

**SOSYAL SİGORTALAR KURUMUNUN HASTALIK
SİGORTASI UYGULAMASI VE UYGULAMAYA İLİŞKİN
AMPİRİK BİR ARAŞTIRMA**

Tuncay Güloğlu*
Melih Sertkan**
Selahattin Yıldız***

ÖZET

Bu makale Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından geliştirilen Hastalık Sigortası Sistemini incelemektedir. Sağlık Sigortası Sistemi değişik boyutları ile incelendikten sonra, Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından uygulanmakta olan hastalık sigortası sisteminin etkililiğini ölçme amacıyla yapılan ampirik bir çalışmanın sonuçlarına da yer verilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Güvenlik, Sosyal Sigortalar, Sağlık Sigortası, Sosyal Sigortalar Kurumu, Hastalık Sigortası.

ABSTRACT

This article deals with the application of illness insurance developed by Social Insurances Institution. Having been examined various aspects of the Health Insurance System, the article presents the results of an ampirical research conducted to measure effectiveness of illness insurance applications of Social Insurances Institution.

* Kocaeli Üniversitesi İİBF Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Yard. Doç. Dr.

** Kocaeli Üniversitesi İİBF Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, Araş. Gör.

*** SSK, Bakırköy Kadın Hastalıkları ve Çocuk Eğitim Hastanesi, Uz. Dr.

Key words: Social Security, Social Insurance, Health Insurance, Social Insurance Institution, Illness Insurance.

GİRİŞ

Sağlı her toplumda, her zaman kişilerin ilgi duyduğu önemli konulardadır. Biridir. 21.yüzyıla girdiğimiz řu günlerde teknolojik gelişmelerle birlikte sağlık alanında da önemli ilerlemeler görölmekte, teşhis ve tedavi konularında yeni buluşlar yapılmakta özellikle genetik alanındaki gelişmeler yeni ümitler vermektedir.

Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi, insanların fiziki yapıların geliştirilmesi sonra da eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Nüfusun sağlıklı insanlardan oluşması ülkenin ekonomik yönden gelişmesi için en önemli unsurdur.

Gelişme süreci içindeki ülkeler hem hızla kalkınmak hem de ulusal gelirlerini artırmak zorundadırlar. Bu nedenle ekonomik kalkınma ile sağlık arasında çok sıkı bir ilişki olduğu kabul edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin verilmesi açısından konuya baktığımızda bütün dünyada sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde önemli bir araç da sağlık veya hastalık sigortası olarak adlandırılan sosyal sigorta koludur. Bu çalışmada da Sosyal Sigortalar Kurumu'nun hastalık sigortası uygulaması, uygulamaya ilişkin bir alan araştırması ile incelenmeye çalışılacaktır.

1. HASTALIK SİGORTASI KAVRAMI

Genel olarak sosyal güvenlik tehlikelerine baktığımızda tehlikelerin zararının iki tür olduğunu görmekteyiz. Bunlar çalışma gücünün kaybı ile kazancın kaybıdır (Yazgan, 1981:15).

Hastalık ise kişinin çalışma gücünün ve kazancının kaybına neden olan önemli bir sosyal tehlikedir. Diğer taraftan hastalık geçici gelir kayıplarının yanında gider artışlarına yol açan bir tehlike olarak da görülebilir (Yazgan, 1981:15).

Hastalık riski; maliyet bakımından, normal aile bütçesiyle karşılanması mümkün olmayacak kadar başlangıcı ve şiddeti belirsiz bir değişkendir.

(Richardson, 1970:155).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), 102 sayılı ve 1952 tarihli Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşmesinde sosyal güvenliğin dokuz temel dalmı tespit etmiştir. Bunlar; hastalık halinde tazminat, hastalık halinde sağlık yardımı, analık, iş kazası ve meslek hastalıkları, sakatlık, yaşlılık, ölüm, işsizlik nakdi yardımları ve aile yardımlardır (Orhaner, 2000: 42; Tuncay, 2002: 38). Günümüzde ILO'nun da sosyal güvenliğin asgari normlarına ilişkin 102 sayılı sözleşmesinde yer alan hastalık riskine karşı sosyal sigorta kuran ülke sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Ülkeler, ekonomik, sosyal veya kültürel geleneklerine göre bu sayılan farklı riskleri karşılamayı amaçlamaktadırlar.

Sosyal sigorta bakımından hastalık geçici iş göremezlik halidir. Hasta tedavi edilirken ve nekahat devresinde çalışmaktan kaçınma mecburiyetindedir. İşte bu dönemde kişinin tıbbi bakım ve nakdi gelire ihtiyacı vardır (Talas, 1953:142).

Hastalık sigortasının amacı, hastalığın ortaya çıkardığı işten alıkoyma nedeniyle ortaya çıkan gelir kaybının önlenmesi ile hasta kimsenin mutlaka yapması gereken tıbbi, cerrahi masraflarla, hastane ve diğer hizmetlerin sağlanması veya bedelinin ödenmesidir (Richardson, 1970:155).

Hastalık sigortası ilk olarak 1883'te Almanya'da Başbakan Bismark döneminde kurulmuştur. Bismark sistemi olarak da adlandırılan bu sistem tıbbi muayene ve tedavi ile 13 haftaya kadar iş göremezlik ödeneğini kapsıyordu. Aile bireyleri de belirli şartlarla sağlık yardımlarının kapsamına alınmıştır (Tuncay, 1994:22).

1940 yılında hastalık sigortası kolunu uygulamaya geçirmiş ülke sayısı 24 iken 1997 yılına kadar 87 ülke daha bu uygulamaya katılmıştır. Herhangi bir sosyal sigorta kolunu uygulayan ülke sayısı 1997 itibariyle 172 iken bu ülkelerin % 64.53'ü hastalık sigortası kolunu kurmuştur (Social Security Administration Office of Research, 1997: XIV).

Hastalık sigortası uygulaması, hastalanan kişilerin giderlerinin hastalanmayanlar tarafından karşılanması ve toplumda hastalık riskinin taşıdığı dezavantajları elbirliği ile ortadan kaldırma prensibinden hareket etmektedir. Hastalık sigortası, bir ülkede uygun sosyo-

ekonomik şartlar mevcut ise daha kolay uygulanabilmektedir (Normand-Weber, 1994: 3).

Sanayileşmiş ülkelerde sağlık sigortası uygulamaları dört şekilde görülmektedir:

1-Geleceksel Hastalık Sigortası: Geleneksel hastalık sigortasında mümkün olduğu kadar geniş bir çalışan kesim sosyal sigortalara bağlanmakta ve sigorta, işçi ile işverenlerden alınan primlerle karşılanmaktadır. Sosyal sigorta konusunda diğer ülkelere öncülük eden Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika geleneksel hastalık sigortası uygulamasında belli başlı ülkelerdir.

2-Ulusal Sağlık Sigortası: Ulusal sağlık sigortasından beşikten mezara herkes faydalanmaktadır. Ulusal sağlık sigortası vergi ve primlerle finanse edilmekte ve tüm vatandaşlara ücretsiz sağlık hizmeti verilmektedir. Hatta İsveç gibi bazı ülkelerde işçilerden prim alınmamaktadır.

3-Ulusal Sağlık Hizmeti: Ulusal sağlık hizmeti için en uygun ülke örneği Yeni Zelanda'dır. Yeni Zelanda sosyal güvenlik sistemi, her vatandaşın imkanları ölçüsünde katkıda bulunduğu ve ihtiyaçlarına göre yararlandığı bir yardımlar sistemidir.

4-Karma Sistem: Karma sistemde sağlık sigortası, hem ulusal sağlık sigortası hem de özel sağlık sigortasını kapsamaktadır. Bu grupta yer alan (Avustralya, Japonya, ABD, vb.) ülkelerde, yaşa, işletme büyüklüğüne, iş çeşidine vb. göre kategoriler oluşturulmakta, her kategorinin sağlık sigortası farklılık göstermektedir. Örneğin, ABD'de sağlık yardımları esas itibarıyla özel sigortalara bırakılmış fakat 65 yaş ve yukarısında ve geliri belli bir seviyenin altında olanlar hastalık sigortası kapsamına alınmıştır (Orhaner, 2000: 45-47).

2. SOSYAL SİGORTALAR KURUMU'NUN HASTALIK SİGORTASI UYGULAMASI

2.1. Hastalık Sigortası Kolunun Kuruluşu

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) 1945 tarihli 4792 sayılı Kanunla "İşçi Sigortaları Kurumu" adıyla kurulmuş ve ilk olarak 1946 yılında 4772 sayılı " İş Kazaları ile Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu" uygulanmaya başlanmıştır.

