

## GENEL SAĞLIK SİGORTASININ ORGANİZASYONU

Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER\*

### I. GİRİŞ

Ülkemizde uygulanması planlanan genel sağlık sigortası (GSS) için önce 24.11.2004 Tarih ve 5258 Sayılı **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun**, daha sonra ise 16.5.2006 Tarih ve 5502 Sayılı **Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu** ile 5510 Sayılı **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları** kabul edilmiştir. Ayrıca, sağlıkta yeniden yapılanmanın tamamlanması amacıyla **Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Kanun Tasarısı** hazırlanmış olup, kabulü için 10.10.2007 tarihi itibarıyla TBMM. Başkanlığı'na sunulmuştur. Bu çalışmada, sözü edilen düzenlemelerden ve diğer bazı kanunlardan yola çıkılarak, GSS'nin örgütlenme şekli ele alınmıştır.

### II. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) **merkez** ve **taşra teşkilatından** oluşmaktadır. Kurum sağlık hizmetleri bakımında sadece satın alma esasına göre yapılandırılmıştır. Bu nedenle, hizmet satın aldığı sağlık hizmeti sunucularını da ayrıca açıklamak gerekmektedir.

#### A. Merkez Teşkilatı

16.5.2006 Tarih ve 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Bağ Kur ve Emekli Sandığı birleştirilerek **Sosyal Güvenlik Kurumu** oluşturulmuştur. Kurum Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Yönetim Kurulu, Genel Kurul ve Yüksek Danışma Kurulundan oluşmaktadır (Md. 4, Md. 26). Başkanlık ana hizmet birimleri olarak Sosyal

---

\* Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F. Öğretim Üyesi

Sigortalar, Genel Sağlık Sigortası, Primsiz Ödemeler ve Hizmet Sunumu adı altında dört Genel Müdürlük kurulmuştur (Md. 12).

**Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü** SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın yerini almaktadır. **Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü** ise, dağınık bir şekilde yürütülmekte olan sosyal yardım ve hizmet faaliyetlerini organize etmek için düşünülmüştür. **Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü** adı geçen kurumlarca yürütülmekte olan sağlık sigortası hizmetlerini (daha doğru bir ifade ile hizmet satın alma görevini) üstlenmektedir. Bu görev ilgili maddede şu şekilde açıklanmaktadır: Sosyal güvenlik mevzuatı ile verilen genel sağlık sigortasına ilişkin görevleri yapmak, kişisel koruyucu sağlık hizmetleri politikalarının tespiti ve etkin bir şekilde uygulanmasına katkı sağlamak, hak sahiplerini ve yükümlülere GSS hakkında bilgilendirmek (Md. 14).

5510 SK.'a göre, her genel müdürlük bünyesinde, Yönetim Kurulu kararı ile, en fazla 8 adet daire başkanlığı kurabilir (Md. 12/son).<sup>1</sup> Kurulan daire başkanlıkları şu şekildedir: Sağlık Politikalarını Geliştirme ve Mevzuat Daire Başkanlığı, İlaç ve Tıbbi Malzeme Mevzuatı Daire Başkanlığı, Sağlık Hizmeti Sözleşme ve Ödemeleri Daire Başkanlığı, İlaç ve Tıbbi Malzeme Sözleşme ve Ödemeleri Daire Başkanlığı, İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı, Proje Geliştirme Daire Başkanlığı, Maluliyet ve Sağlık Kurulları Daire Başkanlığı.<sup>2</sup>

## B. Taşra Teşkilatı

SGK.'nın taşra teşkilatını oluşturmak üzere, her ilde **sosyal güvenlik il müdürlükleri** oluşturulur. Ayrıca il müdürlüklerine bağlı olarak **sosyal güvenlik merkezleri** kurulur. Sosyal güvenlik merkezleri hem **illerde**, hem de **ilçelerde** faaliyette bulunurlar. Kurulmalarında ve kaldırılmalarında nüfus, sigortalı ve genel sağlık sigortalısı sayıları, işyeri sayısı, işlem yoğunluğu gibi ölçüler dikkate alınır. İl müdürlükleri ve merkezler idari iş ve işlemler açısından dört kategoriye ayrılabilirler (Md. 27). Dört kategorinin adı ve içeriği düzenleme belirlenmiş değildir.

<sup>1</sup> Bu düzenlemeden yola çıkılarak, daha önce Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü için, üç ana hizmet birimi kurulmuştu. Tedavi Hizmetleri ve Maluliyet Daire Başkanlığı, İlaç ve Eczacılık Daire Başkanlığı ile Sağlık Hizmetleri Satınalma Daire Başkanlığı.

<sup>2</sup> SGK. Yönetim Kurulu'nun 23/05/2008 tarihli 2008/154 sayılı kararı ve Bakanlık Makamının 28.05.2008 tarihli onayı ile kurulmuşlardır. Bkz. [http://.sgk.gov.tr/...](http://.sgk.gov.tr/)

## C. Hizmet Sunucular

SSK'nın hastahaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş olduğu için, Kurum hizmet sunma değil hizmet satın alma esasına göre yapılanmıştır. Bu görevi **Sağlık Hizmeti Sözleşme ve Ödemeleri Daire Başkanlığı** üstlenmiştir. Hizmet sunucular ve hizmet satın alma esasları 31.5.2006 Tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda düzenlenmiştir.

5510 SK. Md.73/1'e göre, "... *sağlık hizmetleri Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki **sağlık hizmeti sunucuları** arasında yapılan **sözleşmeler** yoluyla ve/veya... sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından ... sağlanır...*" Maddede hizmet sunucuları sözleşmeli ve sözleşmesiz olarak ikiye ayrılmıştır.

