

SAĞLIK KURUMLARI VE SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI İLİŞKİSİ



Atatürk Üniversitesi
Açıköğretim Fakültesi

SAĞLIK KURUMLARI VE SOSYAL GÜVENLİK MEVZUATI Arş. Gör. Kamil DURMUŞ

ÜNİTE 1



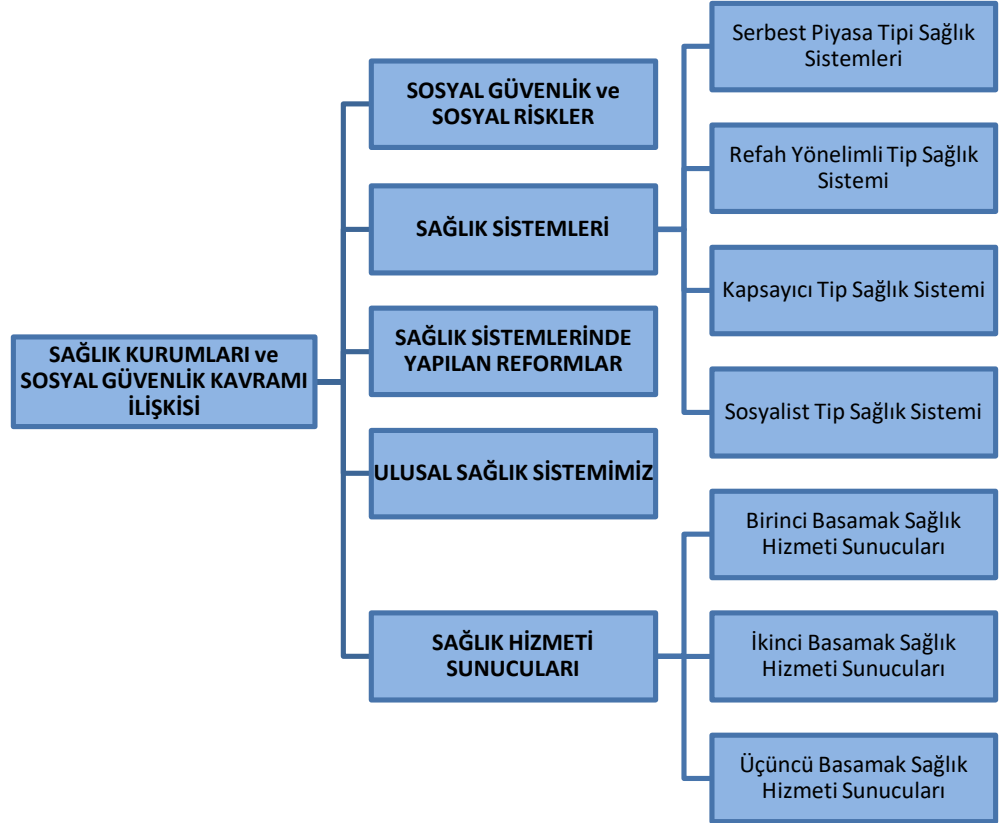
İÇİNDEKİLER

- Sosyal Güvenlik ve Sosyal Riskler
- Sağlık Sistemleri
- Sağlık Sistemlerinde Yapılan Reformlar
- Ulusal Sağlık Sistemimiz
- Sağlık Hizmeti Sunucuları



HEDEFLER

- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
- Sosyal güvenliğin amacını öğrenebilecek,
- Sosyal güvenliğin konu edindiği riskleri tanımlayabilecek,
- Dünyada uygulanan sağlık sistemlerini açıklayabilecek,
- Ülkemizde uygulanan sağlık sistemi içerisinde verilen sağlık hizmetlerini sıralayabilecek,
- Sağlık hizmetlerinin sağlık kurumları tarafından verilmiş şeklini kavrayabilecek,
- Sağlık hizmeti sunucularının basamakları hakkında bilgi sahibi olabileceksiniz.



GİRİŞ

İnsanlar, gelecekte oluşabilecek risklere karşı kendilerini güvence altına almak istedikleri için sosyal güvenlik düşüncesi ortaya çıkmıştır. Tarih boyunca çeşitli yöntemler denenmesine rağmen modern anlamdaki sosyal güvenlik uygulamaları, 20. yüzyıldan sonra gelişim göstermiştir. Sosyal güvenliğin amacı, hiçbir ayırım gözetilmeksizin herkesi sosyal riskler karşısında ekonomik güvence altına alarak gelecek kaygısından kurtarmak ve toplumdaki yoksul ve muhtaç insanlara yardım ederek onlara insan haysiyetine yaraşır asgari yaşam standardı sağlamaktır.



Sosyal güvenlik çerçevesi içerisinde verilecek sağlık hizmetleri, sağlık kurumları tarafından sağlanır. Sağlık kurumları tarafından verilen sağlık hizmetleri ise o ülkede benimsenen sağlık sistemi ile yakın ilişki içerisindedir.

Sosyal güvenliğin konu edindiği sosyal risklerden biri hastalıktır. Hastalık dolayısıyla geçici olarak çalışamaz duruma düşen ve bu nedenle gelir kaybına uğrayan kişinin ekonomik desteğe ihtiyacı vardır. Aynı zamanda hastalanan kişileri iyileştirmek için onlara sağlık yardımlarının da yapılması gerekir. Sosyal güvenlik çerçevesi içerisinde sunulacak bu sağlık hizmetleri, sağlık kurumları tarafından sağlanır. Bir ülkede sağlık kurumları tarafından verilen sağlık hizmetlerinin o ülkede benimsenen sağlık sistemi ile çok yakın ilişkisi vardır.

Bu ünite, sosyal güvenliğin amacı ile ilgili bilgiler verildikten sonra sosyal güvenliğin hangi sosyal riskleri konu edindiği incelenecektir. Daha sonra dünya üzerinde uygulanan sağlık sistemleri ele alınacak, ardından da ülkemizde hangi sağlık sisteminin uygulandığı belirtilecek ve bu sistemde hangi sağlık sunucularından sağlık hizmetlerinin nasıl satın alındığı işlenecektir.

SOSYAL GÜVENLİK VE SOSYAL RİSKLER

Tarih boyunca insanlık, gelirlerinde azalmaya sebep olabilecek ya da ek harcamalar yapmayı gerektirecek birçok sosyal riskle karşı karşıya gelmiştir. Hastalık, yaşlılık, ölüm, iş kazaları ve maluliyet bunlardan sadece birkaçıdır. Hastalık, maluliyet veya kaza gibi bazılarının önceden gerçekleşip gerçekleşmeyeceği öngörülemeyenken yaşlılık ve ölüm gibi bazılarıyla ise yüz yüze kalınacağı muhakkaktır. Ayrıca insanlar, bir kısım risklere iradeleri dışında maruz kalırken bir kısmıyla ise kendi iradeleri ile maruz kalmaktadırlar.



Örnek

- Örneğin insanlar, kendi istekleri ile evlenirler ve çocuk sahibi olmak isterler; ancak ölüm ve iş kazası gibi durumlarla ise kişinin kendi iradesi dışındaki olaylar sonucu karşılaşılır. İster irade olsun ister irade dışı olsun her iki durumda da ya gelirden bir azalma söz konusu olur ya da giderde bir artma meydana gelir.

