

SAĞLIK HİZMET SUNUMU KAPSAMINDAKİ HAK DEĞİŞİMLERİ 2002-2009

Osman ÖZTÜRK*

Türkiye’de sağlık hizmetleri 2003 yılından bu yana önemli bir “dönüşüm” geçiriyor. AKP Hükümeti’nin “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak adlandırdığı bu “reform” paketinin temel bileşenleri şu adımlardan oluşuyor:

- 1- Sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunun ayrılması.
- 2- Sağlık harcamalarının Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile finanse edilmesi.
- 3- GSS kapsamındaki nüfusa verilecek sağlık hizmetlerinin Temel Teminat Paketi (TTP) ile sınırlandırılması.
- 4- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temeli olan sağlık ocaklarının tasfiye edilerek “Aile Hekimliği” modeline geçilmesi.
- 5- Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi.
- 6- Kamu hastanelerinin “Sağlık İşletmeleri”ne dönüştürülmesi.
- 7- Özel sağlık sektörünün teşviki ve kamusal kaynakların hizmet satın alınması yoluyla özel sektöre aktarılması.

Sağlıkta “Dönüşüm” Programı’nın vatandaşlar açısından iki önemli çıktısı oldu.

Bir yandan “bütün hastaneleri vatandaşlara açıyoruz” propagandasıyla özel sağlık kurumlarına yönlendirildiler; diğer yandan yeni “katılım payları”, “ilave ücretler”, “fark ücretleri” ödemek zorunda kaldılar.

1- Devlet memurları özele

Sosyal güvenlik kapsamındaki hastaların özel sağlık kurumlarına yönlendirilmesi doğrultusundaki ilk adım erken bir dönemde, Sağlıkta “Dönüşüm” Programı’nın daha yeni ilan edildiği 2003 Haziran’ında atıldı.

* Dr. Adli Tıp Asistanı, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyesi.

Devlet memurları, 2003 yılından önce, hastalandıkları zaman birinci basmakta kendi kurum tabipliklerine ya da sağlık ocaklarına, ikinci basmakta ise kamu hastanelerine başvuruyorlar ve ancak istisnai durumlarda anlaşmalı özel hastanelere sevk ediliyorlardı.

30 Mayıs 2003 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan “Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ”le birlikte bu durum değişti.

Tebliğin amacı; “devlet memurları ile bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin tedavilerinin resmi sağlık kurumları yanında özel sağlık kurumları ve özel polikliniklerden de sağlanmasına ilişkin usul ve esasların belirlenmesi”ydi.

Tebliğle birlikte, hastalar; kurumlarından alacakları sevk evrakıyla birinci basamak tanı ve tedavi için resmi kurum tabiplikleri, sağlık ocağı, sağlık merkezi, verem savaş dispenseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, SSK sağlık istasyonu-dispenseri yanında özel polikliniklere başvurabileceklerdi.

Özel poliklinikler kendilerine başvuran devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları hastalara sadece hemogram, tam idrar tahlili, açlık kan şekeri gibi sınırlı sayıda tetkik ve tahlili fatura edebileceklerdi.

Özel polikliniklerce yapılan tanı ve tedavilerin fiyatlandırılmasında Bütçe Uygulama Talimatı’nda birinci basamak için tespit edilen fiyatlar esas alınacaktı.

Eğer tedavi sonlandırılmamışsa, hastalar özel poliklinikten alacakları sevkle ikinci basamak resmi veya özel sağlık kuruluşlarına başvurabileceklerdi.

Uygulamada, esas olarak, hastaların özel sağlık kuruluşlarından hizmet alırken herhangi bir ücret ödemeleri öngörülmemiştir.

Sadece, belgelenecek acil haller dışında, kurumlarından aldıkları sevkle doğrudan ikinci basamak kamu veya özel sağlık kuruluşuna başvurmaları durumunda bir ödeme yükümlülüğü getirilmiştir.

