

Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine

Nail Dertli, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi,
e-posta: ndertli@politics.ankara.edu.tr

Özet

2000'li yıllarda Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik alanında önemli bir yeniden yapılandırma süreci yaşandı. 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimini temelden değiştirirken, 2004 yılında başlatılan sosyal güvenlik reformu çalışmaları 2006 yılında çıkartılan iki temel kanunda somutlaştırıldı: 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu mevcut sosyal güvenlik kurumlarını (Sosyal Sigortalar Kurumu-SSK, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu- Bağ-Kur ve TC Emekli Sandığı) tek çatı altında birleştirdi. Ardından sosyal sigorta ilişkisi kurulabilen herkesi kapsayan ve sosyal güvenlik haklarına ilişkin norm ve standart birliği getireceği ileri sürülen bir sosyal sigorta kanunu (5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu) çıkartıldı.

Genel Sağlık Sigortası (GSS), sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki bu yeniden yapılandırmanın ortak bileşenidir ve sosyal güvenlik sisteminde paradigmatik bir dönüşüme yol açan 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun içerisinde düzenlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının genelleştirilmesi mantığı çerçevesinde düzenlenen GSS, finansman açısından sosyal sigorta modeli üzerine inşaa edilmiştir ve Türkiye'de yaşayan herkesi zorunlu olarak sisteme dâhil etmektedir. Sistemdeki herkes, sağlık finansman yönteminin bir sonucu olarak ya doğrudan prim ödeme suretiyle ya da adına devlet tarafından prim ödenmesi koşuluyla, sağlık hizmetlerine erişebilmektedir. Buna göre; hangi statüde olurlarsa olsunlar (işçi, bağımsız çalışan veya kamu görevlisi) çalışanlar prime esas kazançları üzerinden prim ödemektedir. Çalışmayan, geliri olmayan ve ödeme gücü bulunmayanların primlerinin devletçe karşılanması öngörülmüştür. Gelir testi, bu kişilerin tespit edilerek çalışmayan ancak geliri/ödeme gücü olanlardan ayrılmasını sağlamaya yönelik teknik işlemi ifade etmektedir.

Bu çalışma, genel sağlık sigortasının genelleştirilmesinin aracı olarak gündeme gelen gelir testi uygulamasını konu edinmektedir. Çalışmada, önce genel sağlık sigortasında primleri devlet tarafından karşılanacak kişileri belirlemede başvurulan gelir testinin, gelir göstergelerine dayalı hedefleme tekniği olduğunun altı çizilecektir. Daha sonra, genel sağlık sigortasının finansman yöntemi ve temel özellikleri ele alınacaktır. Bu çalışmada, genel sağlık sigortasının finansman yöntemi ve kurumsal örgütlenmesinin, sağlık hizmetine erişimde gelir temelli bir tabakalaşmaya yol açtığını ileri sürecek ve gelir testinin bu eşitsizliğin inşasındaki rolünü tartışacaktır.

Anahtar Sözcükler: Genel sağlık sigortası, gelir testi, sosyal güvenlik reformu, gelir göstergelerine dayalı hedefleme, sağlık reformu.

Universal Health Insurance and Income Test: From Statue Inequality to Income Inequality

Abstract

Health and social security system of Turkey underwent a significant restructuring process in 2000's. While Health Transformation Program - put in practice in 2003- fundamentally changed the organizational structure of health services; the social security reform – initiated in 2004- was embodied in two basic laws: Law on Social Security Institution no. 5502 combined existing social security institutions (Social Insurances Institution, Social Insurances Institution for Tradesmen and Craftsmen and Other Self Employed and The Retirement Fund) under a single institution. Afterwards, a social security law (The Law on Social Insurances and Universal Health Insurance) that is covering everyone with whom social insurance relation can be established and which is claimed to provide coherence of norm and standards regarding social security rights was enacted.

Universal Health Insurance (UHI) is the common component of this restructuring in health and social security, and it was regulated within the Law on Social Insurances and Universal Health Insurance that has led to a paradigmatic change in social security system. Regulated with the rationale of universalization of financing of health services, UHI is built on social insurance model in terms of financing, and it compulsorily incorporates everyone living in Turkey in the system. Everyone in the system has access to health services conditional that they either directly pay premiums or their premiums is paid by the state as a result of the method of financing of health. According to this system; irrespective of their statues (worker, self-employed or public employee) workers pay premiums due to their insurable earnings. Premiums of the people who do not work, do not have any earnings or cannot afford to pay their premiums are covered by the state. "Income test" refers to the technical procedure aiming to distinguish those people from others who do not work but can afford to pay their premiums.

This study deals with the practice of income test as a means of universalization of universal health insurance. In this study, first, it will be underlined that, income test, as a method to determine people whose premium will be covered by the state in the universal health insurance, is a targeting technique based on income indicators. Afterwards, the financing method and basic characteristics of the universal health insurance will be analyzed. In this study, it will be argued that the financing method and institutional organization of universal health insurance causes to a segmentation based on income in terms of access to health services. The role of income test in the emergence of that inequality will be also discussed.

Keywords: Universal health insurance, income test, social security reform, proxy means tests, health-care reform.

Giriş

Genel sağlık sigortası, sağlıkta dönüşüm ve sosyal güvenlik reformu çalışmalarının ortak bileşeni olarak 2000'lerin başında gündeme gelmiştir (Alper, 2012: 56; Güzel, 2005) ve sosyal güvenlik reformunun en önemli ayağını oluşturmaktadır. Başlangıçta ayrı bir yasa olarak düşünülen genel sağlık sigortası, daha sonra 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun üçüncü kısmında 19 madde halinde düzenlenmiştir. Gerek yasa yapım sürecinden (sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortasının tek bir kanunda düzenlenmesi), gerekse yazımında yeterince titiz davranılmamasından dolayı kanun, yoğun iç atıflarıyla, son derece ağır, izlenmesi ve anlaşılması zor bir biçim almıştır (Güzel vd., 2012: 98). Süreç içerisinde yapılan değişikliklerle¹ daha da ağırlaşan kanun, çalışma yaşamının yasal veçhelerine hakim uzmanlarca da, Cumhuriyet tarihinin anlaşılması en zor yasası olarak nitelenir olmuştur (Güzel vd., 2012: 98).

2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da temel bileşenlerinden biri olan genel sağlık sigortası, nüfusun tamamını zorunlu olarak kapsamına almakta, herkes açısından haklar ve yükümlülükler doğurmaktadır. Bu nedenle kanunun anlaşılması ve izlenmesi zor bir biçimde kaleme alınmış olması başlı başına sağlık ve sosyal güvenlik hakkını sınırlandıran bir durumdur. Çeşitli alan araştırmaları, özellikle en çok yardıma ihtiyaç duyan kesimlerin hakları hakkında çok az bilgi sahibi olduğunu, bu durumun onların sosyal güvencelerini olumsuz etkilediğini ve sunulan yardımlara erişmelerini önlediğini ortaya koymaktadır (Akkan vd., 2011: 78; Çamur-Duyan, 2006; Clert ve Wodon, 2001: 61). Bu yönüyle kanunun, yalnızca alanın uzmanlarının takip edebildiği bir metin şeklini almış olması, yurttaşların sosyal güvenlik haklarını kısıtlayan bir durum yaratmaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamında uygulanan gelir testi söz konusu olduğunda, durum iyice çetrefilleşmektedir. Zira yoksulların sağlık hizmetlerine erişiminin koşullarını belirleyen gelir testi uygulaması, sosyal güvenlik reformunun en karmaşık alanlarından birini oluşturduğu gibi, sistem yükümlülüklerini yerine getirmeyen yurttaşların yüksek gelir düzeyleri üzerinden prim ödemek zorunda kalması gibi cezalandırıcı araçları da içermektedir.

Bu çalışma, genel sağlık sigortasının genelleştirilmesinin aracı olarak gündeme gelen gelir testi uygulamasını konu edinmektedir. Çalışmada, önce genel sağlık sigortasında primleri devlet tarafından karşılanacak kişileri belirlemede başvurulan gelir testinin, gelir göstergelerine dayalı hedefleme tekniği olduğunun altı çizilecektir. Daha sonra, genel sağlık sigortasının finansman yöntemi ve temel özellikleri ele alınacak, genel sağlık sigortasının sağlık hizmetleri alanındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak yerine sağlık hizmetlerine erişim noktasında gelir temelli yeni eşitsizlikler yarattığı ileri sürülecektir. Son bölümde, gelir testinin bu eşitsizliğin inşasındaki rolünü tartışacaktır.

Çalışma boyunca statü temelli eşitsizlik kavramı Buğra (2008) ve Yılmaz'ı (2012) takiben Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi içerisinde sağlık hizmetlerine erişim kolaylıkları ve eriştikleri hizmetlerin kalitesi bakımından istihdam statüsüne bağlı olarak ortaya çıkan katmanlaşma ve eşitsizlikleri nitelendirmek için kullanılacaktır. Bilindiği gibi sosyal güvenlik reformu öncesi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak sigorta temelli bir yapıyla ve istihdam statülerine göre örgütlenmiş sosyal güvenlik kurumları aracılığıyla yürütülmekteydi. Farklı istihdam statüleri (işçi, memur, bağımsız çalışan) için örgütlenmiş farklı sosyal güvenlik kurumları (SSK, ES ve Bağ-Kur) mevcuttu ve kurumlar farklı risklere karşı farklı koşullara bağlı olarak farklı düzeylerde koruma sağlamaktaydı. Sağlık ve sigorta hizmetini istihdama göre tarifleyen bu sistem içerisinde SSK ve Bağ-Kur kapsamındakilerden farklı oranlarda prim alınmaktaydı ve sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı ve hizmete erişim koşulları önemli ölçüde farklılaşmaktaydı. Memur statüsünde çalışanların ise sistemde daha istisnai bir yeri vardı. Memur statüsünde aktif olarak çalışanların sağlık hizmetleri kurumları tarafından finanse edilmekteydi. Emekli Sandığı ise, memur emeklilerinin sağlık hizmetini finanse ediyordu.²

Yine de sağlık hizmetlerine erişimi belirleyen temel unsur piyasa gelirden ziyade istihdam statüsü idi ve sistem içerisindeki eşitsizlikler de gelir farklılıklarından çok istihdam statülerine yönelik koruma norm ve standartlarının farklılığından kaynaklanmakta idi. Sosyal güvenlik reformu ile birlikte statü temelli eşitsizlikler sistem içerisinde ikincilleşerek de olsa varlığını sürdürse de, piyasadan elde edilen gelir ve satın alma gücü sağlık hizmetlerine erişimin temel belirleyeni haline geldi. Çalışmada, piyasa gelirin sağlık hizmetlerine erişimin koşullarını ve hizmet paketinin içeriğini belirlemesi ve bu durumun açtığı eşitsizlik ve katmanlaşmayı nitelendirmek için gelir temelli eşitsizlikler kavramı kullanılacaktır.

Refah Hizmetlerinin En Muhtaç Durumdakilerle Sınırlandırılması ve Gelir Göstergelerine Dayalı Hedefleme

Neoliberal politikalar, ihtiyaçların karşılanmasında devlet-piyasa ve ailenin rollerini yeniden tanımlayarak sosyal politika alanında radikal dönüşümlere yol açmıştır. Özellikle az gelişmiş ülkelerde, uluslararası finans kuruluşlarının rehberliğinde uygulanan neoliberal yapısal uyum programlarının gündeme taşıdığı kamu yönetimi reformları aracılığıyla sosyal politikalar yeniden biçimlendirilmiş, sosyal ihtiyaçların karşılanmasında devlet, piyasa ve ailenin rolleri yeniden tanımlanmıştır. Refahın sağlanmasında devletin rolü sınırlandırılmış, bireysel sorumluluk ilkesi egemen kılınarak ihtiyaçların karşılanmasında piyasa ve aile merkezi bir konuma yerleştirilmiştir. Bu süreçte devletin sosyal mal ve hizmetlerin üretim ve finansmanı gibi potansiyel olarak

kârlı alanları özel sektöre bırakması gündeme gelmiştir. Laurell (2000: 313) bu eğilimi, sosyal hizmet ve desteklerin metalaşması olarak nitelendirmektedir. Aynı zamanda devletin refah alanındaki sorumlulukları, ihtiyaç tespiti temelinde işleyen, seçici ve yalnızca “sosyal desteğe en çok ihtiyaç duyan muhtaç/düşkün” kesimleri hedefleyen, düşük maliyetli programlarla sınırlandırılmıştır. Sosyal politika alanında yaşanan bu değişimlerin karakteristik örneklerini sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki reformlarda görmek mümkündür (Laurell, 2000: 306).

