



# TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLER

## Özel Hastaneler Platformu Derneği

Kavaklıdere Mah. Esat Cad. No: 22  
Çankaya / ANKARA  
T : +90 (312) 472 73 40  
M : bilgi@ozelhastaneler.org.tr

## Basım Yeri ve Grafik Tasarım

Afşar Medya Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş.  
Ostim Osb Mah. 1424. Sk. 8/2  
Yenimahalle / Ankara

GÜNCELLENMİŞ 2. BASKI / KASIM 2023

| [www.ozelhastaneler.org.tr](http://www.ozelhastaneler.org.tr)





## İÇİNDEKİLER

---

Özel Hastaneler Platformu Yönetim Kurulu ..... 5

Önsöz ..... 7



**Sağlıklı Yaşam Politika ve Uygulamalarına İlişkin Görüş ve Öneriler ..... 8**

- a. Sağlıklı Yaşam ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Özel'in Rolü ..... 9
- b. Sağlıklı Yaşlanma, Yaşlı Bakım Sigortası, Yaşlı Bakımı Hizmet Sunumu ve Yaşlılık Endüstrisi ..... 9



**Aile Hekimliği ..... 11**

- a. Aile Hekimliği Uygulamasında Özel'in Rolü ..... 12
- b. Aile Dış Hekimliği Uygulaması ..... 12



**Sağlık Hizmeti Sunumu Politika ve Uygulamalarına İlişkin Görüş ve Öneriler ..... 13**

- a. Yatırım Planlaması ..... 14
- b. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Rol ve Sorumlulukları ..... 14
- c. Devlet Üniversite Hastaneleri Rol ve Sorumlulukları ..... 15
- d. Vakıf Üniversite Hastaneleri Rol ve Sorumlulukları ..... 15
- e. Tıp Fakültesi Bulunan Vakıf Üniversitelerinin Kendi Mülkiyetindeki Arasında Üniversite Hastanesine Sahip Olma Zorunluluğu ..... 16

f.	Özel Hastanelerin Rol ve Sorumlulukları .....	16
g.	Sağlık Hizmet Sunumunda Yerel Yönetimler .....	17
h.	Sağlık Hizmet Sunumunda Basamaklandırma .....	17
i.	Sağlık Hizmet Sunumunda Sevk Zinciri .....	18
j.	Evde Sağlık Hizmetleri .....	18
k.	Palyatif Bakım Hizmetleri .....	19
l.	Acil Sağlık Hizmetleri .....	19
m.	Laboratuvar ve Müessese Olarak Ruhsatlandırılan Sağlık Kuruluşları .....	20
n.	Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Uygulamaları .....	21
o.	Kalite ve Akreditasyon .....	22
p.	Hasta ve Çalışan Memnuniyeti .....	22
r.	Sağlıkta Şiddet .....	23
s.	Denetim .....	23
t.	Mükerrer Cezai Yaptırımlar .....	24
u.	Göçmen Sağlığı .....	24
v.	Bağımlılık Tedavisi Hizmet Sunumu .....	24
y.	Hekimlerin İzin, Rapor, vb Mazeretleri Hâlinde Yaşanan Sorunlar .....	25

## 4

### **Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Politika ve Uygulamalarına ilişkin Görüş ve Öneriler .....26**

a.	Sağlık Finansman Kaynağı .....	27
b.	Cepten Sağlık Harcamaları .....	27
c.	Katastrofik Sağlık Harcamaları .....	27
d.	Katılım Payı .....	28
e.	Özel Sağlık Sigortaları ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası .....	28
f.	Sağlık Harcamalarının Yönetimi ve Oranı .....	29
g.	Sağlık Hizmetleri Geri Ödeme Tutarları .....	29
h.	Yeni Sağlık Hizmeti Satınalma Sözleşme Modeli .....	30
i.	Fark Uygulaması .....	30
j.	%200 Fark Sınırlaması .....	31

## 5

### Sağlık İnsangücü ve Uygulamalarına İlişkin Görüş ve Öneriler.....32

- a. Sağlık İnsan Gücünde Planlama ..... 33
- b. Muayenehane Planlama Uygulaması ..... 34
- c. Tıpta Uzmanlık Eğitimi ..... 35

## 6

### Sağlık Mevzuatı ve Uygulamalarına İlişkin Görüş ve Öneriler.....36

- a. Sağlık Mevzuatının Kodifikasyonu ..... 37
- b. Sağlık İhtisas Mahkemeleri ve Malpraktis ..... 37
- c. Sağlık Mevzuatı Uygulamalarının İhlaline Yönelik Alınacak Önlemler ..... 37
- d. İmar Barışı Mevzuat Uygulaması ..... 38
- e. Deprem Riski Olan Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları ..... 38

## 7

### Sağlık Endüstrileri Politika ve Uygulamalarına İlişkin Görüş ve Öneriler.....39

- a. Tıbbi Cihaz ve İlaç Üretiminde Millileşme ve Yerelleşme ..... 40

## 8

### Sağlık Hizmetlerinin Uluslararası Boyutuna İlişkin Görüş ve Öneriler.....41

- a. Sağlık Turizmi, Sağlık Eğitimi Turizmi, Sağlık Sistemlerinin İhracı ve USHAŞ ..... 42
- b. Sağlık Serbest Bölgeleri ..... 42
- c. AB Gümrük Birliği Hizmetler Sektörü ..... 43
- d. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri Nedeniyle İlgili Ülke Sosyal Güvenlik Kurumlarını Sübvansiyon Uygulamasına Son Verilmesi ..... 43

## 9

### İstatistikler.....44

- I. OECD ÜLKELERİ SAĞLIK HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI..... 45
- II. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTATİSTİK YILLIĞI ÖZEL SEKTÖR VERİLERİ KIYASLAMASI ..... 47

## Özel Hastaneler Platformu Yönetim Kurulu



**Dr. Mehmet Altuğ**

Lokman Hekim Üniversitesi  
Mütevelli Heyeti Başkanı  
Lokman Hekim Sağlık Grubu  
Başkan Yardımcısı  
Dernek Yönetim Kurulu  
Başkanı



**Dr. Esat Mehmet Arslan**

Konya Özel Akademi  
Hastaneleri Genel Direktörü  
Dernek Yönetim Kurulu  
Başkan Yardımcısı



**Dr. Cemal Özkan**

Özel Antalya Yaşam  
Hastaneleri Yönetim Kurulu  
Başkanı  
Dernek Yönetim Kurulu  
Başkan Yardımcısı



**Dr. Mustafa Enis Arabacı**

Özel Park Hayat Hastaneleri  
Yönetim Kurulu Başkanı  
Dernek Genel Saymanı



**Dr. Nail Burak Öztan**

Özel Uşak Öztan Hastanesi  
Yönetim Kurulu Başkanı  
Dernek Genel Sekreteri



**Dr. Serap Ulurmak**

Tınaztepe Sağlık Grubu Genel  
Müdür Yardımcısı Dernek  
Yönetim Kurulu Üyesi



**Dr. Mustafa Yılmaz**

Özel Yalova Hastanesi Yönetim  
Kurulu Başkanı  
Dernek Yönetim Kurulu Üyesi



**Dr. Nuri Nasır**

Özel Egepol Hastanesi  
Başhekimisi  
Dernek Yönetim Kurulu Üyesi



**Dr. Ömer Yavuz Namli Doruk**

Sağlık Grubu Yönetim Kurulu  
Başkanı  
Dernek Yönetim Kurulu Üyesi



**Dr. Rifki Karabatak**

Özel Maya Hastanesi Tıbbi  
Direktörü  
Dernek Denetim Kurulu  
Başkanı



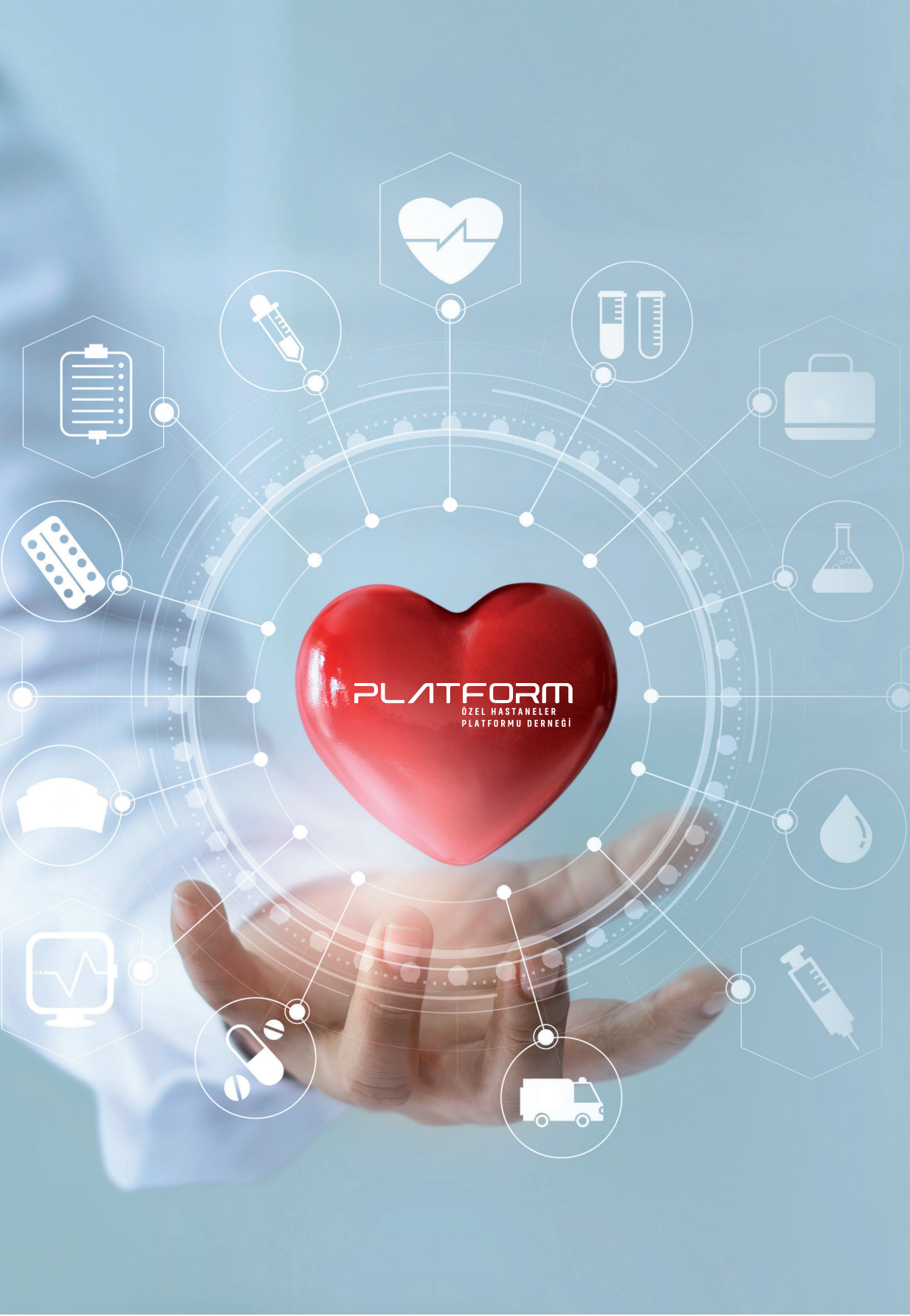
**Dr. Şeref Binboğa**

Özel Referans Hastanesi  
Yönetim Kurulu Başkanı  
Dernek Denetim Kurulu Üyesi



**Dr. Harun Gülşen**

Özel Osmaniye İbni Sina  
Hastanesi Yönetim Kurulu  
Başkanı  
Dernek Denetim Kurulu Üyesi



**PLATFORM**  
ÖZEL HASTANELER  
PLATFORMU DERNEĞİ

## Önsöz

### Çok Kıymetli Sağlık Sektörü Temsilcileri,

Özel Hastaneler Platformu Derneği olarak, Türkiye Sağlık Sistemi'ne ilişkin görüş ve önerilerimizin güncellenmiş ikinci baskısını sunmanın mutluluğunu yaşamaktayız. İlk baskıdan bu yana geçen süre içerisinde, dünya genelinde etkisini sürdüren COVID-19 pandemisi sağlık sektörünü derinlemesine etkilemiş ve olağanüstü bir dönemi beraberinde getirmiştir. Bu sürecin yaşadığımız toplumların sağlık altyapısı, sağlık politikaları ve sektördeki dinamikleri üzerinde önemli etkileri oldu. Bu nedenle, ikinci baskıda güncel gelişmeleri ve pandeminin sağlık sistemimize etkilerini de ele aldık.

Son yıllarda ülkemizin sağlık politikalarının izlediği yolu değerlendirdiğimizde, sağlık finansmanı ve hizmet sunumu konularında benzeri olmayan bir başarı hikayesi gördüğümüzü belirtmek isteriz. Özel sektör yatırımları, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir paya sahip olurken, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılama kapasitemiz de arttı. Sağlık sektöründeki bu dönüşüm, özel sektörün katkıları ve kamu-özel sektör iş birliği sayesinde mümkün olmuştur.

Pandemi dönemi, sağlık sistemimizin dayanıklılığını test etti ve sektörde pek çok yeni dinamik oluşturdu. Sağlık çalışanlarının özverili çabaları, sağlık altyapısının güçlendirilmesi ve halkın sağlık bilincinin artırılması, pandemiyle mücadelede belirleyici faktörler oldu. Ancak pandemi süreci aynı zamanda, sağlık sisteminin bazı zayıflıklarını da açığa çıkardı. Bu dönemde öğrendiklerimiz ve karşılaştığımız sorunlar, sağlık sistemi için daha sürdürülebilir ve güçlü bir gelecek inşa etme fırsatını da beraberinde sunmaktadır.

Özel Hastaneler Platformu Derneği olarak, bu ikinci baskıda hem sağlık sektöründeki gelişmeleri hem de pandemi sürecinin getirdiği zorlukları ele alacak, sektörümüzün daha etkin ve verimli bir şekilde ilerlemesi için öneriler sunmaya devam edeceğiz. Türkiye Sağlık Sistemine ilişkin bu güncellenmiş Sektör Raporumuzu tüm paydaşlarımızın dikkatine sunarken, raporumuzun sağlık sektörünün güçlenip gelişmesine ve toplum sağlığının tüm basamaklarına en iyi şekilde katkıda bulunmasına vesile olmasını temenni ediyoruz. Raporumuzu inceleyen, değerlendiren ve destek veren herkese teşekkür ediyor, saygılarımızı sunuyoruz.

