

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ

YASAMA DÖNEMİ

28

YASAMA YILI

4

SIRA SAYISI: 249

**BAZI ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA
YAŞANAN BEBEK ÖLÜMLERİNİN TÜM
YÖNLERİYLE ARAŞTIRILMASI, ÖZEL SAĞLIK
KURULUŞLARININ YENİDOĞAN, ÇOCUK,
ENGELLİ VE YAŞLILARLA İLGİLİ BAKIM
SERVİSLERİNDEKİ UYGULAMALARININ
VE MEVZUATIN İNCELENEREK ALINMASI
GEREKEN TEDBİRLERİN BELİRLENMESİ
AMACIYLA KURULAN MECLİS ARAŞTIRMASI
KOMİSYONU RAPORU**

ŞUBAT 2026

Not: Bu Sıra Sayısına; elektronik ortamda
<https://www.tbmm.gov.tr/yasama/komisyon-raporlari>
internet adresindeki sorgu sayfası üzerinden erişilebilmektedir.

Kanunlar ve Kararlar Başkanlığı

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
RESİMLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
TERİMLER LİSTESİ.....	xii
KOMİSYON BAŞKANININ SUNUŞU.....	1
ÖNERGE METİNLERİ.....	4
TAKDİM YAZISI.....	19

KOMİSYONUN KURULUŞU VE ÇALIŞMALARI

A. MECLİS ARAŞTIRMASI ÖNERGELERİNİN KONUSU VE ÖZETİ.....	20
B. KOMİSYONUN KURULUŞU, GÖREV SÜRESİ VE KOMİSYON ÜYELERİ.....	22
C. KOMİSYON ÇALIŞMA SÜRECİ HAKKINDA USUL VE ESASLAR.....	25
D. KOMİSYON ÇALIŞMALARI SÜRECİ.....	26
D.1. Komisyonunda Yapılan Toplantıların Konusu, Bilgi Alınanlar ve Tutanaklar.....	26
D.1.1. 20.11.2024 Tarihli Başkan, Başkanvekili, Sözcü ve Kâtip Seçimi.....	26
D.1.2. 27.11.2024 Tarihli (1.) Toplantı.....	26
D.1.3. 05.12.2024 Tarihli (2.) Toplantı.....	27
D.1.4. 08.01.2025 Tarihli (3.) Toplantı.....	27
D.1.5. 14.01.2025 Tarihli (4.) Toplantı.....	27
D.1.6. 29.01.2025 Tarihli (5.) Toplantı.....	28
D.1.7. 05.02.2025 Tarihli (6.) Toplantı.....	28
D.1.8. 12.02.2025 Tarihli (7.) Toplantı.....	29
D.1.9. 19.02.2025 Tarihli (8.) Toplantı.....	29
D.1.10. 26.02.2025 Tarihli (9.) Toplantı.....	29
D.1.11. 05.03.2025 Tarihli (10.) Toplantı.....	30
D.1.12. 12.03.2025 Tarihli (11.) Toplantı.....	30
D.1.13. 19.03.2025 Tarihli (12.) Toplantı.....	30
D.2. Çalışma Ziyaretleri, Yerinde İncelemeler ve Diğer Faaliyetler.....	30
D.2.1. 31.01.2025-01.02.2025 Tarihli İstanbul Çalışma Ziyareti.....	31
D.2.2. 21-22.02.2025 Tarihli İzmir Çalışma Ziyareti.....	32
D.2.3. 27.02.2025 Tarihli Ankara Çalışma Ziyareti.....	34
D.2.4. 15-16-17.03.2025 Tarihli Gaziantep Çalışma Ziyareti ve Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri Çalıştayı.....	36
E. KOMİSYONDA GÖREVLENDİRİLENLERİN LİSTESİ.....	43
F. KOMİSYONA SUNULAN RAPORLAR VE BELGELER.....	44
G. KOMİSYON ÜYELERİNCE SUNULAN ÖNERİLER/ÖNERGELER.....	45

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE YENİDOĞAN SAĞLIĞI VE YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN GÖRÜNÜMÜ

1.1. TÜRKİYE'DE YENİDOĞAN VE ÇOCUK SAĞLIĞI.....	47
1.2. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ VE DONANIM.....	50
1.3. YENİDOĞAN BİLİM ALANINDA PERSONEL DURUMU VE PLANLAMASI.....	54

1.3.1. Yenidoğan Uzmanı (Neonatolog) Sayısı	54
1.3.2. Yenidoğan Hemşirelerinin Durumu	55
1.3.3. Personelin Eğitimi	56
1.4. BEBEK ÖLÜMLERİNİ DOĞURAN RİSK FAKTÖRLERİ	56
1.5. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM DENETİM VE DEĞERLENDİRME BİLİMSSEL KOMİSYONU	58
1.5.1. Amaç ve Görevleri	58
1.5.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Tarafından Denetleme ve Değerlendirme Yapılacak Merkezlerin Seçilmesi	58
1.5.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Tarafından Denetim Ekip Planlaması	59
1.5.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Tarafından Oluşturulan Denetim Formları	59
1.5.5. Planlama ve Denetim Süreci	60
1.6. GEBELİK ve DOĞUM SÜRECİNİN BEBEK ÖLÜMLERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	60
1.6.1. Yüksek Sezaryen Oranları	62
1.6.2. Gebelik Takibi ve Riskli Gebelik Yönetimi	64
1.6.3. Preterm Eylem	65
1.6.4. Konjenital Anomaliler	65
1.7. TÜRKİYE’DE HASTANE ÖNCESİ ACIL SAĞLIK HİZMETLERİ	67
1.7.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Dünyadaki Gelişimi	67
1.7.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Ülkemizdeki Gelişimi	69
1.7.3. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Mevzuatı	71
1.7.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin İdaresi ve Organizasyonu	72
1.7.5. 112 Acil Çağrı Merkezleri	74
1.7.6. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Personel Yapısı	75
1.7.6.1. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	76
1.7.7. Türkiye’deki Ambulans ve İstasyon Tipleri	77
1.7.7.1. A Tipi İstasyonlar	80
1.7.7.2. B Tipi İstasyonlar	80
1.7.7.3. C Tipi İstasyonlar	80
1.7.8. Hastaneler Arası Hasta Nakil Sistemi	81
1.7.9. Yenidoğan Bebeklerin Kuvöz ile Nakli	82
1.7.10. Özel Ambulans Servisleri	83
1.8. TÜRKİYE’DE HASTANELERDE ACIL SERVİS HİZMETLERİ	85

İKİNCİ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI VE YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDEKİ UYGULAMALAR

2.1. TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ DURUMU	91
2.1.1. Özel Sağlık Kuruluşlarının Planlanması	92
2.1.2. Özel Sağlık Kuruluşlarının Kadro ve Yatak Kapasiteleri	96
2.1.3. Özel Sağlık Kuruluşlarının Ön İzin, Ruhsatlandırılması ve Faaliyete İlişkin Süreçler	99
2.1.4. Özel Sağlık Kuruluşlarının Personel Çalışma Usulleri	100
2.2. ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN DURUMU	102

2.3. DÜNYADA ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDAKİ YOĞUN BAKIM UYGULAMALARI	107
2.3.1. Yenidoğan Yoğun Bakım	107
2.3.2. Çocuk Yoğun Bakım	108
2.3.3. Erişkin Yoğun Bakım	109

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MEVZUAT VE DENETİM MEKANİZMALARI

3.1. MEVZUAT DÜZENLEMELERİNİN İNCELENMESİ.....	111
3.1.1. Mevzuatın İdare Hukuku ve Özel Hukuk Kapsamında İncelenmesi.....	111
3.1.1.1. Kanunlar ve Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri	112
3.1.1.1.1. 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	112
3.1.1.1.2. 24/5/1933 tarihli ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu	113
3.1.1.1.3. 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu.....	115
3.1.1.1.4. 27/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu.....	116
3.1.1.1.5. 15/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	118
3.1.1.1.6. 16/5/2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu	121
3.1.1.1.7. 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	123
3.1.1.1.8. 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu	124
3.1.1.1.9. 1/7/2005 tarihli ve 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun	124
3.1.1.1.10. 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi	125
3.1.1.1.11. 4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi	126
3.1.1.1.12. Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname	127
3.1.1.2. Tüzükler	129
3.1.1.2.1. 14/11/1983 tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük	129
3.1.1.3. Yönetmelikler	130
3.1.1.3.1. Özel Hastaneler Yönetmeliği	130
3.1.1.3.1.1. 27/03/2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği	130
3.1.1.3.1.2. 30/01/2025 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği	139
3.1.1.3.2. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği	144
3.1.1.3.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği	148
3.1.1.3.4. Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik.....	153
3.1.1.3.5. Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelik	154
3.1.1.3.6. Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği	157
3.1.1.3.7. Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği.....	158
3.1.1.3.8. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik	158
3.1.1.3.9. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik	159
3.1.1.3.10. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik	160
3.1.1.3.11. Sosyal Hizmet Kuruluşlarında Bakımı Sağlanan Engelli ve Yaşlı Bireylere Harçlık Ödenmesine İlişkin Yönetmelik	161
3.1.1.3.12. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği	162
3.1.1.3.13. Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliği	163

3.1.1.3.14. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	163
3.1.1.3.14.1. 15/2/2008 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	164
3.1.1.3.14.2. 19/04/2025 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	166
3.1.1.4. Tebliğler	170
3.1.1.4.1. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ	170
3.1.1.4.2. Sağlık Uygulama Tebliği	171
3.1.1.5. Genelgeler	171
3.1.1.5.1. Sağlık Bakanlığı 2018/7 sayılı Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesi	171
3.1.1.5.2. Sağlık Bakanlığı 2014/7 sayılı Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi	177
3.1.1.5.3. Sağlık Bakanlığı 2021/11 sayılı Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulanması Genelgesi	178
3.1.1.5.4. Sağlık Bakanlığı 2010/27 sayılı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehber Genelgesi	178
3.1.1.5.5. Sağlık Bakanlığı 2010/45 sayılı Yoğun Bakım ve Yenidoğan Yoğunbakım Ünitelerinde Hizmet Sunumu ve İşleyiş Konusunda Genelge	178
3.1.1.5.6. Sağlık Bakanlığı 2009/56 sayılı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi	178
3.1.1.5.7. Sağlık Bakanlığı 2009/22 sayılı Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Denetimi Genelgesi	179
3.1.1.5.8. Sağlık Bakanlığı 2007/39 sayılı Özel Hastanelerin Uzmanlık Dalı İlave İşlemleri Genelgesi	179
3.1.2. Mevzuatın 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu Kapsamında İncelenmesi	179
3.1.2.1. Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi	179
3.1.2.2. Verileri Hukuka Aykırı Olarak Verme veya Ele Geçirme	180
3.1.2.3. Dolandırıcılık	180
3.1.2.4. Nitelikli Dolandırıcılık	180
3.1.2.5. Resmi Belgede Sahtecilik	181
3.1.2.6. Suç İşlemek Amacıyla Örgüt Kurma	181
3.2. DENETİM MEKANİZMALARI	182
3.2.1. Sağlık Bakanlığı Denetim Mekanizmaları	182
3.2.1.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Denetimi	182
3.2.1.2. Hastane Acil Servislerinin Denetimi	187
3.2.1.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Denetimi	192
3.2.1.3.1. Ruhsatlandırma ve Standart Denetimleri	193
3.2.1.3.2. Periyodik Denetimler	193
3.2.1.3.3. Kalite Standartları ve Performans Değerlendirmeleri	194
3.2.1.3.4. Hasta Güvenliği ve Şikâyet Mekanizmaları	195
3.2.1.4. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi Denetimleri	196
3.2.1.4.1. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Tarihsel Gelişimi	196
3.2.1.4.2. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Mevcut Durumu	199
3.2.2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Güvenlik Kurumu) Denetim Mekanizmaları	203
3.2.2.1. SGK Denetimlerini Düzenleyen Temel Mevzuat	204
3.2.2.1.1. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	204

3.2.2.1.2. Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi	206
3.2.2.1.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği	207
3.2.2.1.4. Sosyal Güvenlik Kurumu Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı (RTB) Yönetmeliği	209
3.2.2.1.5. 2012/41 sayılı Sağlık Hizmet Sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	210
3.2.2.1.6. 2014/17 sayılı Sağlık Hizmeti Sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi	211
3.2.2.1.7. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)	211
3.2.2.1.8. 2025 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi	211
3.2.2.2. Denetim Süreçleri	212
3.2.2.3. Denetim Türleri	213
3.2.2.3.1. Planlı, İhbar ve Şikâyeteye Bağlı Denetim	213
3.2.2.3.2. Risk Analizi	214
3.2.2.3.3. SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Denetimi	216
3.2.2.4. Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına Uygulanan Yaptırımlar	219
3.2.3. Diğer Denetim Mekanizmaları	221
3.2.3.1. Sayıştay Denetimi	221
3.2.3.2. Kamu Denetçiliği Kurumu Denetimi	222
3.2.3.3. Valilik Makamı Tarafından Yapılan Denetimler	222
3.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	223
3.3.1. Türkiye’de Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve Temel Mevzuat	223
3.3.1.1. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	223
3.3.1.2. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu	226
3.3.1.3. Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi	228
3.3.1.4. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği	228
3.3.1.5. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)	233
3.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemleri ve Sağlık Giderlerinin Ödenmesi	243
3.3.2.1. SGK’nın Sağlık Hizmeti Sunucularından Hizmet Satın Alma Yöntemleri ve Mevzuatı	243
3.3.2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınmasına İlişkin Mevzuat	243
3.3.2.1.2. Sağlık Hizmet Satın Alım Protokolleri/Sözleşmeleri	244
3.3.2.1.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi	245
3.3.2.1.2.2. Sosyal Güvenlik Kurumu ile Üniversite Hastanesi Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi	247
3.3.2.1.2.3. Sosyal Güvenlik Kurumu ile Vakıf Üniversiteleri Sağlık Hizmetleri Satın Alım Sözleşmesi	248
3.3.2.1.2.4. Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi	250
3.3.2.1.3. Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sözleşme/Protokol İmzalamış Sağlık Hizmeti Sunucuları	253
3.4. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARININ ÖDEMELERİNE ESAS FATURA VE EKİ BELGELERİN İNCELENMESİ	253
3.4.1. Özel Sağlık Hizmeti Sunucularının Ödemelerine Esas Fatura ve Eki Belgelerin İncelenmesine İlişkin Mevzuat	253

3.4.1.1. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	253
3.4.1.2. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun	254
3.4.1.3. GSS Uygulamaları Yönetmeliği	255
3.4.1.4. Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik	257
3.4.1.5. Sağlık Hizmeti Sunucularının İncelemeye Esas Belgelerine İlişkin İşlemler 2018/14 Genelgesi	261
3.4.1.6. Sağlık Uygulama Tebliği	266
3.4.1.7. Fatura İnceleme Usul Esasları (FİUE)	268
3.4.1.8. Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmet Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi	269
3.4.2. Özel Sağlık Hizmeti Sunucularının Ödemelerine Esas Fatura ve Eki Belgelerin İncelenmesi	270
3.4.2.1. Faturaların Dağıtımı	270
3.4.2.2. Fatura İnceleme Birimi ve Personel Sayısı	270
3.4.2.3. Fatura İnceleme Süreci	270
3.4.2.4. Faturaların Ödenmesi	272
3.4.2.4.1. Faturaların Ödenmesine İlişkin Mevzuat	272
3.4.2.4.1.1. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	272
3.4.2.4.1.2. 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun	273
3.4.2.4.1.3. GSS Uygulamaları Yönetmeliği	273
3.4.2.4.1.4. Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik	274
3.4.2.5. Yoğun Bakım İşlemleri	275
3.4.2.5.1. Yoğun Bakım Geri Ödeme Kural ve Kriterleri	275
3.4.2.5.1.1. Yoğun Bakım İşlem Koduna Dahil Olan Ayrıca Faturalandırılmayacak İşlemler	276
3.4.2.5.1.2. EK 2/C Yoğun Bakım İşlem Kodu ile Birlikte Ayrıca Faturalandırılabilir İşlemler, İlaçlar, Kan Bileşenleri	278
3.4.2.5.1.3. Yoğun Bakım Tedavilerinin Fatura İncelemeleri	278
3.4.2.5.1.4. SUT Yoğun Bakım İşlem Fiyatları	279
3.4.2.5.1.5. Yoğun Bakım Hizmetlerinde İlave Ücret	280
3.4.2.5.2. Yoğun Bakıma İlişkin MEDULA Kuralları	280
3.4.2.5.3. Yoğun Bakım Tedavisi Tahakkuk Tutarları	282

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BAZI ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA YAŞANAN BEBEK ÖLÜMLERİ OLAYININ İNCELENMESİ

4.1. OLAYIN KRONOLOJİSİ	285
4.2. İDARİ SÜREÇ	287
4.3. ADLİ SÜREÇ	295
4.3.1. Soruşturma Evresi	295
4.3.1.1. Soruşturmanın Başlaması	295
4.3.1.2. Soruşturma İşlemleri	299
4.3.1.2.1. Birinci Dalga Operasyon	303
4.3.1.2.2. İkinci Dalga Operasyon	308

4.3.1.2.3. Operasyonlardan Sonra Yapılan Soruşturma İşlemleri.....	311
4.3.2. İddianame Tanzimi.....	317
4.3.3. Kovuşturma Evresi.....	331

BEŞİNCİ BÖLÜM

TESPİT VE ÖNERİLER

5.1. SAĞLIK SİSTEMİNİN İYİLEŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN ÖNERİLER.....	367
5.1.1. Neonatal Mortalitenin Azaltılmasına Yönelik Temel Stratejiler.....	368
5.1.2. Gebelik Takibi, Riskli Gebeliklerin Yönetimi ve Perinatal Bakımın Güçlendirilmesi	369
5.1.3. Doğum Ortamı ve Yenidoğan Yoğun Bakım Altyapısının İyileştirilmesi.....	371
5.1.4. Anne Sütü, Prematüre Beslenmesi ve Destek Stratejileri.....	373
5.1.5. Riskli Bebeklerde Morbidite İzlemi ve Erken Müdahale Yaklaşımları.....	374
5.1.6. Acil Sağlık Hizmetleri, Transport ve Sevk Süreçlerinin Güçlendirilmesi	375
5.1.7. İnsan Kaynağı Planlaması, Eğitim ve Mesleki Teşvik Mekanizmalarının Güçlendirilmesi.....	379
5.1.8. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Bölgesel Eşitsizliklerin Azaltılması	384
5.1.9. SGK Ödeme Sistemlerinin Güncellenmesi.....	386
5.2. DENETİM VE İZLEME MEKANİZMALARININ GÜÇLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN ÖNERİLER	387
5.2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Etkin Denetimi ve Kalite Standartları.....	388
5.2.2. Özel Sağlık Kuruluşları, Özel Ambulans Firmaları ve Tıp Merkezlerinin Denetimi	390
5.2.3. Sevk İşlemleri ve Sağlık Kuruluşları Arası İşleyişin Denetimi	392
5.2.4. Fatura Denetimi, Dijitalleşme ve İnsan Kaynağı Yönetimi	393
5.3. MEVZUAT DÜZENLEMELERİNE İLİŞKİN ÖNERİLER	395
5.3.1. Klinik Hizmet Standartlarının Geliştirilmesine Yönelik Mevzuat Düzenlemeleri	395
5.3.2. Sağlık Hukuku ve Uyuşmazlıkların Çözümüne Yönelik Mevzuat Çalışmaları	397
5.3.3. Koruyucu Düzenlemeler ve Mevzuat Uyumuna.....	398
5.4. TOPLUMSAL FARKINDALIĞA İLİŞKİN ÖNERİLER	399
5.4.1. Gebelik ve Doğum Sürecine Yönelik Toplum Temelli Danışmanlık Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması	400
5.4.2. Genel Sağlık Okuryazarlığının Artırılmasına Yönelik Farkındalık Faaliyetleri	401
RAPORA İLİŞKİN KARAR İMZA CETVELİ.....	402
RAPORA EK GÖRÜŞ VE MUHALEFET ŞERHLERİ	404
KAYNAKÇA	461
RAPOR EKLERİ.....	465

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hastanelerin Seviyelere Göre Yenidoğan Yoğun Bakım Yataklarının Sayıları ve Dağılımı, 2024.....	50
Tablo 2. Ülkemizde Kurumlara Göre Yenidoğan Yoğun Bakım Doluluk Oranı (%), 2024	51
Tablo 3. Ülkemizde Kurumlara Göre Ventilatör Doluluk Oranı (%), 2024.....	51
Tablo 4. İstanbul Yenidoğan Yoğun Bakım Kuvöz Sayıları, 2024	52
Tablo 5. İzmir Yenidoğan Yoğun Bakım Kuvöz Sayıları, 2024	52
Tablo 6. Ankara Yenidoğan Yoğun Bakım Kuvöz Sayıları, 2024	52
Tablo 7. Ülkemizde 2024 yılında Seviye 3 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşire ve Ebe Sayıları ve Kurumlara Göre Sertifikalı* Hemşire Oranları	55
Tablo 8. Yenidoğanda Risk Kategorileri.....	57
Tablo 9. İBBS-1'e Göre Mortalite Göstergeleri	62
Tablo 10. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	71
Tablo 11. Yıllara Göre Özel Sağlık Kuruluşları Sayısı	92
Tablo 12. Özel Hastanelerin Boş Kadroları ile Toplam Kadrolarının İllere Göre Dağılımı.....	97
Tablo 13. Yıllara Göre Sektörel Yatak Sayıları	98
Tablo 14. İllere Göre Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısı, 2023	98
Tablo 15. Yıllara Göre Özel Sağlık Kuruluşlarındaki Erişkin Yoğun Bakım Yatak Sayıları	105
Tablo 16. Yıllara Göre Özel Sağlık Kuruluşlarındaki Çocuk Yoğun Bakım Yatak Sayıları.....	105
Tablo 17. Yıllara Göre Özel Sağlık Kuruluşlarındaki Yenidoğan Yoğun Bakım Yatak Sayıları.....	106
Tablo 18. Yıllara ve Kurum Türüne Göre Gerçekleştirilen Değerlendirme Sayıları (2013-2024)	202
Tablo 19. 2024 Yılı-Sektör Bazında Değerlendirilen Sağlık Kuruluşu Sayısı ve Ortalama SKS Puanları.....	202
Tablo 20. 2024 Yılı Sektörlere ve Kurum Türüne Göre Ortalama SKS Puanları.....	203
Tablo 21. 2024 Yılı Değerlendirme Verilerine Göre Sektör ve Kurum Türüne Göre 85 Altı Puan Alan Sağlık Kurumları.....	203
Tablo 22. Yıllar İtibarıyla Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Müfettiş Sayıları	217
Tablo 23. Sağlık Hizmeti Sunucuları RTB Denetim İstatistikleri.....	218
Tablo 24. Sözleşmeye Göre Uygulanan Cezai İşlemler (2023-2024 İlk 7 Ay)	221
Tablo 25. SGK ile Sözleşme/Protokol İmzalamış Sağlık Hizmeti Sunucularının Sayısı, 2024	253
Tablo 26. Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezleri Personel Sayısı.....	270
Tablo 27. Yoğun Bakım Hizmetleri SUT İşlem Puanları/Tutarları	279
Tablo 28. Özel SHS Yoğun Bakım Tedavisi SUT Koduna Göre Tahakkuk Dağılımı (Milyon TL)	284
Tablo 29. İddianamede Yer Alan Suç Örgütü	329
Tablo 30. İddianamede Şüphelilere İsnat Edilen Suçlar.....	330
Tablo 31. İddianamede Maktul Sıfatıyla Yer Alan Bebekler	331
Tablo 32. Tutuklama ve Adli Kontrol Koruma Tedbirleri	331
Tablo 33. Yenidoğan Suç Örgütü 2. Dalga Soruşturması Şüphelileri.....	364

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	Bebek Ölüm Hızları Uluslararası Karşılaştırılması (1000 Canlı Doğumda) ve Türkiye'nin Sıralamadaki Yeri, 2022	48
Şekil 2.	Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızları (‰)	48
Şekil 3.	Yenidoğan Bebek (Neonatal) Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırılması (1000 Canlı Doğumda), 2022	49
Şekil 4.	Türkiye'de Yenidoğan Ölümlerinin Başlıca Nedenleri ve Oranları (%)	49
Şekil 5.	Türkiye'de Bölgelere Göre 2023 Yılı Yenidoğan Ölüm Hızı	50
Şekil 6.	İllere Göre 1000 Canlı Doğuma Düşen Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağı Sayısı, Tüm Sektörler, 2023	51
Şekil 7.	Diyabet Prevelansının Uluslararası Karşılaştırması (%), 2016	64
Şekil 8.	100.000 Kişiye Düşen Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağının Uluslararası Karşılaştırması, 2022	107
Şekil 9.	100.000 Kişiye Düşen Çocuk Yoğun Bakım Yatağının Uluslararası Karşılaştırması, 2022	108
Şekil 10.	100.000 Kişiye Düşen Erişkin Yoğun Bakım Yatağının Uluslararası Karşılaştırması, 2022	109
Şekil 11.	Erişkin Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranının Uluslararası Karşılaştırması (%), 2022 ...	109
Şekil 12.	Fatura İnceleme Süreci	272
Şekil 13.	MEDULA Sağlık Tesisi Yatak Bilgileri	281
Şekil 14.	MEDULA Yenidoğan Yoğun Bakım İşlem Kodları-Yatak Kodu Ekran Görüntüsü	281
Şekil 15.	MEDULA Yenidoğan Yoğun Bakım Yaş Kuralı	282
Şekil 16.	Yoğun Bakım Tedavisi Kamu/Özel Tahakkuk Tutarı (Milyar TL)	283
Şekil 17.	Kamu SHS Yoğun Bakım Tedavisi Erişkin/Yenidoğan Tahakkuk Tutarı (Milyar TL)	283
Şekil 18.	Özel SHS Yoğun Bakım Tedavisi Erişkin/Yenidoğan Tahakkuk Tutarı (Milyar TL)	284

RESİMLER LİSTESİ

Resim 1.	İlk Ambulans Benzeri Araçlar (Dr. Larrey'nin İcat Ettiği Ambulans)	68
Resim 2.	I. Dünya Savaşı Atlı Ambulanslar	69
Resim 3.	Kara Acil Yardım Ambulansı	78
Resim 4.	Helikopter Ambulans	78
Resim 5.	Uçak Ambulans	79
Resim 6.	Deniz Ambulans	79
Resim 7.	Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS)	82
Resim 8.	Yenidoğan Ambulansı	83
Resim 9.	Ambulans GPS Takip Ekranı	183
Resim 10.	Ambulans Servisi Denetim Formu (Ek-10/A)	184
Resim 11.	Ambulans Denetim Formu (Ek-10/B)	185

KISALTMALAR LİSTESİ

112 AÇM	: 112 Acil Çağrı Merkezi
112 KKM	: 112 Komuta Kontrol Merkezi
AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ADSM	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ASOS	: Acil Sağlık Otomasyon Sistemi
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
CİMER	: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
ESH	: Evde Sağlık Hizmeti
FİUE	: Fatura İnceleme Usul Esasları
FTR	: Fizik Tedavi Rehabilitasyon
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
İBBS	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
İSM	: İl Sağlık Müdürlüğü
KDK	: Kamu Denetçiliği Kurumu
KVC	: Kalp ve Damar Cerrahisi
MASAK	: Mali Suçları Araştırma Kurulu
MEDULA	: Reçete Onay Sistemi
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
OYS	: Olay Yönetim Sistemi
ÖBS	: Ölüm Bildirim Sistemi
PACU	: Anestezi Sonrası Bakım Hizmetleri
PÇB	: Personel Çalışma Belgesi
PDC	: Personel Dağılım Cetveli
PGT	: Preimplantasyon Genetik Tarama
RDS	: Respiratuvar Distres Sendromu
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SAKOM	: Sağlık Bakanlığı Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi
SHS	: Sağlık Hizmeti Sunucusu
SKDS	: Sağlıkta Kalite Değerlendirme Sistemi
SKKM	: Sağlık Komuta Kontrol Merkezi
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SSGM	: Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezlerinden
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TİTUBB	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TÜSKA	: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
ÜYTE	: Üremeye Yardımcı Tedavi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YBİS	: Yoğun Bakım İzleme Sistemi
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

TERİMLER LİSTESİ

A Tipi İstasyon	: 24 saat kesintisiz ambulans ve acil sağlık hizmeti sunan istasyonlar.
A1 Tipi İstasyon	: Acil sağlık ekibinde hekim bulunan istasyonlar.
A2 Tipi İstasyon	: Acil sağlık ekibinde hekim bulunmayan istasyonlar.
Antenatal Bakım	: Gebelik süresince anne ve fetus sağlığını izlemeye yönelik doğum öncesi bakım süreci.
ATC	: DSÖ tarafından ilaçların ve diğer tıbbi ürünlerin sınıflandırılması için geliştirilen bir alfanümerik kod sistemi.
B Tipi İstasyon	: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre çalışarak 24 saat kesintisiz ambulans ve acil sağlık hizmeti sunan istasyonlar.
B1 Tipi İstasyon	: Hastane acil servisi ile entegre çalışan istasyonlar.
B2 Tipi İstasyon	: Birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre çalışan istasyonlar.
C Tipi İstasyon	: İhtiyaca göre belirlenen saatlerde sadece ambulans hizmeti sunan istasyonlar.
DEN-İZ Sistemi	: Sağlık Tesisleri Denetim ve İzleme Sistemi.
Doğum Asfiksisi	: Doğum sırasında bebeğin yeterli oksijen alamaması durumu.
Doğumsal Anomali	: Bebekte doğuştan itibaren var olan yapısal veya işlevsel bozukluk.
Doğurganlık Hızı	: Bir kadının doğurganlık dönemi boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısı.
Eklampsi Anomali	: Gebelikte preeklampsiye bağlı olarak gelişen ve nöbetlerle seyreden ciddi klinik tablo.
Fetosid	: Tıbbi nedenlerle fetüsün kalbinin ilaçla durdurularak yaşamının sonlandırılması işlemi.
Fetüs	: Gebeliğin 9. haftasından doğuma kadar olan bebek evresi.
Gestasyon	: Gebelik süresi, döllenmeden doğuma kadar geçen zaman.
Hiperbilirubinemi	: Kandaki bilirubin seviyesinin yüksek olması; sarılıkla ilişkili.
Hipoglisemi	: Kan şekeri düzeyinin normalin altına düşmesi.
Hipokalsemi	: Kanda kalsiyum düzeyinin düşük olması durumu.
Hipomagnezemi	: Kanda magnezyum düzeyinin normalin altına inmesi.
İntrauterin Fetal Anomali	: Anne rahmindeki fetüste tespit edilen yapısal veya genetik bozukluk.

Kardiyomiyopati	: Kalp kası hastalığı; kalp yapısında veya işlevinde bozulma.
Konjenital Anomali	: Doğumda mevcut olan yapısal, işlevsel veya genetik bozukluk.
Kuvöz	: Prematüre veya yeni doğmuş bebeklerin, zarar verebilecek dış etkenlerden korunması amacıyla uygun ısı, nem ve oksijen sağlayan kapalı bakım ünitesi.
Makrozomi	: Yenidoğanın doğum ağırlığının 4000 gramdan fazla olması durumu.
Morbidite	: Hastalık oranı; belirli bir nüfusta hastalığa yakalanma sıklığı.
Mortalite	: Ölüm oranı; belirli bir nüfusta ölüm sıklığı.
Neonatal Dönem	: Doğumdan sonraki ilk 28 günü kapsayan dönem.
Neonatolog	: Yenidoğan Uzmanı.
NRP Programları	: Yenidoğan Canlandırma Kursları.
Perinatal Dönem	: 22. gebelik haftasından başlayıp doğumdan sonraki 7. güne kadar olan süre.
Pl İnvazyon Anomali	: Plasentanın rahme anormal şekilde yerleşmesi.
Polihidramnios	: Amniyon sıvısının gebelikte normalden fazla olması durumu.
Polisitemi	: Kanda kırmızı kan hücresi (eritrosit) sayısının normalden fazla olması.
Preeklampsi	: Gebelikte hipertansiyon ve idrarda proteinüri ile seyreden, anne ve fetus için riskli durum.
Preeklampsi Anomali	: Preeklampsinin yol açtığı fetal veya plasental bozukluk.
Prematüre	: Gebeliğin 37. haftasından önce doğan bebek.
Prenatal	: Doğum öncesi döneme ilişkin, gebelik süreci boyunca olan evre.
Preterm Eylem	: 37. gebelik haftasından önce başlayan doğum eylemi.
Respiratuvar Distres Sendromu	: Özellikle prematüre bebeklerde görülen, akciğerlerin immatüritesi ve sürfaktan eksikliğinden kaynaklanan ciddi solunum sıkıntısı sendromu.
Viyabilite	: Fetusün doğduğunda yaşayabilme durumu.
Yoğun Bakım Ünitesi	: Ciddi hastalık veya riskli durumlar için özel donanımlı hastane bölümü.

KOMİSYON BAŞKANININ SUNUŞU

Sağlık hakkı, tüm insanların doğuştan sahip olduğu, vazgeçilmez ve evrensel bir insan hakkıdır. Bu hak, yalnızca bireyin hastalandığında tedavi görmesini değil; sağlıklı bir yaşam sürmesi için gerekli tüm koşulların devletler tarafından sağlanmasını da içerir. Uluslararası insan hakları belgelerinde olduğu gibi, ulusal hukuk düzenimizde de sağlık hakkı, temel insan hakkı olan yaşama hakkının ayrılmaz bir unsuru olarak tanımlanmıştır. Nitekim pek çok uluslararası belge, her bireyin mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşma hakkını tanımakta ve bu hakkın hiçbir ayırım gözetilmeksizin tüm insanlara ait olduğunu vurgulamaktadır.

Bu bağlamda sağlık hakkının korunması, yalnızca bireyin sağlığını değil, toplumun genel refahını, sosyal adaleti ve kuşaklar arası eşitliği de gözeten bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Özellikle hassas gruplar olan yenidoğanlar, çocuklar, engelliler ve yaşlıların bu haklara erişiminin güvence altına alınması, devletin sosyal devlet niteliğinin bir gereğidir.

Son dönemde bazı özel sağlık kuruluşlarında yaşanan bebek ölümleri toplumumuzda derin bir üzüntüye yol açmıştır. Bu konunun tüm boyutlarını ayrıntılı şekilde ele almak, gereken tedbirleri belirlemek ve benzeri olayların tekrarlanmasını önlemek amacıyla Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde tüm siyasi parti gruplarının önergeleri ile Meclis Araştırma Komisyonu kurulmuştur.

20.11.2024 tarihinde göreve başlayan “Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu” Anayasa’nın 98 inci ve İçtüzük’ün 104 ve 105 inci maddeleri çerçevesinde çalışmalarını tamamlayarak bu Raporu düzenlemiş bulunmaktadır.

Komisyonumuzun çalışma süresi boyunca temel amacı; sağlık hizmetinin özel sağlık kuruluşları eliyle sunulduğu alanlarda, özellikle hassas gruplar olan yenidoğanlar, çocuklar, engelliler ve yaşlılara yönelik bakım süreçlerinin mevcut durumunu bütüncül biçimde değerlendirmek ve bu alanlardaki yapısal riskleri tespit ederek etkili ve sürdürülebilir önleyici politikaların belirlenmesine katkı sağlamaktır. Bu doğrultuda Komisyonumuz, öncelikle yol haritasını belirlemiş; Komisyona davet edilerek bilgilerine başvurulacaklara ve görevlendirilecek uzmanlara ilişkin müzakereler gerçekleştirmiştir. Komisyonun çalışmaları süresince Bakanlıkların, kamu kurum ve kuruluşlarının, bilim insanlarının, sivil toplum

kuruluşlarının ve özel sektör temsilcilerinin bilgilerine başvurulmuş; Komisyon çalışmalarında ve rapor yazımında yararlanmak amacıyla ilgili kurum ve kuruluşlardan kapsamlı bilgi notu ve raporlar temin edilmiştir.

Yerinde gözlem ve tespitlere özel önem atfeden Komisyonumuz, İstanbul, İzmir, Ankara ve Gaziantep'te saha ziyaretleri gerçekleştirmiş; ayrıca Gaziantep'te düzenlenen ve Adıyaman, Diyarbakır, Hatay, Kahramanmaraş ile Şanlıurfa illerinden katılımı ile gerçekleştirilen “Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri Çalıştayı”, bölgesel ihtiyaçların daha iyi anlaşılması açısından son derece önemli olmuştur.

Komisyonumuz; çalışma süresince gerçekleştirilen toplantılar, yurt içi yerinde inceleme ve saha ziyaretleri, toplanan bilgi ve belgeler, gerçekleştirilen Çalıştay, dinlenen uzman ve yetkililerin sunumları doğrultusunda ülkemizde sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu, finansmanı ve denetimi gibi çok yönlü başlıklarda değerlendirmelerde bulunmuştur. Yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan bazı sistemik riskler; insan kaynağı planlaması, hizmet altyapısının yeterliliği, ileri düzey tıbbi donanımın standardizasyonu, hasta sevk zincirinin işlerliği, hizmete erişimde bölgesel ihtiyaçlar ve faturalama süreçlerine ilişkin uygulamalar çerçevesinde ele alınmıştır. Özellikle özel sağlık kuruluşlarının bu hizmet alanında artan payı dikkate alındığında tıbbi ve yönetsel süreçlerin daha sıkı denetlenmesi gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

Komisyonumuzun çalışmaları neticesinde hazırlanan Komisyon Raporu 5 ana bölümden oluşmaktadır. Raporun ilk 3 bölümünde Türkiye’de yenidoğan sağlığı, özel sağlık kuruluşları ve yoğun bakım ünitelerindeki uygulamalar ile mevzuat ve denetim mekanizmaları hakkında detaylı bilgiler verilmektedir. Raporun 4. bölümünde bazı özel sağlık kuruluşlarında yaşanan bebek ölümleri olayı kronolojik, idari ve adli süreçler bakımından incelenmektedir. Gerek Komisyon çalışmalarımızda gerekse Rapor yazımında; Anayasanın 138. maddesinin amir hükmü çerçevesinde yasama erki yargı erki ayırımına riayet edilerek, yargı sürecine müdahil olmaksızın değerlendirme ve analizlerde bulunulmuştur. Raporumuzun son bölümü ise; sağlık sisteminin iyileştirilmesi, denetim ve izleme mekanizmalarının güçlendirilmesi, mevzuat düzenlemeleri ve toplumsal farkındalığa ilişkin öneriler, dört temel başlık altında yapılandırılmıştır. Alt başlıklar altında ise, neonatal mortalitenin azaltılmasına yönelik politikalar, insan kaynağı stratejileri, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin niteliği, sevk mekanizmaları, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve kalite standartlarına yönelik öneriler geliştirilmiştir.

Komisyonumuzun çalışmalarının yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanımız Sayın Numan KURTULMUŞ’a; Türkiye Büyük Millet Meclisinde, Komisyonumuzun kurulmasına vesile olan önergelerde imza sahibi olan ve Komisyonumuzun kurulmasını destekleyen tüm parti grupları ve değerli Milletvekillerine; Komisyonumuzda birlikte çalıştığımız tüm Üyelerimize; Komisyon toplantılarında sunum yapan ve sorularımızı cevaplayan, bilgi, belge sunan ve çalışmalarımıza katkı sağlayan tüm resmi kurum ve kuruluşlara, sivil toplum kuruluşlarına, bilim insanlarına ve özel sektör temsilcilerine; Komisyonda görev yapan ve rapor yazımında görev alan uzmanlarımıza; Komisyon olarak çalışma ziyaretlerimizde bizleri misafirperverlikle ağırlayan mülki idare amirlerimize ve yerel yöneticilerimize Komisyonumuz adına en içten teşekkürlerimi sunarım.

Komisyonumuzun yürüttüğü çalışmalar neticesinde hazırlanan bu Raporun, özellikle hassas hasta gruplarının korunmasını önceleyen sağlık politikalarının geliştirilmesi noktasında sağlık sistemimize önemli katkılar sağlamasını temenni ediyorum.

İshak ŞAN
Adıyaman Milletvekili
Komisyon Başkanı

ÖNERGE METİNLERİ

1. Sivas Milletvekili Abdullah Güler ve 51 Milletvekilinin, özel sağlık kuruluşlarının yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılarla ilgili işlem ve uygulamalarının incelenerek nitelikli sağlık hizmetlerine erişim için yapılması gerekenlerin belirlenmesi amacıyla bir Meclis araştırması açılmasına ilişkin önergesi. (10/1899):

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Çocuklar bir ülkenin geleceği ve umudu olmalarının yanı sıra, toplumun en kırılgan grubunu da oluşturmaktadır. Bu nedenle, en iyi koşullarda dünyaya gelmelerinin sağlanması, büyümeleri ve gelişmeleri için en uygun ortamın hazırlanması, geleceğe dönük fiziksel, ruhsal ve zihinsel donanımlarının en üst düzeyde oluşturulması ülkenin geleceği açısından yaşamsal önem taşımaktadır. Bu görevler, Anayasa ve yasalarla ilgili kurum ve kişilere yüklenmiştir.

Özellikle özel sağlık kuruluşlarında başta yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılar gibi teşhis ve tedavi esnasında kendini tam olarak ifade edemeyebilecek hastalara yönelik gerçekleştirilen suistimaller bu kuruluşların gerek hukuki gerekse de idari açılardan değerlendirilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır.

Bu bağlamda, özel sağlık kuruluşlarının yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılarla ilgili işlem ve uygulamalarının incelenmesi, bu kuruluşların eksiklerinin tespit edilerek nitelikli sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin temin edilmesi, sorunların bütün paydaşlarla birlikte ele alınarak mevcut düzenlemelerin gözden geçirilmesi, alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin ortaya konulabilmesi amacıyla Anayasa'nın 98 inci, İçtüzüğü'nün 104 üncü ve 105 inci maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılmasını arz ederiz.

1)	Abdullah GÜLER	Sivas
2)	Özlem ZENGİN	İstanbul
3)	Abdulhamit GÜL	Gaziantep
4)	Seda GÖREN BÖLÜK	İstanbul
5)	Saffet BOZKURT	Zonguldak
6)	Şamil AYRIM	İstanbul
7)	Lütfiye Selva ÇAM	Ankara
8)	İshak ŞAN	Adıyaman
9)	Muhammet Emin AKBAŞOĞLU	Çankırı
10)	Leyla ŞAHİN USTA	Ankara
11)	Bahadır Nahit YENİŞEHİRLİOĞLU	Manisa
12)	İsmail GÜNEŞ	Uşak
13)	Erol KELEŞ	Elazığ
14)	Sadettin HÜLAGÜ	Kocaeli
15)	Abdullah AĞRALI	Konya

16)	Halit YEREBAKAN	İstanbul
17)	Ümmügülşen ÖZTÜRK	İstanbul
18)	Orhan ATEŞ	Bayburt
19)	Hasan ARSLAN	Afyonkarahisar
20)	Sevan SIVACIOĞLU	İstanbul
21)	Sunay KARAMIK	Adana
22)	Fatma ÖNCÜ	Erzurum
23)	Şebnem BURSALI	İzmir
24)	Fehmi Alpay ÖZALAN	İzmir
25)	Mehmet Sait YAZ	Diyarbakır
26)	Mustafa OĞUZ	Burdur
27)	Sayın Bayar ÖZSOY	Kayseri
28)	Orhan YEGİN	Ankara
29)	Fuat OKTAY	Ankara
30)	Süleyman ŞAHAN	Yozgat
31)	Azmi EKİNCİ	İstanbul
32)	Ahmet Fethan BAYKOÇ	Ankara
33)	Adem YILDIRIM	İstanbul
34)	Mehmet Eyup ÖZKEÇECİ	Gaziantep
35)	Ali ŞAHİN	Gaziantep
36)	Radiye Sezer KATIRCIOĞLU	Kocaeli
37)	Emre ÇALIŞKAN	Nevşehir
38)	Abdurrahim FIRAT	Erzurum
39)	Ejder AÇIKKAPI	Elazığ
40)	Emel GÖZÜKARA DURMAZ	Bursa
41)	Hasan ÇİLEZ	Amasya
42)	Meliha AKYOL	Yalova
43)	Adil BİÇER	Kütahya
44)	Çiğdem KONCAGÜL	Tekirdağ
45)	Ali KIRATLI	Mersin
46)	Rümeysa KADAK	İstanbul
47)	Nilgün ÖK	Denizli
48)	İbrahim YURDUNUSEVEN	Afyonkarahisar
49)	İbrahim Ethem TAŞ	Antalya
50)	Şaban ÇOPUROĞLU	Kayseri
51)	Mestan ÖZCAN	Tekirdağ
52)	Muhammet Müfit AYDIN	Bursa

Gerekçe:

Uluslararası hukukla korunan temel insan haklarından biri olan sağlık hakkı, sağlıklı bireyler ve toplum hedefine ulaşabilmek için gerekli tesislere ve şartlara ulaşma ve bunları kullanma hakkı olarak ifade edilmektedir. “Sağlık hakkı” öncelikle devlete, daha sonra da sağlık çalışanlarına ve toplumun diğer kesimlerine ve uluslararası topluma sorumluluklar

yükler. Sağlık hakkı kapsamında, sağlık kuruluşları için kalite standartlarının geliştirilmesi, kaliteyi arttırmak için çalışmalar yapılması ve sağlık hizmetlerinin daha fazla kişi tarafından erişilebilir hale getirilmesi temel bir insan hakkı sorunu olarak ulusal ve uluslararası mevzuatta da kendisine yer bulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1946 tarihli Anayasasında sağlık hakkı; *“mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırkı, dini, politik inancı, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin, her insanın temel haklarından biridir.”* şeklinde ifade edilmek suretiyle düzenlenmiştir. Anayasamızın 17. Maddesinde yer alan; *“Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller tâbi tutulamaz. Kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz.”* hükmü ile 56. maddesinde yer alan; *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”* hükmü kapsamında da herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama yükümlülüğünün devlete ait olduğu vurgulanarak devletin bu görevi gerek kamu gerekse de özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği ifade edilmiştir.

Sağlık hakkının sağlanması amacıyla da devletimiz tarafından birçok şehir merkezinde şehir hastanelerinin faaliyete geçirilmesi suretiyle sağlık hizmetlerine erişimin kapasitesinin artırılması amaçlanmakta, ayrıca özel sağlık kuruluşlarıyla sosyal güvenlik sistemi üzerinden yapılan anlaşmalar çerçevesinde vatandaşlarımızın bu kuruluşlardan da istifade edebilmesine imkân sağlanmaktadır. Bununla birlikte, devletimizin sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin artırılması amacıyla gösterdiği tüm gayrete rağmen özel sağlık kuruluşlarınca maddi çıkar sağlama gayesiyle hareket edilmek suretiyle sosyal güvenlik sisteminin suistimal edildiği gözlemlenmektedir. Bu çerçevede, hastalara tıbbi gerekçeler dışında uygulamalar talep edildiği veya yoğun bakımlarda kalma sürelerinin gereksiz yere uzatılarak sosyal güvenlik sisteminden daha fazla maddi çıkar sağlanmasının amaçlandığı görülmektedir.

İstanbul ve Tekirdağ'da yaşanan ve daha fazla para kazanma gareziiyle hareket eden habis bir şebekenin masum bebeklerimiz üzerinde kurduğu plan ve uyguladığı vahşi ve şeytani eylemler hepimizi derinden yaralamıştır. Söz konusu şebekenin; bazı özel hastanelerin yenidoğan bakım ünitelerini kiralayarak gayri insani ve uygun olmayan koşullarla bebek ölümlerine neden olduğu ve sosyal güvenlik kurumunu zarara uğrattığının tespit edilmesi üzerine, adli makamlar harekete geçerek ilgili kişiler hakkında soruşturma başlatılmış ve olaylara karışan hastanelerin lisansları iptal edilmiştir.

Çocuklar bir ülkenin geleceği ve umudu olmalarının yanı sıra, toplumun en kırılğan grubunu da oluşturmaktadır. Bu nedenle, en iyi koşullarda dünyaya gelmelerinin sağlanması, büyümeleri ve gelişmeleri için en uygun ortamın hazırlanması, geleceğe dönük fiziksel, ruhsal ve zihinsel donanımlarının en üst düzeyde oluşturulması ülkenin geleceği açısından yaşamsal önem taşımaktadır. Bu görevler, Anayasa ve yasalarla ilgili kurum ve kişilere yüklenmiştir.

Özellikle özel sağlık kuruluşlarında başta yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılar gibi teşhis ve tedavi esnasında kendini tam olarak ifade edemeyebilecek hastalara yönelik gerçekleştirilen suistimaller bu kuruluşların gerek hukuki gerekse de idari açılardan değerlendirilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır.

Bu bağlamda, özel sağlık kuruluşlarının yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılarla ilgili işlem ve uygulamalarının incelenmesi, bu kuruluşların eksiklerinin tespit edilerek nitelikli sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin temin edilmesi, sorunların bütün paydaşlarla birlikte ele alınarak mevcut düzenlemelerin gözden geçirilmesi, alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin ortaya konulabilmesi amacıyla Anayasa'nın 98 inci, İştüzüğün 104 üncü ve 105 inci maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılmasını arz ederiz.

2. Cumhuriyet Halk Partisi Grubu adına Grup Başkanvekilleri Mersin Milletvekili Ali Mahir BAŞARIR, Ankara Milletvekili Murat EMİR ve İstanbul Milletvekili Gökhan GÜNAYDIN’ın, yenidoğan ünitelerindeki bebek acil hastalarına sağlanan sağlık hizmetleri üzerinden haksız kazanç elde eden bir suç örgütünün faaliyetlerinin ve bağlantılarının araştırılması amacıyla bir Meclis araştırması açılmasına ilişkin önergesi. (10/1900):

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Türkiye, tarihinin en büyük sağlık skandallarından biriyle çalkalanmaktadır. Bebek acil hastalarını anlaştıkları özel hastanelerin yenidoğan ünitelerine sevk edip ölümlerine neden olan, bu yolla haksız kazanç elde eden çeteyle ilgili bilgiler ülkede infiale neden olmuştur.

Bazı mensupları tutuklanıp, haklarında iddianame düzenlense de çetenin, yıllardır sürdürdüğü faaliyetleriyle ilgili yapılan çok sayıda ihbarın yıllarca dikkate alınmaması, suça karışan hastanelerin büyük kısmının ruhsatlarının daha düne kadar iptal edilmemesi, eski Sağlık Bakanının bir hastanesinin de bu amaçla kullanılması ve mevcut Bakanın bu suçların işlendiği dönemde İstanbul Sağlık İl Müdürü olarak görev yapması skandalın siyasi ayağının olduğunu da göstermektedir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığınca 21 Mayıs 2023 tarihinde başlatılan soruşturmaya kadar başta Bakanlık ve SGK olmak üzere resmi kuruluşların çetenin faaliyetlerine uzun süre seyirci kalmaları, olay ortaya çıkarıldıktan sonra da müdahale etmekte yetersiz ve geç kalmaları belki de onlarca bebeğin ölümüne neden olmuştur.

Zanlıların Avukatı A.A’nın, önce telefonla sonra da makamında görüştüğü soruşturmayı yürüten Cumhuriyet Savcısı Y.E’yi, “ölümle ve ailesine zarar verilmekle” tehdit ettiği bilinmektedir. Cumhuriyet Savcısını makamında tehdit edebilecek kadar güç sahibi olduğu anlaşılan çetenin bu cesareti başka güçlerden aldığı kuşkusuzdur.

Yönetmeliğe aykırı şekilde işletme devri yapılarak danışmanlık hizmeti adı altında çok sayıda hastanede doktor yerine hemşire ve hemşire yardımcıları ile hizmet veren çete, 112 Acil Çağrı Merkezine de sızarak bebekler hakkında bilgi almıştır. Bebeklerin hastanelerde uzun süreler kalmasını sağlayarak SGK’dan yüksek miktarda ödeme alan çetenin, yenidoğan bebeklerde kullanılması gereken, yaklaşık 10 bin TL’lik Kurosur adlı ilacı kullanılmış gibi göstererek ilaç korsanlarına sattığı ortaya çıkarılmıştır. İlaç için SGK’ya sahte faturalar düzenleyen çete uygun olmayan tedavi yöntemleri kullanılarak yenidoğan bebekleri öldürmüştür.

Çetenin özel hastaneleri kullanarak işlediği suçun ortaya çıkarılamamasında Bakanlık, SGK ve diğer kurumların ihmali bulunmaktadır. Bakanlık, olay ortaya çıkarıldıktan sonra bile sorumlu hastanelerin ruhsatını iptal etmemiş, SGK bu hastanelerle olan sözleşmelerini devam ettirmiştir.

Bakanlık Müfettişlerince hazırlanan raporda, bebeklerin ölümünde hastaneler, doktorlar ve hemşirelerin sorumluluğu olduğu belirtilmiştir. Soruşturmanın başlatılmasından bir yıl sonra yazılan iddianamede malen sorumlu olarak yer alan 19 özel hastaneden yalnızca ikisinin faaliyetleri askıya alınmıştır.

Bu hastanelerden bazılarına, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Belgesi verilmiştir.

Bakanlık skandalın ortaya çıkmasıyla birlikte kamuoyu baskısına dayanamamış, suçlanan 19 özel hastaneden 10'unun ruhsatını 19 Ekim günü iptal etmiştir. İddianamede ve müfettiş raporunda suçlu olduğu belirtilen diğer hastanelerle ilgili bir işlem yapılmamıştır. Adı geçen hastanelerden birinin eski Sağlık Bakanına ait olması da manidardır.

Bakanlık, SGK ve diğer makamların özel sağlık kuruluşlarıyla ilgili denetim görevlerini ihmal ettiği ortadadır.

TBMM, “olay yargıya intikal etmiştir” gerekçesiyle bu skandala seyirci kalamaz. Para için yenidoğan bebekleri öldüren, Cumhuriyet Savcısını makamında ölümle tehdit edebilen, ihbarlara rağmen insanlık dışı faaliyetlerini yıllarca sürdüren çetenin, iddianameye yansımayan siyasi bağlantılarının ortaya çıkarılması gerekmektedir. İktidarın uyguladığı Sağlıkta Dönüşüm Projesinin sağlıklı bir insan hakkı ve kamu hizmeti olmaktan çıkarıp ticari bir meta haline getirmesinin de bu tür vicdansızlıklara yol açtığı bilinmektedir. İktidarın sağlık politikasının da bu açıdan TBMM tarafından araştırılması gerekmektedir. Bu nedenlerle bir Meclis araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz.

3. Halkların Eşitlik ve Demokrasi Partisi Grubu adına Grup Başkanvekilleri Muş Milletvekili Sezai TEMELLİ ve Kars Milletvekili Gülüstan KILIÇ KOÇYİĞİT’in, İstanbul’daki bazı özel hastanelerin yenidoğan ünitelerine sevk edilen bebek acil hastalarına sağlanan sağlık hizmetleri üzerinden haksız kazanç elde ettiği belirlenen suç örgütü ve benzeri yapıların tüm yönleriyle araştırılması amacıyla bir Meclis araştırması açılmasına ilişkin önergesi. (10/1901):

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

İstanbul’da bebek acil hastalarını önceden anlaştıktan özel hastanelerin yenidoğan ünitelerine sevk edip ölümlerine neden oldukları ve haksız kazanç elde ettikleri belirlenen suç örgütü ve benzeri yapıların tüm yönleriyle araştırılması, bu olayda sorumluluğu ve ihmali bulunan tüm kurum ve kişilerin belirlenmesi, bu sürecin hızlı, şeffaf ve etkili bir şekilde yürütülmesinin sağlanması, amacıyla Anayasa’nın 98. ve İçtüzüğü’nün 104. ve 105. maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılmasını arz ederim.

Gerekçe:

İstanbul’da bebek acil hastalarını önceden anlaştıkları özel hastanelerin yenidoğan ünitelerine sevk edip ölümlerine neden oldukları ve haksız kazanç elde ettikleri belirlenen suç örgütüne ilişkin süreç, CİMER’e ulaşan ihbarın Mayıs 2023’te İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilmesiyle başlamıştır. İhbar üzerine Büyükşehirçe Cumhuriyet Başsavcılığı soruşturma başlatmış ve yapılan çalışmalar sonucunda çarpıcı iddialar ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı ve SGK pek çok özel hastaneyle olan sözleşmelerine bağlı olarak, doğum sonrası bebek ölümlerini azaltmak için yenidoğanların kaldığı yoğun bakımlara günlük 8000 TL ödeme yapmaktadır. Soruşturma sonucunda söz konusu örgütün devletin gün bazlı hesaplanarak ödemesini yaptığı “yoğun bakım tedavisi” kapsamında “sözde tedavi” uygulaması üzerinden kazanç edebilmek adına 19 özel hastane ve birçok “112 Acil” personelinin organize ettiği ortaya çıkmıştır.

İddianameye de yansıyan yüzlerce sayfalık raporda, hastane denetimlerinde, bazı özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde doldurulması gereken bazı defterlerinin doldurulmadığı, bebeklerin dosya üzerinde gösterilen sağlık durumları ile fiili sağlık durumlarının uyuşmadığı ortaya çıkmıştır.

İddianamede, çetenin liderliğini Dr. Fırat Sarı’nın yaptığı, Dr. İlker Gönen ve 112 Acil Çağrı Merkezi ambulans şoförü Gıyasettin Mert Özdemir’in de çetenin yönetiminde yer aldığı belirtilmektedir. Çetenin ana amacının, işletmesini devraldıkları yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin doluluk oranını artırmak ve SGK’dan üst sınırdan ödeme almak olduğu

görülmüştür. Çete, 112 Acil Servis çalışanları ile iş birliği yaparak, kamu hastanelerine yönlendirilebilecek bebeklerin özel hastanelere sevk edilmesini sağlamış, yoğun bakımda kullanılmayan ilaçlar tüketilmiş gibi gösterilip üçüncü şahıslara satılmış, bazı vakalarda, bebeğin sağlık durumu uygunsuz hastanelerde tedavi edilerek ölümle sonuçlanan ihmaller yaşanmıştır. Çetenin bu yolla şu an itibarıyla tespit edilen en az 12 bebeğin ölümünden sorumlu olduğu iddia edilmektedir. Her geçen gün yeni iddialarla ne yazık ki bu sayının çok üzerinde çocuk ölümlerinin yaşandığı öngörülmektedir.

Şüpheli Fırat Sarı'nın elebaşısı olduğu suç örgütünün Akabe Sağlık Tesisleri AŞ'ye ait özel Avcılar Hospital Hastanesi, Özel İstanbul Şafak Sağlık Hizmetleri AŞ'ye ait Özel Avrupa Şafak Hastanesi ve Özel İstanbul Şafak Hastanesi, Medilife Sağlık Hizmetleri ve Yonca Sağlık Hizmetlerine bağlı Özel Bağcılar Medilife Hastanesi ve Özel Beylikdüzü Medilife Hastanesi, Refik Arslan AŞ'ye bağlı Özel Bağcılar Şafak Hastanesi, Beymed AŞ'ye ait Özel Birinci Hastanesi, Doğamed AŞ'ye ait Özel Doğa Hospital Hastanesi, Reyap AŞ'ye ait Özel Reyap İstanbul Hastanesi ve Çorlu Reyap Hastanesi, Ekip Sağlık AŞ'ye ait Özel TRG Hospitalist Hastanesi, Esenler Güney Hastanesi ve Silivri Kolan Hastanesi'nin yenidoğan yoğun bakım ünitelerini kiralayarak işletmesini devraldığı ve söz konusu hastanelerden tamamında doktorlar yerine hemşirelerin sağlık hizmeti sunduğu belirlenmiştir.

Soruşturmada adı geçen hastanelerden şimdilik Özel Avcılar Hospital Hastanesi, Özel TRG Hospitalist Hastanesi, Özel Birinci Hastanesi, Özel Güney Hastanesi, Özel Bağcılar Medilife Hastanesi, Özel Beylikdüzü Medilife Hastanesi, Özel Reyap İstanbul Hastanesi, Özel Şafak Hastanesi Bağcılar, Özel Silivri Kolan Hospital Hastanesinin ruhsatları iptal edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilen yazının ardından başlatılan taburcu ve sevk işlemleri tamamlanmış; bu kapsamda sevk işlemleri tamamlanan Özel Silivri Kolan Hospital, Özel Güney Hastanesi, Özel Avcılar Hospital, Özel TRG Hospitalist Hastanesi, Özel Beylikdüzü Medilife Hastanesi, Bağcılar Özel Şafak Hastanesi ve Özel Bağcılar Medilife Hastanesi mühürlenmiş, bu hastanelerin tabelaları indirilmiştir. Bu hastanelerdeki hastalar, Sağlık Bakanlığına bağlı ambulanslarla kamu hastanelerine sevk edilmiştir. Özel Reyap İstanbul Hastanesi ile Özel Birinci Hastanesindeki yoğun bakımda olan hastalar dışındaki hastaların da sevki tamamlanmıştır. Bu skandal nedeniyle hem bu hastanelerde tedavi gören hastalar hem de hastanelerde görev yapan ve bu suça bulaşmamış diğer tüm sağlık emekçileri de mağdur olmuşlardır.

İsimleri sayılan bu hastanelere her geçen gün başka hastaneler, yeni iddialarla eklenmektedir. Skandalın boyutunun hem kapsamı, hem de yaşanan mağduriyetler açısından

görünenden çok daha büyük olduğu anlaşılmaktadır. Bu hastanelerin yenidoğan suç örgütü ile anlaşarak bebek yoğun bakım ünitelerini işlettiği, hastaların uzun süre bu ünitelerde kaldığı öne sürülmektedir. Suçlamalar, yeni doğan yoğun bakım ünitelerinin, hastaneler için bir gelir kapısı olarak kullanıldığını ve bebeklerin hayatlarının tehlikeye atıldığını göstermektedir. Bu nedenle olayda yer alan sadece örgüt üyelerinin değil, bu yeni doğan bakım ünitelerine yönlendiren 112 komuta servisi çalışanlarının, onları o görevlere getirenlerin, denetleme yapmayan ilgili tüm bakanlıkların ve kamu görevlilerinin sorumluluğu ve ihmalleri araştırılmalıdır. Yine bu yenidoğan çetelerinin başka illerde de olduğuna dair iddialar da basına yansımaktadır. Bunların yanında Anjiyo çetesi, Ortopedi çetesi, Yaşlı Bakım Çetesi, Organ Nakli Çetesi, Laboratuvar çetesi, Kanser çetesi, Diyaliz çetesi, Organ nakli çetesi, İlaç çetesi vb gibi daha birçok çete ve şebekelerin olduğu iddiaları da vardır ve hepsi tek tek araştırılmalı, denetim ve soruşturma süreçleri başlatılmalıdır.

Devlet hastanelerine 2003 yılı itibariyle ne kadar çok hasta bakılırsa ciroya göre devletin döner sermayeden ödeme yaptığı ‘performans’ sistemi denilen bir sistem getirilmiştir. Bu sistemin sonucu piyasacı ve kâr odaklı anlayış Yenidoğan Çetesi gibi bir insanlık dışı oluşumu ortaya çıkarmıştır. Bu skandal, sağlıkta piyasacı dönüşümün, denetimsizliğin vahim sonuçlarından biridir; çözüm ise kamucu, eşit, ulaşılabilir, ücretsiz, nitelikli bir sağlık sistemindedir. Yenidoğan bebeklerin bile para uğruna canice katledildiği bu skandal, iktidarın yıllardır uyguladığı kapitalist neoliberal politikaların, sağlıkta özelleştirmenin sağlık sistemimizde yarattığı büyük çöküşün en somut kanıtıdır ve tüm yönleriyle araştırılmaya muhtaçtır. Tüm bu gerekçelerle bu olayın tüm boyutlarıyla araştırılması, sorumluların hesap vermesi ve benzer durumların bir daha yaşanmaması için gerekli önlemlerin alınması amacıyla bir Araştırma Komisyonu kurulmasını ve Meclis Araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz.

4. Saadet Partisi Grubu adına Grup Başkanvekili İstanbul Milletvekili Bülent KAYA’nın, bazı özel hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde yaşanan bebek ölümlerinin araştırılması ve sağlık sistemindeki denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi için yapılması gerekenlerin belirlenmesi amacıyla bir Meclis araştırması açılmasına ilişkin önergesi. (10/1902):

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

İstanbul, Tekirdağ ve Çorlu’daki bazı özel hastanelerde, bebeklerin gerekli sağlık hizmetlerini alamadığı, doktor bulunmayan veya deneyimsiz sağlık personelinin görev yaptığı yerlerde tutulduğu basına yansımıştır. Eksik ve yetersiz ekipmanlar, yeterli sağlık personelinin bulunmaması ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılmaması gibi ihmaller nedeniyle 12 bebeğin hayatını kaybettiği belirlenmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde denetim ve kontrol mekanizmalarının yetersizliğini açıkça ortaya koymakta; vatandaşlarımızın en temel hakkı olan sağlık hizmetlerinin güvence altına alınmadığını gözler önüne sermektedir.

Ülkemizde sağlık sisteminde yaşanan bu ve benzeri olayların önüne geçebilmek, denetim mekanizmalarını güçlendirmek, gerekli yasal düzenlemeleri yapmak ve sağlık kuruluşlarının uygulamalarını daha sıkı bir şekilde mercek altına alarak sorumluların hesap vermesini sağlamak amacıyla, Anayasa’nın 98’inci, TBMM İçtüzüğü’nün 104 ve 105’inci maddeleri uyarınca bir Meclis Araştırması açılmasını arz ederiz.

Gerekçe:

Türkiye genelinde çeşitli illerde, özellikle İstanbul, Tekirdağ ve Çorlu’da yaşanan ve kamuoyunu derinden sarsan yenidoğan bebeklerin yoğun bakım ünitelerinde ihmal nedeniyle hayatlarını kaybetmesi olayı, ülkemizin sağlık sisteminde ciddi bir sorunun varlığını göstermektedir.

Soruşturma kapsamında yaşanan olaylarda, çeşitli hastanelerde bebek ölümlerine ilişkin ciddi ihmallerin olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı müfettişlerinin raporlarına göre, şüpheli bebek ölümleri arasında protein ve multivitamin eksikliği olan vakalar bulunmuş, bazı hastanelerde yeterli tıbbi cihaz ve malzemelerin eksikliği raporlanmıştır. Ailelerin ifadelerine göre, hastanelerde yer olmadığı gerekçesiyle bebekler başka hastanelere sevk edilmiş, bu süreçte gerekli bilgi verilmeden erken doğum operasyonları gerçekleştirilmiştir. Sevk edilen hastanelerde yoğun bakım ünitelerinde yetersiz tedavi koşulları nedeniyle bebeklerin hayatını kaybettiği görülmüştür. Raporda, hastanelerde yaşanan olaylar, hasta yönetiminin hemşirelere devredilmesi ve bu durumun bebek ölümlerine yol

açtığına dair önemli ihmalleri içermektedir. Bir bebeğin doktoru bulunmayan yenidoğan yoğun bakımına sevk edilmesi ve burada hemşirenin müdahalede bulunması, bir diğer bebeğin kalp masajı sırasında doktorun yokluğunda olayın örtbas edilmesi gibi durumlar yaşanmıştır. Ayrıca, kritik adrenalin ilacının kullanımının engellenmesi ve temel bakımın ihmal edilmesi gibi ciddi hatalar, bebeklerin hayatını kaybetmesine sebep olmuştur. Bu olaylarda bebeklerin sağlık durumlarının kötüleşmesine rağmen, yetkili doktorlar bulunamadığı için erken müdahale sağlanamamış ve telefon görüşmeleri ile müdahale edilmeye çalışılmıştır. Soruşturma kapsamında, sağlık çalışanlarının bazı hastanelerde sistematik bir şekilde usulsüzlük yaptığı ve haksız kazanç sağladığı görülmüştür.

Yaşanan bu olaylar, ülkemizde sağlık hizmetlerinin denetimi ve düzenlenmesi konusunda eksikliklerin olduğunu göstermektedir. Özel hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde bebeklerin hayatını tehlikeye atacak şekilde yapılan sevk işlemleri, hem ailelerin hem de toplumun güvenini zedelemektedir. Bu olayların tekrarlanmaması ve sağlık sistemimizin daha güvenilir bir yapıya kavuşturulması için kapsamlı bir inceleme yapılması elzemdir. Yaşanan olaylarda bebeklerini kaybeden ailelerin büyük bir mağduriyet yaşadığı ortadadır. Söz konusu ailelerin yaşadığı travmaların yanı sıra, hukuki süreçlerdeki eksiklikler ve belirsizlikler de çözülmesi gereken diğer önemli sorunlardır.

Bebek ölümlerine yönelik soruşturmayı yürüten Cumhuriyet Savcısı'nın makam odasında tehdit edildiği iddiasıyla ilgili Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığınca başlatılan soruşturma sürmektedir. Yürütülen soruşturma sırasında, bazı şüphelilerin tahliyesinin sağlanmaması durumunda suikast tehdidi ve ailelerine zarar verme uyarılarının alınması, hukuk sistemimizdeki ciddi zaafıların bir göstergesidir. Bu durum, hem adaletin ne denli tehlikeye atıldığını hem de kamu güvenliğinin nasıl ihlal edildiğini ortaya koymaktadır.

Yukarıda belirtilen nedenler doğrultusunda, sağlık sistemindeki denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi, benzer olayların tekrarlanmaması için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, sağlık kuruluşlarının uygulamalarının daha yakından incelenmesi ve sorumluların hesap vermesi amacıyla Anayasa'nın 98'inci, TBMM İçtüzüğü'nün 104 ve 105'inci maddeleri uyarınca bir Meclis Araştırması açılmasını talep ederiz.

5. Ankara Milletvekili Kürşad ZORLU ve 19 Milletvekilinin, bazı özel hastanelerde yenidoğan ünitesindeki bebeklerin sağlık durumları üzerinden haksız kazanç elde eden bir suç örgütünün faaliyetlerinin ve olayda ihmali bulunan kişilerin tespit edilerek gerekli önlemlerin alınabilmesi amacıyla bir Meclis araştırması açılmasına ilişkin önergesi. (10/1903):

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Son dönemde basına ve kamuoyuna yansıyan, yenidoğan bebekleri hedef alan organize bir suç çetesinin hastaneler ve sağlık sistemini istismar ederek gerçekleştirdiği insanlık dışı eylemler, ülkemizi derinden sarsmıştır. Çete tarafından, bebeklerin sağlık durumları kasıtlı olarak ağır gösterilmiş, anlaşmalı hastanelere sevkleri sağlanmış ve yenidoğan bakım üniteleri maddi çıkar amacıyla adeta ticarethane gibi kullanılmıştır. Bu ihmal ve istismar sonucunda birçok bebeğin tedavi edilmeden ölüme terk edildiği iddiaları ciddi kaygı yaratmıştır. Bu vahim olayın tüm boyutlarıyla aydınlatılması, sağlık sisteminde oluşabilecek benzer istismarların önüne geçilmesi ve sorumluların adalet önüne çıkarılması amacıyla Anayasa'nın 98. İçtüzüğü'nün 104. ve 105. maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılması için gereğini arz ve teklif ederiz.

1)	Kürşad ZORLU	Ankara
2)	Rıdvan UZ	Çanakkale
3)	Hakan Şeref OLGUN	Afyonkarahisar
4)	Adnan Şefik ÇİRKİN	Hatay
5)	Erhan USTA	Samsun
6)	Yavuz AYDIN	Trabzon
7)	Şenol SUNAT	Manisa
8)	Selcan TAŞCI	Tekirdağ
9)	Ahmet Eşref FAKIBABA	Ankara
10)	Ünal KARAMAN	Konya
11)	Burhanettin KOCAMAZ	Mersin
12)	Ömer KARAKAŞ	Aydın
13)	Mehmet Mustafa GÜRBAN	Gaziantep
14)	Ersin BEYAZ	İstanbul
15)	Hasan TOKTAŞ	Bursa
16)	Turan YALDIR	Aksaray
17)	Yüksel Selçuk TÜRKOĞLU	Bursa
18)	Yasin ÖZTÜRK	Denizli
19)	Ayyüce TÜRKEŞ TAŞ	Adana
20)	Uğur POYRAZ	Antalya

Gerekçe:

İstanbul’da yürütülen ve kamuoyunda “Yenidoğan Çetesi” olarak adlandırılan soruşturmada; yenidoğan bebeklerin sağlık durumlarının kötüye kullanılarak belirli özel hastanelere sevk edildiği, yoğun bakım ünitelerinin bilinçli olarak dolu tutulduğu ve SGK’dan yüksek ödemeler alınarak dolandırıcılık yapıldığı tespit edilmiştir. Fezlekede yer alan bilgilere göre, bu süreçte bazı hastaların uygun tedavi görmeden hayatını kaybettiği, ailelerin yanıltıldığı ve özel hastanelerin gelirlerinin artırılması amacıyla sağlık personelinin haksız kazanç elde ettiği belirlenmiştir.

İddialara göre, İstanbul’daki bazı özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerini işleten suç örgütü lideri ve yöneticileri, 112 Acil Çağrı Merkezi çalışanlarıyla birlikte hareket ederek usulsüz hasta sevkleri yapmış ve bebeklerin uzun süre hastanede kalmasını sağlamıştır. Bu süreçte, ilaçların ve tıbbî malzemelerin bebekler üzerinden kullanılmış gibi gösterilip üçüncü kişilere satıldığı ve yabancı uyruklu hasta yakınlarının mağduriyetinden faydalandığı anlaşılmıştır.

Yaşanan bu skandal, sağlık hizmetleri alanında ciddi bir denetim zafiyetini ortaya koymuş ve halk sağlığını tehlikeye atan etik dışı uygulamaları gözler önüne sermiştir. Sağlık sektöründeki bu tür suistimallerin önlenmesi, ilgili kurumlar arasındaki koordinasyon eksikliğinin giderilmesi ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi amacıyla TBMM tarafından kapsamlı bir araştırma yapılması zorunludur.

Bu kapsamda; kamu kurumlarının denetim görevlerini yeterince yerine getirip getirmediğinin incelenmesi, söz konusu olayda sorumluluğu bulunan kişilerin tespit edilmesi, sağlık ve acil servis hizmetlerinde denetim ve gözetim eksikliklerinin giderilmesine yönelik politikaların geliştirilmesi, usulsüz işlemlere karşı caydırıcı önlemlerin alınması ve kamu vicdanının rahatlatılması amacıyla Anayasa’nın 98. maddesi ve TBMM İçtüzüğü’nün 104 ve 105. maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz.

6. Milliyetçi Hareket Partisi Grubu adına Grup Başkanvekilleri Nevşehir Milletvekili Filiz KILIÇ ve Manisa Milletvekili Erkan AKÇAY’ın, özel sağlık kuruluşlarında yenidoğan bebeklerin ölümüne neden olan olayların incelenerek nitelikli sağlık hizmetine erişim için yapılması gerekenlerin belirlenmesi amacıyla bir Meclis araştırması açılmasına ilişkin önergesi. (10/1904):

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Yenidoğan bebeklerin ölümüne neden olan skandalların ve özel sağlık kuruluşlarında tedavi esnasında kendini tam olarak ifade edemeyecek hastalara yönelik gerçekleştirilen suistimallerin önüne geçilmesi, özel sağlık kuruluşlarının işlem ve uygulamalarının incelenmesi, bu kuruluşların eksiklerinin tespit edilerek nitelikli sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin temin edilmesi, sorunların bütün paydaşlarla birlikte ele alınarak mevcut düzenlemelerin gözden geçirilmesi, alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin ortaya konulabilmesi amacıyla Anayasa’nın 98 inci, İçtüzüğü’nün 104 üncü ve 105 inci maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılmasını arz ederiz.

Gerekçe:

Sağlık hakkı, insanların insan oldukları için sahip oldukları en temel haklardan biri olarak kabul edilmiş, uluslararası ve ulusal hukukta kendine yer bulmuştur. Sağlık hakkı, insanların sağlıklarının korunması, hastalandıklarında iyileşmeleri, tıbbi bakım görebilmeleri ve tedavi edilebilmeleri için devletin sağladığı her türlü imkandan yararlanma hakkını ifade etmektedir. Sağlık kuruluşları için kalite standartları geliştirmek, kaliteyi arttırmak için çalışmalar yapmak sadece insanlara daha iyi tıbbi hizmet sunma sorunu değil uluslararası hukukta yaptırımları olan bir insan hakları sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1946 tarihli Anayasasında sağlık hakkı; *“mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırkı, dini, politik inancı, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin, her insanın temel haklarından biridir.”* şeklinde düzenlenmiştir.

“Sağlık hakkı” öncelikle devlete, daha sonra da sağlık çalışanlarına ve toplumun diğer kesimlerine, hatta uluslararası topluma sorumluluklar yükler. Anayasamızın 17 nci maddesi; *Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller, dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz.*” hükmünü, 56 ncı maddesi ise *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek*

Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” hükmünü içermektedir. Bu hükümler doğrultusunda, sağlık hakkının tesisine ilişkin devlete anayasal olarak yükümlülükler getirilmiştir.

İstanbul ve Tekirdağ’da yaşanan ve haksız kazanç elde etmek maksadıyla hareket eden bir suç örgütünün masum bebeklerimizin hayatı üzerinden kurduğu plan ve uyguladığı vahşi ve alçakça eylemler hepimizi derinden yaralamıştır. Bazı özel hastanelerin yenidoğan bakım üniteleri kiralanarak gayri insani ve uygun olmayan koşullarla bebek ölümlerine neden olduğu ve sosyal güvenlik kurumunu zarara uğrattığının tespit edilmesi üzerine, adli makamlar harekete geçerek ilgili kişiler hakkında soruşturma başlatılmış ve olaylara karışan hastanelerin lisansları iptal edilmiştir.

Türk ailesinde çocuk, en kıymetli, en önemli ve en sağlıklı yeri alır. Bizim geleneklerimizde çocuk mukaddes bir emanet kabul edilir ve çocuk bu anlayışa göre hazırlanıp yetiştirilir. Çocuklar geleceğimizin güvencesi, yaşama sevincimizdir. Bugünün çocuğunu, yarının büyüğü olarak yetiştirmek hepimizin insanlık görevidir. Çocuklar her türlü ihmal ve istismardan korunmalı, "onlar her koşulda yetişkinlerden daha özel ele alınmalıdır. Bu sebeptir ki çocuklarımıza yapılan vahşet toplumumuzun geleceğine yönelik bir kastı da içermektedir.

Bununla beraber adeta düğmeye basılmışçasına kadınlara, bebeklere, çocuklara yönelik saldırı ve cinayetler furiasının seriye bağlanması, ardından eş zamanlı olarak toplumsal infialin kışkırtılıp bunun da siyasi propaganda aparatı olarak kullanılması başka bir tertibin ihtimalini de akla getirmektedir.

Bu bağlamda, özel sağlık kuruluşlarının işlem ve uygulamalarının incelenmesi, bu kuruluşların eksiklerinin tespit edilerek nitelikli sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin temin edilmesi, sorunların bütün paydaşlarla birlikte ele alınarak mevcut düzenlemelerin gözden geçirilmesi, alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin ortaya konulabilmesi amacıyla Anayasa’nın 98 inci, İçtüzüğü’nün 104 üncü ve 105 inci maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılmasını arz ederiz.

TAKDİM YAZISI

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞI

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması,
Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım
Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin
Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu
(10 / 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904)

Sayı: Z-29815732-130.05-1778359

14.01.2026

Konu: Komisyon Raporu

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle
Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili
Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken
Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan 10 / 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904 Esas
Numaralı Meclis Araştırması Komisyonu Anayasa'nın 98 inci ve İçtüzük'ün 104 ve 105 inci
maddeleri çerçevesinde çalışmalarını tamamlamış bulunmaktadır.

20.11.2024 tarihinde göreve başlayan Komisyonun yaptığı çalışmalar sonucunda
düzenlediği Rapor ekte sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

Saygılarımla.

İshak ŞAN

Adıyaman Milletvekili

Komisyon Başkanı

KOMİSYONUN KURULUŞU VE ÇALIŞMALARI

A. MECLİS ARAŞTIRMASI ÖNERGELERİNİN KONUSU VE ÖZETİ

28. Yasama Dönemi’nde, “*Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi*” amacıyla verilen:

Sivas Milletvekili Abdullah Güler ve 51 Milletvekilinin (10/1899), Cumhuriyet Halk Partisi Grubu adına Grup Başkanvekilleri Mersin Milletvekili Ali Mahir BAŞARIR, Ankara Milletvekili Murat EMİR ve İstanbul Milletvekili Gökhan GÜNAYDIN’ın (10/1900), Halkların Eşitlik ve Demokrasi Partisi Grubu adına Grup Başkanvekilleri Muş Milletvekili Sezai TEMELLİ ve Kars Milletvekili Gülüstan KILIÇ KOÇYİĞİT’in (10/1901), Saadet Partisi Grubu adına Grup Başkanvekili İstanbul Milletvekili Bülent KAYA’nın (10/1902), Ankara Milletvekili Kürşad ZORLU ve 19 Milletvekilinin (10/1903), Milliyetçi Hareket Partisi Grubu adına Grup Başkanvekilleri Nevşehir Milletvekili Filiz KILIÇ ve Manisa Milletvekili Erkan AKÇAY’ın (10/1904) esas numaralı önergelerinin 22.10.2024 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulu tarafından kabul edilmesiyle “*Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi*” amacıyla Meclis Araştırma Komisyonu kurulmuştur.

20.11.2024 tarihinde çalışmalarına başlayan söz konusu Meclis Araştırması Komisyonunun kurulmasına yönelik önergelerin gerekçeleri incelendiğinde özetle;

- Sağlık hakkının, en temel haklardan biri olarak kabul edilerek uluslararası ve ulusal hukukta kendine yer bulduğu; bu çerçevede sağlık kuruluşları için kalite standartları geliştirmek ve kaliteyi artırmak için çalışmalar yapmanın sadece insanlara daha iyi tıbbi hizmet sunma sorunu değil, uluslararası hukukta yaptırımları olan bir insan hakları sorunu olduğu,
- Son dönemde basına ve kamuoyuna yansıyan, yenidoğan bebekleri hedef alan organize bir suç çetesinin hastaneler ve sağlık sistemini istismar ederek gerçekleştirdiği insanlık dışı eylemlerin ülkemizi derinden sarstığı,
- İstanbul’da yürütülen ve kamuoyunda “Yenidoğan Çetesi” olarak adlandırılan soruşturmada; yenidoğan bebeklerin sağlık durumlarının kötüye kullanılarak belirli özel hastanelere sevk edildiği, yoğun bakım ünitelerinin bilinçli olarak dolu

tutulduğu ve SGK'dan yüksek ödemeler alınarak dolandırıcılık yapıldığının tespit edildiği,

- Çete tarafından, bebeklerin sağlık durumlarının kasıtlı olarak ağır gösterildiği, anlaşmalı hastanelere sevkleri sağlanarak yenidoğan bakım ünitelerinin maddi çıkar amacıyla kullanıldığı,
- Bazı hastaların uygun tedavi görmeden hayatını kaybettiği, ailelerin yanıltıldığı ve özel hastanelerin gelirleri artırılarak sağlık personelinin haksız kazanç elde ettiği,
- İddialara göre, İstanbul'daki bazı özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerini işleten suç örgütü lideri ve yöneticilerinin, 112 Acil Çağrı Merkezi çalışanlarıyla birlikte hareket ederek usulsüz hasta sevkleri yaptığı ve bebeklerin uzun süre hastanede kalmasını sağladığı,
- Bu süreçte, ilaçların ve tıbbi malzemelerin bebekler üzerinden kullanılmış gibi gösterilip üçüncü kişilere satıldığı ve yabancı uyruklu hasta yakınlarının mağduriyetinden faydalanıldığı,
- Sağlık sektöründeki bu tür suiistimallerin önlenmesi, ilgili kurumlar arasındaki koordinasyon eksikliğinin giderilmesi ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi amacıyla TBMM tarafından kapsamlı bir araştırma yapılmasının zorunlu olduğu,
- Özellikle özel sağlık kuruluşlarında başta yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılar gibi teşhis ve tedavi esnasında kendisini tam olarak ifade edemeyebilecek hastalara yönelik gerçekleştirilen suiistimallerin, bu kuruluşların hukuki ve idari açılardan değerlendirilmesi zorunluluğunu ortaya koyduğu,
- Bu bağlamda, özel sağlık kuruluşlarının yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılarla ilgili işlem ve uygulamalarının incelenmesi, bu kuruluşların eksiklerinin tespit edilerek nitelikli sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin temin edilmesi, sorunların bütün paydaşlarla birlikte ele alınarak mevcut düzenlemelerin gözden geçirilmesi, alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin ortaya konulabilmesi amacıyla Anayasa'nın 98 inci, İçtüzüğü'nün 104 üncü ve 105 inci maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılması gerektiği,

hususlarına yer verilmiştir.

B. KOMİSYONUN KURULUŞU, GÖREV SÜRESİ VE KOMİSYON ÜYELERİ

Anayasa'nın 98 inci, Türkiye Büyük Millet Meclisi İçtüzüğü'nün 104 ve 105 inci maddeleri gereğince verilmiş olan 10 / 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904 esas numaralı Meclis araştırması önermeleri, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 22.10.2024 tarihli 10'uncu Birleşiminde görüşülmüştür. Bu görüşmelerden sonra, önermelerde belirtilen hususlarla ilgili bir Meclis Araştırması Komisyonu kurulmasına karar verilmiştir. Türkiye Büyük Millet Meclisinin bu konudaki 1430 sayılı Kararı 24.10.2024 tarihli ve 32702 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Söz konusu Kararda; Meclis Araştırması Komisyonunun 22 üyeden oluşması, Komisyonun çalışma süresinin başkan, başkanvekili, sözcü, kâtip seçimi tarihinden başlamak üzere 3 ay olması ve gerektiğinde çalışmalarını Ankara dışında da yapabileceği hususlarına yer verilmiştir.

Türkiye Büyük Millet Meclisinin 12.11.2024 ve 13.11.2024 tarihli 17'nci ve 18'inci Birleşiminde Komisyon üye seçimi yapılmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisinin bu konudaki 1435 sayılı Kararı 21.11.2024 tarihli ve 32729 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

Komisyon, Meclis Başkanlığının çağrısı üzerine yapılan 20.11.2024 tarihli ilk toplantısında Komisyon Başkanı, Başkanvekili, Sözcü ve Kâtip seçimini gerçekleştirmiştir. Komisyon bu toplantıda, hazır bulunan üyeler arasından en yaşlı üye sıfatıyla Manisa Milletvekili Şenol SUNAT'ın geçici başkanlığında toplanmıştır. Yapılan gizli oylama sonucu Komisyon Başkanlığına Adıyaman Milletvekili İshak ŞAN, Başkanvekilliğine Uşak Milletvekili İsmail GÜNEŞ, Komisyon Sözcülüğüne İstanbul Milletvekili Ümmügülşen ÖZTÜRK, Komisyon Kâtipliğine Adana Milletvekili Ayşe Sibel ERSOY seçilmiş ve Komisyon çalışmalarına başlamıştır.

Komisyonla verilen 3 aylık çalışma süresinin sonuna yaklaştığında, konunun kapsamlı bir çalışma gerektirmesi dikkate alınarak bu süre içinde inceleme, araştırma ve rapor yazım sürecinin bitmeyeceğinin anlaşılması üzerine; Komisyonun 12.02.2025 tarihli kararıyla bir aylık ek süre istenmesine karar verilmiştir. Komisyon, TBMM İçtüzüğü'nün 105 inci maddesinin ikinci fıkrası gereğince, 20.02.2025 tarihinden geçerli olmak üzere, 1 aylık ek süre istenmesine karar vermiştir. Komisyonun bu Kararı doğrultusunda, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 13.02.2025 tarihli 57'nci Birleşiminde aldığı 1442 sayılı Kararı ile Komisyonun çalışma süresi; 20.02.2025 tarihinden itibaren 1 ay uzatılmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisinin bu konudaki Kararı 14.02.2025 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Komisyon görev süresi 20.03.2025 tarihinde sona ermiştir.

Komisyon Üyeleri ve Seçim Çevreleri

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümlerinin Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan 10 / 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904 Esas Numaralı Meclis Araştırması Komisyonu

BAŞKAN



İshak ŞAN
Adıyaman

BAŞKANVEKİLİ



İsmail GÜNEŞ
Uşak

SÖZCÜ



Ümmügülşen ÖZTÜRK
İstanbul

KÂTİP



Ayşe Sibel ERSOY
Adana

KOMİSYON ÜYELERİ



Hasan ARSLAN
Afyonkarahisar



Aylin YAMAN
Ankara



Orhan ATEŞ
Bayburt



Kayıhan PALA
Bursa



Pelin YILIK
Çankırı



Ceylan AKÇA
CUPOLO
Diyarbakır



Erol KELEŞ
Elazığ



Seda GÖREN BÖLÜK
İstanbul



Şengül KARSLI
İstanbul



Turan Taşkın ÖZER
İstanbul



Sevan SIVACIOĞLU
İstanbul



Halit YEREBAKAN
İstanbul



İrfan KARATUTLU
Kahramanmaraş



**Ömer Faruk
GERGERLİOĞLU**
Kocaeli



Sadettin HÜLAGÜ
Kocaeli



Şenol SUNAT
Manisa



Murat ÇAN
Samsun



Ali KARAOBA
Uşak

C. KOMİSYON ÇALIŞMA SÜRECİ HAKKINDA USUL VE ESASLAR

Komisyon; başkan, başkanvekili, sözcü ve kâtip seçiminin yapıldığı 20.11.2024 tarihinden itibaren çalışmalarına başlamıştır. Komisyon Başkanının önerisi üzerine ilk toplantıda Komisyon çalışmaları için gerekli olan kararlar alınmıştır.

Komisyonun 20.11.2024 tarihinde yaptığı ilk toplantısında;

1. Komisyonun gerekli görmesi hâlinde, Komisyon olarak ya da oluşturulacak alt komisyonlar marifetiyle mahallinde inceleme ve araştırmalar yapmasına,
 2. Komisyon toplantılarında ve Ankara dışı çalışmalarda tam tutanak tutulmasına,
 3. Komisyonun Genel Kurul çalışma saatlerinde de çalışma yapabilmesi için Meclis İçtüzüğü'nün 35 inci maddesi uyarınca Başkanlık Divanı'ndan izin istenmesine,
 4. Komisyonun uygun gördüğü çalışmalarını kamuoyuna duyurabilmek amacıyla internet sitesi kurulmasına ve e-posta adresi alınmasına,
 5. Komisyon süresince ilgili kurum ve kuruluşlardan konu ile ilgili uzman görevlendirilmesine ilişkin işlemlerin ve yazışmaların yapılmasında, verilen öneriler doğrultusunda davet edilecek kişi ve kurumların tespiti hususlarında Komisyon Başkanlığının yetkili kılınmasına,
 6. Ankara dışında yapılacak inceleme ve çalışmalara belirlenecek komisyon uzmanları ile kamu kurum ve kuruluşlarından görevlendirilen personelin katılmasına,
 7. Rapor yazımında Komisyon Başkanlığı'na redaksiyon yetkisi verilmesine,
 8. Ankara'da yapılan Komisyon toplantılarına bilgi vermek üzere çağrılan davetliler ile diğer kurum ve kuruluşlardan görevlendirilen uzmanların ulaşım ve iade bedellerinin karşılanmasına,
- karar verilmiştir.

D. KOMİSYON ÇALIŞMALARI SÜRECİ

Komisyonun çalışmaları süresince 12 toplantı gerçekleştirilmiş; ilgili kurum ve kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ve akademisyenler davet edilerek araştırma konusu hakkında görüş ve önerileri dinlenmiş; Komisyon çalışmalarında ve rapor yazımında yararlanmak amacıyla ilgili kurum ve kuruluşlardan bilgi notu ve raporlar temin edilmiştir.

Komisyon çalışma süresi boyunca 4 yerinde inceleme ziyareti gerçekleştirmiştir. İlk olarak, 31 Ocak-01 Şubat 2025 tarihinde İstanbul’da ve 21-22 Şubat 2025 tarihinde İzmir’de kapsamlı çalışma ziyaretleri gerçekleştirerek yerinde incelemelerde bulunmuş, 27 Şubat 2025 tarihinde Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’ne çalışma ziyareti gerçekleştirmiş ve 15-17 Mart 2025 tarihinde Gaziantep’te bir çalışma ziyaretleri gerçekleştirerek yerinde incelemelerde bulunmuş ve ayrıca; Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş ve Şanlıurfa illerinden geniş katılımla ‘Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri Çalıştayı’ gerçekleştirmiştir.

Çalışmalar neticesinde oluşturulan Taslak Komisyon Raporu, Komisyon üyelerine 07.10.2025 tarihinde dağıtılmıştır. Komisyon üyeleri bu Taslak Rapor üzerindeki değerlendirme ve görüşlerini ise; 04.11.2025 tarihine kadar Komisyon Başkanlığına iletmışlerdir.

Üyelerden gelen öneri ve görüşler çerçevesinde nihai şekli verilen söz konusu Komisyon Raporu 14.01.2026 tarihinde TBMM Başkanlığı’na sunulmuştur.

D.1. Komisyonunda Yapılan Toplantıların Konusu, Bilgi Alınanlar ve Tutanaklar

Komisyonunda yapılan Başkanlık Divanı Seçimi ve sonrasında yapılan 12 Komisyon Toplantısına ilişkin tablo ve açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

D.1.1. 20.11.2024 Tarihli Başkan, Başkanvekili, Sözcü ve Kâtip Seçimi

20.11.2024 tarihli ilk toplantıda Komisyon başkanı, başkanvekili, sözcü ve kâtibinin seçimi gerçekleştirilmiştir. Komisyon Başkanlığına Adıyaman Milletvekili İshak ŞAN, Başkanvekilliğine Uşak Milletvekili İsmail GÜNEŞ, Komisyon Sözcülüğüne İstanbul Milletvekili Ümmügülşen ÖZTÜRK, Komisyon Kâtipliğine Adana Milletvekili Ayşe Sibel ERSOY seçilmiştir. Söz konusu toplantıda Komisyon çalışmaları için gerekli olan, yukarıda “Komisyon Çalışma Süreci Hakkında Usul ve Esaslar” başlığı altında belirtilen kararlar alınmıştır.

D.1.2. 27.11.2024 Tarihli (1.) Toplantı

Komisyonun çalışma programının belirlenmesi, Komisyonunda görevlendirilecek uzmanların değerlendirilmesi, Komisyonunda dinlenecek kamu kurum ve kurumları, meslek

örgütleri, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ile diğer ilgili kişilerin tespit edilmesi konuları görüşülmüştür.

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4049>

D.1.3. 05.12.2024 Tarihli (2.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Dr. Yasin ERKOÇ	Sağlık Bakanlığı / Bakan Yardımcısı
Hüseyin Kürşat KIRBIYIK	Sağlık Bakanlığı / Bakan Yardımcısı
Erkan HACİFAZLIOĞLU	Sağlık Bakanlığı / Teftiş Kurulu Başkanı
Av. Ülker KUĞU	Sağlık Bakanlığı / Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü
Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU	Sağlık Bakanlığı / Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Uzm. Dr. Eray ÇINAR	Sağlık Bakanlığı / Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Doç. Dr. Muhammed ATAK	Sağlık Bakanlığı / Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürü
Uzm. Dr. Emrah CEVİZ	Sağlık Bakanlığı / Kamu Hastaneleri Genel Müdürlü

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4057>

D.1.4. 08.01.2025 Tarihli (3.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Adnan ERTEM	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Bakan Yardımcısı
Raci KAYA	SGK Başkanı
Bülent Uğur ECEVİT	SGK / Rehberlik ve Teftiş Başkanı
Murat ÇAKIR	SGK / İkinci Rehberlik ve Teftiş Başkan Yardımcısı
Doç. Dr. Eren USUL	SGK / Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü
Ayfer ÖZDEMİR TEFON	SGK / Hukuk Müşaviri
Harun SERTBAŞ	İstanbul SGK İl Müdürlü
Şule KINÇAK	İstanbul SGK İl Müdür Yardımcısı
Erdoğan ÇAYIR	SGK / İzleme, Risk ve Kalite Yönetimi Daire Başkanı
Fırat Erdem ERDOLU	SGK / Sözleşme ve Uygulama Daire Başkanı

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4072>

D.1.5. 14.01.2025 Tarihli (4.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Prof. Dr. Alpay AZAP	Türk Tabipleri Birliği Başkanı
Prof. Dr. Osman KÜÇÜKOSMANOĞLU	İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Esin KOÇ	Türk Neonatoloji Derneği Başkanı
Dr. Reşat BAHAT	Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği Başkanı
Ömer Yavuz NAMLI	Özel Hastaneler Platformu Derneği Başkanı
Doç. Dr. Gülçin TÜRKMEN SARIYILDIZ	Medicana International Ankara Hastanesi Genel Müdürü

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4075>

D.1.6. 29.01.2025 Tarihli (5.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Prof. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ	Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Üyesi
Prof. Dr. Şerife Suna OĞUZ	Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Üyesi
Prof. Dr. Şule YİĞİT	Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Üyesi
Prof. Dr. İstemi Han ÇELİK	Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Üyesi
Prof. Dr. Sema TURAN	Klinik Yoğun Bakım Derneği Başkanı
Doç. Dr. Hayriye CANKAR DAL	Klinik Yoğun Bakım Derneği Yönetim Kurulu Üyesi
Doç. Dr. Gürhan TAŞKIN	Klinik Yoğun Bakım Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4088>

D.1.7. 05.02.2025 Tarihli (6.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Ayşe ÖZER ULU	Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği Başkanı
Enes DAĞ	Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği Başkan Yrd.
Selim YILDIRIM	Sosyal Güvenlik Müfettişleri Derneği Başkan Yrd.
Dr. Hemşire Semine AYDOĞAN	Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Genel Sekreteri
Dr. Öğr. Görevlisi Banu KATRAN	Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu Üyesi
Prof. Dr. Tuğhan UTKU	Türk Yoğun Bakım Derneği Başkanı
Prof. Dr. Kubilay DEMİRĞAÇ	Türk Yoğun Bakım Derneği Genel Sekreteri

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4095>

D.1.8. 12.02.2025 Tarihli (7.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Mehmet YILMAZ	Adalet Bakanlığı / Bakan Yardımcısı
Oğuzhan YAŞAR	Adalet Bakanlığı / Ceza İşleri Genel Müdürü
Ömer DEMİRCİ	Adalet Bakanlığı / Ceza İşleri Genel Müdür Yardımcısı
Yusuf ÇELİK	Adalet Bakanlığı / Ceza İşleri Genel Müdürlüğü - Daire Başkanı
Mehmet Halil YILDIZ	Adalet Bakanlığı / Mevzuat Genel Müdürlüğü - Daire Başkanı
Furkan USLU	Adalet Bakanlığı / Ceza İşleri Genel Müdürlüğü - Memur
Prof. Dr. Özlem TEKŞAM	Türk Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Başkanı (Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı Başkanı)
Prof. Dr. Okşan DERİNÖZ GÜLERYÜZ	Türk Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Genel Sekreteri (Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı Başkanı)
Prof. Dr. Alkan BAL	Türk Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Üyesi (Manisa Celal Bayar Üni. Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı Başkanı)

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4102>

D.1.9. 19.02.2025 Tarihli (8.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Prof. Dr. Ümit KERVAN	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanı
Doç. Dr. Bayram DEMİR	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Başkanı
Ahmet ZENGİN	TÜSEB Genel Sekreteri
Banu KÜÇÜKEL	Türkiye Sağlık Hizmetleri Meclisi Başkanı (OHSAD Başkan Yardımcısı)

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4110>

D.1.10. 26.02.2025 Tarihli (9.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Prof. Dr. Ayhan TAŞTEKİN	İstanbul Medipol Üniversitesi, Uluslararası Tıp Fakültesi Dâhili Tıp Bilimleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uluslararası Tıp Fakültesi Dekanı
Prof. Dr. Ömer ERDEVE	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dâhili Tıp Bilimleri Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneler Başhekim Yardımcısı
Prof. Dr. Fatma Begüm ATASAY	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dâhili Tıp Bilimleri Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Ercan TUTAK	Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Yenidoğan Yoğunbakım Eğitim ve İdare Sorumlusu

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4115>

D.1.11. 05.03.2025 Tarihli (10.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Prof. Dr. Sabahattin ERTUĞRUL	Diyarbakır Dicle Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf Ünal SARIKABADAYI	Gaziantep Sanko Vakıf Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ebru YÜCESOY BAĞDİKEN	Şanlıurfa Harran Üniversitesi

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4121>

D.1.12. 12.03.2025 Tarihli (11.) Toplantı

Konu hakkında aşağıda isim ve unvanı belirtilen kişiler dinlenmiştir.

Kişi	Kurumu/Görevi
Sevim SAYIM MADAK	Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) Bakan Yardımcısı
Dr. Yasin AKAR	ASHB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü
Av. Özge AYDIŞ TOY	ASHB Hukuk Hizmetleri Genel Müdürü
Prof. Dr. İsmail Mete İTİL	Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Başkanı / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı
Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi Başhekim
Prof. Dr. Şevki ÇELEN	Ankara Etik Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi Perinatoloji Kliniği Eğitim Sorumlusu

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4133>

D.1.13. 19.03.2025 Tarihli (12.) Toplantı

Toplantıda; Komisyon Başkanı İshak ŞAN tarafından, Komisyonun bugüne kadar yaptığı çalışmalara, çalışma süresinin 20.03.2025 tarihinde sona ereceğine, bugünkü toplantının son resmî toplantı olduğuna ve Komisyonun bugünkü gündemine ilişkin açıklama yapılmış, Komisyon raporunda yer verilebilecek hususların değerlendirilerek önerilerin alınmasına ilişkin görüşme gerçekleştirilmiştir.

İlgili toplantının tam tutanağına aşağıdaki adresten erişilebilmektedir:

<https://www.tbmm.gov.tr/Tutanaklar/TutanakGoster/4140>

D.2. Çalışma Ziyaretleri, Yerinde İncelemeler ve Diğer Faaliyetler

Komisyonun gerçekleştirdiği çalışma ziyaretleri, yerinde incelemeler ve diğer faaliyetlere ilişkin açıklamalar aşağıdadır.

D.2.1. 31.01.2025-01.02.2025 Tarihli İstanbul Çalışma Ziyareti

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu tarafından; Komisyonun araştırma alanına dair uygulamaların yerinde incelenmesi ve sorunların tespit edilmesi amacıyla 31 Ocak-01 Şubat 2025 tarihlerinde İstanbul iline çalışma ziyareti gerçekleştirilmiştir. Çalışma ziyaretine Komisyon Başkanı Adıyaman Milletvekili İshak ŞAN, Komisyon Sözcüsü İstanbul Milletvekili Ümmügülşen ÖZTÜRK, Ankara Milletvekili Aylin YAMAN, Bayburt Milletvekili Orhan ATEŞ, Bursa Milletvekili Kayıhan PALA, Elazığ Milletvekili Erol KELEŞ, İstanbul Milletvekili Seda GÖREN BÖLÜK, İstanbul Milletvekili Şengül KARSLI, İstanbul Milletvekili Halit YEREBAKAN, Kocaeli Milletvekili Ömer Faruk GERGERLİOĞLU, Kocaeli Milletvekili Sadettin HÜLAGÜ, Manisa Milletvekili Şenol SUNAT ve Uşak Milletvekili Ali KARAOBA olmak üzere 13 milletvekili, Komisyon uzmanları ve diğer TBMM personeli katılım sağlamıştır.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından 31.01.2025 tarihinde ilk olarak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ziyaret edilmiştir. İstanbul İl Sağlık Müdürü Doç. Dr. Abdullah Emre GÜNER ve diğer İl Sağlık Müdürlüğü yetkililerinin de hazır bulunduğu ziyarette heyete İl Sağlık Müdürlüğü tarafından il sağlık göstergeleri hakkında ayrıntılı bilgilendirmelerde bulunulmuştur.

İl Sağlık Müdürü Doç. Dr. Abdullah Emre GÜNER tarafından yapılan bilgilendirmede; 2025 itibarıyla İstanbul’da 53 kamu hastanesi, 31 semt polikliniği, 6 kamu üniversitesi hastanesi, 12 vakıf üniversitesi hastanesi ve 144 özel hastanenin mevcut olduğu, Adalar ilçesi dışında 38 ilçe sağlık müdürlüğü ve 1 toplum sağlığı merkezi bulunduğu, 2024 yılı itibarıyla toplam 45.962 yatağın mevcut olduğu ve bunların 24.351’inin kamu hastanelerinde bulunduğu, ayrıca 8.664 tane yoğun bakım yatağından 3.581’inin ve 2.601 yenidoğan yoğun bakım yatağından 656’sının kamu hastanelerinde bulunduğu, 2024 yılında 2.145 olağan, 1.261 olağan dışı denetim olmak üzere toplam 3.406 denetim yapıldığı, yapılan denetimler neticesinde 70 milyondan fazla idari para cezası uygulandığı ve bunların 26 milyon 800 binden fazlasının yenidoğan yoğun bakımlara istinaden uygulandığı ifade edilmiştir. Ayrıca anne ve bebek ölüm hızları, yoğun bakım servislerinin asgari donanım ve personel standartları, sağlık tesislerinin denetim türleri, denetim mevzuatı, ASKOM

toplantıları ve Komisyonun araştırma kapsamındaki olayların denetim, inceleme ve soruşturma süreçlerine ilişkin detaylı bilgi paylaşılmıştır.

İstanbul SGK İl Müdürlüğü Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından aynı gün İstanbul SGK İl Müdürlüğü ziyaret edilmiştir. İstanbul SGK İl Müdürü Harun SERTBAŞ, İl Müdür Yardımcısı Şule KINÇAK ve diğer kurum yetkililerinin de hazır bulunduğu ziyarette heyete SGK İl Müdürlüğü tarafından sağlık hizmet sunucularına verilen hizmetlere ilişkin ayrıntılı bilgilendirmelerde bulunulmuştur.

İstanbul SGK İl Müdürü Harun SERTBAŞ tarafından heyete yapılan sunumda; eczane, medikal sayıları ve ödeme tutarları, medikal, işitme, optik, protez sözleşmeli firma sayıları, bölge sağlık kurulları, yenidoğan soruşturması kapsamında İstanbul SGK İl Müdürlüğünce yapılan işlemler hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Ayrıca Anestezi ve Reanimasyon Uzm. Dr. Hayriye YILMAZ tarafından yenidoğan yoğun bakım işlemlerinin denetimi uygulamalı bir şekilde Komisyon heyeti ile paylaşılmıştır.

İstanbul Anadolu İl Ambulans Servisi Başhekimliği Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından aynı gün İstanbul Anadolu İl Ambulans Servisi Başhekimliği ziyaret edilmiştir. İstanbul İl Sağlık Müdürü Doç. Dr. Abdullah Emre GÜNER, İl Ambulans Servisi Başhekimi Dr. Murat LAFCI ve diğer müdürlük yetkililerinin hazır bulunduğu ziyarette 112 Komuta Kontrol Merkezi yerinde incelenerek acil çağrı karşılama ve yönlendirme süreçleri, personel yapısı ve çalışma düzeni, olaylara müdahale süreleri ve koordinasyona ilişkin bilgi alınmıştır.

İstanbul 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürlüğü Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından 01.02.2025 tarihinde İstanbul 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürlüğü ziyaret edilmiştir. Söz konusu ziyaret kapsamında heyet, yenidoğan bebeklerini kaybeden bazı ailelerle özel bir görüşme de gerçekleştirmiştir. Ailelerin yaşadığı mağduriyetler; Komisyon üyeleri ve yenidoğan uzmanları tarafından dinlenmiş, vakalara ilişkin süreçler detaylı şekilde not edilmiştir.

Ardından 112 Acil Çağrı Merkezi yerinde incelenmiş, acil durumlarda koordinasyon ve çalışma yöntemine ilişkin bilgi alınmış ve istişarelerde bulunulmuştur.

D.2.2. 21-22.02.2025 Tarihli İzmir Çalışma Ziyareti

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu tarafından;

Komisyonun araştırma alanına dair uygulamaların yerinde incelenmesi ve sorunların tespit edilmesi amacıyla 21-22 Şubat 2025 tarihlerinde İzmir iline çalışma ziyareti gerçekleştirilmiştir. Çalışma ziyaretine Komisyon Başkanı Adıyaman Milletvekili İshak ŞAN, Komisyon Kâtibi Ayşe Sibel ERSOY, Afyonkarahisar Milletvekili Hasan ARSLAN, Ankara Milletvekili Aylin YAMAN, Bursa Milletvekili Kayıhan PALA, Elazığ Milletvekili Erol KELEŞ, Kahramanmaraş Milletvekili İrfan KARATUTLU, Kocaeli Milletvekili Ömer Faruk GERGERLİOĞLU ve Uşak Milletvekili Ali KARAÖBA olmak üzere 9 milletvekili, Komisyon uzmanları ve diğer TBMM personeli katılım sağlamıştır.

İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından 21.02.2025 tarihinde ilk olarak İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi ziyaret edilmiştir. İzmir İl Sağlık Müdürü Dr. Mehmet Burak ÖZTOP, Acil Sağlık Hizmetleri Başkanı Ali ÖZBUDAK, Sağlık Hizmetleri Başkanı Hüseyin BOZDEMİR, Acil Sağlık Hizmetleri Başhekim Yardımcısı Tamer HATİPOĞLU, İl Ambulans Servisi Başhekim Mehmet EFE, AÇM Sağlık Koordinatörü Duygu YILMAZ, Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Özel Hastaneler Birim Sorumlusu Özge YEŞİLDAĞ, Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Denetim Birim Sorumlusu Selma GÜVENÇ ve diğer il sağlık müdürlüğü yetkililerinin de hazır bulunduğu ziyarette; heyete İzmir ilinde yürütülen sağlık hizmetlerinin genel durumu, yoğun bakım üniteleri, denetim süreçleri ve yenidoğan nakil sistemi hakkında detaylı bir sunum yapılmıştır.

İzmir İl Sağlık Müdürü Dr. Mehmet Burak ÖZTOP tarafından yapılan sunumda; 2025 yılı itibarıyla İzmir’de 34 kamu hastanesi, 29 özel hastane, 2 üniversite hastanesi, 1 belediye hastanesi ve çeşitli sayılarda ağız dış sağlığı merkezleri, tıp merkezleri, poliklinikler ve muayenehaneler olmak üzere İzmir’in geniş bir sağlık altyapısına sahip olduğu, kamu hastanelerinde 8.645, özel hastanelerde 2.936 ve kamu üniversite hastanelerinde yaklaşık 2.800 yatak kapasitesi olduğu ve ildeki yatakların yaklaşık yüzde 72’sinin kamu hastanelerine ait olduğu belirtilmiştir. Yoğun bakım yatakları detaylandırıldığında; özel hastanelerde yenidoğan yoğun bakım yatak sayısının 356, kamu hastanelerinde ise 241 olduğu, ayrıca kamu hastanelerinde dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım üniteleri bulunurken özel hastanelerde ise bu seviyenin bulunmadığı ifade edilmiştir. Yine 2024 yılı içerisinde yenidoğan denetim sayılarına bakıldığında 20 özel hastane, 13 kamu hastanesi olmak üzere toplam 33 sağlık kuruluşuna olağan denetim ve 9 özel hastaneye 42 olağan dışı denetim uygulandığı, 2024 Kasım ayında sevk oranı yüksek olan 6 özel hastaneye yönelik olağan dışı denetim yapıldığı ve herhangi bir olumsuzluk tespit edilmediği, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nün

2021 yılında “Yenidoğan Nakil Takip Sistemi” başlattığı, bu sistem sayesinde hastaların uygun sağlık tesislerine doğru zamanda nakledilmesinin sağlandığı ifade edilmiştir.

Sunumun ardından Komisyon heyeti tarafından yenidoğan yoğun bakım üniteleri yerinde incelenerek; ünitelerinin kapasitesi, fiziksel koşulları, donanımı ve işleyişi hakkında bilgi alınmıştır.

İzmir SGK İl Müdürlüğü Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından aynı gün İzmir SGK İl Müdürlüğü ziyaret edilmiştir. Ziyarete; İzmir İl Müdür Yardımcıları Celalettin ÖZKAN ve Meltem USLU BOLCA, Kemeraltı SSGM Müdürü Dr. Ceyhun YAVUZ, Alsancak SSGM Müdürü Dr. Mehmet Hüseyin KORKUSUZ, Kordon SSGM Müdürü Ecz. Ayşe Pınar ARIKAN ve diğer müdürlük yetkilileri hazır bulunmuştur.

Kemeraltı SSGM Müdürü Dr. Ceyhun YAVUZ tarafından fatura inceleme süreci, itiraz inceleme komisyonu iş akış şeması, 2023-2024 yılı özel sağlık hizmet sunucuları toplam müracaat sayıları ve fatura tutarları, izleme ve değerlendirme birimi denetim iş akışı, sözleşme birimi cezai müeyyide komisyonu iş akışı, 2022-2023-2024 yıllarında cezai müeyyide uygulanan işlem sayısı ve ceza tutarları, cezai müeyyide uygulanan işlem konuları, yoğun bakım ile ilgili uygulanan cezai işlem ve tespitler hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmıştır.

İzmir 112 Çağrı Merkezi Müdürlüğü Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından 22.02.2025 tarihinde İzmir Valiliği 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürlüğü ziyaret edilmiştir. Söz konusu ziyaret kapsamında Acil Çağrı Merkezi yerinde incelenmiş, acil durumlarda koordinasyon ve çalışma yöntemine ilişkin bilgi alınmış ve istişarelerde bulunulmuştur. Acil çağrılara verilen yanıt süreleri, vaka yönetimi, sağlık hizmetlerinin sevk ve yönlendirilmesi konularında merkez yetkililerinden bilgi alınmış, mevcut uygulamalara dair istişarelerde bulunulmuştur.

D.2.3. 27.02.2025 Tarihli Ankara Çalışma Ziyareti

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu tarafından; Komisyonun araştırma alanına dair uygulamaların yerinde incelenmesi ve sorunların tespit edilmesi amacıyla 27.02.2025 tarihinde Ankara ilinde çalışma ziyareti gerçekleştirilmiştir. Çalışma ziyaretine Komisyon Başkanı Adıyaman Milletvekili İshak ŞAN, Komisyon Kâtibi

Ayşe Sibel ERSOY, Afyonkarahisar Milletvekili Hasan ARSLAN, Ankara Milletvekili Aylin YAMAN, Bayburt Milletvekili Orhan ATEŞ, Bursa Milletvekili Kayıhan PALA, Elazığ Milletvekili Erol KELEŞ, İstanbul Milletvekili Şengül KARSLI, Kahramanmaraş Milletvekili İrfan KARATUTLU ve Uşak Milletvekili Ali KARAÖBA olmak üzere 10 milletvekili, Komisyon uzmanları ve diğer TBMM personeli katılım sağlamıştır.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından 27.02.2025 tarihinde Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ziyaret edilmiştir. Ankara İl Sağlık Müdürü Uzman Dr. Ali Niyazi KURTCEBE, Acil Sağlık Hizmetleri Başkanı Doç. Dr. Ramiz YAZICI, Acil Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcısı Dr. Adem KUCUR, İl Ambulans Servisi Başhekimisi Doç. Dr. Burak BEKGÖZ ve Komuta Kontrol Merkezinden Sorumlu Başhekim Yardımcısı Uzm. Dr. Uğur BAL ve ilgili kurum yetkililerinin de hazır bulunduğu ziyarette heyete; Ankara ilinde yürütülen sağlık hizmetlerinin genel durumu, kapasite bilgileri, 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin işleyişi, yoğun bakım süreçleri ve hasta sevk mekanizmaları hakkında ayrıntılı bir sunum yapılmıştır.

