

# GSS'de uygulama öncesi son durum ve TBMM Genel Kurulu'nda yapılan kritik değişiklikler

Hüseyin Çelik



1965 Afyon doğumludur. 1987 İÜ SBF mezunu olup, "Avrupa Birliği'nin Ekonomik Yapısı" ve "Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği" yüksek lisansı ile TODAİE "Kamu Yönetimi" uzmanlığı programını tamamladı. 1988-2000 yıllarında SSK Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığı'nda müfettiş olarak görev yaptı. 2000-2004 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu'nda yöneticilik yaptı. 2004-2006 arasında ÇSGB "Sosyal Güvenlik Reform Projesi"nde Genel Sağlık Sigortası Danışmanı olarak görev yaptı. Halen Acıbadem Sağlık Grubu'nda Satınalma ve Lojistik Direktörü olarak görev yapmaktadır. 8. ve 9. Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonu üyesidir. "Sağlık Sigortasında Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri" başlıklı yayını bulunmaktadır. Ayrıca "Türkiye'de İlaçta Veri Koruması ve Uygulamasının Mali Etkileri" ve "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" başlıklı yayınlarda diğer yazarlarla birlikte yer aldı.

**S**osyal Güvenlik Reformu kapsamında, tüm toplumun hak ve yükümlülüklerde eşit bir sağlık güvencesine kavuşturulması amacıyla çıkarılan Genel Sağlık Sigortası (GSS) 2006 yılında TBMM tarafından kabul edilmiştir. Ancak Kanun uygulanma imkânı bulmadan Anayasa Mahkemesi kararı gerekçe gösterilerek önemli bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu yazımızda söz konusu kritik değişiklikler ile GSS'de gelinen

son duruma yer verilecektir.

## 1. GSS'nin sağlık hizmeti finansman yöntemleri

Kanunun 73'üncü maddesinde yapılan değişiklik ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kapsamdaki sigortalıların sağlık hizmetlerinin üç farklı yöntemle sağlanması kabul edilmiştir. Bunlar, sözleşmeli kurumlardan hizmet satın alınması yöntemi, sözleşmesiz kurumlardan alınan sağlık hizmeti bedellerinin geri ödenmesi yöntemi ve götürü bedel üzerinden kamu

idaresi sağlık hizmeti sunucularından hizmet satın alınması yöntemidir.

## Sözleşmeli kurumlardan hizmet satın alınması:

Kanunun 73'üncü maddesinin birinci fıkrası ile sağlık hizmetlerinin finansmanı, SGK ile sözleşme yapan kamu ya da özel sağlık kurum ve kuruluşlarından alınacak sağlık hizmetinin bedellerinin, sözleşmeli sağlık kurum ve kurumlarına ödenmesi birinci yöntem olarak ortaya çıkmaktadır. Sözleşmeli sağlık kurumu, SGK'nin belirlediği ko-



şullarda ve fiyatlarda hizmet sunmayı kabul eden sağlık kurumu olarak anlaşılmaktadır.

### **Sözleşmesiz kurumlardan alınan sağlık hizmetlerinin bedellerinin ödenmesi:**

Kanunun ile sağlık hizmetlerinin finansmanında getirilen diğer yöntem, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan hizmet bedellerinin sigortalılara geri ödenmesidir. Kanunda sigortalılara kendi tercihleri ile sözleşmesiz kurumlardan sağlık hizmeti satın alması halinde yüzde 70 ödeme yapılması kabul edilirken Tasarı ile sadece acil hallerde sözleşmesiz kurumlardan alınan hizmet bedellerinin Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutarlar üzerinden geri ödenmesi kabul edilmiştir. Acil haller dışında ise kişilerin ödemiş olduğu sağlık hizmetlerinin bedelleri ödenmemektedir.