İnsanların gelecekte oluşabilecek risklere karşı kendilerini güvence altına almak istemeleri, “sosyal güvenlik” düşüncesini ortaya çıkarmıştır. Aslında bu güven ihtiyacı, insanlık boyunca kendisini hissettirdiğinden çeşitli yollar ve önlemler sürekli düşünülmüştür. Ancak modern anlamdaki sosyal güvenlik uygulamaları, 20. yüzyıldan sonra gelişim göstermiştir.

Başlangıçta insanların sosyal güvenlik ihtiyacı, genellikle aile içi dayanışmalarla giderilmiştir. Aynı zamanda yardımlaşma dernekleri, dinsel nitelikli hayır kurumları ve esnaf sınıfının oluşturduğu loncalar ile insanlara destek olma işlevi üstlenilerek sosyal güvenlik ihtiyacı giderilmeye çalışılmıştır. Ancak Sanayi Devrimi'nden sonra ekonomik yapı değişmiş, iş gücü ihtiyacına paralel olarak kırsal kesimlerden şehir merkezlerine göçler başlamış ve bunun sonucunda da geleneksel yapı içinde kendi kendine yeten sosyal güvenlik problemleri, artık çözümsüzlük arz etmeye başlamıştır. İhtiyaçlar değişip arttıkça insanların sosyal güvenliğini sağlamak için başvurduğu bu klasik yöntemlerin etkisi tamamen kaybolmasa da azalmaya başladığı için 19. yüzyıl sonlarında modern sosyal sigorta sistemlerinin oluşturulması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak Sanayi Devrimi'nden sonra ülke çapında uygulanacak ve çoğu zaman zorunlu katılım esasına dayalı sosyal güvenlik politikaları oluşturulmuştur.

Doktrinde sosyal güvenlikle ilgili değişik birçok tanım yapılmıştır. Aslında değişik sebeplerle herkesin uzlaştığı bir tanımın yapılması mümkün de değildir. *Ancak yapılan tanımların hemen hepsinde sosyal güvenlik ile belli sayıdaki sosyal risklerin yol açabilecekleri gelir kayıplarına ve gider artışlarına karşı bir ülkede yaşayan insanların ekonomik güvenliklerinin sağlanacağı belirtilmiştir.* Bu tanımlardan da çıkarılacağı üzere sosyal güvenliğin amacı, hiçbir ayırım gözetilmeksizin herkesi sosyal riskler karşısında ekonomik güvence altına alarak gelecek kaygısından kurtarmak ve toplumdaki yoksul ve muhtaç insanlara yardım ederek onlara insan haysiyetine yaraşır asgari yaşam standardı sağlamaktır.



Sosyal risk, kişinin malvarlığında veya sağlığında eksilmeye neden olan ve ne zaman gerçekleşeceği bilinmeyen ancak ileride gerçekleşmesi ihtimal dairesinde olan veya gerçekleşeceği kesin olan tehlikelerdir.

Sosyal güvenlik, insanların maruz kalacağı ter türlü tehlikeyi güvence altına almaz. Belli sayıdaki sosyal risklerin sebebiyet vereceği gelir kaybı veya gider artışlarına karşı ekonomik güvence sağlanır. *Sosyal risk ise kişinin mal varlığında veya sağlığında eksilmeye neden olan ve ne zaman gerçekleşeceği bilinmeyen ancak ileride gerçekleşmesi ihtimal dairesinde olan veya gerçekleşeceği kesin olan tehlikeler şeklinde tanımlanır.* Sosyal güvenliğin konusunu oluşturan sosyal riskler, üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar; mesleki riskler, fizyolojik riskler ve sosyoekonomik risklerdir.

Mesleki riskler, iş kazaları ve meslek hastalıklarından oluşmaktadır. Bütün sosyal güvenlik sistemlerinde güvence altına alınan bu riskler geçici veya sürekli gelir kayıplarına sebebiyet verebileceği gibi gider artışlarını da beraberinde getirebilmektedirler.

Fizyolojik riskler, mesleki riskler dışında kalan ve kişinin kendi bünyesinde meydana gelen risklerdir ve bunlar hastalık, analık, malullük (sakatlık), yaşlılık ve ölümden oluşmaktadır. Sosyal sigortaların üzerinde çalıştığı ilk dallardan olan hastalık, geçici bir iş göremezlik durumu oluşturduğundan geçici gelir kaybı oluşturmaktadır. Aynı zamanda gider artışlarına da sebebiyet vermektedir. Fizyolojik risklerin ikincisi analıktır. Çocuk sahibi olmakla birlikte kişiler için geçici süre iş göremezlik hâli ortaya çıkar ve dolayısıyla gelir kaybı söz konusu olabileceği gibi gider artışına da sebebiyet verebilir. Sakatlık ise tedavisi çok zor olan veya mümkün olmayan bir hastalık hâli olduğu için sürekli olarak iş göremezlik ve gelir

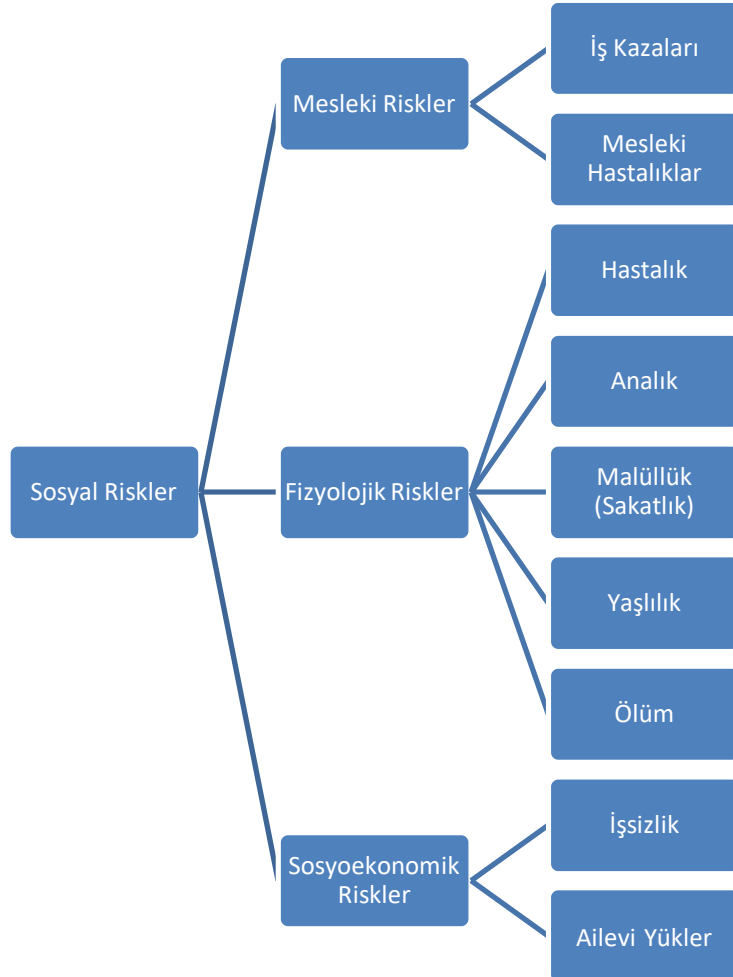
kaybına sebebiyet verir. Yaşlılık, fizyolojik risklerin dördüncüsüdür. Artık yaş kemale erince kişi yoğun iş hayatından çekilmeye başlar ve dolayısıyla bu da gelir kaybına sebebiyet verir. Yaşlılık, güvence altına alınarak ilerleyen yaşlardaki kişilerin gelir kayıpları güven altına alınmış olur. Fizyolojik risklerin sonucusu ise herkesin başına er ya da geç gelecek olan ölümdür. Özellikle aile reislerinin ölümü ile birlikte geriye kalan bireylerin ekonomik destekten yoksun kalması kaçınılmaz olur.



