

SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNUN (KURUMLARININ) İLAÇ SINIRLAMASI

Doç. Dr. Murat ŞEN
Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi
İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Öğretim Üyesi

GİRİŞ

Türk sosyal güvenlik sistemi, uzun yıllar, çalışmanın türüne göre kurulan başlıca üç ana sosyal güvenlik kurumu tarafından yönetilmiş olup bu kurumlar sağlık harcamaları ve bu kapsamda ilaç sınırlamaları açısından farklı uygulamalara imza atmışlardır.

Son yıllarda sosyal güvenlik reformu olarak adlandırılan faaliyet ve çalışmalarla hem norm ve standart birliği sağlanması amaçlanmış hem de endüstri açısından, tüm nüfusun ilaçlara erişiminin yanı sıra kamunun ilaç harcamalarından da tasarruf edilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin iyileştirmesi ve ilaç sınırlandırılmasına gidilmesi çalışmaları, sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesidir. Zira ilaç sınırlandırılmalarına sadece kamu harcamalarından tasarruf edilmesi amacıyla değil, ilaçların söz konusu olabilecek muhtemel zararlarından halkı korumak amacıyla da gidilmektedir.

Sosyal güvenlik kurumlarının (kurumunun) ilaç sınırlandırılmasına gitmesi konusu üç ana başlık altında ele alınacaktır. Birinci başlıkta, sosyal güvenlik kurumu (SGK) veya kurumları kavramına yer verilerek, bunların nelerden ibaret olduğuna ve sağlık ile ilaç konusundaki yaklaşımlarına yer verilecektir. İkinci başlıkta, ilacın tanımı ile hangi tedavi yöntemlerinde ne tür ilaca ihtiyaç duyulduğuna değinilecek; üçüncü başlıkta ise, sosyal güvenlik kurumlarının ilaç sınırlaması yapmasının yasal bir temeli olup olmadığı ile sınırlama yapmaya gerek bulunup bulunmadığı, gerek var ise bu sınırlamanın hangi kriterler içerisinde ve nasıl yapıldığı hususlarına yer verilecektir.

I. SGK KAVRAMI

Türk sosyal güvenlik sistemi, uzun yıllar çalışmanın türüne göre kurulan başlıca üç ana sosyal güvenlik kurumu tarafından yönetilmiştir.

Bunlar; 08.06.1949 tarihli 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu¹, 17.07.1964 tarihli 506 sayılı Kanun'la kurulu Sosyal Sigortalar Kurumu² ve 02.09.1971 tarihli 1479 sayılı Kanun'la kurulu Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu³ (kısaca adıyla Bağ-kur)dur.

2003 yılında, sosyal güvenlik alanındaki uygulamalarda norm ve standart birliğini sağlamak, sosyal kurumlar (Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-kur ve Türkiye İş Kurumu) arasında koordinasyonu gerçekleştirmek amacıyla 16.07.2003 tarih ve 4947 sayılı Sosyal Güvenlik

¹ RG., 17.06.1949, S. 7235.

² RG., 29, 30, 31.07.1964, 01.08.1964, S. 11766-11779.

³ RG., 14.09.1971, S. 13956.

Kurumu Teşkilatı Kanunu⁴ kabul edilerek Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı genel bütçeye dahil bir Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur.

Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-kur ve Türkiye İş Kurumu, kendisine tüzel kişilik ve özerklik dahi verilmemiş olan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı bu Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilgili kuruluşları haline getirilmişlerdir. T.C. Emekli Sandığı ise (kendine özgü yapısından ötürü olsa gerek) bu ilgili kurumlar arasında gösterilmemiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu, 4947 sayılı Kanunla kurulmuş gözüküyorsa da aslında bu kurumu kuran düzenleme, daha önce yürütme organı tarafından çıkarılmış (daha sonra AYM tarafından iptal edilmiş olan) 618 sayılı KHK'dir.

16.05.2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu⁵ ile kurulan yeni Sosyal Güvenlik Kurumu ise, dağınık halde bulunan üç sosyal güvenlik kurumunu lağvedip hepsini "bir çatı" altında toplamıştır. Bugün ülkenin sosyal güvenlik sistemini yöneten kurum, sadece bu Sosyal Güvenlik Kurumu değildir; bunun yanında, iş ve istihdam piyasasını düzenleyen, işsizlik sigortasını yöneten Türkiye İş Kurumu da bu kapsamda yer almaktadır. Bunların yanı sıra mensuplarına ek nitelikte sosyal güvenlik sağlayan OYAK ile bazı banka, sigorta şirketi ve meslek odaları mensuplarına sosyal sigorta hizmeti veren vakıf statüsündeki özel sandıklar da bu kurumlar arasında sayılmalıdır. Ancak vurgulanmalıdır ki, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin idari yapısı etraflı bir biçimde değişmiş; elli yılı aşkın bir süredir çalışanlara ve geniş toplum kesimlerine sosyal güvenlik hizmeti sağlayan üç dev kuruluşun (SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı) hukuki varlıkları sona erdirilerek bunlar yeni kurulan SGK'nun çatısı altında birleştirilmiştir.

SGK, mali bakımdan özerktir (m.1). Bunun anlamı, kendi giderlerini karşılayacak gelirlere sahip olması, birikim ve kaynaklarını siyasi müdahaleden uzak olarak amaçları doğrultusunda harcama yetkisine sahip olmasıdır. Ancak bu özerklik Kurumun mali açıdan darlığa düşmesi durumunda genel bütçeden transfer yapılmasını engelleyici nitelikte değildir. Zira genel bütçeden yapılacak transferler Kurumun gelirleri arasında sayılmıştır (m.34/e). Esasen 1991 yılından beri de sosyal güvenlik kurumlarının açıkları hep devlet bütçesinden yapılan aktarmalarla kapatılmaya çalışılmıştır.

Yürürlüğe kısmen giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu⁶ ile sosyal güvenlikte yeni bir dönemden söz etmek herhalde yanlış olmaz. Ancak tamamen yürürlüğe girinceye kadar 506, 5434 ve 1479 sayılı Kanunların ilgili hükümleri yürürlükte olduğuna göre, bu kanunların sağlık ve ilaç yardımı ile ilgili hükümleri uygulama alanı bulacaktır.

Öncelikle Anayasamızın sağlığın korunmasına bakış açısına sonra da, Sosyal Güvenlik Kurumlarının sağlık ve ilaç yardımına ilişkin düzenlemelerine değinmekte yarar vardır.

A. Anayasa'da Sağlık Kavramı

Anayasamızda devlet yapısının "sosyal devlet" (m.2) olduğunun belirtilmesinin sağlık uygulamalarındaki karşılığı, vatandaşın korunmuş çevre şartlarında, beden ve ruh sağlığı içinde yaşamını sürdürmesinin sağlanmasıdır. Anayasamızın "*Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması*" kenar başlıklı 56. maddesine göre, "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh*

⁴ RG., 2407.2003, S. 25178.

⁵ RG., 20.05.2005, S. 26173.

⁶ RG., 16.06.2006, S. 26200.

sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

AY.m.65'e göre ise, “Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir”. Mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsündeki bu sınırlama, devletin üzerine düşen görevlerden mali kaynakların yetersizliği gerekçesini öne sürerek kaçınabileceği anlamına gelmez. Zira AYM, konuyla ilgili bir kararında “sınırlamanın” sağlık hakkı açısından geçerli olmadığını karara bağlamıştır⁷.

B. 506 sayılı Kanun'da Sağlık ve İlaç Yardımı

1. İş kazaları ile meslek hastalıkları halinde

SSK. m. 12'de İş kazaları ile meslek hastalıkları halinde sağlanan yardımlar içerisinde sağlık yardımı yapılacağını belirtmiş, 13. maddesinde de, “Sağlık yardımlarının tarifi” yapılmıştır. Buna göre, “İş kazalarıyla meslek hastalıkları halinde sigortalıya yapılacak sağlık yardımları, sigortalının:

A) Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin sağlanması, gerekirse sağlık müessesesine yatırılması ve her türlü tedavisinin yapılması,

B) Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının sağlanması,

Şeklinde olur.