17.11.1949 tarihinde de hastalık sigortası kurulmasına ilişkin kanun tasarısı meclise sunulmuştu. Kanunun pek kısa gerekçesinde şöyle denilmektedir: "Bu tasarı ile, İş Kanununa tabi işyerlerinde çalışanlardan sigortalı sayılanların hastalıkları halinde, gerekli her türlü sağlık yardımlarını görmeleri derpiş edilmiş olduğu gibi, bu yüzden işten kalacakları müddetler için de, günlük ödenekleri almaları sağlanmaktadır".

"Her bakımdan çok lüzumlu ve faydalı bulunan hastalık sigortasının büyük bir ihtiyacı karşılayacağı tabii ve bedihidir. Aslında hastalık sigortasının bir cüz'ünü teşkil eden analık sigortası, henüz hastalık sigortasının kurulmamış olması dolayısıyla iş kazalarıyla meslek hastalıkları sigortasıyla birlikte ve 4772 sayılı kanunla tesis edilmiş idi. Hastalık sigortasının kurulmakta olması sebebiyle analık sigortası da bünyesinin gerektirdiği gibi hastalık sigortasının içine alınmaktadır" (Talas, 1953:143).

Hastalık sigortası önce İstanbul ve Trakya bölgelerinde başlamak üzere kademeli bir biçimde uygulanmaya başlanmıştır. Bunun nedeni ise o dönemde ülkenin her yerinde gerekli sağlık tesislerini kurmanın, araç, gereç ve hekim sağlamanın güçlüğüdür (Tuncay, 1994: 226).

2.2. Hastalık Sigortasından Yararlanma Koşulları

Hastalık sigortasından yararlanmaya ilişkin temel şartların bazı maddeleri 25.08.1999 tarih ve 4447 sayılı kanun ile eklenen fıkrayla düzenlenmişti. 25.08.1999'da düzenlenen bu maddeler 01.01.2000 tarihinden itibaren geçerli olmuştur. Buna göre ilk defa Sosyal Sigortalar Kanunu'na tabi olarak çalışmaya başlayan sigortalıların sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için, 60 günü hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki altı ay içinde olmak üzere toplam 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları şarttı. Daha önce bu kanuna tabi çalışması olan sigortalıların, söz konusu yardımlardan yararlanabilmesi için hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları gerekmekteydi (SSK. 32) . Ancak 6 Ağustos 2003 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan 4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu'nun 29.maddesi ile 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 32'nci maddesinin son fıkrası değiştirilerek sigortalıların hastalık sigortası kapsamındaki sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için viziteye çıktığı tarihten önceki bir yıl içinde bir

veya birden fazla işte 90 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması yeterli görülmüştür (RG., 06.08.2003: 25191). Sigortalının eşinin ve bakmakla yükümlü olduğu çocukları ile anne ve babalarının hastalık sigortası yardımlarından yararlanabilmesi için gerekli olan şartlarda ise bir değişiklik olmamıştır.

Hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 günlük hastalık sigortası primi ödenmiş olması şartıyla sigortalının geçindirmekle yükümlü oldukları, eş ve çocukları ile ana ve babaları sağlık yardımlarından yararlanır (SSK. 32;42).

Sigortalılık niteliğini yitirenlerin ve bunların geçindirmekle yükümlü oldukları aile bireylerinin, bu niteliğin yitirilişinden başlamak üzere altı ay içinde meydana gelecek hastalıkları halinde, sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için, sigortalılık niteliğinin yitirildiği tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları gerekir (SSK. 40).

4447 sayılı kanun öncesinde sigortalının sağlık yardımlarından yararlanması için sigortalı olarak çalışması yeterli iken, yapılan değişiklikle belirli süre prim ödeme şartı getirilmiştir. Bu durum son düzenleme ile azaltılarak korunmuştur.

Sigortalının eşine veya geçindirmekle yükümlü olduğu çocuklarına ana ve babasına sağlık yardımı yapılabilmesi için ise:

a) Sigortalının, hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması, (SSK. 35)

b) Sigortalının, 18 yaşını veya ortaöğretim yapıyorsa 20 yaşını doldurmamış veya 18 yaşını doldurmuş olup da çalışamayacak durumda malül olduklarının, kız çocukların ise yaşları ne olursa olsun evli bulunmadığını ve sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olarak çalışmadığını veya bunlardan aylık yahut gelir almadığının kanıtlanması, (SSK. 106/b)

c) Sigortalının, anasının veya babasının geçimini sağladığını belgelemesi şarttır (SSK. 106/c). Eğer sigortalının ana ve babasına başka bir sosyal güvenlik kurumundan sağlık yardımı yapılabiliyorsa, örneğin bu kişiler Bağ-Kur emeklisi iseler, SSK'nın sağlık yardımlarında yararlanamayacaklardır (Okur - Güzel, 2002:258).

Sigortalı ile eşi, çocukları ve anne babasına yapılacak sağlık yardımları "hastalık sigortasından sağlanan sağlık yardımları esas olarak sigortalının iyileşmesine kadar devam eder" (SSK. 34/1) hükmü olmasın rağmen aynı maddenin ikinci ve üçüncü bentlerinde, 33. madde kapsamında yapılacak sağlık yardımlarına 6 ve 18 aylık süre sınırlamaları getirilmişti. Ancak sağlık yardımlarının bir süreyle sınılandırılmış olması, insan sağlığının korunması açısından isabetli bir çözüm olarak değerlendirilmemiştir. Nitekim, Anayasa Mahkemesi 17.01.1991 tarihli kararında, 34. maddenin üçüncü fıkrasındaki "...18 aya kadar..." sözcüklerini, Anayasa'nın 10, 17, 56 ve 60. maddelerine aykırı bularak iptal etmiştir. Kararda dikkati çeken en önemli nokta, Anayasa'nın 60. maddesinde yer alan "sosyal güvenlik hakkının", temel bir insanlık hakkı biçiminde algılanarak, yine Anayasa'nın 17. maddesinde düzenlenen ve kişi haklarından olan "yaşam hakkı" ile sıkı bağlantı içinde kabul edilmesi ve bu nedenle de, sosyal ve ekonomik hakları "ekonomik istikrarın korunması" ve "devletin mali kaynaklarının yetersizliği" ölçütleriyle sınırlayan Anayasa'nın 65. maddesinin itiraz konusu hükme uygulanamayacağı belirtilmiş olmasıdır. Böylece, sağlık yardımları herhangi bir süreyle sınırlı olmaksızın, sigortalının hastalığı süresince yapılabilecektir (Güzel – Okur, 2002:252).

Sigortalının hastalık sigortasından geçici işgöremezlik ödeneği alabilmesi için ise:

a) Hastalık sebebiyle iş göremezliğe uğrayan sigortalılardan geçici iş göremezliğin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemesi gerekmektedir, (SSK. 37). Nitekim 4958 sayılı yasayla hastalığın anlaşılmasından önceki bir yıl içinde 90 gün prim ödeme sağlık yardımlarından yararlanmak için yeterli görülürken geçici işgöremezlik ödeneği alabilmek için aranan prim ödeme gün sayısında bir değişiklik yapılmamıştır.

b) Geçici iş göremezliğin iki günden uzun sürmesi, (SSK. 37).

c) İş göremezlik halinin Kurumca tayin ve tespit olunan hekim veya sağlık kurullarından dinlenme raporu almış olması şarttır (SSK. 37).

Hastalık halinde sigortalıya ödenecek bir günlük geçici işgöremezlik ödeneği, iş kazası ve meslek hastalığında olduğu gibi,

sigortalının tedavisinin yapılış biçimine göre farklılık gösterir. Sigortalının tedavisi, sağlık kurumlarına yatırılmak yahut bakımı Kurumca sağlanarak kaplıca ve içmelere gönderilmek suretiyle gerçekleştiriliyorsa, geçici işgöremezlik ödeneğinin miktarı günlük kazancın yarısıdır. Eğer sigortalının tedavisi ayakta yapılıyorsa, günlük kazancın üçte ikisi geçici işgöremezlik ödeneği olarak kendisine verilecektir (Okur - Güzel, 2002:254).