Düzenleme ile konu Anayasa yargısı açısından tartışmalı hale gelmiştir. Kişilerin devlete ödedikleri vergiler dışında, sadece sağlık hizmetlerine harcanmak üzere gelirlerinden ödedikleri GSS primlerini alınmasında herhangi bir istisna tanınmaksızın zorunlu olarak prim alınırken sağlık hizmetlerinin sunumunda vatandaşların tercihlerinin göz ardı edilmesi ve satın aldıkları sağlık hizmetlerinin karşılığında hiçbir bedel ödenmemesi Anayasa ve sosyal güvenlik hakkı açısından tartışılmaya başlanacaktır.

### **Götürü bedel üzerinden sağlık hizmetlerinin finansmanı:**

Tasarıya Genel Kurul aşamasında 73'üncü maddeye eklenen fıkra ile kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularının herhangi bir fatura kesmesine gerek kalmaksızın provizyon sistemine, SGK tarafından yapılabilecek herhangi bir denetime de tabi olmaksızın götürü bedel üzerinden kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularından (Devlet Hastaneleri, Kamu Üniversitesi Hastaneleri, Belediye ve İl Özel İdaresi Hastaneleri, Askeri Hastaneler) sağlık hizmeti satın alınması imkanı getirilmiştir.

Düzenleme ile kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları bir anlamda SGK'nın denetiminden ve kapsamından çıkarılmaktadır. Bu yöntemin uygulamaya geçirilmesi halinde, SGK sadece özel sağlık kurumları ile vakıf üniversitesi sağlık kurumları sözleşme yapma imkânına sahip olacaktır.

### **2. Uygulanacak fiyat tarifesi**

Kanunun 63'üncü maddesi ile kapsamı belirlenen sağlık hizmetlerinin SGK tarafından hangi yöntemlerle finans-



manının sağlanacağına yukarıda yer vermiştik. Peki, satın alınan sağlık hizmetinin bedeli ne şekilde tespit edilecektir.

Kanunun 72'inci maddesi gereği yetki Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'na verilmektedir. Tasarı ile Komisyonun üye sayısı beşten 7 kişiye çıkarılmıştır. Yeni düzenleme ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı da Komisyona üye gönderirken SGK'nın üye sayısı 1'den 2'ye çıkarılmaktadır.

