

GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ VE GETİRDİĞİ YENİLİKLER

ALİ PEKTEN*

Giriş

Ülkemizde yıllardır hep söylenen ancak bir türlü hayata geçirilmesi mümkün olmayan sosyal güvenlik reformu, Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve Sosyal Sigortalar ile Genel Sağlık Sigortası Kanununun yürürlüğe girmesi ile son aşamaya gelmiştir. Sosyal güvenlikte norm ve standart birliğini sağlayarak, sistemi disiplin altına almayı amaçlayan bu reform üç aşamadan oluşmaktadır.

Reformun birinci aşaması ile halen ülkemizde birbirinden farklı şekilde sigortalılık hizmeti sunan kurumlar olan, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK kaldırılarak; bu üç kurumun sunduğu hizmetleri tek başına sunacak bir yapı oluşturulmaktadır. Bu amaçla hazırlanan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 20.05.2006 tarih 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumunun oluşturulması için gereken 3 yıllık bir sürecin ilk adımı atılmıştır. Gerçekleştirilen bu yasal düzenleme ile mevcut sosyal güvenlik kurumlarındaki verimsiz hantal yapının yerine, bilişim teknolojisini sonuna kadar kullanarak daha hızlı, standartları sağlanmış, kaliteli hizmet sunan bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amaçlanmaktadır.

Reformun ikinci aşamasında bu üç kurumun işleyişinin yeniden düzenlenmesi suretiyle, hizmet sunulan kesimler için bazı farklı uygulamalar giderilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu, 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, 2829 sayılı Kanun ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ve diğer bazı kanunların¹ ilgili hükümlerinin kaldırılıp Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu olarak tek bir düzenleme haline getirilmiştir. Bu Kanun ile sigortalı kapsamına dahil olan kişiler, sağlanacak haklar, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemleri belirlenmiştir. Yapılan bu düzenleme ile toplumun

* Sigorta Müfettişi, SSK Başkanlık Danışmanı

¹ Bkz.5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu Madde 106.

daha geniş kesimlerinin daha kapsamlı şekilde sağlık güvencesi altına alınması ve aynı şartlarla karşılaşan insanların hepsine devlet tarafından aynı sosyal güvencenin sağlanmasını temin amacıyla, norm ve standart birliği getirilmesi amaçlanmıştır.

Reformun üçüncü aşamasını ise sosyal güvenlik sistemi ile bütünleşik bir yapıda sosyal yardımlara ilişkin temel ilkeleri, yapılacak sosyal yardımları, primsiz ödemeleri, bu yardım ve ödemelerden yararlanacak kişileri, yararlanma koşullarını belirlemek üzere Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanununun çıkarılması oluşturmaktadır. Yapılacak bu yasal düzenleme ile sosyal yardımlara ilişkin ulusal ortak veri tabanının oluşturulması, bu alandaki kamu kaynağının etkin kullanılması ve objektif yararlanma ölçütlerine göre adil ve ulaşılabilir kılınması amaçlanmaktadır. Bu suretle ülkemizde bütün vatandaşlar, sosyal güvenlik çatısı altına alınmaya çalışılmaktadır.

Bu çalışmamızda, sosyal güvenlik reformunun önemli ayaklarından biri olarak kabul edilen ve 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girecek olan 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nda düzenlenmiş olan genel sağlık sigortası hakkında bilgi vermeyi amaçladık. İlk olarak genel sağlık sigortasının kapsamına toplumun hangi kesimlerinin dahil olduğunu ve kapsam dışında kalan kesimleri belirttik. İkinci olarak getirilen sistemin özellikleri ve nasıl işlediği konusunda; son olarak da sistemin getirdiği yenilikler ve yararlarına ilişkin bilgiler verilmeye çalışıldı.

1. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı

Genel sağlık sigortası sisteminin en önemli hususlarından biri kapsadığı toplum kesimlerinin büyük ölçüde genişletilmiş olmasıdır. Sağlık sigortası sisteminin dışında kimsenin kalmaması sağlanmaya çalışılmıştır. Eskiden sadece zorunlu sigortaya tabi insanların ödedikleri hastalık sigortası primleri ile yararlandıkları sağlık hizmetlerinden, artık genel sağlık sigortası primi ile yararlanmaya devam edilecektir. Yine önceki sistemde sadece zorunlu sigortaya tabi kimselerin sağlık sigortası sisteminden yararlanması sağlanmakta iken yeni sistem ile özel sağlık sigortası sisteminde olduğu gibi, işsiz bir kimse de olsa, zorunlu sigortaya tabi olmadan prim ödemek suretiyle sağlık sigortası kapsamına girmekte ve devlet tarafından güvence altına alınmaktadır. Bu konu başlıklar itibariyle daha detaylı olarak aşağıda açıklanmaktadır.