İş kazaları ve meslek hastalıklarında ilk günden itibaren geçici işgöremezlik ödeneği verildiği halde, hastalık sigortasında, her gün için olmak üzere işgöremezliğin üçüncü gününden başlanarak ödenir (SSK.37). İşgöremezliğin ilk birkaç günü için geçici işgöremezlik ödeneği ödenmemesi esası hemen hemen bütün ülkelerde uygulanmaktadır. Bu süre genellikle üç günle bir hafta arasında değişmekle birlikte bazı ülkelerde daha da kısa tespit edilmektedir. Örneğin, Birleşik Krallık'ta hastalığın ilk üç günü, ülkemizde ilk iki gün için ödenmez iken Almanya'da ilk günden itibaren ödenir. Uygulamada, sigortalının geçici iş göremezlik ödeneği verilmeyen ilk iki günlük ücret kaybının toplu iş sözleşmeleriyle işverenlere yüklendiği görülmektedir. Sayıştay Genel Kurulu 21.2.1985 tarih ve E.1985/1, K.4487/1 sayılı kararında, toplu iş sözleşmelerinde yer alan hükümler uyarınca, çalışılmayan süreye ilişkin olarak işverenlerce yapılan ödemelerden sigorta primi ve gelir vergisi kesintisi yapılması gerektiğine hükmetmiştir (Tuncay, 2002:270; Okur – Güzel, 2002:255; şakar, 2002:183).

Diğer yandan, SSK.37/I uyarınca geçici işgöremezlik ödeneği 18 ayı geçmemek üzere verilmekteydi. Bu sınırlamalar doğru bulunmamıştır. Nitekim, Anayasa Mahkemesi, bu görüşe uygun olarak, 17.01.1991 tarihli kararıyla, 34. maddedeki "...18 aya kadar..." sözcüklerini iptal etmişti. Bu durumda, geçici işgöremezlik ödeneğinin de herhangi bir süreyle sınırlı olmaksızın, sigortalının tedavisi süresince verileceği söylenebilir. Ne var ki, 37. madde 34. madde hükmüne yollama yapmadığı için bu sonuca ulaşmak pek kolay görünmemektedir. SSK'nın uygulaması da bu yöndedir. Ne var ki, Anayasa Mahkemesi, isabetli olarak 37. maddenin birinci fıkrasında yer alan " ve 18 ayı geçmemek" sözcüklerini 17.11.1998 tarihinde iptal etmiş bulunmaktadır. Ancak iptal kararı 15.01.2003 tarihli Resmi Gazetede yayınlamış ve bu arada 17.11.1998 ile 15.01.2003 tarihleri arasmda sınırlama devam etmiştir. Yargıtay da iptal kararını esas alarak, iptalden

önce de süre sınırlaması olmaksızın geçici işgöremezlik ödeneğinin verilmesi gerektiğine hükmetmiştir (Okur-Güzel, 2002:255; RG., 15.01.2003:24994).

2.3. Hastalık Sigortasından Sigortalıya Yapılacak Sağlık Yardımları

Hastalık sigortasından sigortalıya yapılacak sağlık yardımları şunlardır:

- a) Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzere teşhis için gereken ve laboratuvar muayenelerinin yapılması ve tedavisinin sağlanması,
- b) Teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesesine yatırılması,
- c) Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması hallerini kapsar (SSK. 33).

Gerek ilaç bedellerinin gerekse protez , araç ve gereçlerin bedelinin %20'sini sigortalı öder (SSK. 32-35). Ancak protez araç ve gereçlerinden alınacak katkı miktarı, ödeme tarihinde onaltı yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretin birbuçuk katından fazla olamayacaktır. Yeni düzenlemeyle, sigortalıların geçindirmekle yükümlü buldukları eşlerine de, çocuklar için öngörülen sınırı aşmamak koşuluyla, %20 katkı payı alınmak suretiyle protez araç ve gereç yardımlarından yararlanma hakkı tanınmıştır. Sigortalının anne ve babasına bu olanak tanınmamıştır. (Okur; Güzel, 2002:259). İlaç sağlık yardımlarından yararlanan kimselerde ise, kurum sağlık tesisleri sağlık raporu ile belirlenen ve uzun süre tedaviyi gerektiren, tüberküloz, kanser, kronik böbrek hastalıkları ile organ transplantasyonları gibi durumlarda, ayakta tedavi yapılan tedaviler sırasında verilmesi lüzumlu görülen ilaçlardan hayati önem haiz olduğu takdirde katkı payı alınmaz.

Hastalık sigortasından sağlanan diğer bir yardım ise sigortalının hastalığı sebebiyle işten kaldığı ve çalışarak elde ettiği gelirden mahrum olduğu günler için verilen geçici iş göremezlik ödeneğidir (Alper, 2000: 228).

İş kazası, meslek hastalığı veya hastalık halinde verilecek geçici iş göremezlik ödeneği, sigortalının sağlık tesislerine yatırılmak yahut bakımı Kurumca sağlanarak kaplıca veya içmelere gönderilmek yoluyla

tedavi ettirildiği takdirde, 78 ve 88. maddeler gereğince hesaplanacak günlük kazancın yarısı, ayakta tedavi ettirildiğinde ise üçte ikisidir (SSK, 89).

Sigortalılara ve yakınlarına sağlanan şüphesiz en önemli yardım sağlık hizmetleridir. SSK tarafından ilk olarak 30.12.1951'de Süreyyapaşa Sanatoryumu yataklı olarak; 1951'de Eyüp ve Bakırköy Dispanserleri yataksız olarak hizmete girmiştir (Fişek vd, 1998:116).

Daha sonraki yıllarda SSK hastaneleri artış kaydetmiş 1960 yılına kadar 16 SSK hastanesi faaliyete geçmiştir.

Tablo 1 1960 Öncesi Kurulan SSK Hastaneleri

Hastaneler	Kuruluş Yılı
İzmir Hastanesi	1951
Süreyyapaşa Hastanesi	1951
Sultanahmet Hastanesi	1952
Eyüp Hastanesi	1952
Samsun Hastanesi	1953
Adana Hastanesi	1953
Ankara Hastanesi	1953
Malatya Hastanesi	1954
Mersin Hastanesi	1955
Gaziantep Hastanesi	1956
Elazığ Hastanesi	1956
Aydın Hastanesi	1957
İstanbul Hastanesi	1958
İzmir Hastanesi	1958
Trabzon Hastanesi	1958
Erzurum Hastanesi	1959

Kaynak : Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996, SSK Yayını, Ankara-1998, s.116.

1960 yılından sonrada SSK'nın hastane sayısı ve yatak sayısı artışı devam etmiştir. Özellikle 1965-1975 yılları arasında hastane yatırımları yoğun olmuştur (Fişek, 1998:117).

2000 yıl sonu itibariyle SSK'nın fiilen hizmet veren sağlık tesisleri toplamı 538'e ulaşmıştır. Toplam yatak sayısı ise 30.216'yı bulmuştur (SSK, 2002).

Tablo 2: SSK'nın Sağlık Tesisleri ve Yatak Sayıları

SAĞLIK TESİSLERİ	1997		1998		1999		2000	
	TESİS SAYISI	FİİLİ YATAK SAYISI	TESİS SAYISI	FİİLİ YATAK SAYISI	TESİS SAYISI	FİİLİ YATAK SAYISI	TESİS SAYISI	FİİLİ YATAK SAYISI
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİ								
HİZMET HASTANELERİ	71	10.440	73	11.050	85	11.870	88	11.704
BÖLGE HASTANELERİ	19	7.212	19	7.317	19	7.412	19	7.380
EĞİTİM HASTANELERİ	6	5.288	6	5.272	6	5.272	7	5.864
EĞİTİM+ÖZEL DAL HASTANELERİ	5	3.634	5	3.519	5	3.519	5	2.688
Doğumevi	3	1.710	3	1.760	3	1.760	3	1.600
Çocuk Hastahkları Hastanesi	1	224	1	209	1	209	1	234
Göğüs ve Kalp Damar Hastahkları Hastanesi	1	1.700	1	1.550	1	1.550	1	854
ÖZEL DAL HASTANELERİ	11	1.646	12	1.794	15	1.854	13	2.027
Doğumevi	6	711	6	714	6	714	6	789
Ruh Sağlığı Hastahkları Hastanesi	2	452	2	452	2	452	2	452
Fizik Tedavi Hastanesi	1	100	2	256	3	316	3	336
İhtisas Hastaneleri	1	287	1	282	1	282	1	336
Çöz Hastahkları Merkezi ve Çöz Bankası	1	96	1	90	1	90	1	114
SANATÖRYUMLAR (Göğüs Hast.Hastanesi)	2	404	2	404	1	250	1	250
MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİ	2	82	2	85	2	85	2	71
MESLEK + ÖZEL DAL HASTANELERİ	1	175	1	176	1	176	1	183
YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİ TOPLAMI	117	28.881	120	29.617	132	30.438	136	30.169 (*)