Yukarıki fıkralara göre yapılacak sağlık yardımları, sigortalının sağlığını koruma, çalışma gücünü yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçlarını görme yeteneğini artırma amacını güder”.

2. Hastalık Sigortası halinde

Hastalık Sigortası halinde de, 32. madde ile “Sağlık yardımı yapılması” düzenlenmiş; 33. maddede ise “Sağlık yardımlarının kapsamı” belirlenmiştir. Buna göre, “Hastalık halinde sigortalıya yapılacak sağlık yardımları, sigortalının:

A) Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması,

B) Teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesesine yatırılması,

C) Tedavisi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması, (Ancak, ayakta yapılan tedavilerde verilen ilaç bedellerinin % 20'sini sigortalı öder.) Hallerini kapsar”.

⁷ AYM, 17.01.1991, 27/2, RG., 19.08.1991, S. 20965.

3. Analık Sigortası Kapsamında

SSK.m. 45 gereği "Doğum yardımı", "sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin sigortalı olmıyan karısının doğurması halinde, doğum sırasında ve doğumdan sonra gerekli sağlık yardımlarıyla ilaçların ve sağlık malzemesinin sağlanması" nı içermektedir. Ayrıca, SSK.m. 123 gereği, Kurum hekimleri tarafından yazılacak ilaç ve tıbbi malzemenin listesi, kurumca hazırlanacak bir yönetmelikle saptanacak esaslara göre, gerekli görüldükçe kurumda görevli hekimler ve eczacılardan oluşturulacak bir komisyon marifetiyle düzenlenir. Bu liste Kurum Müdürler Kurulunun onayını müteakip kurumca ilan edilir. Komisyon gerekli gördüğü hallerde dışardan uzman kimselerin görüşlerini de alabilir.

C. 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu'nda Sağlık ve İlaç Yardımı

1479 sayılı Kanun'un Ek Madde 13 hükmüne göre, "Sağlık yardımının kapsamı", "Sağlık sigortası yardımları, hastalık ve iş kazası hallerini kapsar. Sağlık yardımları, hastanın;

a) Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar tetkiklerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması,

b) Teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müessesesine yatırılması,

c) Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması,

Hallerini kapsar.

Ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin %20'si sigortalı ve hak sahipleri, %10'u aylık alanlar ve hak sahipleri tarafından karşılanır. İş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar hariç, protez, araç ve gereç bedellerinin %20'si sigortalı ve hak sahipleri, %10'u ise aylık alanlar ve hak sahipleri (3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamına girenler hariç) tarafından karşılanır. Ancak, katkı payı tutarı sigortalılarda birinci gelir basamağının birbuçuk katını, aylık alanlarda ise birinci gelir basamağının %65'ini geçemez." olarak düzenlenmiştir.

D. 5434 Sayılı Kanun'da Sağlık ve İlaç Yardımı

Emekli Sandığı iştirakçilerine verilecek yardımlar da, çalışanlar açısından çalışılan kurumca, emekliler açısından ise emekli sandığına karşılanmaktadır.

Kurumca, iştirakçilere ve hak sahiplerine sağlanan sağlık yardımı 5434 sayılı Kanunun Geçici 139. maddesine ve her yıl yenilenen Bütçe Uygulama Talimatı hükümlerine göre yapılmaktadır.

25.05.2007 tarihli 1.Mükerrer Resmi Gazete'de iki adet tebliğ yayımlanmıştır: 1. Maliye Bakanlığının Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8); 2. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. Bunlardan Maliye Bakanlığınca çıkarılan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8) devlet memurlarının sağlık ve ilaç yardımlarını düzenlemektedir.

5434 sayılı Kanun'un Geçici 139. maddesinde de, "Muayene ve tedavi ilgililerin:

A) Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine; teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması,

B) Gerekirse sağlık müessesesine yatırılması,

C) Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması, hallerini kapsar.” denilmektedir. Ayakta veya meskende tedavi halinde kullanılacak ilaç bedellerinin % 10'u aylık sahipleri tarafından ödenir. Ancak, resmi sağlık kurulu raporu ile belirlenen ve tüberküloz, kanser, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri uzun süreli tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkların ayakta veya meskende tedavileri sırasında kullanılmasına lüzum gösterilen ilaçlardan, hayati önemi haiz oldukları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit edilecek olanların bedellerinin tamamı Sandık tarafından ödenir.

Çalışanlar açısından ise sağlık ve ilaç yardımı 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun⁸ “Tedavi Yardımı” başlıklı 209. maddesinde düzenlenmiştir. 209/V maddesine göre, “*Ayakta veya meskende tedavi halinde kullanılacak ilaç bedellerinin % 20'si memur tarafından ödenir. Ancak, sağlık raporu ile belirlenen ve tüberküloz, kanser, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri uzun süreli tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkların ayakta veya meskende tedavileri sırasında kullanılmasına lüzum gösterilen ilaçlardan, hayati önemi haiz oldukları Sağlık Bakanlığınca tespit edilecek olanların bedellerinin tamamı kurumlarınca ödenir*”.

E. 5510 sayılı SSGSSK'na göre Sağlık ve İlaç Yardımı

5510 sayılı Yasanın 15. maddesinde analık durumu ile birlikte aynı madde içinde hastalık sigortası düzenlenmiş olup, sigortalının iş kazası ve meslek hastalığı dışında kalan ve iş göremezliğe neden olan rahatsızlıklar hastalık sigortası kapsamında görülmüştür.

Hastalık halinde sigortalıya verilmesi gereken sağlık hizmetleri 5510 sayılı Kanun'un 3. kısmında yer alan Genel Sağlık Sigortasından, parasal yardımlar (geçici işgöremezlik ödeneği verilmesi) ise kısa vadeli sigorta kollarından sağlanır (m.17).

İş Kazası, Meslek Hastalığı, Hastalık ve Analık gibi kısa vadeli sigorta kollarından sağlanan haklar sadece parasal haklardır. Sağlık yardımları 5510 sayılı Kanun'un üçüncü bölümündeki Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında düzenlenmiştir. Belirtelim ki, yeni sosyal güvenlik sisteminin en iddialı bileşeni de GSS'dir.

AY.m.56/5 hükmü doğrultusunda GSS'na yasanın 3. kısmında (60-78. maddelerinde) yer verilmiş; bu sağlık sigortası ile, SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı ve kamu çalışanları ile yeşil kartlılar olmak üzere beş farklı kalite ve standartta sunulan kamu sağlık sigortacılığı birleştirilerek tüm vatandaşlara eşit kapsam ve kalitede sağlık sigortacılığı hizmeti verilmesi ve bunun finansmanı amaçlanmıştır.

Bu çerçeve içinde öncelikle koruyucu sağlık programlarının oluşturulması, sağlığın yine de bozulması halinde finanse edilebilir etkili tedavi yöntemleriyle kişilere sağlık hizmeti sağlayan zorunlu katılma ve prime dayalı fakat yoksullar için primlerin kamu yardımlarından karşılandığı bir sistem oluşturulması planlanmıştır.

Genel Sağlık Sigortasının en önemli yönü, “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir” (AY.m.56 ve 60) hükmünün bir gereği olarak, mevcut sosyal güvenlik kurumlarının kapsamında olan sigortalıların yanı sıra, bugüne kadar herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna üye olmayan veya mevcut Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun üye olabilmek şartlarını yerine getirememesi nedeniyle, herhangi bir sosyal güvenlik kurumu şemsiyesi altına girememiş olanların (yani tüm vatandaşların) sosyal güvenlik kapsamına dahil edilerek genel sağlık

⁸ RG., 20.07.1965, S. 12053.

sigortası kapsamında yer almasının sağlanmış olmasıdır. Bu Kanunla devletimiz, vatandaşına karşı “sosyal devlet” olmanın gereğini yerine getirme adımlarını atmıştır.