Sosyoekonomik riskler, toplum, aile ve çalışma hayatında meydana gelen risklerdir. Bunlar işsizlik ve ailevi yüklerden oluşmaktadır.

Sosyoekonomik riskler, toplum, aile ve çalışma hayatında meydana gelen risklerdir. Bunlar, işsizlik ve ailevi yüklerden oluşmaktadır. Son zamanlarda sosyal güvenlik sistemlerine dâhil olan işsizlik geçici olarak gelir kayıplarına yol açar. Ailevi yükler ise evlenme ve çocuk sahibi olma durumunda kişiler için ek harcamalar getiren risklerdir. Bu risklerin güvence altına alınması, toplumun temeli olan ailenin korunması amacına dayanır.

Sosyal güvenliğin konusunu oluşturan sosyal riskleri bir şema hâlinde Şekil 1.1.'de görebilirsiniz.



Şekil 1.1. Sosyal Güvenliğin konusunu oluşturan sosyal riskler.

Sosyal güvenliğin konu edindiği sosyal risklerden birinin hastalık olduğunu yukarıda görmüştük. Tarih boyunca insanlık, hastalıklarla mücadele etmiştir. Hasta olan kişi, bireysel vazifelerini yerine getiremediği gibi sosyal olarak da üzerine

düşen rolü hakkıyla ifa edemez. Bireyin sağlık durumu, beraber yaşadığı insanları etkileyebileceği gibi bu insanların ekonomisiyle de doğrudan ilgilidir. Kısacası hastalık, bireysel olarak hastayı doğrudan etkilediği gibi çevresindeki insanları da doğrudan ya da dolaylı olarak ekonomik veya sosyal açıdan etkileyebilmektedir.

Geçici çalışma gücü kaybı dolayısıyla hastalık, kişinin gelir elde etmesini engeller. Bazen de hastalık, kişinin çalışma gücünü etkileyebilir ancak normal dönemde yapılmayan harcamalara sebebiyet verebilir. Örneğin ilaç veya tedavi masrafları gibi.

Geçici olarak çalışamaz duruma düşen ve bu nedenle gelir kaybına uğrayan hastanın ekonomik desteğe ihtiyacı vardır. Aynı zamanda sağlığını kaybeden kişinin tedavisinin yapılması gerekir. Sosyal güvenlik, bu durumda devreye girerek belirtilen olumsuzlukları ortadan kaldırmak amacıyla hak sahiplerine parasal yardımlarda bulunur. Gerekli olan gelirin sağlanması yanında hastalanma suretiyle kazanma gücünü kısmen kaybedenleri iyileştirmek için onlara sağlık yardımlarının da yapılması gereklidir.



Anayasal olarak tanınan sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinin yaşam alanında uygulanması vasıtasıyla hayata geçirilir. Sağlık hizmetleri ise hasta, doktor ve sağlık kuruluşları arasındaki üçlü ilişki içerisinde cereyan eder.

Sosyal güvenlik çerçevesi içerisinde verilecek bu sağlık yardımlarının (hizmetlerinin) ülkede benimsenen sağlık sistemiyle çok yakından ilişkisi vardır. Anayasal olarak tanınan sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinin yaşam alanında uygulanması vasıtasıyla hayata geçirilir. Sağlık hizmetleri ise hasta, doktor ve sağlık kuruluşları arasındaki üçlü ilişki içerisinde cereyan eder. Aslında sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumu hasta olmadan önce hastalıklardan korumaktır. Zaten Anayasa'mızın 56. maddesinde "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir." derken bu amaç kastedilmektedir. Ancak koruyucu önlemlere rağmen hastalık engellenememişse kişinin bu durumdan kurtarılması için yetkili tıp elemanlarınca gerekli olan tıbbi ilaç, araç ve gereçlerin kullanılması gerekmektedir. Daha da önemlisi bu sağlık hizmetlerinin güvenilir tıbbi mekânlarda ve sağlık kuruluşlarında verilmesi gerekir. Aksi hâlde bireylerin fiziksel veya ruhsal olarak bozulan sağlıklarının ne korunması ne de iyileştirilmesi mümkün olacaktır.

Yukarıda bahsedilen hasta, doktor ve sağlık kuruluşu arasındaki üçlü ilişkiden sağlık hizmeti doğar. Bu ilişkinin nasıl düzenlenmiş olduğu, yani bir ülkede sağlık hizmetlerinin nasıl organize edildiği ise o ülkede benimsenen sağlık sistemi ile ilgilidir. Sağlık sistemi denildiğinde; sağlık hizmetlerinde finansman, arz, mevzuat ve politikadan oluşan bir bütün akla gelir. Sağlık sistemlerinin oluşturulmasında ve işletilmesinde ülkenin sağlık alanındaki teknolojik gelişmeleri izleme kabiliyeti yanında o ülkenin ekonomik, sosyokültürel yapısı ve nüfusuna ilişkin veriler kullanılmaktadır. Dolayısıyla ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel farklılıkları nedeniyle benimsedikleri sağlık sistemleri kendine has özellikler gösterdiğinden dünyada çeşitli sağlık sistemleri mevcuttur.

Sanayi Devrimi'nden sonra kentleşme, sanayileşme ve nüfus hareketliliği sağlık hizmetlerini büyük oranda etkilemiştir. Bu dönemde hastalık ve tıp bilimi konusundaki algılar değişmiş, sağlık alanında iş bölümü ve uzmanlaşmalar artmıştır. Ayrıca toplumsal riskler karşısında paylaşım mantığı, hayırseverlik gibi

kavramları başka bir boyuta taşıyarak sigortacılığın doğumuna vesile olmuştur. Bu gibi değişiklikler modern sağlık sistemlerinin doğumuna öncülük etmiştir.

SAĞLIK SİSTEMLERİ

Sağlık sistemlerinin ilk amacı, sağlık hâlinin korunması ve geliştirilmesidir. Sağlık sistemleri, buldukları ülkenin tarihini, ekonomik ve sosyal gelişimini kendi içerisinde barındırabildiği gibi o ülkenin kültürel ve dinsel etkileşimini hatta siyasal ideolojisini de yansıtabilir. Dolayısıyla sağlık sistemleri, ülkeden ülkeye farklılaşabilmektedir.