Ankara İl Sağlık Müdürü Uzman Dr. Ali Niyazi KURTCEBE tarafından yapılan sunumda; Ankara'nın yaklaşık 5,9 milyon nüfusuyla Türkiye'nin ikinci büyük ili olup, sağlık hizmetleri açısından önemli bir merkez olduğu, 459 aile sağlığı merkezi, 176 acil istasyonu, 2 şehir hastanesi, 6 eğitim araştırma hastanesi, 23 devlet hastanesi ve 42 özel hastane bulunduğu, toplam yatak sayısı 25.522 olup bu yatakların 16.457'sinin Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, 4.261'inin üniversite hastanelerinde, 4.804'ünün ise özel hastanelerde olduğu, 2024 yılı itibarıyla toplam yoğun bakım yatağı sayısının 4.228 olup 895'inin yenidoğan yoğun bakım yataklarından oluştuğu, Türkiye genelinde yenidoğan yoğun bakım yataklarının yüzde 36'sının kamu hastanelerinde bulunurken, Ankara'da bu oranın yüzde 56 olduğu, Ankara'da çalışan toplam 71 yenidoğan yoğun bakım uzmanının 51'inin kamu hastanelerinde, 14'ünün üniversitelerde, 6'sının ise özel hastanelerde görev yaptığı, yatak başına düşen nüfus açısından değerlendirildiğinde; Ankara'da her 10.000 kişiye 43,5 hastane yatağı düştüğü, yoğun bakım özelinde ise 100.000 kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısının 72,1 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca 2024 yılı itibarıyla Ankara'da toplam 6.595 denetim yapıldığı, bunun 5.549'unun olağan, 626'sının olağan dışı, 420'sinin ise süre sonu denetimi olduğu, olağan dışı denetimlerin yüzde 43'ünün CİMER, yüzde 33'ünün SABİM, yüzde 17'si dilekçe ve e-mail, yüzde 3'ünün savcılık ve yüzde 4'ünün doğrudan talimatla yapıldığı ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra 2024 yılında Komuta Kontrol Merkezine il içinden 60.000'den fazla talep geldiği ve bunların yüzde 75'inin karşılandığı, bölge illerinden gelen yaklaşık 8.000 talebin yüzde 50'sine yer bulunduğu belirtilmiştir.

Sunumun ardından Komisyon heyeti, Komuta Kontrol Merkezini ziyaret ederek 112 Acil Sağlık Hizmetleri kapsamında yürütülen hasta nakil süreçlerini yerinde incelemiştir. Sistem üzerinden vaka yönetimi, ambulans yönlendirme süreçleri ve hastane doluluk bilgilerinin nasıl izlendiği konusunda teknik bilgi alınmıştır.

Ayrıca Komisyon heyetine, İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde hizmet veren kuvözlü yenidoğan ambulansı hakkında da bilgilendirme yapılmıştır. Ambulansın teknik donanımı, görevli sağlık personeli profili ve vaka türlerine göre kullanımı hakkında ayrıntılı açıklamalarda bulunulmuştur.

D.2.4. 15-16-17.03.2025 Tarihli Gaziantep Çalışma Ziyareti ve Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri Çalıştayı

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu tarafından; Komisyonun araştırma alanına dair uygulamaların yerinde incelenmesi ve sorunların tespit edilmesi amacıyla 15-16-17 Mart 2025 tarihlerinde Gaziantep iline çalışma ziyareti gerçekleştirilmiştir. Çalışma ziyaretine Komisyon Başkanı Adıyaman Milletvekili İshak ŞAN, Komisyon Kâtibi Ayşe Sibel ERSOY, Afyonkarahisar Milletvekili Hasan ARSLAN, Bayburt Milletvekili Orhan ATEŞ, Çankırı Milletvekili Pelin YILIK, Elazığ Milletvekili Erol KELEŞ, İstanbul Milletvekili Sevan SIVACIOĞLU, Manisa Milletvekili Şenol SUNAT, Kahramanmaraş Milletvekili İrfan KARATUTLU ve Samsun Milletvekili Murat ÇAN olmak üzere 10 milletvekili, Komisyon uzmanları ve diğer TBMM personeli katılım sağlamıştır.

Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri Çalıştayı

TBMM Araştırması Komisyonu tarafından Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü ev sahipliğinde 16.03.2025 tarihinde yenidoğan hizmetlerinin değerlendirilmesi ve bölgesel sorunların belirlenerek çözüm önerilerinin geliştirilmesi amacıyla “Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri” konulu bir çalıştay düzenlenmiştir. Çalıştaya; Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş ve Şanlıurfa illerinden il sağlık müdürlüğü temsilcileri, perinatoloji ve kadın doğum uzmanları ile yenidoğan uzmanları olmak üzere 21 kişi iştirak etmiştir.

Çalıştay, Gaziantep İl Sağlık Müdürü Dr. Beytullah ŞAHİN, Gaziantep Vali Yardımcısı Hüseyin KAPLAN ve Komisyon Başkanı Adıyaman Milletvekili İshak ŞAN’ın açılış konuşmaları ile başlamıştır.

Gaziantep İl Sağlık Müdürü Dr. Beytullah ŞAHİN tarafından yapılan açılış konuşmasında; Sağlık Bakanlığının özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeye yönelik son yıllarda uygulamaya koyduğu politikalar ve projelere ilişkin bilgi verilmiş, üçüncü basamak hastane hizmetlerinde rutin denetimlere ek olarak uzman ekiplerle olağan dışı denetimler yapıldığı ve gelen şikâyetlerin titizlikle değerlendirildiği ifade edilmiştir.

Gaziantep Vali Yardımcısı Hüseyin KAPLAN tarafından yapılan açılış konuşmasında; Türkiye’nin önemli ve hassas bir gündem maddesi olan yenidoğan ölümleri konusunun Gaziantep özelinde ele alınmasının önemli olduğu belirtilmiştir.

Komisyon Başkanı Adıyaman Milletvekili İshak ŞAN tarafından yapılan açılış konuşmasında; Komisyonun faaliyetleri ve sürecine ilişkin bilgi verilmiş, yenidoğan ölümleri ve bebek sağlığı konusundaki toplumsal sorumluluğun ve sağlık hizmetlerinin önemi dile getirilmiş, Türkiye’nin farklı büyükşehirlerinde yapılan ziyaretlerin ardından Gaziantep’te de bölgesel temsilcilerle bir araya gelinmesinin, yerel düzeydeki sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi açısından büyük bir fırsat sunduğu ifade edilmiştir.

Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri Çalıştayı üç oturum şeklinde gerçekleştirilmiştir. Açılış konuşmalarından sonra gerçekleştirilen “İllerin Sağlık Göstergeleri ve Yenidoğan Verileri” konulu **birinci oturumda;**

- Dr. Mustafa KUTLU (Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı) tarafından; Adıyaman’da toplam 11 (10’u kamu, 1’i özel,) hastane bulunduğu, bu hastanelerde toplam 1.556 yatak kapasitesinin mevcut olduğu, Adıyaman’ın doğum hızında ve nüfus artışında belirgin düşüş yaşandığı, bu düşüşte 6 Şubat 2023 depreminin büyük etkisi olduğu; depremde 110 bebeğin kaybedilmesi dolayısıyla 2023’te Türkiye’nin en yüksek bebek ölüm oranının Adıyaman’da görüldüğü, 220 aile hekimliği birimiyle hizmet verildiği ve hekim başına ortalama 2.800 kişi düştüğü, 100 bin kişiye düşen uzman hekim sayısının ise 73 olduğu, 2024 yılında bebek ölüm hızının 8,5 olarak gerçekleştiği, doğumların neredeyse tamamının hastane doğumu ve il dışı doğumlar şeklinde yansıdığı, özelde ve evde gerçekleşen doğumun az sayıda olduğu, yoğun bakım yatağı doluluk oranının %76’dan %70’e gerilediği; ancak boş yer bulunamaması ve uzman hekim eksikliği dolayısıyla hâlen Gaziantep ve Şanlıurfa’ya sevkler yapıldığı, özel hastanedeki bebek ölümleri üzerine yapılan denetimlerde major eksiklik tespit edilmediği ifade edilmiştir.

- Dr. Murat CAN (Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı) tarafından; Diyarbakır’da toplam 28 (18’i kamu, 9’u özel, 1’i ise üniversite) hastane bulunduğu, bu hastanelerde toplam 5.006 yatak kapasitesi mevcut olduğu, ilde 611 aile

hekimliği birimi bulunduğu ve kişi başına düşen aile hekimi sayısında iyileşme sağlandığı, 2024 yılı anne ölüm oranı 12,5, bebek ölüm hızı ise 10,2 olarak kaydedildiği, il genelinde toplam 440 yenidoğan yoğun bakım yatağı bulunduğu ve bu yatakların 229'u özel hastanelerde yer aldığı, kamu hastanelerinde 5, üniversite hastanesinde 1 ve özel hastanelerde 2 yenidoğan uzmanı görev yaptığı, il dışına yapılan sevklerin sınırlı sayıda kaldığı; buna karşılık bölgedeki 7 ilden Diyarbakır'a hasta sevk edildiği ifade edilmiştir.

- Doç. Dr. Mikail ÖZDEMİR (Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı) tarafından; Gaziantep'te toplam 33 (13'ü kamu, 18'i özel, 1'i ise üniversite ve 1'i belediye) hastane bulunduğu, bu hastanelerde toplam 8.574 yatak kapasitesi mevcut olduğu, yenidoğan yatak kapasitesinin yüzde 64'ünün özelde, yüzde 6'sının üniversite hastanesinde ve yüzde 30'unun kamuda bulunduğu, kamuda 3 yenidoğan uzmanı bulunurken özelde 6 yenidoğan uzmanı mevcut olduğu, 2024 yılında sağlık kurumlarına yönelik denetim faaliyetlerinin artırıldığı belirtilmiştir. Bir yıl içinde toplam 4.102 sağlık kurumuna denetim yapıldığı, bunların yüzde 93'ünün olağan denetimler, yüzde 6'sının ise olağandışı olduğu aktarılmıştır. Acil sağlık hizmetlerine ilişkin olarak Gaziantep'te 31 bin kişiye bir istasyon düştüğü, toplam 68 acil sağlık istasyonu ve 100 ambulansın bulunduğu, bunlardan 3'ünün yenidoğan ambulansı olduğu ifade edilmiştir.

- Uzm. Dr. Arif YENİÇERİ (Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı) tarafından; Hatay'da 14 kamu hastanesi, 5 özel hastane ve 1 üniversite hastanesinin sağlık hizmeti sunduğu, depremin etkisiyle bazı hastanelerin ağır hasar gördüğü ve hizmet sunumunun ciddi şekilde etkilendiği, kamuda yenidoğan yoğun bakım yataklarının azalması nedeniyle hem il içinde hem de il dışındaki özel hastanelere sevklerin arttığı, il dışına yapılan sevklerde çoğu sevk Adana'ya yapıldığı, 2024 yılında 105 yenidoğan sevkinin gerçekleştiği ve bu sevklerin büyük bölümünün il dışına yapıldığı, sevk nedenleri arasında en çok yoğun bakım ihtiyacı, üst seviye yoğun bakım yatağı bulunmaması ve ileri düzeyde uzman hekim ihtiyacı yer aldığı ifade edilmiştir. Yenidoğan yoğun bakım yatak sayısına bakıldığında kamuda toplam 73, özel hastanelerde 105 yatak bulunduğu, ilde 2 yenidoğan uzmanıyla hizmetin sürdüğü, özel hastanelerde ve üniversitede ise yenidoğan uzmanı bulunmadığı belirtilmiştir.

- Dr. Ahmet YENER (Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı) tarafından; Kahramanmaraş'ta 10 devlet hastanesi, 1 üniversite ve 7 özel hastane olduğu, yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı kamu hastanelerinde 82, üniversitede 39, özelde ise 138 olmakla birlikte bunların sadece 73'ünün aktif olduğu, kamuda 1, üniversitede 1 ve özelde 1 olmak üzere toplam 3 yenidoğan uzmanı bulunduğu, yoğun bakım doluluk

oranlarının genel olarak yüksek olup kamuda erişkin yoğun bakım doluluk oranının %91, üniversitede %91, özelde ise %96 olduğu ifade edilmiştir. Nüfus başına düşen acil birim oranı yaklaşık 30 bin kişide 1 olarak belirtilmiş ve 90 civarında ambulans bulunduğu ifade edilmiştir. Ayrıca transfer süreçleri de değerlendirilmiş ve özel hastanelere yapılan hasta sevklerinde herhangi bir sorun tespit edilmediği ifade edilmiştir. Pediatrik yoğun bakım uzmanı eksikliği nedeniyle çocuk hasta sevk oranlarının diğer illere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

- Doç. Dr. Abdullah SOLMAZ (Şanlıurfa İl Sağlık Müdürü) tarafından; Şanlıurfa'nın 3,27 doğurganlık hızıyla Türkiye'nin en yüksek doğurganlık oranına sahip olduğu, ilde 2 eğitim araştırma hastanesi, 11 devlet hastanesi, 1 üniversite hastanesi ve 6 özel hastane bulunduğu, kamu, üniversite ve özel hastaneleri değerlendirildiğinde; 591 adet yenidoğan yoğun bakım yatağı bulunduğu ve 7 yenidoğan uzmanıyla hizmetin sürdürüldüğü, özel hastanelerde yenidoğan uzmanı bulunmadığı ifade edilmiştir. 2021'de 24 olan anne ölümü sayısının, 2024'te 6'ya indiği, Dünya Sağlık Örgütü projeleri, riskli gebelik poliklinikleri ve sahada yapılan birebir takipler sayesinde anne ölümlerinde son yıllarda ciddi bir düşüş sağlandığı, bebek ölümlerini azaltmak adına ise NRP, temel yenidoğan bakımı gibi eğitimlerin yapıldığı ancak aynı başarının bebek ölümlerinde sağlanamadığı ifade edilmiştir.

Çalıştayın ilk oturumunun sonunda soru-cevap bölümü gerçekleştirilmiş; Komisyon üyeleri, sunum yapan temsilcilerle detaylı değerlendirmelerde bulunmuştur. İlk oturumun ardından gerçekleştirilen “Gebelik İzlemleri, Doğumdaki Sorunlar ve Çözüm Önerileri” konulu **ikinci oturumda**;

- Uzm. Dr. Ali Kemal İLHAN (Perinatoloji Uzmanı, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarafından; preterm doğumların en büyük sorunlardan biri olduğu, spontan preterm doğumların tamamen engellenemeyeceği ancak iyi bir antenatal (doğum öncesi) bakım ile oranlarının azaltılabileceği, bu noktada aile hekimlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli olduğu, hekim başına düşen hasta sayısının azalmasının bu konudaki başarıyı artıracığı, ebelik hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiği, adölesan (ergen) gebeliklerin bölgede çok yaygın olması dolayısıyla preterm doğum riskinin arttığı ifade edilmiştir.

- Uzm. Dr. Mustafa Fırat AYDIN (Kadın Doğum Uzmanı, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarafından; riskli gebeliklerin tespitinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında doğru ve etkin şekilde yapılması, antenatal takip hizmetleri geliştirmeye yönelik eğitim ve planlamaların tamamlanması, gebe okulu eğitimleri etkin ve yaygın şekilde uygulanması, 112 acil personeli, doğum ve yenidoğan canlandırma konusunda

eğitimli olması, doğumhane ünitelerinde, servislerde ve yoğun bakımlarda, özellikle Diyarbakır için yeterli yatak kapasitesinin sağlanması gerektiği ifade edilmiştir.

- Uzm. Dr. Selcan SINACI (Perinatoloji Uzmanı, Gaziantep Şehir Hastanesi) tarafından; ilde çoğul gebeliklerin büyük bir problem olduğu, bu tür gebeliklere erken dönemde ulaşıldığında fetal redüksiyon önerdikleri, tüm gebeliklerin aile sağlığı merkezleri ve diğer hastaneler tarafından rutin olarak takip edilmesi, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre yüksek riskli gebeliklerin ayrı bir grup olarak belirlenmesi ve yüksek riskli gebeliklerin başından itibaren perinatoloji gözetiminde olması ve transportun anne karnında yapılması gerektiği ifade edilmiştir.

- Uzm. Dr. Ramazan DEMİRLİ (Perinatoloji Uzmanı, Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarafından; üçüncü basamak hastanelerde poliklinik hizmetlerinin jinekoloji ve gebe polikliniği olarak ayrılması, trimester bazlı muayene sisteminin oluşturulması, bu muayeneler için hastaların randevu alma yüküyle karşı karşıya bırakılmaması, randevu sisteminin aile hekimi ya da kadın doğum uzmanları tarafından koordine edilmesi, mevcut performans sistemi işlem sayısı odaklı olduğu için bu sistemin nitelik ve ihtiyaç odaklı olarak revize edilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

- Uzm. Dr. Serdar ÖZER (Kadın Doğum Uzmanı, Kahramanmaraş Necip Fazıl Hastanesi) tarafından; ilçelerde görevlendirilecek ebelerin, atanma öncesi en az 1-2 yıl boyunca il merkezlerinde, doğum sayısının yoğun olduğu hastanelerde aktif şekilde çalışmasının sağlanması, ilk doğumların, acil müdahale ekiplerinin tam kadro görev yaptığı belirli merkezlerde gerçekleştirilmesi, kamuda epidural doğumların artırılması gerektiği ifade edilmiştir.

- Uzm. Dr. Murat HAKSEVER (Perinatoloji Uzmanı, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarafından; bebek ölümlerinin Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu ve yenidoğan ölümlerinin ağırlıklı olarak prematüre doğumlara bağlı gerçekleştiği belirtilmiştir. Hastanelerde doğum salonlarının aile dostu hale getirilmesi, psikolojik destek sağlanması ve doğum sırasında ağrıyı azaltan yöntemlerin yaygınlaştırılması, özel hastanelerde gereksiz sezaryenlerin önüne geçilmesi için yasal düzenlemelerin yapılması, Şanlıurfa özelinde; doğum öncesi ve sonrası bakım, psikolojik destek ve beslenme danışmanlığı sunan merkezlerin açılması, kırsal bölgelerde sağlık merkezlerinin artırılması ve 112 gebe takip sisteminin bu bölgelere entegre edilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Çalıştayın ikinci oturumunun sonunda soru-cevap bölümü gerçekleştirilmiş; Komisyon üyeleri, sunum yapan temsilcilerle detaylı değerlendirmelerde bulunmuştur. İkinci

oturumun ardından gerçekleştirilen “Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri” konulu **üçüncü oturumda;**

- Uzm. Dr. Selahattin AKAR (Neonatoloji Uzmanı, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarafından; bebek doğmadan önce anamnez alınması ve kadın doğum ile çocuk doktoru arasında iletişim eksikliğinin giderilmesi, doğumhane ve ameliyathanede çalışan herkesin NRP eğitimi almasının sağlanması, yenidoğan yoğun bakımda çalışan kıdemli hemşirelerin farklı servislere gönderilmesinin ciddi tecrübe kaybına yol açması dolayısıyla bu durumun önüne geçilmesi, yenidoğan ambulanslarında çalışan ekibin sabit olması, transport sürecine ve yenidoğana hâkim kişilerden oluşması, yenidoğan ünitesinde çalışan bir doktorun en fazla kaç hastaya bakabileceğinin yasal olarak düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir.

- Uzm. Dr. Nilüfer MATUR OKUR (Neonatoloji Uzmanı, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarafından; yenidoğan ve çocuk yoğun bakım ünitelerinde palyatif bakım ihtiyacı olan bebekler için sosyal hizmetlerin aktif rol alması gerektiği, antenatal tanısı olan doğduktan kısa süre içinde vefat etmesi beklenen konjenital anomalili bebekler için hastanelerde antenatal komisyonlar kurulması ve kadın doğum ünitesinin önemi dolayısıyla ünitenin ikiye ayrılması gerektiği ifade edilmiştir.

- Uzm. Dr. Selda ARSLAN (Neonatoloji Uzmanı, Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarafından; Hatay ilinde doğum sayısına oranla yetersiz kalan yenidoğan yoğun bakım yatak sayısını artırılması, yine yenidoğan yoğun bakım üniteleri, doğumhane yayın sertifikalı, eğitim sahibi ebe ve hemşire sayısının yetersiz olduğu ve artırılması gerektiği, özellikle özel hastanelere gönderilen vakaların çoğunda son ölüm nedeninin sepsis olması dolayısıyla bu hastanelerin de enfeksiyon açısından yakın denetimlerinin yapılması gerektiği ifade edilmiştir.

- Uzm. Dr. Serhat ÖZKAN (Neonatoloji Uzmanı, Gaziantep Şehir Hastanesi) tarafından; üniversitelerde yenidoğan uzmanı eksikliğinin giderilmesi, özellikle Gaziantep gibi illere atamaların yapılması, asfiktik doğumların görüldüğü devlet hastanelerinin belirlenmesi ve perinatal bakım kalitesinin artırılması, yenidoğan yoğun bakım yatak sayısının ihtiyaca göre planlanması gerektiği ifade edilmiş; modern sağlık teknolojilerinin yeterli sayıda sunularak kanıta dayalı sağlık hizmetinin sağlanması gerektiği dile getirilmiştir.

- Uzm. Dr. Sadık YURTTUTAN (Neonatoloji Uzmanı, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi) tarafından; multidisipliner yaklaşımın önemli olduğu, neonatolojinin ve perinatolojinin birlikte süreci yönetmesi gerektiği ifade edilmiştir. Deprem sonrası üniversitede aktif bir perinatoloji kliniği olmadığı, Hatay, Kahramanmaraş, Gaziantep gibi

depremden etkilenen üniversitelerin kritik branşlarında -çocuk cerrahisi, pediatri - mecburi hizmet skalasına dâhil edilmesi gerektiği dile getirilmiştir.

- Uzm. Dr. Fatih İŞLEYEN (Neonatoloji Uzmanı, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarafından; üçüncü düzey yoğun bakım yatak sayısının belirli bir kapasitenin (örneğin 40 yatak ve üzeri) üzerine çıkması halinde bu ünitelerde yenidoğan uzmanı bulundurma zorunluluğunun getirilmesine yönelik mevzuatta düzenleme yapılması, hastanelerde mevcut yatak kapasitesine göre pediatrist ve neonatolog sayısının yeniden gözden geçirilip artırılması, yenidoğan yoğun bakımda görevli hemşirelerin ek ödemelerinin artırılması ve bu birimlerde çalışmanın özendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Gaziantep 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürlüğü Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından 17.03.2025 tarihinde Gaziantep 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürlüğü ziyaret edilmiştir. Gaziantep İl Sağlık Müdürü Dr. Beytullah ŞAHİN, 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürü Serdar KOCA, Acil Sağlık Hizmetleri Başkanı Dr. Mehmet AKHAN ve ilgili kurum yetkililerinin de hazır bulunduğu ziyarette heyete; çağrı karşılama, yönlendirme ve ilgili birimlerle koordinasyon süreçleri hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Ayrıca görevli personelin çağrı yönetimi esnasında izlediği prosedürler gözlemlenmiş, vaka kayıt ve müdahale süreçleri hakkında bilgi paylaşılmıştır. Komisyon üyeleri, çağrı merkezi personeliyle görüşerek merkezin çalışma disiplini, olaylara müdahale hızı ve hizmet anlayışı hakkında değerlendirmelerde bulunmuştur.

Gaziantep Şehir Hastanesi Ziyareti

Komisyon heyeti tarafından aynı gün Gaziantep Şehir Hastanesi ziyaret edilmiştir. İl Sağlık Müdürü Dr. Beytullah ŞAHİN, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı Uzm. Dr. Emine KORKMAZ, Hastane Başhekimi Prof. Dr. Ilgın TÜRKÇÜOĞLU ve ilgili kurum yetkililerinin de hazır bulunduğu ziyarette heyete; hastanenin fiziki kapasitesi, yatak sayısı, poliklinik ve acil servis hizmetleri, ameliyathane ve yoğun bakım üniteleri hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Ayrıca heyete; yenidoğan yoğun bakımında yürütülen hizmet süreçleri, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin fiziki koşulları, yatak kapasitesi, personel durumu ve teknik altyapısı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Farklı düzeylerde hizmet veren yoğun bakım alanlarının organizasyonu, vaka yoğunluğu ve personel dağılımı hakkında değerlendirmelerde bulunulmuş, Komisyon heyeti tarafından üniteler yerinde incelenmiştir.

E. KOMİSYONDA GÖREVLENDİRİLENLERİN LİSTESİ

İSİM	MESLEK/UNVAN	KURUM
Fatih TOPSAK	Yasama Uzmanı	TBMM Kanunlar ve Kararlar Başkanlığı
Buse TURAN BAŞARAN	Yasama Uzmanı	TBMM Kanunlar ve Kararlar Başkanlığı
Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK	Rektör Yardımcısı / Gülhane Tıp Fakültesi Dekanı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Sema TURAN	Yoğun Bakım Uzmanı / Yoğun Bakım Klinik İdari Sorumlusu / Erişkin Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Kom. Üyesi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
Prof. Dr. Şerife Suna OĞUZ	Yenidoğan Uzmanı / Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Kom. Üyesi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
Prof. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ	Yenidoğan Uzmanı / Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Kom. Üyesi	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN	Kadın Doğum Hastanesi Başhekimi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
Op. Dr. Gamze YILMAZ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzman Tabibi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
Prof. Dr. Afşin Emre KAYIPMAZ	Koordinatör Başhekim Yardımcısı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
Doç. Dr. Ferit KULALI	Çocuk Hastanesi Başhekimi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Etlik Şehir Hastanesi
Doç. Dr. Bülent ERBİL	Erişkin Hastanesi Başhekimi	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Burak BEKGÖZ	Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimi	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Burhan ALBAY	Uzman	Sağlık Bakanlığı / Ankara Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı
Av. Abdulkadir BEKTAŞ	Hukuk ve Mevzuat Daire Başkanı	Sağlık Bakanlığı / Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Uzm. Dr. Dilşat Dilara MALI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Sosyal Güvenlik Kurumu
Ecz. Şule GÜLER	Eczacı / Avukat	Sosyal Güvenlik Kurumu
İsmail KIRIŞIK	HSK Başmüfettişi	Hâkimler ve Savcılar Kurulu
Coşkun GÖZAĞAÇ	Ankara Hâkimi	Hâkimler ve Savcılar Kurulu
Ahmet EKER	Tetkik Hâkimi	Adalet Bakanlığı / Mevzuat Genel Müdürlüğü
Ömer Lütfi PEKER	Tetkik Hâkimi	Adalet Bakanlığı / Ceza İşleri Genel Müdürlüğü
Dr. İsmail Cengiz EREK	Uzman Denetçi	Sayıştay Başkanlığı
Yücel KARAKOYUN	İstihdam Uzmanı	Türkiye İş Kurumu

F. KOMİSYONA SUNULAN RAPORLAR VE BELGELER

SIRA	KİŞİ/KURUM/KURULUŞ	TARİH-SAYI	KONUSU
1	Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı	25.12.2024 E-72489610-1555008	Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı uhdesinde bulunan yenidoğan çetesi olarak bilinen soruşturmalar neticesinde düzenlenen iddianame örneği
2	T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı	27.01.2025 E-78458087-1572999	Kamuoyunda yenidoğan çetesi olarak bilinen konuyla ilgili olarak CİMER’e yapılan başvurular ve son beş yılda özel sağlık kuruluşlarına dair CİMER başvuruları hakkında bilgi notu
3	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı	03.02.2025- E-40081138-1576183	Komisyon toplantısında Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünden talep edilen bilgi ve belgeler
4	Sağlık Bakanlığı	14.02.2025 E-54567092-1583786	Bakanlıkça 2017 yılında gerçekleştirilen habersiz denetim raporu, 2016 yılından itibaren açılmış olan soruşturma raporları, hizmet alım süreçlerinin olduğu devlet hastanelerindeki soruşturma raporları, 2022 yılı Şanlıurfa soruşturma raporu ve söz konusu raporlar neticesinde yürütülen çalışmalar hakkında bilgi notu
5	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı	03.03.2025 E-16747942-1591830	Sağlık Hizmetleri Denetim Başkanlığınca düzenlenen 17.11.2016 tarihli ve NS/14 sayılı Soruşturma Raporu ve aynı tarihli NS/15 sayılı Suç Duyurusu Raporu neticesinde yapılan işlemler hakkında bilgi notu
6	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü	05.03.2025 E-28059707-1592948	İstanbul ilinde 01/01/2020-31/12/2024 tarihleri arasında sahadan hastanelere (primer), hastaneler arası (sekonder) nakillere; İstanbul İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı Sağlık Komuta Kontrol Merkezi tarafından yönetilen sevkler; Özel Acil Yardım Ambulansları marifetiyle nakledilen yenidoğan vakalara, vb. ait detaylı veriler
7	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü	14.03.2025 E-63206694-1599033	Bebek ölümlerine ilişkin İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından İstanbul Tabip Odası’na yapılan bildirimle dair ayrıntılı bilgiler
8	İstanbul Tabip Odası	18.03.2025 E-TBMM-1600912	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından İstanbul Tabip Odası’na iletilen bildirimler neticesinde verilen kararlar/yapılan işlemler/uygulanmış müeyyidelere ilişkin ayrıntılı bilgi notu

G. KOMİSYON ÜYELERİNCE SUNULAN ÖNERİLER/ÖNERGELER

SIRA	MİLLETVEKİLİ	TARİH-KAYIT NO	KONUSU
1	Aylin YAMAN (Ankara) Kayıhan PALA (Bursa) Turan Taşkın ÖZER (İstanbul) Murat ÇAN (Samsun) Ali KARAOBA (Uşak)	27.11.2024 E-130.99- 1537599	Komisyon toplantılarına bilgi vermek üzere davet edilecek kişi ve kurumlara ilişkin öneriler
2	Ceylan AKÇA CUPOLO (Diyarbakır) Ömer Faruk GERGERLİOĞLU (Kocaeli)	27.11.2024 E-130.99- 1537600	Komisyon toplantılarına bilgi vermek üzere davet edilecek kişi ve kurumlara ilişkin öneriler
3	Şenol SUNAT (Manisa)	03.12.2024 E-130.99- 1541042	Komisyon toplantılarına bilgi vermek üzere davet edilecek kişi ve kurumlara ilişkin öneriler
4	Pelin YILIK (Çankırı)	04.12.2024 E-130.99- 1540834	Komisyon toplantılarına bilgi vermek üzere davet edilecek kişi ve kurumlara ilişkin öneriler

MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONU RAPORU

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE YENİDOĞAN SAĞLIĞI VE YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN GÖRÜNÜMÜ

Yenidoğan dönemi (Neonatal dönem) hayatın ilk 28 gününü kapsayan dönem olup, bebeklerin hayatta kalmalarını ve sağlıklı büyümelerini engelleyen faktörler açısından en riskli dönemdir. Prematürite, enfeksiyon, konjenital anomaliler, doğum asfiksisi en sık ölüm nedenleri arasındadır. Hayatta kalan bebeklerde ise eşlik eden sorunların olması, 28. günden sonra da yakın takip ve tedavilerini gerektirebilir. Güçlü sağlık sistemleri ve sağlayıcıları, tecrübeli sağlık personeli, uygun fiziksel yapı ve donanım, iyi antenatal bakım, endike olan gebelerde antenatal steroid, kanguru bakımı ve anne sütü kullanımının artırılması yenidoğan döneminde ölüm veya yaşam boyu sürecek hasarların önüne geçilmesini sağlayacaktır.

Yenidoğan döneminde yoğun bakım ünitelerine ana yatış nedenleri; prematüre doğum, akciğer gelişimlerinin tamamlanmaması ve solunum sıkıntısı, solunum cihazı ve oksijen ihtiyacı, beslenme güçlüğü, sarılık, kan şekeri düşüklüğü, vücut ısınıı koruyamama, enfeksiyon ve sepsis, anne nedenli kronik hastalıklar veya gebelik süreçlerinde oluşan riskli durumlar (annede diyabet, enfeksiyon, preeklampsi, eklampsi vb.), çoğul gebelikler, kardiyak sorunlar, doğuştan hematolojik ve metabolik sorunlar, çoklu organ yetmezliği, majör cerrahi gerektiren tüm durumlar, ağır konjenital (doğumsal) anomaliler, yenidoğan döneminde diyaliz gerektiren hastalıklar, soğutma tedavisi gerektiren santral sistem sorunları, ileri düzey solunum desteği ve nitrik oksit tedavisi gerektiren akciğer sorunları başlıca nedenlerdir.

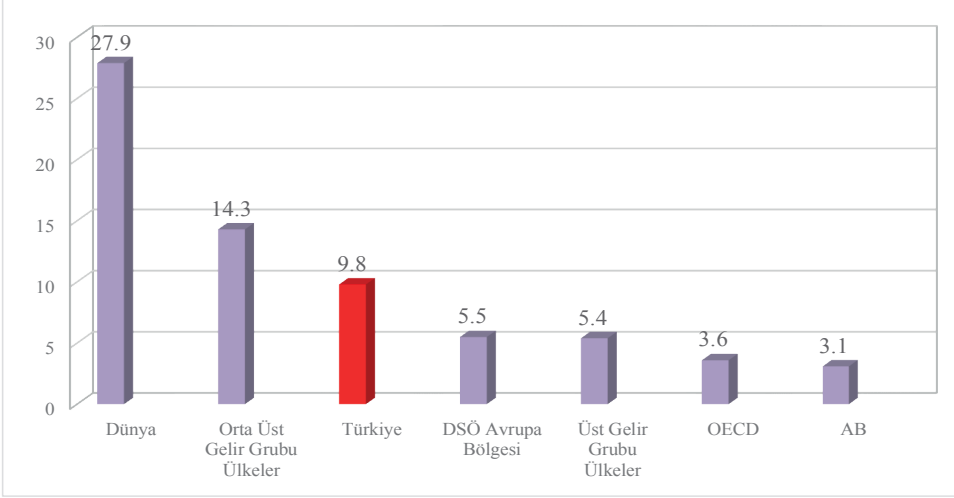
En riskli hastaların seviye 3 ve seviye 4 hizmeti veren, tüm branşların olduğu merkezlerde takibi gerekmektedir. Bu hastaların tanı ve tedavileri yenidoğan uzmanı sorumluluğunda ve güncel rehberlere uygun olmalıdır. Ülkemizde yenidoğan mortalitesi ve dünyadaki yeri, mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmaya yönelik öneriler, kurumlara göre yoğun bakım kuvvöz sayıları, yenidoğan uzman ve hemşiresi sayı ve sertifikasyon durumları, oluşturulan denetim formları, yenidoğan sağlığını tehdit edebilecek ve yaşanabilecek olumsuz olayların engellenmesine yönelik öneriler ilerleyen başlıklarda ele alınmaktadır.

1.1. TÜRKİYE’DE YENİDOĞAN VE ÇOCUK SAĞLIĞI

Ülkemizde son teknolojik gelişmelere paralel olarak yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde önemli niteliksel ve niceliksel gelişmeler sağlanmıştır. Dünya nüfusu 2023 yılında 8,19 milyar olup her yıl yaklaşık 134 milyon bebek doğmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2023 yılı verilerine göre çocuk ölümlerinin 4.9 milyonu ilk beş yıl, 3.6 milyonu ilk

yıl, 2.3 milyonu (ilk beş yaş ölümlerinin %47'si) ilk ay olmaktadır. Beş yaş altı çocuk ölümlerinin %98'i gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Dünya'da bebek ölüm hızı binde 27.9 olup OECD ülkeleri ortalaması binde 3.6 olarak bildirilmiştir (Şekil 1). Ülkemizde 2023 yılında bir yaş altı bebek ölüm hızı binde 9.8'dir.

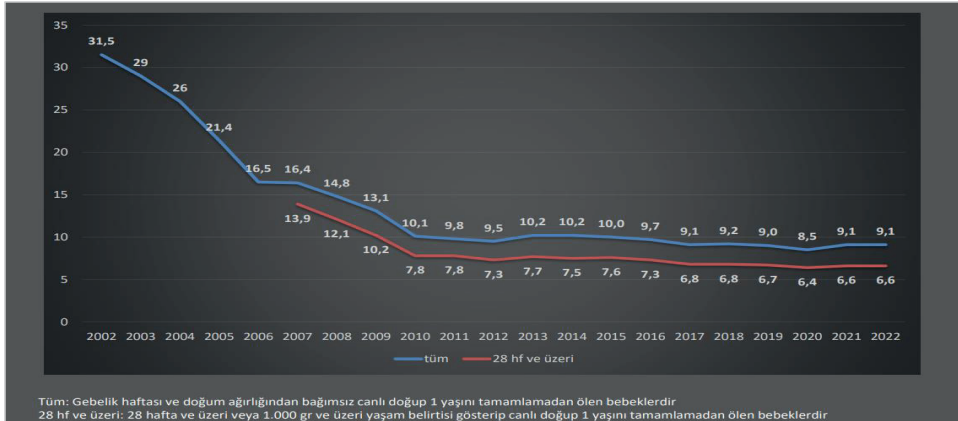
Şekil 1. Bebek Ölüm Hızları Uluslararası Karşılaştırılması (1000 Canlı Doğumda) ve Türkiye'nin Sıralamadaki Yeri, 2022



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023 (Türkiye verisi 2023 yılına aittir.)

Ülkemizde bebek ölüm hızı 2002 yılında binde 31.5 iken 2010 yılına kadar hızlı bir düşüş gösterip binde 10.1'e inmiştir (Şekil 2). Bununla beraber bu oran son 15 yıldır binde 9 ila 10 arasında değişiklik göstermektedir.

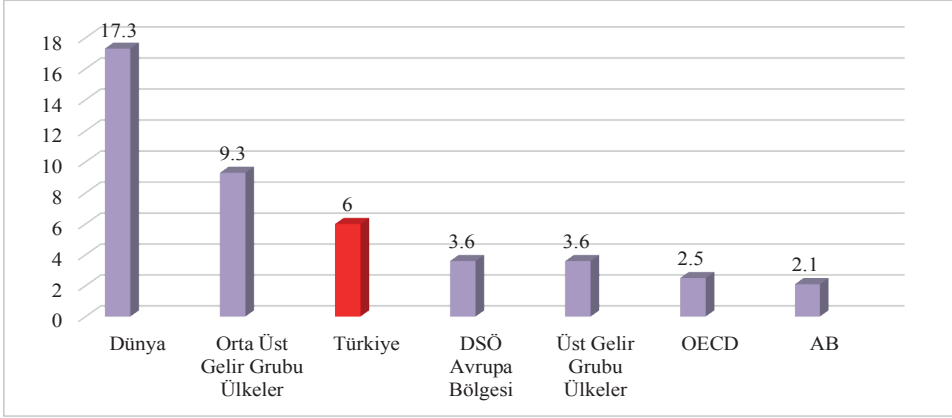
Şekil 2. Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızları (%)



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023

Ülkemizde canlı doğum sayısı 2023 yılında 958.408 bebek olup doğurganlık hızı 1.51 olarak rapor edilmiştir. Toplam canlı doğumlar içinde 124.540'ı prematüredir. Bu sayı tüm doğumların yaklaşık %13'üdür. Ülkemizde geçen yıl doğan yaklaşık 12.000 (tüm doğumların %1.25'i) yenidoğan bebeğin doğum ağırlığı 1500 g altındadır ve bu grup mortalite açısından en riskli gruptur. Türkiye 2023 yılına ait sağlık istatistiklerine göre ülke genelinde tüm yenidoğanlarda mortalite (1000) canlı doğumda 6'dır. 2010 yılında binde 17 olan mortalite bu rakamlara kadar düşmüş olmakla beraber son 5 yıldır aynı oranlarda devam etmektedir. Ülkemizde neonatal mortalitenin uluslararası karşılaştırılması Şekil 3'te verilmiştir.

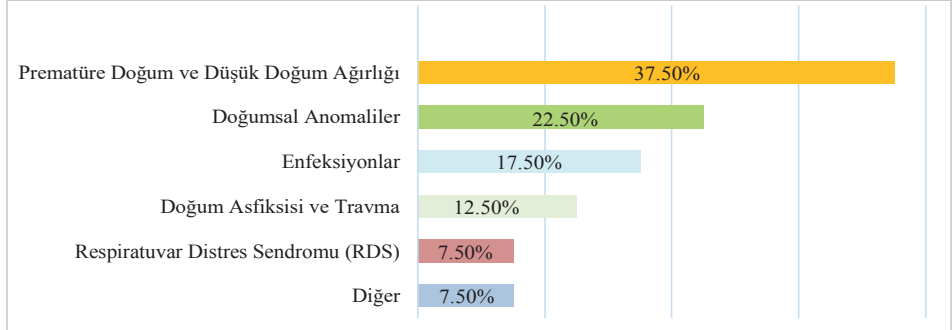
Şekil 3. Yenidoğan Bebek (Neonatal) Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırılması (1000 Canlı Doğumda), 2022



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023 (Türkiye verisi 2023 yılına aittir.)

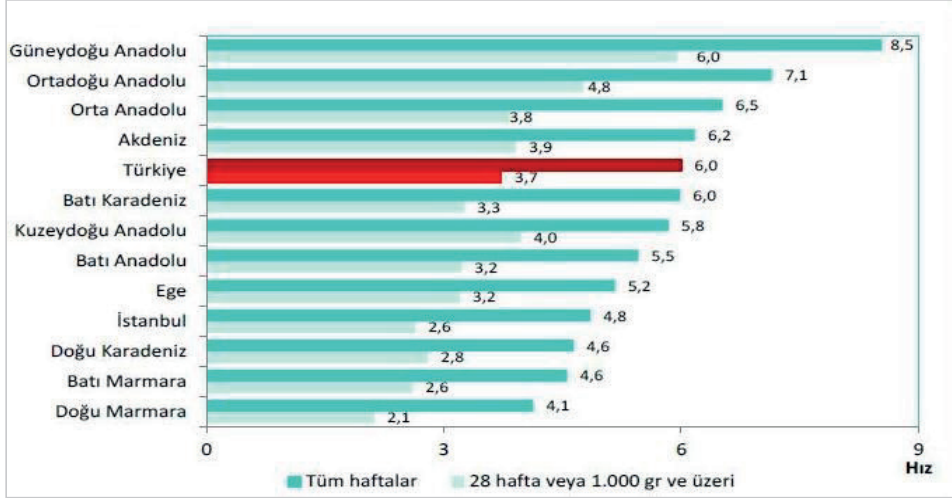
Ülkemizdeki yenidoğan ölümlerinin en sık görülme sebepleri prematüre doğum, doğumsal anomaliler, enfeksiyonlar ve doğum asfiksisisidir (Şekil 4). Türkiye’de bölgelere göre yenidoğan ölüm hızları ise Şekil 5’te gösterilmektedir.

Şekil 4. Türkiye’de Yenidoğan Ölümlerinin Başlıca Nedenleri ve Oranları (%)



Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023

Şekil 5. Türkiye’de Bölgelere Göre 2023 Yılı Yenidoğan Ölüm Hızı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

1.2. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ VE DONANIM

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ), Dünya Yoğun ve Kritik Bakım Tıbbi Dernekleri Federasyonu’nu tarafından “hayatı tehdit eden organ yetersizliği nedeniyle yaşamı sürdürmek için yoğun ve uzmanlaşmış tıbbi ve hemşirelik bakımı, gelişmiş izleme kapasitesi ve çoklu fizyolojik organ desteği yöntemleri sağlayan, kritik derecede hasta olan hastalara bakım sağlamak için organize bir sistem” olarak tanımlanmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı, üniversite tıp fakültesi hastaneleri ve özel hastane bünyesinde hizmet veren yenidoğan yoğun bakım kuvvöz sayıları Tablo 1’de sunulmaktadır. Ülkemizde 2024 yılı tüm seviyelerdeki toplam yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı 13.193’tür. Seviye 3 ve 4’te hizmet sunulan yatak sayısı 7.721 (%58,5) olup toplam yatak sayısının yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Seviye 3 ve 4 yoğun bakım yataklarının %52,7’si özel hastane bünyesinde hizmet vermektedir.

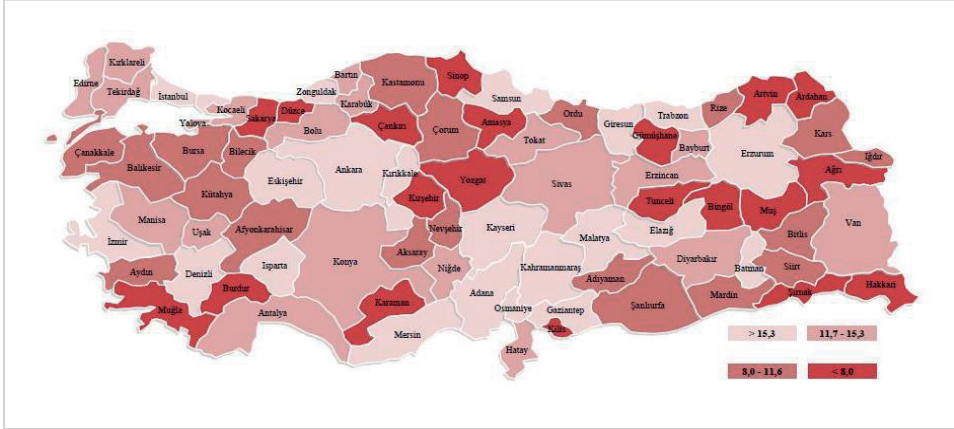
Tablo 1. Hastanelerin Seviyelere Göre Yenidoğan Yoğun Bakım Yataklarının Sayıları ve Dağılımı, 2024

KURUM	SEVİYE 1	SEVİYE 2	SEVİYE 3 ve 4	TOPLAM
SAĞLIK BAKANLIĞI	911	1.591	2.519 (%32.6)	5.021
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	176	266	1.134 (%14.7)	1.576
ÖZEL HASTANELER	1.125	1.403	4.068 (%52.7)	6.596
TOPLAM	2.212	3.260	7.721	13.193

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Her 1000 canlı doğum için ihtiyaç duyulan yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı ülkelerin demografik, ekonomik ve sağlık alt yapısına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi 5-7/1000 canlı doğum, Amerikan Pediatri Akademisi önerisi ise 7-8/1000 canlı doğumdur. Türkiye'de 2023 yılı için yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı oranı her 1000 canlı doğum için 14,2 olup diğer ülkelerin oranları ile kıyaslandığında yüksektir.

Şekil 6. İllere Göre 1000 Canlı Doğuma Düşen Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağı Sayısı, Tüm Sektörler, 2023



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, TÜİK

Ülkemizde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin doluluk oranları Tablo 2’de, ventilatör doluluk oranları Tablo 3’te sunulmaktadır. Verimli ve kaliteli bakım için önerilen doluluk oranı %60-85’dir.

Tablo 2. Ülkemizde Kurumlara Göre Yenidoğan Yoğun Bakım Doluluk Oranı (%), 2024

KURUM	SEVİYE 1	SEVİYE 2	SEVİYE 3/4	TOPLAM
SAĞLIK BAKANLIĞI	33	60	80	63
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	37	45	63	57
ÖZEL HASTANELER	24	59	52	49
TOPLAM	29	58	62	56

Tablo 3. Ülkemizde Kurumlara Göre Ventilatör Doluluk Oranı (%), 2024

KURUM	SEVİYE 3/4
SAĞLIK BAKANLIĞI	45.9
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	24.6
ÖZEL HASTANELER	28.3
TOPLAM	33.6

Komisyonumuz, 31 Ocak-1 Şubat 2025 tarihlerinde İstanbul, 21-22 Şubat 2025 tarihlerinde İzmir, 27 Şubat 2025 tarihinde Ankara ve 15-17 Mart 2025 tarihlerinde Gaziantep illerinde yerinde incelemelerde bulunmuştur. Bu illerdeki yenidoğan yoğun bakıma ilişkin sağlık verileri aşağıda değerlendirilmektedir.

İstanbul ilinin yenidoğan yoğun bakım kuvvöz sayılarının sektörlere göre dağılımı Tablo 4’te gösterilmiştir. İstanbul’da seviye 3 kuvvözlerinin %72’si özel sektörde bulunmakta olup Türkiye oranının oldukça üzerindedir.

Tablo 4. İstanbul Yenidoğan Yoğun Bakım Kuvvöz Sayıları, 2024

KURUM	SEVİYE 1	SEVİYE 2	SEVİYE 3	4A	4B	TOPLAM
SAĞLIK BAKANLIĞI	71	258	204	80	43	656
ÖZEL	257	230	1.139	10		1.636
VAKIF ÜNV.	8	44	213	-	-	265
KAMU ÜNV.	0	0	24	-	20	44
TOPLAM	336	532	1.580	90	63	2.601

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Müdürlüğü

İzmir ilinde ise toplam 682 kuvvöz olup, bunların % 52’si özel hastanelerde bulunmaktadır. İzmir’de seviye 3 ve 4 kuvvözlerin yaklaşık %56’sı özel kurumlarda bulunmaktadır. Bu illerde yenidoğan uzmanlarının (neonatolog) büyük bir kısmı ise kamu ve üniversite hastanelerinde çalışmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. İzmir Yenidoğan Yoğun Bakım Kuvvöz Sayıları, 2024

KURUM	SEVİYE 1	SEVİYE 2	SEVİYE 3	SEVİYE 4	TOPLAM
SAĞLIK BAKANLIĞI	36	50	72	83	241
ÖZEL	51	48	257		356
ÜNİVERSİTE	9	27	49		85
TOPLAM	96	125	378	83	682

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İzmir İl Müdürlüğü

Ankara’da ise toplam 895 kuvvöz olup, İzmir ve İstanbul’un aksine kuvvözlerin % 66.8’i kamu ve üniversite hastanelerinde bulunmaktadır (Tablo 6). Ankara’da çalışmakta olan 75 yenidoğan uzmanının 71’i kamu ve üniversite hastanelerinde çalışmaktadır.

Tablo 6. Ankara Yenidoğan Yoğun Bakım Kuvvöz Sayıları, 2024

KURUM	SEVİYE 1	SEVİYE 2	SEVİYE 3	4A	4B	TOPLAM
SAĞLIK BAKANLIĞI	14	45	288	78	79	504
ÖZEL	52	53	192			297
ÜNİVERSİTE	9	11	37		37	94
TOPLAM	75	109	517	78	116	895

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Ankara İl Müdürlüğü

Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş ve Şanlıurfa

Adıyaman (2025 Mart): Adıyaman’da 2024 yılında yaklaşık 3.900 doğum olup primer sezaryen oranı %23’dür. Doğurganlık hızı 1.88’dir. Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde seviye 3 kuvöz sayısı 25 olup, ilde toplam 34 adet seviye 3 kuvözü bulunmaktadır. Adıyaman Eğitim Araştırma Hastanesi’nde 2 yenidoğan uzmanı ve 1 perinatoloji uzmanı görev yapmaktadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı ise 35’dir. İldeki yenidoğan bebek ölüm hızı binde 5.7, bebek ölüm hızı ise binde 8.9’dur. Bu rakamlar Türkiye ortalamalarına benzerdir.

Diyarbakır (2025 Mart): 3 tane kamu hastanesi ve üniversite hastanesi ve 9 tane özel hastane bulunmaktadır. 2024 doğum sayısı yaklaşık 34 bindir. Bebek ölüm hızı binde 10.2 olup anne ölüm hızı yüz binde 12.5’dir. Diyarbakır ilinde doğurganlık hızı 2024 yılında binde 2.2 olup gebelik öncesi takip 99.6 gibi yüksek oranlardadır. 2024 yılında primer sezaryen oranları üniversite ve özel hastanede yaklaşık %40 civarında, kamuda ise %17’dir. Toplamda C/S oranı üniversitede %59.3, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %46.6 ve özel hastanelerde %71.6’dır.

Seviye 3 yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatağı sayısı 266 olup, 161’i özel hastanelerde (%60.5) bulunmaktadır. Bu 3 hastanede seviye 1, 2 ve 3 olmak üzere toplam 440 kuvöz bulunmaktadır.

2025 Mart ayı itibarıyla kamuda 5 yenidoğan uzmanı, 121 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, özel hastanelerde 2 yenidoğan uzmanı ve 42 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, üniversitede 1 yenidoğan uzmanı ve 16 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı çalışmaktadır.

Gaziantep (2025 Mart): 2024 yılı doğum sayısı yaklaşık 35 bindir. Doğurganlık hızı ise binde 2.1’dir. Ayrıca 15 bin Suriyeli mülteci veya sığınmacıların doğumu olmaktadır (2024). Doğumların %55.2’si özel hastanelerde, %44.8’i kamu hastaneleri ve üniversitede olmaktadır. 2024 yılı bebek ölüm hızı binde 15.8 olup Türkiye ortalamasının (binde 9.1) oldukça üzerindedir. Yenidoğan bebek ölüm hızı binde 10.4 olup Türkiye ortalamasının (binde 5.6) yaklaşık 2 katıdır. Yenidoğan ölüm nedenlerinde en sık 5 neden; prematürite, konjenital anomali, konjenital kalp hastalığı, perinatal asfiksi ve metabolik hastalıklardır.

Yenidoğan yoğun bakım kuvözlerinin yaklaşık %63’ü özel hastanelerdedir (kamu:235, üniversite:45, özel:491). 2024 yılı yenidoğan yoğun bakım üniteleri doluluk oranı kamuda %67, özel hastanelerde %65, üniversitede ise %8’dir.

Gaziantep ilinde bebek ölümlerinin kurumlara göre dağılımına bakıldığında 2024 yılında bebek ölümlerinin %81.5’i özel hastanelerde olup, Türkiye’de bu oran % 40.1’dir.

Gaziantep’te toplam yenidoğan uzmanı sayısı 9’dur. 6’sı özel hastanelerde, üçü ise kamu hastanelerinde çalışmakta olup üniversite hastanesinde yenidoğan uzmanı yoktur.

Hatay (2025 Mart): 2024 yılı toplam doğan bebek sayısı 20.056 olup toplam doğurganlık hızı 1.78’dir. Doğumların %56’sı Sağlık Bakanlığı hastanesinde, %40’i özel hastanelerde olmuştur. Bebek ölüm hızı binde 11.5’dir. Bebek ölümlerinin %68’i özel hastanelerde olmaktadır. Bebek ölümlerinde en sık nedenler; prematürite, konjenital kalp hastalığı ve konjenital anomalidir. İlde 178 kuvöz bulunmakta olup 66 tanesi seviye 3 hizmeti vermektedir. Seviye 3 kuvözlerin %87’si özel hastanelerdedir. Üniversitede yenidoğan uzmanı olmayıp tek yenidoğan uzmanı Sağlık Bakanlığı hastanesindedir.

Kahramanmaraş (2025 Mart): 2024 yılı toplam doğan bebek sayısı 16.450 olup toplam doğurganlık hızı 1.5’dir. İlde 268 kuvöz bulunmakta ve 92 tanesi seviye 3 hizmeti vermektedir. Seviye 3 kuvözlerin 50 tanesi özel hastanelerdedir. İlde seviye 3 kuvöz doluluk oranı %83.5, ventilatör doluluk oranı %59.3’dür. Özelde, kamuda ve üniversitede birer olmak üzere toplam 3 yenidoğan uzmanı ve 71 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı mevcuttur.

Şanlıurfa (2025 Mart): Ülkemizde kaba doğum hızının en yüksek olduğu ildir. 2024 yılı Türkiye genelinde doğurganlık hızı 1.51 iken Şanlıurfa’da doğurganlık hızı 3.27’dir. 2023 yılında 54.452 canlı doğum olmuştur ve doğum sayısına göre Türkiye sıralamasında İstanbul’dan sonra ikinci sıradadır. Yenidoğan bebek ölüm hızı, bebek ölüm (binde 16.1) ve anne ölüm sayılarında (yüzbinde 13.2) Türkiye ortalamasının üstündedir.

Şanlıurfa’da toplam 591 kuvöz vardır ve bunun 369’u (%62.4) seviye 3 hizmeti vermektedir. 6 özel hastanede 277 kuvöz bulunmaktadır ve bunun 190’ı seviye 3 olarak tescil almıştır. Harran Üniversitesi’nde ise 54 tane seviye 3 kuvöz bulunmaktadır. Kamuda toplam 260 seviye 2/3 kuvöz bulunmaktadır.

Nüfusun %37’si 14 yaş altı olan Şanlıurfa ilinde 17 çocuk yandal alanından Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, Çocuk Gastroenterolojisi ve Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi alanında uzman hekim bulunmamaktadır. Şanlıurfa’da 5 neonatolog ve 112 pediatri uzmanı görev yapmaktadır.

1.3. YENİDOĞAN BİLİM ALANINDA PERSONEL DURUMU VE PLANLAMASI

1.3.1. Yenidoğan Uzmanı (Neonatolog) Sayısı

Yenidoğan mortalitesinin azaltılması ve yenidoğan ünitelerinde iyi bakımın sağlanması için yeterli yenidoğan uzmanı sayısına ulaşılması gerekmektedir. Bu sayı belirlenirken doğum sayısı, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin sayısı, yenidoğan

uzmanlarının eğitim-idari görev ve faaliyetleri ile süreç içinde emekli olabilecek yenidoğan uzmanları da göz önüne alınmalıdır. Ülkemizde yenidoğan yoğun bakım hizmet alanında aktif olarak görev yapan yenidoğan uzmanı doktor sayısı 2025 Haziran ayı itibariyle 384'tür. Söz konusu uzmanların 227'si Sağlık Bakanlığında, 102'si üniversitelerde, 55'i ise özel sektörde çalışmaktadır. Yenidoğan uzmanlarının bulunduğu bölgelere göre dağılımı ise; Marmara 133, Ege 47, İç Anadolu 97, Karadeniz 20, Akdeniz 43, Güneydoğu Anadolu 26, Doğu Anadolu 18 şeklindedir. Ayrıca uzmanlık eğitiminde 85 neonatoloji asistanı bulunmaktadır. Gelişmiş ülke standartlarına göre yenidoğan uzman doktor oranı her 10.000 canlı doğum için 4.3-5.9 arası olarak bildirilmektedir. Ülkemizdeki oran literatürde önerilen yenidoğan uzmanı oranının bir miktar altındadır. Aynı zamanda yenidoğan uzmanlarının büyük bölümünün İstanbul, Ankara ve İzmir'de olduğu göze çarpmaktadır. Türkiye için gerekli olan yenidoğan uzmanı sayısı yaklaşık 700'dür. Şu anda aktif 384 neonatoloji uzmanı sayısı dikkate alınırsa her yıl 50 yan dal asistanının eğitime başlaması ile 9 yıl, veya bu sayı 75 olursa 7 yıl içinde hedeflenen 700 neonatolog sayısı aşılabilecektir.¹ Ancak yoğun bakımlarının diğer branşlara göre fiziksel ve ruhsal olarak daha yorucu olması, icap ve nöbet sayılarının fazlalığı, medikolegal davalar ve bazen şiddete maruz kalma gibi durumlar nedeniyle neonatoloji yan dalı pediatri uzmanları tarafından daha az tercih edilmektedir. Bu tercihin artırılması için özendirici tedbirlerin alınması önem arz etmektedir.

1.3.2. Yenidoğan Hemşirelerinin Durumu

Ülkemizde Seviye 3 ve üstü için yenidoğan hemşire sayısı yaklaşık 12.000 olup yenidoğan yoğun bakım hemşirelik sertifikasyonu ve/veya yenidoğan canlandırma programına dâhil olmuş sayı toplamın %22.7'sidir. Ayrıca tescilli seviye 3 kuvözlerin yaklaşık %53'ü özel merkezlerde bulunmasına rağmen özel merkezlerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire oranı toplamın %38'idir. Sertifikalı/toplam hemşire oranı özel hastane yoğun bakım ünitelerinde %15.6'dır (Tablo 7).

Tablo 7. Ülkemizde 2024 yılında Seviye 3 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşire ve Ebe Sayıları ve Kurumlara Göre Sertifikalı* Hemşire Oranları

KURUM	TOPLAM	SERTİFİKALI	SERTİFİKALI/TOPLAM ORANI
SAĞLIK BAKANLIĞI	5.711	1.606	% 28.1
ÖZEL	4.288	668	% 15.6
ÜNİVERSİTE	1.306	294	% 22.5
TOPLAM	11.305	2.568	% 22.7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü-2024 Verisi

*Yenidoğan yoğun bakım hemşirelik sertifikasyonu ve/veya yenidoğan canlandırma programı

¹ Prof. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ'ın 29/01/2025 tarihli Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

1.3.3. Personelin Eğitimi

Bir pratisyen hekim, dört yıl süren çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi sonrasında girdiği *yan dal uzmanlık sınavını kazanarak yaklaşık 3 yıl süren yoğun ve zorlu bir eğitim sonrasında* neonatoloji uzmanı olmaya hak kazanmaktadır. Bu süreçte almış olduğu uzmanlık eğitimin çekirdek müfredatı T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi tarafından belirlenmektedir.

Mortalite ve morbiditeyi azaltmak için Türk Neonatoloji Derneği ile beraber pediatristler için kurslar, hemşireler için sertifikalı eğitimler, yenidoğan canlandırma kursları, doğum öncesi hazırlık kursları, 112 ile bebek transportu ve enfeksiyon kontrolü eğitimleri, anne sütü eğitimleri, yazılı ve görsel materyallerle devam etmektedir. Yenidoğan döneminde mortaliteyi azaltmak için doğum öncesi gebelik takibi, hasta bebeklerin uygun nakli, kliniklerin donanım kalitesi ve özellikle hasta bakım kalitesi, yetişmiş personel sayısının artırılması, teorik ve klinik eğitimleri yapılmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin eğitimine yönelik T.C Sağlık Bakanlığı ve Türk Neonatoloji Derneği (TND) tarafından uygulanan bazı programlar aşağıda verilmiştir:

- NRP Programları (Yenidoğan Canlandırma Kursları)
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları İçin Neonatoloji Güncelleme Eğitimi
- Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı
- Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimleri (Sağlık çalışanları ve hasta yakınları)
- Kongre, Kurslar, Bölgesel Toplantılar, Zoom Toplantıları
- Türk Neonatoloji Derneği Proje ve Kongre Katılım Destekleri
- Türk Neonatoloji Derneği Rehberleri
- Enfeksiyon Kontrol Komiteleri ve Surveyans Çalışmaları
- Yenidoğan Transport Kursları

Bu programların yanı sıra hizmet içi eğitimler verilmektedir ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından düzenli aralıklarla klinikler eğitim ve uygulamalar açısından denetlenmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2022 yılından itibaren denetim ve izlemeler (DEN-İZ) dijital ortamda gerçekleştirilmektedir.

1.4. BEBEK ÖLÜMLERİNİ DOĞURAN RİSK FAKTÖRLERİ

Yenidoğan bebeklerde mortalite ve engellilik risklerini arttırabilen faktörler aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 8). Ülkemizdeki perinatal ve neonatal bakım alanındaki olumlu gelişmelere paralel olarak yüksek riskli yenidoğanların yaşam oranı yükselmiş, ancak

beraberinde morbidite (nörolojik ve gelişimsel gerilik, engellilik ve kronik hastalık) oranı da artmıştır. Perinatal risk faktörleri ve yenidoğan döneminde karşılaşılan sorunlar ileri dönemde bu problemlerin oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Yenidoğan bebeklerde morbiditenin azaltılabilmesi multidisipliner izleme bağlı olup branş eksikliği nedeniyle yapılan sevkler morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır.

Tablo 8. Yenidoğanda Risk Kategorileri

Kategori	Yüksek Risk (Düzey 3-4)	Orta Risk (Düzey 2)	Hafif Risk (Düzey 1)
Gestasyon yaşı ve doğum ağırlığı	1000 g, <29 hf, SGA ve LGA bebekler, Fetal malnütre bebekler	1000–1500 g, 29–34 hf, Çoğul doğumlar	YBÜ’de yatan >1500 g, >34 hf Geç preterm Erken term
Santral sinir sistemi	Evre 3–4 İKK Ventriküloomegali Kistik PVL Hidrosefali Perinatal asfiksi* Konvülsiyon Serebral infarkt Taburculukta anormal nörolojik muayene	Evre 2 İKK Evre 2 HİE Doğumda resüsitasyon gereksinimi	Evre 1 İKK Evre 1 HİE
Solunum sistemi	Uzun süreli (>7 gün) MV HFV BPD Pnömotoraks Ciddi apne	MV desteği (<7 gün) NIV uygulaması	-
Kardiyovasküler sistem	EKMO–iNO uygulaması PPHN İnotrop gereken şok Ciddi tromboz	Kateter uygulaması Umbilikal ve periferik yolla santral kateter	-
Enfeksiyöz durumlar	Ağır sepsis Menenjit Nozokomiyal enfeksiyon HIV-pozitif anne bebeği İntrauterin enfeksiyonlar	Kültür kanıtlı sepsis	Klinik sepsis
Cerrahi sorunlar	Diyafram hernisi Trakeo-özefageal fistül Duodenal atrez Cerrahi NEK Cerrahi ligasyonlu PDA Lazer uygulanan ROP Kardiyak cerrahi hastalıklar Shunt opere hidrosefali	Medikal tedavi gerektiren NEK ve PDA	Diğer cerrahi girişimler (inguinal, umbilikal herni, vs.)
Diğer	Uzamış hipoglisemi Uzamış hipokalsemi İkizden-ikize transfüzyon Kan değişimi gereken sarılık Bilirubin ensefalopatisi Major konjenital malformasyon Metabolik/genetik hastalıklar Madde kullanan anne bebeği	Hipoglisemi (25 mg/dl, >3 gün süreyle) Ciddi sarılık Kısmi kan değişimi Uygunuz çevre koşulları**	Geçici hipoglisemi ve hipokalsemi Fototerapi gereken sarılık

Kısaltmalar: SGA, LGA, İKK, PVL, NEK, ROP, PDA, EKMO, İNO, PPHN

* 5. dakika Apgar skoru <3, multiorgan yetersizliği ve/veya hipoksik iskemik ensefalopati ile medikal hipotermi tedavisi uygulanan hastalar

** Düşük sosyoekonomik düzey, genç anne, psikolojik sorunlar, preterm bakımı alamayan, evli olmayan, fazla parite, alkol–sigara kullanan anne bebekler

Kaynak: Türk Neonatoloji Derneği, Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi,

https://neonatology.org.tr/uploads/content/tan%C4%B1-tedavi/17_min.pdf

1.5. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM DENETİM VE DEĞERLENDİRME BİLİMSEL KOMİSYONU

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 05.11.2024 tarihli ve E-97577848-903.07-258762352 sayılı yazısı ile oluşturulmuş ve 13 Neonatoloji Uzmanı Profesör doktordan teşekkül eden bilimsel komisyondur. Komisyona ilişkin genel bilgiler kısaca şu şekildedir:

1.5.1. Amaç ve Görevleri

Komisyonun amaç ve görevleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerini içeren merkezlerin (Kamu, özel, üniversite) izlemi ve sonuçların değerlendirilmesi,
- Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin değerlendirilmesinde nicelikten ziyade niteliksel ölçütlerin kullanılması,
- Bu konuda evrensel ve ülkemize özgü rehber ve denetim formlarının oluşturulması, ilgili Sağlık Müdürlükleri tarafından rehber ve formların sahada uygulanması ve sonuçların Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bildirilmesi,
- Denetlenen merkezlerin “tescil seviyesine uygun” yoğun bakım hizmetleri vermesi konusunda Sağlık Bakanlığına öneride bulunulması,
- İl Sağlık Müdürlükleri tarafından tescili veya geçici tescili yapılmış, faaliyette olan mevcut yenidoğan yoğun bakım ünitelerine endikasyon dışı hasta yatışı yapılıp yapılmadığının tespit edilmesi,
- Hastaların “zarar görebileceği saptanan” yoğun bakım üniteleri konusunda geri bildirim yapılması ve görüş bildirilmesi,
- Denetim ve değerlendirilmeler sonucunda saptanan aksaklıklara yönelik çözüm önerilerinde bulunulması,
- Neonatal mortalite ve morbiditelerin (engellilik) önlenmesi ve azaltılmasına yönelik yol haritaları oluşturulması,
- Ülkemizde sağlıklı ve hasta yenidoğan bebeklerin takibinde bakım kalitesinin artırılması,
- “Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri Tebliğ ve Yönetmelik” güncelleme çalışmaları,
- Ulusal morbidite ağının (network sisteminin) oluşturulması.

1.5.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Tarafından Denetleme ve Değerlendirme Yapılacak Merkezlerin Seçilmesi

Merkezlerin seçilmesi için aşağıdaki kriterler kullanılır:

- Yatan hasta/doğum sayısı oranı (Bu oranın yüzde 5 ve üzeri olması)

- Hastaların yatış günü ortalaması (uzamış yatışlar)
- Doğum ağırlığı ve doğum haftası gruplarına göre yatış günü ortalaması
- Mortalite oranı (Toplam mortalite yüzde 5 ve üzeri olan merkezler)
- <1500 g hastalarda mortalite oranı (% 30 üzeri olan merkezler)
- >1500 g hastalarda mortalite oranı
- Aylık ve yıllık sevk edilen ve sevk alınan hasta sayıları
- Sahadan ve merkezden gelen ihbarlar
- İl Sağlık Müdürlükleri istekleri
- Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) denetimlerinde yenidoğan yoğun bakım ve doğum salonu değerlendirme sonuçları
- SGK faturaları

1.5.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Tarafından Denetim Ekip Planlaması

Komisyon tarafından denetim ekip planlaması kriterleri şu şekildedir:

- Yenidoğan yoğun bakım servislerinin denetlenmesi için görevlendirilecek ekip, denetlenecek ünitenin bağlı olmadığı, farklı bir ilden oluşturulmalıdır.
- Bu ekip içerisinde Sağlık Bakanlığı görevlisi iki kişi ve iki neonatoloji uzmanı (en az biri Doçent veya Profesör) olmalıdır.
- Ekipte Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) uzmanının da olması önerilir.
- Yirmi yatağa kadar yenidoğan yoğun bakım yatağı bulunan ünitelerin denetimi için; bir ekip, yirmi yatak sonrasında ek ikinci bir ekip görevlendirilmesi ya da ek gün verilmesi düşünülebilir.
- Denetimler habersiz/olağan dışı yapılmalıdır.
- İlk denetim mesai saatlerinde, ilk denetimin ardından ikinci bir denetim mesai dışında yapılmalıdır.

1.5.4. Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Tarafından Oluşturulan Denetim Formları²

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin denetimi için iki ayrı form ve bir rehber hazırlanmıştır:

- Form 1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ) Hasta Değerlendirme Formu

² Söz konusu Denetim Formlarına Komisyon Raporunun eklerinde yer verilmektedir.

- Form 2. Yenidoğan Yoğun Bakım Hizmetleri Hastane Denetim ve Değerlendirme Formu

- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hasta ve Hastane Değerlendirme Formları Kullanma Rehberi (18 sayfa)

Form 1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Değerlendirme Formu

Bu form, denetim sırasında değerlendirilen hastaların klinik durumlarına göre hastanın tanı, izlem ve tedavi süreçlerinin uygun olup olmadığını ve bildirilen seviye ile gerçek durum arasında uyum olup olmadığını değerlendirecek beş bölümden oluşmaktadır.

- 1. Bölüm: Sağlık Tesis Bilgileri
- 2. Bölüm: Hasta Bilgileri
- 3. Bölüm: Seviye Bilgileri
- 4. Bölüm: Yatış, İzlem ve Tedavi Bilgileri
- 5. Bölüm: Sonuç ve Kanaat

Form 2. Yenidoğan Yoğun Bakım Hizmetleri Hastane Denetim ve Değerlendirme Formu

Bu form; kurum, personel özellikleri ve “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Değerlendirme Formu”nun genel bir özeti sunmayı amaçlamaktadır. Denetçilerin bu özete göre kanaat bildirmeleri önerilir.

- 1.Bölüm: Genel Bilgiler
- 2.Bölüm: Sağlık Hizmetleri ve Personel ve Donanım
- 3.Bölüm: Hasta Değerlendirme Formundan Gelen Bilgilerin Genel Değerlendirmesi
- 4.Bölüm: Sonuç ve Kanaat

1.5.5. Planlama ve Denetim Süreci

- Planlama ve denetim sürecinin üç aşaması şu şekildedir:
- İlk 3 ay: Belirlenen illerin “Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu” tarafından değerlendirilmesi,
- İkinci 3 ay: Denetim ekiplerin oluşturulması ve son hali verilmiş formların sahada yaygınlaştırılması,
- 6-12 ay: Ülkede denetimlerin tamamlanması ve rutin denetimlere geçiş ve izlem.

1.6. GEBELİK ve DOĞUM SÜRECİNİN BEBEK ÖLÜMLERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar; gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir.

Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda anne ve çocuklara özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır. Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllarda çok daha yüksek olan oranlarda ciddi azalmalar sağlanmıştır. 2002 yılında anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 64 iken, 2023 yılında bu oran 13,5'a düşürülmüştür. Bebek ölüm hızı ise 2002 yılında binde 31.5 iken 2023 yılına kadar hızlı bir düşüş gösterip tüm haftalarda binde 9.8'e inmiştir.

Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla çeşitli rehberler oluşturulmuştur. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine³ göre, her gebenin en az 4 kez izlenmesi, lohusanın hastanede 3 ve evde 3 olmak üzere toplam 6 kez kontrol edilmesi, doğum sonrası belirli sürelerle hastanede takip edilmesi ve gerektiğinde üst düzey hastaneye sevk edilmesi gerekmektedir.

Gebelik ve doğumlar çoğunlukla sorunsuz geçse de, tüm gebelikler risk altında olabilir. Gebelik tanısı koyulan tüm gebeler düşük riskli gebedir. Gebelikte oluşan komplikasyonlar ve/veya gebelik öncesinde var olan sağlık durumları nedeniyle anne ve/veya fetüsün tehlikede olduğu gebeler ise yüksek riskli gebe olarak tanımlanmaktadır. Birçok riskli durumun erken perinatal dönemde teşhis edilmesi annede ve bebekte mortalite ve morbidite riskini azaltacağı için oldukça önemlidir.

Doğumların en az 3 te 1'i (%35) en az bir kaçınılmaz yüksek risk kategorisindedir. Yaklaşık %10'u ise riskli gebeliktir. Anneye ait faktörler (*35 yaş üstü veya 17 yaş altı gebelikler, kronik hastalıklar -hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, vb.- ve önceki gebeliklerde komplikasyon öyküsü*), gebelik sırasında oluşan durumlar (*preeklampsi, gestasyonel diyabet ve çoğul gebelikler*) ve bebeğe ait faktörler (*doğumsal anomaliler ve gelişme geriliği*) bu riskleri belirlemektedir. Prenatal / antenatal takiplerde bu risklerden bazılarının önlenebilir olması anne ve bebek ölümleri üzerinde oldukça kıymetlidir.

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre; antenatal izlemde her gebeye etkin risk skorlaması yapılması ve buna uygun sevk zinciri, anne ve bebek ölümlerinde hayati rol oynamaktadır. 2023 Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistiklerine göre, 2023 yılında hastanede gerçekleşen doğumların canlı doğumlar içindeki oranı %97,5 olduğu belirtilmiştir. Antenatal bakım kapsamı (en az 1 ziyaret) %99,57 olarak gerçekleşmiştir.

³ T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2018), Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28085/0/dogumoncesibakimyonetimrehberipdf.pdf>

Türkiye Sağlık İstatistikleri 2023 Yıllığı verisine göre ülkemizde İBBS-1'e Göre Mortalite Göstergeleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. İBBS-1'e Göre Mortalite Göstergeleri

İBBS-1	Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)		Perinatal Ölüm Hızı (1.000 Doğumda)		Neonatal Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)		Postneonatal Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)		Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)		Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda)
	Tüm Haftalar	28 hf ve üzeri	Tüm Haftalar	28 hf ve üzeri	Tüm Haftalar	28 hf ve üzeri	Tüm Haftalar	28 hf ve üzeri	Tüm Haftalar	28 hf ve üzeri	
İstanbul	7,1	4,6	10,0	5,6	4,8	2,6	2,2	2,0	8,7	6,3	10,8
Batı Marmara	7,3	5,0	10,2	5,6	4,6	2,6	2,7	2,4	8,9	6,6	14,8
Ege	7,6	5,4	10,1	6,2	5,2	3,2	2,5	2,2	9,2	7,0	16,9
Doğu Marmara	6,7	4,4	9,4	5,3	4,1	2,1	2,6	2,3	8,1	5,9	15,7
Batı Anadolu	8,2	5,7	10,0	5,8	5,5	3,2	2,8	2,5	10,0	7,5	8,2
Akdeniz	11,8	9,3	10,6	6,6	6,2	3,9	5,7	5,4	25,6	23,1	19,0
Orta Anadolu	9,4	6,4	10,0	6,0	6,5	3,8	2,8	2,5	11,3	8,3	13,9
Batı Karadeniz	8,4	5,3	11,0	5,6	6,0	3,3	2,4	2,1	9,9	6,9	10,2
Doğu Karadeniz	7,0	4,7	9,4	5,7	4,6	2,8	2,3	1,9	8,2	6,0	12,5
Kuzeydoğu Anadolu	9,2	7,2	10,9	7,5	5,8	4,0	3,3	3,2	11,1	9,1	10,2
Ortadoğu Anadolu	11,7	9,0	13,2	8,9	7,1	4,8	4,5	4,2	14,9	12,3	9,0
Güneydoğu Anadolu	14,9	12,0	12,6	8,7	8,5	6,0	6,4	6,1	21,6	18,7	13,9
Türkiye	9,8	7,2	10,8	6,6	6,0	3,7	3,8	3,5	14,0	11,4	13,5

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Prenatal / antenatal takiplerde birçok riskli durumun erken dönemde teşhis edilmesi annede ve bebekte mortalite ve morbidite riskini azaltacağı için oldukça önemlidir.

1.6.1. Yüksek Sezaryen Oranları

Türkiye’de sezaryen doğum oranları son yıllarda dikkat çekici bir artış göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sezaryen oranının %15’in altında olmasını önerirken, Türkiye’de 2023 Sağlık İstatistikleri yılına göre sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %61,5 ve primer sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %32,4 olarak bildirilmiştir. Bu oranın ülkemizdeki özel sağlık kuruluşlarında daha kolay uygulanabilir olması nedeni ile daha yüksek oranda olduğu bilinmektedir.

Normal doğum oranları azalırken sezaryen oranının artmasının tıbbi nedenleri ile bireysel ve sosyokültürel nedenleri şu şekilde sıralanabilmektedir:

Tıbbi

- Obezite sıklığında artış
- Tekrarlayan sezaryen doğumlar
- Gestasyonel diabetes
- Beslenme bozukluğu, aşırı obezite ve sistemik hastalıkları olan riskli gebelerin artması
- Feto-pelvik uyumsuzluk
- Çoğul gebelikler

- Hekimlerin doğuma yönelik risk algısındaki değişim
- Doğum yönetimi ile ilgili nedenler
- Operasyon tekniği ve anestezi yönünden daha teknik ilerlemeler
- Maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltma çabası
- Fetal iyilik halini değerlendirmede kullanılan teknolojinin (doppler, NST, biyofizik profil vb.) gelişmesi

Bireysel ve sosyokültürel

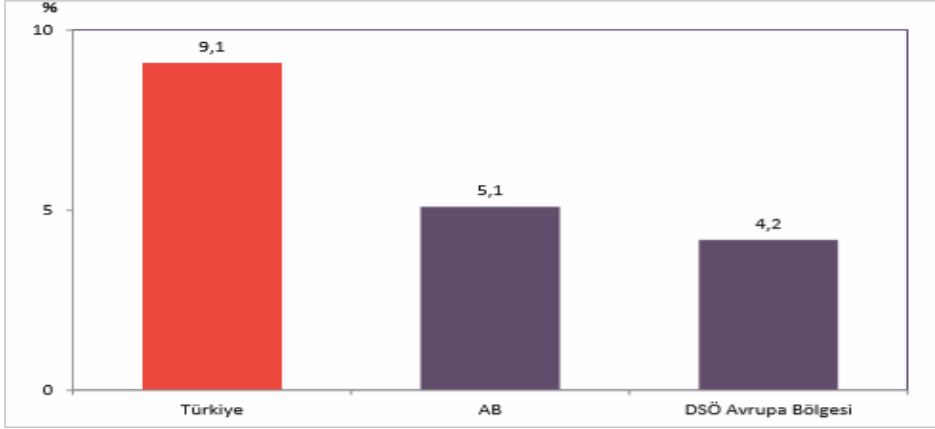
- Hasta isteği (%2.5)
- Doğayla, bedenle olan ilişkinin değişmesi
- Kadınların risk algısındaki değişim
- Doğum korkusu
- Ağrı korkusu
- Uzun doğum süreci ile ilgili algılar
- Bebeği koruma çabası
- Doğum ve doğumhane koşullarına yönelik olumsuz söylem ve algılar
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Irk, etnisite
- Dil bilmemek
- Kötü maternal bakım
- Prenatal bakımın eksik olması

İleri anne yaşı: Geçtiğimiz 20 yıl içerisinde kadınların demografik özelliklerinde belirgin değişiklikler gözlenmiştir. İlk gebelikte anne yaşının ileri olması sezaryen oranlarındaki artışın en önemli nedenlerindendir. Gelişmiş ülkelerdeki çalışmalar göstermiştir ki; sezaryen için en önemli prediktör ilk gebelik, düşük risk grubundaki gebede, anne yaşının ileri olmasıdır.

Kadınlarda obezite artışı: Ülkemizde 15-49 yaş arası kadınların %37'si normal beden kitle endeksine sahipken %59'u şişman veya obez sınıfındadır. Gebelik öncesinde ve sırasında egzersiz programlarının teşvik edilmesi, gebelikte kilo alımı önerilerinin VKİ'ye göre belirlenmesi, gebe okulu ve ebe polikliniklerinde diyetisyen eşliğinde danışmanlık verilmesi, gebe kadınlar için bireyselleştirilmiş beslenme programları geliştirilmesi, ASM'lerde gebelere ve gebe kalmayı planlayan kadınlara beslenme danışmanlığı hizmeti sunulması ve diyetisyen ve kadın doğum uzmanlarının iş birliğiyle gebelik öncesi ve sonrası için özel diyet planları hazırlanması bu risk faktörünü azaltmada yararlı olacaktır.

Diabet prevalansında artış: Ülkemizde diabet prevanlansı artışı diğer gelişmiş ülkelere göre daha yüksek orandadır. Diyabetik annelerde fetusta makrozomi, polihidramnios ve yenidoğanda hipoglisemi, hiperbilirubinemi, hipokalsemi, hipomagnezemi, polisitemi, solunum bozuklukları ve/veya kardiyomiyopati dâhil olmak üzere birden fazla, genellikle geçici morbidite açısından artmış risk altındadır. Ayrıca ölü doğum riskinde de artış olmaktadır.

Şekil 7. Diyabet Prevelansının Uluslararası Karşılaştırması (%), 2016



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017, DSÖ European Health Information Gateway

Not: Türkiye verisi 2017 yılına ait olup onbeş yaş ve üzeri bireylerin beyanına dayalıdır.

Çoğul gebelikler: Bu gebeliklerde en sık görülen yenidoğan komplikasyonu prematüre doğumdur. Prematüre doğum, bebek ölüm riskinin artmasına ve kısa ve uzun vadeli prematüriteye bağlı komplikasyonların görülmesine neden olmaktadır. Çoğul gebeliklerde fetal gelişim geriliği, yapısal anomali görülme sıklığı, nörogelişimsel kusurlar da daha sık görülmektedir.

1.6.2. Gebelik Takibi ve Riskli Gebelik Yönetimi

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından, ülkemizde en sık görülen anne ölüm nedenleri esas alınarak anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde standardizasyonu sağlamak, hizmetin kalitesini ve sunumunu iyileştirmek, etkin kullanımını artırmak amacıyla Yüksek Riskli Gebelik Takip Modülü hazırlanmıştır. Modül e-Nabız sistemi üzerinden yürütülmektedir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak (Temel, Kapsamlı Hastane, Perinatal Merkez) sağlık kuruluşlarında yüksek riskli gebeliklerin tespitlerinin iyi bir şekilde yapılarak 112 vasıtası ile etkin sevk zincirinin oluşturulması her gebenin durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilerek riskine uygun merkezlerde (perinatalog-neonatalog,

kadın doğum uzmanı, diğer uzmanlık dalları) doğum yapmasının sağlanması amaçlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı misafir anne uygulamasının bebek ölümünün yüksek olduğu iller için yaygınlaştırılması ve perinatolog sayılarının ihtiyaca göre yeniden düzenlenmesi ve ülkedeki dağılımının bebek ölümünün yüksek olduğu illerde önceliklendirilerek yapılması ve aile hekimi tarafından riskli olduğu saptanan gebelerin gönderileceği perinatal merkezin önceden belirlenmesi ve geri bildirim mekanizmasının işlerliğinin artırılması bebek ölümlerini azaltma yolunda önem arz etmektedir.

1.6.3. Preterm Eylem

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2020 yılında tahminen 13.4 milyon bebek prematüre doğmuştur. Prematüre doğum komplikasyonları, 5 yaş altı çocuklar arasında ölümün başlıca nedenidir ve 2019’da yaklaşık 900.000 ölümden sorumludur. Bu ölümlerin üçte ikisi, mevcut, maliyet-etkin müdahalelerle önlenabilir. 2020’de doğan bebeklerin prematüre doğum oranı ülkeler arasında %4 ile %16 arasında değişmektedir. Türkiye ortalaması %11 civarındadır. Preterm doğumlar üç şekilde ortaya çıkmaktadır: İlki, suni sancı ile hekim tarafından başlatılan preterm doğumlardır. Bunlar anne hayatını tehlikeye sokan durumlar (Preeklampsi, Eklampsi, Pl invazyon anomalileri..) yada fetal durumlar nedenlidir. Diğerleri spontan preterm doğumlar, sonuncu olarak da çoğul gebelikler nedeni preterm doğumlardır. Risk gruplarından bağımsız olarak hangi doğumun preterm olacağını öngörmek zordur. Çoğu preterm doğum yüksek risk grubunda olmayan gebelerde meydana gelmektedir. Bu grup uygun merkezde doğum için sevk zincirinin işletilmesindeki zorlukların yaşandığı en önemli gruptur. Koordinasyon çoğu merkezde kadın doğum uzmanı tarafından yapılmaktadır. İl ve illerin bağlı olacağı bölgelerin belirlenmesi ile sevk zincirinin planlanması, gebe ve yenidoğanın daha önceden belirlenmiş olan perinatal merkeze transportunun sağlanması açısından önemlidir. Transportun her aşamasını 112 KKM düzenlemelidir. Kortikosteroid kullanımı ve tokolitik tedavilerin etkinliğini artıracak eğitim ve protokoller belirlenmelidir. Antenatal steroid uygulaması fetal akciğer maturasyonunu hızlandırmak ve neonatal mortaliteyi önlemek için kullanılır. Bu uygulama RDS sıklığını %34 azaltır. Her 100 uygulamada; 4 yenidoğan ölümü ve 9 RDS vakası önlenabilir; kanıta dayalı, etkin bir müdahaledir. Yüksek riskli gebeliklerin Perinatoloji servislerinde Perinatoloji doktorları tarafından yönetimi üstlenilmelidir.

1.6.4. Konjenital Anomaliler

Konjenital anomali, doğumda mevcut olan anatomik yapısal anomaliyi ifade etmektedir. Bu kusurlar genetik anormallikler ve/veya çevresel maruziyetler (teratojenler)

nedeniyle oluşabilir, ancak altta yatan etioloji genellikle bilinmemektedir. Özellikle konjenital kalp hastalıkları doğumların yaklaşık %1’inde teşhis edilir, yenidoğan ölümlerinin %4’ünü oluşturur ve konjenital anomalilerle ilişkili ölümlerin %30 ila %50’sini oluşturur. Türkiye’de konjenital kalp hastalıkları prenatal-postnatal tanı ve tedavi merkezlerinin belirlenmesi, bu merkezlerin il ve bölge bazlı yetkin merkezlere (mükemmeliyet merkezleri) entegrasyonunun sağlanması ve sevk zincirinin netleştirilmesi önem arz etmektedir.

İntrauterin fetal anomali tespiti yapılmış olan gebeliklerde gebelik takibi, yönetimi ve tıbbi terminasyon durumunun değerlendirilmesi multidisipliner (perinatolog-neonatolog kardiyoloji vb.) olarak sağlanmalıdır. Perinatal dönemde tarama programlarının uygulanmasında yetersizlikler, takipsiz gebelikler nedeniyle doğumdan hemen sonra cerrahi müdahale gerektiren anomalilerde ileri merkezlere zamanında sevk sağlanamaması, erken tanı için fetal ekokardiyografi ve ileri düzey ultrason incelemelerinin yaygın olmayışı ve yaşamla bağdaşmayan bazı doğumsal anomalilerde ailelerin manevi sebeplerle gebeliği düşük ile sonlandırmayı tercih etmemesi nedeni ile neonatal ölüm oranlarını artmaktadır. 24/5/1983 tarihli ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunda, gebelik süresi 10 haftadan fazla olan gebeliklerde tahliye; *gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile gerçekleştirilebilmektedir.* Ancak konuyla ilgili uygulamada karşılaşılan önemli sorunlar bulunmaktadır. Kanunda postnatal dönemde “ağır maluliyet”in tanımı net olarak yapılmamıştır. Ağır maluliyet tanımının resmen yapılmamış olması, bu maluliyet kararını almayı zorlaştırmakta ve tartışmaya/eleştiriye açık hale getirmektedir.

Konuyla ilgili olarak ilgili Kanunla ilişkili ‘Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük’ (2) nolu listesine bakıldığında ağır maliyetle ilişkili olarak tanımlanmış tanıların bir kısmının günümüz tıbbına göre tedavisi mümkün olan ve ağır maluliyetle ilişkili olmayacak hastalıklar olduğu görülmektedir. Örneğin önceki doğumunu sezaryan ile yapmış olması, uterus miyomu veya günümüzde tedavi edilen enfeksiyon hastalıkları gibi tanılar bu listede yer almaktadır. Bu durumda güncel girişim ve tedavi olanakları bulunan ve böylece ağır maluliyet ile ilişkilendirilmesi mümkün olmayan durumlarda ailenin terminasyon isteği, kanuni hakkı olmaktadır. Bu durumda ilgili dal hekimleri gerek karar verme gerekse uygulama noktasında mevcut kanun ve güncel tıp arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan hukuki ve vicdani sıkıntılar yaşamaktadır.

Gebeliğin terminasyonu konusunda diğer bir sıkıntı viyabilite (fetüsün doğduğunda yaşayabilme durumu) sınırının belirlenmemiş olmasıdır. Terminasyon işleminde pek çok

ülkede var olan viabilite sınırı ülkemizde kanun ile belirlenmiş değildir, böylece annenin gebelik süresini tamamladığı term (37 haftadan büyük yenidoğan) bir bebeğin de terminasyonu mümkündür. Eğer fetüs doğduğunda yaşamla bağdaşır doğum haftasındaysa fetosid (fetüsün kalbinin ilaçla durdurularak yaşamının sonlandırılması) işlemiyle terminasyonu gündeme gelmektedir. Bu durumda örneğin güncel tıbbı göre ağır maluliyetle ilişkili olmayan bir gebelikte aile hukuki hakkına dayanarak 38 haftalık bebeğinin fetosid işleminin ardından termine edilmesini isteyebilmektedir. Bu kadın doğum uzmanları ve ilgili dal uzmanları için ağır bir hukuki ve vicdani yük oluşturmakta, meslek konforunu ciddi anlamda bozmaktadır.

Fetüsün terminasyonuna karar verilmesi konusunda ailenin geniş bir yetkiye sahip olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin bu önemli kararı verebilecek yetiye (bilişsel/psikolojik) sahip olup olmadıklarının değerlendirildiği bir mekanizma bulunmamaktadır.

1.7. TÜRKİYE’DE HASTANE ÖNCESİ ACIL SAĞLIK HİZMETLERİ

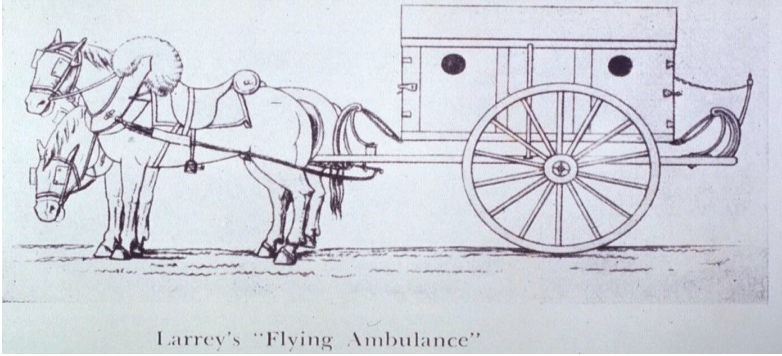
Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın koordinasyonunda, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü uhdesinde yürütülmektedir. Acil vakalara hızlı ve etkin müdahale sağlamak amacıyla kara, hava ve deniz ambulanslarıyla geniş bir ulaşım ağı oluşturulmuştur. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin amacı; eğitimli sağlık personeli ile olay yerinde acil tıbbi müdahaleleri gerçekleştirerek hastaların en uygun sağlık kuruluşuna sevkini sağlamaktır. Acil sağlık hizmetleri, il ambulans servisi başhekimlikleri tarafından bölgesel ihtiyaçlara göre planlanarak tam donanımlı ambulanslar ile kesintisiz şekilde ücretsiz sunulmaktadır. İl ambulans servisleri aynı zamanda hastaneler arası hasta nakillerinin koordinasyonunu da sağlamaktadır. Teknolojik altyapı, çağrı merkezleri ve mobil sağlık sistemleri ile hizmetin etkinliği sürekli artırılmaktadır. Türkiye, gelişen ve üreten sağlık politikaları doğrultusunda hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini daha erişilebilir ve verimli hale getirmeyi hedeflemektedir.

1.7.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Dünyadaki Gelişimi

İnsanlık tarihi boyunca savaş, kaza, afet ve olağan dışı durumlarda hasta ve yaralılar için çeşitli medikal ve cerrahi girişimlerin yapıldığı bilinmektedir. Tıp bilimi binlerce yıllık bir geçmişe sahip olsa da modern anlamda hastane öncesi acil tıbbın oluşumu ve gelişimi son 60 yıl içinde gerçekleşmiştir. Hasta ve yaralılara ilk yardım sağlanması ve savaş alanından tahliyeleri ile ilgili uygulamalar Eski Roma dönemine kadar uzansa da ilk organize acil sağlık hizmetinin, yaralı Fransız askerlerini tedavi etmek ve taşımak amacıyla (Resim1) bir sistem

kuran Napolyon’un Baş Cerrahı Jean Dominique Larrey tarafından başlatıldığı düşünülmektedir.⁴

Resim 1. İlk Ambulans Benzeri Araçlar (Dr. Larrey’nin İcat Ettiği Ambulans)



Kaynak: Baron Larrey's Ambulance, 1797. <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101410020-img>.

1966 yılında Amerikan Bilimler Akademisi tarafından ABD’de yayınlanan “Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society” (Kazalara Bağlı Ölüm ve Sakatlık - Modern Toplumun İhmal Edilen Hastalığı) adlı Rapor⁵, modern hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin başlangıcını oluşturmuştur. Bu raporla birlikte, ABD’de hastane öncesi ve hastane acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla yasalar ve yaptırımlar uygulanmaya başlamıştır. Teknoloji ve tıp bilimindeki gelişmelere paralel olarak, özel olarak üretilmiş ambulanslar, hastane dışında kullanıma uygun cihazlar ve acil bakım konusunda profesyonel eğitim almış personel ile sistem daha da gelişmiştir. Bu süreç içinde, farklı ülkeler farklı hizmet sunum modelleri ile gelişim göstermiştir.⁶

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, dünyanın farklı bölgelerinde farklı ekoller doğrultusunda sunulmaktadır. Bu ekollerin en bilinenleri, Anglo-Amerikan ve Franko-German modelleri olup, hastane öncesi acil sağlık sisteminin iki temel yaklaşımını oluşturmaktadır. Anglo-Amerikan modelinde, ‘scoop and run’ yani kap-götür mantığı hâkimdir ve hastalara olay yerinde hayat kurtarıcı müdahaleler yapılarak ileri tetkik ve tedavi için hastaneye sevk edilirler. Kap götür sisteminde ana oyuncu paramediktir. Franko-German modelinde ise ‘stay and play’ yani kal-oyna prensibi de hastane imkânları olay yerine

⁴ Shah, M. N. (2006), *The Formation of the Emergency Medical Services System*, American Journal of Public Health, 96(3), p. 414-42.

⁵ National Research Council (1966), *Accidental death and disability: the neglected disease of modern society*, National Academies Press.

⁶ Atilla, R. (2010), Dünyada ve Türkiye’de Acil Tıp, Z. Kekeç içinde, *Tüm Yönleriyle Acil Tıp* (s. 3-6), Nobel Kitabevi.

taşınmaktadır ve bu sistemde ana oyuncu hekimlerdir. Hatta Franko-German ekolüne sahip bazı ülkelerde, olay yerinde Ekstrakorporal Membran Oksijenizasyonu (ECMO) desteği gibi ileri girişimsel işlemler dahi sağlanabilse de olay yeri güvenliğinin sağlanamaması, tedavide gecikme ve maliyet artışı gibi dezavantajları bulunmaktadır.⁷

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri sunumu ülkelere göre farklılık gösterse de temel olarak; çağrı merkezinin aktifleştirilmesi, ambulans ekibinin görevlendirilmesi, olay yerine varış, müdahale, olay yerinden ayrılış ve sağlık kuruluşuna nakil olarak özetlenmektedir.

Dünyada acil yardım numarasının belirlenmesindeki temel prensip, vakit kaybına neden olmadan hızlıca tuşlanabilmesi ve akılda kalıcı, kısa bir numara olmasıdır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD), tüm acil yardım kuruluşlarını kapsayan bir acil çağrı merkezi oluşturarak 911 numarasını kullanmaktadır. Avrupa ülkelerinin çoğunda ise 112 acil yardım çağrı numarası tercih edilmektedir. Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen vatandaşlar, 112'yi tuşlayarak ambulans hizmetine ulaşabilmektedir.⁸

1.7.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Ülkemizdeki Gelişimi

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin geçmişi Osmanlı dönemine kadar uzanmaktadır. I. Dünya Savaşı sırasında ordu içerisinde Hilal-i Ahmer (Kızılay) tarafından organize edilmiş atlı ambulansların (Resim 2) kullanıldığı bilinmektedir.⁹

Resim 2. I. Dünya Savaşı Atlı Ambulanslar



⁷ Chenaitia Hichema, M. H.-P. (2011). Mobile Cardio-Respiratory Support in Prehospital Emergency Medicine. *European Journal of Emergency Medicine*, 99-101.

⁸ Erbay, H. (2017), Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Niçin 112 Ambulans Hizmetleri Bağlamında Bir Yakın Tarih Araştırması. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 7(1), s. 28-32.

⁹ Kızılay Tarih, Arşiv ve Belge Müdürlüğü, Çanakkale’de Bir Hilal, <https://kizilaytarih.org/dosya003.html> (Erişim Tarihi: 05/02/2025)

1980’li yıllara kadar Türkiye’de, özellikle büyük şehirlerde, hastaneler veya belediyeler tarafından yürütülen ve ulusal bir standarda sahip olmayan bağımsız ambulans hizmetleri ile hasta taşımacılığı yapılmaktaydı. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin gelişiminde önemli bir adım ise 1983 yılında yürürlüğe giren 2918 sayılı Trafik Kanunu ile karayollarında ve şehir içinde ambulans hizmetlerinin resmi olarak tanımlanması olmuştur. Bu Kanunla birlikte, karayollarında ambulans hizmetlerinin sorumluluğu Sağlık Bakanlığına, il merkezlerinde ise belediyelere verilmiştir. 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde başlatılan ambulans hizmetlerinin ardından, 1986 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından önemli bir adım atılmış ve 077 Hızır Acil Servis numarası belirlenerek Ankara, İstanbul ve İzmir’de belediyelerle iş birliği içinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri organize edilmeye başlanmıştır. Bu uygulama, Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık sisteminin temellerinin atıldığı dönem olarak kabul edilmektedir. O dönemde hizmet veren sağlık personeli, çoğunlukla hastanelerde görev yapan doktorlar ve sağlık çalışanlarından oluşmakta olup, hastane öncesi acil müdahale konusunda sınırlı eğitim almışlardı. Bu nedenle, verilen hizmet daha çok hastaların hızla hastaneye ulaştırılması şeklinde yürütülmekteydi. 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk Acil Tıp Anabilim Dalı ve ilk paramedik programı kurulmuştur. İlgili Anabilim dalı ve program sayesinde ülkemizde hastane öncesi ve hastane acil sağlık hizmetlerinde akademik eğitim ve öğretimine başlanmıştır. 14 Mart 1994 tarihinde ise Hızır Acil Servisi, Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve adı “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” olarak değiştirilmiştir. Üç büyük şehirde başlayan bu sistem, zamanla dört ilde daha yaygınlaştırılarak organize bir yapı kazanmıştır.¹⁰

Günümüzde Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yönetilmektedir. Taşra bölgelerinde ise bu hizmetlerin planlaması ve denetimi, İl Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı tarafından gerçekleştirilirken, operasyonel faaliyetler İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından yürütülmektedir.¹¹

20. yüzyıldaki yenilikler ve organizasyonel değişiklikler, günümüzdeki sofistike hastane öncesi acil sağlık sisteminin temelini atmıştır. Bu gelişmeler, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin yalnızca hasta nakli sağlanmasından ziyade, eğitilmiş profesyoneller tarafından sağlanan kapsamlı ve hayat kurtarıcı acil bakım hizmetine dönüşmesini sağlamıştır.

¹⁰ <https://www.aahd.org.tr/tarihce/>, (Erişim Tarihi: 05/02/2025)

¹¹ Resmi Gazete (11/05/2000-24046), *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*.

Tablo 10. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Yıl	Gelişme
1930	Umumi Hıfzıssıhha Kanununu ile belediyelere “Tıbbi İmdat ve Yardım Teşkilatının” kurulması görevinin verilmesi
1985	Gezici ambulans hizmetlerinin başlaması
1986	“077 Hızır Acil Servis” uygulamasının başlaması
1993	Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk Acil Tıp Anabilim Dalının kurulması
1993	Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk paramedik programının açılması
1994	Sağlık Bakanlığı bünyesinde ‘112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezleri’nin kurulması
1994-1995	İstanbul, Ankara ve İzmir’de 112 ekiplerinin kurulması
1996	Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Meslek Liselerinde Acil Tıp Teknisyenliği
1998	Türkiye’nin ilk ‘İlk ve Acil Yardım’ uzmanının mezun olması
2000	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin yayınlanması
2006	Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği’nin yayınlanması (yürürlükten kaldırıldı)
2007	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde yapılan değişiklikle hekim olmadan, paramediklerin ambulanslarda görev yapmaya başlaması
2009	‘Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ’in yayınlanması
2014	Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Ek-13’ncü maddesine ‘Acil Tıp Teknikeri’ tanımının eklenmesi
2018	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ
2021	‘Afetlerde ve Acil Durumlarda Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin yayınlanması
2025	Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği

Kaynak: Şimşek, P., Günaydın, M., & Gündüz, A. (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 120-127.

1.7.3. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Mevzuatı

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri mevzuatı, zaman içinde önemli ölçüde gelişmiştir; bu gelişimin temelinde, artan sağlık ihtiyaçları, teknolojik gelişmeler ve uluslararası standartlara uyum çabaları yatmaktadır. Bu süreçte, mevzuatın geliştirilmesi ve güncellenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması gibi hedeflere odaklanılmıştır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, yasal düzenlemelerle çerçevesi belirlenmiş bir sistem içinde yürütülmektedir. Bu sistemin temelini 11.05.2000 tarihli ve 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği⁶ oluşturmakta olup, sağlık hizmetlerinin etkin, hızlı ve koordineli bir şekilde sunulmasını sağlamaktadır. Yönetmelik, hasta ve yaralıları zamana duyarlı müdahaleyi esas alarak, ambulans hizmetleri, personel yetkinlikleri ve hasta nakil süreçlerini kapsamlı bir şekilde düzenlemektedir. 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve

Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun¹², 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu¹³, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu¹⁴ ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname¹⁵ bu yönetmeliğin dayanaklarıdır.

Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenlerinin görev, yetki ve sorumlulukları, Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik¹⁶ ve Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ¹⁷ ile belirlenmiştir. Ambulans hizmetleri ve ambulans servislerinin kuruluş, işleyiş ve denetlenmesine ilişkin usul ve esaslar ile ambulansların ve acil sağlık araçlarının tıbbi ve teknik donanım özellikleri ise Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğine¹⁸ göre düzenlenmekte ve uygulanmaktadır.

İl ambulans servisi başhekimliği, komuta kontrol merkezi ve acil sağlık istasyonlarının çalışma usul ve esasları, bu istasyonların çalıştırılması ile ilgili kurum ve kuruluşların görev ve sorumluluklarına ilişkin idari hususlar 24.05.2005 tarihli ve 0872 sayılı İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi¹⁹ ile belirlenmiştir. Bunun yanında sistem işleyişi ile alakalı talimat ve tebliğler de bulunmaktadır.

1.7.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin İdaresi ve Organizasyonu

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre acil sağlık hizmetleri; acil hastalık ve yaralanma durumlarında, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında ve sağlık kurumlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ise afet, kaza, olağan dışı durumlar veya hastalık nedeniyle tıbbi acil yardıma ihtiyaç duyan kişilere, olay yerinde ve hastaneye nakil sürecinde acil bakım hizmeti verilmesini kapsamaktadır.²⁰ Yine Yönetmelikte

¹² 11/04/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.

¹³ 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu.

¹⁴ 07/05/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.

¹⁵ 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.

¹⁶ Resmi Gazete (22/05/2014-29007), *Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik*.

¹⁷ Resmî Gazete (26/03/2009-27181), *Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ*.

¹⁸ Resmi Gazete (08/012025-32776), *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*.

¹⁹ İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-90010/il-ambulans-servisi-calisma-yonergesi.html>

²⁰ Ekşi, A. (2016), *Kitlesele Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi*, İzmir, Kitapana Yayınevi.

yapılan tanıma göre, acil sağlık hizmeti sunan ekip; hasta veya yaralıya gerekli tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmek ve olay yerinde gerekli önlemleri almakla görevlendirilen, acil sağlık hizmetleri alanında eğitim almış sağlık personeli ile bir şoförden oluşmaktadır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, yaşam zincirinin en önemli aşamalarından biri olup, modern ve etkin bir sağlık sistemi için kritik bir rol üstlenmektedir. Erişkinlerde kardiyovasküler hastalıklar, akut solunum yolu hastalıkları, travmalar ve zehirlenmeler başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır.²¹ Bu hastalık ve durumların tamamı, zamana duyarlı olup acil tıbbi müdahale gerektiren vakalardır. Hastane öncesi süreçte doğru ve zamanında müdahale sağlandığında, mortalite ve morbidite oranlarında belirgin bir azalma sağlanabilmektedir.²²

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve etkili bir şekilde sunulabilmesi için, ilgili birimlerin koordinasyon içinde çalışması gerekmektedir. Bu hizmetler, acil tıp uzmanları, pratisyen hekimler, ambulans ve acil bakım teknikerleri (AABT), acil tıp teknisyenleri (ATT), sağlık memurları, hemşireler ve şoförler tarafından yürütülmektedir.

İl Ambulans Servisi Başhekimliği, ambulans servisine bağlı tüm birimleri ve personeli sevk ve idare etmekle yükümlüdür. Hizmetin sürekliliğini sağlamak ve geliştirmek amacıyla gerekli personel, bina, araç ve malzemenin temini için mali kaynak planlamasını ve organizasyonunu gerçekleştirir. İlin coğrafi yapısı, nüfusu ve ihtiyaçları doğrultusunda yeterli sayıda kara, hava ve deniz ambulansları ile acil sağlık ve hizmet araçlarını bünyesinde bulundurur.²³

Sağlık Komuta Kontrol Merkezi²⁴, başhekimliğe bağlı olarak 112 AÇM faaliyet gösterir. İlin nüfusu, acil sağlık çağrı yoğunluğu, istasyon sayısı ve bölgesel özelliklere uygun olarak yeterli sayıda personel, teknik donanım ve yazılım altyapısı ile birlikte uygun fiziki koşullara sahip olacak şekilde kurulması esastır. Afetlere karşı dayanıklı, bağımsız yapılar tercih edilmeli ve hizmete uygun teknolojik altyapı sağlanmalıdır. Gerekğinde, aynı bölgedeki merkezler arasında teknik donanım ve iletişim altyapısı ortak veya entegre şekilde kullanılabilir. Bu sayede iller arası hasta sevkleri, olağan dışı durumlar ve afetlerde bölgesel koordinasyon ve yönetim etkin bir şekilde sağlanabilir.²⁵

²¹ WHO, W. H. (2020), The Top 10 Causes of Death, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

²² Roudsari BS, N. A.-R. (2007), Emergency Medical Service (EMS) Systems in Developed and Developing Countries. *Injury*, 38(9), s. 1001-1013.

²³ Resmi Gazete (11/05/2000-24046), *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*.

²⁴ Resmi Gazete (08/012025-32776), *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*.

²⁵ Resmi Gazete (11/05/2000-24046), *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*.

Merkezler aşağıdaki görevleri yapar:

- Merkeze ulaşan acil sağlık çağrılarını değerlendirmek, çağrılara göre verilmesi gereken hizmeti belirleyerek yeterli sayıda ekibi olay yerine yönlendirmek, hizmet ile ilgili her türlü veriyi kayıt altına almak, saklamak ve değerlendirmek.
- İl düzeyindeki kendisine bağlı istasyonların acil yardım, hasta nakil, özel donanımlı ambulanslar, hava ve deniz ambulansları, acil sağlık araçları ile hizmet araçlarının sevk ve idaresini yapmak.
- Hastaneler arasındaki koordinasyonu sağlayarak hasta sevk sisteminin düzenli olarak işlemesini sağlamak, başta yoğun bakım yatakları olmak üzere kritik yatak ve birimler ile personelin takibini yapmak.
- Hizmetin verilmesi sırasında, hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlamak.
- Olağandışı durumlar ve afetlerde diğer kurumlarla iş birliği içerisinde olay yerine yeterince ambulans ve acil sağlık aracını görevlendirmek, hastane koordinasyonunu sağlamak, gerektiğinde ildeki tüm ambulansları ve özel ambulans servislerini sevk ve idare etmek.
- Başhekimlikçe verilen diğer görevleri yapmak.²⁶

1.7.5. 112 Acil Çağrı Merkezleri

112 Acil Çağrı Merkezleri, 16.05.2014 tarihli 29002 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği²⁷ kapsamında, büyükşehirlerde yatırım izleme ve koordinasyon başkanlığına, diğer illerde ise valiliklere bağlı olarak faaliyet göstermeye başlamıştır. Acil çağrılarının karşılanmasını, yönlendirilmesini ve koordinasyonunu sağlayan birimdir. Bu merkezler, il genelinde polis, jandarma, sağlık, itfaiye, AFAD gibi farklı birimlerin acil çağrı hizmetlerini tek çatı altında toplamaktadır. Ortak çağrı merkezi sisteminden önce ülkemizde her birim kendine ait üç haneli acil yardım numarası ile hizmet vermekteydi. Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri idari ve işleyiş olarak 112 Acil Çağrı Merkezleri koordinasyonunda, disiplin ve özlük hakları açısından il ambulans servisi başhekimliğine bağlıdır. İlgili Yönetmelik, bu merkezlerin kuruluş, işleyiş, personel yapısı ve koordinasyon süreçlerine dair esasları belirlemektedir. 16.05.2014 tarihli 29002 sayılı Yönetmeliğin yayınlanmasına müteakip il ambulans servisleri bünyesindeki sağlık komuta kontrol merkezleri 112 AÇM bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır.

²⁶ Resmi Gazete (11/05/2000-24046), *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*.

²⁷ Resmî Gazete (16/05/2014-29002), *112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği*.

112 Acil Çağrı Merkezi Müdürlüğü, gelen çağrıları ilgili birimlere yönlendirmek, acil yardım hizmetleri arasında iş birliğini sağlamak, teknoloji ve yazılım altyapısını geliştirmek ve kamuoyunu bilgilendirmekle yükümlüdür. Merkezde çağrı alıcılar, çağrı yönlendiriciler ve idari personel görev yapar. Çağrı alıcılar, gelen aramaları değerlendirerek ilgili kuruma yönlendirirken, çağrı yönlendiriciler ise gerekli ekiplerin olay yerine sevk edilmesini ve koordinasyonu sağlar. Asılsız ihbarları tespit ederek önlem almak da merkezin sorumlulukları arasındadır.

Çağrı merkezlerinin koordinasyonu ve denetimi, İçişleri Bakanlığı, valilikler ve ilgili kurum temsilcilerinden oluşan Acil Çağrı Hizmetleri Koordinasyon Komisyonları tarafından sağlanır. İl düzeyinde vali başkanlığında toplanan komisyonlar, merkezin etkinliğini artırmak için gerekli düzenlemeleri yapar. Ayrıca, hizmet içi eğitimler ile personelin yetkinliği artırılır ve yeni teknolojilerin entegrasyonu sağlanır. Çağrı merkezlerinde kişisel verilerin gizliliği esastır ve kayıtlar belirlenen süre boyunca saklanır. Asılsız ihbar yapan kişilere Kabahatler Kanunu kapsamında idari para cezası uygulanmaktadır.²⁸

1.7.6. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Personel Yapısı

Hastane öncesi acil sağlık sisteminde çalışan personellerin eğitim ve yeterlilik düzeyleri dünya genelinde büyük ölçüde farklılıklar göstermektedir. Bazı sistemlerde, tıbbi eğitimi olmayan ve yalnızca ambulans sürmeye yetkili personeller bulunmaktadır.²⁹ Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personel, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen mevzuat çerçevesinde istihdam edilmekte ve görevlendirilmektedir. Bu kapsamda acil sağlık hizmetlerinde acil tıp uzmanları, pratisyen hekimler, AABT, acil tıp teknisyenleri (ATT), hemşireler, sağlık memurları ve ambulans sürücüleri görev almaktadır. Acil sağlık ekipleri, hastane öncesi müdahalede bulunmak, hastaların güvenli bir şekilde hastaneye naklini sağlamak ve olay yerinde gerekli tıbbi desteği sunmakla sorumludur. Görevli sağlık personelinin, ilgili alanlarda eğitim almış olması ve sürekli mesleki gelişim eğitimlerine katılması zorunludur.

