak (kullanılması gereken) göstergelerin belirlenmesi gereklidir. Aile hekimliği pilot uygulama sürecinin uygulanacak bölgede sağlık hizmet sunumunu bütünüyle değiştireceği göz önüne alındığında izlem ve değerlendirme için uygun göstergelerin belirlenmesi yanı sıra “başarı ya da başarısızlık” kararı verebilmek için böyle bir

²³¹ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:29

²³² Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, a.g.e. , Madde:30

yöntem zorunlu görünmektedir. Aksi, pilot uygulamanın başarısını peşinen kabul etmek anlamına gelecektir.

Sağlık Bakanlığı aile hekimliği pilot uygulamalarının izlem ve değerlendirme sürecinde girdi, süreç ve sonuç başlıkları olarak bir çerçeve ortaya koyabilmek için pilot uygulama süreç, mevcut durumun analizi ise girdi olarak değerlendirilebilir. Girdi olarak değerlendirilecek mevcut durumun analizi, sürecin etkisinin ortaya konabilmesi için kritik bir aşamayı oluşturmaktadır. Bu açıdan aile hekimliği uygulamasının hem yönetsel hem teknik(maliyet, finansal boyut) hem de sağlık durumuna etkisini ortaya koyabilecek parametrelerle değerlendirilmesi ve pilot uygulama alanlarının seçiminde kullanılması gereklidir²³³.

Pilot uygulama alanı seçim ile izlem ve değerlendirme çerçevesi için aşağıdaki ana başlıklar kullanılabilir. Bu başlıklar aynı zamanda gösterge kategorilerini de oluşturmaktadır bunlar:

1. Sağlık politikaları: Bu başlık yazılı sağlık planları varlığı, sektörler arası eşgüdüm düzeyi, sağlık kuruluşları arasında işbirliğinin durumu, toplum katılımı mekanizmaları, kaynak ve olanakların eşit dağılımı ile ilgili durum gibi unsurları içerir. Sağlık Bakanlığı tarafından gerek pilot illerin belirlenmesi gerekse de uygulama aşamalarında bu kapsamda durumuna ilişkin bir değerlendirme yapılmadığı izlenmektedir.

Pilot uygulama seçim kriterlerinin değerlendirilmesi bir alt başlık olarak vurgulanabilir. Pilot uygulama bölgesinde etkili bir planlama ve uygulama için mevcut kapasite, deneyim, uygun eğitimli personel, idare ve sağlık sektörü arasındaki işbirliği ve eşgüdüm, güçlü bir toplum katılımı varlığının değerlendirilmesi başlangıç aşamasında kullanılabilir yol ve yöntemlerdendir. Sıralanan başlıklarda pilot uygulama gerçekleştirilecek bölgelerin seçiminde göz önüne alınması gereken birçok faktörün bulunduğu izlenmektedir. Bu faktörler arasında mevcut durumun analizi, ihtiyaç ve önceliklerin ortaya konulması, belirlenmiş izleme kriterleri ve göstergeler ile etkili bir

²³³ Pratisyen Hekimlik Derneği, Düzce Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması Çalışma Grubu, “Düzce Raporu”, İstanbul 2005, s.36

değerlendirme ve raporlama yapısının oluşturulması ülkemizde hayata geçirilmeye çalışılan aile hekimliği pilot uygulamaları için önde gelen başlıklar olarak değerlendirilmelidir.

Uygulama aşamasında mevcut durumun analizi uygulanacak programın ve sürecin etkisinin izlenebilmesi açısından önem taşımaktadır. Uygulama sürecinde “veri toplama ve analizi için anahtar önceliklerin belirlenmesi” ve “var olan durumun analizi, toplumsal düzeydeki ihtiyaçların analizi ve bu ihtiyaçları dengeleme fırsatlarının ortaya konulması” ve bu amaçla “göstergeler, hedefler ve zaman çizelgesi kullanılarak” planlama yapmak gerektiği belirtilmektedir²³⁴.

2. Sosyal ve ekonomik gelişme: Bu başlıkta bölgenin genel sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyi yanında bölge içindeki gelir dağılımına ve sosyo ekonomik duruma ilişkin eşitsizlikler, uygun konut koşulları, oda başına düşen kişi sayısı, bölgenin geçim kaynakları ve çalışma alanları gibi bir çok unsur sıralanabilir. Özellikle mevcut durumun ortaya konması ve pilot uygulama alanlarının belirlenmesi aşamalarında önemli yer tutan göstergelerdir.

3. Bölge nüfusu: Nüfusun yaş, cins, coğrafi dağılımı, nüfus yoğunlukları, göç yoğunlukları ve hızlı gelişim gösteren yerler, ulaşım olanakları, doğum ve ölüm hızları, doğurganlık ve doğal artış göstergeleri.

4. Sağlık hizmetleri: Sağlık hizmetlerini varlığı, yaygınlığı, ulaşılabilirliği, ve hizmet içeriği ile ilgilidir. Sağlık kurumlarının yerleşimi, dağılımı ve ulaşım olanakları, etki alanları, farklı sağlık kurumlarını hizmet alanlarının kesişim noktaları, sağlık kurumlarının yerleri, kurum özellikleri(kamu/özel vb), hizmet kapsamları(hastane, poliklinik, sağlık merkezi vb), her sağlık kurumundan yaklaşık yararlanan kişi sayısı, yaş ve cins dağılımı, hastaneler için yatak sayısı, temel sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak miktarı, sağlanan temel destek varlığı (Temel ilaçlar, aşılar, malzeme, laboratuvar ekipmanları vb) bu kapsamda sıralanabilir. Hizmetin içeriği TSH'nın sekiz ana unsuru üzerinden değerlendirilebilir:

“Sağlık eğitimi, beslenme, yeterli ve güvenli içme suyu, ana çocuk sağlığı, aile planlaması, bağı endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, temel ilaçların saptanması ve sağlanması.”

Bu başlıkta aşılama hizmetlerine özel bir yer vermek gereklidir. Ana gösterge olarak yaş gruplarına göre aşı ile korunulabilir hastalıkların insidansı, DBT aşısının 3 doz ve kızamık

²³⁴ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.37

aşısı ile aşılama oranları belirtilmekte, ek olarak yaş gruplarına göre aşı oranları, DBT için aşısı devamsızlık hızı , iki veya daha fazla tetanoz aşısı yapılmış gebe oranı, A vitamini alan 1 yaş altı bebek oranı göstergeler olarak sıralanmaktadır²³⁵.

5. Sağlık düzeyi: Bu başlıkta temel olarak beslenme durumu, morbidite ve mortalite göstergelerinin en yararlı göstergeler olduğu belirtilmektedir.

a. Beslenme durumu: Düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi, malnirasyonlu çocuk yüzdesi, çeşitli antropometrik ölçütler(yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy, boya göre ağırlık gibi), anne sütü alan bebek yüzdesi gibi göstergelerle değerlendirilebilir.

b. Morbidite göstergeleri: En sık görülen hastalıklar ve bu hastalıkların yaş ve cins dağılımları, aşısıyla korunulabilir hastalıkların sıklık ve dağılımları, bulaşıcı hastalıklar açısından yüksek riskli bölgelerin belirlenmesi, bölge için önemli hastalıklar ile ilgili temel tanı ve tedavi ekipmanlarının varlığı ve işlerliği, hastane yaşlılarının profili belirlenmelidir.

c. Mortalite göstergeleri: Başta bebek ve 1-4 yaş çocuk ölüm hızları olmak üzere, kaba ölüm hızı, ana ölüm hızı, hastalığa özel ölüm hızları bu başlıkta sıralanabilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan yönetmelik taslakları aile hekimi olarak çalışacak hekimlerin görevlerini 15 başlıkta tanımlamaktadır. Her ne kadar “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik Taslağı”nın “Çalışma Usul ve Esasları” adını taşıyan ikinci Bölümünde “kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu , tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar” ifadesine yer yerse de temelde hekim merkezli bir hizmet anlayışı içeren aile hekimliği uygulaması, kişiye yönelik sağlık hizmetlerini esas almaktadır. Görevler arasında yer alan ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebek izlemi, gerektiğinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavi uygulamaları, genişletilmiş bağışıklama programı, bu başlıklardaki göstergelerin izlem ve değerlendirmede kullanılabileceğini ortaya koymaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde ASYE ve ishal nedenli çocuk ölümleri, bu iki hastalıkla ilgili temel ilaçların sağlandığı aile hekimi oranı, gebe , bebek başına düşen ortalama izlem sayısı, ilk trimesterde tespit edilen gebe oranı, iki ve daha fazla doz tetanoz aşısı yapılan gebe oranı,

²³⁵Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.38

DBT3 ve Kızamık aşısı oranları, DBT aşısına devamsızlık oranı, aşısı ile korunulabilir hastalık sayıları, hastane yatışlarının yaş, cins, hastalık dağılımı, ölüm hızları (daha çok il-ilçe düzeyinde değerlendirilmesi gerekir) temel göstergeler olarak kullanılabilir. Ancak pilot uygulama süresinin kısa tutulmasının anlaşılması nedeniyle bu göstergelerdeki değişimin izlenebilme ve aile hekimliği sistemi süreciyle ilgili etkiyi görebilme olanağı olmadığı görülmektedir. Bu temel aşama olmaksızın ülke geneline sistemi yaygınlaştırılmayı hedefleyen Sağlık Bakanlığı'nın neden pilot uygulamaya gerek duyduğu anlaşılamamaktadır. Ayrıca yürürlüğe konulması düşünülen uygulamanın etkisini değerlendirebilecek veriler dışında bir mevcut durum analizi de bulunmamaktadır²³⁶.