II. Dünya Savaşı sonrasında yapılan çalışmalarda sağlık sistemleri, sınıflandırılarak karşılaştırmalara tabi tutulmuştur. Bunlar arasında dünyada en yaygın olarak kullanılanı Milton Roemer tarafından yapılan sınıflandırmadır. Milton Roemer, dünya ülkelerinin sağlık sistemleri hakkında önemli çalışmalar yapan ünlü bir araştırmacı ve bilim adamıdır. Yaptığı araştırmalar ve sağlık sistemi sınıflandırmaları, oldukça eskiye dayanmaktadır. Ancak Roemer, önerdiği yaklaşımları yıllar içerisinde yenilemiş ve geliştirmiştir.

Milton Roemer sırasıyla 1956, 1960, 1984 ve 1991 yıllarında ülkeler tarafından uygulanan sağlık sistemleri hakkında sınıflandırma modelleri geliştirmiştir. 1993 yılında ise sonuncu olarak ve genel kabul gören sınıflandırmasını yapmıştır. *Roemer, sağlık piyasasına yönelik devlet müdahalesinin yoğunluğu kriterini temel alarak yapmış olduğu sınıflandırmada, sağlık sistemlerini, dört gruba ayırmaktadır.* Bunlar sırasıyla Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi, Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi, Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi ve Sosyalist Tip Sağlık Sistemi'dir. Aşağıda Milton Roemer sınıflandırması, Şekil 1.2.'de bir şema hâlinde gösterilerek sistemler hakkında genel bilgilendirme yapılacaktır.



Milton Roemer, sağlık piyasasına devlet müdahalesinin yoğunluğunu temel alarak sağlık sistemlerini dört gruba ayırmaktadır.



Şekil 1.2. Sağlık sistemlerine ilişkin Milton Roemer sınıflandırması.

Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi

Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi, liberal bir bakış açısıyla oluşturulduğu için bu sistem aynı zamanda *Liberal Sağlık Sistemi* olarak da adlandırılır. Özel sektör üstünlüğünün olduğu sistemde, kamu sağlık yardımları ikinci plana düşürüldüğü

için sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu piyasa koşullarına bırakılmıştır. Her ne kadar piyasa koşulları hâkim olsa bile devletin regülasyon politikaları ile sisteme müdahaleleri söz konusudur ve böylece rekabetçi bir ortam oluşturulmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü, özel sağlık sigortaları vasıtasıyla sağlanmaktadır. Bireyler, özel sağlık sigortalarına belirli miktarlarda primler ödeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanırlar. İsteğe bağlı sigorta sistemi söz konusu olduğu için, hiç kimsenin sigorta alma zorunluluğu yoktur ve kişi istediği sağlık kuruluşuna veya doktora başvurabilir. Ayrıca sigorta şirketlerinin de tüm başvuruları kabul etme zorunluluğu yoktur. Bu sayede oluşabilecek riskler en aza indirilmeye çalışılmaktadır.

İstisnalar haricinde devlet, karşılıksız olarak sağlık hizmeti vermez. Sadece acil durumdaki kişilere, yaşlılara, yoksullara ve sağlık yardımına muhtaç olan sakatlara karşılıksız kamu sağlık yardımı yapılmaktadır. Kamu tarafından yapılan harcamalar ise vergiler aracılığıyla finanse edilmektedir. Dünya nüfusunun %15'ini kapsayan Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi'nde kullanılan teşhis ve tedavi yöntemleri diğer sistemlere oranla daha pahalı olduğu için, bu sistem Batı Avrupa, Kuzey Amerika ülkeleri, Avustralya, Yeni Zelanda, Brezilya ve İsrail gibi refah seviyesi yüksek ülkelerde uygulanmaktadır.

Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi

Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi; Almanya'da, 1883 yılında Otto von Bismarck tarafından çıkarılarak işçilere yönelik sosyal koruma sistemi şekline benimsendiği için "*Bismarck Modeli*" olarak da ifade edilmektedir. Ayrıca *Hastalık Sigortası Sistemi* olarak da adlandırılmaktadır. Bu sistemde bireyler, devletin kurduğu sağlık birimlerine ulaşabildikleri ölçüde sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler.

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu devlet tarafından yerine getirilir ve kamu harcamalarının önemli bir kısmı zorunlu sigorta fonlarından karşılanır. Sağlık hizmetleri, zorunlu olarak ödenen primler ve devletin genel bütçesinden yapılan katkılarla sağlanmaktadır. Primler, farklı ülkelerde işçi, işveren ve devlet arasında değişik oranlarda dağıtılmıştır. Devlet hastanelerinde ödeme gücü bulunmayanlar için ücretsiz sağlık hizmeti verilirken varlıklı kişiler ise az bir bedel karşılığında bu hizmetten yararlanabilirler. Sistemin kapsamı açısından ülkeden ülkeye değişiklikler gözlenebilmektedir. Bazı ülkelerde zorunlu sağlık sigortası, tüm nüfusu kapsarken bazılarında ise nüfusun küçük bir oranı özel kurumlara bağlanabilmektedir. Sistem içerisinde kamu sektörünün yanında özel sektör de bulunmaktadır. Ancak tamamlayıcı nitelikte rol oynayan özel sektörün payı, kamu sektörüne oranla bir hayli azdır.

Dünya nüfusunun yaklaşık olarak %44'ünü kapsayan bu sistem, genel hatlarıyla Türkiye'de de uygulama alanı bulmaktadır. Ayrıca birçok Asya, Batı Avrupa ve Güney Amerika ülkesinde uygulanan bu sistemde devlete ait sağlık birimlerinin yanında işçilerin, memurların ve silahlı kuvvetlerin de ayrı sağlık birimleri mevcuttur.



Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi'nde sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu devlet tarafından yerine getirilir ve kamu harcamalarının önemli bir kısmı zorunlu sigorta fonlarından karşılanır.



Evrensellik, birlik ve benzerlik, Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi'ni diğer sistemlerden ayıran temel üç özelliğdir.

Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi

Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi, II. Dünya Savaşı'ndan sonra İngiltere'de uygulanmaya başlanmıştır ve "*Beveridge Modeli*" olarak da adlandırılmaktadır. Bu sistemde özel sektörün yeri oldukça azdır. Sağlık hizmeti, temelde devlet tarafından örgütlenir. Tüm sağlık hizmetleri, vatandaşlara ücretsiz olarak veya çok az bir katkı payı ile sunulmaktadır. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi'nde sağlık hizmetlerinin finansman kaynağı, genel olarak vatandaşlardan alınan vergilerdir.

Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi'ni diğer sistemlerden ayıran temelde üç özellik vardır. Bunlar evrensellik, birlik ve benzerliktir. Evrensellikten kasıt, istihdam edilsin ya da edilmesin tüm vatandaşların sosyal risklerin hepsine karşı korunmasıdır. Tüm vatandaşları kapsamına alan bir modeldir. Birlik, yönetim örgütlenmesinin tüm sosyal risklere karşı tek bir çatı altında toplanarak merkezileşmesidir. Benzerlikten kasıt ise gelir düzeyleri ne olursa olsun tüm bireylerin ihtiyaçlarına göre bireysel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesidir. Bu üç temel özellik ile Beveridge Modeli, diğer sağlık sistemlerinden ayrılmaktadır.

