

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI
ALT ÇALIŞMA GRUBU TARAFINDAN HAZIRLANAN**

**“GENEL SAĞLIK SİGORTASI, TAM GÜN ÇALIŞMA DÜZENLEMESİ VE
SAĞLIKTA YATIRIM PLANLAMASI” HAKKINDA TUSİAD GÖRÜŞÜ**

1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI:

1.1. Konu: Sözleşmesiz Kurumlardan Sigortalının Satın Aldığı Hizmet Bedelinin Geri Ödenmemesi

Açıklama: 2006 Mayıs ayında kabul edilen 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile birlikte, çalışmayan varlıklı kişiler de, ilk defa, primlerini kendileri ödemek suretiyle, GSS kapsamına alınmışlardır. GSS’lilerin sağlık hizmetlerini Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) sözleşme yapmadığı sağlık kurumlarından almaları halinde % 70’lik tutarın SGK tarafından sigortalıya geri ödenmesi, 5510 sayılı Kanunda kabul edilmiştir. Ancak Anayasa Mahkemesi’nin, 5510 sayılı Kanunun bazı maddelerini iptal etmesi üzerine yasa TBMM’de yeniden ele alınmıştır.

2008 Mayıs ayında kabul edilen 5754 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile sözleşmesiz kurumlardan sigortalının hizmet alması halinde (acil haller hariç) sigortalıya hiçbir bedelin geri ödenmemesi kuralı getirilmiştir. % 12.5 oranında zorunlu sağlık primi ödeyen sigortalıların kendi tercihlerine dayalı olarak sözleşmesiz kurumlardan sağlık hizmeti almaları durumunda SGK’dan herhangi bir geri ödeme yapılmaması, sigortalıların haklarını sınırlayıcı niteliktedir.

Kanunun 73. maddesi genel prensip olarak sağlık hizmetlerinin finansmanının ne şekilde sağlanacağını düzenlemiştir. Buna göre, finansmanın, SGK’nın sözleşmeli kurumlardan hizmet satın alması suretiyle ve/veya sözleşmesiz kurumlardan sigortalıların satın aldığı sağlık hizmeti bedelini geri ödenmesi suretiyle karşılanması kuralı getirilmiştir. Söz konusu maddede yapılan değişiklik ile bu genel prensibe aykırı olarak, sözleşmesiz kurumlardan acil haller dışında satın alınan sağlık hizmeti bedellerinin ödenmemesi kuralı getirilmiştir. Bu durum açık bir şekilde Kanunun kendi içindeki çelişmesini ifade etmektedir. Ayrıca, sistemin primli bir yapıda olduğu, yani vatandaşların ödemiş oldukları genel vergilere ek olarak sağlık hizmetlerini karşılamak için prim ödedikleri dikkate alındığında, SGK ile sözleşme yapan sağlık kurumlarının dışında, talep edilen hizmet bedellerinin ödenmemesinin açık bir hak ihlali olduğu düşünülmektedir.

Bu uygulama 5510 sayılı Kanunun 77. maddesinde tanımlanan sağlık hizmeti sunucusunu seçme serbestisini de ortadan kaldırmaktadır. Bu durum primli sistemin

“nimet-külfet” dengesi ilkesine aykırı olduğu gibi, Anayasamız açısından da aykırılık oluşturduğu düşünülmektedir. Sözleşmesiz sağlık kuruluşlarından da yararlanmak isteyen sigortalılar, hem zorunlu olarak GSS primi, hem de özel sağlık sigortalarına mükerrer prim ödemek durumunda kalacaklardır. Kanunun 66. maddesi gereği, yurt dışında sözleşmesiz sağlık kurumlarından alınan hizmetin bedeli SGK tarafından ödenirken¹, Türkiye’de sözleşmesiz sağlık kurumlarından alınan hizmetin bedelinin ödenmemesi suretiyle sigortalılar arasında eşitsizlik yaratılmaktadır. Kanun bu şekli ile 62. maddede belirtilen “*genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür*” ifadesiyle de bir çelişki arz etmektedir.