Özet olarak pilot uygulamaya ilişkin izlem ve değerlendirme yaklaşımında girdi, süreç ve sonuç kriterleri açısından mevcut durumun girdi, pilot uy süreç olarak değerlendirildiği bir çerçeve gereklidir. Ayrıntılı bir mevcut durum analizi hem pilot uygulama alanlarının belirlenmesi hem de uygulamanın etkisini ortaya koymak açısından zorunludur. Bu onalize ilişkin oldukça ayrıntılı göstergeler tanımlanabilmekle birlikte başlıklar halinde alındığında analizin yukarıda da belirtildiği gibi, sağlık politikaları, sosyal ve ekonomik gelişme, bölge nüfusu, sağlık hizmetleri, sağlık düzeyi kapsamında tutulması söz konusu olabilir.

Pilot uygulama sürecinin Bakanlık yetkililerinin ifade ettiği kadarı ile oldukça kısa süreli olması, kullanılacak izlem ve değerlendirme göstergelerinin sayı ve çeşitliliğini kısıtlamaktadır. Bu açıdan incelendiğinde “süreç” değerlendirmesinin daha çok aile hekimlerinin görevleri üzerine temellendirilmesi gerekliliğini ortaya çıkmaktadır. Bu gereklilikle birlikte, bugün için sağlık ocağı temelli entegre ve ekip hizmeti temelli sağlık hizmetlerinin bütünlüğünün aile hekimliği sistemi ile bozulması, özellikle çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin de izlem ve değerlendirmeye alınmasını gerektirmektedir.

Sağlık Bakanlığı pilot uygulama bölgelerinin seçimi ve uygulamanın gerçekleştirilmesi ile ilgili olarak bilimsel bir yaklaşım ser Bu yaklaşımın sergilenmemesinde etkili bir çok faktörden söz edilebilir. Ülkemiz için aile hekimliği sistemi ve genel sağlık sigortası gibi zaten kendi tercihleri olmayan yanlış yollar seçen Sağlık Bakanlığı pilot uygulamaların “başarısını” peşinen kabul etmiş görünmektedir. Kaldı ki pilot uygulama sistemin finansal boyutu (Genel Sağlık Sigortası) olmaksızın uygulanma gibi bir özellik taşımaktadır. Böylece gerçek bir “pilot uygulama” olmaktan çok ama çok uzak kalacaktır. Ayrıca, Bakanlık, pilot

²³⁶ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.38

uygulamanın başarısızlığı nedeniyle aile hekimliği sisteminden vazgeçme gibi bir yolu da ortaya koymamaktadır.

Pilot uygulama ile amacını “Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eřit erişimin sağlanması” olarak belirleyen Bakanlık pilot uygulama bōlgelerini belirlerken hangi kriterleri kullanmaktadır bilinmemektedir. Belirlenen illerde (bugūn için resmi olarak bilinen sadece Dūzce’dir) birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi mi gerekmektedir, yoksa birinci basamak sağlık hizmetleri gelişmiş bir alan mı tercih edilmektedir gibi sorular yanıtısz kalmaktadır²³⁷.

4.6. AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI AÇISINDAN DūZCE İLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.6.1. Konumu Açısından Değerlendirilmesi

Dūzce, Batı Karadeniz Bōlgesi’nin Bartın’dan sonra en kūuk ili (2593km²) olup, kuzeyde Zonguldak, dođu ve gūneyde Bolu ve batıda Sakarya illeriyle sınırlıdır. Akçakoca ili ile Karadenize açılan Dūzce ili, 30 km. uzunlukta bir kıyıya sahiptir. İlin en būyuk yerleřmesi olan Merkez ilçe Dūzce; ticaret, hizmet, sanayi ve kūuk sanayi iřlevleri yūklenmiř son yıllarda yūksekokretim hizmetleri de geliřen 4. kademe kentsel merkezdir. Akçakoca 3. kademe kentsel merkez; Cumayeri, Çilimli, Gōlyaka, Gūmūřova, Kaynařlı ve Yıđılca ise ticaret, hizmet ve tarımsal ūretim iřlevli 2. kademe merkezlerdir. Dūzce ili cođrafi bakımdan, Ankara ve İstanbul metropollerinin orta yerinde olmasına rađmen, fiziki eřikler ve İstanbul metropolūnūn Ankara’ya oranla daha etkin olması nedeniyle, İstanbul’un etki alanında kalmakta, bununla birlikte sađlık ve eđitim gibi bazı hizmetleri Ankara’dan almaktadır.

Dūzce, İstanbul’a 205 km ve Ankara’ya 241 km uzaklıktadır. İl merkezinin gūneyinden TEM otoyolu geçmektedir. İl Akçakoca ili ile Karadeniz’e aılabilmektedir

²³⁷ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.39

ancak yolcu ve yük taşımacılığı açısından deniz ulaşımı söz konusu değildir. İlin demiryolu bağlantısı ve havaalanı yoktur²³⁸.

4.6.2. İdari Yapı Açısından Değerlendirilmesi

1321 yılında Osmanlı topraklarına katılan Düzce, 1864 yılında Kastamonu Vilayeti Bolu Mutasarrıflığına bağlı Göynük kazasının Akçakoca ile birleşik bir bucağı haline getirilmiş, 1870 yılında ise Göynük'ten ayrılarak müstakil ilçe olmuştur. 1913 yılında Bolu'nun il olması ile Düzce, Bolu'ya bağlanan ilçeler arasında yer almıştır. 1999 yılında yaşanan deprem felaketinden sonra Düzce, 9.12.1999 tarih ve 23091 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Bir İl ve İki İlçe Kurulması ve 190 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında 584 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname" ile İl statüsüne kavuşmuştur. Daha önce Bolu iline bağlı Akçakoca, Cumayeri, Çilimli, Gölyaka, Gümüşova, Yığılca ilçeleri ve 584 Sayılı KHK ile ilçe yapılan Kaynaşlı ilçesi Düzce iline bağlanmıştır. Merkez ilçe ile birlikte 8 ilçesi, Merkez Belediyesi dahil 11 Belediye (3 Adedi merkez ilçeye bağlı Belde Belediyesi), 69 Mahalle ve 303, Köyü bulunmaktadır. Karadeniz bölgesinin tipik bir dağınık yerleşimini arz eden Düzce ilinde; mahalle, oba ve mezra şeklinde toplam 661 yerleşim birimi bulunmaktadır²³⁹.

4.6.3. Sosyo-Ekonomik Yapısı Açısından Değerlendirilmesi

Ankara ve İstanbul gibi iki büyük metropolün arasında yer alan Düzce ili, konum itibariyle, sosyo-ekonomik gelişme için önemli bir üstünlüğe sahiptir. Düzce sanayi bakımından; ülkenin diğer kentleri ile kıyaslandığında gelişme göstermiş bir ildir denilebilir. ilde sanayi gelişmesi 1956 yılında orman ürünleri sanayi ile başlamış ve 1960 yılından sonra bu sektörde yaşanan gelişme hız kazanmıştır. Bu dönemde küçük ve orta boy sanayi niteliğinde olan orman ürünleri sanayi hızla gelişmiştir. Orman ürünleri sektörünün yanı sıra, av tüfeği imalatı ve gıda sanayi sektörleri de gelişmiştir.

Bolu ilinin 1973 yılında kalkınmada öncelikli iller kapsamında bulunduğu dönemde avantajlı teşvik tedbirlerinden yararlanan Düzce, 1980'de ilin kalkınmada öncelikli iller

²³⁸ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.16

²³⁹ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.17

kapsamından çıkarılmasından sonra normal yöreler kapsamında yer almıştır. Köy kapsamında verilen teşviklerle merkezi İstanbul'da bulunan ve üretim konuları itibariyle otomobil yan sanayi, tarım makineleri, inşaat malzemeleri, ambalaj ve mobilya, tarım koruma ilaçları gibi konularda faaliyet gösteren çok sayıda firma, Düzce'de üretim yapmaya başlamıştır. Bu dönemde yerli sanayi de gelişme göstererek; un, çeltik, fındık kırma, tarım koruma ilaçları ve av tüfek sanayi gibi konularda yoğunlaşmıştır. Özellikle 1976 sonrası kurulan sanayilerin bir kısmı kente bağımlı kalmayıp, planlama alanı dışında, yukarıda belirtilen ulaşım/ konum avantajları nedeniyle genellikle İstanbul-Ankara Karayolu üstünde yer seçmişlerdir. Düzce ilinin yeni il statüsüne geçmesi nedeniyle, demografik ve sosyoekonomik verilerinin resmi olarak yayımlanmamış olması, ilin sosyoekonomik durumunun detaylı olarak incelenebilmesini engellemektedir²⁴⁰.

4.6.4. Demografik Açıdan Değerlendirilmesi

Düzce'nin nüfusu DİE ye göre 2000 yılında 314.266 iken, bu sayı İl Sağlık Müdürlüğü'nün verilerine göre aynı yıl 268.048 ve 2004 yılında 303.313 olarak belirlenmiştir.