Başta İngiltere olmak üzere İsveç, Norveç, Finlandiya, İspanya ve İtalya gibi birçok ülke Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi'ni uygulamaktadır. Yunanistan ve Portekiz gibi birtakım ülkeler de sistemi kısmi olarak uygulamaktadır. Türkiye ise Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi içerisinde sayılıyor olmasına rağmen Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi'ne doğru bir yöneliş içerisinde.

Sosyalist Tip Sağlık Sistemi

Sosyalist Tip Sağlık Sistemi, devlet müdahalesinin en yoğun olduğu sistemdir. Bu sistemde tüm sağlık hizmetleri, devlet tarafından verilir ve aynı şekilde tüm sağlık personeli devlet kontrolündedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin hepsi devlet tarafından finanse edilmektedir. Sistem, uygulandığı ülkenin tüm fertlerini kapsar. Sunulan sağlık hizmetleri büyük oranda ücretsiz verilir. Çok cüzi bir ücret karşılığında da sağlık hizmetlerinden yararlanma söz konusu olabilmektedir. Eski sosyalist ülkelerde uygulanan sistem, Dünya nüfusunun yaklaşık %28'ini kapsamaktadır. Örneğin Küba'da 50 yıldır Sosyalist Tip Sağlık Sistemi uygulanmaktadır.

Belirtilen dört temel sistem dışında değişik ülkelerde farklı karma sistemler de uygulanmaktadır. Ülkeler, yukarıda belirtilen sağlık sistemlerini karşılaştırarak uygun gördüğü yöntemleri kedisinde uygulamaya çalışır. Bazı devletler ise gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemlerini örnek alarak kendi sistemlerini revize ederler. Bu yüzden farklı birkaç sistemin özelliğini bir arada bulmak mümkün olabilmektedir. Aslında yapılan revizyonların sağlık hizmetlerinin gelişimiyle yakından ilişkisi vardır.

Sağlık hizmetlerinin gelişimini kronolojik olarak incelediğimizde üç dönem ortaya çıkar. Bunlardan birincisi, II. Dünya Savaşı sonrası 30 yıllık dönemdir. Bu dönemdeki refah devleti anlayışına paralel olarak yapılan düzenlemelerde sağlık hizmetleri mali olarak desteklenmiştir. İkinci dönem, 1970'lerden 1980'e kadar uzanan dönemdir. 1970'lerden sonra sağlık politikaları eskiye nazaran daha bağımsız bir konumda ele alınmıştır. Bu dönemde birçok ülke, bağımsız idari



1980 sonrası dönemde sağlık kuruluşları için yapılan harcamalar, kamu harcamaları içerisinde büyük bir yer tuttuğu için birçok ülke, sağlık sistemlerinde reformlar yapmaya başlamıştır.

kurumlar oluşturarak sağlık sigortalarının yönetimini bu kurumlara devretmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve tüketicilerin korunması amacıyla geniş kapsamlı devlet müdahaleleriyle de bu dönemde karşılaşılacaktır. Üçüncü ve son dönem ise 1980 sonrası dönemdir. Bu dönemde sağlık kuruluşları için yapılan harcamalar, kamu harcamaları içerisinde büyük bir yekûn oluşturmaya başlamıştır. Esasen bu sebep dolayısıyla birçok ülke, sağlık sistemlerinde reformlar yapmaya başlamıştır.

SAĞLIK SİSTEMLERİNDE YAPILAN REFORMLAR

Sağlık sistemlerinde yapılan reformlar, üç kolda gerçekleşmiştir. Birinci reform anlayışı, devletin sağlık harcamalarındaki fonlama sistemini değiştirmeye yöneliktir. Bütçe baskıları ve mali kaygılar dolayısıyla sağlık sisteminin kapsamını yeniden belirlemeyi amaç edinen bu reform anlayışı, fonlama modelini değiştirmeye ve kamu sağlık harcamalarını azaltmaya çalışmıştır. Amaçlara ulaşabilmek için uygulanmak istenen yöntemler ise şunlardır:

- Özel sağlık sigortalarına ağırlık vererek kamu harcamalarını özel kaynaklarla karşılamak,
- Sağlık hizmeti alınması için gerekli olan ve bu hizmeti alanlar tarafından ödenen primleri artırmak,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlanması gereken hak kazanma koşullarını zorlaştırarak sağlık harcamalarını azaltmak.

Ancak bu yöntemleri uygulamaya çalışan birçok ülkede halk, değişimlere karşı çıkararak dayanışmaya dayalı sağlık sistemlerine destek vermiş ve dolayısıyla da bahsi geçen reformlar başarılı olamamıştır. Fonlama sistemini değiştirmeye yönelik reform denemeleri başarısız olan ülkeler, daha sonra sağlık hizmetlerinin verimliliği ve etkin bir örgütlenme üzerinde çalışmalarını yoğunlaştırmışlardır. Böylece sağlık hizmeti sunumu ile sağlık hizmetlerinin satın alınması birbirinden ayrılmıştır. Bu model ile sağlık hizmetinin finansmanında devletin etkisinin azaltılması amaçlanmıştır. Ayrıca hastalıkların tedavisinde devletin sorumluluğunun özel sağlık kuruluşlarına, bağımsız fonlara ve özel sigortalara doğru kaydırılması hedeflenmiştir. *Ülkemiz sağlık mevzuatı içinde yer alan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun getirdiği genel sağlık sigortası sisteminin de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve verimliliği modelini benimsediği gözlemlenir.*

Sağlık sistemleri alanındaki reform faaliyetlerinin ikincisi, sağlık kavramının genişletilmesi suretiyle sağlık politikası değişiklikleridir. Bu anlayışa göre halk sağlığının önemli bir ayağını, yine sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Ancak halk sağlığı, sadece hastalığın tedavisi ile gerçekleştirilememektedir. Hastalığın tedavisi yanında, insanların yaşam tarzları, genetik durumları, ekonomik ve sosyal yaşam koşulları gibi faktörler de halk sağlığı açısından oldukça önemlidir. Dolayısıyla bu gibi faktörlerin olumsuz yanlarını bertaraf edecek önlemleri de göz önüne alarak sağlık sistemlerinin oluşturulması hedeflenmiştir.

Sağlık sistemleri alanındaki son reform faaliyeti ise sağlık sunucuları arasındaki rekabeti artırarak sağlık hizmeti kalitesini güçlendirmeyi amaçlayan



Ülkemizde uygulanan genel sağlık sigortası sistemi, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve verimliliği modelini benimsemiştir.

anlayıştır. 1990'lerden sonra birtakım faktörler, sağlık sistemlerinde önemli değişikliklere sebebiyet vermiştir. Bunların başında mali baskılar gelmektedir. Gereksiz giderlerin azaltılması sayesinde mali baskıların yükü hafifletilmek istenmiştir. Buna paralel olarak modern işletmecilik anlayışına geçilerek gereksiz yere uygulanan tedaviler azaltılmak istenmiş ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amaçlanmıştır.