Öneri: Zorunlu prim ödeyen bireylerin SGK ile sözleşme yapmamış hizmet sunucularından hizmet almasını teminen, daha önce kabul edilen 5510 sayılı Kanunda olduğu gibi belirli bir oranda veya SGK tarafından belirlenen tutarın tamamının geri ödenmesine izin verilmesi hakkaniyete uygun olacaktır. Aksi takdirde, Hazine Müsteşarlığı’nın belirlediği koşullara uygun özel sağlık sigortası poliçesi sahiplerine GSS’den çıkma hakkının verilmesinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Ayrıca GSS sisteminin, sağlık sigortacılığı alanında dünyada uygulanan yöntemlerden birisi olarak bilinen “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” ile desteklenmesi; hem finansmanının sürdürülebilirliğine olumlu katkılar sağlaması, hem de vatandaşlarımızın “tek tip” yerine farklı seçeneklerle sağlık hizmeti alabilmesini mümkün kılması nedeniyle dikkate alınması gereken bir uygulamadır.

Bu bağlamda, “Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri kapsamında bulunmayan hizmetleri almak veya Kurumun ödediği tutarın üzerindeki farkı özel sigorta kapsamında teminat altına almak isteyenler kendileri veya bakmakla yükümlü oldukları kişiler için, özel sigorta şirketlerine prim ödemek suretiyle, tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırabilmesi”ne yönelik olarak; 5754 sayılı Kanun’un 58. Maddesi’nde yeralan ve 5510 sayılı Kanunun 98 inci maddesine ikinci fıkradan sonra gelmek üzere eklenen “Yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usûl ve esaslar Kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir” hükmünün gereğini yerine getirmek üzere, ilgili çalışmaların başlatılarak sonuçlandırılmasında yarar olduğu düşünülmektedir.

Öte yandan, gerek bu çalışmalarda ve gerekse sistemin işleyişi sırasında, özel sağlık sigortacılığının işleyişine ilişkin veriler ve deneyimlerin paylaşımına yönelik olarak; özel sağlık sigortacılığı ile ilgili sivil toplum kuruluşlarının, Sosyal Güvenlik Kurumu nezdindeki ilgili komisyon veya komitelerde, kurumsallaşmış bir biçimde, temsili sağlanmalıdır.

¹ Md. 66: Birinci fıkranın (c) bendi gereğince yurt dışına sevk edilen kişilerin sağlık hizmeti bedelinin tümü ödenir. Ancak bu tutar varsa Kurumun yurt dışında sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli olduğu sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez.

1.2. Konu: Geri Ödeme Kurallarının Bilimsel Komisyonlar Tarafından Belirlenmesi

Açıklama: Kanununun 63. maddesinde, kapsanan sağlık hizmetleri çok genel bir şekilde tanımlanmış, uygulamada zorluklarla karşılaşılması amacıyla söz konusu sağlık hizmetlerinin detaylı olarak tanımlanması ve ödeme koşullarının tebliğlerle belirlenmesi öngörülmüştür. Yapılan değişiklikle, sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerine ilaveten, ödeme usul ve esaslarını belirleme yetkisi SGK'ya verilmiştir. Ancak söz konusu yetkilerin kullanılması temelde finansal bir amaç taşısa da, uygulamada tıbbi bir bilgi ve deneyim gerektirdiği de kuşku götürmez bir gerçektir.

63. maddenin 2. fıkrasıyla ilgili Anayasa Mahkemesi'ne açılan dava gerekçesinde de, Kurumun bu hakkı kullanırken amaçlarının dışına çıkarak sağlık hakkının özünü zedeleyen uygulamalara gidebileceğinden hareketle, Kuruma bu yetkinin tanınmasının Anayasaya aykırı olduğu iddia edilmiştir. Anayasa Mahkemesi tarafından yayımlanan gerekçede, *“ayrıca Kurumun bu belirlemeyi bilimsel komisyonlar kurarak gerçekleştirebileceği gözetildiğinde”* denilerek Kuruma verilen yetki Anayasaya uygun bulunmuştur. Uluslararası uygulamalar da konunun bilimsel komisyonlar aracılığı ile belirlenmesi yönündedir.