	1997		1998		1999		2000	
	TESİS SAYISI	FİİLİ YATAK SAYISI	TESİS SAYISI	FİİLİ YATAK SAYISI	TESİS SAYISI	FİİLİ YATAK SAYISI	TESİS SAYISI	FİİLİ YATAK SAYISI
Dispanser	148	-	168	-	172	-	179	-
Sağlık İstasyonu	232	-	214	-	205	-	209	-
Ağrı ve Dış Sağlık Merkezi	3	-	3	-	3	-	4	-
Dispanser, Ağrı ve Dış Sağlık Merkezi	6	-	7	-	7	-	7	-
Dispanser ve Hemodializ Merkezi	0	-	0	-	1	-	2	-
YATAKSIZ SAĞLIK TESİSLERİ TOPLAMI	389	-	392	-	388	-	401	-
HUZUR EVİ	1	47	1	47	1	47	1	47
GENEL TOPLAM	507	28.928	513	29.664	521	30.485	538	30.216

(*) 2000 yılında yeni açılan sağlık tesislerine rağmen, deprem bölgelerindeki ve diğer bölgelerdeki bazı hastanelerin tadilat amacıyla yataklarının kullanılmasını nedeniyle kullanılabilen fiilî yatak sayısı 1999 yılına göre düşmüştür. Ayrıca Vakıf Guraba (534 yatak) ve Elbistan Hastaneleri (130 yatak) 2000 yılında açılmış olup 2001 yılında faaliyete geçeceğinden yatak sayıları 2000 yılına dahil edilmiştir. Ancak diğer bazında sağlık tesisi çalışmalarıda fiilî yatak sayısı 29.505 olarak alınmıştır.

Kaynak:SSK, 2000 Yılı İstatistikleri, <http://www.ssk.gov.tr/istatistik/2000,16.06.2002>.

2000 yıl sonu SSK'nın özel dal hastanelerinin 10'u "Doğum ve Çocuk", 1'i "Sanatoryum" olup; 2 "Ruh ve Sinir Hastalıkları" hastanesi, 2 "Meslek Hastalıkları" hastanesi mevcuttur (SSK, 2002).

Hastalık sigortasından ayakta tedavi yoluyla yararlananlar 1998 yılında 42.398.370 kişi, 1999 yılında 44.150.966 iken bu sayı 2000 yılında 45.844.739 kişiye çıkmıştır. 2001 yılında ise 53.184.876 kişi hastalık sigortasından ayakta tedavi yoluyla yararlanmıştır. Muayene edilen nüfus grupları arasındaki artış 1998-2000 döneminde %8,1 iken 2000-2001 döneminde bu oran %16 olmuştur. Yapılan muayene sayısı 1998'de 46.438.653, 1999'da 48.318.023 iken 2000 yılında ise 49.718.383'e ulaşmıştır. 2001'de ise bu sayı 57.149.382 olmuştur. Muayene sayısındaki artış 1998-2000 döneminde % 7.06 iken 2000-2001 yılları arasındaki muayene sayısındaki fark % 14,9 olarak iki katına yakın bir artış sergilemiştir (SSK, 2000:30 ; SSK, 2002: 38).

Tablo 3 SSK Hastalık Sigortasında Muayene Edilen Nüfus Grupları

Nüfus Grubu	Muayene Edilen Kişi Sayısı					
	1998	1999	2000	2001	2000-2001 Farkı	
					Sayı	%
Sigortalılar	11.834.879	11.595.017	11.318.406	12.001.093	682.687	6
Mal.Yaş. Ay. Al.	9.696.332	10.398.794	11.114.683	13.164.249	2.049.566	18,4
Hak Sahibi	20.867.159	22.157.155	23.411.650	28.019.534	4.607.884	19,7
Toplam	42.398.370	44.150.966	45.844.739	53.184.876	7.340.137	16

Kaynak : SSK, 1999 Faaliyet Raporu, SSK Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara-2000, s.30;
SSK 2000 Yılı İstatistikleri, <http://www.ssk.gov.tr/istatistik/2000,16.06.2002>;
SSK, 2001 Çalışma Raporu, SSK Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara-2002, s.38.

Hastalık sigortasından yatarak tedavi yoluyla yararlananlar 1998 yılında toplam olarak 958.292 kişi,1999 yılında toplam 987.524 kişi iken 2000 yılında ise 62.568 kişi artarak 1.050.092 kişiye ulaşmıştır.Bu sayı 2001 yılında 1.180.529 olmuştur. 2000-2001 döneminde hastalık sigortasından yatarak tedavi gören kişilerin sayısı %12,4 artmıştır. 2001 yılında yatarak tedavi edilen her hastanın hastanede yatış süresinin ortalama 6,16 gün olduğu hesaplanmıştır (SSK, 2000:30; SSK, 2002: 39).

Tablo 4 SSK Hastalık Sigortasında Yatarak Tedavisi Yapılan Nüfus Grupları

Nüfus Grubu	Yatan Hasta Sayısı					
	1998	1999	2000	2001	2000-2001 Farkı	
					Sayı	%
Sigortalılar	178.368	161.361	165.486	175.026	9.540	5,8
Mal.Yaş. Ay. Al.	210.125	215.932	233.732	281.405	47.673	20,4
Hak Sahibi	569.799	610.231	650.874	724.098	73.224	11,3
Toplam	958.292	987.524	1.050.092	1.180.529	130.437	12,4

Kaynak: SSK, 1999 Faaliyet Raporu, SSK Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara-2000, s.30;
SSK 2000,Yılı İstatistikleri, <http://www.ssk.gov.tr/istatistik/2000,16.06.2002>;
SSK,2001 Çalışma Raporu, SSK Genel Müdürlüğü Yayını,Ankara-2002, s.39.

Ayrıca sigortalının hastalığının anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 300 gün hastalık sigortası primi ödenmiş olması şartıyla, yurt içinde tedavisi mümkün olmayıp ancak yabancı bir ülke'de kısmen veya tamamen tedavisi mümkün görülen ve malullük halinin önlenebileceği veya önemli oranda azaltılabileceği Kurum Sağlık Kurulu raporu ile tespit edilen sigortalı tedavi için yurt dışına gönderilir (Ersan, 2000:36).

1998 yılında hastalık sigortasından geçici iş göremezlik ödeneği olarak 12.970.165.000.000 TL ödenirken 1999 yılında yapılan ödemeler % 72 artış göstererek 22.245.581.4000.000 TL'ye ulaşmıştır (SSK, 2000:31).

2.4. SSK Hastalık Sigortasının Nüfus Kapsamı

Sosyal Sigortalar Kurumunun hastalık sigortası bakımından kapsam dahilinde olanlar;

1. Malüllük, yaşlılık, aylığı alanlar
2. Sigortalılar
3. Sigortalıların veya malüllük, yaşlılık aylığı alanların ana-baba, dul ve yetimleri ile eş ve çocukları
4. Ölüm aylığı alanlardır.

Türkiye'de 1999 yıl sonu itibariyle toplam 34.400.055 kişi 2000 yılı sonu itibariyle 31.572.609 kişi, 2001 yılı itibariyle de hastalık sigortasından yararlananların sayısı 30.373.478 kişidir. Tablo 5'i incelediğimizde 1999-2000 ve 2000-2001 dönemlerinde hastalık sigortalılarından yararlananların sayısında bir azalma olduğunu görmekteyiz. Bunun nedeni ise 1999 yılında çıkarılan 4447 sayılı yasa ile hastalık sigortasından yararlanma şartlarının ağırlaştırılmasıdır. Ayrıca 2000 yılından itibaren görülen ekonomik kriz sonucu ortaya çıkan işsizlikte aktif sigortalıların sayısında azalmaya neden olmuştur.

Tablo 5 SSK Hastalık Sigortası Nüfus Kapsamı (2001)

Nüfus Grupları	1999	2000	2001	2000-2001 Fark
Sigortalılar	5.832.212	5.254.125	4.886.881	-367.244
Eş ve Çocukları	15.222.081	13.713.266	12.754.759	-958.507
Ana-Babaları	3.266.040	2.942.310	2.736.653	-205.657
Malül Aylığı Alanlar	58.685	59.742	61.649	1.907
Yaşlılık Aylığı Alanlar	2.106.088	2.248.287	2.418.992	170.705
Aylık Alanların Eş ve Çocukları Say	4.606.177	4.800.700	5.159.733	359.033
Aylık Alanların Ana -Babaları	324.716	346.205	372.096	25.891
Sürekli İşgöremezlik Geliri Alanlar	48.589	49.078	50.447	1.369
Dul ve Yetim Aylığı Alanlar	935.464	982.220	1.029.550	47.330
Toplam	32.400.055	31.572.609	30.373.478	-1.119.131

Kaynak : SSK, 1999 Faaliyet Raporu, SSK Genel Müdürlüğü Yayın, Ankara-2000, s.29; SSK, 2001 Çalışma Raporu, SSK Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara-2002, s.38.