### 1. Sözleşmeli Hizmet Sunucuları

Sağlık Hizmeti Sözleşme ve Ödemeleri Daire Başkanlığı önceden belirlenen tip sözleşmeler yoluyla sigortalılara hizmet sunacak sağlık tesislerini belirlemektedir. Yapılacak sözleşmelere ilişkin esaslar anılan Başkanlık tarafından şu şekilde saptanmıştır <sup>3</sup> : " ... **sözleşmeyle ilgili tüm işlemlerin Genel Müdürlüğümüzce yürütülmesinin yoğun iş yüküne getirmiş olduğu olumsuz katkılar nedeniyle doğabilecek aksaklıklar da dikkate alınarak bundan böyle bu konudaki işlemlerin önceden olduğu gibi **sağlık işleri il müdürlüklerimiz tarafından yürütülmesi uygun görülmüştür.** ...Her sözleşme döneminde olduğu gibi gerek uygulamada ortaya çıkan sorunların çözümüne yönelik yeni hükümler geliştirilmesi gerekse mevcut hükümlerde bu doğrultuda değişiklikler yapılması yoluyla sözleşme metinleri yeniden düzenlenmekte ve **Kurumumuz Yönetim Kurulu'nca da kabul edilmesinin ardından uygulamaya konulmaktadır.** ...Merkezlerin sözleşme taleplerinin alınması, değerlendirilmesi ve uygun görülenlere ait işlemlerin yürütülerek imzalanması işlemlerinin Sağlık İşleri İl Müdürlüklerince yürütülmesi, uygun görülmüştür."**

Söz konusu açıklamadan anlaşılacağı üzere, resmi veya özel sağlık tesisleri ile sözleşmeleri SGK sağlık işleri il müdürlükleri yapmakta, bağtlanan sözleşmeler Kurum Yönetim Kurulu'nun tasdikine sunulmaktadır. Genelgeye göre, " *Sözleşmeler Genel Müdür onayıyla*

<sup>3</sup> 3.4.2006 Tarih ve XVI-12 Sayılı Ek Genelge

*yürürlüğe gireceğinden merkezler **onay tarihinden önce hasta kabul ve tedavi etmemeleri konusunda uyarılacak aksine hareket edenlerin onay tarihinden önceki fatura bedelleri ödenmeyecektir***".<sup>4</sup>

SGK. Başkanlığı, erişim sitesinde yer alan bilgilere göre, 6.12.2007 tarihi itibarıyla 1211 kamu ve 1673 özel olmak üzere, toplam 2884 sağlık tesisi sözleşme kapsamında hizmet sunmaktadır.

## 2. Sözleşmesiz Hizmet Sunucuları

Kural olarak genel sağlık sigortalılarının hizmet taleplerini sözleşmeli sağlık tesislerine yapmaları gerekmektedir. 5510 SK'da sadece **acil hallerde** sözleşmesiz sağlık tesislerine de başvurulması olanağı kabul edilmiştir (Md. 73/VI).<sup>5</sup>

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın alınan sağlık hizmet bedelinin ödenebilmesi için iki koşul aranmaktadır. İlk koşul, ilgili hizmet sunucusunun faaliyeti için gereken resmi ruhsat ve izni almış olmasıdır. İkinci koşul, sözleşmesiz sunucunun şartlarının sözleşmeli sunucularda aranan şartlara uygun olmasıdır. Acil haller için asli veya bağlı sigortalılar tarafından masraflar kendileri tarafından yapılmaktadır. Daha sonra **faturaları ibraz** ettiklerinde giderler ödenmektedir. Ancak, yapılacak ödemelerde Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutarlar esas alınır (Md. 73/VII).

## III. SAĞLIK BAKANLIĞI

1936 yılında "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti" adı ile kurulan Sağlık Bakanlığı Anayasa Md. 56'da düzenlenen sağlık hakkının hayata geçirilmesini sağlamakla görevlidir. 13.12.1983 Tarih ve 181 Sayılı "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"de bu görevler **kişilerin ve toplumun** özellikle ana ve çocuk **sağlığını korumak**, bunun için bulaşıcı, salgın ve

<sup>4</sup> Genelge'de sağlık işleri il müdürlüklerinden söz edilmektedir. Ancak, 5502 SK. taşra teşkilatı için sadece sosyal güvenlik il müdürlüğünü kurmuştur. Bu durum halen SSK'dan kalan sağlık işleri il müdürlüklerinin tasfiye edilmeyip göreve devam ettiklerini ortaya koymaktadır.

<sup>5</sup> Yasanın önceki halinde ayrıca acil olmayan hallerde de sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına müracaat hakkı tanınmış idi. Bu halde, sigortalılar kendilerine sunulan hizmet için ödedikleri bedeli Kurumdan kısmen alabileceklerdi. Sevk zincirine uygun başvurularda % 70, uygun olmayan başvurularda ise % 50 oranında ödeme yapılması hükmüne bağlanmıştı (Md. 73/5-6). Ancak, 17.4.2008 T. ve 5754 SK. Md. 45 ile 73. madde tadil edilerek sözleşmesiz hizmet sunucularına sadece acil hallerde başvurma olanağı sağlanmaktadır.

sosyal (uyuşturucu, alkol bağımlılığı) hastalıklarla, kanser verem ve sıtma gibi hastalıklarla savaşmak, gerekli aşı ve ilaç üretimini yapmak, yaptırmak, üretim ve tüketimini kontrol etmek, gıda ve çevre sağlığı ile ilgilenmek şeklinde sayılmıştır (Md. 2).

Bakanlığın görevleri ayrıca 15.5.1987 yayın tarihli 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda da düzenlenmiştir. Bu kanuna göre, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması, işletilmesi; ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretimini teşvik ve temini, onlar için **ruhsatlandırma**, izin ve fiyat verme; hizmet planlaması yapmak, kuruluşları koordine etmek, hizmet standartlarını belirlemek, resmi ve özel ücret tarifelerini onaylamak, fertler için sağlık kayıt ve bildirim sistemi kurmak, istihdam planlaması, hizmet içi eğitim, vatandaş eğitimi ve diğer bazı görevleri vardır (Md. 3).

### **A. Merkez Teşkilatı**

Sağlık Bakanlığı'nın yukarıda sözü edilen görevleri yerine getirebilmesi için ana hizmet birimleri kurulmuştur. Temel Sağlık Hizmetleri, Tedavi Hizmetleri, İlaç ve Eczacılık, Sağlık Eğitimi, Ana-Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlükleri, Sıtma Savaşı, Verem Savaşı ve Kanser Savaş Daire Başkanlıkları gibi.