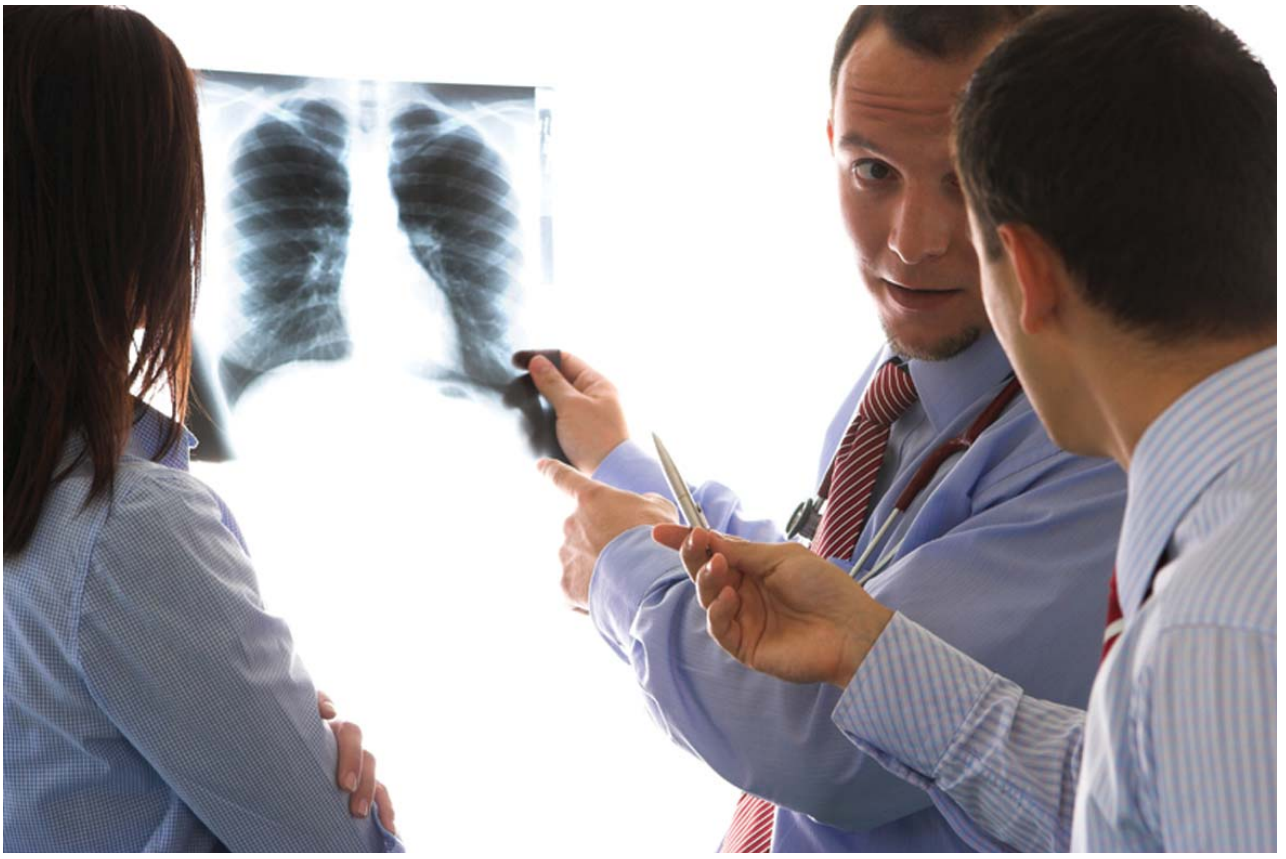
Komisyon tarafından tıp eğitimi, hizmet basamağı, alt yapı ve kaynak kullanımı ile maliyet unsurları dikkate alınarak sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması kuralı getirilmiştir. Bu sınıflandırmanın amacı fiyatlandırma konusunda farklılaşmaya gitmektir. Bu sayede yukarıdaki kriterlere göre sınıflandırılan sağlık hizmeti sunucularına farklı fiyat tarifelerinin uygulanmasının yasal alt yapısını hazırlanmıştır. Sınıflandırılan sağlık hizmeti sunucularının hizmet satın alma fiyatlarının tespiti hangi kriterlere göre yapılacaktır?

72'inci maddeye göre; Sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, Sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, Kanıta dayalı tıp uygulamaları, Maliyet-etkililik ölçütleri, Genel sağlık sigortası bütçesi kriterlerinin dikkate alınmak suretiyle belirlenmesi gerekmektedir. Kanun koyucu, SGK'ya yukarıdaki kriterler doğrultusunda hizmet satın alma fiyatlarını belirlemesi görevini vermiş

**Kanunun 72'inci maddesi gereği yetki Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'na verilmektedir. Tasarı ile komisyonun üye sayısı beşten 7 kişiye çıkarılmıştır. Yeni düzenleme ile SGK'nın üye sayısı 1'den 2'ye çıkarılmaktadır.**

olup, bu kriterlere uymayan fiyat belirleme işlemleri, yasa karşısında hukuken tartışmalı hale gelecektir. SGK bu fiyatları hizmet sunucuların her bir sınıfı için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye yetkili kılınmıştır. Tasarı ile yapılan düzenleme, fiyatlandırma sürecini oldukça karmaşık hale getirmiş ve yönetimini zorlaştırmıştır. Ancak Tasarı ile götürü bedel ile hizmet satın alınması konusunda yapılan düzenleme ile söz konusu fiyat tarifelerinin sadece özel hastaneler ile vakıf üniversitesi hastanelerine uygulanması sonucunu doğuracaktır. 72'inci maddede yapılan kritik bir diğer değişiklik ise, Komisyonun alacağı kararlar öncesinde hizmet sunucularının oluşturduğu mesleki kuruluşlarının, derneklerin görüşlerinin alınması hususunda Komisyona takdir hakkının tanınmasıdır. Zaten kararın, tamamını kamu temsilcilerinden oluşan 7 kişilik Komisyon tarafından verilecek olma-