II. İLAÇ

A. Tanımı

İlaç, genel anlamda "Beşeri ve veteriner hekimlikte teşhis, tedavi ve koruma amacıyla kullanılan; sentetik, bitkisel, hayvansal ve biyolojik kaynaklı kimyasal maddelerin farmasötik teknolojiye uygun olarak üretilmesi ve belirli dozlarda basit veya bileşik farmasötik şekiller haline getirilmesi ile elde edilen ürünler" olarak tanımlanmaktadır. DPT raporu ise ilacı, "Fizyolojik sistemleri ve patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün" olarak değerlendirmektedir. WHO (Dünya Sağlık Örgütü)'ne göre ise ilaç, "Canlıları hastalıktan korumak, teşhis ve tedavi gayesi ile bir veya birden çok etken maddenin canlı tarafından kolayca alınabilecek veya canlıda istenilen gaye ve sürede etki gösterecek özellikte bir formül halinde hazırlanan ve değişik yollarla kullanılan ürün"dür. Farmakoloji kitapları da aynı tanıma yer vermektedir. Farmakolojinin konusu içinde geçen "drog" tedavi amacıyla kullanılan her türlü maddeyi ifade eder; ilaç ise, bir veya birkaç drogu içeren ve hastaya uygulanabilecek şekle konmuş tedavi edici maddeyi anlatır.

Şu halde ilaç, insanlara ya da hayvanlara bir hastalığın önlenmesi, teşhisi ya da tedavisi amacıyla verilen maddeleri belirten genel terim olup ağrıları ya da başka rahatsız edici durumları dindirmek, zihin ve bedenin normal dışı durumlarını düzeltmek ve denetim altında tutmak için kullanılan ürünleri anlatmaktadır.

B. Tedavi ürünleri ve İlaç Çeşitleri

Tedavi ürünleri iki başlık altında incelemek mümkündür. İlki mutlaka kana karışan ve ilaç olarak isimlendirilen tedavi ürünleridir; diğeri ise, biyomedikal (tıbbi) cihaz ve ürünlerdir. Endikasyonlarına göre ilaçlar, analjezikler ve antibiyotikler gibi çeşitli ayrımlara tabi tutulmakta; koruyucu ve tedavi edici türde ilaçlar da bulunmaktadır. Örneğin vitamin türünden ilaçlar vücudun iyi çalışması için gerekli kimyasal maddeleri sağlarken bazı ilaçlar vücudu doğrudan etkilemeyip vücuda giren hastalık yapıcı mikroplarla savaşır. Bazı ilaçlar vücudun tümünü etkilerken bazıları vücudun yalnızca bir bölümünde etki gösterirler. İnsanı gevşeten ve yatıştıran sakinleştiriciler, harekete geçiren uyarıcılar ve ağrı duymaktan kurtaran ağrı kesiciler bu tür ilaçlardandır.

Kısaca, ilaç, hastalıkların önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve diğer tıbbi amaçlar için kullanılan ve kana karışan farmasötik yapıya sahip ürünlerdir. Hastalıkların profilaksisi (önlenmesi) amacıyla verilen ilaca örnek, yan etkisi demir alımını azaltan bir ilacın yanında kansızlık oluşmaması için demir preparatının verilmesidir. Teşhis amacıyla kullanılan ilaçlara, radyolojik tanılarda kullanılan ilaçlar örnek olarak verilebilir. Tedavi amacıyla kullanılan ilaçlar, antibiyotik türündeki ilaçlardır. Diğer tıbbi amaçlar için kullanılan ilaçlara örnek olarak ise gebeliği önleyici kontraseptifler gösterilebilir.

İlaçların kullanılma amaçlarının en önemlisini, hastalıkların tedavisi oluşturur. Tıbbi tedavinin amacı hastaların sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirmektir. Asgari tıbbi tedavi, güvenilir, etkin, dikkatli seçilmiş ve maliyet etkin olmalıdır.

Tedavinin bir türü olan radikal tedavide, hastalığın nedeni tamamen ortadan kaldırılmaktadır. Örneğin bakteriyel bir enfeksiyon hastalığında antibiyotik kullanarak bakteri öldürülmektedir. Tedavinin diğer bir türü olan palyatif (semptomatik) tedavide ise, hastalığın nedeni ortadan kaldırılmamakta, patolojik olay veya neden kısmen engellenerek hastalığın gelişmesi yavaşlatılmaktadır. Bu yolla hastalığın semptom ve işaretleri düzeltilmektedir. Örneğin gribal bir enfeksiyonda hastalık sebebi virus olduğu için antibiyotikler tedavide etkisiz kalmaktadır. Burada hastalıkta görülen ateş, baş ağrısı ve burun akıntısı gibi semptomları gidermek için verilen ateş düşürücü, ağrı kesici, dekonjestan ilaçlar semptomatik tedaviyi sağlamaktadır. Tedavinin bir başka türü olan ampirik tedavide ise, hastalıkların sebebi ve ne olduğu bilinmeden yalnız gözlem ve denemelere dayanılarak tedavi yapılmaktadır. Bugün için önemini yitiren ampirik tedavinin yerini, diğer tedavi şekilleri almıştır.

İlaç kullanılırken organizmanın fizyolojisinin ve ilacın etki mekanizmasının çok iyi bilinmesi gerekir. En iyi tedavi için, ilacın; hastada, uygun dozda, uygun zamanda, uygun aralıklarla, uygun yol ile alınması ve uygun hastalık için kullanılması gerekir.

III. SGK'NUN İLAÇ SINIRLAMASI

506, 1479 ve 5434 sayılı kanunlar, yukarıda sözü edildiği üzere sağlık hakkı ve ilaç kullanımını konusunda paralel düzenlemeler getirmiştir.

İlaç tüketiminin sağlık harcamaları içindeki payı gelişmiş ülkelerde, % 15-20 civarında iken, ülkemizdeki ortalama oran oldukça yüksek olup % 40'lar civarındadır. Sosyal güvenlik kuruluşlarında bu oran daha da yükselmekte ve % 50'lerin üzerine çıkmaktadır (Son yıllarda ortalama olarak SSK'da; %47, Bağ-Kur'da; %56, Emekli Sandığında; % 55).

Ülkemizde kişi başına düşen ilaç tüketimi gelişmiş ülkelere göre rakamsal olarak daha az olmakla birlikte, kişilerin gelirinden bu amaçla ayırdığı payın, oldukça yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

İlaç sınırlandırmasına ilişkin olarak, 25.05.2007 tarihli Resmi Gazete'de iki adet tebliğ yayımlanmıştır. Bunlardan biri, "Maliye Bakanlığının Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8)", diğeri ise, "Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği"dir.

Bu tebliğlerden ilki 657 sayılı Kanun'a tabi çalışanların; diğeri ise bunun dışında kalan SGK kapsamındakilerin (506, 1479, 5434 sayılı Kanunlara tabi kimselerin) sağlık ve ilaç konularında düzenlemeler getirmektedir.

A. SGK Sağlık Uygulama Tebliği İle Maliye Bakanlığının Tedavi Yardımı Uygulama Tebliği Farkları (25.05.2007)

1. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No:8)

Maliye Bakanlığı tarafından 25 Mayıs 2007 tarih 26532 sayılı Mükerrer Resmi Gazete'de Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No:8) yayımlanmıştır. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin kapsamı;

Bu Tebliğ hükümleri;

a) 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 1 inci ve ek geçici 9 ile 16 ncı maddeleri kapsamına giren personel ile bunların bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri,

b) 2914 sayılı Yükseköğretim Personel Kanunu⁹, 2802 sayılı Hâkimler ve Savcılar Kanunu ve 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu¹⁰ kapsamında bulunan personel (Erbaş ve erler bu Tebliğ hükümleri haricindedir. Erbaş ve er reçeteleri ile ilgili olarak şahıslara mali külfet getirmemek koşuluyla gerekli düzenlemeler Milli Savunma Bakanlığınca yapılacaktır) ile bunların bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri,

c) 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun¹¹ kapsamındaki hak sahipleri, (3816 sayılı Kanun ile Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla), hakkında uygulanır.