1.1 Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sayılanlar

Yerleşim yeri Türkiye'de olan kişilerden;

1) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,

2) Kamu idarelerinde çalışanlar;

a) Kuruluş ve personel kanunları veya diğer kanunlar gereğince seçimle veya atama yoluyla kamu idarelerinde göreve gelenlerden; bu görevleri sebebiyle kendilerine ilgili kanunlarında Devlet memurları gibi emeklilik hakkı tanınmış olanlardan hizmet akdi ile çalışmayanlar,

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

c) Memur statüsünde iken, bu kapsamdaki kişilerin kurduğu sendikaların veya sendika konfederasyonlarının yönetim kurullarına seçilenler,

d) Askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay nasedilmek üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylar,

e) Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,

3) Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan;

a) Ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar,

b) Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulan meslek odalarına usulüne uygun olarak kayıtlı olanlar,

c) Anonim şirketlerin kurucu ortakları ve/veya yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,

d) Tarımsal faaliyette bulunanlar,

4) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

5) Hizmet akdine tabi olanların veya kamu idarelerinde çalışanların veya köy ve mahalle muhtarları ile kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların dışında kalan ve sigortalı sayılmayanlardan;

- a) Yeşil kart sahibi olanlar,
- b) Vatansızlar ve sığınmacılar,
- c) 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ile 65 yaş aylığı alan kişiler,
- d) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
- e) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
- f) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
- g) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- h) Harp malüllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
 - ı) 442 sayılı Köy Kanununa göre görevlendirilen geçici köy korucuları,
 - j) Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülkede sigortalılığı olmayanlar
 - k) 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanununa göre işsizlik ödeneği alanlar
 - l) 01.01.2007 tarihinden önce veya sonra ilgili kanunlar gereğince gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler,
 - m) Yukarıda sayılanlar dışında kalan ve aynı zamanda başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanmayanlar,
genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

1.2 Sağlık Yardımlarından Koşulsuz Yararlanma

Genel sağlık sigortasından yararlanmak için normalde gerekli olan 30 gün prim ödeme ve bazı sigortalılar için ise Sosyal Güvenlik Kurumuna prim borcu bulunmama gibi şartlar aranmaktadır. Ancak bazı kimseler hiçbir şart aranmadan genel sağlık sigortasının sağladığı yardımlardan yararlanabilmektedir. Bu kimseler;

- a) 18 yaşını doldurmamış olan kişiler,

b) Tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, olarak Kanunda belirtilmiştir. Diğer yandan bazı hallerde de Genel Sağlık Sigortası yardımlarından yararlanmak için hiçbir şart gerekli değildir.

a) Acil hallerde,

b) İş kazası ile meslek hastalığı hallerinde,

c) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklarda,

d) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,

e) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahlisesi, tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedavilerde,

f) Afet ve savaş ile grev ve lokavt halinde,

hiçbir şart gerekmeden sağlık hizmetlerinden yararlanılabilecektir.

1.3 Genel Sağlık Sigortası Kapsamı Dışında Tutulanlar

Bu kimseler;

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

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

c) Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde

ve temsilciliğın bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,

d) Ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular,

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

f) Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olması halinde,

genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar.

1.4 Sosyal Güvenlik Kurumuna Borcu Olanlar

Kendi adına ve bağımsız çalışanlar, isteğe bağı sigortalı olan kişiler, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülkede sigortalı olmayan kişiler ve 5510 sayılı yasanın 60 ıncı maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı olacakların dışında kalmakla beraber başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler hem bir yıl içinde 30 gün genel sağlık sigortası primi ödemiş olmak koşulu ile birlikte sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması gerekmektedir. Tabii burada önemli bir husus vardır. O da yukarıda sayılan kimseler yasa çıktıktan sonra oluşan prim borçlarından dolayı sorumlu olacaklardır. 01.01.2007 tarihinden önceki borçlardan dolayı sorumluluk yoktur. Bu durumda Bağ-Kura prim borcundan dolayı sağlık hizmeti alamayan milyonlarca Bağ-Kurlu artık 01.01.2007 tarihinden sonra 30 gün prim yatırmak suretiyle sağlık hizmetlerinden yararlanabilecektir.

2. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Özellikleri

Genel sağlık sigortası sisteminin en önemli ve göze çarpan özelliği, sigortalılar için artık sevk zinciri sisteminin hayata geçiriliyor olmasıdır. Bu sistem gerek insan gücü gerekse maddi kaynakların daha verimli olarak kullanılmasını sağlamanın yanında hizmetlerin vatandaşın ayağına kadar götürülmesi açısından da önemlidir. Bütün dünyada olduğu gibi, çok cüzü de olsa sunulan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınması konusu eski sistemle paralel bir şekilde ele alınmıştır. Genel olarak ana başlıklar halinde sistemin özellikleri aşağıda belirtilmiştir.

2.1 Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları

Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar prime esas kazancın yüzde 12.5'i oranındadır. Bu primin yüzde 5'i sigortalı, yüzde 7,5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanların genel sağlık sigortası primi ise, prime esas kazancın yüzde 12'si kadardır.

2.2 Sigortalının Yararlanacağı Sağlık Hizmetleri ve Katılım Payı Tutarları

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

b) Ayakta veya yatarak; muayene, klinik muayene, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler.

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler.

d) Ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer

tanı yöntemleri, tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin tutarının yüzde 50'si katılım payı olarak sigortalıdan alınacaktır.

Yukarıda belirtilen sağlık hizmetlerinden ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için 2 YTL katılım payı adı altında ücret alınacaktır. Ancak bu tutar sevk zincirine uyulmadan basamak atlamak suretiyle sağlık hizmeti sunucusu'na gidildiğinde ise 3 YTL olarak ödenecektir.

e) Yukarıda sayılan sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

Yukarıda ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi dışında, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ise gereksiz kullanımı azaltmak amacıyla, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler gibi kriterler dikkate alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenecek yüzde 10 ile yüzde 20 oranları arasında katılım payı alınacaktır. Yine sevk zincirine uyulmadan basamak atlamak suretiyle sağlık hizmeti sunucularına gidildiğinde hesap edilecek oranların karşılığı olan tutar yüzde 50 fazlasıyla ödenecektir. Ancak yukarıda sayılan, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için sigortalının ödeyeceği miktar asgari ücretin yüzde 75'ini geçmeyecektir.

5510 sayılı yasanın geçici maddesinde düzenlenen hükme göre aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uygun olarak alınan sağlık hizmetlerinde yukarıda belirtilen 3 YTL'lik ve yüzde 10 ile 20 arasında değişen oranlardaki katılım payları, üç yıl süreyle yüzde 50 oranında azaltılarak uygulanabilecektir.

f) 5510 sayılı yasanın 63 ncü maddesinde belirtilen yardımcı üreme yöntemi tedavisi

Yardımcı üreme yöntemi tedavisinde ilk denemede yüzde 30, ikinci denemede yüzde 25 oranında katılım payı alınacaktır. Ancak, ortez, protez,

iyileştirme araç ve gereçleri için aranan sigortalının ödeyeceği miktar asgari ücretin yüzde 75 ini geçemez şartı bu tedavi yöntemi için geçerli değildir.

Burada şunu da belirtmekte fayda var. 5510 sayılı Kanununun 70 nci maddesinde belirtilen sevk zincirine uyulmadığı takdirde sigortalı tarafından ödenecek yüzde bedeller ile katılım payı ücreti karıştırılmaması gerekmektedir. Sevk zinciri ihlalinde Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmeti Sunucularına ödeyeceği paradan kesinti yapmakta ve kesilen tutarın bu sefer sağlık hizmeti sunucusu tarafından sigortalıdan tahsili söz konusudur.

Ancak katılım payı ücretinde ise Sosyal Güvenlik Kurumu her hal ve şartta sağlık hizmeti sunucularına belirlenen sağlık hizmetinin ve sağlanan diğer hizmetlerin ücretini sevk zinciri durumuna göre ödeyecektir. Ancak sigortalıdan, sağlanan sağlık hizmetleri için her hal ve şartta keseceği bir miktar vardır ve bu miktar sevk zincirine uyulmadığında yüzde 50 artırılabacaktır. Bu miktara katılım payı denilmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu sigortalıdan alacağı katılım payı tutarlarını sağlık hizmeti sunucuları aracılığıyla tahsil edecektir.