Personel yapısı, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkin ve kesintisiz sunulabilmesi için belirli standartlara göre düzenlenmektedir. İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde faaliyet gösteren İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri, bu hizmetlerin planlanması, koordinasyonu ve denetiminden sorumludur. Acil sağlık hizmetleri

²⁸ Resmî Gazete (16/05/2014-29002), *112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği*.

²⁹ Motorcycle Ambulance Trailer Project Gets Off The Ground With Man Erf UK, Transport News Network, 4 July 2006, Archived from the original on 22 September 2008, Retrieved 7 August 2008.

istasyonlarında görev yapan ekiplerin çalışma düzeni; Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği doğrultusunda belirlenmekte olup, ekip sorumluluğunu var ise hekim yoksa AABT yoksa 4 modül eğitimini tamamlamış ATT yapmaktadır.

Acil sağlık hizmetlerinin ulusal ve uluslararası standartlarda sunulabilmesi amacıyla, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı tarafından mezuniyet sonrası zorunlu eğitim programları düzenlenmektedir. Bu kapsamda; Ambulans Kullanımı ve Bakımı Eğitimi, Temel Eğitim Programı, İleri Yaşam Desteği Programı, Çocuk İleri Yaşam Desteği Programı ve Travma İleri Yaşam Desteği Programı gibi eğitimler verilmektedir. Ayrıca yenidoğan transportu, obstetrik acil müdahale ve ambulans sürüş teknikleri gibi özelleşmiş eğitimler de uygulanmaktadır.³⁰

1.7.6.1. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri, üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarında ilk ve acil yardım/bakım eğitimi almış sağlık profesyonelleridir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, olay yerinde ve hasta nakli sırasında görev alırlar. Görev, yetki ve sorumlulukları şu şekildedir:

- Hastaneye ulaştırıncaya kadar hastaya Bakanlıkça belirlenen acil ilaçları ve sıvıları uygun yollardan herhangi biriyle uygular.
- Temel ve ileri hava yolu uygulamaları, endotrakeal entübasyon, gerekli hallerde krikotirotomi, invaziv/noninvaziv mekanik ventilasyon ve oksijen uygulamaları yapar.
- Travma stabilizasyonu, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyon, yara kapatma ve basit kanama kontrolü ve iğne dekompresyon uygulaması yapar.
- Hastanın nakle hazır hale gelmesini ve uygun taşıma teknikleri ile hastanın naklini sağlar.
- EKG ve monitörizasyon ile ritim değerlendirmesi yapar, defibrilasyon, kardiyoversiyon, external pacemaker uygulaması gibi elektriksel tedavileri uygular.
- Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olur.
- Görevinin tüm aşamalarında haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanır.
- Ambulans teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde bulundurur, zorunlu hallerde ambulanda sürücülük görevi yapar.

³⁰ Resmi Gazete (11/05/2000-24046), *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*.

- Acil Tıp Teknisyenleri, sağlık meslek lisesi mezunu olup hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık personelidir. Görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- Yetkili sağlık meslek mensubunun sorumluluğunda hastaya uygun parantral girişim yapar.

- Temel hava yolu uygulamaları, endotrakeal entübasyon ve oksijen uygulaması yapar.

- Uygun taşıma tekniklerini uygular.

- Temel yaşam desteği protokollerini uygular. Bu uygulama sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanır.

- Travma stabilizasyonu ile kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlar.

- Hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlar.

- Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapar.

- Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olur.

- Monitörizasyon ve defibrilasyona yardımcı olur.

- Görevinin tüm aşamalarında haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanır.

- Ambulansı teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde bulundurulur, gerektiğinde ambulansla sürücülük görevi yapar.^{31,32}

Her iki meslek grubu da, 112 Acil Sağlık Hizmetleri bünyesinde görev yaparak hasta veya yaralıları hızlı, etkili ve profesyonel müdahalede bulunarak sağlık sisteminin en önemli bileşenlerinden biri olarak hizmet vermektedir.

1.7.7. Türkiye’deki Ambulans ve İstasyon Tipleri

Ambulanslar, kullanım ve ulaşım şekline göre kara, hava ve deniz ambulansları olarak sınıflandırılmaktadır:

a) Kara ambulansları (Resim 3), hizmet türüne göre acil yardım ambulansı, hasta nakil ambulansı, yoğun bakım ambulansı ve özel donanımlı ambulanslar olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır:

- **Acil yardım ambulansı,** acil sağlık hizmeti gerektiren hasta veya yaralıları olay yerinde ve nakil esnasında gerekli ilk ve acil bakımın yapılabilmesini sağlayan, Yönetmelik eklerinde belirtilen teknik ve tıbbi donanıma sahip araçlardır.

- **Hasta nakil ambulansı,** acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hastaların güvenli bir şekilde taşınmasını sağlamak amacıyla kullanılan, sesli uyarı sistemi bulunan ancak ışıklı uyarı sistemi bulunmayan, Yönetmelik eklerinde belirtilen teknik/tıbbi donanıma sahip araçlardır.

³¹ 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu.

³² 07/05/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.

- **Yoğun bakım ambulansı**, hasta veya yaralıların nakil sürecinde ileri düzeyde izlenmesi ve gerekli tedavinin uygulanabilmesi amacıyla özel olarak donatılmış, Yönetmelik eklerinde belirtilen teknik ve tıbbi donanıma sahip araçlardır.
- **Özel donanımlı ambulanslar**, hizmet verilen bölgenin coğrafi ve ulaşım şartlarına, hasta veya yaralının fiziki ve tıbbi durumuna uygun olarak özel tasarlanmış kara araçlarıdır. Teknik ve tıbbi donanımı Bakanlık tarafından belirlenen bu ambulanslar; arazi tipi ambulans, çok sedyeli ambulans, yenidoğan ambulansı, motosiklet ambulansı, obez ambulans ve medikal kurtarma ambulansı gibi çeşitli kategorilere ayrılmaktadır.

Resim 3. Kara Acil Yardım Ambulansı



b) Hava ambulansları (Resim 4, 5), hasta veya yaralıların tıbbi müdahale gerektiren nakilleri için kullanılan ve Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü tarafından uçuşa elverişlilik belgesi verilmiş, ticari hava taşımacılığı yapmaya yetkili bir hava taşıma işletmesine ait, ilgili Yönetmelik eklerinde tıbbi donanıma sahip hava araçlarıdır.

Resim 4. Helikopter Ambulans



Resim 5. Uçak Ambulans



c) **Deniz ambulansları (Resim 6)**, hasta veya yaralıların deniz yoluyla nakledilmesi ya da acil tıbbi müdahale sağlanması amacıyla Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı tarafından denize elverişli olduğu belgelenmiş ve Yönetmelik eklerinde belirtilen tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır.³³

Resim 6. Deniz Ambulans



İstasyonlar, acil sağlık hizmeti sunmak ve tıbbi müdahalede bulunmak amacıyla kurulmuş birimlerdir. Bu birimler, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 11. maddesinde belirtilen kriterler doğrultusunda yapılan incelemeler sonucunda, İl Sağlık Müdürlüğünün

³³ 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.

teklifi ve Valiliğin onayı ile açılmaktadır. Ancak gerekli görüldüğünde, il sınırları dışında da Valiliklerin teklifi ve Bakanlığın onayı ile istasyon kurulabilir.³⁴ Sağlık Bakanlığı 2025 Bütçe sunumuna göre Bakanlık envanterinde 3934 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ve 5668 Acil Yardım Ambulansı bulunmaktadır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri istasyonları, verdikleri hizmete göre üç farklı tipte yapılandırılmaktadır.

1.7.7.1. A Tipi İstasyonlar

Bu istasyonlar, 24 saat kesintisiz acil sağlık hizmeti sunan birimlerdir. İhtiyaca bağlı olarak birden fazla ekip ve ambulans ile hizmet verebilirler. A tipi istasyonlarda görev yapan personel, kadrolu olup, idari ve özlük hakları açısından İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlıdır. Bu istasyonların açılış ve kapanış işlemleri Sağlık Bakanlığı onayına tabidir. A tipi istasyonlar, ekip içerisinde hekim bulunup bulunmamasına göre ikiye ayrılmaktadır:

A1 Tipi İstasyon: Acil sağlık ekibinde hekim bulunan istasyonlardır.

A2 Tipi İstasyon: Acil sağlık ekibinde hekim bulunmayan istasyonlardır.

1.7.7.2. B Tipi İstasyonlar

Bu istasyonlar, birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre çalışmaktadır. 24 saat kesintisiz ambulans ve acil sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu istasyonlarda görev yapan personel, kadro ve özlük hakları bakımından bağlı bulundukları kuruma tabidir. Ancak ambulans hizmetleri bakımından İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin koordinasyonunda hizmet sunmaktadırlar. B tipi istasyonlar, hizmet verdikleri sağlık kuruluşunun türüne göre iki gruba ayrılmaktadır:

B1 Tipi İstasyon: Hastane acil servisi ile entegre çalışan istasyonlardır.

B2 Tipi İstasyon: Birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre çalışan istasyonlardır.

1.7.7.3. C Tipi İstasyonlar

Bu istasyonlar, ihtiyaca göre belirlenen saatlerde sadece ambulans hizmeti sunan birimlerdir. Personel, idari ve özlük hakları açısından İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı olarak görev yapmaktadır. C tipi istasyonlarda, acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış sağlık ekibi ve tıbbi donanıma sahip ambulanslar bulunmaktadır. İstasyonda görevli personelin standart donanımları, iase, ibate ve güvenlik hizmetleri, içinde bulundukları kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır.

³⁴ Erbay, H. (2017), *Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Niçin 112 Ambulans Hizmetleri Bağlamında Bir Yakın Tarih Araştırması*, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 7(1), s.28-32.

1.7.8. Hastaneler Arası Hasta Nakil Sistemi

Türkiye’de hastaneler arası ambulans ile hasta nakil sistemi, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 9/c kapsamında İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri bünyesinde yürütülmektedir. Bu sistem, hastaların tıbbi durumlarına göre uygun donanıma sahip ambulanslarla güvenli bir şekilde bir sağlık kuruluşundan diğerine sevk edilmesini sağlamaktadır. Hastaneler arası nakil, hastanın tıbbi gereksinimleri doğrultusunda sevkine karar verilmesiyle başlar. Sevk kararı, hastanın mevcut sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda ilgili hekimin onayı ile gerçekleştirilir ve nakil işlemi, il ambulans servisi/sağlık komuta kontrol merkezi koordinasyonunda yürütülür.³⁵ İyi organize edilmemiş hasta nakilleri morbidite ve mortaliteyi oranlarında artışa neden olmaktadır.^{36,37}

Nakil sürecinde kullanılacak ambulans tipi, hastanın klinik durumu göz önünde bulundurularak belirlenir. Acil müdahale ve ileri bakım gerektiren hastalar için standart acil yardım veya **yoğun bakım ambulansları**, acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hastalar için **hasta nakil ambulansları** tercih edilmektedir. Bunun yanı sıra, yenidoğan hastalar için **yenidoğan yoğun bakım ambulansları**, obez hastalar için **özel donanımlı ambulanslar** gibi spesifik nakil araçları da kullanılmaktadır. Tüm ambulanslar, ilgili teknik ve tıbbi donanım gerekliliklerini karşılamak zorundadır ve sağlık personeli, nakil süresince hastanın stabilizasyonunu sağlamakla yükümlüdür.

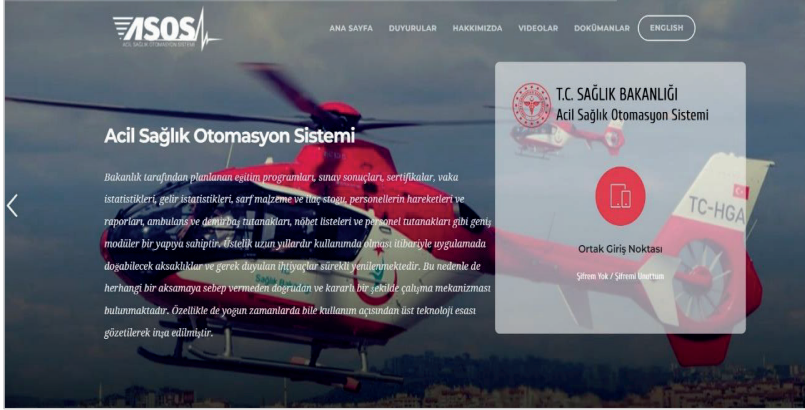
Hastaneler arası ambulans nakilleri, İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından organize edilir ve sevk edilen hastanın kayıtları ilgili sağlık birimleri arasında Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (Resim 7) aracılığıyla paylaşılır. Özellikle ileri seviye sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastalar için sevk işlemi, sevk edilen hastanenin yatak kapasitesi ve uzmanlık alanları dikkate alınarak planlanır. Afet ve olağan dışı durumlarda, Sağlık Bakanlığı Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) aracılığıyla il ve bölge düzeyindeki koordinasyon merkezleri devreye alınarak hasta transfer süreçleri hızlandırılarak etkin bir şekilde yürütülür. Türkiye’de hastaneler arası nakil sisteminin temel amacı, hastaların en kısa sürede en uygun sağlık hizmetine ulaşmasını sağlamak ve sağlık hizmetlerinde bütüncül bir yaklaşım sunmaktır.

³⁵ Resmi Gazete (11/05/2000-24046), *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*.

³⁶ Joosse P, Saltzherr TP, van Lieshout WA, van Exter P, Ponsen KJ, Vandertop WP, et al. (2012), Impact of secondary transfer on patients with severe traumatic brain injury. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012; 72:487, s.90.

³⁷ Kulshrestha A, Singh J. (2016), Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7):451-457. doi:10.4103/0019-5049.186012.

Resim 7. Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS)



Kaynak: Acil Sağlık Otomasyon Sistemi. <https://asos.saglik.gov.tr/Authentication/Login?ReturnUrl=%2f>

1.7.9. Yenidoğan Bebeklerin Kuvöz ile Nakli

Yenidoğan dönemi, insan yaşamının en hassas ve dinamik evresidir ve bebeğin gebelik haftasına bakılmaksızın doğumdan sonraki ilk 28 günü kapsamaktadır.³⁸ Bu süreç, diğer yaşam evrelerine kıyasla mortalite ve morbidite açısından yüksek riskler barındırmaktadır.³⁹ Yenidoğan bebekler, doğum sonrası ilk saatlerde dünyaya uyum sağlama sürecinde en fazla desteğe ihtiyaç duymaktadır.

Beş yaş altı çocuk ölüm hızı, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin temel belirleyici unsurlarından biri haline gelmiş olup, bu durum yenidoğan alanındaki çalışmalara olan ilgiyi artırmaktadır.⁴⁰ Ülkemiz, yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine verdiği önem kadar yenidoğan nakillerine de öncelik tanımaktadır.⁴¹ Türk Neonatoloji Derneği tarafından bu alanda bir Ulusal Nakil Kılavuzu yayımlanmış ve nakil standartları belirlenmiştir.⁴² Türkiye’de yenidoğan nakilleri, yenidoğanlara özel tasarlanmış ambulanslar, bu konuda sertifikalandırılmış sağlık personeli ve İl Ambulans Servisi Sağlık Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, Yenidoğan Bebeğin Güvenli Nakli Rehberi’nde⁴³ belirtildiği üzere, gebelik sürecinde anne veya bebeğin sağlığını olumsuz

³⁸ Zenciroğlu, A. (2017), Temel Yenidoğan Bakımı, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.

³⁹ Salihoğlu, Ö., Canan, H. A., Hatipoğlu, S. (2011), *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi*, Bakırköy Tıp Dergisi, s.45-51.

⁴⁰ Eskioçak, M., ve Selçuk, G. (2014), Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Tarafından Bildirilen Bebek Ölüm Hızları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme, *Türk Journal Public Health*, s.207-216.

⁴¹ Tarı, A. K. (2006), *Dünyada ve Türkiye’de Yenidoğan Transportu*, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, s.24-31.

⁴² Narlı, N., Kırımı, E., ve Uslu, S. (2018), Yenidoğan Bebeğin Güvenli Nakli Rehberi, Türk Neonatoloji Derneği.

⁴³ Narlı, N., Kırımı, E., ve Uslu, S. (2018), a.g.e.

etkileyebilecek herhangi bir risk faktörünün saptanması durumunda, doğumun, yenidoğanın tanı, tedavi ve izleminin yapılabilmesi için donanımlı bir merkezde gerçekleştirilmesi esastır. Bu bağlamda, en güvenli ve fizyolojik nakil ortamı anne rahmi (uterus) olarak kabul edilmekte ve doğum öncesi annenin uygun merkeze sevkı önerilmektedir.

Türkiye’de, yenidoğan bebeklerin güvenli ve etkin bir şekilde nakledilmesini sağlamak amacıyla yenidoğan eğitimi ve yenidoğan nakil ambulanslar ile yenidoğan ambulansı tahsis edilmiştir (Resim 8). Bu ambulanslarda görev yapacak hekim, AABT ve ATT’den oluşan 610 sağlık personeline, Covid-19 pandemisi nedeniyle uzaktan eğitim yöntemiyle yenidoğan transport kursu düzenlenmiştir. Teorik eğitimi başarıyla tamamlayan sağlık personeli, çalıştıkları illerde yenidoğan üniteleri ve doğumhanelerde planlanan 10 günlük uygulamalı eğitim sürecine alınarak saha deneyimi kazanmıştır.⁴⁴ Ayrıca yenidoğan ambulanslarında görev yapan sağlık personelleri Neonatal Resüsitasyon Programı eğitimi de almaktadır. Eğitimi başarı ile tamamlayan sağlık personelleri, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde uygulamalı staj eğitimlerini almaktadır.

Resim 8. Yenidoğan Ambulansı



1.7.10. Özel Ambulans Servisleri

Acil sağlık hizmetleri ile ilgili hizmet sunan özel kuruluşlar ve şahıslara ait ambulans servisleri standartları ve hizmetin verilmesine dair usul ve esaslar Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir.⁴⁵

⁴⁴ Çetinkaya, M. (2021), *TND ve Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel*, Türk Neonatoloji Derneği Bülteni, s.24.

⁴⁵ Resmi Gazete (11/05/2000-24046), *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*.

Özel ambulans servisi açmak isteyen gerçek veya tüzel kişiler, İl Sağlık Müdürlüğüne başvuruda bulunarak gerekli izinleri almak zorundadır. Başvurular, başvuru sahibinin hukuki yeterliliği, ambulansların teknik ve tıbbi donanımı, hizmet verilecek alanların uygunluğu gibi kriterler doğrultusunda değerlendirilir. Uygun bulunan servisler, **müdürlük** onayı ile ruhsatlandırılarak faaliyete başlar. Özel ambulans servislerinin kullandığı kara, hava ve deniz ambulansları, mevzuatta⁴⁶ belirtilen standartlara uygun olmalı ve belirlenen donanıma sahip olmalıdır.

Özel ambulans servisleri, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından düzenli olarak denetlenmektedir. Bu denetimlerde, ambulansların teknik yeterlilikleri, tıbbi cihazların işlevselliği, personelin yeterlilik belgeleri ve hasta taşıma süreçlerinin ilgili mevzuata uygunluğu kontrol edilir. Servislerde görev yapan hekimler, ambulans ve acil bakım teknikerleri (AABT), acil tıp teknisyenleri (ATT) ve diğer sağlık personelinin geçerli çalışma belgelerine sahip olması zorunludur. Özel ambulanslar, Komuta Kontrol Merkezi (KKM) tarafından görevlendirilebilir; ayrıca kendi taşıdıkları vakalarda vakaya ilişkin bilgileri Sağlık Komuta Kontrol Merkezi'ne (SKKM) bildirmekle yükümlüdürler (Yönetmelik Madde 16, 17). Bu servisler, çağrı merkezi, ambulans filosu, istasyon yapısı ve mesul müdürlük organizasyonu ile faaliyet gösterir. Tüm vaka bildirimleri ve hasta taşıma süreçleri, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS) üzerinden kayıt altına alınır. Ambulans ekipleri, sağlık personeli ve sürücülerden oluşur ve her vaka için eksiksiz kayıt ve raporlama yapmakla yükümlüdür. Ayrıca hizmetin kesintisiz sürdürülebilmesi için yedek ambulans bulundurma, düzenli bakım-onarım ve personel planlaması gibi önlemler de ambulans işletenlerin sorumluluğundadır.

Özel ambulans servislerinin işleyişi, hasta nakil hizmetleri ve acil sağlık müdahaleleri olmak üzere iki temel çerçevede yürütülmektedir. Bu servisler, olay yerinden hastaları alarak gerekli acil müdahaleleri sağladıktan sonra uygun sağlık kuruluşuna naklini gerçekleştirir. Ayrıca, hastaneler arası hasta transferi, evde bakım hastalarının sevgi, özel sağlık kuruluşlarına hasta nakli gibi planlı hizmetlerin yanı sıra; organizasyonlar, spor müsabakaları ve geniş katılımlı etkinliklerde sağlık hizmeti sunmak üzere ambulans görevlendirmesi yapılabilirler.⁴⁷

⁴⁶ Resmi Gazete (08/012025-32776), *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*.

⁴⁷ Resmi Gazete (08/012025-32776), *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*.

1.8. TÜRKİYE’DE HASTANELERDE ACİL SERVİS HİZMETLERİ

Ülkemizde hastanelerdeki acil servis hizmetleri 1.5.2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”⁴⁸ ile 13.09.2022 tarih ve 31952 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”e göre yürütülmektedir.⁴⁹

Tebliğe göre acil servis; kamu, üniversite ve özel yataklı sağlık tesisleri bünyesinde yer alan ve acil sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalara sağlık hizmeti sunulan poliklinik ve yataklı servis işlevi görebilen sağlık tesisi bölümü olarak tanımlanmaktadır. Acil servis hizmetleri ise ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda hastaların sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla yapılması gereken müdahale veya tedaviye yönelik acil serviste yapılan tıbbi hizmetleri kapsamaktadır.

Tebliğ, kamu, özel ve üniversitelere ait tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsamaktadır. Özel sağlık tesisleri ile vakıf üniversitelerine ait hastaneler, 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinin acil ünite ve servislere ilişkin hükümleri saklı kalmak kaydıyla bu Tebliğin hükümlerine tâbi tutulmuştur.⁵⁰

Özel Hastaneler Yönetmeliği 30.01.2025 tarihinde 32798 sayılı Resmî Gazetede güncellenmiştir.⁵¹ Yönetmeliğin 6. maddesinin onbeşinci fıkrasına göre özel hastanelerde acil servis bulunması zorunludur. Acil servislere bulunması gereken özellikler, ilgili mevzuatına uygun düzenlenir. Yönetmeliğin 16. maddesinin yedinci fıkrasına göre özel sağlık kuruluşlarında çalışan tabip/uzman tabipler, 1219 sayılı Kanunun 12 nci maddesine uygun olmak kaydıyla, çalıştıkları sağlık kuruluşundaki çalışma saatleri dışında başka bir özel hastanenin acil servis, klinik servis ve ünitelerinde çalışma belgesi düzenlenmeksizin nöbet tutabilir.

Özel Hastaneler Yönetmeliğinin 21 ve 22. maddeleri acil servis hizmetlerini düzenlemektedir. Buna göre özel hastanelerde, acil sağlık hizmeti verilmesi ve acil vakaların hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakılmaksızın kabul edilmesi ve gerekli tıbbi müdahalenin kayıtsız, şartsız ve gecikmeksizin yapılması zorunludur. Hizmet bedelinin tahsili ile ilgili işlemler, acil müdahale ve bakım sağlandıktan sonra yapılmak durumundadır. Ayrıca özel hastaneler acil olarak gelen hastalara

⁴⁸ Resmi Gazete (11/05/2000-24046), *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*.

⁴⁹ Resmi Gazete (13/09/2022-31952), *Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*.

⁵⁰ Resmi Gazete (27/03/2002-24708), *Özel Hastaneler Yönetmeliği*.

⁵¹ Resmi Gazete (30/01/2025-32798), *Özel Hastaneler Yönetmeliği*.

yeterli personeli veya donanımı olmadığı, ilgili birimi veya boş yatağı bulunmadığı, hastanın sağlık güvencesi olmadığı ve benzeri sebepler ile gerekli acil tıbbi müdahaleyi yaptıktan kaçınamaz.

Özel hastanelerde acil servise başvuran hastalar ile yatarak veya ayakta tedavi gören hastalara yoğun bakım hizmeti dâhil olmak üzere gerekli ilk müdahalenin yapılması, tedavinin devamı için gerekiyorsa hastanın yatışı yapılarak tedavisinin ve eğer gelişirse komplikasyonların tedavisinin tamamlanması esastır. Hastanın tıbbi durumuna bağlı olarak ilgili uzman tabip, tıbbi donanım, müdahale, bakım veya tedavi için gerekli şartların hastanede sağlanamaması durumunda ise, gerekli ilk müdahalenin yapılmış olması kaydıyla, başka bir sağlık kuruluşuna usulüne uygun şekilde sevki sağlanabilir. Acil hastaların ihtiyaç durumunda nakledileceği sağlık kuruluşunun belirlenmesi ve nakil işlemleri Sağlık Komuta Kontrol Merkezinin yönetiminde ve koordinasyonunda yapılır.

Sağlık Komuta Kontrol Merkezi, 1.5.2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde düzenlenen hizmet akışı çerçevesinde en uygun hastaneye hastanın naklini sağlar. Hasta nakil süreci Bakanlık elektronik sistemleri üzerinden takip edilir.

Özel hastaneler, Bakanlıkça belirlenen esaslar çerçevesinde; Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) tarafından Olay Yönetim Sistemi (OYS)’nde tanımlanan olay ile ilişkili olarak ambulans veya kendi imkânları ile gelen başvuruların kimlik, tanı, servis ve tedavi gibi vaka bilgilerini, boş, dolu ve toplam yatak durumlarını, servislerin seviye bilgilerini, fiilen çalışan nöbetçi tabip listelerini ve ambulansla acile getirilen hastaların tanı ile tedavi bilgilerini, güncel ve doğru olarak Sağlık Komuta Kontrol Merkezine vermekle yükümlüdür.

Özel hastanelerin acil ünitesinde günün her saatinde tabip bulundurulması da zorunludur. Hastanenin ruhsata esas uzmanlık dallarında acil tıp uzmanı bulunması halinde bu tabip acil serviste görevlendirilir. Acil tabibi tarafından yapılacak davete ilgili dal uzmanının ve diğer personelin uymaları zorunludur. Normal çalışma saatleri dışında faaliyet gösterilen uzmanlık dallarındaki uzman tabipler icapçı olarak görev yaparlar. Ancak mevcut kadrolu veya kadro dışı geçici çalışan uzman tabipler, mesul müdürce düzenlenen nöbet listesine göre acil ünitesinde nöbet tutabilir. Hastanede kadro dışı çalışan tabipler de nöbet tutabilir. Acil serviste nöbet tutan tabiplerin üstlerinde fotoğrafları ve “Nöbetçi Tabip” yazılı mesul müdür tarafından düzenlenmiş kimlik kartı bulunmak zorundadır. Nöbetçi tabip listesi haftalık olarak hazırlanır ve mesul müdür tarafından onaylanarak dosyalanır.

Belirli bir uzmanlık dalında faaliyet gösteren hastanelerin acil üniteleri sürekli olarak kullanıma hazır halde bulundurulur ve faaliyet gösterecekleri ilgili uzmanlık dalı veya dallarının gerektirdiği tıbbi donanım, malzeme ve ilaçlar bulunur.

Yönetmeliğin 22. maddesinin birinci fıkrasına göre özel hastaneler kendi sahipliğinde veya hizmet sözleşmesi ile en az bir acil yardım ambulansı bulundurmak zorundadır.

Acil servis seviyesi, “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” Ek-1’inde yer alan kriterlere göre oluşturulan acil servisin, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenip Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından onaylanan tescil işlemi yapılmış seviyesi olarak ifade edilmektedir.

Üniversite hastaneleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları eğitim kliniği olan şehir hastaneleri ve A-I genel rol grubu kamu hastanelerinde erişkin ve çocuk hastalara ayrı ayrı hizmet verecek şekilde erişkin ve çocuk acil servisler kurulabilir, fiziki imkânların elverişli olması halinde bunların ayaktan hasta girişleri de ayrılır. Bu hastanelerde acil durumdaki kadın-doğum vakalarına müdahale etmek için kadın-doğum acil servisleri de kurulabilir.

A-I genel rol grubu dışındaki kamu hastaneleri acil servislerinde de esas olarak tüm yaş ve branş hastalarına hizmet verecek şekilde tek bir karma acil servis olarak kurulur ve tescil edilir. Fiziki mekânı uygun olan ve hizmet gereği açısından ihtiyaç duyulan hastanelerde ayrı ayrı erişkin ve çocuk acil servis kurulabilir.

Özel sağlık tesislerinde kurulan acil servisler seviyelerine göre tescil edilir. Özel hastaneler karma acil servis veya bu fıkranın diğer bentlerindeki hükümlere uygun olarak erişkin ve çocuk ve/veya kadın-doğum acil servisleri de kurabilirler.

Acil servislerin seviye tespiti, bu Tebliğde yer alan standartlara göre yerinde inceleme yapılarak müdürlük tarafından oluşturulacak tescil komisyonları ile yapılır.

Acil servis hizmetlerinin 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak aksatılmadan yürütülmesi esastır. Özel hastanelerde, ilgili mevzuatına göre nöbet görevi düzenlenir. Acil servislerde hasta takibinin 8 saati geçmemesi esastır. Hastaların en geç 8 saat içerisinde ilgili kliniğe nakli sağlanmalıdır.

Acil servisten yapılan hasta yatışlarında ilgili klinikte uygun yatak bulunmaması hâlinde hasta uygun yatak bulunan diğer servislere yatırılır. Hastanede uygun yatak bulunmaması durumunda hastanın yatışı ilgili klinik/tabip üzerine verilerek, hasta uygun servise nakil olana kadar takipleri acil serviste gerçekleştirilir. Bu durumda gereken takip, tedavi ve bakım işlemleri ilgili klinik tarafından yapılır.

Tebliğ, acil servisten diğer sağlık tesislerine sevk ve nakil esaslarını da belirlemiştir. Acil servise başvuran hastaların ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra, ilgili sağlık tesisinin;

uzman tabip, tıbbi donanım, yatak kapasitesi, hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği tetkik, müdahale, bakım ve tedavi kapasitesinin uygun olması hâlinde hastanın başka bir sağlık tesisine sevk edilmemesi ve gerekli sağlık hizmetinin ilgili sağlık tesisinde verilmesi esastır.

Hastaların durumu stabil oluncaya kadar sevk edilmemesi esastır. Bununla beraber hastanın stabilizasyonu ve acil tedavi işlemleri sağlık tesisinde sağlanamıyor ve mutlak surette sevki gerekiyor ise uygun koşullar sağlanarak sevki gerçekleştirilir. Hastanın sevk edildiği sağlık tesisi, hastanın kabulü için gerekli tedbirleri almak ve gecikmeksizin tedavisini başlatmak ile yükümlüdür.

Sevki yapılan hastanın sorumluluğu, tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü sağlanana kadar sevki yapan sağlık tesisindedir. Hastanın sevk edildiği sağlık tesisi, hastanın kabulü için gerekli tedbirleri almak ve bekletmeksizin tedavisini başlatmak ile yükümlüdür. Acil serviste sevk için bekleyen hastanın sorumluluğu, sevk kararı veren branşın acil servis nöbeti tutması halinde ilgili nöbetçi tabibe, nöbetçi tabip bulunmayan durumlarda ise konsültan tabibe aittir. Hastanın başka bir sağlık kuruluşuna sevki ile ilgili karar ilgili branştaki nöbetçi tabip, acil servis sorumlu tabibi, acil tıp uzmanı tarafından alınabilir. Bu hastaların sevk formu nöbetçi idari uzman tabip veya sevk kararı veren tabip, acil servis sorumlu tabibi, acil tıp uzmanı tabiplerinden birisi tarafından onaylanır. Sevk kararını veren tabip sevk gerekçelerini net bir şekilde belirtmelidir.

Sağlık tesisinin kapasitesini aşan hallerde ilgili kliniğe yatırılmak üzere acil serviste bekleyen hastalar, aynı il içerisinde ilgili branшта icap/nöbet tutulan ve uygun servis yatağı bulunan kamu sağlık tesislerine, 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığıyla iletişim kurularak, müdürlük koordinasyonunda sevk edilir.

Hastaların ambulans ile sevk işlemlerinde mevcut otomasyon sistemi üzerinden SKKM ve acil servis/hastane yönetimi arasında tam ve etkin bir iletişim kurulması zorunludur. Uygunsuz sevklerin önlenmesi amacıyla sağlık tesisleri özelinde acil servisten yapılan sevk talepleri acil servis sorumlusu ve/veya acil servisten sorumlu baştabip yardımcısı tarafından onaylanır. İl dışı sevk taleplerine ise İl Sağlık Müdürünün görevlendireceği hizmet başkanı veya başkan yardımcısı tarafından onay verilir.

Acil servisler 112 Komuta Kontrol Merkezi ile de koordine olmak durumundadır. Tüm sağlık tesisleri, acil servis hizmetlerinin etkin ve koordineli yürütülmesi ve hastaya ait bilgi paylaşımı için ortak kayıt sistemi kurmak zorundadır.

İleri tetkik ve tedavisi gereken hastaların diğer sağlık tesislerine acil nakil işlemleri hastanın tıbbi durumuna uygun nihai tedavisinin sağlanabileceği sağlık tesisinin belirlenmesi dâhil 112 Komuta Kontrol Merkezinin yönetim ve koordinasyonunda yürütülür. Nakil

edilecek hastalar ilgili diğer mevzuatta belirtilen ve 112 Komuta Kontrol Merkezi tarafından belirlenen elektronik sistemler veya nakil formları doldurularak gerekli işlemler tamamlanır. Sağlık tesisleri bahse konu elektronik işlemlerin gerçekleştirilebilmesi için gerekli düzenlemeleri yaparlar. Sevk için bekleyen hastanın tedavi reddi imzalayarak ya da izinsiz terk ederek sağlık kuruluşundan ayrılması durumunda acil servis müdavi tabibi veya konsültan tabip tarafından 112 Komuta Kontrol Merkezine bilgi verilir.

Özel sağlık tesisleri bünyesindeki acil servislerde, bu Tebliğe aykırılık tespit edilmesi halinde, 3359 sayılı Kanunun ek 11 inci maddesi hükümleri uygulanır. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 11 nci maddesi; (Değişik dördüncü fıkra: 21/2/2024-7496/20 md.) Sağlık Bakanlığınca belirlenen acil hastaya müdahale esaslarına; personel, tıbbi cihaz ve donanım, bina ve hizmet birimleri, malzeme ile ilaç standartlarına uyulmaması hâllerinde yüz bin Türk lirasından az olmamak üzere bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde beşine kadar idari para cezası uygulanır.

Bu maddedeki idari para cezasını gerektiren fiillerin bir yıl içinde tekrarı hâlinde idari para cezaları bir kat artırılarak uygulanır; üçüncü defa işlenmesinde ise sağlık kurum ve kuruluşunun ilgili bölümünün veya tamamının faaliyeti on güne kadar durdurulur. Aynı isim ve sahiplikte birden fazla sağlık kurum ve kuruluşu bulunması hâlinde idari yaptırımlar sadece ihlalin yapıldığı sağlık kurum ve kuruluşu ile sınırlı olarak uygulanır.

Bu maddede belirtilen idari para cezalarını vermeye valiler, faaliyet durdurma cezasını vermeye Sağlık Bakanlığı yetkilidir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezleri yönünden Yükseköğretim Kurulunun görüşü alınarak Sağlık Bakanlığınca düzenlenir.

İşleyiş

Ülkemizde hizmet veren tüm hastaneler acil servise başvuran hastalara acil sağlık hizmetini 7 gün 24 saat kesintisiz biçimde sunmakla mükelleftir. Acil sağlık hizmeti kişinin sosyal güvencesi veya ödeme gücü olup olmadığına bakılmaksızın verilmesi gereken bir hizmettir. Sağlık kuruluşları acil servis seviyelerine ve Sağlık Bakanlığınca belirlenen triyaj kodlarına göre hastaları önceliklendirme hakkına sahiptir. Hayati tehlikesi olan her hasta, acil servise başvurmuş hastalar arasında daha öncelikli sağlık hizmeti almaktadır. Acil servisler triyajda kırmızı ve sarı renk koduyla belirlenmiş öncelikli hastalara nitelikli sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Acil servise başvuran triaj kodu yeşil olan hastaların muayene için belirli bir süre beklemesi de normal karşılanmalıdır. Hayati tehlikesi olan hastalara daha fazla vakit ayrılmasını sağlamak için birinci basamakta tedavi edilebilecek sağlık sorunları için acil servislerin kullanılmaması önem arz etmektedir. Bununla birlikte her yıl 150 milyon insan

Ülkemizde acil servislerden sağlık hizmeti almaktadır. Acil servislerin 7 gün 24 saat erişilebilir durumda olması, acil servislerde acil tıp uzmanlarının görev yapması nedeniyle artan acil tıbbi bakım kalitesi, laboratuvar ve radyolojik tetkiklerin hızlı sonuçlanması, randevu almadan sağlık hizmetine ulaşabilmesi gibi nedenler acil servisleri daha çok tercih edilir hale getirmiştir. Dünyadaki diğer örnekler incelendiğinde toplam nüfusun yaklaşık 1,7 katı yıllık acil servis başvurusu bulunan başka bir ülke bulunmamaktadır. Ülkemiz genelinde sağlık hizmetine ulaşımda acil servislerin kullanımının giderek daha çok tercih edildiği, bu durumun da acil tıbbi bakıma ihtiyaı olan hastalara ayrılması gereken zamanın kısıtlanmasına neden olduğu açıktır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilerek acil servislerin yalnızca acil hastalar için olduğu farkındalığı artırılmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, toplumun sağlık hizmetine ulaşımın kolaylaştırılması ile acil servislerin uygunsuz kullanımının önüne geçilebilecektir.

Acil servise başvuran hastalar, triyajdaki ilk değerlendirmenin ardından ilgili alana alınır ve burada yapılacak ilk müdahale ve tetkikler neticesinde servise veya yoğun bakıma alınır. Durumun aciliyet arz etmediği sonucuna varılırsa da hasta taburcu edilir. Servis ve yoğun bakımlardaki doluluk oranı iller arasında ve mevsimler arasında farklılık gösterebilmektedir. Örneğin solunum yolunun viral ve bakteriyel enfeksiyonlarının yoğunlaştığı sonbahar ve kış aylarında göğüs hastalıklarının servis ve yoğun bakım yataklarına duyulan ihtiyaç belirgin biçimde artmaktadır. Yoğun acil başvurusu olan eğitim kliniği olan şehir hastaneleri de dâhil olmak üzere belirli tanılara yönelik yatış talebini karşılamakta zorlanabilir. Bu durumda 3. basamak hastanelerin yükünü azaltmak için 2. basamak kamu hastanelerinin yataklarının etkin biçimde kullanılması değerlendirilmelidir. Bu durumda acil servislerden durumu ikinci basamak kamu hastanelerinde yatışa elverişli olan hastaların, bu kurumlara tersine nakli de değerlendirilebilir.

Bir hastanenin tıbbi-teknik, sağlık çalışanı ve donanımı hastanın tıbbi bakımı için yeterli olmadığında veya hastanenin boş servis ve yoğun bakım yatağı bulunmadığında hastanın başka bir hastaneye nakli için talep oluşturulması gereklidir. Bununla birlikte hastanın eline tetkik sonuçlarının verilerek kendi imkânlarıyla başka bir sağlık kuruluşuna ayaktan yönlendirilmesi sevk usullerine aykırıdır. Eğer bir sevk gerekliliği varsa ve hastanın müdavi hekimi bu endikasyonu doğruluyorsa sevk işlemleri Sağlık Komuta Kontrol Merkezi aracılığıyla yürütülmelidir. Sevk talebinde bulunan hekimin bireysel çabaları, hasta yakınlarının girişimleri gibi sebeplerle başka bir sağlık kuruluşunda yer ayarlanması durumunda dahi sevk işlemi Komuta Kontrol Merkezi bilgisi, izni ve koordinasyonunda yapılmalıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI VE YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDEKİ UYGULAMALAR

2.1. TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ DURUMU

Ülkemizde özel sağlık kuruluşu kavramı; gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olan sağlık hizmeti sunan kuruluşları tanımlamak için kullanılmaktadır. Mevzuatımızda bu kavram ilk olarak 05.06.1933 tarih ve 2419 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununda yer almaktadır. Bu kanunun;

“Madde 1 – Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları “hususî hastaneler” den sayılır. Bunların açılma, kullanma, kapanma şartları bu kanunun hükümlerine bağlıdır.”

“Madde 3 – Hususi hastaneler Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletinin müsaadesile açılır. Bu müsaadenin verilmesi için şahıslara ait hastanelerin mesul müdürleri ve diğer hastanelerin de bağlı oldukları teşekküllerin salâhiyetlileri tarafından Valiliğe bir istida verilir. Bu istidada açılmak istenilen hastanelerin yeri, hastane yapılarının vasıfları ve ne gibi hastaları kabul ve ne kadar paralı veya parasız hasta tedavi edileceği, konulacak yatak sayısı, hastane işlerini çevirecek mesul müdürün ismi, hastanenin kurulması ve çalıştırılması için konacak karşılık paranın ne kadar olduğu açıkça yazılarak aşağıdaki vesikalar da bu istidaya bağlanır” hükümleri gereği o tarihten beri özel hastaneler Sağlık Bakanlığının izin, icazet, ruhsat vermesine tabidir.

Ülkemizde gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri sahipliğinde faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarının yıllara göre sayısı aşağıdaki tabloda verilmektedir. 31 Aralık 2024 tarihi itibarıyla Türkiye’deki özel hastane sayısı 535’tir.

Tablo 11. Yıllara Göre Özel Sağlık Kuruluşları Sayısı

Yıl	Özel Hastane	Tıp Merkezi	A tipi	B tipi	C tipi	Tıp Merkezi	Dal Merkezi	Poliklinik
2002	271	102	-	-	-	-	94	832
2003	274	130	-	-	-	-	119	990
2004	278	183	-	-	-	-	169	1.178
2005	293	245	-	-	-	-	227	1.401
2006	331	319	-	-	-	-	265	1.467
2007	365	-	-	-	-	-	-	-
2008	400	563	-	-	-	-	624	632
2009	450	600	-	-	-	-	598	438
2010	489	545	-	-	-	-	475	545
2011	503	995						488
2012	541	453	-	-	-	-	549	481
2013	550	923						413
2014	556	831						368
2015	562	755	107	51	597	-	-	353
2016	565	682	128	61	493	-	-	338
2017	571	661	146	78	437	-	-	330
2018	577	630	157	81	392	-	-	320
2019	562	631	165	103	363	-	-	304
2020	560	629	55	74	237	263	-	309
2021	564	604	38	62	196	308	-	307
2022	565	579	39	54	173	313	-	290
2023	565*	562	30	50	160	322	-	283
2024	535**	554	29	48	294	183	-	303

* 2023 yılında 565 özel hastane aktif olarak hizmet vermiş olup 31 Aralık 2023 yılsonu Özel hastane Sayısı 552'dir.

**31 Aralık 2024 yılsonu itibarıyla özel hastane sayısı 535'tir.

2.1.1. Özel Sağlık Kuruluşlarının Planlanması

Sağlık kuruluşlarının ülke genelinde dengeli dağıtılması ve tüm bölgelere yeterli hizmet götürülmesi amacıyla özel sağlık kuruluşları dağılımında dengenin sağlanması ve ihtiyaç bulunan yerlerde özel sağlık kuruluşu açılmasının özendirilmesi bakımından anılan kanun hükümleri uyarınca Sağlık Bakanlığına verilmiş olan yetkiye istinaden kamu yararı ile sayısı az olan uzman hekimlerden ülke genelinde tüm vatandaşların hizmet alması ve uzman hekimin ülke genelinde nüfusa göre dengeli dağılımını kısıtlı insan kaynağı içerisinde düzenlenebilmesi hususu gözetilerek özel sağlık kuruluşu açılması planlama kapsamına alınmış bulunmaktadır. Bu kapsamda ihtiyaç duyulan sağlık kurum ve kuruluşları ile bunlara ait sağlık insan gücü, tıbbi hizmet birimleri ve nitelikleri ile teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz dağılımı alanlarında kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde planlama yapılmasına yönelik düzenleme yapılmıştır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliklerde 15 Şubat 2008 ve 11 Mart 2009 tarihlerinde yapılan değişikliklerle birlikte, özel sağlık kuruluşlarında tam zamanlı çalışan hekimlerin bulundukları uzmanlık dalları ve çalışan hekim sayıları kuruluş kadrosu olarak belirlenmiştir.

Özel sağlık kuruluşları 15 Şubat 2008 ve 11 Mart 2009 tarihli yönetmeliklerin yürürlüğe girdiği tarihten bugüne kadar kadrolarındaki sayılarda hekim/uzman istihdam edebilmekte, ayrılan bir uzman olması halinde de yerine aynı uzmanlık dalında yeni bir uzman başlatabilmektedir. 2008 yılından bu yana geçen süreçte yeni özel sağlık kuruluşunun açılmasından ziyade, mevcut kuruluşların hem fiziksel hem de kadro yönünden iyileştirilmeleri hedeflenmiştir.

Uzman hekimin ülke genelinde nüfusa göre dengeli dağılımını bu kısıtlılık içerisinde düzenleyebilmek için; ülkedeki toplam uzman hekim sayısının, o ilin nüfusuna kıyaslanarak o ilde istihdam edilebilecek uzman sayısı belirlenmekte ve o ildeki mevcut aktif çalışan uzman sayısının bu sayıya oranına göre değerlendirmeler yapılmaktadır.

Kadro tahsisi, kuruluş taşınmaları ve kadro devirlerinde; ülke genelinde dengeli dağılım için öncelikle nüfusa düşen uzman sayısı esas alınmıştır. Kuruluşların ihtiyaçları açısından ise; ruhsat şartlarını kaybetmeme, hastanelerin yatak sayısı, o yerleşim biriminde özelde hiç kadro olmaması gibi öncelikler değerlendirilmiştir.

2008 ve 2009 yıllarında yapılan yönetmelik değişiklikleri ile yeni özel sağlık kuruluşu açılması her ne kadar Bakanlığın iznine bağlanmış olsa da 15 Şubat 2008 tarihli yönetmelik değişikliği ile yürürlüğe konulan geçici maddeler ile 15 Şubat 2008'den önce yapımına başlanılan özel hastaneler getirilen planlamadan istisna tutulmuştur. Bu hastanelere 3 yıllık süre içinde ruhsatlandırma şartı getirilmiş olmakla birlikte sürenin her bitiminde ek süreler verilerek bu ön izinler 2025 yılına kadar gelmiştir. En son yapılan yönetmelik değişikliği ile bu hastanelere son kez 31.12.2028 tarihine kadar süre verilmiştir.

Yine özel hastanelerin tıp merkezi ve polikliniklerle birleşmesine izin verilerek özel hastanelerin mevcut kapasitelerinin artışına izin verilmiştir. 15/2/2008 tarihli ve 26788 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte⁵² 11.07.2013 tarihinde yapılan değişiklikle aşağıdaki maddeler eklenmiş ve 17 uzman hekim kadrosuna ulaşan özel sağlık kuruluşlarına 75 yataklı yeni özel hastane ön izni verilmiştir.

⁵² 19/4/2025 tarih ve 32875 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ile 15/2/2008 tarihli Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

“(10) Tıp merkezi ve poliklinikler tek başına veya (a) bendi kapsamındaki kuruluşlarla birleşerek özel hastaneye dönüşebilir. Özel hastaneye dönüşüm talebiyle Bakanlığa başvuru süresi 31/12/2013 tarihi bitiminde sona erer. Başvuru, Planlama ve İstihdam Komisyonuna sunulur. Komisyon başvuru, Bakanlıkça belirlenen planlama ilkeleri çerçevesinde sağlık kuruluşu hizmeti sunulması için öngörülen asgari nüfus ve/veya ilde verilmesi hedeflenen sağlık hizmetleri ile uzman/tabip dağılımı yönünden daha az yoğunluklu bölgeleri öncelikle dikkate alarak değerlendirir. Başvuru uygun görülür ise Bakanlıkça özel hastaneye dönüşüme izin verilir. Özel hastaneye dönüşümde, başvuru tarihinden itibaren ön izin işlemleri ilgili mevzuatına göre yürütülür. Bu süre içerisinde sağlık kuruluşu, faaliyetine mevcut kapasitesi ile devam edebilir veya ruhsatlandırılincaya kadar faaliyetini askıya alabilir ve Müdürlüğe tebligat adresi bildirerek kuruluş binasını boşaltabilir.

(11) Onuncu fıkra kapsamındaki kuruluşların özel hastaneye dönüşebilmeleri için kadrolu uzman sayısı, o il için Bakanlıkça izin verilecek hastane yatak sayısının asgarî 1/3’ü oranındaki sayıda olması gerekir. Bakanlıkça belirlenen planlama ilkeleri çerçevesinde Planlama ve İstihdam Komisyonu görüşü alınarak, o ilde kamu sağlık hizmetlerinin gördürülmesi için yeterli uzman bulunması halinde, özel hastaneye dönüşecek bu kuruluşlara kadrolarında bulunmayan; anestezi ve reanimasyon uzmanı, laboratuvar uzmanı ve radyoloji uzmanı kadrosu verilebilir veya kuruluşlar bu ihtiyacını 6 ncı maddeye göre kadro devralma yoluyla temin edebilir.” Bu hükümler 25 Ağustos 2016 tarihinde yeni bir özel hastane ön izni almaktan çıkarılarak, mevcut bir özel hastane ruhsatıyla birleşme şartına bağlanmıştır.

Özel Hastaneler Yönetmeliğine⁵³ 21 Mart 2014 tarihinde eklenen aşağıdaki hükümlerle mevcut özel hastanelerin yatak sayılarının planlamadan istisna olarak artışına izin verilmiştir:

“b) Hasta yatak doluluk veya yoğun bakım yatak doluluk oranı;

1) Son altı aya ait % 85 ve üzerinde olan,

2) Son bir yıla ait % 75 ve üzerinde olan,

3) Son iki yıla ait yıllık % 65’in üzerinde olan,

ve bu oranlardan birini sağlayan özel hastanelere hasta yatak doluluk oranı veya yoğun bakım yatak doluluk oranı % 65 olacak şekilde hasta yatağı eklenebilir.” Bu hüküm 25 Ağustos 2016 tarihinde yapılan değişiklikle yürürlükten kaldırılmıştır.

Özel Hastaneler Yönetmeliğine 23 Ocak 2015 tarihinde eklenen hükümlerle yatak sayısı 75’in altında olan özel hastanelerin yeni binaya taşınarak fiziki durumlarını

⁵³ 30/1/2025 tarih ve 32798 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği ile 27/3/2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

yönetmeliğe uygun hale getirmeleri koşuluyla yatak sayılarını 75’e çıkarmaları ve eklenen yatak sayısının 1/6’sı kadar uzman hekim kadrosu verilmesi yine planlamadan istisna olarak verilmiştir:

“r) Hastane yatak sayısı 75’ten az olan özel hastanelerden bu Yönetmelikte öngörülen bina şartlarının tamamını sağlayanlar ile taşınarak sağlayanların, talepleri halinde hastane yatak sayısı en fazla 75’e ruhsatlandırma aşamasında tamamlanabilir. Bu şekilde yatak sayısı artan özel hastanelerden uzman tabip kadro sayısı 25’in altında olanlara, bu sayıyı aşmamak ve bir defaya mahsus olmak kaydıyla, ilave edilen yatak sayısının 1/6 sına kadar uzman tabip kadrosu ruhsatlandırma aşamasında verilebilir.”

“s) Bu fıkranın (o) bendi kapsamında özel sağlık kuruluşları ile birleşerek taşınacak özel hastanelerden birleşme yoluyla toplam kadro sayısını birleşmeden önceki kadrosunun bir katından fazla arttıracak olanlara, ilave edilecek uzman hekim kadrosu sayısının üç katına kadar yatak ilave edilebilir.”

Özel Hastaneler Yönetmeliğine 22 Mart 2017 tarihinde eklenen aşağıdaki hükümle tıp merkezleri, poliklinikler ve planlama kapsamındaki müessese ve tıbbi laboratuvarların birleşerek özel hastaneye dönüşmesi uygulamasına planlamadan istisna olarak devam edilmiştir. Bu kuruluşlar sadece bulundukları il dışında özel hastaneye dönüşmek istemeleri halinde planlamaya tabi tutulmuşlardır. Ayrıca birleşerek özel hastaneye dönüşme işlemi 17 uzman hekim kadrosu ve 75 yataktan 33 uzman hekim kadrosu ve 100 yatağa çıkarılmıştır.

“Özel hastane statüsünde birleşme ve taşınmalar

MADDE 68 – Özel hastane bulunduğu il içerisinde veya başka bir ile taşınabilir. Ancak bulunduğu ilden başka bir ile taşınma işlemi, Bakanlıkça yapılan planlamalara uygun bulunması halinde yapılabilir. Taşınma amacıyla başvuran özel hastaneler, taşınma taleplerinin uygun bulunduğu tarihten itibaren en geç iki yıl içerisinde ön izin belgesi ve ön izin belgesinin alındığı tarihten itibaren ise beş yıl içerisinde ruhsat belgesi alarak taşınma işlemlerini sonuçlandırmak zorundadır.

İhtiyaç duyulan sağlık hizmetleri için mevcut kaynakların daha verimli kullanılması amacıyla planlama kapsamındaki özel sağlık kuruluşları, tek başına veya birleşerek toplam otuzüç uzman tabip sayısını sağlamaları halinde aynı il içerisinde veya başka bir ilde yüz yataklı özel hastaneye dönüşebilir. Ancak, başka bir ilde özel hastaneye dönüşüm Bakanlıkça yapılan planlamalara uygun olması halinde yapılabilir.” Planlamadan istisna özel hastane ön izni alınması ve yatak sayısı artışına izin verilen hükümler 31 Mayıs 2019 tarihli yönetmelik değişikliği ile yürürlükten kaldırılmış ancak yeni planlama istisna maddeleri eklenmiştir. Ayrıca bu tarihte yapılan yönetmelik değişikliği ile 2008 yılından beri ön izin aşamasında

olan ve henüz ruhsat almamış olanlara 11/7/2024 tarihine kadar 5 yıl daha ek süre verilmiştir. Bu süre daha sonra 31.12.2028’e kadar uzatılmıştır.

“Özel hastane statüsünde birleşme ve taşınmalar

MADDE 68 – Özel hastane bulunduğu il içerisinde veya başka bir ile taşınabilir. Ancak bulunduğu ilden başka bir ile taşınma işlemi, Bakanlıkça yapılan planlamalara uygun bulunması halinde yapılabilir. Taşınma amacıyla başvuran özel hastaneler, taşınma taleplerinin uygun bulunduğu tarihten itibaren en geç iki yıl içerisinde ön izin belgesi ve ön izin belgesinin alındığı tarihten itibaren ise beş yıl içerisinde ruhsat belgesi olarak taşınma işlemlerini sonuçlandırmak zorundadır.

İhtiyaç duyulan sağlık hizmetleri için mevcut kaynakların daha verimli kullanılması amacıyla planlama kapsamındaki özel sağlık kuruluşları, tek başına veya birleşerek toplam otuzüç uzman tabip sayısını sağlamaları halinde aynı il içerisinde veya başka bir ilde yüz yataklı özel hastaneye dönüşebilir. Ancak, başka bir ilde özel hastaneye dönüşüm Bakanlıkça yapılan planlamalara uygun olması halinde yapılabilir.”

Yukarıda ifade edilen mevzuat hükümlerinden de anlaşılacağı üzere ülkemizde özel hastane açılması ile ilgili 15 Şubat 2008 tarihinde Bakanlıktan ön izin alınmasına dair planlama hükmü getirilmiş ancak o tarihten günümüze kadar sadece yeni özel hastane açılması için kararlı bir şekilde uygulanabilmiştir. Bunun dışında 15 Şubat 2008 tarihinden önce başlanılan hastanelere, mevcut hastanelerin ifade edilen istisnalar ile yatak sayısı artırması, uzman hekim kadrosu almasına izin verilmiştir. Bakanlıkça 2008 yılından sonra sadece 2014 yılında 195 özel hastaneye 1.042 uzman tabip kadrosu verilmiş yine 2014 yılında 5 ilde yeni özel hastane 7 ilde tıp merkezi açılması için ilana çıkmıştır.

2.1.2. Özel Sağlık Kuruluşlarının Kadro ve Yatak Kapasiteleri

Aralık 2024 itibarıyla özel hastanelerde toplam 21.940 kadro bulunmakta olup 18.924’ünü uzman tabipler ve 3.016’sını ise tabipler oluşturmaktadır. Söz konusu uzman tabip kadrolarının 4.853’ü ve tabip kadrolarının 1.038’i ise boş durumdadır. Özel hastanelerin boş kadroları ile toplam kadrolarının illere göre dağılımı aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 12. Özel Hastanelerin Boş Kadroları ile Toplam Kadrolarının İllere Göre Dağılımı

İller	Uzman Tabip		Tabip	
	Toplam Kadro	Boş Kadro	Toplam Kadro	Boş Kadro
Adana	513	138	88	23
Adıyaman	24	8	5	1
Afyonkarahisar	87	22	13	6
Ağrı	32	12	10	7
Amasya	25	5	5	2
Ankara	1414	406	211	70
Antalya	909	241	166	45
Artvin	0	0	0	0
Aydın	149	44	38	17
Balıkesir	118	26	20	3
Bilecik	0	0	0	0
Bingöl	14	2	5	5
Bitlis	25	3	5	2
Bolu	47	7	10	6
Burdur	0	0	0	0
Bursa	693	128	120	37
Çanakkale	52	8	10	5
Çankırı	31	12	5	3
Çorum	54	2	10	0
Denizli	277	52	46	14
Diyarbakır	366	115	53	11
Elazığ	69	22	10	7
Erzincan	154	44	22	8
Erzurum	23	5	6	1
Eskişehir	39	5	5	1
Gaziantep	205	38	28	6
Giresun	708	200	116	42
Gümüşhane	75	21	13	3
Hakkâri	0	0	0	0
Hatay	0	0	0	0
Isparta	144	34	25	10
Mersin	106	27	22	10
Muş	432	114	84	32
İstanbul	6358	1693	846	321
İzmir	1002	255	170	74
Kars	0	0	0	0
Kastamonu	47	10	10	4
Kayseri	427	109	70	16
Kırklareli	105	31	18	11
Kırşehir	18	13	5	3
Kocaeli	543	115	94	33
Konya	374	89	61	17
Kütahya	59	12	11	6
Malatya	108	31	20	8
Manisa	266	81	47	25
Kahramanmaraş	200	89	39	16
Mardin	96	35	15	5
Muğla	271	56	59	13
Muş	27	15	5	4
Nevşehir	54	11	10	1
Niğde	34	7	5	1
Ordu	165	35	28	8
Rize	23	8	5	3
Sakarya	145	33	32	13
Samsun	322	47	46	5
Siirt	42	11	10	4
Sinop	0	0	0	0
Sivas	45	8	7	0
Tekirdağ	201	27	38	5
Tokat	35	1	4	1
Trabzon	138	22	21	9
Tunceli	0	0	0	0
Şanlıurfa	144	30	34	9
Uşak	44	8	5	1
Van	117	51	16	4
Yozgat	0	0	0	0
Zonguldak	88	16	15	5
Aksaray	73	17	13	3
Bayburt	0	0	0	0
Karaman	19	5	5	3
Kırıkkale	22	4	5	1
Batman	185	58	26	11
Şırnak	0	0	0	0
Bartın	17	1	5	1
Ardahan	0	0	0	0
Iğdır	19	7	5	3
Yalova	107	22	22	10
Karabük	45	5	6	2
Kilis	0	0	0	0
Osmaniye	126	31	27	2
Düzce	28	13	5	0

Yıllara göre sektörel yatak sayıları ise aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. 2002 yılında toplam 164.471 yatağın 12.387’si özel sağlık kuruluşlarında iken 2023 yılında toplam 266.594 yatağın 55.067’si özel sağlık kuruluşlarında bulunmaktadır.⁵⁴

Tablo 13. Yıllara Göre Sektörel Yatak Sayıları

Yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	107.394	26.341	12.387	164.471
2003	107.771	26.619	12.917	165.465
2004	108.511	28.025	12.671	166.707
2005	110.109	29.014	13.876	170.972
2006	110.819	31.193	14.639	174.342
2007	112.037	30.978	17.397	178.000
2008	114.428	29.912	20.938	183.183
2009	115.443	30.112	25.178	188.638
2010	120.180	35.001	28.063	200.239
2011	121.297	34.802	31.648	194.504
2012	122.322	35.150	35.767	200.072
2013	121.269	36.056	37.983	202.031
2014	123.690	36.670	40.509	206.836
2015	122.331	38.361	43.645	209.648
2016	132.921	37.707	47.143	217.771
2017	135.339	41.324	49.200	225.863
2018	139.651	42.066	50.196	231.913
2019	143.412	42.925	51.167	237.504
2020	156.965	41.987	52.230	251.182
2021	157.714	42.978	53.805	254.497
2022	163.207	43.914	55.069	262.190
2023	167.649	43.878	55.067	266.594

Kaynak: TÜİK (2023 verileri Sağlık İstatistikleri Yılığında alınmıştır.)

İllere göre özel hastanelerdeki yatak sayısı 2023 yılı itibariyle aşağıdaki tabloda yer almaktadır:

Tablo 14. İllere Göre Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısı, 2023

İl Adı	Yatak Sayısı	İl Adı	Yatak Sayısı	İl Adı	Yatak Sayısı
Adana	1.447	Giresun	282	Samsun	1.066
Adıyaman	197	Gümüşhane	-	Siirt	156
Afyonkarahisar	266	Hakkari	-	Sinop	-
Ağrı	110	Hatay	953	Sivas	219
Amasya	-	Isparta	338	Tekirdağ	880
Ankara	3.529	Mersin	1.175	Tokat	100
Antalya	2.537	İstanbul	16.784	Trabzon	427
Artvin	-	İzmir	3101	Tunceli	-
Aydın	379	Kars	-	Şanlıurfa	588
Balıkesir	337	Kastamonu	140	Uşak	197
Bilecik	-	Kayseri	1180	Van	359
Bingöl	31	Kırklareli	281	Yozgat	-

⁵⁴ 2023 Yılı Sağlık İstatistikleri Yılığı.

Bitlis	75	Kırşehir	34	Zonguldak	308
Bolu	205	Kocaeli	1595	Aksaray	216
Burdur	-	Konya	938	Bayburt	-
Bursa	1.908	Kütahya	166	Karaman	54
Çanakkale	114	Malatya	437	Kırıkkale	75
Çankırı	95	Manisa	966	Batman	665
Çorum	274	Kahramanmaraş	549	Şırnak	-
Denizli	794	Mardin	312	Bartın	75
Diyarbakır	1.067	Muğla	704	Ardahan	-
Edirne	164	Muş	45	İğdır	75
Elazığ	442	Nevşehir	137	Yalova	331
Erzincan	80	Niğde	73	Karabük	129
Erzurum	150	Ordu	506	Kilis	-
Eskişehir	506	Rize	48	Osmaniye	538
Gaziantep	2.752	Sakarya	352	Düzce	54

Kaynak: 2023 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı

2.1.3. Özel Sağlık Kuruluşlarının Ön İzin, Ruhsatlandırılması ve Faaliyete İlişkin Süreçler

Özel sağlık kuruluşlarının ön izin işlemleri Bakanlıkça ilan edilen planlama hükümlerine göre yeni özel sağlık kuruluşu açılması planlanan iller için yapılabilmektedir. Ancak 15 Şubat 2008 ve 11 Mart 2009 tarihlerinde Özel Hastaneler Yönetmeliği ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik değişikliklerinden sonra Bakanlıkça sadece 2014 yılında açıklanan ilan metni ile 5 ilde özel hastane, 7 ilde tıp merkezi açılmasına izin verildiğinden bunlar dışında yeni ön izin başvurusu kabul edilmemektedir. Bakanlığa sadece yönetmeliklerdeki istisnalara uygun olan özel sağlık kuruluşlarının açılmasına dair ön izin başvuruları gelmektedir. Ön izin başvuruları; özel hastane, tıp merkezi, poliklinik, tıbbi laboratuvar, görüntüleme merkezi ve FTR müessesesi açılmasına dair ön izin başvurularından oluşmaktadır.

2008 yılından beri yeni özel hastane, tıp merkezi, poliklinik, tıbbi laboratuvar, görüntüleme merkezi ve FTR müessesesi açılmasına izin verilmemektedir. Sadece mevcut ruhsatlı özel sağlık kuruluşlarının taşınma, birleşme, bina tadilatı, uzman tabip kadro ilavesi gibi durumlarıyla ilgili ön izin başvuruları Bakanlığa gelmektedir. Bu başvurular özel sağlık kuruluşlarının türüne göre Özel Hastaneler Yönetmeliği⁵⁵ veya Ayakta Teşhis ve Tedavi Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte⁵⁶ yer alan ön izin maddesine göre değerlendirilerek sonuçlandırılmaktadır. Müracaatlar il sağlık müdürlükleri

⁵⁵ 30/1/2025 tarih ve 32798 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan son Özel Hastaneler Yönetmeliği ile yürürlükten kaldırılana kadar 27/3/2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği yürürlükteydi.

⁵⁶ 19/4/2025 tarih ve 32875 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ile 15/2/2008 tarihli Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

aracılığıyla Bakanlığa gönderilmekte, yapılan inceleme ve değerlendirmelere uygun bulunanlar hakkında ön izin belgesi Bakan yardımcısı onayı ile verilmektedir.

Ön izin verilen özel sağlık kuruluşları yine türüne göre tabi olduğu yönetmelikte belirtilen sürelerde bina yapım süreçlerini tamamlayarak ruhsatlandırma aşamasına gelmektedir. Özel sağlık kuruluşlarından ruhsat başvurusunda bulunanlara il sağlık müdürlüklerince oluşturulan ekiplerce yerinde inceleme yapılmakta, hizmet vermesi gereken uzmanlık dalına dair asgari şartlar ve ön izne esas projeye uygun yapıp yapılmadığı tespit edilerek rapor haline getirilmektedir. Düzenlenen müşterek teknik rapor ile birlikte ruhsat başvuru dosyası Bakanlığa gönderilmekte, uygun bulunan özel sağlık kuruluşları için Bakanlıkça ruhsatname düzenlenmektedir.

Bakanlıkça ruhsat belgesi düzenlenen özel sağlık kuruluşlarına asgari personel sayıları dikkate alınarak çalışacak sağlık personeli adına çalışma belgesi düzenlenerek Bakanlığın elektronik kayıt sistemine işlenmekte ve il sağlık müdürlüklerince faaliyet izin belgesi düzenlenerek çalışmaya başlamaktadır.

Tüm bu süreçler ilgili mevzuatlarında ayrıntılı ve detaylı olarak belirlenmiş, denetlenebilir ve takip edilebilir halde gerçekleşmekte olup, ön izin belgesi olmayan kuruluşlara ruhsat belgesi, ruhsat belgesi olmayanlara faaliyet izin belgesi, faaliyet izin belgesi olmayan özel sağlık kuruluşuna ise çalışma izin belgesi düzenlenememektedir. Özel sağlık kuruluşlarında çalışacak sağlık personeli için yine adlarına çalışma izin belgesi düzenlenebilmesi için Bakanlıkça elektronik kayıt sistemi üzerinden belirlenmiş uzman tabip kadrolarının olması gerekmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarına ait ruhsat belgelerinde özel hastaneler için yoğun bakım yatak sayıları ile hasta yatak sayıları ve ruhsata esas toplam yatak sayıları belirtilmektedir. Ruhsat belgesi ile uyumlu olarak düzenlenen faaliyet izin belgelerinde ise hizmet sunabileceği uzmanlık dalları ve Bakanlıkça belirlenmiş kadro sayıları belirtilmektedir. Tamamen elektronik sistem üzerinden gerçekleşen bu işlemler eş zamanlı olarak SGK ile paylaşılmakta, adına çalışma belgesi düzenlenmemiş sağlık personeli ile hizmet üretilmesi ve SGK'ya fatura edilmesi engellenmekte ve takip edilmektedir.

2.1.4. Özel Sağlık Kuruluşlarının Personel Çalışma Usulleri

Özel sağlık kuruluşlarında personel çalışma işlemleri başlığı altında Sağlık Bakanlığınca sağlık meslek mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışmasına dair düzenlemeler bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığınca, özel sağlık kuruluşlarında personel çalışmasına ilişkin düzenlemeler iki temel yönetmelikle yapılmıştır. Özel Hastaneler

Yönetmeliği ve Ayakta Teşhis ve Tedavi Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'te personel çalışmasına dair hükümler bulunmaktadır.

Her iki yönetmelikte de ortak olmak koşulu ile ülkemizde özel sağlık kuruluşlarında sağlık meslek mensuplarının çalışabilmesi için;

- Sağlık personelinin çalışmak istediği özel sağlık kuruluşunun Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olması,
- Ruhsatlı özel sağlık kuruluşunda çalışmak isteyen tabip ve uzman tabipler için Bakanlığın elektronik sistemi üzerinde kadro tanımının olması,
- Özel sağlık kuruluşunda çalışmak isteyen sağlık meslek mensubunun Bakanlıkça tescil edilmiş diploması olması,
- Sağlık meslek mensubunun mesleğini icra etmesine engel adli sicilinde kayıt olmaması,
- Özel sağlık kuruluşu ile sağlık personeli arasında iş akdinin olması, şartları aranmaktadır.

Elektronik olarak kayıt ve kontrol altında olan sistemler üzerinden yukarıda sayılan şartları uygun olan sağlık meslek mensubu adına personel çalışma belgesi (PÇB) düzenlenerek sisteme kayıt edilmekte ve SGK ile veriler paylaşılmaktadır.

Tabip ve uzman tabipler dışında sağlık meslek mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarıyla ilgili asgari sayılarda olmaları koşulu dışında bir şart bulunmamaktadır. Dolayısıyla bu kişiler yukarıdaki şartları sağlamaları halinde adlarına PÇB düzenlenebilmektedir. Ayrıca bu kişilere adlarına PÇB düzenlenmiş sadece 2 özel sağlık kuruluşunda sistem üzerinden izin verildiğinden bu kişiler sadece 2 özel sağlık kuruluşunda çalışabilmektedir. İkiiden fazla özel sağlık kuruluşunda çalışmak için sistem üzerinden PÇB düzenlenemediğinden çalışmaları mümkün değildir.

Tabip ve uzman tabiplerin 1219 sayılı Kanunla verilmiş haklarından dolayı adlarına en fazla 3 özel sağlık kuruluşunda PÇB düzenlenmektedir. Bu kişiler adına PÇB düzenlenirken yukarıdaki şartlara ilave olarak 1219 sayılı Kanunun 12 nci maddesindeki şartlar kontrol edilmektedir.

Tabip ve uzman tabipler için özel hastaneler, tıp merkezleri ve polikliniklerde ilgili mevzuatta tanımlanmış tek çalışma şekli bulunmaktadır. Kadrolu çalışma; özel sağlık kuruluşunun Bakanlıkça elektronik sisteme işlenmiş kadro tanımında özel sağlık kuruluşu ile yapılmış iş akdine esas çalışma şeklidir. Tabip ve uzman tabipler kuruluşun boş kadrosu dahi olsa yalnızca bir özel sağlık kuruluşunda kadrolu olarak çalışabilmektedir. Yani kadrolu çalışma şekli ile her tabip ve uzman tabip adına sadece 1 PÇB düzenlenmektedir.

Kadrolu çalışma şekli dışında tabip ve uzman tabiplere 1219 sayılı Kanunla verilmiş haklardan kaynaklanan kadro dışı çalışma hakkı vardır. Bu hak özel sağlık kuruluşuna değil tabip ve uzman tabiplere verilmiş bir haktır. Bu çalışma şeklinde;

- 60 yaşını dolduran tabipler ile engellilik oranı en az yüzde 60 olan tabipler kadro şartı aranmaksızın bir özel sağlık kuruluşunda,
- Muayenehaneler hariç planlama kapsamındaki özel sağlık kuruluşlarında kadrolu çalışan tabip ve diş tabipleri, Bakanlığın istihdam planlamaları gereğince, 1219 sayılı Kanunun 12 nci maddesine uygun olmak kaydıyla kadrolu çalıştığı özel sağlık kuruluşu dışında planlama kapsamındaki iki özel sağlık kuruluşunda daha çalışabilir. Bu kuruluşlardan bir tanesi kadrolu çalıştığı il dışındaki planlama kapsamındaki bir özel sağlık kuruluşu da olabilir.

Kadro dışı çalışmak için tabip ve uzman tabiplerden ikinci paragrafta sayılan genel çalışma şartlarını sağlamaları yanında bir özel sağlık kuruluşunda kadrolu çalışıyor olmaları ve 1219 sayılı Kanuna uygun olma şartı aranmaktadır.

Yukarıda anlatıldığı üzere mevcut mevzuat çerçevesinde özel hastanelerde kadrolu ve kadro dışı çalışma dışında başka bir usul ile çalışma şekli bulunmamaktadır. Tabiplerin 5510 sayılı Kanunun Ek 10 uncu maddesi hükmünce kadrolu çalıştıkları özel sağlık kuruluşuna fatura karşılığı hizmet satmaları Sağlık Bakanlığı mevzuatında tanımlı değildir. Sağlık Bakanlığı mevzuatına göre tabip ve uzman tabipler özel sağlık kuruluşlarının boş kadrosunda sözleşme akdi ile kadrolu veya bir yerde kadrolu çalışmaları kaydıyla kadro dışı geçici çalışabilmekte ve adlarına bu şekilde PÇB düzenlenebilmektedir.

2.2. ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN DURUMU

Ülkemizde yoğun bakımlar 20.7.2011’de yayınlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”e göre hizmet verdikleri hastaların yaş gruplarına göre; yenidoğan, çocuk ve erişkin yoğun bakım, hizmet düzeyi /altyapı ve donanımlarına göre; 1.,2.,3., ve 4. (sadece yenidoğan yoğun bakımlar için), branşlara göre dahiliye, cerrahi, nöro, anestezi, kvc, koroner ve genel yoğun bakım, idari şekline göre açık ve kapalı yoğun bakımlar olmak üzere ayrılmıştır.

Dünyada pek çok ülkede yoğun bakım servisleri Primer (seviye 1), Sekonder (seviye 2) ve Tersiyer (seviye 3) olarak sınıflandırılmaktadır. Bu noktada dikkat çeken iki önemli nokta bulunmaktadır. Birincisi; farklı adlarla anılan çok sayıda yoğun bakım yapılanmasının olmadığı ve ikincisi ise; seviye 3 yoğun bakımlarda yoğun bakım konusunda eğitim almış

hekimler tarafından hasta takiplerinin yapılma zorunluluğudur. Ülkemizde yoğun bakım bilim dalı 2012 yılında yan dal olarak kabul edilmiştir. Yoğun bakım yan dal eğitim alma hakkı 6 anadala verilmiş olup bu anadallar; Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç Hastalıkları, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Nöroloji'dir. 2024 yılında Acil Tıp anadallına da eğitim alma hakkı verilmiştir. 3 yıllık yoğun bakım yan dal eğitimi sonrası yoğun bakım yan dal uzmanı olan hekimler devlet hizmet yükümlülüğü çerçevesinde ülkemizin tüm bölgelerinde hizmet vermektedirler.

Dünyadaki uygulamalara paralel olarak 3. Seviye yoğun bakımlarda hizmet vermesi uygun olan yoğun bakım yan dal uzmanlarının doğru ve etkin kullanılması açısından çalıştıkları hastanelerde 3. Seviye yoğun bakım ünitelerinde çalıştırılması gerekmektedir. Ancak yan dal eğitimi almış bu hekimlerin çalıştıkları hastanelerin başhekimlikleri tarafından anadalları baz alınarak poliklinik, ameliyathane ve servislerde çalıştırılması önemli bir sorun olarak ortaya çıkabilmektedir. Eğitimlerine uygun olarak en fazla hizmet yararını sağlayacakları 3. Seviye yoğun bakımlarda çalıştırılması konusunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca yoğun bakım hizmeti 7/24 devam eden ve sürekli bir uzman hekimin kontrolü altında olması gereken bir hizmet olması nedeni ile yoğun bakım uzmanının sayısal olarak az olduğu bir hastanede hizmet verebilmesi mümkün değildir. Bu nedenle 3. Seviye yoğun bakım hizmeti veren tüm bölgelerdeki merkez hastanelerde yeterli sayıda yoğun bakım uzman istihdamı sağlanarak etkin hizmet verilmesi sağlanabilecektir. Yoğun bakım uzmanı atamalarının merkez hastane gözetimsizin dağınık gerçekleştirilmesi (örn. hastanede 1 ya da 2 yoğun bakım uzmanı bulunması) hastanede 24 saat boyunca hizmetin sürdürülmesine olanak tanımamaktadır. Bu sebeple yoğun bakım uzmanı atamaları her bölge için belirlenmiş merkez hastanelere hizmeti etkin ve 24 saat süreyle sürdürebilecek şekilde planlanmalıdır. Etkin hizmet diye ifade edilen durum; neonatal, çocuk ya da erişkin yoğun bakımlarda yoğun bakım alanında üst ihtisas yapmış hekimler tarafından sağlanan hizmettir. Tüm ülkede büyük bir üzüntü yaratan yenidoğan ölümlerinde ortaya çıkan; yenidoğan yan dal uzmanlarının bulunmadığı bazı özel hastanelerde pediatri uzmanları tarafından yoğun bakım hizmetinin verilmesi ile ilişkili olarak yaşanan etkin hizmet sunumunun aksamasıdır. Türk Neonatoloji Derneği tarafından Komisyonumuza yapılan sunumda⁵⁷ da belirtildiği üzere 1500 gr altında doğan bir bebeğe pediatri uzmanı tarafından bakılamayacağı ve etkin hizmetin bu konuda eğitim almış neonatoloji uzmanı tarafından yapılması gerekliliğidir. Erişkin yoğun bakımlarda da 3. Seviye yoğun bakım ihtiyacı duyan (ileri hemodinamik monitörizasyon, mekanik

⁵⁷ Türk Neonatoloji Derneği'nin 14 Ocak 2025 tarihli Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

ventilasyon yönetimi, bronkoskopik girişim ya da sürekli renal replasman tedavisi vb. uygulamalar gereken hastalar için) hastalara yoğun bakım uzmanı tarafından bakılmalıdır.

Aşağıdaki tabloda ülkemizdeki erişkin yoğun bakım yatak sayıları ve bulundukları kurumlar gösterilmektedir. Özel sağlık kuruluşlarında 2011 yılında erişkin yoğun bakım yatak sayısı 4.660 iken 2024 yılı sonunda 9.170’e ulaşmıştır. Başka bir ifadeyle; özel sağlık kuruluşlarındaki erişkin yoğun bakım yatak sayıları 2011 yılından 2024 yılına kadar %97 artmış olup buradaki en büyük artış 3. basamak erişkin yoğun bakım hizmetlerinde yaşanmıştır. Aynı dönemde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde ise 6.181’den 18.206’ya çıkmış olup artış oranı %195 olarak gerçekleşmiştir. Erişkin yoğun bakım yatak sayısındaki özel sağlık kuruluşları oranı 2011 yılında %34,5 iken 2024 yılında %28,6’ya düşmüştür. Buradan hareketle; son 14 yılda kamu kaynaklarıyla yapılan yoğun bakım yatak sayısı özel sektördeki artıştan fazla olduğundan özel sektör oranı düşmüştür.

Özel sağlık kuruluşlarında 2011 yılında çocuk yoğun bakım yatak sayısı 11 iken 2024 yılında 189’a ulaşmıştır. Aynı dönemde Sağlık Bakanlığında ise 439’dan 1.694’e çıkmıştır. 2024 yılı sonu itibarıyla çocuk yoğun bakım yataklarının sadece %7,4’ü özel sektöre aittir.

Özel sağlık kuruluşlarında 2011 yılında yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı 2.835 iken 2024 yılı sonunda 6.596’ya ulaşmıştır. Dolayısıyla yenidoğan yatak sayısı %133 artmış olup buradaki en büyük artış 3. basamak yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinde yaşanmıştır. Özel sağlık kuruluşlarında 3. basamak yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı ise 2011 yılında 1.247 iken 2024 yılında 4.058’e çıkmıştır. Aynı dönemde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde toplam yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı ise 2.961’den 5.021’e çıkmış olup artış oranı %70 olarak gerçekleşmiştir. Özel oranı 2011 yılında %42,6 olup 2017 yılında en yüksek seviyesi olan %56,4’e ulaşmış sonrasında ise sürekli düşüş göstererek 2024 yılında %49,9’a düşmüştür.

Yıllara göre özel sağlık kuruluşlarındaki erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım yatak sayıları Tablo 15, 16 ve 17’de gösterilmektedir.

Tablo 15. Yıllara Göre Özel Sağlık Kuruluşlarındaki Erişkin Yoğun Bakım Yatak Sayıları

Seviye	Kurum Türü	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024
1. seviye	Toplam	4.312	4.761	4.576	4.289	4.106	4.132	3.947	4.203	4.244	4.559	4.058	3.733	3.631	3.475
	Sağlık Bakanlığı	2.156	2.295	2.307	2.228	2.259	2.406	2.360	2.488	2.490	3.052	2.626	2.323	2.312	2.211
	Üniversite	477	500	503	489	510	505	345	311	352	368	359	331	307	312
	Özel	1.679	1.966	1.766	1.572	1.337	1.221	1.242	1.404	1.402	1.139	1.073	1.079	1.012	952
2. seviye	Toplam	3.935	4.357	4.990	5.871	6.047	6.503	7.168	7.644	7.989	10.444	10.749	10.297	10.291	10.181
	Sağlık Bakanlığı	2.206	2.352	2.602	3.197	3.292	3.543	3.904	4.123	4.492	6.666	6.814	6.322	6.412	6.391
	Üniversite	611	634	758	886	806	916	989	1.036	985	1.102	1.162	1.199	1.187	1.198
	Özel	1.118	1.371	1.630	1.788	1.949	2.044	2.275	2.485	2.512	2.676	2.773	2.776	2.692	2.592
3. seviye	Toplam	5.264	6.186	7.085	7.999	9.729	10.282	11.613	12.229	13.054	17.604	18.499	18.680	18.645	18.442
	Sağlık Bakanlığı	1.819	2.088	2.324	2.557	2.986	3.375	3.994	4.560	5.154	8.722	9.105	9.329	9.392	9.604
	Üniversite	1.582	1.786	2.080	2.123	2.344	2.314	2.589	2.702	2.831	3.165	3.225	3.211	3.224	3.212
	Özel	1.863	2.312	2.681	3.319	4.399	4.593	5.030	4.967	5.069	5.717	6.169	6.140	6.029	5.626
Toplam	Toplam	13.511	15.304	16.651	18.159	19.882	20.917	22.728	24.071	25.287	32.607	33.306	32.710	32.567	32.098
	Sağlık Bakanlığı	6.181	6.735	7.233	7.982	8.537	9.324	10.258	11.171	12.136	18.440	18.545	17.974	18.116	18.206
	Üniversite	2.670	2.920	3.341	3.498	3.660	3.735	3.923	4.049	4.168	4.635	4.746	4.741	4.718	4.722
	Özel	4.660	5.649	6.077	6.679	7.685	7.858	8.547	8.851	8.983	9.532	10.015	9.995	9.733	9.170

*2023 yılı içerisinde erişkin yoğun bakım 9.953 yatakla aktif olarak hizmet vermiş olup tablodaki rakam 31.12.2023 tarihi itibarıyla kaç yatak bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 16. Yıllara Göre Özel Sağlık Kuruluşlarındaki Çocuk Yoğun Bakım Yatak Sayıları

Seviye	Kurum Türü	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024
2. seviye	Toplam	415	441	455	465	464	405	513	536	548	537	587	617	714	674
	Sağlık Bakanlığı	275	296	269	288	289	312	365	370	392	354	407	437	519	514
	Üniversite	131	130	174	151	147	88	135	106	103	121	121	119	121	116
	Özel	9	15	12	26	28	5	13	60	53	62	59	61	74	44
3. seviye	Toplam	397	418	542	652	739	802	1.013	1.089	1.230	1.419	1.548	1.687	1.800	1.881
	Sağlık Bakanlığı	164	176	224	282	352	404	536	571	651	784	879	993	1.097	1.180
	Üniversite	231	242	300	329	361	365	421	436	485	530	540	543	550	556
	Özel	2	0	18	41	26	33	56	82	94	105	129	151	153	145
Toplam	Toplam	812	859	997	1.117	1.203	1.207	1.526	1.625	1.778	1.956	2.135	2.304	2.514	2.555
	Sağlık Bakanlığı	439	472	493	570	641	716	901	941	1.043	1.138	1.286	1.430	1.616	1.694
	Üniversite	362	372	474	480	508	453	556	542	588	651	661	662	671	672
	Özel	11	15	30	67	54	38	69	142	147	167	188	212	227	189

*2023 yılı içerisinde çocuk yoğun bakım 235 yatakla aktif olarak hizmet vermiş olup tablodaki rakam 31.12.2023 tarihi itibarıyla kaç yatak bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 17. Yıllara Göre Özel Sağlık Kuruluşlarındaki Yeniden Yoğun Bakım Yatak Sayıları

Seviye	Kurum Türü	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	2024
1. seviye	Toplam	1.782	2.043	2.205	2.145	2.003	2.066	2.350	2.384	2.532	2.485	2.458	2.460	2.289	2.212
	Sağlık Bakanlığı	802	844	926	974	916	959	967	987	1.019	996	982	1.010	952	911
	Üniversite	89	106	109	92	112	131	163	157	149	160	200	199	189	176
	Özel	891	1.093	1.170	1.079	975	976	1.220	1.240	1.364	1.329	1.276	1.251	1.148	1.125
2. seviye	Toplam	2.028	2.172	2.263	2.402	2.346	2.175	2.552	2.821	2.944	3.201	3.231	3.280	3.254	3.260
	Sağlık Bakanlığı	1.113	1.190	1.173	1.215	1.207	1.247	1.374	1.451	1.499	1.542	1.534	1.584	1.601	1.591
	Üniversite	218	209	201	214	248	247	249	260	257	279	272	276	272	266
	Özel	697	773	889	973	891	681	929	1.110	1.188	1.380	1.425	1.420	1.381	1.403
3. seviye	Toplam	2.844	3.311	3.848	4.749	6.049	6.698	7.084	7.055	6.985	7.094	7.175	7.438	7.478	7.088
	Sağlık Bakanlığı	1.046	1.080	1.128	1.133	1.241	1.379	1.496	1.428	1.528	1.631	1.671	1.871	2.045	2.056
	Üniversite	551	629	792	845	844	854	974	997	958	1.052	1.018	1.000	1.003	974
	Özel	1.247	1.602	1.928	2.771	3.964	4.465	4.614	4.630	4.499	4.411	4.486	4.567	4.430	4.058
4A seviye	Toplam								112	183	221	269	318	354	431
	Sağlık Bakanlığı								78	134	162	201	206	242	311
	Üniversite								34	49	49	58	102	102	110
	Özel								0	0	10	10	10	10	10
4B seviye	Toplam								30	60	70	85	107	107	202
	Sağlık Bakanlığı								30	30	30	45	67	67	152
	Üniversite								0	30	40	40	40	40	50
	Özel								0	0	0	0	0	0	0
Toplam	Toplam	6.654	7.526	8.316	9.296	10.398	10.939	11.986	12.402	12.704	13.071	13.218	13.603	13.482	13.193
	Sağlık Bakanlığı	2.961	3.114	3.227	3.322	3.364	3.585	3.837	3.974	4.210	4.361	4.433	4.738	4.907	5.021
	Üniversite	858	944	1.102	1.151	1.204	1.232	1.386	1.448	1.443	1.580	1.588	1.617	1.606	1.576
	Özel	2.835	3.468	3.987	4.823	5.830	6.122	6.763	6.980	7.051	7.130	7.197	7.248	6.969	6.596

*2023 yılı içerisinde yeniden yoğun bakım 7.144 yatakla aktif olarak hizmet vermiş olup tablodaki rakam 31.12.2023 tarihi itibarıyla kaç yatak bulunduğunu göstermektedir.

2.3. DÜNYADA ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDAKİ YOĞUN BAKIM UYGULAMALARI

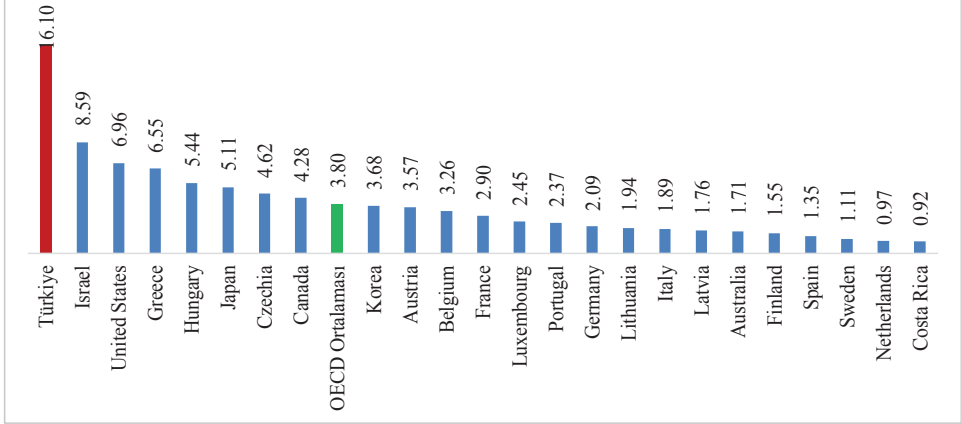
2.3.1. Yenidoğan Yoğun Bakım

Ülkemizde mevcut durumda 384 neonatoloji uzmanı bulunmaktadır. Söz konusu uzmanların 227’si Sağlık Bakanlığında, 102’si üniversitelerde, 55’i ise özel sektörde çalışmaktadır. Ayrıca uzmanlık eğitiminde 85 neonatoloji asistanı bulunmaktadır. 384 neonatoloji uzmanının bölgelere göre dağılımı ise; Marmara 133, Ege 47, İç Anadolu 97, Karadeniz 20, Akdeniz 43, Güneydoğu Anadolu 26, Doğu Anadolu 18 şeklindedir.⁵⁸

Ülkemizde 2024 yılı itibarıyla 13.193 yenidoğan yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Söz konusu yatakların 2.212’si 1.basamak, 3.260’ı 2.basamak, 7.088’i 3.basamak ve 633’ü ise 4.basamak yenidoğan yoğun bakım yatağıdır.⁵⁹

2022 yılında OECD ülkelerinde 100.000 kişiye düşen yoğun bakım yatağı 3,8 iken ülkemizde 16,1’dir. Bir başka deyişle ülkemizde OECD ortalamasının yaklaşık 4.2 katı kadar yenidoğan yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. OECD ülkelerinde 100.000 kişiye düşen yenidoğan yoğun bakım yatak sayıları Şekil 8’de gösterilmektedir.

Şekil 8. 100.000 Kişiye Düşen Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağının Uluslararası Karşılaştırması, 2022



Kaynak: OECD Health Data 2024

Goodman ve arkadaşlarının 2002 yılında yayınladıkları makalelerinde⁶⁰ neonatolog sayısındaki artışın neonatal mortalite üzerine etkileri araştırılmıştır. ABD’de yapılan bu

⁵⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı EKİP sistemi veri tabanı.

⁵⁹ 2023 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı ve T.C. Sağlık Bakanlığı EKİP sistemi veri tabanı.

çalışmaya göre, neonatal mortaliteyi azaltmak için neonatolog sayısında en az 4,3/10.000 canlı doğum (2.300 canlı doğuma 1 neonatolog) oranının sağlanması gerekliliği ortaya konulmuştur.

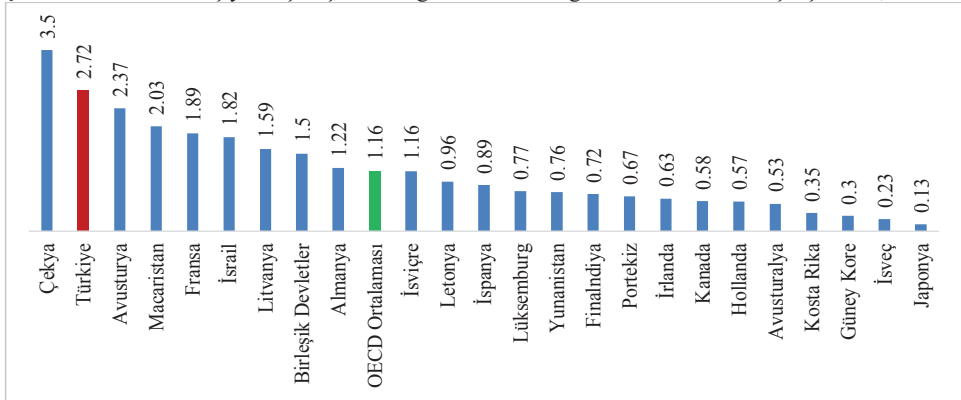
2.3.2. Çocuk Yoğun Bakım

Ülkemizde 17.02.2025 tarih itibarıyla 110 çocuk yoğun bakım uzmanı bulunmaktadır. Söz konusu uzmanların 74’ü Sağlık Bakanlığında, 33’ü üniversitelerde, 3’ü ise özel sektörde çalışmaktadır. Ayrıca uzmanlık eğitiminde 35 çocuk yoğun bakım asistanı bulunmaktadır.⁶¹

Ülkemizde 2024 yılı itibarıyla 2.555 çocuk yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Söz konusu yatakların 674’ü 2.basamak ve 1.881’i 3.basamak çocuk yoğun bakım yatağıdır.

2022 yılında OECD ülkelerinde 100.000 kişiye düşen çocuk yoğun bakım yatağı 1,16 iken ülkemizde 2,72’dir. Bir başka deyişle ülkemizde OECD ortalamasının yaklaşık 2.3 katı kadar çocuk yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. OECD ülkelerinde 100.000 kişiye düşen çocuk yoğun bakım yatak sayıları Şekil 9’da gösterilmektedir.

Şekil 9. 100.000 Kişiye Düşen Çocuk Yoğun Bakım Yatağının Uluslararası Karşılaştırması, 2022



Kaynak: OECD Health Data 2024

Alman Yoğun Bakım Derneği’nin çalışmasında; çocuk yoğun bakımda yatan her 100-125 hasta için 1 çocuk yoğun bakım uzman hekimi istihdam edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2023 yılında yaklaşık 79.000 hastanın çocuk yoğun bakım servislerine yatışı gerçekleşmiştir. Bu doğrultuda her 100 hasta için 1 hekim planlandığında 790, 125 hasta için 1 hekim planlandığında ise 632 çocuk yoğun bakım uzman hekimi ihtiyacı hesaplanmıştır.

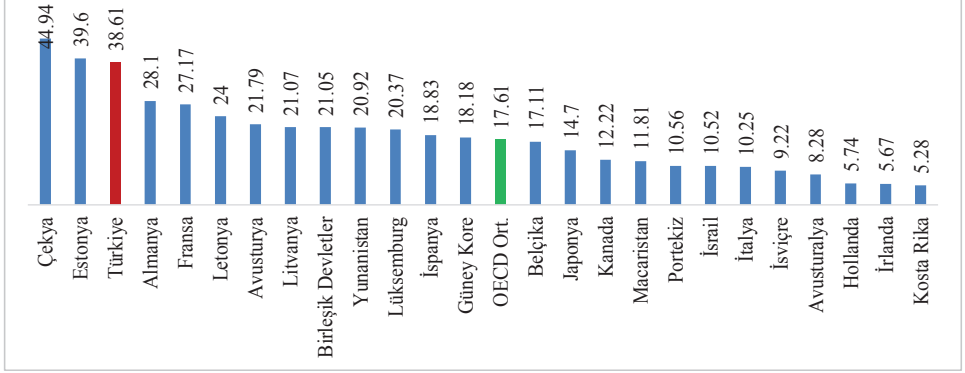
⁶⁰ Goodman DC, Fisher ES, Little GA (2002), The relation between the availability of neonatal intensive care and neonatal mortality, N Engl J Med. 2002;346(20), p.1538-1544.

⁶¹ T.C. Sağlık Bakanlığı EKİP sistemi veri tabanı.

2.3.3. Erişkin Yoğun Bakım

Yoğun bakım yatak kapasitesi ülkelere göre farklılık göstermektedir. 2022 yılında OECD ülkelerinde 100.000 kişiye düşen yoğun bakım yatağı 17,61 iken ülkemizde 38,61’dir. Ülkemiz OECD ülkeleri arasında en fazla erişkin yoğun bakım yatağı bulunan üçüncü ülke olup OECD ortalamasından yaklaşık %119 daha fazla oranda yoğun bakım yatağına sahip bulunmaktadır. Ülkemizi takip eden diğer bazı ülkeler Almanya (28.1), Fransa (27.17), Letonya (24) ve Avusturya (21.79)’dır. OECD ülkelerinde 100.000 kişiye düşen erişkin yoğun bakım yatak sayıları Şekil 10’da gösterilmektedir.

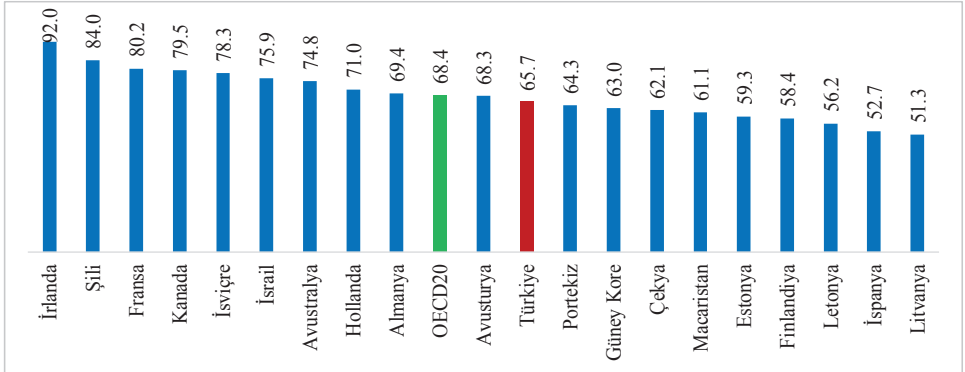
Şekil 10. 100.000 Kişiyeye Düşen Erişkin Yoğun Bakım Yatağının Uluslararası Karşılaştırması, 2022



Kaynak: OECD Health Data 2024

Ülkemizde, OECD ülkelerindeki ortalama erişkin yoğun bakım yatak sayısının 2.2 katı yatak bulunmasına karşın erişkin yoğun bakım yatak doluluk oranımız OECD ortalamasıyla yaklaşık olarak aynıdır. OECD ülkelerinde erişkin yoğun bakım yatak doluluk oranları Şekil 11’de gösterilmektedir.

Şekil 11. Erişkin Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranının Uluslararası Karşılaştırması (%), 2022



Kaynak: OECD Health Data 2024

Uluslararası literatürde yoğun bakım uzman planlamalarına ilişkin bazı araştırmalar ise aşağıda şu şekilde yer almaktadır.

- Avusturalya ve Yeni Zelenda’da yapılan bir araştırmaya göre 3.basamak yoğun bakım ünitelerinde yoğun bakım yatağı başına 6,8 ile 8 aralığında yoğun bakım uzmanı gerektiği belirtilmiştir.⁶²
- 2001-2003 yılları arasını kapsayan bir araştırmaya göre yoğun bakım uzmanı başına düşen yatak sayısı 15’i geçtiğinde yatılan gün sayısının arttığı gözlemlenmiştir. Ancak uzman başına düşen yatak sayısı 7,5 ile 15 aralığında iken hastane kalışlarında herhangi bir değişiklik olmamıştır.⁶³
- Kaliforniya Hastanesinde yapılan bir araştırmaya göre multidisipliner ekip çalışmasının cerrahi yoğun bakım hastaları üzerinde olumlu etkilerinin görüldüğü ancak hekim sayısı ile mortalite arasında bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir.⁶⁴ Kaliforniya Hastanesindeki araştırmayla benzer sonuçlara ulaşan başka bir deyişle hasta sayısı / yoğun bakım uzmanı oranı ile mortalite arasında bir bağ olmadığını belirten birçok araştırma bulunmaktadır.⁶⁵
- Yoğun bakım ünitesindeki (YBÜ) hastaların ortam iş yükü ile sonuçları arasındaki ilişkiyi gösteren bir araştırmaya göre artan iş yükünün mortaliteyi artırdığı ortaya çıkmıştır.⁶⁶

⁶²https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2022/12000/variation_in_bed_to_physician_ratios_during.5.aspx

⁶³ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0012369215503978>

⁶⁴ <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0885066614534605>

⁶⁵ <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-023-07066-z.pdf>

⁶⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19667772/>

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MEVZUAT VE DENETİM MEKANİZMALARI

3.1. MEVZUAT DÜZENLEMELERİNİN İNCELENMESİ

Özel sağlık kuruluşlarının yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılarla ilgili bakım servislerindeki uygulamaları, başta 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu olmak üzere, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 4857 sayılı İş Kanunu, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile 4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi hükümlerinde düzenlenmiştir. Belirtilen kanunlar ve kararnamelerin yanı sıra ikincil düzenlemeler de bulunmaktadır. İkincil mevzuat düzenlemeleri olarak Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük ile Özel Hastaneler Yönetmeliği, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelik, Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği, Çocuklar İçin Özel Gerekseim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik, Sosyal Hizmet Kuruluşlarında Bakımı Sağlanan Engelli ve Yaşlı Bireylere Harçlık Ödenmesine İlişkin Yönetmelik ve Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği hükümleri yer almaktadır. Yönetmeliklere ilaveten Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan ve uygulanan genelgeler ve tebliğler de bulunmaktadır.

Yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılarla ilgili özel sağlık kuruluşları bakım servislerinde yapılan işlem ve uygulamalar sırasında işlendiği iddia olunan ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda yer alan suçlar ayrı bir başlık altında belirtilmiştir.

3.1.1. Mevzuatın İdare Hukuku ve Özel Hukuk Kapsamında İncelenmesi

Bu bölümde mevzuat; kanunlar, Cumhurbaşkanlığı kararnameleri, tüzükler, yönetmelikler, tebliğler ve genelgeler alt başlıklarında detaylı bir biçimde ele alınmaktadır.

3.1.1.1. Kanunlar ve Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri

3.1.1.1.1. 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

Kanunun 1 inci maddesi uyarınca Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır.

Kanunun 12 inci maddesi;

Sanatını icra etmek üzere bir mahalde kayıtlı olan herhangi bir tabibin bizzat dükkân ve mağaza açmak suretiyle her türlü ticaret yapması memnudur.

Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar; 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 28 inci maddesi, 27/7/1967 tarihli ve 926 sayılı Türk Silâhlı Kuvvetleri Personel Kanununun ek 27 nci maddesi, 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 36 ncı maddesi ile 17/11/1983 tarihli ve 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununun 32 nci maddesi saklı kalmak kaydıyla, aşağıdaki sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra edebilir:

(1) a) Kamu kurum ve kuruluşları.

b) Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri.

c) Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri, serbest meslek icrası. Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, ikinci fıkranın her bir bendi kapsamında olmak kaydıyla birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilir. Bu maddenin uygulanması bakımından Sosyal Güvenlik Kurumunca branş bazında sözleşme yapılan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversiteleri yalnızca sözleşme yaptıkları branşlarda (b) bendi kapsamında kabul edilir. Mesleğini serbest olarak icra edenler, hizmet bedeli hasta tarafından karşılanmak ve Sosyal Güvenlik Kurumundan talep edilmemek kaydıyla, (b) bendi kapsamında sayılan sağlık kuruluşlarında da hastalarının teşhis ve tedavisini yapabilir. (Değişik dördüncü cümle: 2/1/2014-6514/21 md.) Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve yöneticilik görevi bulunmayan tabipler ile aile hekimleri, kurum ve kuruluşlarındaki çalışma saatleri dışında ve kurumlarının izniyle aylık otuz saati geçmemek üzere iş yeri hekimliği yapabilir. Döner sermayeli sağlık kuruluşları ise kurumsal olarak işyeri hekimliği hizmeti verebilir. Tabipler,

iş yeri hekimliği eğitimi alma ve iş yeri hekimliği belgesine sahip olma şartı aranmaksızın 10'dan az işçi çalıştıran az tehlikeli iş yerlerinin iş yeri hekimliği görevini yapabilirler. Bu maddenin uygulamasına ve işyeri hekimliğine ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

Kanunun 16 ncı maddesi, *“Etibba odaları divanı haysiyetleri adabı meslekiyeye riayet etmiyen tabipler hakkında tahriren ihtar, meclis huzurunda tevbih ve bir haftadan altı aya kadar muvakkat icrayı sanattan meni suretiyle mücazâtı intibahiye tayin edebilirler.”* şeklindedir.

Kanunun 21 inci maddesi;

“Divanı haysiyetlerin tahriri ihtar ve meclis huzurunda tevbih cezaları katidir. Muvakkaten icrayı sanattan meni hakkında verilen kararlarda Ankara'da bulunan Ali Divanı Haysiyetin tasdiğiyle muteber olur. Ali divanı haysiyet berveçhi ati teşekkül eder.

A) Sıhhiye Vekaleti Müsteşarının riyasetinde Vekalet erkânı memurinden veya sair memurini sıhhiye arasından intihap edilecek üç tabip,

B) Adliye Vekili tarafından intihap edilecek hakimler sınıfından bir zat,

C) Tıp Fakültesi Meclisi Müderrisini tarafından müntahap bir müderris,

D) Biri asker ve diğer ikisi sivil olmak üzere odalar tarafından müntahap üç tabip.

Ali Divanı Haysiyet reis ve azası üç senede bir tecdit olunur. Eski azanın yeniden intihabı caizdir. Mahalli divanı haysiyetlerin kararlarının temyizi esnasında mahkûm tabibin şifahi veya tahriri müdafaat ve itirazatı kabul edileceği gibi divanı haysiyetin mütalaatı da nazarı dikkate alınır. Bu gibi kararların divanı haysiyete vürudu tarihinden itibaren azami bir ay zarfında ret veya tasdiği veya tadili lazım gelir.

Ali Divanı Haysiyet, azasının nısfından bir fazlasıyla içtima edebilir. Tesavii ara vukuunda reisin bulunduğu tarafın reyî tercih olunur.” hükmünü içermektedir.

Kanunun 22 ncı maddesi, *“Ali Divanı Haysiyet kararıyle muvakkaten icrayı sanattan menedilen tabip, bu müddet zarfında icrayı sanat edemez. Memur etibbanın memuriyetine mütaallik vazifelerine hâlel gelmez. Karar alakadarlarca malûm olmak üzere Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince münasip suretlerle ilan olunur.”* şeklindedir.

3.1.1.1.2. 24/5/1933 tarihli ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu

Kanunun 1 inci maddesinde, Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtlarının “hususî hastaneler”den

sayıldığı ve bunların açılma, kullanma, kapanma şartlarının bu Kanunun hükümlerine tabi olduğu belirtilmektedir.

Kanunun 33 üncü maddesinde, özel hastanelerin fenni ve idari muameleleri ve her türlü sıhhi şartlarının Sağlık Bakanlığı idaresinde olduğu ve merkezlerde müfettişler ve müdürler tarafından, kazalarda ise Hükümet tabipleri tarafından teftiş edileceği belirtilmektedir.

Kanunun 34 üncü maddesinde, yukarıda sayılan teftişler neticesinde meydana çıkacak eksikliklerin tayin edilecek zamanlar zarfında tamamlanması Sağlık Bakanlığı tarafından müessese mes'ul müdürüne yazı ile ihtar olunacağı hüküm altına alınmıştır. 36 ncı maddesinde ise, teftişte tespit edilen eksikliklerin tamamlanmasına kadar hastanenin hasta kabulünün yasaklanacağı belirtilmektedir.

Kanunun 38 inci maddesinde, özel hastanelerin ruhsatlarının geri alınmasına ilişkin hükümler düzenlenmiştir. Düzenlemeye göre;

“1– İki defa yapılan ihtarla rağmen mes'ul müdür hastane vazifelerini ihmalde devam ederse;

2– Mes'ul müdür (9) uncu maddede yazılı suçlardan dolayı hapse mahkûm olur veya müessese dahilinde hastanelerin veya hastanenin nezahet ve şerefini bozan yasak işler yapılmasına göz yumar veya bu işleri kendisi işlerse;

3– Mes'ul müdür sıhhi sebepler haricinde bir senede iki kere izinsiz olarak birer haftadan veya bir defada on beş günden fazla hastaneyi terkederse.”

Ruhsatın geri alınacağı belirtilmiştir.

Kanunun 41 inci maddesinde, haricen ilaç satan yahut mezun olduğu sayıdan fazla yatıran hususi hastanelerin mes'ul müdürlerine idarî para cezası verileceği, 42 nci maddesinde, yatan hastalardan Kanunun 26 ve 27 nci maddelere aykırı olarak fazla ücret alan hususi hastanelerin işletenlerine idarî para cezası verileceği düzenlenmiştir.

Kanunun 43 üncü maddesinde, 29 uncu maddede yazılan cerrahi ameliyeleri aynı maddede yazılı tetkik ve tedavileri yapılmadan icra eden tabiplere, fiilleri suç oluşturmadığı takdirde idarî para cezası verileceği, eğer bu suretle cerrahi ameliye yapılan hasta vefat eder ve vefatın ameliyattan evvel yapılması lazım ve mümkün olan şartların ifa edilmemesinden ileri geldiği meydana çıkarsa cerrahi ameliyeyi icra eden tabip hakkında Türk Ceza Kanununun ilgili maddeleri tatbik olunacağı açıkça belirtilmiştir.

44 üncü maddesinde, tedavisini üstüne aldığı hastaları, yerine vekil bırakmadan izinsiz olarak kendi arzularıyla terk ederek bu hastaların tedavisiz kalmalarına sebep olan ve Kanunun 11 inci maddesinde yazılan mütehasşıs tabiplere idarî para cezası verileceği, eğer bu

suretle tedavisiz bırakılmak neticesi olarak hasta kişinin hastalığının ağırlaşması veya ölmesi halinde mes'ul mütehassıs tabip hakkında Türk Ceza Kanununun ilgili maddeleri tatbik olunacağı hükme bağlanmıştır.

3.1.1.1.3. 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu

Kanunla, yükseköğretimle ilgili amaç ve ilkeleri belirlemek ve bütün yükseköğretim kurumlarının ve üst kuruluşlarının teşkilatlanma, işleyiş, görev, yetki ve sorumlulukları ile eğitim-öğretim, araştırma, yayım, öğretim elemanları, öğrenciler ve diğer personel ile ilgili esaslarının bir bütünlük içinde düzenlenmesi amaçlanmıştır.

Kanun, yükseköğretim üst kuruluşlarını, bütün yükseköğretim kurumlarını, bağlı birimlerini ve bunlarla ilgili faaliyet ve esasları kapsamaktadır.

Kanunun konu bakımından önem arz eden düzenlemesi 53 üncü maddesidir. Üniversite kadrosunda görev yapan doktorların görevleri dolayısıyla ya da görevlerini yaptıkları sırada işledikleri ileri sürülen suçlar hakkında uygulanacak usul hükümleri bu maddede ayrıntılı biçimde düzenlenmektedir. Buna göre;

“Ceza soruşturması usulü:

Yükseköğretim üst kuruluşları başkan ve üyeleri ile yükseköğretim kurumları yöneticilerinin, kadrolu ve sözleşmeli öğretim elemanlarının ve bu kuruluş ve kurumların 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi memurlarının görevleri dolayısıyla ya da görevlerini yaptıkları sırada işledikleri ileri sürülen suçlar hakkında yetkili makamlarca inceleme başlatılabilir, inceleme sonucunda soruşturma açılmasına karar verilmesi ya da doğrudan soruşturma başlatılması hâlinde aşağıdaki hükümler uygulanır:

(1) İlk soruşturma: Yükseköğretim Kurulu Başkanı için, kendisinin katılmadığı, Milli Eğitim Bakanının başkanlığındaki bir toplantıda, Yükseköğretim Kurulu üyelerinden teşkil edilecek en az üç kişilik bir kurulca, diğerleri için, Yükseköğretim Kurulu Başkanınca veya diğer disiplin amirlerince doğrudan veya görevlendirecekleri uygun sayıda soruşturmacı tarafından yapılır.

Öğretim elemanlarından soruşturmacı tayin edilmesi halinde, bunların, hakkında soruşturma yapılacak öğretim elemanının akademik unvanına veya daha üst akademik unvana sahip olmaları şarttır.

(2) Son soruşturmanın açılıp açılmamasına;

a) Yükseköğretim Kurulu Başkan ve üyeleri ile Yükseköğretim Denetleme Kurulu Başkan ve üyeleri hakkında Danıştay'ın 2 nci Dairesi,

b) Devlet ve vakıf yükseköğretim kurumu rektörleri, rektör yardımcıları ile üst kuruluş genel sekreterleri hakkında, Yükseköğretim Kurulu üyelerinden teşkil edilecek üç kişilik kurul,

c) Üniversite, fakülte, enstitü ve yüksekokul yönetim kurulu üyeleri, fakülte dekanları ve dekan yardımcıları, enstitü ve yüksekokul müdürleri ve yardımcıları ile üniversite genel sekreterleri hakkında, rektörün başkanlığında rektörce görevlendirilen rektör yardımcılarının oluşacak üç kişilik kurul,

d) Öğretim elemanları, fakülte, enstitü ve yüksekokul sekreterleri hakkında üniversite yönetim kurulu üyeleri arasından oluşturulacak üç kişilik kurul,

e) 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi memurlar hakkında, mahal itibariyle yetkili il idare kurulu,

Karar verir.” Şeklinde düzenlenmektedir.

3.1.1.1.4. 27/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu

Korunmaya, bakıma veya yardıma ihtiyacı olan aile, çocuk, engelli, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununda düzenlemektir.

Kanun, sosyal hizmetlerle ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişileri ve özel hukuk tüzelkişilerini, sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarında çalışan personeli, sosyal hizmetlerden faydalananları ve faydalananak durumda olanları kapsamaktadır.