Hastalık sigortasından yararlananlar içinde aktif sigortalıların oranı 1999 yılında %18 iken 2001 yılı itibariyle % 16,08'e düşmüştür. 1999 yılı itibariyle hastalık sigortasından yararlananlardan %46'sı aktif sigortalıların eş ve çocuklarıdır. Bu oran 2001 yılında % 41,9'a düşmüştür. Pasif sigortalıların oranı 1999 yılında %36 iken bu oran 2001 yıl sonu itibariyle %42,02'ye çıkmıştır. Yaşlılık veya malüllük aylığı alanların eş ve çocukları da hastalık sigortasından yararlanan önemli bir nüfus grubudur.

Kümülatif olarak bakıldığında ülkemiz nüfusunun yarıya yakını SSK hastalık sigortası kapsamındadır. Bu da SSK'nın hastalık sigortasının önemini artırmaktadır. Tabidir ki nüfusun yarıya yakınına sağlık hizmeti veren bir sigorta kurumu hizmet bakımından sorunlar yaşayacaktır.

2.5. Hastalık Sigortasının Finansmanı

SSK'nın hastalık sigortasının gelir kaynağının temelinde alınan primler vardır. 506 sayılı Kanuna göre hastalık sigortası prim oranı sigortalının prime esas kazancının % 11'i olup, bunun % 6'sı işveren hissesi % 5'i sigortalı hissesidir.

Bunun dışında sigortalılar ve bunların aile fertlerinden, verilen ilaç, alet ve protez üzerinden alınan % 20-10 iştirak payı önemli bir finans kaynağıdır.

Hastalık sigortasının temel giderleri ise şunlardır:

- 1.Sağlık tesisleri masrafları
- 2.Diğer tedavi giderleri
- 3.Protez, araç ve gereç giderleri
- 4.Hastalık iş göremezlik ödemeleri

Tablo 6 SSK Hastalık Sigortasının 2000-2001 Yılı Gelir Gider Dengesi

Giderler (Milyon TL.)	2000	2001	2000-2001 Fark	
			Sayı	%
Tedavi Giderleri	1.260.220.382.8	2.228.424.786.2	968.204.403.4	77
Sigorta Giderleri	53.055.869.9	82.016.654.6	28.960.784.7	55
Yönetim Gid.His	35.341.469.5	64.296.130.5	28.954.661.0	82
Toplam	1.348.617.722.2	2.374.737.571.3	1.026.119.849.1	76
Gelirler Milyon TL.	2000	2001	2000-2001 Fark	
			Sayı	%
Prım Gelirleri	1.386.864.095.2	2.090.174.581.7	703.310.486	50.7
Pro.Ar. Ve Ger.İle İşt. Pay	2.964.449.5	2.489.185.0	-475.265	-16
İlaç iştirak Payları	70.246.209.0	126.374.201.0	56.127.992	79.9
Toplam	1.460.074.753.7	2.219.037.967.7	758.963.214	52
Kar (Zarar)	111.457.031.5	(155.699.603.6)	-44.242.572.1	-39.6

Kaynak: SSK, 1999 Faaliyet Raporu, SSK Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara-2000, s.32;
SSK,2001 Çalışma Raporu, SSK Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara-2002, s.39-40.

Tablonun incelenmesinden de anlaşılacağı üzere hastalık sigortasının 2001 yılı giderleri geçen yıla nazaran % 76 oranında artmış bulunmaktadır. 2001 yılı prim gelirlerinde ise geçen yıla nazaran %52 oranında artış olmuştur.

4447 sayılı yasa ile 1.1.2000 tarihi itibarıyla protez araç ve gereçlerinden iştirak payı alınmaya başlanmış ve 2001 yılında 2.489.185.0 Milyon TL. gelir elde edilmiştir (SSK, 2002: 40).

Tablo 7 Hastalık Sigortasının Son 5 Yıllık Gelir Gider Dengesi (Milyon TL.)

YILLAR	GELİR	GİDER
1997	219.164.047.3	211.458.350.8
1998	429.880.542.3	429.019.775.8
1999	749.913.740.4	786.492.623.2
2000	1.460.074.753.7	1.348.617.722.2
2001	2.219.037.967.7	2.374.737.571.3

Kaynak: SSK, 2001 Çalışma Raporu, SSK Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara-2002, s.41.

1999 yıl sonu itibarıyla hastalık sigortası gelirleri bir önceki yıla göre % 74 artış göstermişken, hastalık sigortası giderleri bir önceki yıla göre % 83 artış göstererek 786.492.623.200.000 TL'ye ulaşmıştır.

Yukarıdaki tabloya göre hastalık sigortasının 155.699.6 Milyar TL gider fazlası ile sonuçlanması, 2001 yılında gelirlerin %52 giderlerin ise %76 artış göstermesine bağlı bulunmaktadır.

Yukarıdaki tabloya göre 1999 yılında hastalık sigortası 36.578.900.000.000 TL gider fazlası vermiştir (SSK, 2002: 40-41).

1998 yılında 429.880.542.300.000 TL gelire karşılık 429.019.775.800.000 TL gider varken 1999 yılında gider fazlasının ortaya çıkmasının temel nedeni giderlerin gelirlerden fazla artış göstermiş olmasıdır (SSK, 2000: 32).

3. SSK Hastalık Sigortasından Yararlananların Sorunları ve Beklentilerine İlişkin Bir Araştırma

3.1. Araştırmanın Amacı

Sosyal Sigortalar Kurumu hastalık sigortası bakımından ülkemiz nüfusunun önemli bir kısmını kapsamına almıştır. Sosyal güvenlik tehlikeleri içinde hastalık riski muhakkak ki önemli bir yer tutmaktadır.

Şüphesiz günümüz Türkiye'sinde SSK hastalık sigortasından yararlananların bu sigorta koluyla ilgili beklenti ve şikayetleri mevcuttur. Bu araştırmanın da temel amacı genel sağlık sigortasına geçişin ve SSK'nın hastalık sigortasının özelleştirilmesinin tartışıldığı ülkemizde bu şikayet ve beklentileri tespit edebilmektir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada anket yöntemi uygulanmıştır. Bu anket çalışması Aralık 2001 tarihinde başlamış olup 10 sigortalı ile deneme anketi yapılmıştır. Daha sonra gerekli düzenlemeler yapılarak anket formu düzenlenmiştir(EK-1).

Araştırmada anket soruları SSK hastanelerine gelen ve SSK'ya üye aktif sigortalılara yöneltilmiştir. Katılımcılar tesadüfi olarak seçilmiştir. Anket formları yüz yüze görüşülerek doldurtulmuştur. Bu amaçla SSK'nın İstanbul'da faaliyette bulunan sağlık kuruluşlarından Bakırköy Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Göztepe Hastanesi, Okmeydanı Hastanesi ve Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesinde anket formları dağıtılmıştır. Anket formu verilen 100 sigortalının 91'i formları iade etmiştir. Ankette önce deneklerin genel özelliklerini içeren sorulara yer verilmiş daha sonra üyelik süresine ilişkin sorular sorulup bununla beraber hastalık sigortasından yararlanmaya ilişkin sorular yöneltilmiştir. Bu sorulardan sonra hastalık sigortasının sorunları ile ilgili sorular sorulmuş, en son olarak da hastalık sigortasının özelleştirilmesiyle ilgili sorular yöneltilip bu soruların cevapları bilgisayar ortamında SPSS programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.3. Deneklerin Genel Özellikleri

Araştırmada anket sorularını cevaplandıranların genel özellikleri şunlardır:

1. Ankete katılan 91 kişinin % 63.73'ü (58 kişi) erkek % 36.27'si (33 kişi) kadındır.
2. Deneklerin yaş kümelerine göre dökümü aşağıdaki çizelgede görülmektedir.