Devletin refah alanındaki sorumluluğunun yalnızca en muhtaç durumdaki toplum kesimleriyle sınırlandırılması; yoksulluğun ölçülmesi, yoksulların tasnifi, hiyerarşik bir sınıflandırmaya tabi tutulması ve en diptekileri diğerlerinden ayıracak hedefleme yöntemlerinin geliştirilmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (Özüğurlu, 2003: 64). Bu durum, yoksulluğu ölçmeye yönelik istatistiksel analizlere, en yoksulları belirlemeye yönelik farklı ölçme teknikleri geliştirme çabalarına kapı aralamıştır.

Devletin refah alanındaki sorumluluklarının en yoksul toplum kesimleriyle sınırlandırılması, sosyal politika alanında evrensel programlardan ihtiyaç tespitine dayalı programlara geçiş anlamına gelmektedir. Bu tür programların hayata geçirilmesinde ilk aşama, hedef grupların tanımlanması, ikinci aşama ise programlara başvuran birey ya da hanelerin hedef grubun bir üyesi olup olmadıklarının tespit edilmesidir. Hangi nüfus kesimlerinin kapsama alınacağı, hangilerinin dışarıda bırakılacağı, hedefleme teknikleri aracılığıyla belirlenmektedir. Yoksulları ayırtırmaya yönelik farklı hedefleme teknikleri bulunmakla birlikte,³ bu tekniklerin hepsinin yönelimi ortaktır: Bireyler ya da hane-halkları, yoksullar ve yoksul olmayanlar şeklinde ‘doğru’ ve ‘etkili’ bir şekilde ayrıştırılır (Coady vd., 2004: 13).

Literatürde, yoksullara yönelik programlar için uygun şartlara sahip olup olunmadığının belirlenmesi için en uygun yolun, kişinin gelir düzeyi ya da varlıklarının dikkate alındığı gelir testleri olduğu belirtilmektedir. Buna göre söz konusu testler; işgücünün formal sektörde yoğunlaştığı, güçlü kayıt sistemlerine sahip, ücret ödemelerinin düzenli ve nakit olarak yapıldığı endüstrileşmiş ülkeler için uygundur. Ne var ki az gelişmiş ülkelerde basit gelir testleri, kişilerin gerçek refah durumlarını yansıtmak bakımından yetersiz kalmaktadır. Öncelikle, başvurulabilecek güvenilir kayıt sistemlerinin yokluğu nedeniyle gelir testleri az gelişmiş ülkeler açısından işlevsel değildir.⁴ Nitekim bu ülkelerde, sosyal güvenlik, maaş bordrosu, gelir vergisi gibi kayıtlar nüfusun yalnızca küçük bir bölümünü, çoğunlukla da “zenginleri” kapsar (Grosch ve Baker, 1995: 1-2).

Sözü edilen literatürde yüksek kayıt dışılık ve enformel istihdamın yaygınlığı gibi unsurlar, basit gelir testlerinin etkinliğini engelleyen belli başlı unsurlardır. Ayrıca, sahip olunan konut ve dayanıklı tüketim maddelerinin değeri gibi unsurları içermediği için, gelir, her zaman refahın kesin bir ölçüsü olarak değerlendirilemez (Grosh ve Baker, 1995: 1-2). Görüldüğü gibi az gelişmiş ülkelerde, hane halkının gelir ve tüketim düzeyine ilişkin detaylı bilgi elde edebilmenin önünde kayda değer engeller mevcuttur. Tam da bu nedenle bu ülkelerde, yoksul/yoksul olmayan ayırımını yapmayı olanaklı kılacak, ülkelerin toplumsal yapılarındaki farklılıklara duyarlı olma iddiasındaki bir hedefleme yöntemi olarak, gelir göstergelerine dayalı hedefleme (*Proxy means test*) gündeme getirilmiştir. Bu hedefleme yönteminde birey/hanehalkı karakteristikleri ve sahip olunan varlıklar birer gösterge olarak kullanılmaktadır. Terim, hanehalkının yaşadığı yer, yaşadığı konutun kalitesi, dayanıklı tüketim malları sahipliği, ailenin demografik yapısı, eğitim düzeyi ve yetişkinlerin mesleği gibi açıkça belirlenebilen hanehalkı özellikleri için puanlama yapılan bir ölçeği ifade etmektedir. Bu tür göstergeler hane halkının puanlanmasında kullanılmakta, istatistiki analizlerle göstergelerin puanlamadaki ağırlıkları sağlanarak yoksullar, hiyerarşik olarak sıralanmakta ya da gruplandırılmaktadır.

Gelir göstergelerine dayalı hedefleme, neoliberal gündemin ilk politika unsurlarından biri olarak 1980'lerin başlarında uygulama olanağı bulmuş ve ardından hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır. Şili, 1980 yılında yürürlüğe koyduğu Ficha CAS'la birlikte, hedefleme yöntemini ilk uygulayan ülkedir.⁵ Şili'nin ardından gelir göstergelerine dayalı hedefleme tekniği, Kolombiya ve Meksika başta olmak üzere diğer Latin Amerika ülkelerine, Asya ve Afrika'ya yayılmıştır (Coady vd., 2004: 52). Dünya Bankası, az gelişmiş ülkelerdeki yardım programlarının yürütülmesinde hedefleme yönteminin kullanılmasının en büyük destekçilerinden birisidir. Bankanın, ülkelerin bu tür hedefleme programlarını kurmaları için finansal ve teknik destek sağladığı görülmektedir. Nitekim Latin Amerika'dan Afrika'ya kadar pek çok ülke için, gelir göstergelerine dayalı hedefleme yönteminin avantajlarını anlatan, ülkeye özgü göstergeler geliştirmeye çalışan, çok sayıda Dünya Bankası raporu söz konusudur (Sharif, 2009; Castaneda, 2005; Narayan ve Yoshida, 2005).

Türkiye'de gelir göstergelerine dayalı hedefleme yöntemi, 2001 ekonomik krizinin ardından hayata geçirilen Sosyal Riski Azaltma Projesi (SRAP) kapsamında 2002 yılında uygulanmaya başlanmıştır. 2001 yılında, Dünya Bankası ile imzalanan ikraz anlaşması çerçevesinde uygulanan Sosyal Riski Azaltma Projesi'nin alt bileşenleri olan Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) ve Yerel Girişimler (YG) (şimdiki adıyla proje destekleri) bileşenlerinden yararlanacak olanların belirlenmesine

yönelik, bir puanlama formülü geliştirilmiştir (SYGM, 2011: 102). Bu formül halen SYDV tarafından kullanılmaktadır.

Uygulanan puanlama formülü için SYDGM ve Dünya Bankası Finansmanı ile Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) Sosyoloji Bölümü tarafından 2001 yılında 4200 haneyi kapsayan bir saha araştırması (Hane halkı Gelir ve Yaşam Standardı Anketi) yapılmıştır. Bu inceleme verileri doğrultusunda, hane halklarının refah düzeyi (kişi başına gelir veya harcama) ile ilişkili olduğu tespit edilen değişkenlere (sosyoekonomik ve demografik) dayalı ekonometri temelli bir puanlama formülü ve formüle ait bilgileri de kapsayan bir fayda sahibi başvuru formu geliştirilerek SYD Vakıflarına dağıtılmıştır. Şartlı eğitim ve sağlık yardımıyla yararlanmak isteyen kişiler öncelikle bu formu doldurmakta ve doldurulan formdaki veriler elektronik ortamda SYDGM Bilgi İşlem Merkezi'ne ulaşmaktadır. Eğer başvuru sahibinin puanı ŞNT programının hedef kitlesi için belirlenmiş kesme noktasına göre (en yoksul %6) belirlenen puandan düşükse, başvuru sahibi hak sahipliğini kazanmaktadır (SYGM, 2011: 102).

Dünya Bankası finansmanı ile geliştirilen puanlama formülü, daha sonra yine ODTÜ'den bir başka araştırma ekibi tarafından revize edilmiş, regresyon ve faktör analizlerinin kullanıldığı üç farklı puanlama modeli oluşturulmuştur (SYGM, 2011: 103). Ancak 2007 yılında SRAP'ın sona ermesi nedeniyle bu puanlama modelleri uygulanmamıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından "Sosyal Yardım Yararlanıcılarının Belirlenmesine Yönelik Puanlama Formülünün Geliştirilmesi Projesi" adı altında bir çalışma halen yürütülmektedir. Gelir göstergelerine dayalı bir hedefleme metodu geliştirmeyi amaçlayan proje, TÜBİTAK tarafından yürütülmektedir. Projenin amacı, "tüm yardım kategorilerini göz önünde bulunduran, bölgelerarası farklılığı gözetken, kır-kent ayrımını içeren, uygulaması kolay, objektif, somut olarak ölçülebilir göstergelere dayalı, hane ziyaretleri sırasında doğrulanabilen, güvenilirlik düzeyi yüksek ve paydaşlar tarafından da kabul gören" bir puanlama formülü geliştirilmesi olarak açıklanmaktadır (SYGM, 2011). Projede geliştirilecek puanlama formülü ile gelir göstergelerine dayalı hedefleme tekniği; hem sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları tarafından yürütülen sosyal yardım programlarında, hem de 5510 sayılı Kanunla kurulan genel sağlık sigortasında uygulanan gelir testi uygulamasında kullanılacaktır. Proje henüz tamamlanamadığı için genel sağlık sigortası kapsamında 2012 yılı başından itibaren uygulamaya konulan gelir testi uygulamasında puanlama formülü kullanılamamaktadır. Ancak sistemde gelir tespiti için başvurulan yöntem, gelir testi ile gelir göstergelerine dayalı hedefleme tekniği arasında, ikinciye daha yakın bir uygulama olarak hayata geçirilmiştir.

Son yıllarda ihtiyaç tespitine dayalı yardım programlarına yönelik artan bir ilgi mevcuttur. Gelir testi ya da benzer hedefleme yöntemlerini içeren programların, verili bir bütçe altında kaynakların en yoksul kesimlere aktarılmasının en etkin yolu olduğu ileri sürülmektedir. Bununla birlikte, bu türden hedefleme yöntemlerinin, yoksulları damgaladığı, evrensel programların yarattığı dayanışma hissini aksine, ihtiyaç tespiti temelinde işleyen programların karışıklıklar ve bölünmeler yarattığı belirtilmektedir (Beresford, 2013). İhtiyaç tespiti temelinde yürütülen programların tümünde yardımlardan yararlanacakları belirlemede kullanılan belli bir ayırım noktasının (cut off point) varlığı ve yoksulluğun belirli bir gelir eşiği/tüketim sepeti ya da belirli varlıklara sahip olup olmamakla tartışılması, yoksulların önemli bir bölümünün sunulan yardımlardan yararlanamamasına ve yardım programlarından dışlanmasına yol açmaktadır. Şili’de yapılan bir alan araştırması, yalnızca buzdolabı, çamaşır makinesi gibi varlıklara sahip olmanın bile yardımlara erişmeyi önleyebildiğini göstermektedir (Clert ve Wodon, 2001: 56). Yardımlardan dışlanma bazı ülkelerde gerilimlere de yol açmıştır. Endonezya’da bu nedenle şiddet içeren tepkiler oluşurken, Lübnan’da gelir göstergelerine dayalı hedefleme bazı mülteci kamplarında isyana neden olmuştur. Nikaragua, Peru ve Endonezya’da da benzer olaylar yaşanmıştır (Kidd ve Wylde, 2011: 29-30).

Evrensel programların aksine ihtiyaç tespitine dayalı programlar, yoksulları hiyerarşik olarak sıralamayı ve program önceliklerine göre ayırtırmayı amaçlamaktadır. Meksikalı bir yoksulun sözleri bu noktada son derece anlamlıdır (Kidd ve Wylde, 2011: 29): “Siz bize ‘kim yoksul kim değil, nasıl bilebiliriz’ diye soruyorsunuz. Biz size diyoruz ki, burada hepimiz yoksuluz.”

Türkiye’de 2001 ekonomik krizinin emekçi haneler üzerinde yol açtığı ağır tahribatın ardından uygulamaya konulan SRAP kapsamında ilk kez yaşama geçirilen gelir göstergelerine dayalı hedefleme yöntemi, sosyal güvenlik reformuyla birlikte genel sağlık sigortası içerisinde yoksulların ayrıştırılması ve gruplandırılmasında önemli bir araç haline gelmiştir. İzleyen bölümde önce genel sağlık sigortası uygulaması ana hatları ile açıklanacak, daha sonra ise gelir göstergelerine dayalı hedefleme yöntemi olan gelir testi ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Genel Sağlık Sigortası, Finansman Modeli ve Gelir Testi

Genel Sağlık Sigortasından önce, Türkiye’de yurttaşların sağlık hizmetlerine erişim olanakları ve eriştikleri hizmetlerin kalitesi bakımından istihdam statüsü temelinde bir katmanlaşma/ayırışma mevcuttu (Yılmaz, 2012). Sağlık ve sigorta hizmetini istihdama göre tarifleyen bu sistem içerisinde sosyal güvenlik kapsamı içerisindeki nüfusun erişebildiği sağlık hizmetlerinin kapsamı ve hizmete erişim

koşulları önemli ölçüde farklılaşmakta ve büyük eşitsizlikler içermekteydi. Sistem çalışma eksenli kurulmuştu ve istihdam statüsü hizmete erişim koşul ve olanaklarını belirliyordu. SSK ve Bağ-Kur kapsamındakilerden farklı oranlarda prim alınmaktaydı ve sunulan sağlık hizmetleri paketlerinin içeriği, süresi ve koşulları önemli ölçüde farklılaşmaktaydı.