Sosyal hizmetlere ilişkin genel esaslar Kanunun 4 üncü maddesinde;

“a) Bu Kanun kapsamına giren sosyal hizmetlere ilişkin faaliyetler, Devletin denetim ve gözetiminde, sivil toplum kuruluşları ile halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde yürütülür. Sunulacak bakım ve diğer hizmetlerin kapsamı ve bu hizmetleri verecek olan gerçek ve tüzel kişilerin izin, çalışma usûl ve esasları ve diğer hususlar Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından çıkarılacak bir yönetmelikle düzenlenir.

b) Sosyal hizmetler alanında faaliyet gösteren kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında koordinasyon ve işbirliği tesis edilerek güç birliği sağlanır ve mevcut kaynaklara en verimli şekilde işlerlik kazandırılır.

c) Sosyal hizmet programlarının uygulanmasında korunmaya ihtiyacı olan çocuk, ihtiyacı olan engelli ve ihtiyacı olan yaşlıya öncelik tanınır.

d) Sosyal hizmetlerin yürütülmesi ve sunulmasında sınıf, ırk, dil, din, mezhep veya bölge farklılığı gözetilemez, hizmet talebinin hizmet arzından fazla olması halinde öncelikler, ihtiyacı olan olma derecesi ve başvuru veya tespit sırası esas alınarak belirlenir.

e) Mülga

f) Bu Kanunla kurulan Kuruma bağlı kuruluşların dışındaki sosyal hizmet kuruluşlarının kurulması izne tabi olup, alınacak tertip ve tedbirlerle bunların hizmet, işleyiş ve personele ilişkin hususlarda tespit edilen standart ve esaslara uygun olarak faaliyette bulunmaları sağlanır.

g) Sosyal hizmet kuruluşlarının coğrafik ve fonksiyonel görev alanlarının ve yurt sathında dengeli dağılımının görev boşluğu bırakılmayacak şekilde düzenlenmesi esastır.

h) Çocuk yuvaları ile yetiştirme yurtlarının korunmaya ihtiyacı olan çocukların yaş, cinsiyet, sosyal ve psikolojik özellikleri ile engel dereceleri dikkate alınarak, kaynaştırma anlayışına göre gruplandırılması ve özellikle çocuk yuvalarının, huzurevleri ile aynı mahallerde tesis edilerek dede-torun, nine-torun ilişkilerinin sağlanması esas alınır.

i) Korunmaya, bakıma ve yardıma ihtiyacı olan kişilere hizmet sunumu insan haysiyet ve vakarına yaraşır şekilde yerine getirilir.

j) Sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak personelin seçim ve niteliklerinin tespitinde ve bunların hizmetiçi eğitim programlarının düzenlenmesinde bu kurum ve kuruluşların hizmet özellikleri dikkate alınır.

k) Korunmaya ihtiyacı olan çocukların Türk örf, adet, inanç ve milli ahlakına sahip, kendisine güvenen, insan sevgi ve saygısıyla dolu, Atatürkçü düşünce ve Atatürk ilke ve inkılaplarına uygun olarak yetiştirilmeleri, bir iş veya meslek sahibi yapılmaları, koruma kararı kalktıktan sonra da toplum içinde izlenmeleri ve imkanlar ölçüsünde desteklenmeleri esastır.

l) İhtiyacı olan, engelli ve yaşlıların hayatlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, ihtiyacı olan engellilerin toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hale gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan tedavisi mümkün olmayanların sürekli bakım altına alınması amacıyla gerekli her türlü tertip ve tedbir alınır.

m) Doğal afetlerde ulusal ve uluslararası sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarıyla birlikte hareket edilmesi ve acil kurtarma ve yardım çalışmalarının etkili şekilde yürütülmesi amacıyla gerekli her türlü tertip ve tedbir alınır.

Engellilere yönelik hizmetlerin yürütülmesine ilişkin genel esaslar şunlardır:

a) Eşit katılım için, engellilerin sahip oldukları hak ve yükümlülükler konusunda birey, aile ve toplumun bilinçlendirilmesi, tıbbî bakım ve rehabilitasyonlarının sağlanması, günlük yaşamlarında kendi başlarına yaşayabilme kapasitelerinin artırılması.

b) Bilgi, hizmet ve fiziksel çevre koşullarının engelliler için ulaşılabilir hâle getirilmesi.

c) Doğumdan başlayarak okul öncesi, okul çağı ve yetişkinleri kapsayacak biçimde tüm engellilere eğitimde fırsat eşitliği sağlanması.

d) İstihdamın, mesleki eğitim ve rehabilitasyonla birlikte gerçekleştirilmesi, istihdam alanlarının engellilerin kullanımına uygunluğunun sağlanması ve teknolojiye uygun alet ve cihazların engellilerce elde edilmesini kolaylaştıracı önlemlerin alınması.

e) Engellilerin sosyal güvenlikleri ile gelirlerinin korunması, aile hayatı ve kişisel bütünlükleri ile kültür, eğlence, spor ve din alanlarına tam katılımlarının sağlanması.

f) Engellilere ilişkin plan ve programlar ile ekonomik ve sosyal statülerini etkileyen tüm kararların alınması sırasında engellilerin katılımlarının sağlanması.”

Şeklinde belirtilmiştir.

Bakıma ihtiyacı olan engellilere, resmî veya özel bakım merkezlerinde bakım hizmeti ya da sosyal yardım yapılmak suretiyle evde bakımına destek verilmesine ilişkin hükümler Kanunun Ek Madde 7 de düzenlenmektedir.

3.1.1.1.5. 15/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda düzenlenmektedir. Kanun, Millî Savunma Bakanlığı hariç, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzelkişilerini ve gerçek kişileri kapsamaktadır. Kanunun 3 üncü maddesinde Sağlık Bakanlığının ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi vereceği ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetleyeceği hüküm altına alınmıştır.

Kanunun Ek 11 inci maddesinde, uluslararası sağlık turizmi kapsamındaki her türlü kuruluşun faaliyetleri de dahil olmak üzere sağlık hizmeti sunumu ile ilgili tüm iş ve işlemlerin Sağlık Bakanlığınca denetleneceği belirtilmiş düzenlemelere aykırı eylemler ile yaptırımları aynı maddede hüküm altına alınmıştır.

Ek 11 inci maddede belirtilen hukuka aykırı eylemler ve yaptırımlar;

“Olağanüstü durumlarda mesleğini icraya yetkili kişilerce acil sağlık hizmeti ulaşana ve sağlık hizmeti devamlılık arz edene kadar verilecek olan sağlık hizmeti hariç, ruhsatsız veya yetkisiz olarak sağlık hizmeti veren veya verdirenler, bir yıldan üç yıla kadar hapis ve yirmi bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Özel izne tabi hizmet birimlerini ve sağlık kuruluşlarını Sağlık Bakanlığından izin almaksızın açan veya buralarda verilecek

hizmetleri sunanlar iki yüz elli bin Türk lirasından az olmamak üzere bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yarısına kadar idari para cezası ile cezalandırılır.

Sağlık Bakanlığınca belirlenen kayıtları uygun şekilde tutmayan veya bildirim zorunluluğunu yerine getirmeyen sağlık kurum ve kuruluşları elli bin Türk lirasından az olmamak üzere bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde ikisi kadar idari para cezası ile cezalandırılır.

Sağlık Bakanlığınca belirlenen acil hastaya müdahale esaslarına; personel, tıbbi cihaz ve donanım, bina ve hizmet birimleri, malzeme ile ilaç standartlarına uyulmaması hâllerinde yüz bin Türk lirasından az olmamak üzere bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde beşine kadar idari para cezası uygulanır.

Bu maddedeki idari para cezasını gerektiren fiillerin bir yıl içinde tekrarı hâlinde idari para cezaları bir kat artırılarak uygulanır; üçüncü defa işlenmesinde ise sağlık kurum ve kuruluşunun ilgili bölümünün veya tamamının faaliyeti on güne kadar durdurulur. Aynı isim ve sahiplikte birden fazla sağlık kurum ve kuruluşu bulunması hâlinde idari yaptırımlar sadece ihlalin yapıldığı sağlık kurum ve kuruluşu ile sınırlı olarak uygulanır.”

Şeklinde hüküm altına alınmıştır.

Hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında işledikleri suçlarla ilgili soruşturma izni ve usulü Kanunun Ek Madde 18 (Ek:12/5/2022-7406/14 md.) de ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

Anılan hüküm;

Yükseköğretim Kanununun 53 üncü maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar hariç olmak üzere, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle yapılan soruşturmalar hakkında 2/12/1999 tarihli ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun hükümleri uygulanır. Soruşturma izni, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından verilir. Mesleki Sorumluluk Kurulu, özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensupları bakımından il sağlık müdürlüklerinde görevli başkan veya yardımcılarını da ön inceleme yapmak üzere görevlendirebilir. Soruşturma izni verilmesine ilişkin 4483 sayılı Kanunun 7 nci maddesindeki süreler, iki kat olarak uygulanır. Mesleki Sorumluluk Kurulunun kararlarına karşı Ankara Bölge İdare Mahkemesine itiraz edilebilir.

Kamu kurum ve kuruluşları ve Devlet üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle idare tarafından ödenen tazminattan dolayı ilgisine rücu edilip edilmeyeceğine ve rücu miktarına, ilgilinin görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumu gözetilerek Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından bir yıl içinde karar verilir. (Ek cümle:21/2/2024-7496/21 md.) Devlet üniversitelerinde görev yapanlar bakımından, ilgili üniversite tarafından Mesleki Sorumluluk Kurulu kararı ve varsa ilgili hakkında görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığına dair kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı dikkate alınarak altı ay içinde nihai karar verilir.

(Ek fıkra:21/2/2024-7496/21 md.) İdare, kesinleşen mahkeme kararında hüküm altına alınan tazminatı ödedikten sonra hukuken sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle tazminatın ödenmesine sebep olan ve zorunlu meslekî malî sorumluluk sigortası bulunan kamu kurum ve kuruluşları ile devlet üniversitelerinde görev yapan sağlık meslek mensuplarının yerine geçer. Bu sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle her türlü kusuru ve görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek verdikleri zararlardan dolayı idare tarafından ödenen avukatlık vekâlet ücreti ve yargılama masrafları dâhil tazminat sağlık meslek mensubunun kusuru oranında ve sigorta teminatı dâhilinde tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu malî sorumluluk sigortası yaptırdığı sigorta şirketinden talep edilir.

Mesleki Sorumluluk Kurulu, Sağlık Bakanı tarafından belirlenen;

- a) Bakan yardımcısı,*
- b) Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastaneleri, Hukuk Hizmetleri, Yönetim Hizmetleri genel müdürleri veya yardımcıları,*
- c) Profesör veya doçent unvanlı biri dâhilî, diğeri cerrahi branştan iki hekim, olmak üzere yedi üyeden oluşur. Mesleki Sorumluluk Kurulunun başkanı Bakan yardımcısıdır. (c) bendi uyarınca belirlenen üyelerin görev süresi iki yıldır.*

Mesleki Sorumluluk Kurulu, üye tam sayısının salt çoğunluğuyla toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğuyla karar alır. Oylamalarda çekimser oy kullanılamaz.

Sağlık Bakanı gelen işin niteliği ve sayısına göre, başka bir Bakan yardımcısının başkanlığında dördüncü fıkra gösterilenlerden, yeni kurullar oluşturabilir.

Mesleki Sorumluluk Kurulu üyeleri, ikinci fıkra kapsamında verdikleri kararlar sebebiyle görevinin gereklerine aykırı hareket ettiklerinin kesinleşmiş bir ceza mahkemesi kararıyla tespit edilmesi dışında mali ve idari yönden sorumlu tutulamaz.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan yönetmelikle belirlenir.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

3.1.1.1.6. 16/5/2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Kanunu, Türkiye’de SGK, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’nın birleştirilmesiyle sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması amacıyla çıkarılmıştır. Bu Kanun, SGK’nın kuruluş, görev ve yetkilerini düzenlemekte; sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası hizmetlerini sunacak yapıyı tanımlamaktadır. 5502 sayılı Kanun, Türkiye’de sosyal güvenlik sistemini daha etkin, verimli ve şeffaf bir yapıya kavuşturmayı amaçlamaktadır. SGK Kanunun öngördüğü şekilde sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası hizmetlerini sunarak bireylerin ekonomik güvenliğini ve sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaktadır. Bu Kanun, sosyal güvenlik sisteminin modernizasyonunda temel bir rol oynamaktadır. 4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile ilgili Kanunda SGK’nın yapısına ilişkin maddeler yeniden düzenlenmiştir.

5502 sayılı Kanunun Ek-1 inci maddesinde fatura ve benzeri belgelerin incelenmesine ilişkin hususlar aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“Fatura ve benzeri belgelerin incelenmesi

EK MADDE 1 – (Ek: 8/3/2007-5597/4 md.) a) Örnekleme yoluyla inceleme:

Sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin hizmet bedeli olarak düzenledikleri ve ödenmek üzere Kuruma (5502 sayılı Kanunla devredilen kurumlar dahil) gönderdikleri faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde % 5 ilâ % 10 oranında örnekleme metoduyla incelenir. Bu inceleme sonucunda sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin incelenen döneme ait bütün faturalarına uygulanmak suretiyle ödenecek tutar tespit edilir ve buna göre ödeme yapılır.

(Değişik ikinci fıkra: 17/4/2008-5754/88 md.) Yukarıdaki fıkra kapsamındaki kişi ve kurumlarca, 1/1/2007 tarihinden önce Kuruma gönderilen faturalardan henüz incelemesi tamamlanmamış olanlar, yukarıdaki fıkraya göre incelenerek yılı bütçesine gider kaydedilir, avans verilmiş ise mahsup edilir. Verilen avanslardan iade edilmesi gereken tutarlar, Kurum

tarafından alacak hesaplarına alınır. İnceleme sonucu tespit edilen hata oranı ile incelemenin bu fıkra hükümlerine göre yapıldığı ilgili kişi ve kurumlara yazılı olarak bildirilir. 1/1/2007 tarihinden sonra Kuruma incelenmek üzere teslim edilen faturalar için, örnekleme yapılarak fatura incelemesi yöntemini kabul etmeyen gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmeler, bu tercihlerini hizmet vermeye başlamadan önce ilgili kuruma yazılı olarak bildirir. Bildirimde bulunulmaması halinde örnekleme yöntemi kabul edilmiş sayılır. Örnekleme yöntemini kabul eden gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin sözleşme veya ilgili mevzuatı içinde sonuçlandırılmayan alacaklarına mahsup edilmek üzere incelemesine başlanmamış alacak tutarını geçmemek üzere Kurum tarafından uygun görülecek oranda avans ödemesi yapılır. Örnekleme yoluyla tespit edilen hata oranının tüm alacaklara teşmili sonucunda kalan tutarın ödenmesi dışında sağlık hizmeti fatura eden gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelere başka bir ödeme yapılmaz.

Örnekleme yöntemiyle yapılacak inceleme ve kontrol için kurum dışından tabip ve eczacı görevlendirilebilir. İhtiyaç halinde, 1/6/1989 tarihli ve 3568 sayılı Serbest Muhasebecilik, Serbest Muhasebeci Mali Müşavirlik ve Yeminli Mali Müşavirlik Kanununa tâbi meslek mensupları ile bağımsız denetim kuruluşlarına da yaptırılabilir.

Örnekleme yoluyla faturası incelenecek gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmeleri belirlemeye, örnekleme oranını bu kişi ve işletmeler için birinci fıkrada yer alan oranlar arasında kalmak kaydıyla farklı oranlarda uygulamaya, fatura inceleme ve kontrolüne ilişkin diğer usûl ve esasları, Sağlık Bakanlığı ile Maliye Bakanlığının görüşlerini alarak düzenlemeye Kurum yetkilidir.

b) Elektronik ortamda inceleme ve saklama:

Kurum, uygun gördüğü sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerden verdikleri hizmete ilişkin fatura ve benzeri belgeleri 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanununun Mükerrer 242 nci maddesine uygun olarak elektronik ortamda düzenlemelerini ve bunların dayanağı belgelerle birlikte elektronik ortamda göndermelerini isteyebilir.

Bu takdirde ilgililere yapılacak ödemeler bu belgeler üzerinde yapılacak incelemelere göre sonuçlandırılır. Elektronik ortamda belge düzenlenmesine, bu belgelerin saklanmak veya incelenmek üzere Kuruma veya belirleyeceği gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelere iletilmesine, bilgi aktarımında uyulacak format ve standartlar ile uygulamaya ilişkin usul ve esasları Maliye Bakanlığının görüşlerini alarak belirlemeye Kurum yetkilidir.

Bu maddeye uygun olarak yapılan inceleme ve ödeme 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununa uygun olarak yapılmış sayılır.”

Sağlık hizmet sunucularından temin edilen hizmet bedellerini gösterir fatura, reçete ve eki belgelerin saklama sürelerine ilişkin hususlar ise Ek-3 üncü maddesinde düzenlenmiştir.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ilerleyen bölümlerde detaylı olarak incelenmektedir.

3.1.1.1.7. 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Türkiye’de sosyal güvenlik sistemini birleştiren, geliştiren ve yeniden yapılandıran temel kanundur. Daha önce farklı sosyal güvenlik kurumları (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tarafından sunulan hizmetler, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmiştir. 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren bu Kanun, sosyal güvenlik alanında eşitlikçi, sürdürülebilir ve etkin bir yapıyı oluşturmayı amaçlamıştır. Kanunun temel amacı, bireylerin sosyal güvenlik haklarını düzenlemek, gelir güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını temin etmektir. Kanun, Genel Sağlık Sigortasının (GSS) temel yasal çerçevesini oluşturur. Bu Kanunla birlikte tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla zorunlu bir genel sağlık sigortası sistemi getirilmiştir.

Kanun, sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin düzenlemeleri detaylı şekilde ele almaktadır. Bu düzenlemeler, GSS sistemi çerçevesinde yürütülmektedir. Kanunun 60 ıncı maddesinde genel sağlık sigortalısı sayılanlar ayrıntılı şekilde tanımlanmıştır. Kanunun 63 üncü maddesinde kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri, ilaç ve tıbbi cihaz bedelleri; finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri olarak tanımlanmıştır. Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin 63 üncü maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının görüşü üzerine Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenmektedir.

Ayrıca yol gideri, gündelik ve refakatçi giderini ödenmesine ilişkin hususlar Kanunun 65 inci maddesinde, sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin nasıl belirleneceği de Kanunun 72 nci maddesinde düzenlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesine ilişkin hususlar Kanunun 73 üncü maddesinin birinci fıkrasında; *“Bu Kanuna göre sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve*

bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır.” şeklinde düzenlenmiştir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilerleyen bölümlerde detaylı olarak incelenmektedir.

3.1.1.1.8. 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu

Kanun, işverenler ile bir iş sözleşmesine dayanarak çalıştırılan işçilerin çalışma şartları ve çalışma ortamına ilişkin hak ve sorumluluklarını düzenlemektedir.

Özel sağlık kuruluşlarında taşeron uygulaması olarak bilinen iş ve hizmet alımına ilişkin hususlar İş Kanunu kapsamında tertip edilmektedir. Kanunun “Tanımlar” kenar başlıklı 2 nci maddesinin sekizinci fıkrasının son cümlesi “*İşletmenin ve işin gereği ile teknolojik nedenlerle uzmanlık gerektiren işler dışında asıl iş bölünerek alt işverenlere verilemez.*” hükmünü içermektedir.

3.1.1.1.9. 1/7/2005 tarihli ve 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun

Kanunla, engellilerin temel hak ve özgürlüklerden faydalanmasını teşvik ve temin ederek ve doğuştan sahip oldukları onura saygıyı güçlendirerek toplumsal hayata diğer bireylerle eşit koşullarda tam ve etkin katılımlarının sağlanması ve engelliliği önleyici tedbirlerin alınması için gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamak amaçlanmıştır.

Kanun engellileri, ailelerini, engellilere yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar ile diğer ilgilileri kapsamaktadır.

Kanun kapsamında bulunan hizmetlerin yerine getirilmesinde uygulanacak genel esaslar Kanunun 4 üncü maddesinde;

“a) Engellilerin insan onur ve haysiyetinin dokunulmazlığı temelinde, kendi seçimlerini yapma özgürlüğünü ve bağımsızlığını kapsayacak şekilde bireysel özerkliğine saygı gösterilmesi esastır.

b) Engelliliğe dayalı ayrımcılık yapılamaz, ayrımcılıkla mücadele engellilere yönelik politikaların temel esastır.

c) Engellilerin tüm hak ve hizmetlerden yararlanması için fırsat eşitliğinin sağlanması esastır.

d) Engellilerin bağımsız yaşayabilmeleri ve topluma tam ve etkin katılımları için erişilebilirliğin sağlanması esastır.

e) Engellilerin ve engelliliğin her tür istismarının önlenmesi esastır.

f) Engellilere yönelik hizmetlerin sunumunda aile bütünlüğünün korunması esastır.

g) Engeli olan çocuklara yönelik hizmetlerde çocuğun üstün yararının gözetilmesi esastır.

h) Engeli olan kadın ve kız çocuklarının çok yönlü ayrımcılığa maruz kalmaları önlenerek hak ve özgürlüklerden yararlanmalarının sağlanması esastır.

i) Engellilere yönelik politika oluşturma, karar alma ve hizmet sunumu süreçlerinde engellilerin, ailelerinin ve engellileri temsil eden sivil toplum kuruluşlarının katılımının sağlanması esastır.

j) Engellilere yönelik mevzuat düzenlemelerinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının görüşü alınır.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

3.1.1.1.10. 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri Kararnamenin 355 inci maddesinde düzenlenmektedir. Anılan maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde “*Her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini planlamak, teknik düzenleme yapmak, standartları belirlemek ve bu hizmetler ile sunucularını sınıflandırmak, bununla ilgili iş ve işlemleri yaptırmak,*” (c) bendinde “*Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve kuruluşlarına izin vermek ve ruhsatlandırmak, bu izin ve ruhsatları gerektiğinde süreli veya süresiz iptal etmek,*”, (e) bendinde ise “*Sağlık kurum ve kuruluşlarının mevzuat ile belirlenen politika ve düzenlemelere uyumunu denetlemek, gerekli yaptırımları uygulamak,*” görevleri yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu ise Kararnamenin 364 üncü maddesinde;

“(Başlığı ile birlikte değişik: RG-10/1/2019-30651-CK-27/60 md.)

(1) Teftiş Kurulu Başkanlığı, Bakanın emri veya onayı üzerine aşağıdaki görevleri yapar: a) Denetime ilişkin yöntem ve teknikleri geliştirmek, denetim alanındaki standart ve ilkelerin oluşturulmasını sağlamak, denetim rehberleri hazırlamak, denetimlerin etkinliğini ve verimliliğini artırıcı tedbirler almak, b) Bakanlık teşkilatı ile gerektiğinde bağlı ve ilgili kuruluşların ve bunların denetimi altındaki kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri hakkında teftiş, denetim, inceleme ve soruşturma yapmak, c) Bakan tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

(2) Teftiş Kurulu Başkanlığının görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma usulleri yönetmelikle düzenlenir.” şeklinde düzenlenmiştir.

Kararnamenin 508 inci maddesin uyarınca, Sağlık Bakanlığı görev, yetki ve sorumluluk alanına giren konularda idari düzenlemeler yapabilmektedir.

3.1.1.1.11. 4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi

15/7/2018 tarihli 30479 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 4 sayılı Kararname ile Türkiye’deki kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması kapsamında, bakanlıklara bağlı, ilgili ve ilişkili kurumların teşkilat yapısı, görevleri ve yetkileri düzenlenmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının ilgili kuruluşu olarak düzenlenen Sosyal Güvenlik Kurumunun kuruluş, teşkilât, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları Kararnamenin Otuzuncu Bölümünün 403 ilâ 433 üncü maddelerinde düzenlenmektedir.

Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Kararnamenin 418 inci maddesinde;

(1) Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, Başkan adına aşağıdaki rehberlik ve teftiş görevlerini yapar:

a) Sosyal güvenliğe ilişkin hükümlerin uygulanmasını; usulsüzlükleri önleyici, eğitici ve rehberlik yaklaşımını ön plâna çıkaran bir anlayışla denetlemek.

b) Kayıt dışı istihdamı önlemek, sosyal sigorta suiistimalleri ile mücadele etmek, bu amaçla sektörel analizlere dayalı denetimleri yürütmek ve bu konularda alınması gerekli tedbirleri önermek.

c) Prim ödeme yükümlülerini gruplar ve sektörler itibarıyla analiz etmek, denetlenen sektörleri her yıl için belirlenecek risk değerlendirme kriterlerine göre sınıflandırmak suretiyle riskli sektörlerin denetimine öncelik vermek.

ç) Görevleriyle ilgili her türlü kayıt ve belgeleri incelemek, ilgililerden bilgi istemek ve toplamak.

d) İşin yürütümü açısından gerekli olan asgarî işçilik tutarını tespit etmek.

e) Yıl boyunca müfettişler tarafından düzenlenen raporların sonuçlarını değerlendirmek, raporlar hakkında istatistikî bilgiler ile birlikte uygulamadaki sorunlara ve yapılması gereken mevzuat değişikliklerine ilişkin öneriler sunmak.

f) Kurumun merkez ve taşra teşkilâtı ile personelinin idarî, malî ve hukukî işlemleri hakkında teftiş, inceleme ve soruşturma yapmak, sosyal güvenlik mevzuatının verdiği yetkiye dayanarak Kurumla sözleşme yapmış gerçek ve tüzel kişiler hakkında ise inceleme ve soruşturma yapmak.

g) Müfettişler tarafından yapılacak denetimlere ilişkin yöntem ve teknikleri geliştirmek, standart ve ilkelerin oluşturulmasını sağlamak, denetim rehberleri hazırlamak,

denetimlerin etkililiğini ve verimliliğini artırıcı tedbirleri almak, bu konuda görüş ve öneriler sunmak.

ğ) Başkan tarafından verilecek benzer nitelikteki diğer görevleri yapmak”

şeklinde düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığının ilgili kuruluşu olan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, sağlık bilim ve teknolojileri alanında ülkeye ve insanlığa hizmet etmek amacıyla Türkiye’nin rekabet gücünü artırmak ve sürekli kılmak, kalkınma planı hedefleri ile Cumhurbaşkanının belirlediği öncelikleri de dikkate alarak ülkemizin ileri teknoloji ve inovasyon ihtiyacını karşılamak, yeni ürünlerin üretimini ve var olanların geliştirilmesini sağlamak, araştırmacılara bilimsel ortam temin etmek, kamu hukuku ve özel hukuk tüzel kişileri ile işbirliği yaparak bilimsel araştırmalar yapmak, yaptırmak, bu araştırmaları koordine etmek, teşvik etmek, Ar-Ge’lere katkı sağlamak, sağlık bilim ve teknoloji kültürü ile ekosistemlerin geliştirilmesinde öncülük yapmak, sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetlerini yürütmek üzere Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının kurulması ile teşkilat ve görevleriyle ilgili usul ve esasları Kararnamenin 663 ilâ 678 inci maddelerinde düzenlenmektedir.

3.1.1.1.12. Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

Sağlık Meslekleri Kurulunun görevleri Kararnamenin 23 üncü maddesinde;

“(6) Kurulun görevleri şunlardır:

a) Yeni bir sağlık mesleğinin veya dalının ihdasında görüş bildirmek.

b) Sağlık mesleklerinin eğitim müfredatı hakkında görüş bildirmek.

c) Sağlık mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek.

ç) Meslek mensuplarının meslekî yeterlilik ve etik eğitimi ile hasta hakları eğitimine tâbi tutulmasına ve eğitimlerin süresine ve müfredatına karar vermek.

d) Sağlık engeli sebebiyle mesleğin icrasının yasaklanmasına karar vermek.

e) Meslekten geçici veya sürekli men etmeye karar vermek.

(7) Meslekî yetersizliğe ilişkin ihbar ve şikâyetler Kurulca doğrudan değerlendirmeye alınmaz. Bu ihbar ve şikâyetler öncelikle denetim görevlileri veya il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde incelemeye tâbi tutulur. Yapılan inceleme neticesinde fiilin meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapılması veya meslekî müeyyide uygulanması gerektirdiğinin tespit edilmesi hâlinde kanaat raporunu içeren inceleme dosyası Kurula gönderilir. Ayrıca fiil hakkında adli kovuşturma yapılmış ise, verilen kararlar da Kurula intikal ettirilir. İdarî inceleme veya varsa adli

kovuşturma kapsamında elde edilen bilgi ve belgeler de değerlendirilerek, genel hükümler saklı kalmak üzere Kurulca;

a) Mesleğinde yetersizliği tespit edilenler ile dikkatsiz ve özensiz davranışla ölüme veya vücut fonksiyon kaybına sebep olanların yetersiz görüldükleri alanda meslekî yeterlilik eğitimine tâbi tutulmalarına karar verilir. Bu eğitim, yetersiz görülen alanda teorik ve/veya pratik eğitim ve/veya başka bir sağlık meslek mensubunun nezaret ve sorumluluğunda meslek icrası şeklinde yaptırılabilir. Yeterlilik eğitimine tâbi tutulanlar eğitim sonunda Kurulun belirleyeceği teorik ve/veya uygulamalı sınava tâbi tutulur. Bu sınavda başarılı olanlar mesleğini icraya devam eder; başarısız olanlar meslek icrasından men edilir. Meslekten men edilenler, durumlarına göre Kurulca belirlenen eğitime devam ettirilerek veya eğitime tâbi tutulmadan yapılacak müteakip sınavlarda başarı gösterdiği takdirde meslek icra etme hakkını yeniden kazanır.

b) Hasta hakları uygulamalarına veya etik ilkelere aykırı davranışı sebebiyle ikiden fazla yazılı ikaz edilen veya ilgili mevzuatına göre disiplin cezası uygulanan sağlık meslek mensubu, hasta hakları veya etik ilkeler eğitim programına tâbi tutulur.

c) Meslek icrası esnasında sonucunu öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır derecede olmayan engelliliğine sebebiyet verenlerin üç aydan bir yıla kadar meslekten geçici men edilmesine karar verilir. Bu fiillerin beş yıl içinde tekrarı hâlinde verilecek cezalarda alt ve üst sınırlar iki katı olarak uygulanır.

ç) Meslek icrası esnasında sonucunu öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır engelliliğine veya ölümüne sebebiyet verenlerin bir yıldan üç yıla kadar meslekten geçici menine karar verilir. Bu fiillerin beş yıl içinde tekrarı hâlinde meslekten sürekli men kararı verilir.

(8) Mesleğini icra etmesine mâni ve iyileşmesi mümkün olmayan aklı, ruhî ve bedenî hastalığı ortaya konulan sağlık meslek mensupları, Kurulun kararı ile mesleğini icradan yasaklanabilir.

(9) Meslekî yetersizliğinden dolayı bir uzmanlık dalında mesleğini icra edemeyeceğine karar verilen meslek mensuplarının yetersizliğinin niteliğine göre uzmanlık öncesi sahip olduğu sağlık mesleğini icra edebilmelerine karar verilebilir.

(10) Aynı olaydan dolayı ilgili hakkında ceza takibatına veya disiplin soruşturmasına başlanmış olması bu maddeye göre işlem yapılmasını geciktirmez ve engellemez; ilgilinin

mahkûm olması veya olmaması ile disiplin cezası verilmiş veya verilmemiş olması hâlleri, ayrıca meslekî müeyyide uygulanmasını etkilemez.

(11) Kanunla kurulmuş meslek odalarının ve birliklerinin kuruluş kanunlarındaki disiplin hükümleri saklıdır. Ancak fiilin her iki kanuna göre de müeyyide gerektirmesi hâlinde bu Kanun hükümleri uygulanır.

(12) Meslekten geçici men edilmesine karar verilen Devlet memurları, men müddetince aylıksız izinli sayılır veya talepleri hâlinde aynı süreyle mesleği ile ilişkisi bulunmayan durumlarına uygun başka bir kadroya atanır. Sözleşmeli olanların sözleşmeleri men müddetince ücretsiz olarak askıya alınır. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilen Devlet memurları istekleri hâlinde, mesleği ile ilişkisi bulunmayan durumlarına uygun başka bir kadroya atanır, aksi halde görevleri sona erer. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilen sözleşmeli personelin sözleşmeleri sona erer.

(13) Bu maddeye göre mesleğini geçici olarak sürdüremeyeceklerin durumları kayıtlara işlenir. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilenlerin veya mesleğini icra etmekten yasaklananların diplomaları, uzmanlık veya meslek belgeleri Bakanlıkça iptal edilir ve sistemden kaydı silinir.

(14) Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Bakanlık tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

3.1.1.2. Tüzükler

3.1.1.2.1. 14/11/1983 tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük

Tüzüğün amacı, rahim tahliyesinde acil müdahale hallerinin nelerden ibaret olduğunu ve yapılacak ihbarların şekil ve mahiyetini, rahim tahliyesini ve sterilizasyonu kabul edenlerden istenecek izin belgesinin şeklini ve doldurulma esaslarını, rahim tahliyesi ve sterilizasyonun yapılacağı yerleri, bu yerlerde bulunması gereken sağlık koşulları ve diğer koşullarla buraların denetim ve gözetim esaslarını belirlemektir.

Tüzüğün 5 inci maddesinde;

“Gebelik süresi on haftayı geçen kadınlarda, rahim tahliyesi yapılamaz.

Bu durumdaki kadınlarda, ancak, Tüzük’e ekli (2) sayılı listede sayılan hastalıklardan birinin bulunması halinde ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından rahim tahliyesi yapılabilir. Hastalığın, kadın hastalıkları ve doğum uzmanıyla bu hastalığın ilişkin olduğu

uzmanlık dalından bir hekimin birlikte hazırlayacakları, kesin klinik ve laboratuvar bulgulara dayanan, gerekçeli raporlarla saptanması zorunludur.

Rahim tahliyesini yapan hekim, bu raporu, ameliyenin sonucuyla birlikte en geç bir hafta içinde, illerde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine göndermek zorundadır. Bu raporlar il sağlık ve sosyal yardım müdürlüğünde toplanır.” hükmü düzenlenmiştir.

3.1.1.3. Yönetmelikler

3.1.1.3.1. Özel Hastaneler Yönetmeliği

Ağız ve diş sağlığı hastaneleri hariç olmak üzere tüm özel hastanelerin hizmet, tıp teknolojisi, tesis ve personel standartlarının belirlenmesine, teşkilatlandırılmasına, planlamasına ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, kapatılmalarına ve denetimlerine ilişkin usul ve esaslar Özel Hastaneler Yönetmeliğinde düzenlenmektedir.

Özel Hastaneler Yönetmeliğinde önemli değişiklikler yapılmış ve 30/01/2025 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Önceki yönetmelik ise tamamıyla yürürlükten kaldırılmıştır.

Soruşturma konusu olaylar gerçekleştiğinde yürürlükte olması nedeniyle mülga 27/03/2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği kısaca ilgili maddeleriyle aktarılacaktır.

3.1.1.3.1.1. 27/03/2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği

30/01/2025 tarihinde yürürlükten kaldırılan 27/03/2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliğinin 5 inci maddesinde özel hastanelerin temel özellikleri düzenlenmektedir. Özel hastanelerin gözlem yatakları hariç en az yüz hasta yataklı olarak açılabileceği, ayrıca yoğun bakım yatak sayısı ile kuvöz sayılarının toplamının, toplam hasta yatak sayısının yüzde 30’unu geçemeyeceği belirtilmiştir. Yatak sayısı yüzün altında olan ve uzman hekim kadrosu asgari 33 olan özel hastanelerin kapalı alanının 25 bin metrekareyi aşmaması halinde yatak sayılarının yüze çıkarılmasına izin verilebilmektedir. 25 bin metrekarenin üzerinde kapalı alanda faaliyet göstermek isteyen özel hastanelerin tek başına veya birleşerek asgari uzman hekim kadrosunun 2 katı kadar klinisyen uzman hekim kadrosu olması durumunda bu alanı kullanmasına ve toplam yatak sayısı yüzün altında ise yüze çıkarılmasına izin verilebilmektedir.

Yönetmeliğin 6 ncı maddesinde, özel hastane kadrolarının Bakanlıkça belirlenen sağlık hizmet bölgelendirmesine göre planlanan hekim sayısı ve hizmet ihtiyacı dikkate alınarak Bakanlıkça belirleneceği ve yatırım listesinde ilan edileceği hüküm altına alınmıştır.

Yönetmeliğin 9 uncu maddesinde özel hastane açılması için gerekli ön izin prosedürü;

“Hastane açılmadan önce Bakanlıktan ön izin alınması şarttır. Ön izin için, aşağıdaki belgeler ile tam takım mimari proje, incelenmek üzere Müdürlük vasıtasıyla Bakanlığa gönderilir:

a) Hastane binasının bulunduğu alanın, 8 inci maddede belirtilen şartları haiz olduğuna dair yetkili mercilerden alınmış belgeler,

b) Hastane yerleşiminin gösterildiği, projeyi hazırlayan mimarın imzasının olduğu tam takım mimari proje içinde ayrıca aşağıdakiler yer alır;

1) 1/500 veya 1/200 ölçekli vaziyet planı,

2) 1/100 veya 1/50 ölçekli tüm kat planları,

3) Bir tanesi ameliyathaneden geçen en az iki kesit halinde olan, yatak kapasitesi elli ve üzerinde olan hastane projelerinde ise ayrıca önem arzeden; rampalı giriş, bodrum ve benzeri noktalardan geçen, en az üç kesit ve 1/20 ölçekli sistem detayları ve tüm cepheler.

Birinci fıkranın (b) bendinde bahsedilen mimari projeler, inceleme sonucunda Bakanlıkça uygun görülür ise, başvuru sahibi tarafından imar mevzuatına uygun şekilde üç takım olarak hazırlanır. Üç takım olarak hazırlanan mimari projeler, özel hastane binası inşa edilecek yer, belediye ve mücavir alan sınırları içinde ise ilgili belediye; mücavir alan dışında ise valilik tarafından onaylanarak Müdürlük vasıtasıyla Bakanlığa gönderilir.

Ön izin başvurusu, bu maddede sayılan belgelerde eksiklik ve/veya bu Yönetmeliğe uygunsuzluk bulunmaması kaydıyla, Bakanlığa intikal ettiği tarihten itibaren en geç otuz gün içerisinde sonuçlandırılarak ön izin belgesi düzenlenir veya ön izin başvuru belgelerinde tespit edilen eksiklik ve/veya uygunsuzluk başvuru sahibine yazılı olarak bildirilir.

Ayrıca;

a) Başka amaçla inşa edilmiş binaların, hastane binasına dönüştürülmesi halinde tadilat işlerine başlanılmadan önce,

b) (Mülga)

c) (Mülga)

ç) Ruhsatlandırılmış hastane binasına, Ek 4 üncü maddedeki planlamaya uygun olmak şartıyla, ek bina yapılmak istenmesi halinde

ön izin alınması zorunludur.

Bakanlıkça verilmiş ön izin belgeleri bir kereye mahsus olmak üzere, sağlık kuruluşu hizmeti sunulması için öngörülen asgari nüfus ve/veya ilde verilmesi hedeflenen sağlık hizmetleri ile Bakanlık istihdam planlamaları çerçevesinde uzman ve tabip dağılımı yönünden çok yoğunluklu ilden az yoğunluklu ile olacak şekilde Bakanlığın izni ile devredilebilir.

Taşınma amaçlı düzenlenmiş ön izin belgesine sahip ruhsatlı ve faal özel hastanelerin, ruhsat devri yapmaları durumunda yeni ruhsat sahibi adına ön iznin devam etmesine izin verilir.

Özel hastane ön izin belgesinde hastanenin yatak kapasitesi belirtilir ve hastane bu kapasite ile ruhsatlandırılır. İmar mevzuatından kaynaklı ön izin projesinde belirtilen kapasite fazlası bina yatırımları hastaneye ilave kapasite hakkı vermez. Bakanlıkça onaylanmış ön izin projesine aykırı şekilde kapasite artırmaya yönelik mekan, oda kat ilavesi veya ön izinden fazla hizmet alanı bulunması halinde ilgili sağlık tesisi ruhsatlandırılmaz.

Ön izninde yüksek yatak kapasitesi bulunan hastaneler, ön izin belgesine uygun olarak tanzim edilen ruhsatında yer alan bütün alanlarda hizmet verecek şekilde 100 yataktan az olmayan kapasite ile faaliyete başlayabilir. Bu durum faaliyet izin belgesinde gösterilir. (Faaliyete başladıktan sonraki 5 yıl içinde ruhsatında kayıtlı kapasiteye ulaşacak şekilde yatak artırımı yapılabilir. Beş yılın sonunda faaliyete geçirilmeyen yatak kapasitesi iptal edilerek yeni duruma göre ruhsat yeniden düzenlenir.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

Yönetmeliğin 10 uncu maddesi;

“Özel hastaneler;

a) Özel hastane projesi ile Bakanlıktan, 9 uncu maddeye göre ön izin almak suretiyle imar ile ilgili mevzuata göre inşa edilip, hastane veya özel sağlık tesisi yapı kullanma izni belgesi almış olan binalarda,

b) Başka amaçla yapılmakla birlikte, 8 inci maddedeki şartları taşıyan ve tadilat işleminden önce Bakanlıktan 9 uncu maddeye göre ön izin alarak özel hastane binasına dönüştürülen, tadilat bittikten sonra hastane veya özel sağlık tesisi olarak yapı kullanma izni belgesi almış olan binalarda

kurulur.

İmar mevzuatına uygun olarak imar planında yer alması kaydıyla; aynı sahiplikte ve aynı isim altında ruhsatlandırılacak olan, sınırları belirli, bütünlük arz eden bir alan içinde birbiriyle fizik olarak bağlantısı olan veya bağımsız bina komplekslerinin oluşturduğu dal hastanesi ve/veya genel hastane binalarından oluşan hastane kompleksi kurulabilir. Bu durumda, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, acil hizmetleri, ameliyathaneler, yoğun bakım ve sterilizasyon üniteleri ile benzeri diğer tıbbi hizmetler ortak hizmet verecek şekilde planlanabilir. İdari birimler, morg, depo ve benzeri destek birimler ile otopark, kreş, kafeterya, lokanta, otel, rehabilitasyon merkezi, banka, PTT, konferans salonu, ibadethane, spor ve eğitim tesisleri gibi sosyal alanlar hizmeti aksatmayacak şekilde ve mimari açıdan yapı kullanma izin belgesi alarak hastaneye ait belirlenen sınırlar içerisinde farklı binalarda

hizmet verebilir. Hastane komplekslerinde hasta güvenliğini, sıhhatini ve huzurunu riske sokacak tarzda yapılaşma veya hizmet sunumu yapılamaz.

Özel hastanenin tıbbi hizmet birimleri; tıbbi hizmeti engelleyecek tarzda ve hastane binasından veya bina kompleksinden ayrı yerde tesis edilemez.

Özel Hastaneler, müstakil binada faaliyet gösterir. Binanın hastane olarak kullanılan kısmında, hiçbir surette başka amaca yönelik işyeri bulunamaz ve hastane içerisindeki bir bölüm, başka bir amaçla faaliyet göstermek üzere üçüncü kişilere kiralanamaz veya herhangi bir şekilde devredilemez.

Hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına hizmet vermek üzere kurulan kafeterya, kantin, çiçekçi, berber, lostra gibi birimler işletilebilir veya bunların işletilmesi için hizmet satın alınabilir veyahut bu hizmetler başkalarına gördürülebilir. Bu türden kısımlar, tıbbi hizmet birimlerinin bulunduğu yerler ile hasta tedavi ve istirahatini engelleyecek yerlerde kurulamaz.

Bakanlıkça ruhsatlandırılmış özel hastanelerde, Bakanlığın veya Müdürlüğün izni alınmak ve binada imar mevzuatına uygun olarak taşıyıcı unsuru etkilemeyen tadilat ve tamirat gibi işlerin yapılması halinde, binanın kullanımına izin verilen toplam brüt alanını değiştirmemek ve gerektiğinde yangın ile deprem yönünden uygunluğunun da sağlanması kaydıyla Belediyeden proje onayı aranmaksızın ruhsata esas son proje üzerinde değişiklik yapılmasına izin verilir.” şeklindedir.

15 inci maddesinde ruhsatlandırma işlemleri aşağıdaki şekilde düzenlenmektedir;

“Bakanlığa intikal ettirilen başvuru, öncelikle Genel Müdürlükçe dosya üzerinden incelenir ve eksiklik bulunmuyor ise Komisyona havale edilir. Komisyon tarafından 13 üncü ve 14 üncü maddelere göre incelenen ve değerlendirilen başvuru dosyasında eksiklik bulunmaması halinde, Komisyon hastaneyi yerinde inceler ve hastanenin uygunluğuna karar vermesi halinde yerinde inceleme raporu düzenleyerek Bakanlığa sunar. Bu inceleme sonucuna göre Bakanlıkça özel hastaneye ruhsatname düzenlenir.

Genel Müdürlükçe ve Komisyon tarafından dosya üzerinden yapılan inceleme sonucu eksiklik bulunması halinde eksikliğin giderilmesi valilik aracılığı ile başvuru sahibine bildirilir. Komisyon tarafından yerinde inceleme sonucunda hastanede ruhsata esas olabilecek eksiklikler veya uygunsuzluklar tespit edilmesi halinde, düzenlenen inceleme raporundaki durum valilik aracılığı ile başvuru sahibine bildirilir. Komisyon raporuna karşı başvuru sahibi tarafından raporun tebliğinden itibaren yedi iş günü içerisinde yazılı olarak itiraz edilebilir. İtiraz halinde Bakanlıkça, Komisyon raporundaki hususlar da dikkate alınarak değerlendirme yapılır ve karar verilir.

Özel hastanelerin ruhsatlandırma işlemleri, özel hastanenin fiziki noksanlığı ve başvuru belgelerinde eksiklik bulunmaması kaydıyla, Bakanlığa intikal ettiği tarihten itibaren en geç otuz iş günü içerisinde sonuçlandırılır. Komisyonun yerinde incelemesi sonucunda düzenlenecek rapora itiraz olması halinde otuz günlük süre, yazılı itirazın Bakanlığa tebliği tarihinden itibaren başlar.

Özel hastaneye ruhsat verilmesinden sonra EK-1’de gösterilen personelin sayısı, ismi, unvanı, uzmanlık dalı veya mesleki diğer kariyerleri ile ilgili bilgileri ihtiva eden personel listesi, kısmi zamanlı çalışan tabipler de dahil tabiplerle yapılmış sözleşmelerin aslı veya mesul müdür tarafından tasdikli örnekleri ile konsültan hizmet verilecek uzmanlık dallarının listesi müdürlüğe verilir. Müdürlük tarafından, konsültan hizmet verilecek dallarda çalışacak tabipler dışındaki diğer personelini tamamladığı tespit edilen özel hastaneler, en geç beş iş günü içerisinde Bakanlığa bildirilir.

Bütün bu işlem ve işlerin tamamlanmasından sonra Bakanlıkça, EK-7’de örneği gösterilen Faaliyet İzin Belgesi yedi iş günü içinde düzenlenir ve bu belgenin verilmesi ile özel hastane hasta kabul ve tedavisine başlar.

Bakanlıkça ruhsatlandırıldığı tarihten itibaren altı ay içerisinde faaliyet izin belgesi alarak hasta kabul ve tedavisine başlamayan özel hastanenin ruhsatnamesinin hükmü kalmaz ve verilen ruhsatname Bakanlıkça iptal edilir.”

Mesul Müdürün görev yetki ve sorumlulukları 17 inci maddede aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“a) Özel hastanenin tıbbi, idari ve teknik hizmetlerini mevzuata uygun olarak idare etmek ve denetlemek,

b) Gerektiğinde, ruhsatlandırma ile ilgili her türlü işlemleri yürütmek,

c) Özel hastanenin ruhsatlandırılmasından sonra, her türlü personel, bina ve tesis değişikliklerini müdürlüğe bildirmek,

d) Özel hastane adına belge onaylamak,

e) Bakanlık ve müdürlük ile ilgili olan her türlü muhabere ve yazışmaları yürütmek,

f) Özel hastanenin personel ve hizmet kalite standartlarını korumak ve geliştirmek,

g) Özel hastane bünyesinde kurulması öngörülen ve ilgili mevzuatı çerçevesinde ruhsatlandırılması veya tescili gereken her türlü ünite, birim veya merkezlerle ilgili ruhsatlandırma işlemlerini yürütmek,

h) Özel hastanenin tıbbi kayıt ve arşiv sistemini oluşturmak ve kayıtların düzenli ve doğru bir şekilde tutulmasını sağlamak,

ı) Özel hastanenin denetim defterini muhafaza etmek,

i) Özel hastanenin denetimi ile ilgili bilgi ve belgeleri muhafaza etmek.

j) Tıbbi atıkların kontrolü ve imhası için gereken bütün tedbirleri almak,

k) Özel hastane hizmetlerinin tam gün esasına göre sürekli ve düzenli olarak yürütülmesini sağlamak ve nöbet sisteminin düzenli olarak işlenmesini takip ve kontrol etmek,

l) Özel hastanenin türüne, yatak sayısına, personel mevcuduna ve iş hacmine göre tesis edilen tıbbi, idari, mali ve teknik destek birimleri arasında koordineli ve uyumlu çalışmayı temin etmek,

m) Mazeret sebebiyle görev yerinin terkedilmesi halinde yerine mesul müdür yardımcısını bırakmak, terk süresi bir haftadan fazla olmamak kaydıyla derhal ilgili müdürlüğe bilgi vermek ve izin süresi hiçbir şekilde bir yıl içerisinde toplam üç ayı geçmemek şartıyla iznin bir haftadan fazla sürdüğü hallerde müdürlükten izin almak,

n) 24/04/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu uyarınca bildirim zorunlu olan hastalıklar ile adli vakaları müdürlüğe ve gerekli diğer mercilere bildirmek,

o) Özel hastanede görev yapan bütün personelin sağlık taramalarını yaptırmak,

ö) Özel hastanenin sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlerinin düzenli bir şekilde yapılmasını sağlamak ve hastane enfeksiyonlarından korunma için gereken bütün tedbirleri almak,

p) Hastaların tedavileri için dışarıdan tabip istenilmesi halinde ilgili tabibi kuruma davet etmek,

r) Sağlık ile ilgili mevzuat ile öngörülen ve Bakanlıkça belirlenen diğer görevleri yapmak.”

Yoğun Bakım üniteleri Yönetmeliğin 25 inci maddesinde aşağıdaki şekilde ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

“Özel hastanelerde;

a) Cerrahi veya dahili uzmanlık dalları için ayrı ayrı olmak üzere yoğun bakım yatağı oluşturulması zorunludur.

b) Kardiyoloji uzmanlık dalı için koroner yoğun bakım ünitesi, kardiyovasküler cerrahi uzmanlık dalı için kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalı ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık dalı için yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunması gerekir. Özel hastanede kardiyoloji veya kardiyovasküler cerrahi uzmanlık dalları için çalışma şekline bakılmaksızın yalnızca bir uzman hekim bulunduğu ilgili yoğun bakım ünitesi kurulması zorunlu değildir. Ancak koroner ve kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım takibi ve tedavisi gerektiren durumlarda, ilgili mevzuatına göre işlem yapılır.

c) Yalnızca göz sağlığı ve hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlık dallarında faaliyet gösteren hastanelerde yoğun bakım bulunması zorunlu değildir.

d) Yeni doğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım ünitelerinin doğrudan bağlantılı olmaması gerekir. Yeni doğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım ünitelerinin ön geçiş alanları ortak olabilir.

e) Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinin, ameliyathane tam steril alanında olmamak kaydıyla, ameliyathane ile irtibatlı olması zorunludur.

f) Koroner yoğun bakım, diğer yoğun bakım ünitelerinden ayrı düzenlenebilir. Diğer yoğun bakımlar gibi tam steril alan olması gerekmez ve içinde tuvalet bulunabilir.

g) Yoğun bakım ünitelerinde, görevli sağlık personeli tarafından hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun nitelikte bir mekan oluşturulur. Yoğun bakım üniteleri içinde lavabo bulunur.

h) Yoğun bakım ünitelerinde, yatak aralarında gerektiğinde kullanılmak üzere uygun biçimde ayrılabilir düzenleme yapılır. Hasta başı monitörizasyon ve merkezi tıbbi gaz sistemi bulunur.

ı) Yoğun bakım ünitelerinin, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı olmaması gerekir.

j) Yoğun bakım ünitesinin dışında ve yoğun bakım ünitesinin bulunduğu katta, sürgü ve idrar kapları temizleme ve muhafaza alanı ile tek kullanımlık malzeme kullanılıyor ise, kullanım öncesi muhafaza ve imha alanı ayrılır. Koroner yoğun bakım haricinde, yoğun bakım ünitesinin steril alanları içerisinde tuvalet bulunmaz.

k) Koroner yoğun bakım üniteleri hariç diğer yoğun bakımlar, ameliyathaneler de olduğu gibi sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde havalandırılırlar ve zemin ile duvar kaplamalarının antibakteriyel olması şarttır.”

Hastanenin bir kısmında faaliyetin geçici olarak durdurulmasına ilişkin hükümler Yönetmeliğin 63 üncü maddesinde aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“Aşağıdaki hallerde;

a) Özel hastanenin faaliyet izin belgesinde bulunan uzmanlık dallarında bu Yönetmeliğe göre gerekli olan uzman tabip bulundurulmadığı tespit edildiği takdirde, ilgili uzmanlık dalında çalıştırılacak uzman tabip temin edilinceye kadar,

b) Özel hastanenin faaliyet izin belgesinde bulunan uzmanlık dallarındaki kliniklerin tıbbi donanımının eksik olduğu tespit edildiği takdirde, bu kliniklerin eksiklikleri giderilinceye kadar,

c) Bu Yönetmelikte öngörülen, uzman tabipler hariç olmak üzere asgari sağlık personeli bulunmaması halinde, personelin özelliği, sayısı ve çalıştığı birim nazara alınarak verilen sürede personel eksikliğinin giderilmemesi halinde eksiklik giderilinceye kadar,

d) Hastanenin herhangi bir biriminde veya kısmında hastaların tedavisini olumsuz etkileyecek bir eksikliğin tespiti halinde eksiklik giderilinceye kadar, toplumun veya sağlık hizmeti alanların sağlığını olumsuz etkileyeceği düşünülen durumların ortaya çıkması halinde bu durum ortadan kaldırılana kadar,

eksiklik tespit edilen ilgili birimin faaliyeti Valilikçe durdurulur. Bu fıkranın (d) bendi uyarınca yapılacak faaliyet durdurma işleminde Bakanlığın uygun görüşü aranır.”

Hastanenin tamamında faaliyetin geçici olarak durdurulması ise 64 üncü maddede aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“Aşağıdaki hallerde;

a) Mesul müdürün ölümü veya temelli olarak hastaneden ayrılmasından sonra, bir ay zarfında yerine başkası atanmazsa, yeni mesul müdürün görevlendirilmesi işlemleri tamamlanıncaya kadar,

b) Bu Yönetmeliğe göre zorunlu olan acil ünitesi, bulunması veya hizmet satın alınması zorunlu laboratuvarlar ile hastanede bulunması zorunlu hizmet birimlerinden birinin veya birkaçının bulunmaması halinde bu eksiklikler giderilinceye kadar,

c) Ruhsata esas bina haricinde tamamen veya kısmen faaliyette bulunulduğunun tespiti durumunda ruhsatlandırma tamamlanıncaya kadar,

d) Mülga

e) Taşınacak özel hastanenin talebinin bulunması halinde, 68 inci maddenin üçüncü fıkrasında belirlenen süreleri aşmamak kaydıyla yeni binasında faaliyete başlayıncaya kadar,

Bakanlığın kararı üzerine Valilikçe özel hastanenin tamamında faaliyeti durdurulur.

(e) bendi kapsamında sahiplik, müdürlüğe tebligat adresi bildirerek hastane binasını boşaltabilir.

Doğal afet, genel salgın hastalık, kısmi veya genel seferberlik ilanı gibi mücbir sebeplerden dolayı özel hastanenin faaliyeti Bakanlıkça en fazla beş yıl süreyle askıya alınabilir.”

Ruhsatın geri alınması 65 inci maddede aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“Denetimlerde tespit edilen eksikliklerin verilen süre içinde giderilmemesi nedeniyle bir kısmında veya tamamında faaliyeti geçici olarak durdurulan hastanede, faaliyet durdurma tarihinden itibaren en geç bir yıl içinde eksiklikler giderilmezse, ruhsat Bakanlıkça askıya

alınır. Ruhsatı askıya alınan hastanede eksikliklerin giderilip faaliyete geçilmesi için faaliyet durdurma tarihi bitimi itibarıyla en fazla bir yıllık ek süre verilir. Bu sürede de faaliyete geçemeyen hastanenin ruhsatı Bakanlıkça iptal edilir. Ayrıca;

a) Faaliyeti geçici olarak kısmen veya tamamen durdurulduğu halde hasta kabulüne devam eden özel hastanenin faaliyeti, iki kat süreyle tamamen durdurulur. Ancak, faaliyeti iki kat süreyle durdurulmasına rağmen hasta kabulü yapan,

b) Bu Yönetmeliğin 68 inci maddesinde belirlenen süreler sonunda ön izin ve ruhsat belgesini alamayan,

hastanenin ruhsatı Bakanlıkça iptal edilir.”

Yasaklar 66 ncı maddesinde aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“Bu Yönetmelik kapsamındaki hastane ve kişiler için yasak olan fiil ve davranışlar aşağıda belirtilmiştir.

a) Özel hastaneler, ruhsat ve faaliyet izin belgesi almadan hizmet veremezler.

b) Özel hastaneler, faaliyet izin belgelerinde belirtilen yatak sayılarında Bakanlıktan izin almaksızın arttırma, azaltma veya tür değişikliği yapamazlar ve faaliyet izin belgelerinde yazılı yatak sayısından fazla hasta yatıramazlar.

c) Özel hastaneler, faaliyet izin belgesinde bulunmayan uzmanlık dallarında hasta kabul ve tedavi edemezler.

d) Özel hastane binası içinde geçici veya sürekli olacak şekilde ikamet edilmek üzere yerler ayrılmaz ve ikamet edilemez.

e) Özel hastanelerde, faaliyet izin belgesinde belirtilen uzmanlık dalları haricindeki diğer dallara ait araç ve gereçler bulundurulamaz.

f) Özel hastaneler, belirlenen gündelik yatak ücreti dışında bir ücret uygulayamazlar.

g) Özel hastanelerde bulunan eczaneler, amacı dışında faaliyet gösteremezler ve dışarıya ilaç satamazlar.

h) Özel hastane sahibi bir şirket, dernek veya vakıf ise, şirket, dernek veya vakfın faaliyet alanına giren diğer işler özel hastanede yapılamaz. Özel hastanede amacı dışında faaliyet gösterilemez.

ı) Özel hastanede herhangi bir faaliyet alanının veya biriminin, yetkisi olmayan kişiler tarafından kullanımı yasaktır.

j) Özel hastanelerde, adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmeyen tabip ve diğer sağlık personeli çalıştırılmaz.

k) Özel hastanelerde, uzmanlık belgesi olmayanlar uzman olarak ve kanunen mesleğini icra yetkisi bulunmayan tabipler çalıştırılmaz.

l) Başkasına ait tabip kaşesi, diğer tabip veya personel tarafından hiç bir surette kullanılamaz.

m) Özel izne tabi hizmet birimleri Sağlık Bakanlığından izin almaksızın açtılamaz ve buralarda hizmet verilemez.

n) Özel hastanelerde Türkiye Cumhuriyeti yasalarınca suç olarak kabul edilen hiçbir tıbbi işlem yapılamaz.

o) Özel hastanelerde hasta mahremiyeti ile hasta bilgilerinin gizliliği ilkeleri ihlal edilemez.

ö) Tıbbi cihazların düzenli olarak bakım, kontrol ve kalibrasyonu yapılır.”

Müeyyideler ise 67 nci maddede aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“Bu Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar ile yasaklara aykırı hareket edenlere, bu Yönetmelikte öngörülen idari müeyyideler ile bu Yönetmelikte müeyyide öngörülmemekle birlikte 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununda müeyyide öngörülen diğer hallerde ise, bu Kanunda ve ilgili diğer mevzuatta belirlenen idari ve cezai müeyyideler uygulanır.”

3.1.1.3.1.2. 30/01/2025 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği

30/01/2025 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren yeni Özel Hastaneler Yönetmeliğindeki bazı düzenlemeler aşağıda incelenmektedir.

Yönetmeliğin; 16 ncı maddesinin altıncı fıkrası ve 22 ncı maddesi 1/1/2026 tarihinde, Geçici 12 ncı maddesi 31/12/2024 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde, diğer hükümleri ise yayımı tarihinde yürürlüğe girecektir.

Özel hastanelerin temel özelliklerinin düzenlendiği 5 inci maddesinde, özel hastanelerin gözlem yatakları hariç en az yüz hasta yataklı olarak açılabilceği, Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık hizmet bölgelerine göre planlanan tabip sayısı ve hizmet ihtiyacı doğrultusunda en az elli hasta yataklı olmak üzere yüz yatağın altında özel hastane açılmasına izin verilebileceği ve özel hastanelerin yoğun bakım yatak sayısının toplamı, ruhsata esas toplam hasta yatak sayısının yüzde 30’unu geçemeyeceği belirtilmiştir.

Anılan maddede, hastane binası içinde hiçbir surette başka amaca yönelik işyeri bulunamayacağı ve hastane içindeki bir bölümün, altıncı fıkrafta sayılan işletmeler dışındaki bir amaçla faaliyet göstermek üzere üçüncü kişilere kiralanamayacağı veya herhangi bir şekilde devredilemeyeceği hüküm altına alınmıştır.

Yönetmeliğin 6 ncı maddesinde, özel hastanelerin hizmet birimleri ve nitelikleri ayrıntılı olarak aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“(1) Özel hastanelerde bulunan tüm birimler Ek-5’te belirtilen asgari fiziki kriterleri sağlamak zorundadır.

(2) Bu Yönetmelikte belirlenmiş asgari fiziki standartlara ilişkin ölçülerde %2’ye kadar sapmalara izin verilir.

(3) Özel hastanelerde bulunan gözlem yatak sayısı, hastane toplam yatak sayısının %25’ini geçemez. Bir gözlem ünitesinde en fazla yirmi yatak bulunabilir.

(4) Yalnızca dahili uzmanlık dallarında hizmet verecek olan hastanelerde ameliyathane bulunması zorunlu değildir. Bu şekilde açılan hastanelerde, cerrahi uzmanlık dalı ilavesi, bu Yönetmelikte belirtilen ameliyathane ve yoğun bakım ile diğer şartların sağlanması durumunda yapılır.

(5) Ameliyathanenin işleyişi, hizmete devamlı hazır bulundurulması, alet ve malzemenin sağlanması, bakım, onarım ihtiyaçlarının saptanarak yaptırılmak üzere ilgililere bildirilmesi ve burada çalışan personelin yönetimi ve eğitimlerinin yapılması amacıyla cerrahi branşlardan bir uzman tabip ameliyathane sorumlusu olarak görevlendirilir.

(6) Yalnızca göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dallarında faaliyet gösteren hastaneler hariç, özel hastanelerde ilgili mevzuatına uygun yoğun bakım bulunması zorunludur.

(7) İlgili mevzuattaki asgari standartları sağlamak şartıyla kardiyoloji uzmanlık dalı için koroner yoğun bakım ünitesi, kalp ve damar cerrahisi uzmanlık dalı için kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalı ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık dalı için yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunması zorunludur. Özel hastanede kardiyoloji veya kalp ve damar cerrahisi uzmanlık dalları için çalışma şekline bakılmaksızın yalnızca bir uzman tabip bulunduğu ilgili yoğun bakım ünitesi kurulması zorunlu değildir.

(8) Özel hastane bünyesinde yürütülen tıbbi laboratuvar, radyoloji, radyasyon onkolojisi, genetik hastalıklar tanı ve nükleer tıp hizmetleri ilgili yönetmelikler kapsamında yürütülür. Bu birimler için ilgili mevzuata göre hastane adına faaliyet izin belgesi düzenlenir.

(9) Özel hastanelerde, bir adet seyyar röntgen cihazı bulunması ve en az 500 mA gücünde röntgen cihazının bulunduğu bir radyoloji merkezi kurulması zorunludur.

(10) Özel hastanelerde hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği tıbbi biyokimya ve/veya tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarı bulunması zorunludur. Özel hastanenin açmak istediği tıbbi biyokimya ve/veya tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarı için uzman tabip kadrosunun bulunmaması durumunda, talep etmesi halinde bu uzmanlık dalında Bakanlıkça kadro verilir.

(11) Özel hastanelerin bünyesinde yapılmayan, radyoloji ve tıbbi laboratuvar tetkikleri için hizmet alımı yapılabilir. Özel hastaneler bu hizmet alımlarını ruhsat/faaliyet izin belgesi bulunan diğer sağlık kuruluşlarından veya tıbbi cihaz satış yetki belgesine sahip yüklenici firmalardan yerinde hizmet alımı şeklinde yapabilir. Bu durumda hizmet satın alınmasına ait belgeler faaliyet iznine esas belgeler ile birlikte Müdürlüğe sunulur.

(12) Hizmet satın alma yoluyla sunulan hizmetlerle ilgili, hizmeti alan hastane ile hizmeti veren kurum veya kuruluş, bu uygulamadan ve sonuçlarından müştereken sorumludur.

(13) Hizmet satın alma yoluyla sunulan hizmetlerle ilgili tetkik istem ve sonuçları, elektronik sistem üzerinden yürütülür ve hizmet alan hastane sistemine entegre edilir. Hizmet alımı yapılan kurum veya kuruluş tarafından hastadan ayrıca bir ücret talep edilemez.

(14) Özel hastanelerde, 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun ile 12/4/2014 tarihli ve 28970 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik uyarınca, bir eczacı sorumluluğunda ruhsatlandırılmış eczane bulunması zorunludur.

(15) Özel hastanelerde acil servis bulunması zorunludur. Acil servislere bulunması gereken özellikler, ilgili mevzuatına uygun düzenlenir.

(16) Özel hastanelere; talep etmesi halinde ilgili mevzuatında tanımlanan standartlara uygun olmak şartıyla en az beş, en fazla ise toplam yoğun bakım yatak sayısının %20’si kadar palyatif bakım yatağı ilave etmesine izin verilir. Bu kapsamda verilen palyatif yataklar ruhsata işlenir. Bu yataklar başka bir amaçla kullanılamaz ve başka bir yatak türüne dönüştürülemez.”

Yönetmeliğin 9 uncu maddesinde özel hastane açılması için gerekli ön izin prosedürü ve 10 uncu maddesinde de ruhsatlandırma işlemleri düzenlenmektedir.

Yönetmeliğin 15 inci maddesinde özel hastanelerin asgari personel standartları düzenlenmektedir.

Yönetmeliğin “Acil servis hizmetleri” kenar başlıklı 21 inci maddesinin ikinci fıkrasında “Acil servise başvuran hastalar ile yatarak veya ayakta tedavi gören hastalara yoğun bakım hizmeti dahil olmak üzere gerekli ilk müdahalenin yapılması, tedavinin devamı için gerekiyorsa hastanın yatışı yapılarak tedavisinin ve eğer gelişirse komplikasyonların tedavisinin tamamlanması esastır. Hastanın tıbbi durumuna bağlı olarak ilgili uzman tabip, tıbbi donanım, müdahale, bakım veya tedavi için gerekli şartların hastanede sağlanamaması durumunda ise, gerekli ilk müdahalenin yapılmış olması kaydıyla, başka bir sağlık kuruluşuna usulüne uygun şekilde sevki sağlanabilir. Acil hastaların ihtiyaç durumunda

nakledileceği sağlık kuruluşunun belirlenmesi ve nakil işlemleri Sağlık Komuta Kontrol Merkezinin yönetiminde ve koordinasyonunda yapılır.” hükmü yer almaktadır.

Anılan maddenin altıncı fıkrasında ise, özel hastanelerin acil ünitesinde günün her saatinde tabip bulundurulmasının zorunlu olduğu, hastanenin ruhsata esas uzmanlık dallarında acil tıp uzmanı bulunması halinde bu tabip acil serviste görevlendirileceği belirtilmiştir. Acil tabibi tarafından yapılacak davete ilgili dal uzmanının ve diğer personelin uymaları zorunlu kılınmıştır. Normal çalışma saatleri dışında faaliyet gösterilen uzmanlık dallarındaki uzman tabipler icapçı olarak görev yapacaklardır. Ancak mevcut kadrolu veya kadro dışı geçici çalışan uzman tabipler, mesul müdürce düzenlenen nöbet listesine göre acil ünitesinde nöbet tutabilirler. Hastanede kadro dışı çalışan tabipler de nöbet tutabilirler. Acil serviste nöbet tutan tabiplerin üstlerinde fotoğrafları ve “Nöbetçi Tabip” yazılı mesul müdür tarafından düzenlenmiş kimlik kartı bulunmak zorundadır. Ayrıca nöbetçi tabip listesi haftalık olarak hazırlanacak ve mesul müdür tarafından onaylanarak dosyalanacaktır.

Muayenehane tabiplerinin özel hastanede hasta tedavisine ilişkin hususlar Yönetmeliğin 24 üncü maddesinde düzenlenmiştir. Muayenehanesi bulunan tabipler, 1219 sayılı Kanunun 12 nci maddesinin üçüncü fıkrası gereğince hizmet bedeli hasta tarafından karşılanmak ve Sosyal Güvenlik Kurumundan talep edilmemek kaydıyla, muayenehanesine müracaat eden hastalarının tedavisini sözleşme yapmak suretiyle ilgili branşta ruhsatı bulunan özel hastanelerde yapabilir.

Özel hastanelerde bulundurulacak tıbbi araç ve gereçlerin asgari sayıları ve türleri Ek-3’te, bulundurulması zorunlu ilaçların türleri ve asgari miktarları ise Ek-4’te gösterilmiştir.

Yatak sınıfları Yönetmeliğin 32 inci maddesinde düzenlenmiştir.

Özel hastanelerin denetimi ise 41 inci maddede düzenlenmiştir. Özel hastaneler, Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelik ile belirlenen usul ve esaslara uygun olarak, Ek-2’de yer alan denetim, sorgu ve idari yaptırım formu kullanılarak denetime tabi tutulmaktadır.

Tıbbi endikasyon ve uygulama denetimi ise 42 nci maddede düzenlenmiştir. Anılan hükme göre özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin Sağlık Bakanlığınca belirlenmiş tıbbi endikasyonlara veya uygulamalara uygunluğunun tespiti amacıyla gerektiğinde denetim yapılmaktadır. Tıbbi endikasyon ve uygulama denetimi; hasta dosyası, elektronik kayıt sistemleri, tıbbi fotoğraf, tıbbi görüntüleme, rapor ve diğer ilgili bilgi ve belgeler üzerinden, e-denetim sistemi kullanılarak veya yerinde yapılmaktadır. Bu denetimin yapılacağı ilgili sağlık hizmet sunum alanları Sağlık Bakanlığınca veya il ya da ilçe Sağlık Müdürlüklerince belirlenir.

Özel hastanelerin faaliyetlerine ilişkin yasaklar ise 43 üncü maddede düzenlenmiştir. Yönetmeliğin 43 üncü maddesi;

“MADDE 43- (1) Özel hastanelerde aşağıdaki faaliyetler yasaktır:

- a) Özel hastaneler, ruhsat ve faaliyet izin belgesi almadan hizmet veremezler.*
- b) Özel hastaneler, faaliyet izin belgelerinde belirtilen yatak sayılarında Bakanlıktan izin almaksızın artırma, azaltma veya tür değişikliği yapamazlar ve faaliyet izin belgelerinde yazılı yatak sayısından fazla hasta yatıramazlar.*
- c) Özel hastaneler, faaliyet izin belgesinde bulunmayan uzmanlık dallarında hasta kabul veya tedavi edemezler.*
- ç) Özel hastane binası içinde geçici veya sürekli olacak şekilde ikamet edilmek üzere yerler ayrılmaz ve ikamet edilemez.*
- d) Özel hastanelerde, faaliyet izin belgesinde belirtilen uzmanlık dalları haricindeki diğer dallara ait araç ve gereçler bulundurulamaz.*
- e) Özel hastaneler, yatan hastalardan belirlenen gündelik yatak ücretinden fazla ücret alamazlar.*
- f) Özel hastanelerde bulunan eczaneler, amacı dışında faaliyet gösteremezler ve hastane dışına ilaç ve tıbbi ürün satamazlar.*
- g) Özel hastanelerde, adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmeyen sağlık personeli çalıştırılmaz.*
- ğ) Özel hastanelerde, uzmanlık belgesi olmayanlar uzman olarak ve kanunen mesleğini icra yetkisi bulunmayan tabipler çalıştırılmaz.*
- h) Özel hastanede herhangi bir faaliyet alanının veya biriminin, yetkisi olmayan kişiler tarafından kullanımı yasaktır.*
- ı) Elektronik imza ve kaşeler ait olduğu personel dışında hiçbir kimse tarafından kullanılamaz.*
- i) Özel izne tabi hizmet birimleri Bakanlıktan izin almaksızın açılmaz ve buralarda hizmet verilemez.*
- j) Özel hastanelerde konusu suç teşkil eden hiçbir tıbbi işlem yapılamaz.*
- k) Özel hastanelerde hasta mahremiyeti ile hasta bilgilerinin gizliliği ilkeleri ihlal edilemez.*
- l) Bu Yönetmelikte hizmet alımına izin verilmiş hizmetler dışında hastane faaliyet izin belgesinde yer alan uzmanlık dallarındaki klinik hizmetler üçüncü kişiler eliyle gördürülemez.*

m) Özel hastane sahibi bir şirket, dernek veya vakıf ise, şirket, dernek veya vakfın faaliyet alanına giren diğer işler özel hastanede yapılamaz. Özel hastanede amacı dışında faaliyet gösterilemez.

n) Özel hastane tarafından ruhsata esas bina haricinde bir yerde faaliyette bulunulması yasaktır.

o) Özel hastaneler amacı dışında faaliyet gösteremez. Şirketin faaliyet alanına giren diğer işler özel hastane bünyesinde yapılamaz.

ö) Acil sağlık hizmetleri ve ilgili mevzuatı gereği ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerinden mevzuat hükümlerine aykırı olarak ilave ücret alınamaz.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

Hastanenin bir kısmında faaliyetin geçici durması 44 üncü maddede, tamamında geçici faaliyet durması ise 45 inci maddede düzenlenmiştir. Yönetmeliğin 46 ncı maddesinde ise ruhsat iptali hali düzenlenmiştir.

Ayrıca, 47 nci madde uyarınca, Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar ile yasalara aykırı hareket edenlere, bu Yönetmelikte öngörülen idari müeyyideler ile bu Yönetmelikte müeyyide öngörülmemekle birlikte 2219 sayılı Kanunda müeyyide öngörülen diğer hallerde ise anılan Kanunda ve ilgili diğer mevzuatta belirlenen idari ve cezai müeyyideler uygulanmaktadır.

3.1.1.3.2. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği

8 Ocak 2025 tarihli ve 32776 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan yeni Yönetmelikle, 7/12/2006 tarihli ve 26369 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

Yönetmelikle, ambulans hizmetleri ve ambulans servislerinin kuruluş, işleyiş ve denetlenmesine ilişkin usul ve esaslar ile ambulansların ve acil sağlık araçlarının tıbbi ve teknik donanım özellikleri düzenlenmektedir.

Yönetmelik, Millî Savunma Bakanlığı, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı haricindeki kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişilerince sunulan ambulans hizmetleri ile ambulanslar ve acil sağlık araçlarını kapsamaktadır.

Ambulans servisinin personeli, personelin görev ve sorumlulukları 14 ve 15 inci maddelerde düzenlenmektedir.

“Mesul müdür” kenar başlıklı 14 üncü maddede:

“(1) Mesul müdür, idari işlerden sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, ambulans servisinin işleyişinden ve hizmetin sunulmasından ambulans servisini işletenler de müştereken ve müteselsilen sorumludur. Mesul müdür, idari görevlerinin yanı sıra çağrı merkezinde de çalışabilir. Mesul müdür ambulans servisinde bulunmayacağı zamanlar için aynı ambulans servisinde bir hekim, acil tıp teknikeri veya acil tıp teknisyenini kendisine vekil tayin eder. Mesul müdür, vekalet edecek kişinin bilgilerini, yazılı olarak ve tebliğ tebellüğ belgesi ile birlikte vekaletin başlangıcını takip eden ilk iş günü içerisinde Müdürlüğe bildirir. Vekalet süresi, mesul müdürün kanuni izin süreleri dışında yılda otuz günden fazla olamaz. Mesul müdürün herhangi bir nedenle görevden ayrılması durumunda, görevinden ayrıldığı tarihten itibaren en geç beş iş günü içerisinde yeni mesul müdür görevlendirilerek Müdürlüğe başvurulması zorunludur.

(2) Mesul müdürün görev ve sorumlulukları şunlardır:

- a) Açılış ve işleyiş ile ilgili her türlü izin işlemlerini yürütmek.
- b) Ambulans servisinin Bakanlıkça belirlenen kalite standartlarında hizmet sunmasını sağlamak.
- c) Bu Yönetmelikte bildirim zorunlu kılınan ve ayrıca süresi belirtilmeyen tüm değişiklikleri, takip eden ilk iş günü içerisinde yazılı olarak Müdürlüğe bildirmek.
- ç) Görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin belgelerini en geç beş iş günü içerisinde Müdürlüğe iade etmek.
- d) Ambulans servisinin hizmetlerini düzenli ve sürekli olarak yürütmek ve bu hizmetlerin yürütülmesini sağlamak.
- e) Ambulans servisinin ve istasyonlarının aylık çalışma listelerini hazırlamak, onaylamak ve arşivlemek; bir sonraki ayın çalışma listelerinin ASOS’a girişinin her ayın yirmi beşinci gününe kadar, çalışma listelerindeki değişikliklerin ASOS’a girişinin anlık olarak yapılmasını sağlamak.
- f) Ambulans servisinde bulunan ambulans sayısınca sabit tanımlı bir ekip adı ve kodunun Müdürlüğe bildirilerek sistemlere tanımlanmasını sağlamak.
- g) Ambulans servisi uygunluk belgesi, yeterlilik belgesi, mesul müdürlük belgesi ve personel çalışma izin belgelerinin birer örneğinin ambulanslarda bulundurulmasını sağlamak.
- ğ) İlgili mevzuat hükümleri kapsamındaki gerekliliklerin yerine getirilmesini sağlamak üzere denetim işlemlerini yürütmek.
- h) Ambulansların Ek-1’de istenilen teknik özellikleri koruyup korumadığını, Ek-2, Ek-3 ve Ek-4’te belirtilen araç ve gereçlerin tam ve kullanılır durumda bulunup bulunmadığını

ve ihtiyaç duyulan cihaz ve malzemelerin uygun şekilde ve steril olarak muhafazasını kontrol ve temin etmek.

ı) Personelin periyodik hizmet içi eğitimlerinin ve Bakanlıkça zorunlu tutulan diğer eğitimlerin uygulanmasını sağlamak.

(3) Mesul müdür, ambulans servisinin kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işleminde Müdürlüğün birinci derecede muhatabıdır.

(4) Mesul müdür ambulans servisindeki görevini sona erdirmek istediğinde veya mesul müdürün görevine son verilmek istendiğinde, bu durumun ambulans servisi işleteni veya mesul müdür tarafından en geç beş iş günü öncesinde Müdürlüğe bildirilmesi zorunludur.”

Hükümleri belirtilmiştir.

“Danışman hekim, ekip sorumlusu, çağrı karşılayıcı ve sağlık personeli” kenar başlıklı 15 inci madde;

“(1) Ambulans servisleri, hizmet süresi boyunca çağrı merkezinde danışman hekim bulundurur. Danışman hekim, vakaların takibi ve tedavi uygulanması süreçlerinden uygulayan ambulans ekibi ile birlikte sorumludur.

(2) Ekip sorumlusu; ambulanslarda hasta ve yaralıları uygulanan tıbbi işlemleri, hasta ve yaralı kayıtlarının tutulmasını, yapılan işlemlerin ve tıbbi müdahalelerin mobil cihaz üzerinden ambulans vaka kayıt formuna işlenmesini, hastanın hastaneye teslim sürecini ve bu süreçlerin ASOS’a kaydedilmesini koordine eder.

(3) Çağrı karşılayıcı; ambulans servisine gelen çağrıları değerlendirmek ve danışman hekim koordinasyonu altında ambulansların vakaya sevkini sağlamaktan sorumludur. Çağrı merkezinde her vardiya için on ambulansa kadar en az bir çağrı karşılayıcı bulunur, sonrasındaki her on ambulans için en az bir çağrı karşılayıcı eklenir.

(4) Sağlık personeli; ambulanslarda hasta ve yaralıları uygulanan tıbbi işlemleri, hasta ve yaralı kayıtlarının tutulmasını, yapılan işlemlerin ve tıbbi müdahalelerin mobil cihaz üzerinden ambulans vaka kayıt formuna işlenmesini, hastanın hastaneye teslim sürecini ve bu süreçlerin ASOS’a kaydedilmesini ekip sorumlusu koordinesinde yürütür.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

Ambulans servisi alıştırma usul ve esasları 16 ilâ 22 nci maddelerde düzenlenmektedir.

Denetim ve yaptırım, ücretlendirme, tabela ve devir ile ilgili hükümler Yönetmeliğin 26 ilâ 29 uncu maddelerinde düzenlenmektedir.

Yasaklar Yönetmeliğin 30 uncu maddesinde aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir;

“(1) Bu Yönetmelik kapsamında yasak olan fiil ve davranışlar aşağıda belirtilmiştir:

a) Ambulans servisleri, ambulans servisi uygunluk belgesi almadan ve asgari sayıda ambulans yeterlilik belgesini tamamlamadan faaliyete geçemez. Ambulanslar, yeterlilik belgesi olmadan faaliyet gösteremez.

b) Ambulans servisi, ambulanslar ve sağlık hizmeti sunulan alanlarda bulunması zorunlu sağlık personeli yerine stajyer öğrenci çalıştırılmaz.

c) Ambulans servisleri, kamu kurum ve kuruluşları ve özel sağlık kuruluşları dışındaki gerçek ve tüzel kişiler ambulans işletmez. Bu kuruluşlar dışında; maden sahaları, sanayi bölgeleri, şantiye alanları gibi acil yardım gerektiren olayların sık yaşandığı alanlarda faaliyet gösteren kurum ve işletmelere, Müdürlüğün onayı ile acil yardım ambulansı işletme izni verilebilir. Bu şekilde işletme izni alınan ambulanslar izin alan kurum veya işletmenin ihtiyacı dışında ve başka amaçla kullanılamaz.

ç) Ambulans işletmeye yetkili olanlar dışındakilerce ambulans satın alınamaz. Ancak kamu kurum ve kuruluşlarına hibe etmek amacıyla yapılacak satın alımlarda bu hüküm uygulanmaz.

d) Müdürlükçe adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş personel, ambulanslarda ve ambulans servisi bünyesinde çalıştırılmaz.

e) Bir çağrı merkezinden birden fazla ambulans servisi ve ambulanslarına aracılık edilemez. Bu amaçla hiçbir telefon, iletişim aracı, elektronik ortam, kişi veya kuruluş kullanılamaz.

f) Çağrı merkezinin telefon numarası üç rakamlı, ulusal veya uluslararası acil çağrı numaralarını çağrıştıran bir numara olamaz.

g) Ambulanslar üzerinde bu Yönetmelikte belirtilenler dışında hiçbir yazı, numara veya resim bulunamaz.

ğ) Hasta nakil ambulansları acil tıbbi müdahale gerektiren hasta veya yaralıların taşınmasında kullanılamaz. Taşıma esnasında acil tıbbi müdahale gerektiren bir durumun gelişmesi halinde flaşörler aktif hale getirilir ve SKKM onayı ile sesli uyarı sistemleri kullanılabilir.

h) Farklı tüzel kişiler tarafından aynı isimle birden fazla ambulans servisi açılamaz.

ı) Aynı il sınırları içinde daha önce kullanılmış olan ambulans servisi isimleri, yeni açılacak ambulans servisleri tarafından kullanılamaz.

i) Bu Yönetmelikte geçen araçlar afet durumları haricinde cenaze nakli amacıyla kullanılamaz.

j) Ambulans servisi; şirket, dernek, vakıf gibi kuruluşların sahipliğinde ise bu kuruluşların faaliyet alanına giren sağlık hizmetleri dışındaki diğer işler ambulans servisinde yapılamaz.

k) Kara ambulansları yeterlilik belgesi aldıkları il sınırları içinde görev yapmak ve konuşlanmak zorundadır. İl sınırları dışına, il dışı sevkleri ve il dışından bulunduğu ile veya ambulans servisi olmayan illerden diğer illere hasta nakletmek amacı ile çıkılabilir. Sevk işlemini gerçekleştiren ambulanslar, personelin dinlenmesi, hastanın sevk edildiği sağlık kuruluşuna yerleştirilmesi veya teknik nedenler (akaryakıt dolumu, arıza, onarım ve benzeri) haricinde il dışında uzun süreli bekleme yapamaz ve ambulans hizmeti veremez. Millî veya uluslararası organizasyonlarda görev alan ambulanslar, organizasyon süresi ile sınırlı olmak üzere bu bent kapsamı dışında tutulur.

l) Kamu kurum ve kuruluşları dışındaki ambulans işletenler, yanıtıcı tanıtımların ve haksız rekabetin önlenmesi amacıyla, kamu kurum ve kuruluşlarınca kullanılan ve bunları çağrıştıracak isimleri kullanamaz ve tabelalarında belirtmez. Ayrıca kıyafet, ambulans ve tesislerinde bu isimler ile benzer renk ve logoları kullanamaz. Ambulans servislerinin isimleri içerisinde “ambulans” kelimesi ve yabancı kelimeler bulunamaz.

m) Ambulanslar; ambulans servisi, istasyon, sözleşmeli olduğu yerler dışında, sağlık tesisi alanında ve çevresinde (SKKM’ye bildirilen görevler hariç) duraklama yapamaz. Hasta alım ve teslimi esnasında sağlık tesisi alanında duraklama süresi otuz dakikayı geçemez.

n) Özel sağlık kuruluşları bünyesindeki ambulanslarda çalıştırılmak üzere adlarına çalışma belgesi düzenlenen personel, sağlık kuruluşunun acil servisi veya ünitesi dışında başka bir birimde görevlendirilemez.

o) Ambulans servisleri bünyesindeki her bir acil yardım ambulansı için birden fazla sağlık kuruluşu ile sözleşme yapamaz.

ö) Hasta nakil ambulansları sağlık tedbiri hizmeti amacıyla kullanılamaz.

p) Mesul müdür ve mesul müdür vekili ambulansta çalışamaz.

r) Ambulanslar amacı dışında kullanılamaz.

s) İlgili mevzuat hükümlerine uygun olarak bakım, onarım, test, kontrol ve kalibrasyon işlemi uygulanmayan tıbbi cihazlar ambulanslarda kullanılamaz.”

3.1.1.3.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği

Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa dayanılarak hazırlanmış olup, genel sağlık sigortası (GSS) kapsamındaki kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamını, finansmanını ve uygulama

esaslarını düzenlemektedir. 28 Ağustos 2008 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Yönetmelik sağlık hizmetlerinin eşit, adil ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını amaçlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kapsamı, finansmanı ve sunucuların işleyişine dair detaylı kurallar koyarak GSS sisteminin etkin bir şekilde işletilmesini sağlamaktadır. Ayrıca Yönetmelik, sağlık hizmetlerine erişim konusunda standartlar getirerek bireylerin sağlık haklarını güvence altına almaktadır.

Yönetmeliğin 7 nci maddesinde finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin amacı ve kapsamı, 8 inci maddesinde finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin belirlenmesi, 10 uncu maddesinde finansmanı sağlanan ilaçların temin esasları, 11 inci maddesinde finansmanı sağlanan tıbbî malzemelerin temin esasları, 12 nci maddesinde diğer sağlık hizmetlerinin temin esasları, 14 üncü maddesinde ise finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri tanımlanmıştır.

Ayrıca SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri için ödenecek tutarların Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirleneceği hususu Yönetmeliğin 16 ncı maddesinde hüküm altına alınmıştır.

Yönetmeliğin “Acil hâller ve acil sağlık hizmetleri” kenar başlıklı 27 nci maddesinde; *“(1) Acil hâller; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbî müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbî müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli hâlinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.”* şeklinde acil haller ve acil sağlık hizmetleri tanımlanmıştır.

Yönetmeliğin 28 inci maddesinde istisnai sağlık hizmetleri tanımlanarak sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının faturalarının incelenmesi ve ödeme işlemlerine ilişkin hususlar ise 35 inci maddesinde aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir;

“(1) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından Kuruma gönderilen faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde Kanunla belirlenen oranında örnekleme metodu ile incelenir. Bu inceleme sonucunda sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin incelenen döneme ait bütün faturalarına uygulanmak suretiyle ödenecek tutar tespit edilir ve buna göre ödeme yapılır. Kurum ihtiyaç duyduğu hâllerde faturaların tamamını incelemeye yetkilidir.

(2) *Örnekleme yapılarak fatura incelemesi yöntemini kabul etmeyen sağlık hizmeti sunucuları, bu tercihlerini hizmet vermeye başlamadan önce Kuruma yazılı olarak bildirir. Bildirimde bulunulmaması hâlinde örnekleme yöntemi kabul edilmiş sayılır.*

(3) *Götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilen hizmetler için Kuruma ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmez.*

(4) *Sağlık harcamalarına esas fatura ve reçete incelemeleri, Kurumun taşra birimlerinde ve Genel Müdürlük bünyesinde, fatura/reçete inceleme ile görevlendirilen personel tarafından yapılır. Genel Müdürlük bünyesinde sağlık harcamalarına esas hangi fatura ve reçetelerin inceleneceği ve inceleme usul ve esasları Genel Müdürlükçe belirlenir. İl müdürlüklerinde yapılan kesintilere ilişkin itirazların değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan fatura inceleme işlemleri, sağlık harcamalarına esas fatura ve reçete inceleme işlemi kapsamında değerlendirilir.*

(5) *Kurum, örnekleme yöntemiyle yapılacak inceleme ve kontrol için Kurum dışından tabip ve eczacı görevlendirilebilir. İhtiyaç halinde inceleme ve kontrol işlemleri, 1/6/1989 tarihli ve 3568 sayılı Serbest Muhasebecilik, Serbest Muhasebeci Mali Müşavirlik ve Yeminli Mali Müşavirlik Kanununa tâbi meslek mensupları ile bağımsız denetim kuruluşlarına da yaptırılabilir. Bunlara yaptırılacak inceleme ve kontrole ilişkin usûl ve esaslar Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığının görüşleri alınarak belirlenir.*

(6) *Sağlık hizmeti sunucuları, bir fatura döneminde sunmuş oldukları hizmetlere ilişkin fatura ve eki belgeleri fatura teslim süresi içinde Kuruma teslim ederler. Kuruma teslim edilen fatura bedelinin tamamı, fatura teslim tarihinden itibaren, altmış gün içinde, sağlık hizmet sunucularına avans olarak ödenir. Fatura ve eki belgeler, fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabı kapatılır. İnceleme sonucu fazla ödeme yapıldığının tespiti hâlinde; yapılan fazla ödeme sağlık hizmeti sunucusunun varsa Kurumdan alacağından mahsup edilir. Alacağının bu miktarı karşılamaması veya alacağının bulunmaması durumunda genel hükümlere göre tahsil edilir. İnceleme süresinin takip eden mali yıla sirayet etmesi durumunda, avans artıkları hakkında 5018 sayılı Kanununun 35 inci maddesindeki akreditiflere ilişkin hükümler uygulanır.”*

Sağlık hizmeti sunucularına ilişkin Kurumun denetleme ve kontrol yetkisi Yönetmeliğin 42 inci maddesinde aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir;

“(1) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları ile diğer sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri, hasta mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde, ibrazını isteyebilir.

(2) Kurum, Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları ile diğer sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği personeli vasıtasıyla veya kamu kurumları ve özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle kullanabilir.

(3) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanması bakımından, gerektiğinde görevlendireceği personeli vasıtasıyla Kanunun 59 uncu maddesinin yedinci fıkrasında tanınan yetkileri kullanabilir.

(4) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin, sözleşme hükümlerinin ve kapsamdaki kişiler tarafından alınan sağlık hizmetlerinin denetlenmesini; sağlık hizmeti sunucularında kuracağı provizyon merkezleri aracılığıyla yapabileceği gibi, elektronik ve yazılı belgelerin üzerinde veya sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde yapacağı denetlemelerle de yürütme yetkisine sahiptir. Kurum bu denetimleri ihbar veya şikâyetle bağlı olarak, gerekçeli olarak, periyodik olarak veya benzeri nedenlerle yapabilir.

(5) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları denetleme amacıyla yapılacak çalışmalar için Kurum tarafından görevlendirilen personele denetim süresince, bünyesinde konumlarına uygun bir çalışma ortamı sağlamak ve görevlerinin ifası sırasında gereken her türlü kolaylığı ve yardımı sağlamak zorundadırlar.

(6) Kurumun denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurlarının, Kanunun uygulanmasından doğan inceleme ve soruşturma görevlerini yerine getirmeleri sırasında işverenler, sigortalılar işyeri sahipleri ve bu işle ilgili diğer kişiler görevlerini yapmasına engel olamazlar; engel olanlar hakkında eylemleri başka bir suç oluştursa dahi, asgari ücretin beş katı tutarında idari para cezası uygulanır. Denetim esnasında sağlık hizmet sunucuları sahipleri ve bu işle ilgili diğer kişiler denetleme ekibinin görevine engel olamazlar.

(7) Sağlık hizmet sunucusu yetkilileri, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler adına düzenledikleri veya tutmak zorunda oldukları her türlü kayıt, fatura ve eki belgeler ile denetim ekibi tarafından hazırlanması istenilen tablo ve raporları denetim süresi içerisinde denetim ekibine göstermek, vermek ve incelenmesine yardımcı olmak zorundadır.

(8) Sağlık hizmeti sunucularının denetlenmesi ve denetime alınma usul esasları Kurum tarafından belirlenir.”

Sağlık hizmeti sunucularına uygulanacak idarî yaptırımlar ve fesih Yönetmeliğin 43 üncü maddesinde aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir;

“(1) Kurumca yapılan inceleme neticesinde;

- a) Sağlık hizmeti sunulmadığı hâlde sağlık hizmetini fatura ettiği,
 - b) Faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri, gerçeğe aykırı olarak düzenlediği,
 - c) Kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerini, kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterdiği,
 - ç) Sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere, sağlık hizmeti sunarak Kuruma fatura ettiği,
 - d) Kurumca belirlenen tavanın üzerinde ilave ücret aldığı,
 - e) Sağlık hizmeti satın alınmasına yönelik sözleşme hükümlerine aykırı davrandığı,
- tespit edilen sözleşmeli veya diğer sağlık hizmeti sunucuları hakkında genel hükümlere göre takip yapılır.

(2) Bu fiiller nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutar Kanunun 96 ncı maddesine göre geri alınır. Ayrıca bu fiilleri işleyen sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun Kurum ile yaptıkları sözleşmeler feshedilebilir. Kanunda sayılan fiiller ve bu fiiller için getirilen yaptırımlar dışında, fesih gerektirecek fiiller ve süreler belirleyebilir. Sağlık hizmeti sunucusunun uyarılmasını veya sözleşmenin feshini gerektiren fiiller ile sözleşmenin feshedilmesi hâlinde sağlık hizmet sunucusu ile sözleşme yapılmayacak süreler, Kurum ile sağlık hizmeti sunucusunun yaptığı sözleşmelerde belirtilir. Bu süreler sonunda sağlık hizmeti sunucusunun başvurusu hâlinde gerekli şartları taşıyanlarla sözleşme yapılır.

(3) Sözleşmesi feshedilmiş sağlık hizmet sunucusunun, aktif ve pasifleri ile birlikte veya sadece ruhsatının devredilmesi halinde her türlü devir işlemi devralan gerçek ve/veya tüzel kişilerle, devreden sağlık hizmeti sunucusuna sözleşmeden dolayı tahakkuk ettirilmiş Kurum zararı tahsil edilmeden, yeni bir sözleşme yapılmaz.”

Diğer yaptırımlar ise 44 üncü maddede aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir;

“(1) Kurum, sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığını tespit amacıyla kontrol muayenesi ve tetkik yaptırılmasını talep edebilir.

(2) Genel sağlık sigortası ve sözleşme hükümlerine aykırı uygulama nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından uğranılan zarar geri alınır. Kurum ayrıca bu fiilleri işleyen sağlık hizmeti sunucularına sözleşme hükümleri doğrultusunda cezai yaptırım uygulayabilir.”

3.1.1.3.4. Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik

Yönetmeliğin amacı; sağlık hizmeti sunucularının sundukları sağlık hizmeti bedeline karşılık olarak Kuruma gönderdikleri veya kişi adına düzenledikleri fatura bedellerinin ödenebilmesi amacıyla; fatura eki belgelerin teslimi, örneklenmesi, incelenmesi, ödenecek tutarın tespiti ve sağlık hizmeti sunucularının değerlendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Yönetmelik; Kurum mevzuatı ve tıbbi inceleme iş ve işlemler ile bunları yürüten kişiler, komisyonlar ve sağlık hizmeti sunucularını kapsamaktadır.

Fatura eki belgelerin örneklenmesi Yönetmeliğin 6 ncı maddesinde;

“(1) Genel sağlık sigortası kapsamında yer alan kişilere, finansmanı karşılanan sağlık hizmetlerine ilişkin olarak sağlık kurum/kuruluşu tarafından verilen hizmetlere ait başvuru numaraları; 5502 sayılı Kanunun Ek 1 inci maddesine göre %5 ila %10 oranında genel sonuçlar verecek şekilde basit rastgele yöntem ile örneklenerek incelenir.

(2) Örnekleme iptali ancak Kurum bilgi işlem sisteminden kaynaklanan teknik sorun nedeniyle yapılabilir.

(3) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen sağlık kurum/kuruluşuna ait fatura eki belgelerin tamamı incelenir.

(4) Kurum ihtiyaç duyduğu hallerde fatura eki belgelerin tamamını incelemeye yetkilidir.” şeklinde düzenlenmiştir.

Fatura eki belgelerin incelenmesi Yönetmeliğin 7 nci maddesinde;

“(1) Sağlık kurum/kuruluşu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine ait fatura eki belgeler, Kurumca görevlendirilen personel ve komisyonlar tarafından ilgili mevzuat ve tıbbi uygunluk yönünden incelenir.” şeklinde düzenlenmiştir.

Sağlık hizmeti sunucularının değerlendirilmesi Yönetmeliğin 25 inci maddesinde;

“(1) Kuruma iletilen şikâyet ve ihbar sonucu yapılan denetimler ile Kurum tarafından yapılan planlı denetim, inceleme ve soruşturmalar doğrultusunda;

a) Tespit edilen veya öngörülen Kurum zararının; sağlık hizmet sunucusunun ödemesinin durdurulmasının talep edildiği tarihten önceki altı aylık muaccel veya müeccel alacaklarına ait fatura ortalamasının % 5 'inden fazla olması,

b) İnceleme veya soruşturma esnasında Kurum zararına sebep olan fillerin incelenebilen dönemlerin dışındaki dönemlerde de gerçekleştiğine dair emarelerin bulunması,

c) Sağlık hizmeti sunucusunun sağlık hizmeti vermemesi, inceleme veya soruşturma sürerken sağlık hizmeti vermekten vazgeçmesi,

ç) Kayıt ve belgelerini ibrazdan kaçınması,

d) Sağlık hizmeti sunucusunun muvazaalı olarak işletildiğine dair delil veya emarelerin bulunması,

e) Sağlık hizmeti sunucusunun diğer işletmelerinde de Kurum zararına yol açan fiil ve eylemlerin varlığı,

gibi hallerin gerçekleşmesi durumlarında sağlık hizmeti sunucusu hakkında karar alınmak üzere Sağlık Hizmeti Sunucuları Değerlendirme Komisyonuna iletilir” şeklinde düzenlenmiştir.

3.1.1.3.5. Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelik

17.11.2023 tarihli Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelikte, sağlık hizmet sunumunun ve sağlık hizmeti sunan gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait sağlık kurum, kuruluş ve müesseselerin ilgili mevzuat ve Sağlık Bakanlığınca belirlenen politika ve düzenlemelere uygunluğunun denetlenmesine ve uygulanacak idari yaptırımlara ilişkin usul ve esaslar ayrıntılı olarak düzenlenmektedir.

Yönetmeliğin 5 inci maddesinde denetim türleri;

“(1) Sağlık tesisleri ve sağlık hizmet sunum alanları; olağan, olağan dışı ve süre sonu denetim olmak üzere üç şekilde denetlenir.

a) Olağan denetim; müdürlükçe denetim planında belirlenen takvim dâhilinde yerinde yapılan denetimdir. Sağlık tesisinin tabi olduğu mevzuatında belirlenmiş olan ruhsat, faaliyet ve hizmet standartlarına göre denetim ekibi tarafından yılda en az bir kez ve haberli olarak yapılır.

b) Olağan dışı denetim; ihbar veya şikâyet üzerine veya yazılı, görsel ve işitsel yayınlar, sosyal paylaşım siteleri, elektronik ortam ve benzeri iletişim kanallarında ilgili mevzuat ve Bakanlıkça belirlenen politika ve düzenlemelerle uyumlu olmayan bildirimler hakkında Bakanlık veya müdürlükçe resen ve habersiz olarak yapılan denetimdir. Olağan dışı denetimin; idari yaptırım uygulanması, adli merciler veya ilgili diğer kurum ve kuruluşlara bildirimler hariç olmak üzere, denetimi yapacak denetleyici ya da denetim ekibinin görevlendirildiği tarihten itibaren en geç otuz gün içerisinde tamamlanması esastır.

c) Süre sonu denetim; denetimlerde tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesi için verilen sürenin sona erdiği tarihten itibaren en geç on beş iş günü içerisinde

uygunsuzlukların giderilip giderilmediğinin yerinde tespiti amacıyla yapılan denetimdir. Bu denetimde, denetim tutanağına süre sonu denetimi olduğu yazılır.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

Yetkisiz, izinsiz veya ruhsatsız sunulan sağlık hizmetlerinin denetimi Yönetmeliğin 7 nci maddesinde aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

“(1) İlgili mevzuata ve Bakanlık düzenlemelerine aykırı olarak yetkisiz, izinsiz veya ruhsatsız sağlık hizmeti sunduğu ve tıbbi uygulamalar yaptığı tespit edilen gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri bu Yönetmelik esaslarına uygun olarak müdürlükçe denetlenir. Yetkisiz, izinsiz veya ruhsatsız olarak sağlık hizmeti sunulduğu, tanı ve tedaviye yönelik işlem ve tıbbi uygulamaların yapıldığının tespit edilmesi halinde;

a) Herhangi bir kurumdan verilmiş ruhsat, izin veya faaliyet belgesi bulunmayan mahaller valilikçe kapatılır ve ilgili kişiler hakkında Cumhuriyet savcılığına suç duyurusunda bulunulur.

b) Herhangi bir kurum mevzuatı kapsamında ruhsatı bulunan işyerleri valilikçe sağlık hizmeti sunumu faaliyetinden men edilerek ilgili kişiler hakkında Cumhuriyet savcılığına suç duyurusunda bulunulur ve ayrıca ruhsatı düzenleyen kuruma ilgili mevzuatı uyarınca işlem yapılmak üzere gerekli bildirimler yapılır.”

Denetimin usul ve esasları 8 inci maddede;

“(1) Denetimlerin planlanması, koordinasyonu, gerçekleştirilmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi, sonuçlandırılması ve raporlanması; aksi bildirilmedikçe e-denetim sistemi üzerinden gerçekleştirilir. Bakanlıkta ve müdürlükte görevli e-denetim sistemi yöneticilerine Genel Müdürlükçe, denetleyicilere ise müdürlükçe e-denetim sistemine giriş ve kullanımı yetkisi verilir.

(2) Denetim esnasında; sağlık tesisinin iç işleyişine müdahale edilmemesi, hastaların hizmet almasını ve tedavi süreçlerini aksatabilecek nitelikteki tutum, davranış ve uygulamalardan kaçınılması esastır.

(3) Denetim esnasında düzenlenen denetim tespit tutanağı; denetim ekibi ile birlikte ilgili sağlık tesisi yetkilisi tarafından imza altına alınır veya itiraz söz konusu ise şerh konularak imzalanır. Bu takdirde, 11 inci madde hükümlerine göre işlem yürütülür. Denetimlerde elektronik imza kullanılır. Ancak, sistemden kaynaklanan sorunlara bağlı olarak basılı form veya tutanak kullanılması halinde ıslak imza geçerlidir. Elektronik imza kullanılarak düzenlenen denetim tespit tutanağı, sağlık tesisi yetkilisine ait kurumsal e-posta adresine iletilir. Tutanak ıslak imzalı olarak düzenlenmiş ise bir sureti sağlık tesisine bırakılır.

(4) Sistemden kaynaklı veya teknik nedenlerle fizikî olarak düzenlenen form, tutanak ve ilgili bilgi ve belgeler, engelin ortadan kalkmasından sonra en geç üç gün içerisinde e-denetim sistemine aktarılır ve yetkili kişilerce güvenli elektronik imza ile imzalanarak e-denetim sistemine kaydedilir. Sonradan elektronik ortama aktarılan veya elektronik ortama aktarılması mümkün olmayan denetim belgelerinin asılları arşiv mevzuatına uygun olarak müdürlükte muhafaza edilir.

(5) Sağlık tesisleri, olağan denetimler haricinde denetim planından bağımsız ve habersiz olarak sağlık hizmet sunumuna ve bünyesinde faaliyet gösteren belirli bir tıbbi birim veya birimlere münhasıran her zaman denetlenebilir.

(6) Birden fazla kamu kurum veya kuruluşunu ilgilendiren konularda Bakanlık veya valilik onayı ile ortak denetim yapılabilir.

(7) Sağlık tesisleri, Bakanlığın göreceği lüzum üzerine tercihen yakın illerden olmak üzere diğer müdürlüklerden Genel Müdürlükçe yapılacak görevlendirmeler kapsamında oluşturulacak denetim ekipleri tarafından iller arası olağan dışı denetime tabi tutulabilir. Bu şekilde görevlendirilen denetim ekipleri tarafından gerçekleştirilecek denetimler bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak yürütülür.

(8) Bu Yönetmelik kapsamındaki denetimlerin, Bakanlık merkezindeki koordinasyonu ve sekreteryası Genel Müdürlükçe yürütülür.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

Denetime tabi olanların yükümlülükleri ise 9 uncu maddede;

“(1) Bu Yönetmelik kapsamında denetime tabi tutulan gerçek ve tüzel kişiler; denetimlerin, denetim süresince bu Yönetmelikle belirlenen usul ve esaslara uygun olarak yürütülmesi ve sonuçlandırılması için denetim ekibine gerekli kolaylığı sağlamak, denetim ile ilgili olan tüm bilgi ve belgeleri denetim ekibine göstermek, talep halinde vermek, incelenmesine yardımcı olmak ve denetim ekibi tarafından sorulan hususlarda anlaşılır ve doğru bilgi vermekle yükümlüdür.

(2) Denetim ekibine, denetim esnasında ilgili sağlık tesisi yetkilisi refakat eder. Denetim süresince; denetim ekibinin sağlık tesisi içindeki güvenliği ilgili sağlık tesisince sağlanır.

(3) Bu Yönetmelik kapsamında sayılan tesis yetkilileri e-denetim sisteminde kullanmak üzere; 15/1/2004 tarihli ve 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu uyarınca ıslak imzaya eşdeğer ve hukuki geçerliliği olan güvenli e-imza edinmekle yükümlüdür.

(4) Bu madde kapsamındaki yükümlülüklerini yerine getirmeyen sağlık tesisinin yetkilisi bir yıl içerisinde iki kez uyarılır, üçüncüsünde mesul müdürlük görevine son verilir ve

üç yıl sağlık tesislerinde mesul müdürlük yapamaz. İlgili mevzuatında mesul müdür tanımlaması olmayan tesisler ise bir yıl içerisinde iki kez uyarılır üçüncü tespitte tesis faaliyeti üç gün süreyle durdurulur.” şeklinde düzenlenmiştir.

Yönetmeliğin 10 uncu maddesinde denetimler sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar hakkında sağlık tesisine uygulanacak idari yaptırımlar sayılmıştır. Bu idari yaptırımlar; uyarı, süre verilmesi, sağlık tesisinin bir kısmında veya tamamında faaliyetin durdurulması, ruhsat veya faaliyet izninin askıya alınması veya iptali, idari para cezası verilmesi, mesul müdürlük görevine son verilmesi veya adli mercilere suç duyurusunda bulunulması olarak sayılmıştır.

3.1.1.3.6. Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği

Yönetmelikle, gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak huzurevi ile huzurevi yaşlı bakım merkezlerinin açılış işlemleri, hizmet standardı, personel durumu, işletilme koşulları, ücreti, denetimi, devri ve kapatılmasına yönelik usul ve esaslar belirlenmektedir.

Tanımlar başlıklı 4 üncü maddede huzurevi, sağlıklı yaşlıları huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal, fiziksel ve moral ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri tarafından kurulan ve yirmi dört saat yatılı hizmet veren en az yirmi kapasiteli sosyal hizmet kuruluşunu ifade etmektedir. Huzurevi ve yaşlı bakım merkezi ise sağlıklı yaşlılar ile özel bakım yaşlılarına, aynı binanın farklı bölümlerinde yirmi dört saat yatılı hizmet veren en az yirmi kapasiteli sosyal hizmet kuruluşunu ifade etmektedir.

Aynı maddede özel bakım yaşlıları; akıl ve ruh sağlığı yerinde olan veya akıl ve ruh sağlığı yerinde olmadığı halde huzurevi ve yaşlı bakım hizmetlerinin sunumunda diğer hizmet alan yaşlılara karşı herhangi bir olumsuz durum oluşturmadığı sağlık kuruluşlarının psikiyatri kliniklerinden alınacak huzurevi veya yaşlı bakım merkezinde kalmasında bir sakınca olmadığına dair tabip raporu ile tespit edilen ve bulaşıcı veya sürekli tıbbi bakım gerektiren bir hastalığı bulunmayan, bulaşıcı hastalığı var ise sağlık kuruluşlarının ilgili bölümlerinden alınacak toplu yaşam yerlerinde bakılmasında bir sakınca olmadığına dair tabip raporu ile tespit edilen yaşlılığa bağlı demans, alzheimer gibi, ağır felçli, yatağa bağımlı veya özel bakımı gerektiren diğer hallerde, başkasının desteğine ihtiyaç duyan kimseler olarak tanımlanmaktadır.

Huzurevi ile huzurevi yaşlı bakım merkezlerinin açılış işlemleri Yönetmeliğin 7 ve 8 inci maddelerinde düzenlenmektedir.

Personelin nitelik, görev, yetki ve sorumlulukları ise Yönetmeliğin 13 ve devamı maddelerinde düzenlenmektedir.

Fiziki özellikler ve kuruluş bölümleri ise Yönetmeliğin 21 ilâ 25 inci maddelerinde düzenlenmektedir.

Kuruluşun usulsüzlük nedeniyle kapatılması 32 inci maddede düzenlenmiştir.

3.1.1.3.7. Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği

Yönetmelikle, gerçek kişi ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak engelli bireylere yönelik özel bakım merkezlerinin açılış izinlerinin verilmesi, çalışma şartları, personel standardı, denetlenmeleri, müeyyideleri, bakım hizmetlerinin kapsamı, başvuru, inceleme, kabul ile ücret tespiti ve ödemelerine ilişkin usul ve esaslar belirlenmektedir.

Yönetmeliğin tanımlar başlıklı 4 üncü maddesi uyarınca bakıma ihtiyacı olan engelli; Engellilik sınıflandırmasına göre engelliler için sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek durumda olduğu sosyal inceleme raporu ile belirlenen ve 2828 sayılı Kanunun Ek 7 nci maddesine göre ücreti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından karşılanan kişiyi ifade etmektedir.

Engelli bireylerin bakımı için yatılı veya gündüzlü hizmet veren, gerçek kişi ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılan sosyal hizmet kuruluşu statüsündeki özel bakım kuruluşlarının merkez, şube ve ek bina açma başvuru ve değerlendirme işlemleri, istenen belgeler, merkez adı, bina ve çevre durumu, merkezin bölümleri, hizmete başlama, devir ve nakil, kapatma işlemleri Yönetmeliğin 4 ilâ 22 inci maddeleri arasında düzenlenmiştir.

Kuruluşun merkez personelinin nitelikleri, istenen belgeler, görev, yetki, sorumlulukları, çalıştırılması, değişmesi, izne ayrılması, görevden ayrılması, hizmet içi eğitim ile stajyer öğrencilerle ilgili işlemler Yönetmeliğin 28 ilâ 40 ıncı maddelerinde düzenlenmiştir.

Kuruluşun denetimi, müeyyideler, doğrudan kapatma, kapatma işlemleri ve personelin suç işlemesi hallerinde uygulanacak usul ve esaslar ise Yönetmeliğin 59 ilâ 63 üncü maddelerinde düzenlenmiştir.

3.1.1.3.8. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik

Yönetmelikle, çocuklar için özel gereksinim raporu ile çocuklar için terör, kaza ve yaralanmaya bağlı durum bildirir sağlık kurulu raporunun alınışı, geçerliliği, değerlendirilmesi ve bu raporları verebilecek yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarının tespiti ile

ilgili usul ve esaslar belirlenmekte ve çocuklar ile ilgili özel gereksinim alanlarının belirlenmesine ilişkin ortak bir uygulama alanı geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Yönetmelik, çocuklar için özel gereksinim raporu, çocuklar için terör, kaza ve yaralanmaya bağlı durum bildirir sağlık kurulu raporu ve bu raporları verebilecek yetkili sağlık kurum ve kuruluşlarını ve özel gereksinimlerle ilgili hususları kapsamaktadır.

Çocuklar için özel gereksinim raporu, Sağlık kurulunca hazırlanan çocuğun özel gereksinimlerini belirten belgeyi ifade etmektedir.

3.1.1.3.9. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik

Yönetmelikle, fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esaslar düzenlenmektedir.

Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsamaktadır.

Sağlık kuruluşlarının türleri ve açılması ile personel standartları Yönetmeliğin 5 ilâ 14 üncü maddelerinde düzenlenmektedir.

Sağlık kuruluşunun fiziki alt yapı standardı ve donanımına ilişkin usul ve esaslar 15 ilâ 18, evde bakım hizmeti çalışma usul ve esasları ise 19 ilâ 23 üncü maddelerinde düzenlenmektedir.