SGK'nın bu yetkisini kullanırken, sağlık hakkının özünün zedelenmemesi için, konunun bilimselliğine ayrı bir özen göstermesi gerektiği açıktır. 5510 sayılı Kanunda bilimsel komisyonlar aracılığıyla bu yetkinin kullanılacağı belirtilmişken, 2008'de yapılan değişiklik ile bilimsel komisyonların kurulması zorunluluğu kaldırılmıştır. Söz konusu durumun alınan kararların kabulünü ve benimsenmesini zorlaştıracığı düşünülmektedir. Nitekim Danıştay tarafından 2007 yılı SGK Sağlık Uygulamaları Tebliği'ne (SUT) ilişkin verilen iptal kararında tebliğin ilgili hükümlerinin bilimsel dayanağının olmadığına gözetilmesi de bu kaygının haklı olduğunu göstermektedir. Bilimsel komisyonların varlığı, Kurumun kararlarının bilimsel dayanaklara oturtulması suretiyle, sigortalılar ve kamuoyunda saygınlığının ve kabul görmesinin de önemli bir argümanı olarak ortaya çıkacaktır.

Öneri: İngiltere'deki The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) örneğinde olduğu gibi kapsamdaki sağlık hizmetlerinin geri ödeme koşullarının belirlenmesinde, SGK'nın da taraf olduğu bilimsel bir kurulun oluşturulması sağlanmalıdır.

1.3. Konu : Yatarak Tedavide Katılım Payı

Açıklama: Katılım payı, GSS'nin finansal açıdan sürdürülebilir olmasında ve sağlık hizmetlerine olan talep kontrolünde uygulanan en yaygın ve kabul gören finansal kontrol mekanizmasıdır. Bu sayede sistemin maliyet kontrolü açısından çok önemli bir enstrümana sahip olması yanında, sağlık hizmetini kullanan ve kullanmayan bireyler arasında da hakkaniyet sağlanmaktadır. Yasa ile ilgili muhtelif tasarlarda yatarak tedavilerde % 1 katılım payı alınması hususuna yer verilmişken, 5510 ve 5754 sayılı yasalarda yatarak tedavilerle ilgili bir katılım payı öngörülmemiş durumdadır.

Öneri: GSS kapsamındaki bireylerin sistem içinde mali özendiricilerle kontrol edici bir rol üstlenmelerini teminen, uygulamadan elde edilecek veriler ışığında, önceki

kanun taslaklarında öngörüldüğü şekilde, yatarak tedavilerde cüzi bir katılım payı getirilmesi önerilmektedir.

1.4. Konu: Sevk Zinciri Sisteminin Mali Yaptırımının Kaldırılması

Açıklama: Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılarak sunulması ve basamaklar arasında uygulanacak sevk zincirinin kuralları; gerek sağlık hizmetlerinde bireylere ayrılacak zamanın artırılması, gerekse talep kontrolü açısından büyük öneme sahiptir. Aynı zamanda 2. ve 3. basamakta oluşacak yığılmaları da önleyici niteliktedir. Konu ile ilgili 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. maddesinde ve 5510 sayılı Kanunun 70. maddesinde gerekli kurallar tanımlanmış ve bu kurallara uymayanlara ilişkin mali yaptırımlar getirilmiştir. 5754 sayılı Kanun ile sevk zinciri kurallarına uymak zorunlu tutulurken, buna ilişkin mali yaptırımı içeren hükümler kaldırılmış, bunun sonucunda sevk zincirine uymayan kişilere hiçbir yaptırım imkânı kalmamıştır. Bu durum sağlık hizmetinin maliyetlerini artırıcı etkisi yanında 2. ve 3. basamakta kaliteli sağlık hizmeti sunumunun önemli bir engeli olarak da ortaya çıkacaktır.

Öneri: Sevk zincirine uymayan kişilere yönelik bir sonraki basamakta oluşan tedavi masraflarının uygulamadan elde edilecek verileri ışığında, belli bir oranının kişiye dönük mali yaptırım olarak yasada yer alması önerilmektedir.

