

SAĞLIKTA DÖNÜŐMÜN 20.YILINDA
SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA ŞARTLARI

GERÇEKLER VE HAKLARIMIZ

Uygulanan prime dayalı finansman modelinin
mevzuat çerçevesinde değerlendirilmesi

Dr. Güray Kılıç | Dr. Ergün Demir



İSTANBUL
TABİP ODASI

SAĞLIKTA DÖNÜŐMÜN 20.YILINDA

SAĞLIK HİZMETLERİNDEN
YARARLANMA ŞARTLARI:

GERÇEKLER
VE HAKLARIMIZ

Uygulanan prime dayalı finansman modelinin mevzuat
çerçevesinde değeriendirilmesi

Yayına Hazırlayan
Dr. Güray Kılıç, Dr. Ergün Demir



**İSTANBUL
TABİP ODASI**

İstanbul Tabip Odası

Sağlıkta Dönüşümün 20. Yılında Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları:
Gerçekler ve Haklarımız

Yayına Hazırlayan:
Dr. Güray Kılıç, Dr. Ergün Demir

Sayfa Düzeni ve Kapak Tasarımı:
Alaattin Timur

1. Baskı
Eylül 2023, İstanbul

ISBN: 978-605-9665-85-8

© İstanbul Tabip Odası
Türkocağı Cd. No: 9

© Tuncay Mat
Ceylan Matbaa
Sertifika No: 40933

Ceylan Matbaa
Maltepe Mah Davutpaşa Cad. Güven İş Merkezi No:83/317-318-319
Zeytinburnu-İstanbul
Tel: 0 212 613 1079

İÇİNDEKİLER

SAĞLIĞIN FİNANSMANI: KAYNAKLAR	9
Sağlığın finansmanında en önemli kaynak:	10
Genel Sağlık Sigortası	10
Prim ödeme esasına dayalı sosyal güvenlik sistemi	11
Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) Gelirleri;	11
Prim oranları	12
Prim ödeme yükümlüsü	14
Sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan yararlanma	15
Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları	15
Öğrenim, öğrenim sonrası ve kız çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları	17
18 yaşın altındaki çocukların sağlık hak sahipliği	18
Prim borcu olanlar sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekte midir?.....	18
Halen prim borcu olanların sayısı ne kadardır?.....	19
SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ	21
Sağlık Uygulama Tebliği (SUT).....	21
Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi.....	22
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT) HÜKÜMLERİ.....	25
Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları	25

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu	25
Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri.....	27
Finansmanı sağlanan kişiye y6nelik koruyucu sağlık hizmetleri SUT Ekleri ve işlem puanlarının hesaplanması	30
KATILIM PAYI	33
Ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı	33
Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı.....	34
Tıbbi malzeme katılım payı.....	35
Yardımcı 6reme y6ntemi katılım payları	35
Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına g6re yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri	36
Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler	37
İLAVE 6CRET	39
Otelcilik hizmetlerinde ilave 6cret uygulaması.....	40
İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave 6cret uygulanması	40
Kamu sağlık kurumlarında ilave 6cret alınabilir mi? İstisnai bir durum s6z konusu mu? Kapsamı nedir?.....	43
İlave 6cret alınmayacak sağlık hizmetleri nelerdir?.....	44
İstisnai durum	45
Kanser hastalarının tedavisinde ilave 6cret alınması yasal mıdır?.....	46
6zel sağlık kuruluşları acil servislerde neden ilave 6cret alınmaktadır?	48
Sosyal G6venlik Kurumu'nun 6zel sağlık kuruluşlarını denetim koşulları.....	51
İdar6 yaptırımlar ve fesih	52
SGK 5510 sayılı Kanun ve s6zleşmelerle belirlenmiş denetim mekanizmasını artık(!) alıştırmalıdır.....	53
Vatandaşların bu durum karşısında yasal olarak hakları ve yapması gerekenler nelerdir?.....	54

FARK ÜCRETİ	55
İlaç- tıbbi medikal malzemede fark ücreti ödenmekte midir?	55
En önemli sorunlardan biri ilaç fark ücreti!	55
Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmasına son verilebilir	58
SGK sağlık harcamaları.....	63
HANE HALKININ CEPTEN YAPMIŞ OLDUĞU SAĞLIK HARCAMALARINDAKİ ARTIŞIN NEDENLERİ.....	65
Kamu sağlık kurumlarında hizmete erişimde yaşanan sorunlar	66
Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden randevu alabilme sıkıntısı hangi boyuttadır?	67
Sonuç.....	68
Kaynaklar.....	71

Giriş

Ülkemizde yirmi yıl önce başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık ortamının gelmiş olduğu son durum; özellikle son zamanlarda vatandaşların yaşamsal önemdeki bazı ilaçlara ulaşamaması, birçok kamu hastanesinde tıbbi malzeme eksikliği nedeniyle ameliyatların yapılamaması, hastaların birçok branşta ve yan dallarda Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden randevu alamaması gibi vatandaşların kamu sağlık hizmetine ulaşmasında yaşadığı sıkıntılarda görünür olmaktadır. Parası olanların veya borç para bulabilenlerin muayene ve ameliyat olabilmek için özel sağlık kuruluşlarına yöneldiği, bu arada da özel sağlık sektörünün giderek başat hale geldiği görülmektedir.

Bu tablonun ortaya çıkışındaki en önemli etken bu programın önemli bir ayağı olan prime dayalı finansman modelidir.

Bu kitapta, prime dayalı finansman modelinin ana unsurları ile ortaya çıkardığı sonuçlara ve mevzuat bilgisi eşliğinde haklarımıza değinilecektir.

SAĞLIĞIN FİNANSMANI: KAYNAKLAR

Sağlık hizmetlerinin finansmanı esas olarak Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası fonundan ve buna ek olarak da merkezi yönetim ve kurum bütçeleri, yerel yönetim katkısı, hane halkı cepten harcaması ve özel sigorta şirketleri tarafından sağlanmaktadır.

- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sunulan sağlık hizmetleri Genel Sağlık Sigortası (GSS) fon gelirlerinden,

- Sağlık Bakanlığı personel harcamaları, mal ve hizmet alımı, tıbbi malzeme harcamaları, sağlık yatırımları harcamaları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri vatandaşın ödediği vergilerden oluşan genel bütçeden,

- TBMM, Anayasa Mahkemesi, Danıştay ve Yargıtay

üyeleri ile bunların emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin “ayrıcalıklı sağlık giderleri” kurum bütçelerinden,

- GSS kapsamında olmayan kişilerin sağlık harcamaları, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetleri, GSS kapsamında olduğu halde sağlık hizmeti alırken alınan katılım payı ve ilave ücretler ile eşdeğer ilaç fark ücretleri hane halkının cebinden,

- Banka ve sandık kapsamındaki iştirakçiler ile kendi talepleri ve poliçe ödemeleri doğrultusunda sigorta şirketleri tarafından finanse edilmektedir.

Sağlığın finansmanında en önemli kaynak:

Genel Sağlık Sigortası

Genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması, 2020, 2021

	(Milyon TL)			
	2020	Pay (%)	2021	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	249,932	100,0	353,941	100,0
Genel devlet	198,062	79,2	280,220	79,2
Merkezi devlet	68,927	27,6	111,180	31,4
Mahalli idareler	1,632	0,7	1,975	0,6
Sosyal Güvenlik Kurumu	120,504	51,0	167,065	47,2
Özel sektör	51,869	20,8	73,721	20,8
Hane halkları	40,105	16,0	56,342	15,9
Sigorta şirketleri	6,458	2,6	9,330	2,6
Diğer ⁽¹⁾	5,306	2,1	8,050	2,3

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2021.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, sağlık harcamalarının finansmanının en önemli kaynağı Sosyal Güvenlik Kurumudur.

TÜİK 2021 yılı sağlık harcaması verilerine göre Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının %79,2’si kamu kaynaklıdır (vergi ve GSS primi). Kamu kaynakları içerisinde merkezi devletin payı %31,4, mahalli idarenin ise %0,6 iken, SGK payı %47,2’dir. Özel sektör harcamalarının en önemli kalemi %15,9 ile hane halkının cebidir. Özel sigorta şirketlerinin payı ise yalnızca %2,6’dır.

Prim ödeme esasına dayalı sosyal güvenlik sistemi

Sosyal güvenlik sistemi sigortalılara ve hak sahiplerine prime dayalı katkılar üzerinden güvence sağlamaktadır. 2022 Yılı merkezi yönetim bütçesinde bütçe gelirleri 1 trilyon 472 milyar 583 milyon TL’dir. Sosyal Güvenlik Kurumunun 2022 yılı gelirleri ise 1 trilyon 000 milyar 079 milyon TL’dir. Kurum bütçe gelirleri merkezi yönetim bütçesine dahil olmayan ve mali büyüklüğü bakımından en yüksek bütçeli kamu kurumlarından biridir. 2023 yılı için bu rakamın 1.523 milyar 12 milyon TL. olması beklenmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) Gelirleri;

- Prim Gelirleri; 5510 sayılı kanun kapsamında uzun ve kısa vadeli sigorta kollarına tabi olanlar ile genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerden Kanun’un 81. maddesindeki prim oranları karşılığında elde edilen gelirler, prim yapılandırma gelirleri,
- Devlet Katkısı; 5510 sayılı kanununun 81. maddesi gereğince devletin, Kurumun ay itibariyle tahsil ettiği malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile ve sağlık sigortası primlerinin 1/4’ü oranında Kuruma yaptığı katkı,

- Diğer Gelirler; Kurumca tahsil edilen idari para cezaları, faiz gelirleri, taşınır ve taşınmaz gelirleri, kira gelirleri ve katılım paylarından oluşmaktadır.

Giderleri;

- Emekli Aylıkları; 5510 sayılı kanunun kapsamında sigortalı veya hak sahiplerine yapılan malullük, yaşlılık ve ölüm aylıkları ile sürekli iş göremezlik ödemeleri,
- Sigorta Ödemeleri; 5510 sayılı kanunun sigortalıya veya hak sahiplerine ödenen emzirme, cenaze ve evlenme yardımları ile geçici iş göremezlik ödeneğinden oluşmaktadır.
- Sağlık Giderleri; Kurumun 5510 sayılı kanun kapsamında yaptığı ilaç, tedavi, yolluk, tıbbi malzeme ve optik ödemeleri,
- Diğer Giderler; Emekli aylıkları, sağlık giderleri, sigorta ödemeleri, ek ödeme ve faturalı ödemeler ile yönetim ve yatırım giderleri dışındaki Kurumca yapılan diğer ödemeleri kapsamaktadır.