2.3 Ödediği Katılım Payını Geri Alabilecek Kişiler

- 1) Yeşil kart sahibi olduklarından,
- 2) Vatansızlar ve sığınmacı olduklarından
- 3) 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre 65 Yaş maaşı aldıklarından ötürü genel sağlık sigortalısı olanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,

talep etmeleri halinde ödemiş oldukları katılım paylarını 5510 sayılı yasanın 68 inci maddesinde belirtilen ve makalemizin 2.3 bölümünde anlattığımız sağlık hizmetleri için ödemiş oldukları katılım paylarını, talepleri halinde, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümleri çerçevesinde geri alabileceklerdir. Tabii ki kanunda açıkça belirtilmemiş olsa da, bu kişiler sevk zincirine uymamaktan dolayı ödemiş oldukları yüzde 50 fazla katılım payı tutarını da geri almaları gerekmektedir.

2.4 Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler

5510 sayılı Yasanın 68 inci maddesinde belirtilen sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır.

a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri, afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri, aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile organ nakli, kontrol muayeneleri.

b) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkındaki Kanuna göre şeref aylığı alan kişiler, 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler, harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar, vazife malûlleri ile harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda, Türk Silâhlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspeditmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar ile fakültelerde veya meslek yüksek okullarında kendi hesabına okuduktan sonra veya askerlik hizmetini müteakip subaylığa veya astsubaylığa geçirilenler, polis akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler ile fakültelerde veya meslek yüksek okullarında kendi hesabına okuduktan sonra komiser yardımcılığına veya polisliğe geçirilenler den katılım payı alınmayacaktır.

2.5 Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri

Yeni yasaya göre sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılacaktır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve dış hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu

tarafından belirlenecektir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alacaktır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadırlar.

İş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil haller dışında, sevk zincirine uyulmadan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından sözleşmeli Sağlık Hizmeti Sunucularına yapılan başvurular sonucu alınan sağlık hizmetlerinin tutarının yüzde 70'i Sosyal Güvenlik Kurumunca yüzde 30'u ise sigortalı tarafından karşılanacaktır. Aradaki fark, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecektir.

2.6 Sağlık Hizmetinden Yararlananların Göstereceği Belgeler

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmeti sunucularına (hastane, tıp merkezi vs) başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi gerekmektedir.

2.7 Sağlık Hizmetlerinin Bedellerinin Tespiti

Genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerinin ve genel sağlık sigortalısına ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Sosyal Güvenlik Kurumunca ödenecek bedellerini her bir sağlık hizmeti için belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkili olup, bu komisyon bu fiyatları belirlerken;

- a) Sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak,
- b) Sağlık hizmetlerinin maliyeti,
- c) Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar,
- d) Sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması.
- e) Kanıta dayalı tıp uygulamaları,
- f) Teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütlerini,

g) Genel sağlık sigortası bütçesini,
dikkate alınmak suretiyle yapacaktır.Yapılan bu düzenleme ile muayene bedeli, ameliyat bedeli her il için farklı olabilecektir.

2.8 Sosyal Güvenlikte Tek Numara

5510 sayılı yasanın 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girmesiyle birlikte SSK, Bağ-Kur ve Emekli sandığı tarafından verilen sigorta sicil numaraları yerine, bütün sigortalılar ve hak sahipleri için, tescil ve diğer tüm işlemlerinde TC kimlik numaraları kullanılacaktır. T.C vatandaşı olmayan, yani TC kimlik numarası olmayan yabancılara ise, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sosyal güvenlik numarası verilecektir.

