

Genel sağlık sigortası ile özel sağlık sigortacılığı ilişkisi

Dr. S. Haluk Özsan



1984 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu olup, Hacettepe Üniversitesi'nde, "Sağlık Yönetimi" alanında Yüksek Lisans ve Doktora yapmıştır. 1984-1999 yıllarında, Sağlık Bakanlığı'nda; İl Sağlık Müdürü, Dünya Sağlık Projelerinde Genel Koordinatör, Bakan Müşaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulunmuştur. Türkiye Sağlık Reformları sürecinde; değişik kâmetler ve yasama dönemlerinde hazırlanan reform kanun tasarı taslaklarının teknik çalışmalarında yer almış, DPT Kalkınma Planları Sağlık İhtisas Komisyonu'nda ve Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nda Sağlık konulu Rapor'da görev almıştır. 2000 yılından bu yana, özel sektörde çeşitli şirketler ve sivil toplum kuruluşlarında Sağlık Yönetim Danışmanı ve Yönetim Kurulu Üyesi olarak çalışmış ve Johns Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu Danışmanı sıfatıyla TÜSIAD Sağlık Raporu Yazarlarından biri olarak görev yapmıştır.

G

iriş ve tarihçe

Osmanlı Devleti döneminde, o günlerin meslek örgütleri olan Ahi birlikleri ve loncalarda esnaf ve sanatkarlar için hastalık riskine karşı bazı tedbirlerin alınmasıyla başlayan "Sandık" uygulamaları, "Tedavün Sandığı", "Askeri Tekaüt Sandığı", "Sivil Memurlar Tekaüt Sandığı", "Seyfi Sefain Tekaüt Sandığı", "Tersane-i

Amireye Mensup İşçiler Tekaüt Sandığı" gibi- sağlık sigortacılığının ilk adımları olarak hatırlanması gereken ana başlıklardır.

Cumhuriyet Dönemi'nde; 1921 yılındaki "Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Mena-fi-i Umumiyesine Olarak Furuhtuna Dair Kanun" ve "Ereğli Havza-i Fahmiye Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun" ile; işverenlerin, hastalanan veya kazaya uğrayan işçileri bedelsiz tedavi ettirmesi ve

bunu sağlamak için maden ocağı yakınında hastane açması ve hekim bulundurmasının zorunlu tutulması sağlanmıştır. 1923 yılında "Amele Birliği İhtiyat ve Tedavün Sandıkları Talimatnamesi" ile de ihtiyat ve tedavün sandıklarının "Amele Birliği" adı altında birleştirilmesi gerçekleştirilerek; zorunluluk ilkesine dayallığı ve Birliğin finansmanının işçi ve işverenden düzenli olarak alınan primlere dayanması gibi özellikleri nedeniyle, Türkiye Cumhuriyeti Hükümet-



lerinin sosyal sağlık sigortacılığındaki ilk uygulamaları başlatılmıştır.

1930 yılındaki 1593 sayılı Umumi Hıfzı-sıhha Kanunu, "sürekli en az 50 işçi çalıştıran işverenlerin bir veya birden çok doktora işçilerinin sağlık durumunu baktırması, büyük ve kaza ihtimali olan işlerde ise doktorun devamlı olarak işyerinde ve civarında bulunması mecburiyetine" yer vererek; tümüyle bir sağlık sigortası yardımı olmasa da, bir sağlık güvencesi uygulaması örneğidir.

1945 yılında bugünkü adıyla SSK kurulmuş, aynı yıl 4472 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu çıkarılmıştır. 1950 yılında 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu çıkarılmıştır. 1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile, çalıştırdığı işçi sayısına bakılmaksızın bütün işyerlerinde çalışan işçiler hastalık sigortası kapsamına alınmıştır. Sigortalıların eş ve çocukları ile bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler, 1969 yılından başlayarak, aşamalı bir biçimde hastalık sigortası kapsamına alınmıştır.

Öte yandan, 08.06.1949 tarihli 5434 sayılı Kanun ile kurulan Emekli Sandığı, 1973 yılında kadar, kapsamındaki aktif ve pasif sigortalılara herhangi bir sağlık yardımı vermemiş, bu yardımlar kişilerin çalıştıkları ya da emekli oldukları kurumlar tarafından karşılanmıştır. 1973 yılından itibaren ise, kişiler emekli olduğunda, kendileri ve bakmakla yükümlü olduklarının sağlık giderle-

ri, genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar, Emekli Sandığı tarafından ödenir hale gelmiştir.