233 sayılı Kamu İktisadi Teşebbüsleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname¹² kapsamında bulunan kurumlarda çalışan Devlet memurları ve diğer kamu görevlileri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin sağlık kurumlarında yapılan tedavilerinde de bu Tebliğ esaslarına göre işlem yapılır, şeklindedir.

2. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

Diğer yandan, sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımlarının verilmesine ilişkin esas ve usullerin tespit edilmesi amacıyla, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından, 25 Mayıs 2007 tarih 26532 sayılı Mükerrer Resmi Gazete’de Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği yayımlanmıştır.

SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Kanunu kapsamında sağlık yardımlarından yararlandırılanlar, hakkında uygulanır.

Maliye Bakanlığınca yayımlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği aynı şekilde düzenlenmiş olduğu, 12.2 Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı, 12.3 Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar, 12.4 Sadece yatan hastalarda kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar, 12.6 Bedeli ödenecek ilaçlar, 12.7.Bazı Özel Hastalıklara Ve İlaç Kullanımına İlişkin Düzenlemeler başlıklı bölümlerinin aynı şekilde düzenlenmiş olduğu, 13.Eczanelerle yapılacak anlaşma ile 14.İlaçlarda uygulanacak indirim oranları ve eşdeğer ilaç uygulaması başlıklı bölümlerin de içerik bakımından benzer düzenlendiği belirlenmiştir.

B. SGK'nun İlaç Sınırlaması Görünümleri

Bu konuda iki husustan söz edilebilir: 1. Bütçe Açığının Kapatılması ve Sağlık Harcamalarının Azaltılması Amaçlı Sınırlandırma, 2. Kişilerin Sağlığını Korumak Amaçlı Olarak Sınırlandırılma

1. Bütçe Açığının Kapatılması ve Sağlık Harcamalarının Azaltılması Amaçlı Sınırlandırma

IMF'nin “Sağlık Harcamalarının Azaltılması” yönündeki tavsiyesi üzerine bu tür bir düzenleme yapılabilmektedir.

⁹ RG., 13.10.1983, S. 18190.

¹⁰ RG., 10.01.1961, S. 10703.

¹¹ RG., 03.07.1992, S. 21273.

¹² RG., 18.06.1984, S. 18435.

Sağlık harcamalarını kısmak değişik yollarla sağlanmaya çalışılmaktadır. Bunlardan biri, ilaçlardan katkı payı alınması; diğeri koruma ve tedavi amaçlı tedavilerde bazı ilaçların bedellerinin kurumca ödenmemesi ve bazı ilaçlarda eşdeğer ilaç uygulamasına gidilmesidir.

a. İlaçlardan Katkı Payı Alınarak İlaç Tüketiminin Azaltılması

SGK'nun Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre, ilaç katılım payları alınacak, alınmayacak veya tedavi şekline göre farklı uygulama yapılacak haller ayrıntısıyla belirlenmiştir.

aa. İlaç katılım payı alınmayacak haller ve kişiler;

1. Yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan,
2. İlaç kullanım raporu ile belgelendirilmesi koşuluyla, Tebliğ eki "*Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi*" nde (EK-2) yer alan ilaçlardan,
3. Sağlık yardımlarına ilişkin işlemleri, devredilen Sosyal Sigortalar Kurumunca yürütülen 506 sayılı Kanun¹³ ile 2925 sayılı Kanun¹⁴lara tabi sigortalılara iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle kullanılacak ilaçlar ile 506 sayılı Kanun ve 4046 sayılı Kanun¹⁵ gereği analık sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin analık hali nedeniyle kullanılacak ilaçlardan,
4. Sağlık yardımları, devredilen Kurumlarca karşılanan 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun¹⁶ kapsamındaki kişiler ile bunların eşleri ve dul eşlerine kullanılacak ilaçlardan, katılım payı alınmayacaktır.

Burada ilaçlar değil, durum ve kişiler göz önünde bulundurularak katılım payı alınmayacağı belirtilmiştir.

bb. Hasta katılım payından muaf ilaçlar

Tebliğ eki "*Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi*" nde (EK-2) yer alan hastalıklarda kullanılacak ilaçlar, Tebliğ ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, ilaç kullanım raporuna dayanılarak en fazla 3 aylık tedavi dozunda reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Örneğin, kanser tüberküloz gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar da bu kategoride belirtilmiştir.

Bu listede yer alan etken maddeler için, ilgili başlıktaki tanılarına uygun olacak şekilde ilaç kullanım raporu düzenlenmesi halinde katılım payından muaf tutulur.

İlaç kullanım raporuna istinaden EK-2 Listesinde yer alan hastalıklarda kullanılan ilaçlar için, 12.2 inci maddede belirtilen 4 kalem sınırlaması dikkate alınmaz.

cc. Sadece yatan hastalarda kullanımı halinde bedelleri ödenecek ilaçlar

Tebliğ eki "*Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi*" nde (EK-2/B) yer alan ilaçların (anestezipler dahil) bedelleri, sadece sağlık kurumlarında yatan hastalarda ve/veya tedavisi klinik şartlarda yapılabilen hastalarda kullanımı halinde ödenecektir.

¹³ RG., 29, 30, 31 Temmuz ve 1 Ağustos 1964, S. 11766-11779.

¹⁴ RG., 20.10.1983, S. 18197.

¹⁵ RG., 27.11.1994, S. 22124.

¹⁶ RG., 24.02.1968, S. 12835.

Örneğin Active protein-C (Madde 12.7.22'ye göre) bu grupta yer almaktadır.

Tebliğ eki EK-2/B Listesinde yer alan ilaçların reçete edilmesinde, Tebliğin 12.1.2 maddesindeki esas ve usullere uyulacaktır. Bu ilaçların ayakta tedavilerde reçetelere yazılması durumunda ödeme yapılmayacaktır.

dd. Ayakta tedavide kullanımı ilaç kullanım raporuna bağlı ilaçlar (EK-2/C)

Tebliğ eki "Ayaktan Tedavide Sağlık Kurulu Raporu İle Verilebilecek İlaçlar Listesi" nde (EK-2/C) yer alan ilaçların ayakta tedavilerde kullanımı gerektiği durumlarda, Tebliğ ve eki listelerde yer alan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedelleri ödenir.

Örneğin Alerji aşılı (Madde 12.7.3'de belirtilen uzmanların katıldığı ilaç raporu ile) bu kategoride yer almaktadır.

ee. Bedeli ödenecek ilaçlar (EK-2/D)

Kurumca bedeli ödenecek olan ilaçlar bu Tebliğe ekli "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi"nde (EK-2/D) belirtilmiştir.

Bu listede 6994 adet ilaç sayılmış ve eşdeğer ürün grubu da belirtilmiştir.

Bu listede ticari isimleri ve barkod numaraları yer almayan ilaçların bedelleri Kurumca ödenmez. Yurt dışından temin edilen ilaçlar için özel düzenlemeler saklıdır.

b. İlaç katılım payı oranları

Çalışanların katılım payı ödemesi, bir tür ilaç sınırlandırması yapılması anlamına gelir ve ilaç tüketimini azaltır.

SGK'nun Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre kapsam maddesinde yer alan ve ilaç katılım payı alınması gereken kişilerden;

Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babaları için %10,

Diğer kişiler için %20, oranında ilaç katılım payı tahsil edilir.

Bu oldukça gerçekçi ve isabetli bir hükümdür. Bir çok yabancı ülkede de uygulanmakta olan bu kural, sigortalının gereksiz yere Kurum sağlık tesislerine başvurmalarını ve gereksiz ilaç israfını önleyeceği gibi, Kurumun ilaç giderlerinin bir kısmının karşılanması suretiyle Kurum giderlerini azaltmak amacını da güder.

c. İlaç katılım payı tahsili

İlaç katılım payları;

Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu eş, çocuk, ana ve babaları için gelir ve aylıklarından, (ilaç katılım payı miktarının gelir ve aylıktan fazla olması durumunda Kurumla sözleşme yapmış serbest eczane tarafından kişiden tahsil edilir.)