Çizelge 1: Deneklerin Yaş kümelerine Göre Dağılımı

Yaşları	n	(%)
25'ten küçük	27	29.67
25-39	48	52.74
40-64	15	16.48
65+	1	1.09
Toplam	91	% 100

Çizelgede de görüldüğü gibi deneklerin yarısından fazlası 25-39 yaş grubuna dahildir. 40 yaşın altındaki sigortalıların oranı ise büyük çoğunluğu oluşturmaktadır.

3. Eğitim durumu açısından deneklerin durumu aşağıdaki çizelgede görülmektedir.

Çizelge 2: Deneklerin Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	n	(%)
Okur-Yazar Değil	2	2.19
Okur-Yazar	7	7.69
İlkokul	21	23
Ortaokul	19	20.87
Lise ve Dengi Okul	19	20.87
Meslek Lisesi	9	9.89
Üniversite	14	15.38
Toplam	91	100

Deneklerin içinde en önemli oranı ilkokul mezunları teşkil etmektedir. Daha sonra ise bu oranı ortaokul ile lise dengi okul mezunları takip etmektedir. Meslek lisesi mezunlarıyla birlikte ankete katılanların yarısından fazlası ortaokul ve lise (dengi okul veya meslek lisesi) mezunudur.

4. Deneklerin medeni durumlarına baktığımızda % 64.8'i (59 kişi) evli iken % 35.2'si 32 kişi) bekarıdır.

5. Ankette çocuk sayısı da sorulmuştur. Aşağıdaki çizelgede çocuk sayısı ile ilgili bilgiler gösterilmiştir.

Çizelge 3 Çocuk Sayısı

Çocuk sayısı	N	%
1-3	55	60.43
4-5	8	8.79
5'ten fazla	5	5.49
Yok	23	25.27
Toplam	91	100

Çizelge 3'te görüldüğü gibi deneklerin % 60.43'ü 1-3 çocuk sahibidir. Çocuğu olmayanların oranı ise % 25.27'dir.

5. Araştırmaya konu olan deneklerin hane halkı olarak toplam aylık net geliri aşağıdaki çizelgede yer almaktadır.

Çizelge 4 Hane Halkının Aylık Net Geliri

Aylık Net Gelir	n	%
100 Milyondan Az	3	3.29
100-144	14	15.38
150-249	30	32.96
250-349	20	21.97
350-450	20	21.97
450 Milyondan Fazla	8	8.79
Toplam	91	100

Yukarıda görüldüğü gibi deneklerin yarıdan fazlası 250 milyon TL'nin altında bir gelire sahiptir.

3.4. SSK Üyelik Süresine İlişkin Bulgular ve Değerlendirmeler

Araştırma kapsamındaki kişilerin %25.27'si 15 yıldan fazla süreyle SSK üyesi olan sigortalılardır. 9 yıl ve üstünde bir süredir SSK'ya üye olanların oranı ise %50'den fazladır (Çizelge 5). Ankete katılanların önemli bir kısmının uzun süredir SSK üyesi olması diğer soruların sağlıklı cevaplandırılması açısından önemli bir bulgudur.

Çizelge 5: SSK Üyelik Süreleri

Üyelik Süreleri	n	%
1 yıldan az	5	5.49
1-4 yıl	21	23.07
5-8 yıl	18	19.78
9-11 yıl	9	9.89
12-15 yıl	15	16.48
15 yıldan fazla	23	25.27
Toplam	91	100

3.5. Hastalık Sigortasından Yararlanmaya İlişkin Bulgular ve Değerlendirmeler

Ankete katılan aktif sigortalıların hastalık sigortasından sağladıkları en önemli yardım sağlık yardımlarıdır. Bunu protez, araç ve gereç yardımı ile geçici iş göremezlik ödeneği takip etmektedir. Ankete katılanlardan tedavi için yurt dışına gönderilen yoktur. Soruları cevaplandıranlardan 7'si ise kendisinin şimdiye kadar bu sigorta kolundan herhangi bir yardım almadığını beyan etmiştir. Bu kişilerin yakınları hastalık sigortasından yararlanmaktadır (Çizelge 6).

Çizelge 6 Hastalık Sigortası Yardımlarından Faydalanma Durumları

Yardımlar	n	%
Sağlık Yardımı	73	80.21
Protez, Araç ve Gereçler	8	8.79
Geçici İş Göremezlik Ödemesi	3	3.29
Tedavi İçin Yurtdışına Gönderilmesi	0	0
Hiçbiri	7	7.69
Toplam	91	100

Ankete katılanların çoğunluğunun yakımları da hastalık sigortası yardımlarından yararlanmaktadır. Bu da bu sigorta kolunun en temel özelliklerinden birini teşkil etmektedir. (Çizelge 7)

Çizelge 7 Ankete Katılanların Yakınlarının Hastalık Sigortasından Yararlanma Durumu

Yararlanma Durumu	n	%
Yakınları Hastalık Sigortasından Yararlananlar	57	62.63
Yakınları Hastalık Sigortasından Yararlanmayanlar	34	37.30
Toplam	91	100

Hastalık sigortasından yakınları yararlanmayanlar genellikle yararlanacak yakın bulunmayanlar veya yakınları aktif sigortalı olduğu için başkasının sigortasından yararlanmayanlardır.

Hastalık sigortasından yararlananlara baktığımızda büyük çoğunluğun eşi ve çocuklarının aynı zamanda yararlandığını görmekteyiz. Özellikle evli ve çocuk sahibi olanları düşünürsek yararlananların çoğunun çocuk ve eş olması tabidir. Eşlerin yararlanma oranının yüksekliği ise bize kadınların çalışma hayatında daha az yer aldığını hatırlatmaktadır. Sigortalının anne ve babasının hastalık sigortasından yararlanma oranı %17.54'tür. Genellikle tarım kesiminde çalışanların yoğunluğu, kayıt dışı çalışmanın yoğun olması, sigorta sistemimizin yakın zamanlarda teşekkül etmesi veya sigorta sistemimizde emeklilik şartlarının yerine getirilememesi gibi nedenlerle çocuğunun sigortasından yararlananlar da bulunmaktadır (Çizelge 8)

Çizelge 8 Hastalık Sigortasından Yararlanan Yakınları

Yakınlar	Sayı	%
Eşim	10	17.54
Eş ve çocuk	33	57.89
Çocuklar	1	1.75
Anne ve baba	10	17.54
Hepsi	3	5.26
Toplam	57	5.26

3.6. Hastalık Sigortası ile İlgili Sorunlara İlişkin Bulgular ve Değerlendirmeler

Ankette hastalık sigortasından yararlanmada karşılaşılan en önemli sorunun ne olduğu sorulmuştur. Deneklerin çoğunluğu hastalık sigortasında karşılaştıkları en temel sorunun sağlık hizmetlerinin yetersizliği olduğunu söylemişlerdir. Diğer sorunlar ise ilaç katkılarının

yüksekliği, protez, araç ve gereçlere olan katkının yüksekliği ile geçici iş göremezlik ödeneğinin yetersizliğidir (Çizelge 9).

Çizelge 9 Hastalık Sigortasından Yararlanırken Karşılaşılan En Temel Sorun

Sorunlar	n	%
İlaç Bedellerinin Yüksekliği	9	9.89
Protez Araç ve Gereçlerine Olan Katkının Yüksekliği	3	3.29
Geçici İş Göremezlik Ödeneklerinin Yetersizliği	10	10.98
Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği	67	73.62
Sorunum Yok	2	2.19
Toplam	91	100

SSK hastalık sigortasından yararlananların en önemli sorununu sağlık hizmetlerinin yetersiz oluşu teşkil etmektedir. Nitekim ankete katılanlardan %86.81'i SSK hastanelerinden memnun olmadıklarını beyan etmişlerdir. (Çizelge 10)

Çizelge 10 SSK Hastanelerinden Memnuniyet Durumu

Memnuniyet Durumu	n	%
Memnun Olanlar	12	13.08
Memnun Olmayanlar	79	86.81
Toplam	91	100

Ankete katılanlara memnuniyetsizlik nedenleri sorulduğunda katılanların %70'ten fazlası zaman kaybının çok fazla olması, tedavi ve hizmetlerin güvenilir olmaması, personelin yetersiz olması ile bürokratik işlemlerin fazlalığı gibi memnuniyetsizlik nedenlerinden hepsini gördüklerini bildirmişlerdir. (Çizelge 11)

Nitekim ankete katılanlar özel hastanelerle SSK hastaneleri karşılaştırdığında, SSK hastanelerinde ilginin yetersiz olduğunu, hasta yakınlarına kötü muamele yapıldığını, teşhis ve tedavinin güvenilir olmadığını, personelin tutumunun sert olduğunu, çok fazla bürokratik işlemin olduğunu dolayısıyla zaman kaybının yaşandığını belirtmektedirler. (Çizelge 12).