Bu durumda, ödeme Bütçe Uygulama Talimatı’nda belirlenen birinci basamak birim fiyatları (sağlık ocağı faturalandırması) esas alınarak yapılacak; ilgili sağlık kurumu, doğrudan ikinci basamağa müracaat eden hastadan aradaki fiyat farkını talep edebilecekti.

2- Sıra SSK’lılarda

Türkiye’nin en büyük sosyal güvenlik kurumu olan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 2005 yılına kadar kendi sağlık kuruluşlarına sahipti.

Sağlık hizmeti almak isteyen SSK’lılar öncelikle SSK dispanserleri ya da hastanelerine başvuruyorlar; ancak bu kurumlardan sevk edildikleri takdirde Sağlık

Bakanlığı, üniversite veya anlaşmalı özel hastanelere gidebiliyorlardı. Anlaşmalı özel hastanelerin SSK'lı hastalardan herhangi bir ad altında ücret talep etmesi yasaktı.

6 Ocak 2005 günlü ve 5283 sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun"la SSK'nın toplam 573 sağlık kuruluşu Sağlık Bakanlığı'na devredilerek tasfiye edildi.

SSK, sağlık kurumlarının tasfiyesinin ardından, resmi kurumların yanı sıra özel sağlık kurumlarından da hizmet satın almaya; özel sağlık kuruluşları da hastalardan "ilave ücret" almaya başladı.

Aslında, SSK'lı hastalardan özel sağlık kurumlarında alınmaya başlanan "ilave ücret" in hiçbir yasal dayanağı yoktu; dahası açıkça yasadışıydı.

Çünkü; hastalık sigortasını da düzenleyen 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu halen yürürlükteydi. Sağlık yardımlarının kapsamı ve süresi; eş ve çocuklara, ana ve babaya sağlık yardımı yapılması; geçici iş göremezlik ödeneği 506 sayılı Kanun'un ilgili maddelerinde ayrıntılı olarak tanımlanmış; SSK'lıların bu sağlık yardımlarını alırken yapacakları ödemeler de ayrı ayrı sayılmıştı.

Kanun'da sigortalıların eş, çocuk, anne, babaları ile emekliler ve aile bireylerinin muayene ücreti ödemesi öngörülmüş, aktif çalışanlar ise muayene ücretinden muaf tutulmuştu.

Kanun'un Ek 3. maddesinde, muayene ücreti, "... her bir poliklinik muayenesi için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararı ile 20 TL'dan az olmamak üzere" belirlenmiş; 1992 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla bu ücret (20) gösterge rakamının memur maaş katsayısıyla çarpımı sonucu bulunacak miktar olarak tanımlanmıştı.

506 sayılı Kanun'da SSK'lılardan, bu tanımlananların dışında bir muayene, tetkik, ameliyat, tedavi ücreti alınabileceğini düzenleyen herhangi bir hüküm yoktu.

Özel sağlık kuruluşlarının SSK'lı hastalardan "ilave ücret" almasını sağlayan düzenleme, bu kuruluşlarla SSK arasında yapılan "Sağlık Hizmetleri Sözleşmesi"ne dayandırılmıştı.

Gerçekte; Sözleşme'nin Genel İdari Hükümler Bölümü'ndeki 4/1. maddesinde "(Sözleşmeli) Merkez, vizite kağıdı, sağlık karnesi ve resimli kimlik belgesi ile müracaat eden hastaların; ... sigortalılık ve sağlık provizyonunun alınması koşuluyla muayene, tetkik ve/veya tedavilerini yapar" denilmekteydi.

Sözleşme'nin 4/12. maddesinde de, "Bu sözleşmeyi kabul eden Merkez, hastalar arasından vaka seçimi yapmayacaktır." hükmü yer alıyordu.