Tablo13: Düzce İli Nüfusunun Dağılımı

Yerleşim Yeri	Nüfus			Kent Nüfusunun Oranı(%)
	Toplam	Kentsel	Kırsal	
Merkez İlçe	159.690	56.649	103.41	35,5
Akçakoca	43.895	25.560	18.335	58,2
Cumayeri	13.348	7.434	5.914	55,7
Çilimli	16.849	7.147	9.702	42,4
Gökaya	19.612	8.572	11.040	43,7
Gümüşova	18.043	12.103	5.940	67,1
Kaynaşlı	21.639	9.439	12.200	43,6
Yığılca	21.190	3.728	17.462	17,60
Toplam	314.266	130.362	183.634	41,6

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, 2000

DİE 2000 yılı nüfus sayımı verilerine göre Düzce nüfusunun %58,4 ünün kırsal alanda yaşadığı bir kent olma özelliği taşımaktadır. Türkiye nüfusunun %40,8 inin kırsal alanda yaşadığı göz önüne alınırsa; kır/kent yerleşimi açısından Düzce ilinin bütün Türkiye'ye

²⁴⁰ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.18

yayılması planlanan aile hekimliği pilot uygulaması için çokta uygun bir olmadığı anlaşılmaktadır²⁴¹.

Tablo14: Düzce İli'nde Yıllara Göre Yıl Ortası Nüfus

Yıl	Yıl Ortası Nüfus
2000	268.048
2001	283.342
2002	290.283
2003	297.218
2004	303.313

Kaynak: Düzce İl Sağlık Müdürlüğü

İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre Düzce de ortalama hane büyüklüğü 4,3 kişidir. İl genelindeki hanelerin %67,6'nda 4 veya daha az kişinin yaşadığı, toplam doğurganlık hızının düşük olmakla beraber ülke geneli değerlerinin üzerinde olduğu, genç nüfusun doğurganlık hızının son yıllarda artış eğilimine girdiği gözlenmektedir. Nüfusun yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15: Düzce İli Yaş Gruplarına Göre Kadın Erkek Nüfusunun Oranı

YAŞ GRUBU	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
0	2330	0,77	2372	0,78	4702	1,55
1.-4	10400	3,43	9976	3,29	20376	6,72
5.-9	12989	4,28	12571	4,14	25560	8,43
10.-14	13237	4,36	12871	4,24	26108	8,61
15-19	13436	4,43	13278	4,38	26714	8,81
20-24	14441	4,76	14334	4,73	28775	9,49
25-29	13436	4,43	13417	4,42	26853	8,85
30-34	12538	4,13	12390	4,08	24928	8,22
35-39	11030	3,64	10566	3,48	21596	7,12
40-44	10674	3,52	10466	3,45	21140	6,97
45-49	9054	2,99	8300	2,74	17354	5,72
50-54	7718	2,54	8019	2,64	15737	5,19
55-59	5780	1,91	5979	1,97	11759	3,88
60-64	4721	1,56	5083	1,68	9804	3,23
65-69	3637	1,2	4432	1,46	8069	2,66
70-74	3372	1,11	3804	1,25	7176	2,37
75-79	1970	0,65	2150	0,71	4120	1,36
80-84	742	0,24	907	0,3	1649	0,54
85+	370	0,12	525	0,17	895	0,30
TOPLAM	151873	50,07	151440	49,93	303313	100,00

Kaynak: Düzce İl Sağlık Müdürlüğü, 2005

²⁴¹ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.18

2005 yılı verilerine göre Düzce ili, 151.873'ü erkek ve 151.440'ı kadın olmak üzere toplam 303.313 kişilik bir nüfusa sahiptir. Dağılım oranlarına baktığımızda erkekler toplam nüfusun %50.07'sini, kadınlar ise toplam nüfusun 49.93'lik bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nüfus oranlarının yaş gruplarına göre dağılımı yukarıdaki tabloda açıkça görülmektedir. Düzce de 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların nüfusa oranı %7,2'dir. Bu oran Türkiye için %6,9'dur. Bu oranlar Düzce'nin Türkiye ye göre daha gelişmiş bir nüfus yapısı barındırdığını düşündürmesi bakımından ipuçları vermektedir. Aile hekimliği pilot uygulaması değerlendirilirken, nüfustaki farklılıkların göz önüne alınması uygun olacaktır²⁴².

4.6.5. Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi

Düzce İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre Düzce'de toplam 139 sağlık kurumu/birimi bulunmaktadır. İl genelinde 31 sağlık ocağı , 96 sağlık evi ve 1 tanesi üçüncü basamak olmak üzere, toplam yatak sayısı 363 olan 5 hastane yer almaktadır.

Tablo16: Düzce'de Kamu Sağlık Kuruluşları

Sağlık Kurumu/Birimi	Sayı	Birim başına düşen nüfus
Sağlık Evi	96	3160
Sağlık Ocağı	31	9.784
Halk Sağlığı Laboratuvarı	1	303.313
AÇSAP Mrk	1	303.313
VSD	1	303.313
112 İstasyon	3	101.104
Kızılay Kan Merkezi*	1	303.313
Devlet Hastanesi**	1	10.000 kişiye düşen yatak sayısı 21.0
Tıp Fakültesi Hastanesi***	1	

Kaynak: Düzce Valiliği ve İl Sağlık Müdürlüğü

*Kaynaşlı, Akçakoca ve Düzce Mrk.

**Akçakoca(1), Yığılca(1), Düzce Mrk(2)

***Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi

Türkiye de sağlık ocağı başına düşen nüfusla kıyaslandığında (12091 kişi) Düzce'de sağlık ocaklarının sayıca Türkiye'den daha iyi bir konumda olduğunu söylemek olanaklıdır.

²⁴² Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.19

Ancak Türkiye’de on bin kişi başına düşen başına düşen yatak sayısı 25,5 iken, bu sayının Düzce’de 21,0 olması; yataklı tedavi açısından Düzce’nin Türkiye’nin gerisinde olduğunu düşündürmektedir.

Düzce İl Sağlık Müdürlüğü’ nün verilerine göre 2004 yılı sonu itibariyle, Düzce’de kamu sağlık kurum kuruluşlarında çalışan sayısı 899 dur. Tıp fakültesinde çalışanlar bu sayınsın dışındadır. Düzce’de 1 tanesi 2004 yılında faaliyete geçen toplam 31 sağlık ocağı bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarının dağılımı incelendiğinde sağlık ocaklarının yaklaşık yarısının köy yerleşimli olduğu dikkati çekmektedir²⁴³.

Tablo17: Düzce İli Sağlık Ocakları

Sağlık Ocakları Yerleşim	Faal Sağlık Ocağı Sayısı	%	Faal olmayan(planlanmakta olan)
İ Merkezi	5	17	1
İlçe Merkezi	7	23	—
Belde	4	13	—
Köy	14	47	4
TOPLAM	30	100	5

Kaynak: SB TSH GM, 2004

2003 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre sağlık ocaklarının %47’si köy sağlık ocağıdır. Sağlık Ocaklarının %93’ü kendi binalarında hizmet vermektedir. Belirtilen yıl için toplam 96 sağlık ocağının 84’ünde ebe bulunmamaktadır(%88). Düzce de yer alan sağlık ocaklarının 2003 yılı standart kadro doluluk oranları incelendiğinde ve Türkiye verileri ile karşılaştırıldığında genel olarak oranların ülke geneli ile benzerlik gösterdiği izlenmektedir. Kırsal yerleşimli sağlık ocaklarının personel doluluk oranlarının yetersizliği dikkat çekmektedir. Kırsal alanda özellikle ebe, hemşire ve sağlık memuru kadrolarının, standart kadronun %10 u civarında olduğu hekim kadrolarında ise bu oranın %26 olduğu görülmektedir²⁴⁴.

²⁴³ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.20

²⁴⁴ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.22

Tablo18: Düzce’de Sağlık Ocaklarının SB Standart Kadro Doluluk Oranları (%)

Sağlık Ocakları	Hekim	Ebe	Hemşire	Sağlık memuru
Kentsel				
Düzce	45	37	51	33
Türkiye	50	47	39	31
Kırsal				
Düzce	26	10	12	11
Türkiye	27	11	11	10
Toplam				
Düzce	38	24	31	19
Türkiye	41	29	25	17

Kaynak: SB THS GM, 2004

Kırsal yerleşimli nüfusu yoğun ve sağlık ocaklarının yarıya yakını kırsal bölgede bulunan bir il olarak Düzce’nin bu ocaklarında sağlık personeli doluluk oranlarının yetersizliği çarpıcı bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle ebe, hemşire ve sağlık memuru sayısındaki yetersizlik belirgindir. Sağlık ocaklarında personel başına düşen nüfus incelendiğinde ebe başına düşen nüfusun Türkiye ile kıyaslandığında fazla olduğu görülmektedir.

Tablo19: Sağlık Ocaklarında Çalışan Başına Düşen Ortalama Nüfus

Sağlık Çalışanı	Sayı	Personel Başına Düşen Ortalama Nüfus	
		Düzce	Türkiye
Hekim	67	4.888	4.989
Ebe	81	4.043	3.690
Hemşire	67	4.888	6.700
Sağlık Memuru	31	10.564	12.616

Kaynak: SB TSH GM, 2004

Düzce de sağlık ocakları tarafından üretilen hizmetler sayısal olarak incelendiğinde kişi başına ortalama laboratuvar sayılarının Türkiye verilerinden yüksek olduğu izlenmektedir. Kişi başına ortalama poliklinik sayısı ülke ortalaması 2000-2003 yılları arasında yıl sırası ile 0.78, 0.86, 0.79, 0.93, ve poliklinik başına ortalama laboratuvar sayısı ise; 0.04, 0.04, 0.05, 0.07, 0.09 olarak gerçekleşmiştir.

