

Güncel Yasal Düzenlemelerin Finansal Boyutunun Türk Sağlık Sistemine Olası Etkileri

Türk sağlık sistemiyle ilgili son dönemde gerçekleştirilen bir dizi yasal düzenleme, sağlık hizmetlerinin finansmanı üzerinde önemli etkiler yaratabilecek değişiklikler içermektedir. Bu değişiklikler genel olarak değerlendirildiğinde Aile hekimlerine yapılan ödemeler, Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) ilişkin birtakım düzenlemeleri içermektedir. Bu düzenlemelerin haricinde 2017 yılından günümüze çıkarılan GSS borçlarına ilişkin afların da finansal yansımaları önemli etkilere sahiptir. Bu yansımalar aşağıdaki gibi değerlendirilebilir;

- **Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (30 Ekim 2024):** Bu yönetmelikte hekimler ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik bazı finansal teşviklerle hastanelere sevk düzenlemesi ve birinci basamağın daha etkin kullanımı açısından bir girişimde bulunulmuştur. Bu teşviklere ilişkin Sağlık bakanımız değer bazlı ödeme modeline de atıfta bulunmuştur. Çeşitli gelişmiş ülke sağlık sistemlerinde bu tarz uygulamalar bulunmaktadır. Örneğin **Japonya Sağlık Sisteminde** serbest erişim ilkesine dayalı bir uygulama söz konusudur; hastalar ikinci veya üçüncü basamağa doğrudan başvurabilmekte ancak bu durumda ek bir ücret ödemektedirler (**45 dolar**). Bu yaklaşımda, zorlayıcı bir kural yerine **teşvik mekanizmaları** kullanılarak, hastaların ve hizmet sunucularının üst basamağa yönlendirilmesi sağlanmaktadır. Literatürde “**gatekeeper**” olarak tanımlanan birinci basamağın rolü, gönüllü olarak gerçekleştirilen bu yönlendirme sürecinde önemli bir yer tutmaktadır.
- **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun-15 Ocak 2025:** Bu kanun değişikliğinde, sağlık hizmeti için alınan **katılım payı** ücretlerinde artış ve farklı basamaklarda sevk durumuna göre katılım payını artırma/azaltma yetkisi gibi maddeler yer almıştır. Özellikle **kanunun 9. maddesi**, finansal düzenlemeler açısından kritiktir. Kanunda, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerde, aile hekiminden sevkli hastalar açısından katılım payının on katına kadar **artırılmasına ya da sevkli hastalarda yarısına kadar azaltılmasına** yönelik SGK'ya yetki verilmiştir. Ayaktan hekim ve dış hekimi muayenelerinde uygulanan katılım payı ise, **2 TL'den 20 TL'ye** yükseltilmiştir. Günümüz finansal koşullarında 20 TL, bireysel bazda sınırlı bir mali yük olarak değerlendirilebilse de “**10 kat artış**” ifadesiyle bazı medya organlarında yansıtılması kamuoyunda hassasiyet yaratabilecek bir algıya neden olabilmektedir.

- **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ- 25 Ocak 2025:** Bu tebliğ, 15 Ocak 2025 çıkarılan ilgili kanunun 9. maddesine ilişkin düzenlemeler detaylandırılmıştır. Tebliğde, **birinci basamak** sağlık hizmeti sunucularında **katılım payı alınmayacağı** vurgulanmıştır. İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında muayene katılım payı **50 TL**, geriye kalan çeşitli mülkiyetteki eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, devlet ya da vakıf statüsünde olan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında katılım payı **45 TL** olarak belirlenmiştir. Nitekim **23 Şubat 2025** tarihinde çıkarılan bir değişiklikle (**Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ**) katılım payı ücretlerinde bir değişikliğe gitmiştir. Önceki tebliğde **45 TL**'lik muayene katılım payı belirlenen sağlık hizmet sunucularında ücret **20 TL**'ye düşürülmüştür. Ayrıca bu düzenlemede, Sağlık Bakanlığı ile sözleşmeli aile hekimlerinin sevki ile üst basamak sağlık kuruluşlarına giden hastalardan alınacak katılım payının **%50** oranında azaltılacağı belirtilmiştir.