Bir diğer faktör, tüketici tercihlerindeki değişimdir. Nüfusun yaşlanması, ailelerin küçülmesi, yaşlıların daha eğitilmiş ve bilinçli olması tüketici tercihlerinde değişime yol açtığı için bazı gelişmiş ülkeler sağlık sigortasını kişinin isteğine bırakmıştır. Bu sayede bireyler, kendileri için en avantajlı ve kaliteli olan sağlık hizmetini tercih eder olmuşlardır. Rekabet ortamına dayalı ekonomik politikalar da değişikliklere etki eden bir başka faktördür. Avrupa Birliği'nin benimsemiş olduğu serbest piyasa ekonomisi, sağlık hizmeti sunumunda da etkisini göstermiş ve sağlık hizmetlerinde rekabet ortamı tesis edilmeye çalışılmıştır. Birçok Avrupa Birliği ülkesinde sağlık hizmeti sistemi, merkezî şekilde örgütlenmiştir. Ancak devletler, hizmetin finansmanında monopoli sağlamak ve hizmetin sunumunu özel sağlık sunucularına bırakmak suretiyle rekabet ortamını gerçekleştirmiştir. Ancak bir kamu hizmeti olduğu tartışmasız olan sağlık hizmetlerinde devletin müdahalesinin tamamen saf dışı bırakılması söz konusu değildir. Zira bu alanda tüketici çıkarlarının ve hizmet kalitesinin korunması ve sağlık eğitiminin geliştirilmesi için devletin müdahalesi şarttır.

ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİMİZ

Ulusal sağlık sistemimiz, genel sağlık sigortası sistemi olarak adlandırılmaktadır. Anayasa'mızın 56. maddesinde herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu belirtildikten sonra sağlık hizmetlerinin yaygın şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabileceği hüküm altına alınmıştır. Bu hükümden anlaşılacağı üzere genel sağlık sigortası kurulması, devlet için bir yükümlülük olmamakla birlikte, devlet bu konuda yetkilendirilmiştir.

2008 yılına kadar Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi birçok kurum ve kuruluştan meydana gelmekteydi. Memurların sosyal güvenliği, T.C. Emekli Sandığı tarafından, iş sözleşmesiyle çalışanların sosyal güvenliği Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından, bağımsız ve kendi adına çalışanların sosyal güvenliği ise BAĞ-KUR tarafından sağlanmaktaydı.

Bu kurumlar sigortalılarına iş kazası, meslek hastalığı, hastalık, analık, malullük, yaşlılık, ölüm ve işsizlik gibi durumlarda sağlık ve para yardımı yapmaktaydılar. Fakat bütün bu kurumlar, yukarıda belirtilen farklı gruplara uygulanacak farklı yasalar tarafından düzenlenmişlerdi. Dolayısıyla hem sosyal güvenlik kurum ve kuruluşları dağınık bir hâldeydi hem de bu kurum ve kuruluşlardan yapılacak sağlık yardımlarında bir norm birliği mevcut değildi. Ayrıca yapılacak sağlık yardımları açısından da bir standart birliği sağlanamamıştı. Özellikle yardımların kapsamı, başlangıcı, içeriği ve süresi hakkında önemli

farklılıklar oluşuyordu. Hâliyle bu durum ciddi anlamda israfa ve kötü kullanıma neden oluyordu.

Sağlık yardımları alanındaki bu derin farklılıkları ortadan kaldırmak ve yeknesaklığı sağlamak düşüncesiyle 2003 yılından itibaren sosyal güvenlik reformu çalışmaları başlatılmıştır. Üç kurumun tek çatı altında toplanarak sağlık yardımlarının tek bir yasa ile düzenlenmesi amacıyla 2006 yılında yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 2008 yılında yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmıştır.

Böylece Sosyal Güvenlik Kurumu, 20.05.2006 tarihinde tüzel kişilik kazanmış; yine bu tarih itibarıyla T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve BAĞ-KUR'un tüzel kişiliği sona ermiş, çalışanları ile aktif ve pasifleri, taşınır ve taşınmaz malları ve bütün evrakları Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmiştir.



Genel sağlık sigortası, kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları hâlinde ise oluşan harcamalarının finansmanını sağlayan sigortayı ifade eder.

Genel sağlık sigortası, "kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın ortaya çıkacak hastalık risklerine karşı toplumun bütün bireylerinin sağlık hizmetlerinden eşit, kolay ulaşılabilir ve etkin bir şekilde yararlanabilmelerini sağlayan sağlık sigortası" şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 3. maddesinde ise genel sağlık sigortasının "kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları hâlinde ise oluşan harcamalarının finansmanını sağlayan sigortayı" ifade ettiğini belirtmiştir. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere genel sağlık sigortası, esasen sağlık hizmeti veren bir sigorta olmayıp sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan bir sigorta koludur. Yani genel sağlık sigortasında sunulacak sağlık hizmetleri dışarıdan satın alınır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler genel sağlık sigortası kapsamında birtakım hizmetler ve tıbbi yardımlardan yararlanır. 5510 sayılı Kanun'un 63. maddesinde düzenlenen sağlık hizmetlerini, başlıklar hâlinde aşağıdaki gibi sıralayabiliriz. Bu sağlık hizmetlerinin neleri kapsadığına ilişkin detaylı bilgileri, ilerleyen ünitelerde bulacaksınız.

- Koruyucu sağlık hizmetleri
- Tedavi edici sağlık hizmetleri
- Diş sağlığı hizmetleri
- Yardımcı üreme sağlama hizmetleri
- Analık hizmetleri
- Diğer tamamlayıcı hizmetler



Sağlık hizmetlerini sunan veya üreten gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk kişileri ve bunların şubeleri, sağlık hizmeti sunucuları olarak tanımlanır.

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

Yukarıda belirtilen sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlık hizmeti sunucularından satın alma yöntemi ile sağlanır. Kural olarak sağlık hizmetleri, sözleşmeli olan sağlık hizmeti sunucularından alınır. Ancak bazı durumlarda sözleşmesiz olan sağlık kuruluşlarında da hizmet alımı söz konusu olabilir. *Sağlık hizmeti sunucuları, 5510 sayılı Kanun'da, sağlık hizmetlerini sunan veya üreten gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk kişileri ve bunların şubeleri olarak tanımlanmıştır.* Bunlar ister kamuya ister özel sektöre ait olsunlar gerçek veya

tüzel kişilerce işletilen hastane, klinik, poliklinik, üniversite hastanesi, uygulama ve araştırma hastanesi, ağız ve diş sağlığı merkezi, dispanser, doğum evi, sanatoryum gibi sağlık kuruluşlarıdır.

