

Genel sağlık sigortasında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri nelerdir?

Mehmet Bulut



Sosyal Güvenlik Kurumu Müfettişi Mehmet Bulut 1979 Ankara doğumludur. Lisans öğrenimini 2001 yılında Gazi Üniversitesi İİBF Maliye Bölümü'nde tamamladı. Yüksek lisans öğrenimi 2004 yılında Gazi Üniversitesi SBE Maliye Bölümü'nde tamamladıktan sonra 2007 yılında yine Gazi Üniversitesi SBE Maliye Bölümü'nde doktora öğrenimine başlamıştır ve halen doktora öğrenimine devam etmektedir. 1996-2004 yılları arasında Maliye Bakanlığı'nda uzmanlık dahil değişik görevlerde bulunduktan sonra 2005 yılından itibaren SSK'da Sigorta Müfettiş yardımcısı, 2008 yılından itibaren ise Sosyal Güvenlik Kurumu Müfettişi olarak görev yapmıştır. Halen Sosyal Güvenlik Kurumu'nda müfettiş olarak görevine devam etmekte olan Bulut'un iki adet kitabı ve çok sayıda makalesi yayımlanmış olup Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneğinde de yönetim kurulu üyesi olarak basın-yayın sekreterliği yapmaktadır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510 Sayılı Kanun) ile ülkemiz hem sosyal güvenlik alanında hem de sağlık uygulamalarında yeni bir döneme girmiştir. Bu yeni dönemde karşımıza çı-

kan en önemli düzenlemelerin başında ise genel sağlık sigortasının uygulanmaya başlaması olmuştur. Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları hâlinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak tanımlayabileceğimiz genel sağlık sigortası uygulanmaya başlandığı günden bu yana olumlu

yönlerinin yanı sıra birçok eleştiriyi de bünyesine katmıştır. Uygulamada en çok eleştiriye ve yoruma maruz kalan husus ise finansmanı sağlanacak olan sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde ortaya çıkmıştır. Bu çalışmamızda Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından genel sağlık sigortası uygulaması kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmet-





Sağlık Uygulama Tebliği'nin oldukça dağınık bir yapı sergilemesinin yanı sıra uygulamada karşılığı bulunmayan veya kontrolü mümkün olmayan kuralları barındırması, sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sebeple finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde daha gerçekçi ve anlaşılır bir Sağlık Uygulama Tebliği'nin yanı sıra etkin bir Medula sistemine ihtiyaç duyulmaktadır.

lerine ilişkin açıklamalarda bulunulacak ve değerlendirmeler yapılacaktır.

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin amacı ve kapsamı nedir?

Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmaları, hastalanmaları hâlinde sağlıklarını kazanmaları, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanması, iş göremezlik hâllerinin ortadan kaldırılması veya azaltılması, iş kazası ve meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital (doğuştan) nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda vücut bütünlüğünün sağlanması amacıyla kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı maddede bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

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 ve hücre tedavilerine 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, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 5510 sayılı Kanun'un 72'nci maddesine göre belirlenen tutarı,

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;

1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî 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 belirlenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbî 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 tedavi-

leri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

f) Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi hâlinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

g) Yukarıdaki durumlar 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.

Ayrıca 5510 sayılı Kanunun 60'inci maddesi birinci fıkrası hükümlerine göre genel sağlık sigortalısı olan kişilerin, tabi olduğu bent kapsamındaki genel sağlık sigortalılığının sona erdiği tarihte devam etmekte olan tedavileri nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri, kişinin iyileşmesine kadar kurumca sağlanır. Devam etmekte olan tedavi, kişilerin genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirildiği tarihte sağlık hizmeti sunucusundaki yatarak sağlanmakta olan tedavilerini ifade eder. Ancak kişilerin var olan kronik hastalıkları nedeniyle müteakip müracaatları devam etmekte olan tedavi olarak değerlendirilmemektedir.

Finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri nelerdir?

Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, ilaç ve sarf malzemeleri belirlenirken genel bir çerçeve çizilmiştir. Bu kapsamda bazı sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanmayacağı açıktır. Bu doğrultuda Sosyal Güvenlik Kurumu'nca finansmanı sağlanmayacak olan sağlık hizmetlerini şöyle sıralayabiliriz;

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 Bakanlığı'nca insan sağlığı bakımından kullanılmasına veya uygulanmasına izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri,

c) Sağlık Bakanlığı'nca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri,

d) 5510 sayılı Kanununun 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentleri kapsamına giren yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce var olan kronik hastalığa ilişkin sağlık hizmetleri.

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin belirlenmesi usulü nasıldır?

Yukarıda saymış olduğumuz finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nca tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilen sağlık hizmetleri esas alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nca belirlenmektedir. İnsan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak yine Sosyal Güvenlik Kurumu'nca belirlenir.

Sağlanacak sağlık hizmetleri ile 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 hizmetlerinin, türleri, miktarları ve kullanım süreleri, ödeme usul ve esasları da Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nca belirlenir.

Finansmanı sağlanan ilaçların ve tıbbî malzemelerin tespiti ve temin esasları nasıldır?

Sosyal Güvenlik Kurumu'nca finansmanı sağlanacak beşeri ürün/beşeri ilaçlar, SGK, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı temsilcilerinden oluşturulan Ödeme Komisyonu marifetiyle tespit edilir. Ödeme Komisyonu oluşturulması, çalışma usul ve esasları Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak kurum tarafından çıkarılacak yönerge ile belirlenir.