Prim oranları [5510-Madde.81]

- Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranı, sigortalının prime esas kazancının %20'sidir. Bunun %9'u sigortalı hissesi, %11'i işveren hissesidir.
- Kısa vadeli sigorta kolları prim oranı; sigortalının prime esas kazancının %2'sidir. Bu primin tamamını işveren öder. Bu oranı %1,5 oranına düşürmeye ya da %2,5 oranına artırmaya Cumhurbaşkanı yetkilidir. (İş kazası ve meslek hastalığı)

- Meslekî Eğitim Kanununda belirtilen çırak ve mesleki eğitim gören öğrenciler ile staja tabi tutulan öğrenciler için prim oranı, prime esas kazançlarının %6'sıdır. Bu prim oranının %1'i kısa vadeli sigorta kolları, %5'i genel sağlık sigortası primidir. (İş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık sigortası).
- Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslek edindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerler için prim oranı, prime esas kazançlarının %5,5'idir. Bu prim oranının %1'i kısa vadeli sigorta kolları, %4,5'i genel sağlık sigortası primidir. (İş kazası ve meslek hastalığı ile genel sağlık sigortası hükümleri uygulanır). Bunlar için Türkiye İş Kurumu prim ödeme yükümlüsü olmakla birlikte bu Kanun kapsamında işyeri ve işveren sayılmaz.
- Genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın %12,5'idir. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar ile işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişilerin genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın %12'sidir.
- Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar (Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usûlde gelir vergisi mükellefi olanlar, Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar, Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, Diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları, Tarımsal faaliyette bulunanlar) prim

oranlarının toplamı üzerinden %20+%2+%12.5 primlerini öderler.

- Sigortalı bir işte çalışmayan veya herhangi bir kapsamda sosyal güvencesi olmayanlar ile başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar (5510- 60-g bendine tabi olanlar) için genel sağlık sigortası primi prime esas kazancın %3'ü olup, bu oranı %12'ye kadar artırmaya Cumhurbaşkanı yetkilidir.

(Gelir testi sonucu aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı net asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların primi genel bütçe tarafından karşılanır. Aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden fazla olan kişiler ise primlerini kendileri öderler. 2023 yılı için asgari ücret artışı sonrası bu kapsamdaki kişilerin ödeyeceği prim tutarı aylık 405 TL'dir.)

Prim ödeme yükümlüsü (5510-Madde. 87)

Bu Kanunun uygulanmasında kısa ve uzun vadeli sigorta kolları ile genel sağlık sigortası ve isteğe bağlı sigorta bakımından;

- 4/a ve 4/c bendine tabi olanlar için bunların işverenleri,
- 4/b bendine tabi olanlar ile bu kapsamda sayılan kişilerden kişilerin kendileri,
- Sigortalı olmayan, aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan kişiler için primi yılı merkezî yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri,

- 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler için Türkiye İş Kurumu,
- Aday çıarak, çıarak ve işletmelerde meslekî eğitim görenler ile meslek liselerinde staja tâbi tutulan öğrenciler için Milli Eğitim Bakanlığı veya bu öğrencilerin eğitim gördükleri okullar, yüksek öğrenim sırasında staja tâbi tutulan öğrenciler için öğrenim gördükleri yüksek öğretim kurumu, prim ödeme yükümlüsüdür.

Sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan yararlanma

5510 sayılı Kanun gereğince genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür. Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır.

Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz. (5510- Madde.62)

Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları

(5510- Madde 67)

- 1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması,
- 2) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu

kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması (tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç),

- 3) Kendi nam ve hesabına çalışanlardan (4/b BAĞ-KUR) sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması şarttır.

Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar ile kamu idarelerinde çalışan genel sağlık sigortalısı sayılanlar, zorunlu sigortalıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar.

Sigortalı sayılmayanlardan; harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar tescil edilerek prim ödemeksizin sağlık hizmetlerinden faydalandırılmaktadır.

Ancak bu kişiler Sağlık Bakanlığı hastanelerine doğrudan müracaat edebilirken, özel hastanelere ve üniversite hastanelerine doğrudan müracaatları Sosyal Güvenlik Kurumunca çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği ile sınırlandırılmıştır.

Provizyon işlemleri (SUT-1.7) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için, Kurum bilgi işlem sistemi (MEDULA-Hastane, MEDULA-Optik, MEDULA-Eczane provizyon sistemi) üzerinden T.C. Kimlik Numarası veya Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası/provizyon sorgulaması yapılmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularınca T.C. Kimlik Numarası veya YUPASS numarası ile Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden yapılan sorgulama sonucunda, hasta takip numarası/provizyon verilmesi halinde, sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanabileceklerdir.

Öğrenim, öğrenim sonrası ve kız çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları

Lise veya dengi öğrenimden mezun olanlar 20 yaşını, yükseköğrenimden mezun olanlar ise 25 yaşını geçmemek ve bakmakla yükümlü olunan kişi ya da 60'ıncı maddenin birinci fıkrasının (g) bendinde sayılanlar hariç, genel sağlık sigortalısı olmamak şartıyla mezun oldukları tarihi izleyen günden itibaren iki yıl süreyle, prim borçlarına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olunan veya hak sahibi kişi sayılmak suretiyle sağlık hizmetinden faydalandırılır. Öğrencilik haklarına yüksek lisans ve doktora yapan öğrencilerin girdiğini de bu noktada belirtmek gerekir. Bu kişiler de öğrenim gördükleri sürece 25 yaşına kadar sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. *[5510-Madde-67]*

Kız çocuklarının ise;

1 Ekim 2008 tarihinden önce doğan kız çocukları; 1 Ekim 2008'den önce anne ve babaları üzerinden bak-

makla yükümlü olarak sağlık yardımı hakkı bulunan kız çocuklarının bu haklarının durumlarında değişiklik oluncaya kadar (evlenmeleri, işe girmeleri) 18 yaşını doldurması ve üniversiteye devam etmemeleri halinde de anne veya babaları üzerinden kurum sağlık yardımlarından yararlanmaları devam eder.

1 Ekim 2008 tarihinden sonra doğan kız çocukları ise anne ve babaları üzerinden kurum sağlık yardımlarından yararlanmaları; 18 yaşını doldurmuş olanların, orta öğrenim görmeleri halinde 20 yaşına, yüksek öğrenim görmeleri halinde de 25 yaşını dolduruncaya kadar bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık yardımlarından yararlanırlar.

18 yaşın altındaki çocukların sağlık hak sahipliği

Genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar herhangi bir şart aranmaksızın 5510-60/c-1 kapsamında sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır.

Askerliği bitip terhis olanlar, terhis tarihinden itibaren 30 gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar.

Prim borcu olanlar sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekte midir?

Kurum bilgi işlem sistemi tarafından prim ödeme gün sayısının yetersiz olması veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemektedir. Yani kamu sağlık hizmetlerinden faydalanmamaktadır.

Oysa son 4 yıldır GSS ve BAĞ-KUR prim borcu olan vatandaşların sağlık hizmetinden faydalanabilme süreleri uzatılmaktadır. En son Cumhurbaşkanlığı kararı ile 31.12.2023 tarihine kadar ertelendiği bilgisine de Kurum resmi internet sayfasından ulaşılabilir.

Halen prim borcu olanların sayısı ne kadardır?

Prim borcu olan vatandaşların sayısı milyonlarla ifade edilmekte, ancak resmi istatistiklerde kesin sayı belirtilmemektedir. Bütçe görüşmelerinde dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanına ısrarla sorulmasına rağmen bu soruya cevap alınamamıştır.

SGK bürokratlarının basına çeşitli tarihlerde verdikleri demeçlere göre bu sayı 6-10 milyon arasındadır. 31.01.2023 tarihli A.A. Ekonomi haber bülteninde ise 14 milyon 613 bin 574 sigortalının Kuruma borcu olduğu belirtilmektedir.

Prim ödeme gün sayısının yetersiz olması veya prim borcu bulunması, istisnai haller *(5510-Madde.67, SUT-1.7.b)*

Kurum bilgi işlem sistemi tarafından prim ödeme gün sayısının yetersiz olması veya prim borcu bulunması nedeniyle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde, sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, aşağıda belirtilen istisnai haller nedeniyle yapıp yapılmadığı değerlendirilecektir. Müracaat aşağıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise sağlık hizmeti sunucularınca sağlık hizmeti verilmektedir.

- 1) Acil hal,
- 2) İş kazası ile meslek hastalığı hali,
- 3) Trafik kazası,

- 4) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,
- 5) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,
- 6) Analık hali,**
- 7) Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,
- 8) 18 yaş altı çocuklar,
- 9) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler,**
- 10) Madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri,

[*] Acil hal; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlar ile pandemi süresince pandemi olgularına yönelik tanı ve tedavileri kapsamaktadır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.

[**] Analık hali; gebeliğin başladığı tarihten itibaren doğumdan sonraki ilk sekiz haftalık, çoğul gebelik halinde ise ilk on haftalık süre 5510 sayılı Kanun bakımından analık hali olarak kabul edilir.

[***] Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişi; "Özürnlük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürnlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" kapsamında, yetkilendirilmiş engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır engelli olduğu Engelli Sağlık Kurulu Raporu ile belgelendirilen kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler olarak kabul edilir. Bu kişiler için düzenlenen faturaya Engelli Sağlık Kurulu Raporu* eklenecektir.

(Herhangi bir sebeple silâh altına alınan sigortalının askerlikte geçen hizmet süresi, hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukta geçen süre hariç.)

SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

Genel sağlık sigortalı ve hak sahiplerine finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, teşhis ve tedavi yöntemlerini, ödeme usul ve esaslarını Sosyal Güvenlik Kurumu yayımladığı Sağlık Uygulama Tebliği aracılığı ile belirlemektedir. (5510 sayılı Kanun Md.63)

Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin SUT'ta belirtilen teşhis ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra teşhis ve tedavi ile ilgili diğer kurallar ile sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesine ilişkin usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirleyebilir ve bu amaçla ihtisas komisyonları kurabilir. Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri SUT ve eki listelerde belirtilmiştir.