Bu durumda, SSK'yla sözleşme yapan bir özel sağlık kurumuna müracaat eden SSK'lı hastaların, hiçbir ek ödeme yapmadan sağlık hizmeti alma hakkı vardı.

Ancak, Sözleşme'nin 4/16. maddesindeki "(Sözleşmeli) Merkez, hastanın veya hasta yakınlarının yazılı onayı alınmadan herhangi bir gerekçe ileri sürerek (dernek, vakıf vb. kuruluşlar için istenecek bağışlar dahil) ilave ücret ödenmesi talebinde bulunamaz." ibaresi durumu tamamen değiştiriyordu.

İlk bakışta SSK'lı hastalardan ek bir ödeme istenmesini kısıtlıyor, yasaklıyor gibi görünen düzenleme pratikte tam tersine işledi ve özel sağlık kurumları kendilerine müracaat eden sigortalı hastaları, üstelik herhangi bir üst sınır olmadan, "ilave ücret" vermeye zorladılar.

Hiçbir yasal dayanağı olmayan bu uygulama, Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girene kadar devam etti.

3- Genel Sağlık(sız)lık Sigortası

Türkiye'de sağlığın finansmanı için bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması ilk olarak 1946 yılında, dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz'un "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı"nda önerilmişti.

Konu daha sonraki yıllarda da defalarca gündeme gelmiş, hatta 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla sağlık sigortası konabilir." hükmü yer almış; ancak bütün bu girişimler sonuçsuz kalmıştı.

AKP Hükümetleri döneminde 2003 yılında başlayan çalışmalar kapsamında hazırlanan emeklilik ve genel sağlık sigortasıyla ilgili kanun tasarıları Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) 19.04.2006 tarihinde 5489 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu olarak kabul edildi ancak dönemin Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından veto edilerek TBMM Başkanlığı'na geri gönderildi.

Süreç, SSGSS Kanunu'nun 31 Mayıs 2006 günü TBMM'de bir kez daha kabul edilmesi ve 16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete'de 5510 sayılı Kanun olarak yayınlanmasıyla sonuçlandı.

SSGSS Kanunu'nda 1 Ocak 2007 olarak belirlenen GSS'nin yürürlük tarihi Anayasa Mahkemesi'nin 15 Aralık 2006'da verdiği kısmi iptal ve yürütmeyi durdurma kararından sonra ertelendi.

Sonrasında, 5754 sayılı SSGSS Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 17 Nisan 2008'de Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edildi.

Böylece GSS sonunda 1 Ekim 2008 günü yürürlüğe girdi.

GSS sisteminin esası sağlık hizmetini prim ödeme zorunluluğu ve “kullanan öder” mantığıyla getirilen katılım paylarının üzerine oturtuldu.

Nitekim, GSS’nin yürürlüğe girmesiyle birlikte, daha ilk günden başlayarak, sosyal güvenlik kapsamındaki yurttaşlar için bir dizi hak kaybı oluştu.

3.1- Muayene ücretlerine zam

31 Mayıs 2006 tarihinde TBMM’den geçen 5510 sayılı Yasa’nın 68. maddesinin 1. fıkrasının (a) bendinde “Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde” katılım payı 2 Yeni Türk Lirası olarak belirlenmiş ve ikinci fıkrasında bu katılım payını “birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye” Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yetkili kılınmıştı.

17 Nisan 2008 tarihli ve 5754 sayılı Kanun’la 2. fıkra şu şekilde değiştirildi:

“Birinci fıkranın (a) bendi gereği katılım payını; birinci basamak hizmet sunucularında yapılan muayenelerinde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye veya tekrar birinci fıkranın (a) bendi için belirlenen tutara getirmeye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı dikkate alınmak suretiyle yarısına kadar indirmeye veya beş katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu tutarları kanuni tutarlarına getirmeye veya indirmeye Kurum yetkilidir.”