1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile kurulan ve 1972 yılında uygulamaya geçen, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, sağlık yardımlarını 1989 yıl başına kadar, kademeli bir şekilde tüm ülkeye yaygınlaştırmıştır.

1992 yılında çıkarılan, 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" ile, genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar, hiçbir sosyal güvencesi olmayan Türk vatandaşlarına, yatarak tedavi gerektirecek durumlardaki harcamaları, genel bütçeden sağlanan sağlık yardımları karşılanmaya başlanmıştır. 2005 yılında yapılan değişiklikle yatarak tedavilere ek olarak ayakta tedaviler de Yeşil Kart kapsamında verilen sağlık hizmetleri içine alınmıştır.

Mays ve Haziran 2006 itibarıyla, "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası" ve "5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu" yasaları TBMM'de kabul edilmiş ve Genel Sağlık Sigortası'nın farklı verilen tüm bu sağlık hizmetlerini sosyal sağlık sigortacılığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nca vermesi hedeflenmiştir.

Ülkemiz özel sağlık sigortacılığı sürecinde kronolojik olarak, sıralanan şu ana başlıklar öne çıkmaktadır:

Yaklaşık on yıl önce ülkemizde yapılan "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu" konulu bir panelde, Dünya Bankası Kıdemli Sağlık Ekonomisti Mr.Alex Preker, dünya deneyimlerinden derleyerek oluşturduğu tebliğinde, "İyi Bir Reformu Engellemenin 10 Akıllı Yolu" olarak "Uluslararası Tecrübe"yi sıralamıştı. Acaba, Mr.Alex Preker'ın, dünya deneyimi olarak on yıl önce aktardığı ülkeler arasına "İyi Bir Reformu Engellemenin 10 Akıllı Yolu" nu uygulamayı başarmış(!) bir ülke olarak mı, yoksa tersini kanıtlamış bir ülke olarak mı ekleneceğiz?

1982 yılına kadar kaza tazminatına ek olarak verilen ve bu tarihten sonra büyük ölçüde hayat sigortaları altında satılmaya başlanan sağlık sigortaları, 1990 yılından itibaren ayrı bir branş olarak oluşturulmuş,

1987 yılına kadar Ticaret Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan özel sigortacılık sektö-

| ÜLKE | Sağlık harcamalarındaki özel sağlık sigortası oranı (%) | Özel Sağlık Sigortasına sahip kişi (%) | Özel sağlık sigortası türü |
|------------|---|--|--|
| Almanya | 12.6 | 9.1 / 9.1 | Yedek / Yerine koruyucu Ek Tamamlayıcı |
| Avustralya | 7.3 | 44.9 / 40.3 | Çifte / Tamamlayıcı |
| Avusturya | 7.2 | 0.1 / 31.8 | Yedek / Yerine Koruyucu Ek |
| Belçika | - | 57.5 | Yedek / Yerine koruyucu Tamamlayıcı |
| ABD | 35.1 | 71.9 | Yedek / Yerine koruyucu Ek Tamamlayıcı |
| Fransa | 12.7 | 92 | Ek, Tamamlayıcı |
| Yunanistan | - | 10 | Ek, Tamamlayıcı |
| İrlanda | 7.6 | 43.8 | Çifte, Ek |
| İtalya | 0.9 | 15.6 (1999) | Çifte, Ek, Tamamlayıcı |
| Japonya | 0.3 | <1 | - |
| Hollanda | 15.2 | 28 64 (Tahmini) | Yedek Ek |
| İngiltere | 3.3 (1996) | 10 | Çifte, Ek |
| İsviçre | 10,5 | 80 | Ek |
| Türkiye | 37,1 | <2 | Ek |



Bu yasaya göre, hizmet sunucu kurumlarla iki ayrı çalışma biçimi olacaktır; Sözleşme imzalayanlar ve imzalamayanlar. "Sözleşme imzalamak", Genel Sağlık Sigortası'nın kendi belirlediği ve her türlü sağlık hizmet sunucusu için geçerli olan fiyatlarla hizmeti satınacağı anlamına gelmektedir. "Sözleşme imzalamamak" ise, Genel Sağlık Sigortasının fiyatları ile değil kendi cari fiyatları ile hizmet satmaktır.