Türkiye’de düzenli bir sosyal güvenlik rejimine kavuşturulan ilk kesim olan memurların sağlık hizmetlerine erişimi de diğer çalışan kategorilerinden farklı idi. Emekli Sandığı, sadece aylık bağlanmış olanlara sağlık yardımlarını sağlıyordu. Aktif sigortalı durumundaki memurların sağlık yardımları kurumları aracılığıyla sağlanmaktaydı. Formel istihdamdaki işçi, memur ve bağımsız çalışanların (emekliler ve bağımlılarıyla birlikte) erişebildiği sağlık hizmetlerinin eşitsiz niteliğinin yanı sıra sistem, enformel sektör çalışanlarını dışarıda bırakıyordu (Buğra, 2008: 232). Formel istihdam olanaklarından dışlanmış, sosyal sigorta sistemi dışında kalan yurttaşlar, ihtiyaç tespiti yöntemiyle Yeşil Kart kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekteydi. Ancak Yeşil Kart uygulaması, en muhtaç durumdaki yoksullara son derece sınırlandırılmış bir sağlık paketine erişim olanağı veriyordu. 1990 sonrası kayıt dışı istihdam ve taşeron iş ilişkileri ile karakterize olan güvencesiz istihdam rejiminin yaygınlaşması, mevcut yapı içerisindeki eşitsizlikleri ve güvencesizliği derinleştirdi (Buğra, 2008: 200-201; Yılmaz, 2012).

2000’lerin ilk yarısında gündeme gelen sosyal güvenlik reformu önerilerinin, toplumsal destek arayışlarında, statü temelli eşitsizlikleri ortadan kaldırma iddiası (norm ve standart birliğinin sağlanması söylemi) önemli bir yer işgal etti. Reform önerilerinin temel bileşenlerinden biri, sağlık sisteminde köklü bir yeniden yapılanmayı gerektiren genel sağlık sigortası sistemiydi. Sonuçta, ‘nüfusun tümüne hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmetleri’ sunma iddiasıyla 2006 yılında 5510 sayılı Kanunla genel sağlık sigortası sistemi oluşturuldu.

5510 sayılı Kanunla çerçevesi çizilen bugünkü sistem, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi bakımından üç temel özelliğe sahiptir (Alper, 2012: 56): İlk olarak genel sağlık sigortası sistemi herkesi kapsamaktadır. 5510 sayılı kanunun 60. maddesi genel sağlık sigortalısı sayılanları düzenlemiştir. Oldukça karmaşık ve muğlak bir dil kullanılmış olmakla birlikte Kanunla TC vatandaşı olmayanlar da dahil olmak üzere, Türkiye’de yaşayan herkes zorunluluk esasına dayalı olarak sigorta kapsamına alınmıştır. Prensipl olarak genel sağlık sigortası kapsamı dışında kimse kalmamaktadır (Arıcı, 2012: 49). İkincisi, sistem, finansman açısından sosyal sigorta modeli üzerine kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sigortacılık ilkesine göre, herkesten toplanacak primlerle sağlanacaktır. Zorunlu

olarak sisteme dâhil edilen herkes geliri, kazancı ya da ödeme gücüyle bağlantılı olarak prim ödeyecektir. Ödeme gücü olmayan ya da özel olarak korunması öngörülen toplum kesimlerinin primleri devlet tarafından karşılanacaktır. Devlet ayrıca sistemin finansmanına toplanan primlerle orantılı olarak katkı yapacaktır. Devletin sosyal güvenlik sisteminin finansmanına katkısı 5510 sayılı Kanun'un 81. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre devlet SGK'nın ay itibariyle tahsil ettiği malullük, yaşlılık, ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası priminin dörtte biri oranında katkı yapacaktır. Bu noktada belirtmek gerekir ki, devletin sosyal güvenliğin finansmanı noktasında sorumluluk üstlenmesi önemli bir gelişme olmakla birlikte, devlet katkısının SGK'nın prim tahsilatı ile ilişkilendirilmesinin isabetli bir tercih olduğu söylenemez⁶. SGK'nın özellikle bağımlı ve bağımsız çalışanların primlerini toplamakta zorluk yaşadığı, bu nedenle çok sık prim afları ya da yapılandırılmalara gittiği bilinmektedir. Bu nedenle devletin sisteme katkısının prim tahsilatı ile ilişkilendirilmesi devletin sosyal güvenliğin finansmanına katkısını sınırlandıran bir işlev üstlenebilir.

Ödeme gücü olmayan kesimlerin primlerinin devlet tarafından karşılanması ve devletin sistemin finansmanına toplanan primlerle orantılı katkıda bulunması, vergi temelli finansmanı, dolaylı olarak olsa, sistemin bir parçası haline getirmiştir. Mevcut yapısıyla genel sağlık sigortası "...sosyal sigorta mantığı temelinde bir finansman yapısı öngörmekle birlikte, pratikte eklektik olarak tabir edilebilecek bir ara model yapısı arz" etmektedir (Yılmaz, 2012: 118). Bununla birlikte, katkı payı, katılım payı ya da ilave ücret gibi isimler altında yapılan ödemeler de genel sağlık sigortasının finansman araçlarından. Katkı ve katılım payı uygulamalarının sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinin bir aracı olduğu, hizmet talebini frenlemek ve istismarı önlemek gibi amaçlarla uygulandığı ifade edilse de, bu tür cepten ödemelerin sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi amacının ötesinde, sağlık hizmetlerinin finansmanının bir parçası haline geldiği görülmektedir (Arıcı, 2012: 49). Bu yönüyle genel sağlık sigortasının finansman yapısı oldukça eklektik bir biçim almıştır.

5510 sayılı Kanunla oluşturulan yapının üçüncü temel özelliği, sağlık hizmetlerinin hizmet şartlarını yerine getiren kamu ve özel sağlık hizmet sunucularından satın alma yoluyla yerine getirilmesidir. Bu alanda politika tercihleri, sağlık hizmet sunumunda özel sektörün teşvik edilmesi yönünde olmuştur. Nitekim SGK'nın sağlık harcamalarıyla ilgili istatistiki verileri yüksek katılım payı ve ilave ücret uygulamasına rağmen, özel sağlık tesislerinde müracaat eden hasta sayısının ve SGK'nın bu hastanelere yaptığı fatura ödemelerinin istikrarlı bir şekilde arttığını göstermektedir (SGK, 2014: 61).

Genel sağlık sigortası kapsamındaki yurttaşlar özel sağlık hizmeti sunucularına daha yüksek bir katılım payı ödedikleri gibi, bu kuruluşlar yurttaşlardan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak belirli oranlarda ilave ücret de alabilmektedir. İlave ücretin tavanını belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkilidir. Bakanlar Kurulu ilave ücretin tavanını belirlerken sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterleri dikkate almak durumundadır. Bu kriterler çerçevesinde Bakanlar Kurulu, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin iki katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye yetkilidir. Ancak bu tavan dâhilinde alınabilecek ilave ücret oranları SGK tarafından tespit edilmektedir ve özel sağlık hizmeti sunucuları bu oranı dikkate alarak ilave ücret almaktadır. şakar (2015) ve TTB (2015a), ilave ücrete ilişkin tavanın süreç içerisinde artma eğilimde olduğuna dikkat çekmektedir. Buna göre, SGK ile özel hastaneler hizmet alım sözleşmesi imzalamaya başladığı ilk dönemlerde en fazla yüzde 30'luk 'fark creti' söz konusu iken, Aralık 2009 tarihli Sağlık Hizmetlerinde İlave cret Alımına Dair Bakanlar Kurulu Kararı ile özel hastanelerin yüzde 70'e kadar fark creti almalarına olanak sağlanmış, bu fark daha sonra yüzde 90'a çıkarılmıştır. 12 Ekim 2013 günü yayınlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile hastanelerin hastalardan alabilecekleri ilave ücretin tavan miktarı bu kez yüzde 200'e çıkarılmıştır (SUT, 2015). Bu durumda, sözleşmeli vakıf niversiteleri dahil özel sağlık hizmeti sunucuları, SGK'nın bu kuruluşlara ödediği sağlık hizmetleri bedelinin 2 katına kadar ilave ücret alabilmektedir.

Özel sağlık hizmeti sunucularının aksine kural olarak kamu sağlık hizmeti sunucuları ilave ücret alamamaktadır. Ancak Kanun'da bu duruma  istisna getirilerek kamu sağlık hizmeti sunucularının da ilave ücret almasının yolu açılmıştır. Kamu sağlık hizmeti sunucuları otelcilik hizmetleri, ğretim yesi creti ve istisnai sağlık hizmeti creti kapsamında ilave ücret alabilmektedir. Kamu sağlık hizmeti sunucuları asgari banyo, tv ve telefon bulunan iki yataklı odalara sundukları otelcilik hizmetleri için SUT listelerinde yer alan standart yatak tarifesi işlem bedelinin 1,5 katını, tek yataklı odalarda ise 3 katını geçmemek üzere ilave ücret alınabilmektedir. Benzer şekilde istisnai sağlık hizmetleri için SUT listesinde yer alan işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilmektedir. TTB (2015a: 4), SUT tarifesine göre 25 kalemde istisnai sağlık hizmeti uygulandığını ve bu kapsamda 100 TL'den 7.500 TL'ye kadar ilave ücret alınabildiğini belirtmektedir. Kamu sağlık hizmeti sunucularının ilave ücret almasına olanak sağlayan bir başka düzenleme ise ğretim yesi ücretidir. Buna göre, yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında ğretim

üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için SGK tarafından belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin bir defada asgari ücretin 2 katını geçmemek üzere, poliklinik muayenelerinde en fazla iki katı, diğer hizmetlerde en fazla 1 katı ilave ücret alınabilmektedir. Oldukça yaygın bir ilave ücret uygulaması olan ve kamuoyunda 'profesör farkı' olarak da isimlendirilen bu uygulama ile bölümden bölüme değişmekle birlikte hasta muayene ücreti olarak cebinden 80-150 lira ödeme yapmak zorunda kalmakta, tetkikler ve özel ameliyatlara içinse ilave ücret asgari ücretin brüt tutarının iki katına kadar ulaşmaktadır (TTB, 2015a: 5).

Bir bütün olarak değerlendirildiğinde katkı payları ve ilave ücret uygulamasıyla birlikte, hizmet kalitesine göre sigortalının bedel ödemesini esas alan yeni bir politikanın benimsendiği (Arıcı, 2012: 49), bu tercihin hizmete erişimi gelirin bir fonksiyonu haline getirerek, sağlık alanında gelir temelli eşitsizliklere yol açtığı belirtilmektedir (Yılmaz, 2012: 120).

Gelinen noktada, statü temelli olup eşitsizlik yaratan farklılıklar sistemden tümüyle silinmemiştir. Sistemi düzenleyen 5510 sayılı Kanunun; işçi, bağımsız çalışan ve kamu görevlilerini belirli bir standartta toplamak yerine, hemen her konuda ayrı ayrı ele alıp farklı çözümlere bağladığı görülmektedir (Güzel vd., 2012: 956). Sağlık hizmetlerine erişimin temel koşulunu oluşturan prim alanında statü temelli farklılıkların izini sürmek mümkündür. Yasada prim ödeme koşuluna ilişkin olarak büyük ölçüde istihdam statüsü ile ilişkili farklı koşulların arandığı görülmektedir⁷. Ne var ki erişilebilen hizmet paketi bağlamında, statü temelli eşitsizlikler törpülenerek ikincilleştirmiş, gelir düzeyi hizmete erişimin temel belirleyicisi haline gelmiştir. Sağlık alanındaki eşitsizlikler; katkı, katılım payı ve ilave ücretler aracılığıyla inşaa edilirken, sağlık sigortasını nüfusa genellemenin aracı olarak⁸ planlanan gelir testi ise, mevcut haliyle gelir temelli eşitsizlikleri, primleri devlet tarafından karşılananlar için açık bir ayrımcılığa dönüştürmüştür. Başka bir ifadeyle, söz konusu olan primleri devlet tarafından ödenen düşük gelir düzeyine sahip yurttaşlar olduğunda eşitsizlik ayrımcılığa, katmanlı yapı adeta kast sistemine dönüşmekte, primleri devlet tarafından karşılanan yoksullar ise bu sistemin paryaları haline gelmektedir. Her ne kadar 5510 sayılı Kanunda primlerle sağlanan sağlık hizmetleri arasında herhangi bir bağ kurulamayacağı belirtilse de, gelir testi uygulamasının tam da bu türden bir ilişkinin kurucu unsuru olarak kurgulandığı görülmektedir. Bu tespitimizin daha iyi anlaşılabilmesi için izleyen bölümde önce gelir testi uygulaması hakkında temel bilgiler sağlanacak, ardından da gelir testi ile kazanılan genel sağlık sigortalılığı statüsü ele alınacaktır.