Türkiye sağlık sisteminin mevcut göstergeleri üzerinden değerlendirme yapıldığında, sağlık sisteminin temel yapı taşları olan kapsam, hizmet kullanımı, sağlık harcamaları gibi alanlarda değerlendirmeler yapılmıştır;

- Türkiye'de 2012 yılında yürürlüğe giren **5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu** çerçevesinde, ikamet eden tüm Türk vatandaşlarının sigortalanması zorunluluğu getirilmiş; bu kapsamda uzun vadeli sigortalı gruplar 2023 yılı itibariyle toplamda **75 milyon 878 bin** kişiye ulaşmıştır. Ayrıca GSS kapsamında primini kendisi ödeyen ve primi devlet tarafından ödenen grupta dahil edilince Türkiye'de 2023 yılına ait göstergelere göre **84.809.62** kişi GSS hak sahibi bulunmaktadır. Kapsayıcılık açısından nüfusun yaklaşık **%99,3**'ü GSS çatısı altındadır ki bu kapsamın genişliğinin oldukça yüksek olduğuna işaret etmektedir.
- İşi nedeniyle sigortalı olan yaklaşık 75 milyon sigortalının yanı sıra, GSS primini kendisi ödeyen grubun da (**yaklaşık 8 milyon 931 bin kişi**) sağlık hizmetlerine erişiminin güvence altına alındığı vurgulanmıştır. Bu grubun **%70'inin** primini devlet ödemektedir. Bu kişiler gelir testini geçenler (yoksul olarak kabul edilebilecek grup) ya da devletin korumaya aldığı gruplardan birisine mensuptur. Geriye kalan **%30'luk** kesim de bir uzun vadeli sigorta kapsamında bulunmayan gelir testini geçemeyen maddi durumu primini kendisi ödemeye yeterli görülen gruptur.

- Denetim mekanizmalarının etkin olduğu 4A (bir işverene bağlı sigortalı çalışan) ve 4C (memur) gruplarında primlerin düzenli takibi sağlanırken, 4B (bağımsız çalışan) grubunda prim borçlanması riski daha yüksek gözlemlenmektedir. Bir mevzuat değişikliği olmasa da **2017 yılından bu yana** Cumhurbaşkanlığı kararnameleriyle GSS prim borçlarına çeşitli aflar getirilmiştir. Bu aflar, GSS kapsamındaki vatandaşların birikmiş prim borçlarını silerek yeniden sağlık hizmeti alabilmelerine imkân tanımaktadır. Ancak, bu uygulamaların sağlık finansmanı üzerindeki etkileri tartişma konusudur.
- Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin veriler, kişi başına hekime başvuru sayısının 2023 yılında 11.4’e ulaşmasıyla öne çıkmaktadır. Özel ve üniversite hastanelerindeki oranlar genel olarak sabit seyretse de (%8-9), Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ve birinci basamak hizmetlerde kayda değer bir artış gözlemlenmektedir. Özellikle, birinci basamakta 2014’te 2.8 olan başvuru sayısının 2023’te 4.9’a yükseldiği gözlemlenmektedir.
- **Sağlık harcamalarına bakıldığında ise**, cari sağlık harcamalarının **1 trilyon 134 milyar liraya** ulaştığı görölmektedir. Ayrıca, 2014 yılından günümüze bu harcamalar enflasyona göre ayarlandığında artışın kendi trendi içerisinde uyumludur. Sadece pandemi dönemini içerisine alan yıllarda sağlık harcamalarının trendinin altında seyrettiği ancak 2023 yılında ilk defa trendin üzerine çıktığına dikkat çekilmiştir. Yüksek harcama grubuna ait yaşlı nüfusun pandemi sürecinde kaybedilmesi ve pandeminin ertelenebilir sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyerek ilgili dönemdeki harcamalarda düşüşe yol açmış olabileceği değerlendirilmiştir. 2023 yılında trendin üzerine çıkan harcamanın da pandemi döneminde gerçekleştirilen harcamaların borçlanma şeklinde ödenmeye başlanması, şehir hastanelerinin açılması ve bütçe kalemlerindeki değeriklikler nedeniyle olabileceği değerlendirilmiştir.