1.5. Konu: Satın Alma Fiyatlarının Belirlenmesinde Sosyal Tarafların Katılımının Sağlanması

Açıklama: GSS'nin tüm nüfusu kapsamaması nedeniyle, hizmet satın alan sigortalılar için ödenecek sağlık hizmeti bedellerinin tespiti sonucunda uygulanacak fiyatlar, hizmet sunan kamu ve özel sağlık kurumları için geçerli olacaktır. Bu durum fiyat belirleme sürecini çok kritik hale getirmektedir. Yasada yer aldığı şekliyle tek taraflı olarak fiyatların belirlenmesi, uygulama sürecinde kaçınılmaz olarak sorunlara yol açacaktır. Bu durum ayrıca Kurumun maliyetleri azaltma kriterini her şeyin önünde tutarak sağlık hizmetinin kalitesinin göz ardı edildiği bir sonuca da yol açacaktır. Kanunun 72. maddesinde yapılan değişiklik ile sosyal taraflardan görüş alınmasını zorunluluktan çıkarıp tercihe bağlı hale getiren düzenleme, GSS'nin uygulama süreçlerinde zaman ve enerji kaybına neden olacaktır.

Öneri: Uygulamada sosyal taraflar ile gerekli işbirliğinin yapılarak fiyat tarifelerinin belirlenmesi konusunda azami ölçüde uzlaşma sağlanmasına hassasiyet gösterilmelidir.

1.6. Konu: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinden Götürü Bedel İle Hizmet Satın Alınması

Açıklama: Kanunun 73. maddesinde yapılan düzenleme ile SGK, kamu idarelerince (Devlet Hastaneleri, Devlet Üniversite Hastaneleri) verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlamaya yetkili kılınmıştır. Bu yetki ile kamu sağlık kurumlarından alınan hizmet bedellerinin denetlenmesi imkanı kalmamış, vatandaşın alınan primlerin amaçlarına uygun harcanıp harcanmadığı konusunda SGK inisiyatif kullanamaz hale gelmiştir. Ayrıca SGK, söz konusu mevcut düzenleme ile bireylerin sağlıklı olmasını ve kalmasını önceleyen politikaların yaşama geçirilmesi yerine, tedaviye ve dolayısıyla sağlık harcamalarına öncelik veren bir

yapıya doğru dönüşme eğilimindedir. Götürü bedelli ödeme bir sözleşme sistemi olmakla birlikte bunun denetim seçeneğinin ihmal edilerek uygulanması, primlerin amacına uygun harcanmaması riskini de beraberinde getirecektir.

Öneri: Sağlık Bakanlığı ile götürü bedelle ilgili yapılacak sözleşmede, denetim kurallarının detaylı bir şekilde belirlenmesi ve uygulamanın verimlilik açısından çıktılarının izlenerek kamuoyu ile paylaşılması sağlanmalıdır.

1.7. Konu: Cezai Yaptırımların Kamu Sağlık Kurumları İçin Geçerli Olmayıp Özel Sağlık Kurumlarına Uygulanması

Açıklama: 5510 sayılı Kanununun 102'nci maddesinde sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili yapılan kötüye kullanımlar hakkında uygulanacak idari para cezaları 5754 sayılı Kanun ile kaldırılmıştır. Böylece sağlık hizmetleri sunumu alanında ilk defa gündeme gelen bir düzenlemeden, henüz hiçbir uygulaması olmaksızın vazgeçilmiştir. Düzenleme ile söz konusu cezaların sözleşme metnine alınarak "cezai şart" şeklinde yürütülmesi amaçlanmaktadır. Tüm nüfusun GSS kapsamına girdiği dikkate alındığında, SGK ile sözleşme imzalama konusunda tercihte bulunma şansı olmayan sağlık hizmeti sunucularına, fiil ile ceza arasında illiyet bulunmayan ve yargı denetimine tabi olmayan, aşırıya kaçan cezaların uygulanmasının önü açılmaktadır.

Sözleşmede yer alan cezai şart uygulamasında savunma hakkı dahi verilmeksizin ceza uygulanırken, idari para cezalarında kurumların itiraz ve dava açma hakları söz konusudur. Cezai şartın Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri için uygulanmadığı dikkate alındığında, kamu ve özel sağlık kurumları arasında ceza kuralları bakımından ayrımcılık uygulaması ortaya çıkmıştır.

Öneri: Sözleşmelerde yer alacak cezai şart uygulamasının, işlenen fiil ile ilişkilendirilerek hakkaniyete uygun bir şekilde belirlenmesi, ayrıca kamu ve özel ayrımı yapılmadan bütün sağlık kurumlarına uygulanması sağlanmalıdır.