### **B. Taşra Teşkilatı**

Sağlık Bakanlığı'nın taşradaki temsilcisi vali ve ona bağlı olan İl Sağlık Müdürlüğü'dür (Yerel Sağlık İdaresi). İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı, Çevre ve Gıda, Ağız ve Diş, Eczacılık, Ruh Sağlığı, Acil Hizmetler, Bulaşıcı Hastalıklar Şubeleri mevcuttur. Ayrıca Yataklı Tedavi Kurumları ile Sağlık Ocakları Şubeleri faaliyette bulunmaktadır.<sup>6</sup>

#### **1. Sağlık Ocakları**

İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak faaliyette bulunan sağlık ocakları 1961 Tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile kurulmuşlardır. Kuruluş amacı yasada

---

<sup>6</sup> Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısı için bkz. Ünal ER, Sağlık Hukuku, Ankara, 2008, 209 vd.

*“İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın **sosyal adalete uygun** bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde **sosyalleştirilecektir.**”* şeklinde açıklanmıştır (Md. 1). Sosyalleştirme ise, *“... vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.”* şeklinde tanımlanmıştır (Md. 2).

224 SK. ile kurulmak istenen hizmet teşkilatı sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, hastaneler, bölge hastaneleri ve laboratuvarlarından oluşmaktadır (Md. 9). Sağlık ocakları yaklaşık **5 bin – 10 bin kişilik** köy veya (kasaba, şehir) **mahalle gruplarına** hitap eder (Md. 2). En az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinin teşekkül eden ocaklar her türlü koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetleri sunmak, adli hekimlik görevi yapmakla mükelleftirler. Her ekibe bir motorlu veya gerekirse canlı nakil vasıtası ve personele lojman tahsis edilir (Md. 10).

Fertler önce sağlık evine veya ocağına müracaat ederler. **Sevk** edilmeleri halinde sağlık merkezi ve hastanelerde tedavi görürler (Md. 13). Sevk zincirine uyulduğunda kural olarak muayene, tedavi ve ilaç **parasızdır** (Md. 14). Hastaların muhtaç olduğu ilaç ve tedavi vasıtaları görevli resmi sağlık kurumlarınca temin edilir (Md. 15). Kişiler ücretini şahsen ödemek koşuluyla istediği sağlık personelini, müessesesini ve eczaneyi seçmek hakkına sahiptir (Md. 5).

Uygulamada birinci basamak hizmeti veren sağlık ocakları oldukça önem taşımaktadır. Çünkü, 1978 Alma-Ata Bildirgesi'ne göre, sağlık sorunlarının **% 85-90'ı ilk basamakta** çözülebilmektedir. Genellikle diğer basamak sağlık kurumlarına sevk oranı % 20'yi aşmaktadır.<sup>7</sup>

## **2. Aile Sağlığı Merkezi**

Aile sağlığı merkezi, bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca, aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu

<sup>7</sup> Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Ankara, 2004, 85. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)

olarak tanımlanmaktadır.<sup>8</sup> Aile sağlığı elemanları ise, hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanlarıdır.<sup>9</sup> Söz konusu personel Sağlık Bakanlığınca görevlendirilebileceği gibi, sözleşmeli olarak da çalıştırılabilir.<sup>10</sup>

### a. Aile Hekimleri

24.11.2004 Tarih ve 5258 Sayılı **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun** ile GSS.'nin alt yapısının oluşturulması hedeflenmiştir. Nitekim bu hususu kanunun birinci maddesinde şu şekilde ifade edilmiştir : *“Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının pilot olarak belirleyeceği illerde, **birinci basamak** sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, **birey ihtiyaçları** doğrultusunda sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir.”*

Aile hekimliği uygulaması ilk kez 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlamıştır. Uygulama Haziran 2009 itibariyle 33 ilde devam etmektedir.<sup>11</sup> 11.01.2009 tarihi itibariyle 4513 aile hekimi görev yapmaktadır.<sup>12</sup>

### b. Aile Hekimi Olma Koşulları

Aile hekimliği **bağımsız bir tıp disiplini** olarak kabul edilmiştir. Söz konusu görevi uzmanlık sıfatını almış kişilerin yerine getirmesi gerekir. Ancak, halen ülkemizde aile hekimliği uzmanlık alanı yeni olduğu için, ihtiyaçı karşılayacak sayıda uzman doktor istihdam edebilmek mümkün görülmemektedir. Anılan nedenle, 5258 SK.'da uzman tabip ve tabiplerin sözleşme yapılarak aile hekimi olarak çalıştırılabil-

<sup>8</sup> Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik Md. 3, RG: 6 Temmuz 2005, 25867 (AH. Pilot Yön.); Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılacak Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, Md. 4. RG: 12 Ağustos 2005, 25904 (AH. Ödeme Yön.).

<sup>9</sup> 5258 SK. Md. 2/son.

<sup>10</sup> AH. Pilot Yön. Md. 3.

<sup>11</sup> www.saglik.gov.tr. Ocak 2008'de 19 ilde uygulama yapılmaktaydı (Temel Sağlık Bülteni, 15 Ocak 2008, 3).

<sup>12</sup> 4513 aile hekiminin 4265'i Sağlık Bakanlığı, 141'i üniversite mensubu ve 107'si özeldir (<http://www.saglikmemurlari.com/forum/index...>).

leceği kabul edilmiştir. Aile Hekimliğine ilişkin yönetmeliklerde Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip ve tabiplerden söz edilmektedir.<sup>13</sup> Sağlık Bakanlığı pratisyen ve diğer alanlardaki uzman hekimler için iki aşamalı bir geçiş dönemi öngörmüştür. İlk aşama, en fazla **10 günlük** bir eğitimidir. İkincisi, en az **1 yıllık** sürelidir.<sup>14</sup>

**Eğitimin ilk aşamasında** sağlıkta örgütlenme, aile hekimlerinin görevleri, birinci basamak hizmetlerinin özellikleri, hasta kayıt ve kodlama sistemleri, iletişim becerileri gibi konular ele alınmaktadır. Kurs öncesi ve sonrası adaylara ön test ve son test uygulanır. Katılımcıların değerlendirilmesi eğitim sürecindeki verimleri göz önüne alınarak eğiticiler tarafından yapılacaktır. Kurs sonu için herhangi bir sınav öngörülmesi değildir. Başarı için sadece devam şartı aranmıştır. Kursta, katılımcıların sınanmasından ziyade, onların almakta oldukları eğitime bakış açılarına önem verilmiştir. Çünkü, her eğitim günü sonunda sözlü geri bildirim ve ayrıca kurs bitimi sözlü ve yazılı geri bildirim alınacaktır. Nitekim anılan nedenle, programın tamamına katılanlara başarı değil "**Uyum Programı Katılım Sertifikası**" verilecektir.<sup>15</sup>

**Eğitiminin ikinci aşaması** için "**görev yerinde eğitim ve koçluk yöntemlerinin kullanılacağı 1 yıllık bir eğitim**" ifadesi kullanılmaktadır. Konuya ilişkin başkaca bir açıklık mevcut değildir. Mevcut haliyle ikinci aşama eğitimi tereddüt doğurucu niteliktedir. Çünkü, hekim görevine başlamıştır. Görev yerinde, özellikle kırsal bir alanda görev üstlenmiş olması halinde, nasıl eğitileceği hususu belli değildir. Koçluk yönteminin ne anlama geldiğini ve hekimlik ile ilgisini anlayabilmek de zordur.