Gelir Testi Uygulaması

Genel sağlık sigortası zorunlu olarak herkesi kapsamakla birlikte, farklı grupların kapsama alınması farklı tarihlerde gerçekleşmiştir. 5510 sayılı Kanunun 1.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmesi ile birlikte kanunun genel sağlık sigortası ile ilgili hükümleri iş sözleşmesi ile çalışanlar ve bağımsız çalışanlar⁹ için hemen yürürlüğe girmiştir. Bundan yaklaşık iki yıl kadar sonra, Ocak 2010 tarihinden itibaren kamu görevlileri (4.1.c'liler) de kapsama alınmıştır. 3816 sayılı Kanun kapsamında sağlık hizmetlerinden Yeşil Kartla faydalananlar, çalışmayanlar ve çalışmaya ara verenler 1.1.2012 tarihinden itibaren 6111 sayılı kanunla getirilen gelir testi uygulaması ile sisteme dahil edilmişlerdir (Alper, 2012: 56; Güzel vd., 2012: 900; Tuncay ve Ekmekçi, 2012: 461).

Yeşil Kart sahipleri, çalışmayanlar ve çalışmaya ara verenlerin gelir tespitine tabi tutulmaları ve ödeme güçleri dikkate alınarak prim ödemeleri suretiyle sisteme dâhil edilmeleri gerçekleşmiş ve böylece genel sağlık sigortasının Türkiye'de ikamet eden herkesi kapsama ve primli rejim olarak hayata geçirilme süreci yasal olarak tamamlanmıştır (Alper, 2012: 56; Acar, 2012: 40). Artık, sistemdeki herkes, sağlık finansman yönteminin bir sonucu olarak, ya doğrudan prim ödeme suretiyle ya da adına devlet tarafından prim ödenmesi koşuluyla, sağlık hizmetlerine erişebilecektir. Buna göre; hangi statüde olurlarsa olsunlar (işçi, bağımsız çalışan veya kamu görevlisi) çalışanlar prime esas kazançları üzerinden prim ödeyecektir. Çalışmayan ancak isteğe bağlı olarak sigortalı olanlar, beyan ettikleri gelir üzerinden prim ödeyeceklerdir. Özel statüleri nedeniyle kendilerine gelir veya aylık bağlananların primleri devlet tarafından karşılanacaktır. Çalışmayan ancak prim ödeyebilecek geliri olanlar kendileri prim ödeyecektir. Çalışmayan, geliri olmayan ve ödeme gücü bulunmayanların primleri devletçe karşılanacaktır. Gelir testi, bu kişilerin tespit edilerek çalışmayan ancak geliri/ ödeme gücü olanlardan ayrılmasını sağlamaya yönelik teknik işlemi ifade etmektedir. Gelir testinin 1.1.2012'de uygulamaya konulmasıyla birlikte, hiçbir sosyal güvenliği bulunmayanlar, yeşil kartlılar ve zorunlu sigortalılığı sona erenler gelir testi uygulamasına tabi kılınmıştır.

5510 sayılı Kanunla birlikte, gelir testine tabi kılınan toplum kesimleri şu şekilde sıralanabilir (Alper, 2012: 58):

- Bakmakla yükümlü olunan aile üyesi olma statüsünü kaybedenler (çocuklarda 18, lise eğitimi görüyorsa 20, yükseköğretimde ise 25 yaşını geçenler),
- Bir süre zorunlu sigortalı olarak çalıştıktan sonra işini kaybeden işsizler,
- Ay içindeki çalışması 30 günden eksik olan kısmi süreli çalışanlar,

- Hak sahibi olarak aylık bağlananlardan aylık bağlanma hakkını kaybedenler,
- Türkiye’de kesintisiz 1 yıldan uzun süre ile yaşayan yabancılar.

5510 sayılı Kanun’un en problemleri alanlarından birini oluşturan gelir testi uygulaması (Alper, 2012: 58), son derece karmaşık bir şekilde düzenlenmiştir (Güzel vd., 2012: 907). Nitekim 5510 sayılı Kanun 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmesine rağmen gelir testi uygulaması önce Ekim 2010’a, daha sonra ise 1 Ocak 2012’ye ertelenmiştir. Başlangıçta SGK’ya verilen gelir tespiti yapma yetkisi, daha sonra SGK’dan alınarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde yer alan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına verilmiştir. Gelir testinin nasıl uygulanacağı, 28.12.2011 tarihli yönetmelikle düzenlenmiş¹⁰, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın 16.02.2012 tarihli genelgesiyle¹¹ de ayrıntılandırılmıştır.

Gelir testi için başvurular, gelir tespitine esas teşkil edecek göstergeleri içeren başvuru formu ile birlikte, kişinin Adrese Dayalı Nüfus Kayıt sisteminde kayıtlı ikametgâhının bulunduğu il veya ilçedeki SYDV’ye yapılmaktadır (Yön. M. 5,6). Vakıflar gelir tespiti işlemlerinde, Bakanlık tarafından belirlenecek bir puanlama formülünü esas alacaklardır. Ancak puanlama formülüne ilişkin çalışmalar tamamlanamadığı için gelir tespiti incelemeleri, başvuru formu ve SOYBİS sorgusunda elde edilen bilgilere göre yapılmaktadır. SOYBİS modülü üzerinden 13 kurum aracılığıyla 28 ayrı sorgu yapılarak, elde edilen bilgiler çerçevesinde hanenin ortalama aylık geliri ile gelirin kişi başına düşen aylık tutarı tespit edilmektedir. Sistemde 16 yaşından büyükler için belirlenen asgari ücretin brüt tutarıyla ilişkilendirilmiş dört farklı gelir seviyesi tanımlanmıştır ve bu gelir seviyeleri temel alınarak yurttaşların ödeyecekleri prim tutarları belirlenmektedir. İnceleme sonucunda, ailede kişi başına düşen gelir miktarı brüt asgari ücretin 1/3’ünden az olduğu tespit edilenlerin primleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Tablo 1, farklı gelir seviyeleri için vakıflar tarafından kullanılan gelir seviyesi kodlarını ve yurttaşların ödeyecekleri tescil kodundaki GSS prim tutarlarını göstermektedir.

Tablo 1. Prim Ödeme Yükümlülükleri ve Prim Miktarları: 1.7.2015-31.12.2015 Dönemi

| Gelir Kodu | Kişi Başına Aylık Gelir Durumu | Gelir Aralığı (TL) | Prim Durumu |
|------------|---|------------------------------------|---|
| G0 | Brüt asgari ücretin üçte birinin altında | 0-424,50 TL | Primi devlet tarafından ödenecek |
| G1 | Brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında | 424,50 TL'den 1.273,50 TL'ye kadar | Primi kişi ödeyecek. Prim Tutarı: 50,94 TL |
| G2 | Brüt asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında | 1.273.50- 2547 | Primi kişi ödeyecek. Prim Tutarı: 152,82 TL |
| G3 | Brüt asgari ücretin iki katından fazla | 2547 - ∞ | Primi kişi ödeyecek. Prim Tutarı: 305,64 TL |

Kaynak: (ASPB, 2015: 40) temel alınarak SGK'nın 2015-4 numaralı "Prime Esas Kazançların Alt ve Üst Sınırları ile Bazı İşlemlere Esas Tutarlar" konulu tebliğinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

SYDV, gelir düzeylerini tespit ettikleri yurttaşların gelir durumu kararını, modül üzerinden SGK'ya iletmekte ve SGK, ilgililerin genel sağlık sigortalılıklarına ilişkin gerekli tescilleri gerçekleştirmektedir.

Resen Tescil: Yönetim Maliyetleri Yoksullara

Ülkede yaşayan herkesi zorunlu olarak kapsamına alan genel sağlık sigortasında, sistemin dışına çıkmak mümkün olmadığı gibi, sisteme giriş için de başvuru şart değildir (Şakar, 2012: 25-26). Genel sağlık sigortalısı ya da genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsünde olmayanlar ile sözü edilen statüsü sona eren kişiler, SGK tarafından resen tescil edilmektedir (Yön. M.4). Bu kişiler için, gelir testleri sonlandırılıncaya kadar asgari ücretin brüt tutarı üzerinden %12 oranında prim tahakkuk ettirilmektedir¹². Ayrıca, gelir tespitini yaptırmak üzere bir ay içinde vakıflara başvurması gerektiği SGK tarafından resen tescil edilen kişilere bildirilmektedir. Bu kapsamda 1 Ocak 2012'den önce hiçbir sosyal güvencesi olmayan kişiler, SGK tarafından 1 Ocak 2012 itibarıyla sisteme resen tescil edilmiştir.

Resen genel sağlık sigortası tescili yapılan kişilerin gelir testi işlemleri, SGK veya ilgili vakıf tarafından ailenin yazılı muvafakati alınarak, vakıf tarafından sonuçlandırılmaktadır. Kendisine gelir testi yapılmasını istemeyenler ile genel sağlık sigortası tesciline dair tebligatın yapıldığı tarihten itibaren bir ay içinde gelir testi yönünde muvafakat vermeyenlerin gelirleri, asgarî ücretin iki katı olarak kabul edilmekte ve genel sağlık sigortası primleri bu gelirden hesaplanmaktadır.

Resen tescil uygulaması ve hanelere ilişkin bilgilerin vakıf bürolarında toplanması, veri toplama maliyetlerinin bir kısmını, sistemden yararlanması planlanan yoksul kitlelerin üzerine yıkmaktadır. Gelir tespitine temel oluşturacak verilerin toplanması, hane ziyaretleri ile gerçekleştirilebileceği gibi sosyal yardım ofisleri kanalıyla da gerçekleştirilebilir. Her iki tekniğin de birbirlerine göre üstünlüklerinden bahsedilmektedir.¹³ İki teknik arasındaki temel farklılıklardan ilki, ulaşım maliyetlerini kimin üstleneceği ile ilgilidir. Ev ziyaretleri ile veri toplamada ulaşım maliyetlerini devlet üstlenirken, bürolar kanalıyla veri toplamada aynı maliyetler yurttaşlar tarafından üstlenilmektedir. Genel sağlık sigortası kapsamında uygulamaya konulan gelir testi uygulamasında yurttaşların sisteme resen tescil edilmesi ve verilerin bürolar kanalıyla toplanılması zaman kaybına yol açtığı gibi ulaşım maliyetlerini de yurttaşların üzerine yıkmaktadır. Bu maliyetler önemsiz gibi görülebilir; ancak alan araştırmaları “yol paraları”nın bile yoksulların sağlık hizmetlerine erişmesinin önünde önemli bir engel oluşturduğunu göstermektedir (Çamur-Duyan, 2006: 108).

Hane Temelli Gelir Tespiti: Prim Yükünden Kaçınma

Gelir testi uygulaması, sağlık sigortası primlerinin kim tarafından ve ne kadar ödeneceğini belirlemeyi amaçlaması bakımından teknik bir işlem olarak görülebilir. Gelir Tespiti Yönetmeliği'nin 10. maddesinde, gelir tespitinde esas alınacak aile bireyleri düzenlenmiştir. Yönetmeliğe göre; gelir tespitinde, aynı hane içinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük anne ve büyük babadan oluşan aile esas alınmaktadır. Diğer bir ifadeyle gelir testi birey değil hane temelli olarak yürütülmektedir. Gelir Tespiti Yönetmeliği'ndeki ilgili düzenleme şöyledir (GTY, 2011);

- Aile bireylerinden birinin veya birkaçının genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olunan kişi olması, diğer aile bireylerinin genel sağlık sigortalılığı için yapılacak gelir tespitinde esas alınmalarına engel teşkil etmez.
- Yaşları ne olursa olsun aynı hanede yaşayan evli olmayan çocuklar gelir tespitinde aile içinde değerlendirilir.
- Öğrenim nedeniyle geçici olarak aynı hanede yaşamayan yirmi beş yaşını doldurmamış evli olmayan çocuklar, öğrenimleri süresince aile içinde değerlendirilir.
- Aynı hanede birden fazla aile yaşaması durumunda her bir aile için ayrı gelir tespiti yapılır.
- Gelir testine tâbi tutulacak kişi ile aynı hanede yaşamayan ana ve baba için bakmakla yükümlü olursa dahi ayrı gelir tespiti yapılır.