1.8. Konu : Sözleşme Fesihlerinde Fesih Süresinin İşlenen Fiil ile İlişkilendirilmesi ve Sağlık Hizmeti Sunucuları Arasında Kamu-Özel Ayrımı Olmaksızın Uygulanması

Açıklama: 5510 sayılı Kanununun 103'üncü maddesinde yapılan değişiklikle, maddede belirtilen fiillerin işlenmesi halinde sözleşme feshinde uygulanacak süre sınırları kaldırılmış; SGK tarafından belirlenecek süre içinde söz konusu hizmet sunucusu ile tekrar sözleşme yapılmayacağı belirtilmiştir. İdarenin takdir hakkını genişleten bu değişiklik ile uygulamada sağlık hizmeti sunucularını hizmet veremez duruma gelme riskiyle karşı karşıya bırakacak sorunlar yaşanabilecektir. SGK ile sözleşme yapmış kurumların, uygulamada hiçbir savunma hakları olmaksızın süresi belli olmayan bir şekilde sözleşme feshi tehdidi altında bırakılmamaları konusunda gerekli hassasiyet gösterilmelidir.

Öneri: Sözleşmelerde yer alacak sözleşme feshi yaptırımları işlenen fiil ile ilişkilendirilerek hakkaniyete uygun bir şekilde belirlenmelidir. Ayrıca yaptırımların kamu ve özel bütün sağlık kurumlarına eşit bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır.

2. “TAM GÜN ÇALIŞMA” DÜZENLEMESİ

2.1. Konu: Tam Gün Çalışma İle İlgili Kanunu Tasarı Taslağı İle Sağlık Personelinin Özel Sektörden Kamuya Geçişinin Teşviki

Açıklama: Tam gün tasarı taslağıyla kamu sektöründe maaş ve emekli aylığı avantajları sağlanarak sağlık personelinin özel sektörden kamuya geçişi teşvik edilmek istenmektedir. Oysa taslak ile hedeflenmesi gereken, vatandaşların sağlık hizmeti için kayıtdışı olarak ödedikleri tutarların ortadan kaldırılmasına yönelik önlemlerin alınması olmalıdır.

Çalışma hayatına ilişkin teşviklerin ücret ve benzeri unsurlar ile yapılması gerekmektedir. Oysa tasarı taslağı ile kamu emeklilik sistemi, çalışma hayatına ilişkin bir enstrüman olarak değerlendirilmektedir. Böylece emeklilik sistemindeki reformun ana unsurlarından olan “herkes için tek bir emeklilik rejimi” hedefinden bir kez daha vazgeçilmektedir. Emeklilik sistemi işgücü mobilitesini azaltacak şekilde kullanılmamalıdır. Söz konusu düzenleme mevcut sorunlara kısa vadeli, gündelik çözümler önerirken uzun dönemde emeklilik sisteminin yükünü artıracaktır.

Halen kamuda çalışan hekimlerin % 70’i tam zamanlı olarak görev yapmaktadır. Hekimlerin % 30’unu tam zamanlı çalışmaya ikna etmek için katlanılan ek maliyet vatandaşlara vergi, prim ve borçlanma olarak geri dönecektir. Toplum yararı ve kamunun mali dengeleri gözetilerek, tüm hekimlerin tam gün çalışması hedefi yerine bununun makul bir oranda tutulması hedeflenmelidir.

Vatandaşların hekimini ve hastanesini seçme özgürlüğünü yaşama geçirebilmek için SGK ile sözleşme yapan ve yapmayan özel sağlık kurumu ayırımına göre düzenlenen çalışma biçimi taslaktan çıkarılmalıdır.

Öneri: Tam gün çalışma ile ilgili düzenleme, emekli aylıklarına ilişkin herhangi bir yansımaya olmayacak şekilde yapılmalı, hekimlerin tam zamanlı çalışması konusunda makul bir oran hedeflenmelidir.