**Dr. Mehmet Altuğ**

**Yönetim Kurulu Başkanı**

**Özel Hastaneler Platformu Derneği**

1

# Sağlıklı Yaşam Politika ve Uygulamalarına ilişkin Görüş ve Öneriler



## a. Sağlıklı Yaşam ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Özel'in Rolü



**Tespit:** 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3 ncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinde yer alan "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler." hükmü gereği özel sağlık kurumlarının da koruyucu sağlık hizmeti verme yetkisi bulunmaktadır. Ayrıca 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 63'üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendindeki "a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri." hükmü gereğince SGK tarafından koruyucu sağlık hizmetlerinin aynı Kanununun 73'üncü madde hükümleri çerçevesinde özel sağlık kurumlarından da hizmet satın alınması mümkün bulunmaktadır.



**Öneri:** Yukarıdaki Kanun hükümlerinin de verdiği imkân ve yetkilerden hareketle ülke genelinde yaygın özel hastane, tıp merkezi ve polikliniklerden, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hizmet alınması mümkün bulunmaktadır. Bu kapsamda; sigara bırakma, madde bağımlılığı, obezite, çocukluk dönemi aşılama, gebelik sürecinin izlenmesi, meme ve göz taraması v.d. kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında özel sağlık kurumlarının da kapsama alınması önerilmektedir.

## b. Sağlıklı Yaşlanma, Yaşlı Bakım Sigortası, Yaşlı Bakımı Hizmet Sunumu ve Yaşlılık Endüstrisi



**Tespit:** Ülkemiz dünyada en hızlı yaşlanan ülkeler arasında yer almaktadır. TÜİK verilerine göre halen 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9,9 iken, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6'ya çıkması beklenmektedir. Bu bağlamda sağlıklı yaşlanma ülkemizin en kritik gündemleri arasında yer almaktadır. Yaşlılık politikalarının bütüncül bir yaklaşım ile ele alınması zorunluluğu bulunmaktadır.



**Öneri 1:** Yaşlılık döneminde sağlık sorunlarının en fazla maliyete neden olduğu dikkate alınarak, yaşlılığa ilişkin hizmet sunumu diğer boyutlarda sağlık hizmet sunumu ile birlikte ele alınarak politika geliştirilmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 2:** Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası benzeri bir yaşlı bakım sigortasının kurulması kaçınılmaz hale gelmiştir. Yeni kurumsal yapılara ve bürokrasiye meydan vermeden SGK altyapısı da kullanılarak yaşlı bakım sigortası sistemi hayata geçirilmelidir.

**Öneri 3:** Yaşlı bakım hizmet sunumunun kurumsal taassuplardan uzak, Sağlık Bakanlığı, Belediyeler ve Özel Sektör işbirliği içerisinde bütünleşik bir yaklaşım ile kurulmasına azami özen gösterilmelidir.

**Öneri 4:** Dünya'daki yaşlı nüfus artışının bir fırsata çevrilerek yaşlılık endüstrilerinin kümelenme yaklaşımı ile ele alınması, ihracata dayalı yerli ve milli bir yaklaşım ile ülkemizin kazanımlarına fırsat verecek bir modelle geliştirilmesi sağlanmalıdır.



**2**

# Aile Hekimliği



## a. Aile Hekimliği Uygulamasında Özel'in Rolü



**Tespit:** Aile Hekimliği uygulaması ülkemizde 2005 yılından itibaren kademeli, 2010 yılında itibaren ise tüm yurttan uygulanmaya başlamış, ancak vatandaşın öncelik verdiği bir sağlık hizmeti aşamasına henüz gelememiştir.



**Öneri:** Aile Hekimliği görev ve yetkisinin Vakıf Üniversitelerinde olduğu gibi özel sağlık kurumlarına da verilerek sistemin etkinliğinin artırılması değerlendirilebilir. Ayrıca Aile Hekiminin tetkik, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini özel sağlık kurumlarından alınması sağlanabilir.

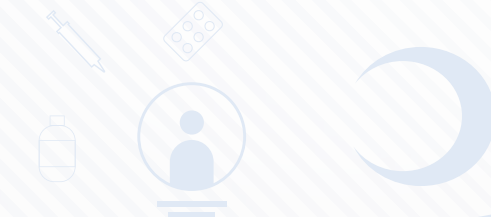
## b. Aile Dış Hekimliği Uygulaması



**Tespit:** 2023 yılında üç ilde pilot uygulama kapsamında başlatılan aile dış hekimliği, toplum ağız ve diş sağlığı açısından önemli bir kazanımdır. Uygulamanın tüm yurttan yaygınlaşması önem arz etmektedir.



**Öneri:** Anayasamız gereği sağlık hizmet sunumunun Devlet tarafından özel sağlık kurumlarından da hizmet alınmak suretiyle yapılabilmesi dikkate alındığında, yeni mekanlar ve kadro istihdamına yol açmadan özelden de aile dış hekimliği hizmetinin satın alınması seçeneği de dikkate alınmalıdır. Ayrıca Aile Dış Hekimliğinin tetkik, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini özel sağlık kurumlarından alınması sağlanabilir.



# 3

## Sağlık Hizmeti Sunumu Politika ve Uygulamalarına İlişkin Görüş ve Öneriler



### a. Yatırım Planlaması



**Tespit:** T.C. Anayasasının 56'ncı maddesi Devlete, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3'üncü maddesi ise Sağlık Bakanlığına kamu ve özel sağlık kurumlarını "yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde" planlanmasına yetki vermektedir. Söz konusu planlama yetkisi ilk defa 15.2.2008 tarihinde sadece özel sağlık kurumlarını kapsayacak şekilde kullanılmaya başlanmış ve bugüne kadar da kamu hastaneleri, devlet ve vakıf üniversite hastaneleri kapsama alınmadan bu şekilde uygulanmaya gelmiştir.



**Öneri:** Planlamanın Anayasa ve yasada düzenlendiği şekliyle Kamu (Sağlık Bakanlığı ve Devlet Üniversitesi), Vakıf Üniversitesi ve Özel Sağlık Kurumlarını kapsayacak şekilde uygulanması sağlanmalıdır. Ayrıca planlamanın il bazında, en az gelecek 5 yılı kapsayacak şekilde ilan edilerek kamuya duyurulması sağlanmalıdır.

### b. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Rol ve Sorumlulukları



**Tespit:** T.C. Anayasasının 56 ncı maddesi "Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." hükmünü içermekte olup, Anayasamıza göre sağlık hizmeti sunumunun bizzat devletin işlettiği sağlık tesisleri tarafından yerine getirilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır. Ülkemiz uygulamasında Sağlık Bakanlığı yasal düzeyde TBMM ve Cumhurbaşkanı tarafından çıkarılan regülasyonları uygulama, kanunla ve Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri ile verilen konularda alt regülasyonlar yapma yetkisine sahip bulunmaktadır. Aynı zamanda bizzat sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu durum Devlet ve Vakıf Üniversiteleri ile özel sağlık kurumlarının aleyhine sonuçlar doğurmaktadır. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın "kürek çeken değil, dümen tutan bakanlık" olarak konumlandırılması amacıyla bağlı kuruluş olarak kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu uygulamasından kısa süre içinde vazgeçilerek, doğrudan sağlık tesisi işletmeciliğine geri dönmüştür.

Anayasamız gereği devletin sağlık hizmeti sunması bir zorunluluk olmayıp tercih olduğu dikkate alındığında, Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modeli ile sağlık hizmet sunumunun destek süreçlerini kapsayan bölümleri ile radyoloji, laboratuvar ve fizik tedavi-rehabilitasyon uygulamalarının özel girişimciler eliyle yürütülmesi konusunda önemli bir aşama kaydedilmiştir.



**Öneri:** KÖİ modelinin uygulanmasından elde edilen deneyimler ve özel sağlık kurumlarının sağlık hizmeti sunumunda sağladığı başarı dikkate alınarak; KÖİ modeliyle işletilen Şehir Hastanelerinin tıbbi hizmetler de dahil olmak üzere tüm işletmesinin, Sağlık Bakanlığı nam ve hesabına özel girişimciler eliyle yürütülmesi konusunda gerekli teknik ve yasal çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

### c. Devlet Üniversite Hastaneleri Rol ve Sorumlulukları



**Tespit:** Ülkemizin Dünyada nitelikli sağlık hizmeti sunumunda saygın bir yere sahip olmasının önemli nedenlerinden birisi de Üniversite Tıp Fakültelerinden ve Hastanelerinden yetişen nitelikli hekim kadrosudur. Devlet Üniversite hastaneleri hukuken yükseköğretim kurumu statüsünde "Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi" olarak faaliyet sürdürmektedir. Bu durum Üniversite hastanelerinin işletmeciliğini zorlaştırmaktadır.



**Öneri 1:** Devlet Üniversite Hastanelerinin işletmecilik ilkelerine göre yönetilebilmesi için Kanunla Üniversite hastanesi tanımı yapılması ve yönetim modelinin işletmecilik ilkelerine göre belirlenmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 2:** Devlet Üniversite hastanelerinde görev yapan deneyimli öğretim üyesi kadrosundan özel sağlık kurumlarının da yararlanabilmesi için kurumsal sözleşmeye dayalı olarak çalışma modelinin esnetilmesi sağlanmalıdır. Öğretim üyesine ödenecek döner sermaye payının belirlenmesinde hizmet sunumunda üniversite kaynaklarının kullanılmadığı dikkate alınarak 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesindeki üst sınır olan %85 oranının uygulanması sağlanmalıdır.

### d. Vakıf Üniversite Hastaneleri Rol ve Sorumlulukları



**Tespit:** Vakıf üniversiteleri, eğitim ve öğretim bakımından Devlet Üniversiteleri ile aynı statüde hizmet sunan, kamu tüzel kişiliğine haiz yükseköğretim kurumlarıdır. Tıp eğitimi amacıyla kurulan Tıp Fakültesi ve diğer sağlık bilimi lisansiyerlerinin uygulamalı eğitim ihtiyacını karşılamak üzere kurulan Vakıf Üniversitesi hastaneleri 15.2.2008 tarihinde özel sağlık kurumları için getirilen yatırım planlamasına tabi tutulması nedeniyle sayılarında önemli bir artış meydana gelmiştir.



**Öneri 1:** Vakıf üniversitelerinin de kamu sağlık tesisleri ile birlikte planlama çerçevesinde aynı kurallara tabi tutularak hizmet sunması sağlanmalıdır.

**Öneri 2:** Ruhsatlandırma işlemlerinin kamu-özel ayrımı olmaksızın, Sağlık Bakanlığı, Devlet ve Vakıf Üniversiteleri ve Özel sağlık kurumlarını kapsayacak şekilde tek bir yönetmelik çerçevesinde yürütülmesi sağlanarak, sağlık hizmet sunumu mülkiyet esaslı değil, buradan yararlanan vatandaş esaslı hale getirilmesi sağlanmalıdır.

### e. Tıp Fakültesi Bulunan Vakıf Üniversitelerinin Kendi Mülkiyetindeki Arasında Üniversite Hastanesine Sahip Olma Zorunluluğu



**Tespit:** Vakıf Üniversitesi bünyesindeki Tıp Fakülteleri, YÖK'ün onay ve denetimi ile öğrencilere eğitim vermekte ve ülkemizin hekim ihtiyacının karşılanmasında önemli bir rol üstlenmektedirler. Bu öğrenciler devlete ek bir maliyet oluşturmaksızın, önemli bir kısmı da burslu olmak suretiyle eğitim almaktadır.

2547 sayılı Kanunun Ek 3 ncü maddesinde ve Geçici 82 nci maddesinde yapılan düzenlemeler ile Tıp Fakültesi bulunan Vakıf Üniversitelerine, Devlet Üniversitelerinde ve bazı Vakıf üniversitelerinde aranmayan kendi mülkiyetindeki arsada Üniversite Hastanesi sahip olma zorunluluğu getirilmiş ve bu yükümlülüğü yerine getirmeyenler için 16/10/2023 tarihi itibarıyla öğrenci alımına son verilecek, 16/10/2025 tarihi itibarıyla de Tıp Fakülteleri kapatılacaktır.



**Öneri:** Eğitim ve öğretim için herhangi bir etkisi olmayan, Devlet Üniversitelerinde ve bazı Vakıf Üniversiteleri için dahi uygulanmayan söz konusu yanlışlığın giderilmesi için mülkiyet şartının kaldırılmasına yönelik gerekli yasal değişiklik yapılmalıdır.

### f. Özel Hastanelerin Rol ve Sorumlulukları



**Tespit:** T.C. Anayasasında yer verildiği üzere, devlet özel sağlık kurumları eliyle de sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirebilecek durumdadır. 24.5.1933 tarihli ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ile özel hastaneler gerekli yasal güvenceye kavuşturulmuştur. Bugün ülkemizin Dünyanın birçok ülkesinden sağlık turizmi kapsamında sağladığı hasta ve elde edilen deneyim özel hastane işletmeciliğinde kazanımların önemini ortaya koymaktadır.



**Öneri:** Hususi Hastaneler Kanunu'nun günümüz ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde yeniden ele alınarak sadece özel hastaneleri değil, kamu ve üniversite hastanelerini de kapsayacak şekilde "Hastaneler Kanunu" çıkarılmalıdır.

## g. Sağlık Hizmet Sunumunda Yerel Yönetimler



**Tespit:** Gerek 5216 sayılı Büyükşehir Belediyeleri Kanunu 7 nci maddesi, gerekse 5393 sayılı Belediyeler Kanunu 14 üncü maddesi kapsamında belediyelerin sağlık hizmeti sunma yetkisi bulunmaktadır. Ancak uygulamada belediyeler tarafından izin verilen merkezlerde, sağlık sektörünün dinamiklerine ve hasta güvenliğini riske atan uygulamalar meydana gelmektedir.



**Öneri 1:** Diğer kamu sağlık tesisleri yatırımlarında önerdiğimiz gibi Belediyeler tarafından açılacak sağlık tesisleri de planlama hükümlerine tabi olmalıdır. Belediyelerin hizmet sunumunu bizzat kendisinin yapması yanında, bu hizmeti özel sağlık işletmelerine yaptırması da bir seçenek olarak dikkate alınmalıdır.