Gelir testinde, ölçüm birimi olarak haneyi temel almanın sorunlu bir uygulama olduğu açıktır. Aynı mekanda yaşadıkları için, ayrı ayrı elde edilen gelirlerin tek havuzda toplanıp, kişi sayısına bölünmesi ile bulunan kişi başına gelir saptama yöntemi, günümüz toplum yaşamının dinamikleri ile uyumsuz olduğu gibi sağlıklı da değildir (Güzel vd., 2012: 906; Arıcı, 2012: 54-55; Alper, 2012: 59). Hanenin temel alınmasının arkasındaki rasyonalite; devletin, sigorta modeline dayalı finansman tercihinin yol açtığı maliyetleri üstlenmek istememesidir.¹⁴ Zira, hane temelli gelir tespiti, devletin ödeme gücü olmayan yurttaşların sağlık sigortası primlerini ödeme yükümlülüğünden kaçmasına, prim yükünü ailenin üzerine yıkmasına olanak tanıyan bir tercihtir. Gelir tespitinde birimin hane olarak belirlenmesi, çalışmayan, hiçbir geliri olmayan, 25 yaşını tamamlamış ya da yükseköğretimi bitirmiş kişilerin sağlık sigortası primlerini ödeme yükümlülüğünü aileye yıkmaktadır. Arıcı'nın (2012: 55) ifadesiyle, "(b)u düzenleme ile iş bulamamış evlatlarının diğer yüklerini üstlenmiş aileye; devlet, bir de sağlık sigortası yükü yüklemektedir."

Gelir Tespitinin Yenilenmesi: Olağan Şüpheliler Olarak Yoksullar

Yönetmeliğe göre, vakıflar tarafından yürütülen gelir tespiti işlemlerinin bazı durumlarda yenilenmesi gerekmektedir. Gelir tespiti işleminin yenilenmesini gerektiren haller şunlardır:

1. Gelirin Değişimi: Gelir tespiti sonucunda genel sağlık sigortalısı tescili yapılanların gelirleri, ödeyecekleri prim miktarını etkileyecek şekilde değişirse, bu kişiler gelirdeki değişimin ortaya çıkmasından sonra bir ay içinde vakfa başvurmak zorundadır. Vakıf bu kişiler için gelir tespitini yenileyecektir. Vakıf da Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Projesi¹⁵ (BSYHP) eliyle tespit ettiği değişiklikler üzerine, kişilerin bildirimini beklemeksizin gelir tespitini yenilemekle görevlidir.

2. Hane Kompozisyonunun Değişimi: Başta doğum ve ölüm olmak üzere, evlenme, boşanma ve benzeri nedenlerle hanedeki birey sayısının değiştiğinin tespit edilmesi durumlarında gelir tespiti yenilenir¹⁶.

3. Otomatik Güncelleme: Genel sağlık sigortası tescili yapıldığı tarihten itibaren doksan günde bir aile içindeki bireylere ait veriler BSYHP'de otomatik olarak güncellenir. Güncelleme sonucu durumunda değişiklik olduğu tespit edilen sigortalıların, tespit edilen aile içindeki kişi başına düşen gelirin aylık tutarına göre ödeyeceği prim miktarı yeniden belirlenir ve buna göre genel sağlık sigortası tescili yapılır.

4. Hane Ziyaretleriyle Yenileme: Yönetmeliğin 12. maddesine göre, genel sağlık sigortalısı tescili yapıldığı tarihten itibaren primi devlet tarafından ödenenler (G0) ile asgari ücretin üçte biri üzerinden prim ödeyenlerin (G1) hane ziyaretleri her yıl yenilenir. Genelgeye göre bu haneler için, Mütevelli Heyeti'nin gelir tespiti kararından itibaren 1 yıl içinde sosyal inceleme yapılması gerekmektedir.¹⁷.

Gelir tespitinin belirli periyotlarla (üç aylık ve yıllık) veya belirli durumlarda yenilenmesine ilişkin düzenlemelerin, olası "sızıntı" ve prim kaçaklarını önlemeye yönelik olarak tasarlandığı, sisteme gelir testi ile dahil edilenlerin sürekli olarak kontrol ve denetim altında tutulmaya çalışıldığı görülmektedir. Prim kayıplarını ve sızıntıları önlemeye yönelik kontrollerin özellikle primleri devlet tarafından ödenenler ile düşük miktarda prim ödeyenler (G0 ve G1 gelir düzeyindekiler) üzerine odaklanması dikkat çekicidir. Nitekim yıllık hane ziyaretleri yalnızca bu iki grup için söz konusudur.

Gelirin Değerlendirilmesi

Yönetmelik gereği gelir tespitinde aile bireylerinin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak aile içinde kişi başına düşen gelirin aylık tutarı belirlenmektedir (m14). Kişinin gelirinin tespit edilmesinde kullanılacak veriler iki kanaldan elde edilmektedir. Birincisi, kişinin başvuru sırasında doldurduğu Gelir Tespiti Hane Beyan Formu'nda beyan ettiği bilgilerdir. Hane beyan formlarıyla, kişi bilgileri (eğitim, meslek), haneye dair bilgiler (mal varlığı, gelirleri, sosyal güvencesi ve sağlık problemleri olan aile fertleri), konut bilgileri (konutun niteliği: gecekondü, apartman dairesi vb., oda sayısı, mülkiyeti, ısınma biçimi), hane geliri, tüketim alışkanlıkları (et, süt, sebze-meyve tüketim sıklığı), temel harcama kalemlerine (gıda, giyim, yakacak, elektrik, su, gaz) yapılan ödemeler ve bunların finansman biçimine (peşin, taksit, kredi kartı, yardım vb.) dair veriler derlenmektedir. Hane gelirini tespit etmekte kullanılan diğer kaynaksız SOYBİS modülüdür. SOYBİS yazılımı, hane bireylerine ait verileri kullanarak 13 farklı kurumun veri tabanında 28 ayrı sorgu yapmaktadır¹⁸. Sorgu ile hanenin gelir kalemleri ile sahip olduğu taşınır ve taşınmaz varlıklar tespit edilmektedir. Her iki kanaldan elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi ise, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2012/7 sayılı genelgesine (bundan sonra ASPB, 2012/7 olarak anılacaktır) göre yapılmaktadır. Değerlendirme işlemi, gelir testi uygulamasının en az tartışılan, fakat en problemlili alanlarından birini oluşturmaktadır.

i) Ailenin Düzenli Gelirleri ve Taşınır/Taşınmaz Varlıklarının Değerlendirilmesi

Hanenin toplam aylık geliri hesaplanırken hane bireylerinin düzenli gelirleri ile sahip oldukları taşınır ve taşınmaz varlıklara ilişkin izlenen işlem aşağıdaki gibidir (ASPB, 2012/7).

- Tespit/beyan edilen aylık net maaş, ücret, nafaka, yevmiye vb. gelirlerin yıllık tutarının aylık ortalaması,
- Ailenin; mülkiyeti aile bireylerinden birine ait olan ikamet ettiği konutu ile mülkiyeti başka birine ait olmakla birlikte kira ödemediği konutu için konutun rayiç bedelinin 240'ta biri,
- Ailenin ikamet ettiği konut haricindeki konut için rayiç bedelinin 240'ta biri ve (takdir edilen/beyan edilen) kira getirisinin toplamı,
- İkamet edilen konut haricindeki konut için kira geliri elde edilmiyorsa veya kira geliri beyan edilmiyorsa konutun rayiç bedelinin 120'de biri,
- Dükkanlar için rayiç bedelin 240'ta biri ve (takdir/beyan edilen) kira getirisinin toplamı,
- Dükkan için kira geliri elde edilmiyorsa veya kira geliri beyan edilmiyorsa dükkanın rayiç bedelinin 120'de biri,
- Ailenin arazi, tarla ve benzeri için rayiç bedelin 240'ta biri ve (takdir/beyan edilen) aylık (zirai, ticari, kira vb) getirisinin toplamı,
- Ailenin binek aracı için aracın kasko/rayiç bedelinin 120'de biri,
- Ailenin ticari/zirai amaçlı aracı için aracın kasko/rayiç bedelinin 120'de biri ve (takdir/beyan edilen) aylık (zirai, ticari, kira vb) getirisinin toplamı,
- Ailenin büyükbaş ve küçükbaş hayvanları için il ve ilçe gıda tarım ve hayvancılık müdürlüklerinden temin edilen yıllık getiri miktarının aylık tutarı,
- Ailenin tespit/beyan edilen banka mevduatları için aylık faiz getirisinin iki katı tutar,
- Sürekli olarak alınan düzenli nakdi sosyal yardımların (2022, Evde bakım, Şartlı nakit transferleri, burs vb) aylık ortalaması ve diğer gelirlerin toplamı ailenin aylık gelirine dahil edilir.

Her ne kadar yönetmelik ve genelgede "gelir" testi ibaresi kullanılsa da mevcut gelir tespiti uygulaması, gelir ve varlıkları birer gösterge olarak kullanarak yurttaşları refah düzeylerine göre hiyerarşik olarak sıralamayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda ailelerin ücret, nafaka gibi gelirleri ile araç, konut, dükkân, tarla, arazi gibi taşınır ve taşınmaz varlıklarından elde ettiği gelirlerin yanı sıra, bu varlıkların servet değerleri de dikkate alınarak belirli oranlar içerisinde gelir kaydedildikleri görülmektedir. Ailenin refahına pozitif katkısı olmakla birlikte herhangi bir nakit akışı sağlamayan varlıkların belirli oranlarda gelir olarak kaydedilmesi, sistem tarafından "düşkün" olarak kodlanmayan yoksulları, prim ödeme yükümlülüğü ile karşı karşıya bırakmaktadır. Örneğin, mülkiyeti kendisine ait olmasa bile kira ödemediği konut için konutun rayiç bedelinin

240'ta biri ailenin aylık geliri olarak değerlendirilmektedir. Bu durumda, gelir tespitinde 100 bin lira rayiç bedelli bir konutta ikamet eden hanenin, bu konut dolayısıyla aylık 416,6 TL gelir elde ettiği kabul edilmektedir.

Gelir tespit yönetmeliği ve genelgeye göre, sürekli olarak alınan sosyal yardımlar da hanenin "gelir"leri arasında sayılmaktadır. İhtiyaç tespitine ya da muhtaçlık kriterine göre sunulan sosyal yardımların, hanelerin gelir kalemleri arasında değerlendirilmesi, prim muafiyeti açısından belirlenen eşğin düşüklüğü de dikkate alındığında, SYDV tarafından yoksul olarak değerlendirilen yurttaşların da prim ödemek yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmasına yol açabilecektir. Aynı şekilde, nüfusun en yoksul kesimlerini hedefleyen ve yoksul hanelerin sağlık ve eğitim hizmetlerine erişmesine olanak sağlamak üzere yürütülen şartlı nakit desteklerinin de hane geliri olarak kaydedilmesi, okula devam ya da sağlık kontrolleri şartına bağlı olarak verilen nakit ödemelerin, genel sağlık sigortası primi olarak ailelerden geri alınmasına kapı aralamaktadır.

ii) Aile Harcamalarının Değerlendirilmesi: 'Gelir' Olarak Borçlanma

Hanenin aylık geliri değerlendirilirken hane harcamaları şu şekilde dikkate alınmaktadır (ASPB, 2012/7):

- Sistemde harcamalar tespit edilirken gıda, giyim, kira, ısınma, eğitim, sağlık, ulaşım, eğlence, sigara ve benzerlerine yapılan yıllık ödemelerin aylık ortalaması dikkate alınmaktadır.
- Ancak kişinin tespit/beyan edilen harcamaları, tespit edilen gelirinin tutarından fazla ise, bu durumda harcama ve gelir arasındaki fark gelire eklenmektedir. Ayrıca harcamalar hiçbir şekilde gelirden çıkarılmamaktadır. Çünkü harcamalar gelir beyanı olmayan kişilerin gelir seviyesinin göstergesi olarak değerlendirildiğinden dolayı hesaba katılmaktadır.