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, Kurumla sağlık hizmeti sunucuları arasında sağlık hizmeti satın alımı

sözleşmeleri yapılması suretiyle karşılanır. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından ise acil hallerde alınan sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurumca karşılanır. (SUT-2.2)

Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen Kurumca ödenecek bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır. Ancak Komisyonca SUT eki EK-2/B, EK-2/C ve EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemler için ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmiş olup işlem bedeli ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır.

Kamu Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Turizmi Fiyat Tarifesi

Kamu sağlık hizmetleri ve sağlık turizmi, turistin sağlığı kapsamında sunulan sağlık hizmetlerini kapsar. Bu tarife Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık hizmeti sunucuları ile devlet üniversiteleri bünyesinde yer alan sağlık hizmet sunucularını (devlet üniversite hastaneleri, sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, diş hekimliği fakülteleri) tarafından sunulan sağlık hizmetlerini (ön tanı, tanı, tedavi, tıbbi rehabilitasyon, acil sağlık hizmetleri ile sağlık turizmi) kapsamaktadır. (Birinci basamak sağlık hizmetleri ile aile hekimliği hizmetleri hariç)

Bu fiyat tarifesinin eki olan "Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Listesi (Ek-2A)" listesinde yer alan fiyatlar kamu ve özel tüm sağlık hizmet sunucuları tarafından sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi kimlere ve hangi

durumlarda uygulanır

- Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetleri,
- GSS kapsamında olmayan veya GSS kapsamında olduğu halde sağlık hizmet bedelini kendisinin ödeyeceğini beyan eden kişilere sunulan sağlık hizmet bedelleri,
- 5510 Sayılı Kanun'un Geçici 20'nci maddesi kapsamında yer alan banka ve sandık kapsamındaki iştirakçiler ile kamu ve özel hukuk tüzel kişilerinin mensuplarına yönelik sunulacak sağlık hizmetleri için Ek-2 SHFT fiyatları uygulanır.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT) HÜKÜMLERİ

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları (SUT-2.2)

5510 sayılı Kanun'un 63.maddesi 'f' bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin (tanı/teğavi için gerekli olabilecek ilaç, ortez-portez, tıbbi araç-gereç, tıbbi sarf malzemesi) türleri, miktarları ve kullanım süreleri, ödeme usul ve esasları, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak SGK Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir. Fiyatlandırma komisyonu genel sağlık sigortalı ve hak sahiplerine sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamını ve bu sağlık hizmetlerinin bedelini belirlemektir.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu

- 1- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı,
- 2- Maliye Bakanlığı,
- 3- Sağlık Bakanlığı,
- 4- Kalkınma Bakanlığı,

- 5- Hazine Müsteşarlığı,
- 6- Üniversite Sağlık Hizmet sunucuları,
- 7- Özel Sağlık Hizmet sunucuları ve temsilcilerinden birer
- 8- Sosyal Güvenlik Kurumundan iki olmak üzere toplam dokuz üyeden oluşmaktadır.

Fiyatlandırma Komisyonu, finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden Kurumca ödenecek bedellerin miktarlarını;

- 1- Sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamağı,
- 2- Devletin doğrudan ve dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonları,
- 3- Sağlık hizmetinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmasını,
- 4- Kanıta dayalı tıp uygulamalarını,
- 5- Maliyet-etkililik ölçütlerini,
- 6- Genel Sağlık Sigortası bütçesini, dikkate alarak belirlemektedir.

İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler, özel poliklinikler "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" kapsamında hizmet veren merkez veya birimler tarafından verilen sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı dışındaki birinci basamak resmi sağlık kuruluşları ile kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri tarafından verilen sağlık hizmetleri için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez. Bu birimlerde

görevli hekimler tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dâhilinde reçete edilmiş ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanır.

SGK, sağlık hizmeti satın aldığı sağlık hizmet sunucularından Sağlık Bakanlığı ve kamu üniversite hastanelerine global bütçe, özel sağlık kuruluşlarına fatura karşılığında ödeme yapmaktadır.

Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri

[5510- Madde.64, SUT-2.2]

- a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.
- b) Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamaları ve Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.
- c) Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları,
- d) Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri.

Ayrıca kurum birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol mua-

yeneleri vb. nedenlerle sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişiler için düzenlenen sağlık raporları ile ilaç ve tıbbi malzeme temini de dâhil olmak üzere tedavi amacıyla düzenlenen sağlık raporları dışında kalan; özür lülük engellilik raporu, ehliyet raporu, vasi tayini raporu, portör muayeneleri ve işlemleri, tarama amaçlı muayene ve işlemler vb. özel amaçla kullanılacak durum belirtir rapor bedelleri ile bu durumların tespitine yönelik yapılan işlem bedelleri Kurumca karşılanmaz.

Trafik kazası nedeniyle ilk müdahalenin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularında sağlanması halinde bu sağlık hizmeti sunucusunda trafik kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmetinin devamı niteliğinde olan tedaviler SUT ve ekleri esas alınarak Kurumca karşılanacaktır. Ancak bu süre trafik kazasının oluştuğu tarihten itibaren 6 ayı geçemez.

Sağlık hizmeti sunucularınca gerçekleştirilecek check-up, kampanya ya da tarama kapsamında yapılan işlemler Kuruma faturalandırılmaz.

Finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (SUT-2.4.3)

- Sağlık Bakanlığı "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" kapsamına dâhil olmayan aşı bedelleri kronik böbrek yetmezliği, kistik fibrozis, KOAH, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immün-supresif tedaviye bağlı olarak bağışıklık durumu olumsuz etkilendiği için enfeksiyon hastalıklarının daha ağır seyrettiği yüksek riskli kişilerin bu durumlarını belgeleyen sağlık raporuna istinaden karşılanır.
- Grip aşısı bedeli 65 yaş ve üzerindeki kişiler ile yaş-

lı bakımevi ve huzurevinde kalan kişilerin bu durumlarını belgelendirmeleri halinde sağlık raporu aranmaksızın; gebeliğin 2. veya 3. trimesterinde olan gebeler, astım dâhil kronik pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlar, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immün yetmezliği olan veya immünsupresif tedavi alanlar ile 6 ay - 18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetil salisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolesanların hastalıklarını/gebelik durumunu belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce her Eylül ilâ Şubat dönemleri içerisinde reçete edildiğinde yılda bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır.

- Pnömonokok aşısı bedeli (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 sendrom, kronik kalp hastalıkları, astım dâhil kronik akciğer hastalıkları, siroz dâhil kronik karaciğer hastalıkları, diyabet dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, hemoglobinopati, doğuştan ve edinilmiş kranial defektler ve dermal sinüsler dâhil beyin omurilik sıvısı sızıntısına sebep olan durumlarda, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde 5 yılda bir karşılanır. 65 yaş ve üzerindeki kişilere rapor aranmaksızın beş yılda bir defa olmak üzere bedelleri ödenir.

- Hepatit A aşısı bedeli; Kronik karaciğer hastalığı olan veya pıhtılaşma faktörü konsantresi alan ve Hepatit A seronegatif olan; 1 yaş üzeri çocuklar ve erişkinlerde, hastalıklarını belirten sağlık raporuna dayanarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde en fazla yılda iki kez karşılanır.

SUT ekleri ve işlem puanlarının hesaplanması *[SUT-2.2]*

Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen Kurumca ödenecek bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır. SUT eki EK-2/B, EK-2/C ve EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemler için ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmiş olup işlem bedeli ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır.

Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Tıp Fakülteleri bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından yapılan SUT eki EK-2/A-2 listesinde yer alan işlemler, SUT eki EK-2/B listesi "8. Radyolojik Görüntüleme ve Tedavi" ile "9. Laboratuvar İşlemleri" bölümlerinde yer alan işlemler, listede belirtilen puanlara %10 ilave edilerek faturalandırılır.

SUT eki EK-2/C-1 listesinde yer alan ilave oran uygulanacak işlemlerin 3.basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde (Yoğun bakım, palyatif tedavi, kardiyovasküler işlemler ve cerrahi, kanser cerrahisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi 471 işlem) listede belirtilen oranlar (%20-100) ilave edilerek faturalandırılır.

Yazıda geçen SUT eki "EK LİSTE"lerinin içerikleri;

- EK-1/A; Ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı alınmayacak kronik hastalıklar listesi,
EK-1/B; Hastaya sunulmuş olan hizmetleri ve ilave ücreti gösterir belge,
EK-1/C; İstisnai sağlık hizmetleri listesi,
EK-1/D; Acil halin sona ermesine ilişkin bilgilendirme formu,
EK-2/A; Ayakta başvurularda ödeme listesi,
EK-2/A-2; Ayakta başvurularda ilave olarak faturalandırılacak işlemler listesi,
EK-2/B; Hizmet başı işlem puan listesi,
EK-2/C; Tanıya dayalı işlem puan listesi,
EK-2/C-1; İlave oran uygulanacak işlemler listesi,
EK-2/Ç; Diş tedavileri puan listesi
EK-2/G; İlave ücret alınmayacak işlemler listesi,
EK-3; Kullanılan tıbbi malzemeler listesi,
EK-4/A; Bedeli ödenecek ilaçlar listesi,
EK-4/D; Hasta katılım payından muaf ilaçlar listesi,
EK-4/F; Ayakta tedavide sağlık raporu ile verilebilecek ilaçlar listesi

Sağlık hizmetlerine 'insana yaraşır bir biçimde' ulaşabilmek için maalesef sadece Genel Sağlık Sigortası primi ödemek yeterli olmamaktadır. Vatandaş hastaneye adım attığı andan itibaren muayene, ilaç, reçete, tıbbi malzeme vs. adı altında ek olarak cepten SGK'ya katılım payı ve özel sağlık kurumuna da ilave ücret ödemek zorundadır.

KATILIM PAYI

(5510- Madde.68, SUT-1.8)

Katılım payı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade eder. Katılım payı Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından alınır. Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri aşağıda belirtilmiştir:

- a) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı,
- b) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,
- c) Vücut dışı protez ve ortezler,
- ç) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı

Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan

hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmayacaktır. Diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları aşağıda belirtilmiştir.

- a) İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında.....6 TL.
- b) Sağlık Bakanlığına bağlı E.A.H ile bu hastanelere bağlı semt polikliniklerinde.....7 TL.
- c) Tıp Fakülteleri bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde.....8 TL.
- ç) Tıp Fakülteleri bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde.....8 TL.
- d) İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında.....15 TL.

Kurumca belirlenen kronik hastalıklar, elektronik sevk formu ile sevk edilen hastalar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (beş) TL artırılarak tahsil edilir.