Sağlık Bakanlığı'nın yukarıda açıklanan uygulamasına göre, **10 günlük bir eğitime** katılmak ile aile hekimi sıfatı kazanılabilecektir. Örneğin berber olmak için dahi ustalık sınavına girmek ve başarılı olmak şartı mevcut iken, aile hekimi olmak için sadece kısa süreli bir eğitime katılmış olmayı yeterli görmek kabulü mümkün bir durum sayılamaz. Geçiş dönemi eğitimi olarak adlandırılan bu durumun kısa süreceğini düşünmek de olası değildir. Çünkü, aile hekimliği kavramı ülkemizde ilk kez 5 Temmuz 1983'de Tababet Uzmanlığı Tüzüğünde yer

<sup>13</sup> AH. Pilot Yön.Md. 3; AH. Ödeme Yön. Md. 5.

<sup>14</sup> AH. Pilot Yön. Md. 19.

<sup>15</sup> Ayrıntı için bkz. <http://www.saglik.gov.tr> TC. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları, erişim tarihi: 21.02.2008.

almıştır. Bu isim altında ilk anabilim dalı ise, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuştur. Uzmanlık eğitimi 1985’de Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. 16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu 12547 Sayılı Kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür. Halen ülkemizde 38 fakülte anılan anabilim dalına sahiptir. Ancak, 1983’den 2008 yılına gelindiğinde, aradan geçen 25 yıla rağmen bu konuda sadece 5 profesör, 11 doçent ve 35 yardımcı doçent çalışmaktadır.<sup>16</sup>

Pilot il uygulaması başlamış olan İzmir’de İzmir İl Sağlık Müdürlüğü “İzmir İli Aile Hekimliği Yerleştirme ve Görevlendirme Yönergesi” hazırlamış, yönergede “*görevlendirmelerde eğitim şartı aranmaz ve gönüllü çalışmak isteyenlere öncelik verilir.*” kuralı kabul edilmiştir. Fevkalade yetersiz kalan 10 günlük eğitim alma koşulunu dahi kaldıran söz konusu yönerge, İzmir Tabip Odası’nın açtığı bir dava sonucu İzmir 2. İdare Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir.<sup>17</sup>

### c. Aile Hekimi İstihdam Esasları

**Sağlık Bakanlığı’nın önerisi ve Maliye Bakanlığı’nın uygun görüşü** üzerine, hekimlerle aile hekimliği sözleşmesi yapılmaktadır. Sözleşmenin ön koşulu ilgilinin devlet memuru olma şartlarına sahip olmasıdır. Aile hekimleri öncelikli olarak **kamu görevlileri arasından** çalıştırılacaktır (5258 SK. Md. 3/2). Çünkü, 3. maddede kamu kurumlarından eleman temin edilememesi ve ihtiyaç duyulması halinde **dışarıdan** aile hekimi çalıştırılacağı ifade edilmektedir.

Aynı maddeye göre, “*Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ... kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine ...sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelini aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye yetkilidir*” (Md.3/1). Söz konusu hükümden iki durum ortaya çıkmaktadır. İlk

<sup>16</sup> <http://aile.hekimleri.net/indeks> ... erişim tarihi: 21.02.2008.

<sup>17</sup> İzmir 2. İdare Mahkemesi E: 2007/469, K: 2007/1594, T: 24.10.2007. Aynı kararda Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği gereği hesaplanacak olan aile hekimi atama hizmet puanlarının Hizmet Puanı İtiraz Komisyonunun Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergeye göre 1 Mayıs 2007’de hesaplanması gerekir iken, İzmir İli Aile Hekimliği Yerleştirme ve Görevlendirme Yönergesi’ne göre 31 Mart-2 Nisan tarihleri arasında hesaplanmasına ilişkin kural (Md. 8/1) da iptal edilmiştir.

olarak, kamu kurumlarındaki hekimler talepte bulunur ve kurumları da izin verir ise aile hekimi olarak görev yapabileceklerdir. Bu durumda çalışma, sözleşme temeline dayanacaktır. İkinci olarak ise, bakanlık aile hekimi olmaya elverişli personelini resen bu göreve atayabilecektir. Çünkü, yukarıda aktarılan hükümde Bakanlığın görevlendirmesinden söz edilmektedir. Nitekim, aynı maddede “*Kadroya bağlı olarak veya sözleşmeli personel pozisyonlarında görev yapan personel...*” den bahsedilmektedir (Md.3/4).

Ayrıca, 28.3.2007 Tarih ve 5614 Sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 7.5.1987 Tarih ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun ek 5. maddesine eklenen yeni bir fıkra ile aile hekimi ihtiyacının **kamudan karşılanması** için şu yeni hüküm getirilmiştir: “*Devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmakta olan personel, buldukları ilde sözleşmeli aile hekimi olarak çalıştırılabilirler veya ihtiyaç halinde aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilebilirler ....*”

Aile hekimi ihtiyacının karşılanmasında önceliğin kamu görevlilerine verilmesi hususu Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte de vurgulanmıştır. İlgili Yönetmelik hükmüne göre, “*Pilot ilde ... yeterli sayıda pratisyen bulunmaması veya aile hekimi pozisyonlarının doldurulamaması halinde valilik kamu görevlisi olmayan tabip ve uzman tabiplerden aile hekimi olarak çalıştırılmak üzere ihtiyaç duyulan sayıyı belirleyerek Bakanlıktan talepte bulunur. ...*”<sup>18</sup>.

Yapılan açıklamalardan anlaşılacağı üzere, **serbest** çalışanlar ve **gönüllü** kamu görevlileri sözleşmeli olarak, ayrıca uygun görülen kamu görevlileri ise **resen** yapılan görevlendirme ile aile hekimi olarak istihdam edilebilmektedirler.