Sağlık hizmeti sunucuları, aralarında bir sevk zinciri oluşturularak basamaklandırılmıştır. Basamaklandırma, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 70. maddesine göre Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır. Basamaklandırmadaki asıl gaye, bir sevk zincirinin oluşturulmasıdır. Sevk zinciri sayesinde ise amaca en uygun olan basamağın atlanması suretiyle diğer basamaktaki sağlık hizmeti sunucularına başvuruyu engelleyerek sağlık hizmetinin en etkin, verimli ve ekonomik biçimde sunulmasını sağlamak hedeflenmiştir. Aksi hâlde basamaklandırma ve sevk zincirine uyma zorunluluğunun bulunmadığı durumlarda, sağlık hizmetleri tıbbi ihtiyaç ve niteliklere göre sağlanamaz. Ayrıca gereksiz başvurularla sistem tıkanabileceği gibi bazı gereksiz yığılmalar da söz konusu olabilir.

Öte yandan sevk zinciri içerisinde sağlık hizmeti veren kurumlara başvurulması, genel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için gerekli olan koşullardan biridir. Sevk zincirine uygun olarak başvuruda bulunmak, kanuni bir zorunluluktur. Nitekim 5510 sayılı Kanun, sevk zincirine uyma zorunluluğunu, 70. maddesinde şu şekilde hüküm altına almıştır: *“Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır.”* Sevk zincirine uyulması zorunludur; ancak aşağıdaki üç durumda sevk zincirine uyma zorunluluğu yoktur:

- İş kazası ve meslek hastalıkları hâlleri,
- Afet ve savaş hâlleri,
- Acil hâller.

Sevk zinciri ve sağlık hizmeti veren kuruluşların basamaklandırılması, 24.03.2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile belirlenmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği, sık sık değiştirilerek güncellenmektedir. Nitekim 2016 yılında da değişiklikler yapılarak sağlık hizmeti sunucularının basamak sistemi yeniden düzenlenmiştir. Buna göre sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları şeklinde basamaklandırılmıştır. Bu kuruluşlardan ilk ikisi, resmî ve özel sağlık kuruluşlarından; sonuncusu, yani üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise tamamen resmî sağlık kurumlarından oluşmaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları

Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ikiye ayrılır. Bunlar, birinci basamak resmî sağlık kuruluşları ve birinci basamak özel sağlık kuruluşlarıdır. Şimdi bu basamak içerisinde hangi kuruluşların olduğunu maddeler hâlinde belirtelim.



Aile hekimlikleri, birinci basamak resmî sağlık kuruluşları arasında sınıflandırılmıştır.

Birinci basamak resmî sağlık kuruluşları

- Kamu idaresi bünyesindeki kurum hekimlikleri
- Sağlık ocakları
- Verem savaş dispanserleri
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri
- Sağlık merkezleri
- Toplum sağlığı merkezleri
- Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yapmış aile hekimlikleri
- 112 acil sağlık hizmeti birimleri
- Üniversitelerin mediko-sosyal birimleri
- Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri
- Belediyelere ait poliklinikler

Birinci basamak özel sağlık kuruluşları

- İş yeri hekimlikleri
- 10/3/2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler
- “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler
- “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları
- 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren ve birinci basamak sağlık kuruluşu olan eczaneler.

İkinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları

İkinci basamak sağlık hizmeti sunucuları da daha önce belirttiğimiz gibi kendi içinde resmî ve özel sağlık kurumları olmak üzere ikiye ayrılır. Şimdi de ikinci basamakta hangi kurumların olduğuna bakalım.

İkinci basamak resmî sağlık kurumları

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri
- Entegre ilçe devlet hastaneleri
- Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri
- Belediyelere ait hastaneler
- Kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri
- İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi

İkinci basamak özel sağlık kurumları

- “Özel Hastaneler Yönetmeliği”ne göre ruhsat almış hastaneler
- “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ve dal merkezleri



Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları arasında, özel sağlık kurumları bulunmamaktadır ve bu basamağın tamamı resmî kurumlardan oluşmaktadır.

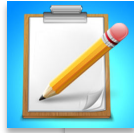
Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları

Bu basamaktaki tüm sağlık kurumları resmî kurum olup özel sağlık kurumları bu basamakta sayılmamıştır. Üçüncü basamak sağlık kurumları şunlardır:

- Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri
- Üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri
- Üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri

Tüm bunların dışında bir de basamaklandırılmayan sağlık kurum ve kuruluşları vardır. Sağlık Uygulama Tebliği sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık hizmeti sunucularını şu şekilde sıralamaktadır:

- Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığında ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Laboratuvarları (Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları)
- Tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar
- Optisyenlik müesseseleri
- Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri
- Kaplıcalar
- Beşeri tıbbi ürün/ürün sunan ve/veya üreten özel hukuk tüzel kişileri ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubeleri



Bireysel Etkinlik

- Dünya üzerinde uygulanan sağlık sistemlerinin benzerlik ve farklılıkları nelerdir? Karşılaştırarak inceleyiniz.
- Modern anlamdaki sosyal güvenlik anlayışı ortaya çıkmadan önce insanlar hangi yöntemlerle geleceklerini garanti altına almaya çalışmışlardır? Tartışınız.



Özet

- İnsanların gelecekte oluşabilecek risklere karşı kendilerini güvence altına almak istemeleri, “sosyal güvenlik” düşüncesini ortaya çıkarmıştır. Doktrinde sosyal güvenlikle ilgili değişik birçok tanım yapılmıştır. Yapılan tanımların hemen hepsinde sosyal güvenlik ile belli sayıdaki sosyal risklerin yol açabilecekleri gelir kayıplarına ve gider artışlarına karşı bir ülkede yaşayan insanların ekonomik güvenliklerinin sağlanacağı belirtilmiştir. Bu tanımlardan da çıkarılacağı üzere sosyal güvenliğin amacı, hiçbir ayırım gözetilmeksizin herkesi, sosyal riskler karşısında ekonomik güvence altına alarak gelecek kaygısından kurtarmak ve toplumdaki yoksul ve muhtaç insanlara yardım ederek onlara insan haysiyetine yaraşır asgari yaşam standardı sağlamaktır.
- Sosyal güvenlik, insanların maruz kalacağı ter türlü tehlikeyi güvence altına almaz. Belli sayıdaki sosyal risklerin sebebiyet vereceği gelir kaybı veya gider artışlarına karşı ekonomik güvence sağlar. Sosyal risk ise kişinin mal varlığında veya sağlığında eksilmeye neden olan ve ne zaman gerçekleşeceği bilinmeyen ancak ileride gerçekleşmesi ihtimal dairesinde olan veya gerçekleşeceği kesin olan tehlikeler şeklinde tanımlanır. Sosyal güvenliğin konusunu oluşturan sosyal riskler, üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar; mesleki riskler, fizyolojik riskler ve sosyo-ekonomik risklerdir.
- Mesleki riskler, iş kazaları ve meslek hastalıklarından oluşmaktadır. Fizyolojik riskler, mesleki riskler dışında kalan ve kişinin kendi bünyesinde meydana gelen risklerdir ve bunlar hastalık, analık, malullük (sakatlık), yaşlılık ve ölümden oluşmaktadır. Sosyo-ekonomik riskler ise toplum, aile ve çalışma hayatında meydana gelen risklerdir. Bunlar, işsizlik ve ailevi yüklerden oluşmaktadır.
- Sosyal güvenliğin konu edindiği sosyal risklerden birinin hastalık olduğunu gördük. Hastalık dolayısıyla geçici olarak çalışamaz duruma düşen ve bu nedenle gelir kaybına uğrayan kişinin ekonomik desteğe ihtiyacı vardır. Aynı zamanda hastalanan kişileri iyileştirmek için onlara sağlık yardımlarının da yapılması gerekir. Sosyal güvenlik çerçevesi içerisinde sunulacak sağlık hizmetleri, sağlık kurumları tarafından sağlanır. Bir ülkede sağlık kurumları tarafından verilen sağlık hizmetlerinin ise, o ülkede benimsenen sağlık sistemi ile çok yakın ilişkisi vardır.
- Sağlık sistemleri ülkeden ülkeye farklılaşabilmektedir. Milton Roemer, sağlık piyasasına yönelik devlet müdahalesinin yoğunluğu kriterini temel alarak yapmış olduğu sınıflandırmada, sağlık sistemlerini, dört gruba ayırmaktadır. Bunlar; sırasıyla Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi, Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi, Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi ve Sosyalist Tip Sağlık Sistemidir.
- Ulusal sağlık sistemimiz, genel sağlık sigortası sistemi olarak adlandırılmaktadır. 2008 yılına kadar Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi birçok kurum ve kuruluştan meydana gelmekteydi. Farklılıkların ortadan kaldırılması amacıyla 2006 yılında yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 2008 yılında yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmıştır.
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 3. maddesinde, genel sağlık sigortası “kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları hâlinde ise oluşan harcamalarının finansmanını sağlayan sigorta” olarak belirtmiştir. Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler genel sağlık sigortası kapsamında birtakım hizmetler ve tıbbi yardımlardan yararlanır.