Gelir testi uygulamasında hane harcamalarının değerlendirilmesi yöntemi, zaruri tüketimlerini elde ettikleri gelire karşılayamadıkları için borçlanan hanelerin bu borçlarını gelir kaydetmek gibi tuhaf bir uygulamayı da içermektedir. Çalışmalar, Türkiye'deki emekçi hanelerin önemli bir bölümünün (topraksız köylüler, kırsal işsizler, kentli işsizler ve mülksüz emekçiler gibi) zorunlu tüketimlerini karşılayabilmek için çaresiz bir şekilde borçlanma yoluna gittiklerini ve bir borç kapanı içine düştüklerini göstermektedir (Bahçe ve Köse, 2012: 30). Genelge temel ihtiyaçlarını borçlanarak karşılayan hanelerin borçlarını da gelir kaydederek, onları "borçları" üzerinden prim ödemekle yüz yüze bırakmaktadır.

Ödeme Gücünü Temel Alan GSS Statüsü ve Sağlık Sisteminde Krizin İşaretleri

Genel sağlık sigortasının kurgusundan doğan gelir temelli eşitsizlikler, primleri devlet tarafından karşılanan düşük gelirli yurttaşların sağlık hizmetlerine erişimi söz konusu olduğunda, açık bir ayrımcılığa dönüşmektedir. Şöyle ki, SOYBİS sisteminden ulaşılan merkezi veri tabanları ve sosyal incelemeler yolu ile tespit edilen ailedeki kişi başına düşen gelir tutarı, kişilerin genel sağlık sigortalısı statüsünü belirlemektedir. Gelir testine tabi tutulan vatandaşlar için iki farklı sigortalı statü söz konusudur:

1. Primi Devlet Tarafından Karşılacakların Statüsü (60/1c1): Hane içinde kişi başına düşen gelir tutarı asgari ücretin üçte birinin altında olan vatandaşlar 5510 sayılı Kanun'un 60/1c1 bendi kapsamında sigortalı olarak tescil edilirler ve bu kişilerin primleri devlet tarafından ödenir.¹⁹ Bunlar vakıflar tarafından gelir düzeyi G0 olarak tespit edilenlerdir.

2. Primini Kendileri Ödeyeceklerin Statüsü (60/1g): Aile içinde kişi başına düşen gelir tutarı; asgarî ücretin üçte birine eşit veya üçte biri üzerinde olduğu tespit edilenler, 5510 sayılı Kanununun 60/g bendi kapsamında sigortalı olarak tecil edilirler. Bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, tescili yapılan kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınmış sayılır.²⁰ Bunlar vakıflar tarafından gelir düzeyleri G1, G2 ve G3 olarak tespit edilenlerdir.

Hanelerin ortalama gelir düzeylerine göre belirlenen bu statüler, kişilerin sağlık hizmetlerine erişimlerini etkilemektedir. 5510 sayılı Kanun'un 62. maddesi, kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamayacağını hükme bağlar. Buna rağmen, gelir testi uygulamasının hayata geçirilmesinin ardından SGK Sağlık Uygulama Tebliğinde yapılan bir değişiklikle²¹, primleri devlet tarafından karşılananların başvurabilecekleri sağlık hizmet sunucuları sınırlandırılmış, tüm yurttaşların aynı kurumlardan, aynı koşullarda sağlık hizmeti almaları engellenmiştir. Değişiklik öncesinde, kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler, SUT'ta belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, Kurum ile sözleşmesi bulunan ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan sağlık hizmeti sunucularına doğrudan veya sevk edilmek suretiyle müracaat edebilmekteydi. SGK, SUT'ta yaptığı değişikliklerle, 5510 sayılı Kanun'un 60. maddesinin birinci fıkrasının c bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bendi gereği sigortalı olanların (yani gelir testi uygulaması sonucu primi devlet tarafından karşılananlar, ihtiyaç tespitine bağlı olarak 2022 sayılı Kanun kapsamındakiler

ile 442 sayılı Kanun kapsamındaki köy korucularının) başvurabilecekleri sağlık hizmet sunucularını ve müracaat işlemlerini genel sağlık sigortası kapsamındaki diğer kişi gruplarından (işçi, bağımsız çalışan, kamu görevlisi ya da GSS primini kendileri ödeyen 60/1g'liler ve diğerleri) ayırmıştır. Buna göre, 60/1c bendinin 1, 3 ve 9 numaralı bentlerine tabi olarak genel sağlık sigortalısı olanlar, özel sağlık hizmeti sunucularına başvuramamaktadırlar. SUT'a göre; özel sağlık hizmetleri sunucularına başvuru yapıldığında, MEDULA sistemi üzerinden yapılan müstahaklık sorgulaması sonucu, Kurum bilgisi 60/c-1, 60/c-3 veya 60/c-9 bilgisi dönen kişilerin (sevklı müracaatları dışında) sunulan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanmamaktadır. Söz konusu bentlere tabi olan sigortalıların, sevkle özel sağlık sunucularına başvuruları ise sadece istisnai durumlarda, sıkı düzenlemelere tabi olarak söz konusudur²². Oysa diğer sigortalılar, SGK ile sözleşmesi bulunan ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan sağlık hizmeti sunucularına doğrudan veya sevk edilmek suretiyle müracaat edebilmektedirler.

Genel sağlık sigortasının, sigorta modeli üzerine kurulması ve prim ödeme ile sağlık hizmetlerinden yararlanma arasında bağ kurması, prim ödeme gücüne sahip olmayan yoksulların sağlık hizmetlerine erişimde, prim ödeme gücüne sahip yurttaşlardan farklı işlemlere maruz bırakılmalarına yol açmıştır. Kamunun sağlık hizmet üretiminden yavaş yavaş el çektiği ve sağlık politikalarında özel sektörün desteklendiği göz önünde bulundurulursa, bu uygulamanın yoksulların sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayacağı açıktır.

Genel sağlık sigortası, finansman açısından sigorta modelini tercih ettiğinden, finansman açısından prim ödemenin asıl, katılım payının istisnai bir uygulama olması gerekir (Alper, 2012: 60). Başlangıçta çok düşük olarak belirlenen ve sağlık hizmetlerine yönelik talebin düzenlenmesinin bir aracı olarak sunulan katkı, katılım payı gibi cepten ödemelerin miktarı, zamanla artırılmış ve sistemin finansmanının önemli unsurlarından biri haline gelmiştir. TTB'nin (2015b: 11) dikkat çektiği gibi mevcut sistemde, sağlık hizmeti alabilmek için genel sağlık sigortası primi ödemek tek başına yeterli değildir, prim koşuluna ek olarak telefonla randevu alırken başlayıp reçete bedeli, ilave ücret, istisnai sağlık hizmeti gibi isimler altında tam 12 farklı kalemde ödemeler yapmak gerekmektedir.

Katılım payı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade etmektedir (SUT, 2015). 5510 sayılı Kanun hangi hizmetlerden katılım payı alınacağını belirlemiştir ve bunları dört grup olarak ele almıştır. Buna göre katılım payı ödenek sağlık hizmetleri ve katılım payları şu şekildedir:

- 1. Ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesinde katılım payı:** Sistemde sağlık hizmetlerinden faydalananlardan, başvurdukları sağlık kuruluşunun niteliğine ve basamağına göre katkı payı alınmaktadır. Buna göre, birinci basamak sağlık sunucularında katılım payı alınmazken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık sunucularında 5 TL, özel sağlık hizmet sunucularında ise 12 TL katılım payı alınmaktadır. 10 gün içerisinde aynı branşta farklı sağlık hizmet sunucusuna yapılan başvurularda 5 ve 12 TL'lik katılım payı tutarları 5 TL artırılarak tahsil edilmektedir (SUT, 2015).
- 2. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı:** Ayakta tedavilerde sağlanan ilaçlar için, ilaç bedeli üzerinden SGK'dan aylık ve gelir almakta olanlarla bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler %10, diğer kişiler %20 katılım payı ödemektedir. İlaç katılım payının yanı sıra sigortalılar her bir reçete için 3 TL (reçetede 3'ten fazla ilaç yazılırsa ilave her bir kutu için 1 TL daha) katılım payı ödemektedir. Enjektabl formlar ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1 kutu olarak değerlendirilmektedir (SUT, 2015).
- 3. Tıbbi malzeme katılım payı:** Vücut dışı protez ve ortezlerden SGK'dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınmaktadır. Söz konusu tıbbi malzeme katılım tutarı, vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin %75'i ile sınırlandırılmıştır. Ancak %75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilmektedir (SUT, 2015).
- 4. Yardımcı üreme yöntemi katılım payları:** Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncü denemede %20 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınmaktadır (SUT, 2015).

Bunlara ek olarak SGK ile sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurumları SGK tarafından belirlenen oranları geçmemek kaydıyla sundukları sağlık hizmetleri için kişilerden ilave ücret almaktadır. Keza resmi sağlık hizmeti sunucuları da daha önce açıkladığımız gibi otelcilik hizmetleri, öğretim üyesi ücreti ve istisnai sağlık hizmeti ücreti" adları altında ilave ücretler almaktadır (SGK 2013: 40; SUT, 2015).

Bu veriler ışığında yapılacak basit bir hesaplama cepten ödemelerin sağlık hizmetlerinin finansmanının ana kaynaklarından biri haline geldiğini göstermektedir. Cepten yapılan ödemelerin giderek artması, özellikle dar gelirli yurttaşların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde ciddi bir engel oluşturmaktadır. Muayene katkı payları nedeniyle pek çok yurttaş sağlık hizmetlerine acil servisler

aracılığıyla erişmeye çalışmış, bu durum ise hastanelerde sağlıksız koşullara yol açmıştır (Radikal, 8.2.2013). Gerçi genel sağlık sigortası içerisinde bazı gruplar için katılım paylarının iadesine ilişkin bir düzenleme yapılmıştır. Buna göre 60. maddenin birinci fıkrasının 1, 2 ve 3 numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş olduğu katılım payları, talep etmeleri halinde 3294 sayılı kanun hükümlerine göre kendilerine geri ödenecektir (68/VII). Yani, gelir testi sonuçlarına göre primleri devlet tarafından karşılanacak olan düşük gelirli (60/1c1), vatansız ve sığınmacılar (60/1c2) ile 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar (60/1c3) sağlık hizmetlerinden yararlanırken önce katılım payı ödeyecekler, daha sonra isterlerse ödedikleri bu katılım paylarını geri alabileceklerdir. Katılım paylarının dolaylı olarak iadesini öngören bu düzenleme, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmadığı gibi, prim ve katılım payı ödeme gücünden yoksun yurttaşlara yeni engeller ve mali külfetler yaratmaktadır.

Gelir testi uygulamasıyla birlikte, genel sağlık sigortasının herkesi kapsama ve primli rejim olarak hayata geçirilme süreci yasal olarak tamamlanmıştır. Tablo 2’de, 2012-2015 dönemine ilişkin gelir tespiti sonuçları özetlenmekte, Tablo 3’te ise 2014 yılında karar verilen GSS gelir testi sonuçları gelir basamakları itibarıyla gösterilmektedir. Tablolarda ilk göze çarpan şey, prim ödeme eşiği son derece düşük tutulmuş, gelir göstergelerine dayalı katı bir gelir testi uygulaması kullanılmış olmasına rağmen, gelir testi sonuçlarına göre esas yığılmanın G0 ve G1 gelir basamaklarında gerçekleşmiş olmasıdır.

Tablo 2. Gelir Testi Sonuçları 2012-2015

| | 2011* | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 (Nisan) |
|--|-----------|------------|------------|------------|-----------------|
| GSS Kapsamında Tescil Edilenler | | 11.357.306 | 12.351.352 | 11.385.011 | 11.296.402 |
| GSS Primlerini Kendisi Ödeyenler | | 3.798.485 | 4.699.867 | 4.043.415 | 3.915.347 |
| GSS Primi Devlet Tarafından Ödenenler | 8.865.470 | 7.558.821 | 7.651.485 | 7.341.596 | 7.381.055 |

*2011 yılına ilişkin veri Yeşil Kartlı sayısını göstermektedir.

Kaynak: SGK İstatistik Yıllık ve Bültenleri, 2011 ve 2015.

Bu yönüyle Tablo 2, ‘Yeşil Kart’ istismarı adı altında kopartılan gürültünün gerçekçi olmadığını göstermektedir. Zira 2011 yılında Yeşil Kart sayısı ile 2012

İtibariyle gelir testi sonucu primleri devletçe karşılananların (G0, Yeşil Kartlılar) sayısı arasında, yararlanma koşullarının zorlaştırılmasına rağmen, büyük bir fark yoktur. Sıkı gelir testi uygulamalarına rağmen yeşil kartlıların sayısı 8,8 milyondan 2014 yılı sonu itibariyle 7,3 milyona gerilemiştir. Üstelik gelir testi yaptıran hanelerin %34,94'ünün gelirleri prim eşliğinin hemen üstünde yığılmıştır. Bu kesimin, sağlık hizmetlerine erişmenin temel koşulları olan prim ödeme ve katılım paylarını karşılayacak ödeme gücüne sahip olduklarını iddia etmek gerçekçi değildir. G2 ve G3 gelir düzeylerine sahip hanelerin oranı son derece düşüktür.