Yukarıda SGK'nun teşkilat yapısı açıklanırken **Sağlık Hizmeti Sözleşme ve Ödemeleri Daire Başkanlığı**'nın varlığına değinildi. Anılan Başkanlığın başlıca görevi SGK adına sağlık hizmetlerinin satın alınmasıdır. Başkanlığın **hizmet satın alma yetkisi sadece ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesisleri için** mevcuttur. Çünkü, daha önce değinildiği üzere, birinci basamak için yani, **aile hekimleri ile sözleşme**

---

<sup>18</sup> Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Md. 2. RG: 24 Mart 2007, 26472.

**yapma yetkisi** 5258 SK. ile Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. İllerde bu yetkinin kullanımı **valiliklere devredilmiştir**.<sup>19</sup>

SGK.'nun taraf olması gereken bir sözleşmede birinci basamak sağlık hizmetlerinin satın alınması için Sağlık Bakanlığı ve Valilik yetkilendirilmiş olmaktadır. Taraf olma yetkisindeki bu kayma **aile hekimlerinin giderlerinin** ve ücretlerinin **Sağlık Bakanlığınca üstlenilmesi** olgusu ile açıklanabilir. İlgili yönetmelik sözleşmeli aile hekimlerinin ücret, aile sağlığı merkezi giderleri, gezici sağlık hizmeti giderleri, tetkik ve sarf malzemeleri giderlerini Sağlık Bakanlığı'nın karşılaması esasını getirmiştir. Sağlık Bakanlığınca resen görevlendirilen hekimler ise, aylıklarını kadro veya pozisyonlarının bulunduğu birimden almaya devam ederler. Onların sözü edilen giderleri tamamen Sağlık Bakanlığınca karşılanmıyor ise, sözleşmelilere uygulanan esaslara (hizmet verilen nüfusa) göre yine aynı Bakanlıkça karşılanır.<sup>20</sup>

Aktarılan yönetmelik hükmünden çıkan sonuç, Sağlık Bakanlığının bazı aile hekimlerinin tüm giderlerini tamamen üstlenmekte olduğu, bazılarının giderlerini ise yönetmelikte belirlenen kısıtlara göre karşılamakta olduğudur. Bu ayırımın **ölçüsünü** ve nedenini anlamak zordur. Çünkü, Bakanlığın hekimin hem ücretini, hem de tüm giderlerini üstlenmesi halinde yapılan uygulamanın sağlık ocağı düzeninden pek fazla bir farkı kalmayacaktır.

**Primli bir rejim** olarak planlanan GSS.'da **ilk basamak** sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin tüm ücret ve **giderlerinin** SGK tarafında değil de, **Sağlık Bakanlığı tarafında karşılandığı** hususu dikkate alındığında sağlık sisteminin bu yönüyle vatandaş bakımından **devletçe bakım** modeline yakın olduğu düşünülebilir. Özellikle sevk zinciri getirilmiş olması ve sevk zincirine uyulduğunda tüm hastaların yaklaşık % 85-90'ının ilk basamakta sorunlarının çözüldüğü tespiti dikkate alındığında, bu kaniya varmak daha da kolay olacaktır. Kamu kurumu çalışanı hekimleri resen görevlendirebilme ve aile sağlığı merkezinin tüm giderlerini üstlenebilme olguları da, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa kapsamındaki sağlık ocağı kurumlarını anımsatmaktadır.

<sup>19</sup> AH. Ödeme Yön. Md. 8.

<sup>20</sup> AH. Ödeme Yön. Md. 17. Böylece resen görevlendirilen aile hekimleri de iki gruba ayrılmış olmaktadır. Giderleri tamamen Bakanlıkça karşılananlar ve giderleri hizmet verilen nüfus esas alınarak Bakanlıkça karşılananlar.

Ancak, hekimleri resen görevlendirme ve onların tüm görev giderlerini üstlenme yolundaki uygulama, mevcut aile hekimi açığını şimdilik kapatmaya yönelik olup, muhtemelen arızı bir nitelik taşımaktadır. Sözleşmeli aile hekimleri ise, ücretleri ve sağlık harcamaları Sağlık Bakanlığınca karşılanırsa da, sadece kendilerine kayıtlı kişilere hizmet vermeleri ve ücretlerini hizmet verdikleri fert başına almaları itibariyle aldatıcı bir benzerlik söz konusudur. **Asıl amaç aile hekimi açığını kamudan karşılamak** ve kamu kurumlarındaki sağlık görevlilerini aile hekimliğine aktararak **mevcut resmi sağlık tesislerini özel sektöre satışa elverişli bir hale getirmektir**. Böylece, bu uygulama ile, hem aile hekimi ihtiyacı karşılanacak, hem de sağlık tesisleri özelleştirmeye hazır hale getirilecektir.

Nitekim uygulama da bu yönde gelişmeye başlamıştır. Ülkemizde halen 6.343 sağlık ocağı ve 7.032 sağlık evi bulunmaktadır. Bu ocaklarda yaklaşık 30 bin hekim istihdam edilmektedir.<sup>21</sup> 5258 SK.'un yürürlüğe girmesinden sonra, **sağlık ocaklarındaki hekimler aile hekimi olarak istihdam edilmeye**, çalıştıkları sağlık ocağı onlara aile sağlığı merkezi olarak kiraya verilmeye başlanmıştır.

### 3. Toplum Sağlığı Merkezleri

5258 SK.'da sözü edilmemesine karşın, Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 15.09.2005 Tarihli "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve çalıştırılmasına Dair Yönerge" ile Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) kurulması kabul edilmiştir.<sup>22</sup> Yönergeye göre, **TSM.'ler kuruluncaya kadar görevleri sağlık ocakları tarafından yerine getirilir** (Geç. Md. 2). Sağlık ocağı binası olmadığı durumlarda satın alma ya da kiralama yoluyla bina sağlanır (Md. 6). Yani, sağlık ocakları TSM'ye dönüştürülecekler ve böylece tasfiye edileceklerdir.

TSM.'leri **her il ve ilçede** kurulur. Nüfusu 100 binden fazla olan il merkezlerinde **her 100 bin kişiye bir merkez** oluşturulur. Sağlık Bakanlığı **İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı** olarak görev yaparlar (Md. 5).