Kapsamdaki diğer kişiler için ise Kurumla sözleşme yapmış serbest eczaneler tarafından kişiden, tahsil edilir.

Böylece ilaç tüketiminin sınırlandırılması yönünde önemli bir adım daha atılmıştır.

506 sayılı SSK Ek Madde 25'e göre, "Sigortalılar ile bu Kanunun 35, 36, 40 ve 42 nci maddeleri uyarınca sağlık yardımlarından yararlanan kimselerin, Kurum sağlık tesisleri sağlık raporu ile belirlenen ve uzun süre tedaviyi gerektiren; tüberkuloz, kanser, kronik böbrek hastalıkları ile organ transplantasyonları gibi durumlarda, ayakta yapılan tedavileri sırasında verilmesine lüzum görülen ilaçlardan hayati önemi haiz olduğu, bu Kanunun 123 üncü maddesinde sözü edilen Komisyonca tespit edilecek olanların bedellerinden iştirak payı alınmaz.". Ayrıca aynı Kanun'un 35. maddesi gereği, eş ve çocuklara sağlık yardımı yapılması halinde ayakta yapılan tedavilerde verilen ilaç bedellerinin % 20'sini sigortalı öder. 36. maddesi gereği de, "Gelir ve aylık almakta olanlar ile aile bireylerine sağlık yardımı yapılması halinde" ise, "...sözü edilen kimselerin ayakta yapılan tedavilerinde verilen ilaçlar ile (A/a) bendi uyarınca sağlanan protez, araç ve gereç bedellerinin % 10'u kendilerince ödenir. Ancak protez, araç ve gereç bedelleri için alınacak katkı payı ödeme tarihindeki 25/8/1971 tarihli ve 1475 sayılı İş Kanunu'nun 33 üncü maddesine göre sanayi kesiminde çalışan onaltı yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücret tutarını geçemez".

Bu madde gereğince yapılacak sağlık yardımları, sigortalının sağlığını koruma, çalışma gücünü yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçlarını görme kabiliyetini artırma amacını güder.

d. Ayaktan tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ayakta tedavi sırasında kullanılması gerekli görülen ilaçlar için, sağlık karnelerinde bulunan reçetelerin kullanılması zorunludur. Düzenlenen reçetelerde mutlaka teşhis yer alacaktır. Reçetede yazılı ilaçlar ile teşhis arasında, Tebliğde teşhise dayalı düzenleme yapılan ilaçlar hariç endikasyon uyumu aranmayacaktır.

e. Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi

Yatarak tedavilerde hastanede kullanılacak ilaçların hastane tarafından temini zorunludur.

f. Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı yönüyle sınırlama

Ayaktan yapılan tedavilerde, kural olarak, bir reçetede en fazla dört kalem ilaç ve her kalem ilaçtan bir kutunun bedeli ödenir. Reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu belirtilecektir.

İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, "Ayaktan Tedavide İlaç Kullanım Raporu ile Verilebilecek İlaçlar Listesi" (EK-2/C) ve "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-2) yer almamakla birlikte, uzun süreli kullanımı ilaç kullanım raporu ile belgelendirilen ilaçlar, katılım payı alınmak koşuluyla en fazla üç aylık tedavi dozunda reçete edildiği takdirde bedeli ödenir.

g. Eşdeğer ilaç uygulaması Yapılarak İlaç Sınırlaması Yapılması

Eşdeğer ilaç uygulaması; temelde, sınırlandırılmış bir terapötik eşdeğerlik olarak, aynı endikasyon için kullanılabilir aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırması esasına dayanır.

Eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilir aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin % 22 fazlasına kadarı dikkate alınacaktır. Fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ulaşılabilir olması gerekir. Bu

amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilacın en az 5 ay piyasada bulunma ve ilgili eşdeğer ilaç grubuna dâhil olan ilaçlar arasından en az %1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir eşdeğer ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesine ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesine “Geri Ödeme Komisyonu” yetkilidir.

Bu esasa göre, belirlenen eşdeğer ilaç gruplarının her birinde:

a) indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.

b) İndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dahil ilaçların ortak en küçük birimi başına düşen “indirimli birim bedel” hesaplanır.

c) Gruptaki ilaçlar için bulunan bu indirimli birim bedeller karşılaştırılarak o eşdeğer ürün grubu için geçerli en ucuz birim bedel bulunur.

ç) Bulunan en ucuz fiyata % 22 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur.

d) Bu şekilde bulunan ödenebilecek azami birim bedel esas alınarak, gruptaki her bir ilacın ambalaj formuna göre o ilaca özgü kutu bedeli hesaplanır ve ortaya çıkan bu kutu fiyatı, aynı ilacın indirimli kutu fiyatı ile karşılaştırılır.

e) İndirimli kutu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı ödenmez.

Sosyal Güvenlik Kurumlarının ilaç tüketimindeki harcamalarını en aza indirmek açısından da kurum bazında uygulanacak (Reçetelerde temel ilaçların ve ucuz eşdeğerlerin yazımına öncelik, reçetede belli sayıda ve dozda ilaç yazımı gibi) bazı kurallar getirilmeli ve ayrıca hizmetin alındığı büyük hastaneler (Üniversite, bakanlığa ve SSK’ya bağlı eğitim hastaneleri) içinde benzeri kuralların işletilmesi istenmelidir (kendi temel ilaç listelerini hazırlamalı ve hem yatan, hem de poliklinik muayenesi olan hastaların reçetesine yazılmasında bunlara öncelik tanınmalıdır).

Nitekim, sağlık sistemine kattığı artı değerlerden dolayı, birçok ülke eşdeğer ilaç kullanımını çeşitli uygulamalarla desteklemektedir. Bu uygulamalar aracılığıyla elde edilen tasarrufla daha çok insana ilaç ulaştırıp, sağlık hizmeti götürülmekte, yeni ve pahalı tedaviler için ek kaynak yaratılmaktadır.

2. Kişilerin Sağlığını Korumak Amaçlı Olarak Sınırlandırılma

İlaçlar çok sık ve aşırı dozlarda alınırsa zarar verir. Bazı ilaçlar çok sık alınırsa zamanla alışkanlık yapar. İnsan ilaca bağımlı hale gelebilir. Böyle bir insan ilacı almadığı zaman kendini hasta hisseder.

Türk Tabipleri Birliği'nin açtığı dava sonucunda yürütmesi durdurulan (ve daha sonra iptal edilmesi muhtemel) Maliye Bakanlığı'nın ve şimdilerde de SGK tebliğlerinde, ilaç sınırlamasının, hasta haklarına aykırı olduğu ve sağlıkta kısıtlama yapılmaması gerekçelerine dayandırılmıştır.

Danıştay 10. Dairesi; SGK'nun tebliğini geçtiğimiz günlerde¹⁷, 1) 24.1. maddesinde düzenlenen “Ayaktan tedavilerde sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuru başına ödeme”

¹⁷ Danıştay 10.D., 09.07.2008 tarih ve 2007/ 7297 E.Sayılı Karar.

düzenlemesini, 2) 24.2. de “yatarak tedavide ödeme” ve 24.2.2 de düzenlenen “Sağlık kurumlarında Paket İşlem Fiyat Listesi (EK-9) uygulama ilkeleri”nin ve ekli Paket İşlem Fiyat Listesi’nin” yürütmesini durdurmuştur.