rünün, Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü'ne bağlanmış, 1994 yılında sağlık sigortacılığında; sigortalı, sigorta şirketi, anlaşmalı kuruma provizyon veren şirketler olan aracı kurumlar (TPA: Third Party Administration) hizmet vermeye başlamış,

2004 yılında Genel Sağlık Sigortası çalışanları ile eş zamanlı olarak Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel İhtisas Komisyonu'nu kurulmuş,

2005 yılında hastalık branşının adı değişerek sağlık olmuş,

2006 yılında ise, seyahat sağlık ve hekim mesuliyet sigortalılarının genel şartları yayınlanmış ve içinde bir yıldan kısa süreli, seyahat sağlık, tamamlayıcı sağlık ve uzun süreli sağlık sigortalılarının da olduğu Özel Sağlık Sigortacılığı yasa tasarısı taslağı hazırlanmıştır.

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı; 1990'lı yıllarda 12 milyon ABD Doları prim üretimi ile yaygınlaşmaya başlamış, 2000 yılına kadar büyüyen bir kapasite ile devam etmiş, 2000/2001 ekonomik krizlerinden etkilenerek küçülmüş ancak 2002 yılından itibaren tekrar artışa geçerek, 2005 yılı sonunda 596 milyon ABD Doları olan

prim üretimine ulaşmıştır. Sigortalı sayısı, 2000-2005 yılları arasında % 41'lik artışla 974.251'e ulaşmıştır. 2005 yılı sağlık sigortası priminin, % 70'i ilk 5, % 43'ü ilk 2 şirket tarafından üretilmiştir.

Dünya örnekleri

Dünya genelinde, sağlık hizmetlerinin finansmanı için, tek başına uygulanmayan, ama hizmet türlerine göre karma bir modelle kullanılan; vergi bazlı, prim bazlı sosyal sağlık sigortacılığı ve özel sağlık sigortacılığı olmak üzere üç ayrı sağlık finansman sistemi bulunmaktadır.

Sigortacılık, genel anlamda, risk faktörlerinin muhtemel zararlarına karşı kişileri korumak için, önceden prim ödemesi yoluyla risklerin devredildiği bir sistemdir ve sağlık alanında, sosyal sağlık sigortacılığı ile özel sağlık sigortacılığı olmak üzere iki ana başlık altında incelenir. Sosyal sağlık sigortacılığında; isteğe bağlı olmayan, yani zorunlu olarak, finansman ve riskin, yüksek ve düşük gelirli, sağlıklı ve hastalar, bekar ve aile sahipleri gibi gruplar arasında paylaşıldığı bir dayanışmadır. Danimarka, Romanya, Polonya, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere ağırlıklı vergi bazlı finansman sistemi ile sağlık hizmetlerini yürütürken; Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, Hollanda, Slovakya ve Slovenya ağırlıklı prim bazlı sistemi kullanmaktadır. Belçika, Yunanistan ve İsviçre her iki sistemden de yararlanmaktadır. Özel sağlık sigortacılığı, ödeme gücü olan bireylere dayanır, ancak Devlet, prim ödeme gücüne sahip olmayanlara sosyal yardım organizasyonları ile hizmet sunar. Örneğin, özel sağlık sigortacılığının uygulandığı ABD'de; 65 yaş üstü ve özür-lüler için Medicare, fakirler için de Medicaid bu hizmetleri sunmaktadır.

Association Internationale De La Mutualite (AIM), Avrupa Birliği ülkelerinde özel sağlık sigortası özelliklerini araştırdığı anket sonuçları ile; gönüllü özel sağlık sigortacılığının zorunlu sağlık sigortası sisteminin yerine geçmesinin yanı sıra, kapsam dışı hizmetleri ya da tamamıyla Devlet tarafından kapsanmayan hizmetleri de yerine getirerek tamamlayıcı bir nitelik kazandığını, hızlı erişim ve artan tüketici seçimi için de ayrı bir kapsam sağladığını ifade etmektedir. Ayrıca, Almanya, Hollanda ve İspanya gibi Avrupa Birliği ülkelerinde, zorunlu sağlık sigortasının yerini alan (ikameci) gönüllü sağlık sigortacılığı da bulunmaktadır ve burada gelir ve iş statüsü kriterlerine göre, zo-