Verileri sunulan yıllar içinde sevk hızının 2004 yılına kadar arttığı, 2004 yılında ise azaldığı izlenmektedir. Bebek, çocuk, gebe ve loğusa izlem ortalamaları yıllar içerisinde azalmış, 2004 yılında geçmiş yıllardaki düzeylerine yaklaşmıştır. Örneğin; bebek başına ortalama izlem sayısı 2000 yılında 7.1 iken bu sayı 2003 yılında 4.8'e düşmüş ve 2004 yılında ise 7.5'e çıkmıştır. Bir yandan poliklinik sayısının artışı ve sevk oranındaki azalma, diğer yandan da risk gruplarının izlemlerindeki artış ile 2004 yılında sağlık ocaklarının hizmet niteliğini yükselttiğini göstermektedir. Kuşkusuz, sınırlı verilerle ayrıntılı değerlendirme yapmak olanaklı olmamakla birlikte; Düzce'nin özellikle Türkiye ile karşılaştırıldığında ortalama izlem sayısının yüksek olması; bu ilde pek çok ille göre sağlık ocaklarının iyi işlediği izlenimi vermektedir²⁴⁵.

Tablo20: Düzce de Sağlık Ocakları Hizmetlerine İlişkin Bazı Ölçütler

Ölçüt	2000	2001	2002	2003	2004
Kişi Başı ortalama poliklinik sayısı	1.1	1.2	1.2	1.3	1.7
Poliklinik başına ortalama laboratuvar sayısı	0.0	0.1	0.1	0.12	0.16
Sevk oranı(%)	14.1	17.3	17.5	20.8	9.1
Sağlı personeli olmadan yapılan doğumlar(%)	3.8	3.5	2.2	1.6	1.1
Bebek başına ortalama izlem sayısı	7.1	5.0	5.7	4.8	7.5
Çocuk başına ortalama izlem sayısı	2.5	1.3	1.0	0.9	1.8
Gebe başına ortalama izlem sayısı	3.5	2.6	3.0	2.8	2.9
Loğusa başına ortalama izlem sayısı	1.3	1.0	1.1	1.0	1.7

Kaynak: 2000-2003 yılları için; SB TSH GM 2004 ve 2004 yılı için; Düzce İl Sağlık Md.

Düzce'de sağlık ocaklarında 2003 yılında toplam 426.796 hasta muayenesi gerçekleştirilirken, bu sayı 2004 yılında 499,749'a çıkmıştır. Sağlık ocaklarındaki hizmetlerden bazılarındaki gelişim tablo 20'de verilmiştir²⁴⁶.

²⁴⁵ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.23

²⁴⁶ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.23

Tablo21: Düzce’de Sağlık Ocakları Çalışmaları(2003-2004)

Hizmet	2003	2004	Fark(%)
Toplam muayene	426 796	499 749	17.1
Sevk sayısı	88 869	45 525	-48.8
Toplam laboratuvar	49 335	83 574	69.4
Küçük cerrahi müdahale	5 913	3 829	-35.2
Gebe izlem ve muayene	17 205	20 068	16.6
Adli otopsi	62	84	35.5

Kaynak: 2003 yılı için SB TSH GM 2004 ve 2004 yılı için Düzce İl Sağlık Md.

Tablo 20 ve 21 de görüldüğü gibi, 2004 yılında sağlık ocaklarının hem tedavi edici hizmetlerde, hem de koruyucu hizmetlerde hizmet niteliğini yükseltmesinin birinci basamakta döner sermaye uygulaması ile ilgisinin olabileceği söylenmekteyse de bu durumu ayrıntılı olarak incelemek gerekir. Ancak bu sonucun asıl olarak Düzce ilinin, özellikle merkezde yaşayanların tümüne ebe ve hemşireler aracılığıyla ev ziyaretleri ile izlem hizmeti götüren bir il olmakta, bütün zorluklara karşın halen direniyor olmasıyla ilgili olduğu bilinmelidir.

Burada görülmesi gereken önemli nokta, küçük yönetsel ve/veya ekonomik girişimlerle elimizin altında var olduğunun Düzce örneğinde olduğu gibi kanıtlanmış olmasıdır. Bu durum aynı zamanda 224 sayılı yasanın ortadan kaldırılarak yerine, aile hekimliği uygulamasının getirilmesinin gerekli olup olmadığı tartışmalarına da nesnel bir zemin oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak, Düzce’de verem savaş dispanseri’nde 2004 yılında yapılan muayene sayısı 13.589 gibi azımsanmayacak bir sayıdır²⁴⁷.

²⁴⁷ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.25

Tablo22: Düzce verem savaş dispanseri çalışmaları

VERİ ÇEŞİDİ	TOPLAM
Yapılan Muayeneler	13589
RADYOLOJİK MUAYENELER	
a-Standart Grafi	988
b-Mikrofilm	12549
BAKTERİYOLOJİK MUAYENELER	
a-Dispanserde Direkt	706
b-Bölge laboratuvarına gönderilen	
c- Diğer Lab. Muayeneleri(Sedimantasyon)	235
YAPILAN TÜBERKÜLİN (PPD) TESTİ	1638
OKUNAN TÜBERKÜLİN(PPD)	1400
YAPILAN BCG AŞISI(Toplam olarak)	3453
a-Direkt yapılan BCG	2880
b-Test(PPD)den sonra yapılan BCG	555
HASTA TEDAVİSİ	
GEÇEN YILDAN DEVİR TEDAVİDEKİ HASTA SAYISI	68
a-Yeni hastalar	95
b-Eskiden dönenler	14
YIL İÇİNDE TEDAVİDEN ÇIKARILAN HASTA SAYISI	107
GELECEK YILA DEVİR TEDAVİDEKİ HASTA SAYISI	65
ÖLEN TÜBERKÜLOZLU HASTA SAYISI	5
a-TBC Nedeniyle ölen hasta sayısı	0
b-TBC Dışı nedenlerden ölen hasta sayısı	0
YIL İÇİNDE BULUNAN NONSPESİFİK HASTA SAYISI	1481
İLAÇLA KORUNMA	
a-Geçen yıldan devir ilaçla korunan	129
b-Yıl içinde ilaçla korumaya alınan	138
c-Yıl içinde ilaçla korunmadan çıkarılan	173
d-Gelecek yıla devir ilaçla korunan	84

Kaynak: Düzce İl Sağlık Müdürlüğü, 2004

Düzce’de toplam 5 hastane bulunmaktadır. Bilindiği gibi SSK Düzce Hastanesi, tüm Türkiye’de ki SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesiyle birlikte, İl Sağlık Müdürlüğü’ne devredilmiştir. Hastanelerde 2004 yılında muayene edilen hasta sayısı 725.503’tür ve bunlardan yalnızca 224.8372’si (%3,4) yatarak tedavi altına alınmıştır. Bütün Türkiye’de olduğu gibi, Düzce’de de yataklı tedavi kurumları asıl olarak “ayakta” tedavi edeci sağlık hizmeti sunmaktadır. On bin kişi başına düşen yatak sayısı az gibi görünmesine karşın(21,0),hastaneler tam kapasite ile çalıştırılmamaktadır. Örneğin; Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi’nde yatak işgal oranı %68,0’ dır.

4.6.6. Sosyal Güvence Açısından Değerlendirilmesi

SSK kayıtlarına göre 2003 yılında Düzce’de SSK kapsamındaki toplam nüfus 136,524’tür.Bu sayı nüfusun %45’inin SSK kapsamında olduğunu göstermektedir. İl Sağlık

Müdürlüğü'nün verilerine göre yeşil kartlı kişilerin sayısı il genelinde toplam 79.491 kişi olmakla birlikte, bunların nüfusa oranı %26,2'dir ve bu bazı ilçelerde %73,4'e kadar yükselmektedir. Sağlıkla ilgili sosyal güvence kapsamında Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile devlet memurlarının oranının da bu oranlara katılacağı düşünülürse; Düzce'nin bu haliyle Türkiye'deki sağlıkla ilgili sosyal güvence durumunu temsil etmediği, başta yeşil kartlılar ile sağlıkla ilgili sosyal güvencesi olanların oranının yüksek olduğu anlaşılmaktadır²⁴⁸.

Tablo 23:Düzce'de Yeşil Kartlı Nüfusun İlçelere Göre Dağılımı

İLÇELER	NÜFUS	TOPLAM YEŞİL KART SAHİBİ KİŞİ SAYISI	%
MERKEZ	163.523	41.084	25.1
AKÇAKOCA	35.934	5.312	14.8
YİĞİLCA	20.011	14.693	73.4
GÜMÜŞOVA	13.723	2.546	18.6
CUMAYERİ	12.254	4.693	38.3
GÖLKAYA	19.130	5.255	27.5
KAYNAŞLI	21.605	3.423	15.8
ÇİLİMLİ	17.133	2.485	14.5
TOPLAM	303.313	79.491	26.2

Kaynak: Düzce İl Sağlık Müdürlüğü

4.7. DÜZCE'DE AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Genel Sağlık Sigortasının hayata geçirilebilmesinin önemli bir adımı olarak görülmesi gereken Aile Hekimliği ile ilgili 2004 yılında TBMM'de 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması' yasası çıkarıldı. Pilot olarak belirtilmesine karşın yasanın bir maddesinde belirtildiği üzere bu uygulamanın tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılması öngörülmektedir. Yasa sonrası arka arkaya ilgili yönetmelikler de yayınlanmıştır. Önce 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik', ardından da 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında

²⁴⁸ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.27

Yönetmelik' yayınlandı. Daha sonra Aile Hekimliği'nin pilot uygulama alanı olarak belirlenen Düzce ilinde Sağlık Bakanlığı tarafından çalışmalar başlatıldı²⁴⁹.