5754 sayılı Kanun’la muayenelerde katılım paylarını beş katına kadar artırma yetkisini alan SGK, bu yetkisini GSS’nin yürürlüğe girdiği daha ilk gün, 1 Ekim 2008’de kullandı.

SGK Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT) yapılan değişikliklerle muayene ücretleri; birinci basamak sağlık kurumlarında 3 YTL, eğitim ve araştırma hastanelerinde 4 YTL, üniversite hastanelerinde 6 YTL, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında 10 YTL’ye çıkarıldı.

Muayene katılım paylarıyla ilgili bu düzenlemenin yürütmesi Danıştay 10 uncu Daire Başkanlığı’nın 14 Temmuz 2009 tarihli Kararıyla durduruldu.

Ancak, bu arada, 10 Temmuz 2009 tarihinde yayınlanan 5917 sayılı “Bütçe Kanunlarında Yer Alan Bazı Hükümlerin İlgili Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelere Eklmesi ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelere Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun” başlıklı bir “Torba Yasa”ya eklenen düzenleme ile 5510 sayılı SSGSS Yasası’nın 68. maddesinde yeni bir değişiklik yapıldı.

SGK'nın muayene katılım paylarını beş katına kadar arttırma yetkisi bu kez on katına çıkarıldı.

Muayene katılım payları, bu kez de, birinci basamak sağlık kurumları için 3 TL, devlet hastaneleri için 8 TL ve özel sağlık kurumları için 15 TL olarak belirlendi.

Böylece SSGSS Kanunu'nda başlangıçta bütün sağlık kurumları ve bütün basamaklar için 2 TL olarak belirlenen muayene ücretlerine devlet hastaneleri için yüzde 300, özel sağlık kurumları için yüzde 650 zam yapılmış oldu.

Üstelik, bu düzenlemelerle, daha önce muayene ücreti ödemeyen SSK'lı aktif çalışanlar, yeşil kartlılar, kamu çalışanları ve emeklileri ile aile bireylerine de ücret ödeme zorunluluğu getirilmiş oldu.

3.2- "Lüks" oda ücreti

GSS'yle birlikte, sağlık hizmeti sunumu sırasında vatandaşlara getirilen bir diğer külfet "Kurumca belirlenmiş standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetleri" için ek bir fark ödemesi zorunluluğu oldu.

31 Mayıs 2006'da kabul edilen SSGSS Kanunu'nda bu "fark ödemesi"nin Kanun'un 72. maddesinde belirlenen tutarın iki katını geçemeyeceği belirtilmiş ve "Bu farkın alınabilmesi için, kişilerin fark ödemeyi kabul ettiğinin yazılı olarak belgelenmesi zorunludur." hükmüne yer verilmişti.

SSGSS Kanunu'nda 17 Nisan 2008'de yapılan değişiklikle bu "fark ödemesinin üst sınırı üç katına çıkarıldı ve "kişilerin fark ödemeyi kabul ettiğinin yazılı olarak belgelenmesi" zorunluluğu kaldırıldı.

3.3- "İstisnai" sağlık hizmeti

5754 sayılı Kanun'la getirilen en garip düzenleme SSGSS Kanunu'nun 73. maddesine eklenen "Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, ... hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen istisnai sağlık hizmetleri için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden belirlenen hizmet fiyatlarının üç katını geçmemek üzere ilâve ücret alabilir."

"Hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi" hiçbir bilimsel dayanağı olmayan ve subjektif yorumlara son derece açık olan bu kriterin yaygın olarak uygulanmasıyla sigortalı vatandaşlar bir dizi sağlık hizmeti için, SGK tarafından belirlenen ücretin yüzde 300'üne kadar ilave ücret ödemek zorunda kalacaklar.

3.4- Yatan hastadan da ilave ücret

5510 sayılı SSGSS Kanunu 31 Mayıs 2006'da TBMM'de kabul edildiğinde, katılım payı alınacak sağlık hizmetleri Kanun'un 68. maddesinin 1. fıkrasının üç bendinde tanımlanmıştı:

- a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi.
- b) Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri.
- c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar."