**Öneri 2:** Belediyeler tarafından ruhsatlandırılan güzellik merkezlerinin neden olduğu tıbbi sorunlar ve vatandaş mağduriyeti yanında, sağlık meslek mensubu olmayan kişilerin istihdamı nedeniyle mevzuata aykırılıklar söz konusu olmaktadır. Sürecin ruhsatlandırma, faaliyet ve denetim boyutlarında Sağlık Bakanlığının yetkilendirilmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 3:** Spor Merkezi adıyla yine Belediyeler tarafından ruhsatlandırılan çok sayıda işletme açılmaktadır. Bu merkezlerde fizyoterapist istihdamı yapılarak, sağlık hizmet sunumu kapsamında hizmetler de sunulduğu görülmektedir. Söz konusu merkezlerde fizyoterapistlerin meslek icrası yapmasının önüne geçilmesi için Belediyeler, Gençlik ve Spor Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı müşterek ruhsatlandırma ve denetleme uygulamasına geçilmesi sağlanmalıdır.

## h. Sağlık Hizmet Sunumunda Basamaklandırma



**Tespit:** Sağlık Hizmet sunucularının 5510 sayılı Kanununun 70 nci maddesi gereği birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırma yetkisi Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bakanlık tarafından yapılan sınıflandırmaya uygun olarak SGK tarafından ödeme yöntemleri belirlenmektedir.



**Öneri 1:** Konuyla ilgili 10.02.2022 tarihli ve 31746 sayılı RG'de yayımlanan "Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik" ile gerekli hukuki düzenleme yapılmıştır. Ancak söz konusu düzenlemeye rağmen SGK tarafından geri ödeme uygulamalarında söz konusu basamaklandırmaya uygun olarak Vakıf Üniversite Hastaneleri

ve 3 Basamak Özel Hastaneler için Danıştay ve İdare Mahkemesi kararlarına rağmen kamu sağlık tesisleri için yapıldığı üzere gerekli geri ödeme tarife değişikliği yapılmamıştır. SGK tarafından Yasa, Yönetmelik ve Mahkeme kararları doğrultusunda gerekli geri ödeme tarife değişikliği yapılması sağlanmalıdır.

**Öneri 2:** Özel sağlık kurumlarının 3 üncü Basamak olmalarını teşvik edecek; branş ilavesi, uzman hekim kadrosu tahsisi, merkez ve ünite açma hakkı verilmesi, yatak ilavesi benzeri uygulamalar getirilmelidir.

### i. Sağlık Hizmet Sunumunda Sevk Zinciri



**Tespit:** Sağlık hizmet sunumunda sevk zinciri uygulaması 5510 sayılı Kanununun 70 inci maddesi ile tanımlanmıştır. Sevk zinciri uygulaması özellikle 2 nci ve 3 üncü basamakta uzmanlık isteyen alanlarda hizmet alan hastalara daha fazla zaman ayrılarak tıbbi hizmet kalitesinin artırılması için önemli bir fırsat olarak görülmelidir. Bu amaçtan uzaklaşarak salt sağlık harcamalarından tasarruf amacına yönelik ele alınan sevk zinciri yaklaşımı, 2nci ve 3ncü basamak hizmet sunumunu riske edecektir.



**Öneri:** Aile Hekimliği uygulamasının hekim başına vatandaş sayısının 2500'ün altında düşürüldüğü illerden başlanması ve kişileri zorlamaksızın teşvik edici bir anlayışla uygulamaya konulması, uygulamanın kalıcılığı açısından önem taşımaktadır. Bu amaca yönelik olarak aile hekimliğinden sevkli gelen kişilerden katılım payı almayarak ya da daha düşük almak suretiyle sevk zincirinin hayata geçirilmesi önerilmektedir. Bu sayede uzman hekimler, hastaya daha fazla zaman ayırarak tanı ve tedavide etkinlik sağlayabileceklerdir.

Bu nedenle sevk zinciri ile elde edilecek mali kazanım tutarında, 2 nci ve 3 ncü basamak hizmet sunucuların geri ödeme fiyatlarına artış yapılarak uygulaması önem arz etmektedir. Uygulamanın temel kazanımı; sağlıklı toplum ve bireyler yanında, mali olarak işletme giderleri ile tetkik ve ilaç giderlerinde sağlanacak tasarruf olacaktır. Uygulamada 1 nci Basamaktan 2 nci Basamağa yapılan teşvik edici sevk uygulamasının, 2 nci Basamaktan 3 ncü Basamağa da uygulanması gündeme alınmalıdır.

### j. Evde Sağlık Hizmetleri



**Tespit:** Sağlık hizmetlerinin teknolojik gelişmelerle birlikte mobilize olması, evde sağlık hizmeti sunumunun yaygınlaşmasını daha da kolay-

laştırmaktadır. Evde sağlık uygulaması bugüne kadar kamu ya da özel sağlık kurumları tarafından sunulmakla birlikte, geri ödeme bakımından sadece kamu sağlık tesislerine bu hak tanınmış bulunmaktadır.



**Öneri 1:** Evde sağlık uygulamalarının özel sağlık kurumları tarafından da sunulduğu dikkate alınarak özel sağlık kurumlarından da hizmet alınması (kamu reel maliyetlerinden düşük olmamak üzere) sağlanmalıdır.

Özellikle kanser ve kronik hastalıklarda ortaya çıkan artış dikkate alındığında SGK tarafından sadece kamu sağlık hizmet sunucularında yapılan palyatif bakım ödemelerinin özel sağlık kurumlarının da dahil edilmesi önerilmektedir.

**Öneri 2:** Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik kapsamında çalışan hekim ve sağlık mensuplarının Özel Hastaneler Yönetmeliği ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik uygulamasında olduğu şekliyle kadrosunun bulunduğu yer dışında iki özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilmesi için ilgili yönetmeliklerde gerekli değişikliklerin yapılması önerilmektedir.

### k. Palyatif Bakım Hizmetleri



**Tespit:** Dünya'da ve ülkemizde kronik hastalıklarda ve özellikle kanser vakalarındaki artış nedeniyle hastanelerde verilen palyatif bakım hizmetleri, yaşamlarının son evresinde olan hastaların nitelikli hasta yakatlarını işgal ederek yüksek maliyetlere sebebiyet verirken aynı zamanda bakım maliyetlerini de arttırmaktadır.



**Öneri:** Palyatif bakım merkezlerinin, şartlarının hastaların son dönemleri aileleriyle birlikte geçirebileceği ve manevi terapi şartlarının da sağlandığı bir anlayış ile hastaneye bağlı olarak, farklı binada ya da hastane ile aynı ve/veya bitişik parselde açılmasına izin verilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca bu merkezlerin kemoterapi gibi gününbirlik işlem uygulamasına da imkân verilmesi dikkate alınmalıdır. Geri ödeme bakımından ise SGK tarafından geri ödeme kapsamına alınması sağlanmalıdır.

### l. Acil Sağlık Hizmetleri



**Tespit 1:** Acil ambulans hizmetlerinin sunumu ülkemizde tamamına yakını Acil Sağlık Hizmetleri kapsamında 112 sistemi aracılığı ile Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Uygulamada özel sağlık kurumlarının ruhsatlandırma aşamasında ambulans bulundurma ya da hiz-

met satın alma zorunluluğu getirilmesinin bir gerekçesi kalmamıştır. En büyük kamu ve üniversite hastanelerine bile bu zorunluluk getirilmezken, küçük ölçekli özel Sağlık tesislerinde bu zorunluluğun aranması milli kaynakların israfı anlamına gelmektedir.



**Öneri 1:** Özel sağlık kurumlarının ruhsatlandırma ve faaliyet süresince ambulans bulundurma ya da hizmet satın alma zorunluluğunun kaldırılması sağlanmalıdır.

**Öneri 2:** Acil Sağlık Hizmetleri kapsamında taşınan acil hastaların hasta transfer kuralının kamu ya da özel ayrımına tabi tutulmaksızın hastanın tıbbi durumu ve sağlık tesisinin yakınlığı ile hasta tercihinin dikkate alan bir algoritma ile yürütülmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 3:** Acil sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında kamu ve özelde fark alınmaması kuralından hareketle, hastaların kamu ve özel sağlık tesislerinde kabulünü teşvik edecek ödeme sistemi getirilmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 4:** Bu amaçla gece saatlerinde ve hafta sonu yapılan acil hizmetlerinde daha yüksek bir katsayı uygulanması sağlanmalıdır.

**Öneri 5:** Acil Komuta Merkezi tarafından özel sağlık hizmeti sunucularına ait ambulanslara verilen görevlendirmelerin bedellerinin ödenmesi sağlanmalıdır.



**Tespit 3:** Acil sağlık hizmet sunumunda "acil tanımının" SGK, Sağlık Bakanlığı ve 2008/13 ve 2010/16 sayılı Başbakanlık Genelgelerinde farklı şekillerde yapılmakta ve uygulanmaktadır.



**Öneri:** Uygulamada vatandaş ve sektör mağduriyetine meydan vermemek için "acil" tanımının Sağlık Bakanlığı ya da SGK tarafından yapılarak, diğer mevzuat düzenlemelerinin de buraya atıfta bulunması suretiyle sürecin yürütülmesi ihtiyacı bulunmaktadır.

### m. Laboratuvar ve Müessese Olarak Ruhsatlandırılan Sağlık Kuruluşları



**Tespit:** İlgili mevzuatları gereği laboratuvar ve müessese olarak ruhsatlandırılan sağlık kuruluşlarının kadrosunda bulunan hekimler, özel hastaneler ve tıp merkezlerinde olduğu gibi iki özel sağlık kuruluşunda daha çalışmasına izin verilmemektedir.



**Öneri:** Hekim sayısındaki yetersizlik dikkate alınarak, özel hastane ve tıp merkezlerinde görev yapan hekimlere tanınan hakların bu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere de sağlanması için gerekli mevzuat değişikliği yapılmalıdır.

### n. Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Uygulamaları



**Tespit:** Sağlık hizmet sunumu, tıbbi teknoloji, yazılım ve iletişim alt yapısındaki gelişmeler sonucu giderek daha fazla dijitalleşmektedir. Ancak uygulamada yürütülen bürokratik işlemler bu gelişmeleri yansıt-mamaktadır.



**Öneri 1:** Uzaktan sağlık hizmetinin resmileştiği, kamu ve özel sağlık te-sisleri tarafından sunulduğu bir dönemde, bizzat hastaya dokunmayı gerektirmeyen ve tümüyle dijital ortamda yürütülebilen raporlama ve rapor onaylama süreçlerini yürüten uzman hekimlerin bizzat has-tanede veya ilde ya da ülkede fiziken bulunma zorunluluğunun geti-rilmesi, hatta buna dayalı SGK tarafından kesintiler ve cezai işlemler yapılması kabul edilemez bir durumdur. Uygulamanın uzaktan sağlık hizmetleri kapsamında günümüz ihtiyaç ve gelişmelerine uygun bir şekilde yeniden yapılandırılması sağlanmalıdır.

**Öneri 2:** Gerekli güvenli bilişim standartları belirlemek ve altyapısını kurmak suretiyle, sağlık hizmet sunumunda ve bürokratik işlemlerde gerekli dijitalleşme sağlanmalıdır.

**Öneri 3:** Bilgi paylaşımının kriterleri belirlenmeli, verilerin hangi kurallar çerçevesinde nasıl değerlendirileceği ile ilgili kılavuzlar yayımlanma-lı ve sağlık kuruluşlarının da kamudaki hasta bilgilerine kamu ile eşit şartlarda erişimleri sağlanmalıdır. (Örneğin ikamet bilgisi)

**Öneri 4:** Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hükümlerine uygun olarak, GSS ve E-Nabız verilerinin 5510 sayılı Kanununun 98 inci maddesi hüküm-lerine istinaden uygulanmasına başlanan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulamasının yaygınlaşması için Medula-Özel Sağlık Sigortaları (SAG MER) entegrasyonunun yapılması sağlanmalıdır.

**Öneri 5:** Sağlık verilerinin yasallığının sağlanması ve bu verilerin güvenli ortamda kullanılması yetki ve sorumluluğunun Sağlık Bakanlığında ol-duğu bilinci ile E-Nabız-Medula entegrasyonunun sağlanması önemli bir gelişmedir. Ancak sürecin tek veri anlayışı ile yürütülerek, özel sağlık hizmeti sunucularının operasyonel faaliyetlerinin gecikmesine ve ge-reksiz maliyetler ile karşılaşmasının önüne geçilmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 6:** Sağlık sisteminin ve politikalarının doğru bir şekilde izlenmesi ve yönetilebilmesi için anonimleştirilmiş verilerin düzenli bir şekilde üçüncü taraflar ile paylaşılması sağlanmalıdır.

**Öneri 7:** Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan sağlık hizmetlerinin SGK ve diğer geri ödeme kurumları (TBMM, Yüksek Yargı ve Yüksek Askeri Erkan) tarafından geri ödeme kapsamına alınması sağlanmalıdır.

**Öneri 8:** Tüm tıbbi kayıtların dijital ortamda tutulması için 18.10.2019 tarihli ve 30922 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik" hükümlerinde gerekli değişiklikler yapılmalı ve halen 20 yılı doldurmamayan tıbbi kayıtların taranması ve elektronik imza ile onaylanmasının ardından saklanma zorunluluğunun kaldırılması sağlanmalıdır.

### o. Kalite ve Akreditasyon



**Tespit:** Kalite ve Akreditasyon, ülkemizin sağlık hizmet sunumunda gösterdiği başarının taçlandırılması ve sürekli kılınması için vazgeçilmez bir olgudur. Artık sağlık sistemimizin, fiziki gerekliliklerin çok ötesinde sağlık hizmet çıktıları ile ölçülmesi gerekliliği bulunmaktadır.



**Öneri:** Kamu ve özel ayrımı olmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularının aynı kalite ve akreditasyon kurallarına tabi olması, uygulamanın gerekli özen ve tarafsızlığı gösterilerek yürütülmesi beklenmektedir. Ayrıca bu kapsamda TÜSEB bünyesinde faaliyet gösteren TÜSKA Enstitüsünün ISQUA onaylı akreditasyon uygulamasını teşvik edecek mekanizmaların da hayata geçirilmesi sağlanmalıdır. TÜSKA akreditasyonunu alan sağlık kurumlarının Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) denetimlerinden muaf tutulması sağlanarak mükerrerlik önlenmelidir.

### p. Hasta ve Çalışan Memnuniyeti



**Tespit:** Hasta ve çalışan memnuniyeti, etle tırnak gibi birbirinden ayrılmayacak ve ayrılmaması gereken iki unsurdur. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleştirilen başarılı çalışmalar sonucu sağlıkta vatandaş memnuniyeti %39 dan %75 lere çıkmıştır. Ancak son dönemde sağlık harcamalarına GSMH'dan ayrılan paydaki azalışa paralel %68 lere düşmüştür.