runlu ulusal sağlık sigortasının yerine geçen bir özel sağlık sigortacılığı uygulanmaktadır. Tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortacılığı, Belçika ve Danimarka'da sadece ilaçları, Fransa ve İrlanda'da ayakta tedaviyi, Lüksembourg'da hastane katkı payını ve İspanya'da ise sadece katkı payını kapsar. Avrupa Birliği ülkelerinde uygulanan diğer bir model ise, destekleyici gönüllü sağlık sigortası diye adlandırılan, Türkiye'deki "çifte kapsam" uygulaması gibi, bir özel sağlık sigortacılığı modelidir. Yunanistan, İtalya, Portekiz, İspanya ve İngiltere gibi ülkelerde uygulanan bu sistem, tüketici seçimini artırmak ve farklı sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlayarak, genel olarak daha iyi koşullarda konaklama ve uzun bekleme listelerinin olduğu alanlarda tedaviyi daha hızlı temin etme amaçlıdır ve yüksek gelir düzeyi ile iş statüsüne sahip kesimlere yöneliktir.

Nitelik ve nicelik dağılımı ile, OECD ülkelerinin bazılarında sağlık sigortalılarının dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. Bu ülkelerde de, ülkemizdeki hem SSK'lı hem de özel sağlık sigortalı örnekleri gibi, çifte sigorta yapılarının; yerine koyucu, ek, tamamlayıcı şekilde olduğu görülmektedir.

Genel sağlık sigortası ile özel sağlık sigortacılığı ilişkisi

16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun özel sağlık sigortacılığını ilgilendiren maddeleri; 63-64-66-70-72-73-93 ve 97. maddelerdir;

Bu yasa 63. maddesinde, "Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi" adıyla, sigortacılık terminolojisi ile, aslında Genel Sağlık Sigortası'nın teminat paketi tanımlanmaktadır. Yasada Teminat paketi; "Genel Sağlık Sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmalarını 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" olarak belirtilmektedir.

Bu yasanın teminat paketinde kapsanmayan sağlık hizmetleri ise 64. maddede sıralanmaktadır, bunlar; estetik amaçlı yapılan

her türlü sağlık hizmeti ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri olarak belirtilmiştir.

Yasa 66.maddesi ile "Yurt dışı tedavi" kapsamındaki hizmetleri, 70.maddesi ile "Hizmet basamakları ve sevk zinciri"ni, 72.maddesi ile "Sağlık hizmetlerinin Ödenecek Bedellerinin Belirlenmesi" adıyla, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nu tanımlamaktadır.

Özel sağlık sigortacılığını en fazla ilgilendiren maddelerden biri, 73. maddedir. Bu maddede, "Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi" adıyla sözleşmeli/sözleşmesiz sağlık hizmet sunucu ayrımı ile sevk/sevksiz başvurulara ödeme biçimi anlatılmaktadır.

Bu yasaya göre, hizmet sunucu kurumlarla iki ayrı çalışma biçimi olacaktır; Sözleşme imzalayanlar ve imzalamayanlar. "Sözleşme imzalamak", Genel Sağlık Sigortası'nın kendi belirlediği ve her türlü sağlık hizmeti sunucusu için geçerli olan fiyatlarla hizmeti satınalacağı anlamına gelmektedir. "Sözleşme imzalamamak" ise, Genel Sağlık Sigortası'nın fiyatları ile değil kendi cari fiyatları ile hizmet satmaktır. Yani; Genel Sağlık Sigortası, sözleşme imzaladığı hizmet sunuculara, otelcilik ve öğretim üyesine tedavi olmayı tercih etmek hariç fiyat farkı vermeyecek, verebileceği fiyat farkı da en fazla 2 kat olacaktır. Sözleşmesiz hizmet sunuculara gidiliş durumunda iki ayrı süreç işleyecektir; ilk süreçte, kişi veya hasta Sağlık Bakanlığınca birinci basamak olarak belirlenecek kurumlardan sevk alıp, ondan sonra örneğin hastanelere giderse sözleşmeliler için belirlenen fiyatın yüzde yetmişini, Genel Sağlık Sigortası ödeyecektir. İkinci süreçte ise, bu sevk olmadan doğrudan sözleşmesiz olan hastanelere gidilirse, Genel Sağlık Sigortası hizmet fiyatının yarısı ödenecektir. Genel Sağlık Sigortası, sözleşmesiz kurumlara gidilmesi durumunda doğacak farklarla, sözleşmeli kurumlardan hizmet alınsa bile ortaya çıkabilecek otelcilik/öğretim üyesi farklarını; sigortalıları olan kişilere doğrudan ödeyecektir.