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı

Kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınır.

Ayrıca her bir reçete için;

3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 (üç) TL.

3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için ise 1 (bir) TL, olmak üzere katılım payı alınır.

Enjektabl formlar ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1 kutu olarak değerlendirilir.

Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayınlanan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi'nde" (EK-4/D) yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlar için bu maddede belirtilen katılım payları uygulanmaz ve kutu/kalem hesabında dikkate alınmaz.

Tıbbi malzeme katılım payı

Vücut dışı protez ve ortezlerden, görmeye yardımcı tıbbi malzemelerden, ağız protezlerinden, sağlık raporunda hayati öneme haiz olduğu belirtilmeyen diğer protezler ve ortezlerden, katılım payı alınır.

Vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin %75'ini geçemez. %75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir.

Yardımcı üreme yöntemi katılım payları

Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki yardımcı tedavilerinde

birinci denemede %30, ikinci denemede %25 üçüncü denemede %20 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır. Yardımcı üreme yöntemi katılım payları, tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden tahsil edilir.

Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri

Belirtilen sağlık hizmetleri bedelinin yüzde birine kadar katılım payı alınabilir. Yüzde birine kadar tespit edilen katılım payını almamaya, yarısına kadar indirmeye veya bir katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu tutarları kanuni tutarlarına getirmeye veya indirmeye Kurum yetkilidir. Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödeyecekleri katılım payının tutarı ise bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçemez. (Bu katılım payı, 5510 md.68 d bendinde yer almakta SUT'ta yer almamaktadır ve şu an uygulanmamaktadır)

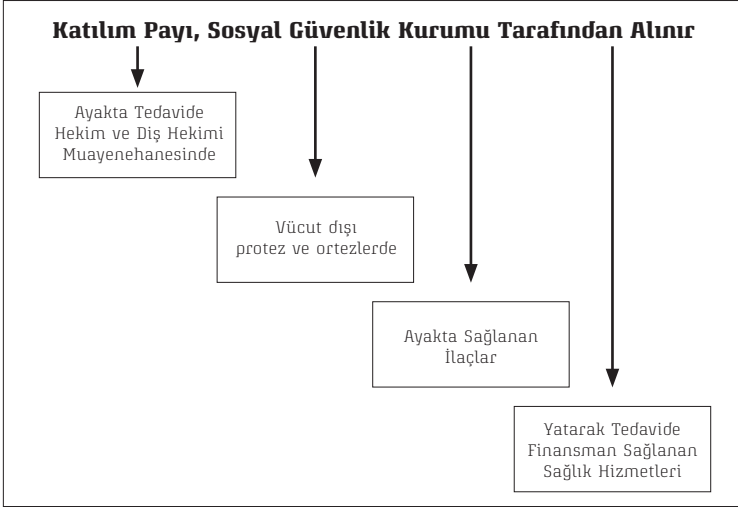
5510 md.68'de katılım payı alınma gerekçesi sağlık hizmetleri için vücut dışı protez ve ortezler ile ayakta tedavide sağlanan ilaçların gereksiz kullanımı azaltma olarak belirtilmektedir.

Kişi ve Kurumlardan Alınan Paylar			
HESAP AÇIKLAMASI	2018 YILI	2019 YILI	2020 YILI
Katılım Payları	4.192.928.059,14	4.310.321.182,05	3.377.430.965,08
Muyane Katılım Payları	3.408.583.220,49	3.499.255.042,06	2.738.082.074,65
Tıbbi Malzeme Katılım Payı	219.919.590,92	224.683.129,41	126.801.570,68
Tüp Bebek Katılım Payı	5.439.085,84	10.203.536,17	7.404.579,75
Reçete Katılım Payı	558.986.161,89	576.179.474,41	505.142.740,00

Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler (5510-Madde. 69)

- a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.
- b) Afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri.
- c) Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.
- d) Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz kapsamındaki sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre nakli
- e) Sigortalının, isteğe bağlı sigortalının veya bunların hak sahiplerinin malullük, iş göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıklarının mevcut olup olmadığını, tespit amacıyla kontrol muayenesi
- f) Acil servislerde verilen sağlık hizmetleri, Diyaliz merkezleri ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans laboratuvarları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde
- g) Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla EK-4/D listesinde yer alan ilaçlardan katılım payı alınmaz. İlaç kullanım raporu çıkarılan kronik hastalık ilaçlarından katılım payı alınmaz.
- h) Tıbbi sarf malzemeleri ile tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.

1)Kişiler; İstiklal madalyası verilmiş bulunanlara göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden, Harp malullüğü aylığı alanlar, Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, Vazife malûllerinden, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda okumaya devam eden öğrencilerden, Harp Okulları ile fakülte ve yüksekokullarda okumakta askerî öğrencilerden, meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat klanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereç bedelleri için katılım payları alınmaz.



İLAVE ÜCRET

(5510- Madde.73, SUT- 1.9)

İlave ücret, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. Maddesinin ikinci fıkrasında düzenlenmiştir. İlave ücret alınması uygulamasında Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden bu bedelin iki katına kadar (%200) ilave ücret alınabilmektedir.

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

dahilinde alınabilecek ilave ücret oranları Kurumca belirlenir. Ancak SUT eki EK-2/B, EK-2/C ve EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemlerde kullanılan tıbbi malzeme, ilaçlar ve kan bileşenleri ile EK-2/A listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınamaz.

Birçok özel hastane ve sağlık kuruluşu, her türlü tıbbi işlem için SUT bedellerinin %200'ü ve çok daha ötesi olan bedeli ilave ücret adı altında vatandaştan almaktadır. Daha çok cerrahi işlemlerde olmak üzere kayıt dışı olarak elden ödeme şeklinde uygulamaların çok hızlı bir şekilde artmaya başladığı da bilinmektedir.

Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, asgari banyo, TV ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-2/B listesinde 510.010 kod ile yer alan "standart yatak tarifi" işlem bedelinin 1,5 katını, tek yataklı odalarda ise 3 katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir. Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki EK-2/B listesinde yer alan "gündüz yatak tarifi" işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir.

İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve SUT eki "İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi"nde (EK-1/C) yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden SUT eki listelerde yer alan işlem bedellerinin 3 katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir.

EK-1/B

HASTAYA SUNULMUŞ OLAN HİZMETLERİ VE İLAVE ÜCRETİ GÖSTERİR BELGE

Sağlık hizmeti sunucusunun adı :
 Belgenin düzenlendiği tarih :
 Hastanın adı soyadı :
 Hastanın TC Numarası :
 SHS ilave ücret tavan oranı :
 Branş :
 Başvuru No :
 SGK'ya fatura edilen toplam tutar :

Ayakta Tedavi Yatarak Tedavi

İlave ücrete ilişkin sağlık hizmeti	Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilen tutar	Genel sağlık sigortalısından (Hastadan) alınan tutar
EK-2/A		
EK-2/A-2		
EK-2/B		
EK-2/C		
EK-2/Ç		
Otelcilik Hizmetleri		
İstisnai Hizmetler		

3. Basamak sağlık kuruluşlarına ayakta başvurularda ücret ödemelerinde bazı örnekler;

Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) değişiklik yapılmasına dair tebliğ 24 Ağustos 2023 tarih ve 32289 sayılı mükerrer Resmî Gazete'de yayımlandı. Yapılan bu değişiklik ile;

3. basamak poliklinik muayenesi için yasal olarak alınması gereken ilave ücret miktarına bazı örnekler aşağıda belirtilmiştir.

SGK ile sözleşmeli 3. basamak özel hastaneler ve vakıf üniversiteleri sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde ayaktan başvurularda (poliklinik) mevcut yasal düzenlemeye (SUT bedelinin iki katına kadar) göre genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilave muayene ücreti olarak en fazla KDV hariç enfeksiyon hastalıkları 366 TL, kadın hastalıkları 396 TL, kardiyoloji 438 TL, çocuk sağlığı hastalıkları 302 TL, nöroloji 336 TL, ortopedi ve travmatoloji 326 TL göz hastalıkları 288 TL, beyin ve sinir cerrahisi için 366 TL talep edilmesi gerekirken 750 TL ile 1500 TL

arasında değişen miktarlarda ilave muayene ücreti talep edildiği bilinmektedir.

Kurumla sözleşmeli; 3.basamak özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan bazı işlemler için özel sağlık hizmet sunucularına hastaların ödemek zorunda kaldığı yasal ilave ücret miktarları

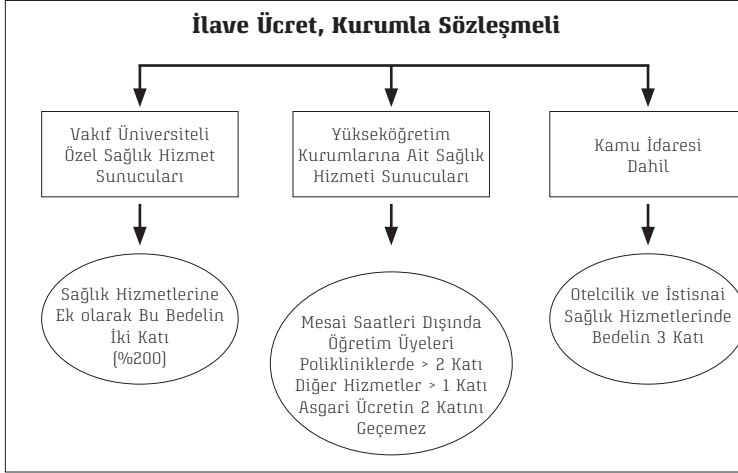
İŞLEMLER	Kişilerin ödediği ilave ücret
Mastektomi, basit	₺13.353,17
Pelvis/Asetabulum kırığı, kompleks	₺39.099,41
Lomber diskektomi, tek seviye	₺15.857,05
Kalıcı pil ve epikardiyal elektrot yerleştirilmesi, torakotomi ile	₺28.754,62
By-pass greft, kompozit (Graft+ven)	₺44.903,42
Kolesistektomi, laparoskopik	₺12.375,12
Tonsillektomi ve adenoidektomi	₺7.452,41
Greftli inguinal herni onarımı tek taraf	₺10.160,65
Appendektomi, laparoskopik	₺8.857,96
Hemoroidektomi	₺5.891,83
Prostatektomi, açık	₺13.845,71

Özel hastanelerde ameliyat ücreti olarak yasadışı biçimde serbest piyasa usullerine göre belirlenen yüksek bedellerin hasta ve yakınlarından istendiğine ilişkin şikayetlere çok sık olarak rastlanılmaktadır.