**Öneri:** Sağlık hizmet sunumunda hasta memnuniyetini arttırmaya yönelik uygulamaların, çalışan memnuniyetini arttırmaya yönelik boyutu ile birlikte ele alınması sağlanmalıdır. Bu amaçla yürürlükte olan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Hasta ve Çalışan Hakları Yönetmeliği" olarak yeniden yayımlanması sağlanmalıdır.

### r. Sağlıkta Şiddet



**Tespit:** Sağlık hizmeti 7/24 aralıksız ve özveri gerektiren bir meslek olmasına rağmen, hizmet sunanların şiddet ve saldırılara maruz kalması kabul edilemez bir durumdur.



**Öneri 1:** Konunun yasal düzlemde alınacak önlemler kadar, sağlık hizmet alan hasta ve hasta yakınları tarafından sağlık çalışanlarına sahip çıkacağı uygulamaların da önemi ihmal edilmemelidir. Hasta ve çalışan güvenliğinin birlikte ele alındığı uygulamaların geliştirilmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 2:** Her türlü yazılı, görsel ve işitsel mecralarda sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik bütüncül bir iletişim dili geliştirilmelidir. "Yargısız infaz" yaklaşımı ile yapılan basın haberlerine gerekli yaptırımların uygulanması sağlanmalıdır.

**Öneri 3:** Özel sağlık kurumlarında sağlıkta şiddete yönelik olmak üzere polis memuru bulundurulabilmesine yönelik gerekli mevzuat düzenlemesi yapılmalıdır.

### s. Denetim



**Tespit:** Ülkemizde sağlık hizmeti sunumu alanında mevzuat geliştirilirken gösterilen gayret ve özen, denetim aşamasında gösterilmemektedir. Özellikle özel sağlık kurumlarının uygulamada her türlü iş ve işleyiş denetime ve gerekli yaptırımlara tabi tutulurken, kamu sağlık tesisleri için aynı kuralların mevzuat açısından aranmaması, arananların ise uygulamada denetlenmemesi bu kurumlardan hizmet alan vatandaşların haklarının ihmal edilmesi sonucunu doğurmaktadır.



**Öneri 1:** Ruhsatlandırma ve faaliyet denetiminde kamu özel ayrımının kaldırılması ve kurumların mülkiyetine göre değil, bu tesislerden hizmet alan vatandaşların haklarının öncelik verilerek denetimlerin tarafsız ve eşit bir şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 2:** Denetim ekiplerine özelden de temsilci katılımı sağlanmalı, bu amaçla sektör dernekleri ile yakın işbirliği içerisinde çalışılmalı; kalite akreditasyon örneğinde olduğu gibi denetçilerin sertifikasyonu sağlanmalıdır. Ayrıca yıl boyunca farklı ekiplerle yapılan denetimlerin birleştirilerek bütüncül bir açıdan yapılması sağlanmalıdır.

### t. Mükerrer Cezai Yaptırımlar



**Tespit:** Sağlık hizmet sunumunda mevzuata aykırı uygulamalarda gerekli yasal yaptırımların uygulanması konusunda özel sağlık hizmet sunucularının bir itirazı söz konusu değildir. Ancak cezai yaptırımların sadece özel sağlık kurumları için uygulanması, fiil ile ceza arasında orantısız uygulamalara neden olabilmektedir. Hatta aynı fiille mükerrer cezai yaptırım dahi uygulanmakta ya da suç ve cezaların kanuniliği prensibine aykırı olarak kanuni dayanağı olmayan, sağlık tesislerinin kapatılmasına kadar giden yönetmelik düzenlemeleri ile cezai yaptırımlar tesis edilmektedir.



**Öneri:** SGK ile özel sağlık kurum ve kuruluşları arasında imzalanan sözleşmelere dayalı cezai şart kapsamında verilen para cezaları üzerine, Sağlık Bakanlığı tarafından yasal yetkisi olmayan Yönetmelik eki denetim formlarına eklenen maddelerle idari para cezasına dönüşmekte ve tekrürü halinde sağlık tesisinin kapatılmasına kadar giden yaptırımların ivedilikle kaldırılması talep edilmektedir.

### u. Göçmen Sağlığı



**Tespit:** Ülkemizde başta Suriye'den gelen sığınmacılar olmak üzere birçok ülkeden göçmenler bulunmaktadır. Ülkemiz, uluslararası hukuka ve insanlık değerlerine dayalı olarak, mağdur ve mazlumların yanında yer alma politikası doğrultusunda, başta sağlık hizmetleri olmak üzere birçok insani ihtiyacı karşılamaktadır. Ancak uygulamada yaşanan kimi sorunlar özel sağlık kurumlarının mağduriyetine neden olmaktadır.



**Öneri:** Özel sağlık kurumlarında göçmen sağlığı kapsamında hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Ancak uygulamada provizyon alımı, faturalandırma, ilaç reçeteleme ve ödeme süreçleri gibi aşamalarda operasyonel sorunlar yaşanmaktadır. Sorunun çözümü için Medula uygulamalarının devreye alınması, fatura inceleme ve ödeme süreçlerinde SGK'nın yetkilendirilmesi yaşanan mağduriyet ve sorunları ortadan kaldıracaktır.

## v. Bağımlılık Tedavisi Hizmet Sunumu



**Tespit:** Bağımlılık, dünya genelinde ve ülkemizde önemli bir sağlık ve toplumsal sorundur. Her geçen gün büyüyerek derinleşen bu sorun, uyuşturucu madde, sigara, internet bağımlılığı gibi farklı formlarda kendini göstermektedir. Bağımlılık tedavilerinin özellikle madde bağımlılığı boyutunda yurtdışında yaşayan 3 ncü nesil Türk gençleri arasında önemli bir sorun olduğu da bilinmektedir. Uygulama Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümleri kapsamında yürütülmektedir.



**Öneri:** Yönetmelik gereği, özel yataklı sağlık kurumlarında yataklı arındırma merkezi kurulabilmektedir. Ancak özellikle uyuşturucu madde bağımlılık tedavisinin hastaneler bünyesinde diğer hasta grupları ile birlikte yapılması mümkün olmadığı durumlar mevcuttur. Bu nedenle sırf bu amaçla özel sağlık kurumlarına planlamadan muaf tutularak yataklı arındırma merkezleri açabilme imkanı sağlanmalıdır. Keza Yönetmelik kapsamında yataklı rehabilitasyon merkezinin kurulması özel sağlık kurumları için mümkün bulunmamaktadır. Yurt içi ve yurtdışı ihtiyaç ve sağlık turizmi hedefleri doğrultusunda gerekli yönetmelik değişikliği yapılması talep edilmektedir.

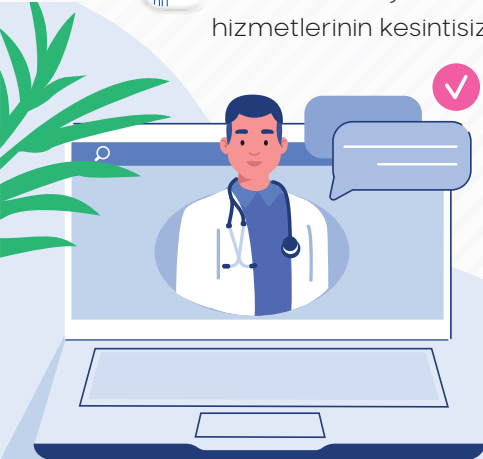
## y. Hekimlerin İzin, Rapor, vb. Mazeretleri Hâlinde Yaşanan Sorunlar



**Tespit:** Özel hastane ve tıp merkezlerinde tek hekim kadrosunun bulunduğu branşlarda, hekimin izinli veya raporlu olduğu durumlarda hizmet tamamen durmakta ve hastalar mağdur olmaktadır. Kamuda geçici görevlendirmeler ile çözülen bu sorun özel sağlık kurumları için sorun olmaya devam etmektedir.



**Öneri:** Kamuda olduğu gibi özeldede geçici görevlendirmelere izin verilmelidir. Bu sayede hastaların mağduriyeti en aza indirilebilir ve sağlık hizmetlerinin kesintisiz bir şekilde sunulması sağlanabilir.



# 4

## Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Politika ve Uygulamalarına ilişkin Görüş ve Öneriler



### a. Sağlık Finansman Kaynağı



**Tespit:** Ülkemizdeki sağlık finansman sistemi, uluslararası arenada örnek gösterilen bir yapıya sahiptir. Bu başarının arkasında, doğumundan ölümüne kadar tüm vatandaşların sağlık hizmeti kapsamına alınmış olması, sağlık hizmeti dışındaki sağlık giderlerinin olmaması ve yoksul vatandaşların primlerinin devlet tarafından vergi kaynakları ile finanse edilmesi gibi önemli etkenler bulunmaktadır.



**Öneri:** Halen yürürlükte olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) finansman sisteminin devam ettirilmesi, ancak tahsil edilen GSS primlerinin %25'i kadar ek Devlet katkısı ödenme uygulamasının prim tahsilat başarısına değil, GSS'nin sağlıklı toplum hedefinde gösterdiği başarıya göre ödenmesi sağlanmalıdır.

### b. Cepten Sağlık Harcamaları



**Tespit:** Ülkemizde sağlık harcamalarının bedelleri primler ve yoksullar için vergi kaynaklarından ödenen primlerle karşılanmasına rağmen, bu kaynakların nihai finanse edeni yine vatandaşlardır. Dolayısı ile cepten yapılan harcamaların da sağlık finansmanının bir enstrümanı olduğu gerçeğinden hareketle, varlığı değil oranı tartışılmalıdır.



**Öneri:** Cepten sağlık harcamalarının %15-%20 bandı arasında tutulmasına yönelik politikalar izlenmeli, sağlık hizmetinin bedava olduğu yanılması neden olacak uygulamalardan kaçınılmalıdır.

### c. Katastrofik Sağlık Harcamaları



**Tespit:** Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile geliri asgari ücretin üçte birinden az olan bireylerin Genel Sağlık Sigortası (GSS) primlerini Devlet ödemektedir. Bu vatandaşlarımızın sağlık hakları en yüksek lı-mitten prim ödeyen vatandaşlarımız ile aynıdır. Buna rağmen sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane halkları olabilmektedir.



**Öneri:** Sosyal yardım kanunları kapsamında sağlık harcaması nedeniyle katastrofik sağlık harcaması yapan vatandaşlara gerekli mali yardımların yapılması suretiyle katastrofi gerekçe gösterilerek, GSS'nin finansal sürdürülebilirliğini riske edecek politika ve uygulamalardan kaçınılmalıdır.

#### d. Katılım Payı



**Tespit:** Katılım payı, cepten ödemeler bölümünde de açıklandığı üzere, tüm harcamanın vatandaş tarafından ödendiği gerçeğinden hareketle bireyin kendi finanse edeceği sağlık hizmetini sosyal sağlık sigortacılığı prensipleri nedeniyle ortaya çıkabilen gereksiz kullanımların azaltılması için önemli bir kontrol aracıdır. Ancak uygulamada katılım payı vatandaşların sağlık tesisi tercihini etkilemeye yönelik uygulanmaya başlanmış ve özel sağlık kurumlarına giden vatandaşlarımızdan daha yüksek katılım payı alınmak suretiyle adeta cezalandırılmaktadırlar.



**Öneri:** Katılım paylarının sağlık kurumlarının mülkiyetine değil, lüzumsuz kullanımını azaltmaya yönelik uygulamaların çeşitlendirilmesi sağlanmalıdır. Katılım payı uygulamasının, amacı dışında mülkiyete dayalı olarak uygulanması ve özel sağlık kurumlarından hizmet alan vatandaşların cezalandırılmasına son verilmelidir.

#### e. Özel Sağlık Sigortaları ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası



**Tespit:** Tamamlayıcı sağlık sigortası, GSS'nin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması ve cepten ödemelerin ikinci bir sağlık sigortası güvencesine kavuşturulması adına taşıdığı önem nedeniyle toplum genelinde yaygınlaştırılması gerekmektedir. Aynı şekilde bireyin Genel Sağlık Sigortası güvencesi dışında ikinci bir sigorta olarak aldığı özel sağlık sigortalarının da sistemdeki varlığı önem taşımaktadır.



**Öneri 1:** Bireysel emeklilik sistemi gibi teşviklerle benzeri uygulamalar ile devletin vergi teşvikleri ve/veya prim teşvikleri ile Özel Sağlık Sigortalarının ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını yaygınlaştırılması öncelikli konular arasında yer almalıdır.

**Öneri 2:** Sürekli SUT fiyatına yaklaştıran TSS fiyat sözleşmelerinin 2007 yılından bugüne gerçekleşen enflasyonun altında kalan SUT geri ödeme tutarları nedeniyle bir süre sonra TSS sözleşmelerini ortadan kaldırma riski ile karşı karşıya kalınacaktır. Bu nedenle poliçe fiyatlarının belirlenmesinde, hastane ile özel sağlık sigorta şirketi arasında yapılan anlaşma fiyatlarından, SGK tarafından geri ödenen tutar düşüldükten sonra kalan bakiyeyi dikkate alacak yaklaşım önerilmektedir.

### f. Sağlık Harcamalarının Yönetimi ve Oranı



**Tespit:** Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı gibi vatandaşın çok önemli kazanımlarının yer aldığı reform niteliğindeki harcama artışını içeren politikalara rağmen, GSYİH'dan toplam sağlık harcamalarına ayrılan pay 5,8'den (2008 yılı) %4,9'a (2021 yılı) ve cari sağlık harcamalarına ayrılan pay ise %5,5'ten (2009 yılı) %4,6'ya (2021 yılı) düşmüştür. Halen OECD içinde hem oransal, hem kişi başı sağlık harcaması olarak (nominal ve satınalma gücü paritelerine göre) en düşük ülke konumundadır. Bu durum, ülkemizin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile elde ettiği kazanımlarını riskte etmeye başlamıştır.



**Öneri:** Sağlık harcamasının OECD'de içinde bulunduğumuz orta-üst gelir grubu ülkeler ortalaması olan %6,1'e çıkarılması için gerekli kararlar alınmalı ve uygulamalar hayata geçirilmelidir.