Son yıllarda ülkemizde özel hastane sayısının artması sonucu sigortalılar çeşitli vesilelerle karşılaştıkları özel tedavi kurumlarını SSK hastaneleri ile karşılaştırmakta ve mukayese yaparak SSK'run eksik ve yetersiz yönlerini tespit edebilmektedirler. Ülkemizde 1984'te 133 olan özel hastane sayısı 1998 yılında 212'ye 2000 yılı itibariyle 235'e yükselmiştir (Yerebakan, 2000: 53-65). Artan özel hastane sayısı bu tespitin yapılma imkanını vermektedir.

Çizelge 11 SSK Hastanelerinden Memnuniyetsiz Olmalarının Nedenleri

Memnuniyetsizlik Nedenleri	N	%
Zaman Kaybı Çok Fazla	1	1.26
Muayene olmak güç	6	7.59
Tedavi Hizmetleri Güven Vermiyor	5	6.32
Personel Yetersiz	5	6.32
Bürokratik İşlemler Çok Fazla	4	5.06
Hepsi	58	73.41
Toplam	79	100

SSK Hastanelerinden memnuniyetsizliğini beyan eden 79 kişiden 58'i zaman kaybının çok fazla olması ,muayene olmanın güçlüğü,tedavi hizmetlerinin güven vermemesi,personel yetersizliği ve bürokratik işlemlerin çok fazla olması gibi memnuniyetsizlik nedenlerinin tümünü neden olarak saymışlardır.Buradan hastaların genellikle SSK hastanelerinde tüm bu olumsuzlukların hepsiyle karşılaştıkları düşünülebilir.

Çizelge 12 SSK Hastanelerinin Özel Hastanelerden Eksik Yönleri

Eksik Görülen Yönler	n	%
İlgi Yetersiz	28	30.76
Hasta yakınlarına muamele kötü	3	3.29
Teşhis ve tedavi güvenilir değil	19	20.87
Personelin tutumu sert	10	10.98
Aşırı bürokratik işlem var	4	4.39
Zaman Kaybı Fazla	27	29.67
Toplam	91	100

Aynı şekilde SSK Sağlık Sigortasından yararlananlar çizelge 12’de görüldüğü gibi birçok yönden SSK hastanelerini özel hastanelere göre yetersiz görmektedir. Özellikle ilgi yetersizliği ve zaman kaybının fazla olması SSK hastanelerinin özel hastanelerden eksik olan bir yönüdür. Ayrıca ankete katılanların SSK hastanelerinden memnuniyetsiz olma nedenleri ile SSK hastanelerinin özel hastanelerden eksik görülen yanlarının örtüşmesi bu konudaki şikayetleri doğrulamaktadır.

3.7. Hastalık Sigortasının Özelleştirilmesine İlişkin Düşüncelerle İlgili Bulgular ve Değerlendirme

Ankete katılanların önemli bir kısmı (%68.13’ü) tercih imkanı tanınır ise SSK hastalık sigortası yerine özel bir sağlık sigortasına üye olmayı düşünmektedir (Çizelge 13). Bu oranın yüksekliğinin temel nedenini daha önce gördüğümüz şikayetler teşkil etmektedir. Sistemin sağlıklı işlememesi özel sağlık sigortalarının bir kurtuluş olarak görülmesine neden olmaktadır.

Çizelge 13 Tercih İmkkanı Verilirse Özel Sağlık Sigortasma Geçmeyi İsteyenler

Sağlık Sigortası Tercihleri	N	%
Özel Sağlık Sigortasma Geçmek İsterim	62	68.13
Özel Sağlık Sigortasma Geçmek İstemem	29	31.86
Toplam	91	100

SSK hastalık sigortasından ayrılmayı düşünmeyenlerin başlıca çekinceleri özel sigortalara daha fazla prim ödeme gereği, özel sigortaların prim ödeyen şahıs dışındakilere hizmet vermemesi, yararlanmada daha ağır şartlar öngörmeleri ile verilen hizmetlerin daha az olmasıdır (Çizelge 14) buradan anlaşılacağı gibi sigortalıların bir kısmı SSK hastalık sigortasından memnun olmasa dahi özel sigortanın kendisine maddi külfetler getireceği endişesi ile özel sigortaya sıcak bakmamaktadır.

Çizelge 14 Özel Sağlık Sigortasına Hayır Diyenlerin Temel Nedenleri

Temel Nedenler	n	%
Daha Fazla Prim Ödeme Gereği	10	34.48
Aile Üyeleri Yararlanamaz	4	13.79
Yararlanma Şartları Ağırdır	14	48.27
Hizmetleri Azdır	1	3.44
Toplam	29	100

Ülkemizde ücretlerin düşük olması aile gelirinin yetersizliği gibi nedenlerle sağlığa aile bütçesinden ayrılan pay oldukça düşüktür. Aileler az bir katkı ile en geniş sağlık hizmetlerini almak istemektedirler. Bu nedenle aile bütçesine ek yük getirecek uygulamalar temkinle karşılanmaktadır.

SONUÇ ve GENEL DEĞERLENDİRME

Sağlık, insanın en değerli varlığı aynı zamanda temel bir insan hakkıdır. Bir ülkenin kalkınmışlık düzeyinin tesbitinde sağlık göstergeleri temel bir kriterdir. Günümüzde sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak sağlık hizmeti talebi artmaktadır. Ayrıca tıp ve sağlık bilimleri alanında yeni teknolojiler gelişmekte, bulaşıcı hastalıklar azalmakta, ancak uzun seyirli kronik hastalıklar artmaktadır. Sağlık hizmeti talebinin artmasıyla son 20-30 yılda bütün ülkelerde sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı artış göstermiştir. (Mazgit,2002: 405)

Ülkemize baktığımızda sağlık göstergeleri düşük kalkınmışlık düzeyini işaret etmektedir. Örnek olarak belirtirsek onbin nüfusa düşen yatak sayısı Türkiye'de 25.5 iken bu sayı ABD'de 53, Almanya'da 87, Avusturya'da 108 ve Yunanistan'da 51'dir. Dünya ortalaması ise 36'dır. Bu örnekten de ülkemizde sağlık hizmetlerinin dünya standartlarının altında olduğu anlaşılmaktadır (Yerebakan, 2000: 44).

Aynı şekilde sağlık sigortası uygulaması da ülkemizde yaygınlaşmamış, kalkınma planlarında bahsedilen genel sağlık sigortası uygulamasına geçilememiştir.

Ülkemizde bugün sağlık açısından en büyük hizmeti veren sosyal sigorta teşkilatı SSK'dır. Türkiye nüfusunun %50'den fazlası günümüzde SSK hastalık sigortası kapsamındadır. SSK'nın hastalık

sigortası uygulaması 1949 yılında başlamış günümüze kadar artarak devam etmiştir.

Değişen dünya ve Türkiye şartları bu sigorta kolundan yararlanma koşullarının değişmesine neden olsa dahi yararlanan kişi sayısı yıllar itibariyle artmaktadır.Günümüz Türkiye'sinde SSK hastalık sigortası uygulamasında çeşitli problemler yaşanmaktadır. Bunlardan birincisi; bu sigorta kolunun finansman açığı giderek büyümektedir.İkinci olarak; sağlık hizmetlerinden yararlanan aktif sigortalılar dışındaki kişi sayısı hızla artmakta,üçüncü olarak da; hizmet talep eden kişi sayısına göre fiziki koşullar yetersiz kalmaktadır.

Bütün bunların sonucu olarak araştırmada da görüldüğü gibi bu sigorta kolundan yararlananların memnuniyetsizlikleri artmakta, hizmet kalitesi yetersiz bulunmaktadır.Hizmet alanların hizmetten memnuniyetsizlikleri o hizmetin yetersizliğinin bir göstergesidir.Ancak sağlık sigortasından yararlananlar bu sigorta koluna daha fazla katkı yapma konusunda yeterince hazır değillerdir.Araştırmadan da anlaşılacağı gibi sağlık hizmetlerinin kalitesi artarken primlerin yükseltilmesine olumlu bakılmamaktadır. Genellikle özel sağlık sigortası primlerinin yüksekliği ve hizmet kapsamının sadece prim ödeyen şahıslarla sınırlı olduğu düşünölmemektedir. SSK hastaneleri özel sağlık kuruluşlarıyla mukayese edilmektedir. Elbette özel sağlık sigortası primlerinin yüksekliği SSK'nın hastalık sigortası hizmetlerinin yetersizliği için bir bahane teşkil etmez.