İlave ücret alınmayacak işlem listesinde (EK-2/G) yer alan işlemlerden de ilave ücret alınmaması gerekirken özellikle kanser cerrahisi ve kardiyovasküler cerrahi işlemlerde alt sınır 100 bin TL'den başlamak üzere üst sınırı 400-500 bin TL'ye kadar çıkan bedeller talep edil-

mektedir. Ayrıca yoğun bakım hastalarından da yoğun bakım sonrası hastaların servise alınması ile acil halin sona ermesi gerekçe gösterilerek ilave ücret alınmaktadır.

Özellikle kanser cerrahisi ve kardiovasküler cerrahi işlemler için özel sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat eden vatandaşlar, yasadışı olarak kendilerinden istenen bu ilave ücreti ödeyebilmek için elindeki avucundakini satmak, borç para bulabilmek veya kredi çekmek zorunda kalmaktadır.



Kamu sağlık kurumlarında ilave ücret alınabilir mi? İstisnai bir durum söz konusu mu? Kapsamı nedir?

Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları ise otelcilik hizmeti ile istisnai sağlık hizmetleri dışında, sağladıkları sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret talep edemez.

Ancak yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin, poliklinik muayenelerinde bir katını, diğer hizmetlerde yüzde ellisini geçmemek üzere, üniversite yönetim kurulu kararıyla öğretim üyelerinin unvanları itibarıyla belirlenen miktarda ilave ücret alınabilir. Ancak alınacak ilave ücret bir defada asgari ücretin iki katını geçemez. Bu oranları bir katına kadar artırmaya Cumhurbaşkanı yetkilidir.

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ilişkin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından ilave ücret alınmaz.

İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınca Kurumdan talep edilemez.

İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri nelerdir?

Aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınmaz.

a) Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-2/B listesinde yer alan 520.021 kod numaralı "Yeşil alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,

b) Yoğun bakım hizmetleri,

c) Yanık tedavisi hizmetleri,

- ç) Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- d) Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- e) Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,
- f) Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- g) Hemoğiyaliz tedavileri
- ğ) Kardiyovasküler cerrahi branşında yapılan cerrahi işlemler. (İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç)
- h) SUT eki EK-2/B ve EK-2/C listesindeki 618200-P618200 kodlu "Koklear implant yerleştirilmesi" işlemi koklear işitsel implant işlemlerinden
- ı) Pandemi süresince pandemi olgularının tanı ve tedavileri ile bu işlemlere ilişkin sunulan sağlık hizmetlerinden.
- i) SUT EK-2/C ilave ücret alınmayacak işlemler listesinde yer alan 421 tümör cerrahisi ve biyopsi işleminden ilave ücret alınmaz.

İstisnai durum

Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyesi tarafından verilen 18 yaşını doldurmamış çocuklar hariç olmak üzere; SUT eki EK-2/B ve EK-2/C listesindeki 618200-P618200 kodlu "Koklear implant yerleştirilmesi"

işlemi Koklear işitsel implant işlemleri için ilave ücret alınabilir. Ayrıca Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyesi tarafından verilen SUT'un 2.1.1 numaralı maddesi kapsamındaki sağlık hizmetleri ve (vakıf üniversiteleri hariç) kardiyovasküler cerrahi branşında yapılan cerrahi işlemler için de ilave ücret alınabilir.

Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları, sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sözleşme kapsamında verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür ve sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden Kanunda belirtilen ilave ücretler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemez. Götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilen hizmetler için Kuruma ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmez.

Aşağıda belirtilen kişilerden hiçbir ilave ücret alınmaz:

İstiklal madalyası verilmiş bulunanlara göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden, harp malullüğü aylığı alanlar, Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, vazife malûllerinden,

Kanser hastalarının tedavisinde ilave ücret alınması yasal mıdır?

Sağlık Uygulama Tebliği'nin 1.9.3 maddesinde ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri belirlenmiştir. Bu maddenin (ç) bendinde kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri) ilave ücret alın-

mayacak sağlık hizmetleri içerisinde yer almaktadır. Ayrıca 421 adet cerrahi işlemin (tümör cerrahisinin de) yer aldığı ilave ücret alınmayacak işlemler listesi SUT EK-2/G'de yer almaktadır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşları, kanser tedavisini parantez içindeki "radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri" olarak değerlendirmektedir. Bu işlemlere ilişkin sunulan diğer sağlık hizmetleri kanser tedavisi kapsamında değerlendirilmemekte ve bu durumu mevzuat boşluğu olarak görerek kanser hastalarının tedavi süreçlerini oluşturan muayene, tetkik ve işlemlerden ilave ücret alınmaktadır.

Ayrıca 2018 yılında yayımlanan SUT EK-2/G'de ilave ücret alınmayacak işlemler ile bu işlemlere ilişkin sunulan sağlık hizmetleri listesi 2020 yılında yapılan isim değişikliği ile bu işlemlere ilişkin sunulan sağlık hizmetleri cümlesi çıkarılmış "İlave ücret alınmayacak işlemler listesi EK-2/G" şeklinde değiştirilmiştir. Bu cümle değişikliği ile özel sağlık kurum ve kuruluşları kanser cerrahi işlemlerinde ilave ücret talep edilmemekte ancak bu işlemlere ilişkin sunulan diğer sağlık hizmetlerinden ilave ücret alınabilmektedir.

Kanser tedavisinde ilave ücret alınmaması için yapılması gereken;

İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri içerisinde yer alan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin 1.9.3 maddesi (ç) bendindeki kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri) cümlesinden sonra gelmek üzere "Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla, tanı konmuş onkoloji ve diğer branşlarda muayene, tetkik ve işlemlerden ilave ücret

alınmaz” cümlesi ile, SUT EK-2/G’de ilave ücret alınmayacak işlemler listesinde sonra gelmek üzere “bu işlemlere ilişkin sunulan sağlık hizmetleri ve işlemler” cümlesi eklenmelidir.

Bu şekilde yapılacak SUT değişikliği ile sorun çözümlenmiş olacaktır.

Sonuç olarak yapılacak SUT değişikliği ile mevzuat boşluğu olarak değerlendirilen bölüme bu iki cümlenin eklenmesi, ölümlerle yaşam arasında ince bir çizgide yaşama tutunmaya çalışan kanser hastaları ve hasta yakınlarının ilave ücret üzerinden mağdur edilmesini engellemiş olacaktır.

Özel sağlık kuruluşlarındaki acil servislerde neden ilave ücret alınmaktadır?

Sağlık Uygulama Tebliği’nin 1.9.3 maddesinin (a) bendinde Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-2/B listesinde yer alan 520.021 kod numaralı “Yeşil Alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınmaz.

Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. “Ambulansla getirilen hastalar, trafik kazaları, kalp krizi ve beyin kanaması şüphesi taşıyan hastalar gibi aciliyeti yüksek hastalar” bu alanlara alınacaktır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar. "Kırık vakaları, karın ağrısı çekenler gibi müdahalesi beklemeye müsait olan hastalar" bu alana alınacak.

Yeşil alan: Ayakta başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan, akut semptomları sebebiyle beklemesi hayatı tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturmayacak basit sağlık sorunları bulunan hastalar.

Örnek durumlar, genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti. Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı, aktif ya-kınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü.

Bu itibarla, "520.021 Kodu ile tanımlanan; Yeşil Alan muayenesi" ibaresinden;

- 1) Her ne boyutta olursa olsun travma vakaları,
- 2) Acil Servis başvuruları sonrası hastaneye yatırılı-yılan vakalar,
- 3) Tıbbi müdahale uygulanan vakalar,
- 4) Müşahede altına alınan vakalar,
- 5) Başka bir sağlık hizmet sunucusuna sevk edilen ya da başka bir sağlık hizmet sunucusundan sevkli gelen vakaların dışında kalan, sağlık hizmetlerinin an-laşılması gerekmektedir.

SUT hükümlerine göre Kurumla sözleşmeli vakıf ün-iversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca acil servislerinde kırmızı ve sarı alan muayenesine giren hastalardan ilave ücret alınmaz, yeşil alan muayenesi-

ne giren hastalarda ilave ücret alınabilir. Pratik yaşanmışlıklardan da bilinmektedir ki özel sağlık kuruluşlarının birçoğu acil servis uygulamalarında renk alan muayenesini dikkate almadan tüm hastalardan ilave ücret alabilmektedirler.

Sağlık Bakanının açıklamalarında belirttiğinin aksine halen özel hastanelerin acil servisine müracaat eden hastalardan yeşil alana girenlerden ilave ücret alınmaması için SUT ve eki listesinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Aksine acil servislerden kabul edilerek doğrudan uygulanan acil girişimsel işlemler ile 24 saat sonra hastaya/hasta yakınına "Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu" yazılı bilginin imza karşılığı verilmesi sonucu ilave ücret alınmasının yolu açılmıştır.

Sağlık Uygulama Tebliğinde; 1.9.3- İlave ücret alınacak sağlık hizmetleri bölümünde "Acil servislerde verilen ve SUT eki EK-2/B listesinde yer alan 520.021 kod numaralı "yeşil alan muayenesi" adı altında Kurum'a fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere," hükmü kaldırılmadığı sürece özel sağlık kuruluşları acil serviste yeşil alan muayenesine giren hastalardan yasal olarak %200 ilave ücret alabilirler.

Ancak Kurumla sözleşmeli birçok vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları triyaj uygulaması için kullanılan tüm renkleri "yeşil" olarak görerek acil servislerine müracaat eden hastalardan 5510 sayılı kanun ve SUT hükümlerine aykırı olarak ilave ücret alabilmektedirler.

Bu durumu suiistimal eden hastaneleri denetleme görevi Sosyal Güvenlik Kurumuna ve Sağlık Bakanlığına aittir.

ACIL HALİN SONA ERMESİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME FORMU

Acil hal nedeniyle başvurduğum’ da yapılan tedavi sonrası acil halimin sona erdiği ve bundan sonra sunulacak sağlık hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen usul ve esaslara göre ilave ücret ödemeyi ve ödemediğim ilave ücreti Sosyal Güvenlik Kurumundan talep etmeyeceğimi kabul ve taahhüt ediyorum.