<sup>21</sup> Ankara Tabip Odasının Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Görüşleri, Toprak İşveren, Mart, 2005, 17; Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası 2006 Yılı Sağlık Raporu , 5 : Ancak bunların büyük kısmı personel ve teknik anlamda yetersizlik nedeniyle ihtiyaca cevap verememektedir. Sağlık evlerinin %75'inde ebe yoktur.

<sup>22</sup> www.ttb.org.tr/mevzuat/index...

Yönergede, “*Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, topluma koruyucu sağlık hizmeti sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezi*” şeklinde tanımlanmıştır (Md. 4).

TSM.’lerde uzman hekimler ayrıca lisansüstü yapmış, sağlık yönetimi konusunda hizmet içi eğitim almış hekimler, sağlık memuru, hemşire, ebe ve gerekli idari personel görevlendirilir (Md. 7). Tanımdan da anlaşılacağı üzere, üstlendikleri görevler oldukça geniştir. **Aile sağlığı merkezindeki personelin tüm işlemlerini** yapar ve onları denetler (idari ve mali hizmetler). Bulaşıcı hastalıklara neden olan faktörler konusunda **çevre analizi** hazırlar, su kaynaklarının dökümünü çıkarır, katı, sıvı, gaz atıkların zararsız hale getirilmesi için çalışmalar yapar (çevre sağlığı hizmetleri). Bulaşıcı ve kronik **hastalıkların önlenmesi** için gerekli tedbirleri alır. Adli hekimlik ve acil sağlık hizmetlerini yürütür. Aile sağlığı merkezlerinin **koordinasyonunu** sağlar, **lojistik** (aşı, ilaç, her türlü malzeme) hizmetleri sunar, okul sağlığı, halk sağlığı, eğitim, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunar (Md. 9-23).

Yukarıda kısa tanıtımı yapılan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un Anayasa’nın hükümlere aykırı olduğu iddiasıyla Cumhuriyet Halk Partisi ve İzmir Tabip Odası Başkanlığı tarafından **Anayasa Mahkemesi’ne dava** açılmıştır. CHP tarafından açılmış bulunan davada sadece yasanın 3. maddesinin son fıkrasının ikinci tümcesinde yer alan “... *veya hasta sevk oranlarının yüksek olması ...*” ibaresi iptal edilmiş, diğer iptal istemleri reddedilmiştir.<sup>23</sup> İptal aile hekimlerinin birinci basamaktan ikinci basamağa hasta sevk oranlarının Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre yüksek olması halinde hekime yapılacak ödeme tutarlarının brüt ücretinin % 20’sine kadar indirilmesi kuralına ilişkindir.

İzmir Tabip Odası tarafında açılan davada 5258 SK.’un özellikle **sosyal devlet** ilkesine (Md. 2), sağlık hakkına (Md. 56) ve diğer bazı temel kurallara aykırılığı iddia edilmiştir. Bu dava henüz karara bağlanmış değildir.

<sup>23</sup> Anayasa Mahkemesi T: 21 Şubat 2008, E: 2005/10, K: 2008/63 (RG: 7 Kasım 2008, 27047).

#### 4. Yataklı Tedavi Kurumları

Sağlık Bakanlığı'nın İl Sağlık Müdürlükleri bünyesi içinde faaliyette bulunan hastaneleri mevcuttur. Söz konusu hastaneler resmi kimlikleri ile vatandaşlara ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini sunmaktadır. Ancak, hükümet "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" adı altında hastaneler üzerinde önemli bazı tasarruflarda bulunmaktadır. İlk olarak 14.7.2004 tarih ve 5220 SK. Md. 1 ile 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na Ek 2. madde ilave edilmiştir. Bu düzenleme ile **Maliye Bakanlığı'na** Sağlık Bakanlığı'nın kullanımında bulunan taşınmazların (**sağlık tesislerinin**) **satış yetkisi verilmiştir**. Daha sonra 6 Ocak 2005 Tarih ve 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile, -TBMM. Türk Silahlı Kuvvetleri, üniversiteler ve mahalli idareler gibi istisnalar dışında- bakanlıklara ve onların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşlarına ait **tüm resmi sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir**.<sup>24</sup> Böylece, sağlıkta tek çatı gerekçesi ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısı artmıştır. Ancak, aslında 3359 SK. Ek Md.2 kapsamına alınan satılabilir sağlık tesisleri sayısı artırılmıştır.

#### 5. Sağlık İşletmeleri

Devlete ait mevcut hastahanelerin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi için ilk düzenleme 3359 SK. ile getirilmiştir. İlgili kanun ile getirilen hükümleri hayata geçirmek üzere "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" hazırlanmıştır.

##### a. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Ülkemizde yataklı tedavi kurumlarının satış yoluyla tasfiyeleri için önce mevcut resmi yapılarının değiştirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık işletmesine dönüştürülmeleri yolunda ilk adım 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile atılmıştır. Kanuna göre, kamu kurum ve kuruluşlarına ait **sağlık kuruluşları** ilgili Bakanlığın teklifi ve Sağlık Bakanlığı'nın uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz **sağlık işletmesine dönüştürülür** (Md. 5). Sağlık işletmesinin yönetimi, çalışma usul ve esasları da Ba-

<sup>24</sup> Devir öncesi 2004 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı'nın 683 hastahanesi, 6042 sağlık ocağı ve 6275 köy sağlık evi mevcuttur. Bkz. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2004, Aralık, 2005, 1.

kanlar Kurulunca çıkarılacak bir yönetmelik ile belirlenir (Md. 9). Sağlık işletmelerinde sadece koruyucu sağlık hizmetleri bedelsiz olup teşhis, tedavi ve rehabilite edici **hizmetler ücretlidir**. Sigortalı olanların hizmet giderleri bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşundan tahsil edilir (Md. 8).

3359 SK. ile sağlık işletmelerinin kuruluşu her ne kadar Bakanlar Kurulunca çıkarılacak bir yönetmeliğe bırakılmış ise de, konuya ilişkin düzenlemelerin bir kısmı Anayasa mahkemesince iptal edildiği için uygulama ertelenmiştir. Başbakanlık tarafından TBMM. Başkanlığı'na 10.10. 2007 tarihinde sunulmuş bulunan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" ile konu kanun düzeyinde düzenlenmek istenmektedir.