Bütün Türkiye'ye yaygınlaştırılması planlanan aile doktorluğu/hekimliği uygulaması için pilot il seçilen Düzce; Türkiye'nin batısında olması, 1999 yılında iki büyük deprem yaşaması ve kısa zaman önce il statüsüne geçmesi nedenleriyle coğrafi, yönetsel ve toplumsal açıdan, daha başlangıçta pilot uygulama için seçilmesi uygun olmayan bir il niteliği taşımaktadır. Düzce'nin demografik ve sosyoekonomik açıdan Türkiye'yi temsil etme özellikleri de sınırlıdır. Tüm bu sınırlılıklar, geç de olsa Sağlık Bakanlığı tarafından da görüldüğü için olsa gerek, topluma tanıtıldığı İstanbul toplantısında "pilot" olarak duyurulan uygulama; son zamanlarda, aile hekimliği ile ilgili işleyişin değerlendirileceği ve ardından 10 ilde yürütülecek pilot uygulamaya geçmek için zemin hazırlayacak bir "pre-pilot" uygulama adıyla tanıtılmaktadır²⁵⁰.

2004 verilerine göre 303.313 nüfusa sahip olan Düzce'de; 31 sağlık ocağı, 96 sağlık evi, 5 hastane bulunmaktadır. Sağlık Müdürlüğü verilerine göre Üniversite Hastanesi hariç, 899 sağlık personelinin çalıştığı Düzce'de, Aile Hekimliği uygulaması için yönetmelik gereği 2500-3000 nüfusa bir aile sağlığı merkezi oluşturmak üzere çalışmalar tamamlanmış, ilin tamamı 104 bölgeye ayrılmıştır. Her merkezde 1 aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı bulunulacağı göz önüne alınarak 104 hekim ve 104 ebe-hemşire aile hekimliği uygulamasının başlaması için gerekli personel sayısıdır. Yaklaşık 1 yıldır çalışmaların devam ettiği Düzce'de pratisyen hekimlere 10 gün, ebe-hemşirelere ise 3 günlük eğitim verilerek aile hekimliği ve aile sağlığı elemanı sertifikaları verilmiş ve personelin sözleşmeli statüye geçmesi için Bakanlık müsteşarlarının da katıldığı toplantılar sık olarak gerçekleştirilmiştir. Personelden belli tarihlere kadar gönüllü olarak dilekçe vermeleri istenmiş, gönüllü verilmediği takdirde hizmet puanına göre (yönetmelikte de belirtildiği üzere) zorunlu olarak atamalarının yapılacağı sürekli belirtilmiş, hatta bu konu personele sürekli baskı unsuru olarak kullanılmıştır.

²⁴⁹ <http://www.ses.org.tr/bilgi/35.htm> , 22/04/2006

²⁵⁰ Pratisyen Hekimlik Derneği, a.g.e. , s.29

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında 80 hekimin çalıştığı Düzce’de aile hekimliği için yeterli hekim bulunamamış, yeni atamalar talep edilmiş gerekli başvuru olmadığından, devamında Türkiye geneline yazı çıkarılmıştır. Düzce’de görev yapan 80 hekimin 71’i geçiş için dilekçe vermiştir. Bunların 40 kadarı ilk atama olup asaletleri henüz tasdiklenmemiş ve tayin yazılarında aile hekimi olarak görevlendirilmek üzere ibaresi yer almış olanlardır. Sayıyı tamamlamak için hekim arayışı devam etmekte olup en son aşamada devlet hastanesinden iki pratisyen hekimin zorunlu ataması yapılmıştır. 104 aile sağlığı elemanı için ise; sağlık ocaklarında görev yapan toplam 180 ebe-hemşire-sağlık memurunun 28’i dilekçe ile başvurmuştur. Yönetmelik gereği aile sağlığı elemanları sözleşmeyi hekimle yapacak olup, görev tanımları net değildir. Yönetmelikte aile sağlığı elemanının görevleri sayılmış ve en son olarak hekimin verdiği görevleri yapar ibaresi konulmuştur. Başvuran 28 personel ise aile birliğinin bozulmaması, düşük puanı olması nedeniyle köylere gönderilme ve yeni göreve başlamış olmanın kaygısı içinde hareket ettiklerini, yani zorunlu gönüllü olduklarını ifade etmiřlerdir²⁵¹.

Düzce de 2004 yılında sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı (Sağlık ocaklarına başvuru sayısı 499.749, verem Savaş Dispanserine başvuru sayısı 13589 ve yataklı tedavi kurumlarına başvuru sayısı 725.503 olmak üzere) toplam olarak 1.238.841’dir. Yataklı tedavi kurumlarına acil olarak başvuru sayısı bilinmemekle birlikte, acil başvuruların toplam başvuru sayısı içinde büyük bir oranda gerçekleşmediği bilinmektedir. Bu durumda, aile hekimine yapılması olası toplam başvuru sayısı yılda yaklaşık 4,1 olarak(1.238.841/303.313) tahmin edilebilir. Aynı yıl özel sağlık kuruluşlarına yapılan başvurular bu sayının dışındadır. Yılda 50 hafta ve hafta da 40 saat çalışmasının planlandığı söylenen aile hekimlerinin bu durumda, tüm çalışma saatlerini muayenehane de hasta muayenesine ayırmak koşuluyla hasta başına yalnızca 9,8 dakika ayırmaları mümkün olacaktır. Bu sirenin nitelikli bir hasta muayenesi için bile yeterli olup/olmadığı tartışması bir yana; aile hekimlerinin gezici hizmetler ile hasta muayenesi dışındaki hizmetler için hangi zamanı kullanabilecekleri merak konusudur.

²⁵¹ <http://www.ses.org.tr/bilgi/35.htm> , 22/04/2006

Tablo 24: Dönemler İtibariyle Düzce İli Poliklinik Muayene Sayıları

DÜZCE İLİ POLİKLİNİK SAYILARI		
İLÇE ADI	15 EYLÜL-15 KASIM 2004 TARİHLERİ ARASI TOPLAM POLİKLİNİK SAYISI	15 EYLÜL-15 KASIM 2005 TARİHLERİ ARASI TOPLAM POLİKLİNİK SAYISI
MERKEZ İLÇE	34027	54138
KAYNAŞLI	8485	9685
ÇİLİMLİ	4941	7172
AKÇAKOCA	8823	10809
YIĞILCA	5065	7085
GÖLYAKA	7259	8552
GÜMÜŞOVA	4282	4636
CUMAYERİ	4822	5851
GENEL TOPLAM	77704	107928

Kaynak: Düzce İl Sağlık Müdürlüğü

Tablo 24 incelendiğinde; aile hekimliği pilot uygulamasının yürürlükte olmadığı 15 EYLÜL -15 KASIM 2004 tarihleri arasında toplam poliklinik sayısı 77.704 iken, aile hekimliği pilot uygulamasının yürürlükte olduğu 15 EYLÜL -15 KASIM 2005 tarihleri arasında toplam poliklinik sayısı 107.928'e ulaşmıştır. Aile hekimliği pilot uygulaması sonucunda diğer yıllardan farklı olarak ortaya çıkan yaklaşık %72'lik artış oldukça düşündürücüdür.

Tablo 25: Dönemler İtibariyle Düzce İli Gezici Mobil Hizmet Faaliyeti Değerlendirmesi

Dönem	Muayene Sayısı	Sağlık Kurumuna Sevk	Küçük Cerrahi Müdahale	Enjeksiyon	İdrar	Kan	Gebelik Testi	Aşılanan Bebek-Çocuk Sayısı	Aşılanan 15-49 yaş Kadın Sayısı	Halk Eğitimi Seans Sayısı
2004 EKİM	371	17	4	0	4	6	0	145	29	355
2005 EKİM	2675	61	11	131	19	46	8	110	40	104

Kaynak: Düzce İl Sağlık Müdürlüğü

Tablo 25 incelendiğinde aile hekimliği pilot uygulamasının yürürlükte olmadığı 2004 yılının ekim ayında muayene sayısının 371, sağlık kurumlarına sevk sayısının ise 17 olduğu ; 2005 yılının ekim ayında ise muayene sayısının 2675'e sağlık kurumlarına sevk sayısının ise 61'e çıktığı görülmektedir. Ayrıca 2004 yılının ekim ayına kadar yapılmayan enjeksiyon ve

gebelik testi uygulamasının sırasıyla 131 ve 8 olarak gerçekleşmesi de göze çarpan diğer unsurlardır.

Düzce’de bulunan sağlık ocaklarının tamamı, demirbaşlarıyla birlikte aile hekimlerine tahsis edilmiş olup, sağlık ocağı modeli tasfiye edilmektedir. Aile Hekimine öncelikle kendisine düşen nüfusu mahalleleri dolaşarak ev, ev kayıt altına alma görevi verilmiş, bu işlem için ise 2 ay süre tanınmıştır. Yönetmelikte belirtilmemesine rağmen adli tabiplik, çevre sağlığı vb. ile henüz diğer görevlerin tam olarak belirlenmediği sağlık hizmetleri için merkezde ve ilçelerde birer toplum sağlığı merkezi oluşturulacağı ifade edilmektedir. Yasa ve yönetmelikte herhangi bir düzenlemesinin bulunmadığı toplum sağlığı merkezlerinde sunulacak hizmetler, çalışacak personel sayısı ve meslekleri konusunda belirsizlik devam etmektedir²⁵².