2.9 Sağlık Hizmeti Sunucularına İdari ve Cezai Yaptırımlar

Sosyal Güvenlik Kurumunca yapılan inceleme neticesinde haksız menfaat temin etmek maksadıyla;

- a) Sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetini fatura ettiği,
- b) Faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri, gerçeğe aykırı olarak düzenlediği,
- c) Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanmayacak kapsam dışındaki olan sağlık hizmetlerini, kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterdiği,
- d) Sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere, sağlık hizmeti sunarak Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura ettiği,

tespit edilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında genel hükümlere göre takip yapılmakla beraber bu fiiller nedeniyle Sosyal Güvenlik Kurumunun yersiz ödediği tutar faiziyle birlikte geri alınacaktır. Ayrıca bu fiillerden herhangi birini işleyen sağlık hizmeti sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumu ile yaptıkları sözleşmeleri; ilk fiilde bir ay, ilk fiilden itibaren iki yıllık dönem içerisindeki tekrarı halinde üç ay, aynı dönem içerisinde ikinci kez tekrarı halinde ise bir yıl süreyle feshedilecektir.

Yukarıdaki sayılan eylemlerden (d) bendi hariç olmak üzere anılan fiillerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde, bir yıl süreyle acil durumlar hariç ödeme yapılmayacaktır. Sağlık hizmeti sunucusu, bu süre içerisinde bu durumu sağlık hizmeti alan tüm kişilere yazılı olarak bildirmek zorundadır. Bildirilmeyen kişilerin fatura bedelleri Sosyal Güvenlik

Kurumu tarafından ödenecektir. Ancak, sağlık hizmeti sunucusundan iki katı olarak tahsil edilecektir.

Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birini sormak ve bu belgelerin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol etmek zorundadır. Bu zorunluluğu yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Sosyal Güvenlik Kurumunun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından, uğranılan zarar geri alınacağı gibi, yine 5510 sayılı yasanın 102 nci maddesi uyarınca ayrıca bu zararın beş katı idarî para cezası uygulanacaktır.

Ayrıca yukarıda (a), (b) ve (c) maddelerinde belirtilen eylemleri yapan sağlık hizmeti sunucularına, bu fiilleri nedeniyle Sosyal Güvenlik Kurumunun yersiz ödediği tutarın beş katı idarî para cezası uygulanacaktır.

Yine kurumun mahsup suretiyle tahsilini yaptığı haller hariç olmak üzere, alınması gereken katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmeti sunucularına, fiilin her tekrarında tahsil edilmeyen katılım payının on katı tutarında idarî para cezası uygulanacaktır.

Aynı şekilde Yasanın 63 ncü maddesi hükmü gereğince Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlanan yardımcı üreme yöntemlerinin tıbbi etik dışında uygulanması halinde, bu fiili işleyen sağlık hizmeti sunucusuna Sosyal Güvenlik Kurumunca, yapılan tedavi masrafının beş katı tutarında idari para cezası uygulanır.

2.10 Sahte Belge ile Sağlık Hizmeti Alanların Durumu

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Sosyal Güvenlik Kurumundan haksız bir menfaat temin etmesini sağlamaya çalışması yasak olup, sağlık hizmetini alan ve kendi adını kullandıranlar Sosyal Güvenlik Kurumunu uğrattıkları zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen Sosyal Güvenlik Kurumuna ödeyeceklerdir. Ayrıca bu kimselere Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanacaktır.

2.11 Estetik Ameliyat ve Estetik Diş Tedavileri

Yeni yasa ile vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında, estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri, Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ve Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetlerinin masrafları karşılanmayacaktır.

3. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Getirdiği Yenilikler

Ülkemiz insanının yıllardan beri hep Avrupa ülkelerinde uygulana gelen sağlık sistemine bakarak imrendiği, belki de bizde olmasının imkansız gibi görüldüğü bir çok sağlık yardımları, Genel sağlık sigortası kanunu ile artık daha da fazlasıyla bizim insanımıza da uygulanmaya başlanılacaktır.

3.1 Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları Kolaylaştırıldı

01.01.2007 tarihinden geçerli olacak 5510 sayılı Yasa ile yapılan düzenlemeler ile sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları kolaylaştırıldı. Halen normal sigortalılar sağlık yardımlarından yararlanmak için hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 90 gün, bakmakla yükümlü olduğu kişiler ise 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmak şartıyla tedavi olurken, yine Bağ-Kur'a tabii olarak çalışanlar ilk defa sigortalı olmuşsa, en az sekiz ay, yeniden sigortalı olmuşsa en az dört ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olması gerekirken yeni düzenleme ile sağlık yardımlarından yararlanmak için son bir yıl içinde 30 gün genel sağlık Sigortası primi ödemiş olan genel sağlık sigortalıları sağlık hizmetinden yararlanabilecektir. Ancak sosyal güvenlik kurumundan gelir ve aylık alanlarda 30 gün şartı aranmayacaktır.