Kural olarak, sözleşmeli özel sağlık kurumları ile sözleşmeli vakıf üniversitesi sağlık kurumlarının komisyon tarafından sınıflandırmaya esas olarak belirlenmiş fiyat tarifelerinin bir katını geçmemek üzere fark almasına izin verilmiştir. Bu oranın belirleme yetkisi Bakanlar Kurulu'na bırakılmıştır.

sına rağmen, fiyat belirlemede görüş almanın isteğe bağlı hale getirilmesi uygulama için tereddütlere neden olmaktadır. 'Ben yaptım oldu' anlayışı ile belirlenecek fiyat tarifleri, yargı süreçleri ile içinden çıkılmaz ve meşruyeti sorgulanır bir hale yol açacaktır.

### 3. Hastalardan alınacak fark konusu

Tüm üyeleri kamu temsiliyeti ile oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nun belirleyeceği fiyatlar, kamu ve özel sağlık hizmeti sunucuları için aynı zamanda hizmet satış fiyatı da olacak mıdır? Yani sağlık hizmeti sunucuları SGK'nın vereceği tutarın dışında hastadan giderlerini karşılamak üzere ek bir tutar talep etme hakkına sahip olacak mıdır? Kanununun GSS hükümleri bakımından en çok tartışılan maddesi bu konuyu oluşturmuştur. Konuyla ilgili Kanunun

73'üncü maddesinde Tasarı ile yapılan değişiklikten sonra oldukça karmaşık bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu yapıyı kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları için getirilen düzenlemeler ve özel sağlık kurumları ile vakıf üniversitesi sağlık kurumları için getirilen kurallar olarak iki başlık altında incelemek en sağlıklı yöntem olarak görünmektedir.

#### Sözleşmeli kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularının fark alma hakkı (Devlet hastaneleri, kamu üniversitesi hastaneleri, belediye ve il özel idaresi hastaneleri, askeri hastaneler)

Kural olarak kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularına fark alma hakkı tanınmamıştır. Ancak getirilen düzenleme ile bazı istisnai hallerde SGK'nın ödeyeceği tutarın yanında, hastadan ek bir tutar tahsil edilmesine izin verilmiştir. Bunlar;

- Öğretim üyesi tarafından sunulan sağlık hizmetleri,
- SGK tarafından belirlenen standart üstündeki otelcilik hizmetleri,
- Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak belirlenecek olan istisnai sağlık hizmetleri olarak belirlenmiştir.

Öğretim üyesi için hastadan alınacak ilave tutar için yasada bir üst sınır belirlenmezken bu yetki SGK'ya verilmiştir. Otelcilik hizmetleri ile istisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücretin üst sınırı belirleme yetkisi, Komisyon tarafından belirlenen tutarın 3 katını geçmemek üzere sağlık hizmeti sunucusuna bırakılmıştır. Ancak hizmet sunucuları uygulayacakları fiyatları 5 işgünü içinde SGK'ya bildirmek ve belirlenen süre içerisinde arttırmamak durumundadırlar. Götürü bedelle devlet

hastanesi ve kamu üniversitesi hastanelerinden hizmet satın alınması halinde ise öğretim üyesinden, otelcilik hizmetlerinden ve istisnai hizmetlerden fark almaya ilişkin yukarıda düzenlemeler uygulanmaya devam etmektedir. Düzenleme ile kamu sağlık kurumlarının da hastadan fark alma hakkı ilk defa yasa ile tanınmıştır.