#### **b. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı**

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile birinci basamak sağlık hizmetleri düzenlenirken, söz konusu tasarı ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti vermesi düşünülen Sağlık Bakanlığı'na bağlı **hastanelerin hastane birlikleri çatısı altında toplanılması** öngörülmektedir. Tanımlara ilişkin ilk maddede; hastane, birlik kapsamına alınan bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları; birlik ise, hastane veya hastane gruplarından oluşan tüzel kişilik olarak tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararı ile **kamu tüzel kişiliğe sahip** ilgili kuruluş statüsünde birliğe dönüştürülür. **Özel hukuk hükümlerine tabi** birliklerin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastahane yöneticilikleri olarak belirlenmiştir (Md. 2/1-3).

Yedi üyeli **yönetim kurulunun** bir üyesi il sağlık müdürüdür. Bir üye ticaret ve sanayi odası tarafından belirlenir. Diğer beş üye siyasi nitelikten uzak olmayan makamlar (ikisi il genel meclisi, ikisi Bakanlık ve biri de Valilik) tarafından belirlenir (Md. 2/3). **Genel sekreterlik** tüzel kişiliği temsil eder. Yürütme organıdır. Bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları bulunur (Md. 2/11).

Birliğe bağlı hastaneler **hastahane yöneticisi** tarafından yönetilir. Yöneticiye bağlı olarak başhekimlik, sağlık bakım hizmetleri ile idari ve mali işler müdürlükleri kurulur. Ayrıca başhekim ve müdür

yardımcılıkları oluşturulur (Md. 2/12-13). Genel sekreterden müdür yardımcılığına kadar yukarıda değinilen görevler I Sayılı Cetvel kapsamında personel olarak nitelenip tümü sözleşme ile göreve alınmaktadır. (Md. 4/1-4). Bu uygulamayı sağlamak üzere baştabip, baştabip yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı ve başhemşire **unvanlı kadrolar iptal** edilerek görevleri sona eren personel uygun kadrolara atanmaktadır (Geç. Md. 1). Hastanelerde mevcut ve birliğe devredilmiş diğer personel tabi olduğu mevzuata göre çalıştırılmaya devam edilir (Md. 5/1-3). Ancak, **memur** kadrolarında çalışanlar kendi talepleri ve kurumlarının oluru ile **sözleşmeli statüde istihdam** edilebileceklerdir (Md. 4/5). Tasarı sonunda bulunan I Sayılı Cetveldeki kadrolardan yola çıkarak pilot uygulamanın 40 adet birlik ile başlayacağı sonucuna varılabilir.

Hastane birliklerinin kurulması özellikle iki konuda önem taşımaktadır. İlk olarak, **birlik yönetimine** kendilerine kayıtlanacak olan (Geç. Md.1/4) **mevcut sağlık tesislerini satma yetkisi** verilmektedir (Md. 3/d). Halen Maliye Bakanına tanınmış satış yetkisi böylece hastahane birlikleri yönetim kurulu üyelerine devredilmiş olacaktır. İkinci olarak, birlik yönetimi altında toplanan hastaneler personeli **memur sıfatından arındırılmaktadır**. Ülkemizde sayıları toplam 300 bine yaklaşan sağlık personeli mevcuttur.<sup>25</sup>

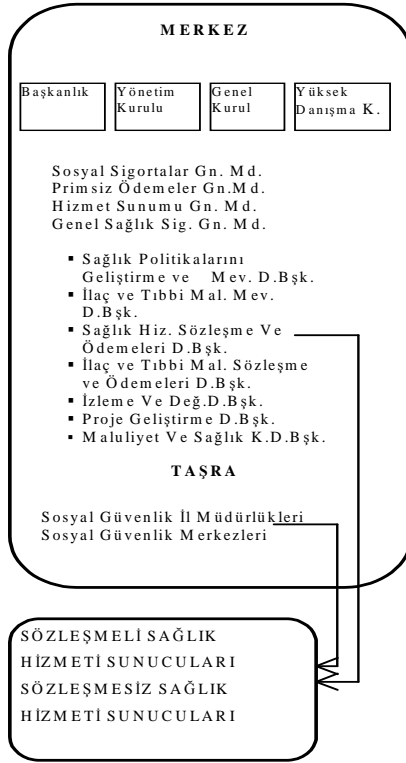
#### IV. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ ORGANİZASYONUNA İLİŞKİN SADELEŞTİRİLMİŞ BİR ŞEMA

Yukarıda yapılan açıklamalardan anlaşılacağı üzere, GSS.'nin uygulanmasıyla hem SGK. hem de Sağlık Bakanlığı görev üstlenmiştir. Her ikisinin **görev dağılımı** aşağıda basitleştirilmiş bir şemada gösterilmektedir.

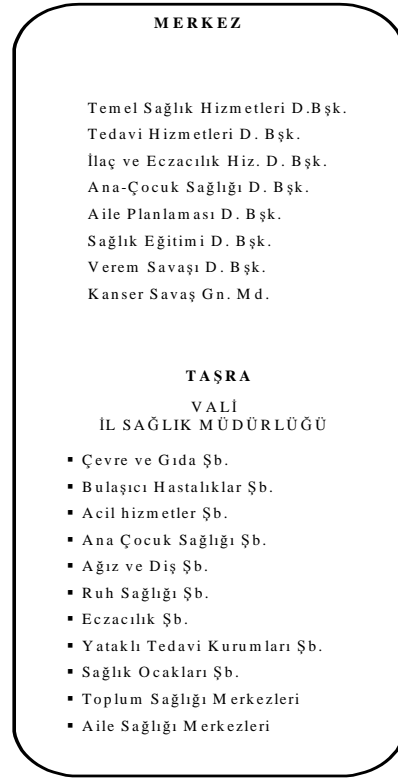
---

<sup>25</sup> Yıldırım KOÇ, Sağlık Hizmetlerinin ve Sosyal Güvenliğin Devlet Elİyle Sağlanması Türkiye'nin Geleceği Açısından Stratejik Önemdedir, İzmir Barosu Dergisi, Temmuz 2006, 159.