### g. Sağlık Hizmetleri Geri Ödeme Tutarları



**Tespit:** 5510 sayılı Kanunun 72. maddesi gereği SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin geri ödeme tutarlarının belirleme yetkisi "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu" na aittir. Söz konusu Komisyon tarafından 2007 tarihinden bugüne enflasyonudaki artış karşılayacak düzeyde bir artış söz konusu olmamıştır. Kamu sağlık tesisleri için SUT tarifeleri ile ödenmeyen maliyet artışları genel veya özel bütçeden ödenmek suretiyle her yıl yapılan artışlarla finanse edilmeye devam edilmektedir. Özel sağlık kurumları ve vakıf üniversiteleri için hastadan yasa gereği alınabilen %200 lük fark tutar da, baz alınan SUT fiyatları en azından enflasyonu karşılayacak düzeyde artmadığı için özel sağlık kurumlarının toplam tahsil ettiği tutar yetersiz kalmıştır. (Temmuz 2007'de 1.27 olan USD Kuru, 2023 Temmuz itibariyle 26.16 TL olup yaklaşık 20,6 katına çıkmış yani %1959 artmıştır. Keza özel sağlık kurumlarının yaklaşık %60 lük maliyetini oluşturan asgari ücretin 2007 yılında işverene maliyeti 710.78 TL iken 2023 Temmuz ayında 15.762,04 TL olarak 22,2 kat artmış, yani %2117 lik bir artış göstermiştir)



**Öneri:** Sağlık hizmetleri geri ödeme tutarlarının (SUT) kamu sağlık tesislerinin toplam maliyeti dikkate alınarak belirlenmesi sağlanmalıdır. Söz konusu fiyatların yıllık en az bütçe gider artışları oranında da artırılması sağlanmalıdır. Kamu politikaları gereği bu yansıtma yapılmayacak ise Genel Bütçeden kamu sağlık tesislerine aktarılan tutar dikkate alınarak, özel sağlık kurumlarına uygulanan 0.593 katsayısı artırılmalı ve her yıl toplam kamu sağlık hizmetleri bütçesine yapılan artış oranı dikkate alınarak güncellenmelidir.

## h. Yeni Sağlık Hizmeti Satınalma Sözleşme Modeli



**Tespit:** SGK tarafından 5510 sayılı Kanununun 73 üncü maddesi kapsamında Sağlık Bakanlığı, Devlet ve Vakıf Üniversiteleri ile özel sağlık kurumlarından sözleşmeler yoluyla aldıkları hizmet satınalma modelleri farklılıklar içermektedir. Sağlık Bakanlığından ve Devlet Üniversite hastanelerinden global bütçe kapsamında fatura kesilmeden ve herhangi bir denetim uygulanmadan hizmet satın alınırken, vakıf üniversitelerinden özel sağlık kurumlarına göre yaptırımları daha sınırlı olan protokoller ile hizmet satın alınmaktadır. Özel sağlık kurumlarından ise gerek hizmet satınalma sözleşmeleri bakımından, gerekse SUT kurallarına uygunluk bakımından sıkı bir denetim uygulanmaktadır.



**Öneri 1:** Sağlık hizmet sunucuları ile yapılan hizmet satınalma sözleşmeleri kurumlar arasında haksızlığa neden olmayacak şekilde yeniden düzenlenmeli ya da uygulanan sözleşme modellerinden hangisini uygulanacağı konusunda kurumlara seçme hakkı verilmelidir.

**Öneri 2:** SUT kurallarının mülkiyete dayalı uygulanmasında son verilmeli, tıbbi yetkinlik kriterlerine bağlı kılınması sağlanmalıdır.

## i. Fark Uygulaması



**Tespit:** GSS'nin kapsamında olan vatandaşlarımıza doğumundan ölümüne kadar oldukça kapsamlı bir sağlık hizmeti hakkı sunulmaktadır. Ancak söz konusu hakların sosyal sigorta sistemi içerisinde değişen ve gelişen tedavi yöntemleri, teknolojiler, yeni ilaç ve ürünler, otelcilik hizmeti gibi nedenlerle farklılaştığı ve maliyetlerinin finansal sürdürülebilirlik için risk oluşturduğu durumlarda dengelenmeye ihtiyaç bulunmaktadır. Ayrıca vatandaşlara seçme hakkı verildiğinde en pahalısının seçilmesi de kuvvetle muhtemel bulunmaktadır. Dolayısı ile ödenecek sağlık hizmetlerinin farklılaştığı ve seçenekli hale geldiği durumlarda vatandaşların seçimlerine saygı duyan ve cepten ödemeleri yoluyla GSS sistemi dışına çıkmadan hizmet almalarına imkan veren bir yapı kurulmalıdır. Aksi takdirde artan ve açık veren GSS bütçesi, borçlanma ya da prim artışları yoluyla yine vatandaştan tahsil edilmek durumunda kalacaktır.



**Öneri:** Vatandaşların ödeyecekleri azami fark uygulamasının tavanını belirlemek SGK'nın görevi olmamalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmet sunucularının onaylanan fiyat tarifesi ile SUT geri ödeme tutarı arasındaki fark ödenecek fark tutarının üst sınırını oluşturmalıdır.

## j. %200 Fark Sınırlaması



**Tespit:** Özel sağlık kurumları ve vakıf üniversiteleri için hastadan yasa gereği alınabilen %200 lük fark tutar pek çok maliyeti karşılamamaktadır. SUT fiyatları, enflasyonu veya maliyet artışlarını yeterince yansıtılmadığında, özel sağlık kurumlarının toplam tahsil ettikleri ücretler yetersiz kalabilir. Bu, sağlık kurumlarının mali sürdürülebilirliklerini olumsuz etkileyebilir ve kaliteli sağlık hizmetlerini sürdürebilmelerini zorlaştırabilir.



**Öneri:** Sağlık Bakanlığı ile SUT geri ödeme tutarların üst sınır olarak belirlenmesi ve maliyetleri karşılayacak düzeyde güncellemeler yapılabilecek %200'lük farkın kaldırılması ve kısa vadede artırılmasını talep etmekteyiz.



# 5

## Sağlık İnsangücü ve Uygulamalarına ilişkin Görüş ve Öneriler



## a. Sağlık İnsan Gücünde Planlama



**Tespit 1:** Sağlık Bakanlığı tarafından 15.2.2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanan hekim planlaması, yasal dayanak olmadan sadece özel sağlık kurumları için uygulanmış gelmiştir. Bu süreçte özel sağlık kurumlarının üretim kapasiteleri dikkate alınmadan yatak sayısına göre planlama uygulaması yürütülmüş ve mağdur edilmiştir.



**Öneri 1:** Özel sağlık kurumlarının Türkiye'de hekim arzında meydana gelen artıştan, yatak kapasitesi yanı sıra toplam ürettiği hizmetin dikkate alındığı bir planlama uygulanmalıdır.



**Tespit 2:** Yan dal uzmanlıklarda özel sağlık kurumlarının hekim istihdamına izin verilmemesi buradan hizmet alan vatandaşlarımızın cezalandırılması sonucunu doğurmaktadır.



**Öneri 2:** Yan dal uzmanlıklarda da yukarıdaki yaklaşım uygulanmalı ve cezalandırmaya dönüşmemelidir. Yapılacak düzenleme ile Sağlık Bakanlığında çalışan yan dal hekimlerinin, üniversite öğretim üyelerinde de olduğu gibi kurumsal sözleşmeler ile özelde çalışmasına imkan verilmelidir.



**Tespit 3:** Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de istihdam-eğitim ilişkisi hayati öneme sahiptir. 2547 sayılı Kanuna 2017 yılında eklenen Ek 36 madde ile kurulan Yükseköğretim Programları Danışma Kurulu, bu alanda atılan önemli bir adımdır. Gerek hekim ve diş hekimi, gerekse diğer sağlık meslek mensuplarının programlarının açılması, müfredat ve kontenjanlar açısından gelecek 30 yıllık projeksiyonlar ile belirlenmesi önem arz etmektedir.



**Öneri 3:** 2547 sayılı Kanunda yapılan düzenleme ile getirilen eğitim-istihdam ilişkisinin geciktirilmeksizin hayata geçirilerek nitelikli sağlık insan gücünü yetiştirilmesinde; arz-talep dengesinin ve çağdaş eğitim müfredatının uzun vadeli planlarla hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.



**Tespit 4:** Sağlık Bakanlığı tarafından uygulaması yürütülen sertifikalı eğitim programları, mezuniyet sonrası sağlık meslek mensuplarının yetkinliklerinin artırılması ve kimi tıbbi uygulamalarda yetkilendirilmeleri açısından önem arz etmektedir.



**Öneri 4:** Özellikle ruhsatlandırma ve faaliyet aşamasında zorunlu olan eğitimler, sektörün ihtiyacı dikkate alınarak düzenlenmeli ve farklı illerde uygulanmasına imkan sağlanmalıdır.



**Tespit 5:** Özel sağlık kurumlarının hekim istihdamında yaşadığı en temel sorunlardan birisi de nöbetçi hekim sorunudur. Bu sorunun, mevcut hekim sayısındaki kısıtlar nedeniyle kısa sürede çözümü mümkün görünmemektedir.



**Öneri 5:** Gerek Sağlık Bakanlığı, gerekse Devlet Üniversitelerinde görev yapan hekimlerden nöbet saatlerinde kurumsal sözleşmeler yoluyla nöbet hizmeti alınabilmesine ilişkin gerekli mevzuat düzenlemeleri gecikmeksizin uygulamaya geçirilmelidir.

**Öneri 6:** Ülkemizde hemşire ihtiyacı, en az hekim ihtiyacı kadar büyük bir önem arz etmektedir. Yakın bir gelecekte sorunun çözümünün güçlüğü dikkate alınarak, Hemşire Yardımcısı olarak mezun olan ve bu alanda önemli ölçüde işsizliğin olduğu dikkate alınarak, Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte yapılacak düzenleme ile bu meslek grubunun yetkilerinin artırılması önerilmektedir.

### b. Muayenehane Planlama Uygulaması



**Tespit:** Ülkemizde sağlık hizmet sunumunda yatırım ve sağlık insan gücünde 15.2.2008 tarihinden itibaren planlama uygulamasına geçilmiştir. Halen planlama uygulamasının olmadığı tek sağlık hizmet sunum modeli muayenehanelerdir. Söz konusu boşluk nedeniyle çok sayıda hekim kamudan ve özelden ayrılarak muayenehane açma sürecine girmiştir. Konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından özel sağlık kurumlarında muayenehane hekiminin çalışmasına sınırlama getirecek şekilde yönetmelik düzenlemesi ile sorun geçici olarak çözülmeye çalışılmıştır.



**Öneri 1:** Serbest Eczacılık mesleğinde olduğu gibi ihtiyaca göre yurt genelinde hekimlerin muayenehane açmalarına ilişkin kriterlerin belirlenerek öngörülebilir bir planlama yapılması sağlanmalıdır.

**Öneri 2:** Muayenehanelerde kayıt dışılıkla ilgili sorunlar olduğu sıklıkla dile getirilmektedir. Kamunun gelir kaybı yanı sıra, haksız rekabete ve yeni muayenehane açılmasını teşvik eden bu durumun çözümü için gerekli denetimlerin yapılması sağlanmalıdır. Bu süreçte E-Nabız üzerinden yazılmayan reçetelerin eczaneden karşılanmasına engel getirilmesi, çözüm için anlamlı bir katkı sağlayacaktır.

**Öneri 3:** Hekimlik mesleği 1928 yılında yayımlanan 1219 sayılı Kanun hükümleri ile yürütülmeye çalışılmaktadır. Zaman içinde kanunlarda ve uygulamalarda güncellemeler yapılırsa da birçok uzmanlık alanında hekimlerin kendi çabasına ve mesleki uzmanlıklarına dayalı tanı ve tedavi çok büyük ölçüde azalmış ve teknoloji/yazılım uygulamaları çok büyük pay sahibi olmuştur. Bu nedenle hekim muayenehanelerinde yapılmasına izin verilen işlem listesinin bu gelişmeler çerçevesinde ele alınarak hasta tanı ve tedavi süreçlerini riske etmeyecek şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 4:** Muayenehanesi olan hekimlerin bulunduğu ilde tedavisini yapacağı özel hastane ve tıp merkezi olmaması durumunda, en yakın ildeki bir özel hastane ya da tıp merkezi ile sözleşme yapabileceğine ilişkin Yönetmelik hükmünün uygulanmasında iller arasında farklı uygulamalar mağduriyet oluşturmaktadır. Bakanlık tarafından gerekli merkezi bilişim altyapıları kurularak sorunun çözümü değerlendirilmeye alınmalıdır.

### c. Tıpta Uzmanlık Eğitimi



**Tespit:** Nitelikli hekim istihdamı için uzmanlık eğitimi özel bir öneme sahiptir. Sağlık Bakanlığı yetkisi ve sorumluluğunda yürütülen uzmanlık eğitiminin niteliğini artırmak ve farklı eğitim kurumlarındaki eğitimlerin standardizasyonu sağlamak amacıyla mezuniyet aşamasında ulusal bir değerlendirme yapılması gündemde bulunmaktadır.



**Öneri:** Uzmanlık eğitimi süreçlerinin YÖK tarafından düzenlenmesi konusunda gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Mezuniyet aşamasında eğitim standardizasyonunu sağlamak amacıyla merkezi sınav ile mezuniyet uygulamasının getirilmesi değerlendirilmeye alınmalıdır.



# 6

## Sağlık Mevzuatı ve Uygulamalarına ilişkin Görüş ve Öneriler



### a. Sağlık Mevzuatının Kodifikasyonu



**Tespit:** Ülkemizde sağlık işletmeciliği, teknoloji ve sağlık insangücü alanında çok önemli ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, bu uygulamaların dayanağını oluşturan sağlık mevzuatının bütüncül bir bakış açısı ile ele alınarak güncellenmesi mümkün olmamıştır. Gelecekte hedeflediğimiz sağlık hizmetlerinde Dünya'nın ilk 10 oyuncusu arasında olmak istiyorsak, değişen ihtiyaçlara uygun tüm sağlık mevzuatının kodifiye edildiği bir çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.



**Öneri:** Üniversitelerin, özel sağlık kurumlarının, meslek örgütlerinin de yer aldığı geniş katılımlı bir ortamda söz konusu çalışma hayata geçirilmelidir.

### b. Sağlık İhtisas Mahkemeleri ve Malpraktis



**Tespit:** Sağlık alanında yaşanan hukuki uyuşmazlıklarda kararlar büyük ölçüde bilirkişiler tarafından hazırlanan raporlar doğrultusunda sonuçlandırılmaktadır. Uygulamada yaşanan sorunlar, sağlıkta şiddetin de önemli nedenleri arasındadır.