#### Sözleşmeli özel sağlık kurumları ve sözleşmeli vakıf üniversitesi sağlık kurumlarının fark alma hakkı

Kural olarak, sözleşmeli özel sağlık kurumları ile sözleşmeli vakıf üniversitesi sağlık kurumlarının Komisyon tarafından sınıflandırmaya esas olarak belirlenmiş fiyat tarifelerinin bir katını geçmemek üzere fark almasına izin verilmiştir. Bu oranın belirleme yetkisi Bakanlar Kurulu'na bırakılmıştır. Ancak bu üst sınırın doğrudan uygulanma imkânı bulunmamaktadır. SGK, bu üst sınırı geçmemek üzere uygulanacak farkın oranını belirleme konusunda yetkilendirilmiştir. Örneğin, Bakanlar Kurulu farkın üst sınırını yüzde 60 olarak belirlediği bir durumda, bu oranı geçmeyecek şekilde SGK, alınacak farkın oranını yüzde 1'den yüzde 60'a kadar belirleme yetkisine sahip bulunmaktadır. Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularına yukarıda ifade edilen otelcilik ve istisnai sağlık hizmetlerinde fark alınmasına ilişkin tanınan haklar, sözleşmeli özel sağlık kurumları ve sözleşmeli vakıf üniversitesi sağlık kurumlarına da aynı koşullarda tanınmıştır. Öğretim üyesine ilişkin tanınan fark alma hakkı ise sadece kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularına tanınan bir hak olarak ortaya çıkmaktadır.

#### Fark almanın yasaklandığı haller

Kamu ya da özel sözleşmeli sağlık kurumlarının, acil hallerde ve SGK'nın

belirlediği diğer hallerde fark alması tamamen yasaklanmaktadır. SGK'nın yoğun bakım hizmetlerinde fark almayı yasakladığı bilinmektedir. Kanunda fark almayı yasaklamaya ilişkin herhangi bir kriter ve sınırlama bulunmamaktadır. Düzenleme ile SGK'ya acil hallerin dışında fark alınmayacak sağlık hizmetlerini tanımlama konusunda tek taraflı ve sınırsız kural koyma hakkı tanınmaktadır.

#### **İlaçlarda ve optik ürünlerde alınacak fark**

İlaçlara ve optik ürünlere ilişkin Kanunun 73'üncü maddesinde Tasarı ile yapılan değişiklik sonunda, yukarıdaki farka ilişkin sınırlamalardan tümüyle muaf tutulmuştur. İlaçlarda Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen perakende satış fiyatı ile SGK tarafından belirlenen geri ödeme fiyatı arasındaki tutarın hastalardan tahsil edilmesi imkanı getirilmiştir. Aynı şekilde optik ürünler için Tasarıya Genel Kurul'da eklenen ifade ile farka ilişkin sınırlamalardan optik ürünler de tümüyle muaf tutulmuştur.

Her iki konuda yapılan düzenlemeler, farka ilişkin sınırlamaların uygulamada yaratacağı sorunların da işaretçisi olarak kabul edilebilir. Aynı problem, diğer sağlık hizmetlerinde de bulunmasına rağmen Tasarının yasalama sürecinde, ilaç ve optik ürünlerin sınırlamalardan muaf tutulduğu bir düzenleme ile son bulmuştur.

#### **4. Sevk zincirine uymamanın yaptırımını kaldırılmıştır**

Sürdürülebilir bir sağlık finansman sisteminin en temel koşullarından birisi de etkili bir sevk zincirinin uygulanmasıdır. 5510 sayılı Kanunun 70'inci maddesi ile yapılan düzenlemede, sevk zincirine uymayan kişilere, oluşan tedavi bedelinin yüzde 30'unu kendisinin ödemesi yaptırımı getirilmişti. Tasarı ile söz konusu yaptırım ortadan kaldırılmıştır.

5510 sayılı Kanunla 3359 sayılı Kanunun 3'üncü maddesinin de iptal edildiği dikkate alındığında, sevk zincirine uymamanın hiçbir yasal yaptırımı kalmamıştır. Talep kontrolü için de ayrı bir öneme sahip olan sevk zincirinin uygulanmaması halinde ortaya çıkacak finansal yükten yine büyük ölçüde bu hizmetten yararlanan vatandaşlar zarar göreceklerdir.