10 Temmuz 2009 tarihli 5917 sayılı "Torba Yasa"yla SSGSS Kanunu'nun 68. maddesine dördüncü bir bent eklendi:

"d) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri."

Bu şekilde tanımlanan yeni katılım payının oranı yüzde bir olarak tanımlanırken, "katılım payını almama, yarısına kadar indirme veya bir katına kadar artırma, gerektiğinde bu tutarları kanuni tutarlarına getirme veya indirme" konusunda SGK'ya yetki verildi.

Her ne kadar oranı düşük tutulmuşsa da katılım payı ödeme zorunluluğu getirilen bu yeni zorunluluk diğerlerinden temel bir farklılık taşıyor ve GSS uygulamasının gelecekte nasıl şekilleneceği konusunda önemli bir ipucu sunuyor.

Gerek geçmişte Emekli Sandığı, SSK ve bağ-Kur sigortası uygulamalarında, gerekse SSGSS Kanunu'nun ilk halinde tanımlanan katılım payları ayaktan tedavilerle sınırlıydı.

Bu düzenlemelerde, bütün sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması durumunda, sağlık sigortası olan vatandaşların, sigortanın kendilerine tanıdığı hakkı gereksiz yere kullanabileceği varsayılıyor ve katılım payı zorunluluğu "gereksiz kullanımı engellemek" gerekçesiyle savunuluyordu.

Oysa 5510 sayılı Kanun'un 68. maddesi birinci fıkrasına eklenen (d) bendi ile hiçbir vatandaşın kendi isteğiyle karar veremeyeceği "yatarak tedavi" için de katılım payı zorunluluğu getirildi.

Böylece, GSS kapsamındaki bütün sağlık hizmetlerinin ücretli olması doğrultusunda önemli bir adım atılmış oldu.

3.5- İlave ücret

SSGSS Kanunu ilk kabul edildiğinde sigortalıların sadece otelcilik hizmetleri ve öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için "fark ödemesi" öngörülmüştü.

Kanun'un 73. maddesinin 4. fıkrasında şu hükümler yer almıştır:

"Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez. ... Bu farkın alınabilmesi için, kişilerin fark ödemesi kabul ettiğinin yazılı olarak belgelenmesi zorunludur. Otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında veya belirlenen tavanın üzerinde fark alınması halinde, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının sözleşmeleri bir yıl süreyle feshedilir."

SGK kapsamındaki vatandaşlar, Kanun'da tanımlanan "katılım payları" ile "otelcilik hizmetleri" ve "öğretim üyesi" farkı dışında, SGK'yla sözleşme yapan sağlık kuruluşlarından, özel veya kamu farkı olmaksızın ücretsiz olarak yararlanabileceklerdi.

17 Nisan 2008'de çıkarılan 5754 sayılı Kanun'la, SSGSS Kanunu'nun 73. maddesi yeniden düzenlendi:

"Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterler dikkate alınarak bu bedellerin bir katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkilidir. Bu tavan dahilinde alınabilecek ilave ücret oranları Kurumca belirlenir. ...

Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları ise otelcilik hizmeti ile dördüncü fıkrada belirtilen istisnai sağlık hizmetleri dışında, sağladıkları sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret talep edemez. Aksine bir hüküm bulunmadığı sürece, kamu idaresi ve vakıf üniversitesi sağlık hizmeti sunucularında 4/11/1981 tarih ve 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunun'da tanımlanan öğretim üyeleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri için bu fıkra hükmü uygulanmaz, Kurum öğretim üyeleri için alınacak ilave ücret için bir tavan belirleyebilir."

GSS henüz yürürlüğe girmeden yapılan bu düzenlemeyle, gerçekte, GSS'nin bütün kurgusu ve vatandaşlar açısından anlamı değişmiş oldu.