**Öneri 1:** Gerek malpraktis tazminat davalarında, gerekse sağlıkla ilgili davalara ihtisas mahkemesi olarak hizmet vermek üzere Sağlık İhtisas Mahkemelerinin kurulması değerlendirilmelidir.

**Öneri 2:** Tıbbi kötü uygulamalar nedeniyle açılan tazminat davalarında istenecek manevi tazminat taleplerine üst sınır getirilmesi sağlanmalıdır.

### c. Sağlık Mevzuatı Uygulamalarının İhlaline Yönelik Alınacak Önlemler



**Tespit:** Ülkemizde mevzuat düzenlemeleri konusunda gösterilen gayretler, uygulama ve özellikle denetim aşamasında zafiyete uğramaktadır. Özellikle sağlık alanında insan sağlığını riske edecek faaliyetlerin denetiminde görülen zafiyet, kaçak yapıların yaygınlaşmasına neden olmaktadır.



**Öneri:** Söz konusu yapılarla mücadelede bu mevzuat dışı yapıdan zarar gören hizmet sunucuların kurduğu dernek ve vakıflara yetki verilerek, söz konusu uygunsuzlukların tespitinde yetkilendirilmesi sağlanmalıdır.

#### d. İmar Barışı Mevzuat Uygulaması



**Tespit:** İmar Barışı uygulaması ile uzun yıllardır imar mevzuatına aykırı olan binaların deprem güvenliği hariç, mevcut durumlarının yasal hale getirilerek, cezai yaptırım tehdidinden kurtulmalarını sağlamıştır. Ancak kamu ya da özel sağlık kurumları gibi imar mevzuatı dışında diğer yasal ve yönetmelik düzenlemeleri ile binalarına ilişkin aranan ek şartlara ilişkin bir mevzuat düzenlemesi yapılmadığı için, Sağlık Bakanlığı mevzuat uygulamaları ile uyumsuz durumlara ilişkin bir çözüm sağlamamıştır. Bu nedenle imar barışı düzenlemesi ile imar mevzuatına uygun binalarda hizmet sunan sağlık kurumları, daha alt düzenleme olan yönetmeliklere uyumsuzluk nedeniyle cezai yaptırım tehditleri ile karşı karşıya bulunmaktadır.



**Öneri:** Sağlık Bakanlığı tarafından kamu ya da özel sağlık kurumlarını kapsayan yönetmeliklerde sağlık tesislerine özel aranan kriterlerden deprem sorunu dışındaki diğer uyumsuzlukların, imar barışı benzeri bir yaklaşımla çözüme kavuşturulması sağlanmalıdır. Söz konusu binaların yenilenmesi için ise kentsel dönüşüm benzeri mekanizmalar yanında, yatak artırımı, uzman hekim kadro artırımı gibi teşvik yöntemlerinin hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.

#### e. Deprem Riski Olan Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları



**Tespit:** Asrın felaketi olarak anılan ve 6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen Kahramanmaraş Merkezli deprem nedeniyle, kamu sağlık tesisleri de dahil olmak üzere özel sağlık kurumlarından da yıkılanlar olmuş ve ciddi mağduriyetler yaşanmıştır. Cumhurbaşkanlığı Hükümetinin almış olduğu kapsamlı önlemler ile yaralarımız sarılmaya çalışmakla birlikte özel sağlık kurumlarının deprem bölgesi dışında da riskli binalarının yıkılarak depreme dayanıklı hale getirilmesi beklenmektedir.



**Öneri:** Deprem riski nedeniyle yıkılma ve güçlendirme zorunluluğu olan özel sağlık kurumları için, hibe ve kredi, kapasite ve hekim kadro artışı ile mevzuatta yer alan sağlık alanı şartının kaldırılması sağlanmalıdır.



# 7

## Sağlık Endüstrileri Politika ve Uygulamalarına ilişkin Görüş ve Öneriler



## a. Tıbbi Cihaz ve İlaç Üretiminde Millileşme ve Yerelleşme



**Tespit:** Ülkemizin ilaç ve tıbbi cihaz ihtiyacının önemli bir kısmı ithal olarak karşılanmaktadır. Kamu ihalelerinde yerli ürüne verilen %15 fiyat avantajı, kamu alım garantileri ile yerli üretimin teşvikine yönelik Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile yeniden yapılandırılan Sağlık Endüstrileri Yönlendirme Kurulu bu kapsamda önemli adımlar olarak ele alınmalıdır.



**Öneri 1:** İhracat şartını da kapsayan kamu alım garantilerinde özel sağlık kurumlarının da kapsama alındığı bir yapı kurulmalıdır.

**Öneri 2:** Yeri ürün alımında uygulanan %15 fiyat avantaj uygulamasının, hedefli ürünlerde özel sağlık kurumlarına da tanınması sağlanmalıdır. Ayrıca yerli üretimde amortisman süresinin, hızlandırılmış amortisman süresinin altına çekilmesi önerilmektedir.

**Öneri 3:** Sağlık alanında Ar-Ge ve Ür-Ge faaliyetlerinin geliştirilmesi ve teşvik edilmesi amacıyla kurulan TÜSEB'in kuruluş amacına yönelik gerekli faaliyetlere başlaması sağlanmalıdır.

**Öneri 4:** Geri ödemesi yapılacak ilaç ve tıbbi cihazların bilimsel, mali ve hasta yararına yönelik kriterlerin belirlenerek uygulanacağı, İngiltere'deki National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) benzeri yapı TÜSEB bünyesinde A.Ş. statüsünde kurulmalıdır.



# 8

## Sağlık Hizmetlerinin Uluslararası Boyutuna ilişkin Görüş ve Öneriler



## a. Sağlık Turizmi, Sağlık Eğitimi Turizmi, Sağlık Sistemlerinin İhracı ve USHAŞ



**Tespit:** Ülkemizde sağlık hizmeti sunumu alanında kamu ve özel sağlık kurumları tarafından sağlanan kazanımlar, ülkemizi sağlık turizmi alanında ilk 5 ülke arasına girmesini sağlamıştır. Aynı şekilde sağlık eğitimi alanı da bu süreci takip ederek, özellikle gelişmekte olan ülkeler açısından ülkemiz Devlet ve Vakıf Üniversiteleri eliyle ciddi bir yabancı öğrenci potansiyeli sağlanmıştır. Diğer taraftan ülkemizi Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sistemi tasarımı, hastane işletmeciliği, sağlık bilişimi, kalite ve akreditasyon sistemlerinin kurulması, sağlık mimarisi ve inşaatı alanlarında ciddi deneyimler elde edilmiştir.



**Öneri 1:** Ülkemizin 2023 hedeflerinde ilk 10 ülke arasına girebilmesi için her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kazanımlarımızın ihracı sağlanmalıdır. Bu amaçla kurulan USHAŞ'ın bir an önce aktive edilmesi ve sektör ile yakın işbirliği içerisinde çalışmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Ancak özel sektörün liderliğinde bu aşamaya gelinen sağlık turizmi alanında, haksız rekabete yol açacak uygulamalardan kaçınılması önem arz etmektedir.

**Öneri 2:** Özel sağlık kurumlarının sağlık turizmi faaliyetlerinde bulunabilmelerine ya da pazar payını arttırmalarını sağlayacak; branş, tıbbi cihaz, birim-merkez açılmasının teşvik edilmesi sağlanmalıdır.

**Öneri 3:** USHAŞ'ın hizmet ticaretine odaklanması sağlanmalı, ilaç ve tıbbi cihaz ile ilgili görevlerinden arındırılmalıdır. Ayrıca aracı kurum rolü üstlenmekten çıkarılması, bu amaçla TURSAB belgeli sağlık turizmi şirketlerinden hizmet alınması sağlanmalıdır.

## b. Sağlık Serbest Bölgeleri



**Tespit:** 663 sayılı KHK'nın 49 uncu maddesi ile gündeme gelen Sağlık Serbest Bölgeleri uygulaması bugüne kadar realize edilememiştir. 663 sayılı KHK ile yapılan yasal düzenlemenin Serbest Bölgeler Kanununda buna yönelik bir düzenleme getirmemesi ve mevcut mevzuatın hizmet sektörü ihtiyaçlarına cevap vermekte yetersiz kalması, bunda önemli bir etkidir.



**Öneri:** Dünyadaki hizmet sektörü serbest bölge uygulamaları örneklerinin incelenerek, Serbest Bölgeler Kanununda gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanmalıdır. Gerek sağlık turizmi, gerek sağlık eğitimi turizmi

ve gerekse yaşlı bakım turizmi amaçlarına uygun olarak yapılandırılacak serbest bölge yaklaşımının, sağlıkta planlama hükümleri uygulanmaksızın hayata geçirilmesi sağlanmalıdır. Gerektiğinde bu amaca yönelik özel sağlık tesislerinin serbest bölge kapsamına alınması sağlanmalıdır.

### c. AB Gümrük Birliği Hizmetler Sektörü



**Tespit:** AB ile yürütülmekte olan Gümrük Birliğinin güncellenmesi müzakerelerine hizmetler sektörünün de dahil edilmesi önem ve öncelik taşımaktadır. Özellikle hastaların serbest dolaşımı kapsamında ülkemizde de dahil edilmesi sağlık turizmi alanında çok önemli bir kazanım elde edilmesi sonucunu doğuracaktır.



**Öneri:** Gümrük Birliği güncelleme çalışmalarına sağlık hizmetleri sektörünün de dahil edilmesi sağlanmalıdır.

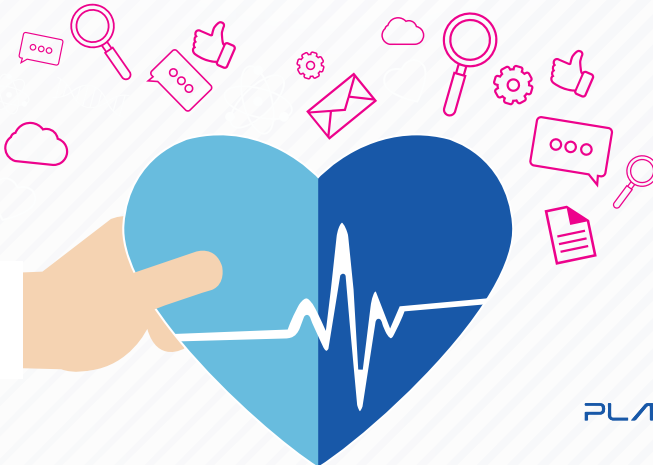
### d. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri Nedeniyle İlgili Ülke Sosyal Güvenlik Kurumlarını Sübvansiyon Uygulamasına Son Verilmesi



**Tespit:** Ülkemizin yurtdışında çalışan vatandaşlarının Türkiye'ye geldiklerinde de ya da döndüklerinde emeklilik ve sağlık haklarının korunmasını amaçlayan Uluslararası Sosyal Güvenlik Sözleşmelerinin bugüne kadarki uygulaması, ülkemizin diğer ülkelerdeki sosyal güvenlik kurumlarını sübvansiyon etmesi sonucunu doğurmuştur. Ancak SGK düzenlemesi ile bu sorun Acil haller ile sınırlandırılarak büyük ölçüde çözülmüştür.



**Öneri:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından mevcut sağlık alanını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmelerinin gözden geçirilerek, acil haller dışında özel ve kamu sağlık tesislerinden hizmet alan kişilerin, kendi ülkelerinde şahıs ödemesi kapsamında bu tutarları tahsil edebilmesine yönelik gerekli düzenlemeler hayata geçirilmelidir.



9

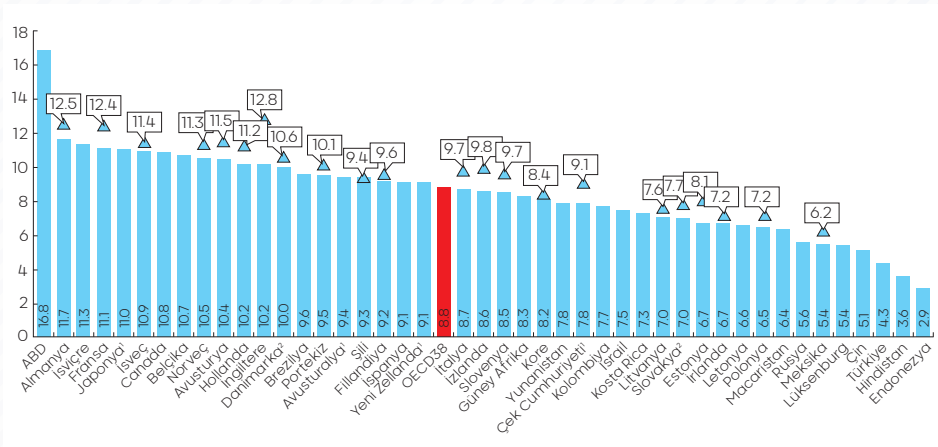
# İstatistikler



## I. OECD ÜLKELERİ SAĞLIK HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Amerika Birleşik Devletleri, GSYİH'sinin %16,8'ine eşdeğer bir harcama oranı ile OECD üyesi ülkeler arasında sağlık hizmetlerine açık arayla en çok harcama yapan ülkedir. Bunu takiben ise Almanya %11,7 ile ikinci en yüksek harcama yapan ülke konumundadır. (Grafik 1). Amerika Birleşik Devletleri ve Almanya'dan sonra, Fransa, Kanada, Japonya ve Birleşik Krallık dahil olmak üzere on yüksek gelirli ülkeden oluşan bir grup, GSYİH'lerinin %10'undan fazlasını sağlık hizmetlerinin finansmanı için ayırmaktadırlar. Türkiye ise %4,3 ile OECD ülkeleri arasında son sıralarda yer almaktadır.