#### **5. İdari para cezası uygulaması kaldırılmıştır**

Tasarı ile getirilen bir diğer önemli değişiklik de, Kanunun 102'inci maddesi ile sağlık hizmeti sunumu alanında



ilk defa getirilen idari para cezası uygulamasının kaldırılmasıdır. Sağlık hizmeti sunucularının yapabilecekleri kimi kural ihlalleri ya da kötüye kullanımlara karşı getirilen idari para cezaları kaldırılarak söz konusu fiilleri işleyenlere sözleşme feshi ile yaptırım uygulanması kuralı konmaktadır.

Yapılan değişiklik, idari para cezasının kamu sağlık tesislerine uygulanmaması sonucunu doğuracaktır. Halen SGK tarafından Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinden alınan sağlık hizmetleri sözleşmelerinde cezai şart uygulaması yokken, özel sağlık tesisleri ile yapılan sözleşmelerde oldukça ağır cezai şart uygulamaları getirilmiş ve uygulanmıştır. İdari para cezalarının kaldırılması ile kamu sağlık tesislerinin GSS kurallarına uyum konusunda gereken özen ve dikkati göstermelerini sağlamakta önemli bir yaptırım imkânı da kalmamıştır.

#### **6. Sözleşme feshinde süre sınırlaması kaldırılmaktadır**

Tasarı ile Kanunun 103'üncü maddesi ile getirilen sözleşme feshinde süre sınırlaması tamamen kaldırılarak SGK'nın takdirine bırakılmıştır. Kamu hizmetlerinde idareye bu kadar takdir hakkının verilmesi; ya bu yaptırımın uygulanmaması sonucunu doğuracak ya da tüm nüfusun GSS kapsamına alındığı bir uygulamada sağlık hizmeti sunucuları oldukça ağır yaptırımlarla karşı karşıya kalacaklardır. Sözleşme feshine ilişkin 103'üncü maddede yapılan bir diğer önemli değişiklik de haksız menfaat temin etmek koşuluna bakılmaksızın, sözleşme feshinin gündeme getirilmesidir. Kanunlaşan metinde sözleşme feshi, haksız menfaat temin etme koşuluna bağlanırken yeni düzenleme ile bu koşula bakılmaksızın, üstelik de süre-

siz sözleşme feshine olanak sağlanmaktadır.

#### **7. Sonuç**

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda TBMM Genel Kurulu'nda görüşülen Tasarı ile GSS hükümlerinde yapılan değişikliklerin hiçbirinin Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı ile bir ilişkisi bulunmamaktadır. Yapılan düzenlemelerin temelinde, prim ödeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı elde eden vatandaşların haklarını ve seçimini temel alan anlayıştan, sağlık hizmeti sunucularının temel alındığı bir anlayışa geçiş yer almaktadır. Mevcut Kanun hükümlerinin hiçbirinin uygulanma imkânı dahi olmadan, uygulamada yaratacağı olumsuzluklar da görülmeden yapılan değişiklikler sonucu ortaya çıkan durum, yaklaşık 50 yıl uygulandıktan sonra 59'uncu Hükümet tarafından son verilen SSK sisteminin, devlet hastanelerinin tümünü kapsayacak şekilde geri getirilmesi sonucunu doğuracaktır. Özellikle TBMM Genel Kurulu'nda verilen bir önerge ile devlet ve kamu üniversitesi hastaneleri ile SGK'nın götürü bedelle anlaşma yapılması konusundaki düzenleme, bu sürecin en temel belirleyici gerekçesi olmuştur.

Bir diğer kritik konu da, GSS'nin finansal sürdürülebilirlik açısından riskli bir yapıya oturtulmuş olmasıdır. Uygulamada sürekli bir şekilde, fiyat tarifelelerinin yükseltilmesi konusunda SGK'ya aşırı bir baskı oluşmasının gerekçesi yaratılmıştır. Bu durum sağlık hizmetinin temel süjesi olan vatandaşın, sağlık hakkına ulaşımını sağlamak için temel koşul olan finansal güvencenin riske edilmesi sonucunu doğuracaktır.