Özellikle kırsal alanda sağlık insandan gücü eksikliklerine karşın , Düzce’de 224 sayılı yasanın gereklerine uygun olarak sağlık ocaklarının Türkiye’nin pek çok iline göre, görece daha nitelikli hizmet sunduğunun anlaşılması; finansman, örgütlenme ve sağlık insan gücü özelliklerinin yasanın yayınlanmasından sonra altı ay geçmesine karşın halen belli olmadığı aile hekimliği pilot uygulaması ile Düzce’de yaşayanların sağlığının olumsuz etkilenebilme olasılığını gündeme getirmektedir. Bu olasılığı ortadan kaldırmak ve her ne olursa olsun, pilot uygulamayı başarılı göstermek için kaynakların Türkiye’ye örneklenemeyecek biçimde sınırsızca ve akılcı olmayan biçimde kullanılması söz konusu olabilir. Bu nedenle, süreç izlenmelidir.

²⁵² <http://www.ses.org.tr/bilgi/35.htm> , 22/04/2006

SONUÇ

Sosyal güvenlik insanların buldukları toplumlarda insan onuruna yakışır bir şekilde, başka insanlara muhtaç olmadan yaşamalarının ve kişisel özgürlüklerinin teminatıdır.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25 inci maddesinde; “her insanın yiyecek, giyecek, konut, tıbbî bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dahil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığını ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu” ifadesi ile sosyal güvenlik hakkı da temel insan hakları arasında sayılarak, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesi, uluslararası bir metin ile garanti altına alınmıştır.

Bireyler kendi istek ve iradeleri dışında bir takım risklere maruz kalabilirler. Bu riskler çalışma gücünün bir bölümünü veya tamamını geçici veya sürekli arızaya uğratabilir veya gelirin tümü veya bir kısmı kaybolabilir. Doğanın ve ekonomik yaşamın bireyin önüne çıkardığı tehlikelerin acımasız sonuçlarına karşı korunma ve güvenlik duygusu, insanlık tarihi ile özdeşdir. Hastalık, sakatlık ve yaşlılık gibi insanoğlunun kaçınılmaz yazgısı niteliğindeki olayların, açlık, sefalet ve yoksullukla eş anlama geldiği dönemlerde, bu olayların etki çemberini kıramayan bireyin, yarın endişesinden arınarak, özgürlüğüne kavuşması ve kişiliğini geliştirmesi, olguları bir gereksinim olarak yüreğinde taşımasına karşın, olanaklı değildir. Bunların da ötesinde, çetin bir yaşam mücadelesi egemendir; ilkel toplumlarda, bu mücadele de yenik düşen yaşlı insanların bir dağın tepesine götürülerek ölüme terk edilmeleri, yeterli yiyecek bulunmaması nedeniyle ırmak kenarlarında yeni doğmuş bebek cesetlerine; yoksulluğun, yarınlara duyulan güvensizliğin ve çaresizliğin bir sonucudur. Tarihin sonraki aşamalarında belki bu denli ürkütücü olaylara tanık olunmayacaktır ama yoksulluk sorunu ve güvenlik arayışı, bireylerin yaşamlarına ve toplumlara damgasını vurmaya devam edecektir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 60 inci maddesinde, “herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, Devletin bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacağı ve gerekli teşkilâtı kuracağı” belirtilmiştir. Buna göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkından yararlanması gerekmektedir, bu hakkın sağlanması ve kişilerin bugünlerinin ve

yarınlarının güvenliği için gereken önlemleri alma ve örgütü kurma görevleri de devlete verilmiştir.

Söz konusu bu ihtiyacı karşılamak ve kamu görevlileri ile ilgili çok sandıklı mevcut sosyal güvenlik sisteminden kaynaklanan sakıncalara son vermek amacıyla, tekaüt veya emekli sandığı adıyla çeşitli sandıklar kurulmasını öngören tüm kanunlar mülga kılınarak, yeni bir yasal düzenleme için çalışmaya başlanılmış ve bu çalışmalar 08.06.1949 tarihinde 5434 sayılı “Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu” nun kabulüyle sonuçlanmıştır. Bu arada, bazı sigorta dallarının kapsamına, işçi statüsünde çalışanlarında alınması amacıyla, 09.07.1945 tarih ve 4792 sayılı Kanunla “İşçi Sigortaları Kurumu” kurulmuştur.

Türkiye’de emeklilik fonlarını idare eden SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı temel olarak dağıtım sistemine (pay-as-you-go) göre işlemektedir. Dağıtım sistemi sistemdeki aktif üyelerden topladığı geliri (mevcut çalışanlardan toplanan primler), pasif üyelere dağıtması (mevcut emeklilerin finansmanı) esasına dayanmaktadır. Yani belirli dönemde toplanan primler yine o dönemde harcanmaktadır. Bu sistemin kuruluşunda çalışanlardan toplanan primler rezerv olarak bir fon oluşturmakta kullanılır. Böylece prim gelirlerinin yanı sıra yatırım geliri de elde edilebilir. Sistemin ilk kuşağını oluşturan grup emekli olduğunda, ikinci kuşak birinci kuşağı finanse eder ve böylece dağıtım sistemi işlemiş olur. Aktif ve pasif üyelerin sayılarındaki oran dağıtım sisteminin (PAYG) işleminde önemli bir rol oynamaktadır.

Sosyal Güvenlik Sistemleri, bir günden diğerine sorunlarla karşılaşmazlar. Problemsiz bir sosyal güvenlik sistemi de düşünmek mümkün değildir. Aktüeryal hesap dengesine dayanarak faaliyet gösteren bir sosyal güvenlik kurumunun mali yapıları ile ilgili ortaya çıkan problemlerin çözümü için alınacak tedbirlerin gecikmesi sistemi kriz içine düşürür. Sosyal güvenlik kurumlarının karşılaştığı mali kriz uzun dönemli olumsuz faktörlerden kaynaklandığı için çözümü de ancak uzun dönemde mümkün olmaktadır.

Türk Sosyal Güvenlik Sistemi, 1990’lı yıllarda ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmış ve mali kriz içine girmiştir. Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının yıllık gelirleri giderlerini karşılayamamakta ve açıklar her geçen yıl katlanarak artmaktadır. Bu gün gelinen noktada, bu

kuruluşların devlet yardımı olmadan ayakta durabilmeleri imkansız hale gelmiştir. Sistemin açıkları, kamu açıklarının önemli bir nedenini oluşturur hale gelmiştir. Dolayısıyla, sosyal güvenlik sisteminin reformu, ekonomide istikrar sağlayacak yapısal reformların önemli bir parçasıdır. Sosyal güvenlik sistemimizi krize sürükleyen en önemli neden, temel sigortacılık kurallarından uzaklaşarak, sistemin politik müdahalelere maruz bırakılması ve bunun sonucunda aktüeryal dengelerin bozulmasıdır.

Sosyal güvenlik alanında faaliyet gösteren çok sayıda kurumun bulunması, bu kurumlar kapsamında bulunan kişilerin hak ve yükümlülüklerinin farklılaştığı bir sosyal güvenlik sistemi yaratmaktadır. Ayrımcılık yaratan bu dağınık yapı eşgüdüm sağlanmasını da zorlaştırmaktadır. Diğer taraftan, mevzuatın karmaşık olması, aşırı bürokratik işlemler, bilgi işlem altyapısının yetersiz olması ve personele ilişkin sorunlar sosyal güvenlik kurumlarının etkin çalışmasına engel olmaktadır.

Mevcut sistemin kurgusundan kaynaklanan bu sorunların yanı sıra, Türkiye'nin nüfus yapısında orta ve uzun dönemde meydana gelmesi beklenen değişim de sosyal güvenlik sistemimizde reform yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Mevcut sosyal güvenlik sistemlerinin malî açıdan uzun dönemde sürdürülebilir olup olmadığını belirleyen en önemli değişkenlerden biri, nüfusun yaş gruplarına göre dağılımıdır. 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, sosyal güvenlik sisteminin bir yandan gelirlerinin azalması bir yandan da giderlerinin artması sonucunu doğurur. Bu nedenle, bir ülkenin nüfus piramidinin yapısının değişim hızı, aynı zamanda sosyal güvenlik sisteminin geleceğini ve alınması gereken tedbirlerin zaman çizelgesini göstermektedir.

Türkiye şu anda genç bir nüfus yapısına sahiptir. Ne var ki geleceğe ilişkin projeksiyonlar, nüfusun hızla yaşlanacağını ortaya koymaktadır. Yapılan hesaplamalara göre, Türkiye 35 yıl gibi oldukça kısa bir sürede yaşlı nüfus sorunu ile karşılaşacaktır. Mevcut sosyal güvenlik sisteminin yapısından kaynaklanan sorunlar bir yana, Türkiye için öngörülen yaşlanma hızı bile sosyal güvenlik sisteminde acil ve kapsamlı bir reformun zorunlu olduğunu ortaya koymaktadır.

Öbür taraftan, nüfusun yapısındaki değişime ilişkin diğer göstergelerle ilgili öngörüler ise, önümüzdeki 35 yılın aynı zamanda önemli bir fırsat dönemi olduğunu da göstermektedir. 65 yaş ve üzeri nüfus ile 0-14 yaş arası nüfusun çalışabilir nüfusa oranını gösteren toplam

bağımlı nüfus oranı 2025 yılına kadar gerileyecektir. Bir başka ifadeyle, önümüzdeki 20 yıl bağımlı nüfusun azalacağı buna karşılık çalışabilir nüfusun artacağı bir dönem olacaktır. Bu dönem, aynı zamanda gerek büyüme hızının gerek toplam tasarrufların yükselmesi, dolayısıyla sosyal güvenlik kurumlarının fon birikimi sağlaması beklenen bir dönemdir. Önümüzdeki 20 yılda toplam bağımlı nüfusun artış hızındaki azalmanın yaratacağı bu fırsat, sosyal güvenlik sisteminin yanı sıra istihdam ve kayıt dışı çalışmanın önlenmesi konularında da reformlar gerçekleştirilmediği takdirde bir tehdiye dönüşecektir.