Bağ-Kur'a tabii olanlar, yeni ismiyle kendi adına ve bağımsız çalışanların ise sağlık yardımlarından yararlanabilmesi, sağlık ve sigorta prim borcu bulunmaması şartına bağlıdır.

3.2 18 Yaşına Kadar Çocukların Sağlık Harcamalarını Devlet Karşılacak

5510 sayılı Yasanın 67 nci maddesine göre artık 18 yaşını doldurmamış olan tüm çocukların sağlık yardımlarının masrafları devlet tarafından karşılanacaktır.

Bu çocukların, ana ya da babası genel sağlık sigortası kapsamında tescilli olsa bile ayrıca bir işleme gerek kalmadan 18 yaşına kadar genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılacaktır. 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babası da yok ise 18 yaşına kadar 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler kapsamında primi devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılacaktır.

3.3 Sigortalının Başlanılan Tedavisi Kesilmeyecek

5510 sayılı Kanun gereğince genel sağlık sigortası kapsamına giren ve bundan dolayı sigortalı olup tedaviye başlanılan kimse, sigortalı olma şartlarını yitirse bile, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kesilmeyecek ve kişinin iyileşmesine kadar sürecektir.

Aynı şekilde 01.01.2007 tarihinden önce tedaviye başlanılan sağlık hizmetleri yeni yasa ile kapsam dışında tutulsa bile tedavi bitene kadar masraflar karşılanacak Yürürlükten kaldırılan kanun hükümleri gereğince kişilerin hak ettikleri sağlık hizmetleri, 5510 sayılı Kanun hükümleri gereğince kapsama alınmamış ise tedavi tamamlanıncaya kadar yürürlükten kaldırılan kanun hükümlerine göre tedavi masrafları Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlanmaya devam edilecektir.

3.4 Sigortalı Otelcilik Ücreti Dışında Ücret Ödemeyecek

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, Sosyal Güvenlik Kurumunun sözleşme yaptığı sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri olarak tabir edilen özel yatak, özel yemek vb ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, 5510 sayılı kanuna göre oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun² belirlediği fiyatların dışında herhangi bir fark ücret ödemeyecektir. Ancak otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri içinde, alınabilecek fark ücret de anılan Komisyonun bu

²Komisyon; Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını ve Sosyal Güvenlik Kurumunu temsilen toplam beş üyeden oluşur. Komisyon kararlarını yılı merkezî yönetim bütçesi yönünden Maliye Bakanlığının görüşünü almak suretiyle salt çoğunluk ile alır; kararlar Resmî Gazetede yayımlanır. Komisyonca gerekli görülen hallerde sağlık hizmetlerinin türlerine göre birden fazla alt komisyon kurulabilir. Komisyonun sekretarya işlemleri Sosyal Güvenlik Kurumunca yerine getirilir. (5510/72)

hizmetler için belirlediği tutarın iki katını geçemeyecektir. Yine de en fazla iki katı olan bu fark ücreti ödeyenlerin bu ücreti kabul ettiği hususu, sağlık hizmeti sunucularınca yazılı olarak belgelenmesi gerekmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında veya belirlenen tavanın üzerinde fark alan sağlık hizmeti sunucularına, kanundan doğan idari yaptırım yetkisi çerçevesinde, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının sözleşmelerini bir yıl süreyle feshedebilecektir.

3.5 Tüp Bebek Tedavi Masrafları Karşılancak

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

1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Sosyal Güvenlik Kurumunca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Sosyal Güvenlik Kurumunca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapmış olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık Sigortası prim gün sayısının olması, şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Sosyal Güvenlik Kurumunca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi,

durumunda yardımcı üreme yöntemi tedavileri artık devlet tarafından karşılanabilecektir.

3.6 Sigortalı İsteddiği Hastaneye Gidebilecek

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adreslerini Sosyal

Güvenlik Kurumu tarafından hazırlanacak elektronik ortamdan veya diğer yöntemlerden öğrenebilecektir.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından, genel sağlık sigortası ile ilgili mevzuata uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahip olup, herhangi bir yönlendirmeye maruz kalmayacaklar. Bu durum sağlık hizmeti sunucuları arasında kaliteli sağlık hizmeti sunma yönünde bir rekabet ortamı oluşturacaktır.