Yukarıda ifade edilen düzenlemelerle getirilen yenilikler, sağlık sistemi finansman dengesini etkileyecek niteliktedir. Aşağıda, bu düzenlemelerin muhtemel finansal sonuçları ve politika etkileri dört senaryo çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Senaryo 1: Prim Affının Uygulanmadığı Senaryo

60 günden fazla SGK prim borcu olan Bağ-kurluların (4-b) sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkının sınırlandırılması ile ilgili Cumhurbaşkanlığına ait af olmasaydı: Bağ-Kur borçlu sayısına ait kamuoyu ile paylaşılmış bir veri bulunmadığı için mevcut açıklamalar ve veriler üzerinden bir modelleme yapılmıştır. Önceki yıllarda değerışmeyen bir oranla aktif prim

ödeyenler (%25) iken bu kişilere bağlı hizmetten faydalanan bağımlı oranı (%75) tir. Modelde 1 milyon aktif kişinin prim borcu olduğu ve buna bağlı 3 milyon kişinin daha sağlık hizmetlerinden yararlandığı öngörülmektedir. Böylece, toplamda 4 milyon kişiye sağlık harcaması yapılırken, bu primlerin ya zamanında toplanmadığı ya da affedildiği öngörülmüştür. Bu bağlamda oluşturulan senaryoda, SGK'nın elde edebileceği ilave gelirler **2023 yılı verileri** temel alınarak hesaplanmıştır ve bu 4 milyon kişinin yaptığı harcama yaklaşık **14.582 TL** (kişi başı sağlık harcaması) ile çarpıldığında SGK'ya potansiyel getirisinin yaklaşık **58,33 milyar TL** olabileceği öngörülmüştür. Bu rakam, prim affi nedeniyle vazgeçilen önemli bir finansman kaynağına işaret edebileceği tartışılmıştır. Ancak, bu teorik gelir tahmininin tam olarak gerçekleşmesi beklenmemektedir. Çünkü prim affi kapsamındaki grubun önemli bir bölümü, sağlık hizmetine erişemediğinde zarar görebilirliği yüksek olan gruplardan oluşmaktadır. Ancak bu grupta yer alan 18 yaş altı çocuklar ve 65 yaş üzeri bireyler, prim borcu bulunsa dahi devlet tarafından genel sağlık sigortası kapsamına alınarak korunmaktadır. Dolayısıyla, prim affinin kaldırılması SGK için ek bir finansal kaynak yaratabilir ve şu aşamada zarar görebilir grupları çok etkilemeyebilir. Ancak böyle bir karar uygulamaya konulmadan önce sağlık hizmetine erişimin devamlılığı açısından bu kesimin hizmete erişiminin sınırlanmaması dikkatle değerlendirilmesi gereken bir konudur.

Senaryo 2: Doğrudan Hastane Başvurularında Katılım Payı Gelirleri

İkinci senaryoda, hastaların aile hekimine uğramadan **doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurması** durumunda SGK'nın elde edeceği **katılım payı** gelirleri değerlendirilmiştir. Halihazırda, hastalar aile hekimleri aracılığıyla yalnızca Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastanelere sevk edilebilmektedir; üniversite ve özel hastanelere sevk sistemi bulunmamaktadır. Ancak, doğrudan başvuru hakkı nedeniyle hastalar bu sağlık kurumlarına yönelebilmektedir.

Bu kapsamda, **2023 yılı** verileri esas alınarak bir analiz yapılmış ve Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel hastanelere yönelik başvurular üzerinden bir gelir tahmini oluşturulmuştur. Senaryo gereği, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların **%80**'inin doğrudan gerçekleştiği varsayılmıştır. Bu doğrultuda:

- Sağlık Bakanlığı hastanelerine doğrudan başvuruların **%80** oranında olması durumunda yaklaşık **6 milyar 793 milyon TL** gelir sağlanacağı öngörülmüştür.
- Üniversite hastanelerine doğrudan başvurular için **20 TL** katkı payı esas alınarak yapılan hesaplamada, yaklaşık **910 milyon TL** gelir elde edilebileceği hesaplanmıştır.

- Özel hastanelere doğrudan başvurular için yapılan hesaplamada ise **yaklaşık 3 milyar 372 milyon TL** gelir öngörülmüştür.