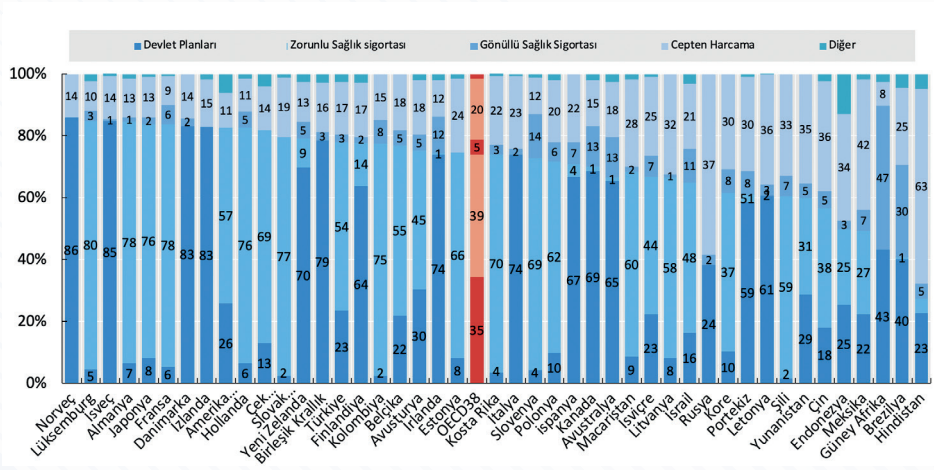
**Grafik 1. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, 2019 ve 2020**



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2021, WHO Global Health Expenditure Database, 1.2019 için OECD Tahminleri, 2. 2020 için OECD Tahminleri

Devlet planları veya sağlık sigortası yoluyla zorunlu veya otomatik kapsam, OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük kısmını oluşturmaktadır. Birlikte ele alındığında, 2019'daki tüm sağlık harcamalarının dörtte üçü bu tür zorunlu finansman planları aracılığıyla karşılanmıştır. Norveç, Danimarka, İsveç, İzlanda ve Birleşik Krallık'taki merkezi, bölgesel veya yerel yönetim planları, ulusal sağlık harcamalarının %80'ini veya daha fazlasını oluşturmaktadır. Almanya, Japonya, Fransa ve Hollanda'da harcamaların %75'inden fazlası bir tür zorunlu sağlık sigortası planıyla karşılanmıştır (Grafik 2).

Grafik 2. Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2019



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2021

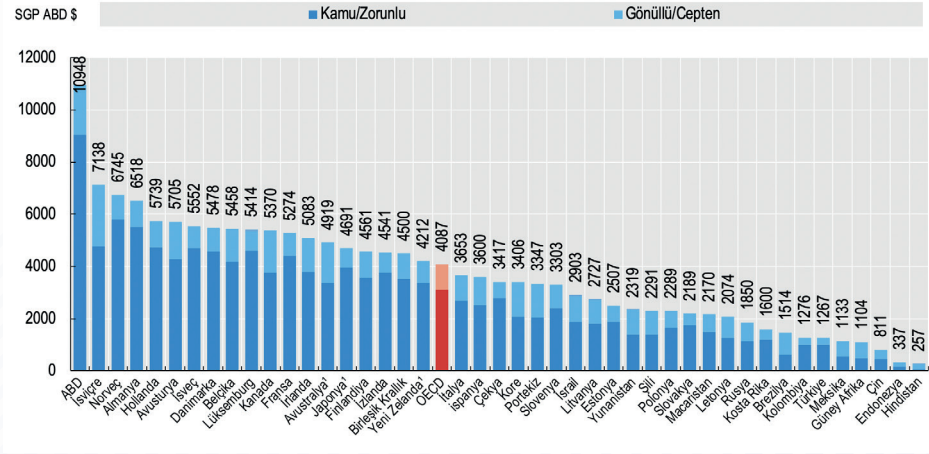
Cepten ödemeler, 2019 yılında OECD ülkelerindeki tüm sağlık harcamalarının beşte birini oluşturmaktadır ve GSYİH arttıkça pay büyük ölçüde azalmaktadır. Hane halkı tarafından cepten yapılan harcamalar, Meksika (%42), Letonya (%37), Yunanistan (%36) ve Şili'de (%33) tüm harcamaların üçte birini veya daha fazlasını oluştururken, Fransa'da cepten yapılan harcamalar %10'un altındadır. Sağlık hizmetlerine yapılan cepten harcamalar da Rusya Federasyonu (Rusya) ve Çin'de %35'in üzerinde ve Hindistan'da %60'ın üzerindedir (OECD, 2021a; OECD, 2021b). Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının %23'ü devlet planları, %54'ü zorunlu sağlık sigortası, %17'si cepten yapılan harcamalar yoluyla finanse edilmektedir.

Kişi başına yapılan sağlık harcamalarının düzeyi ve bunun zaman içinde nasıl değiştiği, sağlık sisteminin finansmanı ve organizasyonu ile ilgili düzenlemelerinin yanı sıra çok çeşitli demografik, sosyal ve ekonomik faktörlere bağlıdır. 2019'da OECD ülkelerinde (satın alma gücündeki farklılıklara göre ayarlandığında) kişi başına ortalama sağlık harcamasının 4.000 ABD dolarından fazla olduğu tahmin edilirken, ABD'de her ABD vatandaşı için yaklaşık 11.000 ABD doları eşdeğerine sağlık harcaması yapılmaktadır. OECD ülkeleri arasında ikinci en yüksek harcama yapan İsviçre, bu düzeyin yaklaşık üçte ikisi sağlık harcamasına sahiptir (Grafik 3). İsviçre'ye ek olarak, Almanya, Norveç ve İsveç dahil olmak üzere yalnızca bir avuç yüksek gelirli OECD ülkesi ABD harcamalarının yarısından fazlasını sağlığa harcarken, Japonya ve Birleşik Krallık gibi diğerleri OECD ortalaması civarında seyretmektedir. OECD üyesi ülkeler

## Türkiye'nin Sağlık Sistemine İlişkin Görüş ve Öneriler

arasında sağlık alanında kişi başına en düşük harcama yapanlar, OECD ortalamasının yaklaşık dörtte biri kadar sağlık harcaması ile Kolombiya, Türkiye ve Meksika'dır. Mevcut en son tahminler, Çin'de kişi başına harcamanın OECD ortalamasının %20'sinin biraz altında olduğunu, Hindistan ve Endonezya'nın ise bu rakamın %6 ila %8'ini harcadığını göstermektedir (OECD, 2021).

### Grafik 3. Kişi Başına Sağlık Harcaması, 2019, OECD Ülkeleri



**Kaynak:** OECD Health Statistics 2021, WHO Global Health Expenditure Database.

## II. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTATİSTİK YILLIĞI ÖZEL SEKTÖR VERİLERİ KIYASLAMASI

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 verileri dikkate alınarak, özel sektör sağlık kuruluşlarının altyapı, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve insan kaynakları bakımından sahip olduğu imkanlar ve genel toplamlar içindeki payları aşağıda sunulmuştur:

**Tablo 1:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	879	68	571	1.518
2018	889	68	577	1.534
2019	895	68	575	1.538
2020	900	68	566	1.534
2021	908	68	571	1.547

**Tablo 1'in Yorumu:** Yıllara ve sektörler'e göre hastane sayısının dağılımı incelendiğinde 2017 yılında 571 (%37,6) olan özel hastane sayısı takip eden yıllarda küçük değişimler göstermiş olup 2021 yılı itibariyle Türkiye'de mevcut olan toplam 1547 hastanenin 571'inin (%36,9) özel sektöre ait olduğu görülmektedir.

**Tablo 2:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	135.339	41.324	49.200	225.863
2018	139.651	42.066	50.196	231.913
2019	143.412	42.925	51.167	237.504
2020	156.965	41.987	52.230	251.182
2021	157.714	42.978	53.805	254.497

**Tablo 2'nin Yorumu:** Yıllara ve sektörler'e göre hastane yatağı sayısının dağılımı incelendiğinde 2017 yılında 49.200 (%21,8) olan özel hastane yatağı sayısı takip eden yıllarda oransal olarak binde 7 azalarak, 2021 yılı itibariyle Türkiye'de mevcut olan toplam 254.497 hastane yatağının 53.508'inin (%21,1) özel sektöre ait olduğu görülmektedir.

**Tablo 3:** Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	72.561	22.639	32.147	127.347
2018	83.277	23.112	33.014	139.403
2019	90.770	23.790	33.095	147.655
2020	101.388	24.172	34.205	159.765
2021	103.945	24.929	35.119	163.993

**Tablo 3'ün Yorumu:** Yıllara ve sektörler'e göre nitelikli yatak sayısının dağılımı incelendiğinde 2017 yılında 32.147 (%25,2) olan özel hastane nitelikli yatak sayısı artış göstermesine rağmen, oransal olarak kamunun bu alandaki gelişimi nedeniyle azalmış ve 2021 yılı itibariyle Türkiye'de mevcut olan toplam 254.497 nitelikli yatak sayısının 35.119'unun (%21,4) özel sektöre ait olduğu görülmektedir.

**Tablo 4:** Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatakların Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı, (%)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	60,3	63,8	95,1	67,2
2018	67,4	64,2	96,5	71,9
2019	72,0	64,8	95,1	74,7
2020	76,2	68,8	96,8	78,5
2021	77,9	69,3	96,7	79,7

**Tablo 4'ün Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre nitelikli yatak sayısının toplam yataklar içindeki oranı incelendiğinde Sağlık Bakanlığı, Üniversite 2017 yılında özel hastane yataklarının %95,1'i nitelikli yatak statüsünde iken 2021 yılı itibarıyla bu oranın %96,7'ye yükseldiği görülmektedir.

**Tablo 5:** Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları ve Dağılımı (%), 2021

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erişkin	18.545	76,4	4.746	67,8	10.032	57,3	33.323	68,4
Çocuk	1.286	5,3	661	9,4	188	1,1	2.135	4,4
Yenidoğan	4.433	18,3	1.588	22,7	7.274	41,6	13.295	27,3
Toplam	24.264	100	6.995	100	17.494	100	48.753	100

**Tablo 5'inün Yorumu:** 2021 yılı itibarıyla yoğun bakım yatak sayılarının türlerine ve sektörlere göre dağılımına bakıldığında; özel sektörün toplam yoğun bakım yatağının %36'sına sahip oluşu, bu oranın erişkin yoğun bakım yataklarında %3, çocuk yoğun bakım yataklarında %0,8, yenidoğan yoğun bakım yataklarında ise %55 olduğu görülmektedir.

**Tablo 6:** Yıllara ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yataklarının Dağılımı, (%)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	41,4	16,2	42,4	100
2018	42,2	15,9	41,9	100
2019	43,5	15,5	41,0	100
2020	50,2	14,4	35,4	100
2021	49,8	14,3	35,9	100

**Tablo 6'nın Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre yoğun bakım yataklarının dağılımı incelendiğinde 2017 yılında toplam yoğun bakım yataklarının %42,4'ü özel hastanelerde bulunurken takip eden yıllarda yatak sayısının kamu da daha fazla artması nedeniyle 2021 yılı itibariyle %35,9 olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 7:** Sektörlere Göre Hastanelerde Ameliyathane Hizmetleri Altyapısı, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Ameliyathane	937	170	833	1.940
Ameliyathane Odası	3.739	1.067	2.267	7.073
Ameliyathane Masası	3.798	1.086	2.247	7.131

**Tablo 7'nin Yorumu:** 2021 yılı itibariyle sektörlere göre hastanelerde ameliyathane hizmetlerinin alt yapı durumu incelendiğinde; özel hastanelerin 833 ameliyathane ile toplam ameliyathanelerin %42,9'una, 2.267 ameliyathane odası ile toplam ameliyathane odalarının %32,1'ine ve 2.247 ameliyathane masası ile toplam ameliyathane masalarının %31,5'ine sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 8:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hemodiyaliz Merkezi ve Cihazı Sayısı

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Merkez Sayısı	Cihaz Sayısı	Merkez Sayısı	Cihaz Sayısı	Merkez Sayısı	Cihaz Sayısı	Merkez Sayısı	Cihaz Sayısı
2017	483	5706	58	1244	324	10.013	865	16.963
2018	502	5953	55	1162	325	10.207	882	17.322
2019	511	6229	55	1162	320	10.368	886	17.759
2020	526	6460	56	1183	320	10.473	902	18.116
2021	539	6821	56	1190	315	10.539	910	18.550

**Tablo 8'in Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre hemodiyaliz merkezlerinin ve cihazlarının dağılımı incelendiğinde 2017 yılında toplam 865 merkezin 324'ü (%37,5) ve toplam 16.963 cihazın 10.013'ü (%59) özel sektöre ait olup, 2021 yılı itibariyle toplam 910 merkezin 315'i (34,6) ve toplam 18.550 cihazın 10.539'unun (%56,8) özel sektöre ait olduğu görülmektedir.

**Tablo 9:** Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	375	111	474	960
BT	583	146	542	1.271
Ultrason	2.810	1.036	2.430	6.276
Doppler Ultrason	4.350	667	1.811	6.828
EKO	1.720	337	793	2.850
Mamografi	396	78	490	964

**Tablo 9'un Yorumu:** 2021 yılı itibariyle sektörlere göre hastanelerde bulunan tıbbi cihaz sayılarının durumu incelendiğinde; özel hastanelerin 474 MR cihazı ile toplam MR sayısının %49,4'üne, 542 BT cihazı ile toplam BT sayısının %42,6'sına, 2.430 ultrason cihazı ile toplam ultrason sayısının %38,7'sine, 1.811 doppler ultrason cihazı ile toplam doppler ultrason sayısının %26,5'ine, 793 EKO cihazı ile toplam EKO sayısının %37,8'ine ve 490 mamografi cihazı ile toplam mamografi sayısının %50,8'ine sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 10:** Sektörlere Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar, 2021

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	133	4485	-	-	103	1.076	236	5.561
Diş Hastanesi	28	2003	-	-	3	82	31	2.085
Diş Eğitim Hastanesi	6	536	60	6317	-	-	66	6.853
Diş Polikliniği (Hastane)	788	3043	12	91	209	503	1.009	3.637
Diş Polikliniği	-	-	-	-	3.067	12.649	3.067	12.649

**Tablo 10'un Yorumu:** 2021 yılı itibariyle sektörlere göre ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluşların dağılımı incelendiğinde; özel sektörün 103 kurum ile toplam 236 ağız ve diş sağlığı merkezinin %43,6'sına ve bu merkezlerdeki 1.076 ünit ile toplam 5.561 ünit sayısının %19,3'üne; 3 hastane ile toplam 31 diş hastanesinin %9,7'sine ve bu hastanelerdeki 82 ünit ile toplam 2.085 ünit sayısının %3,9'una; 209 diş polikliniği (hastane) ile toplam 1.009 diş polikliniğinin (hastane) %20,7'sine ve bu polikliniklerdeki 503 ünit ile toplam 3.637 ünit sayısının %13,8'ine ve diş polikliniklerinin tamamına sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 11:** Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

	2017	2018	2019	2020	2021
Özel Tıp Merkezleri	18.912.829	19.055.722	18.298.592	14.527.627	15.672.466
Hastaneler	461.519.553	494.385.911	506.503.164	332.613.569	414.454.404
Sağlık Bakanlığı	350.347.005	377.045.707	387.622.848	239.981.820	305.040.174
Üniversite	38.963.933	42.665.139	46.211.148	31.725.506	40.102.992
Özel	72.208.615	74.675.065	72.669.168	60.906.243	69.311.238
2. ve 3. Basamak Toplamı	480.432.382	513.441.633	524.801.756	347.141.196	430.126.870

**Tablo 11'in Yorumu:** Yıllara ve kurum türlerine göre toplam hekime müracaat sayıları incelendiğinde; 2017 yılında 2. ve 3. Basamak sağlık tesislerine yapılan toplam 480,4 milyon müracaatın 91,1 milyonunun (%19) özel sağlık tesislerine yapıldığı görülmektedir. 2018 ve 2019 yıllarında bu oran sırası ile %18,3 ve %17,3 olarak gerçekleşerek bir düşüş gözlemlenmiştir. 2020 yılında ise özel sağlık tesislerinin toplam müracaatlar içinde aldığı pay %21,7'ye ulaşmıştır. 2021 yılında ise toplam 430,1 milyon müracaatın 84,9 milyonu özel sektör tarafından karşılanmış ve toplam müracaatlar içindeki %19,8 olarak gerçekleştirmiştir.