Hasta ve/veya yakınının

Sağlık Hizmeti Sunucusu Yetkilisinin

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Tlf No :
Adresi :
Tarih :
İmza :

Adı Soyadı :
Görevi :
Tarih :
İmza :

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun özel sağlık kuruluşlarını denetim koşulları

Yeterli denetim, yaptırım ve caydırıcı ceza uygulaması olmadığı için mevzuata aykırı uygulamalar devam etmektedir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının genel sağlık sigortalı ve bakmakla yükümlü oldukları hastalardan kayıt dışı olarak her türlü tıbbi işlem için SUT bedellerinin %200 ve ötesinde ücret talep etmelerini, girişimsel cerrahi işlemlerde ‘masa altı-bıçak parası’ elden ödeme almalarını ve kanser tedavisi ile acil servis müracaatlarında acil hastalardan ilave ücret alınmasını engellemek için kamu otoritesi etkili ve yeterli denetim yapmamaktadır. Ayrıca cezai işlemler ve yaptırımlar da önceki yıllara göre yetersizdir ve caydırıcı değildir.

Yapılması gereken mevzuata aykırı davranan sağlık kurum ve kuruluşlarının denetlenmesi, gerekli yaptırımın uygulanması, cezai işlemlerin artırılması ve hastaları mağdur eden bu sağlık kurum ve kuruluşlarının kamuoyuna açıklanmasıdır.

İdarî yaptırımlar ve fesih (5510- madde. 103)

Kurumca yapılan inceleme neticesinde;

- a) Sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetini fatura ettiği,
- b) Faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri, gerçeğe aykırı olarak düzenlediği,
- c) 64'üncü madde gereğince kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerini, kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterdiği,
- d) Sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere, sağlık hizmeti sunarak Kuruma fatura ettiği,
- e) 73'üncü madde gereğince belirlenen tavanın üzerinde ilave ücret aldığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında, genel hükümlere göre takip yapılır. Bu fiiller nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutar 96'ncı maddeye göre geri alınır. Ayrıca bu fiilleri işleyen veya sağlık hizmeti satın alınmasına ilişkin sözleşmelerde belirtilen hükümlere aykırı davrandığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucularının Kurum ile yaptıkları sözleşmeleri feshedilebilir ve Kurumca belirlenecek süre içinde tekrar sözleşme yapılmaz.

71'inci maddede yer alan kimlik tespiti yükümlülüğünü yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından uğrılan zarar geri alınır.

Tablo 49. RTB Sağlık Alanında Yapılan Denetim

Yapılan İşlem	Sağlık Hizmet Sunucusunun Türü			
	Hastane	Tıp Merkezi	Eczane	Diğer Sağlık Tesisi
Denetlenen	62*	11*	1.882*	21*
Sağlık Hizmetlerinde Usulsüz Yararlanmaları Sebebiyle İncelenen Kişi Sayısı				2.655
Sağlık Hizmeti Alanında Tespit Edilen Kurum Zararı Toplamı (TL)				321.581.191,60
Sağlık Hizmet Sözleşmesi Gereği Önerilen Ceza Tutarı (TL)				1.284.543.352,52

2022 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu faaliyet raporu verilerine göre denetlenen sağlık hizmet sunucularından sadece 40 hastane, 5 tıp merkezi ve 30 eczane hakkında soruşturma açılmıştır.

Kanunun ilgili maddesinde idari yaptırımlar ve fesih şartları açıkça belirtilmesine rağmen kamu otoritesi yeterince denetim yapmamakta, mevzuata aykırı usulsüz uygulamalar yapan sağlık işletmelerine cezai işlemlerde fesih kararı yerine asgari ücretin 2 katı para cezası verilmektedir.

SGK 5510 sayılı Kanun ve Sözleşmelerle belirlenmiş denetim mekanizmasını artık(!) çalıştırmalıdır.

Sosyal Güvenlik Kurumunun denetim görevini layıkıyla yapması ve artık yasal üst sınır olan SUT bedellerinin iki katının (%200'ün) çok ötesinde ilave ücreti talep eden, yasa gereği ilave ücret alınmayacak işlemlerden özellikle kanser cerrahisi, kardiovasküler cerrahi işlemler ile yoğun bakım hizmetlerinden, kırmızı ve sarı alan acil sağlık hizmetlerinden ilave ücret talep eden vakıf üniversite hastaneleri ile özel hastanelerine dur demesi beklenmektedir.

SGK'nın SUT bedellerine %50'den fazla artış getiren son tebliğinden sonra zaten yapması gereken denetimleri sıkılaştırması ve SUT hükümlerine uymayan sağlık kurum ve kuruluşlarına cezaları arttırması, ihlal yapan özel hastaneler ile sözleşmesini iptal etmesi gerekmektedir.

Vatandaşların bu durum karşısında yasal olarak hakları ve yapması gerekenler nelerdir?

SGK İL MÜDÜRLÜĞÜNE ŞAHIS ÖDEMELERİ BÖLÜMÜNE İLETİLMEK ÜZERE

Konu: Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden özel hastane/sağlık kuruluşlarının

Genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden mevzuata aykırı uygulamalar yapan özel hastane/sağlık kuruluşları SUT bedellerinin %20 O'ün ötesinde ücret talep etmeleri, girişimsel cerrahi işlemlerde elden ödeme almaları, kanser tedavisi ve acil servis müracaatlarında acil hastalardan ilave ücret alınmasını vs. hakkında her il ve ilçede bulunan tüketici hakem heyetine, tüketici mahkemelerine ve SGK İl müdürlüğü şahıs ödemeleri bölümüne iletilmek üzere konuya ilişkin dilekçe vermek, alınan fatura veya kredi kartı ekstresini dilekçeye ilave etmek gerekmektedir.

FARK ÜCRETİ

İlaç-tıbbi medikal malzeme de fark ücreti ödenmekte midir?

SGK ile sözleşmeli eczaneler, en düşük eşdeğer ilacın fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşan fark ücretini kişilerden talep etmektedirler.

Eşdeğer ilaç fark ücreti; eşdeğer ilaç uygulaması, aynı endikasyon için kullanılabilecek aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırması esasına dayanır. Eşdeğer ilaçlarda Kurum'un ödeyeceği tutardan daha pahalı bir ilaç tercih edilirse farkı hasta ödemektedir.

En önemli sorunlardan biri ilaç fark ücreti!

Son yıllarda ilaçta katılım payından çok, artan ilaç fark ücretleri özellikle emeklileri ve asgari ücretle çalışanları çok fazla etkilemeye başlamıştır. Hastanın ilaca ödediği fark, hastadan hastaya ve alınan ilaca göre değişmektedir.

Emeklilerin en çok kullandıkları bazı ilaçlardan; kalp ve tansiyon ilaçlarından her bir kutu için 13 TL-61 TL. arası, solunum/astım ilaçlarından her bir kutu için 24 TL.-44 TL. arası, antibiyotik ilaçlardan her bir kutu için 8 TL.-28 TL. arası, ağrı kesici ilaçlardan her bir kutu için 8 TL.-19 TL. arası, psikiyatri (antidepresan) ilaçlardan her bir kutu için 23 TL.-73 TL. arası, karma ilaçlardan her bir kutu için 8 TL.-14 TL. arasında ilaç fark ücretini vatandaşlar ceplerinden ödemektedir. Bazı ilaçlarda ise bunun çok çok ötesinde 500-600 TL. fark çıkan spesifik ilaçlar da olabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ekonomik Değerlendirmeler ve İlaç Tedarik Yönetimi Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan Türkiye İlaç Pazarı Gözlem Raporunda;

İlaçların kutu başı ortalama fiyatlarının düzenli olarak artış gösterdiği ve elden (reçetesiz) satış oranının arttığı, 2020 yılında ülke genelinde toplamda satılan ilaçların %76,57'sinin SGK, %1,1'inin özel sigortalar tarafından karşılanmış olduğu, %22,32'sinin ise elden satış olarak gerçekleştiği belirtilmiştir.

Bu durum göstermektedir ki; vatandaşların sosyal güvencesi olsa dahi ilacın erişilebilir ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenebilir olması zorlaşmakta ve fiili olarak da reçetesiz ilaç satışı artmaktadır.

Elden ödeme, ilaç ve reçete katılım payı ile eşdeğer ilaç fark ücreti birlikte değerlendirildiğinde ilaç ödemelerinin önemli bir kısmının vatandaş tarafından karşılandığı görülmektedir.

Tıbbi medikal malzemede fark ücreti olmaması gerekirken özel sağlık kuruluşlarında bu bedel hastalardan alınabilmektedir.

Malzeme odaklı branşlar Kardiyoloji, Kardiovasküler Cerrahi, Ortopedi ve Beyin Cerrahidir. Kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahi malzemelerinin önemli bir kısmı (yaklaşık %75-90) yurtdışından gelmektedir.

Kalp pili tedarik eden 3 firma vardır. Kalp pilinin bedeli fonksiyonlarına ve çeşitlerine göre 10-35 bin TL olarak değişmektedir. SUT (SGK) bunun tamamını karşılamamakta, aradaki 10 ila 15 bin TL fark özelde vatandaşlardan alınmakta, kamuda ise döner sermayeden karşılanmaktadır. Döner sermaye de bu gideri azaltmak için günlük ayaktan işlemleri hastaneye yatış, tetkik veya yoğun bakım yatışı gösterme yoluna gitmektedir.

Türk lirasının ani ve fazla miktarda değer kaybı sonucunda finansal sıkıntıya giren ve ihalelerde bu malzemeyi temin edemeyen kamu sağlık kurumlarında bu işlemler için 'malzeme yok sevk edin' baskısı yönetim tarafından hekimlere uygulanmakta ya da hastaya 'git malzemeyi getir yapalım' önerisi getirilmekte veya ucuza alınarak kali-

te konusu tartışmalı olan malzemeler kullanılmak zorunda kalınmaktadır.

Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarında yatarak tedavilerde Kurumca bedeli karşılanmayan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılarak kullanıldığı durumlarda fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, sağlık kurumlarınca hastaya aldırılan bu tıbbi malzemenin Kurumca ödenmediğine ilişkin hastanın yazılı olarak bilgilendirilmesi halinde hastaya herhangi bir ödeme yapılmaz.

Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmasına son verilebilir

Ekonomik krizin yoğun yaşandığı bu günlerde; Sosyal Güvenlik Kurumu kıt kanaat yaşam sürmekte olan vatandaşlardan muayene, tıbbi malzeme ve reçete katılım payı alınmasına son vermelidir.