Sosyal güvenlik sistemimizin içine düştüğü ve acil önlemler alınmadığı takdirde kısa ve orta dönemde bütçe üzerinde büyük sorunlara yol açabilecek finansman sorunu, 1999 yılında yapılan düzenlemelerle çözülmeye çalışılmıştır. Bu düzenlemeler ağırlıklı olarak emeklilik parametreleri ile ilgili olmuştur. 1999 yılında yapılan düzenlemelere rağmen Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Bağ-Kur'un açıklarının artış hızı, 2000 yılındaki geçici azalma dışında, son dört yılda tekrar artış eğilimine girmiştir. Emekli Sandığı'nın açıkları ise SSK ve Bağ-Kur'a benzer düzenlemelerin 1999 yılında yapılmamış olması nedeniyle, 1994 yılından bu yana daha da hızlı artmıştır. Diğer iki sosyal güvenlik kurumuna göre nüfusun daha küçük bir bölümüne hizmet vermesine karşılık, Emekli Sandığının 2004 yılındaki finansman açığı daha yüksek olmuştur.

1999 düzenlemeleri ile ilgili gelişmeler, mevcut sosyal güvenlik sisteminin sadece belli parametrelerinde yapılan değişikliklerin, sistemin sorunlarını orta ve uzun dönemde çözmekte yetersiz kaldığını göstermiştir. Bir başka ifadeyle, sosyal güvenlik sistemimizin amaç, araçlar ve yöntem tutarlılığını sağlayacak tarzda, bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması ve yeniden yapılandırılması bir zorunluluk haline gelmiştir.

Gerek Türkiye'deki mevcut sisteminin sorunları gerekse nüfus yapısındaki beklenen değişim gözönüne alınarak, sosyal güvenlik sisteminde kapsamlı bir reform programı hazırlanmıştır. Bu reformun temel amacı orta ve uzun dönemde adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan, malî açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemine ulaşabilmektir. Bu amaçla tek bir emeklilik sistemi, tek bir sağlık sistemi tek bir sosyal yardım sistemi ve bu yapıyı yürütmek üzere tek bir kurumsal yapıyı içeren dört temel unsurdan oluşan kapsamlı bir sosyal güvenlik reformu planlanmıştır. Bu Kanunla emeklilik ve sağlık sistemlerinde norm birliği gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.

Sosyal güvenlik reformunun ana bileşenlerinden biri olan yeni emeklilik sigortası rejimi ile halen devlet memurları , hizmet akdine göre ücretle çalışanlar, tarım işlerinde ücretle çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar ve tarımda kendi hesabına çalışanları kapsayan beş farklı emeklilik rejiminin, aktüeryal olarak hak ve yükümlülüklerin eşit olacağı tek bir emeklilik rejimine dönüştürülmesi planlanmaktadır.

Yeni sosyal güvenlik sistemi; istisnaları bu Kanunda sayılmış ödemeler dışında kalan tüm kazançların, prime esas kazanç alt ve üst sınırları dahilinde prim hesabına dahil edilmesini, sigortalıların aylık veya gelire esas kazançlarının prim ödedikleri bütün yılların gelirleri esas alınarak hesaplanmasını, aylık bağlama oranının prim ödeme süresine göre artırılmasını, karşılığı alınmamış yardımların kapsama alınmamasını, prim ödenmesinin teşvik edilmesini, kaçak sigortalılık ve primlerin zamanında ödenmemesini caydırmayı, Kurumun Sigortalılar ve işverenlerle olan ilişkilerinde karşılıklı hak ve vecibelerin esas alınmasını, aktüerya dengesini gözetmeyi esas alan bir anlayışla yapılandırılmaya çalışılmıştır.

Sosyal güvenlik sistemi yeniden yapılandırılırken, sağlık hizmetlerinin finansmanının Türkiye’de yaşayan herkes için eşit ve tek bir yapıya dönüştürülmesi öngörülmüştür. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası sosyal güvenlik görevini genel anlamı ile devletin genel görev ve sorumluluk alanı olarak tanımlamak ile yetinmemiş, vatandaşların sağlık harcamaları yönünden sosyal güvenlik altına alınmasını ayrıca konu edinerek, 56 ncı maddede “Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” hükmü ile ayrıca özel bir atıfta bulunmuştur.

Ülkemizde dağınık yapıda olan ve yararlanma koşulları birbirinden oldukça farklı ve erişimi bütün nüfusa yaygınlaşmamış bulunan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü için yaklaşık 35 yıldır genel sağlık sigortası modeli tartışılmış, bu konuda farklı düzeylerde çalışmalar yürütülmüş ve çeşitli yasa tasarı taslakları hazırlanmıştır. Ülkemizde tüm nüfus kamu sağlık güvencesi yönünden kapsam ve koruma altına alınamamıştır. Ayrıca, sağlık hizmeti harcamaları kişilerin sağlık durumlarında düzelmeyi hedefleyen bütünlük bir politika çerçevesinde yapılmamaktadır. Örgütlenmedeki dağınık yapı, ciddi ölçüde israflara ve kötüye kullanımlara neden olmaktadır. Birinci basamak yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması, harcama düzeyini artırmaktadır.

Bugüne kadar bütün vatandaşları içine almak üzere bir genel sağlık sigortası sistemi geliştirilmediğinden çeşitli düzenlemeler ile bu eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır. Herkesi kapsayacak genel sağlık sigortası sistemi düzenleyici bir rol oynayacaktır. Bu yapı altında tüm nüfusu kapsayacak şekilde sağlık hizmetlerinin verilmesi hedeflenmektedir. Prime dayalı sosyal sigorta kuruluşları kendi kapsamında olan sigortalıların sağlık sigortası için belirlenmiş primlerini tahsil edip, genel sağlık sigortası kurumuna transfer etmeleri veya doğrudan yetkili kurum bünyesinde oluşturulacak fona yatırmaları, prime dayalı olmayan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonunun ise sosyal sigorta kuruluşları kapsamı dışında olanların tespiti ve bunların genel sağlık sigortası kapsamındaki ilişkilerini düzenlemeleri öngörülmektedir. Genel sağlık sigortası kapsamındaki primler, belirlenmiş sağlık hizmetlerini kapsayacaktır.

Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır.

Genel sağlık sigortası sisteminin temelini katkı oluşturmaktadır. Sisteme üye olanlar, sunulacak sağlık yardımları için belli oranda prim ödemek durumundadırlar. Ayrıca sisteme üye olmak isteğe bağlı olmayıp, zorunluluk söz konusudur. Sosyal sağlık sigortasının temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekar olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesidir. Bu, gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından bir diğeridir. Sağlık hizmetlerine erişim, sosyal koruma sistemlerinin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Kişilerin sağlık güvencelerinin olması sağlık hizmetinin kullanımına doğrudan olumlu yönde etki etmektedir. Kişilerin sağlık hizmetine kolay ulaşmaları hastalıkların ilerlemesine engel olmakta, toplumun genel sağlık göstergelerinde iyileşmeler yaratmaktadır.

Sosyal Yardımlar ve Hizmetler idaresi ile sağlık reformunun eşit muamele ilkesi birbirleriyle aslında alakalıdır. Sosyal yardım faaliyetlerini tek çatı altında toplayarak, gerçekten muhtaç olanlara yardımı, nesnel ölçütlere dayalı bir gelir testi (means testing) dahilinde, ulaştırmayı hedefleyen bir idare oluşturulması hedeflenmektedir. Düzenli geliri olmadığı için genel sağlık sigortası primlerini ödeyemeyenlerin, prim ödemelerini işte bu yeni idare yapacaktır. Böylece genellikle süreklilik arz etmeyen, arızı desteklere dayalı sosyal yardım sistemimiz, sürekli destek içeren mekanizmalarla teçhiz

edilebilecektir. Sosyal güvenlik reformu sonucu, genel sağlık sigortasına bu yolla yapılacak katkı yoluyla, sistem daha kapsamlı hale geleceğinden, sağlık sigortası mekanizmalarımızın istismarını sınırlandırabilmek de mümkün olabilecektir.

Hastalık halinde ise, vatandaşlarımızın en etkin ve hizmete kolay ulaşabilecekleri bir yöntemle tedavi edilmesine, normal ve üretken yaşamlarına dönmelerine yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir. Bu temel politika hedeflerini gerçekleştirmek üzere, çağdaş bir yönetim anlayışı ile vatandaşlarımızın tamamını kapsayan bir genel sağlık sigortası oluşturulmalıdır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları, standartları bütünleşik, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır.

Tasarıyla, kısa ve uzun vadeli sigortalar ile GSS bakımından kişilerin sosyal sigorta riskleri karşısında güvence altına alınması, bu sigorta kollarından yararlanacak kişiler ve sosyal sigorta haklarının, bu haklardan yararlanma şartlarının, sosyal sigortaların finansman ve karşılanma yöntemlerinin belirlenmesi, sosyal sigortaların işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemesi amaçlanmaktadır. Kısa vadeli sigorta kollarını, iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kolları; uzun vadeli sigorta kollarını ise malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası kolları kapsıyor. Tasarı kapsamında, çalışanlar, köy mahalle muhtarları, kendi hesabına bağımsız çalışanlar, kamu idarelerinde çalışanlar sigortalı sayılacaklardır.

Genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda yürütülen "Sağlıkta Dönüşüm" programı ile paralellik göstermektedir. SSK, Bağ-Kur, ES ve Maliye Bakanlığı tarafından farklı finansman yöntemleri ile yürütülen programların tek elde toplanması ve etkin kontrol mekanizmaları ile güçlendirilmiş bir sağlık hizmeti satın alma işlevinin sağlanması, Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçlarını gerçekleştirmede önemli bir rol oynayacaktır.

Anayasa'da nihai olarak hedeflenen sosyal adalet ilkelerinin bir gereği olan ve birçok ülkede uygulama alanı bulunan genel sağlık sigortası Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünleşmelerle buluşan ve Türk insanını gerçek anlamda bu alanda özlediği en temel yurttaşlık haklarından biri olan sağlıklı yaşam güvencesine kavuşturacak ve

çağın gereklerine uygun bir şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşabilmesine olanak tanıyacaktır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları, standartları bütünlük, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır.

Aile hekimliği, eşit, sürekli, koşullara uygun, nüfusa göre planlanmış, bilimsel, mesleki ve etik ilke ve esaslara dayanan, gelişime açık, çağdaş bir sağlık hizmetidir. Aile hekimlerinin görevleri: Birinci basamak tedavi hizmetleri, İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetinin evde ve ayakta takibi, kişiye yönelik koruyucu sağlık ve aile planlaması hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, periyodik muayene, ilk ve acil yardım hizmetleri olarak belirlenmiştir.

Aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa kişisel, sürekli ve birinci basamak sağlık hizmeti veren, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. Görevini muayenehanesinde, evlerde, bazen bir klinik ya da hastanede (sevk ettiği ve hastaneye yatırılan hastalarının takibinde) sürdürür. Erken tanı koymayı amaçlar, hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dahil eder. Kendisine bir hekim olarak getirilen tüm sağlık problemleri için bir ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da terminal hastalığı olanların sürekli tedavisini üstlenir. Hastası ile uzun süreli bağlantı kurarak hastalığı hakkında mesleki açıdan kullanabileceği verileri toplar. Diğer medikal ve medikal olmayan branşlar ile koordinasyon içinde çalışır. Hastasını gerektiğinde birinci basamakta tedavi eder, sevk etmesi gereken durumları bilir, hastaneye sevk durumlarında geri bildirim yapılması gerekir. Aile hekimliği bir ekip hizmetidir ve birinci basamak ekibi ile (hemşire, ebe, diş hekimi, diyetisyen, fizyoterapist gibi) birlikte yürütülür. Bu ekibin sorumluluğu başvuran bireylerin daha sağlıklı yaşamaları için koruyucu, tedavi edici hizmetleri vermek, gerekli sağlık eğitimini yapmaktır.

Ülkemizde başta ve öncelikle birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık sistemimizin hizmet sunumu ve yönetim boyutunu bütünüyle değiştirecek olan Aile Hekimliği sistemine geçiş sürecinde Sağlık Bakanlığı belirlemiş olduğu illerde pilot uygulama yapmayı planlamakta ve bu pilot uygulamaların ertesinde sistemi ülke geneline yaygınlaştırmayı hedeflemektedir. Bu süreçte gerek pilot uygulama alanlarının belirlenmesi

gerekse de pilot uygulamanın değerlendirilmesi ve izlenmesi aşamalarında belirlenmiş kriterler, göstergeler bulunmadığı anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı dokümanlarında yazılı bir iş planı, zaman çizelgesi vb. planlama unsurlarına rastlanamamıştır.

Yukarıda belirlenen kavramsal çerçeve ışığında gerek pilot bölge seçim gerekse uygulama aşamasında kullanılabilir (kullanılması gereken) göstergelerin belirlenmesi gereklidir. Aile hekimliği pilot uygulama sürecinin uygulanacak bölgede sağlık hizmet sunumunu bütünüyle değiştireceği göz önüne alındığında izlem ve değerlendirme için uygun göstergelerin belirlenmesi yanı sıra “başarı ya da başarısızlık” kararı verebilmek için böyle bir yöntem zorunlu görünmektedir. Aksi, pilot uygulamanın başarısını peşinen kabul etmek anlamına gelecektir.

Sağlık Bakanlığı; aile hekimliği pilot uygulamalarının izlem ve değerlendirme sürecinde girdi, süreç ve sonuç başlıkları olarak bir çerçeve ortaya koyabilmek için pilot uygulama süreç, mevcut durumun analizi ise girdi olarak değerlendirilebilir. Girdi olarak değerlendirilecek mevcut durumun analizi, sürecin etkisinin ortaya konabilmesi için kritik bir aşamayı oluşturmaktadır. Bu açıdan aile hekimliği uygulamasının hem yönetsel hem teknik(maliyet, finansal boyut) hem de sağlık durumuna etkisini ortaya koyabilecek parametrelerle değerlendirilmesi ve pilot uygulama alanlarının seçiminde kullanılması gereklidir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- AKAD, Mehmet : Teori ve Uygulamada Sosyal Güvenlik Hakkı, Kazancı Yayınevi, İstanbul 1992
- ALPER, Yusuf : Sosyal Güvenlik Sisteminde Kriz ve Reform İhtiyacı, İşveren, C.34, S.5, Şubat, Bursa 1996
- ALPER, Yusuf : Sosyal Sigortalar, Bursa 1997
- ARICI, Kaan : Sosyal Güvenlik, Tez-İş Eğitim Yayınları, Ankara 1999
- ARICI, Kaan : Bataktan Gün Işığına, Tez-İş Yayınları, Ankara 1999
- GÖKÇAY, İrfan : Ettiğimiz Yemini Çiğnernemiz İsteniyor, Sigorta Life, Deniz Matbaacılık, Sayı 3, İstanbul 1997
- GÜZEL, Ali ; OKUR Ali Rıza : Sosyal Güvenlik Hukuku, 9. Basım, Beta Yayınları, İstanbul 2003
- SÖZEN, Ali Nazım : Türkiye’de Sosyal Hukuku, 2.Baskı, İzmir 1998
- ŞEN, Ahmet : İşçiler Açısından SSK Gerçeği, Ankara 1998
- YELEKÇİ, Memduh : Sosyal Güvenlik Hukuku, Kavramı – Tanımı ve Sonuçları, Yargı Yayınevi, Ankara 2002

YAYINLAR

- Ekdemir, Hasan : Ulusal/Uluslararası Çalışma-Sosyal Güvenlik, Hukuk-Ekonomi Deyimleri Sözlüğü, SSK Genel Müdürlüğü, Yayın No: 538, Ankara 1992
- Pratisyen Hekimlik Derneği : Düzce Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması Çalışma Grubu, Düzce Raporu, İstanbul 2005
- Sağlık Bakanlığı : Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, Ankara 1997
- Sosyal Güvenlik Bakanlığı : Yedinci Beş yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara 1995
- ŞAĞAR, Ahmet : Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçeleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Dergisi, Ocak-Mart 1999
- TBMM : Sosyal Güvenlik ve SSK Araştırma Komisyonu Raporu, Ankara 2005
- TİSK : Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Yeniden Yapılandırma, Ankara 2004
- TOBB : Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara 1993
- Türk-İş Yayınları : Sosyal Güvenlik Raporu, Ankara 2005
- TÜSİAD : Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma, İstanbul 2004
- TÜSİAD : Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları, Çözüm Önerileri ve Özel Sigortacılık Girişimi, İstanbul 1996

TEZLER

- AY, Gülender : Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Bireysel Emeklilik Sistemi, M.Ü. Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2003
- AYTEKİN, Yalçın : Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Özel Sağlık Sigortaları, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2000
- SERİN, İlhan : Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2001

İNTERNET

<http://www.bagkur.gov.tr/genel6.html>

<http://www.bsm.gov.tr/ailehekimligi/tanim.htm>

<http://www.emekli.gov.tr/genel.html>

<http://www.genelsagliksigortasi.net>

<http://www.geocities.com/radyodiagnostik/ailehek.htm>

<http://www.istabip.org.tr>

<http://www.muhasibat.gov.tr/mbulten/T3-2-5.htm>

<http://www.saglik.gov.tr/>

<http://www.ses.org.tr/bilgi/35.htm>

<http://www.ssk.gov.tr>

http://www.tdb.org.tr/cm/yon/say_ist.php

http://www.thehealthnews.org/tr/news/0545/genel_saglik_sigorta.htm

<http://www.tisk.org.tr>

<http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.ph>

<http://www.turksagliksen.org.tr/>

<http://www.uludag.edu.tr/~nazan/ders1.html>

http://www.ydk.gov.tr/Genel_Rapor_2000/II.htm

KANUN VE YÖNETMELİKLER

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayısı : 25867,
Resmi Gazete Tarihi: 06/07/2005

Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, Esas No: 1 / 1153, Karar Tarihi: 23/02/2006,

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, Esas No: 1/1008,
Karar Tarihi: 30/03/2006



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ



Aşağıda belirtilen lisansüstü tez, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği hükümlerinde belirtilen esaslar çerçevesinde jüri önünde savunulmuş ve jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

TEZ BAŞLIĞI : Türkiye’ de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi

TÜRÜ : Yüksek Lisans

TEZİ HAZIRLAYAN : Serkan ÇALIŞ

ANABİLİM DALI : Sigortacılık

SAVUNMA TARİHİ : 18.07.2006

JÜRİ ÜYELERİ :

GÖREVİ

ADI SOYADI

İmza

Danışman

Yrd.Doç. Dr. İlyas AKHİSAR

Üye

Yrd.Doç. Dr. Ayşe Gül BÖLÜKBAŞI

Üye

Yrd.Doç. Dr. Bahaddin Rüzgar