3.7 Yurtdışındaki Tedavi Ücretleri Bazı Hallerde Ödenebilecek

Esas olan genel sağlık sigortalısı hastalandığında yurt içindeki sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmetlerinin sağlanmasıdır. Ancak 5510 sayılı Kanun bazı durumlarda yurtdışındaki sağlık hizmeti sunucularından da faydalanma imkanı getirmiştir. Bu durumlar;

a) Hizmet akdine bağlı çalışan ile kamu idarelerinde çalışan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenen usûle uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak geçici görevle yurt dışına gönderilenlerden, acil hallerde,

b) Yine (a) maddesinde belirtilen genel sağlık sigortalılarından, sürekli görevle yurt dışına gönderilenler (bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilerin hastalanmaları durumunda),

c) Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin,

sağlık hizmetleri yurt dışından sağlanabilecektir.

Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmelerinde aksine bir hüküm bulunmadıkça, yukarıda (a) ve (b) maddelerindeki durumlardan dolayı yurtdışında tedavi görenler için sağlık hizmeti sunucularına ödenecek tutar, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı, geçemeyecektir. Bu tutarı aşan kısım, bu kimseleri yurtdışına gönderen işverenler tarafından ödenecektir.

Yine Bakanlar Kurulu kararı ile birlik halinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askerî veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin, sağlık hizmetlerinin sağlanması ile bu hizmetlerin giderlerinin yurt içindeki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen tutarı aşan kısmı da kurumlarınca karşılanacaktır.

Özellikle yurtdışı tedavilerde, tedavi ücretlerinin yüksekliğini düşündüğümüzde (her ne kadar yukarıda (a) ve (b) maddelerinde sayılan kimselerin tedavi masrafları sadece Türkiye'deki muadili kadar ödense de) genel olarak ülkemizden yurtdışına aktarılan tedavi paralarını azaltmak amacıyla olsa gerek, yeni yasada yerinde bir düzenlemeyle;

Sosyal Güvenlik Kurumu, yukarıda (a) ve (b) maddelerinde sayılan kişilerin sağlık hizmetlerini, bu kişilerin geçici veya sürekli görev süresince genel sağlık sigortası için Sosyal Güvenlik Kurumuna ödenen prim tutarını geçmemek kaydıyla, ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle de sağlayabilmesinin yolu açılmıştır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edildiği için yurtdışına tedaviye gönderilen kişilerin, yurtdışındaki tedavi bedellerinin tamamı Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenecektir. Ödenecek bedel, eğer yurtdışında da Sosyal Güvenlik Kurumunun sözleşme yaptığı sağlık hizmeti sunucuları var ve bu kuruluşlara sevke konu tedavi için ne bedel ödeniyorsa, bu kimselere de ödenecek tutar bu bedeli geçemeyecektir. Bu kimselerin tedavileri için ayrıca yol, gündelik ve refakatçi bedelleri kendilerine Sosyal Güvenlik Kurumunca ödenecektir.

Yukarıda (a) ve (b) maddelerinde belirtilen ve tanımı önem arz eden “sigortalıların hangi durumlarının geçici veya sürekli görevlendirilme sayıldığı hususu Kamu idarelerinde çalışanlar için sözkonusu 5510 sayılı Kanunda belirtilmiş³ ancak hizmet akdi ile çalışanların durumu ise Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkarılacak Yönetmeliğe bırakılmıştır.

3.8 Sözleşme Yapmamış Sağlık Kuruluşlarından da Yararlanılabilecek

Acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak genel sağlık sigortalısına ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere fatura karşılığı ödenecektir.

5510 sayılı kanunda belirtilen sevk zincirine uyulmak şartıyla, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin % 70'i fatura karşılığı

³ Kamu idarelerinde sigortalı olması nedeniyle GSS'li sayılanların daimi olarak altı aydan fazla süreyle yurt dışında görevlendirilmeleri durumu, sürekli görevle yurt dışına gönderilme sayılır. (5510/66)

ödeneyecektir. Sevk zincirine uymaksızın sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin % 50'si fatura karşılığı ödenecek, geri kalan yüzde 50 sini ise sigortalı ödeyecektir.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın alınan sağlık hizmeti bedelinin ödenebilmesi için; Sağlık Bakanlığı veya ilgili kamu idareleri tarafından ödenecek sağlık hizmetine ilişkin sağlık hizmeti sunucularına ruhsat veya izin verme uygulamasının olması halinde ruhsat veya izin alınmış olması, ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumunca sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularında aranılan şartların sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularında aranan şartlara uygun olduğunun kabul edilmesi gerekmektedir. 5510 sayılı Kanun, Sosyal Güvenlik Kurumuna prim ödeyen herkesin, parasının yarısını veya yüzde 30'unu kendisi ödemek kaydıyla sözleşmesi olmayan sağlık kuruluşuna bile gidebilmesi ve tedavi olması imkanını getirmiştir.