Sağlık kuruluşunun denetimi 29 uncu maddede;

“Sağlık kuruluşlarının denetimi; Müdürlük tarafından oluşturulan bir hekim, bir hemşire olmak üzere en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir.

Olağan denetimler, şikâyet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, en az altı ayda bir yapılır. Denetimlerde Ek-7’de yer alan Denetleme Formu kullanılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar Müdürlüğe ait teftiş ve denetim defterine yazılır.

Olağan denetimler, düzenli aralıklarla gerçekleştirilir. Bu denetimlerde tespit edilen eksiklikler için, denetim formunda eksikliğin giderilmesi için verilecek süre sütununda belirlenen süreler verilir. Bu süre içerisinde, belirlenen eksikliğini gidermediği tespit edilen sağlık kuruluşuna, denetim formunda eksikliğin devamında verilecek faaliyet durdurma süresinde belirlenen süre boyunca faaliyet durdurması uygulanır. Bu şekilde faaliyeti geçici olarak durdurulan sağlık kuruluşu, verilen süre sonunda; süresiz durdurulan ise üç ay

içerisinde eksikliklerini gidermediği takdirde sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi iptal edilip geri alınır.

Denetimlerde, Denetim Formundaki birden çok eksikliğin aynı anda tespit edildiği durumlarda, eksikliklerin giderilmesi için tanınacak süre veya eksiklikler giderilmediğinde uygulanacak faaliyeti durdurma süresi, Formda belirlenen en uzun süredir.

Sağlık kuruluşunun görevlendirdiği hekim dışı sağlık personeli tarafından hastaya verilen evde bakım hizmetleri; Müdürlük tarafından görevlendirilecek bir sağlık personeli başkanlığında; tabip odası temsilcisi ile hekim dışı sağlık personeli temsil eden derneklerden bir temsilciden oluşturulacak bir ekip ile denetlenir. Denetim, şikâyet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere en az üç ayda bir, her bir sağlık kuruluşu tarafından en az iki hastaya verilen hizmet yerinde denetlenir. Denetim sonucu bir rapor hazırlanarak Müdürlüğe sunulur. Rapor Müdürlük tarafından değerlendirilerek sağlık kuruluşu hakkında mevzuat doğrultusunda gerekli işlemler uygulanır.

Denetim formunda belirtilen geçici süreli kapatmalarda, sağlık kuruluşunun hizmet verdiği hastalar bilgilendirilir. Hastaların talep etmeleri halinde, sağlık kuruluşunun teklif edeceği ve Müdürlük tarafından uygun görülen bir özel sağlık kuruluşunun gözetiminde hastaya geçici olarak hizmet verilmeye devam edilir. Bu hizmet ile ilgili olarak sağlık kuruluşu tarafından hastadan ek bir ücret talep edilemez ve yapılacak tüm harcamalar geçici süreli kapatılan sağlık kuruluşu tarafından karşılanır.” Şeklinde düzenlenmiştir.

Sağlık kuruluşları ile personelin uymak zorunda oldukları kurallar ve yasaklar 31 inci maddede düzenlenmiştir.

3.1.1.3.10. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik

Yönetmelikle, yaşamını sürdürdüğü mekânda sağlık hizmetine ihtiyacı olduğu tespit edilen bireylere hizmet standartlarına uygun şekilde mahallinde yapılması mümkün olan tıbbi hizmetlerin sunulmasına dair usul ve esasları belirlenmektedir.

Evde sağlık hastası, tanısı konmuş hastalıklar sebebiyle cihaza, yatağa veya eve bağımlı olan ve/veya yaşlılığından dolayı sağlık hizmetine ulaşımında zorluk yaşayan, yaşadığı mekânda evde sağlık hizmeti alma talebinde bulunan ve bu talebi uygun görülen bireyi ifade etmektedir. Evde sağlık hizmeti (ESH) ise tanısı konulmuş hastalıklar sebebiyle yatağa, cihaza veya eve bağımlı bireylere yaşamını sürdürdüğü mekânda yapılması mümkün olan tıbbi hizmeti ifade etmektedir.

Evde sağlık hizmeti sunumunun usul ve esasları Yönetmeliğin 19 ilâ 26 ncı maddelerinde düzenlenmektedir.

Denetim ve sorumluluk Yönetmeliğin 28 inci maddesinde;

“(1) Evde sağlık hizmet birimlerinin açılış işlemlerini yürütmeye yetkili müdürlük tarafından, değerlendirme yapmak amacıyla en az birisi hekim olmak üzere yetkilendirilen üç sağlık personelinin yer aldığı ekip kurularak yılda en az iki kez rutin denetim yapılır. Gerektiğinde Bakanlık tarafından görevlendirilen personel tarafından denetim yapılabilir.

(2) Denetim sırasında kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetici ve görevli memurları ile çalışanları; denetim için yetkilendirilen personelin görevlendirildikleri konularda, bilgi işlem sistemleri, raporlama araçları, internet, intranet ve benzeri ağlar ile veri tabanlarına erişimini sağlamak, elektronik, manyetik ve benzeri her türlü elektronik bilgi iletişim bilgileri ve kayıtları denetim için yetkilendirilen personele göstermek ve incelemesine yardımcı bulunmak zorundadır.

(3) Üç nüsha hazırlanan denetim raporunun bir örneği Genel Müdürlüğe gönderilir bir örneği denetim yapılan birimde veya sağlık tesisinde bırakılır bir örneği ise müdürlükçe saklanır.

(4) Denetim sırasında tespit edilen aksaklık ve uyumsuzluklar denetim defterine yazılır ve giderilmesi için ilgili birime veya sağlık tesisine azami bir ay süre verilir. Bu süre sonunda tespit edilen aksaklık ve uyumsuzluklarının giderilip giderilmediği yönünde müdürlükçe rutin denetimler dışında ayrıca bir denetim daha yapılır ve sonuçlar eş zamanlı olarak Genel Müdürlüğe de bildirilir. Tespit edilen aksaklık ve uyumsuzlukların düzeltilmesinden denetlenen ilgili birim veya sağlık tesisi ile müdürlük birlikte sorumludur. Uyumsuzluk ve aksaklıkların giderilmemesi durumunda birim veya sağlık tesisi yazı ile uyarılarak on beş gün ek süre verilir. Verilen süre içinde, birim veya sağlık tesisi tespit edilen uyumsuzluk ve aksaklıkları düzeltmek zorundadır.” Şeklinde düzenlenmiştir.

3.1.1.3.11. Sosyal Hizmet Kuruluşlarında Bakımı Sağlanan Engelli ve Yaşlı

Bireylere Harçlık Ödenmesine İlişkin Yönetmelik

Yönetmelikle, sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden her ne ad altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlananlar ile uzun vadeli sigorta kolları açısından zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışanlar hariç olmak kaydıyla, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının sosyal hizmet kuruluşları ile Darülaceze Müessesesinde ücretsiz bakılan veya bakım ücreti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından ödenerek özel sosyal hizmet kuruluşlarında bakımı sağlanan ya da Aile ve Sosyal

Politikalar Bakanlığınca yardım yapılmak suretiyle desteklenen resmî sosyal hizmet kuruluşlarında verilen bakım hizmetinden yararlanıp da Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının sosyal hizmet kuruluşlarında verilen bakım hizmetinden ücretsiz yararlanmaya ilişkin koşulları haiz olan yaşlılara ve engelli bireylere aylık harçlık ödenmesine ilişkin usul ve esaslar düzenlenmektedir.

Harçlık ödenecek kişiler, 4 üncü maddede; sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden her ne ad altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlananlar ile uzun vadeli sigorta kolları açısından zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışanlar hariç olmak kaydıyla;

- “a) Bakanlık sosyal hizmet kuruluşlarında ücretsiz kalan engelli ve yaşlı bireylere,*
b) Bakanlıkça yardım yapılmak suretiyle desteklenen resmî sosyal hizmet kuruluşlarında kalan engelli ve yaşlı bireylerden Bakanlığın sosyal hizmet kuruluşlarında verilen bakım hizmetinden ücretsiz yararlanmaya ilişkin koşulları haiz olanlara,
c) Darülaceze Müessesesince ücretsiz bakılan engelli ve yaşlı bireylere,
ç) Bakım ücreti Bakanlık tarafından ödenerek veya Bakanlıkça ücretsiz kontenjandan yararlandırılarak özel sosyal hizmet kuruluşlarında bakımı sağlanan engelli ve yaşlılar” olarak belirtilmiştir.

Harçlık miktarı Yönetmeliğin 5 inci maddesinde düzenlenmiştir. Anılan hükme göre ilgililere, her yıl merkezî yönetim bütçe kanunu ile belirlenecek miktar üzerinden hiçbir kesinti yapılmaksızın aylık net harçlık ödenmektedir.

3.1.1.3.12. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

Yönetmeliğin amacı, yataklı tedavi kurumlarında çeşitli hizmetlerin uygulama esaslarını, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek ve modern çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, kaliteli ve ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır.

Yoğun bakım ve reanimasyon hizmetleri, Yönetmeliğin 16 ncı maddesinde;

“Yoğun bakım ve reanimasyon hizmetlerinin yapıldığı yerler; tabib ve hemşire hizmetleri ile diğer teknik, sağlık ve laboratuvar hizmetleri bakımından sürekli olarak gözlem ve kontrol altında bulundurulması gereken hayati tehlike içindeki hastaların, bakımlarının sağlandığı yataklı bakım üniteleridir. Burada hayati fonksiyonları izleyecek ve gerektiğinde destekleyecek cihazlar bulundurulur. Hemşire ve diğer gerekli görülen personelin çalışmaları 24 saat görev yapacak şekilde düzenlenir.

Yoğun bakımda hizmetlerin düzenli bir şekilde yürütülmesinden o yoğun bakımın fonksiyonuyla ilgili klinik ve bu kliniğin bir uzmanı sorumludur. Şayet yoğun bakımda çeşitli kliniklere ait yataklar bulunuyorsa bu takdirde baştabibin seçeceği bir veya daha fazla uzman burada görevlendirilir. Bunlar gerekli hallerde ilgili dal uzmanı ile birlikte hastaların takip ve tedavisini yaparlar.

Yataklı tedavi kurumlarının fonksiyonlarına uygun şekilde açılacak yoğun bakım üniteleri, baştabibin teklifi ve Valilik onayı ile kurulur ve tescil için Sağlık Bakanlığına bildirilir.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

3.1.1.3.13. Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliği

Yönetmeliğin amacı, Sağlık Meslekleri Kurulunun görevleri ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir. Yönetmelik, Sağlık Meslekleri Kurulu ile Türkiye’de meslek icra yetkisine sahip tüm sağlık meslek mensuplarını kapsamaktadır.

Yönetmeliğin 10 uncu maddesi aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir;

“(1) Meslek icrası esnasında neticesini öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır derecede olmayan özürüllüğüne sebebiyet veren sağlık meslek mensubunun Kurul kararıyla üç aydan bir yıla kadar meslekten geçici menine karar verilir. Bu fiillerin beş yıl içinde tekrarı halinde verilecek cezalarda alt ve üst sınırlar iki katı olarak uygulanır.

(2) Meslek icrası esnasında neticesini öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır özürüllüğüne veya ölümüne sebebiyet verdiği tespit edilenler çalıştıkları sağlık kuruluşu ve/veya il/ilçe sağlık müdürlüğü tarafından Kurula haber verilir. Kurul kararıyla sağlık meslek mensubunun bir yıldan üç yıla kadar meslekten geçici menine karar verilir. Bu fiillerin beş yıl içinde tekrarı halinde meslekten sürekli men kararı verilir.”

3.1.1.3.14. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

Yönetmelikte önemli değişiklikler yapılmış ve değişiklikler 19/04/2025 tarih ve 32875 sayılı Resmî Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Önceki yönetmelik ise tamamıyla yürürlükten kaldırılmıştır.

Soruşturma konusu olaylar gerçekleştiğinde yürürlükte olması nedeniyle mülga 15/2/2008 tarihli ve 26788 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi

Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğinin kısaca ilgili maddeleri aktarılacaktır.

Yeni Yönetmeliğin 19 uncu maddesinin sekizinci ve dokuzuncu fıkraları 1/7/2025 tarihinde, 18 inci maddesinin ikinci fıkrası ve 34 üncü maddesinin üçüncü fıkrası 1/1/2026 tarihinde, diğer hükümleri yayımı tarihinde yürürlüğe girecektir.

3.1.1.3.14.1. 15/2/2008 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

Yönetmelik, ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunulan özel sağlık kuruluşları ile bu kuruluşların işletenlerini kapsamaktadır.

(2) Ancak,

a) 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun kapsamında müstakil olarak açılan kuruluşlar, 19/3/1927 tarihli ve 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyojoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu kapsamında müstakil olarak açılan kuruluşlar ve diyaliz merkezleri gibi ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunmakla beraber konusunda özel düzenleme bulunan sağlık kuruluşları ,

b) İstihdam ettikleri personele veya bakımından sorumlu oldukları kişilere yönelik ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunmak üzere kurulan kurum hekimliği, işyeri hekimliği, mediko-sosyal ve benzeri nitelikteki birimler,

Yönetmelik kapsamında değildir.

Bu Yönetmelik kapsamında bulunan sağlık kuruluşları türleri tıp merkezi, poliklinik ve muayenehanelerdir.

Yönetmeliğin 6 ncı maddesinde tıp merkezi, 7 inci maddesinde poliklinik ve muayenehanenin tanımı ve özellikleri, 8 inci maddesinde ise sağlık kuruluşu açmaya ve işletmeye yetkili kişiler düzenlenmiştir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarının planlanması, yer seçimi, ön izin, bina durumu, ruhsatname ve teknik inceleme ekibine ilişkin hükümler Yönetmeliğin 9 ilâ 15 inci maddelerinde düzenlenmiştir.

Sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esasları Yönetmeliğin 21 ilâ 26 ncı maddelerinde düzenlenmiştir.

Yönetmelik kapsamındaki sağlık kuruluşlarının uyması gereken hükümler Yönetmeliğin 31 inci maddesinde;

“(1) Sağlık kuruluşu işletenleri ile mesul müdürleri, aşağıda belirtilen hususlara uymak zorundadır:

- a) Ruhsatname almadan faaliyet gösterilemez.
- b) Ruhsatnameye esas bina haricinde tamamen veya kısmen başka yerde tıbbi hizmet verilemez.
- c) Sağlık kuruluşunda, adlarına çalışma belgesi düzenlenmeyen sağlık çalışanları görev yapamaz.
- ç) Sağlık kuruluşunda, tabip unvanı kazanmamış intern, stajyer öğrenciler ve ilgili mevzuat hükümlerine göre çalışma yetkisi bulunmayan sağlık çalışanları ile gerekli izinleri olmayan sağlık çalışanları görev yapamaz.
- d) Ruhsatnamede belirtilen uzmanlık dalları haricindeki diğer uzmanlık dallarına ait araç ve gereçler bulundurulamaz.
- e) Sağlık kuruluşunun dış tabelalarında, ruhsatnamede belirtilen uzmanlık dalları haricinde başka uzmanlık dalı ve/veya başka ibareler yazılamaz.
- f) Sağlık kuruluşu bir şirket tarafından açılmış ise, şirketin faaliyetine giren diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz.
- g) 1219 sayılı Kanunun 8 inci ve 10 uncu maddeleri uyarınca tabipler, tıp diplomalarının veya uzmanlık belgelerinin onlara verdiği yetkiler haricinde mesleklerini yürütemez. Sertifika, yüksek lisans veya doktora belgesine dayanılarak, bir başka tıp dalının görev alanına giren işlerin uzmanı olduğu ilan edilerek meslek yürütülemez ve bu tür belgeler mesleğin icrasında uzmanlık belgesi olarak kullanılamaz.
- ğ) Tabip harici sağlık çalışanı, ilk yardım ve acil tıbbi müdahaleler hariç olmak üzere, tabip kararı ve talimatı olmaksızın hangi surette olursa olsun hastalara doğrudan tıbbi hizmet sunamaz. Tabip harici sağlık çalışanının, bu kurala aykırı olarak sunduğu hizmetlerden doğan neticelerden kendisi ile birlikte, mesul müdür ve işleten sorumludur.
- h) Sağlık kuruluşundaki herhangi bir faaliyet alanı veya birim, yetkisi olmayan kişiler tarafından kullanılamaz.
- ı) Binanın dış cephesinde, sağlık kuruluşunun isminin ve ruhsatnamede belirtilen uzmanlık dallarının yazılı olduğu tabelalardan başka bir tabela yer alamaz. Sağlık kuruluşu veya hizmetleri ile ilgili 29 uncu maddeye uygun olmayan yazı, ilan veya tanıtım veya reklam benzeri ibarelerin olduğu materyaller bulundurulamaz ve dağıtılamaz.
- i) Tıp merkezi bünyesinde dış tabipliği hizmeti verilse bile, dış tabibi sağlık kuruluşunun mesul müdürü olamaz.
- j) Tıp merkezlerinde, 38 inci madde uyarınca yayımlanan tebliğde belirtilenler haricindeki cerrahi müdahaleler yapılamaz.

k) Tıp merkezlerinde ruhsatnamede yazılı cerrahi uzmanlık dalları dışındaki uzmanlık dallarının cerrahi müdahaleleri yapılamaz.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

Yönetmeliğin 32 inci maddesinde denetime ilişkin hükümler düzenlenmiştir.

Yönetmeliğin 33 üncü maddesinde ruhsatnamenin geri alınması hükümleri;

“(1) Aşağıdaki durumlarda sağlık kuruluşunun ruhsatnamesi geri alınarak geçersiz sayılır:

a) Denetimler sonucunda tespit edilen eksiklikler ve/veya uygunsuzluklar EK-6'daki denetim formunda belirlenen süreler içerisinde giderilmediği için sağlık kuruluşunun faaliyetinin, tamamında geçici olarak durdurulmasına rağmen, faaliyet durdurma tarihinden itibaren en geç üç ay içinde eksiklikler ve/veya uygunsuzlukların giderilmemesi durumunda veya,

b) Sağlık kuruluşunun faaliyetinin, bir kısmında veya tamamında geçici olarak durdurulmasına rağmen, hasta kabulüne devam edilmesi halinde.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

3.1.1.3.14.2. 19/04/2025 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

Yönetmeliğin amacı, etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarının hizmet, tıp teknolojisi, tesis ve personel standartlarının belirlenmesine, teşkilatlandırılmasına, planlamasına ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, kapatılmalarına ve denetimlerine ilişkin usul ve esasların düzenlenmesidir.

Yönetmelik; ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunulan tıp merkezi, poliklinik, fizik tedavi ve rehabilitasyon müessesesi ile muayenehaneyi kapsamaktadır.

Yönetmelik kapsamında açılacak sağlık kuruluşlarının temel özellikleri 5 inci maddede;

“(1) Sağlık kuruluşu, bu Yönetmelikte asgari olarak öngörülen bina, hizmet ve personel standartlarını haiz olmak kaydıyla bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla hastalara ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunar. Sağlık kuruluşunda asgari olarak bulunması gereken tabip sayıları şunlardır:

a) Tıp merkezi, en az iki farklı uzmanlık dalında olmak üzere en az beş uzman tabip kadrosuyla açılır ve faaliyette bulunur.

b) Poliklinik, en az iki, en çok dört tabip kadrosu ile faaliyette bulunur.

c) Müessesede, yalnızca fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlık dalında asgari bir uzman tabip çalışır.

(2) Tıp merkezi personeline, hastalara ve hasta yakınlarına hizmet vermek ve işletilmek üzere kafeterya, kantin gibi kısımlar kurulabilir veya bunların işletilmesi için hizmet satın alınabilir veya bu hizmetler başkalarına gördürülebilir. Bu kısımlar, tıbbi hizmet birimlerinin bulunduğu yerler ile hasta tedavi ve istirahatini engelleyecek yerlerde kurulamaz.

(3) Sağlık kuruluşu binası içinde hiçbir surette başka amaca yönelik işyeri bulunamaz ve içerisindeki bir bölüm, ikinci fıkrada yer alan işletmeler dışındaki bir amaçla faaliyet göstermek üzere üçüncü kişilere kiralanamaz veya herhangi bir şekilde devredilemez.

(4) Tıp merkezi, poliklinik ve müessese binalarının ilgili mevzuatı kapsamında deprem ve itfaiye raporunun bulunması zorunludur.

(5) Tıp merkezi ruhsatlandırıldığı tarihten itibaren en geç üç yıl içinde TÜSKA'dan akreditasyon belgesi almak zorundadır. Akreditasyon belgesi alamayan tıp merkezine, hastaların görebileceği şekilde “Bu tıp merkezinin TÜSKA akreditasyon belgesi yoktur” ibareli Ek-16'da belirlenen standartlara uygun bilgilendirme tabelasının asılması zorunludur. Bakanlık tarafından TÜSKA akreditasyon belgesi olmayan tıp merkezi, her yıl ocak ayında Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirilir.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

Sağlık kuruluşunun tıbbi hizmet birimleri ve nitelikleri Yönetmeliğin 6 ncı maddesinde ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Planlama, ön izin ve ruhsat işlemleri Yönetmeliğin 8 ilâ 13, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esasları ise 18 ilâ 23 üncü maddelerinde düzenlenmiştir.

Sağlık kuruluşu işletenleri ile mesul müdürlerinin uymakla yükümlü olduğu hususlar Yönetmeliğin 28 inci maddesinde;

“a) Ruhsat/uygunluk belgesi almadan faaliyet gösterilemez.

b) Ruhsata esas bina haricinde tamamen veya kısmen başka yerde tıbbi hizmet verilemez.

c) Sağlık kuruluşunda, adlarına çalışma belgesi düzenlenmeyen sağlık personeli görev yapamaz.

ç) Sağlık kuruluşunda, tabip ünvanı kazanmamış intörn, stajyer öğrenciler ve ilgili mevzuat hükümlerine göre çalışma yetkisi bulunmayan sağlık personeli ile gerekli izinleri olmayan sağlık personeli görev yapamaz.

d) Ruhsatta/faaliyet izin belgesinde/uygunluk belgesinde belirtilen uzmanlık dalları haricindeki diğer uzmanlık dallarına ait araç ve gereçler bulundurulamaz.

e) Sağlık kuruluşu bir şirket tarafından açılmış ise, şirketin faaliyetine giren diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz.

f) 1219 sayılı Kanunun 8 inci ve 10 uncu maddeleri uyarınca tabipler, tıp diplomalarının veya uzmanlık belgelerinin verdiği yetkiler haricinde mesleklerini yürütemez. Sertifika, yüksek lisans veya doktora belgesine dayanılarak, bir başka tıp dalının görev alanına giren işlerin uzmanı olduğu ilan edilerek meslek yürütülemez ve bu tür belgeler mesleğin icrasında uzmanlık belgesi olarak kullanılamaz.

g) Tabip harici sağlık personeli, ilk yardım ve acil tıbbi müdahaleler hariç olmak üzere, tabip kararı ve talimatı olmaksızın hangi surette olursa olsun hastalara doğrudan tıbbi hizmet sunamaz. Tabip harici sağlık personelinin, bu kurala aykırı olarak sunduğu hizmetlerden doğan neticelerden kendisi ile birlikte, mesul müdür ve işleten sorumludur.

ğ) Sağlık kuruluşundaki herhangi bir faaliyet alanı veya birim, yetkisi olmayan kişiler tarafından kullanılamaz.

h) Tıp merkezi bünyesinde dış tabipliği hizmeti verilse bile, dış tabibi sağlık kuruluşunun mesul müdürü olamaz.

ı) Tıp merkezinde, bu Yönetmelikte belirlenenler haricindeki cerrahi müdahaleler yapılamaz.

i) Tıp merkezinde, faaliyet izin belgesinde/uygunluk belgesinde yazılı cerrahi uzmanlık dalları dışındaki uzmanlık dallarının cerrahi müdahaleleri yapılamaz.

j) Optisyonluk müessesesinin bulunduğu bina ve bahçesi ile müştemilatı içinde ilgili mevzuatına aykırı olarak göz hastalıkları uzmanının mesleğini icra ettiği muayenehane ve diğer sağlık kuruluşları faaliyet gösteremez.

k) Serbest eczane bulunan bina ve bahçesi ile müştemilatı içinde 12/4/2014 tarihli ve 28970 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik hükümlerine aykırı şekilde sağlık kuruluşu açılmaz.

l) Ismarlama protez ve ortez merkezinin bulunduğu bina ve bahçesi ile müştemilatı içinde ilgili mevzuatına aykırı olarak ortopedi ve travmatoloji uzmanının mesleğini icra ettiği muayenehane açılmaz.

m) İşitme cihazı merkezinin bulunduğu bina ve bahçesi ile müştemilatı içinde ilgili mevzuatına aykırı olarak kulak burun boğaz hastalıkları uzmanının mesleğini icra ettiği muayenehane açılmaz.

n) Sağlık kuruluşunda bulunan tıbbi cihazların düzenli olarak bakım, kontrol ve kalibrasyonu yapılır. Düzenli olarak bakım, kontrol ve kalibrasyonu yapılmayan tıbbi cihazlar kullanılamaz.

o) Bu Yönetmelikte hizmet alımına izin verilmiş hizmetler dışında sağlık kuruluşunun ruhsatında/uygunluk belgesinde/faaliyet izin belgesinde yer alan uzmanlık dallarındaki klinik hizmetler ve diğer hizmetler üçüncü kişiler eliyle gördürülemez.

ö) Sağlık kuruluşunda bulunan ilaç ve tıbbi ürünler kuruluş dışına satılamaz.

p) Sağlık kuruluşu faaliyette bulunurken ruhsatında/uygunluk belgesinde bulunmayan uzmanlık dallarında hasta kabul veya tedavi edemez.

r) Elektronik imza ve kaşeler ait olduğu personel dışında hiç kimse tarafından kullanılamaz.

s) Özel izne tabi hizmet birimleri, Bakanlıktan izin almaksızın açamaz ve buralarda hizmet verilemez.

ş) Sağlık kuruluşunda konusu suç teşkil eden işlem yapılamaz.

t) Sağlık kuruluşunda hasta mahremiyeti ile hasta bilgilerinin gizliliği ihlal edilemez.

u) Acil sağlık hizmetleri ve ilgili mevzuatı gereği ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerinden mevzuat hükümlerine aykırı olarak ilave ücret alınamaz.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

Yönetmeliğin 29 uncu maddesi gereğince, sağlık kuruluşu; Ek-6’da yer alan denetim sorgu ve idari yaptırım formlarında belirtilen kriterlere göre denetlenmektedir.

Yönetmeliğin 30 uncu maddesinde tıbbi endikasyon ve uygulama denetimi, 31 inci maddesinde ruhsatın askıya alınması, 32 inci maddesinde ise ruhsatın iptaline ilişkin hükümler düzenlenmiştir.

Yönetmeliğin 35 inci maddesinde Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar hakkındaki müeyyideler;

“(2) Sağlık kuruluşunun herhangi bir biriminde veya kısmında hastaların tedavisini olumsuz etkileyecek bir eksikliğin tespiti halinde eksiklik giderilinceye kadar, toplumun veya sağlık hizmeti alanların sağlığını olumsuz etkileyeceği düşünülen durumların ortaya çıkması halinde bu durum ortadan kaldırılana kadar ilgili birimin faaliyeti Bakanlığın kararı üzerine Valilikçe durdurulur.

(3) Bu Yönetmelikte müeyyide öngörülmemekle birlikte fiilin niteliğine göre ilgili diğer mevzuatta belirlenen idarî ve cezaî müeyyideler uygulanır.”

Şeklinde düzenlenmiştir.

3.1.1.4. Tebliğler

3.1.1.4.1. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ

Tebliğin amacı, yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan yoğun bakım hizmetlerinin çağın gereklerine, günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi maksadıyla, yoğun bakım servislerinin personel ve hizmet kıstaslarını, fiziki şartlarını, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, bünyesinde faaliyet gösterdiği yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre yeniden seviyelendirilmelerini sağlamak ve bu birimlerde verilecek hizmetlere ilişkin uygulama usul ve esasları belirlemektir.

Tebliğin tanımlar başlıklı 4 üncü maddesinde yoğun bakım servisinin; *“Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibariyle hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı, fonksiyonel olarak, dahili yoğun bakım servisi, cerrahi yoğun bakım servisi, nöroyoğun bakım servisi, anestezi yoğun bakım servisi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım servisi, koroner yoğun bakım servisi, genel yoğun bakım servisi şeklinde adlandırılan erişkin, çocuk ve yenidoğan hasta birimlerini”* ifade ettiği belirtilmiştir.

Yenidoğan yoğun bakım servislerinin fiziki koşulları 8 inci maddede düzenlenmektedir. 8 inci maddenin (b) bendinde fiziki koşullar, *“Bünyesinde yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde; özellikle prematüre bebeği olan annelerin, taburcu olmadan önce, bebekleriyle birlikte kalabilecekleri ve tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde anne uyum odaları tahsis edilir. Bir anne uyum odasında en fazla üç yatak bulundurulabilir. Anne uyum odaları, normal hasta odaları ile aynı standartlara sahip olmalıdır. Bu odalarda, hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunur.”* Şeklinde düzenlenmiştir.

Tebliğin, “Sorumlu uzman tabip ve personel görevlendirilmesi” kenar başlıklı 17 inci maddesinin (c) bendinde; *“Birinci, ikinci ve üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabip bulunmaması durumunda tercihen yenidoğan yoğun bakım konusunda deneyimi olan bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı görevlendirilir.*

Dördüncü seviye (IV A ve IV B) yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabibin görevlendirilmesi zorunludur.” hükmü yer almaktadır.

21/08/2020 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanan Yenidoğan Yoğun Bakım Servislerinin Seviye Tespit, Denetim ve Değerlendirme Formu Tebliğin ekinde yer Ek-6 numarası ile yer almaktadır.

3.1.1.4.2. Sağlık Uygulama Tebliği

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansman ve uygulama esaslarını detaylı bir şekilde düzenlemektedir. Tebliğ, SGK’nın finansmanını sağladığı sağlık hizmetlerini, geri ödeme koşullarını, hizmet sunucularıyla ilişkileri ve katılım paylarını ayrıntılı şekilde belirlemektedir. SUT ile Sağlık hizmetlerinin kapsamı, fiyatlandırma kuralları ve ödeme yöntemleri belirlenir. Tebliğ, hizmet sunucuları ile SGK arasındaki ilişkileri netleştirirken, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilere sunulan hizmetlerin standartlarını ve ödeme esaslarını belirlemektedir.

Tebliğin amacı SGK tarafından karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirilmesidir.

SUT hükümleri 5510 sayılı Kanun ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişileri kapsamaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliği ilerleyen bölümlerde detaylı olarak incelenmektedir.

3.1.1.5. Genelgeler

3.1.1.5.1. Sağlık Bakanlığı 2018/7 sayılı Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesi

Sağlık Bakanlığı tarafından 26 Mart 2018 tarihinde yayımlanan Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesi aşağıdaki hususları içermektedir:

“Ülkemizde uygulamakta olduğumuz Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürüttüğümüz programlar sonucunda gerek anne gerekse bebek ölümlerinde önceki yıllarla

kıyaslanamayacak ölçüde büyük başarılar elde edilmiş, bebek ölüm hızı binde 10'un altına düşürülmüştür. Bu rakamları daha aşağı seviyelere düşürebilmek için her bir bebek ölümünü izleyerek nedenini ortaya çıkarmak ve aynı nedenlerle oluşabilecek ölümleri önlemek amacıyla kayıt ve bildirim sistemi uygulamaya konulmuş olup ülkemizde gerçekleşen perinatal ve bebek ölümlerinin tespiti ve incelemeleri bu kapsamda yapılmaktadır.

Bu çerçevede tespit ve incelemeler aşağıdaki usul ve esaslara göre yürütülecektir.

1) Bildirim kriterleri;

Bildirim ve incelemesi yapılacak vakalar:

a) "22 hafta ve üzeri veya 500 gram ve üzeri" "ölü doğumlar",

b) Gebelik süresi ve doğum ağırlığından bağımsız olarak canlı doğup 0-364 (dâhil) gün içerisinde ölen bebekler,

c) Kurul kararıyla gerçekleştirilen gebelik tahliyelerinden, (b) ve (c) bendinde belirtilen kriterlerde olan vakalar,

Bildirimi Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) mevzuatı kapsamında yapılacak, ancak incelenmeyecek vakalar;

a) 1-4 yaş çocuk ölümleri (365-1825 gün)

2) Bildirim şekli;

Bildirimler ölümün gerçekleştiği il tarafından yapılacaktır. Bildirimler Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) mevzuatı çerçevesinde Ölümün gerçekleştiği 3 (üç) iş günü içinde ilgili sağlık kuruluşunca ÖBS'ye girilecek ayrıca aynı süre içinde Ek-1 de yer alan Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu ile de il sağlık müdürlüğüne (İSM) gönderilecektir.

3) İzleme sistemi sorumluları ve görevleri;

a) Her ilde bir "İl Bebek Ölümlerini İzleme Sorumlusu" belirlenecek olup (Halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısı ya da çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı birim sorumlusunun görevlendirilmesi tercih edilmelidir), sistemin yürütme ve sekreteryaya işlemlerinden sorumlu olacaktır.

b) Ayrıca sistemin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi amacıyla İSM tarafından biri hekim olmak üzere yeterli sayıda personel bu konuda çalışmak üzere görevlendirilecektir. Görevlendirilen hekim. Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunun her toplantısına katılımsağlayacak, incelemeleri tamamlanarak ÖBS arayüzüne girişi yapılan inceleme sonuçlarının kontrol ve onaylama işlemlerini yapacaktır.

c) Her ilçede, ilçe sağlık müdürü ya da toplum sağlığı merkezi (TSM) başkanı Bebek Ölümleri İnceleme Kurulu tarafından yapılacak değerlendirmede kullanılacak olan ve Ek-1'de yer alan Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu, gebe ve bebeğin birinci basamakta

gerçekleştirilen izlem ve işlemleri, ailenin sosyo-ekonomik durumuna dair bilgiler ile İSM’ce talep edilecek diğer belge ve bilgileri en kısa sürede temin edip göndermekle/gönderilmesini sağlamakla yükümlüdür. Ayrıca bölgesinde, sağlık kuruluşu dışında (evde, yolda v.b.) meydana gelen ölüm olması halinde Ek-4’te yer alan Sözel Otopsi Formunun hazırlanıp gönderilmesini sağlayacaktır.

ç) Aile hekimleri sorumlu oldukları nüfusta perinatal ve bebek ölümü olduğunda Ekl’de yer alan Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunu Ek-2’de yer alan doldurma kılavuzundan yararlanarak dolduracaktır. Form ile birlikte gebe ve bebeğin birinci basamakta gerçekleştirilen izlem ve işlemlerini, ailenin sosyo-ekonomik-kültürel durumuna dair bilgileri ve İSM’ce talep edilecek diğer belge ve bilgileri en kısa sürede temin edip bağlı bulunduğu ilçe sağlık müdürlüğüne ya da TSM’ye gönderecektir.

d) Bakanlığımıza bağlı her hastanede "Bebek Ölümleri İzleme Sorumlusu" olarak bir personel belirlenecektir, Bu personelce, ölümün gerçekleştiği 3 (üç) iş günü içinde, ölümü tespit eden hekim tarafından Ek-2’de yer alan kılavuzundan yararlanılarak doldurulan Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu ile bebek ve gebenin hastanede yatışlarına dair epikriz formu İSM’ye bildirilecektir. Ayrıca İSM’ce talep edilebilecek ek bilgi ve belgeler de ivedilikle gönderilecektir. Ölü doğum ve bebek ölümü ayrımının doğru yapılabilmesi için özellikle aynı gün içinde gerçekleşen ölümlerde, doğum ve ölüm saati ile ölüm nedenlerinin, hem Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunda hem de ÖBS ne girişlerde doğru şekilde girilmesine azami dikkat edilecektir. Yenidoğan epikriz formu olarak Ek-6 kullanılacaktır.

e) 112 acil sağlık hizmet birimleri, sevk sırasında meydana gelen ölü doğum ve bebek ölümlerini Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunu doldurarak, bebeğe ait kayıtlarla birlikte TSM’ye bildirecektir.

f) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesul müdür, muayenehanelerde ise hekim, bebek ölümlerini yukarıda anılan formlarla bildirmek, yatış ve izlemlere dair dokümanlarla talep edilen belgeleri göndermekle yükümlüdür.

g) Üniversite hastanelerinde başhekimlik, bebek ölümlerini bildirmek ve incelenmesi gereken belgeleri İSM’ye bildirmekle yükümlüdür.

ğ) ÖBS’de hem ölümün gerçekleştiği il’e, hem de ikamet edilen ile göre vakalar görülebildiğinden; ikamet edilen il tarafından vakaya ait birinci basamak kayıtlarıyla birlikte Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunun ihtiyaç duyabileceği gebeliğe, doğuma, varsa şevke ve bebeğe ait mevcut tüm bilgi ve belgeler ivedilikle ölümün gerçekleştiği ile bildirilecek, ayrıca başka belgeye ihtiyaç duyulursa da en kısa sürede bildirilecektir.

h) Ayrıca ikamet edilen il tarafından, başka ilde öldüğü ve ÖBS’de yer almadığı tespit edilen vakalarda; ölüm yeri netleştirildikten sonra ölümün gerçekleştiği il’e Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunun ihtiyaç duyacağı tüm bilgi ve belgeler ile ölümün gerçekleştiği ilin kurumlarında ölümü tespit edebilmeleri için gerekli bilgiler (bebeğin, annenin ve babanın adisoyadı, TC kimlik numarası, bebeğin doğum tarihi, bebeğin ölüm tarihi, ölüm yeri, ölümün gerçekleştiği kurumun adı vb) gönderilecektir.

ı) Ölümün gerçekleştiği ve incelemeyi yapan il, Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunun değerlendirmesinin ardından tespit ettiği durumları ve kararlarını bebeğin ikamet ettiği il’e de bildirecektir.

i) Sahada tespit edilen perinatal ve bebek ölümlerinin ÖBS’de olup olmadığının kontrolü ile Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğünce bildirilerek ÖBS’de raporlanan vakaların tespit ve incelemeleri il bebek ölümleri izleme sorumlusu tarafından takip edilecektir. ÖBS’de olmayan vakalar, İSM istatistik ve bilgi işlem birimine bildirilecek olup, sisteme kaydının yaptırılması bu birimce sağlanacaktır.

4) İnceleme;

Perinatal ve bebek ölümlerinin incelemesi ölümün gerçekleştiği il tarafından yapılacaktır. Ancak başka bir il’e tedavisi için sevk edilen ve yolda ölümlere uğrayarak, gönderilen kuruma ex duhul olarak gelen ölü doğum ve bebek ölümlerinde bildirim ve incelemeler ikamet edilen il tarafından yapılacaktır.

Sistemin kontrolü ve yürütülmesinden İSM sorumludur. Her ilde Bebek Ölümleri İnceleme Kurulu oluşturulacak ve bu kurul aşağıdaki üyelerden oluşacaktır;

A) İ6 ve üzeri illerde;

İl sağlık müdürü veya halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan başkanlığında;

a) Çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı hizmetlerinden sorumlu birim sorumlusu,

b) Sistem girişlerini kontrol ederek onaylayacak olan İSM bünyesinde yetkilendirilmiş bir hekim,

c) Kamu hastaneleri hizmetlerinden sorumlu başkanlıktan bir kişi (tercihen varsa hastane hizmetleri birimi sorumlusu)

ç) Sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanlıktan bir kişi (tercihen özel teşhis tedavi merkezleri ya da özel yataklı birimi sorumlusu)

d) Acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanlıktan bir kişi (tercihen acil sağlık hizmetleri birimi sorumlusu)

e) Halk sağlığı hizmetleri başkanlığı aile hekimliği birimi sorumlusu

f) Halk sağlığı hizmetleri başkanlığı toplum sağlığı birimi sorumlusu

g) *En az 1 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı (En fazla 3 uzman görevlendirilmeli ve varsa bu uzmanlardan biri üniversite, biri özel sektörde görev yapan hekimler arasından seçilmelidir)*

ğ) *Halk sağlığı hizmetleri başkanlığı izleme, değerlendirme ve istatistik birimi sorumlusu*

h) *Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı*

ı) *Aile sağlığı merkezinde görev yapan 1 aile hekiminden oluşturulacaktır.*

i) *Gerek görüldüğü hallerde Kurul Başkanı ihtiyaç duyulan uzmanlık dallarından hekimleri ve İSM birimlerini davet edebilir.*

j) *Gerek görüldüğü hallerde Kurul, incelemesini yaptığı vaka ile ilgili olan sağlık personelinin davet edebilir.*

k) *İlde üniversite varsa ilgili anabilim dallarından katılım sağlanabilir.*

B) *İ2-İ5 illerinde;*

İl sağlık müdürü veya halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan veya görevlendireceği başkan yardımcısı başkanlığında; (A) bendinde sayılan Kurul üyeleri ile toplanır. İhtiyaç duyulan hallerde birden fazla Bebek Ölümleri İnceleme Kurulu kurulabilir.

C) *İ1 illerinde;*

İlçe sağlık müdürü başkanlığında; (A) bendinde yer alan Kurul üyelerinin ilçe sağlık müdürlüğü düzeyinde temsilcileri ile Bebek Ölümleri İlçe İnceleme Kurulları kurulur. Oluşturulan bu kurulların çalışmaları 3 ayda bir il sağlık müdürü veya halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan veya görevlendireceği başkan yardımcısı başkanlığında, (A) bendinde yer alan üyelerle oluşturulan Bebek Ölümleri İnceleme Kurulunda değerlendirilir. Perinatal ve bebek ölümleri ile ilgili inceleme dışında kalan tüm iş ve işlemler İSM’ce yürütülecektir. Bu incelemelerin sonuçlarının sisteme giriş ve kontrolleri (3-b) bendinde belirtilen İSM personeline yapılır.

Bebek ölümleri inceleme kurulunun çalışma şekli ve dikkat edilecek hususlar;

a) *Kurul, en az ayda bir kez toplanacak ve her ölü doğum ile bebek ölümü kurulda ayrı ayrı incelenerek tüm vakaların incelemeleri takip eden ayın sonunda tamamlanacaktır.*

b) *İlde gerçekleşen tüm ölü doğum ve bebek ölümleri, (emin edilen belgelerle birlikte Ek- 3’de yer alan Bebek Ölümleri İnceleme Kurulu Çalışma Formuna uygun olarak incelenerek kurulca inceleme esnasında doldurulacaktır. Ayrıca her vakada bu formun ilk sayfası kurul üyelerince paraflanacaktır. İncelemelerde Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formunda yer alan bilgiler kontrol edilerek eksik ve hatalı bilgiler düzeltililecektir.*

c) *Bebek ölümlerinin değerlendirilmesinde; izlemler (gebe-bebek), doğum süreci, ölüme götüren süreçte daha önceki hastane yatışları, sağlık personeli muayeneleri ve yapılan işlemler, sosyal faktörler, ölüm nedenleri ve önlenebilirlik durumu ayrıntılı olarak incelenecektir. Her vaka için ölüm nedenleri ile önlenebilirlik durumu mutlaka karara varılacaktır. Ölümün önlenebilirlik durumunun belirlenmesi, hangi aşamada daha çok sorun yaşandığının tespit edilmesi ve bu alana özel müdahalelerin belirlenebilmesi için son derece önemlidir.*

ç) *Ölü doğumlarda ise gebe izlem, doğum süreci, masere ölü doğum ve taze ölü doğum aynının yapılması ile taze ölü doğumlarda resüsitasyon uygulanıp uygulanmadığı ve resüsitasyonun yeterliliğinin değerlendirilmesi yapılacaktır.*

d) *Kurul vakaların incelenmesi sonucunda; sorun ve aksaklıkların giderilmesi için, ilde tespit ettiği sorunlar ve çözüm önerilerine dair bir rapor hazırlayarak il sağlık müdürüne sunacaktır.*

e) *Ayrıca Kurul, sorun ve aksaklıklar için, gerek gördüğü hallerde ayrıntılı inceleme, gerekli işlemlerin ve müdahalelerin yapılmasını önerecektir. Konuyla ilgili il sağlık müdürü tarafından da uygun görülecek yasal işlemler uygulanacak ve uygulanan işlemler Bakanlığımıza da bildirilecektir.*

f) *Kurul üyesi olarak seçilen personelin İSM’ce belirlenen tarihlerde görevlendirilmesi için görev yaptığı kurum tarafından gereken kolaylık gösterilecek ve personelin bu görevinden dolayı kurulda geçirdiği süre için çalıştıkları kurumun ortalamasından ek ödeme yapılması sağlanacaktır.*

g) *Kurul toplantısı sonucunda Ek-5’de yer alan Bebek Ölümleri İnceleme Kurul Kararı Formu doldurularak imza altına alınacak, kurul üyelerince paraflanan çalışma formlarının ilk sayfaları bu forma eklenecektir. Kurul karar formları ve kurulda incelenen belgeler İSM’ce muhafaza edilecektir. Bakanlık tarafından talep edilmesi halinde bir örneği ibraz edilecektir.*

6) *İl değerlendirme kurulu üyeleri ve görevi;*

a) *İl sağlık müdürü başkanlığında, halk sağlığı hizmetleri, kamu hastaneleri hizmetleri, sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanların katılımı ile varsa tıp fakültesi dekanı/dekanları ve kurul başkanının uygun göreceği kişi ve birimlerin davet edilmesiyle yılda bir kez toplanacaktır.*

b) *Bir Önceki yıl verileri de göz önünde bulundurarak, ilde tespit edilen sorunlar değerlendirilecek, ilde alınması gereken tedbirler ve müdahale yöntemleri belirlenerek uygulanacaktır.*

c) Toplantı sonucunda oluşturulacak raporlar, Bakanlığımız Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilecektir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüince yapılacak değerlendirme sonucunda alınması gereken tedbirler, ilgili Bakanlığımız birimlerine bildirilecek ve ilgili birimlerce de gerekli düzenleme ve tedbirler uygulanacaktır.

7) Veri girişi ve Bakanlığa bildirimler;

a) Bebek ölümleri inceleme kurullarınca incelemeleri tamamlanan vakaların bildirim ve veri girişleri, ÖBS üzerinden, kullanıcı tanımlaması yapılan İSM personeli tarafından her ayın sonunda gerçekleştirilecektir.

b) İncelemesi tamamlanıp sistem üzerinden veri girişi yapılan vakalar İSM bünyesinde yetkilendirilmiş hekim tarafından 5 (beş) iş günü içinde kontrol edilerek onaylanacaktır. Onaylama işlemlerinin ardından vakalar kesinlik kazanacak, değerlendirme ve hesaplamalarda bu veri kullanılacaktır.

c) Otopsiye gönderilen vakalarda, otopsi raporları temin edilerek sonucunun sisteme girişi sağlanacaktır.

8) Sonuçların analizi ve duyurulması;

a) ÖBS üzerinden kaydı yapılan verilerin analizi aylık olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yapılacaktır.

b) Gerek görülen hallerde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından inceleme dosyaları ilden talep edilerek incelenebilecektir,

c) Mortalite ölçütlerinin hesaplanması ikamet edilen ile göre yapılacaktır. İller arasında vakanın ikamet ettiği yer ile ilgili uyumsuzluk olduğu durumlarda; ölümün gerçekleştiği tarihte hangi ilin aile hekimliği birimine kayıtlı ise o ilin ölümü olarak kabul edilecektir.

ç) Ölümlerin ülke, bölge ve il düzeyinde yorumlanmasında veya performans değerlendirmelerinde, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yıllık olarak açıklanarak Bakanlık merkez ve taşra birimleriyle paylaşılan bebek ve çocuk ölüm hızları kullanılacaktır.

9) Bakanlığımızca yayımlanan 2009/31 sayılı Genelge ile 2014/6 sayılı Genelge yürürlükten kaldırılmıştır.”

3.1.1.5.2. Sağlık Bakanlığı 2014/7 sayılı Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi

Bebek ve çocuk ölümlerini önlemeye yönelik yürütülen çalışmalar kapsamında, çocuk sağlığını tehdit eden hastalıkların tespiti büyük önem taşımaktadır. Yenidoğan Tarama Programı içerisinde yer alan konjenital hipotiroidi, fenilketonüri ve biyotinidaz eksikliği hastalıklarının taraması da çocuk sağlığı açısından önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir.

Genelgeyle, Yenidoğan Tarama Programının sağlıklı şekilde yürütülmesi ve bu faaliyetler sırasında ortaya çıkacak problemlerin çözülmesi amaçlanmaktadır.

3.1.1.5.3. Sağlık Bakanlığı 2021/11 sayılı Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulanması Genelgesi

Yenidoğan döneminde karşılaşılan sorunlardan birisi de yenidoğanın K vitamini eksikliği sonucu oluşan kanama bozukluğudur (hemorajik hastalık).

Genelgeyle, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında tüm yenidoğanlara K vitamini uygulanmasının sağlanması ve bu hususta personelin bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır.

3.1.1.5.4. Sağlık Bakanlığı 2010/27 sayılı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehber Genelgesi

Genelgeyle, ülkemizde her lohusanın doğum sonrası ilk 42 gün süresince izleminin sağlanması, komplikasyonlara karşı korunması, erken teşhis ve tedavisinin sağlanması, gerektiğinde sevk edilmesi ve annenin ilgili konularda bilgilendirilmesi amaçlanmış, 2008/80 sayılı Genelge ile uygulamaya konulan Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi Sağlık Bakanlığının Bilim Komisyonu ve uzman dernekler tarafından ulusal ve uluslararası güncel literatür bilgileri ışığında gözden geçirilerek revize edilmiştir.

3.1.1.5.5. Sağlık Bakanlığı 2010/45 sayılı Yoğun Bakım ve Yenidoğan Yoğunbakım Ünitelerinde Hizmet Sunumu ve İşleyiş Konusunda Genelge

Genelgeyle, yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet gösteren yoğun bakım ünitelerine hastaların yatırılması, takip ve tedavilerinin sağlanması, bu ünitelerden kurum içinde diğer kliniklere veya kurum dışına sevklerin yapılması, taburcu işlemleri ve benzeri konulardaki işleyiş ve bu işleyişe ait yetki ve sorumluluğu üstlenecek uzman tabibin belirlenmesinde oluşabilecek tereddütlerin giderilmesi ve uygulama birliğinin sağlanması amaçlanmıştır.

3.1.1.5.6. Sağlık Bakanlığı 2009/56 sayılı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi

Genelgeyle, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında; ülke genelinde yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi, yetersiz yatak kapasitesinin ihtiyacı karşılayabilecek düzeye çıkarılması ve bu birimlerin nitelik, personel ve donanım imkanları bakımından bünyesinde faaliyet gösterdikleri sağlık tesisi ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre yeniden yapılandırılarak seviyelendirilmeleri hedeflenmiş ve Sağlık Bakanlığınca daha önce yayımlanan 2007/73 ve 2008/53 sayılı genelgeler ile yoğun

bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin işleyiş ve standartlarına ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir.

3.1.1.5.7. Sağlık Bakanlığı 2009/22 sayılı Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Denetimi Genelgesi

Genelgeyle, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile özel ve üniversite hastanelerindeki tüm yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin standart formda denetlenmesi amaçlanmıştır.

3.1.1.5.8. Sağlık Bakanlığı 2007/39 sayılı Özel Hastanelerin Uzmanlık Dalı İlave İşlemleri Genelgesi

Sağlık Bakanlığı tarafından 25 Mayıs 2007 tarihinde yayımlanan Özel Hastanelerin Uzmanlık Dalı İlave İşlemleri Genelgesi ile 24.03.2004 tarih ve 4725/39 sayılı Genelge iptal edilmiş ve özel hastanelerin ruhsatlarına veya faaliyet izin belgelerine uzmanlık dallarının ilave edilmesi işlemlerinde yaşanan sorunların giderilmesi amacıyla işlemlerin uygulama usul ve esasları yeniden düzenlenmiştir.

3.1.2. Mevzuatın 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu Kapsamında İncelenmesi

Özel sağlık kuruluşlarının yenidoğan, çocuk, engelli ve yaşlılarla ilgili bakım servislerindeki uygulamaları sırasında yaşanan bir kısım olaylar 5237 Türk Ceza Kanununda yer alan bazı suçların işlendiği iddiasını gündeme getirmiştir. Bu suçlar madde numarası sırasına göre aşağıda değerlendirilmiştir.

3.1.2.1. Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi

5237 sayılı Kanunun 83 üncü maddesine göre, kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekmektedir. İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin; belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanuni düzenlemelerden veya sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması veya önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatı ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturması gerekmektedir.

Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilmektedir.

3.1.2.2. Verileri Hukuka Aykırı Olarak Verme veya Ele Geçirme

Verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme suçu Türk Ceza Kanununun 136 ncı maddesinde düzenlenmektedir. Anılan hükme göre, kişisel verileri hukuka aykırı olarak bir başkasına veren, yayan veya ele geçiren kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Suçun konusunun, Ceza Muhakemesi Kanununun 236 ncı maddesinin beşinci ve altıncı fıkraları uyarınca kayda alınan beyan ve görüntüler olması durumunda verilecek ceza bir kat artırılmaktadır. Ayrıca suçun, kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetki kötüye kullanılmak suretiyle veya belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle işlenmesi halinde verilecek ceza yarı oranında artırılmaktadır.

3.1.2.3. Dolandırıcılık

Dolandırıcılık suçu Türk Ceza Kanununun 157 nci maddesinde düzenlenmektedir. Anılan hükme göre, hileli davranışlarla bir kimseyi aldatıp, onun veya başkasının zararına olarak, kendisine veya başkasına bir yarar sağlayan kişiye bir yıldan beş yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası verilmektedir.

3.1.2.4. Nitelikli Dolandırıcılık

Dolandırıcılık suçunun nitelikli halleri Türk Ceza Kanununun 158 inci maddesinde sayılmaktadır.

Anılan hüküm;

“(1) Dolandırıcılık suçunun;

a) Dinî inanç ve duyguların istismar edilmesi suretiyle,

b) Kişinin içinde bulunduğu tehlikeli durum veya zor şartlardan yararlanmak suretiyle,

c) Kişinin algılama yeteneğinin zayıflığından yararlanmak suretiyle,

d) Kamu kurum ve kuruluşlarının, kamu meslek kuruluşlarının, siyasi parti, vakıf veya dernek tüzel kişiliklerinin araç olarak kullanılması suretiyle,

e) Kamu kurum ve kuruluşlarının zararına olarak,

f) Bilişim sistemlerinin, banka veya kredi kurumlarının araç olarak kullanılması suretiyle,

g) Basın ve yayın araçlarının sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle,

h) Tacir veya şirket yöneticisi olan ya da şirket adına hareket eden kişilerin ticari faaliyetleri sırasında; kooperatif yöneticilerinin kooperatifin faaliyeti kapsamında,

i) Serbest meslek sahibi kişiler tarafından, mesleklerinden dolayı kendilerine duyulan güvenin kötüye kullanılması suretiyle,

j) Banka veya diğer kredi kurumlarınca tahsis edilmemesi gereken bir kredinin açılmasını sağlamak maksadıyla,

k) Sigorta bedelini almak maksadıyla,

l) Kişinin, kendisini kamu görevlisi veya banka, sigorta ya da kredi kurumlarının çalışanı olarak tanıtmaya veya bu kurum ve kuruluşlarla ilişkili olduğunu söylemesi suretiyle,

İşlenmesi halinde, üç yıldan on yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezasına hükmolunur. Ancak, (e), (f), (j), (k) ve (l) bentlerinde sayılan hâllerde hapis cezasının alt sınırı dört yıldan, adli para cezasının miktarı suçtan elde edilen menfaatin iki katından az olamaz.

(2) Kamu görevlileriyle ilişkisinin olduğundan, onlar nezdinde hatırı sayıldığından bahisle ve belli bir işin gördürüleceği vaadiyle aldatarak, başkasından menfaat temin eden kişi, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır.

(3) Bu madde ile 157 nci maddede yer alan suçların, üç veya daha fazla kişi tarafından birlikte işlenmesi hâlinde verilecek ceza yarı oranında; suç işlemek için teşkil edilmiş bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi hâlinde verilecek ceza bir kat artırılır.” Şeklinde düzenlenmiştir.

3.1.2.5. Resmî Belgede Sahtecilik

Resmî belgede sahtecilik suçu Türk Ceza Kanununun 204 üncü maddesinde düzenlenmiştir. Hükme göre bir resmî belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir resmî belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren veya sahte resmî belgeyi kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Görevi gereği düzenlemeye yetkili olduğu resmi bir belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren, gerçeğe aykırı olarak belge düzenleyen veya sahte resmî belgeyi kullanan kamu görevlisi ise üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Resmî belgenin, kanun hükmü gereği sahteliği sabit oluncaya kadar geçerli olan belge niteliğinde olması halinde, verilecek ceza yarısı oranında artırılmaktadır.

3.1.2.6. Suç İşlemek Amacıyla Örgüt Kurma

Suç işlemek amacıyla örgüt kurma suçu Türk Ceza Kanununun 220 nci maddesinde düzenlenmiştir. Anılan hükme göre, Kanunun suç saydığı fiilleri işlemek amacıyla örgüt kuranlar veya yönetenler, örgütün yapısı, sahip bulunduğu üye sayısı ile araç ve gereç bakımından amaç suçları işlemeye elverişli olması halinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis

cezası ile cezalandırılmaktadır. Örgütün varlığı için üye sayısının en az üç kişi olması gerekmektedir. Suç işlemek amacıyla kurulmuş olan örgüte üye olanlar, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Örgütün silahlı olması halinde verilecek ceza dörtte birinden yarısına kadar artırılmaktadır.

Örgütün faaliyeti çerçevesinde suç işlenmesi halinde, ayrıca bu suçlardan dolayı da cezaya hükmolunmaktadır. Örgüt yöneticileri, örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenen bütün suçlardan dolayı ayrıca fail olarak cezalandırılmaktadır.

Örgüte üye olmamakla birlikte örgüt adına suç işleyen kişi, ayrıca iki yıl altı aydan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. İşlenen suçun niteliğine göre verilecek ceza yarısına kadar indirilebilmektedir. Bu hüküm sadece silahlı örgütler hakkında uygulanmaktadır.

Örgüt içindeki hiyerarşik yapıya dahil olmamakla birlikte, örgüte bilerek ve isteyerek yardım eden kişi, örgüt üyesi olarak cezalandırılmaktadır. Örgüt üyeliğinden dolayı verilecek ceza, yapılan yardımın niteliğine göre üçte birine kadar indirilebilmektedir.

Örgütün cebir, şiddet veya tehdit içeren yöntemlerini meşru gösterecek veya övecek ya da bu yöntemlere başvurmayı teşvik edecek şekilde propagandasını yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Bu suçun basın ve yayın yolu ile işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılmaktadır.

3.2. DENETİM MEKANİZMALARI

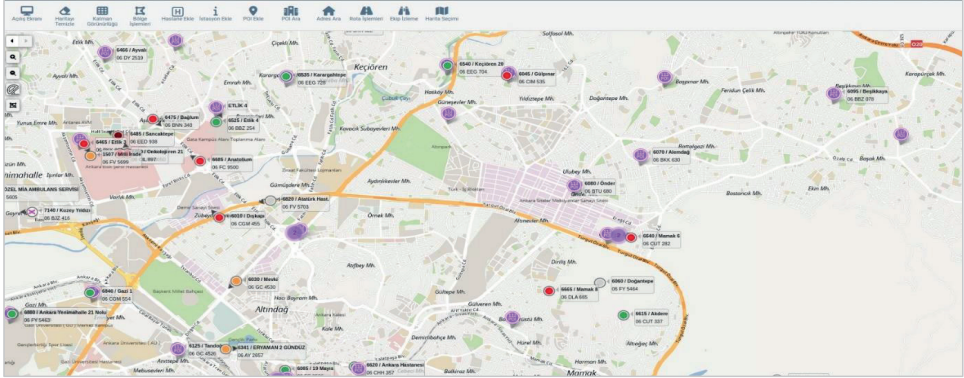
3.2.1. Sağlık Bakanlığı Denetim Mekanizmaları

3.2.1.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Denetimi

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin denetimi, hizmetin etkin, hızlı ve mevzuata uygun bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla çok yönlü ve bütüncül bir sistem dâhilinde yürütülmektedir. Millî Savunma Bakanlığı, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı haricindeki kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişilerin sunulan ambulans hizmetleri İl Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'nın denetimlerine tabidir. Bu kapsamda, Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri (SKKM) tarafından sağlanan GPS tabanlı araç takip sistemleri (Resim 9) ile ambulansların anlık konumları, müdahale süreleri ve görev (vaka) rotaları izlenmekte; hizmetin kesintisiz ve standartlara uygun bir şekilde sürdürülmesi amaçlanmaktadır.⁶⁷

⁶⁷ Resmi Gazete (08/012025-32776), *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*.

Resim 9. Ambulans GPS Takip Ekranı



Kara ambulansı olarak kullanılacak bir araç, 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununa⁶⁸ ve TSE EN 1789 (Ambulans Uygunluk) Standartlarına⁶⁹ uygun olması zorunludur. İlk kez ambulans ruhsatı alacak araçlar; 26/10/2016 tarihli ve 29869 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Araçların İmal, Tadil ve Montajı Hakkında Yönetmelik⁷⁰ kapsamında seri tadilat belgesi ile 19/4/2020 tarihli ve 31104 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Motorlu Araçlar ve Römorkları ile Bunların Aksam, Sistem ve Ayrı Teknik Ünitelerinin Tip Onayı Hakkında Yönetmelik⁷¹ uyarınca ulusal tip onayına sahip olarak üretilmiş ve ilk tescil tarihinden itibaren en fazla 60 aylık olması gerekmektedir.

Daha önce ambulans ruhsatı almış ve 60 ayını doldurmuş araçların hizmete devam edebilmesi için, Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından oluşturulan kontrol formuna göre, TSE veya yetkilendirilmiş kurumlarca her üç yılda bir yapılan periyodik kontrol ve muayene sonucunda uygunluk belgesi alması gerekir.⁷²

İl Ambulans Servisi Başhekimliği haricindeki ambulans servisleri, istasyonlar ve ambulanslar, yılda en az üç kez olmak üzere düzenli denetime tabi tutulmakta, ayrıca resen veya şikâyet üzerine olağan dışı denetimler de yapılmaktadır. Denetimlerde kullanılan formlar, Ambulans Servisi Denetim Formu (Ek-10/A) (Resim 10) ve Ambulans Denetim Formu (Ek-10/B) (Resim 11) olarak standardize edilmiştir. Bahse konu denetimlerde, ambulansların teknik yeterliliği, tıbbi cihaz ve ekipmanların mevcut durumu, ilaç ve sarf malzeme yeterlilik ve stokları ile araç içi hijyen koşulları ayrıntılı biçimde denetlenmektedir.

⁶⁸ 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu.

⁶⁹ Türk Standartları Enstitüsü, TSE EN 1789 Standardı, <https://www.tse.org.tr/ambulans-uygunluk/>

⁷⁰ Resmî Gazete (26/10/2016-29869), *Araçların İmal, Tadil ve Montajı Hakkında Yönetmelik*.

⁷¹ Resmî Gazete (19/4/2020-31104), *Motorlu Araçlar ve Römorkları ile Bunların Aksam, Sistem ve Ayrı Teknik Ünitelerinin Tip Onayı Hakkında Yönetmelik*.

⁷² Resmî Gazete (08/01/2025-32776), *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*.

Aynı zamanda, ambulans servislerinin idari ve tıbbi dökümanları, sağlık personelinin çalışma belgeleri ile personelin görev tanımlarına uygun hareket edip etmedikleri gibi unsurlar da kapsamlı şekilde denetlenmektedir.⁷³

Resim 10. Ambulans Servisi Denetim Formu (Ek-10/A)

EK-10/A AMBULANS SERVİSİ DENETİM FORMU					
Ambulans Servisinin			Denetimin		
Adı:			Tarihi:		
Yürü:			Saati:		
Mesul Müdürü:					
Faaliyet İzin Tarihi:					
Adresi:					
Soru No	Denetim Soruları	Uygun	Uygun Değil	Muaf	Açıklama
UYGUNLUK BELGESİNE ESAS KURUCU UNSURLAR					
1	Ambulans servisi aşağı sayda ambulansa sahip olmadan faaliyet gösteriyor mu? (Yönetmeliğin 10. ve 30. maddesi)				
2	Ambulans servisinde, mülkiyeti işletmesine ait olmayan ambulans bulunuyor mu? (Yönetmeliğin 10. maddesi)				
3	Ambulans servisinde mesul müdür çalıştırılıyor mu? (Yönetmeliğin 14. maddesi)				
4	Ambulans servisi ve istasyonu Ek-14'te belirlenmiş aşağı fiziki koşullara uygun mu? (Yönetmeliğin Ek-14 eki)				
AMBULANS SERVİSİ PERSONEL STANDARTLARI					
5	Mesul müdür ya da mesul müdür vekili çalışma saatleri boyunca ambulans servisinde bulunuyor ve görevlerini yerine getiriyor mu? (Yönetmeliğin 14. maddesi)				
6	Ambulans servisinde danışman hekim çalıştırılıyor ve çalıştırılan danışman hekim çağrı merkezinde çalışma saatleri boyunca bulunuyor mu? (Yönetmeliğin 15. maddesi)				
7	Çağrı merkezinde çalışma saatleri boyunca çağrı karşılama bulunuyor mu? (Yönetmeliğin 15. maddesi)				
8	Ambulans servisinde adına "personel çalışma belgesi" düzenlenmeyen personel çalıştırılıyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
AMBULANS SERVİSİ HİZMET STANDARTLARI					
9	Ambulans servisi uygunluk belgesinde belirtilen çalışma saatlerine uyuluyor mu? (Yönetmeliğin Ek-5 eki)				
10	Ambulans hizmetlerinde görev yapan tüm personel, hizmetlerine uygun tek tip kıyafet giyiyor mu? (Yönetmeliğin 21. maddesi)				
11	Çağrı merkezinin telefon numarası Yönetmeliğe uygun mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
12	Ambulans içerisinde bulunan mobil cihaz paketi, kamera cihaz paketi ve araç takip cihaz hizmet stresi boyunca çalışır ve takip edilebilir durumda tutuluyor mu? (Yönetmeliğin 20. maddesi)				
13	Özel sağlık kuruluşlarına işletilen ambulans servisi; diğer kurum, kuruluş ve işletmeler ile yapmış olduğu ambulans hizmet sözleşmelerinde en az bir adet acil yardım ambulansını kendi hizmetine ayırmak üzere sözleşme kapsamı dışında tutuyor mu? (Yönetmeliğin 10. maddesi)				
KAYITLARIN TUTULMASI VE BİLDİRİM ZORUNLULUĞU					
14	Ambulans servisi; kamu kurum ve kuruluşları, özel sağlık kuruluşları ve diğer kuruluş ve işletmeler ile yapmış olduğu ambulans hizmet sözleşmelerini Müdürlüğe yazılı olarak bildiriyor mu? (Yönetmeliğin 10. maddesi)				
15	Ambulanslar vakaya çıkarken SKKM'ye bildirim yapıyor ve yapılan işlemler yirmi dört saat içinde ASOS'a kaydedilerek vaka formu kapatılmak üzere SKKM'ye bildiriliyor mu? (Yönetmeliğin 17. ve 18. maddesi)				
16	Ambulans ile yapılan tüm görevler; dijital olarak, dijital sistemler üzerinden düzenlenemediği durumlarda fiziki olarak Ek. 12'de yer alan ambulans vaka kayıt formuna kaydediliyor mu? (Yönetmeliğin 23. maddesi)				
17	Ambulans servisi, bu Yönetmelikte belirtilmiş her türlü kaydı dijital veya fiziki ortamda tutuyor mu? (Yönetmeliğin 23. maddesi)				
18	Ambulans servisi tarafından kayıtlar beş yıl süre ile saklanıyor mu? (Yönetmeliğin 24. maddesi)				
19	Faaliyeti sona eren ambulans servisi, fiziki ve dijital kayıtlarını faaliyetinin sona erdiği tarihten itibaren otuz gün içinde Müdürlüğe devrediyor mu? (Yönetmeliğin 24. maddesi)				
TABELA, BİLGİLENDİRME VE TANITIM STANDARTI					
20	Ambulans hizmetlerinde görevli personel, tanıtıcı kimlik kartını hizmet sunumunda hizmet alanlara gösterilecek şekilde bulunduruyor mu? (Yönetmeliğin 22. maddesi)				
21	Ambulans servisinin ve istasyonun dış tabelası uygun mu? (Yönetmeliğin 28. maddesi)				
22	Ambulans servisi, yanlışlıklarını ve haksız rekabetin önlenmesi amacıyla, kamu kurum ve kuruluşlarına kullandıkları isimleri ve bunları gösterecek isimleri kullanıyor ve tabelasında belirtiyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
23	Ambulans servisi, tanıtım ve bilgilendirme düzenlemelerine uyuyor mu? (Yönetmeliğin 31. maddesi)				
DİĞER STANDARTLAR					
24	Ambulans servisi, bünyesindeki her bir acil yardım ambulansı için birden fazla sağlık kuruluşu ile sözleşme yapmış mı? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
25	Bir çağrı merkezinden birden fazla ambulans servisi ve ambulanslarına araçlık ediyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
26	Ambulans servisi şirket, dernek, vakıf gibi kuruluşların sahipliğinde ise, bu kuruluşların faaliyet alanına giren sağlık hizmetleri dışındaki diğer işler ambulans servisinde yapılıyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
27	Tespit edilen ücretlerin ambulans ve ambulans servislerine aşılması zorunluluğuna uyuluyor mu? (Yönetmeliğin Ek-14 eki)				
28	Ücretlendirme hükümlerine uyuluyor mu? (Yönetmeliğin 27. maddesi)				
29	Denetim faaliyetlerini kasten engellemeye yönelik eylemlerde bulunuluyor mu? (Yönetmeliğin 26. maddesi)				

⁷³ Resmi Gazete (08/012025-32776), Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği.

Resim 11. Ambulans Denetim Formu (Ek-10/B)

Ek-10/B AMBULANS DENETİM FORMU					
Ambulansın			Denetimin		
Ait Olduğu Kuruluşun Adı:			Tarihi:		
Türü:			Saati:		
Mesul Müdürü:					
Faaliyet İzin Tarihi:					
Ait Olduğu Kuruluşun Adresi:					
Soru No	Denetim Soruları	Uygun	Uygun Değil	Muaf	Açıklama
RUHSATNAME/YETKİSİZ SAĞLIK HİZMET SUNUMU					
1	Ambulansın yeterlilik belgesi mevcut mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
PERSONEL STANDARTLARI					
2	Ambulansın sınıfına uygun nitelik ve sayıda personel var mı? (Yönetmeliğin 7. maddesi)				
3	Ambulansın adına "personel çalışma belgesi" düzenlenmeyen personel çalıştırılıyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
4	Ambulansın görev yapan tüm personel, hizmetlerine uygun tek tip kıyafet giyiyor mu? (Yönetmeliğin 21. maddesi)				
5	Ambulansın görevli personel, tıbbi kimlik kartını hizmet sunumunda hizmet alanlara gösterebilecek şekilde bulunduruyor mu? (Yönetmeliğin 22. maddesi)				
6	Özel sağlık kuruluşları bünyesindeki ambulansın çalıştırılmak üzere adlarına çalışma belgesi düzenlenen personel, sağlık kuruluşunun acil servisi/ünitesi dışında diğer birimlerinde çalıştırılıyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
TIBBİ CİHAZ, DONANIM, MALZEME İLE İLAÇ STANDARTLARI					
7	Ambulans, Yönetmeliğin Ek-1 ekinde düzenlenen özelliklere sahip mi? (Yönetmeliğin Ek-1 eki)				
8	Ambulans, Yönetmelikte geçen tıbbi cihaz, araç gereç ve ilaçlar bulunuyor mu? (Yönetmeliğin Ek-2, Ek-3, Ek-4 ekleri)				
9	Ambulans üzerinde yer alan yazı ve işaretler Yönetmeliğe uygun mu? (Yönetmeliğin 8. ve 30. maddesi)				
AMBULANS HİZMET STANDARTLARI					
10	Ambulans, amacı dışında kullanılıyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
11	Ambulans, ambulans işletenlerce ölenemeyecek olan ve belgelendirilen sebepler haricinde yılda 30 günden fazla hizmet dışı kaldı mı? (Yönetmeliğin 19. maddesi)				
12	Ambulans içerisinde bulunan mobil cihaz paketi, kamera cihaz paketi ve araç takip cihazı hizmet süresi boyunca çalışır ve takip edilebilir durumda tutuluyor mu? (Yönetmeliğin 20. maddesi)				
13	Hasta nakil ambulansı acil tıbbi müdahale gerektiren hasta veya yaralıların taşınmasında kullanılıyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
14	Ambulans, afet durumları haricinde cenaze nakli amacıyla kullanılıyor mu ? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
15	Ambulans; ambulans servisi, istasyon, sözleşmeli olduğu yerler dışında, sağlık tesisi alanında (SKKM'ye bildirilen görevlerdeki hasta alın ve tesliminde 30 dakika hariç) ve çevresinde duraklama yapıyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
16	Hasta nakil ambulansı sağlık tedbiri hizmeti amacıyla kullanılıyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
17	Kara ambulansı, bu Yönetmelik kapsamında izin verilen görevler haricinde yalnızca yeterlilik belgesi alındıkları il sınırları içinde görev yapıyor ve konuşuluyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
18	Müdürlüğün onayı ile işletme izni alınan ambulans, izin alan kurum veya işletmenin ihtiyaçları dışında kullanılıyor mu? (Yönetmeliğin 30. maddesi)				
19	Ambulans vakaya çıkarken SKKM'ye bildirim yapıyor ve yapılan işlemler yirmi dört saat içinde ASOS'a kaydedilerek vaka formu kapatılmak üzere SKKM'ye bildiriliyor mu? (Yönetmeliğin 17. ve 18. maddesi)				
20	Ambulans ile yapılan tüm görevler; dijital olarak dijital sistemler üzerinden düzenlenemediği durumlarda fiziki olarak Ek-12'de yer alan ambulans vaka kayıt formuna kaydediliyor mu? (Yönetmeliğin 23. maddesi)				
21	Tespit edilen ücretlerin ambulansa asılması zorunluluğuna uyuluyor mu? (Yönetmeliğin Ek-14 eki)				
22	Ücretlendirme hükümlerine uyuluyor mu? (Yönetmeliğin 27. maddesi)				
23	Denetim faaliyetlerini kasten engellemeye yönelik eylemlerde bulunuluyor mu? (Yönetmeliğin 26. maddesi)				

İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri, kendilerine bağlı birimler, sağlık komuta kontrol merkezleri ve ambulans istasyonlarının hizmet sunumunu daha yaygın, etkili ve verimli hale getirebilmek amacıyla gerekli düzenleme, planlama ve uygulamaları gerçekleştirmek üzere denetim birimleri kurabilir. Bu kapsamda, örnek olarak Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliği bünyesinde kurulan “Denetim Birimi”, ilgili hizmet alanlarında kalite ve standartların korunmasını sağlamak amacıyla görev yapmaktadır.^{74,75}

Denetim, takip ve izleme kapsamında tespit edilen yönetmelik ihlalleri ve denetimleri kasıtlı olarak engellemeye yönelik fiiller için aynı yönetmeliğin⁷⁶ Ek-10/A ve Ek-10/B’de belirtilen yaptırımlar uygulanır. Bu yaptırımlar arasında uyarı, hizmetin geçici süreyle durdurulması, idari para cezası, ambulansın yeterlilik belgesinin iptali ve ambulans servisinin uygunluk belgesinin iptali gibi cezalar yer almaktadır. Ambulans servisi veya ambulans işleteninin faaliyet gösterdiği il valiliği; idari para cezası ve faaliyet durdurma yaptırımlarını uygulama ve ambulans servisi uygunluk belgesi ile yeterlilik belgesinin iptali için yetkilidir.

Vatandaşlardan gelen şikâyet ve başvurular, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)⁷⁷, Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER)⁷⁸ ve doğrudan Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri aracılığıyla alınmakta ve vakit kaybetmeksizin değerlendirmeye alınmaktadır. Vatandaşlar, ambulans hizmetlerinde yaşanan gecikmeler, sağlık personelinin tutumları veya hasta taşıma sürecinde meydana gelen olumsuzluklara ilişkin şikâyetlerini iletebilmektedirler. Bu başvurular doğrultusunda, teknik incelemeler yapılmakta, olay yerine gidilerek yerinde değerlendirme sağlanmakta, gerektiğinde tanık ifadeleri alınmakta ve SKKM kayıtları (konuşmalar ve GPS verileri) delil olarak kullanılmaktadır.

Hizmet kalitesini artırmak ve olası ihmallerin önüne geçmek amacıyla disiplin süreçleri de denetim mekanizmasının bir parçasıdır. Denetimler sonucunda hizmet standartlarına aykırı tutum ve davranışlar tespit edildiğinde, ilgili sağlık personeli hakkında İl Sağlık Müdürlüğü tarafından idari soruşturma başlatılabilmektedir. Bu kapsamda uyarı, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması⁷⁹, yeniden eğitime tabi tutma gibi disiplin tedbirleri uygulanabilmektedir. Ağır ihmal veya kasıtlı hizmet aksatma gibi durumlarda ise adli süreçler devreye sokulmaktadır.

⁷⁴ İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-90010/il-ambulans-servisi-calisma-yonergesi.html>

⁷⁵ Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliği Denetim Birimi, <https://ankaraiasb.saglik.gov.tr/TR-421/bashekimlik-denetim-birimi.html>

⁷⁶ Resmi Gazete (08/012025-32776), *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*.

⁷⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi, <https://sabim.gov.tr/>

⁷⁸ Resmi Gazete (04/06/2022-31856), *Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi Yönetmeliği*.

⁷⁹ 14/07/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, Madde 125.

3.2.1.2. Hastane Acil Servislerinin Denetimi

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 11 inci maddesine göre Sağlık hizmeti sunumu ile ilgili tüm iş ve işlemler Sağlık Bakanlığınca denetlenmektedir.⁸⁰ 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355. maddesinin (e) bendine göre sağlık kurum ve kuruluşlarının mevzuat ile belirlenen politika ve düzenlemelere uyumunu denetlemek, gerekli yaptırımları uygulamak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görev ve yetkileri içindedir.⁸¹

19.06.2020 tarihli Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge ile Denetim ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığının görevleri Madde 8-(1)'de tanımlanmıştır. Bu maddeye göre “a) Sağlık kurum ve kuruluşlarının mevzuata, Bakanlık politika ve düzenlemelerine uygunluk denetimini, Teftiş Kurulu Başkanlığı bağlı kuruluş Denetim Birimleri ile işbirliği içerisinde yürütmek ve gerekli yaptırımları uygulamak veya uygulatmak, b) Sağlık kurum ve kuruluşlarını, Bakanlık politika ve düzenlemeleri ile planlanan hedeflere uyum yönünden izlemek ve değerlendirmek, izleme ve değerlendirme raporları hazırlamak, c) Teftiş Kurulu Başkanlığınca yapılan olağan ve olağan dışı denetim raporlarına ilişkin işlemleri yürütmek, ç) Sağlık kurum ve kuruluşlarınca yapılan bilgilendirme ve tanıtımlarla ilgili inceleme yapmak ve gerekli yaptırımları uygulamak veya uygulatmak,” şeklindedir.⁸²

13.09.2022 tarih ve 31952 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ile acil servislerin; personel ve hizmet kıstasları ile fiziki şartları, tıbbi teknoloji ve donanımın asgari standartları, hastane öncesi acil sağlık hizmetleriyle etkin olarak koordinasyonu, yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmet verilen bölgenin ihtiyaç ve şartlarına göre seviyelendirilmesi, triyaj işlemleri, tedavi süreçleri ile konsültasyon, yatış, sevk ve nöbet hizmetlerine ilişkin usul ve esasları belirlenmiştir. Acil servis hizmetlerinin bu Tebliğe uygun olarak yürütülmesi ve koordinasyonunda; müdürlükler, baştabiplikler, acil servisten sorumlu baştabip yardımcıları ile acil servis sorumlu tabipleri birinci derecede ve müteselsilen sorumludur. Müdürlükler bu Tebliğde belirtilen kriterlere göre acil servis işleyişini denetler, sonuçları değerlendirir ve tespit edilen sorun ve aksaklıklarla ilgili gerekli tedbirleri alır, lüzumu hâlinde denetim sonuçlarını raporlayarak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bildirir.

⁸⁰ 07/05/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.

⁸¹ Resmi Gazete (10/07/2018-30474), 1 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi.

⁸² Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39421/0/saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-daيرة-baskanliklarinin-gorevlerine-dair-yonergepdf.pdf> (Erişim Tarihi: 08/05/2025)

Acil servisler, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü, fiziki şartları, gereken tıbbi cihaz, donanım ve asgari ilaç standardı, personel sayısı, yatak sayısı gibi ölçütler dikkate alınarak I., II. ve III. seviye olarak seviyelendirilir.

Acil servislerin hizmet seviyesi ve tipinin belirlenmesi, fiziki ve tıbbi donanım şartları İl Sağlık Müdürlükleri tarafından denetlenir; acil servislerin hizmet seviyeleri belirlenir ve tescil edilir. İl veya sağlık tesisi özelinde mevcut olan acil sağlık hizmet ihtiyacı ile sağlık tesisi tarafından sunulabilecek acil sağlık hizmeti arasında mümkün olan en yüksek düzeyde eşleşme ve koordinasyonun sağlanması ve etkin hizmet verilebilmesi amacıyla müdürlük tarafından Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ kapsamındaki tüm sağlık tesislerinde bulunan acil servislerin hizmet seviyesini belirler. Müdürlük tarafından görevlendirilen tescil komisyonu, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ Ek-5'te yer alan Acil Servis Seviye Tespit ve Denetim Formuna göre inceleme yapar. Tescil komisyonu tarafından düzenlenen rapor Ek-1 Acil Servis Seviyeleri (Personel ve Fiziki Alan Kriterleri), Ek-2 Asgari Tıbbi Cihaz ve Donanım, Ek-3 Acil Serviste Bulundurulması Gereken Asgari İlaç Listesi ve Ek-4 Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması formlarında yer alan standartlara istinaden denetimler yapılır ve valilik onayı alınarak acil servis seviyesi tescil edilir.

Tescil edilen kurumlar Genel Müdürlüğe bildirilir. Genel Müdürlük, bildirilen acil seviyesini aynen veya değiştirerek onaylar. Hizmet seviyesinde Genel Müdürlük tarafından değişiklik yapılması halinde durum müdürlüğe bildirilir ve nihai acil seviyesi belirlenmiş olur.

Hizmet seviyesine uygun şekilde tescil edilmiş olan acil servislerin tekrar tescil edilmesi zorunluluğu yoktur bununla beraber yapılan yıllık denetimlerde bu Tebliğdeki tescil seviye kriterlerine uygun olmadığı tespit edilen acil servisler bu Tebliğ hükümlerine göre yeniden değerlendirilir.

2022 yılında faaliyete geçen kısa adı DEN-İZ Sistemi olan Sağlık Tesisleri Denetim ve İzleme Sistemi, sağlık tesislerinin denetim süreçlerini dijitalleştirerek, ülke genelinde etkin denetim mekanizmaları oluşturmuştur. Kamu/Üniversite Yoğun Bakım/Acil Servislerin denetimleri ve raporları bu sistem üzerinden yapılmaktadır.

Özel hastaneler, Yönetmelik ile belirlenen usul ve esaslara uygun olarak, Ek-2'de yer alan denetim, sorgu ve idari yaptırım formu kullanılarak denetime tabi tutulur. Acil Servis/Acil Hizmetler bu formda bulunan denetim maddelerine göre aşağıdaki şartları sağlamalıdır:

“1. Özel hastane bünyesinde; Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ uyarınca seviyelendirme ve tescili yapılmış bir acil servis mevcut mu?

2. Özel hastanede, acil vakalar hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakılmaksızın kabul ediliyor ve gerekli tıbbi müdahale kayıtsız-şartsız ve gecikmeksizin yapılıyor mu?

3. Sevki gereken hastaların ilk müdahalelerinin yapılmış olması kaydıyla, başka bir sağlık kuruluşuna sevki usulüne uygun şekilde, Sağlık Komuta Kontrol Merkezi'nin yönetiminde ve koordinasyonunda sağlanıyor mu? (Acil servise başvuran hastalar ile yatarak veya ayakta tedavi gören hastalara yoğun bakım hizmeti dâhil olmak üzere gerekli ilk müdahalenin yapılması, tedavinin devamı için gerekiyorsa hastanın yatışı yapılarak tedavisinin ve eğer gelişirse komplikasyonların tedavisinin tamamlanması esastır)

4. Özel hastane, Bakanlıkça belirlenen esaslar ve USS (Ulusal Sağlık Sistemi) çerçevesinde; Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) tarafından Olay Yönetim Sistemi'nde (OYS) tanımlanan olay ile ilişkili olarak ambulans veya kendi imkânları ile gelen başvuruların kimlik, tanı, servis ve tedavi gibi vaka bilgilerini, boş, dolu ve toplam yatak durumlarını, servislerin seviye bilgilerini, fiilen çalışan nöbetçi hekim listelerini ve ambulansla acile getirilen hastaların tanı ile tedavi bilgilerini, güncel ve doğru olarak komuta kontrol merkezine bildiriyor mu?

5. Özel hastanenin, acil ünitesinde günün her saatinde tabip bulunduruluyor mu?

6. Özel hastanenin nöbetçi tabip listesi haftalık olarak hazırlanıp, mesul müdür tarafından onaylanıyor mu? (Acil serviste nöbet tutan tabiplerin üstlerinde fotoğrafları ve “nöbetçi tabip” yazılı mesul müdür tarafından düzenlenmiş kimlik kartı bulunmak zorundadır.)

7. Acil serviste nöbet tutan tabiplerin üstlerinde fotoğrafları ve “nöbetçi tabip” yazılı mesul müdür tarafından düzenlenmiş kimlik kartı bulunuyor mu?

8. Belirli bir uzmanlık dalında faaliyet gösteren hastanelerin acil üniteleri sürekli olarak kullanıma hazır hâlde bulunduruluyor ve faaliyet gösterecekleri ilgili uzmanlık dalı veya dallarının gerektirdiği tıbbi donanım, malzeme ve ilaçlar bulunuyor mu?

9. Özel hastane; kendi sahipliğinde veya hizmet sözleşmesi ile en az bir acil yardım ambulansı bulunduruyor mu?”

Tüm acil servislerin, kanıtlanabilir şekilde güvenli ve mümkün olan en yüksek kalitede bakım sağlama yükümlülüğü vardır. Acil serviste kaliteli bakıma olanak sağlayan

unsurlar ve engeller değerlendirilmeli, ölçüme izin vermek için bir dizi kalite göstergesi geliştirilmelidir.

Acil Servislerin Kalite Denetim Sistemi⁸³

Türkiye’de sağlık hizmetinin etkin, etkili, verimli, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulmasını sağlamak; hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmak amacıyla Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi geliştirilmiştir. Sistem, ülkemizdeki 1., 2. ve 3. basamak kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır. 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” ile Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanmasına yönelik hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiştir.⁸⁴

Bu yönetmeliğe göre sağlık kurum ve kuruluşları Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında sağlıkta kalite standartlarına uygun çerçevede düzenlemeler yapmaktadır. SKS doğrultusunda öz değerlendirme gerçekleştirmekte ve öz değerlendirme sonuçlarını ve sorumluluk alanındaki sağlıkta kalite göstergelerine yönelik verileri, ilan edilen takvime göre Bakanlıkça oluşturulan elektronik sisteme kaydetmekte; değerlendirme sonuçlarına göre gerekli görülen iyileştirme faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ülke öncelikleri ve Bakanlık politikalarını dikkate alarak klinik kalite kapsamında izlenmesi gereken sağlık olgularını belirlemektedir. Belirlenen sağlık olgularında, tanı ve tedavi süreçlerinin ulusal ve uluslararası kabul görmüş bilimsel ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilme durumunu izlemek amacı ile standart, gösterge ve ölçme-değerlendirme rehberlerini geliştirmekte; standart ve göstergelerin sağlık kuruluşlarında uygulanma düzeyini izlemek ve geliştirmek üzere gerekli faaliyetleri gerçekleştirmektedir.

30 Ocak 2025 tarihinde yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği, önemli bir yenilik getirmiştir: Yönetmeliğin 5. maddesi sekizinci fıkrasına göre; “Özel hastaneler ruhsatlandırıldıkları tarihten itibaren en geç üç yıl içinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsünden (TÜSKA) akreditasyon belgesi almak zorundadır. Akreditasyon belgesi alamayan hastanelerde hastaların görebileceği şekilde “Bu hastanenin TÜSKA akreditasyon belgesi yoktur” ibareli Ek-14’te belirlenen standartlara uygun bilgilendirme

⁸³ Türkiye Sağlıkta Kalite Denetimine ilişkin detaylı bilgiler ‘3.2.1.4. Sağlıkta Kalite Denetimi’ başlığı altında verilmektedir.

⁸⁴ Resmi Gazete (27.06.2015-29399), *Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*.

tabelası asılmak zorundadır. Bakanlıkça bu hastaneler her yıl ocak ayında Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirilir.” Buna göre özel hastaneler artık TÜSKA tarafından akredite edilmek zorundadır.

Sağlık hizmet kalitesi kapsamında Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ile SKS göstergeleri geliştirilmekte, geliştirilen standart ve göstergelerin sağlık kuruluşlarında uygulanma düzeyi sağlıkta kalite değerlendirme süreçleri ile değerlendirilmektedir. Klinik kalite programı ile tıbbi süreçler ve klinik çıktıların izlenmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.

SKS-Hastane-Sürüm 6.1’de 5 Boyut, 46 Bölüm, 523 standart, 1599 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır.⁸⁵ Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Sağlık Hizmetleri, Destek Hizmetler, Gösterge Yönetimi olarak 5 boyutta bulunmaktadır. Sağlık Hizmetleri Boyutu; hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS Hastane hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler Alan ve Süreç Bazlı Sağlık Hizmetleri olmak üzere kendi içinde iki kategoriden oluşmaktadır. Acil Servis bölümünde 14 başlıktan oluşan standartlar belirlenmiştir. Acil serviste yapısal ve süreç bazlı faaliyetlerin, hasta ve çalışanın güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmesi ile en etkin ve güvenilir sağlık sonuçlarına ulaşılmasını sağlamak amaçlanmıştır. SKS-Hastane (Sürüm 6.1)/Sağlık Hizmetleri/Acil Servis Standartları aşağıda verilmektedir:

- 1. Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.*
- 2. Acil servislerin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.*
- 3. Acil servis hizmetleri için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır.*
- 4. Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır.*
- 5. Triage uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.*
- 6. Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalı ve SBYS üzerinden takip edilebilmelidir.*
- 7. Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.*
- 8. Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.*
- 9. Hasta ve hastaya ait numunelerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır.*

⁸⁵ SKS-Hastane-Sürüm 6.1.

10. Yatış, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

11. Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır

12. Acil servis ilgili personeline KPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) eğitimi verilmelidir. Hastane dışına hasta nakli ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.

Acil servisler, hastaların yılın 365 günü, günün 24 saati acil bakıma erişebildiği ve tüm yaş gruplarında farklı tıbbi acil durumların yönetildiği yerlerdir. Halk için acil servis, sağlık hizmetinin toplumla olan önemli ara yüzlerinden biridir ve toplumun sağlık güvenlik ağını oluşturmaktadır. Acil servislerde süreçlerin doğru işlemesi büyük önem arz etmektedir. Bu süreçler acil müdahale ve zamanında kritik müdahaleler gerektiren hastaların erken tanınmasını; acil tıbbi bakıma ihtiyacı olan hastaların zamanında değerlendirilmesini, araştırılmasını ve yönetimini; tanıtılabilir hizmetlere (temel laboratuvar, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans incelemesi gibi) uygun erişimi ve bunların kullanımını içermektedir.

Acil servislerde tedavi alan hastalar için doğru yaklaşım acının hafifletilmesine, iyi iletişime ve genel hasta (ve refakatçi/bakım veren kişiler) deneyimine vurgu yapan hasta merkezli bakıma dayanmaktadır. Doğru fiziksel şartlar tanımlanmalı, uygun şekilde donatılmış (tıbbi cihazlar, izleme ekipmanı, ilaçlar ve tıbbi malzemeler) ve gerekli araştırmalara zamanında erişim sağlayan donanımlı acil servisler planlanmalıdır. Güvenli ve hasta mahremiyetini ve onurunu destekleyen bir ortamda gerekli hasta bakımını sağlamak için yeterli alan bulunmalı; acil hastalara koridorlarda veya donanımlı olmayan taşıma alanlarında rutin olarak bakılmamalı; akut koroner sendrom, inme veya travma gibi zaman önemli durumlar düşünülmeli; hastaneler arası güvenli ve zamanında hasta transferi için doğru sistem ve personel sağlanmalıdır.

Acil Tıp sisteminde klinik kaliteyi ve uygun hasta bakımını sağlamak için kritik bakımda uzmanlık, yatarak ve ayaktan tedavi hizmetlerine erken erişim, acil serviste kalış süresinin optimizasyonu gereklidir. Acil bakımın kalitesini ve güvenliğini artırmak için temel acil servis faaliyetinin yanı sıra alternatif hasta yönlendirme yolları, sosyal hizmetler, ruh sağlığı ve hastalıkları gibi ilgili ayaktan tedavi faaliyetlerini içerebilen ek hizmetlerin geliştirilmesi de önem arz etmektedir.

3.2.1.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Denetimi

Yoğun Bakım Üniteleri; ileri düzey sağlık hizmeti sunan, yaşamsal fonksiyonları destekleyen kritik öneme sahip sağlık birimleridir. Ülkemizde, yoğun bakım ünitelerinin denetimi, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği mevzuat ve düzenlemeler çerçevesinde

yapılmaktadır. Bu denetimler hem kamu hem de özel hastanelerde hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve standartlara uygunluk gibi kriterler üzerinden yapılmaktadır.

3.2.1.3.1. Ruhsatlandırma ve Standart Denetimleri

Yoğun Bakım Ünitelerinin açılması ve faaliyet göstermesi, sağlık sisteminde kalite, güvenlik ve verimliliğin sağlanabilmesi adına sıkı bir ruhsatlandırma sürecine tabidir. Bu süreç, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği yönetmelik ve standartlar çerçevesinde yürütülmektedir.

Ruhsatlandırma Sürecinin Yasal Dayanağı: Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ⁸⁶, Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği⁸⁷ ve Sağlıkta Kalite Standartları⁸⁸ gibi mevzuatlar doğrultusunda Yoğun Bakım Ünitesi açmak isteyen kurumlar, planlama, başvuru, yerinde inceleme ve onay gibi bir dizi aşamadan geçmek zorundadır.

Ruhsatlandırma Süreci Aşamaları: Kamu ve özel sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığı'ndan planlama kapsamında **ön izin** almak zorundadır. Ön izin, illerdeki yoğun bakım yatak kapasitesi, ihtiyaç analizleri ve sağlık bölge planlamasına göre verilmektedir. Ön izin alan kurum, gerekli belgelerle birlikte İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvuru yapar. İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kurulan komisyon, başvuru sırasında sunulan yerleşim planı ve mimari proje, donanım ve cihaz listesi, personel planlaması (hekim, hemşire sayısı ve sertifikaları) ve fiziksel alanların özelliklerine göre yerinde ruhsatlandırma denetimi yapılır ve yeterlilik belgesi verilmesi için gerekli koşullar kontrol edilir. Asgari donanım, personel ve standartları sağlayan yoğun bakım ünitelerine, Sağlık Bakanlığı tarafından yoğun bakım ruhsatı verilir ve seviye 1, 2, ve 3 olarak sınıflandırılır. Ruhsat alan Yoğun Bakım Ünitesi ruhsatta belirtilen yatak sayısı ve seviye dışında hizmet veremez. Yoğun bakım üniteleri, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen usul ve esaslara uygun olarak hizmet vermek zorundadır.

3.2.1.3.2. Periyodik Denetimler

Yoğun Bakım Üniteleri sadece ruhsat aşamasında değil, faaliyet süresince de düzenli olarak denetlenmektedir. Ülkemizdeki hem kamu hem de özel yoğun bakım üniteleri, hizmet kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlamak, hasta güvenliğini artırmak ve mevzuata uygunluğu kontrol etmek amacıyla İl Sağlık Müdürlükleri tarafından belirli aralıklarla denetlenir. Bu

⁸⁶ Resmî Gazete (07.01.2025-32775), *Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*.

⁸⁷ Resmî Gazete (20/09/2019-30894), *Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği*.

⁸⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, Hizmet Kalite Standartları (SHKS), Sürüm 6.1.

denetimlerde Sağlıkta Kalite Standartları temel alınarak hastane enfeksiyon kontrolü, personel yeterliliği, cihaz bakımı, hasta kayıtları gibi konular incelenir. Eksiklik tespit edilirse belirli bir süre içinde düzeltilmesi istenir. Bu denetimlerin planlanmasından ve raporlanmasından Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Denetim Hizmetleri Başkanlığı sorumludur. İl bazında oluşturulan Kalite Değerlendirme Ekipleri, her sağlık tesisini en az yılda bir kez denetler. Bu ekipler; hekim, hemşire, kalite yöneticisi ve diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Ayrıca, hastane içinde oluşturulan enfeksiyon kontrol komitesi, yoğun bakımda enfeksiyon kontrol süreçlerini düzenli olarak denetler ve raporlar.

Denetim Süreci: İl Sağlık Müdürlükleri, ilgili yılın başında her kurum için denetim takvimi oluşturur. Denetimler planlı olabileceği gibi, gerektiğinde ani denetimler de yapılabilmektedir. Denetimlerde, fiziki yapı ve çevresel koşullar, cihaz ve ekipman yeterliliği, ilaç ve tıbbi malzeme yönetimi, personel durumu ve yetkinliği (özellikle sertifikalı hemşire ve uzman hekim), hasta güvenliği ve risk yönetimi uygulamaları, klinik protokollerin uygulanması, enfeksiyon kontrol önlemleri ve sağlıkta kalite standartlarına uyum düzeyi (puanlama sistemi ile) incelenir. Denetim; sahada yerinde gözlem, evrak ve kayıt incelemesi, personel ve yönetici görüşmeleri, hasta dosya taramaları ve simülasyon uygulamaları şeklinde olabilmektedir. Denetim sonunda ayrıntılı bir **Denetim Raporu** hazırlanmaktadır. Eksikler ve riskler belirlenmekte; kuruma iyileştirme süresi verilmekte (genellikle 30-90 gün) ve verilen süre sonunda saptanan uygunsuzluklar düzeltilmezse idari yaptırımlar uygulanmaktadır (uyarı, hizmet durdurma, ruhsat iptali).

3.2.1.3.3. Kalite Standartları ve Performans Değerlendirmeleri

Yoğun Bakım Üniteleri, hizmet kalitesi ve hasta güvenliğinin sürdürülebilmesi için kalite standartlarına uygunluğu ve performansları düzenli olarak denetlenmektedir. Türkiye’de bu denetimler, Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği “**Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)**” çerçevesinde yürütülmekte olup aynı zamanda belirli performans göstergeleri ile değerlendirilmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan ve her yıl güncellenen bu standartlar; hasta bakım süreçlerinden enfeksiyon kontrolüne, çalışan güvenliğinden hasta haklarına kadar geniş bir alanı kapsamaktadır. Yoğun Bakım Ünitelerinin performansı; klinik sonuçlar, mortalite oranları, cihaz kullanım oranları ve hasta memnuniyeti gibi ölçütlerle değerlendirilmektedir. Bakanlık, “**Yoğun Bakım İzleme Sistemi (YBİS)**” ve “**Sağlıkta Kalite Değerlendirme Sistemi (SKDS)**” gibi platformlar üzerinden verileri toplamakta ve analiz etmektedir. Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında kalite denetimleri yılda en az bir kez, kalite değerlendirme ekipleri tarafından

gerçekleştirilmektedir. Bu denetimlerde; hasta bakım hizmetleri, acil müdahale süreçleri, enfeksiyon kontrol önlemleri, tıbbi cihaz yönetimi, ilaç güvenliği, personel eğitim ve yeterliliği, fiziki ortamın uygunluğu ile hasta ve çalışan güvenliği göstergeleri incelenmektedir. Değerlendirme sonucu puanlama yapılmakta ve düşük puan alan kurumlara iyileştirme faaliyetleri için süre verilmektedir.

Tüm yoğun bakım üniteleri, Bakanlık tarafından yürütülen Performans İzleme Sistemi kapsamında izlenmektedir. Bu sistem ile yılda birkaç kez veriler toplanarak değerlendirilmektedir. Başlıca izlenen göstergeler arasında; mortalite oranı, ortalama yatış süresi, ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) hızı, yatak doluluk oranı ve hemşire başına düşen hasta sayısı sayılabilir. Şüpheli veriler sahada denetim ekiplerince doğrulanırken uygunsuz kayıtlar ya da eksik bildirimler için idari işlemler uygulanmaktadır.

3.2.1.3.4. Hasta Güvenliği ve Şikâyet Mekanizmaları

Hasta güvenliği; sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaya zarar gelmesini önlemeye yönelik sistematik faaliyetler bütünüdür ve bu tanım, medikal hataların, enfeksiyonların, yanlış tedavi veya doz uygulamalarının ve fiziksel güvenlik risklerinin önlenmesini kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı, yayınladığı “Hasta Güvenliği Rehberleri” ile bu riskleri en aza indirmeyi hedeflemektedir. Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hasta güvenliği boyutu özel olarak ele alınmış olup kimlik doğrulama uygulamaları, ilaç güvenliği, enfeksiyon kontrol önlemleri, düşme ve bası yarası önleme protokolleri, acil durum yönetimi, hemşire başına düşen hasta sayısı, hasta izlem kayıtlarının bütünlüğü ve tıbbi cihazların düzenli bakımı ve kalibrasyonu gibi kriterler başlıca denetlenen alanlardır.

Yoğun Bakım Ünitelerindeki hasta güvenliği ihlalleri veya şüpheli durumlar için çeşitli iletişim ve şikâyet kanalları mevcuttur. Bunlar:

ALO 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi): Türkiye genelinde hasta ve yakınlarının şikâyet bildirebildiği çağrı merkezidir.

Hastane Hasta Hakları Birimi: Her hastanede bulunması zorunlu olan birimdir, başvurular yazılı veya sözlü alınır.

CİMER (Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi): Doğrudan resmi mercilere iletilen şikâyetlerin yönlendirildiği merkezi sistemdir.

Bakanlık Teftiş Kurulu Başkanlığı: Gerekli görülürse yerinde inceleme yaparak soruşturma başlatabilir.

Ayrıca, hastanelerin kendi denetim birimleri de bu şikâyetleri değerlendirebilmektedir.

Şikâyet mekanizması sürecinde; hasta veya yakını şikâyetini yukarıda belirtilen kanallar aracılığı ile sözlü veya yazılı olarak iletir. İlgili birim konuyu kayıt altına alır ve 30 gün içinde değerlendirme yapar. Gerekli durumlarda, denetim ekipleri olayla ilgili yerinde inceleme yapar ve şikâyet konusu sistemik bir soruna işaret ediyorsa, sağlık tesisine yapısal iyileştirme önerilerinde bulunur. Personel hatası varsa idari yaptırımlar devreye alınır.

Sonuç olarak; ülkemizdeki Yoğun Bakım Üniteleri ruhsatlandırma sürecinden başlayarak faaliyet gösterdikleri süre boyunca farklı periyotlarla farklı denetimlere tabi tutulmaktadır. Denetimlerin objektif olarak, önceden haber verilmeksizin yapılması ve sürecin şeffaf olarak yürütülmesi önem taşımaktadır. Denetimlerin güçlendirilmesi, şeffaflığın artırılması ve hasta haklarına dayalı bir kültürün yerleştirilmesi, daha güvenli ve kaliteli yoğun bakım hizmetleri sunulmasında büyük önem arz etmektedir.

3.2.1.4. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi Denetimleri

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemine ilişkin çalışmalar 2005 yılında başlamıştır. Türkiye’de sağlık hizmetinin etkin, etkili, verimli, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulmasını sağlamak; hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmak amacıyla Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi geliştirilmiştir. Sistem, ülkemizdeki 1., 2. ve 3. basamak kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır.

1 No’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355. maddesinin h bendinde “Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulanmasını sağlamak” görevi gereğince sistem kapsamındaki çalışmalar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığınca yürütülmektedir. 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” ile Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanmasına yönelik hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiştir.⁸⁹

3.2.1.4.1. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık Bakanlığınca, sağlıkta kalite çalışmalarının kurumsal ve sistematik bir şekilde ele alınma süreci 2005 yılında başlamıştır. Öncelikle, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatında kurumsal yapı ve sorumlular tanımlanmış, ardından ülkemize özgü sağlıkta kalite standartları

⁸⁹ Resmi Gazete (27.06.2015-29399), *Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*.

hazırlanmış ve standartlara yönelik bir ölçüm sistematığı geliştirilmiştir. Sistem yıllar içinde sürekli gelişim göstermiştir.

Bu kapsamda; mevzuat düzenlemeleri, hastane standartları ve kalite değerlendirmelerine ilişkin tarihsel kronoloji aşağıda belirtilmiştir:

2005

- Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi

- Yönerge kapsamında 100 kalite kriteri oluşturulmuş ve kamu hastanelerinde uygulamaya konulmuştur. Hastanelerden öz değerlendirme yapmaları istenmiştir.

2006

- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi

- Bu yönergeye bağlı olarak illerde il performans ve kalite koordinatörlüğü kurulmuş ve görev tanımları yapılmıştır. Ayrıca, “İldeki kamu hastanelerinin kurum alt yapı ve süreç değerlendirme formu” ile değerlendirme görevi verilmiştir.

2007

- Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi Hakkında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

- Kalite geliştirme ve değerlendirme kriterleri 150 kritere çıkarılmış, kriterlere yönelik bir uygulama rehberi hazırlanmıştır.

- İl performans ve kalite koordinatörlüklerine iller arası çapraz değerlendirme görevi verilmiştir.

2008

- Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi

- Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri geniş çaplı bir revizyona uğrayarak 354 standarttan oluşan “Hizmet Kalite Standartları” adıyla Sağlık Bakanlığı bağlı hastanelerinin kullanımına sunulmuştur.

2009-2010

- Özel hastanelere yönelik 388 standarttan oluşan ayrı bir set hazırlanmıştır.

- Ayrıca bu dönemde ağız dış sağlığı merkezleri hizmet kalite standartları, 112 hizmet kalite standartları, koruyucu hizmet göstergeleri yayınlanmıştır.

- 2010 yılı ilk yarısında özel hastaneler, Bakanlıkça belirlenen ekipler tarafından “Merkezi Değerlendirme” kapsamında değerlendirilmiştir. Ayrıca 2010 yılı sonunda 81 il

merkezinde bulunan kamu hastaneleri ile ağız ve diş sağlığı merkezleri yine aynı yöntemle değerlendirilmiştir.

2011

- Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin güncellenmesi
- Hizmet Kalite Standartları-Hastane seti yeniden yapılandırılarak kamu, özel ve üniversite hastanelerini kapsayan tek bir set haline dönüştürülmüştür. Standart sayısı 621'e çıkarılmıştır.

2015

- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik
- Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane (Versiyon 5) yayımlanmıştır. Standartların güncellenerek kullanıma sunulması ve bu durumun süreklilik arz etmesi dolayısıyla geçmişte hazırlanan standartlara versiyon numarası verilmiş böylece versiyon 5 olarak adlandırılmıştır.
- Yeni mevzuatla birlikte 95 ve üzeri puan alan sağlık kurum ve kuruluşları sonraki yıl gerçekleştirilecek sağlıkta kalite değerlendirmelerinden muaf tutulmaya başlanmıştır. Web tabanlı kurumsal kalite sistemi ile değerlendirme süreci elektronik ortama geçirilmiştir. Değerlendirme sonuçlarına itiraz etme hakkı getirilmiş ve bunun için sistem oluşturulmuştur.

2016

- Sağlıkta Kalite Değerlendiricisi Sağlık Alanı Eğitim Standartları hazırlanmıştır.
- 2016-2019 yılları arasında Sağlık Bakanlığınca 10 adet sertifikalı değerlendirici eğitimi yapılmış ve değerlendirmeler sertifikalı değerlendiriciler marifeti ile gerçekleştirilmeye başlanmıştır.

2020

- SKS, standart geliştirme algoritması doğrultusunda yeniden düzenlenmiş ve “versiyon” kelimesinin de Türkçe kullanım kararı alınarak SKS Hastane (Sürüm 6) yayımlanmıştır.
- Yeni setle birlikte 523 standart ve 1599 değerlendirme ölçütü kullanıma sunulmuştur. 2021 yılında gerçekleştirilen dar kapsamlı revizyon sonrası yürürlükte olan set sürüm 6.1'dir. Hâlihazırda setin güncelleme çalışmaları devam etmektedir.⁹⁰
- 2020 ve 2021 yıllarında pandemi nedeni ile yerinde kalite değerlendirmeleri gerçekleştirilememiştir.

⁹⁰ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>

2022

- Pandemi sonrası 2021 yılsonu itibari ile başlayan değerlendirme sürecinde kamu, özel ve üniversiteye ait hastane, ADSH, diyaliz merkezleri, 112 acil sağlık hizmetlerinde toplam 1977 kurum değerlendirilmiştir.

2023

- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik'te değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklik ile;

- İl sağlık müdürlüğü ve sağlık kurumlarında kalite yönetim yapılanması netleştirilmiş,
- Kurumların kalite iyileştirme eylem planı oluşturması zorunlu hale getirilmiş,
- Ayrıca TÜSKA akreditasyon belgesi alan kurumlara SKS değerlendirmelerinden muafiyet hakkı getirilmiştir.

2024

- 4 adet sertifikalı eğitim programı gerçekleştirilerek değerlendirici sayısı 580'den 833'e çıkarılmıştır.

3.2.1.4.2. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Mevcut Durumu

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi üç yapı taşından oluşmaktadır:

1. Kurumsal Yapı

Merkez teşkilatında sorumlu birim Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde yer alan Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığıdır. Bu birime bağlı olarak, her il sağlık müdürlüğünde il kalite koordinatörlüğü ve her sağlık kurumunda kalite yönetim birimleri bulunmaktadır. Ayrıca, hastaneler ve ağız dış sağlığı merkezlerinde hizmet verilen her bölüm için bir bölüm kalite sorumlusu tanımlanmıştır. Bu yapılanma ile amaç kalite sorumluluğunun tüm sağlık çalışanlarına ulaştırılmasıdır.

2. Sağlık Hizmet Kalitesi

Aşağıda belirtilen üç unsuru bünyesinde barındırmaktadır. Bu başlıklar ilerleyen bölümde daha detaylı şekilde ele alınmıştır.

- Sağlıkta kalite standartları
- Sağlıkta kalite göstergeleri
- Sağlıkta kalite değerlendirmeleri

3. Klinik Kalite

Tıbbi süreçler ve klinik çıktıların izlenmesi ve iyileştirilmesini amaçlamaktadır. Çalışma kapsamında, Bakanlıkça belirlenen sağlık olgularına yönelik standart ve göstergeler

ile klinik kalite ölçme ve değerlendirme rehberleri geliştirilmektedir. Belirlenen göstergelerin ulusal düzeyde ölçülmesi ve izlenmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir.⁹¹

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)

Standartlar, sistematik bir yaklaşımla Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, bilimsel ve güncel literatür, ülke sağlık sistemi ihtiyaç ve öncelikleri esas alınarak uluslararası standart geliştirme algoritması doğrultusunda hazırlanmaktadır. Standartların uygulanması ve değerlendirilmesine yönelik yardımcı rehberler ayrıca yayımlanmaktadır.

Bugüne kadar yayımlanan standart setleri şu şekildedir:⁹²

- SKS Hastane
- SKS Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri
- SKS Diyaliz
- SKS 112
- SKS Tıp Merkezi

Bugüne kadar yayımlanan SKS uygulama rehberleri aşağıdaki gibidir:⁹³

Doküman Yönetimi Rehberi, Güvenli Cerrahi Rehberi, İlaç Güvenliği Rehberi, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarları Kalite Yönetimi Rehberi, Covid-19 Tanı Laboratuvarlarında Kalite Yönetimi Rehberi, Gösterge Yönetimi Rehberi, Güvenli Doğum Süreci Rehberi, SKS Anket Uygulama Rehberi, Hastane Risk Yönetim Rehberi, Venöz Tromboembolilerin Önlenmesi Rehberi, Yenidoğanda Güvenli Oksijen Tedavisi Rehberi, Hasta Bakımında Güvenli Havayolu Rehberi.

Sağlıkta Kalite Göstergeleri

SKS doğrultusunda sağlık hizmet kalitesinin izlenmesi amacı ile geliştirilen yapı, süreç ve sonuç odaklı ölçüm araçlarıdır. SKS Gösterge Yönetimi Rehberinde kurum türüne göre izlenmesi gereken göstergeler yayımlanmaktadır. Göstergeler sağlık kurumları tarafından ölçülmeli ve elde edilen sonuçlara göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Kurumların ölçme ve iyileştirme süreçlerini SKS'ye uygun şekilde gerçekleştirme durumu Bakanlıkça değerlendirilmektedir. Ayrıca kurumlar, göstergelerin pay ve payda değerlerini Bakanlık

⁹¹ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Klinik Kalite Programı, <https://shgmclinicakalite.saglik.gov.tr/>

⁹² Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Güncel Standartlar, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-52460/guncel-standartlar.html>

⁹³ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, SKS Rehberleri, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-12638/sks-rehberleri.html>

tarafından oluşturulan Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi (TÜR-GÖS) veri tabanına kaydetmektedir.⁹⁴

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri

Sağlık kurumunun sağlıkta kalite standartlarını uygulama düzeyini belirlemek üzere Bakanlıkça görevlendirilen sertifikalı kalite değerlendiricileri vasıtası ile yerinde yapılan değerlendirme faaliyetidir. Değerlendirme sonrası 100 puan üzerinden kurumun kalite puanı belirlenir.

Kapsamı

Sağlıkta kalite değerlendirmeleri ülke genelinde; kamu, özel ve üniversite hastaneleri, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kamu ve özel merkezler ve hastaneler, diş hekimliği fakültelerine bağlı ağız diş hastaneleri, müstakil diyaliz merkezleri ve 112 acil komuta kontrol merkezlerinde gerçekleştirilmektedir. Her sağlık kuruluşu kendi kurum türüne özgü set esas alınarak değerlendirilmektedir. 2024 yılında SKS Tıp merkezi seti yayımlanmıştır. Bu nedenle 2025 yılı itibari ile Tıp Merkezleri de değerlendirme kapsamına alınacaktır.