SGK'lı vatandaşların vakıf üniversiteleri de dahil özel sağlık kuruluşlarından alacağı ayaktan muayene, laboratuvar tetkikleri, ameliyat, doğum, yatarak tedavi de dahil her türlü sağlık hizmeti ücretli hale getirildi.

Ancak uygulamayı kontrol altında tutabilmek için, pratik geçerliliği daha sonra tartışılacak olan, iki mekanizma tanımlandı.

Önce Bakanlar Kurulu alınacak ilave ücretin tavanını tespit edecek, daha sonra SGK bu tavan dahilindeki oranları belirleyecekti.

2009 yılı için ilave ücret tavanı yüzde 30 olarak belirlendi. 2010 yılında ise kademeli olarak yüzde yetmiş kadar çıkarıldı.

2010 yılında özel hastaneler önce SGK tarafından belirlenen kriterlerle değerlendirildi ve sınıflara ayrıldı. 800-1000 puan alanlar A, 600-800 puan alanlar B, 400-600 puan alanlar C, 200-400 puan alanlar D, düşük puan alanlar E sınıfında tanımlandı.

Sonra; ilave ücret tavanı E sınıfı hastaneler için yüzde otuz, D sınıfı için yüzde kırk, C sınıfı için yüzde elli, B sınıfı için yüzde altmış ve nihayet A sınıfı için yüzde yetmiş olarak belirlendi.

Gerçekte, aslında, sosyal güvenlik kapsamındaki vatandaşlar ödeme güçlerine göre sınıflandırılmış oldu.

Bir sağlık sorunuyla karşılaştığında herhangi bir nedenle özel hastaneye gitmesi gereken hastalardan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nun belirlediği bedelin yüzde yetmişini ödeme gücü olanlar A sınıfı, yüzde altmışını ödeme gücü olanlar B sınıfı, yüzde ellisini ödeme gücü olanlar C sınıfı, yüzde kırkını ödeme gücü olanlar D sınıfı, yüzde otuzunu ödeme gücü olanlar E sınıfı hasta yurttaş olarak sınıflara ayrıldı.

Öte yandan, ilave ücretle ilgili bütün bu tanımlama ve sınırlandırmalar sadece kâğıt üzerinde geçerli. Gerçekte ise özel hastanelerin aldıkları ilave ücret oranı tamamen "serbest piyasa" koşullarında belirleniyor. Hastanenin bulunduğu yerleşim yeri, hizmet verdiği "müşteri"lerin ödeme gücü gibi kriterlere göre yasal alt sınır olan yüzde otuzdan başlayıp yasal üst sınır olan yüzde yetmişin çok daha fazlasına kadar çıkıyor.

Daha önce bahsedildiği gibi, SSGSS Kanunu 2006 yılında ilk olarak kabul edildiğinde kamu sağlık kurumlarında olduğu gibi özel sağlık kurumlarında da sadece otelcilik hizmetleri ve öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için "fark ödemesi" alınmasına imkan tanınmış ve yetmiş üçüncü maddenin dördüncü fıkrasında suistimalleri önlemek için etkili bir yaptırım öngörülmüştü:

"Otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında veya belirlenen tavanın üzerinde fark alınması halinde, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının sözleşmeleri bir yıl süreyle feshedilir."

Hastalarının büyük çoğunluğu SGK sigortalılarından ve gelirlerinin büyük bölümü SGK ödemelerinden oluşan özel hastanelerin, bir yıl süreyle sözleşme fesihini göze alarak belirlenen tavanın üstüne çıkmaları mümkün değildi.

Bu engel 5510 sayılı SSGSS Kanunu'nda 5754 sayılı Kanun'la 2008 yılında yapılan değişiklikle aşıldı ve söz konusu yaptırım ortadan kaldırıldı.