Yasanın 93. maddesi ile, "Devir, temlik ve kurum alacaklarında zamaşımı" adıyla, hizmet sunucuların kurum nezdinde doğan alacaklarını devir temlik edemeyeceği belirtilmektedir. Dolayısıyla, kişi yani sigortalı, Genel Sağlık Sigortası'ndan alacağını "Temlik Edebilir" hale gelmektedir. Bu da,

eğer kişinin özel sağlık sigortası varsa, sigorta şirketine bu alacağını devretmesi anlamına gelir, yani kişinin Devlet'in verdiği sağlık hizmeti üzerine dilerse, sigorta primini önceden ödemek yoluyla seçtiği herhangi bir tür "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" ürününü alabiliyor olması demektir.

Son olarak Yasa'nın 97. maddesinde, "Zamaşımı, hakkın düşmesi ve avans" adıyla, hizmet sunucuların, tahakkuk eden alacaklarını fatura tesliminden itibaren en geç yetmişbeş gün içinde ödeneceği, gecikilirse tahakkuk eden tutarın %75'i ilâ %90'ını için mahsuplaşılacağı anlatılmaktadır.

Sigorta şirketleri, öncelikle Genel Sağlık Sigortası fiyatlarını bilmek isteyeceklerdir. Eğer, Genel Sağlık Sigortası fiyatları bugün olduğu gibi, Bütçe Uygulama Talimatı fiyatları olacaksa, bunları kabul edenler de, kabul etmeyip kendi cari fiyatları üzerinden hizmet satmaya yani hastadan fark almaya devam edecekler de, olacaktır. Doğaldır ki, özel sağlık sigortası şirketleri de "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" ürünlerini hazırlarken, bu fiyatı kabul edenlerle etmeyenler için farklılıklar oluşturacaklardır. Aslında, özel sağlık sigortası şirketleri, Yasa'nın 63. maddesinde tanımlanan Genel Sağlık Sigortası'nın teminat paketi dışında kalan hizmetler ile 64. maddesinde, "Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri" adıyla, kapsam dışı olan hizmetlere ve 66. maddesinde, "Yurtdışı tedavi" kapsamındaki hizmetlere talip olabileceklerdir.

16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 5510 sayılı Yasa'da, *henüz netleşmese de*, Çok kabaca bakıldığında tamamlayıcı anlamda **özel sağlık sigortası yapılabilecek sağlık hizmetleri**:

Oda ücreti/Öğretim Üyesi farkı,

Travma ve onkolojik tedavi dışı protezler,

Genel Sağlık Sigortası'nın vereceği protezden daha yüksek standartta protez,

18-45 yaş arası diş protezleri,

Diğer yaşlarda Genel Sağlık Sigortası'nın vereceği standardın üzeri protezler,

Aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç-gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikte tıbbi sarf,

Estetik amaçlı her türlü sağlık hizmeti ve ortodontik tedavi,

Geri ödeme listesinde yer almayan ilaçlar,



Yasada Teminat paketi; "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" olarak belirtilmektedir.

Sözleşmeli/Sözleşmesiz Sağlık Kurumu ve Sevki/Sevksiz Başvuru

şeklinde sıralanabilir. Yani, sigorta şirketleri, bu ürünlerini geliştirirken; 93. maddede üstü kapalı olarak söylenen, "Sigortalı Temlik Edebilir" hükmünden yola çıkarak, poliçe eklerine her bir işlem için koyacakları **ibraname** ve sanki **muafiyetli poliçe** gibi "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" yaptırılabilir olmasını göz önünde tutacaklardır.