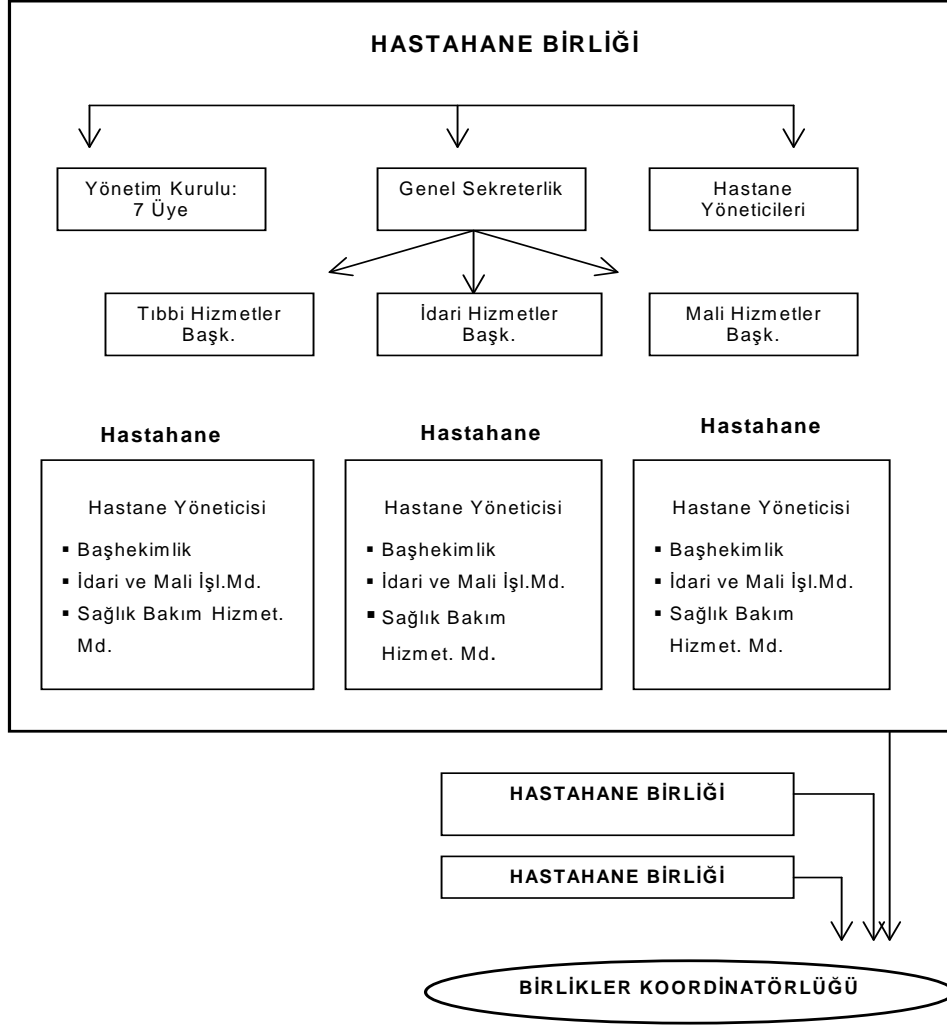
## SOSYAL GÜVENLİK KURUMU



## SAĞLIK BAKANLIĞI



Yukarıdaki şemada Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında adı geçen yataklı tedavi kurumları **hastane birliklerine** dönüştürüldüğünde oluşacak **örgüt yapısı** da şu şekilde gösterilebilir:



## V. SONUÇ

Ülkemizde yürürlüğe konulan yeni mevzuat ve hazırlıkları tamamlanma aşamasında olan yeni düzenlemeler ile **sağlık hizmetleri**

**özelleştirilmektedir.** Tek çatı altında olan Sağlık Bakanlığı yönetimi ve denetimindeki sağlık ocakları ve devlet hastaneleri yerini ferdi yönetim esasına dayalı aile hekimliği ve sağlık işletmelerine bırakmaktadır. Anılan nedenle, sosyal güvencikte tek çatı sloganı GSS. bakımından yanılıcıdır. Çünkü, 6.343 sağlık ocağı, 7.032 sağlık evi ve 869 adet devlet hastanesi mevcut resmi niteliğini yitirmektedir. Söz konusu sağlık tesislerinde çalışmakta olan 300 bin civarında sağlık personeli zaman içinde sözleşmeli statüye aktarılmaktadır. Sosyal vasfı olmadan bir devletin varlığını sürdürebilmesi fevkalade zordur. Ancak, sağlıkta yeniden yapılanma ile siyasi irade sosyal devlet ilkesini göz ardı etmektedir.

Yeni uygulama ayrıca sosyal devletin unsurlarında olan **sosyal piyasa ekonomisinden de vazgeçme** anlamına da gelebilir. Çünkü, sağlık piyasasının yapısı değişmektedir. Tekel niteliği taşıyan ilaç, tıbbi malzeme, araç ve gereç üreticileri artık karşılarında SSK ve Sağlık Bakanlığı yerine çok sayıda sağlık işletmesi bulacaklardır. Hizmet sunucuların ferdileştirilmeleri sonucu eski pazarlık gücü kaybolmuş olacaktır. Ayrıca, yeni parçalı yapıda sağlık alt yapı araç ve gereçleri ile sağlık ürünlerine olan talep artacaktır. Bu durum beraberinde yeni maliyet artışları getirecektir. Nitekim, Sağlık Emekçileri Sendikası'nın hazırladığı bir raporda, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile birlikte daha şimdiden sağlık harcamalarının üç kat arttığı ifade edilmiştir.<sup>26</sup>

Aile hekimleri ve sağlık işletmeleri hastalarını (yeni yaklaşımla müşterilerini) kaybetmemek için daha fazla tetkik yaptırma ve pahalı ilaç yazma yoluna başvuracaklardır. Söz konusu uygulama da beraberinde **yeni maliyet artışları** getirecektir. Artan maliyetlerin karşılanması için katkı paylarının artırılması ve sunulan edimlerin, yeni deyişle hizmet paketlerinin küçültülmesi zorunluluğu doğacaktır.

Yukarıda yapılan açıklamalar dikkate alındığında, sağlıkta yeniden yapılanmanın Anayasa ile teminat altına alınmış olan sağlıklı yaşam hakkını sınırlamakta olduğu ve ayrıca **sosyal devlet ilkesini** olduğu kadar **milli devlet ilkesini** dahi **zedelediği** ifade edilebilir.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> <http://ses.org.tr/images/dokuman/sskiii.yil.doc>

<sup>27</sup> Bu konudaki gerekçeler için bkz. KOÇ, 160 vd.