Dava konusu 24.1., 24.2. maddelerinin ve 24.2.2. maddesinin “24.2.2.6. Paket işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler” bölümü hariç diğer kısımları ile eki Paket İşlem Fiyat Listesinin (Ek-9) yürütülmesinin durdurulmasına, 3/2. maddesinde yer alan “Sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları, müracaat eden Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişileri, sadece tetkik ve/veya tahlil için başka bir sağlık kurum veya kuruluşuna sevk edemezler” cümlesinin ve 24.2.2. maddesinin “24.2.2.6. Paket işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler” bölümünün yürütülmesinin durdurulması isteminin reddine karar vermiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Uygulama ve Mevzuat Daire Başkanlığı, bu durumu, 2008/ 80 sayılı Genelge ile “Danıştay 10 uncu Dairesince; 09/7/2008 tarih ve 2007/ 7297 E.Sayılı Karar ile; Kurumumuzca 25/5/2007 tarih ve 26532 sayılı mükerrer Resmi Gazetede yayımlanan “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”nin (24.1), (24.2) numaralı maddelerinin ve (24.2.2) numaralı maddesinin “(24.2.2.6) Paket İşleme Dahil Olmayan Tıbbi Malzemeler” bölümü hariç diğer kısımları ile eki Paket İşlem Fiyat Listesinin (EK-9),

09/7/2008 tarih ve 2007/ 7391 E.Sayılı Karar ile; Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin (5) numaralı maddesinin son fıkrasında yer alan “*hasta tarafından karşılanacak olup, verilen hizmetlerin Tebliğ eki Paket İşlem Fiyat Listesinde (EK-9) yer alması durumunda bu liste fiyatları, yer almıyorsa*” ibaresinin, yürütülmesi durdurulmuştur. Bilgi edinilmesi ve 04/9/2008 tarihinden itibaren söz konusu Danıştay kararı doğrultusunda işlem yapılması gerektiği hususunda bilginizi ve gereğini rica ederim.” ifadelerine yer vererek kuruma duyurmuştur.

Belirtelim ki, sosyal güvenlik şemsiyesi altında reçetelere hiçbir sınırlama yapılmaksızın ilaç yazılması uygulaması dünyanın hiçbir yerinde bulunmamaktadır. Geri ödeme kurumları belirli koşullarda ilaç yazılmasına kısıtlama getirebilmeliler. Ancak bu kısıtlamanın, yalnızca bütçe açığını dizginleme amacıyla yapılması çok yanlıştır. Kısıtlamanın geçerli nedenleri olmalıdır. Örneğin hasta hakları ve sağlığa zararları daha fazla olacak ilaçlarda bu sınırlama yapılabilir. Örneğin Aventis Pharma tarafından pazarlanan Ketek adlı antibiyotik. Üst solunum yolları enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılan bu ilaç, hem son derece pahalı hem de kullanımı uluslararası alanda h=E2l=E2 tartışmalı. Karaciğerde toksisiteye neden olduğu ileri sürülmektedir. Bu ilaçtaki kısıtlamanın kaldırılmasıyla bir yılda kutu bazında 17 kat artış olurken 2004 yılında 978 bin YTL olan SSK harcaması 23 kat artışla 22 milyon 557 bin YTL'ye çıkmıştır. Haklı olarak akla, başka bir antibiyotiğin, bu tedavilerde kullanılıp kullanılmayacağı gelmektedir. Emekli Sandığı'nın en çok kullanılan ilk 10 ilacı arasında yeni nesil antidepressan ve şizofreni ilaçları bulunmaktadır.

Bu arada belirtelim ki, Sosyal Güvenlik Kurumlarının en çok hangi ilaçları kullandıklarını öğrenebilmek için TBMM'ye soru önergesi verilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın bunu ancak zorunlu olarak açıklaması gerekir. Diğer yünden ise, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın ilaç harcamaları artmakta; reçetelere sahte kupürler yapıştırılarak suiistimalin sürdüğü medyadan öğrenilmektedir. Bunlara alet oldukları belirlendiği için tutuklanan, haklarında soruşturma açılan eczacılar ve doktorlar gündemdedir.

Diğer taraftan, koruma ve tedavi amaçlı tedavilerde bazı ilaçların bedelleri kurumca ödenmemektedir.

Bu bağlamda kurumca sağlanan hizmetlerin, esas itibarıyla koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç ayrı başlık altında ele alınması mümkündür

a. Koruyucu sağlık hizmeti

İnsanların hastalanmasını önleyici, sağlıklı durumlarının sürdürülmesine yönelik her türlü sağlık hizmeti, koruyucu sağlık hizmeti olarak adlandırılır (SSGSSK.m.3/23). Bu yönüyle, kişinin ve toplumun sağlığının korunup, geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümü koruyucu sağlık hizmeti olarak kabul edilir. Başka bir ifade ile, toplumun epidemiyolojik, demografik, ekonomik ve sosyo-kültürel yapısı doğrultusunda sağlık önceliklerinin belirlenerek koruyucu ve sağlık düzeyini geliştirici yönde yapılan, sağlığı toplumun gelişimi ve değişimi ile birlikte ele alan, hastalık olayının ortaya çıkmasını önlemek ve telafisi güç, bazen de mümkün olmayan muhtemel kayıpları en aza indirmeye yönelik olan hizmetlerdir.

Koruyucu hekimlik uygulamasının yaygınlaşmaması ilaç tüketimini artırmakta; bu da SGK tarafından artüeryal dengelerin korunması açısından ilaç sınırlamasına gidilmesine neden olmaktadır: Ülkemizde 224 sayılı Kanun¹⁸ gereği uygulanması gereken koruyucu hekimlik ve sağlık hizmet zinciri, hiçbir zaman istenilen düzeyde çalıştırılmamış ve 1.basamak sağlık hizmetleri gereken fonksiyonu yerine getirememiştir. Çalışır durumda olan ünitelerde ise, hekime doğru teşhis olanağı verecek laboratuvar ve diğer destek hizmetleri yok veya yok denecek kadar azdır. Yeterince fonksiyon göremeyen sağlık ocaklarına, yetersiz kalan alt yapı hizmetleri ve yardımcı personel açığı da eklenince, hastalar doğrudan büyük merkezlere ve hastanelere yönelmektedirler. Bunun sonucunda, merkezi kurumlarda görev yapan hekimler, aşırı hasta yükü ile karşılaşmakta, hastaya yeterli zamanı ayıramaz ve hastayla gerektiği şekilde ilgilenemez duruma düşmektedirler. Bu durumda, reçeteye yazılan ilaçlar özellikle teşhisten-tedaviye değil, semptomdan-tedaviye yönelik olmakta ve çoğunlukla tedavi çok kalem ilaç yazılarak (poli farmasi ile) sağlanmaya çalışılmaktadır.

Hepatit aşıları koruyucu tedavi için iyi bir örnek oluşturur; ancak devlet sadece bebeklere yönelik olanları karşılamakta ve bunu da reçete ilacı olarak görmemekte, bizzat kendisi aşılama suretiyle yerine getirmektedir.

Sigara içmemeye yönelik olarak, akciğer rahatsızlığı gibi önleyici ziban ilaçta da durum buna benzerdir. 3 kutu kullanıldığında yaklaşık 350-400 YTL civarında bir maliyeti vardır ancak etkili olmasına rağmen devlet ödememektedir. Fakat devlet bunu ödemeyince başka rahatsızlıklara para ödemek zorunda kalmaktadır.

Yine, tedavi açısından zorunlu olan ve balgamı sıvılaştırarak vücuttan atılmasını sağlayan (amproskol türü etken madde içeren) sekrol grubu ilaçları da devlet ödememekte; asist gibi balgam sökücüleri ise ödemektedir. Fiyat açısından ise, asist daha pahalı bir ilaçtır. Genellikle, uygulama, ödenen ilaçlardan en düşük ücretlisinin ödenmesi şeklinde gerçekleşmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler.

¹⁸ RG., 12.01.1961, S. 10705.

Alınan koruyucu önlemlerden bazıları parasal sağlık yardımı ödemelerinden ve sağlık harcamalarından tasarruf sağlar; bazıları ise harcamaların yapılmasını geciktirir. Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır.

Bunlardan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, ilaçla koruma, erken teşhis, sağlık ve iyi beslenme eğitimi, aile planlaması ve okul sağlığı gibi hizmetlerdir. Sağlık ocakları koruyucu sağlık hizmetlerinde çok önemli bir yere sahiptir.

Bu arada koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan ve SGK Tebliğinde yer alan “Aşı ve serum temini uygulaması”na değinmekte yarar vardır: “Zehirlenmelerde kullanılan antitodların bedelinin tamamı sağlık raporu aranmaksızın ödenir.