**Tablo 12:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	4,4	4,6	4,7	2,9	3,6
Üniversite	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5
Özel	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8
Toplam	5,8	6,1	6,1	4,0	4,9

**Tablo 12'nin Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre hastanelere kişi başı müracaat sayısı incelendiğinde 2017 yılında özel hastanelerde 0,9 olan kişi başı müracaat sayısı toplam orandaki azalışla birlikte 2021 yılı itibarıyla toplam 0,8 olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 13:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	7.606.159	7.675.972	7.742.707	5.517.337	6.110.494
Üniversite	1.982.410	1.955.983	2.072.720	1.546.362	1.859.399
Özel	4.120.734	4.019.422	3.990.922	3.556.818	3.815.599
Toplam	13.709.303	13.651.377	13.806.349	10.620.517	11.785.492

**Tablo 13'ün Yorumu:** Yıllara ve sektörler göre hastanelerde yatan hasta sayısı incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında 4.1 milyon yatan hasta sayısı ile toplam 13,7 milyon yatışın %30,1'ini, 2021 yılında ise 3,8 milyon yatan hasta sayısı ile toplam 11,7 milyon yatışın %32,4'ünü gerçekleştirmiştir.

**Tablo 14:** Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	2.590.538	2.766.914	2.796.484	1.613.841	2.191.281
Üniversite	815.076	903.002	948.936	708.994	939.861
Özel	1.525.685	1.531.822	1.478.395	1.399.383	1.572.952
Toplam	4.931.299	5.201.738	5.223.815	3.722.218	4.704.094

**Tablo 14'ün Yorumu:** Yıllara ve sektörler göre ameliyat sayıları incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında 815.076 ameliyat sayısı ile toplam 4,9 milyon ameliyatın %30,9'unu, 2021 yılında ise 1,5 milyon ameliyat ile toplam 4,7 milyon ameliyatın %33,4'ünü gerçekleştirmiştir.

**Tablo 15:** Sektörlere ve Ameliyat Gruplarına Göre Ameliyat Sayıları ve Dağılımı, (%), 2021

	A		B		C		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	263.967	43,8	754.433	45,5	1.172.881	48	2.191.281	46,6
Üniversite	148.216	24,6	373.474	22,5	418.171	17,1	939.861	20
Özel	190.180	31,6	530.777	32	851.995	34,9	1.572.952	33,4
Toplam	602.363	100	1.658.684	100	2.443.047	100	4.704.094	300

**Tablo 15'in Yorumu:** 2021 yılı itibariyle sektörlere ve ameliyat gruplarına göre ameliyat sayıları ve dağılımı incelendiğinde A grubu ameliyatların %31,6'sının, B grubu ameliyatların %32'sinin ve C grubu ameliyatların ise %33,4'ünün özel hastaneler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir.

**Tablo 16:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatılan Gün Sayısı

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	34.065.595	34.651.119	35.229.409	28.641.582	30.370.013
Üniversite	11.072.754	10.664.127	10.935.287	8.839.894	9.971.722
Özel	11.032.616	11.326.789	11.336.841	10.686.986	11.400.432
Toplam	56.170.965	56.642.035	57.501.537	48.168.462	51.742.167

**Tablo 16'nın Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatılan gün sayıları incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında 11 milyon gün ile toplam 56,1 milyon günün %19,6'sını, 2021 yılında ise 11,4 milyon gün ile toplam 51,7 milyon günün %22'sini gerçekleştirmiştir.

**Tablo 17:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı, (%)

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	69,0	68,0	67,3	50,0	52,8
Üniversite	73,4	69,5	69,8	57,7	63,6
Özel	61,4	61,8	60,7	56,1	58,1

**Tablo 17'nin Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatak doluluk oranları tüm sektörlerde azalışa paralel olarak, özel hastanelerin de 2017 yılında %61, 2021 yılında ise %58,1 yatak doluluk oranına sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 18:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü, (Gün)

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	4,5	4,5	4,6	5,2	5,0
Üniversite	5,6	5,5	5,3	5,7	5,4
Özel	2,7	2,8	2,8	3,0	3,0

**Tablo 18'in Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatan hastaların ortalama kalış günleri incelendiğinde kamuya göre daha kısa kalış günü gerçekleştiği, özel hastanelerde yatan hastaların 2017 yılında ortalama 2,7 gün, 2021 yılında ise 3 gün yattıkları görülmektedir.

**Tablo 19:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Hızı, (Hasta)

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	56,2	55,0	54,0	35,2	38,7
Üniversite	48,0	46,5	48,3	36,8	43,3
Özel	83,8	80,1	78,0	68,1	70,9

**Tablo 19'un Yorumu:** Yıllara ve sektörler göre hastanelerde yatak devir hızları incelendiğinde özel hastanelerde yatak devir hızının kamuya göre çok daha yüksek bir gerçekleşme ile 2017 yılında 83,8 hasta, 2021 yılında ise 70,9 olduğu görülmektedir.

**Tablo 20:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Aralığı, (Gün)

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	2,0	2,1	2,2	5,2	4,5
Üniversite	2,0	2,4	2,3	4,2	3,1
Özel	1,7	1,7	1,8	2,4	2,2

**Tablo 20'nin Yorumu:** Yıllara ve sektörler göre hastanelerde yatak devir aralığı incelendiğinde kamuya göre daha düşük bir gün sayısı ile özel hastanelerde yatak devir aralığının 2017 yılında 1,7 gün, 2021 yılında ise 2,2 gün olduğu görülmektedir.

**Tablo 21:** Sektörlere Göre Hastanelerde Görüntüleme Sayısı, 2021

	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mamografi
Sağlık Bakanlığı	10.023.807	18.008.250	11.363.596	13.185.789	5.031.267	1.189.994
Üniversite	1.984.267	3.171.108	2.298.689	1.085.804	924.091	273.676
Özel	3.230.906	3.509.229	5.827.612	2.571.926	1.679.444	463.047
Toplam	15.238.980	24.688.587	19.489.897	16.843.519	7.634.802	1.926.717

**Tablo 21'in Yorumu:** 2021 yılı itibariyle sektörler göre hastanelerdeki görüntüleme sayıları incelendiğinde MR görüntülemelerinin %21,2'sinin, BT görüntülemelerinin %14,2'sinin, ultrason görüntülemelerinin %29,9'unun, doppler ultrason görüntülemelerinin %15,3'ünün, EKO görüntülemelerinin %22'sinin ve mamografilerin ise %24'ünün özel hastaneler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir.

**Tablo 22:** Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Başına Düşen Görüntüleme Sayısı, 2021

	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mamografi
Sağlık Bakanlığı	26.730	30.889	4.044	3.031	2.925	3.005
Üniversite	17.786	21.720	2.219	1.628	2.742	3.509
Özel	6.816	6.475	2.398	1.420	2.118	945
Toplam	15.874	19.425	3.105	2.467	2.679	1.999

**Tablo 22'nin Yorumu:** 2021 yılı itibarıyla sektörlere göre hastanelerde cihaz başına düşen görüntüleme sayısı incelendiğinde tüm cihazlarda çok daha düşük bir gerçekleşme ile özel hastanelerde MR cihazı başına 6.816; BT cihazı başına 6.475; ultrason cihazı başına 2.398; doppler ultrason cihazı başına 1.420; EKO cihazı başına 2.118 ve mamografi cihazı başına 945 görüntüleme yapılmaktadır.

**Tablo 23:** Sektörlere Göre Hastanelerde 1.000 Kişiye Düşen Görüntüleme Sayısı, 2021

	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mamografi
Sağlık Bakanlığı	118	213	134	156	59	14
Üniversite	23	37	27	13	11	3
Özel	38	41	69	30	20	5
Toplam	180	292	230	199	90	23

**Tablo 23'ün Yorumu:** 2021 yılı itibarıyla sektörlere göre hastanelerde 1.000 kişiye düşen görüntüleme sayısı incelendiğinde özel hastanelerde MR görüntülemeleri 38, BT görüntülemeleri 41, ultrason görüntülemeleri 69, doppler ultrason görüntülemeleri 30, EKO görüntülemeleri 20 ve mamografi görüntülemeleri ise 5 kişiye yapılmaktadır.

## Türkiye'nin Sağlık Sistemine İlişkin Görüş ve Öneriler

**Tablo 24:** Yıllara ve Sektörlere Göre Sağlık Kuruluşlarının Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%)

	2017	2018	2019	2020	2021
Devlet	73,2	72,6	67,9	73,0	69,1
Üniversite	66,6	63,7	57,8	69,2	65,0
Özel	61,5	57,5	56,0	60,2	58,4
Toplam	71,7	70,4	67,1	72,1	68,1

**Tablo 24'ün Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden memnuniyet oranı incelendiğinde özel hastanelerden duyulan memnuniyet düzeyinin toplam oranlardaki düşüşe paralel olarak; 2017 yılında %61,5 düzeyindeyken 2018 ve 2019 yıllarında düşüş göstererek %57,5 ve %56 olarak gerçekleştiği, 2020 yılında %60,2 düzeyine erişerek 2021 yılında ise %58,4 olduğu görülmektedir.

**Tablo 25:** Sektörlere ve Ünvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	45.672	16.228	31.617	93.517
Pratisyen Hekim	47.216	807	5.012	53.035
Asistan Hekim	14.360	22.657	-	37.017
Toplam Hekim	107.248	39.692	36.629	183.569
Uzman Dış Hekimi	1.077	2.125	3.337	6.539
Dış Hekimi	10.528	362	19.841	30.731
Asistan Dış Hekimi	30	2.551	-	2.581
Toplam Dış Hekimi	11.635	5.038	23.178	39.851
Eczacı	4.033	728	32.450	37.211
Hemşire	155.588	37.021	39.833	232.442
Ebe	54.178	925	2.805	57.908
Diğer Sağlık Personeli	142.712	21.617	55.301	219.630
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	252.626	73.338	155.347	481.311
Toplam Personel	728.020	178.359	345.543	1.251.922

**Tablo 25'in Yorumu:** 2021 yılı itibariyle, sektörlere ve ünvanlara göre sağlık personelinin dağılımı incelendiğinde, toplam 93.517 uzman hekim görev yapmakta olup bu sayının %34'ü özel sektörde çalışmaktadır. 183.569 toplam hekim görev yapmakta olup %20'si özel sektörde çalışmaktadır. Sağlık sektöründe toplam 1.251.922 personel görev yapmakta olup %27,6'sı özel sektörde yer almaktadır.

**Tablo 26:** Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hekim Sayısının Dağılımı, (%)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	60,2	20,2	19,7	100
2018	59,8	21,0	19,2	100
2019	60,4	21,0	18,6	100
2020	60,8	21,3	17,9	100
2021	58,4	21,6	20,0	100

**Tablo 26'nin Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre toplam hekim sayısının dağılımı incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında toplam hekimlerin %19,7'sini istihdam ederken takip eden yıllarda bu oran dalgalı bir seyir göstermiş ve 2021 yılında %20 olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 27:** Yıllara ve Sektörlere Göre Pratisyen Hekim Sayısının Dağılımı, (%)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	86,7	0,5	12,7	100
2018	89,5	0,7	9,8	100
2019	90,3	0,7	9,0	100
2020	91,0	0,6	8,4	100
2021	89,0	1,5	9,5	100

**Tablo 27'nin Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre pratisyen hekim sayısının dağılımı incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında pratisyen hekimlerin %12,7'sini istihdam ederken takip eden yıllarda bu oran giderek bir düşüş göstermiş ve 2021 yılında %9,5 olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 28:** Yıllara ve Sektörlere Göre Uzman Hekim Sayısının Dağılımı, (%)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	52,8	17,8	29,4	100
2018	52,3	17,4	30,3	100
2019	52,5	17,4	30,1	100
2020	52,9	17,0	30,1	100
2021	48,8	17,4	33,8	100

**Tablo 28'in Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre uzman hekim sayısının dağılımı incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında uzman hekimlerin %29,4'ünün istihdam ederken takip eden yıllarda bu oran giderek bir artış göstermiş ve 2021 yılında %33,8 olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 29:** Yıllara ve Sektörlere Göre Hemşire ve Ebe Sayısının Dağılımı, (%)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	73,3	11,4	15,4	100
2018	72,7	12,2	15,2	100
2019	72,6	12,6	14,8	100
2020	73,9	12,5	13,5	100
2021	72,2	13,1	14,7	100

**Tablo 29'un Yorumu:** Yıllara ve sektörlere göre hemşire ve ebe sayısının dağılımı incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında hemşire ve ebelerin %15,4'ünü istihdam ederken takip eden yıllarda bu oran dalgalı bir seyir göstermiş ve 2021 yılında %14,7 olarak gerçekleşmiştir.

| [www.ozelhastaneler.org.tr](http://www.ozelhastaneler.org.tr)





# PLATFORM

ÖZEL HASTANELER  
PLATFORMU DERNEĞİ

 Kavaklıdere Mah. Esat Cad. No: 22  
Çankaya / ANKARA

 Telefon : +90 (312) 472 73 40

 [www.ozelhastaneler.org.tr](http://www.ozelhastaneler.org.tr)

 E-mail : [bilgi@ozelhastaneler.org.tr](mailto:bilgi@ozelhastaneler.org.tr)