Özet(devamı)

- Bu sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlık hizmeti sunucularından satın alma yöntemi ile sağlanır. Sağlık hizmeti sunucuları, 5510 sayılı Kanun'da, sağlık hizmetlerini sunan veya üreten gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk kişileri ve bunların şubeleri olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmeti sunucuları, aralarında bir sevk zinciri oluşturularak basamaklandırılmıştır. Basamaklandırma, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 70. maddesine göre Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır. Basamaklandırmadaki asıl gaye, bir sevk zincirinin oluşturulmasıdır. Sevk zincirine uygun olarak başvuruda bulunmak, kanuni bir zorunluluktur. Nitekim 5510 sayılı Kanun, sevk zincirine uyma zorunluluğunu, 70. maddesinde şu şekilde hüküm altına almıştır: "Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır."
- Sevk zinciri ve sağlık hizmeti veren kuruluşların basamaklandırılması, 24.03.2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile belirlenmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği sık sık değiştirilerek güncellenmektedir. Nitekim 2016 yılında da değişiklikler yapılarak sağlık hizmeti sunucularının basamak sistemi yeniden düzenlenmiştir. Buna göre sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları şeklinde basamaklandırılmıştır. Bu kuruluşlardan ilk ikisi, resmî ve özel sağlık kuruluşlarından; sonuncusu, yani üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise tamamen resmî sağlık kurumlarından oluşmaktadır.

DEğERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi sosyal güvenliğin konu edindiği risklerden biri değildir?
 - a) Deprem
 - b) Hastalık
 - c) İşsizlik
 - d) Malullük
 - e) Ölüm
2. Aşağıdakilerden hangisi sosyal güvenliğin konu edindiği fizyolojik riskler arasında yer almaz?
 - a) Hastalık
 - b) İş kazaları
 - c) Analık
 - d) Sakatlık
 - e) Ölüm
3. Milton Reomer, sağlık sistemi sınıflandırmasını hangi kritere göre yapmıştır?
 - a) Finansman kaynağı
 - b) Hizmet kalitesi
 - c) İsteğe bağlılık
 - d) Zorunluluk
 - e) Devlet müdahalesinin yoğunluğu
4. Devlet müdahalesinin en yoğun olduğu sağlık sistemi aşağıdakilerden hangisidir?
 - a) Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi
 - b) Özel Hastalık Sigortası Sistemi
 - c) Liberal Sağlık Sistemi
 - d) Sosyalist Tip Sağlık Sistemi
 - e) Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi
5. Aşağıdakilerden hangisi basamaklandırılmayan sağlık hizmeti sunucuları arasında yer almaz?
 - a) Optisyenlik müesseseleri
 - b) Kaplıcalar
 - c) Diyaliz merkezleri
 - d) Tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri
 - e) Üniversite diş hekimliği fakülteleri

6. Bismarck Modeli olarak adlandırılan sağlık sistemi aşağıdakilerden hangisidir?
- Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi
 - Liberal Sağlık Sistemi
 - Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi
 - Sosyalist Tip Sağlık Sistemi
 - Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi
7. Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre özel hastaneler hangi basamaktaki sağlık hizmeti sunucularındandır?
- Birinci basamak resmî sağlık kuruluşu
 - Birinci basamak özel sağlık kuruluşu
 - İkinci basamak resmî sağlık kurumu
 - İkinci basamak özel sağlık kurumu
 - Üçüncü basamak sağlık kurumu
8. Aile hekimlikleri aşağıdaki hangi basamaktaki sağlık hizmeti sunucuları arasında sıralanmıştır?
- Birinci basamak resmî sağlık kuruluşu
 - Birinci basamak özel sağlık kuruluşu
 - İkinci basamak resmî sağlık kurumu
 - İkinci basamak özel sağlık kurumu
 - Üçüncü basamak sağlık kurumu
9. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi ile ilgili aşağıda verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?
- Beveridge Modeli olarak da adlandırılır.
 - İlk olarak İngiltere'de uygulanmaya başlanmıştır.
 - Sistem tüm vatandaşları kapsamına almaz.
 - Finansman genel olarak vatandaştan alınan vergilerle sağlanır.
 - Sistemin yönetim yapılması tek bir çatı altında toplanmıştır.
10. Aşağıdaki hâllerin hangisinde sevk zincirine uyulması gerekmektedir?
- İş kazası
 - Diş hastalığı
 - Meslek hastalığı
 - Savaş hâli
 - Afet hâli

Cevap Anahtarı

1.a, 2.b, 3.e, 4.d, 5.e, 6.c, 7.d, 8.a, 9.c, 10.b

YARARLANILAN KAYNAKLAR

Arıcı, K. (2015). Türk Sosyal Güvenlik Hukuku, Gazi Kitabevi, Ankara.

Çelebi, A. K, Cura, S. (2013). "Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz". Maliye Dergisi, Sayı:164, ss:47-67.

Güzel, A, Okur, A. R, Caniklioğlu, N. (2012). Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınevi, İstanbul.

Korkusuz, M. R, Uğur, S. (2015). Sosyal Güvenlik Hukuku, Ekin Kitabevi, Bursa.

Sargutan, A, E. (2005). "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı". Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1, ss:81-110.

Sözer, A. N. (2013). Türk Sosyal Sigortalar Hukuku, Beta Yayınevi, İstanbul.

Tuncay, C., Ekmekçi, Ö. (2015). Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, Beta Yayınevi, İstanbul.