Aşı bedelleri (Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamına dahil olan; kızamık, difteri, boğmaca, tetanos, hepatit B, polio, BCG, MMR ve HİB aşıları hariç); kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immüsupresif tedaviye bağlı olarak bağışıklık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden ödenir.

Enjektabl yolla alınan alerji aşılarının bedeli; bronşiyal astma, alerjik rinit, alerjik konjonktivit ve benzeri atopik (akar) duyarlılığı olan hastaların tedavisinde kullanılması immünoloji, alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu ile belgelendirilen hastalara, bu uzman hekimlerden biri veya iç hastalıkları uzman hekimi veya aile hekimliği uzman hekimi tarafından reçete edildiğinde hasta katılım payı alınması kaydıyla ödenir.

Alerji aşılarının oral formları ödenmez.

3 ay süre ile uygulanan medikal tedavi ve izlem sonrası laboratuvar testlerine göre aşı uygulaması başlanmasına yönelik ilaç kullanım raporu, ikinci veya üçüncü basamak resmi sağlık kurumu immünoloji, alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenecektir. Tedavi arı venom alerjisi hariç 5 yılı geçemez.

Arı venomları, resmi sağlık kurumları immünoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporu ile belgelendirilen hastalara, bu uzman hekimlerden biri tarafından reçete edilmeleri halinde bedeli ödenir.

Grip aşıları için; 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaşlı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin durumlarını belgelendirmeleri halinde rapor aranmaksızın; astım dahil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olan erişkin ve çocuklar, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immüsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar ile 6 ay–18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını belirten sağlık raporuna istinaden, tüm hekimlerce reçete edildiğinde aşuların bedelleri Kurumca yılda bir defaya mahsus olmak üzere ödenir.

Pnömonokok aşuları (polisakkarit); iki yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde, aspleni, dalak disfonksiyonu, splenektomi (medikal, cerrahi ve otosplenektomi) yapılan veya planlanan

olgular, orak hücre hastalığı, çölyak sendromu, immünsupresif tedavi, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu ve HIV tüm evreleri dahil tedaviye veya hastalıklara bağlı immün yetmezlik ve immün baskılanma durumları, kronik renal hastalık ve nefrotik sendromu, kronik kalp hastalıkları, astım dahil kronik akciğer hastalıkları, siroz dahil kronik karaciğer hastalıkları, diabetes mellitus dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, hemoglobinopati, doğuştan ve edinilmiş kraniyal defektler ve dermal sinüsler dahil beyin omurilik sıvısı sızıntısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir bedelleri ödenir”.

b. Tedavi edici sağlık hizmeti

İnsanların hastalanmaları, kazaya uğramaları halinde onları iyileştirmeye yönelik her türlü sağlık hizmeti ise tedavi edici sağlık hizmeti olarak isimlendirilmektedir. Bunlar, hastalık halinde ayakta ya da yatarak hekim muayenesi ve tedavi, klinik muayene ve tetkikler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri, diğer tanı yöntemleri, tıbbi müdahale, rehabilitasyon, organ, doku, kök hücre nakli, acil sağlık hizmetleri gibi tedavi edici hizmetlerdir (SSGSSK.m.63/b).

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda hastaların muayene ve tedavisini içeren sağlık hizmetleri bu kapsamdadır. Söz konusu sağlık hizmetleri ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının zararlarından kurtarır. Bu tür tedavi hizmetlerinde kişisel fayda ön plandadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri en uç noktadaki ayakta tedavi birimi veya hastaneden, en üst seviyedeki modern üst müracaat hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir.

c. Rehabilitasyon Hizmetleri

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen sakat kalan ve işgücünü kaybedenlere, işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik hizmetlere de rehabilitasyon hizmetleri denir. Burada temel amaç, kişiyi tekrar üretici duruma getirerek başkalarına bağımlı olmaktan kurtarmaktır.

C. SGK'nun İlaç Sınırlaması Yaparken İzlemesi Gereken Politika

a. Temel ilaçlar listesinin hazırlanması – İlaçların Gruplandırılması

Temel ilaçların belirlenmesi ve jenerik ilaç uygulamasıyla birlikte bunlardan yararlanılması, son yıllarda sadece gelişmekte olan ülkelerde değil, aynı zamanda gelişmiş ülkelerde de uygulamasına başvuru bir yaklaşımdır.

Ülkemizde de, gerekli tedaviyi sağlayabilecek temel ilaçların belirlenmesi ve uygulamanın da özellikle Sosyal Güvenlik Kurumlarında buna göre düzenlenmesi, rasyonel ilaç kullanımı ve kamu maliyesine olumlu katkı yapması bakımından üzerinde önemle durulması gereken bir yaklaşım ve politika olarak gözükmektedir.

Burada sözü edilen kavramları tanımlamak gerekirse ;

Temel İlaçlar; Geniş halk kitlelerinin hastalıklarında tanı ve tedavi gereksinimlerini karşılayan, tarafsız ve kesin bilgilerle etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, yarar / risk ve yarar / fiyat oranları büyük, değişik farmasötik biçimlerde ve her zaman yeterli miktarlarda bulundurulmuş en gerekli ilaçlardır.

Yukarıda özellikleri belirtilen ilaçları içeren, her yıl veya her gereken durumda gözden geçirilerek, güncelliği sağlanan ve jenerik isimlerle belirtilen ilaçların yer aldığı liste ile ilaçlar gruplandırılabilir.

Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere, gelişmiş ülkelerin hemen tüm sağlık ve sosyal güvenlik kurumlarında ilaçla tedavi gruplarının ve bu gruplarda yer alacak temel ilaçların neler olacağı, kendi bilimsel kurulları tarafından listeler halinde belirlenmektedir. Yaklaşık 20.000 ilacın piyasada bulunduğu A.B.D.'de bile, bir çok hastanede 400-500 ilacı aşmayan temel ilaç listeleri ile tedavi sürdürülmektedir. Sözü edilen kurumlarda ve bağlı hastanelerde liste dışından ilaç yazmak, olağanüstü durumlar dışında kabul gören bir uygulama değildir. Benzeri uygulamalar Kanada, Hollanda gibi diğer gelişmiş ülkelerin gündemindedir. Bu tür bir belirlemede hekimin tedavi seçeneklerinin kısıtlanmamasına özen gösterilmekte, ancak diğer taraftan da tedavinin rasyonel ve ekonomik olması hedeflenmektedir.

Temel İlaç Listesinin hazırlanmasında (Benzeri bir çalışma 1995 yılında Türk Tabipleri Birliğinin öncülüğünde, konunun uzmanları tarafından ülkemizde de gerçekleştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de esas aldığı ilkelerden yararlanılabilir. Söz konusu ilkeler yirmi maddede toplanmış olup, ilerde bu tür listelerin hazırlanmasına da ışık tutacak niteliktedir. Bu ilkeler;

1) Temel ilaç listesinin hazırlanmasında, ülkenin sağlık hizmetlerinin yapılması ve gelişmişliği dikkate alınmalı, liste genel ve yerel gereksinimleri karşılayacak biçimde düzenlenmelidir.

2) İlaçların seçiminde toplumun değişen sağlık gereksinimleri dikkate alınmalı, ülke sağlığı ile ilgili tüm verilerden yararlanılmalıdır. Farmakolojik ve farmasötik gelişmeler dikkate alınarak, liste en az yılda bir kez veya gereken her durumda gözden geçirilebilmelidir,

3) Listede ciddi, tarafsız, bilimsel yayınlarla kendini isbatlamış ilaçlar yer almalıdır. Her seçilen farmasötik ürün, yeterli kalite ve uygun bir biyoyararlanıma sahip olmalıdır. Yeni ilaçlar, listede yer alan ilaçlara göre önemli üstünlükler getirdiklerinde liste kapsamına alınmalıdır.