Tablo 3. 2014 Yılında Karar Verilen GSS Gelir Tespiti Sonuçları

| | Hane Sayısı | Hane Dağılımı (%) | Kişi Sayısı | Kişi Dağılımı (%) |
|---------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| G0 | 664.687 | 60,58 | 2.392.628 | 64,38 |
| G1 | 383.416 | 34,94 | 1.183.853 | 31,86 |
| G2 | 43.440 | 3,96 | 124.288 | 3,34 |
| G3 | 5.703 | 0,52 | 15.522 | 0,42 |
| TOPLAM | 1.097.246 | 100,00 | 3.716.291 | 100,00 |

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015: 90.

Genel sağlık sigortası uygulaması ile zorunlu olarak sigortaya dâhil edilen herkes, prim ödemek şartıyla sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Yalnızca 18 yaşını doldurmamış olanlarda, tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilerde ve bazı özel hallerde²³ herhangi bir prim koşulu aranmadan sağlık yardımları yapılmaktadır. Bunlar dışında sağlık hizmetlerinden yararlanmak için genel sağlık sigortası primlerinin ödenmiş olması gerekmektedir. Kanunda, prim koşulu konusunda istihdam statüsü temelindeki farklılıklar korunarak üçlü bir ayırım yapılmıştır.²⁴ Bu yönüyle sağlık alanında statü temelli eşitsizlikler sürmektedir.

Sağlık yardımlarından yararlanmanın prim koşuluna bağlı olması, primlerini ödeyemeyenlerin ya da ödeme yükümlülüğünü yerine getirmemiş olanların sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir. SGK genel sağlık sigortası prim tahsilât oranlarına ilişkin bir istatistik yayınlamamaktadır. Benzer şekilde, prim borcu nedeniyle kaç kişinin sağlık hizmetine erişiminin kısıtlandığına ilişkin bir veri de açıklanmamaktadır. Ancak sistemin kuruluşundan itibaren, prim tahsilâtının önemli sorun alanlarından birisi olduğu bilinmektedir. Özellikle bağımsız çalışanların prim borçlarının sağlık hizmetlerine erişimi engelleyebileceği öngörüldüğü için, prim borcu olan bağımsız çalışanların ailelerine ilişkin özel bir düzenleme getirilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişmelerine engel bir prim borcu

bulunan bağımsız çalışanların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, gelir testine tabi tutularak genel sağlık sigortası kapsamına girmelerine olanak sağlanmıştır. 10 Ocak 2013 tarihinde kabul edilen 6385 ve 5510 sayılı kanunlara göre, genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olunan kişi kapsamına girmekle birlikte, başkaları üzerinden (yani anne - babası veya eşi üzerinden) sağlık hizmeti alanlara, 31/1/2012 tarihine kadar verilen sağlık hizmetlerine ilişkin Kurumca tahakkuk ettirilmiş veya ettirilecek borçların tahsilinden vazgeçilmiştir. Ancak bu kısmi çözüm arayışları bağımsız çalışanların prim borçları nedeniyle sağlık hizmetlerine erişememeleri biçiminde ortaya çıkan krizi çözmeye yetmemiştir. 25 Şubat 2011 tarihinde kabul edilen 6111 sayılı Torba Yasa, bu krize yine kısmi bir çare arayışının ürünü olarak bağımsız çalışanların borçlarını taksitlendirmeleri/yapılandırılmaları olanağı sağlanmış ve bu yapılandırmadan doğan ödeme yükümlülüklerini düzenli olarak yerine getirmeleri koşuluyla sağlık hizmetlerine erişimlerine imkân verilmiştir.

Tüm bu düzenlemeler, prim tahsilâtına ilişkin güçlüklerin sağlık hizmetlerine erişim bakımından yaşanabilecek krizlerin birer göstergesidir. Bu noktada, üzerinde özellikle durulması gereken bir grup da, gelir testi sonucunda aile içindeki geliri brüt asgari ücretin 1/3'ünden daha yüksek olduğu tespit edilerek 60/1g kapsamında genel sağlık sigortalısı statüsü kazananlardır. Prim ödemekle yükümlü kılınan, ancak aylık geliri 425 TL'nin hemen üzerinde bulunanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için düzenli olarak aylık 50 TL prim ödemesini beklemek, gerçekçi değildir. SGK'nın bu gruplara ilişkin prim tahsilât oranının düşük bir düzeyde kalacağı, bunun da sağlık hizmetlerine erişimde bir krize dönüşebileceği anlamına gelir. Nitekim yurttaşların GSS primlerini ödeyememeleri ve SGK'nın prim tahsilâtına ilişkin sorunları, prim borçlarına yönelik düzenlemeyi kaçınılmaz kılmış, 2014 yılı sonlarında çıkartılan 6552 sayılı Kanunla birikmiş prim borçlarının yapılandırılmasına gidilmek zorunda kalınmıştır. 6552 sayılı Kanun, prim borçları nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimi engellenmiş yurttaşları da içerecek şekilde borçların yapılandırılmasına olanak sağlamakla birlikte dar gelirli oldukları açık olan yurttaşları, sağlık hizmetlerine erişmek için hem geçmişte ödemediği primleri için borçlandırmış hem de güncel primlerini ödeme yükümlülüğü ile karşı karşıya koymuştur. GSS'nin son dört yıllık uygulaması, primli sistemin bu haliyle sürdürülmesinin zorluğunu ortaya koyduğu gibi, önümüzdeki yıllarda GSS primi yükümlülüklerini yerine getiremeyen emekçi hanelerinin sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılması biçimindeki bir sağlık krizinin kapıda olduğunu göstermektedir.

Sonuç

5510 sayılı Kanunla oluşturulan ve herkesi zorunlu olarak kapsama alan genel sağlık sigortası sistemi, sağlığın bir hak olarak tanımlanıp sosyalleştirilmesini

değil, sağlık hizmetlerinin finansmanının geliştirilmesini temel almaktadır. Önceliğin sistemin finansmanına verilmiş olması, sağlık hizmetlerinin arka plana itilmesine yol açmıştır. Bu çerçevede sağlık, bir hak olarak ülke genelinde eşitlikçi bir biçimde sunulacak bir hizmetten, yalnızca primlerini ve hizmet bedellerini (katılım-katkı payı vb.) ödeyebilenlerin erişebildiği bir hizmete doğru evrilmektedir.

Sağlık politikalarındaki dönüşüm, sağlık alanında kamunun rolünün sınırlandırılmasını, özel sektörün teşvik edilmesini temel almaktadır. Sağlık alanının artan ölçüde piyasalaşmasını ve ticarileşmesini içeren bu süreç, reform öncesinin statü temelli eşitsizliklerini ortadan kaldırmadığı gibi, hizmete erişim bakımından gelir temelli yeni eşitsizlikleri de gündeme getirmiştir.

Sistem, ödenen primlerle sağlık hizmetlerine erişim arasında güçlü bir bağ kurmuştur. Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel koşulu, prim ödeme yükümlülüğünün yerine getirilmiş olmasıdır. Prim ve sağlık hizmetlerine erişim arasındaki ilişki, sağlık alanında krizin habercisidir.

Gelir testi uygulaması, bir taraftan devletin yurttaşlara sunduğu hizmetlerin daraltılmasının (en muhtaçlarla sınırlandırılmasının) diğer taraftan da sağlık hizmetlerinin finansmanının geliştirilmesinin bir aracı olarak kurgulanmıştır. Gelir testinin düzenleniş biçimi, devletin sağlık alanındaki sorumluluklarının sınırlandırılması ve mümkün olduğu ölçüde maliyet doğuran yükümlülüklerden kaçınma yaklaşımı üzerine inşa edilmiştir. Bu durum, yurttaşlarının ödeme gücünün tespitinde tercih edilen gelir tespit yönteminden, hane temelli gelir testine, resen tescilden, belirlenen gelir eşliğine kadar tüm düzenlemelere yansımıştır. Her ne kadar, 5510 sayılı Kanun'da primlerle sağlanan sağlık hizmetleri arasında herhangi bir bağ kurulamayacağı belirtilse de gelir testinin tam da bu türden bir ilişkinin kurucu unsuru olarak kurgulandığı görülmektedir. Gelir testi sonucuna göre, primleri devlet tarafından karşılanan sigortalıların başvurabilecekleri sağlık hizmet sunucuları sınırlandırılmıştır.

Sonnotlar

¹ Kanunda, kabul tarihinden Kasım 2014 tarihine kadar, 25 değişik kanunla toplam 496 değişiklik yapılmıştır (Güzel vd., 2014:995).

² Sosyal güvenlik alanında statü temelli farklılaşmanın ayrıntıları için *bkz.* Güzel ve Okur, 2004.

³ Bu konuda *bkz.* Hacımahmutoğlu, 2009: 27-28; Grosh ve Baker, 1995; Coady vd., 2004)

⁴ Yoksul ülkelerde ise bu tür gelir testleri nadiren uygulanmakta, uygulandığı durumlarda ise aşırı derecede basitleştirilmektedir.

⁵ Ficha CAS, hanehalkı niteliklerini belirlemekte kullanılan iki sayfalık bir formdur. Bu form sosyal çalışmacılar tarafından doldurulur ve hanelerin konut kalitesi, aile kompozisyonu, hane üyelerinin eğitim ve çalışma durumları gibi verilerin derlenmesini sağlar. Formda yer alan sorulara verilen cevaplarla her hane için bir puanlama yapılır. Bu puanlar hanelerin nakit transferleri programları ile su ve konut yardımlarından yararlanma şartlarına sahip olup olmadıklarının ve yardımın düzeyinin belirlenmesinde kullanılır (Ayrıntılı bilgi için bkz. Grosh ve Baker, 1995:4 ; Clert ve Wodon, 2001:43).

⁶ Çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinde devletin sosyal güvenlik sistemlerinin finansmanına katkısı genel bir kural haline geldiği gibi, finansmana devlet katkısı artma eğilimindedir. Buna karşılık Türkiye’de devlet sosyal güvenliğin finansmanına kural olarak herhangi bir katkıda bulunmamaktaydı. Her ne kadar 616 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yürürlükten kaldırılan 4792 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununda (m. 19) Kurumun gelir kaynakları arasında genel bütçeden yapılacak yardımlar da sayılmış, böylece sosyal sigortaların finansmanına devlet katılımı ilkesi kabul edilmişti. Ancak devlet uygulamada sosyal sigortalara genel bütçeden düzenli herhangi bir yardım yapmamıştır. Yalnızca finansman açığı nedeniyle sosyal güvenlik kuruluşlarına bütçeden kaynak transferi yapmakla yetinmiştir (Güzel ve Okur, 2004:69-69).

⁷ Sağlık hizmetlerine erişimin temel koşulu olan prim koşuluna ilişkin olarak 5510 sayılı Kanun’da dörtlü bir ayırım yapıldığı görülmektedir. Birinci gruptakilerin prim koşulu, sağlık hizmetleri için başvurdukları tarihten önceki bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası primi ödemiş olmalarıdır. İşçiler ve kamu görevlileri bu gruptadır. İkinci gruptakiler sağlık hizmetlerine erişebilmek için 60 günden fazla prim borcu olmaması gerekenlerdir. Bağımsız çalışanlar bu grup içerisinde yer almaktadır. Üçüncü grup hiç prim borcu olmaması gerekenlerden oluşmaktadır ve isteğe bağlı sigortalı olanlar bu gruba dahil edilmiştir. Dördüncü grup ise prim koşulu aranmayanlar oluşturur ve bu grupta 18 yaşın altındakilerle birlikte prim koşulu aranmadan sunulacak sağlık hizmetleri (trafik kazaları, acil haller, iş kazası vb haller) yer alır. Daha ayrıntılı bilgi için bkz. Arıcı, 2015:430-431; Güzel vd., 2014:966-968.

⁸ Bu çalışmada da vurgulandığı gibi sağlık sigortası; sosyal güvencesizler, yeşil kartlılar ve çalışmayanları ödeme güçlerine göre prim ödemek ya da adlarına prim ödenmesi şartıyla kapsamaktadır.

⁹ 5510 sayılı yasanın diliyle ifade etmek gerekirse, sırasıyla 4.1.a ve 4.1.b’liler de denmektedir.

¹⁰ *Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti*, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik.

¹¹ Genel Sağlık Sigortası Gelir Tespitine İlişkin Usul ve Esaslar Genelgesi (2012/7).