İşsizlik, pahalılık ve ekonomik belirsizliğin zirve yaptığı bugünlerde temel ihtiyaçlarını karşılayamayan ve hayatını sürdürmekte güçlük çeken milyonlarca vatandaş elektrik, su, doğalgaz faturalarını ödeyemez, ocağında aş kaynamaz durumdadır, gıda ihtiyaçlarını akşam pazarda çıkma gıdalarla veya tane ile satın alarak karşılamaya çalışmaktadır. Pek çoğu hâlihazırda borç yükü altında kalmakta, sağlık harcamaları cep yakmaktadır.

Yıllarca ülkeye hizmet eden ve sağlık primlerini düzenli olarak ödeyen, aldıkları maaşla zaten zor geçinen vatandaşlar bir de katılım payı, ilaç fark

ücreti ve randevu almak için yaptıkları telefon masrafları altında ezilmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık fonunda katılım payı alınmasına ihtiyaç duyulmayacak yeterlilikte kaynak mevcuttur.

Genel Sağlık Sigortası Fon Gelir Gider Dengesi				Milyar TL
	2017	2018	2019	2020
Toplam GSS Fon Gelir	99,959	117,300	134,999	164,900
Toplam GSS Fon Gider	78,670	94,704	116,328	132,450
GSS Fon Varlığı (Olması Gereken)	21,289	22,596	18,671	32,450
Kaynaklar: SGK faaliyet raporları bütçe gelirleri ve giderlerinin ekonomik sınıflandırılması SGK 2020 yılı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu				

2017-2018-2019 yılları SGK faaliyet raporları Ek 5 bütçe gelir ve Ek 2 bütçe giderlerinin ekonomik sınıflandırma tabloları ile SGK 2020 Sayıştay denetim raporundaki bulgular ışığında; Genel Sağlık Sigortası fon gelirleri, Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerini karşılamak için yeterli gelmekte ve artmaktadır.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun 37'nci maddesinde; "Sosyal sigorta fonu, genel sağlık sigortası fonu ile hiçbir şekilde birleştirilemez ve fonlar arasında kaynak aktarılamaz" hükmü mevcuttur. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 74'üncü maddesinde ise; "Genel Sağlık Sigortası prim gelirleri; yönetim giderleri, genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka bir amaçla kullanılamaz" hükümleri yer almaktadır.

Ayrıca 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 79'uncu maddesinde Kurumca tahsil edilen genel sağlık sigortası primleri, tahsil edilmesini müteakip doğrudan Kurum bütçesinin genel sağlık sigortası kalemine aktarılır hükmü yer almaktadır

Sosyal Güvenlik Kurumu 2013-2016-2020 yılı Sayıştay denetim raporlarında; Genel Sağlık Sigortası fon gelirleri, genel sağlık sigortalısı ve hak sahiplerine sağlanan sağlık hizmetleri dışında başka bir amaçla kullanılmaması gerekirken ayrıca sosyal sigorta fonu ile genel sağlık sigortası fonunun hiçbir şekilde birleştirilemeyeceği ve fonlar arasında kaynak aktarılamayacağı kanun hükmüne rağmen 5510 ve 5502 sayılı kanunlara aykırı olarak sosyal sigorta fonu giderleri/'açıklarını' kapatmak için kullanıldığı tespit edilmiştir.

Dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Vedat Bilgin kanunlara uyulmadığını itiraf etmiştir.

T.C. Sayıştay Başkanlığı

BULGU 8: Genel Sağlık Sigortası Fonunun Sosyal Sigorta Fonu ile Birleştirilmesi ve Fonlar Arası Aktarma Yapılması

Sosyal sigorta fonu ile genel sağlık sigortası fonunun ayrı ayrı yönetilmediği ve genel sağlık sigortası fonu gelirlerinin, sosyal sigorta fonu giderleri için kullanıldığı tespit edilmiştir.

Genel sağlık sigortası fonuna ilişkin gelir ve giderlere baktığımızda 2020 yılında toplam 164.900.297.046,02 TL tutarında gelir elde edilirken; toplam 132.450.245.639,16TL tutarında gider gerçekleşmiştir. 2020 yılı dikkate alındığında genel sağlık sigortası gelirleri, giderlerinden toplam 32.450.051.406,86 TL tutarında fazla gerçekleşmiştir. Söz konusu tutarın genel sağlık sigortası fonunda kalması gerekirken sosyal sigorta fonu giderleri için kullanıldığı görülmüştür.

Sosyal Güvenlik Kurumu 2020 Yılı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu

27

2022 yılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bütçe görüşmelerinde İstanbul Milletvekili Ali Şeker tarafından Bakan'a yöneltilen "Sayıştay denetiminde tespit edilen sağlık hizmeti için harcanması gereken 32,4 milyar TL'nin kanuna aykırı şekilde emeklilik fonuna aktarılmasının sebebi nedir? Niye bunu ilaç, tıbbi malzeme, kamu üniversitelerinin ödenemeyen borçları, sağlık harcamaları için kullanmadınız? sorusuna Bakan'ın yazılı olarak verdiği cevapta;

"Sosyal güvenlik sisteminde herhangi bir fon birimi bulunmamakta olup sistemin gelir-gider farkı yani açıkları Hazine yardımı ile karşılanmaktadır. Toplanan gelirler bir bütün olarak tüm giderlerin finansmanından kullanılmaktadır. Fon biriktirmek kamu finansmanı açısından etkin bir yöntem değildir. Finansal durum ve borçlanma maliyetleri dikkate alındığında, kamu finansmanının olumsuz etkilenmemesi adına mevcut uygulama doğrultusunda yapılmaktadır" açıklaması ile kanun hükümlerine (5502.Md.37-5510.Md.74) uyulmadığını itiraf etmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu 2021 Yılı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu tespitine göre;

2021 yılında, Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan sağlık kurum ve kuruluşları, ayakta ve yatarak tedavi gören genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu hastaların sağlık hizmet giderleri için 38 milyar 858 milyon TL hizmet üretmesine

karşın Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Bakanlığına 81 milyar 160 milyon TL avans ödemesi yapmıştır. Toplam tahakkuk tutarı götürü bedel sözleşme tutarından düşük olup aradaki fark 42 milyar 302 milyon TL'dir. Bu farkın terkin edilmemiş ve Kurum bütçesine aktarılmamış olmasının yanı sıra nereye harcandığı da bilinmemektedir.

Sağlık Bakanlığı, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu hastaların tedavisi için Sosyal Güvenlik Kurumundan fazladan almış olduğu 42,3 milyar TL'yi hastaların tedavisi dışında hangi amaçla kullanmıştır sorusu halen askıda durmaktadır.

Bu miktar 2021 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu gelir-gider farkı (açık) tutarından daha fazla.

2021 yılında SGK gelir-gider dengesi 21 milyar 613 milyon TL. açık vermiştir. SGK 2021 faaliyet raporunda bir önceki yıla göre gelir-gider farkı (açık) tutarının azalması; sigortalı sayılarında gözlenen artış, asgari ücretin öngörülen üzerinde artırılması, prim yapılandırma gelirlerinde meydana gelen artışlar, üniversite hastanelerine ödenen fazla ödemenin terkin edilmesi sonucu Hazinece aktarılan ilgili tutarları SGK gelirlerini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Söz konusu etkenlerden dolayı 2021 yılı gelir gider dengesinde iyileşme meydana gelmiştir. Sağlık Bakanlığı'na fazladan ödenen 42,3 milyar TL avans terkin edilip Kuruma aktarılsa idi 2021 yılında Sosyal Güvenlik Kurumunun gelir gider farkı "açık" vermemiş olacaktı.

SGK sağlık harcamaları

2021 yılında 177 milyar 241 milyon TL olan sağlık harcamaları 2022 yıl sonunda %60 oranında artış göstererek 283 milyar 224 milyon TL seviyesinde gerçekleşmiş olup bu tutarın %66'sını tedavi harcamaları oluşturmaktadır. İlaç, reçete hizmet bedeli ve diğer harcamalar ise toplam tutarın %34'lük kısmına karşılık gelmektedir. Kurumun 2022 yılına ait sağlık harcamalarına ilişkin sayısal veriler Tablo 38'de gösterilmektedir.

Tablo 38. Sağlık Harcamaları

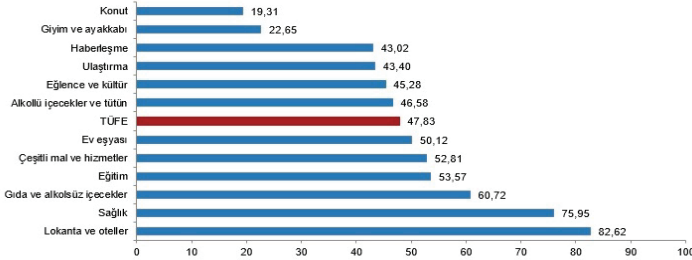
Sağlık Harcama Kalemleri	Harcama Tutarı (Milyon TL)
Tedavi	187.174
Devlet Hastanesi	128.000
Üniversite Hastanesi	38.588
Özel Hastane	20.586
İlaç	91.714
Reçete Hizmet Bedeli	684
Diğer	3.653
Diğer (Tıbbi Malzeme, Diş, Optik vb.)	3.532
Yolluk Giderleri	121
Toplam	283.224

HANE HALKININ CEPTEN YAPMIŞ OLDUĞU SAĞLIK HARCAMALARINDAKİ ARTIŞIN NEDENLERİ

Muayene, tetkik, tedavi ve ilaç harcamaları hanelere çok yük getirdi. Vatandaş hem canının hem de cebinin derdinde!

03 Ağustos 2023 tarihinde TÜİK tarafından yayımlanan Temmuz 2023 Tüketici Fiyat Endeksinde ana harcama grupları itibarıyla 2023 yılı Temmuz ayında bir önceki yılın aynı ayına göre artışın en yüksek olduğu ana grup %82,62 ile lokanta ve oteller ile %75,92 ile sağlık oldu.