4) Aynı endikasyonda kullanılan ilaçlar arasında, yarar / risk ve yarar / fiyat oranı yüksek olan ilaçlar tercih edilmelidir,

5) Fiyat, en önemli seçim nedenlerinden biridir. İlaçlar arasında yapılacak fiyat karşılaştırmalarında, yalnız birim ilaç değil, tüm tedavi maliyeti göz önünde tutulmalıdır,

6) Bazı ilaçların listede yer alamayışı, bu ilaçların yararsız olduğu anlamına gelmez. Listede bulunan ilaçlar toplumun sağlık güvenliği açısından bütün otoritelerce onay görmüş, en gerekli olanlardır,

7) Temel ilaç listesi doktorun ilaç seçme özgürlüğünü hiçbir zaman engellemeyecek, liste dışı kalan ilaçlar ticari isimleri ile piyasada bulunacaktır. Doktor gerektiğinde, bu tip ilaçları tercih edebilecek ve reçetesine yazabilecektir.

8) Ülkemizde de Sosyal Güvenlik Kurumları tedavi maliyetlerini düşürmek ve tedavinin daha etkin sürdürülmesini sağlamak açısından kendi listelerini oluşturmalı ve kurumdaki hekimlerin de reçetelerini, bu listeyi esas alarak yazmasını sağlamalıdır.

9) Benzeri bir uygulama Sosyal Güvenlik Kurumlarından ilacı temin edilen ve ayaktan tedavi gören hastaların reçetelerinde de uygulanabilir. Bu amaçla oluşturulacak listeler esas alındığında, hastalardan alınan katılım payları liste dahilinde olan ilaçlar için çok küçük

oranlarda, (hastanın talebi ve hekimin uygun görmesi ile) liste dışından ilaç yazıldığında ise, çok daha yüksek oranlarda uygulanabilir.

b. Tedavinin Ucuz Eşdeğer İlaçlarla Sağlanması

Hastaya kullanılacak ilaçların belirli listeler esas alınarak ve ticari marka yerine (özellikle patent koruması dışına çıkan ilaçlarda) jenerik adlarla (evrensel kabul gören bilimsel ad) reçeteye yazılması bugün birçok gelişmiş ülkenin başvurduğu bir uygulamadır. İlaçların bu şekilde ticari marka adı yerine, (biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlik sorunu olanlar hariç) jenerik adla reçete edilmesi ucuz eşdeğerin kullanılmasına olanak vermekte ve tedavi maliyetlerini çok önemli ölçüde düşürmektedir.

c. İlaç Fiyatları

İlaç konusunda dikkatle değerlendirilmesi gereken bir başka konu ise, bazı kesimlerin iddia ettiği gibi, ülkemizdeki ilaç fiyatlarının diğer Avrupa ülkelerine göre ucuz olup, olmadığına açıklığa kavuşturulmasıdır. Bu tür karşılaştırmaların sağlıklı ve iddiaların doğru olabilmesi, karşılaştırmamızın bizim ülkemiz insanıyla, karşılaştırılan ülke insanların alım gücünün, asgari ücretlerinin ve ulusal gelirden fert başına aldıkları payların dikkate alınarak yapılmasına bağlıdır. Kişi başına düşen ulusal gelirin 30.000, asgari ücretin binlerce A.B.D. doları olduğu bir ülke ile, kişi başına düşen ulusal gelirin, en iyimser rakamlarla, 2.500 olan ülkemizi bu rakamlar göz ardı edilerek, ilaç fiyatları üzerinden bire bir karşılaştırmak ve sonrada Türkiye’de ilacın ucuz olduğunu iddia etmek, çok ciddi bir yanılıdır.

d. İlaç Tüketimi

Ülkemizde ilaç tüketiminin amaca yönelik olmaktan çok, özellikle sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki kişilerde, adeta bir savurganlık boyutunda olduğunu söylemek zor değildir. Bu anlamdaki tüketimin hangi boyutlara ulaştığı, anılan kuruluşlardan ilacı temin edilen kişilerin birçoğunun evinde tümüyle kullanılmadan kalan ilaçlarla, küçük birer eczane doluluğuna ulaşmış olan ilaç dolaplarına bakılarak, kolaylıkla tahmin edilebilir.

İlaç tüketimi ve harcamalarındaki rasyonel olmayan görüntünün ortaya çıkmasında, çeşitli kesimlerin payı vardır. Ancak bunların başında, devleti yönetenlerin ilaca bakış açısının yanlışlığı gelmektedir. Günümüzde devleti yönetenler, ilacı herhangi bir sanayii ürünü ve ticari meta gibi görmekte ve ilacın sosyal yönünü atlamaktadırlar.

Bu anlayışın sonucu, özellikle fiyatlandırma aşamasında otorite konumunda olması gereken Sağlık Bakanlığı, belirleyici olmaktan çok talep edilen fiyatı tasdik eden bir konuma düşmektedir. Gerçek sanayi-maliyet esasına göre kontrol edilmeden fiyatlandırılan ilaçların ise, en ağır faturası yine devlete çıkmaktadır.

e. Hastaların Davranışı

İlacın rasyonel tüketilememesinin nedenleri arasında hasta davranışlarının da belirli oranda payı vardır. Hasta kullandığı ilaçla ilgili doğal olarak yeterince bilgi sahibi değildir. Ayrıca hastalar bu konuda ilginç bir davranış biçimi sergilemekte ve her muayene sonrasında mutlaka bir reçete yazılması beklentisi içine girmektedirler. Özellikle kültür düzeyinin daha düşük olduğu kesimlerde, hekimlerin niteliği ve ehliyetleri, reçeteye yazdıkları fazla ilaç sayısı ile değerlendirilmektedir.

Ülkemizdeki her 100 muayenenin 95'i reçete ile sonuçlanırken, bu sayı İtalya'da 73, Hollanda'da 56 olarak gerçekleşmektedir. Yerine göre gereksiz reçete yazılması ve yerine göre de reçetelerde poli-farmasi yapılmasının bir diğer nedeni de budur. Hastaların bir başka ilginç davranış biçimi ise, tedaviden kendince beklediği sonucu, beklediği sürede alamayınca ortaya çıkmaktadır. Hasta bu durumda bir başka doktora giderek tekrar reçete yazdırmakta ve evdeki ilaçlarına yenilerini ekleyerek, kullanılmadan ya da içinden çok azı kullanılarak atıl duruma gelen ilaçlar listesini daha da kabartmaktadırlar.

Ayrıca belli bir sosyal güvencesi olmayan hastaların ilaçlarını, sosyal güvencesi olan yakınlarının ya da komşularının sağlık karneleri aracılığıyla, resmi reçeteye yazdırmaları, ilaç savurganlığı ve devletin ilaç harcamalarını artıran ve sınırlama yapılmasını gerektiren bir başka önemli neden olarak karşımıza çıkmaktadır.

FAYDALANILAN BAŞLICA KAYNAKLAR

ARAT Murat, Bütçe Uygulama Talimatına Göre Hizmet Fiyatlandırma, Faturalama, İlaç ve Malzeme Yazılma İlkeleri, www.thd.org.tr/doc/kurs_pdf/5_IBK_04.pdf, erişim tarihi, 05.05.2008.

BOSTANCI Yalçın, Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya 2007.

2007 Fiyak Listesi Tıp Fakültesi (Tedavi Yardımı), Erciyes Ün. Döner Sermaye İşletmesi.

GÜZEL Ali / OKUR Ali Rıza / CANIKLIOĞLU Nurşen, Sosyal Güvenlik Hukuku, 11. B., İstanbul 2008.

SGK Sağlık Uygulama Tebliği ile Tedavi Yardımı Uygulama Tebliği Farkları, <http://www.beo.org.tr/dosyalar/sgkbutfark07.htm>. Erişim tarihi, 05.05.2008.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 25.05. 2007, Mükerrer, R.G., S. 26532.

Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No. 8), 25.05. 2007, Mükerrer, R.G., S. 26532.

TUNCAY Can / EKMEKÇİ Ömer, Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, 11. B., İstanbul 2005.

TUNCAY Can / EKMEKÇİ Ömer, Sosyal Güvenlik Hukuku'nun Esasları, 1. B., İstanbul 2008.