Bu üç gelir kalemi toplandığında, SGK için toplamda yaklaşık **11 milyar 75 milyon TL**'lik bir potansiyel gelir ortaya çıkmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, mevcut sistemde Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan başvuruların ikinci ve üçüncü basamak ayrımının resmi verilere yansıtılmamasıdır. Gelecekte, bu konuda bir politika değişikliği yapılması planlanıyorsa, verilerin ayrıştırılması ve güncellenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, üniversite ve özel hastanelere sevk sisteminin olmaması nedeniyle doğrudan başvuruların oranının yüksek olduğu, ancak gelecekte bu durumun değişebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Senaryo 3: Sevкли Başvurularda Katılım Payının Azalmasının Etkisi

Üçüncü senaryoda, birinci basamaktan sevk edilerek hastaneye başvuran hastalar ele alınmıştır. Mevcut düzenlemeye göre, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere aile hekimlerinden sevk ile gelen hastalardan alınan katılım payı **%50** oranında azaltılarak **20 TL** yerine **10 TL** olarak uygulanmaktadır. Üniversite ve özel hastanelere sevk sistemi bulunmadığından, bu uygulamanın şu aşamada yalnızca Sağlık Bakanlığı hastaneleri için geçerli olduğunun üzerinde durulmuştur. Ancak İngiltere örneği verilerek (hastalara 2 kamu 1 özel hastane seçeneği sunulması) gelecekte bu gibi uygulamalara geçiş olabileceğine işaret edilmiştir.

Uygulanan senaryoda, hastaların **%20**'sinin aile hekimlerinden sevk edilerek hastanelere yönlendirildiği varsayılmıştır. Bu durumda, SGK'nın sevкли hastalardan elde edeceği gelir yaklaşık **849 milyon TL** olarak hesaplanmıştır.

Senaryo 4: Birinci Basamağın Daha Etkin Kullanımının Sağlanması (Üst Basamak Hizmet Kullanımının Azalması)

Dördüncü senaryoda, birinci basamaktan sevk sisteminin üst basamak sağlık hizmeti kullanımına etkisi ele alınmıştır. Literatürde yapılan sistematik değerlendirmeler, kullanıcı ücretlerinin getirildiği dönemlerde hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinde **%10** ile **%30** arasında bir azalma yaşandığını göstermektedir. Ülkenin sağlık sistemine bağlı olarak değişmekle birlikte, bu oranlar temel alınarak bir analiz yapılmıştır.

Mevcut durumda, Türkiye'nin nüfusu 84 milyondur ve birinci basamak sağlık hizmetleri, sigortası olup olmadığına bakılmaksızın tüm bireylere ücretsiz olarak sunulmaktadır. Sağlık harcamaları incelendiğinde, **2024 yılında birinci basamak hariç kişi başına düşen sağlık**

harcaması 12.297 TL olarak hesaplanmış olup, toplam sağlık harcaması **1 trilyon 134 milyar TL'dir**.

Bu veriler ışığında, üst basamak sağlık hizmetlerinde yaşanabilecek bir azalmayla ilgili iki farklı senaryo ele alınmıştır:

- **Kötümser senaryoya göre**, sağlık hizmeti kullanımında **%10'luk** bir azalma olursa, toplam sağlık harcaması **1 trilyon 10 milyar TL**'ye düşecek ve yaklaşık **124 milyar TL'lik** bir tasarruf sağlanabilecektir.
- **İyimser senaryoya göre**, sağlık hizmeti kullanımında **%30'luk** bir azalma olursa, toplam sağlık harcaması **801 milyar TL**'ye gerileyecek ve yaklaşık **333 milyar TL**'lik bir tasarruf elde edilecektir.

Ancak, bu tasarrufun devlet bütçesine doğrudan bir kazanç olarak yansımayacağı gerçeği göz önünde bulundurulmalıdır. Kamu hastanelerine ayrılan bütçe, hastanelerin sürdürülebilirliğini sağlamak için belirli bir seviyede tutulmaktadır. Dolayısıyla, hastanelere yapılan harcamalar azalsa bile, devlet bu bütçeyi farklı yollarla yeniden sisteme dahil edecektir. Örneğin, birim fiyatların artırılması, dolaylı yatırımların artırılması veya sağlık hizmetlerine yönelik yeni harcama kalemlerinin devreye alınması gibi yöntemlerle bütçe dengesi sağlanacaktır.