Gerçekleştirilme Sıklığı

Kurumlar olağanüstü durumlar dışında yaklaşık olarak 1 ila 1,5 yıl aralıklarla değerlendirilmektedir. Değerlendirme organizasyonu Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı sorumluluğu ve organizasyonu ile gerçekleştirilmektedir. Yıllara ve kurum türüne göre gerçekleştirilen değerlendirme sayıları aşağıdaki Tablo 18’de gösterilmiştir. 2024 yılına ait sektör bazında değerlendirilen sağlık kuruluşu sayısı ve ortalama SKS puanları ise Tablo 19’da sunulmuştur.

Değerlendiricisi Kapasitesi

Sağlık Bakanlığı tarafından sertifikalı eğitim standartları doğrultusunda iki aşamalı eğitim programı gerçekleştirilmektedir. Teorik ve uygulamalı eğitimleri aldıktan sonra her aşamaya ait sınavları başarı ile tamamlayan kişiler Sağlıkta Kalite Değerlendiricisi Sertifikası unvanı almaya hak kazanmaktadır. Sağlıkta kalite değerlendiricileri; akademisyenler, hekimler ve diğer sağlık meslek gruplarını kapsayacak şekilde sahada aktif görev yapan kişilerden oluşturulmuştur. 2025 yılı itibari ile değerlendirici kapasitesi 833 kişiye ulaşmıştır.

Değerlendirme Sistematigi

Değerlendirme sistematigi; değerlendirme sürecinde, kurumda standartların uygulanması ile ilgili kanıtların, SKS değerlendiricisi tarafından, doğru, sistematik ve adil bir

⁹⁴ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, SKS Gösterge Yönetimi Rehberi, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/48939/0/2--sks-gosterge-yonetimi-rehberi--s-3-1pdf.pdf>

şekilde toplanması ve elde edilen tüm belge ve bulgular eşliğinde, standartların karşılanma düzeyine karar verilmesi aşamalarını içeren bir algoritmadır. Değerlendirmeler bu algoritma doğrultusunda gerçekleştirilir.

Tablo 18. Yıllara ve Kurum Türüne Göre Gerçekleştirilen Değerlendirme Sayıları (2013-2024)

Sağlık Kuruluşu Türü	2013	2014	2016	2017	2018	2019-2020	2021-2022	2023	2024
SB Hastane-ADSM	779	626	675	677	702	361	859	100	483
Özel Hastane	542	362	533	538	468	289	542	101	390
Özel ADSM	38	145	Değerlendirme Dışı		55	21	99	30	33
Üniversite Hastaneleri /Diş Hastaneleri	104	38	57		98	32	120	17	50
112 İl Ambulans Servisi				64			80	19	40
Diyaliz Merkezi							277	72	20
Toplam	1.463	1.171	1.265	1.279	1.323	703	1.977	339	1.016

Tablo 19. 2024 Yılı-Sektör Bazında Değerlendirilen Sağlık Kuruluşu Sayısı ve Ortalama SKS Puanları

Sektör	Değerlendirilen Sağlık Kuruluşu Sayısı	Ortalama SKS Puanı
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kuruluşları	523	89,64
Özel Sağlık Kuruluşları	443	86,2
Üniversitelere Bağlı Sağlık Kuruluşları	50	80,9
Toplam Sayı ve SKS Puanı Ortalaması	1.016	87,63

Kalite Puanının Etki Alanı

Değerlendirme sonuçları doğrultusunda Bakanlıkça gerekli görülen alanlar ile ilgili rehber çalışması yapılmakta ve saha eğitimleri düzenlenmektedir.

Kalite puanının kurum düzeyinde etki ettiği parametreler şunlardır:

- Sağlık turizmi yetki belgesi almak isteyen sağlık kuruluşlarında 85 ve üzeri kalite puanı alma şartı aranmaktadır.
- Kamu sağlık kurumlarında sözleşmeli yönetici performans gösterge karne puanını oluşturan parametreler arasında yer almaktadır.
- Kamu sağlık kurumlarında sözleşmeli yönetici ek ödemesini etkilemektedir.
- Özel ve üniversiteye bağlı sağlık kurumlarında sağlık turizmi dışında kalite puanının herhangi bir etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 20. 2024 Yılı Sektörlere ve Kurum Türüne Göre Ortalama SKS Puanları

Sağlık Kuruluşu Türü	Kamu	Özel	Üniversite
Hastane	89,6	88,9	91,27
ADSM/H	90,43	56,46	72,76
Diyaliz Merkezi		81,12	
112 İl Ambulans	88,03		

2024 yılında gerçekleştirilen değerlendirmelerde elde edilen sonuçlara göre sektör ve kurum türü bazında ortalama SKS puanları yukarıdaki Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 21’de ise 2024 yılı değerlendirme verilerine göre 85 altı puan alan sağlık kurumlarının sayı ve yüzde olarak oranları verilmiştir.

Tablo 21. 2024 Yılı Değerlendirme Verilerine Göre Sektör ve Kurum Türüne Göre 85 Altı Puan Alan Sağlık Kurumları

	KAMU			ÖZEL			ÜNİVERSİTE		
	Toplam Değerlen dirilen	85 altı puan alan kurum	85 puan altı %	Toplam Değerlen dirilen	85 altı puan alan kurum	85 puan altı %	Toplam Değerlen dirilen	85 altı puan alan kurum	85 puan altı %
Hastane	387	70	18,1	390	82	21	22	3	13,6
ADSM/H	97	18	18,1	33	22	66,7	28	15	53,6
Diyaliz Merkezi				20	13	65			
112 İl Ambulans	40	10	25						
TOPLAM	524	98	18,7	443	117	26,4	50	18	36

3.2.2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Güvenlik Kurumu)

Denetim Mekanizmaları

Türkiye sağlık sistemi, kamu ve özel sektörün ortak iş birliği ile yürütülen karma bir yapıya sahiptir. Özellikle son yıllarda özel hastanelerin sağlık hizmeti sunumundaki payı giderek artmıştır. Bu durum, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) özel sağlık sektörü üzerindeki denetim rolünü daha kritik hale getirmiştir. Sağlık sisteminin etkin işleyişi ve vatandaşlara sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla SGK, özel hastaneleri çeşitli yönlerden denetim altında tutmaktadır. SGK’nın amacı, vatandaşların Genel Sağlık Sigortası kapsamında kaliteli, etkili ve erişilebilir sağlık hizmeti almasını sağlarken, aynı zamanda kamu kaynaklarının etkin ve sürdürülebilir şekilde kullanılmasını temin etmektir.

SGK’nın denetimleri, sağlık sistemindeki suistimallerin önlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından büyük önem

taşımaktadır. SGK özel hastaneleri denetlerken, hem finansal hem de tıbbi süreçleri incelemektedir. Finansal denetimler, hastanelerin SGK'ya sunduğu faturalandırma işlemlerinin doğruluğunu ve mevzuata uygunluğunu kontrol ederken, tıbbi denetimler hastanelerin teşhis, tedavi ve hasta haklarına yönelik uygulamalarını değerlendirmektedir. Finansal denetim kapsamında özellikle MEDULA sistemi üzerinden yapılan elektronik kontroller ile faturalandırma işlemlerinin kontrolü sağlanarak gereksiz tetkik, ilaç yazımı veya prosedürlerin önlenmesi için otomatik kontroller uygulanmaktadır. Tıbbi denetimlerde özel hastanelerin teşhis ve tedavi süreçlerin, hekimlerin teşhis koyarken izledikleri süreçlerin, hastalara verilen tedavilerin bilimsel doğruluğu ve gerekliliğinin gözden geçirilerek kontrol edilmesi ile bireylerin sosyal güvenlik haklarının ihlaline dair değerlendirmeler yapılmaktadır.

3.2.2.1. SGK Denetimlerini Düzenleyen Temel Mevzuat

SGK tarafından gerçekleştirilen denetimlere ilişkin hususlar kanun, yönetmelik, genelge ve sözleşmeler ile düzenlenmiştir.

3.2.2.1.1. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu⁹⁵

Bu kanun, SGK'nın sağlık harcamalarını düzenlemesine, hizmet sunucularını denetlemesine ve finansal sürdürülebilirliği sağlamasına olanak tanır. Kanunun 73 üncü maddesi “*Kurum, fatura denetimi konusunda kriterler koymaya, alternatif geri ödeme modelleri oluşturmaya ve bu konularda tespitler ve denetimler yapmaya ve/veya yaptırmaya, buna bağlı olarak hizmet alımı yapmaya yetkilidir.*” ve Kanunun 78 üncü maddesi “*Kurum ile sözleşmesi olan, tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, belirlenen yöntemlere ve süreye uygun biçimde elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır. Bu bilgiler gönderilmeksizin talep edilen sağlık hizmeti bedelleri, bilgiler gönderilinceye kadar ödenmez...Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği personeli vasıtasıyla veya kamu kurumları ve özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle kullanabilir.*” hükümleri ile Kuruma denetim ve kontrol yetkisi verilmiştir.

Kanunun 103 üncü maddesinde “*Kurumca yapılan inceleme neticesinde;*

- a) Sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetini fatura ettiği,*
- b) Faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri, gerçeğe aykırı olarak düzenlediği,*

⁹⁵ 31/05/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.

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 uğranılan zarar geri alınır.

Kurum müfettişlerince yapılan inceleme veya soruşturma esnasında yapılan tespitlere bağlı olarak, oluşabilecek Kurum alacağı tahsilinin riske gireceğinin öngörülmesi hâlinde, en az üç müfettişten oluşan komisyonun uygun görüşü ve Rehberlik ve Teftiş Başkanının onayıyla altı ayı geçmemek üzere, inceleme veya soruşturma sonuçlanıncaya kadar sağlık hizmeti sunucusunun Kurum nezdindeki muaccel veya müeccel alacaklarının ödemesi, tahsili riske gireceği öngörülen alacakla orantılı olarak durdurulabilir. Altı aylık süre içinde inceleme veya soruşturma sonuçlanmaz ise durdurma kararı kendiliğinden kalkar ve bu tarihten itibaren muaccel olan alacakları ödenmeye devam olunur. Altı aylık süre sonuna kadar ödemesi durdurulan alacaklar ise inceleme veya soruşturma sonuçlanıncaya kadar ödenmez. Ancak, sağlık hizmeti sunucusunun Kurum nezdindeki muaccel olan alacaklarının her biri için 6183 sayılı Kanunun 10 uncu maddesinin birinci fıkrasının 2 nci ve 3 üncü bentlerinde sayılanlar kapsamında teminat verilmesi hâlinde durdurma kararı bu kararı uygulayan Kurum ünitesi tarafından kaldırılır ve Kurum nezdindeki alacakları ödenir.

Kurum tarafından sözleşmesi feshedilmiş sağlık hizmeti sunucusuyla feshe neden olan fiillere bağlı olarak oluşan Kurum alacakları tahsil edilmeden ve fesih süresi tamamlanmadan yeni bir sözleşme yapılmaz. Söz konusu sağlık hizmeti sunucusunun devri hâlinde ise feshe neden olan Kurum alacakları tahsil edilmeden ve en az bir yıllık fesih süresi geçmeden devralan sağlık hizmeti sunucusu ile sözleşme yapılmaz. Sözleşme yapılmayan veya sözleşmesi feshedilen sağlık hizmeti sunucusunun muayene ve işlemlere ilişkin fatura bedelleri ödenmez.

5237 sayılı Kanunda belirtilen ve Kurum zararına neden olan nitelikli dolandırıcılık suçunun işlendiği kesinleşmiş mahkeme kararıyla sabit görülmesi şartıyla; söz konusu fiillerin

sağlık hizmeti sunucusunun yöneticileri ve/veya ortakları tarafından işlendiği durumda aynı sağlık hizmeti sunucusuyla veya bunların daha sonra yönetici ve/veya ortak olduğu sağlık hizmeti sunucusuyla hiçbir şekilde sözleşme yapılmaz, bu fiillerin hekimler tarafından işlendiği durumda ise ilgili hekimlerle en az üç yıl süre ile sözleşme yapılmaz. Kesinleşmiş mahkeme kararının beklenmesi sağlık hizmeti satın alınmasına ilişkin sözleşmelerde belirtilen fesih sürelerinin uygulanmasına engel olmaz.

5237 sayılı Kanunda belirtilen nitelikli dolandırıcılık fiillerini işleyen sağlık hizmeti sunucusu ve/veya ilgili hekimler hakkında ruhsat iptali de dâhil olmak üzere gerekli tüm iş ve işlemler için keyfiyet Sağlık Bakanlığına bildirilir. Nitelikli dolandırıcılık fiillerini işleyerek Kurum zararına neden olmuş hekimlerden gelen muayene ve işlemlere ilişkin fatura bedelleri en az üç yıl süre ile ödenmez.” şeklinde idari yaptırımlar ve fesihe ilişkin hususlar düzenlenmiştir.

3.2.2.1.2. Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi⁹⁶

Bu Kararnamenin 30 uncu bölümünde, Sosyal Güvenlik Kurumunun kuruluş, teşkilât, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları düzenlenmiştir. Kararnamenin 418inci maddesinde “Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, Başkan adına aşağıdaki rehberlik ve teftiş görevlerini yapar:

a) Sosyal güvenliğe ilişkin hükümlerin uygulanmasını; usulsüzlükleri önleyici, eğitici ve rehberlik yaklaşımını ön plâna çıkaran bir anlayışla denetlemek

...
ç) Görevleriyle ilgili her türlü kayıt ve belgeleri incelemek, ilgililerden bilgi istemek ve toplamak

...
e) Yıl boyunca müfettişler tarafından düzenlenen raporların sonuçlarını değerlendirmek, raporlar hakkında istatistikî bilgiler ile birlikte uygulamadaki sorunlara ve yapılması gereken mevzuat değişikliklerine ilişkin öneriler sunmak

f) Kurumun merkez ve taşra teşkilâtı ile personelinin idarî, malî ve hukukî işlemleri hakkında teftiş, inceleme ve soruşturma yapmak, sosyal güvenlik mevzuatının verdiği yetkiye dayanılarak Kurumla sözleşme yapmış gerçek ve tüzel kişiler hakkında ise inceleme ve soruşturma yapmak

⁹⁶ Resmî Gazete (15/07/2018-30479), 4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi.

g) *Müfettişler tarafından yapılacak denetimlere ilişkin yöntem ve teknikleri geliştirmek, standart ve ilkelerin oluşturulmasını sağlamak, denetim rehberleri hazırlamak, denetimlerin etkililiğini ve verimliliğini artırıcı tedbirleri almak, bu konuda görüş ve öneriler sunmak*” hükümleri ile SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı’nın görevleri tanımlanmıştır.

3.2.2.1.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği⁹⁷

Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamındaki hizmetlerin yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu yönetmelik ile sigortalıların sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları ve bu hizmetlerin finansmanının düzenlenmesinin sağlanması amaçlanmıştır.

Kurumun denetim yetkisi, idari para cezaları, idari yaptırımlar ve sözleşme feshi, sağlık hizmeti sunucularına ilişkin Kuruma denetleme ve kontrol yetkisi tanımlayan hükümler yönetmeliğin 42 nci maddesinde tanımlanmaktadır.

Yönetmeliğin 42 nci maddesinde “(1) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları ile diğer sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri, hasta mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde, ibrazını isteyebilir.

(2) Kurum, Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları ile diğer sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği personeli vasıtasıyla veya kamu kurumları ve özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle kullanabilir.

(3) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanması bakımından, gerektiğinde görevlendireceği personeli vasıtasıyla Kanunun 59 uncu maddesinin yedinci fıkrasında tanınan yetkileri kullanabilir.

(4) Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin, sözleşme hükümlerinin ve kapsamdaki kişiler tarafından alınan sağlık hizmetlerinin denetlenmesini; sağlık hizmeti sunucularında kuracağı provizyon merkezleri aracılığıyla yapabileceği gibi, elektronik ve yazılı belgelerin üzerinde veya sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde yapacağı denetlemelerle de yürütme yetkisine sahiptir. Kurum bu denetimleri ihbar veya şikâyetle bağlı olarak, gerekçeli olarak, periyodik olarak veya benzeri nedenlerle yapabilir.

(5) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları denetleme amacıyla yapılacak çalışmalar için Kurum tarafından görevlendirilen personele denetim süresince, bünyesinde konumlarına

⁹⁷ Resmi Gazete (18/04/2014-28976), Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği.

uygun bir çalışma ortamı sağlamak ve görevlerinin ifası sırasında gereken her türlü kolaylığı ve yardımı sağlamak zorundadırlar.

(6) Kurumun denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurlarının, Kanunun uygulanmasından doğan inceleme ve soruşturma görevlerini yerine getirmeleri sırasında işverenler, sigortalılar işyeri sahipleri ve bu işle ilgili diğer kişiler görevlerini yapmasına engel olamazlar; engel olanlar hakkında eylemleri başka bir suç oluştursa dahi, asgari ücretin beş katı tutarında idari para cezası uygulanır. Denetim esnasında sağlık hizmet sunucuları sahipleri ve bu işle ilgili diğer kişiler denetleme ekibinin görevine engel olamazlar.

(7) Sağlık hizmet sunucusu yetkilileri, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler adına düzenledikleri veya tutmak zorunda oldukları her türlü kayıt, fatura ve eki belgeler ile denetim ekibi tarafından hazırlanması istenilen tablo ve raporları denetim süresi içerisinde denetim ekibine göstermek, vermek ve incelenmesine yardımcı olmak zorundadır.

(8) Sağlık hizmeti sunucularının denetlenmesi ve denetime alınma usul esasları Kurum tarafından belirlenir.” hükümleri ile Kurumun denetim ve kontrol yetkisine ilişkin hususlar belirlenmiştir.

43 üncü maddesinde “(1) Kurumca yapılan inceleme neticesinde;

a) Sağlık hizmeti sunulmadığı hâlde sağlık hizmetini fatura ettiği,

b) Faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri, gerçeğe aykırı olarak düzenlediği,

c) Kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerini, kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterdiği,

ç) Sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere, sağlık hizmeti sunarak Kuruma fatura ettiği,

d) Kurumca belirlenen tavanın üzerinde ilave ücret aldığı,

e) Sağlık hizmeti satın alınmasına yönelik sözleşme hükümlerine aykırı davrandığı, tespit edilen sözleşmeli veya diğer sağlık hizmeti sunucuları hakkında genel hükümlere göre takip yapılır.

(2) Bu fiiller nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutar Kanunun 96 ncı maddesine göre geri alınır. Ayrıca bu fiilleri işleyen sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun Kurum ile yaptıkları sözleşmeler feshedilebilir. Kanunda sayılan fiiller ve bu fiiller için getirilen yaptırımlar dışında, fesih gerektirecek fiiller ve süreler belirleyebilir. Sağlık hizmeti sunucusunun uyarılmasını veya sözleşmenin feshini gerektiren fiiller ile sözleşmenin

feshedilmesi hâlinde sağlık hizmet sunucusu ile sözleşme yapılmayacak süreler, Kurum ile sağlık hizmeti sunucusunun yaptığı sözleşmelerde belirtilir. Bu süreler sonunda sağlık hizmeti sunucusunun başvurusu hâlinde gerekli şartları taşıyanlarla sözleşme yapılır.

(3) Sözleşmesi feshedilmiş sağlık hizmet sunucusunun, aktif ve pasifleri ile birlikte veya sadece ruhsatının devredilmesi halinde her türlü devir işlemi devralan gerçek ve/veya tüzel kişilerle, devreden sağlık hizmeti sunucusuna sözleşmeden dolayı tahakkuk ettirilmiş Kurum zararı tahsil edilmeden, yeni bir sözleşme yapılmaz.” hükümleri ile idari yaptırımlar ve feshe ilişkin hususlar belirlenmiştir.

44 üncü maddesinde “(2) Genel sağlık sigortası ve sözleşme hükümlerine aykırı uygulama nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından uğranılan zarar geri alınır. Kurum ayrıca bu fiilleri işleyen sağlık hizmeti sunucularına sözleşme hükümleri doğrultusunda cezai yaptırım uygulayabilir.” hükmü ile Kurum zararının giderileceği hususu düzenlenmiştir.

3.2.2.1.4. Sosyal Güvenlik Kurumu Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı (RTB)

Yönetmeliği⁹⁸

SGK bünyesindeki rehberlik ve teftiş faaliyetlerinin etkin düzenli ve şeffaf bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla çıkarılmıştır. Yönetmeliğin amaçlarından biri de SGK’nın görev ve faaliyetleri ile ilgili denetim inceleme ve soruşturma süreçlerini düzenlemektir.

Yönetmeliğin;

13 üncü maddesinde “c) Sosyal güvenlik mevzuatının verdiği yetkiye dayanarak, Kurumla sözleşme yapmış gerçek ve tüzel kişiler hakkında inceleme ve soruşturma yapmak, yürütülen inceleme veya soruşturmanın gerektirdiği hallerde, ilgili kişi, kurum veya kuruluşlardan her türlü bilgi, belge ve kayıtları istemek”

66 ncı maddesinde “(1) Kurumun merkez ve taşra birimlerinin iş, işlem ve süreçlerinin mevzuata uygunluğu ile performans ve kaynakların etkin kullanımının sağlanması, Kurum alacaklarının takip ve tahsiline yönelik sektörel veya kurumsal denetimlerin yapılması, bunlara dayalı çözüm ve öneriler geliştirilmesine yönelik olarak belirli zaman aralıklarıyla Yıllık Çalışma Plan ve Programı çerçevesinde teftişler yapılır.”

67 nci maddesinde “(1) Başkan veya Rehberlik ve Teftiş Başkanı tarafından istenilen konular ile kanun, tüzük, yönetmelik ve diğer mevzuatın uygulanmasında görülen noksanlık ve aksaklıklar, şikayet ve ihbarlar üzerine yapılan çalışmalar sonucunda soruşturma açılmasına

⁹⁸ Resmi Gazete (10/08/2007-26609), Sosyal Güvenlik Kurumu Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Yönetmeliği.

gerek görülmeyen durumlar, sigorta olayları ve işyeri denetimleri hakkında veya doğrudan müfettişçe belirlenen diğer konularda inceleme yapılır.”

68 inci maddesinde “(1) Yürürlükteki ceza mevzuatına göre suç ya da personel mevzuatına göre disiplin suçu oluşturan eylem ve işlemlerden dolayı ilgililer hakkında soruşturma yapılır.”

74 üncü maddesinde “(1) *İnceleme Raporu;*

a) Başkan veya Rehberlik ve Teftiş Başkanı tarafından incelenmesi istenilen konular,

b) Yürürlükteki mevzuatın uygulanmasında görülen noksanlık ve aksaklıklara ilişkin olarak doğrudan müfettişçe belirlenen konular ile mesleki ve bilimsel çalışmalar,

c) Sosyal güvenlik mevzuatı çerçevesinde sigorta olayları incelemeleri ve işyeri denetimleri neticesinde tespit edilen hususlar,

ç) Şikâyet ve ihbarlar üzerine yapılan çalışmalar sonucunda soruşturma açılmasına gerek görülmeyen durumlar,

hakkında düzenlenir.”

76 ncı maddesinde “(1) *Soruşturma Raporları; Kurumun merkez ve taşra birimlerinde görevli bütün personel ile suça iştirak eden ve suç işleyen diğer şahısların, kanun, tüzük, yönetmelik ve diğer mevzuata aykırı cezai ve hukuki sorumluluklarını gerektirecek nitelikte olan, adli suç veya disiplin suçu ya da kusurlu sayılacak eylem ve davranışları hakkında yapılan soruşturmalar sonucunda düzenlenen raporlardır*” hükümleri ile RTB tarafından yapılan denetim, inceleme ve soruşturma süreçleri düzenlenmiştir.

3.2.2.1.5. 2012/41 sayılı Sağlık Hizmet Sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi⁹⁹

Türkiye’de sağlık hizmeti sunucularının etkin bir şekilde incelenmesi ve denetlenmesi amacıyla hazırlanmış bir genelgedir. Bu genelgenin temel amacı, sağlık hizmeti sunucularının hasta güvenliği, hizmet kalitesi, kaynakların verimli kullanımı açısından belirli standartlara uygunluğunu sağlamaktır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesine göre, Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucuları tarafından genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin Kurum tarafından yayımlanan mevzuat ile sözleşme ve protokol hükümlerine uygun olarak verilip verilmediğinin aynı Kanunun 78 inci maddesine göre sağlık sosyal güvenlik merkezlerinin bulunduğu illerdeki sosyal güvenlik il müdürlüklerinde görevli personel

⁹⁹ <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2014-17-Sayili-Genelge2012-41-Sayili-Genelgede-Degisiklik-2023-01-06-10-01-47>

tarafından inceleme, araştırma ve kontrollerinin yapılması, bu görevi yapan personelin görev, yetki ve sorumlulukları, çalışma ilke ve standartları, düzenlenen tutanak ve raporlar hakkında yapılması gereken işlemler ile başlıca inceleme ve kontrol konularına ilişkin genel esaslar belirtilmiştir. SGK ile sözleşme/protokol yapan sağlık hizmet sunucularında ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmeti aldığı sözleşmesiz hastanelerde yapılacak sağlık hizmet alımı incelemelerini kapsar.

3.2.2.1.6. 2014/17 sayılı Sağlık Hizmeti Sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları Genelgesi

Hasta güvenliği, hizmet kalitesinin artırılması ve mevzuata uygun hizmet sunumunu sağlamak ve sağlık hizmet sunucularının denetim, izleme ve inceleme süreçlerini standartlaştırmak amacıyla yayımlanmış, 2012/41 sayılı genelgenin ihtiyaç üzerine bazı hükümlerinde değişiklik yapılmasına dair genelgedir.

3.2.2.1.7. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)¹⁰⁰

SGK'nın hangi sağlık hizmetlerini hangi koşullarda finanse edeceğini açıklayan rehberdir. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) bir sonraki bölüm olan Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı başlığı altında detaylı bir şekilde ele alınmaktadır.

3.2.2.1.8. 2025 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi¹⁰¹

Özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alınmasına ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla düzenlenen bu sözleşme, hizmet sunumunun düzenlenmesi, hasta haklarının korunması, harcama kontrolü ve verimliliğin sağlanması, sağlık hizmeti sunucularının yükümlülüklerinin belirlenmesi, denetim ve şeffaflığın artırılması gibi temel amaçları taşımaktadır.

Sağlık hizmeti bedelleri SGK tarafından karşılanan kişilere kaliteli, eşit, erişilebilir ve tıp biliminin genel kabul gören kurallarına uygun sağlık hizmeti sunulması, sağlık hizmeti sunucularının SGK ile bu sözleşmeden doğan karşılıklı hak ve yükümlülüklerinin kurallara bağlanması amacıyla özel sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmeti satın alım sözleşmesi imzalanmaktadır. Sözleşmeye göre SGK ödemeleri zamanında yapmak, denetim hakkını kullanmak, sağlık hizmeti sunucusu ise hizmetlerin eşit ve ayrımcı olmayan şekilde

¹⁰⁰ <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/08032025-SUT-Degisiklik-Tebligi-Islenmis-Guncel-2013-SUT-2025-03-11-04-26-37>

¹⁰¹ <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2025-Yili-Sosyal-Guvenlik-Kurumu-Ozel-Saglik-Hizmeti-Sunucularindan-Saglik-Hizmeti-Satin-Alim-Sozlesmesine-Iliskin-Duyuru-2024-12-23-06-46-47>

sunulması, MEDULA sistemine uyum sağlanması, hasta verilerinin gizliliğine riayet edilmesi ile yükümlüdür.

Sözleşmenin idari hükümler ve ceza koşullarını belirleyen maddeleri sekizinci bölümde, personele ilişkin hükümler ve ceza koşulları dokuzuncu bölümde, tıbbi ve teknik hükümler onuncu bölümde, ödemededen doğan diğer işlemlere ait hükümler on birinci bölümde, diğer ceza koşulları on ikinci bölümde, sözleşmenin feshine ilişkin hükümler on üçüncü bölümde, ceza koşulu ve fesih işlemlerine ilişkin genel esaslar on dördüncü bölümde düzenlenmiştir.

Sağlık hizmeti sunulmadığı halde fatura edildiğinin, faturanın ve faturaya dayanak belgelerin gerçeğe aykırı düzenlendiğinin sistematik ve süreklilik arz edecek şekilde gerçekleştirildiğinin müfettiş raporuyla tespit edilmesi halinde, cezai işlemler uygulanarak sözleşme 3 (üç) yıl süreyle feshedilmekte ve sözleşmeden kaynaklı Kurum alacakları tahsil edilmeden ve fesih süresi bitmeden sağlık hizmeti sunucusu ile yeniden sözleşme yapılmamaktadır.

Mevzuata ve sözleşme hükümlerine aykırı fiillerin tespiti halinde, yersiz ödeme olarak yapıldığı tespit edilen ödemeler faizi ile birlikte geri alınmakta, sözleşmede yer alan para cezaları uygulanmakta ve söz konusu fiillerin bir yıl içinde tekrarları halinde sözleşmeler 1 yıl süreyle feshedilmektedir.

3.2.2.2. Denetim Süreçleri

5510 sayılı Kanunun 73 üncü maddesi ve ilgili mevzuata göre sözleşme imzalayan özel sağlık hizmeti sunucularının finansal denetimi örnekleme yöntemi ile SGK'nın merkez ve taşra teşkilatında görevli bulunan fatura inceleme birimleri tarafından yapılmaktadır. Faturalar tıbbi ve mevzuatsal incelemeye tabi tutulmakta olup, incelemeye ilişkin hususlar fatura ve eki belgelerin incelenmesi başlığı altında ayrıntılı şekilde açıklanmıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü ve 78 inci maddeleriyle, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığınca yayımlanan Sağlık Hizmet Sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları hakkındaki 2012/41 sayılı Genelge ile 2014/17 sayılı Genelge uyarınca, SGK taşra teşkilatı sağlık sosyal güvenlik merkez müdürlükleri tarafından planlı, ihbar ve şikâyetle bağlı ve gerekçeli inceleme ve kontroller yürütülmektedir. Bu kapsamda ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları haricindeki sağlık hizmet sunucuları (Özel Hastaneler-Tıp Merkezleri-Göz Merkezleri-Diyaliz Merkezleri-FTR Merkezleri-Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezleri...) hakkındaki işlemler sağlık sosyal güvenlik merkez müdürlükleri tarafından sonuçlandırılmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak

resmi sağlık kurumları hakkında kamu kurum ve kuruluşları ile genel sağlık sigortalısının kendisi, bakmakla yükümlü olduğu kişiler ya da üçüncü kişiler tarafından il müdürlüklerine yazılı, ALO 170 veya elektronik ortamda gönderilen ihbar ve şikâyetlerle ilgili inceleme ve araştırma sağlık sosyal güvenlik merkezleri tarafından yapılarak değerlendirilmek üzere Rehberlik ve Teftiş Başkanlığına gönderilmekte, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık hizmet sunucuları ile ilgili ihbar ve şikâyet hallerinde konu doğrudan Rehberlik ve Teftiş Başkanlığına iletilmektedir.

3.2.2.3. Denetim Türleri

Fatura denetimlerinde;

- Fatura geri ödemelerine ilişkin rutin kontrol işlemleri sırasında fatura inceleyici personel tarafından hazırlanan fatura inceleyici tespit tutanakları,

- Sağlık hizmeti satın alan kişilerin veya yakınlarının ALO 170, CİMER, Türkiye Büyük Millet Meclisi Dilekçe Komisyonu, Kamu Ombudsmanlığı'na dilekçe ile müracaat ve diğer yollarla Sosyal Güvenlik Kurumuna yapmış oldukları ihbar ve şikâyetler,

- Sağlık hizmet sunucuları hakkında SGK tarafından yayımlanan mevzuat ve sözleşme/protokol hükümlerine göre yapılan planlı inceleme ve kontroller,

- SGK risk analiz çalışmaları neticesinde gerçekleştirilen gerekçeli denetimler sonucu mevzuata aykırı işlem tesis edilip edilmediği denetlenmektedir.

3.2.2.3.1. Planlı, İhbar ve şikâyetle Bağlı Denetim

2012/41 sayılı genelgeye istinaden yapılan planlı inceleme ve kontrollere ilişkin denetimde; sağlık hizmeti sunucusunun adres değişikliği olup olmadığı ve Kuruma bildirilip bildirilmediği, sağlık hizmeti sunucusunun sahibi veya tüzel kişiliğinde meydana gelen değişikliklerin ticaret sicil gazetesinde yayınlanmasından itibaren 30 gün içinde kuruma bildirilip bildirilmediği, bünyesinde görev yapacak hekimin kısmi veya tam zamanlı çalışma durumunu gösterir hizmet akdi belgesinin ve personel çalışma belgesinin kuruma gönderilip gönderilmediği, acil servislerde yeterli sayıda uzman/pratisyen hekim bulundurulup bulundurulmadığı, hastanın ilk muayenesi sonrasında gereken tetkik ve tedavi için sözleşmede belirtilen sürede randevu verilip verilmediği, sözleşmede belirlenen orandan fazla ilave ücret alınıp alınmadığı, katılım payı alınması gereken kişilerden katılım payı alınıp alınmadığı, ilave ücret alınmayacak kişilerden ve ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerinden ilave ücret alınıp alınmadığı, hastalara ait muayene, tetkik/tahlil vb. bilgilerin otomasyon sistemine kaydedilip denetim süresi içinde görevli personele ibraz edilip edilmediği, MEDULA sisteminde kayıtlı olmayan hekim tarafından yapılan işlemlerin MEDULA sisteminde kayıtlı

olan hekim üzerinden Kuruma fatura edilip edilmediği, hekim ayrılışının ve başlayışının bildirilip bildirilmediği, ruhsat veya faaliyet izin belgesinde yer alan branşların tamamı veya bir kısmı iptal edildiğinde Kuruma bildirimde bulunulup bulunulmadığı, Kurumla sözleşmesi fesih edilmiş olan sağlık hizmet sunucusundan fesih süreleri içerisinde hizmet alımı yapıp yapılmadığı, Kurum mevzuatına aykırı şekilde tanıtım reklam yönlendirici personel bulundurma gibi mevzuata aykırı işlemlerin yapıp yapılmadığı, yasaklanmış veya miadı geçmiş ilaç, tıbbi malzemelerin ve benzerlerinin hastalara verildiğinin veya kullanıldığının kontrolü, sunulmayan sağlık hizmetlerinin kuruma fatura edilip edilmediğinin tespiti, sağlık yardımı karşılanmayan kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin sağlık yardımı karşılanan kişiler üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilip edilmediği, faturaya dayanak oluşturan belgelerin gerçeğe aykırı düzenlenip düzenlenmediğinin kontrolü ve sağlık hizmet sunucusu tarafından temini zorunlu ilaç, malzeme, kan bileşenlerinin hastalara temin ettirilip ettirilmediğinin tespiti gibi hususlar kontrol edilerek tutanak altına alınmaktadır.¹⁰²

İhbar ve şikâyetle bağlı ve gerekçeli inceleme ve kontrollerde Kurum tarafından görevlendirilen denetim personeli (eczacı, tabip, diş tabibi, uzman tabip, diğer sağlık personeli) tarafından yerinde denetim ile birlikte MEDULA'dan hasta seçimi yapılarak bilgisine başvurulmak suretiyle ihbar ve şikâyet konusunun denetimi sağlanmakta ve tespit halinde sözleşmede belirtilen yaptırımlar uygulanmak üzere denetim raporu oluşturulmaktadır.

3.2.2.3.2. Risk Analizi

Risk Analizi yöntemi; SGK tarafından Sağlık Hizmeti Sunucularının denetiminde kullanılan yöntemlerden biridir. Risk Analizi Yöntemi Kurum veri tabanı kayıtları üzerinden veri inceleme/değerlendirme çalışmaları ile yapılmakta ve sonucunda veri analiz raporları hazırlanmaktadır. Analizlerde verileri yönetmek ve tasarlamak için kullanılan SQL (Structured Query Language) “Yapılandırılmış Sorgu Dili” ve bir İş Zekası uygulaması olan Qlik Sense Programı kullanılmaktadır.¹⁰³

Risk analizi çalışmaları Kurum verileri üzerinden senaryo bazlı sorgulamalar ile yapılmaktadır. Çalışmaların temelini, hayatın olağan akışına aykırı biçimde bulunan kayıtlar, hiçbir tıbbi gerekçe ile açıklanamayacak biçimde faturalanmış kayıtlar, mekansal uyumsuzluk içeren kayıtlar, zamansal (zaman-mekan) uyumsuzluk içeren kayıtlar, mantıksal

¹⁰² <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2014-17-Sayili-Genelge2012-41-Sayili-Genelgede-Degisiklik-2023-01-06-10-01-47>

¹⁰³ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

uyumsuzluk içeren kayıtlar gibi merkez ve taşra birimlerinden ve dış birimlerden gelen bildirimler oluşturmaktadır.¹⁰⁴

Veri analiz raporları; İnceleme ve Kontrol (Denetleme) gerektiren kayıtlar, yersiz ödeme ve sözleşme/protokol hükümleri gereği işlem yapılmak üzere Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı / Kurum Taşra birimlerine (sağlık sosyal güvenlik merkezleri), suistimal oluşturabilecek riskli alanlar işaret edilmek suretiyle MEDULA sistemine yeni kontrollerinin konulması ya da sistemdeki eski kontrollerin gözden geçirilmesi maksadıyla SGK ilgili teknik birimlerine, suistimal oluşturabilecek riskli alanlar işaret edilmek suretiyle mevzuattaki (SUT) eksiklerin/açıkların gözden geçirilmesi ve ihtiyaç duyulabilecek yeni düzenlemelerin oluşturulması maksadıyla SGK ilgili mevzuat birimlerine, Sağlık Bakanlığı hastanelerine ait “İnceleme ve Kontrol” gerektiren kayıtlar, örnekler içerecek biçimde yıl içinde yazı ile Sağlık Bakanlığına (Teftiş Kuruluna, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne) gönderilmektedir.¹⁰⁵

SGK’nın 2022 yılına ait risk analizi çalışmaları kapsamında; özel sağlık hizmet sunucularında görevli olan doktorların raporlu olduğu dönemlerde yaptıkları işlemler, paket fiyata dahil olan malzemelerin kuruma ayrıca faturalandırılması, pregabalin etkin maddesi içeren reçetelerin analizi, bireysel psikoterapi ve muayene sürelerinin doktor çalışma süreleri ile karşılaştırılması, hemofili b tedavisinde kullanılan “faktör 1x” grubu ilaçların analizi, tanıya dayalı bazı işlem bedellerine dahil olan radyoopak ilaçlara ait verilerin incelenmesi konularında veri analiz raporları hazırlanmıştır.¹⁰⁶

SGK 2023 yılına ait risk analizi çalışmaları kapsamında; SGK’ya fatura edilen ilaçların ilaç katılım payı tutarları yönünden analizi, human albumin karekod veri inceleme değerlendirmesi (2021-2022), obezite cerrahisi işlemleri, SGK’ya fatura edilen tutarı 2.000.00 (İki Bin Türk Lirası) TL’den fazla olan b grubu reçetelerin analizi, “Faktör” (kan koagülasyon faktörleri) grubu ilaçlara ait veri analizi, kırmızı ve yeşil reçete kapsamına tabii ilaçlara ait veri analizi, BT ve MR kontrast ilaçlara ait verilerin incelenmesi konularında veri analiz raporlar hazırlanmıştır.¹⁰⁷

SGK 2024 yılına ait risk analizi çalışmaları kapsamında; septoplasti ve rinoplasti işlemleri veri incelemesi, ilk doğum işlem kodlarının faturalandırılması, surfaktanların yüksek dozda faturalandırılması, ceteix 250 mg sert kapsul (100 kapsül)’e ait veri analizi, SUT ek-2/b

¹⁰⁴ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹⁰⁵ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹⁰⁶ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹⁰⁷ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

listesi işlem limit kontrolleri izlemesi, vefat sonrası hasta alt bezi nakdi ödeme yapılması veri analizi, mahkeme kararına istinaden ödemesi yapılan ilaçlara ait veri çalışması, kontrastlı işlem olmaksızın opak madde kullanımı konularında veri analiz raporlar hazırlanmıştır.¹⁰⁸

SGK'ya faturalandırılan yoğun bakım işlem kodları ile yatak kodlarının incelenmesi (2021), yoğun bakım işlemi fatura edilen hastalara aynı gün içinde farklı tesislerden fatura edilmiş işlemler ve reçeteler (2022), surfaktanların yüksek dozda faturalandırılması veri analiz raporu (2024) yoğun bakım tedavisi ile ilgili veri analiz çalışmalarıdır.¹⁰⁹

Hazırlanan veri analiz raporları sonucuna göre mevzuata aykırı bir durum tespit edildiğinde yersiz ödeme tahsili, sözleşmeye istinaden ceza koşulu uygulanması, uyarı, fesih ve ilgili bakanlık ve kurumlara bildirimler gerçekleştirilmektedir.

3.2.2.3.3. SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Denetimi

SGK Rehberlik Teftiş Başkanlığı tarafından sağlık denetimleri kapsamında sözleşmeli hastaneler/eczaneler/optik merkezleri ve diğer sözleşmeli sağlık hizmet sunucularının, müfettişlerce yürütülen inceleme/soruşturmalarda tespit edilen ve tahsilinin riske gireceği öngörülen SGK alacağı hakkında, SHS'nin muaccel ve müeccel alacaklarını durdurmak, belirlenen risk kriterleri kapsamında; Kurum verileri üzerinde çapraz kontrole dayalı senaryolar ile analiz çalışmaları yapmak ve riskli görülen durumları tespit etmek amacıyla 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 5502 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi, protokoller, genelgeler ile SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Yönetmeliğine istinaden Özel Sağlık Hizmeti Sunucularının denetimi gerçekleştirilmektedir.¹¹⁰

SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Yönetmeliği 13 üncü Maddesinde;

“c) Sosyal güvenlik mevzuatının verdiği yetkiye dayanılarak, Kurumla sözleşme yapmış gerçek ve tüzel kişiler hakkında inceleme ve soruşturma yapmak, yürütülen inceleme veya soruşturmanın gerektirdiği hallerde, ilgili kişi, kurum veya kuruluşlardan her türlü bilgi, belge ve kayıtları istemek,

...

g) Görevleriyle ilgili tüm resmi ve özel gerçek ve tüzel kişiler ile tüm kurum ve kuruluşlara ait her türlü kayıt ve belgeleri incelemek, ilgililerden bilgi istemek ve toplamak, mevzuat gereği tutulması zorunlu bulunan her türlü kayıt ve belgeleri işyerinde veya teftişe

¹⁰⁸ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹⁰⁹ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹¹⁰ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

elverişli gördüğü bir yerde teftiş etmek ve incelemek üzere istemek, bunlara ilişkin gerektiğinde tutanak düzenlemek,

...

h) Görevleri sırasında gerekli gördükleri kimselerin, yazılı ifadelerine başvurmak,

...

k) Teftiş, inceleme, ön inceleme ve soruşturma çalışmaları neticesinde raporlar düzenleyerek Rehberlik ve Teftiş Başkanlığına intikal ettirmek,

l) Teftiş, inceleme, ön inceleme ve soruşturma çalışmaları sırasında öğrenmiş oldukları ve görev emrinin dışında kalan yolsuzluk veya soruşturma açılmasını gerektiren konularda, gecikmeden hadiseye el koyabilmek üzere durumu Rehberlik ve Teftiş Başkanına bildirmek, gecikmesinde zarar umulan veya delillerin kaybına meydan verebilecek hallerde delilleri toplamak,” hükümleriyle SGK’nın sözleşme imzaladığı tüzel kişilikleri denetim yetki ve görevi tanımlanmıştır.

SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı müfettiş sayıları aşağıdaki tabloda yıllara göre belirtilmiştir.¹¹¹

Tablo 22. Yıllar İtibarıyla Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Müfettiş Sayıları

Yıl	Müfettiş Sayısı	Yıl	Müfettiş Sayısı
2009	437	2017	466
2010	459	2018	487
2011	511	2019	507
2012	536	2020	503
2013	573	2021	488
2014	587	2022	466
2015	570	2023	443
2016	470	2024	440

Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu¹¹²

SGK tarafından sigortalılara doğrudan bir sağlık hizmeti sunulmamakta, Kurumla sözleşme/protokol imzalayan kamu ve özel sağlık hizmet sunucuları aracılığıyla sağlık hizmetlerinin bedeli karşılanmaktadır. Sağlık Hizmeti Sunucuları tarafından üretilen sağlık hizmetlerinin; Sağlık Uygulama Tebliği, sözleşme/protokoller ve diğer ilgili mevzuat ile

¹¹¹ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹¹² 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

belirlenen kurallara uygun olup olmadığı, fatura ve eki belgelerin usulüne uygun düzenlenip düzenlenmediği hususları denetlenmektedir.¹¹³

SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı müfettişleri tarafından uygulanan ödeme durdurma işlemi; sağlık hizmeti sunucuları nezdinde yapılan inceleme ve soruşturmalar sırasında müfettiş tarafından kurum zararına neden olan fiillerin tespit edilmesi ve Kurum alacağının tahsilinin riske girdiğinin öngörülmesi halinde, SHS'nin 6 aylık fatura dönemine ait muaccel ve müeaccel alacaklarının, her bir ay için, aylık fatura tutarının %80'ini geçmemek ve ödemesi durdurulacak tutarı aşmamak üzere, ödemelerinin Rehberlik ve Teftiş Başkanlığında oluşturulan Komisyon marifetiyle durdurulmasıdır.¹¹⁴

Müfettişler tarafından sağlık alanında yapılan denetimlerde sağlık hizmeti sunucularının Kuruma fatura ettikleri işlem/tedavi/malzeme bedelleri ve reçetelerin denetlenmesi nihayetinde kamu zararının tespit edilmesi halinde düzenlenen raporlarda; tespit edilen kamu zararının sözleşme hükümlerine göre tahsili, sözleşme kapsamında cezai şart uygulanması, mevzuata aykırı fiillerin sistematik ve süreklilik arz edecek şekilde gerçekleştirildiğinin müfettiş raporuyla tespit edilmesi halinde, cezai işlemler uygulanarak sözleşmenin 3 (üç) yıl süreyle feshedilmesi, usulsüz fiillere iştirak eden kamu personelinin kurumlarına, özel sektörde çalışan eczacı, doktor ve diğer sağlık personelinin ise bağlı bulunduğu meslek kuruluşlarına fiillerinin bildirilmesi (Sağlık Bakanlığı, TEB, TTB vb.) ve kamu zararına sebebiyet verenler hakkında, sözleşme hükümleri uyarınca Cumhuriyet Başsavcılıklarına suç duyurusunda bulunulması hususları yer almaktadır.¹¹⁵

Tablo 23. Sağlık Hizmeti Sunucuları RTB Denetim İstatistikleri

RTB - TÜM SHS DENETİMLERİ (Hastane, Eczane, Tıp Merkezi, Diğer SHS)				
Dönem	2021	2022	2023	2024 KASIM
SHS Sayısı	672	1976	1897	1618
Yersiz Ödeme/Kurum Zararı Tutar (TL)	197.070.997,83	320.232.499,05	270.764.974,20	158.726.623,64
Cezai Şart Tutarı (TL)	686.017.792,01	1.257.855.942,30	1.021.201.679,89	844.426.565,09

Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu¹¹⁶

Tabloda Rehberlik Teftiş Başkanlığı tarafından 2021-2024 Kasım arası denetlenen SHS sayısı tespit edilen Kurum Zararı tutarı ve uygulanan cezai şart yaptırımı gösterilmiştir.¹¹⁷

¹¹³ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹¹⁴ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹¹⁵ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹¹⁶ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

3.2.2.4. Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına Uygulanan Yaptırımlar

Sağlık hizmeti sunucularına yapılan planlı veya ihbar ve şikayete bağlı gerekçeli denetimler sonucu düzenlenen denetim raporlarında yer alan tespitler, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından görevlendirilen müfettişler tarafından sağlık hizmeti sunucularının incelemesi/soruşturulması neticesinde düzenlenen teftiş raporlarında yer alan tespitler, diğer kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan SGK tarafından değerlendirilen tespitler, sağlık hizmeti satın alan kişilerin veya yakınlarının ihbar veya şikayeti ile fatura inceleyici tespit tutanakları ve risk analizi çalışmaları sonucu oluşturulan veri analiz raporları neticesinde yapılan tespitlere istinaden özel sağlık hizmeti sunucuları ile imzalanan sözleşmeye göre yaptırımlar uygulanmaktadır.

Müracaat ve kimlik tespiti işlemleri, hastaya yapılacak istisnai ödeme, ilave ücret uyarısı ve Kuruma bildirim, belgelerin Kuruma iletilmesi, reklam, kampanya ve yönlendirme yasağı, denetim, SHS’ye ilişkin değişiklikler, hizmet alımı ile SHS’nin hizmet vereceği branşlar sekizinci bölümde, personele ilişkin hükümler ve ceza koşulları dokuzuncu bölümde, tıbbi ve teknik hükümleri onuncu bölümde, ödemedi doğan diğer işlemlere ait hükümler on birinci bölümde, diğer ceza koşulları on ikinci bölümde, sözleşmenin feshine ilişkin hükümler on üçüncü bölümde, ceza koşulu ve fesih işlemlerine ilişkin genel esaslar on dördüncü bölümde düzenlenmiştir.

2025 Yılı SGK Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesinde;

“13.1. Taraflar 20 (yirmi) iş günü önceden yazılı bildirimde bulunmak şartıyla sözleşmeyi her zaman tek taraflı olarak feshedebilir. Sözleşmenin SHS tarafından feshedilmesi halinde 6 (altı) ay süreyle aynı SHS ile tekrar sözleşme yapılmaz...” hükmüne istinaden taraflara sözleşme yapma ve sözleşmeyi sona erdirmeye serbestliği tanınmıştır.

“13.4. Bu sözleşmede yer alan (12.12) ve/veya (12.13) maddelerinde yer alan fiillerin, sistematik ve süreklilik arz edecek şekilde gerçekleştirildiğinin Müfettiş raporuyla tespit edilmesi halinde, SHS ile yapılan sözleşme, gerekli ceza koşulu uygulanarak, yazılı uyarı yapılmaksızın feshedilir. Bu durumda sözleşmeden kaynaklı Kurum alacakları tahsil edilmeden ve fesih tarihinden itibaren 3 (üç) yıl süre geçmeden SHS ile yeniden sözleşme yapılmaz.” Hükmü ile sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetinin Kuruma fatura edildiğinin tespiti (12.12) ve faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri gerçeğe aykırı

¹¹⁷ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

olarak düzenlediğinin tespiti (12.13) halinin sistematik ve süreklilik arz edecek şekilde gerçekleştirildiğinin müfettiş raporuyla tespit edilmesi durumu düzenlenmiştir.¹¹⁸

Bu hükmün yanı sıra;

“13.8. Bu sözleşmenin (8.6.3), (12.8), (12.9), (12.10), (12.11), (12.12), (12.13), (12.14), (12.15), (12.16), (12.17), (12.19) ve (12.21) numaralı maddelerinde sayılan fiillerin gerçekleştirildiğinin tespiti halinde, gerekli ceza koşulu uygulanarak SHS yazılı olarak uyarılır. Aynı fiilin, uyarının tebliğ tarihinden itibaren 1 (bir) yıl içinde tekrarlanması halinde ceza koşulu uygulanarak SHS ikinci kez uyarılır. Aynı fiilin, uyarının tebliğ tarihinden itibaren 1 (bir) yıl içinde ikinci kez tekrarlanması halinde ceza koşulu uygulanarak SHS’nin sözleşmesi feshedilir ve bir yıl süreyle yeniden sözleşme yapılmaz.” hükmü ile denetim görevlilerine uygun çalışma ortamı sağlamak, görevlerini yapabilmelerini kolaylaştırmak ve engel olmamak (8.6.3), denetimle görevli olanların görevlerini yapmasını engellemek amacıyla cebir veya tehdide başvurmak (12.8), yasaklanan ilaç ve/veya tıbbi malzemeler veya belirlenmiş olan kullanıma ilişkin tanıma aykırı ilaç ve/veya tıbbi malzeme verildiğinin ve/veya kullanıldığını tespit etmek (12.9), tek kullanımlık olarak üretilen tıbbi malzemenin kullanım kılavuzuna aykırı olarak birden fazla kullanıldığının tespit etmek (12.10), bozuk, zamanı geçmiş ilaç, kan ve kan bileşenleri ve/veya tıbbi malzemelerin verildiğinin ve/veya kullanıldığının tespit etmek (12.11), SHS tarafından sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetinin Kuruma fatura edildiğinin tespit etmek (12.12), SHS’nin, faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri gerçeğe aykırı olarak düzenlediğini tespit etmek (12.13), SHS’nin, sağlık hizmetlerine hak kazanmayan hastalara sağlık hizmeti sunarak hak kazanan kişiler üzerinden Kuruma fatura ettiğinin tespit etmek (12.14), SHS tarafından fatura ve/veya eki belgeler üzerinde Kurum zararına sebebiyet verilecek şekilde tahrifat yapıldığının tespit etmek (12.15), SHS’nin, Kurumca bedeli ödenmeyen sağlık hizmetlerini Kurumca bedeli ödenen sağlık hizmetleri gibi göstererek Kuruma fatura ettiğinin tespit etmek (12.16), Kurum tarafından belirlenen biyometrik ve/veya ek kimlik doğrulama sistemi beyanlarından kalıcı durum beyanının gerçeğe aykırı olduğunun tespit etmek (12.17), SHS’nin, hastalara ait kişisel veriler ile tıbbi bilgilerinin/kişisel sağlık verilerinin gizliliği ile ilgili yasal yükümlülüklere uymadığının tespit etmek (12.19), hastalara sunulan sağlık hizmetinin Kuruma bildirilmeyen hekim veya sözleşme kapsamı dışındaki aynı branşta başka bir hekim tarafından sunulduğunun tespit etmek (12.21) fiillerinin tespiti durumunda yersiz ödeme olarak yapıldığı tespit edilen ödemeler faizi ile geri alınmakta, sözleşmede yer alan para cezası uygulanmakta

¹¹⁸ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

ve söz konusu fiillerin bir yıl içinde tekrarları halinde sözleşmeleri 1 yıl süreyle feshedilmektedir.¹¹⁹

Sözleşmenin 14.3 maddesinde ise “**14.13. Ceza koşulu veya fesih uygulamasını gerektiren eylemlerin 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu yönünden de suç oluşturması halinde ilgililer hakkında Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulur.**” Hükmü ile ceza koşulu veya fesih uygulanması gerektiren hallerin suç oluşturulması durumunda suç duyurusunda bulunulacağına dair düzenleme yapılmıştır.

Kurumla sözleşmesi feshedilmiş olan SHS’lerden fesih süreleri içinde hizmet alımı yapılmamaktadır. SHS’lerin cezai şart ve fesih işlemlerine 10 iş günü içinde itiraz etme hakkı bulunmakta olup, SHS itirazı ceza itiraz komisyonları tarafından değerlendirilmektedir.

Tablo 24. Sözleşmeye Göre Uygulanan Cezai İşlemler (2023-2024 İlk 7 Ay)

Toplam	2023	2024 (İlk 7Ay)	TOPLAM
Ceza Adet	8.237	6.340	14.577
Ceza Tutar (TL)	1,7 Milyar	428 Milyon	2,1 Milyar
İstanbul	2023	2024 (İlk 7Ay)	TOPLAM
Ceza Adet	1.215	1.190	14.577
Ceza Tutar (TL)	1,4 Milyar	230 Milyon	1,6 Milyar

Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu¹²⁰

3.2.3. Diğer Denetim Mekanizmaları

Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumunun yanı sıra diğer bazı kamu idareleri de kamu ve özel hastaneler nezdinde doğrudan ya da dolaylı denetim yapma yetkisine haizdir. Denetim yapmamakla beraber vatandaşlar ile kamu kurumları arasında ortaya çıkan problemleri çözme noktasında faaliyet gösteren kamu kurumları da mevcuttur.

Yukarıda sayılan mekanizmalara ilaveten bu kurumlar üzerinde yargı denetimi de yapılmaktadır.

3.2.3.1. Sayıştay Denetimi

Gerek kamu hastanelerine gerekse Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden özel hastanelere ilişkin denetim yapan en önemli otorite Sayıştay Başkanlığıdır. Sayıştay Başkanlığı 1982 Anayasasının 160 ncı maddesinden aldığı yetkiye istinaden merkezî yönetim bütçesi kapsamındaki kamu idareleri ile sosyal güvenlik kurumlarının bütün gelir ve giderleri ile mallarını Türkiye Büyük Millet Meclisi adına denetlemekle yetkili ve yükümlüdür. Bu

¹¹⁹ <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2025-Yili-Sosyal-Guvenlik-Kurumu-Ozel-Saglik-Hizmeti-Sunucularindan-Saglik-Hizmeti-Satin-Alim-Sozlesmesine-Iliskin-Duyuru-2024-12-23-06-46-47>

¹²⁰ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

kapsamda Sayıştay, her yıl Sağlık Bakanlığı'nı ve SGK'yı denetlemektedir. Sayıştay'ın bu kurumların denetimi neticesinde yazdığı raporlar her yıl kurumsal internet sitesi üzerinden kamuoyuna açıklanmakla birlikte, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda ilgili idarelerin bütçelerinin görüşülmesi esnasında bu raporlar da görüşülmektedir.

Bu çerçevede özellikle özel sağlık hizmet sunucularına ilişkin mevzuata uymayan hususlar tespit edildiğinde Sayıştay Düzenlilik Denetimi Raporlarında yer almış ve gereken yaptırımlar SGK tarafından ilgili hizmet sunucularına uygulanmıştır. Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı hastaneler her sene düzenli bir şekilde denetlenmiş ve bu kuruma ilişkin denetim raporları da Sayıştay kurumsal internet sitesine yüklenmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi Denetim Raporu ve Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele Denetim Raporu gibi spesifik konulara ilişkin performans denetimi raporları da Sayıştay tarafından hazırlanarak kamuoyunun ve TBMM'nin bilgisine sunulmaktadır.

3.2.3.2. Kamu Denetçiliği Kurumu Denetimi

Kamu Denetçiliği Kurumu (KDK) 2010 yılında yapılan Anayasa değişikliği ile Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında yer almış ve idarenin işleyişiyle ilgili şikâyetleri incelemekle görevlendirilmiştir.

KDK, gerçek ve tüzel kişiler tarafından idarenin işleyişi ile ilgili yapılan şikâyet üzerine, idarenin her türlü eylem ve işlemleri ile tutum ve davranışlarını hukuka ve hakkaniyete uygunluk yönlerinden incelemek, araştırmak ve idareye önerilerde bulunmakla görevlendirilmiştir. Kuruluş kanununa göre, yasama yetkisinin kullanılmasına ilişkin işlemler, yargı yetkisinin kullanılmasına ilişkin kararlar ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin sırf askeri nitelikteki faaliyetleri KDK'nın görev alanı dışındadır.

Bu mevzuattan anlaşılacağı üzere KDK, hem Sağlık Bakanlığı'na bağlı hem de SGK ile sözleşme imzalamış özel hastaneler ile ilgili kararlar verebilmektedir. KDK'nın bu iki kurumla ilgili vermiş olduğu tavsiye ve ret kararlarına kurumun internet sitesi üzerinden ulaşılabilir.

3.2.3.3. Valilik Makamı Tarafından Yaptırılan Denetimler

5442 sayılı İl İdaresi Kanununun “Valilerin hukuki durumları, görev ve yetkileri” başlıklı 9/D maddesine göre Vali; adli ve askeri teşkilat dışında kalan bütün Devlet daire, müessese ve işletmelerini, özel işyerlerini, özel idare, belediye köy idareleriyle bunlara bağlı tekml müesseseleri denetler, teftiş eder. Kanun Valinin bu denetleme ve teftişi Bakanlık veya

genel müdürlük müfettişleriyle veya bu dairelerin amir ve memurlarıyla de yaptırabileceğini ifade etmiştir.

Bu çerçevede herhangi bir ilde kamu sağlığına ya da kamu ya da özel hastane işleyişine ilişkin bir aksaklık olması durumunda Valilerin bu hususları tespit ve denetleme (denetletirme) yetkileri vardır.

3.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

3.3.1. Türkiye’de Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve Temel Mevzuat

3.3.1.1. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Türkiye’de sosyal güvenlik sistemini birleştiren, geliştiren ve yeniden yapılandıran temel kanundur. Daha önce farklı sosyal güvenlik kurumları (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tarafından sunulan hizmetler, SGK çatısı altında birleştirilmiştir. 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren bu Kanun, sosyal güvenlik alanında eşitlikçi, sürdürülebilir ve etkin bir yapıyı oluşturmayı amaçlamıştır. Kanunun temel amacı, bireylerin sosyal güvenlik haklarını düzenlemek, gelir güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını temin etmektir. Kanun, Genel Sağlık Sigortası’nın (GSS) temel yasal çerçevesini oluşturmaktadır. Bu Kanunla birlikte tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla zorunlu bir genel sağlık sigortası sistemi getirilmiştir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin düzenlemeleri detaylı şekilde ele almaktadır. Bu düzenlemeler, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi çerçevesinde yürütülmektedir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 60 ıncı maddesinde genel sağlık sigortalısı sayılanlar ayrıntılı şekilde tanımlanmıştır.

5510 sayılı Kanunun 63 üncü maddesinde “*Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:*

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

d) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 72 nci maddeye göre belirlenen tutarı,

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısının;

f) Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.” hükmü ile GSS kapsamında, sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere koruyucu sağlık hizmetleri, teşhis, tedavi, rehabilitasyon, analık hizmetleri ve acil sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacağı ayrıca bu hizmetler için gerekli ilaçlar, tıbbi malzemeler ve cihazların da finanse edileceği tanımlanmıştır.

Aynı maddede Kuruma finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usul ve esaslarını Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirleme yetkisi verilmiştir.

Kanunun 63 üncü maddesinde finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin süresi, 60 ıncı maddede sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetlerinin kişinin iyileşmesine kadar süreceği belirtilmiştir.

SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin 63 üncü maddenin uygulanmasına dair usul ve esaslar, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının görüşü üzerine SGK tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenmektedir.

SGK ile sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucularının sunmuş oldukları sağlık hizmeti bedellerinin Kurum mevzuatına uygun olarak fatura etmeleri gerektiği, aksi takdirde bu faturalara ait tutarların Kurumca karşılanmayacağı hususu Kanunun 63 üncü maddesinin ek fıkrasında düzenlenmiştir.

Kanunun 64 üncü maddesinde;

“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) 63 üncü maddeye göre yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri.” Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri tanımlanmıştır.

64 üncü maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak Kurumca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenmektedir.

Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderinin ödenmesine ilişkin hususlar Kanunun 65 inci maddesinde, yurt dışı tedavinin karşılanmasına ilişkin hususlar 66 ncı maddede belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesinde Kanunun 72 nci maddesi ile sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonu yetkilendirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesine ilişkin hususlar Kanunun 73 üncü maddesinde *“Bu Kanuna göre sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt*

içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır. ... Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedellerinin Kurumca ödenmez. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere fatura karşılığı ödenir. Sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde, sözleşmeli sağlık hizmetleri sunucuları ise Kurumun belirlediği sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir ilave ücret talep edemez.” şeklinde tanımlanmıştır.

3.3.1.2. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu¹²¹

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Türkiye’de, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’nın birleştirilmesiyle sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması amacıyla çıkarılmıştır. Bu kanun; SGK’nın kuruluş, görev ve yetkilerini düzenlemekte olup, sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası hizmetlerini sunacak yapıyı tanımlamaktadır. 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Kanun, Türkiye’de sosyal güvenlik sistemini daha etkin, verimli ve şeffaf bir yapıya kavuşturmayı amaçlayan önemli bir düzenlemedir. SGK, kanunun öngördüğü şekilde sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası hizmetlerini sunarak bireylerin ekonomik güvenliğini ve sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaktadır.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Ek 1 inci maddesinde;

“ a) Örneklemeye yoluyla inceleme:

Sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin hizmet bedeli olarak düzenledikleri ve ödenmek üzere Kuruma (5502 sayılı Kanunla devredilen kurumlar dahil) gönderdikleri faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde % 5 ilâ % 10 oranında örneklemeye metoduyla incelenir. Bu inceleme sonucunda sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin incelenen döneme ait bütün faturalarına uygulanmak suretiyle ödenecek tutar tespit edilir ve buna göre ödeme yapılır. 1/1/2007 tarihinden sonra Kuruma incelenmek üzere teslim edilen faturalar için, örneklemeye yapılarak fatura incelemesi yöntemini kabul etmeyen gerçek veya

¹²¹ 16/05/2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun.

tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmeler, bu tercihlerini hizmet vermeye başlamadan önce ilgili kuruma yazılı olarak bildirir. Bildirimde bulunulmaması halinde örnekleme yöntemi kabul edilmiş sayılır. Örnekleme yöntemini kabul eden gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin sözleşme veya ilgili mevzuatı içinde sonuçlandırılmayan alacaklarına mahsup edilmek üzere incelemesine başlanmamış alacak tutarını geçmemek üzere Kurum tarafından uygun görülecek oranda avans ödemesi yapılır. Örnekleme yoluyla tespit edilen hata oranının tüm alacaklara teşmili sonucunda kalan tutarın ödenmesi dışında sağlık hizmeti fatura eden gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelere başka bir ödeme yapılmaz.

...

b) Elektronik ortamda inceleme ve saklama:

Kurum, uygun gördüğü sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerden verdikleri hizmete ilişkin fatura ve benzeri belgeleri 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanununun Mükerrer 242 nci maddesine uygun olarak elektronik ortamda düzenlemelerini ve bunların dayanağı belgelerle birlikte elektronik ortamda göndermelerini isteyebilir.

Bu takdirde ilgililere yapılacak ödemeler bu belgeler üzerinde yapılacak incelemelere göre sonuçlandırılır. Elektronik ortamda belge düzenlenmesine, bu belgelerin saklanmak veya incelenmek üzere Kuruma veya belirleyeceği gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelere iletilmesine, bilgi aktarımında uyulacak format ve standartlar ile uygulamaya ilişkin usul ve esasları Maliye Bakanlığının görüşlerini alarak belirlemeye Kurum yetkilidir.

Bu maddeye uygun olarak yapılan inceleme ve ödeme 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanununa uygun olarak yapılmış sayılır.” hükmü ile fatura ve benzeri belgelerin incelenmesine ilişkin hususlar düzenlenmiştir.

Ek 3 üncü maddede “Hakkında inceleme, soruşturma, teftiş işlemi devam edenler ile örnekleme için tespit edilen sağlık hizmet sunucuları tarafından teslim edilen fatura, reçete ve eki belgeler hariç olmak üzere sağlık hizmet sunucularından temin edilen hizmet bedellerini gösterir fatura, reçete ve eki belgelerden incelemesi tamamlanarak bütçeye gider kaydedilenler, ödemenin yapıldığı mali yılı izleyen beşinci yıldan sonra imha edilir. Bunlardan, hakkında inceleme, soruşturma, teftiş işlemi devam eden sağlık hizmet sunucuları tarafından teslim edilen fatura, reçete ve eki belgeler ise inceleme, soruşturma, teftiş işlemi tamamlandıktan sonra yargı süreci söz konusu değilse imha edilir.” hükmü ile sağlık hizmet

sunucularından temin edilen hizmet bedellerini gösterir fatura, reçete ve eki belgelerin saklama sürelerine ilişkin hususlar tanımlanmıştır.

3.3.1.3. Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi

4 numaralı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi 15/7/2018 tarihli 30479 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Kararname, Türkiye’deki kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması kapsamında, bakanlıklara bağlı, ilgili ve ilişkili kurumların teşkilat yapısını, görevlerini ve yetkilerini düzenlemektedir. Kararnamenin 30. Bölümü 403 ila 433 maddeleri ile SGK’nın kuruluş, teşkilât, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları düzenlenmektedir.

3.3.1.4. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği

Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na dayanılarak hazırlanmış olup, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamındaki kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamını, finansmanını ve uygulama esaslarını düzenlemektedir. Yönetmelik 28 Ağustos 2008 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği, sağlık hizmetlerinin eşit, adil ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını amaçlayan kapsamlı bir düzenlemedir. Sağlık hizmetlerinin kapsamı, finansmanı ve sunucuların işleyişine dair detaylı kurallar koyarak GSS sisteminin etkin bir şekilde işletilmesini sağlamaktadır. Bu Yönetmelik, sağlık hizmetlerine erişim konusunda standartlar getirerek bireylerin sağlık haklarını güvence altına almaktadır.

GSS Uygulamaları Yönetmeliği ile finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin amacı ve kapsamı (Madde 7), finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin belirlenmesi (Madde 8), finansmanı sağlanan ilaçların temin esasları (Madde 10), finansmanı sağlanan tıbbî malzemelerin temin esasları (Madde 11), diğer sağlık hizmetlerinin temin esasları (Madde 12), finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri (Madde 14) tanımlanmıştır. İlgili madde hükümleri aşağıda verilmiştir.

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin amacı ve kapsamı Yönetmeliğin 7 nci maddesinde ; *“(1) Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmaları; hastalanmaları hâlinde sağlıklarını kazanmaları; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanması, iş göremezlik hâllerinin ortadan kaldırılması veya azaltılması, iş kazası ve meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital (doğuştan) nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan*

durumlarda vücut bütünlüğünün sağlanması amacıyla Kanunun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (d), (e) ve (f) bentlerinde sayılan sağlık hizmetlerinin finansmanı Kurumca sağlanır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin belirlenmesine ilişkin hususlar Yönetmeliğin 8 inci maddesinde “(1) Kanunun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (d) ve (e) bentleri gereği finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilen sağlık hizmetleri esas alınarak Kurumca belirlenir.

(2) İnsan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.” şeklinde tanımlanmıştır.

Finansmanı sağlanan ilaçların temin esaslarına ilişkin hususlar Yönetmeliğin 10 uncu maddesinde; “(1) Yatarak tedavilerde sağlık hizmeti sunucularında kullanılacak ilaçların tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilir. Ancak Kurum, yatarak tedavilerde tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusunca temin zorunluluğu olmayan istisnai durumlara ilişkin usul ve esaslar ile temini zorunlu ilaçların sağlık hizmeti sunucularınca temin edilmeyerek hastaya aldırılması halinde yürütülecek işlemlere ilişkin usul ve esasları belirler.

(2) Kurumca finansmanı sağlanan ve ayaktan tedavilerde gerekli görülen ilaçlar, Kurumla sözleşmeli eczanelerden temin edilir. Ancak, acil hâller nedeniyle genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz eczanelerden reçete karşılığı temin ettiği ilaçların bedelleri, acil hâlin Kurumca kabul olunması kaydıyla Tebliğ esaslarına göre kişilere ödenir.

(3) Kurum, genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavisi için gerekli görülen ancak, ülkemizde ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olduğu hâlde çeşitli nedenlerle üretilmeyen veya ithalatı yapılmayan ilaçların yurt dışından teminine ilişkin usul ve esasları, Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirler.” şeklinde tanımlanmıştır.

Finansmanı sağlanan tıbbi malzemelerin temin esaslarına ilişkin hususlar Yönetmeliğin 11 inci maddesinde “(1) Kurum tıbbi malzemeleri sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapmak suretiyle sağlar. Ancak acil hallerde sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan tıbbi malzeme bedelleri Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre karşılanır.

(2) Yatarak tedavilerde sağlık hizmeti sunucularında kullanılacak tıbbi malzemeler sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilir. Kurum, temini zorunlu tıbbi malzemelerin

sağlık hizmeti sunucularınca temin edilmeyerek hastaya aldırılması halinde tıbbi malzemelerin ödenmesine ilişkin usul ve esasları belirler.

(3) Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin, Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır. TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmamış tıbbi malzeme bedelleri Kurumca karşılanmaz. Ancak 7/6/2011 tarihli ve 27957 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında yer almayan tıbbi malzeme bedellerinin ödenmesinde; TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz.

(4) Kurum, finansmanı sağlanan tıbbi malzemeleri Kurumca belirlenen usullerle temin etmeye yetkilidir.

(5) 12/4/1991 tarihli ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanuna göre aylık bağlanmış malullerin, 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Kanunun 56 ncı maddesi veya 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sayılanlardan 3713 sayılı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle malul kalıp da aylık bağlananların ve 3713 sayılı Kanun kapsamına girmese dahi başkasının yardımı ve desteği olmaksızın yaşamak için gereken hareketleri yapamayacak derecede malul olan vazife ve harp malullerinin; sağlık kurulu raporuyla kullanmaları gerekli görülen her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler, herhangi bir kısıtlama getirilmeksizin Kurumca karşılanır. Kanunun 72 nci maddesinde belirtilen usullere göre bedelleri karşılanacak olan bu kapsamdaki ürünler veya aynı amaca yönelik yeni ürün talepleri Kurum tarafından belirlenen usul ve esaslara göre karşılanır. Bu fıkra hükümleri, genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların, tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar geçen süre içerisinde de uygulanır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Diğer sağlık hizmetlerinin temin esasları 12 nci maddesinde “(1) Kurum sağlık hizmetlerini, Kanunun 3 üncü maddesinin 25 inci bendinde ve Kanunun 63 üncü maddesinin (f) bendinde tanımlanan yurt içi ve yurt dışı sağlık hizmeti sunucuları ile Kanunun 73 maddesine göre sözleşme yapılıncaya kadar Kurum tarafından belirlenmiş olan usul ve esaslar geçerlidir. Ancak acil hallerde sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre karşılanır.

(2) Kurum, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlar. 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 sunar. Söz konusu

sağlık hizmeti sunucuları sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret alınabilecek hizmetler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemez. Götürü bedele ilişkin usul ve esaslar Kurum ve ilgili kamu idareleri ile müştereken belirlenir.” olarak hüküm altına alınmıştır.

Finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri 14 üncü maddesinde; “(1) Kurumca; a) *Vücut bütünlüğünü sağlamak amacına yönelik protezler ile fonksiyon kaybını gidermeye yönelik 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 tedavilerinin,*

b) Sağlık Bakanlığınca insan sağlığı bakımından kullanılmasına veya uygulanmasına izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetlerinin,

c) Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetlerinin,

ç) Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (g) bentleri kapsamına giren yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce var olan kronik hastalığa ilişkin sağlık hizmetlerinin,

d) Kanunun 63 üncü maddesine göre yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetlerinin, finansmanı sağlanmaz.” olarak belirlenmiştir.

Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri için ödenecek tutarların Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirleneceği hususu Yönetmeliğin 16 ncı maddesinde belirtilmiştir.

Acil hâller ve acil sağlık hizmetleri Kanunun 27 nci maddesinde “(1) *Acil hâller; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbî müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbî müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli hâlinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir.*” şeklinde tanımlanmıştır.

İstisnai sağlık hizmetlerine ilişkin hususlar 28 inci maddesinde “(1) *Bir sağlık hizmetinin istisnai sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilmesi için hayati öneme haiz olmaması ve alternatif tedavi yönteminin bulunması gibi hususlar göz önüne alınır.*

(2) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden istisnai sağlık hizmeti olarak kabul edilecek sağlık hizmetleri Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

(3) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin talepleri doğrultusunda sağlık hizmeti sunucuları tarafından, Kurumca istisnai sağlık hizmeti olarak kabul edilen sağlık hizmetinin sunulması durumunda, bu hizmetler için bedeli en düşük alternatifi üzerinden ödeme yapılır.” şeklinde tanımlanmıştır.

34 üncü maddenin 2 nci fıkrası ile Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin bedellerinin belirlenmesinde Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkilendirilmiştir.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları faturalarının incelenmesi ve ödeme işlemlerine ilişkin hususlar Yönetmeliğin 35 inci maddesinde “(1) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından Kuruma gönderilen faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde Kanunla belirlenen oranında örnekleme metodu ile incelenir. Bu inceleme sonucunda sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin incelenen döneme ait bütün faturalarına uygulanmak suretiyle ödenecek tutar tespit edilir ve buna göre ödeme yapılır. Kurum ihtiyaç duyduğu hâllerde faturaların tamamını incelemeye yetkilidir.

(2) Örnekleme yapılarak fatura incelemesi yöntemini kabul etmeyen sağlık hizmeti sunucuları, bu tercihlerini hizmet vermeye başlamadan önce Kuruma yazılı olarak bildirir. Bildirimde bulunulmaması hâlinde örnekleme yöntemi kabul edilmiş sayılır.

(3) Götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilen hizmetler için Kuruma ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmez.

(4) Sağlık harcamalarına esas fatura ve reçete incelemeleri, Kurumun taşra birimlerinde ve Genel Müdürlük bünyesinde, fatura/reçete inceleme ile görevlendirilen personel tarafından yapılır. Genel Müdürlük bünyesinde sağlık harcamalarına esas hangi fatura ve reçetelerin inceleneceği ve inceleme usul ve esasları Genel Müdürlükçe belirlenir. İl müdürlüklerinde yapılan kesintilere ilişkin itirazların değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan fatura inceleme işlemleri, sağlık harcamalarına esas fatura ve reçete inceleme işlemi kapsamında değerlendirilir.

...

(6) Sağlık hizmeti sunucuları, bir fatura döneminde sunmuş oldukları hizmetlere ilişkin fatura ve eki belgeleri fatura teslim süresi içinde Kuruma teslim ederler. Kuruma teslim edilen fatura bedelinin tamamı, fatura teslim tarihinden itibaren, altmış gün içinde, sağlık hizmet sunucularına avans olarak ödenir. Fatura ve eki belgeler, fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabı kapatılır. İnceleme sonucu fazla

ödeme yapıldığının tespiti hâlinde; yapılan fazla ödeme sağlık hizmeti sunucusunun varsa Kurumdan alacağından mahsup edilir. Alacağının bu miktarı karşılamaması veya alacağının bulunmaması durumunda genel hükümlere göre tahsil edilir. İnceleme süresinin takip eden mali yıla sirayet etmesi durumunda, avans artıkları hakkında 5018 sayılı Kanununun 35 inci maddesindeki akreditiflere ilişkin hükümler uygulanır.” hükmü ile düzenlenmiştir.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesine ilişkin hususlar 36 ncı maddede “(1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hâller hariç olmak üzere aldığı sağlık hizmeti giderleri ödenmez.

(2) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere acil hâllerde sundukları sağlık hizmetlerini, Kanunun 72 nci maddesi gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen tutar esas alınarak kişilere fatura eder. Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere ödenir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları acil hâllerde, Kanunun 72 nci maddesi gereği belirlenen tutarlar dışında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir fark talep edemez” şeklinde düzenlenmiştir.

3.3.1.5. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun, 5510 sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansman ve uygulama esaslarını detaylı bir şekilde düzenleyen önemli bir mevzuattır. Tebliğ, SGK’nın finansmanını sağladığı sağlık hizmetlerini, geri ödeme koşullarını, hizmet sunucularıyla ilişkileri ve katılım paylarını ayrıntılı şekilde belirlemektedir. SUT ile sağlık hizmetlerinin kapsamı, fiyatlandırma kuralları ve ödeme yöntemlerini belirlenmektedir. Tebliğ, hizmet sunucuları ile SGK arasındaki ilişkileri netleştirirken, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilere sunulan hizmetlerin standartlarını ve ödeme esaslarını belirlemektedir. Bu kapsamda, sağlık sisteminin etkin, eşitlikçi ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşmasına katkıda bulunmaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliğinin amacı, sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanan sağlık

hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirilmesidir.

SUT hükümleri 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişileri kapsamaktadır.

SUT 2.2 nci maddesinde finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemleri ve ödeme kuralları ;“(1) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri SUT ve eki listelerde belirtilmiştir. SUT ve eki listelerde yer almayan teşhis ve tedavi yöntemlerinin bedellerinin Kurumca karşılanabilmesi için Kurum tarafından uygun olduğunun kabul edilmesi ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından Kurumca ödenecek bedellerinin belirlenmesi gerekmektedir.

(2) 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. Ayrıca Kurum, finansmanı sağlanan/sağlanacak sağlık hizmetleri için ihtiyaç duyulan alanlarda mevcut ödeme usul, esas ve koşulları dışında finansal veya tıbbi olarak getireceği kazanca göre alternatif ödeme modelleri kullanılarak sağlık hizmetlerini ödeme kapsamına alabilir, ödeme usul ve esaslarını belirleyebilir, yurtdışından temin edilen, ülkemizde imal edilemeyen veya bulunmayan ürün gruplarının üretimi, ithal ürünlerin yerli üretime geçmesi, piyasada bulunurluğunun sağlanması hususlarının teşvik edilmesi amacıyla alternatif ödeme modelleri oluşturabilir.

(3) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak yapılanlar hariç estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri Kuruma faturalandırılmaz. Estetik amaçlı yapıldığı tespit edilen sağlık hizmetlerine ilişkin giderler Kurumca karşılanmaz.

(4) 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.

...

(6) 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 için Kurumdan herhangi bir ücret talep edilemez... “Evde

Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimleri tarafından SUT ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanır. Özel polikliniklerce düzenlenen reçete bedelleri Kurumca karşılanmaz.

...

(8) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, ayakta ve yatarak tedaviler ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlilleri, bünyelerinde veya başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı ile sağlamak zorundadırlar. Hizmet alımı yoluyla sağlanan Kuruma fatura edilebilir tetkik ve/veya tahlil bedelleri, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde üretilen hizmetlerden ayrımı yapılmaksızın, hizmet alımı yapan sağlık hizmeti sunucusu tarafından Kuruma faturalandırılır ve SUT hükümleri doğrultusunda karşılanır. Sağlık hizmeti sunucularınca, hizmet alımına ilişkin bilgi ve belgeler istenildiğinde Kuruma ibraz edilecektir. Ayrıca sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, infüzyon kemoterapi hazırlanması işlemlerini Kurum ile sözleşmeli başka bir sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı yöntemi ile de sağlayabilirler...

(9) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularındaki tedaviler ile ilgili olarak kişilerce Kuruma ibraz edilen tetkik ve/veya tahlile ilişkin fatura bedelleri sevk/istem belgesine dayanılarak kişilere ödenir ve sevk/istem belgesini düzenleyen sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunun alacağından mahsup edilir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir.

(10) Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, bir başka sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı yoluyla sağladıkları kuruluş ve faaliyetiyle ilgili olarak bağlı bulunduğu mevzuat gereği düzenlenmiş olan ruhsat/faaliyet veya uygunluk belgesinde yer alan tetkik ve/veya tahlil dışındaki tedavilere (gastroskopi, kolonoskopi, rektosigmoidoskopi, rektoskopi, bronkoskopi, anjiyografi gibi işlemler de dahil olmak üzere) ait giderleri Kuruma faturalandıramazlar. Hekim veya dış hekimlerinin, özel sağlık hizmeti sunucusu bünyesinde çalışması halinde, bu hekimler tarafından fatura düzenlenerek alınan/sunulan sağlık hizmetleri bu kapsamda değerlendirilmez.

(11) Başka bir sağlık hizmeti sunucusundan laboratuvar hizmeti alınması durumunda, hasta hastane dışına numune almak için gönderilmez, alınan numunenin transferi veya sonucu hasta veya yakını aracılığı ile istenilemez. Görüntüleme hizmetlerinin hizmet alımı yoluyla sağlanması halinde acil ve yatan hastaların transferi sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılacaktır.

(12) Kurum ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, tetkik, tahlil ve tedaviye ait her türlü bilgi, belge ve raporu, istenildiğinde Kuruma ibraz edeceklerdir. İbraz edilememesi durumunda Kuruma faturalandırılan ilgili tetkik, tahlil ve/veya tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaz.

.....

(15) 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. Ödemeye esas puanlarının ödemeye esas işlem bedeline çevrilmesinde; işlem puanının belirtilen katsayı ile çarpılması sonucu bulunacak tutar yuvarlama işlemi yapılmaksızın virgülden sonra iki basamak olacak şekilde alınır.

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

.....

(19) Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinde geri ödeme kural ve/veya kriterleri belirlenmemiş sağlık hizmetleri için güncel bilimsel klinik uygunluğun bulunması gerekir.” şeklinde ayrıntılı bir biçimde belirlenmiştir.

Tebliğe göre ayakta tedavi ödemeleri sağlık kuruluşlarının basamaklarına göre farklı usullerle yapılmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ayakta tedavilerde ödeme uygulaması kapsamında; sağlık hizmeti sunucusunda ayaktan her bir başvuru için, SUT eki “Sağlık Hizmeti Sunucularının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi” nde (EK-2/A-1) bulunduğu sınıfa göre belirlenmiş olan SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılır. Tebliğe göre belirli sağlık hizmetleri (acil, iş kazası, onkolojik tedavi, organ nakli vb.) ve evde sağlık hizmetleri, “hizmet başına ödeme yöntemi” ile faturalandırılır.

Yatarak tedavilerde ödeme, tanıya dayalı işlem veya hizmet başına ödeme yöntemleriyle yapılır. Tanıya dayalı ödeme, SUT eki EK-2/C Listesine göre faturalandırılır ve yatak bedeli, muayene, ameliyat, anestezi, yatış ilaçları, laboratuvar ve radyoloji tetkikleri gibi işlemleri kapsar. Tanıya dayalı işlemler belirli sürelerle (A Grubu için 15 gün, E Grubu için 3 gün) sınırlıdır ve süre aşımında ek hizmetler ayrıca faturalandırılır. Hizmet başına ödeme yöntemi ise SUT eki EK-2/B listelerine dayanır.

SUT Yatarak tedavilerde ödemeye ilişkin düzenlemeler 2.2.2 nci bölümde;

“2.2.2 - Yatarak tedavilerde ödeme (1) İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme” yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer almıyorsa, “hizmet başına ödeme” yöntemi ile faturalandırılır.

2.2.2.A - Hizmet başına ödeme yöntemi

(1) Hizmet başına ödeme yönteminde sağlık hizmeti bedelleri, SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) Kurumca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.

2.2.2.B - Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi

(1) Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yönteminde, sağlık hizmeti bedelleri SUT eki EK-2/C Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemine dâhil olmayan faturalandırılabilir sağlık hizmeti bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

2.2.2.B-1 - Taniya dayalı işlemlerin kapsamı

(1) Taniya dayalı ödeme listesi işlem puanlarına yatarak tedaviler kapsamında takip alındıktan sonraki, özel hükümler saklı kalmak kaydıyla;

a) Yatak bedeli,

b) Muayeneler ve konsültasyonlar,

c) Operasyon ve girişimler,

ç) Anestezi ilaçları,

d) Yatış dönemindeki ilaçlar (kan ürünleri ayrıca faturalandırılır, kanama durdurma, sızdırmazlık sağlama doku yapıştırıcılar bu kapsamda değerlendirilmez),

e) Kan bileşenleri (Ancak kan bileşenlerinin taniya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde kan bileşenleri puanlarının; 705371, 705430 ve 705440 kodlu kan bileşenleri için %36'sı, 705372 ve 705373 kodlu kan bileşenleri için %24'ü, 705441 kodlu kan bileşenleri için %20'si, 705442 ve 705443 kodlu kan bileşenleri için %28'i sağlık hizmeti sunucusunca ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bileşenlerinin MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.)

f) Sarf malzemesi,

g) Anestezi bedeli,

ğ) Laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri,

h) Refakatçi bedeli (tıbbi zorunluluk halinde),

gibi tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.

(2) SUT eki EK-2/C Listesi “Açıklama” bölümünde belirtilen istisnalar dikkate alınacaktır.

(3) Taniya dayalı işlemin uygulandığı tarih birinci gün kabul edilmek kaydıyla aşağıda belirtilen süreler içerisinde aynı sağlık hizmeti sunucusunda bu işlemle ilgili olarak verilen sağlık hizmetleri taniya dayalı işlem kapsamında değerlendirilir.

a) A Grubu taniya dayalı işlemlerde; 15 gün

b) B Grubu taniya dayalı işlemlerde; 10 gün

c) C Grubu taniya dayalı işlemlerde; 8 gün

ç) D Grubu taniya dayalı işlemlerde; 5 gün

d) E Grubu taniya dayalı işlemlerde; 3 gün

(4) Üçüncü fıkrafta belirtilen sürelerin aşılması halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, ayrıca faturalandırılır.

(5) Taniya dayalı işlem kapsamında olan, ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin bedellerinin hasta tarafından ödendiğinin tespiti halinde ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin fatura tutarları hastaya ödenir. Kurumca ödenen tutar ilgili sağlık hizmeti sunucusundan mahsup edilir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir. Mahsup edilen tutar hiçbir surette sağlık hizmet sunucusuna iade edilmez.”

Hizmetin iptal olması veya yarım kalması hususuna ilişkin hususlar SUT 2.2.2.B-2 - (1) maddesinde “*Hastanın taniya dayalı işlem öncesi hazırlık işlemleri aşamasında ölmesi veya ortaya çıkan başka sağlık sorunları nedeniyle taniya dayalı işlem kapsamına giren bir müdahalenin yapılamaması halinde verilen hizmetler, ameliyat/girişim kararı verilen hastanın, herhangi bir nedenle tedaviden vazgeçmesi halinde (hastanın hastaneden ayrılmasından 10 gün sonra) veya başlanan işlemin herhangi bir aşamada kalarak tamamlanamaması halinde o zamana kadar verilen sağlık hizmetlerine ilişkin giderler, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır. Ancak bu durumda SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem bedelleri, %10 indirimli olarak faturalandırılacaktır. Bu durumdaki işlemlerde kullanılmayan malzemeler faturalandırılmayacaktır.*” şeklinde yatarak tedavilerde ödeme başlığı altında ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

SUT Acil sağlık hizmetlerine ilişkin düzenleme 2.3- Acil sağlık hizmetleri başlığı altında “(1) 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 durumları kapsamaktadır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir. Acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü sağlık hizmeti sunucuları acil servis hizmetlerini Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ile konuya ilişkin Başbakanlık tarafından yayımlanan Başbakanlık genelgeleri ve Kurum mevzuatı doğrultusunda yürüteceklerdir. Acil servise müracaat eden ve muayeneleri sonucunda acil olmadığı tespit edilen kişilerin tedavi giderleri, SUT eki EK-2/B Listesinde 520.021 kodlu “Yeşil alan muayenesi” adı altında yer alan işlem bedeli üzerinden Kurumca karşılanır. Muayene sonucunda acil olduğu tespit edilenler için ise SUT’un 2.2.1.B-2 maddesinin birinci ve ikinci fıkralarındaki ilgili hükümler uygulanır. Ancak sağlık hizmeti sunucularınca acil servislerde verilen ve Kuruma acil sağlık hizmeti olarak faturalandırılan hizmetlerin Kurumun inceleme birimlerince yeşil alan muayenesi olarak değerlendirilmesi halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri karşılanmaz.

(2) Sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları acil servislerde acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri için kişilerden veya Kurumdan herhangi bir ilave ücret talep edemez.

(3) Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına SUT’un 1.7 maddesinde tanımlanan acil haller nedeniyle müracaatı sonucu oluşan sağlık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır.

(4) Bu madde kapsamında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularındaki yatarak tedavileri Kurumca karşılanan kişiler için, hekim veya dış hekimi tarafından düzenlenen refakatçi kalınması gerektiğinin tıbben lüzum görüldüğünü belirtir belgeye dayanılarak, refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır. 18 yaşını doldurmamış çocuklar için refakatçi kalınmasının tıbben lüzum görülmesi şartı aranmaz.

(5) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularınca, acil tedavilere ilişkin bilgilerin tıbbi açıdan kaydedilmesi ve Kurumca gerek görüldüğünde ibraz edilmesi zorunludur.

(6) Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları tarafından, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere acil hallerde sundukları sağlık hizmetleri “hizmet başına ödeme yöntemi” esas alınarak kişiler adına manuel olarak fatura edilir. Ancak kişilerce sağlık hizmet bedelinin Kurum tarafından ilgili sağlık hizmeti sunucusuna ödenmesinin talep edilmesi halinde kişilerin yazılı muvafakatı alınarak fatura ile birlikte Kuruma gönderilir.

Kurumca yapılacak inceleme sonrasında belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere veya sağlık hizmeti sunucusuna ödenir.” şeklinde ayrıntılı şekilde düzenlenmiştir.

Yoğun bakım tedavisine ilişkin hususlar SUT 2.4.4.H maddesinde;

“(1) Resmi ve özel sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşınması gereken diğer özellikleri vb. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır. Sağlık Bakanlığı tarafından herhangi bir nedenle seviyelendirilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler birinci basamak yoğun bakım fiyatından faturalandırılır. Tescil edilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler ise faturalandırılmaz.

(2) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır. Yoğun bakım tedavisi sürmekte iken; EK-2/C Listesinde yer alan A, B, C grubu işlemin uygulanması durumunda işlemin yapıldığı gün, tanıya dayalı yoğun bakım puanı faturalandırılabilir. Bu durumda yapılan işlemin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ile tanıya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri faturalandırılabilir. D ve E grubu işlemler yoğun bakım bedellerine dâhil olup ayrıca faturalandırılmaz.

(3) Anestezi sonrası bakım hizmetleri (PACU) için yoğun bakım bedelleri faturalandırılmaz.

(4) Yoğun bakımdaki hastalara uygulanan sürekli hemodiyalizasyon/hemofiltrasyon, plazmaferez tedavileri, immün plazma tedarik ve uygulama, viral inaktivasyon işlemi, prematüre retinopatisinde lazer tedavisi, terapötik hipotermi tedavisi SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ve o işleme ilişkin faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri ile hemodiyaliz tedavisi SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlem puanı üzerinden ayrıca faturalandırılacaktır.

(5) “Trombosit Süspansiyonu” (705440,705441,705442,705443 kodlu işlemler) ve “aferez trombosit” bedelleri ile aferez trombosit işlemine ilişkin SUT’ta belirtilen faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri de ayrıca faturalandırılacaktır.

(6) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans laboratuvarlarınınca tarafından temin edilen Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B ve E), Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B, C, D, E, F, G), ATC kodu “B01AC, B01AD, R07AA” olan ilaçların parenteral formları ile immünsuprese veya immün yetmezliği olan hastalarda ATC kodu “J02AA, J02AC, J02AX, V03AB34” olan ilaçların parenteral formları, ATC kodu

“L04AC07” olan ilaçların intravenöz formları, ATC kodu “J01DD52” olan ilaç ayrıca faturalandırılabilir.

(7) Aynı sağlık hizmeti sunucusunda aynı gün birden fazla basamakta yoğun bakım tedavisi gören hasta için bir yoğun bakım bedeli faturalandırılabilir. Hastanın genel durumu itibarıyla bulunduğu basamaktan farklı bir basamağa geçmesi durumunda, gelişmeler hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda belirtilmelidir.

(8) Yoğun bakımda yatan hastanın, yattığı ilk gün ile vefat ettiği veya yoğun bakımdan çıkarıldığı gün ya da başka bir sağlık hizmeti sunucusunun yoğun bakım servisine sevk edildiği gün verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır.

(9) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinden faturalandırıldığında kan ürünleri işlem puanına dahildir.” şeklinde tanımlanmaktadır.

Palyatif bakım tedavisine ilişkin düzenleme Tebliğ’in 2.4.4.K maddesinde;

“(1) Palyatif bakım tedavisi, Sağlık Bakanlığınca palyatif bakım verme konusunda tescil edilmiş olan Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı sağlık tesislerince ve Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri, Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından faturalandırılır.

(2) Palyatif bakım tedavisi yalnızca palyatif bakım yatağında yatan hastalara verilen hizmettir.

(3) Palyatif bakım tedavisi vermeye yetkili sağlık hizmeti sunucusunun tescil edilmiş palyatif bakım yatakları dışındaki herhangi bir yataktan bu hizmetleri göndermesi durumunda bu hizmet bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(4) Palyatif bakım tedavisi aşağıdaki hizmetleri kapsamaktadır.

a) Beslenmesi fiziksel ve psikolojik/nörolojik nedenlerle bozulup enteral, parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyanlar,

b) Enfeksiyon, kas ve nörolojik hastalıklar nedeniyle solunumu bozulmuş olup, invaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon desteğine ihtiyacı olan hastalar,

c) Enfekte yatak yarası açılan, ostomi bölgelerinde enfeksiyon, kaçak sorunları olan(trakeotomi, gastrostomi, ileostomi, kolostomi vs), kateteri olup tıkanan, kırılan, giriş yeri enfeksiyonu olan yada katetere bağlı fonksiyon bulguları bulunan (diyaliz kateteri, santral venöz kateteri, şant kateterleri, ağrı portu ve kateteri, perkütan plevral kateter, perkütan mesane kateteri) hastalarının tedavisi ve tıbbi sorunlarının giderilmesi,

(5) Palyatif bakım tedavisi EK-2/C Listesindeki P560000 SUT kodundan günde en fazla 1(bir) kez faturalandırılır.

(6) Palyatif bakım tedavisi altında tedavi gören hastaya EK-2/C Listesindeki işlemlerden herhangi birinin yapılması durumunda, EK-2/C Listesindeki işlem bedeli faturalandırılır ve 2.2.2.B-1(3) maddesinde belirtilen sürelerde palyatif bakım tedavisi adı altında herhangi bir bedel ödenmez.

(7) Palyatif bakım tedavisine tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler (SUT'un 2.2.2.B-1 maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde sağlık hizmeti sunucularınca ayrıca faturalandırılan kan bileşenleri oranları ve SUT'un 2.4.4.H maddesinin altıncı fıkrasında yer alan ilaçlar hariç) dahil olup ayrıca faturalandırılmaz.” şeklinde tanımlanmıştır.

SUT 5.3.1.C – Hizmet detay belgesinin düzenlenmesine ilişkin hususlar “(1) MEDULA sistemini kullanan sağlık hizmeti sunucuları, tedaviye ait hizmet detay belgesini MEDULA sistemine elektronik olarak kaydeder. Hizmet detay belgesi Kurumun ilgili birimine teslim edilmez. Ancak Kurum tarafından fatura incelemesi dışında başka bir nedenle talep edilmesi halinde, hizmet detay belgesinin dökümü başhekimlikçe onaylanarak teslim edilir. Hizmet detay belgesindeki epikriz bölümü, yatarak tedavilerde ve cerrahi işlemlerin yapıldığı tüm sağlık hizmetlerinde elektronik ortamda ayrıntılı olarak düzenlenmek zorundadır. Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen hizmet detay belgesinde aşağıdaki bilgiler yer alır. Ayrıca Kurumca belirlenen istisnalar nedeni ile manuel olarak gönderilen faturalara ait hizmet detay belgesinde de aynı bilgiler bulunur.

a) Hastanın adı soyadı, telefon numarası, adres bilgileri,

b) T.C. Kimlik Numarası,

c) Kapsam türü,

ç) Branş,

d) Provizyon numarası/MEDULA takip numarası,

e) İşlem tarihi,

f) İlgili hekimin bilgileri (hekim adı, soyadı, doktor tescil numarası),

g) Hasta yatış ve çıkış günleri,

ğ) Hastaya konulan tanı, ICD-10 kodu, ICD-O kodu,

h) İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) tarihi, hizmet türü, SUT kodu, adı, adedi, tutarı,

ı) Tıbbi malzemelerin adları, adetleri, birim fiyatları, SUT kodları, Küresel Ürün Numarası (barkod),

i) Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında değil, tane hesabıyla birim fiyatları ve tutarı (parenteral ilaçlar için hizmet detay

belgesinde hastaya verilen dozlar (mg, IU, ml. vb.) belirtilecek ancak fiyat ve tutarlar kutu/adet üzerinden fatura edilecektir.),

j) Kullanılan kan ve kan bileşenleri, miktarları, ünite ve ISBT (Uluslararası Kan Nakli Derneği) numaraları,

k) Epikriz notu. (Yoğun bakım, yatarak ve günübirlik hastalarda; günlük progreslerin, tedavi orderların ve kullanılan malzeme bilgilerinin eklenmesi.)” şeklinde düzenlenmiştir.

3.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemleri ve Sağlık Giderlerinin Ödenmesi

3.3.2.1. SGK’nın Sağlık Hizmeti Sunucularından Hizmet Satın Alma Yöntemleri ve Mevzuatı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmaktadır. SGK, sosyal güvenlik sisteminin modernizasyonunda temel bir rol oynamaktadır. 2.7.2018 tarihli KHK ile SGK yapısına ilişkin maddeler 4 numaralı Cumhurbaşkanlığı kararnamesinde yeniden tanımlanmıştır.

Bu kararname, SGK’nın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin esasları belirlemektedir. Kararnameye göre, SGK, sosyal sigortacılık ve genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak, sosyal güvenlik politikalarını uygulamak ve mevzuatta belirtilen diğer görevleri yerine getirmek üzere kurulmuştur. SGK, özerk bir yapıya sahip olmakla birlikte, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı olarak faaliyet göstermekte ve bireylerin sağlık ve sosyal güvenlik haklarına erişimini güvence altına almak amacıyla çalışmalarını sürdürmektedir. Bu bölümde, sağlık hizmetlerinin satın alınmasına ilişkin dayanak mevzuat ile sağlık hizmeti satın alım sözleşmelerine dair hususlar ele alınacaktır.

3.3.2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınmasına İlişkin Mevzuat

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun, sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi başlıklı; 73. maddesinin “*Bu Kanuna göre sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır.*

...

Kurum, bu Kanunun birinci fıkrasında belirtilen yöntemler dışında, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlamaya

yetkilidir. 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. Bu fıkranın uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığı ile müştereken belirlenir.” hükmü gereği sağlık hizmetlerinin finansmanı, SGK ile sağlık hizmeti sunucuları arasında imzalanan sözleşmeler/protokoller yoluyla sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır.

GSS Uygulamaları Yönetmeliği diğer sağlık hizmetlerinin temin esasları başlıklı 12. Maddesi 2. fıkrasında “(2) Kurum, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlar. 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 sunar. Söz konusu sağlık hizmeti sunucuları sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret alınabilecek hizmetler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemez. Götürü bedele ilişkin usul ve esaslar Kurum ve ilgili kamu idareleri ile müştereken belirlenir.” şeklinde götürü bedel sözleşmelerini kapsamı hakkında hüküm bulunmaktadır.

Götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilen hizmetler için Kuruma ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmeyeceği hususu GSS Uygulamaları Yönetmeliğinin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları faturalarının incelenmesi ve ödeme işlemlerine ilişkin hususlar başlıklı 35 inci maddesinin 3 üncü fıkrasında da düzenlenmiştir.

3.3.2.1.2. Sağlık Hizmet Satın Alım Protokolleri/Sözleşmeleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 73. maddesine dayanılarak Sosyal Güvenlik Kurumu ile sağlık hizmeti sunucuları arasında imzalanan sözleşmeler/protokoller yoluyla sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanmaktadır. SGK sözleşme ve protokoller ile Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, vakıf üniversiteleri, özel sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti satın alabilmektedir.

3.3.2.1.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi

Sosyal Güvenlik Kurumunun Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık hizmeti sunucularından tedarik edeceği sağlık hizmetlerinin, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü madde hükümlerine göre götürü bedel üzerinden temin edilmesine ilişkin usul ve esaslar ile karşılıklı hak ve yükümlülüklerin belirlenmesi amacıyla Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi imzalanmaktadır.

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmetleri Kurum ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan “Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı Arasında Yılı Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları” çerçevesinde satın alınmakta ve söz konusu sözleşme ve usul esaslar da Sağlık Bakanı, Hazine ve Maliye Bakanı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı tarafından imzalanan çatı protokole dayanılarak hazırlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı götürü bedel bütçe rakamı üç Bakanlık tarafından imzalanan bu “Protokol” ile belirlenmekte ve bu rakam üzerinden alınacak sağlık hizmetine ilişkin “Sözleşme ve Usul Esaslar” Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısı ve Sosyal Güvenlik Kurum Başkanı tarafından imzalanmaktadır.

Sözleşmenin Bakanlığın yükümlülükleri başlıklı 7. maddesinde;

a) Bakanlık, kendisine başvuran bu sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında kapsamdaki kişilere (ikinci maddede sayılan kişiler) SUT çerçevesinde, verilebilen her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür. Sağlık hizmeti sunucusu, SUT ve Kurumun ilgili mevzuat hükümleri ile kuruluş ve faaliyetleri ile ilgili mevzuat hükümlerine uymak zorundadır.

b) Sağlık hizmeti sunucusu Kurumdan veya kapsamdaki kişilerden Kanunda belirtilen ilave ücretler ve katılım payları ile bu sözleşmede yer alan istisnai ödemelere ilişkin hükümler dışında ayrıca bir bedel talep edemez.

c) Sağlık hizmeti sunucusunda yatarak tedavi gören hastaların tedavileri sırasında kullanılacak olan tıbbi malzeme ve ilaçlar, ilgili sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilecek olup götürü bedel kapsamı içinde değerlendirilir. Yine ayaktan ve yatarak tedaviler sırasında yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlillerin sağlık hizmeti sunucusu tarafından yapılması veya hizmet alımı ile sağlanması zorunludur. Bu hizmetlerin sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilmemesi nedeniyle kişilerce karşılanması durumunda

bu hizmetlere ilişkin fatura bedeli kurum tarafından ilgiliye ödenir ve ödenen bu tutar bakanlığa yapılan götürü bedel ödemesinden düşülür.

d) ...

e) Bakanlık, kendisine ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanılmasına ilişkin protokol imzalanana sağlık hizmeti sunucularına ilişkin listeleri yılda iki kez (Ocak ve temmuz aylarında) güncel olarak Kuruma iletmek zorundadır.

f) ...

g) SHS vereceği sağlık hizmetlerine ait bilgileri SUT ve Kurumun diğer ilgili mevzuatı çerçevesinde MEDULA sistemine kaydedecek, yine anılan mevzuatta yer alan süre ve kurallar çerçevesinde dönem sonlandırmasını yapacaktır.

ğ) Sağlık hizmeti sunucusu Kurumca ihtiyaç duyulması halinde SUT'un fatura eki belgelere ilişkin hükümleri çerçevesinde istenen bilgi ve belgeleri en geç bir ay içerisinde Kuruma gönderir. Ayrıca Kurumun üçüncü kişilere rücu işlemine konu olan iş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası (MEDULA-Hastane sisteminde provizyon alınamayan trafik kazaları hariç) ve diğer tüm adli vakalar kapsamında sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin fatura eki belgelerin MEDULA sisteminde gönderilmesi zorunludur. Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere verilen sağlık hizmetlerine ilişkin olarak her kişi için ayrı ayrı düzenlenmiş hizmet detay belgesi ile birlikte diğer bilgi ve belgeleri ilişkilendirildiği Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne iletir. Sağlık hizmeti sunucusu bunların dışında Kuruma ayrıca fatura ve dayanağı belge göndermez.

h) Bakanlık, sağlık hizmeti sunucularına ve doktorlar ait bilgileri Medula bilgi sisteminde güncel tutar.

ı) Bakanlık Sağlık Hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetinin MEDULA sistemine iletilmesi, MEDULA sistemine iletilen verilere dayanak oluşturan belgelerin gerçeğe aykırı olarak düzenlenmesi, SUT hükümleri gereğince kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerinin kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterilmesi, sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere sağlık hizmeti sunularak MEDULA sistemine iletilmesi gibi usulsüz ve yersiz işlemlerle ilgili her türlü takibi yapacaktır.” şeklinde Bakanlığın yükümlülükleri tanımlanmıştır.

Sözleşmenin sekizinci maddesinde, özetle Kurumun sözleşme ekinde yer alan plan çerçevesinde ödeme yapacağı, MEDULA sistemini çalışır halde tutacağı gibi hususlar Kurumun yükümlülükleri olarak belirtilmiştir.

Sözleşmenin dokuzuncu maddesinde Bakanlık ve Kurum için ortak yükümlülükler belirtilmiş olup, Kurum veya Bakanlığın denetim ve kontrol ile görevlendirilen personeline yapılan denetimler sonucu sehven yapıldığı tespit edilen işlemlere ait verilerin, Kurumdan sağlık hizmeti almaya hakkı olmayan kişilere verilen ve adli mercilere intikal ettirilen sağlık hizmetlerine ilişkin verilerin MEDULA sisteminde tabi tutulacağı işlemler, yatarak tedavi gören hastaların tedavileri sırasında kullanılacak olan tıbbi malzeme, yatan hasta ve günübirlik tedavilere ait ilaçlar ilgili sağlık kurum ve kuruluşu tarafından temin edilecek olup götürü bedel kapsamı içinde değerlendirileceği ve Bakanlık tarafından istenilen veya Kurum tarafından belirlenen konularda; MEDULA üzerinden alınan veriler dikkate alınarak hazırlanan analiz raporlarının Bakanlığa iletileceği belirtilmektedir.

3.3.2.1.2.2. Sosyal Güvenlik Kurumu ile Üniversite Hastanesi Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi

SGK'nın üniversite hastanelerinden tedarik edeceği sağlık hizmetlerinin, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü madde hükümlerine göre götürü bedel üzerinden temin edilmesine ilişkin usul ve esaslar ile karşılıklı hak ve yükümlülüklerin belirlenmesi amacıyla Sosyal Güvenlik Kurumu ile Üniversite Hastanesi Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi imzalanmaktadır.

Sağlık Hizmeti Sunucusunun Yükümlülükleri sözleşmenin 7 nci maddesinde;

“a) SHS, SUT ve Kurumun ilgili mevzuat hükümleri ile kuruluş ve faaliyetiyle ilgili mevzuat hükümlerine uymak zorundadır.

b) SHS, bu sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında, kapsamdaki kişilere SUT çerçevesinde verilebilen her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür. SHS doğrudan veya sevk edilmek sureti ile başvuran kişileri SUT'ta yer alan müracaata ve kimlik tespiti işlemlerine ilişkin düzenlemeler ile Kurum mevzuatı doğrultusunda kabul etmek zorundadır.

c) SHS, Kurumdan veya kapsamdaki kişilerden Kanunda belirtilen ilave ücretler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemez.

ç) SHS'de yatarak tedavi gören hastaların tedavileri sırasında kullanılacak olan tıbbi malzeme ile yatan hasta ve günübirlik tedavilere ait ilaçların, ilgili SHS tarafından temini zorunludur. Yine ayaktan ve yatarak tedaviler sırasında yapılması gerekli görülen tetkik ve/veya tahlillerin SHS tarafından yapılması veya hizmet alımı ile sağlanması zorunludur. Bu hizmetlerin SHS tarafından temin edilememesi nedeniyle kişilerce karşılanması durumunda bu hizmetlere ilişkin fatura bedeli Kurum tarafından SUT hükümleri doğrultusunda ilgiliye ödenir ve ödenen bu tutar SHS'ye yapılan götürü bedel ödemesinden düşülür.

...

g) SHS, MEDULA sistemine kaydettiği her türlü bilginin doğruluğunu ve mevzuata uygunluğunu kabul ve taahhüt eder. Kurumca ihtiyaç duyulması halinde SUT'un fatura eki belgelere ilişkin hükümleri çerçevesinde istenen bilgi ve belgeleri Kurumca belirlenen usul ve sürelerde Kuruma gönderir.

(1) Kurum tarafından yapılacak denetim/inceleme/soruşturma kapsamında; hastaların muayene, tetkik/tahlil ve tedavilerine ait veya bunlar dışında ihtiyaç duyulacak tüm veriler/bilgiler/belgeler de yazılı olarak SHS'den talep edilebilir. SHS, verileri/bilgileri/belgeleri Kurumca bildirilen süre içinde ibraz etmekle yükümlüdür.

...

ğ) SHS, doktorlara ait bilgileri MEDULA bilgi sisteminde güncel olarak tutacaktır.

h) Üniversite, sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetinin MEDULA sistemine iletilmesi, MEDULA sistemine iletilen verilere dayanak oluşturan belgelerin gerçeğe aykırı olarak düzenlenmesi, SUT hükümleri gereğince kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerinin kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterilmesi, sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere sağlık hizmeti sunularak MEDULA sistemine iletilmesi gibi usulsüz ve yersiz işlemlerle ilgili her türlü takibi yapacaktır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Sözleşmenin sekizinci maddesinde, özetle Kurumun sözleşme ekinde yer alan plan çerçevesinde ödeme yapacağı, MEDULA sistemini çalışır halde tutacağı gibi hususlar Kurumun yükümlülükleri olarak belirtilmiştir.

Sözleşmenin dokuzuncu maddesinde kurumun ve sağlık hizmeti sunucularının uymak zorunda olduğu ortak yükümlülükler belirtilmiştir

11 inci maddede “Kurum, SHS’ce verilen hizmetlere ilişkin bilgi ve belgeleri, verilen hizmetin sözleşme kapsamına uygunluğu ve hizmetin niceliğini kontrol eder. Kurum bu yetkisini uygun gördüğü zamanda ve yerde görevlendireceği kişiler aracılığıyla veya ihtiyaç duyulması halinde Kurum dışı kuruluşlara yaptırmak sureti ile kullanabilir.” ile Kurumun denetim yetkisi düzenlenmiştir.

3.3.2.1.2.3. Sosyal Güvenlik Kurumu ile Vakıf Üniversiteleri Sağlık Hizmetleri Satın Alım Sözleşmesi¹²²

SGK ile vakıf üniversiteleri arasında sağlık hizmetlerinin temin edilmesi, finansmanın sağlanması ve taraflar arasındaki karşılıklı hak ve yükümlülüklerin belirlenmesi amacıyla, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 73. maddesi hükümlerine

¹²² <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2025-Yili-Sosyal-Guvenlik-Kurumu-Vakif-Universiteleri-Saglik-Hizmetleri-Satin-Alim-Sozlesmesine-Iliskin-Duyuru-2024-12-23-07-13-21>

dayanılarak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile Vakıf Üniversiteleri Arasında Sağlık Hizmetleri Satın Alım Sözleşmesi imzalanmaktadır.

Bu sözleşme, sağlık hizmeti bedelleri SGK tarafından karşılanan kişilere SHS'nin, Kurum tarafından bedeli ödenmeyen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, faaliyet izin belgelerinde bulunan tüm branşlarda vermeyi kabul ve taahhüt ettiği hizmetlerle sınırlı olmak üzere, sağlık hizmetlerinin sağlanmasının usul ve esasları ile karşılıklı hak ve yükümlülüklerini belirler.

Sözleşmenin 7.1 Kurumun hak ve yükümlülükleri bölümünde; Kurum, SHS'lere sundukları hizmetler karşılığında mevzuat ve sözleşme hükümleri doğrultusunda ödeme yapmakla yükümlü olduğu, bununla birlikte ödeme politikalarını ve ilgili mevzuatı tek taraflı olarak değiştirme yetkisine sahip olduğu, Kurumun, kendi bünyesinde sunulan sağlık hizmetleri için gerekli altyapıyı sağlamakla sorumlu olduğu, sağlık hizmetlerinin hakkaniyet, verimlilik ve etkinlik ilkelerine uygun şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla, SHS'lerin hastalara sunduğu hizmetlere ilişkin her türlü veri ve bilgiye erişim hakkına sahip olduğu ve aynı zamanda sözleşme kapsamında her türlü inceleme ve denetimi yapma ve bu denetimlere ilişkin kuralları belirleme yetkisine sahip olduğu belirtilmiştir.