Bugün artık, yasal tavanın üzerinde ilave ücret alan özel hastanelere uygulanan para cezalarının hiçbir caydırıcılığı bulunmuyor. SGK'lı hastalardan belirlenen tavan dahilinde ilave ücret almak yerine bu tavanın çok daha üzerinde ilave ücretler tahsil edip, ancak bu durumun tespiti halinde para cezası ödemek, özel hastaneler açısından daha kârlı bir durum yaratıyor.

Sonuç:

AKP Hükümeti, Sağlıkta "Dönüşüm" Programı'nın bir özelleştirme programı olduğu yönündeki değerlendirme ve eleştirileri hiçbir zaman kabul etmedi.

Ancak 31 Aralık 2008 tarihli "Üçüncü Avrupa Birliği Ulusal Programı"nda sağlığın özelleştirme kapsamına alınması durumu açık olarak ortaya konuyor:

"Özelleştirme vizyonu çerçevesinde önümüzdeki dönemde, devletin bankacılık, hava ve deniz ulaşımı ile lokomotif ve vagon üretimi, et-balık ürünleri piyasası, şeker, tütün ve çay ürünlerinin işlenmesi, petro-kimya sanayi, malzeme alımı, elektrik dağıtım ve toptan ticareti, şans oyunları, İMKB, altın borsası, çeşitli kamu hizmetleri, telekomünikasyon ve turizm alanlarından tamamen çekilmesi; bunun yanı sıra, elektrik üretimi, su şebekesi, kanalizasyon altyapısı, sağlık, eğitim, savunma, radyo-televizyon yayıncılığı, doğal gaz piyasası, kömür ve diğer maden işletmeciliğindeki payının azaltılması hedeflenmektedir."

Türkiye'de sağlık hizmetleri piyasalaşıp özelleştikçe sağlık hizmetlerine ulaşmak isteyen vatandaşların ceplerinden daha fazla para ödemeleri gerekiyor.

Sağlıkta "Dönüşüm" Programının henüz tamamlanmadığı, GSS'nin daha ikinci yılını bile doldurmadığı, Sağlık Bakanlığı'nın hâlâ hizmet sunumundan çekilmediği koşullarda bile bu doğrultuda yaşanan gelişmeler bu Program'ın daha ileri aşamalarında hizmete ulaşmak için ödeyecekleri bedelin ipuçlarını veriyor.

KAYNAKLAR

- Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı ile Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar. Resmi Gazete: 31.12.2008-27097, 5. Mükerrer Sayı. Ulaşım Tarihi 12.08.2010, <http://regabasbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/12/20081231m5.htm>
- DİSK, KESK, TMMOB, TTB (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'na İlişkin Görüşlerimiz. İstanbul: DİSK'in Sesi Mayıs 2006 Özel Eki.
- Genel Sağlık Sigortası (2005). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İkinci Baskı.
- Öztürk O. ve Çelik A., (2008) Sosyal Güvenlikte Hak Kaybı Dönemi. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Sağlıkta Dönüşüm (2003). T. C. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP (2007). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Tıp Dünyası Özel Sayı. Kasım 2005.
- 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu. Resmi Gazete. 29, 30, 31/07/1964-01/08/1964-11766-11779, Ulaşım Tarihi 10.07.2010, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/377.html>
- 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun. Resmi Gazete: 19.01.2005-25705, Mükerrer Sayı. Ulaşım Tarihi 12.07.2010, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119m1.htm>
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Resmi Gazete: 16.06.2006-26200. Ulaşım Tarihi 16.07.2010, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616.htm>
- 5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete: 08.05.2008-26870, Ulaşım Tarihi 16.07.2010, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/05/20080508.htm>
- 5917 Sayılı Bütçe Kanunlarında Yer Alan Bazı Hükümlerin İlgili Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelere Eklenmesi ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun. Resmi Gazete: 10.07.2009-27284. Ulaşım Tarihi 19.07.2010, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2009/07/20090710.htm>