3. SAĞLIKTA YATIRIM PLANLAMASI

3.1. Konu: Sağlık Bakanlığı’nın Aynı Zamanda Hem Hizmet Sunan Hem de Düzenleyici Role Sahip Olması

Açıklama: Sağlık Bakanlığı tarafından 15 Şubat 2008 tarihinde Özel Hastaneler Yönetmeliğinde ve Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğinde planlama amacıyla yapılan değişiklikler, piyasa düzenlemesi (“market regulation”) niteliği taşımaktadır. Enerji, telekomünikasyon, bankacılık v.b. sektörlerdeki düzenleyici ve denetleyici kurullar gibi sağlık sektöründe de aynı rolü üstlenecek bir kurulun olması doğrudur. Ancak sağlık dışında, bahsi geçen hiçbir sektörde düzenleyici rolü sektörün büyük oyuncusunun elinde değildir. Bu görev ilgili sektörlerde bağımsız kurullar tarafından gerçekleştirilmektedir. Ağırlıklı olarak sektörün en büyük oyuncusunun gücünü sınırlamak amacını taşıyan bu yetki, şu anda sağlık alanında sektörün en büyük oyuncusu olan Sağlık Bakanlığı’nın kontrolindedir.

Sağlık Bakanlığı yasal açıdan hem düzenleyici/denetleyici kurum rolünü üstlenmekte hem de, hizmet sunumu rolünü yürütmektedir. 15 Şubat 2008 tarihli yönetmeliklerle getirilen düzenlemelerle, yerleşim yeri itibariyle Bakanlık tarafından planlanan özel sağlık kurumu sayısından fazla talep olması halinde, hak sahiplerinin noter ile belirlenmesi kuralı sadece özel sağlık kurumu açmak isteyenler için söz konusu olup, kamu sağlık kurumlarına ilişkin herhangi bir kısıtlayıcı düzenleme getirilmemektedir.

Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile Sağlık Bakanlığı sağlık işletmeciliğinden çekilmeyi hedef olarak belirlemiş durumdadır. Ayrıca, kamu-özel ortaklığı ile ilgili kanun tasarısı taslağıyla da hizmetlerinin altyapı yatırımlarının kamu-özel işbirliği modelleriyle gerçekleştirilmesine imkan verilmektedir.

Planlama ile yapılacak değerlendirme sonucunda yatırım öngörülen coğrafi sınırlar içerisinde özel sağlık kurumlarına yatırım önceliğinin tanınması, talep olmaması halinde kamunun sağlık kurumu yatırıma izin verilmesi yönünde düzenlemeler getirilmelidir. Öncelik hakkının özel sağlık kurumlarına verilmemesi halinde ise, planlama ile ilgili tüm düzenlemelerin (örneğin kura gibi) kamu-özel ayrımı yapılmaksızın uygulanması önerilmektedir.

Öneri: Belirlenen coğrafi alanda yatırım yapma önceliğinin özel sağlık kurumlarına tanınması, talep olmaması halinde kamunun sağlık yatırımı yapması önerilmektedir. Planlama konusunda, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumu rolü devam edecek ise düzenleme rolü Sağlık Bakanlığı dışında bir kuruma/kurula verilmeli ve planlamanın tasarımı sürecine, kurumsallaşmış bir biçimde; sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve özel sektör temsilcileri dahil edilmelidir. Sağlık Bakanlığı düzenleyici kurum olarak kalacak ise hizmet sunum görevini devretmesi sağlanmalıdır.

3.2. Konu: Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ruhsatlandırılmasında Kamu ve Özel Ayrımı

Açıklama: Sağlık hakkının temel öznesini bireyler oluşturmaktadır. Bireylerin bu hakkını yaşama geçirirken başvurduğu sağlık kurumunun mülkiyetine dayalı olarak ayrı kurallar uygulanması, bizatihi bireylerin sağlık hakkının ayrıştırılması anlamına gelecektir. Özel sağlık kurumlarında önemsenen ve zorunlu olan kuralların ya da standartların kamu sağlık kurumlarında aranmaması; kamu kurumlarından hizmet alan bireylerin düşük standartta hizmet aldığı algısını yaratmakta ya da özel sağlık kurumlarından gereksiz kriterlerin karşılanmasının beklendiği yorumuna neden olmaktadır. Kamu ve özel sağlık kurumlarının planlanması, ön izin işlemleri, ruhsatlandırılması ve denetlenmesi hususlarında aynı kurallara tabi olması sağlanarak mülkiyete dayalı kural getirilmesine son verilmelidir.

Öneri: Konuyla ilgili kamu-özel sağlık kurumlarının tümünü kapsayan “Sağlık Kurumları Ruhsatlandırma Kanunu” çıkarılmalıdır.