Sözleşmenin 7.2. Sağlık Hizmet Sunucularının (SHS) hak ve yükümlülükleri bölümünde; Sağlık Hizmet Sunucularının, Kurum ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan tüm mevzuat hükümlerine uymakla yükümlü olduğu, hizmet kalitesi ve erişilebilirliği açısından hasta ayrımcılığı yapamayacağı, SHS'nin MEDULA sisteminin ve Kurumun belirlediği bilgi işlem altyapısını, donanımı ve yazılımları zamanında kurarak sisteme uyum sağlamak zorunda olduğu, hastalara ait kişisel sağlık verilerinin gizliliğini koruyarak yasal gerekliliklere uymayı taahhüt etmesi gerektiği, MEDULA sistemine kaydedilen bilgilerin doğruluğundan sorumlu olduğu ve bu bilgilerin mevzuata uygun olmasını garanti edeceği, sözleşme kapsamında sunulan hizmetlere ilişkin tüm bilgi ve belgeleri en az 10 yıl süreyle saklamakla yükümlü olduğu, faturalar ve diğer inceleme verilerini MEDULA sistemi üzerinden Kuruma elektronik ortamda iletmek zorunda olduğu ve MEDULA sistemine eklenmemiş kurallar söz konusu olduğunda dahi ilgili mevzuata uygun hareket etmeyi kabul edeceği belirtilmiştir.

Sözleşmede ayrıca mevzuat hükümlerine uymayan sağlık hizmeti sunucularına uygulanacak ceza koşulları ve diğer yaptırımlar düzenlenmiş olup denetim bölümünde ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir.

Sözleşmenin sona ermesi veya MEDULA sisteminin pasif hale getirilmesi durumunda, Sağlık Hizmeti Sunucusu (SHS) tarafından, sözleşmenin sona erdiği ya da sistemin pasif hale

getirildiği tarihten önce hastaneye yatmış olanların tedavilerinin taburcu edilene kadar tamamlanması gerektiği sözleşmenin 10. bölümü Tıbbi ve Teknik Hükümler başlığı altında tanımlanmıştır. Bu maddede ayrıca; seanslı tedavilerin (örneğin, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, ESWL, ESWT, Hiperbarik Oksijen tedavileri) söz konusu tarihten önce başlanmış olması şartıyla raporda belirtilen süre boyunca yapılması, kemoterapi, radyoterapi, radyoizotop tedavileri ve doku/organ nakli tedavileri, planlama tarihi bu tarihlerden önce olmak koşuluyla tedavi protokolü çerçevesinde sunulması gerektiği, hemodiyaliz tedavilerinin ise sözleşme ya da sistem sona erdikten sonra bir ay süreyle devam ettirilmesinin zorunlu olduğu, bu tedavilerle ilgili düzenlenen faturalar, mevzuat ve sözleşmedeki usuller doğrultusunda Kurum tarafından ödeneceği ve diğer işlemler için fatura düzenlenemeyeceği,

Sözleşme kapsamındaki bir branşta geçici olarak hizmet sunumuna son verilmesi durumunda, ilgili branşın MEDULA sisteminde pasif hale getirileceği, bu durumda SHS'nin, ilgili branşta MEDULA sisteminin pasif hale getirildiği tarihten önce yatmış hastaların tedavilerini taburcu edilene kadar, seanslı tedavileri ise belirtilen şartlarla tamamlamakla yükümlü olduğu, bu tedaviler için düzenlenen faturaların Kurum tarafından ödenirken, diğer işlemler için ödeme yapılmayacağı da belirtilmiştir.

Vakıf Üniversiteleri ile sağlık hizmet satın alım sözleşmesi imzalanmadan önce; sözleşme başvuru dilekçesi, üniversite ile tıp ve/veya diş hekimliği fakültelerinin kuruluşuna ilişkin resmi gazete örneği, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği ve/veya Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Uygulama Araştırma Merkezi Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığınca düzenlenmiş ruhsat/geçici ruhsat veya ön izin belgesi, hizmet alımı yaptığı SHS ile ilgili belgeler, ruhsat/geçici ruhsat veya faaliyet izin belgesi, yapılan sözleşmenin örneği, üniversite adına sözleşme imzalamaya yetkili rektör dışında, rektör tarafından yetkilendirilen kişiye ait noter onaylı yetki belgesi/vekaletname ve imza beyannamesi, SHS'nin mütevelli heyeti/yönetim kurulu üyeleri listesi ve güncel adli sicil kayıt belgeleri, SHS'de çalışan hekimlerin listesi ve güncel adli sicil kayıt belgeleri, SHS'nin adresi ve kayıtlı elektronik posta (KEP) adresine ilişkin belgeler talep edilmektedir.

3.3.2.1.2.4. Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi¹²³

SGK, özel sağlık hizmeti sunucuları ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. maddesine dayanarak sağlık hizmeti satın alım sözleşmesi

¹²³ <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2025-Yili-Sosyal-Guvenlik-Kurumu-Ozel-Saglik-Hizmeti-Sunucularindan-Saglik-Hizmeti-Satin-Alim-Sozlesmesine-Iliskin-Duyuru-2024-12-23-06-46-47>

imzalamaktadır. Bu sözleşme, sağlık hizmeti bedelleri SGK tarafından karşılanan kişilere kaliteli, eşit, erişilebilir ve tıp biliminin genel kabul gören kurallarına uygun sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak amacıyla yapılmaktadır.

Ayrıca, sağlık hizmeti sunucularının SGK ile olan sözleşmesinden doğan karşılıklı hak ve yükümlülüklerini belirleyerek, sağlık hizmetlerinin sunulmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir. Bu kapsamda, sağlık hizmeti sunucusu (SHS), dış hekimliği hizmetleri ve SGK tarafından bedeli ödenmeyen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, faaliyet izin belgelerinde belirtilen tüm branşlarda sağlık hizmeti sunmayı kabul ve taahhüt etmektedir.

Kurum tarafından Özel Hastaneler (Dal Hastaneleri dâhil) Tıp/Dal Merkezleri, Fizik Tedavi Merkezleri, Diyaliz Merkezleri, ESWL Merkezleri, Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri, Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezleri ile sözleşme yapılabilmektedir. Özel Poliklinikler, Dış Tedavi Merkezleri ve Özel Dış Hekimleri, Görüntüleme Merkezleri (BT, MR, Radyoloji), Tıbbi Tahlil ve Tetik Laboratuvarlar ile Kurumca sözleşme yapılmamaktadır.¹²⁴

Sözleşmenin 7.1 Kurumun hak ve yükümlülükleri bölümünde özetle; Kurumun, sağlık hizmet sağlayıcılarına (SHS) sundukları hizmetler karşılığında, mevzuat ve sözleşme hükümleri doğrultusunda ödeme yapmakla yükümlü olduğu, bununla birlikte, ödeme politikalarını ve ilgili mevzuatı tek taraflı olarak değiştirme yetkisine sahip olduğu, kendi bünyesinde sunulan sağlık hizmetleri için gerekli altyapıyı sağlamakla sorumlu olduğu, sağlık hizmetlerinin hakkaniyet, verimlilik ve etkinlik ilkelerine uygun şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla, SHP'lerin hastalara sunduğu hizmetlere ilişkin her türlü veri ve bilgiye erişim hakkına sahip olduğu ve aynı zamanda sözleşme kapsamında her türlü inceleme ve denetimi yapma ve bu denetimlere ilişkin kuralları belirleme yetkisine sahip olduğu belirtilmiştir.

Sözleşmenin 7.2. SHS'nin hak ve yükümlülükleri bölümünde özetle; Sağlık Hizmet Sunucularının (SHS), Kurum ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan tüm mevzuat hükümlerine uymakla yükümlü olduğu, hizmet kalitesi ve erişilebilirliği açısından hasta ayrımcılığı yapamayacağı, SHS'nin MEDULA sisteminin ve Kurumun belirlediği bilgi işlem altyapısını, donanımı ve yazılımları zamanında kurarak sisteme uyum sağlamak zorunda olduğu, hastalara ait kişisel sağlık verilerinin gizliliğini koruyarak yasal gerekliliklere uymayı taahhüt etmesi gerektiği, MEDULA sistemine kaydedilen bilgilerin doğruluğundan sorumlu olduğu ve bu bilgilerin mevzuata uygun olmasını garanti edeceği, sözleşme kapsamında

¹²⁴ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

sunulan hizmetlere ilişkin tüm bilgi ve belgeleri en az 10 yıl süreyle saklamakla yükümlü olduğu, faturalar ve diğer inceleme verilerini MEDULA sistemi üzerinden Kuruma elektronik ortamda iletmek zorunda olduğu ve MEDULA sistemine eklenmemiş kurallar söz konusu olduğunda dahi ilgili mevzuata uygun hareket etmeyi kabul edeceği belirtilmiştir.

Sözleşmede ayrıca mevzuat hükümlerine uymayan sağlık hizmeti sunucularına uygulanacak ceza koşulları ve diğer yaptırımlar düzenlenmiş olup denetim bölümünde ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir.

Sözleşmenin sona ermesi veya MEDULA sisteminin pasif hale getirilmesi durumunda, Sağlık Hizmeti Sunucusu (SHS) tarafından, sözleşmenin sona erdiği ya da sistemin pasif hale getirildiği tarihten önce hastaneye yatmış olanların tedavilerinin taburcu edilene kadar tamamlanması gerektiği sözleşmenin 10 uncu bölümü tıbbi ve teknik hükümler başlığı altında tanımlanmıştır. Bu maddede ayrıca; seanslı tedavilerin (örneğin, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, ESWL, ESWT, Hiperbarik Oksijen tedavileri) söz konusu tarihten önce başlanmış olması şartıyla raporda belirtilen süre boyunca yapılması, kemoterapi, radyoterapi, radyoizotop tedavileri ve doku/organ nakli tedavileri, planlama tarihi bu tarihlerden önce olmak koşuluyla tedavi protokolü çerçevesinde sunulması gerektiği, hemodiyaliz tedavilerinin ise sözleşme ya da sistem sona erdikten sonra bir ay süreyle devam ettirilmesinin zorunlu olduğu, bu tedavilerle ilgili düzenlenen faturaların, mevzuat ve sözleşmedeki usuller doğrultusunda Kurum tarafından ödeneceği ve diğer işlemler için fatura düzenlenemeyeceği, sözleşme kapsamındaki bir branşta geçici olarak hizmet sunumuna son verilmesi durumunda, ilgili branşın MEDULA sisteminde pasif hale getirileceği, bu durumda SHS'nin, ilgili branşta MEDULA sisteminin pasif hale getirildiği tarihten önce yatmış hastaların tedavilerini taburcu edilene kadar, seanslı tedavileri ise belirtilen şartlarla tamamlamakla yükümlü olduğu, bu tedaviler için düzenlenen faturaların Kurum tarafından ödenirken, diğer işlemler için ödeme yapılmayacağı da belirtilmiştir.

Özel Sağlık Hizmeti Sunucuları ile sözleşme imzalanmadan önce sözleşme başvuru formu, tüzel kişilik adına imza vermeye yetkili kişiyi gösteren belge, tüzel kişilik adına imza vermeye yetkili kişiye ait imza sirküleri, şirketin kuruluşuna ilişkin Türkiye Ticaret Sicili Gazetesi, Sağlık Bakanlığı ruhsat ve/veya faaliyet izin belgesi ve/veya uygunluk belgesi, Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği gereği düzenlenen ruhsatlar, hizmet alımı yaptığı sağlık hizmeti sunucusuna ilişkin ilgili belgeler, SHS'de çalışan sağlık personeline (hekim ve fizyoterapist) ilişkin belgeler, SHS'nin yöneticisi ve/veya ortaklarına ilişkin belgeler talep edilmektedir.

3.3.2.1.3. Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sözleşme/Protokol İmzalamış Sağlık Hizmeti Sunucuları

SGK ile sözleşme/protokol imzalamış Sağlık Hizmeti Sunucularının sayısı tablo halinde aşağıda gösterilmiştir.¹²⁵

Tablo 25. SGK ile Sözleşme/Protokol İmzalamış Sağlık Hizmeti Sunucularının Sayısı, 2024

Kurum/İl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Türkiye	908	162	1.331	2.401
İstanbul	83	37	372	492

Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK sunumu

*01.01.2024-30.11.2024 tarih aralığında Kuruma fatura gönderen tesis sayılarıdır.

3.4. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARININ ÖDEMELERİNE ESAS FATURA VE EKİ BELGELERİN İNCELENMESİ

Fatura incelemesi fatura ve eki belgelerde yer alan bilgilerin şekil ve içerik yönüyle incelenmesidir. Sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin faturalar; ilgili mevzuat ile belirlenen kurallara uygunluk, fatura ve eki belgelerin usulüne uygun düzenlenmesi, belgelerde yer alan tıbbi işlemlerin bilimsel gerçeklere, sağlık alanındaki ilgili mevzuata, genel tecrübelere ve hayatın olağan akışına göre beklenen durumlara uygunluğu gibi yönlerden incelenmektedir.

Fatura incelemelerinin temel amacı, yapılan değerlendirmeler sonucunda uygun bulunan faturaların ödenmesi, uygun bulunmayanların ise ödenmemesi veya kesinti uygulanmasıdır. Bunun yanı sıra, kaynakların etkin kullanımı, haksız kazanç ve rekabetin önlenmesi, caydırıcılık sağlanması ve sağlık alanındaki suistimallerin en aza indirilmesi de hedeflenmektedir.¹²⁶

3.4.1. Özel Sağlık Hizmeti Sunucularının Ödemelerine Esas Fatura ve Eki Belgelerin İncelenmesine İlişkin Mevzuat

3.4.1.1. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

5510 sayılı Kanun’un “Zamanaşımı, hakkın düşmesi ve avans” başlıklı 97. maddesinde, sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmetlere ilişkin fatura ve eki belgelerin teslim süresi ile avans ödemesi düzenlenmiştir. Söz konusu maddede “...Sağlık hizmeti sunucuları, sunmuş oldukları hizmetlere ilişkin bir ay içinde düzenledikleri fatura ve eki belgeleri izleyen ayın onbeşine kadar Kuruma teslim ederler. Fatura teslim tarihi; süresi içinde teslim edilen faturalar için teslim edildiği ayın onbeşinci günü, süresi içinde teslim

¹²⁵ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹²⁶ 26/06/2024 tarihli SGK Fatura İnceleme Usul Esasları.

edilmeyen faturalar için ise teslim edildiği ayı takip eden ayın onbeşinci günü olarak kabul edilir. Fatura bedelinin tamamı, fatura teslim tarihinden itibaren altmış gün içinde sağlık hizmet sunucularına avans olarak ödenir. Fatura ve eki belgeler, fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabı kapatılır. İnceleme süresinin takip eden mali yıla sirayet etmesi durumunda, avans artıkları hakkında 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu’nun 35. maddesindeki akreditiflere ilişkin hükümler uygulanır...” hükmü bulunmaktadır. Bu madde, fatura teslim sürecini, avans ödemesini ve inceleme süresini ayrıntılı şekilde düzenlemektedir.

3.4.1.2. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun

5502 sayılı Kanunun Ek 1 inci maddesinde;

“a) *Örnekleme yoluyla inceleme:*

Sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin hizmet bedeli olarak düzenledikleri ve ödenmek üzere Kuruma (5502 sayılı Kanunla devredilen kurumlar dahil) gönderdikleri faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde % 5 ilâ % 10 oranında örnekleme metoduyla incelenir. Bu inceleme sonucunda sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin incelenen döneme ait bütün faturalarına uygulanmak suretiyle ödenecek tutar tespit edilir ve buna göre ödeme yapılır. ... 1/1/2007 tarihinden sonra Kuruma incelenmek üzere teslim edilen faturalar için, örnekleme yapılarak fatura incelemesi yöntemini kabul etmeyen gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmeler, bu tercihlerini hizmet vermeye başlamadan önce ilgili kuruma yazılı olarak bildirir. Bildirimde bulunulmaması halinde örnekleme yöntemi kabul edilmiş sayılır. Örnekleme yöntemini kabul eden gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin sözleşme veya ilgili mevzuatı içinde sonuçlandırlamayan alacaklarına mahsup edilmek üzere incelemesine başlanmamış alacak tutarını geçmemek üzere Kurum tarafından uygun görülecek oranda avans ödemesi yapılır. Örnekleme yoluyla tespit edilen hata oranının tüm alacaklara teşmili sonucunda kalan tutarın ödenmesi dışında sağlık hizmeti fatura eden gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelere başka bir ödeme yapılmaz...

b) *Elektronik ortamda inceleme ve saklama:*

Kurum, uygun gördüğü sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerden verdikleri hizmete ilişkin fatura ve benzeri belgeleri 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanununun Mükerrer 242 nci maddesine

uygun olarak elektronik ortamda düzenlemelerini ve bunların dayanağı belgelerle birlikte elektronik ortamda göndermelerini isteyebilir.

Bu takdirde ilgililere yapılacak ödemeler bu belgeler üzerinde yapılacak incelemelere göre sonuçlandırılır. Elektronik ortamda belge düzenlenmesine, bu belgelerin saklanmak veya incelenmek üzere Kuruma veya belirleyeceği gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelere iletilmesine, bilgi aktarımında uyulacak format ve standartlar ile uygulamaya ilişkin usul ve esasları Maliye Bakanlığının görüşlerini alarak belirlemeye Kurum yetkilidir. Bu maddeye uygun olarak yapılan inceleme ve ödeme 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununa uygun olarak yapılmış sayılır.” şeklinde fatura ve eki belgelerin incelenmesinin, örnekleme yöntemiyle veya tamamının incelenmesi suretiyle gerçekleştirilebileceğine ilişkin hususlar düzenlenmiştir.

Bu düzenleme, hem fatura inceleme süreçlerini hem de elektronik belge düzenleme ve ödeme esaslarını belirleyerek işlemlerin standart bir çerçevede yürütülmesini sağlamaktadır.

Sağlık hizmet sunucularından temin edilen hizmet bedellerini gösterir fatura, reçete ve eki belgelerin saklama sürelerine ilişkin hususlar 5502 sayılı Kanun’un EK 3 üncü maddesinde; “*Hakkında inceleme, soruşturma, teftiş işlemi devam edenler ile örnekleme için tespit edilen sağlık hizmet sunucuları tarafından teslim edilen fatura, reçete ve eki belgeler hariç olmak üzere sağlık hizmet sunucularından temin edilen hizmet bedellerini gösterir fatura, reçete ve eki belgelerden incelemesi tamamlanarak bütçeye gider kaydedilenler, ödemenin yapıldığı mali yılı izleyen beşinci yıldan sonra imha edilir. Bunlardan, hakkında inceleme, soruşturma, teftiş işlemi devam eden sağlık hizmet sunucuları tarafından teslim edilen fatura, reçete ve eki belgeler ise inceleme, soruşturma, teftiş işlemi tamamlandıktan sonra yargı süreci söz konusu değilse imha edilir.*” şeklinde düzenlenmiştir.

3.4.1.3. GSS Uygulamaları Yönetmeliği

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının faturalarının incelenmesi ve ödeme işlemlerine ilişkin esaslar, Genel Sağlık Sigortası (GSS) Uygulamaları Yönetmeliği’nin 35 inci maddesinde aşağıda belirtilen başlıklar ayrıntılı şekilde düzenlenmiştir.

Fatura İnceleme ve Ödeme Yöntemi: Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından Kuruma gönderilen faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde Kanunla belirlenen oranlarda örnekleme yöntemiyle incelenir. Bu inceleme sonucunda, sağlık hizmet sunucularının ilgili döneme ait tüm faturalarına uygulanacak tutar belirlenir ve buna göre

ödeme yapılır. Ancak, Kurum ihtiyaç duyduğu hallerde tüm faturaları inceleme yetkisine sahiptir.

Örnekleme Yöntemi Tercihi: Örnekleme yöntemiyle fatura incelemesini kabul etmeyen sağlık hizmet sunucuları, bu tercihlerini hizmet vermeye başlamadan önce Kuruma yazılı olarak bildirmek zorundadır. Bildirim yapılmaması durumunda, örnekleme yöntemi kabul edilmiş sayılır.

Götürü Bedel Sözleşmeleri: Götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle sağlanan hizmetler için Kuruma ayrıca fatura ve dayanak belge gönderilmesi gerekmez.

Fatura ve Reçete İnceleme Yetkisi: Sağlık harcamalarına esas fatura ve reçete incelemeleri, Kurumun taşra birimlerinde ve Genel Müdürlük bünyesinde, bu iş için görevlendirilen personel tarafından yapılır. Genel Müdürlük, sağlık harcamalarına esas hangi fatura ve reçetelerin inceleneceğini ve inceleme usul ve esaslarını belirler. İl müdürlüklerinde yapılan kesintilere ilişkin itirazlar, sağlık harcamalarına esas inceleme işlemi kapsamında değerlendirilir.

Fatura Teslim Süresi ve Avans Ödemesi: Sağlık hizmeti sunucuları, bir fatura dönemine ait hizmetlere ilişkin fatura ve eki belgeleri, fatura teslim süresi içinde Kuruma teslim eder. Teslim edilen faturaların bedeli, teslim tarihinden itibaren 60 gün içinde sağlık hizmet sunucularına avans olarak ödenir. Fatura ve eki belgeler, teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabı kapatılır.

Fazla Ödeme ve Tahsilat: İnceleme sonucunda fazla ödeme yapıldığının tespit edilmesi halinde, fazla ödenen tutar sağlık hizmet sunucusunun Kurumdan alacağına mahsup edilir. Alacağın bu tutarı karşılamaması veya alacağın bulunmaması durumunda, fazla ödeme genel hükümlere göre tahsil edilir. İnceleme süresinin takip eden mali yıla sarkması halinde, avans artıkları hakkında 5018 sayılı Kanun'un 35. maddesinde düzenlenen akreditif hükümleri uygulanır.

Bu düzenleme, fatura ve reçete inceleme süreçlerini ayrıntılı olarak belirleyerek uygulamada bir standart sağlamaktadır.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesine ilişkin hususlar, GSS Uygulamaları Yönetmeliği'nin 36. maddesinde şu şekilde düzenlenmiştir:

Acil Haller Dışındaki Sağlık Hizmetleri: Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından **acil haller dışında** aldığı sağlık hizmeti giderleri Kurum tarafından karşılanmaz.

Acil Hallerde Sağlık Hizmeti ve Ödeme Usulü: Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere **acil hallerde** sundukları sağlık hizmetlerini, 5510 sayılı Kanun’un 72. maddesi gereği, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen tutarları esas alarak kişilere fatura eder. Kurum tarafından yapılan incelemeler sonucunda belirlenen tutarlar, fatura karşılığı kişilere ödenir.

Fark Ücretinin Talep Edilmemesi: Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde verdikleri hizmetler için 5510 sayılı Kanun’un 72. maddesi kapsamında belirlenen tutarlar dışında, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ya da Kurumdan herhangi bir fark ücreti talep edemez. Bu düzenleme, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularının yalnızca acil durumlar için belirli şartlar altında hizmet sunabileceğini ve bu hizmetler için sigortalılardan fark ücreti talep edilemeyeceğini hüküm altına almıştır.

3.4.1.4. Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve

Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik¹²⁷

Sağlık hizmeti sunucularının sundukları sağlık hizmeti bedeline karşılık olarak Kuruma gönderdikleri veya kişi adına düzenledikleri fatura bedellerinin ödenebilmesi amacıyla; fatura eki belgelerin teslimi, örneklenmesi, incelenmesi, ödenecek tutarın tespiti ve sağlık hizmeti sunucularının değerlendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla 5510, 5502, 5018 sayılı Kanunların ilgili maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Bu Yönetmelik; Kurum mevzuatı ve tıbbi inceleme iş ve işlemler ile bunları yürüten kişiler, komisyonlar ve sağlık hizmeti sunucularını kapsamaktadır.

Fatura eki belgelerin teslimine ilişkin hususlar Yönetmeliğin 5 inci maddesinin 1 inci ve 2 nci fıkrasında “(1) *Fatura dönemi içinde, sağlık hizmeti sunucusu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlenen fatura eki belgeler, takip eden ayın 1 inci gününden 15 inci gününe (15 inci gün dâhil), 15 inci günün hafta sonu veya resmî tatile rastlaması halinde ise takip eden ilk iş gününe kadarki süre içinde Kurumun ilgili birimine teslim edilmesi halinde teslim edildiği ayın 15 inci günü, bu süre içinde teslim edilmeyen faturalar ise, Kurumun ilgili birimine teslim edildiği ayı takip eden ayın 15 inci günü teslim edilmiş olarak kabul edilir. Kurum gerekli gördüğü durumlarda bu süreleri uzatabilir. Teslim süreleri içinde kalmak şartıyla, fatura eki belgelerin kabulünü yapan fatura inceleme birimleri tarafından iş planına göre sağlık hizmeti sunucularına fatura teslimi için randevu tarihi verilebilir.*

¹²⁷ Resmi Gazete (08/03/2017-3000) Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik.

(2) Sağlık hizmeti sunucusu tarafından, fatura eki belgeler Kurumun resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birime teslim edilir. Kargo veya iadeli taahhütlü posta ile gönderilen belgeler için kargoya veya postaya verildiği tarih, normal posta ile gönderilen belgeler için Kurum kayıtlarına giriş tarihi esas alınarak işlem görür. Ancak Kurum tarafından fatura teslim tarihi mücbir sebeplerle ertelenebilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar zamanında teslim edilmiş sayılır.” şeklinde ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

Götürü bedel sözleşmesi yapılan sağlık hizmet sunucusunun fatura teslimine ilişkin hususlar, Yönetmeliğin 5 inci maddesinin 4 üncü fıkrasında “(4) Götürü bedel sözleşmesi yapılan sağlık hizmet sunucusu vereceği sağlık hizmetlerine ait bilgileri Kurumun ilgili mevzuatı çerçevesinde MEDULA sistemine kaydederek, yine anılan mevzuatta yer alan süre ve kurallar çerçevesinde dönem sonlandırması yapar.” şeklinde düzenlenmiştir.

Sağlık kurum/kuruluşu fatura eki belgelerin örneklenmesine ilişkin hususlar Yönetmeliğin 6 ncı maddesinde “(1) Genel sağlık sigortası kapsamında yer alan kişilere, finansmanı karşılanan sağlık hizmetlerine ilişkin olarak sağlık kurum/kuruluşu tarafından verilen hizmetlere ait başvuru numaraları; 5502 sayılı Kanunun Ek 1 inci maddesine göre %5 ila %10 oranında genel sonuçlar verecek şekilde basit rastgele yöntem ile örneklenerek incelenir.

(2) Örnekleme iptali ancak Kurum bilgi işlem sisteminden kaynaklanan teknik sorun nedeniyle yapılabilir.

(3) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen sağlık kurum/kuruluşuna ait fatura eki belgelerin tamamı incelenir.

(4) Kurum ihtiyaç duyduğu hallerde fatura eki belgelerin tamamını incelemeye yetkilidir.” şeklinde ayrıntılı bir biçimde düzenlenmiştir.

Fatura eki belgelerin incelenmesinin hem mevzuat hemde tıbbi uygunluk yönünden yapılması gerektiğine ilişkin Yönetmeliğin 7 nci maddesinde “(1) Sağlık kurum/kuruluşu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine ait fatura eki belgeler, Kurumca görevlendirilen personel ve komisyonlar tarafından ilgili mevzuat ve tıbbi uygunluk yönünden incelenir.” hükmü bulunmaktadır.

Sağlık hizmet sunucusunun fatura incelemeleri sonucu oluşan kesintilere itiraz hakkı olduğu, bu itiraz hakkını kullanmanın usulüne ilişkin hususlar Yönetmeliğin 8 inci maddesinde; “(1) Sağlık kurum/kuruluşu, incelenen fatura dönemine ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin kabul ya da itiraz yönündeki kararını, Kurum bilgi işlem sisteminde “incelendi” ibaresinin belirttiği veya tebliğ edildiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde Kurum

bilgi işlem sistemi üzerinden bildirir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında bu süre 10 iş günüdür.

(2) İtiraz dilekçesinde gerekçesi belirtilmemiş olan itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(3) Sağlık kurum/kuruluşu, incelenen manuel faturalara ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin kabul ya da itiraz yolundaki kararını, Kurumca incelemenin bittiğine dair yazının sağlık kurum/kuruluşuna tebliğ edildiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde Kuruma elden veya faks yoluyla itiraz gerekçeleri ile birlikte bildirir. İtirazların faks ile bildirilmesi halinde, bildirim aslının elden, iadeli taahhütlü posta ya da kargoya 3 iş günü içerisinde verilerek Kuruma gönderilmesi gerekir. Belirtilen süre içinde itiraz etmeyen sağlık kurum/kuruluşu tarafından kesinti tutarı kabul edilmiş sayılır.

(4) İncelenen fatura dönemi ile ilgili olarak Kuruma yapılan itirazlar nihaidir. Sağlık kurum/kuruluşu tarafından, aynı fatura dönemiyle ilgili olarak Kuruma yeniden herhangi bir itirazda bulunulamaz.

(5) Örneklem yöntemi kabul etmeyen sağlık kurum/kuruluşu tarafından yapılan itirazlar ile sağlık kurum/kuruluşu tarafından Kurum bilgi işlem sistemi kullanılmadan Kuruma manuel fatura edilen sağlık hizmetlerine ait faturalara yapılan itirazlar 5 inci maddenin ikinci fıkrası kapsamında Kurum resmi internet sitesinde duyurulan ilgili birim tarafından değerlendirilerek karara bağlanır.” hükmü ile ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

Fatura incelemeleri sonucu oluşan kesintilere sağlık hizmet sunucusu tarafından yapılan itirazın değerlendirmesine ilişkin komisyon kurulması, komisyon üyeleri, komisyon kararının alınması, komisyon çalışma süresi gibi hususlar sağlık kurum/kuruluşu itiraz değerlendirme komisyonu başlıklı yönetmeliğin 9 uncu maddesinde; “(1) Komisyon, sağlık sosyal güvenlik merkez müdürünün görevlendireceği uzman tabip, tabip, diş tabibi veya eczacılar arasından iki personel ile sağlık kurum/kuruluşunun hak ve alacaklarından vazgeçme konusunda yetkilendirilmiş sağlık kurum/kuruluşunda çalışma izin belgesi ile görev yapan bir hekimin katılımı ile üç üyeden oluşur. Sağlık kurum/kuruluşu bünyesinde çalışma izin belgesi ile görev yapan hekimin olmaması halinde sağlık kurum/kuruluşu kanuni temsilcisi Komisyona üye olarak katılır. Sağlık kurum/kuruluşu adına toplantıya katılacak kişinin yetki/görevlendirme belgesi toplantıdan önce Kuruma ibraz edilir. Komisyon, salt çoğunlukla toplanır, toplantıya katılanların çoğunluğu ile karar alır.

(2) Komisyon, inceleme birimleri tarafından yapılan inceleme sonucu oluşan kesinti tutarlarına sağlık kurum/kuruluşu tarafından yapılan itirazları değerlendirmek üzere itirazın Kurum kayıtlarına girdiği tarihi takip eden 5 iş günü içerisinde toplanır.

(3) Komisyon tarafından kararlar en fazla 30 iş günü içerisinde ve oy birliği ile alınır. Komisyon tarafından alınan kararlar nihai olup Komisyona veya Kuruma yapılacak itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(4) Komisyon tarafından karara bağlanamayan itirazlar ise, gerekçeleri ile birlikte Sağlık Kurum/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Üst Komisyona intikal ettirilir.

(5) Komisyon, itiraza konu başvuru/takip numaralarına ait fatura eki belgelerle ilgili bilgi ve belgeyi sağlık kurum/kuruluşundan talep etme yetkisine sahiptir.

(6) Komisyon, ilgili mevzuata aykırı olarak fatura edildiğini tespit ettiği örneklenmiş diğer takipleri de inceleyebilir, incelenmesini isteyebilir.

(7) Komisyon toplantılarına sağlık kurum/kuruluşu yetkilisinin mücbir sebepler hariç olmak üzere katılmaması halinde, diğer üyeler tarafından bu durum tutanak altına alınır, yapılan kesintilere ait itirazlar katılımcılar tarafından değerlendirilerek karara bağlanır. Alınan karar nihai olup karar ile ilgili Kuruma itirazda bulunulamaz.

(8) Sağlık sosyal güvenlik merkezlerinde gerektiğinde birden fazla Sağlık Kurum/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Komisyonu kurulabilir. Aynı sağlık kurum/kuruluşuna ait aynı fatura dönemi için birden fazla Sağlık Kurum/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Komisyonu kurulamaz.” şeklinde düzenlenmiştir.

Sağlık kurum/kuruluşu itiraz değerlendirme komisyon toplantısında oy birliği ile karar alınamadığı durumlarda fatura inceleyicinin yapmış olduğu kesintileri itiraz değerlendirme üst komisyonuna iletilir. Sağlık kurumu/kuruluşu itiraz değerlendirme üst komisyonuna ilişkin hususlar Yönetmeliğin 10 uncu maddesinde;

“(1) Komisyon, Kurumun merkez ve taşra teşkilatı kadrolarında bulunan, 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda belirtilen sağlık hizmetleri sınıfı personelinin görevlendirilen en az beş üyeden oluşur. Kurum, üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında görevli uzman tabiplerden de üye belirleyebilir. Komisyonun kurulması ve karar alması için üyelerin tamamının bulunması esastır.

(2) Komisyon, Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden gelen itirazları değerlendirmek üzere iletildiği tarihten itibaren 10 iş günü içinde toplanır. Komisyon, itiraza ait Kurum bilgi işlem sistemi üzerinden gönderilen fatura eki belgeleri ilgili mevzuat ve tıbbi uygunluk yönünden incelenir.

(3) Komisyon tarafından kararlar en çok 10 iş günü içinde ve salt çoğunluk ile alınır.

(4) Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü, Komisyon üyelerini belirleme ve değiştirme yetkisine sahip olup gerektiğinde birden fazla Komisyon kurabilir.

(5) Komisyon tarafından alınan kararlar nihai olup Komisyona veya Kuruma yapılacak itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(6) Alınan kararlar MEDULA sistemi üzerinden ilgililere bildirilir.” şeklinde tanımlanmıştır.

3.4.1.5. Sağlık Hizmeti Sunucularının İncelemeye Esas Belgelerine İlişkin İşlemler 2018/14 Genelgesi

Sağlık hizmeti sunucularının sundukları sağlık hizmeti bedeline karşılık Kuruma gönderdikleri veya kişi adına düzenledikleri fatura bedellerinin ödenmesini teminen; incelemeye esas belgelerin teslimi, örneklenmesi, incelenmesi, ödenecek tutarın tespiti ve sağlık hizmeti sunucularının değerlendirilmesine ilişkin hükümlerin açıklanması ile hem sağlık hizmeti sunucusu hem de fatura inceleme birimlerinin/komisyonların uygulamada karşılaştıkları sorunların giderilmesi amacıyla 2018/14 sayılı Genelge yayımlanmıştır.

Genelgenin ilgili maddeleri aşağıda verilmiştir.

Sağlık hizmeti sunucularının incelemeye esas belgelerinin teslimine ilişkin hususlar Genelgenin 1 inci maddesinde;

“(1)Fatura dönemi içinde, sağlık hizmeti sunucusu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine

ilişkin düzenlenen incelemeye esas belgeler, Kuramca belirlenerek duyurulan ilgili birimlere teslim edilir.

(a) İncelemeye esas belgeler, takip eden ayın 1 inci gününden 15 inci gününe (15 inci gün dâhil), 15 inci günün hafta sonu veya resmî tatile rastlaması halinde ise takip eden ilk iş gününe kadar ki süre içinde teslim edilmesi halinde teslim edildiği ayın 15 inci günü teslim edilmiş sayılır. Bu süre içinde teslim edilmeyen faturalar ise, teslim edildiği ayı takip eden ayın 15 inci günü teslim edilmiş olarak kabul edilir.

(b) Her ayın 1 inci gününden 15 inci gününe (15 inci gün dâhil) kadar eczaneler tarafından karşılanan kan ürünü ve hemofili reçetelerine ait incelemeye esas belgeler, takip eden ilk iş gününden itibaren 3 (üç) iş günü içinde teslim edilmesi halinde teslim edildiği ayın 15 inci günü; her ayın 16’sından ay sonuna kadar karşılananlar ise takip eden ilk iş gününden itibaren 3 (üç) iş günü içinde teslim edilmesi halinde teslim edildiği ayın 1 inci günü teslim edilmiş sayılır. Bu süre içinde teslim edilmeyen kan ürünü ve hemofili reçetelerine ait incelemeye esas belgeler, teslim edildiği günü takip eden dönem teslim edilmiş olarak kabul edilir.

(2) Götürü bedel sözleşmesi yapılan sağlık hizmeti sunucusu vereceği sağlık hizmetlerine ait bilgileri Kurumun ilgili mevzuatı çerçevesinde MEDULA 'ya kaydederek, yine anılan mevzuatta yer alan süre ve kurallar çerçevesinde dönem sonlandırması yapar.

(3) Kurum, mücbir sebep ve/veya Kurumca gerekli görülen hallerde Kurum Başkanı onayıyla Kuram internet sayfasında yayımlanarak bu süreleri uzatabilir. Bu durumda faturaların teslimi için verilen ek süre içerisinde teslim edilen faturalar, zamanında teslim edilmiş sayılır.

(4) İncelemeye esas belgeler, kargo veya iadeli taahhütlü posta ile gönderilmesi halinde kargoya veya postaya verildiği tarih, normal posta ile gönderilmesi halinde ise Kurum kayıtlarına giriş tarihi esas alınarak işlem görür.” şeklinde düzenlenmiştir.

Sağlık kurum/kuruluşu incelemeye esas belgelerin örneklenmesi, incelenmesi, kesinti tutarı ve itiraz komisyonlarına ilişkin hususlar Genelgenin 2 nci maddesinde;

“2.1.İncelemeye Esas Belgelerin Örneklenmesi

(1) Genel sağlık sigortası kapsamında yer alan kişilere, finansmanı karşılanan sağlık hizmetlerine ilişkin olarak sağlık kurum/kuruluşu tarafından verilen hizmetlere ait başvuru numaraları; 5502 sayılı Kanunun Ek 1 inci maddesine göre %5 (ancak sağlık uygulama tebliği hükümlerince tamamı incelenen hariç) oranında genel sonuçlar verecek şekilde MEDULA tarafından basit rastgele yöntem ile örneklenerek incelenir. MEDULA tarafından küsuratlı çıkan örnekleme sayısı bir üst sayıya tamamlanır. Fatura sayısının 10'dan az olması durumunda tamamı incelenir. Örneklemin 10 adetten az olması durumunda fatura sayısı 10'a tamamlanır.

(2) Sağlık kurumları/kuruluşları örnekleme yöntemini kabul edip etmedikleri yönündeki tercihlerini her sözleşme/protokol döneminde belirlenen süreler içinde bildirmeleri esastır. Bu süreler içerisinde örnekleme yöntemini kabul etmediğini bildiren sağlık kurumların/kuruluşların örnekleme kabul yönündeki talepleri dışında değişiklik talepleri Kuramca dikkate alınmaz.

(3) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen sağlık kurum/kuruluşuna ait incelemeye esas belgelerin tamamı incelenir.

(4) MEDULA'dan kaynaklanan nedenler haricinde örnekleme iptal işlemleri yapılmayacaktır. Sağlık kurum/kuruluşunun MEDULA'dan kaynaklanan nedenlerle örnekleme iptal talebi; dönem sonlandırma işlem tarihini takip eden 5 (beş) iş günü içerisinde bağlı bulundukları birime yazılı olarak yapılır. Örnekleme iptal talebinin ilgili birim tarafından uygun bulunması halinde Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yazılı olarak iletilir. Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne iletilen örnekleme iptal talebi Hizmet

Sunumu Genel Müdürlüğü ile koordineli değerlendirilerek gerekli işlemler tamamlanmak üzere Kurum Başkanı olurlarına sunulur.

(5) Sağlık Sosyal Güvenlik Müdürlüklerince yapılan iş ve işlemler sonucunda usulsüzlük tespit edilmesi halinde; Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünün onayı alınarak ilgili sağlık kurumunun/kuruluşunun faturalarının tamamı incelenebilir.

2.2. İncelemeye Esas Belgelerin İncelenmesi

(1) Sağlık kurum/kuruluşu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine ait incelemeye esas belgeler, Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezinde görevli uzman tabip, tabip ve dış tabibi tarafından ilgili mevzuat ve tıbbi uygunluk yönünden incelenir. Uzman tabip, tabip ve dış tabibi refakatinde sağlık hizmetleri sınıfının diğer personeli inceleme işlemlerinde görevlendirilebilir.

(2) İncelemeye esas belgelerin eksikliği kesinti nedenidir. İncelemeye esas belgelerin eksikliği halinde; sözleşmelerde/protokollerde eksik incelemeye esas belgelerle ilgili cezai hükümler uygulanır. İncelemeye esas belgelerin tamamlanması ile inceleme işlemine devam edilir.

(3) Yurt dışı sigortalılara ait faturalarda provizyon sorgulaması yapılabilen ülke sigortalıları hariç, Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış sosyal güvenlik sözleşmesine göre sağlık yardım belgesinin aslı veya fotokopisi ile müracaat eden kişilere ait faturalar, ülke bazında ayrı ayrı düzenlenir ve tamamı incelenir.

2.3. Kesinti Oranının Tespiti

(1) Kesinti oranı, her branş için ayrı ayrı tespit edilmek suretiyle Kurum tarafından örnekleme yöntemi ile seçilen hasta takip numaralarının incelenmesi sonucu tespit edilen kesinti tutarının, örnekleme yöntemi ile seçilen hasta takip numaraları toplam tutarına bölünmesi suretiyle bulunur.

Örnek 1: Kesinti oranı (%) = [(Örneklenen hasta takip numaralarının kesinti tutarı/Örneklenen hasta takip numaralarının toplam tutar) x 100]

2.4. Kesinti Oranı ve Tutarının Bildirilmesi

(1) Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden fatura edilen toplam tutardan, hasta takip numaralarından bulunan kesinti oranı kadar olan tutar düşülerek kalan tutar MEDULA hastane sistemi üzerinden sağlık kurumuna bildirilir.

Örnek 1: Kesinti tutarı = Kesinti oranı (%) x Toplam fatura tutarı

Ödenmesi gereken tutar = Toplam fatura tutarı - Kesinti tutarı

(2) İncelenen manuel faturalara ait oluşan kesinti tutarı ve oranı Sağlık kurum/kuruluşuna gerekçeleri ile birlikte yazılı olarak bildirilir.

2.5. İtiraz Süreci ve İtiraz Komisyonları

(1) Sağlık kurum/kuruluşu, incelenen fatura dönemine ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin itiraz yönündeki kararını, MEDULA’da “incelendi” ibaresinin belirttiği veya tebliğ edildiği tarihi takip eden 5 (beş) iş günü içinde MEDULA üzerinden bildirir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında bu süre 10 (on) iş günüdür.

(2) Sağlık kurum/kuruluşu, incelenen manuel faturalara ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin itiraz yolundaki kararını, Kurumca incelemenin bittiğine dair yazının sağlık kurumuna/kuruluşuna tebliğ edildiği tarihi takip eden 5 (beş) iş günü içinde Kuruma elden veya faks yoluyla itiraz gerekçeleri ile birlikte bildirir. İtirazların faks ile bildirilmesi halinde, bildirimin aslının elden, iadeli taahhütlü posta ya da kargoya 3 (üç) iş günü içerisinde verilerek Kuruma gönderilmesi gerekir.

(3) İtiraz sürelerinin tespitinde manuel faturalara ait itiraza ilişkin evrakın elden verilmesi ya da itirazın normal posta ile yapılması halinde Kurum kayıtlarına girdiği tarih, iadeli taahhütlü posta ya da kargo yoluyla gönderilmesi halinde posta ya da kargoya veriliş tarihi; MEDULA üzerinden yapılan itirazlarda ise sisteme kayıt tarihi esas alınır.

(4) Gerekçeleri belirtilmemiş olan faturalara ait itirazlar değerlendirmeye alınmaz.

(5) Belirtilen süre içinde itiraz etmeyen sağlık kurum/kuruluşu tarafından kesinti tutarı kabul edilmiş sayılır.

(6) İncelenen fatura dönemi içerisindeki takipler için yapılan itirazlar nihai olup sonrasında sağlık kurum/kuruluşu herhangi bir takip numarası için itirazda bulunamayacağı gibi itiraza konu takip numaraları ile ilgili de itiraz konusu hariç ikinci bir hususta komisyona itirazda bulunamaz. Sağlık kurum/kuruluşu aynı fatura dönemiyle ilgili olarak Kuruma yeniden herhangi bir itirazda bulunması halinde değerlendirmeye alınmaz.

(7) Örnekleme yöntemini kabul etmeyen sağlık kurum/kuruluşunun itirazları ile Kuruma manuel olarak fatura edilen sağlık hizmetlerine ait faturalara yapılan itirazlar bağlı olduğu Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi tarafından incelenerek, komisyona gerek kalmaksızın sonuçlandırılır ve alınan kararlar nihaidir.

2.5.1. Sağlık Kurum/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Komisyonu

(1) Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi Müdürünün görevlendireceği uzman tabip, tabip, diş tabibi veya eczacılar arasından iki personel ile sağlık kurum/kuruluşunun hak ve alacaklarından vazgeçme konusunda noter onaylı yetkilendirilmiş sağlık kurum/kuruluşunda çalışma izin belgesi ile görev yapan bir tabibin katılımı ile üç üyeden oluşur.

(2) Sağlık kurum/kuruluşu itiraz değerlendirme komisyonuna yetkilendirilerek görevlendirilen tabibin komisyon aşamasında herhangi bir nedenden dolayı değişmesi

gerektiğinde o ana kadar Komisyonca alınan kararlar, ayrılan tabibin dahil olduğu Komisyon tarafından, ayrılan tabibin imzası da yer alacak şekilde tutanak altına alınması koşuluyla başka bir tabip yetkilendirilebilir. Yeni oluşturulan Komisyon, önceki Komisyon tarafından tutanak altına alınan kararlar üzerinde herhangi bir değerlendirme ve değişiklik yapma yetkisine sahip değildir.

(3) Sağlık kurum/kuruluşu kanuni temsilcisi ancak sağlık kurum/kuruluşu bünyesinde çalışma izin belgesi ile görev yapan tabibin olmaması halinde Komisyona üye olarak katılır. Sağlık kurum/kuruluşu adına toplantıya katılacak kişinin noter onayıyla yetki/görevlendirme belgesi toplantıdan önce Kuruma ibraz edilir.

(4) Komisyonun kurulması ve karar alınması için üyelerin tamamının bulunması esastır.

(5) Komisyon, inceleme birimleri tarafından tespit edilen kesinti nedenlerine sağlık kurum/kuruluşunca yapılan itirazları değerlendirmek üzere, itirazın Kurum kayıtlarına girdiği tarihi takip eden 5 (beş) iş günü içerisinde toplanır. Kararlar, komisyon tarafından en fazla 30 (otuz) iş günü içerisinde ve oy birliği ile alınır.

(6) Komisyon tarafından oy birliği ile karara bağlanamayan itirazlar, gerekçeleri ile birlikte MEDULA üzerinden Sağlık Kurum/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Üst Komisyonuna intikal ettirilir. Tıbbi ve/veya mevzuat yönünden gerekçeleri ayrıntılı olarak sunulmayan itirazlar Üst Komisyon tarafından değerlendirmeye alınmaz.

(7) Komisyon, itiraza konu başvuru/takip numaralarına ait incelemeye esas belgelerle ilgili her türlü bilgi ve belgeyi sağlık kurum/kuruluşundan talep etme yetkisine sahiptir. Talep edilen bilgi ve belgelerin komisyona ulaşma sürecinde 5 (beş) iş gününü geçmemek şartıyla kaybedilen süre inceleme sürecine dâhil değildir.

(8) Komisyon, ilgili mevzuata aykırı olarak fatura edildiğini tespit ettiği itiraza konu takipler dışındaki örneklenmiş diğer takipleri de inceleyebilir.

(9) Komisyon toplantılarına sağlık kurum/kuruluşu yetkilisinin mücbir sebepler hariç olmak üzere katılmaması halinde, diğer üyeler tarafından bu durum tutanak altına alınır, yapılan kesintilere ait itirazlar katılımcılar tarafından değerlendirilerek karara bağlanır ve alınan kararlar nihaidir.

(10) Komisyonca alınan kararlar tutanak altına alınarak, komisyon kararının bir sureti itiraz eden sağlık kurum/kuruluşuna elden verilir ve yazılı olarak bildirilir.

(11) Komisyon tarafından alınan kararlar ile ilgili MEDULA üzerinde yapılması gereken değişiklikler komisyon üyesi Kurum personeli tarafından yapılır.

(12) Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezinde gerektiğinde birden fazla komisyon kurulabilir. Aynı sağlık kurum/kuruluşuna ait aynı fatura dönemi için birden fazla komisyon kurulamaz.

2.5.2.Sağlık Kurumu/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Üst Komisyonu

(1) Komisyon, Kurumun merkez ve taşra teşkilatı kadrolarında bulunan, 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda belirtilen sağlık hizmetleri sınıfı personelinin görevlendirilen en az 5 (beş) üyeden oluşur. Kurum, gerektiğinde üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında görevli uzman tabiplerden de üye belirleyebilir.

(2) Komisyon, MEDULA üzerinden gelen itirazları değerlendirmek üzere 10 (on) iş günü içinde toplanarak, toplandığı tarihi izleyen 10 (on) iş günü içinde itiraza ait incelemeye esas belgeleri ilgili mevzuat ve tıbbi uygunluk yönünden inceleyerek salt çoğunluk ile karar alır.

(3) Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü, Komisyon üyelerini belirleme ve değiştirme yetkisine sahip olup gerektiğinde birden fazla Komisyon kurabilir.

(4) Komisyon tarafından alınan kararlar nihaidir.

(5) Komisyon, itiraza konu incelemeye esas belgelere ait her türlü bilgi ve belgeyi inceleme ve talep etme yetkisine sahiptir. Talep edilen bilgi ve belgelerin komisyona ulaşma sürecinde 5 (beş) iş gününü geçmemek şartıyla kaybedilen süre inceleme sürecine dâhil değildir.

(6)Alınan kararlar, MEDULA üzerinden ilgililere bildirilir. Bu kararlar üzerine yapılması gereken ödemeye esas değişiklikler MEDULA üzerinden komisyon üyesi Kurum personeli tarafından yapılır.” şeklinde düzenlenmiştir.

3.4.1.6. Sağlık Uygulama Tebliği

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve geri ödeme süreçlerini düzenleyen önemli bir düzenlemedir. SGK tarafından yayımlanan bu Tebliğ; sağlık hizmet sunucularının sundukları sağlık hizmetlerinin hangi koşullarda karşılanacağını belirler. SUT, teşhis ve tedavi yöntemleri, ilaç ve tıbbi malzeme kullanım esasları ile hizmet bedellerinin ödenmesine dair kapsamlı kuralları içermektedir. Bu sayede hastaların sağlık hizmetlerine erişiminin düzenlenmesi ile birlikte sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği de sağlanmaktadır. SUT, güncel sağlık politikalarına ve ekonomik koşullara göre periyodik olarak revize edilerek kamu sağlığı ve bütçe dengesi açısından etkin bir sistem oluşturmayı hedeflemektedir.

SUT ve eklerinde yer alan işlem kodları, tıbbi malzeme ve ilaçlara ilişkin kurallar MEDULA ve fatura inceleyiciler tarafından kontrol edilmektedir. Fatura incelemeleri yapılırken SUT 5.3.1 hizmet detay belgesi bölümünde; “(1) MEDULA sistemini kullanan sağlık hizmeti sunucuları, tedaviye ait hizmet detay belgesini MEDULA sistemine elektronik olarak kaydeder. Hizmet detay belgesi Kurumun ilgili birimine teslim edilmez. Ancak Kurum tarafından fatura incelemesi dışında başka bir nedenle talep edilmesi halinde, hizmet detay belgesinin dökümü başhekimlikçe onaylanarak teslim edilir. Hizmet detay belgesindeki epikriz bölümü, yatarak tedavilerde ve cerrahi işlemlerin yapıldığı tüm sağlık hizmetlerinde elektronik ortamda ayrıntılı olarak düzenlenmek zorundadır. Kuruma MEDULA hastane sistemi üzerinden elektronik ortamda gönderilen hizmet detay belgesinde aşağıdaki bilgiler yer alır. Ayrıca Kurumca belirlenen istisnalar nedeni ile manuel olarak gönderilen faturalara ait hizmet detay belgesinde de aynı bilgiler bulunur.

- a) Hastanın adı soyadı, telefon numarası, adres bilgileri,
- b) T.C. Kimlik Numarası,
- c) Kapsam türü,
- ç) Branş,
- d) Provizyon numarası/MEDULA takip numarası,
- e) İşlem tarihi,
- f) İlgili hekimin bilgileri (hekim adı, soyadı, doktor tescil numarası),
- g) Hasta yatış ve çıkış günleri,
- ğ) Hastaya konulan tanı, ICD-10 kodu, ICD-O kodu,
- h) İşlemlerin (muayene, tetkik, tahlil, yatak, ameliyat, tedavi vb.) tarihi, hizmet türü, SUT kodu, adı, adedi, tutarı,
- ı) Tıbbi malzemelerin adları, adetleri, birim fiyatları, SUT kodları, Küresel Ürün Numarası (barkod),
- i) Hasta tabelasına uygun olarak tane hesabıyla hastaya verilen ilaçların, kutu bazında değil, tane hesabıyla birim fiyatları ve tutarı (parenteral ilaçlar için hizmet detay belgesinde hastaya verilen dozlar (mg, IU, ml. vb.) belirtilecek ancak fiyat ve tutarlar kutu/adet üzerinden fatura edilecektir.),
- j) Kullanılan kan ve kan bileşenleri, miktarları, ünite ve ISBT (Uluslararası Kan Nakli Derneği) numaraları,
- k) Epikriz notu. (Yoğun bakım, yatarak ve günübirlik hastalarda; günlük progreslerin, tedavi orderların ve kullanılan malzeme bilgilerinin eklenmesi.)” şeklinde tanımlanan bilgi ve belgeler bulunmalıdır.

3.4.1.7. Fatura İnceleme Usul Esasları (FİUE)

Fatura inceleme sırasında, inceleyiciler arasındaki farklılıkların olabildiğince ortadan kaldırılarak uygulama birliğine ulaşılması, incelemelerin etkin, verimli ve mevzuata uygun olarak sonuçlandırılması suretiyle Kurum ile sağlık hizmeti sunucuları (SHS) arasındaki uyumsuzlukların asgariye indirilmesi ve bu sayede ödeme süreçlerinin iyileştirilerek genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmasının sağlanması Kurumun sağlık hizmeti aldığı SHS'leri ve bu hizmetlerden yararlandığı kişilerle olan ilişkilerini düzenleyerek sosyal güvenliğe olan güvenin pekiştirilmesi amacıyla fatura inceleme usul ve esasları belirlenmiştir.

Usul ve esaslarda branşlara ait kriterler ilgili branş altında açıklanmış olup, birden fazla branşın kullandığı kodlara ait kurallar diğer branşlar için de geçerlidir. Tüm branşlar için ortak olan hususlar “Ortak Kriterler” Bölümünde açıklanmıştır.

FİUE Genel Kurallar 3 üncü maddesinde fatura inceleyicinin kararına müdahale edilemeyeceğini dair *“İnceleyiciler, inceledikleri işlemlere ait kararlarını bilgi ve birikimleri ile objektif kurallar çerçevesinde verecek olup, incelemeler sonrası oluşturulan komisyonlar, Usul ve Esaslarla belirlenen kurallar, ilgili diğer mevzuat ve yetkili Kurum birimlerince bildirilen görüşler dışında inceleyicinin karar vermesini etkileyecek herhangi bir müdahalede bulunulamaz.”* hükmü bulunmaktadır.

FİUE Genel Kurallar 4 üncü maddesinde fatura inceleyici personelin eğitimi, uyulması gereken kurallara yönelik önlemlerin alınmasına dair *“İnceleme yapacak personele incelemeler sırasında danışmanlık, rehberlik ve eğitim gibi yöntemlerle gerekli desteğin verilmesi ile inceleyicilerin ve komisyonların bu Usul ve Esaslarda yer alan kurallara uymalarının sağlanması konularında her türlü önlem, sosyal güvenlik il müdürlüklerince alınacaktır.”* hükmü bulunmaktadır.

FİUE Genel Kurallar 5 inci maddesinde fatura inceleyicilerin dikkat etmesi gereken hususlara ilişkin; *“İncelemeler sırasında esas olan, Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilmiş olduğuna kanaat getirilen işlemlere ilişkin ödeme kararının alınmasıdır. Bunun yanında gerçek dışı veya belirlenen kurallara aykırı ya da açıkça gereksiz yapıldığı anlaşılan işlem bedellerinin ödenmeme kararı oluşturulurken, diğer yandan hastalığın teşhis ve tedavisine yönelik çabaların bir sonucu olan işlemlere de uygunluk kararlarının verilmesi gerekmektedir. Gerçekleştirildiğine kanaat getirilen işlemlerin, sadece ilişkili belgelerindeki biçimsel eksikliklerinden dolayı bedellerinin ödenmemesi yönünde karar oluşturulmadan önce, temin edilebilecek diğer bilgi ve belgelerin de dikkate alınarak en doğru kararların oluşturulması gerekmektedir. Diğer taraftan, tüm şekil şartlarının yerine*

getirilmesine rağmen bu bilgilerin gerçek dışı işlemlere ait olması halinde uygun bulunmama kararının verilmesi gerekmektedir. Tereddüt edilen işlemlerde doğru kararların oluşturulabilmesi için, eldeki tüm bilgi ve belgelerin (hasta ile ilgili MEDULA kayıtlarındaki tüm bilgiler, SHS ve/veya hekimin bildirimleri, konuya ilişkin her türlü belgeler ile yapılacak araştırma sonuçları vb.) birlikte değerlendirilmesi suretiyle sonuca gidilecektir.” hükmü bulunmaktadır.

Fatura İnceleme Usul Esasları (FİUE) ortak kriterler 27 inci maddesinde yoğun bakımda yapılan işlemlere ilişkin kanıtlayıcı bilgi belgenin niteliğine ilişkin kriterler *“Günübirlik tedavi/yatan hasta tedavisi/yoğun bakım tedavilerinde; ayrıntılı epikriz, klinik seyir, ilaç tedavisi (günlük doz ve miktarı), kan ve kan bileşenleri, kan ürünleri, malzeme gibi fatura edilen işlemlerin uygulandığını açıklayan/gösteren belgelerin varlığı zorunludur. Epikrizlerde günlük olarak yapılan takiplerin detaylı yazılması, kısaltma yapılmaması, anormal laboratuvar bulgularının yazılması gereklidir. Ameliyat notları, girişimsel işlemler, anestezi bilgisi, kullanılan malzemeler, işlem basamakları ameliyat raporunda ayrıntılı bir şekilde yazılı olmalıdır. Ameliyatta kullanılan malzemelerin sayısı ve boyutları epikrizde ve/veya ameliyat notunda belirtilmeli, faturadaki malzemenin özellikleri ile tutarlılık aranarak (şekli, boyutu vs.) değerlendirilmelidir. Standart ameliyatlardan dışında kalan özellikli ameliyatlarda ya da fiyatlandırma farkı olan ameliyatlarda, ameliyat notu daha ayrıntılı olmalıdır”* şeklinde tanımlanmıştır.

Fatura İnceleme Usul Esasları Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 1 inci maddesinde yenidoğan yoğun bakım hastalarında epikrizde bulunması gerekli bilgiler *“Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bir hasta, epikrizde belirtilen günlük klinik durumunun ağırlığı, konulan tanılar ve uygulanan tedavilerin niteliğine ek olarak doğum ağırlığı ve gestasyon haftası da temel alınarak evrelendirilmelidir. Yenidoğan, doğumdan itibaren ilk 28 günü kapsar. Ancak erken doğumlarda düzeltilmiş yaşa bu süre eklenir.”* şeklinde açıklanmıştır.

3.4.1.8. Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmet Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi

Sözleşmenin 7.2.7 nci maddesinde *“SHS, SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere, düzenlediği fatura ile incelemeye esas her türlü veri ve belgeyi MEDULA sistemi üzerinden Kuruma elektronik ortamda iletmek zorundadır.”* hükmü bulunmaktadır.

Sözleşmenin 12.1 inci maddesinde fatura incelemesi sırasında eksik evrak olduğunun tespiti halinde *“Kurum mevzuatında belirtilen incelemeye esas belgelerin öngörülen şekilde usulüne uygun olarak düzenlenmediğinin veya elektronik ortamda ve/veya basılı evrak olarak*

iletilmediğinin fatura incelemeleri esnasında tespit edilmesi halinde bir fatura döneminde 22.807 TL'yi geçmemek üzere her bir belge için 456 TL ceza koşulu uygulanır ve tespit edilen fiil açıkça belirtilmek suretiyle SHS'ye tebliğ edilir.” hükmü ile cezai koşul uygulanacağı bildirilmiştir.

3.4.2. Özel Sağlık Hizmeti Sunucularının Ödemelerine Esas Fatura ve Eki Belgelerin İncelenmesi

3.4.2.1. Faturaların Dağıtımı

Sağlık kurum/kuruluşu tarafından verilen sağlık hizmetlerine ilişkin Kuruma ibraz edilen tüm fatura eki belgelerin inceleme işleminin merkezi dağıtım sistemi üzerinden Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya, Eskişehir, Adana, Bursa, Samsun, Trabzon olmak üzere **9 il** tarafından gerçekleştirilmektedir.¹²⁸

3.4.2.2. Fatura İnceleme Birimi ve Personel Sayısı

Faturalar Kurum taşra teşkilatında Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezlerinde incelenmektedir.

Kurum taşra teşkilatı, her ilde kurulan Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri (SGİM) ile Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerine bağlı olarak görev yapan Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezlerinden (SSGM) oluşmaktadır.

Fatura incelemelerinde görevli 51 uzman tabip, 160 tabip, 31 dış tabibi olmak üzere toplam 242 fatura inceleyici personel bulunmaktadır. Personel yaş ortalaması 54'dür.¹²⁹

Tablo 26. Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezleri Personel Sayısı

Yıl	Uzman Tabip	Tabip	Dış Tabibi	Eczacı
2015	109	316	39	788
2024	96	291	51	768

Kaynak: 08/02/2025 tarihli SGK sunumu

3.4.2.3. Fatura İnceleme Süreci

Sağlık hizmeti sunucuları tarafından, karşılığı fatura ile Kurumdan talep edilen sağlık hizmetlerinin ayrıntıları, her başvuru için ayrı düzenlenen fatura eki belgelerde (hizmet detay belgesi, epikriz, rapor vb.) gösterilmektedir. Gerek örnekleme yöntemi ile gerekse tamamı incelenmekte olan fatura ve eki belgelerde yer alan bilgilerin mevzuat ve tıbbi yönüyle uygunluğunun incelenmesine “fatura incelemesi” denilmektedir.

¹²⁸ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

¹²⁹ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

Sağlık hizmeti sunucuları tarafından, her ayın başı ile sonu arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin fatura düzenlenmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları fatura ile incelemeye esas belgeleri, Kurumca belirlenen usul ve esaslara uygun olarak manuel ve/veya MEDULA sistemi üzerinden elektronik olarak düzenleyebilmektedir.

SHS tarafından, fatura ve eki belgeler MEDULA sistemine yüklendikten sonra faturalar Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü tarafından merkezi dağıtım sistemi ile 9 ilde bulunan fatura inceleme biriminde görevli tabip ve/veya uzman tabiplere branş bazlı olarak dağıtılmaktadır. Fatura inceleme biriminde görevli tabip ve/veya uzman tabipler, sistemlerine eklenen takipleri mevzuat ve tıbbi uygunluk yönüyle incelemektedir. Bu ilk incelemeyi yapan kişiye “ilk inceleyici” denilmektedir.

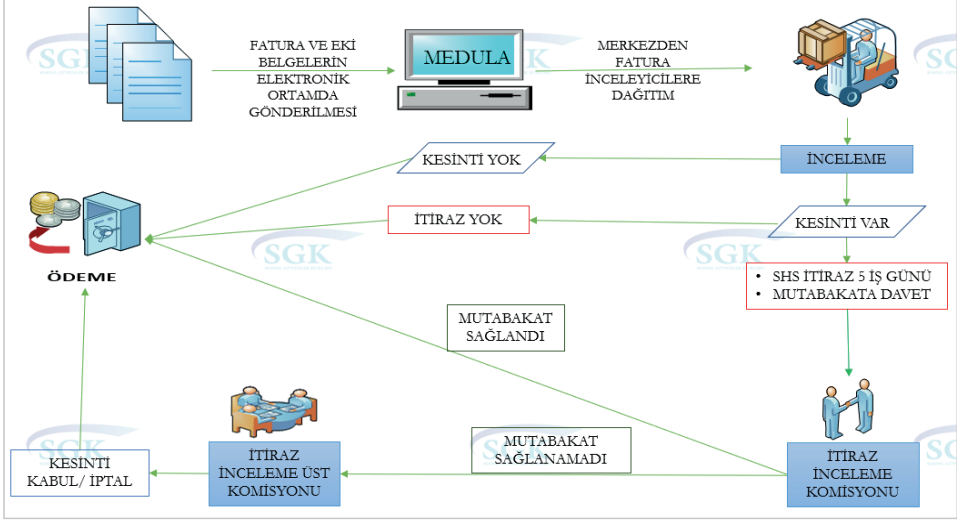
Fatura incelemeleri takip bazlı yapılmaktadır. Fatura inceleyici tabipler incelenen her bir takip için hastanın epikriz bilgileri, günlük klinik seyri, hastaya kullanılan ilaçlar, hemşire izlemleri, görüntüleme tetkikleri, laboratuvar sonuçları ve geçmiş tedavi bilgilerine göre mevzuat ve tıbbi uygunluk yönünden değerlendirmektedir.

İlk inceleyici tarafından, takip bazlı inceleme yapılırken mevzuata aykırı/tıbben uygun olmayan işlemler için kısmi veya tamamen kesinti uygulanabilmektedir. İlk inceleyicinin yapmış olduğu kesintilere, SHS’nin 5 iş günü içinde itiraz hakkı bulunmaktadır. SHS’nin süresi içinde ilk inceleyici kesintilerine gerekçesi ile birlikte itiraz etmesi durumunda mevzuata uygun süre içinde mutabakat adı verilen “İtiraz Değerlendirme Komisyonu” toplanmaktadır.

İtiraz Değerlendirme Komisyonu; 2 kurum personeli (tabip, diğ tabibi, eczacı) 1 SHS temsilcisi tabip olmak üzere 3 üyeden oluşmaktadır. SHS temsilcisi gerekçeli itirazı ve komisyon sırasında sunduğu işlemin yapıldığına ve mevzuata uygunluğuna dair kanıtlayıcı bilgi ve belgeyi komisyon üyelerinin değerlendirmesine sunabilmektedir. Komisyonunda görevlendirilen Kurum personeli, SHS itirazını ve sunduğu kanıtlayıcı bilgi ve belgeyi değerlendirerek yeterli bulması durumunda ilk inceleyicinin kesintisini iptal edebilmektedir. Komisyonunda görevlendirilen Kurum personelinin SHS itirazını ve sunduğu kanıtlayıcı bilgi ve belgeyi değerlendirerek yeterli bulmaması durumunda SHS temsilcisine kesintiye devam edileceği bildirilmektedir. SHS temsilcisinin kurum personelinin değerlendirmesi sonrası itirazını geri çekip kesintinin yerinde olduğu kararına katılması durumunda komisyon oy birliği ile kesintinin yerinde olduğu kararı alabilmektedir. SHS temsilcisi komisyon üyelerinin kesinti yerinde kararına katılmazsa, üst komisyona görüş sorulmasını talep ettiğini bildirebilmektedir. Komisyon talep üzerine itirazı üst komisyona iletmektedir. İtiraz inceleme üst komisyonu ilk inceleyici kesinti gerekçesini, komisyon kararını, SHS itiraz gerekçelerini

mevzuatta belirtilen süre içerisinde değerlendirerek karar vermektedir. Üst komisyon Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünde çalışan sağlık sınıfı personelden oluşmaktadır. Üst komisyonda itiraz edilen her bir takip 5 farklı personele dağıtılmaktadır ve oy çokluğu ile karar alınmaktadır. Üst komisyon değerlendirmesi sonucu alınan karar nihai olup, SHS'nin üst komisyon kararına itiraz hakkı bulunmamaktadır.

Şekil 12. Fatura İnceleme Süreci



Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK sunumu

3.4.2.4. Faturaların Ödenmesi

3.4.2.4.1. Faturaların Ödenmesine İlişkin Mevzuat

3.4.2.4.1.1. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

5510 sayılı Kanunun “Zamanaşımı, hakkın düşmesi ve avans” başlıklı 97 nci maddesinde, sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmetlere ilişkin fatura ve eki belgelerin teslim süresi ile avans ödemesi düzenlenmiştir. Söz konusu maddede “...Sağlık hizmeti sunucuları, sunmuş oldukları hizmetlere ilişkin bir ay içinde düzenledikleri fatura ve eki belgeleri izleyen ayın onbeşine kadar Kuruma teslim ederler. Fatura teslim tarihi; süresi içinde teslim edilen faturalar için teslim edildiği ayın onbeşinci günü, süresi içinde teslim edilmeyen faturalar için ise teslim edildiği ayı takip eden ayın onbeşinci günü olarak kabul edilir. Fatura bedelinin tamamı, fatura teslim tarihinden itibaren altmış gün içinde sağlık hizmet sunucularına avans olarak ödenir. Fatura ve eki belgeler, fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabı kapatılır. İnceleme süresinin takip eden mali

yıla sirayet etmesi durumunda, avans artıkları hakkında 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu’nun 35. maddesindeki akreditiflere ilişkin hükümler uygulanır...” hükmü bulunmaktadır. Bu madde, fatura teslim sürecini, avans ödemesini ve inceleme süresini ayrıntılı şekilde düzenlemektedir.

3.4.2.4.1.2. 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Kanunu’nun Ek 1. maddesi, örnekleme yöntemini kabul eden gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelere, sözleşme veya ilgili mevzuat çerçevesinde sonuçlandırılmayan alacaklarına mahsup edilmek üzere, incelemesine başlanmamış alacak tutarını aşmamak kaydıyla, Kurum tarafından uygun görülen oranda avans ödemesi yapılabileceğini düzenlemektedir. Ayrıca, örnekleme yöntemiyle yapılan inceleme sonucunda tespit edilen hata oranının tüm alacaklara uygulanarak kalan tutarın ödeneceği, bunun dışında sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelere başka bir ödeme yapılmayacağı hüküm altına alınmıştır.

3.4.2.4.1.3. GSS Uygulamaları Yönetmeliği

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları faturalarının incelenmesi ve ödeme işlemlerine ilişkin hususlar 35 inci maddede;

“(1) Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından Kuruma gönderilen faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde Kanunla belirlenen oranında örnekleme metodu ile incelenir. Bu inceleme sonucunda sağlık hizmeti sunan gerçek veya tüzel kişiler ile kamu idarelerine ait döner sermayeli işletmelerin incelenen döneme ait bütün faturalarına uygulanmak suretiyle ödenecek tutar tespit edilir ve buna göre ödeme yapılır. Kurum ihtiyaç duyduğu hâllerde faturaların tamamını incelemeye yetkilidir.

.....

(6) Sağlık hizmeti sunucuları, bir fatura döneminde sunmuş oldukları hizmetlere ilişkin fatura ve eki belgeleri fatura teslim süresi içinde Kuruma teslim ederler. Kuruma teslim edilen fatura bedelinin tamamı, fatura teslim tarihinden itibaren, altmış gün içinde, sağlık hizmet sunucularına avans olarak ödenir. Fatura ve eki belgeler, fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabı kapatılır. İnceleme sonucu fazla ödeme yapıldığının tespiti hâlinde; yapılan fazla ödeme sağlık hizmeti sunucusunun varsa Kurumdan alacağından mahsup edilir. Alacağının bu miktarı karşılamaması veya alacağının bulunmaması durumunda genel hükümlere göre tahsil edilir. İnceleme süresinin takip eden

mali yıla sirayet etmesi durumunda, avans artıkları hakkında 5018 sayılı Kanununun 35 inci maddesindeki akreditiflere ilişkin hükümler uygulanır.” hükmü ile düzenlenmiştir.

3.4.2.4.1.4. Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik

Sağlık hizmet sunucularına sunmuş oldukları sağlık hizmetlerine ilişkin yapılacak ödeme işlemlerine ilişkin hususlar Yönetmeliğin 24 üncü maddesinde “(1) Ödemeler her ayın 15 inci gününde yapılır. 15 inci günün hafta sonu veya resmi tatil olması halinde, ödeme takip eden ilk iş gününde yapılır.

(2) Sağlık hizmeti sunucusuna, fatura eki belgelerin teslim tarihinden itibaren 60 gün içerisinde incelemesi tamamlanmış olan fatura eki belgelerin, kesinti tutarları hariç olmak üzere geri kalan tutarı 60 ıncı güne kadar ödenir. Sağlık hizmeti sunucusu serbest eczanelerce temin edilen kan ürünleri ve hemofili fatura eki belgelerinin teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde incelemesi tamamlanmış olan fatura eki belgelerinin, kesinti tutarları hariç olmak üzere geri kalan tutarı 15 inci güne kadar ödenir. Sağlık kurum/kuruluşları tarafından temin edilen faturalandırılabilir tıbbi malzeme ile yatarak tedavilerde kullanılan faturalandırılabilir ilaç tutarları, fatura eki belgelerin teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde incelemesi tamamlanmış olan fatura eki belgelerinin, kesinti tutarları hariç olmak üzere geri kalan tutarı 15 inci güne kadar ödenir.

(3) Teslim tarihinden itibaren 60 gün içerisinde incelenmesi tamamlanamayan sağlık hizmetlerine ait fatura döneminde tahakkuk eden tutarın tamamı 60 ıncı gün avans olarak ödenir ve inceleme işlemlerine devam edilir. Sağlık hizmeti sunucusu serbest eczanelerce temin edilen kan ürünleri ve hemofili fatura eki belgelerinin teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde incelenmesi tamamlanamayan sağlık hizmetlerine ait fatura döneminde tahakkuk eden tutarın tamamı 15 inci gün avans olarak ödenir ve inceleme işlemlerine devam edilir. Sağlık kurum/kuruluşları tarafından temin edilen faturalandırılabilir tıbbi malzeme ile yatarak tedavilerde kullanılan faturalandırılabilir ilaç tutarları, fatura eki belgelerin teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde incelenmesi tamamlanamayan sağlık hizmetine ait fatura döneminde tahakkuk eden tutarın tamamı 15 inci gün avans olarak ödenir ve inceleme işlemlerine devam edilir. Fatura ve eki belgeler, fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabı kapatılır. İnceleme süresinin takip eden mali yıla sirayet etmesi durumunda, avans artıkları hakkında 5018 sayılı Kanunun 35 inci maddesindeki akreditiflere ilişkin hükümler uygulanır.

(4) Süresi içinde itirazların yapılmaması durumunda kesinti tutarı sağlık hizmeti sunucusu tarafından kabul edilmiş sayılır ve inceleme sonucu belirlenen tutarda ödeme yapılır.

(5) İnceleme sonucu fazla ödeme yapıldığının tespiti hâlinde; söz konusu fazla ödeme sağlık hizmeti sunucusunun varsa Kurumdaki alacağından kanuni faizi ile birlikte mahsup edilir. Alacağının bu miktarı karşılamaması veya alacağının bulunmaması durumunda ise genel hükümlere göre tahsil edilir.

(6) Sağlık hizmeti sunucusuna ödenecek olan fatura tutarından Kurum alacakları mahsup edilerek geriye kalan tutar ilgili ödeme döneminde sağlık hizmeti sunucusuna bildirilir ve süresinde ödenir.

(7) Götürü bedel sözleşmesi imzalayan Sağlık Hizmet Sunucularının ödemeleri taraflarca sözleşmede belirlenen sürelerde yapılır.” şeklinde ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

3.4.2.5. Yoğun Bakım İşlemleri

3.4.2.5.1. Yoğun Bakım Geri Ödeme Kural ve Kriterleri

Yoğun bakım işlem kodunun fatura edilebilmesi için; fatura edilecek yoğun bakım işlemine uygun Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış yoğun bakım ünitesi, fatura edilecek yoğun bakım işlemine uygun Sağlık Bakanlığınca tescilli yapılmış yoğun bakım yatağı, fatura edilecek yoğun bakım işlemine uygun klinik bilgiyi içerir epikriz, klinik seyir vb. bilgi ve belgenin mevcut olması gerekmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinin ruhsatlandırılması, yoğun bakım yataklarının tescil edilmesi gibi işlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. 20/11/2011 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlayarak yürürlüğe giren “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile Sağlık Bakanlığına, üniversitelere ve özel sektöre ait hastaneler bünyesinde faaliyet gösteren yoğun bakım servislerinin; fiziki şartları, personel ve hizmet kıstasları, malzeme-makine-teçhizat tıbbi teknoloji ve tesis imkânları bakımından asgari standartları, sahip olduğu kriterlere uygun olarak seviyelendirme, bu birimlerde verilecek yoğun bakım hizmeti uygulamalarına ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir. Yoğun bakımların standartlarına uygun faaliyet göstermelerinin sağlanması ve yoğun bakım hizmetlerinin tebliğe uygunluğu Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmektedir.

Yoğun bakım tedavisinin geri ödeme kural ve kriterleri SUT 2.4.4.H - Yoğun bakım tedavisi başlığı altında tanımlanmıştır.

“SUT 2.4.4.H (1) Resmi ve özel sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde kurulu bulunan yoğun bakım ünitelerinin standartları, yoğun bakım ünitelerinin tanımı, hasta özellikleri, personel durumu, yatak sayısı, tıbbi cihaz ve donanım ile yoğun bakım ünitelerinin taşınması gereken diğer özellikleri vb. hususlarda Sağlık Bakanlığı düzenlemelerine uyulacaktır. Sağlık Bakanlığı tarafından herhangi bir nedenle seviyelendirilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler birinci basamak yoğun bakım fiyatından faturalandırılır. Tescil edilmemiş yoğun bakım yataklarında verilen tedaviler ise faturalandırılmaz.” maddesi hükmünce yoğun bakım işlemlerinin fatura edilebilmesi için Sağlık Bakanlığı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği”nde belirtilen kriterlere uygun olması gerektiği belirtilmiştir.

3.4.2.5.1.1. Yoğun Bakım İşlem Koduna Dahil Olan Ayrıca Faturalandırılmayacak İşlemler

Yoğun bakım işlemlerinin ödenmesinde SUT EK 2/C tanıya dayalı işlem listesi esas alınmaktadır. Tanıya dayalı işlem, paket olarakta bilinen istisnalar ayrı tutulmak üzere yapılan her türlü işlem için tek bir ödeme yapılması esasına dayanmaktadır. İstisnalar hariç, yoğun bakımda yapılan işlemler ayrı ayrı fatura edilememektedir.

SUT 2.2.2.B-1 - hükmünde;

“(1) Tanıya dayalı ödeme listesi işlem puanlarına yatarak tedaviler kapsamında takip alındıktan sonraki, özel hükümler saklı kalmak kaydıyla;

- a) Yatak bedeli,
- b) Muayeneler ve konsültasyonlar,
- c) Operasyon ve girişimler,
- ç) Anestezi ilaçları,
- d) Yatış dönemindeki ilaçlar (istisnalar ayrıca belirtilecektir)

...

- f) Sarf malzemesi,
- g) Anestezi bedeli,
- ğ) Laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri,
- h) Refakatçi bedeli (tıbbi zorunluluk halinde)”

gibi tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemlerin EK 2/C Listesinde tanımlanan yoğun bakım işlem koduna dahil olduğu, sayılan işlemlerin ayrıca faturalandırılmayacağı tanımlanmıştır.

SUT 2.2.4.H (9) maddesi hükmü ile yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinden faturalandırıldığında kan ürünleri işlem puanına dahil olduğu düzenlenmiştir.

Aynı sağlık hizmeti sunucusunda aynı gün birden fazla basamakta yoğun bakım tedavisi gören hasta için bir yoğun bakım bedeli faturalandırılmaktadır. Yoğun bakım işlem kodları faturalandırılırken aynı gün içinde hastanın klinik durumunda bir değişiklik olması nedeniyle yoğun bakım basamağının değişmesi durumunda, SUT 2.4.4.H (7) h k m  gereğince yalnızca bir yoğun bakım işlemi faturalandırılmaktadır. Ayrıca hastanın genel durumu itibariyle bulunduğu basamaktan farklı bir basamağa geçmesi durumunda, bu değişiklik hizmet detay belgesinde yer alan epikriz notunda belirtilmelidir.

SUT’a göre tanıya dayalı işlem kapsamında olan ilaç ve/veya tıbbi malzemeler sağlık hizmet sunucusu tarafından temin edilmelidir. Bu malzemelerin bedeli, sağlık hizmeti sunucusuna yapılan ödemeye dahil edilmiştir. Ancak, söz konusu ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin bedelinin hasta tarafından ödendiği tespit edilirse, SUT 2.2.2.B-1-(5) *‘Tanıya dayalı işlem kapsamında olan, ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin bedellerinin hasta tarafından ödendiğinin tespiti halinde ilaç ve/veya tıbbi malzemelerin fatura tutarları hastaya ödenir. Kurumca  denen tutar ilgili sağlık hizmeti sunucusundan mahsup edilir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden mahsup edilir. Mahsup edilen tutar hiçbir surette sağlık hizmet sunucusuna iade edilmez.’* h k m  gereğince işlem yapılmaktadır.

SUT 2.4.4.H (2) hükümüne göre; yoğun bakım tedavileri, SUT EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır. Hastanın yoğun bakım tedavisi devam ederken, EK-2/C Listesinde yer alan A, B, C grubu işlemlerin uygulanması durumunda, işlemin yapıldığı gün, tanıya dayalı yoğun bakım puanı faturalandırılmaktadır. Bu durumda, yapılan işlemin SUT EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ile tanıya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılabilcek tıbbi malzeme bedelleri de faturalandırılabilir. D ve E grubu işlemler, yoğun bakım bedellerine dahil olup ayrıca faturalandırılmamaktadır.

SUT 2.4.4.H’nin (3) hükümüne göre; anestezi sonrası bakım hizmetleri (PACU) için yoğun bakım bedelleri faturalandırılmaz. PACU hizmetleri, yoğun bakım işlem kodlarıyla faturalandırılmadığı gibi cerrahi işlemin bir parçası olarak işlem paketine dahil olduğundan, ayrıca faturalandırılmaz.

SUT 2.4.4.H (8) hükümüne göre; yoğun bakımda yatan hastanın, yattığı ilk gün ile vefat ettiği veya yoğun bakımdan çıkarıldığı gün ya da başka bir sağlık hizmeti sunucusunun yoğun bakım servisine sevk edildiği gün verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır. Bu faturalandırma, SUT EK 2/B Hizmet Başına  deme Listesi esas alınarak yapılır. Ayrıca, SUT 2.2.2.A (2) maddesinde yer alan h k me göre, *“Kurumca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucusu*

tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ayrıca faturalandırılabilir.” Bu doğrultuda, sağlık hizmeti sunucusu, hastaya sunduğu hizmetleri EK 2/B Listesine göre faturalandırmaktadır.

3.4.2.5.1.2. EK 2/C Yoğun Bakım İşlem Kodu ile Birlikte Ayrıca Faturalandırılacak İşlemler, İlaçlar, Kan Bileşenleri

a) Yoğun Bakımda Ayrıca Faturalandırılacak İşlemler

SUT 2.4.4.H (4) hükmüne; yoğun bakımdaki hastalara uygulanan; sürekli hemodiyalizasyon/hemofiltrasyon, plazmaferez tedavileri, immün plazma tedarik ve uygulama, viral inaktivasyon işlemi prematüre retinopatisinde lazer tedavisi, terapötik hipotermi tedavisi işlemleri SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanları ve ilgili işlemler için faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri kapsamında ayrıca faturalandırılmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan işlem puanı üzerinden ayrıca olarak faturalandırılmaktadır.

b) Yoğun Bakımda Ayrıca Faturalandırılacak Kan Bileşenleri

SUT tanıya dayalı işlemlerin kapsamı SUT 2.2.2.B-1 - (1) e) hükmüne göre; kan bileşenlerinin tanıya dayalı işlemler kapsamında kullanılması halinde kan bileşenleri puanlarının; 705371, 705430 kodlu kan bileşenleri için %36’sı, 705372 ve 705373 kodlu kan bileşenleri için %24’ü ve SUT 2.4.4.H (5) hükmüne yoğun bakımdaki hastalara uygulanan; “Trombosit Süspansiyonu” (705440, 705441, 705442, 705443 kodlu işlemler) ile “Aferez Trombosit” işlemleri için belirtilen bedeller, sağlık hizmeti sunucusu tarafından ayrıca faturalandırılır. Tüm kan bileşenlerinin MEDULA sistemine kaydedilmesi zorunludur.

c) Yoğun Bakımda Ayrıca Faturalandırılacak İlaçlar

SUT 2.4.4.H (6) hükmüne yoğun bakımdaki hastalara uygulanan; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları tarafından temin edilen Botulismus Polivalan Antiserumu (Tip A, B, E; Tip A, B, C, D, E, F, G) ayrıca faturalandırılmaktadır.

ATC kodu “B01AC, B01AD, R07AA” olan ilaçların parenteral formları, immünsuprese veya immün yetmezliği olan hastalarda ATC kodu “J02AA, J02AC, J02AX, V03AB34” olan ilaçların parenteral formları, ATC kodu “L04AC07” olan ilaçların intravenöz formları, ATC kodu “J01DD52” olan ilaçlar ayrıca faturalandırılmaktadır.

3.4.2.5.1.3. Yoğun Bakım Tedavilerinin Fatura İncelemeleri

Fatura incelemelerine ilişkin mevzuat hükümleri ve diğer ilgili hususlar fatura inceleme başlığı altında ayrıntılı şekilde değerlendirilmiştir.

Yoğun bakım faturalarının incelenmesinde hizmet detay belgesinde bulunan bilgi ve belgeler esas alındığından, bu bilgi ve belgelerin ayrıntılı olarak düzenlenmesi önem arz etmektedir. Bilgi ve belgelerin niteliğine ilişkin hususlar SUT 5.3.1.C ve Fatura İnceleme Usul ve Esasları (FİUE) ortak hükümler 27 nci maddesinde, yenidoğan yoğun bakım hastalarının epikrizinde bulunması gerekli bilgiler FİUE Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları 1 inci maddesinde düzenlenmiştir.

3.4.2.5.1.4. SUT Yoğun Bakım İşlem Fiyatları

Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Tanıya Dayalı İşlem Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılmaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliğinde yoğun bakım yatakları erişkin/çocuk ve yenidoğan yoğun bakım olarak iki ayrı kategoride ve her biri için üç ayrı seviyede ücretlendirilmiştir.

Tablo 27. Yoğun Bakım Hizmetleri SUT İşlem Puanları/Tutarları

YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ		İŞLEM	İŞLEM
ERİŞKİN-ÇOCUK YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ		PUANI	TUTARI (TL)
P552001	Birinci basamak yoğun bakım hastası	2.078,58	1.232,60
P552002	İkinci basamak yoğun bakım hastası	4.417,00	2.619,28
P552003	Üçüncü basamak yoğun bakım hastası	8.320,12	4.933,83
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ			
P552006	Yenidoğan birinci basamak yoğun bakım hastası	2.078,58	1.232,60
P552007	Yenidoğan ikinci basamak yoğun bakım hastası	4.417,00	2.619,28
P552008	Yenidoğan üçüncü basamak yoğun bakım hastası	8.320,12	4.933,83

Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK sunumu

Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında bu tutarlara %100 ilave edilerek faturalandırma yapılmaktadır.

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 listelerinde yer alan işlemler için ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmiş olup, işlem bedeli ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır. Ödemeye esas puanların ödemeye esas işlem bedeline çevrilmesinde işlem puanının belirtilen katsayı ile çarpılması sonucu bulunacak tutar yuvarlama işlemi yapılmaksızın virgülden sonra iki basamak olacak şekilde alınır.

SUT yoğun bakım işlem kodlarında 2022 yılında %45, 2023 yılı Ocak ayında %40, 2023 Yılı Ağustos ayında %60, 2024 yılı Mayıs ayında %50 fiyat artışı yapıldığı belirtilmiştir.¹³⁰

¹³⁰ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

3.4.2.5.1.5. Yoğun Bakım Hizmetlerinde İlave Ücret

Yoğun bakım hizmetleri ve yenidoğana verilen sağlık hizmetleri SUT 1.9.3 1) b) ve d) bendlerinde ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri olarak tanımlanmıştır.

3.4.2.5.2. Yoğun Bakıma İlişkin MEDULA Kuralları

MEDULA (Medikal Ulak) sistemi, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kayıt ve faturalandırma işlemlerinin yürütülmesinde kullanılan bir sistemdir. Yoğun bakım hizmetlerine ilişkin MEDULA kuralları, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) çerçevesinde belirlenmiştir. Bu kurallar, yoğun bakım hizmetlerinin doğru bir şekilde kodlanması, faturalandırılması ve SGK tarafından ödenmesinin sağlanması için önemlidir.

a) Yoğun Bakım İşlem Koduna İlişkin MEDULA Kuralları

Yoğun bakım işlemlerinin EK 2/C işlem kodu ile faturalandırılabilmesi, sadece ilk gün ve son gün EK 2/B hizmet başı işlem kodları ile faturalandırılabilmesi, kan ürünlerinin EK 2/C işlemine dahil olması nedeni ile ilaveten faturalandırılmayacağı, SUT EK 2/C yoğun bakım işlem kodlarına ilaveten girilebilecek işlemlerin tanımlandığı ve sadece bu tanımlanmış işlem kodlarının fatura edilmesine izin verildiği, günde birden fazla yoğun bakım işlem kodu faturalandırmayacağı kuralları MEDULA da işletilmektedir.

b) Yoğun Bakım Yatak Kuralları

SUT’ta yer alan yoğun bakım işlem kodlarının MEDULA sisteminde faturalandırılabilmesi için SSGM’ler tarafından Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğüne verilen yatak tescilleri esas alınarak, SHS’ler için yatak sayısı tanımlaması yapılmaktadır. Yatak sayısı tanımlanması esnasında MEDULA sistemi tarafından yatak tescil kodları (seviyelerine göre ayrı ayrı) üretilmektedir. SUT yoğun bakım işlem kodları fatura edilirken bu yatak tescil kodlarının da mutlaka SUT yoğun bakım yatak kodları ile eşleştirilmesi gerekmektedir.

Örneğin 2.basamak yoğun bakım hastası işlem kodu 1. Seviye bir yoğun bakım yatak tescil kodu ile fatura edilemez.¹³¹

Tanımlanan yatak tescil kodları ile;

- 1. seviye yatak tescil koduna yalnızca 1. basamak yoğun bakım hastası işlem kodu (P552001),
- 2. seviye yatak tescil koduna 1. veya 2. basamak yoğun bakım hastası işlem kodları (P552001-P552002),

¹³¹ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

- 3. seviye yatak tescil koduna ise 1., 2. veya 3. basamak yoğun bakım hastası işlem kodları (P552001-P552002, P552003) fatura edilebilmektedir.
- Yoğun bakım yataklarının sayı ve seviyesine göre MEDULA sisteminden kontrolü 01.03.2016 tarihinden bu yana yapılmaktadır.¹³²

Şekil 13. MEDULA Sağlık Tesisi Yatak Bilgileri

Sağlık Tesisi Yatak Bilgileri					
Yatak Kodu	Yatak Türü	Yatak Seviyesi	Yatak Tescil Türü	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi
	Seçiniz	Seçiniz	Seçiniz		Seçiniz
JE100001	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	27.01.2016	25.11.2019
JE100002	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	27.01.2016	25.11.2019
JE100003	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	27.01.2016	25.11.2019
JE100004	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	27.01.2016	25.11.2019
JE100005	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	23.10.2019	25.11.2019
JE100006	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Geçici Tescilli	20.01.2021	
JE100007	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Geçici Tescilli	20.01.2021	
JE100008	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Geçici Tescilli	20.01.2021	
JE100009	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Geçici Tescilli	20.01.2021	
JE100010	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Geçici Tescilli	20.01.2021	20.01.2021
JE100011	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Geçici Tescilli	20.01.2021	20.01.2021
JE100012	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Geçici Tescilli	20.01.2021	20.01.2021
JE100013	Çocuk/Eriskin	1. Basamak Yoğun Bakım	Geçici Tescilli	20.01.2021	20.01.2021
JE200001	Çocuk/Eriskin	2. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	26.11.2019	
JE200002	Çocuk/Eriskin	2. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	26.11.2019	
JE200003	Çocuk/Eriskin	2. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	26.11.2019	
JE200004	Çocuk/Eriskin	2. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	26.11.2019	
JE200005	Çocuk/Eriskin	2. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	26.11.2019	
JE300001	Çocuk/Eriskin	3. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	27.01.2016	
JE300002	Çocuk/Eriskin	3. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	27.01.2016	
JE300003	Çocuk/Eriskin	3. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	27.01.2016	
JE300004	Çocuk/Eriskin	3. Basamak Yoğun Bakım	Tescilli	27.01.2016	

Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK sunumu

Şekil 14. MEDULA Yenidoğan Yoğun Bakım İşlem Kodları-Yatak Kodu Ekran Görüntüsü

İşlem Tarihi

#	İşlem Tarihi	Hizmet Türü	Sut Kodu-Adı	Adet	Tutar	Kesinti Tutarı	Yersiz Ödeme Tutarı
		Seçiniz					
1	30.09.2024	Hasta Yatış Çıkış İşlemleri	P552008-Yenidoğan üçüncü basamak yoğun bakım hastası	1.0	5.427,21	0,00	0.0
İşlem Sıra No : Dr. Tescil No :Başlangıç Tarihi :30.09.2024Açıklama :Yatak Kodu :7Y300012Türü :Yeni DoğanSeviye :3. Basamak Yoğun Bakım							
Brans :1500-Çocuk Sağlığı ve HastalıklarıKdv sız Tutarı :4933.83 Dr. Adı :Dr. Soyadı :Bitiş Tarihi :01.10.2024Refakatçi Gün Sayısı :0							
20.09.2024							
30.09.2024							
01.10.2024							
02.10.2024							
03.10.2024							
04.10.2024							
05.10.2024							

Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK sunumu

¹³² 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

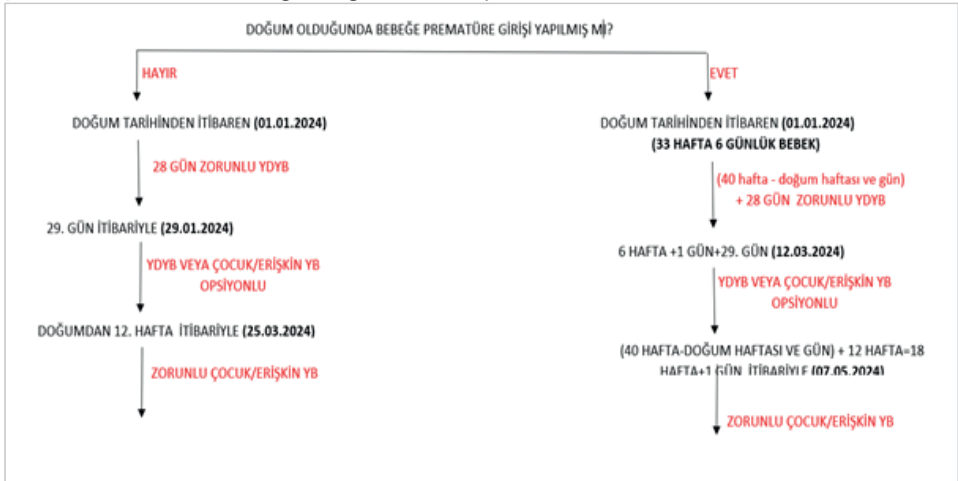
Erişkin KVC yoğun bakım yatak tescil kodlarını K kodu ile tanımlanmış olup, sadece KVC branşı tarafından fatura edebilmektedir.¹³³

c) Yenidoğan Yoğun Bakım MEDULA Kuralları

Erişkin/çocuk yoğun bakım yatakları E kodu ile, yenidoğan yoğun bakım yatakları Y kodu ile tanımlanmaktadır. Y kodlu yenidoğan yatak kodlarına sadece yenidoğan yatışı yapılabilir.

Yenidoğan yoğun bakıma bir hasta yatırıldığı zaman önce bebeğin doğum haftası MEDULA sistemine girilir. Bebek term ise postnatal 28 gün yenidoğan yoğun bakıma yatabilir. Bebek preterm ise düzeltilmiş 52 haftaya kadar yatışa izin verilir.

Şekil 15. MEDULA Yenidoğan Yoğun Bakım Yaş Kuralı

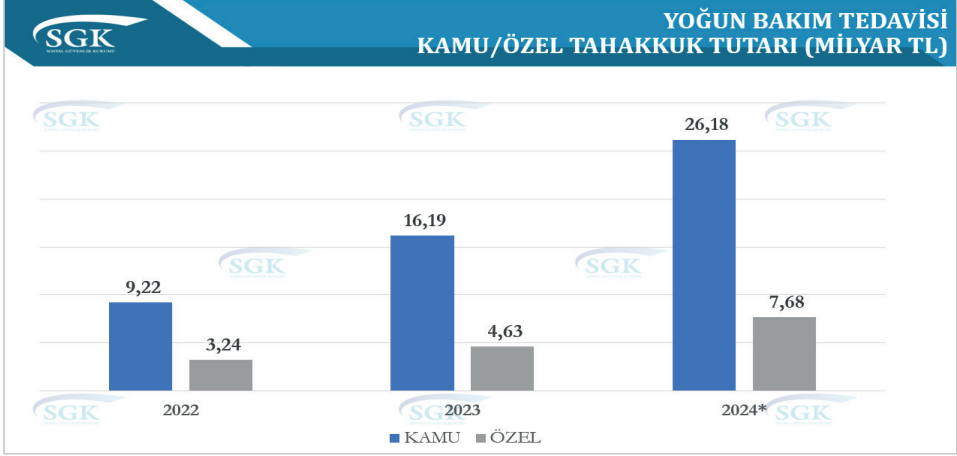


3.4.2.5.3. Yoğun Bakım Tedavisi Tahakkuk Tutarları

Yoğun bakım tedavisi tahakkuk tutarları kamu/özel, kamu shs erişkin/yenidoğan, özel SHS erişkin/yenidoğan, özel SHS yoğun bakım SUT işlem koduna göre tahakkuk oranları aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

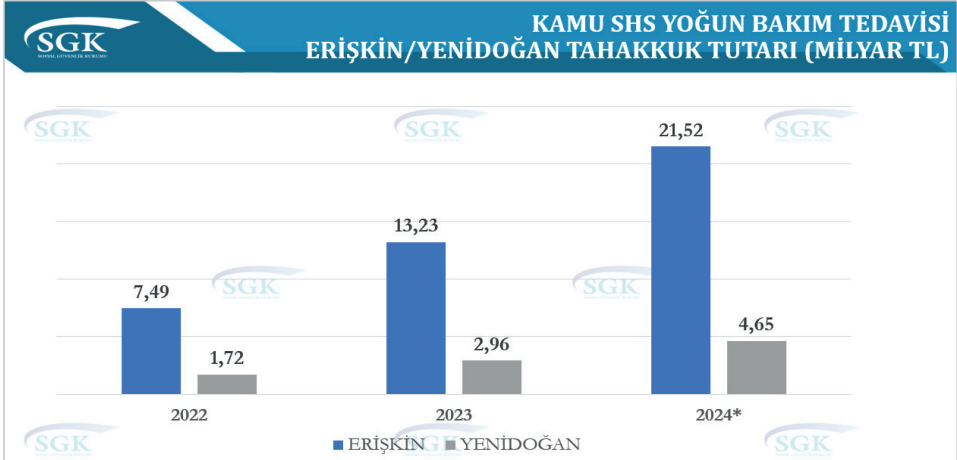
¹³³ 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı.

Şekil 16. Yoğun Bakım Tedavisi Kamu/Özel Tahakkuk Tutarı (Milyar TL)



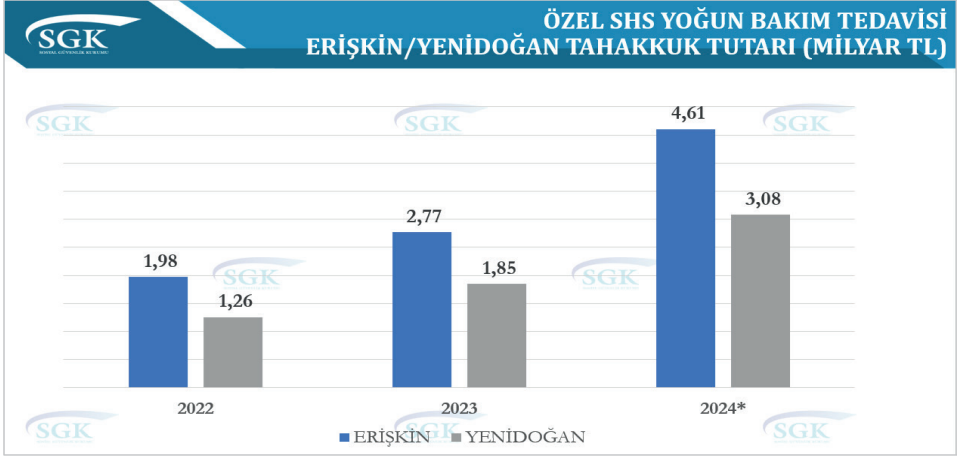
Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK sunumu

Şekil 17. Kamu SHS Yoğun Bakım Tedavisi Erişkin/Yenidoğan Tahakkuk Tutarı (Milyar TL)



Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK sunumu

Şekil 18. Özel SHS Yoğun Bakım Tedavisi Erişkin/Yenidoğan Tahakkuk Tutarı (Milyar TL)



Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK sunumu

Tablo 28. Özel SHS Yoğun Bakım Tedavisi SUT Koduna Göre Tahakkuk Dağılımı (Milyon TL)

ÖZEL SHS YOĞUN BAKIM TEDAVİSİ SUT KODUNA GÖRE TAHAKKUK DAĞILIMI (MİLYON TL)

	SUT KODLARI	2022	2023	2024*
ERİŞKİN	YOĞUN BAKIM	53,95	76,95	130,96
	BİRİNCİ BASAMAK YOĞUN BAKIM HASTASI	94,98	121,13	200,87
	İKİNCİ BASAMAK YOĞUN BAKIM HASTASI	707,27	976,70	1.718,64
	ÜÇÜNCÜ BASAMAK YOĞUN BAKIM HASTASI	1.123,35	1.596,02	2.555,24
YENİDOĞAN	YENİDOĞAN BİRİNCİ BASAMAK YOĞUN BAKIM HASTASI	76,98	108,47	181,15
	YENİDOĞAN İKİNCİ BASAMAK YOĞUN BAKIM HASTASI	469,44	694,77	1.201,09
	YENİDOĞAN ÜÇÜNCÜ BASAMAK YOĞUN BAKIM HASTASI	714,38	1.051,55	1.696,39

Kaynak: 08/01/2025 tarihli SGK sunumu

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BAZI ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA YAŞANAN BEBEK ÖLÜMLERİ OLAYININ İNCELENMESİ

4.1. OLAYIN KRONOLOJİSİ

27.03.2023 tarihinde CİMER’e isimsiz e-posta ihbarı yapılmıştır.

27.03.2023 tarihinde CİMER tarafından yapılan başvuru Sağlık Bakanlığına sevk edilmiştir.

28.03.2023 tarihinde şikâyet, Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığına ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmiştir.

02.05.2023 tarihinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Sağlık Hizmetleri Başkanlığına ihbarda geçen özel hastanelerde olağandışı denetimlere başlama talimatı verilmiştir.

05.05.2023 tarihinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından İstanbul İl Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü’ne ihbarda bulunulmuştur.

20.06.2023 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı’nın 2023/37693 soruşturma sayılı dosyasında şüpheliler hakkında teknik ve fiziki takip ile iletişimin denetlenmesi tedbirlerinin uygulanması için Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinden ilk kez izin alınmıştır.

25.09.2023 tarihinde Valilik Oluru ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ilgili özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım servislerinde eş zamanlı olağandışı denetimler yapılmıştır.

28.09.2023 tarihinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Makam Oluru ile Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim Değerlendirme Komisyonu kurulmuştur.

24.11.2023 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığından müfettiş marifetiyle iddialar hakkında inceleme yapılması talep edilmiştir.

05.12.2023 tarihinde Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 24.11.2023 tarihli talebi doğrultusunda müfettiş görevlendirmiştir.

07.12.2023 tarihinde dosyada gizlilik kararı olması sebebiyle Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından müfettişler ile iddialara yönelik bilgi notu paylaşılmıştır.

16.02.2024 tarihinde Sağlık Bakanlığı müfettişleri yaptıkları işlemleri anlatarak Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığından soruşturma dosyası içerisinde yer alan bilgi ve belgeleri talep etmişlerdir.

26.04.2024 tarihinde yapılan birinci dalga operasyon kapsamında 40 şüpheli gözaltına alınmıştır.

29.04.2024 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yürütülen soruşturma kapsamında ilk tutuklama kararları verilmiştir.

09.05.2024 tarihinde İstanbul İl Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlar Şube Müdürlüğü fezlekesi, şüphelilerin savcılık ifadeleri, MASAK raporu ve ilgili diğer bilgi ve belgeler Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından görevlendirilen müfettişlere teslim edilmiştir.

28.06.2024 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığından 9 bebeğin ölümüyle şüphelilerin fiilleri arasında illiyet bağının incelenmesi talep edilmiştir.

03.09.2024 tarihinde Jandarma Kriminal Şube Müdürlüğü tarafından 62 adet flash bellek, 4 adet hard disk ve 2 adet CD'den oluşan şüphelilere ait telefon ve bilgisayar dijital materyallerin çözümlenmesine ilişkin rapor Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından müfettişlere teslim edilmiştir.

19.09.2024 tarihinde Sağlık Bakanlığı müfettişleri tarafından, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Neonatoloji uzmanlarından oluşan heyetten alınan bebek ölümleriyle şüphelilerin fiilleri arasında illiyet bağının olduğuna dair değerlendirmenin bulunduğu uzman görüşü Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına teslim edilmiştir.

28.09.2024 tarihinde Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı müfettişleri tarafından yürütülen inceleme tamamlanarak rapora bağlanmıştır.

09.10.2024 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yürütülen soruşturmada toplam 47 şüpheli hakkında isnat edilen suçlardan Bakırköy Ağır Ceza Mahkemesine kamu davası açılması istemiyle fezleke düzenlenerek Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir.

16.10.2024 tarihinde Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Bakırköy Nöbetçi Ağır Ceza Mahkemesine hitaben şüpheliler hakkında eylemlerine uyan sevk maddeleri uyarınca cezalandırılmaları istemiyle iddianame tanzim edilmiştir.

18.10.2024 tarihinde Bakan Olur'u ile ilgili özel hastanelerin ruhsatları iptal edilerek kapatılmasına karar verilmiştir.

28.10.2024 tarihinde Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığının iddianamesi Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesinin 2024/279 iddianame değerlendirme numarası ile kabul edilmiştir.

18.03.2025 tarihinde Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından 2025/29272 soruşturma, 2025/12088 esas numarası ile ana dava ile birleştirme talepli iddianame düzenlemiştir.

4.2. İDARİ SÜRECİ

Doktorlar F.S. ve İ.G. tarafından Sosyal Güvenlik Kurumunun dolandırıldığı 27.03.2023 tarih ve 2302695203 başvuru numarası ile CİMER’e e-posta yoluyla ihbar edilmiştir. Başvuruda ayrıca daha fazla kazanç elde etmek amacıyla gece nöbetçi doktor bulundurmada insani ve tıbbi uygun olmayan koşullarda bebekleri barındırarak, bebeklerin ölümlerine sebebiyet verdikleri belirtilmiştir. Daha fazla bebek alabilmek için de 112 Acil Çağrı Merkezine rüşvet vererek bebeklerin belirledikleri hastanelere sevkini sağladıkları ihbar edilmiştir. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 05.05.2023 tarihinde “... çok sayıda hastanenin yenidoğan yoğun bakımlarının kiralanarak insani ve uygun olmayan koşullar nedeniyle çok sayıda bebek ölümlerine neden olduğu ve ödemeler nedeniyle SGK’nın zarara uğratıldığı...” içerikli yazı ile adli yönden de soruşturma başlatılması İstanbul İl Emniyet Müdürlüğünden talep edilmiştir.

CİMER’e yapılan ihbarda “Reyap Hastanesi, Beylikdüzü Medilife Hastanesi, Bağcılar Şafak Hastanesi, Doğa Hastanesi, Medicine Bağcılar Hastanesi, Ethica Hastanesi, Duygu Hastanesi ve birçok özel hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitelerini kiralayarak daha fazla kazanç elde etmek amacıyla gece nöbetçi doktor bulundurmada insani ve tıbbi uygun olmayan koşullarda bebekleri barındırarak, bebeklerin ölümlerine sebebiyet verdikleri” belirtilmiştir. Ayrıca “birinci basamak olan bebekleri epikrizlerde üçüncü basamak olarak göstererek SGK’yı dolandırdıkları, daha fazla bebek alabilmek için de 112 Acil Çağrı Merkezine rüşvet vererek bebeklerin belirledikleri hastanelere sevkini sağladıkları” ihbar edilmiştir.

CİMER tarafından yapılan başvuru aynı gün Sağlık Bakanlığına sevk edilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından, başvuru 28.03.2023 tarihinde Teftiş Kurulu Başkanlığına ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmiştir. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Özel Hastaneler Birimi tarafından CİMER başvurusu için gizliliği ve önemi esas alınarak kapalı zarf içinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri İzleme, Değerlendirme ve Denetim Birimine gönderilerek 02.05.2023 tarihinde olağandışı denetimlerin yapılması talimatı verilmiştir.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 05.05.2023 tarihinde “... çok sayıda hastanenin yenidoğan yoğun bakımlarının kiralanarak insani ve uygun olmayan koşullar nedeniyle çok sayıda bebek ölümlerine neden olduğu ve ödemeler nedeniyle SGK’nın zarara uğratıldığı...” içerikli yazı ile adli yönden de soruşturma başlatılması İstanbul İl Emniyet Müdürlüğünden talep edilmiştir. Bu şikâyetin araştırılarak somut deliller ortaya konması için inceleme/soruşturma süreci bu aşamadan sonra İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve İstanbul İl Emniyet Müdürlüğü tarafından yürütülmüştür.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yürütülen soruşturma kapsamında 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun “*Nitelikli Dolandırıcılık*” kenar başlıklı 158 inci maddesinin birinci fıkrasının (e) bendi ve “*Rüşvet*” kenar başlıklı 252 nci maddesi suçlamasıyla Cumhuriyet savcısı tarafından telekomünikasyon yoluyla iletişimin dinlenmesi ve teknik araçlarla izleme kararları verilmesi talebi doğrultusunda sulh ceza hâkimliklerince sırasıyla Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 20.06.2023 tarih ve 2023/4270 numaralı kararı, Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 25.07.2023 tarih ve 2023/5206 numaralı kararı, Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 20.08.2023 tarih ve 2023/5764 numaralı kararı, Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 25.09.2023 tarih ve 2023/6054 numaralı kararı, Büyükçekmece 4. Sulh Ceza Hâkimliğinin 11.10.2023 tarih ve 2023/1044 numaralı kararı, Büyükçekmece 1. Sulh Ceza Hâkimliğinin 20.10.2023 tarih ve 2023/6783 numaralı kararı, Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 20.11.2023 tarih ve 2023/8100 numaralı kararı, Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 23.12.2023 tarih ve 2023/7840 numaralı kararı, Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 23.01.2024 tarih ve 2024/410 numaralı kararı ile şüpheliler hakkında 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun “İletişimin tespiti, dinlenmesi ve kayda alınması” kenar başlıklı 135 inci maddesi ve “Teknik araçlarla izleme” kenar başlıklı 140 ıncı maddesi kapsamında karar verilmiştir.

Yapılan teknik takip ve dinlemeler sonucunda şikâyetin somut delillerle ortaya konulması için 20.09.2023 tarih ve 224905114 sayılı Valilik Oluru ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 25.09.2023 tarihinde ilgili özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım servislerine eş zamanlı olağandışı denetimler gerçekleştirilmiştir. Denetimler öncesinde bilimsel heyet tarafından denetimlerde sorulacak ve bakılacak hususlar belirlenmiştir. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan organizasyonla denetim ekipleri teslim aldıkları kapalı zarflarda gidecekleri özel hastaneyi bilmeden denetim yapılacak özel hastanenin yanına getirilerek denetimlere başlatılmıştır. Tüm denetim ekipleri eş zamanlı bahsi geçen özel hastaneleri denetlemişlerdir. Teknik takibe yansıyan ve delilleri oluşturan tape kayıtlarından bir bölümü bu denetimler sırasında elde edilmiştir.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünce 25.09.2023 tarihinde ilgili özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım servislerine eş zamanlı gerçekleştirilen olağandışı denetimler sonucu elde edilen bulguların bilimsel bir kurul tarafından değerlendirilip raporlanması amacıyla 28.09.2023 tarih ve 225493836 sayılı İstanbul İl Sağlık Müdürü Oluru ile Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim Değerlendirme Komisyonu kurulmuştur. Kurulan Komisyonun değerlendirmeleri ve 20.10.2023 tarihli Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının talimatı doğrultusunda İstanbul İl Emniyet Müdürlüğünün denetimden sonra oluşan tape kayıtları ve teknik takipler ile elde ettiği tespitler sonucunda talep etmesi üzerine 31.10.2023, 16.11.2023, 29.11.2023, 16.01.2024, 26.01.2024, 08.02.2024, 09.02.2024 tarihlerinde de özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım servislerinde olağandışı denetimler gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan raporlar İstanbul İl Emniyet Müdürlüğüne gönderilmiştir. Yapılan söz konusu olağanüstü denetimler esnasında tekrar teknik takibe yansıyan ve delil niteliği taşıyan tape kayıtları oluşmuştur.