Tüm bu yasa düzeyindeki düzenlemelere ek olarak, 107. maddede, bir yıl içinde öngörülen yönetmeliklerle uygulama detaylarının belirleneceği ifade edilmektedir. Aralık ayına girdiğimiz bu günlerde, bu bir yıllık yönetmelik hazırlama süresinin ne kadarının kullanılacağı belli değildir. Hatta, mayıs ve haziran aylarında çıkan bu iki yasanın genel kurul oluşturulmasına yönelik zorunluluğu, öngörülen uygulama başlangıç tarihinden, yani 1 Ocak 2007'den, sadece 5 hafta önce gerçekleşebilmiştir. Teminat paketinden nasıl, hangi fiyatla ve ne kadar yararlandırılacağına uygulanmasına günler kala olan bu belirsizliklerin ve ayrıca uygulama döneminde madde 97'deki geri ödeme koşullarına ne kadar sadık kalınacağına yönelik netliğin sağlanması son derece önemlidir.

5510 sayılı Yasa, Sayın Cumhurbaşkanı

Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı sonrası, Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu 20 Aralık 2006 Çarşamba günü yaptığı toplantı ile 5502 sayılı Yasa'da tanımlı ilgili tarafların da görüşünü alarak, Hükümet, 22 Aralık 2006 Cuma günü, 5510 sayılı Yasa'nın yürürlüğünü 6 ay erteledi. Yani, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 1 Temmuz 2007 tarihinde yürürlüğe girecek.

ve 118 Milletvekili imzasıyla çeşitli maddelerinin iptali istemiyle, Anayasa Mahkemesi'ne götürüldü. Sonuçta, yasanın yürürlük tarihine 2 hafta kala, Anayasa Mahkemesi, 15 Aralık 2006 Cuma günü açıklanan Anayasa Mahkemesi kararı ile yasanın 16 maddesi, 7 geçici maddesi ve 38 fıkrası iptal edildi. Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı sonrası, Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu 20 Aralık 2006 Çarşamba günü yaptığı toplantı ile 5502 sayılı Yasa'da tanımlı ilgili tarafların da görüşünü alarak, Hükümet, 22 Aralık 2006 Cuma

günü, 5510 sayılı Yasa'nın yürürlüğünü 6 ay erteledi. Yani, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 1 Temmuz 2007 tarihinde yürürlüğe girecek. Şimdi ne olacak? Ama öncelikle şu sorunun cevabını vermeliyiz. Ülkemizin genelde sosyal güvenlik alanında ama onunla birlikte özelde sağlık reformuna ihtiyacı var mı? Bu sorunun cevabı bu ülkede yaşayanların büyük bir çoğunluğunun hatta tamamının içtenlikle evet dediği bir cevap. O zaman hangi yöntemle ve nasıl bir sosyal güvenlik ve sağlık reformu yapmalıyız ki, hem bu ihtiyacımıza cevap versin, hem de sürdürülebilir olsun.

Bundan sonra yapılması gereken; Anayasa Mahkememizin bu Kararı'nı da dikkate alarak, sağlık hizmetlerinde bütünsel reform yapma fırsatı yeniden değerlendirilmeli, bu güne kadar yapılan hazırlıklar artık tamamlanarak, bu altı aylık sürede gerekli revizyonlar yapılmalıdır. Bu bağlamda; Anayasa Mahkememizin, kamu çalışanları için genel felsefe olarak ortaya koyduğu itirazlara ek olarak, Genel Sağlık Sigortası'nda yeniden düzenlenmesini istediği iki konu bulunmaktadır. Bunlardan biri, katkı paylarının düzenlenme yetkisini Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan Bakanlar Kurulu'na vermek, diğeri 18-45 yaş grubu kamu çalışanlarının dış protezlerini ödemektir. Dolayısıyla, bir yandan sağlık hizmetlerinin sunum, yönetim ve denetimine ilişkin

eksik kalan düzenlemeler tamamlanmalı, diğer yandan iptal edilen hükümlerin yeniden düzenlemesi tamamlanmalıdır.

Sosyal alanlarda reform yapmak; ne sadece ülkemizin ihtiyacıdır, ne de bir defada, bugünden yarına yapılacak kadar kolaydır. 1880'li yıllardan bu yana sağlık sigortacılığını uygulayan Almanya 2007-2011 yıllarını içeren bir reform programı uygulanmaktadır, Fransa ise hizmet sunumu ile ilgili reformunu dört yıla yayılmış bir şekilde başlatmıştır. Ayrıca, sosyal alandaki reformlarda; hizmeti finanse edenlerin, sunanların ve kullananların "tümüyle uzlaşması"ni beklemek ileri derecede bir iyimserlik olarak tanımlanır.