¹² Prim tahakkukunda 5510 sayılı Kanun'un 82. maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının 30 günlük tutarı prime esas alınır.

¹³ Örneğin ev ziyaretlerinin hane karakteristikleri hakkında daha net bir tespite olanak tanıdığı, ancak zaman kaybı ile birlikte ekstra maliyetlere (ulaşım maliyetleri gibi) yol açtığı ifade edilirken; bürodan veri toplamanın başvuru/değerlendirme sürecini hızlandırmakla birlikte "sızıntı/kaçak"lara yol açtığı vurgulanmaktadır (Grosh ve Baker, 1995:29-30) Latin Amerika ülkelerinin deneyimlerine yaslanılarak iki teknik arasında bir ara yol olarak, verilerin bürolar kanalıyla toplanması, ancak ev ziyaretleri ile bilgilerin kontrol edilmesi önerilmekte, sisteme riayeti sağlamak üzere hatalı/eksik/yanlış bilgi verenlerin cezalandırılması da gündeme getirilmektedir.

¹⁴ Yoksulların sağlık hizmetlerine erişimini belirleyen gelir tespitinde, ölçü birimi olarak hanenin tercih edilmiş olması üzerinde durulmaya değerdir. Çünkü emek işgücü piyasasına dahil olduğunda başta asgari ücret ve ücret olmak üzere yasal düzenlemelerde birey olarak kavranmakta ve örneğin asgari ücret işçinin zaruri ihtiyaçları esas alınmakta, ailesi ve ailesinin ihtiyaçları dikkate alınmamaktadır. Oysa yardım söz konusu olduğunda birey değil hane olarak kavranmakta, devlet tarafından bir yük olarak görüldüğü için ihtiyaçları en düşük biçimiyle karşılanmaktadır.

¹⁵ Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Projesi (BSYHP) online olarak çalışan bir e-devlet uygulamasıdır.

¹⁶ Aynı hanede birlikte yaşama ya da hanede meydana gelen değişikliklerde adrese dayalı nüfus kayıt sistemindeki bilgiler esas alınmaktadır.

¹⁷ Ayrıca yurttaşların gelir tespitine itiraz etmeleri durumunda da hane ziyaretlerinin yapılması gerekirken, itirazlar belgeler üzerinden incelenmektedir.

18 SOYBİS modülü ile sorgulaması yapılan veri tabanları şunlardır:

A. İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü

1. Nüfus Aile Kayıt Örneği,
2. Aile Kayıt Örneği,
3. Kişi Kayıt Örneği,
4. Olay Bilgileri,
5. Adres Bilgileri,

B. İŞKUR Genel Müdürlüğü

6. İşkur Kaydı,
7. İşsizlik Sigortası Ödeneği,
8. Kısa Çalışma Ödeneği,
9. İş Kaybı Tazminatı,

C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü

- 10. Evde Bakım Aylığı,
- 11. Aynı-Nakdi Yardım,

D. Vakıflar Genel Müdürlüğü

- 12. Muhtaç Aylığı,

E. Gelir idaresi Başkanlığı

- 13. Vergi Mükellefiyeti,
- 14 Araç Sahipliği,

F. Tapu Kadastro Genel Müdürlüğü

- 15. Gayrimenkul sahipliği

G. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü,

- 16. Şartlı Nakit Transferi Bilgileri,
- 17. Gelir Getirici Proje Bilgileri,
- 18. Sosyal Yardım Bilgileri (Yardım Bilgi Bankası)

H. Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı

- 19. Kayıtlı ekili/ekilmemiş arazi sorgusu
- 20. Kayıtlı sulu/susuz arazi sorgusu
- 21. Yetiştirilen ürün bilgisi

İ. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı

- 22. Sosyal güvenlik bilgileri
- 23. Sağlık müstahaklık bilgileri
- 24. 2012 maaş bilgileri

J. Sağlık Bakanlığı

- 25. Yeşil kart bilgisi

K. Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Genel Müdürlüğü

- 26. Burs ve kredi bilgisi

L. İçişleri Bakanlığı İller İdaresi Genel Müdürlüğü

- 27. Terör kaybı tazminatı

M. İçişleri Bakanlığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı

- 28. Geçici köy korucusu maaş bilgileri.

¹⁹ Yapılan gelir tespiti sonrasında hanede kişi başına düşen gelir tutarı asgarî ücretin üçte birinin altında olduğu tespit edilenler için, genel sağlık sigortalısı veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişi durumunda olmayan birey sayısı kadar 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortası tescili yapılır.

²⁰ Ayrıca, 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılanlardan, altmış günden fazla prim ve prime ilişkin borcu bulunan ve bu borcu 21/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 48 inci maddesine göre tecil ve taksitlendirmeyen sigortalıların, onsekizyaş altı çocukları hariç olmak üzere, bakmakla yükümlü olduğu kişilerin 5510 sayılı Kanununun 60ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmak için talepte bulunmaları hâlinde, yapılacak gelir tespiti sonrasında bu kişiler genel sağlık sigortası kapsamına alınır.

²¹ Değişik: 29/02/2012-28219/2 md. Yürürlük: 15/03/2012

²² Sevkle özel sağlık kuruluşlarına başvuru sadece şu üç istisnai durumda söz konusu olabilmektedir (SUT, 2013):

“a) Resmi sağlık hizmeti sunucularında uygun yoğun bakım yatağının bulunmaması ve 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığıyla hasta naklinin gerçekleştirilmesi koşuluyla yoğun bakım tedavisi için sevk edilen hastalar (Fatura ekinde 112 Ambulans Formunun bir örneği Kuruma gönderilecektir.),

b) Radyoterapi tedavisi gereken ancak aynı il içindeki resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin ağırlanabileceği radyoterapi merkezi bulunmaması nedeniyle Sağlık Bakanlığı ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca sevk edilen hastalar (Sevk belgesi fatura ekinde Kuruma gönderilecektir.),

c) Acil müdahale edilememesi halinde hastanın uzuv kaybı ve/veya tüm vücut fonksiyonunu kaybetmesine sebep olacak reimplantasyon ihtiyacı, yanık, ağır travma gibi durumlarda resmi sağlık hizmeti sunucularında tedavinin sağlanamaması ve 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığıyla hasta naklinin gerçekleştirilmesi koşuluyla acil tedavi için sevk edilen hastalar (Fatura ekinde 112 Ambulans Formunun bir örneği Kuruma gönderilecektir.).”

²³ Söz konusu özel haller şunlardır: Trafik kazası halleri, acil haller, iş kazası ve meslek hastalığı halleri, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalık halleri, koruyucu sağlık hizmetleri, analık sağlık hizmetleri, umumi afet ile savaş ve seferberlik halleri, grev ile lokavt halleri.

²⁴ İş sözleşmesi ile çalışanlar (60/1a; 4/1a) ve kamu görevlilerinin (60/1a; 4/1c) sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için sağlık hizmeti için başvurdukları tarihten önceki bir yıl içinde 30 gün genel sağlık sigortası primi ödemiş olmaları yeterlidir. Ancak köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar (60/1a(2) ile 60. maddede sayılan bentlerin dışında kalan ve başka ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşların (60/1g yani gelir testi sonucuna göre primlerini kendileri ödeyenler) sağlık hizmetlerinden yararlanmak için 60 günden fazla prim borcu olmaması gerekmektedir. İsteğe bağlı sigortalılar (60/1b) ve oturma izni almış ve bir yıldan beri Türkiye’de ikamet eden yabancılar ise en katı

düzenlemeye tabi tutulmuşlardır. Bunların sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için hiç prim borçlarının bulunmaması gerekmektedir.

Kaynakça

- Acar F (2012). Genel Sağlık Sigortası Uygulaması. *Türk-İş Dergisi*, 397, 40-43.
- Akkan B E vd. (2011). *Sosyal Dışlanmanın Roman Halleri*. İstanbul: BÜ Sosyal Politika Forumu.
- Alper Y (2012). Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi Uygulaması. *Türk-İş Dergisi*, 397, 56-61.
- Arıcı K (2012). Genel Sağlık Sigortasında Sigortalı Kavramı, *Türk-İş Dergisi*, 397,49-55.
- Arıcı K (2015). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- ASPB (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) (2015). *2014 Yılı Faaliyet Raporu*. Ankara.
- Bahçe S ve Köse A H (2012). Yoksulluk: Hüzün ve Disiplin. *Mülkiye Dergisi*, 36 (4), 19-34.
- Beresford P (2013). Why Means Testing Benefits is not Efficient or Fail. *The Guardian*, 14 Ocak. Son erişim tarihi, 2/9/2015.
- Buğra A (2008). *Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye’de Sosyal Politika*. İstanbul: İletişim.
- Castaneda T (2005). *Targeting Social Spending to the Poor with Proxy-means Testing: Colombia’s SISBEN System*. Washington: World Bank.
- Clert C ve Wodon Q (2001). The Targeting of Government Programs in Chile. İçinde: E Gacitua-Mario ve Q Wodon (Der) *Measurement and Meaning: Combining Quantitative and Qualitative Methods for the Analysis of Poverty and Social Exclusion in Latin America*. Washington: World Bank.
- Coady D vd. (2004). *Targeting of Transfers in Developing Countries*. Washington : World Bank.
- Çamur-Duyan G (2006). *Sosyal Hizmet Bakış Açısından Yoksul Kadınlar: Altındağ Örneği. (Basılmamış Doktora Tezi)*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Grosh M E ve Baker J L (1995). *Proxy Means Test for Targeting Social Programs*. Washington: World Bank.
- Güzel A (2005). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?. *Çalışma ve Toplum*, 4, 61-76.
- Güzel A vd. (2012). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. İstanbul: Beta.
- 302 Dertli N (2015). Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine. *Mülkiye Dergisi*, 39(3), 271-304.

Güzel A vd. (2014). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. İstanbul: Beta.

Güzel A ve Okur A R (2004). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. İstanbul: Beta.

Hacımahmutoğlu H (2009). *Türkiye'deki Sosyal Yardım Sisteminin Değerlendirilmesi*, Ankara: DPT.

Kidd S ve Wylde E (2011). *Targeting the Poorest: An Assessment of the Proxy Means Test Methodology*, Canberra: AusAID Research Paper.

Laurell A C (2000). Structural Adjustment and the Globalization of Social Policy in Latin America. *International Sociology*, 15, 203-325.

Narayan A ve Yoshida N (2005). *Proxy Means Tests for Targeting Welfare Benefits in Sri Lanka*. Washington: World Bank, http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/08/09/000090341_20050809094744/Rendered/PDF/332580PAPER0SASPR17.pdf. Son erişim tarihi, 2/9/2015.

Özüğurlu M (2003). Sosyal Politikanın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu. *Mülkiye Dergisi*, 27/239, 59-74.

SGK Aylık İstatistik Bültenleri-Şubat (2015). <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler>. Son erişim tarihi, 11/8/2015.

SGK İstatistik Yıllıkları (2011). <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler>. Son erişim tarihi, 11/8/2015.

SGK- Sosyal Güvenlik Kurumu (2014), *2014 Faaliyet Raporu*, Ankara.

Sharif I (2009). *Building a Targeting System for Bangladesh Based on Proxy Means Testing*. Washington: World Bank.

SYGM - Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü (2011). *Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü 2011 Yılı Faaliyet Raporu*. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.

Şakar M (2012). GSS Bir Sigorta Değil, Sağlık Vergisidir. *Mercek*, 66, 23-29.

Şakar M (2014). *Sosyal Sigortalar Uygulaması*. İstanbul: Beta.

TTB - Türk Tabipleri Birliği (2015a). *Devletin Eli Hastanın Cebinde*. Ankara: TTB. http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2015/14mart/14mart_halk.pdf. Son erişim tarihi, 19/8/2015.

TTB – Türk Tabipleri Birliği (2015b) *Sağlıkta Yalanlar ve Gerçekler*. Ankara: TTB, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/yalanlargercekler2015.pdf>, Son erişim tarihi, 19/8/2015.

Tuncay A C ve Ekmekçi Ö (2012). *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*. İstanbul: Beta.

Dertli N (2015). Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine. *303 Mülkiye Dergisi*, 39(3), 271-304.

Yılmaz V (2012). Yurttaşlık Perspektifinden Sağlıkta Dönüşüm Programı. İçinde: Y I Ülman ve F Artvinli (der), *Değişen Dünyada Biyoetik*, İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, 117-121.

Radikal (8.2.2013). Sağlıkta 'katkı payı' çocukları yere düşürdü. Son erişim tarihi, 15/9/2015.

Mevzuat

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, R.G. 16.6.2006, 26200.

05.08.2015 Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel Sağlık Uygulama Tebliği, R.G. 05.08.2015, 29436.

Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik, R.G. 28.12.2011, 28156.