Bu nedenle, bu senaryoyu sadece mali tasarruf açısından değil, sağlık kaynaklarının daha verimli ve sürdürülebilir bir şekilde kullanılması açısından değerlendirmek gerekmektedir. Yani, asıl kazanım finansal bir birikim sağlamak değil, kaynakların daha etkin yönetilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha iyi planlanması olacaktır.

Sonuç ve Politika Önerileri

Yapılan değerlendirmeler, **güncel yasal düzenlemelerin ve politik müdahalelerin sağlık sistemi finansmanı üzerinde önemli ve çok yönlü etkileri** olduğunu göstermektedir. Bu etkileri yönetmek ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak için aşağıdaki çıkarımlar ve öneriler vurgulanmaktadır:

- GSS prim borcu **aflarının sık aralıklarla tekrarlanması**, vatandaşlara yeniden sosyal güvenlik imkânı sağlarken, uygulamanın süreklilik arz etmesi durumunda prim borçlarının zamanla toplanmasına ve son getirinin değerlendirilmesinde olumsuz etkiler yaratabilir. Bu durum, zamanında ödeme yapan bireylerin sisteme olan güvenini sarsarak prim ödeme istekliliğinde azalmaya yol açabilir. Ayrıca, öngörülebilir ve sürdürülebilir politikaların geliştirilmesinde engeller oluşturacak siyasi nedenlerle

yapılan sık politik değişiklikler, özellikle katılım ücretlerinin düşürülmesi gibi uygulamalar, orta ve uzun vadede sistemin uygulanabilirliği ve istikrarını tehdit edebilecek niteliktedir.

- SGK'nın 2025 yılı bütçesinin 760 milyar 999 milyon 628 bin lira olduğu düşünöldüğünde bütün senaryolardan elde edilebilecek yaklaşık 299 milyarlık bir gelir hiç de azımsanmayacak bir miktardır. Bu doğrultuda bu senaryolara ilişkin değerlendirmelerin önem arz ettiği ifade edilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı'nın ilk tebliğinde, ikinci ve üçüncü basamaklar arasında katılım farkı mevcuttu. Ancak sağlık istatistik yıllıklarında Sağlık bakanlığına ait hastanelerin hizmet kullanım verilerinde bu basamak farklılıkları mevcut değildir. İstatistiklerin bu farklılık göz önünde bulundurularak oluşturulması gerektiği vurgulanmıştır.
- Sevk sisteminin etkin uygulanması, aile hekimleri ile hasta arasındaki güven ve iletişimi güçlendirerek, hastaların aile hekimlerine bağlı kalmasını sağlayabilir. Eğer uygulamada, hasta önce aile hekimine başvurup, hekimin sağlık bakanlığının hastanesinden randevu alarak üst basamağa sevk eder ve sonrasında tekrar aile hekimine geri dönerse bu, hekimin hastanın savunuculuğunu üstlenmesine olanak tanıyabilir. Bu süreç, sadece hasta memnuniyeti gibi kesitsel ölçümle sınırlı kalmayıp, hastanın randevu, muayene, tedavi ve taburculuk sonrası deneyimini de gözler önüne sermektedir. Böylece, aile hekiminin mesleki eğitimi de sağlanır (gelecekteki sevk süreçlerinde yapacağı değerlendirmeler açısından).

Sonuç olarak, güncel yasal düzenlemelerin finansal boyutuna ilişkin bu değerlendirme, Türkiye sağlık sisteminde hem fırsatları hem de riskleri ortaya koymaktadır. Mevcut değişiklikler, doğru planlama ve uygulama ile sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine katkı sağlayabilir ve harcamaların daha etkin yönetilmesine olanak tanıyabilir. Sağlık politikalarının tasarımında **eşitlik, erişilebilirlik ve uzun vadeli sürdürülebilirlik** ilkeleri gözetilmeli ve sağlık harcamalarının mali dengeyi koruyacak şekilde planlanması sağlanmalıdır.

Dr. Öğr. Üyesi Aliye Aslı SONSUZ

04.03.2025