Doğaldır ki, "Genel Sağlık Sigortası" Yasası'nda olan ve/veya olmayan hükümler konusunda farklı görüşlerimiz olacaktır. Anayasa Mahkemesinin iptal edip/yürütmesini durdurduğu maddeler ile bu Yasa'da eksik ve hatta yanlış bulunan konularda, bu süreci bir tehdit değil tam tersine fırsat olarak değerlendirerek tamamlamalıyız. Önceliğimiz, TÜM VATANDAŞLARIMIZI DAHA İYİ BİR SAĞLIK DÜZEYİNE ULAŞTIRMAK OLARAK, sistemin sürdürülebilirliği ve öngörülme maliyetlerle karşılaşma riskini en aza indirmeye odaklanmalı, sistemde kamu yararını en üst düzeye çıkarmanın yollarını bulmalıyız. Onun içindir ki, "KAMU ÖZEL AYRIMI YAPMADAN KAMU YARARI"NI SAĞLAYABİLMEK İÇİN;



FİNANSMAN-SUNUM-BİLGİ-DENEYİM-OPERASYON VE DENETİM'DE PAYLAŞIMA AÇIK OLMALYIZ. Özel sektörün kendi örnek büyüklükleri içinde bu güne kadar yapmaya çalıştıklarının, "Genel Sağlık Sigortası" içine bilgi ve deneyim olarak aktarılması ve bu bağlamda; Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, kayıt-bildirim, provizyon, network yönetimi, ödeme sistemleri gibi akla gelen ilk uygulamalarda sinerji doğurmalıyız.

Şunu hiç akıldan çıkarmamak gerekir: Ülkemiz kaynakları, sağlık alanında, öngörülebilir, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir tasarımla ve her şeyden önemlisi kamu yararına yönetilmelidir. Yıllar geçtikçe; hizmete olan talebin artacağını ve hatta değişeceğini, buna karşın hizmetin maliyetinin yükseleceğini düşünerek, bu arz ve talep arasında; ülkemiz kaynaklarını en verimli kullanabilecek bir model uygulamamız gerektiğinden hareketle, bu güne kadar yapılan ve aşağıda ana başlıkları sıralanan doğru-lara sahip çıkmalıyız;

Kurumsal Hafızadan Yararlanma, Bilgisi Deneyimi Olanlar, Sivil Toplum Kuruluşları, Kamuoyu İle Paylaşım, Ödeme Gücü Olmayan (Yeşil Kartlı) Ayaktan Tedavisi ve İlaç Alımı, Devlet Memurları Ve Emekli Sandığı Mensuplarının Kamu/Özel Sağlık Kurumundan Hizmet Alımının Sağlanması, SSK ve Devlet Hastanelerinin Ortak Kullanımı, Sağlık Hizmetlerinde KDV İndirimi, Sağlık Harcamalarında Kontrol Sistemine Başlama.

Bu doğrulara sahip çıkarken, aynı zamanda kamu ve özel sektörden birinin eksikliğini diğerinin artışı ile birlikte değerlendirerek, ülke adına ortak bir fayda yani sinerji oluşturulmalıdır. Bu sebeple aşağıda sıralanan konularda da duyarlı olmamız gerekir:

Sağlık Hizmeti Sunumu ve Yönetiminde Eşzamanlı Değişim Yani Bütünlük, Rasyonel Temel Teminat Paketi Gerçekçi Maliyet Hesabı, Ödeme Sistemlerinde Standardizasyon, Veri Toplama, Kayıt, Denetimde Bilgi İşlem Altyapısı Kullanma, Kamu Özel Sektör Arası Haksız Rekabeti Önleme, Genel Sağlık Sigortası İkincil Mevzuat Hazırlığında Kalıcı İşbirliği.

Böylelikle, sürdürülebilir, öngörülmeden maliyetlerle karşılaşma riskini minimize edecek bir biçimde denetlenebilir, kaliteden ödün vermeyen bir Genel Sağlık Sigortası modelini kurulabilir ve işletir oluruz.