TÜFE ana harcama gruplarına göre yıllık değişim oranları (%), Temmuz 2023



- Vatandaşların birçok branşta ve yan dallarda Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden randevu alamadığı için kamu sağlık hizmetine ulaşmakta güçlük çekmeleri,
- Kamu sağlık kurumlarından muayene, tetkik, girişimsel işlem ve ameliyatlar için randevu almakta güçlük çeken hastalardan parası olanlar veya borç para bulabilenlerin özel sağlık kuruluşlarına yönelmek zorunda kalmaları,
- Özel sağlık kuruluşlarının artan taleple birlikte, yeterli denetlenme ve caydırıcı ceza da olmadığından her türlü tıbbi işlem için yasal olan SUT bedelinin %200'ü olan ilave ücretin çok ötesinde rakamları talep etmeleri,
- İlaç fiyatlarındaki artışlar, vatandaşların ödediği ilaç fark ücretlerinin giderek artması, özellikle kronik hastaların bulunamayan ilaçlarını yurtdışından temin etmeye çalışması,
- Ağız ve diş sağlığı sorunu olan vatandaşların zorunlu olarak özel diş hekimliği merkezlerine yönelmesi sayılabilir.

Kamu sağlık kurumlarında hizmete erişimde yaşanan sorunlar

Kamu üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene randevu hizmeti sunan Merkezî Hekim Randevu Sisteminden uzun zamandan beri bazı branşlarda muayene ve ameliyat randevusu alınamamakta veya çok ileri tarihlere gün verilmektedir.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden randevu alabilme sıkıntısı hangi boyuttadır?

Kamu üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene randevu hizmeti sunan Merkezî Hekim Randevu Sisteminde diş, cildiye, göz, psikiyatri, çocuk, kardiyoloji, KBB ve yan dallardan (Algoloji, endokrin, immünoloji, nefroloji, romatoloji, gastroenteroloji, tıbbi onkoloji vs.) randevu alınamama sorunu devam etmektedir.

Meclisteki tüm partilerin üzerinde ortaklaştıkları nadir sorun, hastaların muayene ve ameliyat için randevu alamamaları sorunudur.

TBMM Plan Bütçe Komisyonu Sağlık Bakanlığı Bütçe görüşmelerinde Komisyon üyesi milletvekillerinin en çok şikayet ettiği sorun; "Her sabah makamımıza gelmeye başlayan telefonların çoğu ya alınamayan randevular ya da bulunamayan hasta yataklarıyla alakalıdır". Vatandaşlar aylar sonra verilen görüntüleme randevularını, haftalar sonraya verilen ameliyat tarihlerini beş on gün önceye alabilmek için milletvekili aramak zorunda kalmaktadırlar. Bu sağlık sistemi milletvekillerini ve personelini MHRS yani Merkezi Hekim Randevu Sistemi memuru hâline getirdiğini ifade etmektedirler.

Bu sorunların nedenleri olarak;

- Sağlıkta dönüşüm programının sonucu olarak sağlık hizmetinin tüketim nesnesine dönüşmesi ve kısıktılmış sağlık hizmeti talebinin anormal artışı,
- Covid pandemisi ile zorunlu/plansız olarak ertelenmiş diğer sağlık hizmeti taleplerinin karşılanması,

(Pandeminin birinci yılında kamu hastanelerinin neredeyse tamamı pandemi hastanesi ilan edildi ve zorunlu olmayan (elektif) vakalar ertelendi. Ancak özellikle riskli gruplara yönelik sağlık hizmetlerine erişimde bir planlama yapılmadı. Bu durumda yaşlı hastalar, gebeler, hematoloji-onkoloji hastaları, kronik hastalığı (kalp, şeker, hipertansiyon, böbrek, KOAH vb.) olanlar ve ameliyat olması gerekenler özel sağlık kuruluşlarına yönelmek durumunda kaldı. Ayrıca pandemiyle birlikte dış hekimleri filyasyon ekiplerinde görevlendirildi. Bu uygulama kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin aksaması sonucunu doğurdu ve ağız ve diş sağlığı sorunu olan vatandaşlar zorunlu olarak özel diş hekimliği merkezlerine yöneldi.),

- Hekim emeğinin değersizleştirilmesi, kötü çalışma koşulları, sağlıkta şiddetin artması, muayene sürelerinin 5 dakikaya indirilmesi vs. sonucu istifa veya emeklilik yoluyla kamu hastanelerinden ayrılan hekim sayısının son iki yılda 10 binlere yaklaşması, istifa edenlerin birçoğunun Almanya başta olmak üzere Avrupa ülkelerine gitmesi,
- İstifa eden veya emekli olan birçok hekimin özel sağlık kuruluşlarına geçmesi sayılabilir.

Sonuç

Sağlıkta Dönüşüm'ün 20.yılında bu programın finansman ayağı olan Genel Sağlık Sigortası ile birlikte bütün yurttaşlar ve kamu/özel tüm sağlık kuruluşları etki alanına alınmıştır. SGK, SUT aracılığıyla "nasıl hekimlik yapılacağı" ve "nasıl sağlık hizmeti sunulacağına" ilişkin yönlendirmeleri de içeren uygulamalar ile bü-tünüyle "sağlık piyasası"na müdahale etmeyi amaçlar hale gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin -SGK tarafından ödenen- bedeli, piyasa koşullarındaki maliyet hesapları vb. dikkate alınmadan Kurum bünyesinde oluşturulan Fiyatlandırma Komisyonu tarafından saptanmaktadır. Hekim ve sağlık çalışanı emeğinin karşılığını ve hizmet standartlarını gözetmeden belirlenen bu listede esas belirleyici husus SGK'nın bütçe dengesidir. Bu dayatma vatandaştan toplanan GSS primlerinden ve katılım paylarından oluşan havuza devletin yapacağı genel bütçe katkısını en aza indirmek için yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan hastaneler ile kamu üniversite hastaneleri esas olarak gelirlerini döner sermaye işletmesi aracılığıyla SGK'ya sattıkları sağlık hizmetlerinin finansmanından elde etmektedirler.

20. yılın sonunda özel sağlık kuruluşları bir yandan SGK tarafından SUT bedelleri üzerinden sübvansede edilmiş, diğer yandan kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği gerekçesiyle buralara gitmek durumunda olan yurttaşlardan alınan ölçüsüz ilave ücretler ile gelirleri artmış ve buna bağlı olarak da sayıları giderek çoğalmıştır.

Kamuda ve özel sağlık kuruluşlarında hekimler görevlerini performans, ciro ve SUT baskısı altında kalmadan ve gelecek kaygısı olmadan yapmak istemektedirler. Tıbbi hizmetleri değersizleştiren, hastaları "puan ve ilave ücret"e dönüştüren ücretlendirme modeli yerine iş ve ücret güvencesi olan, insanca yaşamaya ve mesleki gelişimi sürdürmeye yetecek, emekliliğe yansıtacak ücretlendirme sistemine geçilmelidir.

Ülkemizde 20 yıl önce başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programının bir bütün olarak yarattığı bu tabloda

kamu sağlık kurumları finansal olarak piyasanın in-safına terk edilmiş ve güçsüzleştirilmiş, vatandaşların büyük çoğunluğu da kamu sağlık hizmetlerine erişmekte zorlanmış, parası olanlar veya borç para bulabilenler özel sağlık kuruluşlarına yönelmiştir. Hem yurttaşların hem de sağlık çalışanlarının mutsuz olduğu, sağlık hizmetlerinin giderek çökertildiği görülmektedir.

Böylesi bir ortamda öne çıkarılması gereken; Sağlıkta Dönüşüm Programının bütünüyle terk edilmesi, katılım payı, fark ücreti ve ilave ücret baskısı olmadan eşit ve nitelikli bir sağlık hizmetinin tüm yurttaşlara; *“iş ve ücret güvencesi olan, insanca yaşamaya ve mesleki gelişimini sürdürmeye yetecek, emekliliğe yansıtacak ücretler alan sağlık çalışanları”* tarafından verilmesini talep etmektir.

Kaynaklar

- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5510.pdf>
- Md-60-Genel sağlık sigortalısı sayılanlar
- Md-62-Sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan yararlanma
- Md-63-Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi
- Md-64-Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri
- Md-67-Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları
- Md-68-Katılım payı alınması
- Md-69-Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler
- Md-71-Kimlik tespiti ve acil haller
- Md-72-Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi
- Md-73-Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi
- Md-74-Genel sağlık sigortası gelirlerinin kullanım amacı, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları için yapılan sağlık harcamaları
- Md-81-Prim oranları ve Devlet katkısı
- Md-103-İdari yaptırımlar ve fesih
- SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ
- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17229&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
- SUT-1.7- Provizyon işlemleri

- SUT-1.8- Katılım payı
- SUT-1.8.5-Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler
- SUT-1.9- İlave ücret
- SUT-1.9.3-İlave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri
- SUT-2.2- Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları
- SUT-2.3- Acil sağlık hizmetleri
- Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi
- <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-96774/kamu-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi-26072023.html>
- SGK 2022 Yılı Faaliyet Raporu
- [file:///C:/Users/HP/Downloads/63c0742f-0cf1-4a14-a630-4d730c19c97d%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/63c0742f-0cf1-4a14-a630-4d730c19c97d%20(8).pdf)
- SGK Sağlık harcamaları-S.76
- Sağlık alanında yapılan denetim-S.82
- SGK Aylık İstatistik Bültenleri Sağlık İstatistikleri
- <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Aylık/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/>
- SGK 2020 Yılı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu- Bulgu-8
- <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/xkQdIGMQLA-sosyal-guvenlik-kurumu>
- TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri-2021
- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2021-45728>
- Sağlık Bakanlığı 2022 Bütçe Görüşmeleri TBMM Tutanakları

Ülkemizde 20 yıl önce başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık ortamının gelmiş olduğu son durumu özellikle son zamanlarda vatandaşların yaşamsal önemdeki bazı ilaçlara ulaşamaması, birçok kamu hastanesinde tıbbi malzeme eksikliği nedeniyle ameliyatların yapılamaması, hastaların birçok branşta ve yan dallarda Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden randevu alamaması yani vatandaşların kamu sağlık hizmetine ulaşmasında yaşadığı sıkıntılar yansıtmaktadır. Parası olanların veya borç para bulabilenlerin muayene ve ameliyat olabilmek için özel sağlık kuruluşlarına yöneldiği, bu arada da özel sağlık sektörünün giderek başat hale geldiği de görülmektedir. Böylesi bir ortamda öne çıkarılması gereken; bir an önce Sağlıkta Dönüşüm Programının bütünüyle terk edilmesi, katılım payı, fark ücreti ve ilave ücret baskısı olmadan eşit ve nitelikli bir sağlık hizmetinin tüm yurttaşlara, iş ve ücret güvencesi olan, insanca yaşamaya ve mesleki gelişimini sürdürmeye yetecek, emekliliğe yansiyacak ücretler alan sağlık çalışanları tarafından verilmesini talep etmektir.