Yirmibirinci yüzyıla girdiğimiz řu günlerde yaşanan değişim kalite kavramını ön plana çıkarmıştır. Bu nedenle SSK'nın sağlık hizmetlerinin kalitesini süratle yükseltmesi bir mecburiyettir.

SSK hastalık sigortası uygulamasının yetersizliklerinin devam etmesi bu sigorta koluyla ilgili yeni arayışları beraberinde getirecektir. Bunlardan en önemlisi ise özelleştirme ve genel sağlık sigortasıdır. İşte ölkemizde bu yüzyılın ilk yılları bu tür tartışma ve arayışların yaşanacağı bir dönem olacaktır.

KAYNAKÇA

- ALPER, Yusuf. (2000) Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar, İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd Şti.
- ERSAN, Gürbüz. (2000) 150 Soruda Sosyal Sigorta Hakları ve 25 Soruda İşsizlik Sigortası, İstanbul: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayım.
- FİŞEK, A.Gürhan ve Diğerleri.(1998) Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996, Ankara: SSK Yayım.
- GÜZEL, Ali-Okur, Ali Rıza. (2002) Sosyal Güvenlik Hukuku, İstanbul:Beta Yayım Dağıtım.
- MAZGİT,İsmail.(2002) “Bilgi Toplumu ve Sağlıkın Artan Önemi”, Kocaeli: I.Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildiriler Kitabı.
- NORMAND, Charles-Weber, Axel.(1994) Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, Geneva: WHO-ILO.
- ORHANER, Emine.(2000) Türkiye’de Sağlık Sigortası, Ankara:Gazi Kitabevi.
- RESMİ GAZETE. 15.01.2003/24994.
- RİCHARDSON, John Henry .(1970) İktisadi ve Mali Yönüyle Sosyal Güvenlik, Çev: Turan Yazgan, İstanbul: LÜ.İktisat Fakültesi Yayını.
- Social Security Administration Office of Research. (1997) Social Security Programs Throughout The World 1997, Washington DC.
- Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu. Kanun No: 4958, RG: 06.08.2003/25191.
- Sosyal Sigortalar Kanunu.Kanun No:506, RG:29.07.1964/11766.
- SSK.(2000) 1999 Faaliyet Raporu, Ankara: SSK Genel Müdürlüğü Yayımı.
- SSK. (2002) 2000 Yılı İstatistikleri, <http://www.ssk.gov.tr/istatistik/> 2000, 16.06.2002.
- SSK. (2002) 2001 Yılı Çalışma Raporu, Ankara: SSK Genel Müdürlüğü Yayımı.
- ŞAKAR. (2002) Sosyal Sigortalar Uygulaması, İstanbul: Beta Yayım Dağıtım.
- TALAS, Cahit. (1953) Sosyal Güvenlik ve Türk İşçi Sigortaları, Ankara: Ankara Üniversitesi SBF Yayımı.
- TUNCAY, A.Can. (1994) Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ.
- TUNCAY, A.Can. (2002) Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ.

YAZGAN, Turan. (1981) Türk Sosyal Güvelik Sistemi ve Meseleleri, İstanbul: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayını.

YEREBAKAN, Metin.(2000) Özel Hastaneler Araştırması, İstanbul: İTO Yayını.

EK-1 :

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun Hastalık Sigortası Uygulamasına İlişkin Anket Çalışması

1-Cinsiyetiniz?

A)Erkek B)Kadm

2-Yaşınız?

A)25'den küçük B)25-39 C)40-64 D)65'den fazla

3-Eğitim durumunuz?

A)Okur-yazar değil

B)Okur-Yazar

C)İlkokul mezunu

D)Ortaokul mezunu

E)Lise ve dengi okul mezunu

F)Meslek lisesi mezunu

G)Üniversite mezunu

4-Medeni durumunuz nedir?

A)Evli B)Bekar

5-Evli iseniz kaç çocuğunuz var?

A)1-3 B)4-5 C)5'den fazla D)Yok

6-Doğum yeriniz?

A)İl B)İlçe C)Köy

7-Hane halkının toplam aylık net geliri ne kadardır?

A)100 milyondan az

B)100-149 milyon arası

C)150-249 milyon arası

D)250-349 milyon arası

E)350-449 milyon arası

F)450 milyondan fazla

8-Oturduğunuz konutun mülkiyet durumu nedir?

- A)Ev kendimin B)Kiracıym C)Anne-babama ait
D)Akrabalarma ait

9-Ek gelir kaynağınız var mı?

- A)Evet B)Hayır

10-Cevabınız "evet" ise neredendir?

- A)Faiz B)Kar payı C)Kira ve toprak geliri
D)Borsa geliri E)Döviz ve altın getirisi
F)Diğer(Belirtiniz).....

11-Kaç yıldır SSK'ya üyesiniz?

- A)1 yıldan az B)1-4 yıl arası C)5-8 yıl arası D)9-11 yıl arası
E)12-15 yıl arası
F)15 yıldan fazla

12-Şimdiye kadar Hastalık Sigortasının hangi yardımlarından faydalandınız?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- A)Sağlık yardımı
B)Protez araç ve gereçleri
C)Geçici iş göremezlik ödemesi
D)Tedavi için yurt dışına gönderilmesi
F)Hepsi

13-Hastalık sigortasından sizin dışınızda yaralanan var mı?

- A)Evet B)Hayır

14-Cevabınız evet ise yakınlarınız kimlerdir?

- A)Eşim B)Eşim ve çocuklarım C)Çocuklarım D)Anne ve babam
E)Hepsi

15-Hastalık Sigortasından yaralanmada karşılaştığınız en önemli sorun nedir?

- A)İlaç bedellerine olan katkıların yüksekliği
B)Protez araç ve gereçlerine olan katkıının yüksekliği
C)Geçici iş göremezlik ödeneklerin yetersizliği
D)Sağlık hizmetlerinin yetersizliği

16-Sizce Hastalık sigortası özelleştirilmelidir?

A)Evet B)Hayır

17)Cevabımız "evet" ise nedeni nedir?

A)Sağlık hizmetlerinin kalitesi artar

B)Prim oranları azalır

C)Katkılar azalır

D)İstenilen sağlık kuruluşunda tedavi imkam ortaya çıkar

18)SSK hastanelerinden memnun musunuz?

A)Evet B)Hayır

19)Cevabınız "hayır" ise nedenini belirtiniz.

A)SSK hastanelerinde muayene olmak çok güç

B)Vakit kaybı çok fazla

C)Tedavi hizmetleri güvenilir değil

D)Personel yetersiz

F)Bürokratik işlemler çok fazla

G)Hepsi

20-SSK hastanelerini özel hastaneler ile karşılaştırdığınızda nasıl buluyorsunuz?

A)Özel hastanelere göre ilgi yetersiz.

B)Özel hastaneler göre hasta yakınlarına yapılan muamele kötü

C)Özel hastanelere göre teşhis ve tedavi kötü

D)Özel hastanelerden farklı olarak personelin tutumu serttir.

E)Özel hastaneler göre çok fazla bürokratik işlem var

F)Gereksiz bürokratik işlemler dolayısıyla zaman kaybı fazla

21-Tercih imkanı verilse SSK'nın Hastalık sigortası yerine Özel Sağlık Hizmeti veren bir kuruluşa üye olmayı düşünür müsünüz?

A)Evet B)Hayır

22-Cevabınız "hayır" ise nedenini belirtiniz?

- A)Özel Sigorta daha fazla prim ödemeyi gerektirir
- B)Özel Sigorta aile üyelerini kapsam içine alamaz
- C)Özel Sigortadan yaralanma şartları daha ağırdır
- D)Özel Sigorta hizmetleri daha azdır.

23-Sizce SSK'nın hastalık Sigortası uygulamasının en temel sorunu nedir?

- A)Yaralanma şartlarının ağırlığı
- B)Primlerin yüksekliği
- C)Hastane hizmetlerinin yetersizliği
- D)Katkıların yüksekliği
- E)Yurt dışı tedavisi şartlarının ağırlığı
- F)İş görmezlik ödeneklerinin düşüklüğü

24-SSK'dan Hastalık Sigortası ile ilgili temel beklentiniz nedir?

- A)Hizmet kalitesinin artırılması
- B)Hizmetlerin özelleştirilmesi
- D)Yaralanma şartlarının kolaylaştırılması
- D)Diğer(Belirtiniz).....