Sonuç

"...Bitirirken; yaklaşık on yıl önce ülkemizde yapılan "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu" konulu bir panelde, Dünya Bankası Kıdemli Sağlık Ekonomisti Mr.Alex Preker, dünya deneyimlerinden derleyerek oluşturduğu tebliğinde, "İyi Bir Reformu Engellenin 10 Akıllı Yolu" olarak "Uluslararası Tecrübe"yi şöyle sıralıyor; ÖNÜMÜZDEKİ SEÇİME KADAR ERTELEME, SENDİKACILARIN HOŞLANMAYACAĞINI SÖYLEME, FİKİR BİRLİĞİ SAĞLANANA KADAR BEKLEME, YÜRÜMEYECEKİMİŞ GİBİ DAVRANMA, REFORM YAPANLARA SALDIRMA, TARTIŞMAK ÜZERE KOMİSYONLARA SUNMA, PAHALIYA MAL OLACAĞINI SÖYLEME, DESTEKLİYORMUŞ GİBİ DAVRANMA, PILOT ÇALIŞMA BAŞLATMA, DUYARSIZ KALMA.

Mr. Preker'ın tebliğinde ortaya koyduğu bu başlıkları, "Yapılmaması Gerekenler" olarak düzenlemek, belki de, ülkemizin üç dekadı aşan Genel Sağlık Sigortası beklentisini daha da doğru ortaya koyabilmektedir..."

Aslında bu sonuç paragrafı bu makaleye ait değil. Zira, yukarıya çıkardığım alıntı, TİSK'in İşveren adlı Dergisi'nde Mart 2005'de yayınlanan bir başka makalemden alınmıştır. Bu makale yazılı bir buçuk yıldan fazla oldu. Makale yazıldığında, ülkemizde neredeyse 40 yıldır konuşulan, yani neredeyse "Devlet Politikası" olmuş diyebileceğimiz, "Genel Sağlık Sigortası" Yasası TBMM'ne sunulmuştu.

Sonuç olarak, acaba, Mr.Alex Preker'ın, dünya deneyimi olarak on yıl önce aktardığı ülkeler arasına "İyi Bir Reformu Engellenin 10 Akıllı Yolu" nu uygulamayı başarmış(!) bir ülke olarak mı yoksa tersini kanıtlamış bir ülke olarak mı ekleneceğiz? Bakalım, hep birlikte yaşayarak, öğreneceğiz. Yoksa, Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu'nun 20 Aralık 2006 günü yapılan toplantısında bir meslek örgütü temsilcimizin söylediği gibi "19 Hükümet eskiten (!)" bu sürece bir yenisi mi eklenecek?

Kaynaklar

16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete,

AIM (2001), "Response to The Questionnaire on Private Health Insurance in The European Union", Association Internationale De La Mutualite,

Çelik, Hüseyin (2002), "Türkiye'de Sosyal Sağlık Sigortasında Norm Birliği", TODAİE Kamu Yönetimi Lisans Üstü Uzmanlık Programı Yayınlanmamış Master Tezi, Ankara,



Danimarka, Romanya, Polonya, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere ağırlıklı vergi bazlı finansman sistemi ile sağlık hizmetlerini yürütürken; Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, Hollanda, Slovakya ve Slovenya ağırlıklı prim bazlı sistemi kullanmaktadır.

Çotur, Oya Aliz (2004), "Avrupa Birliğine Üye Ülkelerde ve Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı", Ankara Üniversitesi Avrupa Topluluğu Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara, Temmuz,

European Observatory on Health Systems and Policies Series (2004), "Social Health Insurance Systems in Western Europe", ISBN 0 335 21363 4, New York,

Özsarı, Salih Haluk (2003), "Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002)", Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Yönetimi Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara,

Özsarı, S. H. (2005), "Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası Süreci", İşveren Dergisi Mart

2005 Sayısı, TİSK Yayını, Ankara,

Özsarı, Salih Haluk (2006), Genel Sağlık Sigortası ve Uygulamaya Yönelik Sorunlar Sunumu, OHSAD "GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET SEMPOZYUMU", 9 Ekim 2006, İstanbul.

Preker A. (1996), Hazine Dergisi, Ağustos 1996, ISSN 1300-7831, s:181.

The OECD Health Project (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries", ISBN 92-64-01563-9,

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği (2006), "Sağlık Sigortası Teknik Analizi", İstanbul,