3.9 Sağlık Hizmeti Sunucularının Alacaklarının Tahsili Kolaylaştırıldı

Gerçekleştirilen yasal düzenlemeye göre, sağlık hizmeti sunucularının, tahakkuk etmiş alacakları faturaların teslim tarihinden itibaren en geç yetmiş beş gün içinde ödenir. İşlemlerin gecikmesi halinde tahakkuk eden tutarın % 75'i ile % 90'ı arasındaki tutar, son ödeme tarihini takip eden ilk iş gününde alacaklarından kesilmek üzere avans olarak ödenecektir.

Sonuç

Sosyal güvenlik reformunun hayatımıza getirdiği yenilikler, kapsam olarak oldukça geniş ve önemlidir. Yukarıdaki bölümlerde belirtildiği üzere, yapılan düzenlemeler genel sağlık sigortası alanında da hayatımıza oldukça kapsamlı değişiklikler ve yenilikler getirmektedir. Gerçekleştirilmeye çalışılan sistem, ülkemizde çok önemli bir sorun olan sağlık sistemimizin işleyişinin düzeltilmesi ve insanımızın maruz kaldığı farklı uygulamaların ortadan kaldırılmasına dönük olması nedeniyle gerçekten de bir reform niteliğindedir.

Geçmişte hastane kapılarından çevrilen vatandaşlarımız, sağlık güvencesi olmadığı için tedavi olamadan hayata veda eden bebeklerimiz ve çocuklarımızı hatırladığımızda, sistemin ne kadar hayati öneme sahip olduğu anlaşılacaktır. Reform ile özellikle 18 yaşına kadar bütün çocukların sağlık güvencesinin vatandaşın cebinden bir kuruş bile çıkmadan devlet tarafından

karşılacak olması tek başına konunun önemini anlatmaya yeterli boyuttadır.

Önceki mevzuata göre Bağ-Kur'a olan borcunu ödeyemeyen vatandaşın sigortalı olarak sağlık yardımlarından yararlanması mümkün değilken, son yapılan yasal düzenlemeler ile 30 gün prim ödemek kaydıyla sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin yolu açılmıştır. Aynı şekilde çok pahalı bir tedavi yöntemi olan “tüp bebek” tedavi masraflarının sigorta kapsamına alınarak masraflarının devlet tarafından karşılanması da yine hayata geçirilmiş olacak ve çocuk özlemi çeken binlerce aileye umut ışığı olacaktır.

Görüldüğü üzere genel sağlık sigortası ülkemiz insanının dünya standartlarında, sağlık güvencesine sahip olması adına atılmış çok önemli bir adım olmuştur. Sağlıklı bir toplumun oluşturulması ve insanca yaşamının sağlanması adına, sağlık sigortası kapsamında neredeyse ülkemizde yaşayan tüm insanları içine alacak şekilde, sistem dışında kimseyi bırakmamaya gayret gösterilerek yapılan bu düzenlemeler, elbette önemli bir dönüm noktasını teşkil etmiştir.

Sonuç olarak yukarıda ana hatlarıyla açıkladığımız gerçekleştirilen bir çok yenilik vatandaşların yaşam kalitesini artıracak türdendir. Ancak yapılan bu yasal düzenlemelerin insan yaşamına yansımaya baktığımız zaman, tek başına yeterli olmayacağı açıktır. Ülkemizde gerek Sağlık Bakanlığı bünyesinde, gerekse özel sektör ve üniversite hastaneleri eliyle sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, reformun başarısını artıracaktır. Genel sağlık sigortası ile amaçlanan vatandaşların kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi için bu sağlık kuruluşlarının belli standartlara kavuşturulması yolunda gerekli önlemler alınmalıdır.