Kurumca finansmanı sağlanan beşeri ürün/beşeri ilaçların listesi, kurumca çıkarılacak tebliğle duyurulur.

Kurumca finansmanı sağlanan ve ayaktan tedavilerde gerekli görülen ilaçların, kurumla sözleşmeli eczanelerden temin edilmesi zorunludur. Ancak, acil hâller nedeniyle genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz eczanelerden reçete karşılığı temin ettiği ilaçların bedelleri, acil hâlin kurum ünitelerince kabul

olunması kaydıyla kişilere ödenir.

Kurum, genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavisi için gerekli görülen ancak, ülkemizde ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olduğu hâlde çeşitli nedenlerle üretilmeyen veya ithalatı yapılmayan ilaçların yurt dışından teminine ilişkin usul ve esasları, Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir.

SGK, finansmanı sağlanan ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerini ve bu malzemelerin temini, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri ile ödeme usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nca tıbbî cihaz bilgi bankasına kaydedilmesi zorunlu olduğu bildirilen tıbbî malzeme bedelleri, kayıt altına alınmaya kadar ödenmez. Kurum tıbbî cihaz bilgi bankasına kayıt işlemlerine ilişkin usul ve esaslar Kurumca çıkarılacak yönerge ile belirlenir. SGK, finansmanı sağlanan tıbbî malzemeleri kiralama, satın alma vb. usullerle de temin etmeye yetkilidir.

Sonuç

Sosyal güvenlik, sosyal politika uygulamaları ve kişilerin karşı karşıya kalmış oldukları sosyal riskler nedeniyle ortaya çıkan bir olgudur. Bireyler yaşamaları boyunca gelir kayıplarına uğramalarına yol açabilecek sosyal risklerle sık sık karşılaşabilmekte hatta bazen de vücut ve ruh sağlığı için çok büyük harcamalar yapmaktadırlar.

Sosyal güvenlik temelde, tehlikenin zararlarına karşı yürütülen mücadeleye verilen addır. Kişiyi, uğradığı zararlar dolayısıyla maruz kaldığı muhtaçlıktan, ihtiyaçlarının esiri olmaktan kurtarma mücadelesidir. Sosyal güvenlik, kişileri mesleki, fizyolojik ve sosyoekonomik riskler dolayısıyla karşı karşıya kaldıkları tehlikelere ve zararlarına karşı korumayı hedeflemektedir. Kişilerin karşılaştıkları sosyal riskler içerisinde en önemlisi ise belki de hastalıklardır. Bu sosyal riski bertaraf etmek amacıyla sosyal güvenlik sistemleri tarafından yürütülmeye çalışılan politikalar çoğu zaman finansman noktasında kilitlenmekte ve bazen de sosyal güvenlik sistemlerinin çöküşüne neden olmaktadır. Türk sosyal güvenlik sisteminde de sağlık harcamaları her zaman üst düzeylerde gerçekleşmiş olup sosyal güvenlik açıklarının doğmasında önemli etkileri olmuştur. Nitekim sosyal güvenlik kurumlarının

toplam sağlık giderlerinin GSMH'ye oranı yaklaşık yüzde 3,5'tur.

Sosyal güvenlik sisteminde önemli bir yeri olan sağlık harcamalarında yaşanan artış ve suistimallerin önüne geçmek için finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamını doğru ve sigortalıları mağdur etmeyecek şekilde belirlemek büyük önem arz etmektedir. Ülkemizde sosyal güvenlik reformu sonrasında yürürlüğe konan genel sağlık sigortası uygulamasında da sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında bazı sınırlamalar getirilmiştir. Bu sınırlamalar getirilirken daha çok sağlık hizmetinin zorunluluğu ve miktar olarak makul olması kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. Örneğin estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri ve diş tedavileri, 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 finansmanı sağlanmayacak hizmetler olarak sayılmıştır. Nitekim Sağlık Uygulama Tebliği uyarınca bu tür tedavilerin finansmanının sağlanması için tıbbî endikasyonun olduğuna ilişkin sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi zorunlu tutulmuştur. Ayrıca bir hizmetin sağlık hizmeti olarak adlandırılmasında Sağlık Bakanlığı kriterlerinin kabul edileceği belirtilmiştir.

Her ne kadar finansmanı sağlanacak olan sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde temel olarak 5510 sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri kıstas alınsa da daha özeldir Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkarılmış olan Sağlık Uygulama Tebliği hükümleri daha aktif bir rol üstlenmektedir. Öyle ki söz konusu tebliğde yüzlerce kısıtlama ve kural belirlenmiş olup bunlara göre bir sağlık hizmetinin kurum tarafından karşılanıp karşılanmayacağı belirlenmektedir. Sağlık Uygulama Tebliği'nin oldukça dağınık bir yapı sergilemesinin yanı sıra uygulamada karşılığı bulunmayan veya kontrolü mümkün olmayan kuraları barındırması, sorunları da beraberinde getirmektedir. Nitekim tebliğde yer alan birçok kısıtlama sağlık hizmeti sunucuları tarafından kullanılan Medula sisteminde tanımlanmadığından kontrol ve denetimlerde problemlerle karşılaşmaktadır. Bu sebeple finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde daha gerçekçi ve anlaşılır bir Sağlık Uygulama Tebliği'nin yanı sıra etkin bir Medula sistemine ihtiyaç duyulmaktadır.