Olağanüstü denetimler yapılırken ayrıca 24.11.2023 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından dosya üzerindeki gizlilik kararına riayet edilerek, şüphelilerle temasa geçilmeden tedavi yöntemlerinin tıbbi süreçlere uygun olup olmadığı ve kamu zararının olup olmadığı hususlarında müfettiş marifetiyle inceleme yapılması Sağlık Bakanlığından ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından talep edilmiştir. Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının talebi doğrultusunda 05.12.2023 tarihinde Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından müfettiş görevlendirmesi yapılmıştır. Görevlendirilen müfettişler Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığından bilgi ve belge talebinde bulunmuşlardır. Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından dosyada gizlilik kararı olması sebebiyle iddialara yönelik bir bilgi notu 07.12.2023 tarihinde müfettişlere verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı müfettişleri gizlilik kararı çerçevesinde yaptıkları işlemler hakkında bilgi vererek Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı soruşturma dosyasından 16.02.2024 tarihinde bilgi ve belge talebinde bulunmuşlardır. Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından 22.04.2024 tarihinde dosyada gizlilik kararının devam ettiği belirtilerek istemleri reddedilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yürütülen soruşturma kapsamında iddianame düzenlenmeden önce 8 şüpheli 29.04.2024 tarihinde, 5 şüpheli 30.04.2024 tarihinde, 4 şüpheli 29.07.2024 tarihinde, 1 şüpheli 30.07.2024 tarihinde, 4 şüpheli 01.08.2024 tarihinde olmak üzere 22 şüpheli hakkında 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100 üncü maddesi gereğince tutuklama kararı verilmiştir. İddianame kabulü ile başlayan kovuşturma evresinde 3 sanık tutuklanmış, 4 sanık hakkında tutuklanmalarına

yönelik yakalama emri düzenlenmiş ve 1 sanık hakkında çıkarılan yakalama emri infaz edilmiştir. 25.02.2025 tarihli duruşmada tutuklu yargılanan sanıklardan 4’ü hakkında tahliye kararı verilmiştir. Tutuklu sanıklardan 1’i ise 01.02.2025 tarihinde Antalya’nın merkez Döşemealtı ilçesinde kapalı cezaevinde intihar etmiştir.

Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, 18.03.2025 tarihli ve 2025/29272 soruşturma, 2025/12088 esas, 2025/3598 iddianame sayılı, 8 şüphelisi 06.12.2024 tarihinde tutuklanan 13 şüphelisi bulunan Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesine hitaplı ve birleştirme istemli düzenlenen iddianame, Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesince 27.03.2025 tarih ve 2025/99 iddianame değerlendirme numarası ile kabul edilip 2025/148 esas sırasına kaydı yapılmıştır. 27.03.2025 tarih ve 2025/148 esas sayılı tensip kararı ile de dosya 2024/440 esas sayılı dosyaları üzerinde birleştirilmiştir. 30.04.2025 tarihli duruşmada ise 10 tutuklu sanık hakkında, 02.07.2025 tarihli duruşmada 3 tutuklu sanık hakkında, 06.09.2025 tarihinde ise 3 tutuklu sanık hakkında tahliye kararı verilmiştir.

09.05.2024 tarihinde kolluk fezlekesi, şüphelilerin savcılık ifadesi, MASAK raporu ve ilgili diğer bilgi ve belgeler Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından görevlendirilen müfettişlere teslim edilmiştir. 28.06.2024 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığına müzekkere yazılarak bebek ölümleriyle şüphelilerin fiilleri arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığı hususunda uzman görüşü alınması talep edilmiştir.

Usulsüzlüklere ilişkin somut bulgu ve belgelerin tespit edilmesi amacıyla 62 adet flash bellek, 4 adet hard disk ve 2 adet CD’den oluşan şüphelilere ait telefon ve bilgisayar dijital materyallerin çözümlenmesine ilişkin Jandarma Kriminal Şube Müdürlüğüne düzenlenen rapor, 03.09.2024 tarihinde Sağlık Bakanlığı müfettişleri tarafından Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığından alınmıştır.

16.09.2024 tarihinde 1 Profesör ve 2 Doçent Neonatoloji Uzmanından oluşan heyet tarafından elde edilen tüm bilgi ve belgeler sonucunda bebek ölümlerinde şüphelilerin sorumluluğunun değerlendirildiği uzman görüşü 19.09.2024 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Müfettişleri tarafından yürütülen inceleme 28.09.2024 tarihinde tamamlanarak rapora bağlanmıştır. Anılan Raporda özel hastanelerin kapatılması başta olmak üzere yer alan öneriler:

“1- Neonatoloji Uzmanı Uzm. Dr. F.S., Dr. İ.G., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Uzm. Dr. D.E., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzm. Dr. M.G., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Uzm. Dr. Ş.Ç., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Uzm. Dr. Z.Ö.,

Mesul Müdür Uzm. Dr. A.A., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.D., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.A.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. B.M., Mesul Müdür Uzm. Dr. C.A., Mesul Müdür Uzm. Dr. F.R.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. H.Y., Mesul Müdür Dr. İ.O., Mesul Müdür Uzm. Dr. S.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. V.K., F.A., R.K., H.B.G., H.D.T., M.H.B., C.A., S.Ş., Ç.D., R.M., N.K., S.N.A., C.H.K., H.G., M.S., D.A., B.K.'ın eylemlerinin Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliğinin 8'inci maddesinin beşinci fıkrası gereğince Sağlık Meslekleri Kurulunca değerlendirilmesi,

2- Neonatoloji Uzmanı Uzm. Dr. F.S., Dr. İ.G., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Uzm. Dr. D.E., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzm. Dr. M.G., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Uzm. Dr. Ş.Ç., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Uzm. Dr. Z.Ö., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.A., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.D., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.A.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. B.M., Mesul Müdür Uzm. Dr. C.A., Mesul Müdür Uzm. Dr. F.R.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. H.Y., Mesul Müdür Dr. İ.O., Mesul Müdür Uzm. Dr. S.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. V.K. hakkında disiplin yönünden değerlendirilme yapılması için raporumuzun bir örneğinin Türk Tabipler Birliğine gönderilmesi,

3- Mesul Müdür Uzm. Dr. A.A., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.D., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.A.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. B.M., Mesul Müdür Uzm. Dr. C.A., Mesul Müdür Uzm. Dr. F.R.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. H.Y., Mesul Müdür Dr. İ.O., Mesul Müdür Uzm. Dr. S.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. V.K.'ın çalıştıkları özel hastanelerde Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e aykırılıklar tespit edildiğinden, adı geçenler hakkında Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin Mesul müdürün görev, yetki ve sorumlulukları başlıklı 17'nci maddesinin (a) bendi “Özel hastanenin tıbbî, idarî ve teknik hizmetlerini mevzuata uygun olarak idare etmek ve denetlemek” uyarınca anılan Yönetmelik Ek-2 Özel Hastane Denetim Sorgu ve İdari Yaptırım Formu Soru No 69 gereğince işlem yapılması gerektiği,

4- Özel Avcılar Hospital Hastanesi, Özel TRG Hospitalist Hastanesi, Özel Birinci Hastanesi, Özel Esenler Güney Hastanesi, Özel Bağcılar Medilife Hastanesi, Özel Beylikdüzü Medilife Hastanesi, Özel İstanbul Reyap Hastanesi, Özel Çorlu Reyap Hastanesi, Özel Bağcılar Şafak Hastanesi, Özel Silivri Kolan Hastanesi yenidoğan yoğun bakım servislerinde Özel Hastaneler Yönetmeliği 10'uncu maddesindeki “Binanın hastane olarak kullanılan kısmında hiçbir suretle başka amaca yönelik iş yeri bulunamaz ve hastane içerisinde bir bölüm başka bir amaçla faaliyet göstermek üzere üçüncü kişilere kiralanamaz veya herhangi bir şekilde devredilemez.” hükmüne aykırılık tespit edildiğinden, 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek Madde 11'in dördüncü fıkrası gereğince adı geçen özel

hastanelere 2024 yılı Mart ayına ait brüt hizmet gelirlerinin yüzde 5'i tutarında idari para cezası uygulanması gerektiği,

5- *Özel Silivri Kolan Hastanesi ameliyathanesinde Özel Hastaneler Yönetmeliği 66'ncı maddesi (i) bendindeki "Özel hastanede herhangi bir faaliyet alanının veya biriminin, yetkisi olmayan kişiler tarafından kullanımı yasaktır" hükmüne aykırılık tespit edildiğinden, adı geçen Özel Hastane ve Mesul Müdürü Uzm. Dr. B.M. hakkında anılan Yönetmelik Ek-2 Özel Hastane Denetim Sorgu ve İdari Yaptırım Formu Soru No 94 gereğince işlem yapılması gerektiği,*

6- *Özel Esenler Güney Hastanesi ile Özel Bağcılar Medilife Hastanesinde Özel Hastaneler Yönetmeliği 66'ncı maddesi (j) bendindeki "Özel hastanelerde, adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmeyen tabip ve diğer sağlık personeli çalıştırılmaz" hükmüne aykırılık tespit edildiğinden, adı geçen Özel Hastaneler ve Mesul Müdürleri Uzm. Dr. A.D. ve Uzm. Dr. C.A. hakkında anılan Yönetmelik Ek-2 Özel Hastane Denetim Sorgu ve İdari Yaptırım Formu Soru No 95 gereğince işlem yapılması gerektiği,*

7- *Özel Bağcılar Şafak Hastanesi ameliyathanesinde Özel Hastaneler Yönetmeliği 66'ncı maddesi (k) bendindeki "Özel hastanelerde (...) kanunen mesleğini icra yetkisi bulunmayan tabipler çalıştırılmaz" hükmüne aykırılık tespit edildiğinden, 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek Madde 11'in dördüncü fıkrası gereğince adı geçen özel hastaneye 2023 yılı Kasım ayına ait brüt hizmet gelirlerinin yüzde 5'i tutarında idari para cezası uygulanması gerektiği, E.V., Uzm. Dr. Ş.Ç., Uzm. Dr. S.Y. hakkında disiplin yönünden değerlendirilme yapılması için raporumuzun bir örneğinin Türk Tabipler Birliğine gönderilmesi,*

8- *Özel Hastaneler Yönetmeliği 66'ncı maddesi (l) bendindeki "Başkasına ait tabip kaşesi, diğer tabip veya personel tarafından hiçbir surette kullanılamaz" hükmüne aykırılık tespit edildiğinden, Uzm. Dr. D.E., Uzm. Dr. M.G., Uzm. Dr. Ş.Ç. hakkında anılan Yönetmelik Ek-2 Özel Hastane Denetim Sorgu ve İdari Yaptırım Formu Soru No 99 gereğince işlem yapılması gerektiği,*

9- *Özel Avcılar Hospital Hastanesi, Özel TRG Hospitalist Hastanesi, Özel Birinci Hastanesi, Özel Esenler Güney Hastanesi, Özel Bağcılar Medilife Hastanesi, Özel Beylikdüzü Medilife Hastanesi, Özel İstanbul Reyap Hastanesi, Özel Çorlu Reyap Hastanesi, Özel Bağcılar Şafak Hastanesi, Özel Silivri Kolan Hastanesi yenidoğan yoğun bakım servislerinde maliyetlerin düşürülmesi ve kar elde edilmesi amacıyla bebeklerin hayatı pahasına usulsüz iş ve işlemlerin yapıldığı, gerçeğe aykırı belge düzenleme suretiyle SGK'nın dolandırılmaya çalışıldığı, tüm bu nezahet ve şeref bozucu fillerin organize bir şekilde işlendiği, hastane*

mesul müdürlerinin bu fiilere göz yumdukları ve yer yer iştirak ettikleri göz önüne alındığında adı geçen özel hastaneler ve mesul müdürleri hakkında 2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu 38'inci maddesindeki; “Aşağıdaki hallerde şahıslar tarafından açılmış olan hususi hastanelerin ruhsat kağıtları geri alınır. Ve vakıf hastaneler ile diğer hususi hastanelerin mes'ul müdürleri tebdil edilir: (...) 2 – Mes'ul müdür (...) hastanenin nezahet ve şerefini bozan yasak işler yapılmasına göz yumar veya bu işleri kendisi işlerse (...)” hükmü gereğince işlem tesis edilmesi gerektiği,

10- M.S.K. 'nın Özel Silivri Kolan Hastanesinde sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirdiği konusu hakkında adı geçenin görevli olduğu Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi ve Özel Silivri Kolan Hastanesi dahil edilerek İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yerinde inceleme yapılmasının uygun olacağı,

11- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in 17'nci maddesinin (c) bendinde birinci, ikinci, üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde Neonatoloji uzmanı tabip bulunmaması durumunda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanının görevlendirilebileceği, dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde Neonatoloji uzmanının görevlendirilmesinin zorunluğu olduğu hükmü yer almakta ise de 16.09.2024 tarihli Uzman Görüşünün “Genel Kanaat” bölümünde de belirtildiği üzere üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde de Neonatoloji uzman görevlendirilmesinin zorunlu tutulması şeklinde tebliğde değişiklik yapılması hususunun Bakanlık Makamının takdir ve tensiplerine sunulmasının yerinde olacağı,

12- T.C. Sağlık Bakanlığı ile SGK arasında hastanelerin YYBÜ seviyelerine göre yoğun bakım yatak sayıları hakkında ortak bir veri tabanı oluşturularak faturalandırma aşamalarında seviyeye ait yatak sayısından fazla hasta adına fatura düzenlenmesi vb. şeklindeki usulsüzlüklerin engelleneceği,”

Şeklinde dir.

09.10.2024 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından kamu davası açılmak üzere soruşturma dosyası 2024/3520 sayılı fezleke ile Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir. 10.10.2024 tarihinde Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığının 2024/111433 soruşturma sırasına kaydı yapılmıştır. 16.10.2024 tarihinde 2024/111433 soruşturma, 2024/41328 esas, 2024/9825 sayılı iddianame ile Bakırköy Ağır Ceza Mahkemesine şüpheliler hakkında eylemlerine uyan sevk maddeleri uyarınca cezalandırılmaları istemiyle kamu davası açılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı müfettişlerince hazırlanan 28.09.2024 tarihli raporun dokuzuncu maddesi doğrultusunda; Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı

tarafından müfettişlerce sunulan ekleri ile birlikte 5000 sayfalık olan rapor Başkanlık raportörlerinin usul ve esas yönünden tetkikleri sonucunda 18.10.2024 tarihinde Bakan Olur’u ilgili özel hastanelerin ruhsatları iptal edilmiş ve kapatılmalarına karar verilmiştir.

Bakırköy 22.Ağır Ceza Mahkemesi tarafından 28.10.2024 tarihinde 2024/279 iddianame değerlendirme numarası ile iddianame kabul edilip mahkemenin 2024/440 esas sırasına kaydı yapılarak yargılamaya başlanılmıştır.

28.09.2024 tarihli Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Müfettişleri tarafından hazırlanan raporun birinci önerisi doğrultusunda; 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin 23 üncü maddesinin yedinci fıkrasının (ç) hükmü gereğince, Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslekleri Kurulu tarafından Neonatoloji Uzmanı Uzm. Dr. F.S., Dr. İ.G., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Uzm. Dr. D.E., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzm. Dr. M.G., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Uzm. Dr. Ş.Ç., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Uzm. Dr. Z.Ö., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.A., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.D., Mesul Müdür Uzm. Dr. A.A.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. B.M., Mesul Müdür Uzm. Dr. C.A., Mesul Müdür Uzm. Dr. F.R.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. H.Y., Mesul Müdür Dr. İ.O., Mesul Müdür Uzm. Dr. S.Y., Mesul Müdür Uzm. Dr. V.K., F.A., R.K., H.B.G., H.D.T., M.H.B., C.A., S.Ş., Ç.D., R.M., N.K., S.N.A., C.H.K., H.G., M.S., D.A., B.K.’nın en üst had olan 3 yıl süre ile meslekten men edilmelerine karar verilmiştir.

28.09.2024 tarihli Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Müfettişleri tarafından hazırlanan raporun ikinci ve yedinci önerisi doğrultusunda; Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli incelemeler yapılarak disiplin yönünden değerlendirilme yapılması için raporun bir örneği Türk Tabipler Birliğine gönderilmiştir.

19.10.2024 tarihli Bakanlık Makam Oluru gereği özel hastane mesul müdürleri; çalıştıkları özel hastanelerde Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’e aykırılıklar tespit edildiğinden, mülga Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin Mesul müdürün görev, yetki ve sorumlulukları kenar başlıklı 17’nci maddesinin (a) bendi “Özel hastanenin tıbbi, idari ve teknik hizmetlerini mevzuata uygun olarak idare etmek ve denetlemek” gereğince anılan Yönetmelik Ek-2 Özel Hastane Denetim Sorgu ve İdari Yaptırım Formu Soru No 69 gereğince uyarılmalarına karar verilmiştir.

28.09.2024 tarihli Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Müfettişleri tarafından hazırlanan raporun dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci önerisi doğrultusunda; 11.11.2024 tarihinde Özel Silivri Kolan Hospital Hastanesi’ne 1.173.906,11-TL, 25.11.2024 tarihinde Özel Güney Hastanesi’ne 586.228,42-TL, 26.11.2024 tarihinde Özel Avcılar Hospital Hastanesi’ne

1.918.377,32-TL, Özel TRG Hospitalist Hastanesi'ne 1.092.487,76-TL, Özel Beylikdüzü Medilife Hastanesi'ne 3.141.741,60-TL, Özel İstanbul Reyap Hastanesi'ne 1.982.116,26-TL, 02.12.2024 tarihinde Özel Birinci Hastanesi'ne 911.215,00-TL, 10.12.2024 tarihinde Özel Bağcılar Medilife Hastanesi'ne 1.855.806,18-TL, 16.01.2025 tarihinde Özel Bağcılar Şafak Hastanesi'ne 1.200.910,95-TL idari para cezası uygulanmıştır.

28.09.2024 tarihli Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Müfettişleri tarafından hazırlanan raporun sekizinci önerisinde Uzm. Dr. D.E., Uzm. Dr. M.G., Uzm. Dr. Ş.Ç. hakkında anılan Yönetmelik Ek-2 Özel Hastane Denetim Sorgu ve İdari Yaptırım Formu Soru No 99 gereğince işlem yapılması gerektiği belirtilmişse de Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulduğu gerekçesi ile İstanbul Valiliği tarafından ek bir işlem yapılmamıştır.

Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi ve Özel Silivri Kolan Hastanesi'nde 28.09.2024 tarihli Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Müfettişleri tarafından hazırlanan raporun onuncu önerisi doğrultusunda; İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yerinde inceleme yapılmıştır.

28.09.2024 tarihli Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Müfettişleri tarafından hazırlanan raporun on birinci önerisi doğrultusunda; 08.01.2025 tarihli ve 32776 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği ile 30.01.2025 tarihli ve 32798 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Özel Hastaneler Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Bununla birlikte dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde olduğu gibi üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde de neonatoloji uzmanlarının zorunlu tutulmasının değerlendirilmesi yönünde bilimsel araştırmalar devam etmektedir.

28.09.2024 tarihli Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Müfettişleri tarafından hazırlanan raporun on ikinci önerisi kapsamında; Sağlık Bakanlığı tarafından saha araştırması yapılarak oluşturulan verilerin SGK ile paylaşılması planlanmıştır.

4.3. ADLİ SÜRECİ

4.3.1. Soruşturma Evresi

4.3.1.1. Soruşturmanın Başlaması

27.03.2023 tarihli ve 2302695203 başvuru numaralı, “...*Reyap Hastanesi yenidoğan yoğun bakım doktoru F.S. ve İ.G., SSK'yı dolandırmaktadır. Reyap Hastanesi, Beylikdüzü Medilife Hastanesi, Bağcılar Şafak Hastanesi, Doğa Hastanesi, Medicine Bağcılar Hastanesi, eski olarak Ethica Hastanesi, Duygu Hastanesi ve birçok hastanenin yenidoğan yoğun*

bakımlarını kiralayarak gece nöbetçi doktor bulundurmadılar ve insani ve tıbbi uygun olmayan koşullar ve bunun gibi birçok sebepten bir sürü bebek insanlık dışı bir şekilde öldü. Bu şahıslar 1. basamak olan hastayı epikrizlerde hep 3. basamak göstererek ve 112 komuta kontrol merkezine rüşvet vererek bebek satın alarak kaç yıldır milyonlarca TL para kazandılar ve yüzlerce bebeğin ölümüne sebep oldular. Bu satılan bebekler F.S. ve İ.G.’nin yoğun bakımlarında kötü şartlar altında can verdi...” içerikli, isimsiz CİMER ihbarı, Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezince Sağlık Bakanlığına iletilmiş, 28.03.2023 tarihinde Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığına ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmiştir.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nün, Sağlık Hizmetleri Başkanlığına (Sağlık Hizmetleri İzleme, Değerlendirme ve Denetim Birimi) hitaben gönderdiği, Başkan Yardımcısı imzalı 02.05.2023 tarihli ve E-73065737-401.08-214561622 sayılı, “Denetim Talebi” konulu, “İlimizde faaliyet gösteren ekte kapalı zarf içinde yer alan isimsiz şahsın Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezine hitaben iletilmiş olduğu şikâyet başvurusu tarafımızca incelenmiş olup; şikâyet başvurusunda bahsi geçen tüm hususlara istinaden şikâyete konu olan kuruluşlar mahallinde olağan dışı denetim yapılarak, sonucundan Birimize bilgi verilmesi” içerikli yazısı ile olağan dışı denetim yapılması istenmiştir.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nce, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğüne 05.05.2023 tarihli ve 81833120-663.04/ sayılı yazı ile suç ihbarında bulunulmuştur.

İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü’nün 31.05.2023 tarihli bildirimine istinaden İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığınca, 31.05.2023 tarihinde, 2023/119249 soruşturma numarası ile kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık, görevi kötüye kullanma ve kamu kurum ve kuruluşları vb. tüzel kişiliklerin araç olarak kullanılması suretiyle dolandırıcılık suçlarından soruşturma başlatılmıştır.

İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yürütülen 2023/119249 sayılı soruşturma dosyası, 02.06.2023 tarihinde yetkisizlik kararı verilerek, şüpheliler F.S. ve İ.G.’nin açık kimlik bilgilerine yer verilmeden, görevi kötüye kullanma, kamu kurum ve kuruluşları vb. tüzel kişiliklerin araç olarak kullanılması suretiyle dolandırıcılık suçlarının işlendiği ileri sürülen Reyap Hastanesinin adresinin bulunduğu yer itibarıyla ile yetkili Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir. Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığınca, 18.07.2023 tarihinde 2023/43956 soruşturma sırasına kaydedilmiştir.

İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü’nün bildirimine istinaden Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığınca, 08.06.2023 tarihinde 2023/37693

soruşturma numarası ile rüşvet vermek suçundan soruşturma başlatılmış, İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığından yetkisizlik kararı ile gelen 2023/43956 sayılı soruşturma dosyası da bu dosya üzerinde birleştirilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığınca, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğüne hitaben yazılan, Cumhuriyet Savcısı imzalı, 08.06.2023 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı yazısıyla, *“soruşturmamıza konu olayla ilgili olarak dosya kapsamında Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğünce yapılan araştırmaya ilişkin düzenlenen tutanağın sonuç kısmında söz konusu olayla ilgili başka türlü delil elde etme imkânı bulunmadığından CMK 135 ve 140. maddelerindeki tedbirlerin uygun olacağının değerlendirildiği, bu kapsamda belirtilen değerlendirmenin tarafımızca uygun görüldüğü, ekte gönderilen rapor kapsamında olayla alakalı olarak CMK 135 ve 140. maddelerinde yer alan tedbirlerin uygulanmasına yönelik çalışma yapılması”* talimatı verilmiştir.

5271 sayılı Kanun’un 135 ve 140 ıncı maddeleri uyarınca;

- Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 20.06.2023 tarihli ve 2023/4270 değişik iş sayılı,
- Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 26.07.2023 tarihli ve 2023/5206 değişik iş sayılı,
- Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 20.08.2023 tarihli ve 2023/5764 değişik iş sayılı,
- Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 25.09.2023 tarihli ve 2023/6054 değişik iş sayılı,
- Büyükçekmece 4. Sulh Ceza Hâkimliğinin 11.10.2023 tarihli ve 2023/1044 değişik iş sayılı,
- Büyükçekmece 1. Sulh Ceza Hâkimliğinin 20.10.2023 tarihli ve 2023/6783 değişik iş sayılı,
- Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 20.11.2023 tarihli ve 2023/8100 değişik iş sayılı,
- Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 23.12.2023 tarihli ve 2023/7840 değişik iş sayılı,
- Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 23.01.2024 tarihli ve 2024/410 değişik iş sayılı,

Kararları ile bir kısım şüpheliler yönünden 5271 sayılı Kanun’un 135 ve 140 ıncı maddelerinde öngörülen telekomünikasyon yoluyla yapılan iletişimin denetlenmesi, iletişimin tespiti, dinlenmesi ve kayda alınması ile teknik araçlarla izleme tedbirleri uygulanmıştır.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğine hitaben yazılan 26.02.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile şüpheliler F.S., D.E., M.G., Ş.Ç., S.Y, İ.G., Ç.D., C.A., M.S., E.K.B., H.B.G., H.D.T.’nin kendi adlarına kayıtlı veya kullandığı değerlendirilen cep telefon hatlarının 20.06.2023 - 05.02.2024 tarihleri arasına ait iletişimin tespitine karar verilmesi talep edilmiş ve Büyükçekmece 4. Sulh Ceza Hâkimliğinin 27.02.2024 tarihli ve 2024/1401 değişik iş sayılı kararı ile iletişimin tespitine karar verilmiştir. Karar doğrultusunda Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurulu Başkanlığından iletişim tespit bilgileri istenilmiş, Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurulu Başkanlığı tarafından 01.03.2024 tarihli ve 2024.233000 sayılı cevabi yazı ile iletişim tespit bilgileri Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığınca, İstanbul İl Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğünün, bir kısım şüphelilerin belirlenen cep telefonlarının 20.06.2023 - 05.02.2024 tarihleri arasındaki HTS kayıtlarının alınması gerektiğine dair 18.03.2024 tarihli yazısına istinaden, Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğine yazılan 18.03.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile şüpheliler E.V. ve M.S.K.’nın kullandığı belirlenen cep telefon hatlarının 20.06.2023 - 05.02.2024 tarihleri arasına ait iletişimin tespitine karar verilmesi talep edilmiştir. Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 19.03.2024 tarihli ve 2024/1582 değişik iş sayılı kararı ile iletişimin tespitine karar verilmiştir. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurulu Başkanlığı tarafından çıkarılan iletişimin tespit bilgileri 20.03.2024 tarihli 2024.319831 sayılı cevabi yazı ile Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir.

20.09.2023 tarihli ve 224905114 sayılı Valilik Oluru gereğince İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 25.09.2023 tarihinde ilgili özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım servislerine eş zamanlı olağandışı denetimler gerçekleştirilmiştir. 28.09.2023 tarihli ve 225493836 sayılı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Oluru ile elde edilen bulguların bilimsel bir kurul tarafından değerlendirilip raporlanması amacıyla ‘Yenidoğan Yoğun Bakım Denetim Değerlendirme Komisyonu’ kurulmuştur.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 31.10.2023, 16.11.2023, 29.11.2023, 16.01.2024, 26.01.2024, 08.02.2024, 09.02.2024 tarihlerinde yapılan olağandışı denetimler sonucu hazırlanan raporlar İstanbul İl Emniyet Müdürlüğüne gönderilmiştir.

İstanbul İl Emniyet Müdürlüğünün 47909374.59352.(22105).2023/226537 sayılı fezlekesinde “(C) İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Görevlilerinin Dosyadaki Şüpheli Hastanelerde Yapmış Oldukları Denetimlerle İlgili Tespitler ve Raporlar” başlığı altında bu denetimlere ait bilgi ve belgelere yer verilmiştir.

4.3.1.2. Soruşturma İşlemleri

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 16.10.2023 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkeresi ile şüpheliler hakkında suç işlemek amacıyla örgüt kurma ve rüşvet suçlarından soruşturma yürütüldüğü belirtilerek, Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden 5271 sayılı Kanun’un 153 üncü maddesi uyarınca taraflar veya müdafileri tarafından dosya içeriğinin incelenmesi ve belgelerden örnek alınmasının soruşturmanın amacını tehlikeye düşüreceği dikkate alınarak evrakların incelenmesinin kısıtlanmasına karar verilmesi talep edilmiştir.

Büyükçekmece 1. Sulh Ceza Hâkimliğinin 16.10.2023 tarihli ve 2023/6660 değişik iş sayısı ile 5271 sayılı Kanun’un 153 üncü maddesinin ikinci fıkrası gereğince talep doğrultusunda kısıtlama kararı verilmiş ve söz konusu karara karşı şüpheliler ve/veya müdafileri tarafından yapılan itirazlar reddedilmiştir.

19.10.2023 günü saat 16:00 sıralarında Bağcılar ilçesinde bulunan Özel Medilife Hastanesinde tedavi altında olan bebek Havanur KARAKOÇ’un tıbbi ihmal sonucu vefat ettiği iddiası üzerine Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığının 2023/114559 sayılı dosyası üzerinden soruşturma başlatılmıştır. Soruşturma kapsamında ölü muayene ve otopsi işlemleri yapılmış, Adli Tıp Kurumu’ndan rapor talep edilmiştir.

Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığınca yürütülen 2023/114559 sayılı soruşturma dosyası, aynı konuda soruşturma yapıldığı belirtilerek yetkisizlik kararı ile Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir. Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığından gönderilen 2023/114559 sayılı soruşturma dosyası, Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından 14.05.2024 tarihinde 2024/31955 soruşturma sırasına kayıt edilmiş, 15.05.2024 tarihinde de Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 2023/37693 soruşturma sayılı dosyası üzerinde birleştirilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Adli Tıp Kurumu Başkanlığına hitaben yazılan 06.06.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Havanur KARAKOÇ hakkında Morg İhtisas Dairesi’nin 19.04.2024 tarihli ve 4274 sayılı raporu kapsamında Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulundan ölüm sebebi hakkında düzenleyeceği raporun gönderilmesi istenmiştir. Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas

Kurulunun, Havanur KARAKOÇ hakkındaki 2024/102761-4697 sayılı 08.07.2024/4527 karar numaralı, 19.07.2024 tarihinde UYAP sistemine kaydedilmiş olan mütalâasında oy birliği ile “...bebeğin ölümünün rahim içi nekrozsan enterokolite bağlı gelişen bağırsak perforasyonu, doğumsal pnömoni ve eysefalomalazi sonucu meydana gelmiş olduğu” şeklinde görüş bildirilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğüne hitaben yazılan 20.10.2023 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile “soruşturma kapsamında değerlendirilmek üzere gerek duyulan tüm kurum ve kuruluşlar ile yazışmaların yapılması” talimatı verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Esenler Özel Güney Hastanesi Başhekimliğine hitaben yazılan 20.10.2023 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile “hastanelerinin 17.10.2023 gününe ait güvenlik kamera görüntülerinin flaş bellek ortamına aktarılacak görevlendirilecek olan polis memurlarına elden teslim edilmesi” istenmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğüne hitaben yazılan 16.11.2023 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile, “İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü görevlileri tarafından 16.11.2023 günü Bebek KAYA’nın (Anne Zeynep KAYA) Esenler Özel Güney Hastanesindeki ölümü ile ilgili olarak yapılan denetimlere teşkil olmak üzere 16.11.2023 günü 01:00-15:00 saatleri arası ölümün gerçekleştiği bölümde ilk müdahale anını gösterir kamera görüntülerinin flaş bellek ortamına aktarılacak temin edilmesi” talimatı verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, F.S., İ.G., R.K., Ç.D., C.A., H.B.G., H.D.T., E.K.B., M.H.B., G.M.Ö., M.B.S., S.Y., M.M., H.G., M.G., M.K., M.S., F.A. ve H.G.’nin 01.06.2023-17.11.2023 tarihleri arasındaki banka hesap hareketleri 17.11.2023 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanlığından (MASAK) istenilmiş, Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanlığının 29.11.2023 tarihli ve 31969 sayılı cevabi yazısı ile ekindeki bir adet excel dosyası soruşturma dosyası içerisine alınmıştır.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürü imzalı 23.11.2023 tarihli ve 2023/112218262540728 sayılı üst yazı ve eki (...) ve (...) sicil numaralı polis memurları tarafından tanzim olunan 22.11.2023 tarihli tutanak eklenmek suretiyle Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığına ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığına hitaben yazılan, 24.11.2023 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile;

“Medisense Sağlık Hizmetleri, Medilife Bağcılar Hospital Hastanesi, Medilife Beylikdüzü Hospital Hastanesi, Birinci Hastanesi, TRG Hospitalist Hastanesi, Esenyurt Reyap Hospital Hastanesi, Esenler Güney Hastanesi, Medicine Hastanesi, Esenyurt Doğa Hospital Hastanesi, Avcılar Hospital Hastanesi, Bağcılar Şafak Hastanesi, Gaziosmanpaşa Avrupa Şafak Hastanesi ve Gaziosmanpaşa İstanbul Şafak Hastanesi isimli hastanelerden 01.07.2023-20.11.2023 tarihleri arasında İl Sağlık Müdürlüğüne yapılan denetim raporları incelenmiş, bahse konu raporlarda takdir hakkı Savcılık Makamı olmak üzere hastaneler hakkında müfettiş (bilirkişi) görevlendirilmesi, gerekli incelemelerin yapılması bahse konu hastaneler hakkında soruşturmaya konu;

1-Yenidoğan Bebek Yoğun Bakımı: Epikriz raporları “hastane otomasyon sistemi” SGK’ya fatura ile ilaçların uyumluluğunun denetimi,

2-Kan gazlarına bakılması (yoğun bakımda sadece bir bebeğin kan gazına bakıp diğer bebeklere de aynı değerleri yazıyor olabilecekleri),

3-Bebek yoğun bakımından sorumlu doktorların acil durumda müdahale edip etmediklerinin soruşturulması,

4-Doktor raporları ve hemşire raporlarının tutarlı olup olmadığı, ikisinin de ayrı tuttuğu raporların birbiriyle uyumluluğu,

5-Yenidoğan yoğun bakımda çalışan hemşirelerin NRP Sertifikalarının olup olmadığı,

6-Curosurf ilaçlarının hangi hasta bebekler için reçete edildiği, bu ilaca bebeklerin ihtiyacı olup olmadığı, kullanılmayan ilaçların SGK’ya iade edilip edilmediği,

7-Medisense Sağlık Hizmetlerine kayıtlı bir sağlıkçının aynı anda birden fazla hastanede çalışıp çalışamayacağını denetlenmesi,

8-Tedavi yöntemlerinde uygunsuzluk olup olmadığı, bebeklerin yoğun bakımda kalma sürelerinde uygunsuzluk olup olmadığı, SGK’dan talep edilen ilaçların tedavi yöntemleriyle uyumlu olup olmadıkları,

Hususlarında ivedi şekilde müfettiş görevlendirilmesi, soruşturma dosyamızda gizlilik kararı bulunduğu gözetilerek gizlilik kurallarına azami derecede riayet edilerek ilgisiz kişiler ve şüpheli konumdaki muhataplarla dosya bilgisinin paylaşılmaması ve delillerin kaybolması ve soruşturmanın sürüncemede kalmaması açısından tüm işlemlerin çok ivedi şekilde yerine getirilerek,

Belirtilen hususlara dikkat edilmesi ve ayrıca kamu zararına sebep olan reçetelerin, tedavi yöntemlerinin hangi sağlık çalışanı tarafından yazıldığını madde madde tespit edilerek düzenlenecek rapor Cumhuriyet Başsavcılıklarına gönderilmesi”,

İstenmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığınca, Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 24.11.2023 tarihli ve 2023/37693 sayılı yazısına istinaden inceleme yapmak üzere müfettiş görevlendirildiği 05.12.2023 tarihli ve 66309 sayılı cevabi yazı ile Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına bildirilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğüne hitaben yazılan, 07.12.2023 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile *“Soruşturma kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ... atanan Müfettiş ... 'ye soruşturma konusu olay tarihlerini ve izinleri içeren belgeler ile denetim raporlarının birer nüshasının teslim edilmesi”* talimatı verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Mali Suçlar Araştırma Kurulu Başkanlığına hitaben yazılan, 02.02.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı, F.S., İ.G., R.K., Ç.D., C.A., H.B.G., H.D.T, E.K.B., M.H.B., G.M.Ö., M.B.S., S.Y., M.M., H.G., M.G., M.K., M.S., F.A., H.G., M.Ö., D.I., D.E. olmak üzere 22 şahsın ad, soyad ve T.C. kimlik numarası ile ayrıca 23. sıraya Medisense Sağlık Hizmetleri ARGE Bilişim Limited Şirketi ismi yazılan müzekkere ile *“kimlik bilgileri belirtilen şahısların 01.06.2023-02.02.2024 tarihleri arasındaki banka hesap hareketlerinin en geç 06.02.2024 tarihine kadar Cumhuriyet Başsavcılıklarına gönderilmesi”* istenmiştir.

Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanlığının 06.02.2024 tarihli ve 4114 sayılı cevabi yazısı ve ekinde istihbari sonuçları içerdiği belirtilen bir adet Excel dosyası soruşturma dosyasına girmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğine hitaben yazılan 09.02.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile taksirle ölüme neden olma suçundan şüpheli F.S. hakkında 5271 sayılı Kanun’un 109 uncu maddesinin üçüncü fıkrasının (a) bendinde belirtilen adli kontrol uygulanması talep edilmiş, Büyükçekmece 1. Sulh Ceza Hâkimliğinin 09.02.2024 tarihli ve 2024/169 sorgu sayılı kararı ile talep doğrultusunda şüpheli F.S. hakkındaki taksirle öldürme suçundan yurtdışına çıkmamak şartıyla adli kontrol altına alınmasına karar verilmiştir. 26.04.2024 tarihinde, eylem “ihmali davranışla kasten adam öldürme” suçu olarak tavsif edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Müfettişleri tarafından, ilgili özel hastanelerde 25.09.2023, 31.10.2023, 16.10.2023, 08.02.2024 ve 09.02.2024 tarihlerinde yapılan olağandışı denetimler sonucu hazırlanan denetim raporlarının değerlendirilmesi amacıyla İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Neonatolog ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzman Hekimlerinden oluşan komisyon kurulduğu ve komisyonun ilk toplantısını 14.12.2023 tarihinde yaptığı

bilgisi paylaşılarak; yürütülen incelemeye esas olmak üzere, tedavilerinin uygun yapılmadığına ilişkin şüphe oluşan ve tedavi gördüğü hastanede yaşamını yitiren bebeklere ait isim, hastane ve olay tarihi bilgileri doğrulanan bebeklere ait ölüm belgelerinin temin edilmekte olduğu belirtilerek, soruşturma dosyasından 16.02.2024 tarihinde bilgi ve belge talep edilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Müfettişlik Ofisine hitaben yazılan, 16.02.2024 tarihli 046/10 sayılı ön raporun ilgi tutulduğu 22.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile *“ilgi sayılı ön raporunuz konusu soruşturma dosyamızda kısıtlılık kararı devam etmekte olup kovuşturma sürecinde kısıtlılık kararının kalkmasından itibaren tüm belge ve bilgiler tarafınızla paylaşılacaktır”* şeklinde cevap verilmiştir.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından, Eyüp 6 No’lu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu kadrosunda sürekli işçi statüsünde şoför olarak görev yapan G.M.Ö.’nün 112 veri sisteminde kayıtlı hasta bilgilerini özel hastanelerle paylaşması, hekim olmadığı halde hasta kabul etmesi nedeni ile hastaların tedavi sürecine zarar verdiği, kamu kurumlarını zarara uğrattığı iddiasıyla yapılan 01.04.2024 havale tarihli ihbar, Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığının 2024/40211 soruşturma sırasına kaydedilmiş ve 29.07.2024 tarihinde Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığınca yetkisizlik kararı verilerek, 2023/37693 sayılı soruşturma dosyası üzerinde birleştirilmesi istemi ile Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının gönderilmiş, G.M.Ö. hakkındaki anılan soruşturma evrakı 26.09.2024 tarihinde Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 2023/37693 soruşturma sayılı dosyasında birleştirilmiştir.

4.3.1.2.1. Birinci Dalga Operasyon

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından 25.04.2024 tarihinde, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğüne hitaben yazılan müzekkere ile *“26.04.2024 günü yapılacak olan operasyon kapsamında gözaltına alınması planlanan F.S., İ.G., G.M.Ö., S.Y. ve F.A. isimli şahısların kullanmakta oldukları telefonların üzerinde ön inceleme yapılarak tutanağa bağlanması”* talimatı verilmiştir.

İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğünde görevli bir komiser ve iki polis memuru imzasını taşıyan, 25.04.2024 tarihli, yirmi bir (21) sayfadan ibaret *“Örgüt Tutanağı”* başlıklı tutanak tanzim edilmiştir. Söz konusu tutanakta *“... şüphelilerin devlet hastaneleri ya da farklı özel hastanelerde doğan, tedavilerinin yoğunluktan dolayı başka hastanelerde yapılması uygun görülen bebek hastalardan, kurmuş*

oldukları suç örgütü sayesinde keşfedip kendi anlaşmalı oldukları hastanelere tedavi yöntemlerinin uygun olup olmadığına bakılmaksın alınması ve alınan bebek hastalarının hayatın olağan akışına aykırı olacak kadar hastanede uzun sürelerde kalmasını sağlayıp SGK'dan yüksek miktarda ödeme alınmasına neden olarak kamu kurumunu zarara uğrattıkları, aynı zamanda uygun tedavi yöntemleriyle tedavi olamayan bebeklerin ölümüne sebebiyet verdikleri” şeklinde değerlendirme yapılarak SGK Başkanlığının ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulunun suça konu olaylarla ilgili olarak kamu kurumunun zararı ve uygun olmayan tedavi yöntemleri olduğu değerlendirilen eylemler hakkında alanında uzman bilirkişiler tarafından inceleme yapılmasının uygun olacağı görüşüne yer verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından; suç işlemek amacıyla örgüt kurmak, örgüte üye olmak, örgüte üye olmamakla birlikte örgüt adına faaliyet yürütmek, nitelikli dolandırıcılık, ihmalî davranışla kasten öldürme, resmî belgede sahtecilik ve rüşvet suçlarını işledikleri iddia edilen şüphelilerin belirlenen adreslerinde, üzerlerinde ve kullanmakta oldukları araçlarında muhtemel suç unsurlarının elde edilmesi ve şahısların yakalanması amacıyla 26.04.2024 tarihinden itibaren geçerli olmak ve 3 (üç) gün içerisinde tamamlanmak üzere 5271 sayılı Kanun'un 116, 117, 118 ve 119 uncu maddeleri uyarınca 1 defaya mahsus olmak üzere gece ve gündüz vakti arama yapılması, şahısların kullandıkları dijital materyallere el konulması, 5271 sayılı Kanun'un 134 üncü maddesi kapsamında inceleme yapılması, arama sonucu tüm şüphelilerden elde edilecek muhtemel suç unsurlarına 5271 sayılı Kanun'un 127 nci maddesi uyarınca el konulması ve ilgili Kanun'un 122 nci maddesi uyarınca incelenmesi istemiyle;

- Şüpheliler C.A., D.K., F.A., F.S., M.S., M.M., R.K., S.N.A., R.M., A.A.Y., Medisense Sağlık Hizmetleri ARGE Bilişim Limited Şirketi isimli gerçek ve tüzel kişiler yönünden Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğine, *(Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğince 25.04.2024 tarihli ve 2024/2587 değişik iş sayı ile istem gibi karar verilmiştir)*
- Şüpheliler C.H.K., E.K.B., H.D.T., H.B.G., İ.G., M.K., S.Ş., Ş.Ç., A.A. ve A.D. yönünden Küçükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına,
- Şüpheliler C.Ç., Ç.D., D.A., D.E., G.M.Ö., M.G., M.H.B., E.V., A.D., H.Y., V.K. ve C.A. açısından Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına,
- Şüpheliler H.G., S.Y ve F.R.Y. hakkında İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığına,
- Şüpheliler A.M.Y. ve S.Y. yönünden İstanbul Anadolu Cumhuriyet Başsavcılığına,
- Şüpheliler F.S. ve H.G. açısından Silivri Cumhuriyet Başsavcılığına,

- Şüpheli D.K. hakkında Gaziosmanpaşa Cumhuriyet Başsavcılığına,
- Şüpheliler E.K. ve B.K. açısından Çorlu Cumhuriyet Başsavcılığına,
- 25.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkereler yazılmıştır.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 06.06.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile İstanbul İl Jandarma Komutanlığından yapılan aramalar sonrası el konulan dijital materyaller üzerinde gerekli incelemelerin yapılması talep edilmiştir. İstanbul İl Jandarma Komutanlığı'nın Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına yazdığı 29.08.2024 tarihli ve 04-31493215 sayılı cevabi yazı ekinde düzenlenen uzmanlık raporları kurye ile gönderilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına hitaben yazılan 26.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı “*İVEDİ İŞ*” başlıklı müzekkere ile “*Cumhuriyet Başsavcılıklarınca örgütlü olarak yürütülen soruşturma dosyasında Cumhuriyet Başsavcılıklarının 2024/817 ve 2023/114559 sayılı soruşturma dosyalarındaki fiillerin ihmalle ölüme sebep olma suçu kapsamında ... eylem olarak yer alması planlandığından ilgili dosyaların ... yetkisizlik kararı verilerek gönderilmesi*” talep edilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından 26.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 25.04.2024 tarihli ve 2024/2587 değişik iş sayılı arama, el koyma ve inceleme kararına istinaden yapılan arama sırasında Medisense Sağlık Hizmetleri ARGE Bilişim Limited Şirketi isimli işyerinin arama kararında belirtilen adresinde bulunamadığı, belirlenen adresinde gecikmesinde sakınca bulunan haller kapsamında arama, el koyma yapıldığı belirtilerek yapılan arama ve el koymanın onanması ve el konulan materyallerin incelenmesine izin verilmesi talebinde bulunulmuş ve talep doğrultusunda Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğinin 26.04.2024 tarihli ve 2024/2672 değişik iş sayılı kararı ile arama kararının onanmasına, el konulan materyallerin incelenmesine karar verilmiştir.

27.04.2024 tarihinde kollukta ifadesi alınıp serbest bırakılan şüpheliler A.M.Y., H.Y., M.S.K., C.A., F.R.Y. hakkında ihmali davranışla kasten adam öldürme ile kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçlarından adli kontrol tedbiri uygulanması talep edilmiş, Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğince 27.04.2024 tarihli ve 2024/453 sorgu sayı ile talep doğrultusunda karar verilmiştir.

İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğünün; suç türü olarak suç işlemek amacıyla örgüt kurmak, örgüte üye olmak, örgüte üye olmamakla birlikte örgüt adına faaliyet yürütmek, nitelikli dolandırıcılık, ihmali davranışla kasten öldürme, resmî

belgede sahtecilik ve rüşvet suçlarının gösterildiği, suç yeri ve tarihinin İstanbul 2023 ve 2024 yılları olarak yazıldığı, suç delilleri olarak ise 5271 sayılı Kanun'un 135 inci maddesi uyarınca alınan iletişim tespiti tutanakları, 5271 sayılı Kanun'un 140 inci maddesi uyarınca yapılan fiziki takip tutanakları, HTS kayıtları, kurumlardan alınan bilgi ve belgeler ve banka hesap hareketlerinin gösterildiği, M.H.K.'nın müşteki sıfatıyla yer aldığı, 29.04.2024 tarihli ve 2024/175 sayılı fezlekesi ile A.A., A.D., B.K., C.A., C.H.K., C.Ç., Ç.D., D.A., D.K., D.E., E.K., E.K.B., E.V., F.A., F.S., G.M.Ö., H.D.T., H.B.G., H.K., H.G., İ.G., M.G., M.H.B., M.S., M.M., M.K., R.K., R.M., S.Y., S.Y., S.Ş., S.N.A., Ş.Ç., V.K. olmak üzere toplam (34) otuz dört şüpheli Büyükşehir Cumhuriyet Başsavcılığında mevcutlu olarak hazır edilmiştir. A.A.Y., A.M.Y., C.A., F.R.Y., H.Y., M.S.K. olmak üzere (6) altı şüpheli kollukta ifadeleri alındıktan sonra Cumhuriyet Savcısının talimatıyla serbest bırakılmıştır.

Büyükçekmece Cumhuriyet Savcısı tarafından, 29.04.2024 tarihinde D.A., A.D., A.A., B.K., C.A., C.Ç., Ç.D., H.K.G., E.K., D.E., E.K.B., E.V., F.A., G.M.Ö., H.D.T., H.G., M.G., M.S., M.H.B., M.M., M.K., R.M., S.Y., C.H.K., V.K., S.Y., Ş.Ç., S.N.A., S.Ş., H.B.G., R.K., İ.G.'nin, 30.04.2024 tarihinde F.S., H.G.'nin, 11.06.2024 tarihinde F.A. ve H.D.T.'nin, 12.06.2024 tarihinde H.B.G.'nin, 13.06.2024 tarihinde H.G. ve G.M.Ö.'nün, 26.06.2024 tarihinde C.A. ve M.S.'nin, 27.06.2024 tarihinde ise Ç.D. ve D.A.'nın şüpheli sıfatıyla ifadeleri alınmıştır.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 29.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükşehir Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden ihmalî davranışla adam öldürme suçundan E.V., kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan F.A., G.M.Ö., H.D.T., kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık ve ihmalî davranışla kasten adam öldürme suçundan H.G. ve M.S.'nin sorguları yapılarak tutuklanmalarına karar verilmesi talep edilmiştir. Büyükşehir 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 29.04.2024 tarihli ve 2024/332 sorgu sayılı kararıyla şüphelilerin sorgusu yapılarak ayrı ayrı tutuklanmalarına karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 29.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükşehir Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan şüpheliler C.A. ve D.A., ihmalî davranışla kasten adam öldürme suçundan D.E., kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık ve ihmalî davranışla kasten adam öldürme suçundan Ç.D.'nin sorguları yapılarak tutuklanmalarına karar verilmesi talep edilmiştir. Büyükşehir 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 29.04.2024 tarihli ve 2024/333 sorgu sayılı kararıyla şüphelilerin sorgusu yapılarak ayrı ayrı tutuklanmalarına karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 29.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan şüpheliler H.B.G. ve S.Y.’nin sorguları yapılarak tutuklanmalarına karar verilmesi talep edilmiştir. Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 29.04.2024 tarihli ve 2024/334 sorgu sayılı kararıyla şüphelilerin sorgusu yapılarak ayrı ayrı tutuklanmalarına karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 30.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık ve ihmali davranışla kasten adam öldürme suçundan şüpheli F.S., kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan şüpheli R.K.’nin tutuklanmalarına karar verilmesi talep edilmiştir. Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 30.04.2024 tarih 2024/336 sorgu sayılı kararıyla şüphelilerin sorgusu yapılarak ayrı ayrı tutuklanmalarına karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 30.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan şüpheli H.G.’nin tutuklanması talep edilmiştir. Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 30.04.2024 tarihli ve 2024/353 değişik iş sayılı kararı ile şüphelinin sorgusu yapılarak tutuklanmasına karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 29.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan şüpheliler C.Ç. ve H.K.G. ve ihmali davranışla adam öldürme suçundan şüpheli E.K. haklarında 5271 sayılı Kanun’un 109 uncu maddesinin üçüncü fıkrasının (b) bendi gereğince adli kontrol uygulanması talep edilmiştir. Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 29.04.2024 tarihli ve 2024/330 sorgu sayılı kararı ile talep doğrultusunda karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 29.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan M.G., E.K.B. ve M.H.B. haklarında adli kontrol tedbiri uygulanması talep edilmiştir. Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 29.04.2024 tarihli ve 2024/331 sorgu sayılı kararı ile talep doğrultusunda karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 30.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza

Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan B.K., C.H.K., D.K., R.M., S.Y., S.Ş., S.N.A. ve Ş.Ç. haklarında adli kontrol tedbiri uygulanması talep edilmiştir. Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 30.04.2024 tarihli ve 2024/335 sorgu sayılı kararı ile talep doğrultusunda karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 30.04.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan şüpheli İ.G. hakkında, 5271 sayılı Kanun'un 109 uncu maddesinin üçüncü fıkrasının (a) ve (b) bentleri gereğince adli kontrol uygulanması talep edilmiştir. Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 30.04.2024 tarihli ve 2024/337 sorgu sayılı kararı ile talep doğrultusunda karar verilmiştir.

4.3.1.2.2. İkinci Dalga Operasyon

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından 07.06.2024 tarihli ve 2023/37693 sayılı müzekkere ile 35 (otuz beş) madde başlığı altında kolluk fezlekesinde yer alan veya şüphelilerin ifadelerinde geçen hususların açıklığa kavuşturulması, delillerin toplanması, soruşturmanın genişletilmesi, tüm talimatların eksiksiz ivedi ve titiz bir şekilde yerine getirilmesi ve anlık bilgi akışının sağlanması hususunda İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğüne talimat verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 26.07.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkereler ile suç işlemek amacıyla örgüt kurmak, örgüte üye olmak, örgüte üye olmamakla birlikte örgüt adına faaliyet yürütmek, nitelikli dolandırıcılık, ihmalî davranışla kasten adam öldürme, resmî belgede sahtecilik ve rüşvet suçlarını işledikleri iddia edilen şüphelilerin belirlenen adreslerinde 29.07.2024 gününden geçerli 3 (üç) gün içerisinde 5271 sayılı Kanun'un 116, 117, 118 ve 119 uncu maddeleri uyarınca bir defaya mahsus olmak üzere gece ve gündüz vakti arama yapılması, el konulan materyallerin incelenmesi için;

- Şüpheliler S.Ö., G.K.Y., T.T., E.A. ve F.S. yönünden Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden talepte bulunulmuş, (Büyükçekmece 3. Sulh Ceza Hâkimliğince 26.07.2024 tarihli ve 2024/4629 değişik iş sayı ile arama yapılmasına, suç unsurlarına el konulmasına ve incelenmesine izin verilmiştir.)
- Şüpheliler F.Ö. ve R.K. hakkında Küçükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına,
- Şüpheliler B.Ç. ve Y.K. yönünden Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına,
- Şüpheli T.B. açısından İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığına,

Talimatlar yazılmıştır.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğine yazılan 08.08.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile yakalanan şüpheli A.G.B.’nin el konulan cep telefonu üzerinde inceleme yapılması talep edilmiştir. Büyükçekmece 1. Sulh Ceza Hâkimliğince 08.08.2024 tarihli ve 2024/5041 değişik iş sayı ile talep gibi karar verilmiştir.

El konulan dijital materyaller Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından 09.09.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile inceleme yapılması için İstanbul İl Jandarma Komutanlığına gönderilmiştir. İstanbul İl Jandarma Komutanlığı tarafından düzenlenen uzmanlık raporları, Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına hitaben yazılan 16.10.2024 tarihli ve 04-31493215 sayılı yazı ekinde kurye ile sunulmuştur.

Büyükçekmece Cumhuriyet Savcısı tarafından 29.07.2024 tarihinde İ.G. ve S.N.T.’nin, 30.07.2024 tarihinde D.K., M.H.B. ve M.G.’nin şüpheli sıfatıyla ifadeleri alınmıştır.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 29.07.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan İ.G. ve S.N.T.’nin tutuklanmalarına karar verilmesi talep edilmiştir. Büyükçekmece 4. Sulh Ceza Hâkimliğince verilen 29.07.2024 tarihli ve 2024/768 sorgu sayılı karar ile şüphelilerin sorgusu yapılarak tutuklanmalarına karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 30.07.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan M.H.B. ve D.K.’nın tutuklanmalarına karar verilmesi talep edilmiştir. Büyükçekmece 4. Sulh Ceza Hâkimliğince verilen 30.07.2024 tarihli ve 2024/789 sorgu sayılı karar ile şüphelilerin sorgusu yapılarak tutuklanmalarına karar verilmiştir.

İstanbul İl Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğünün 2024/302 sayılı ikinci fezlekesinde; 16 kişinin şüpheli sıfatıyla yer aldığı, şüpheliler D.K., İ.G., M.H.B. ve S.N.T.’nin tutuklu bulunduğu, şüpheli M.G.’nin savcılıkta, şüpheliler Ş.A. ve Y.K.’nin kollukta serbest bırakıldığı, şüpheliler B.Ç., E.A., F.Ö., F.S., G.K.Y., R.K., S.Ö., T.B. ve T.T.’nin Cumhuriyet Başsavcılığında mevcutlu olarak hazır edildiği bildirilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Savcısı tarafından 01.08.2024 tarihinde E.A., F.S., G.K.Y., S.Ö., T.B., B.Ç., T.T., F.Ö. ve R.K.’nın, 08.08.2024 tarihinde A.G.B.’nin, 12.08.2024

tarihinde F.S.’nin, 27.08.2024 tarihinde H.D.T’nin, 20.09.2024 tarihinde D.K.’nin, 04.10.2024 tarihinde T.T.’nin şüpheli sıfatıyla ifadeleri alınmıştır.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 01.08.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık, ihmali davranışla kasten adam öldürme suçlarından şüpheliler B.Ç., E.A., F.Ö., R.K. ve T.T.’nin sorgularının yapılarak tutuklanmalarına karar verilmesi talep edilmiştir. Büyükçekmece 4. Sulh Ceza Hâkimliğinin 01.08.2024 tarihli ve 2024/822 sorgu sayılı kararı ile E.A., F.Ö., R.K. ve T.T. ayrı ayrı tutuklanmasına, şüpheli B.Ç.’nin ise adli kontrol ile serbest bırakılmasına kararı verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 01.08.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan şüpheliler F.S., G.K.Y., S.Ö. ve T.B. hakkında adli kontrol uygulanması talep edilmiştir. Büyükçekmece 4. Sulh Ceza Hâkimliğinin 01.08.2024 tarihli ve 2024/821 sorgu sayılı kararı ile talep doğrultusunda karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 08.08.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden, ihmali davranışla kasten adam öldürme suçundan şüpheli A.G.B. hakkında adli kontrol uygulanması talep edilmiştir. Büyükçekmece 1. Sulh Ceza Hâkimliğinin 08.08.2024 tarihli ve 2024/824 sorgu sayılı kararı ile talep doğrultusunda karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yazılan 27.05.2024, 24.06.2024, 27.07.2024, 19.08.2024, 28.08.2024 ve 16.09.2024 tarihli müzekerelerle 5271 sayılı Kanun’un 108 inci maddesi uyarınca tutuklu şüphelilerin en geç otuzar günlük süreler itibarıyla tutukluluk hâllerinin devamına karar verilmesi Büyükçekmece Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğinden talep edilmiş, Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğince 5271 sayılı Kanun’un 100 üncü maddesi hükümleri göz önünde bulundurularak talep doğrultusunda karar verilmiştir.

Şüphelilerin ve/veya müdafilerinin 06.05.2024 ila 07.10.2024 tarihleri arasında yaptıkları tahliye veya adli kontrol tedbirlerinin kaldırılması yönündeki çok sayıdaki talepleri, Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliği kararlarıyla reddedilmiş, söz konusu kararlara yapılan itirazlar da nöbetçi asliye ceza mahkemelerince reddedilmiştir.

İhmali davranışla kasten adam öldürme suçundan Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 29.04.2024 tarihli ve 2024/332 sorgu sayılı kararı ile tutuklanan H.G., 13.06.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile, ihmali davranışla kasten

adam öldürme suçundan Büyükçekmece 2. Sulh Ceza Hâkimliğinin 29.04.2024 tarihli ve 2024/332 sayılı kararı ile tutuklanan M.S. 08.10.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Büyükçekmece Cumhuriyet savcısı tarafından resen tahliye edilmiş, nitelikli dolandırıcılık suçundan ise tutukluluk hallerinin devamı yönünde işlem yapılmıştır.

4.3.1.2.3. Operasyonlardan Sonra Yapılan Soruşturma İşlemleri

30.04.2024 tarihinde, F.A. tarafından Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına sunulan dilekçe ile Özel Reyap Hastanesi ve Dr. F.S. hakkında şikâyetçi olunmuş, 21.05.2024 tarihinde H.H.’nin, 25.06.2024 tarihinde Y.K.’nın müşteki sıfatıyla kolluk tarafından beyanları alınmıştır.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğüne hitaben yazılan 08.05.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile;

“1- İhmalle ölüme neden olma suçundan maktul olan bebeklerin anne veya babası olan müştekilerin ayrıntılı olarak ifadelerinin alınması, hastane evraklarının, epikriz raporlarının ve tıbbi dokümanların temin edilmesi, bebeklerinin kimlik belgeleri varsa temin edilmesi, bebeklerin nereye defnedildiğinin tespit edilerek adreslerinin bildirilmesi,

2- CMK 135 kapsamında elde edilen delillerde ihmalle ölüme neden olma suçu sonucu öldürülen ve kimlik tespiti yapılamayan diğer bebeklerin de kimlik tespitine çalışılıp, tespit edilmesi halinde birinci maddedeki talimatların bu bebekler yönünden de yerine getirilmesi”

Talimatı verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının ‘Sağlık Bakanlığı Müfettişliği’ne hitaben yazdığı, 09.05.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı, 16.02.2024 tarihli ve 046/10 sayılı ön raporunun ilgi tutulduğu müzekkere ile soruşturma dosyasına ait fezleke ve şüphelilere ait ifadelerin dijital ortamda teslim edildiği belirtilmek suretiyle daha önce talep edilen inceleme raporunun tamamlanarak gönderilmesi istenmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Büyükçekmece Örgütlü Suçlar ve Terör Suçları Soruşturma Bürosuna hitaben yazılan 16.05.2024 tarihli ve 2023/37693 sayılı müzekkere ile kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan haklarında soruşturma yürütülen 40 (kırk) şüphelinin eyleminin, aynı zamanda 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 282 inci maddesinde yer alan, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama suçuna da uyduğu belirtilerek, müzekkere ekine kolluk tarafından tanzim edilen fezlekenin bir örneği eklenmek suretiyle suç ihbarında bulunulmuştur.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığına hitaben yazılan 28.06.2024 tarihli ve 2023/37693 sayılı müzekkere ile;

“1-Bağcılar Medilife Hastanesine 28.11.2023 tarihinde ölen E.K. kızı bebek KARADUMAN,

2-Beylikdüzü Medilife Hastanesinden Beylikdüzü Birinci Hastanesine sevk edilen ve 18.01.2024 tarihinde ölen B.N.O. kızı Michelle NWANDO OPARA,

3-Güneş Hastanesinde 16.11.2023 tarihinde ölen M.H.K. ve Z.K. 'dan olma KAYA bebek,

4-Çorlu Reyap Hastanesinde 23.11.2023 tarihinde öldüğü değerlendirilen Halime ALKARİ isimli bebek,

5-Bağcılar Medilife Hastanesinde 19.10.2023 tarihinde ölen S.K. 'den olma KARAKOÇ bebek,

6-Bağcılar Medilife Hastanesinde 29.11.2023 tarihinde ölen Kırçiçek HELVACI bebek,

7-Birinci Hastanesinde ölen SERDAROVA bebek,

8-Bağcılar Medilife Hastanesinde ölen Melek SÜLEYMANOĞLU bebek,

9-Bağcılar Medilife Hastanesinde 14.08.2023 tarihinde ölen ve İl Sağlık Denetim Raporunda “hastaya gereken müdahale yapılmamıştır” yazan bebek Esra İKİNCİ (ikiz eşi) ... ölümleriyle ilgili ...rapor düzenlenerek gönderilmesi” istenmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne hitaben yazılan, 28.06.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile Dr. İ.G.'nin zorunlu hizmetine ilişkin hekimlik mesleği ya da neonatolog olarak çalışması hususunda yasaklı bir dönemin olup olmadığının bildirilmesi istenmiş, Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 29.07.2024 tarihinde dosyaya giren 9.3.02-249706452 sayılı yazısıyla “Adı geçenin neonatoloji uzmanı olarak 30.12.2020 tarihinde çekilen 96. Dönem Devlet Hizmeti Yükümlülüğü kurası ile Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesine ataması yapılmış olup 01.01.2021 tarihinde görevine başlamış ve 01.03.2021 tarihinde de bu görevinden ayrılmıştır. Ancak kişi 01.11.2023 tarihinde yapılan 113. Dönem Devlet Hizmeti Yükümlülüğü kurası ile mecburi hizmeti görevine ifa etmek üzere İstanbul Şişli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesine yerleştirilmiş ve 08.12.2023 tarihinde de görevine başlamıştır.” şeklinde cevap verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 03.09.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı “Tutanak” başlıklı Cumhuriyet Savcısı imzalı yazısı ile Sağlık Bakanlığı

Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından görevlendirilen müfettişlere istedikleri bilgi, belge ve dijital kayıtlar teslim edilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığına hitaben yazılan 11.09.2024 tarihli ve 2023/37693 sayılı müzekkere ile Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulunca görevlendirilen müfettişlerce yürütülen incelemenin safahatı sorulmuş, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığının 16.09.2024 tarih ile 663.09 sayılı cevabi yazısında yürütülen inceleme sürecinin halen devam ettiği bildirilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığına hitaben yazılan 11.09.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı müzekkere ile idari inceleme kapsamında tıbbi görüş belirten uzman/bilirkişi raporunun alınıp alınmadığı, varsa soruşturma dosyasına esas olarak uzman/bilirkişi raporunun bir örneğinin gönderilmesi istenmiş, talep 17.09.2024 tarihinde tekit edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Müfettişi ..., Müfettiş Yardımcısı ... imzalı, 19.09.2024 tarihli ve 165/53046/47 sayılı, Tıbbî Mütalâa/2023-01-0451 konulu, *“Müfettişliğimizce yürütülen inceleme kapsamında alınan tıbbi mütalaa Teftiş Kurulu Başkanlığının 19.09.2024 tarihli ve 254518227 sayılı yazısı ile uygun görülmesi üzerine 2023/37693 sayılı soruşturma dosyasında değerlendirilmek üzere Başsavcılığınız ile şifreli dosya halinde paylaşılmakta olup ekte sunulmaktadır.”* içerikli yazı ekinde (26) yirmi altı sayfadan oluşan “Uzman Görüşü” Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Neonatoloji Uzmanlarından oluşan 3 kişilik heyet tarafından imzalanan, 26 sayfadan oluşan 19.09.2024 tarihli uzman görüşünde; yenidoğan bebekler Ayaz KARADUMAN, Michalle NWANDO OPARA, Bebek KAYA, Havvanur KARAKOÇ, Öykü HELVACI, Mive SERDAROVA, Melek SÜLEYMANOĞLU, Kerem Muhammed TOKLUOĞLU, Miray Sena BAHADIROĞLU, Mustafa SEZER, Asil Yılmaz TOPCAN, Asil ATASOY, bebek KADAN, bebek Asilhan DAĞLI ve bebek Hilal Rana TİYEK’in durumları değerlendirilmiştir.

Kamu kurum ve kuruluşlarını dolandırmak suçundan şüpheliler E.K.B., H.K.G. ve Funda S. hakkında uygulanan adli kontrol kararları 08.10.2024 tarihinde Cumhuriyet Savcısı tarafından resen kaldırılmış, şüpheliler E.K.B., H.K.G., Ş.A.ve F.S.’nin, nitelikli dolandırıcılık, şüpheli Y.K.’nın soruşturmanın gizliliğinin ihlal etme, şüpheliler H.G. ve M.S.’nin ihmali davranışla kasten öldürme suçlarını işlediklerine dair yeterli delil elde edilemediği gerekçesiyle adı geçen şüpheliler hakkında ek kovuşturma yapılmasına yer olmadığına dair karar verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yürütülen 2023/37693 sayılı soruşturma dosyası, düzenlenen 09.10.2024 tarihli ve 2024/3520 sayılı fezlekeye bağlanarak, toplam 47 şüpheli hakkında isnat edilen suçlardan Bakırköy Ağır Ceza Mahkemesine kamu davası açılması istemiyle Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 09.10.2024 tarihli ve 2024/3520 sayılı fezlekesinde;

Havanur KARAKOÇ, Michelle NWANDO OPARA bebek, Öykü HELVACI bebek, Ayaz KARADUMAN bebek, KAYA bebek, Mive SERDAROVA bebek, Melek SÜLEYMANOĞLU bebek, Kerem Muhammed TOKLUOĞLU bebek, ROUA KADAN bebek, Halime ALKARİ bebek olmak üzere (10) bebeğin maktul sıfatıyla,

B.N.O., E.K., H.H., M.H.K., Y.K. olmak üzere (5) kişinin müşteki sıfatıyla,

Akabe Sağlık Hizmetleri San. ve Tic. A.Ş, Doğamed Sağlık Hizmetleri San. ve Tic. A.Ş, Ekip Sağlık Hizmetleri Tic. A.Ş, Güney Hastanesi Sağlık Hizmetleri Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti, Medilife Sağlık Hizmetleri Tic. Ltd. Şti, Özel Avcılar Hospital Hastanesi, Özel Avrupa Şafak Hastanesi, Özel Bağcılar Medilife Hastanesi, Özel Doğa Hospital Hastanesi, Özel Anadolu Şafak Hastanesi, Refik Arslan Sağlık Hizmetleri ve Tic. A.Ş, Reyap Sağlık Hizmetleri ve Tic. A.Ş, Silivri Konan Hastanesi, Yonca Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti, Medisense Sağlık Hizmetleri ve A.Ş, GMZ Sağlık Hizmetleri İnşaat ve Turizm Ltd. Şti, Özel Reyap İstanbul Hastanesi, Özel TRG Hospitalist Hastanesi olmak üzere toplam (19) on dokuz şirket ve/veya hastanenin malen sorumlu sıfatıyla,

47 (kırk yedi) kişinin şüpheli sıfatıyla,

İsimleri yer almış,

Suç tarihi olarak 2022, 2023 ve 2024 tarihleri,

Suç yeri olarak İstanbul,

Suç delili olarak, 5271 sayılı Kanun'un 135 ve 140 ncı maddeleri uyarınca uygulanan koruma tedbirleri, kamera görüntüleri, tıbbi evraklar, şüphelilerin savunmaları, uzman heyet raporu, müfettiş raporu ve dijital materyal incelemesi olmak üzere tüm evrak kapsamı,

Gösterilmiştir.

Şüpheliler F.S. ve İ.G. hakkında; suç işlemek amacıyla örgüt kurma veya yönetme, kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık, resmi belgede sahtecilik, ihmalî davranışla kasten adam öldürme suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 83 (10 kez), 204/1 (11 kez), 220/1, 158/1-e, 43, 53, 54 ve 63,

Şüpheli G.M.Ö. hakkında; suç işlemek amacıyla örgüt kurma veya yönetme, kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık, kişisel verileri aykırı olarak ele geçirme ve

yayma, ihmali davranışla kasten adam öldürme, resmî belgede sahtecilik suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 83 (10 kez), 204/1 (11 kez), 220/1, 136/1, 158/1-e, 43, 53, 54, 63,

Şüpheliler C.A., C.H.K., C.Ç., D.K., E.A., F.A., F.Ö., G.K.Y., M.G., M.S., M.K., R.K., R.M., S.Y., S.Y., S.Ş., S.Ö. ve T.Ö. (B.) haklarında; suç işlemek amacıyla kurulmuş olan örgüte üye olma, kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 158/1-e, 220/2, 43, 54 ve 63,

Şüpheliler A.G.B., B.Ç., R.K. ve T.T. hakkında; suç işlemek amacıyla kurulmuş olan örgüte üye olma, ihmali davranışla kasten adam öldürme suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 83, 220/2, 53, 54, 63,

Şüpheliler B.K., Ç.D., D.A., E.K. ve M.M. hakkında; suç işlemek amacıyla kurulmuş olan örgüte üye olma, kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık, ihmali davranışla kasten adam öldürme suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 83, 158/1-e, 220/2, 43, 54, 63,

Şüpheliler D.E., H.D.T ve Ş.Ç. hakkında; suç işlemek amacıyla kurulmuş olan örgüte üye olma, kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık, resmî belgede sahtecilik, ihmali davranışla kasten adam öldürme suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 83 (D.E. 4 kez, Ş.Ç. 2 kez), 158/1-e, 220/2, 204/1 43, 53, 54, 63,

Şüpheliler H.B.G., H.G., M.H.B., M.S.K. ve S.N.T. (A.) hakkında; suç işlemek amacıyla kurulmuş olan örgüte üye olma, kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık, resmî belgede sahtecilik suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 158/1-e, 220/2, 204/1, 43, 53, 54, 63,

Şüpheliler A.A.Y., H.Y. ve H.G. hakkında; örgüt içindeki hiyerarşik yapıya dâhil olmamakla birlikte, örgüte bilerek ve isteyerek yardım etme ve kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 158/1-e, 220/7, 43, 54, 63,

Şüpheli A.A. hakkında; örgüt içindeki hiyerarşik yapıya dâhil olmamakla birlikte, örgüte bilerek ve isteyerek yardım etme, ihmali davranışla kasten adam öldürme, kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık ve resmî belgede sahtecilik suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 83, 158/1-e, 220/7, 204/1, 43, 54, 63,

Şüpheliler A.D. ve A.M.Y. hakkında; örgüt içindeki hiyerarşik yapıya dâhil olmamakla birlikte, örgüte bilerek ve isteyerek yardım etme, suç delillerini yok etme gizleme veya değiştirme, ihmali davranışla kasten adam öldürme, kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık suçlarından 5237 sayılı Kanun'un 83, 158/1-e, 220/7 ve 281/1,

Şüpheliler C.A., F.R.Y. ve V.K. hakkında; örgüt içindeki hiyerarşik yapıya dâhil olmamakla birlikte, örgüte bilerek ve isteyerek yardım etme, kamu kurum ve kuruluşları

zararına dolandırıcılık ve ihmali davranışla kasten adam öldürme suçlarından 5237 sayılı Kanun’un 83 (C.A. hakkında 3 kez), 158/1-e, 220/7, 43, 54 ve 63,

Maddeleri uyarınca cezalandırılmak, ayrıca şüpheliler D.K., F.A., H.D.T. ve H.B.G. yönünden 5237 sayılı Kanun’un 221 inci maddesi uyarınca etkin pişmanlık hükümleri uygulanmak suretiyle iddianame tanzim edilmesi hususlarına yer verilmiştir.

Anılan fezleke;

“Giriş” başlığı altında, soruşturmanın başlangıcı ve şüpheliler hakkında uygulanan koruma tedbirleri anlatılmıştır.

“Suç örgütü ile ilgili yapılan çalışmalar” başlığı altında, örgüt tutanağı, örgüt şeması, suçun işleniş biçimi, örgütün hastaneye sevk işlemleri ve yürütme şekli, örgütün hiyerarşik yapısı, örgüt üyelerinin banka hesap hareketleri gösterilerek toplanan deliller çerçevesinde değerlendirme yapılmıştır.

2.400 adet suç içerikli konuşma ile 197 suça konu eylem tespit edildiği belirtilip “Tespiti yapılan suça konu örnek eylemler” başlığı altında suç teşkil ettiği düşünülen E-16, E-17, E-18, E-22, E-44, E-53, E-54, E-55, E-59, E-61, E-71, E-81, E-86, E-89, E-94, E-102, E-106, E-109, E-112, E-135, E-140, E-155, E-166, E-172, E-179, E-182, E-183, E-186, E-189, E-192 ve E-193 numaralı eylemler anlatılmış, şüphelilerin telekomünikasyon yoluyla yapılan iletişimin denetlenmesi, iletişimin tespiti, dinlenmesi ve kayda alınması ile teknik araçlarla izlenmesi sonrası düzenlenen tutanak ve kayıtlar, banka hesap hareketleri, İl Sağlık Müdürlüklerince gerçekleştirilen olağandışı denetimlerde elde edilen deliller çerçevesinde değerlendirme yapılmıştır.

Müşteki sıfatıyla M.H.K., E.K., H.H., Y.K., B.N.O.’nun, bilgi sahibi sıfatıyla H.A., F.K., G.P., İ.Y., M.E., S.U., H.B., B.Ş., H.R.H., H.K., H.Y., M.B.S, M.Y.(K.), Ö.A., T.K.’nın alınan beyanları fezlekeye aktarılmıştır.

“Genel değerlendirme ve sonuç” başlığı altında, şüphelilerin eylemlerine uyan sevk maddeleri uyarınca cezalandırılmaları, malen sorumlu olduğu belirtilen hastaneler ve hastanelerin bağlı olduğu şirketler tarafından, dolandırıcılık suçu olduğu belirtilen eylemler ile maddi menfaat temin edildiğinden 5237 sayılı Kanun’un 169 uncu maddesi göndermesiyle 5237 sayılı Kanun’un 60 ncı maddesinin birinci ve ikinci fıkraları gereğince tüzel kişilere özgü güvenlik tedbiri uygulanması ve hastaneler ile şirketlerin kapatılıp mal varlıklarına el konulmasına karar verilmesi görüşüne yer verilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına hitaben düzenlenen 09.10.2024 tarihli ve 2024/3520 sayılı fezleke ve eki

soruşturma dosyası, 10.10.2024 tarihinde Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığının 2024/111433 soruşturma sırasına kaydedilmiştir.

Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığının, Bakırköy Nöbetçi Sulh Ceza Hâkimliğine hitaben yazdığı 14.10.2024 tarihli ve 2024/111433 soruşturma sayılı müzekkeresi ile şüphelilerin tutukluluk durumlarının gözden geçirilmesi ve tutukluluk hallerinin devamına karar verilmesi talep edilmiş, Bakırköy 1. Sulh Ceza Hâkimliğinin 14.10.2024 tarihli ve 2024/8512 değişik iş sayılı kararı ile şüphelilerin tutukluluk hallerinin devamına karar verilmiştir.

Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 09.10.2024 tarihli fezlekesi doğrultusunda düzenlenen 16.10.2024 tarihli ve 2024/111433 soruşturma, 2024/41328 esas, 2024/9825 sayılı iddianame ile şüpheliler hakkında eylemlerine uyan sevk maddeleri uyarınca cezalandırılmaları istemiyle Bakırköy Ağır Ceza Mahkemesine kamu davası açılmıştır.

4.3.2. İddianame Tanzimi

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına hitaben düzenlediği 09.10.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma ve 2024/3520 sayılı fezlekesi doğrultusunda Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı Örgütlü Suçlar Soruşturma Bürosu tarafından 16.10.2024 tarihinde, 2024/111433 soruşturma, 2024/41328 esas ve 2024/9825 sayılı 1399 sayfadan oluşan iddianame tanzim edilmiştir.

Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığının 2024/9825 sayılı iddianamesinde;

Suçtan zarar gören olarak Sosyal Güvenlik Kurumu İstanbul İl Müdürlüğü,

Maktüller olarak; Havanur Karakoç, Michelle Nwando Opara, Öykü Helvacı, Ayaz Karaduman, bebek Kaya, Mive Serdarova, Melek Süleymanoğlu, Kerem Muhammed Tokluoğlu, Roua Kadan, Halime Alkari bebekler,

Müştekiler olarak; B.N.O., E.K., H.H., M.H.K. ve Y.K. (maktül beş bebeğin babaları),

Malen sorumlu olarak; 19 özel hastanenin isimleri,

Şüpheli olarak; bir hastane başhehimi, biri neonatolog dokuz uzman çocuk doktoru, biri genel cerrah, biri göz uzmanı, biri anestezi uzmanı üç hastane yöneticisi uzman doktor, bir kadın doğum uzmanı, bir anestezi uzmanı olmak üzere 16 uzman doktor, hastane yöneticisi bir pratisyen doktor, 11'i yenidoğan bakım olmak üzere toplam 20 hemşire, ikisi hastane sekreteri, ikisi aynı zamanda ambulans şoförü üç 112 acil çalışanı, biri hastane muhasebecisi ve dördü hastane idarecisi olmak üzere 10 hastane idari personeli/çalışanı olmak üzere toplam 47 kişinin isimleri, gösterilmiştir.

İddianamede şüphelilerin müdafileri, suçları, suç tarihleri ve suç yeri, tutuklanma tarihleri ve haklarında uygulanması talep edilen sevk maddeleri belirtilmiştir.

İhmalî davranışla kasten öldürme suçundan 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 83’üncü maddesinin, ölümlerinde sorumlu görüldükleri çocuk sayısı itibariyle; çocuk doktoru F.S. ve neonatolog çocuk doktoru İ.G. ile 112 Acil Çağrı Merkezi sorumlusu ve ambulans şoförü G.M.Ö. haklarında 10’ar kez, çocuk doktoru D.E. hakkında dört kez, çocuk doktoru C.A. hakkında üç kez, çocuk doktoru Ş.Ç. hakkında iki kez, hastane mesul müdürü Göz doktoru A.A., hastane mesul müdürü anestezi uzmanı doktor A.D., patoloji uzmanı doktor F.R.Y., anestezi uzmanı doktor V.K. ve pratisyen doktor R.K., hastane sahibi eski hemşire A.M.Y., yeni doğan yoğun bakım hemşireleri A.G.B., B.K., C.A., Ç.D., D.A., E.K. H.D.T., hemşireler B.Ç., C.H.K., C.Ç., D.K., T.T. ve hastane müdürü M.M. haklarında birer kez uygulanması talep edilmiştir.

İddianamede, şüphelilerin eylemlerine göre isnad edilen; suç işlemek amacıyla örgüt kurma, suç işlemek amacıyla kurulan örgüte üye olma, örgüte bilerek isteyerek yardım etme, kişisel verileri, hukuka aykırı olarak ele geçirmek veya yaymak, kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık, resmî belgede sahtecilik, suç delillerini yok etme, gizleme veya değiştirme suçlarından Türk Ceza Kanunu 220/2, 221/3, Türk Ceza Kanunu 220/7, Türk Ceza Kanunu 136/1, Türk Ceza Kanunu 158/1.e, 158/1-son, 158/3-2.cümle 43/1, Türk Ceza Kanunun 210/2 maddesi yollamasıyla Türk Ceza Kanunu 204/1, 43/1, Türk Ceza Kanunu 281/1, 53/1, 54, 58/9 ve 63’üncü maddeleri gereğince cezalandırılmaları istenmiştir.

İddianamenin 18-21. sayfalarında, suç örgütü ile ilgili yapılan çalışmalar, örgüt tutanağı ve örgüt şeması, suçun işleniş biçimi, örgütün hastane sevk işlemlerini yürütme şekli, örgütün hiyerarşik yapısı anlatılmıştır.

İddianamenin 21-27. sayfalarında, örgüt üyelerinin hesap hareketlerine yer verilmiş ve bu bağlamda yapılan çalışmalar ‘Değerlendirme ve sonuç’ başlığı altında, “... bebek hastalar üzerinden birçok hastane ile anlaşarak uygun ve yeterli olmayan tedavi yöntemleri yüzünden bebek hastaların hayatlarının kaybetmelerine ya da kalıcı sağlık sorunu ile yaşamalarına neden oldukları ayrıca bu tedavi yöntemleri yüzünden SGK kurumuna yüksek tedavi masraflarını fatura ederek haksız kazanç elde ettikleri, bahse konu hastanelerden bebek hastalar üzerine usulsüz yazdıkları ya da arta kalan ilaçları kullanılmış gibi göstererek 3. Kişilere sattıkları ... SGK Genel Müdürlüğünün ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulunun suça konu olaylar ile ilgili kamu kurumu zararını ve uygun olmayan tedavi yöntemleri olduğu değerlendirilen eylemler hakkında alanında uzman bilirkişiler tarafından inceleme yapılmasının uygun olacağı ... İl Sağlık Müdürlüğünün denetim raporları, CMK Md.135 Md.

140 kapsamında uygulanan tedbirler, HTS kayıtları, Banka Hesap Hareketleri sonucunda elde edilen delillerde örgüt lideri etrafında toplanan, şahısların hiyerarşik bir düzen ve belli bir iş bölümüyle içerisinde suçun sürekliliğini sağlayarak birçok defa işlenmesini neden oldukları, bu kapsamda yapılan çalışmalarda suç işlemek amacıyla örgüt kurmanın unsurları olduğu değerlendirildiği” belirtilmiştir.

İddianamenin 28-57. sayfalarında “Tespiti yapılan suça konu örnek eylemler” başlığı altında bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları ve banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 57. sayfada “Değerlendirme” yapılmıştır.

Aynı şekilde iddianamenin 58-97. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları ve banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 97. sayfada “Değerlendirme” yapılmıştır.

Yine iddianamenin 98-133. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları ve banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 133. sayfada “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 133-146. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları ve banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 146. sayfada “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 146-213. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, 213-214. sayfalarında iki adet “Fiziki Takip Tutanağı” ve 214-227. sayfalarında banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 227-228. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 228-415. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları ve banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 416-418. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 418-646. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, 646-648. sayfalarında iki adet “Fiziki Takip Tutanağı” ve 648-662. sayfalarında banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 663. sayfada “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 663-690. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları ve banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 690-691. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 691-743. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 743-744. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 744-745. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları ve banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 745. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 745-758. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 759. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 759-761. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 761. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 761-765. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 765-766. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 766-769. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 769. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 769-784. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, banka hesap hareketleri ile F.S.’nin telefon görüşmeleri HTS baz istasyonları kayıtlarına yer verilmiş ve 784. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 784-814. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, banka hesap hareketleri ile telefon görüşmeleri HTS baz istasyonları kayıtlarına yer verilmiş ve 814. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 814-818. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 818. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 818-825. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 825. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 825-828. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 828. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 828-840. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, banka hesap hareketlerine verilmiş ve 840. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 840-855. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, banka hesap hareketlerine verilmiş ve 855. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 855-862. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, banka hesap hareketlerine verilmiş ve 862. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 862-872. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, banka hesap hareketlerine verilmiş ve 872. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 872-884. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 884. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 884-886. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, banka hesap hareketlerine verilmiş ve 886. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 886-899. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 899. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 899-905. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 905. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 905-1011. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları ile telefon görüşmeleri HTS baz istasyonları kayıtlarına yer verilmiş ve 1011-1012. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1012-1017. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 1017. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1017-1019. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 1019. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1019-1029. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, banka hesap hareketlerine verilmiş ve 1019-1030. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1030-1047. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, banka hesap hareketlerine verilmiş ve 1047-1048. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1048-1054. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 1054. sayfasında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1054-1085. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları ile telefon görüşmeleri HTS baz istasyonları kayıtlarına yer verilmiş ve 1085-1086. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1086-1097. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtları, “Fiziki Takip Tutanağı” ve banka hesap hareketlerine yer verilmiş ve 1097-1098. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1098-1134. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 1134-1135. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1135-1150. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 1050-1151. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1151-1152. sayfalarında, bir kısım şüphelilerin iletişimlerinin tespit edildiği tape kayıtlarına yer verilmiş ve 1153. sayfalarında “Değerlendirme” yapılmıştır.

İddianamenin 1153-1330. sayfalarında müştekilerin, ‘bilgi sahibi’ sıfatıyla yedi şahsın ve şüphelilerin Emniyette ve Savcılıkta alınan ifadelerine yer verilmiştir.

İddianamenin 1330-1334. sayfalarında, operasyon sonucunda aramalarda ele geçen bir kısım şüphelilere ait el konulan eşya, cep telefonu sim kart, epikriz raporları, Curosof, Sitafein ilaç kutuları, el yazısı not, tedavi ret formu, hasta evrakı ve formları ve bunların incelenmesine ilişkin kayıtlar belirtilmiştir.

İddianamenin 1334-1335. sayfalarında “Genel Değerlendirme ve Sonuç” yer almıştır. Bu kısımda; Medisense Sağlık Hizmetleri Şirketi sahibi Dr. F.S.’nin, şirket çalışanı olarak görülen Dr. İ.G. ile birlikte (Mülga) 27/03/2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin 10’uncu maddesinde yer alan “binanın hastane olarak kullanılan kısmında hiçbir suretle başka amaca yönelik iş yeri bulunamaz ve hastane içerisinde bir bölüm başka bir amaçla faaliyet göstermek üzere üçüncü kişilere kiralanamaz veya herhangi bir şekilde devredilemez.” hükmüne muhalefet ederek İstanbul ili içerisinde suça konu (8) hastanenin (Reyap Hastanesi, Bağcılar Medilife Hastanesi, Beylikdüzü Medilife Hastanesi, Birinci Hastanesi, Bağcılar Şafak Hastanesi, Esenler Güney Hastanesi, TRG Hospitalist Hastanesi, Avcılar Hospital Hastanesi) yeni doğan yoğun bakım ünitelerini işletmek amacıyla “Hasta Danışmanlığı” adı altında işletmesini aldığı ve suça konu 8 hastaneye kendisine bağlı olan doktor, hemşire ve sağlık çalışanları yerleştirerek 112 Acil servisinde hasta sevk işlemlerini takip eden örgüt yöneticisi ambulans şoförü G.M.Ö., örgüt üyesi R.K., örgüt üyesi F.A., örgüt üyesi S.Y. ile birlikte anlaşmalı oldukları hastanelere usulsüz bebek sevk ettikleri yönünde yapılan soruşturmada uygulanan CMK Md. 135 Md.140 tedbirleri kapsamında yapılan çalışmalarda İl Sağlık Müdürlüğü denetim raporları, kurumlardan alınan belgeler, banka hesap hareketleri, HTS kayıtları, bilgi sahibi ifadeleri ve müşteki ifadesine istinaden yapılan çalışmalarda şüpheli şahısların yukarıda isnat edilen suçları işledikleri değerlendirilmiştir. Soruşturma kapsamında tespit edilen eylemler, raporlar, HTS kayıtları, hesap hareketleri, şüpheli ifadeleri ilgili Yargıtay kararları ışığında değerlendirilerek, TCK’nın 220. maddesinde düzenlenen ‘Suç İşlemek Amacıyla Örgüt Kurma’ suçunun unsurlarının (elverişlilik, üç ve üzeri kişi, suç işleme amacı, hiyerarşik bağ ve süreklilik) gerçekleştiği sonucuna varıldığı belirtilmiştir.

İddianamenin 1136-1354. sayfalarında, bebeklerin ölümlerinde şüphelilerin sorumluluğunun değerlendirildiği “Sağlık Bakanlığı Uzman Görüşü”ne yer verilmiştir. “Genel Kanaat” başlığı altında “... yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları tebliği beşinci bölüm sorumlu uzman tabip ve personel görevlendirmesi, görev, yetki ve sorumluluklar ile personel eğitimi başlığı altında, ... madde 17 C’de birinci, ikinci ve üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabip bulunmaması durumunda tercihen yenidoğan yoğun bakım konusunda deneyimi olan bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman görevlendirilir. Dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabibin görevlendirilmesi zorunludur şeklindedir. Bebeklerin izlendiği yukarıdaki özel hastanelerde tebliğ, kâğıt üzerinde doğru olarak uygulamıştır. 3. düzey yenidoğan yoğun bakım takibi, yenidoğan hekimi konsültasyonu ve/veya çocuk doktoru ile yapılmış gözükmetedir. Ancak tüm vakalar, yenidoğan hekiminin fiziki yokluğu (konsultan olduğu için aynı anda 3 yerde olamaz), çocuk hekiminin sorumluluğu almaması, hekimin yerini hemşire olarak tüm tanı ve tedaviyi yönetmesi ile kaybedilmiştir. Tebliğe uygun hareket edilmiş ve hastalar kaybedilmişse, bir daha aynı şeyleri yaşamamak için tebliğin değiştirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Tebliğe göre yenidoğan hekiminin bulunmaması durumunda çocuk hekimlerinin görevlendirileceği 3. Düzey yenidoğan yoğun bakım, stabil olmayan ventilatörde özel bakım gerektiren bebeklerin izlendiği dinamik bir yerdir. Bu bebeklerde bırakın saatler içerisinde her dakika yeni bir komplikasyon yaşanabilir. Tüm bunları izlenmesi, değerlendirmesi ve gereken tedaviyi vermesi için fiziksel olarak orada var olması gereken bir yenidoğan hekime ihtiyaç vardır. Yenidoğan yoğun bakım bebeklerinin 90’ı 3. Düzey tedavi gerektirirken, 010’u 4. Düzey gerektirmektedir. Tebliğ kararınca teorikte çocuk hekiminin, pratikte hemşirenin izlemine bırakılan, % 90’ı yenidoğan bebeğin hayat hakları ellerinden alınmıştır. Aynı 4. Düzeyde olduğu gibi 3. Düzey yenidoğan yoğun bakımlarından yenidoğan yoğun bakım doktorunun görevlendirilmesi şeklinde tebliğde değişiklik yapılmadan bu olayların tekrar ve tekrar yaşanacağı kanaatindeyiz. Ayrıca, bebek Kaya’nın vakasında hastanenin olay sonrası İl Sağlık müdürlüğü tarafından denetimi ile 3. düzey olmadığı ve düzeyinin düşürüldüğü görülmüştür. 3. düzey yoğun bakım seviyelerinin iyi denetlenmediği, bundan sonra 3. düzey yoğun bakım seviyelendirilmelerinin daha disiplinli ve tek onaylı değil de birden fazla ekibin onaylanması kanaatindeyiz” şeklinde tıbbi mütalaa raporu düzenlendiği belirtilmiştir.

İddianamenin 1354-1396. sayfalarında, “Cumhuriyet Başsavcılığımızca Şüpheli Bazlı Yapılan Tespitler” başlığı altında, 47 şüphelinin, haklarındaki dosya kapsamı deliller

belirtilerek, her birinin isnad edilen suçları işlediklerinin anlaşıldığı yönünde ayrı ayrı değerlendirme yapılmıştır.

İddianamenin 1396-1398. sayfalarında yapılan “Genel Değerlendirme”de:

“F.S. liderliğindeki ve yöneticiliğini İ.G. ve G.M.Ö.’in yaptığı suç örgütünün esas amacının işletmesini devir aldıkları yeni doğan yoğun bakım ünitelerini 112 sevk sistemini bertaraf ederek dolululuğunu sağlamak, hastaların basamakları ile oynama yaparak SGK’dan üst sınırdan ödeme almak, hastaların mevcut durumlarını evrak işlemlerine farklı yansıtarak (entübe olanı entübe olmayan şekilde, entübe olmayana entübe olan şekilde, kullanılmayan ilaçları kullanılmış şekilde vb) gibi yöntemlere evrak sahteciliği yapmak sureti ile SGK’ya fatura etmek, hastaların mevcut durumlarını olduğundan daha ağır göstererek daha uzun süre yatış sağlayıp SGK’dan yüksek ücret tahsil etmek ve bazı hasta yakınlarından fazladan ücret adı altında para almak gibi işlemlerle maddi çıkar elde etmek ve SGK’yı dolandırmak olduğu, bu kapsamda örgüt lideri ve yöneticilerinin elde ettikleri kârı çoğunluğu sağlık çalışanı olan örgüt üyesi şüphelilerle paylaştığı, hastane sahipleri ve başhekimlerinin örgüt hiyerarşisine dahil olmamakla birlikte örgüte yardım ederek kendilerinin de maddi çıkar sağladığı, alınan ifadeler ve yapılan tüm tahkikat işlemi doğrultusunda şüphelilerin yaptıkları bu işlemlerle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde elde edilen kazancı 3-4 katı artırdıkları, hastane yönetimlerinin F.S. liderliğindeki örgüt ile elde edilen kârı oransal olarak paylaştığı, netice olarak 112 sevk sistemi bertaraf edildiği için bebek hastaların uygun sağlık hizmeti almasını sağlayacak hastanelere sevki yerine şüphelilerin seçtiği örgüt adına kârlı gördüğü hastanelere yatışının yapıldığı, bu noktada esas amacın bebeklerin sağlık durumunun iyileştirilmesi değil maddi olarak en fazla kazanç elde edilmesi olduğu, ayrıca bebeklerin uzun süre şifa bulmasına rağmen her türlü enfeksiyona açık olan yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatırılmasının kimi bebeklerde enfeksiyon kapma gibi rahatsızlıklara kimi bebeklerde ise ölüme dahi sebep olduğu, şüphelilerin usulsüz şekilde düşümünü yaptıkları currosurf infasurf gibi ilaçları hastaneden çıkartarak satıp maddi kazanç elde ettikleri, Özel Hastaneler Yönetmeliği’ne aykırı şekilde işletme devri yapılarak danışmanlık hizmeti adı altında F.S. liderliğindeki yenidoğan suç örgütünün çok sayıda hastaneye az sayıda doktorla hizmet vermeye çalışması nedeni ile aslında sağlık hizmetinin doğrudan hemşire ve hatta hemşire yardımcıları ile verildiği, bu nedenle bebek ölüm sayılarının arttığı ve tıbbi uygulamalardan uzak tek düze, bebeklerin mevcut özel sağlık durumları ile bağdaşmayan uygulamalar gerçekleştirildiği, hemşirelerin kendisini doktor olarak tanıttığı ve doktor olarak müdahalede bulundukları, şüphelilerin S.Y., R.K., F.A. ve G.M.Ö. sayesinde yenidoğan yoğun bakımlarını kapasitenin üzerinde doldurduğu, hemşireler eli ile usule aykırı gerçekte

bağdaşmayan epikriz raporları yazıldığı, nitekim şüphelilerin dijital materyalleri incelendiğinde, ‘kötü hasta değerleri, iyi hasta değerleri’ gibi şablon hasta değerlerinin yer aldığı, bu kapsamda ve alınan ifadeler kapsamında şüphelilerin çoğu zaman hastaların kan gazı, kan değerleri, enfeksiyon olup olmadığı gibi hususlarda gerçekte bir tetkik veya tahlil yapmaksızın kendi gözlemlerine göre bebeği iyi veya kötü olarak kategorize edip raporlarını şablon olarak tek elden merkezden hastane dışından yazdıkları, bunun sonucu olarak hangi bebeğe hangi tedavinin uygulanacağı yönünden tereddütler yaşandığı, bebekler için hayatını kaybetmeye kadar varan telifisi mümkün olmayan sonuçlar doğurduğu, bu kapsamda her ne kadar savunma avukatları soruşturmaya konu eylemlerin malpraktis davalarının konusu olduğu, taksirle öldürme suçunun oluşacağı, sağlık bakanlığından izin alınması gerektiği yönünden iddialarda bulunmuşlar ise de, şüphelilerin hasta bebeklere uygun tedavi sunmadıklarını bildikleri, yoğun bakım ünitelerini kapasitenin üzerinde doldurdıkları, çok az sayıda doktor görevlendirdikleri, doktorların çoğu zaman hastaları görmediği, işlemlerin hemşireler eli ile yürütüldüğü, hemşirelerinde bebeklere müdahalede gecikmeler yaşadığı, aynı zamanda hastane imkanlarının da bebeklere müdahale edecek teknolojik ve tıbbi gereklere sahip olmadığı ve doktorların bebek hastalar fenalaşmasına, durumları kötü olmasına rağmen bebek başına gitmediği hususları birlikte değerlendirildiğinde kasti olarak görevi ihmal etme sebebi ile ölümlerin gerçekleştiği, şüphelilerin sözleşmeden kaynaklandığı yükümlülüğü kasıtlı olarak yerine getirmeyerek bebeklerin ölümüne sebep olduğu, bu sebeple eylemlerinin ihmalli davranışla kasten öldürme suçunu oluşturduğu,

F.S. liderliğindeki suç örgütünün Akabe Sağlık Tesisleri AŞ’ye ait özel Avcılar Hospital hastanesi, Özel İstanbul Şafak Sağlık Hizmetleri AŞ’ye ait Özel Avrupa Şafak Hastanesi ve Özel İstanbul Şafak Hastanesi, Medi Life Sağlık Hizmetleri Ltd Şti ve Yonca Sağlık Hizmetleri Ltd Şti’ye bağlı Özel Bağcılar Medilife Hastanesi ve Özel Beylikdüzü Medilife Hastanesi, Refik Arslan AŞ’ye bağlı Özel Bağcılar Şafak Hastanesi, Beymed AŞ’ye ait Özel Birinci Hastanesi, Doğamed AŞ’ye ait Özel Doğa Hospital Hastanesi, Reyap AŞ’ye ait Özel Reyap İstanbul Hastanesi ve Çorlu Reyap Hastanesi, Ekip Sağlık AŞ’ye ait Özel TRG Hospitalist Hastanesi, Esenler Güney Hastanesi, Silivri Kolan Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitelerini kiralayarak işletmesini devraldığı, söz konusu hastanelerden tamamında doktorlar yerine hemşirelerin sağlık hizmeti sunduğu, hastaların basamaklarında oynama yaparak usulsüz ilaç düşümü gerçekleştirerek uzun süreli yatışlar yaparak SGK dolandırıcılığı gerçekleştirildiği, F.S. ve İ.G. gibi doktorların hemşirelere hastaya neler yapılacağı ile ilgili uzaktan talimatlar verildiği ve hemşireler tarafından doktorlarca bizzat yapılması gereken invazif işlemleri gerçekleştirdikleri, bu kapsamda güncel tıbbi

uygulamalardan uzak şekilde bebeklerin hayatlarını tehlikeye atıp ölümlere neden olup SGK dolandırıcılığı gerçekleştirdikleri, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığınca görevlendirilen müfettişlerin tamamlayarak bakanlığa gönderdiği rapor içeriğine göre söz konusu hastanelerin ruhsatlarının iptal edilmesi talebinin yapıldığı, gerek müfettişlik tarafından yürütülen idari soruşturma dosyası, gerekse Cumhuriyet Başsavcılığımıza tarafından yürütülen adli soruşturma dosyasında yukarıda adı geçen hastanelerin ve tüzel kişiliklerin tamamen suçta kullanıldığı, mal varlıklarının suçtan elde edilen gelirlerden meydana geldiği, yenidoğan bebeklerin yaşam haklarının elinden alındığı, bu hastanelerin usulsüz TPN sözleşmesi yaparak bebeklere daha fazla kazanmak adına gerekli vitamin, mineral, magnezyum ve protein desteği vermeden TPN sözleşmesine aykırı olarak hijyenik olmayan ortamlarda hazırlanan ve yeterli şartları taşımayan besleyici sıvıların verildiği, bu hususların ve dosyamızda ihmalen öldürme fiili sonucu eks olan bebekler hakkındaki tespitler göz önüne alındığında yukarıda adı geçen tüzel kişiliklere özgü güvenlik tedbiri uygulanması, tüzel kişiliklerin kapatılması ve mal varlıklarına el konulması gerektiği anlaşılmıştır.

Ele geçirilen dijital materyallerde şablon hasta örnek dosyaları ve epikrizleri yer aldığı, hemşireler tarafından gerçeğe aykırı şekilde bu şablonların hastane dışında doldurularak SGK'ya fatura edildiği, yine dijital materyallerde usulsüz şekilde TPN sözleşmesi düzenlendiği, TPN sözleşmesinin yenidoğan yoğunbakım ünitesinde yatışı gerçekleştiren bebeklerin beslenmesi, ve kendilerini toparlaması amacı ile verilen besleyici maddeyi ifade ettiği, TPN cihazı bulunan hastanelerin bu sıvıyı hijyenik ortamda ürettikleri ve bu cihaz bulunmayan hastanelerin mecburi olarak cihaz bulunan bir hastane ile anlaşma yaparak besleyici sıvıyı bu hastaneden alması gerektiği ancak alınan ifadelerde suç örgütünün işletmesini devir aldığı hiçbir hastanede TPN sıvısı üreten cihazın faal olarak çalışmadığı, sözleşmelerin gerçeğe aykırı şekilde kaşelerin ve imzaların basılıp atılması sonucu düzenlendiği ve sıvıların yeterli standartları taşımaksızın hemşireler tarafından manuel olarak hijyenik olmayan ortamlarda üretildiği, nitekim uzman heyet görüşünde bazı bebeklerin yoğun bakıma girdikten sonra kilo alması gerekirken aksine ciddi kilo kaybı yaşadığının tespit edildiği, bu husus dikkate alındığında yenidoğan suç örgütünün ve örgüte yardım eden hastane yönetimlerinin sırf giderleri azaltmak ve maddi menfaat temin etmek adına bebeklere yeterli besin verme işlemini yerine getirmedikleri, nitekim dosya içerisindeki tapelerde 'TPN tüketimini azaltın' şeklinde talimatların yer aldığı, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından ilgili hastaneler ve suç örgütünün faaliyetlerini incelemek ve raporlamak için görevlendirilen müfettişlerin bebek ölümleri ile ilgili olarak alanında uzman neonatologlardan oluşan uzman heyetten aldığı görüşe göre hastanelerde tıbbi

imkansızlıklar, erken teşhis ve tedavi olmaması, birebir yakın hekim kontrolü olmaması, gerekli tetkik ve tahlillerin yapılmaması, hayati öneme sahip ilaçların kesilmesi, 3. Düzey olmamasına rağmen 3. Düzey hasta kabulü yapılması, doktorların hastaların klinik takip ve tedavisini üstlenmedikleri, ölüm sebeplerinin doktorlar tarafından ört bas edilmesi, TPN sıvısı içerisinde lipit multivitamin, fosfor ve magnezyum destekleri verilmemesi sonucu yeterli enerji protein desteği alamadığı için hastaların malmütrisyona (beslenme bozukluğu) sebep olduğu, bebeğin kalbi düşmesine rağmen adrenalin kullanılmaması, hastaların uzun süre yatışı yapıp uygun merkezlere sevk edilmemesi, ilaç hazırlanması ve saklanması ihmal gösterilmesi, hastalara protein ve lipit desteği yapılmaması, gerekli ilaçların uygun şekilde verilmemesi, uygun şekil ve süre canlandırma desteği uygulanmaması, sahte hasta dosyası düzenlenmesi, HASTAYA PASİF ÖTENAZİ UYGULANMASI, (Türkiye’de aktif ve pasif ötenazi uygulanmamaktadır. Kalp atımı tespit edilen her yeni doğan uygun canlandırma ve tedavileri alma hakkına sahiptir.) hastalara TPN sıvısı verilmediği, aylarca hastanelerin doktorsuz olarak çalıştırıldığı, bebek beslenmelerinin uygun olarak yapılmadığı, hekimin yerini hemşirelerin alarak tanı ve tedavi yönettiği, %90 yenidoğan bebeğin hayat haklarının ellerinden alındığı şeklinde tespitlerin yer aldığı,

Söz konusu kurula hitaben Cumhuriyet Başsavcılığımızca yazılan yazı da bebeklerin ölümü ile sağlık mensuplarının ihmali arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığı hususu sorulmuş olup, tespiti yapılan çoğu bebek tarafından uzman heyet görüşü ile adı geçen doktor ve hemşirelerin sorumlu olduğu belirtilerek ölüme ihmal arasında illiyet bağının kurulduğu, nitekim bazı ölümler açısından heyet tarafından illiyet bağı kurulamadığı, malpraktisin konusu olduğu gibi hususlara yer verildiği, bu kapsamda uzman heyet görüşü içerisinde sorumlu olarak gösterilen ve illiyet bağı kurulan şüphelilerin ihmalen öldürme suçunu işlediklerinin uzman heyet görüşü ile de tespit edilmiş olduğu anlaşılmıştır.

Şüphelilerin SGK dolandırıcılığı eylemlerine ilişkin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından müfettiş görevlendirilmesi yapıldığı ve hali hazırda kurum tarafından çalışmaların devam ettiği, kurum tarafından tamamlanacak olan raporun Cumhuriyet Başsavcılığımıza gönderilmesi halinde mahkemenize intikal ettirileceği, soruşturma dosyasına yansıyan bilgi, belge ve beyanlar doğrultusunda şüphelilerin eylemleri neticesinde SGK’nın zarara uğratılıp maddi menfaat temin edilerek kamu zararı oluştuğuna yönelik tereddüt ve şüphe bulunmadığı, ancak net kamu zararının SGK müfettişlerince yapılacak çalışma sonucunda tespit edilip rapor halinde sunulacağı,

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından şüphelilerin tıbbi uygulamaları ihmalen ölüme sebep olan davranışları, 112 sistemini bertaraf etmeleri, özel hastaneler

yönetmeliğine aykırı eylemleri, usulsüz TPN sözleşmesi düzenlenmesi, hastalara kasıtlı olarak veya ihmalen yanlış tedavilerin uygulanması, hastaların mevcut durumlarından bağımsız olarak matbu formlar üzerinden epikriz ve hasta dosyası hazırlanması ve benzeri gibi hususlarda rapor sunmak üzere görevlendirilen müfettişlerce rapor hazırlama sürecinin devam ettiği, raporun Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmesi halinde mahkemenize intikal ettirileceği,

Bu kapsamda şüphelilerin tutukluluk süreleri ve soruşturma dosyasının geldiği aşama ile toplanılan delillerin yeterliliği göz önüne alınarak kovuşturma aşamasına geçilebileceği anlaşılmıştır.” denilmiştir.

İddianamenin son sayfasında “NETİCE VE TALEP” kısmında:

Şüphelilerin atılı suçları işledikleri yönünde CMK’nın 170. maddesi uyarınca kamu davası açmayı gerektirir yeterli şüphenin olduğu anlaşıldığından şüphelilerin mahkemenizce yargılamalarının yapılarak eylemlerine uyan sevk maddeleri uyarınca ayrı ayrı CEZALANDIRILMALARINA,

İşlemiş oldukları kasıtlı suçlar nedeniyle TCK’nın 53. maddesi uyarınca BELLİ HAKLARI KULLANMAKTAN YOKSUN BIRAKILMALARINA,

İddianamede malen sorumlu olarak belirtilen hastaneler ve hastanelerin bağlı olduğu şirketler lehine dolandırıcılık suçu işlenerek maddi menfaat temin edildiğinden TCK’nun 169. maddesi yollaması ile TCK’nun 60/1-2 maddeleri gereğince TÜZEL KİŞİLERE ÖZGÜ GÜVENLİK TEDBİRİ UYGULANMASINA,

Şüphelilerden ele geçen telefon, sim kartı ve benzeri dijital materyallerin incelemesi bittikten sonra İADESİNE,

Şüpheliler hakkında adli sicil kayıtları ve örgüt mensubiyetleri gözetilerek TCK’nın 58. maddesi uyarınca TEKERRÜR HÜKÜMLERİNİN UYGULANMASINA,

Şüphelilerin gözaltında/tutuklulukta geçirmiş oldukları sürenin TCK’nın 63. maddesi uyarınca alacakları cezadan MAHSUBUNA,

CMK 325/1 maddesi gereğince tüm yargılama giderinin şüphelilerden TAHSİLİNE karar verilmesi kamu adına iddia ve talep olunur. 16/10/2024” şeklinde talep ve iddialara yer verilmiştir.

İddianamenin 1336 ncı sayfasında yer verilen ve iddianamenin maktullerinin belirlenmesinde yararlanılan, Sağlık Bakanlığı Müfettişliğince yapılan incelemede hazırlatılan 19/09/2024 tarihli ‘Uzman Görüşü’nde, on beş bebek hakkındaki bilgi ve belgeler değerlendirilmiş, bu bebeklerden dokuz tanesi düzenlenen iddianamede maktul olarak gösterilmiştir. Buna karşın Miray Sena BAHADİROĞLU, Asil Yılmaz TOPCAN, Mustafa

SEZER, Asilhan DAĞLI, Asil ATASOY, Hilal Rana TİYEK isimli bebeklerin hukuki durumu değerlendirilmemiştir.

Öte yandan iddianame kapsamında hazırlanan kolluk fezlekesinde yer verilen İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün özel hastanelerde gerçekleştirdiği olağandışı denetimlerin sonunda düzenlediği raporlarda çok sayıda bebeğin adı geçmektedir. Bu bebeklerden bir kısmının ölümünde ihmal olduğu, bazılarının ölümünde ihmal olup olmadığının belge eksikliği sebebiyle belirlenemediği raporlarda yer almaktadır.

İddianamede suç tarihi 2022-2023-2024 olarak gösterilmiş ise de, soruşturma dosyasında maktul olarak gösterilen bebeklerden ilkinin 05.07.2023 tarihinde, son bebeğin ise 18.01.2024 tarihinde öldüğü, nitelikli dolandırıcılık suçuna esas alınan dosya kapsamında incelenen hesap hareketlerinin 01.06.2023 tarihi ile 02.02.2024 tarihi aralığında olduğu, iletişimin denetlenmesi, tespiti ile teknik takip koruma tedbirlerinin 20.06.2023 tarihi ile 05.02.2024 tarihleri arasında uygulandığı anlaşılmıştır.

İddianame anlatımının 17 nci sayfasında 2400 adet suç içerikli olduğu değerlendirilen konuşma bulunduğu, 41 şüpheli şahsın suça karıştığı, 197 suça konu eylemin olduğu belirtilmiştir. Ancak iddianamede 47 şahıs şüpheli olarak gösterilmiş, iddianame anlatımında ise tespiti yapılan suça konu örnek eylemler başlığı altında 30 eylem anlatılmıştır.

Kovuşturma evresinde çok sayıda ailenin özel hastanelerde tıbbi ihmal sonucu bebeklerinin öldüğü iddiasıyla yaptıkları davaya katılma talepleri, Mahkeme tarafından iddialar hakkında dava açılmadığı gerekçesiyle reddedilerek Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurularında bulunulmuştur.

Tablo 29. İddianamede Yer Alan Suç Örgütü

Kamuoyunda “Yenidoğan Suç Örgütü” adıyla bilinen suç örgütünün; örgüt lideri F.S. üzerine 11.07.2018 tarihinde ticaret siciline tescilli yapılan Medisense Sağlık Hizmetleri Arge Bilişim Limited Şirketi aracılığı ile İstanbul’da bulunan (<i>Avcılar Hospital, Avrupa Şafak, İstanbul Şafak, Bağcılar Medilife, Beylikdüzü Medilife, Bağcılar Şafak, Birinci, Doğa Hospital, Reyap İstanbul, Çorlu Reyap, TRG Hospitalist, Esenler Güney ve Silivri Kolan</i>) özel hastanelere hasta danışmanlığı hizmeti adı altında söz konusu özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin işletmesini Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin 10. maddesine aykırı şekilde kiralarak devraldığı, hastaların uygun sağlık hizmeti almasını sağlayacak hastanelere sevkleri yerine 112 sevk sistemini bertaraf ederek örgüt adına işletilen özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yatışlarını gerçekleştirdiği, yenidoğan yoğun bakım ünitelerini kapasitelerinin üzerinde doldurduğu, bebek hastaların durumlarının evraka gerçeğe aykırı yansıtıldığı, evrakta ve hasta basamaklarında oynama yapılarak usulsüz ilaç düşümü gerçekleştirildiği, uzun süreli yatışlar yapıldığı, az sayıda doktor ve hemşire görevlendirildiği, bebeklere müdahale edecek teknolojik ve tıbbi gereklere sahip olmayan bu özel hastanelerde doktorların çoğu zaman hastaları görmediği, işlemlerin hemşireler eliyle yürütüldüğü, hemşirelerin bebeklere müdahalelerinde gecikmeler yaşandığı, bebek hastaların fenalaşmasına ve durumları kötü olmasına rağmen doktorların bebeklerin başına gitmediği, ihmali davranışlarla bebek ölümlerinin yaşandığı, bu şekilde suç tarihleri arasında sahte resmî evrak tanzim edildiği, SGK’nın dolandırıldığı, ihmali davranışla kasten bebeklerin ölümüne yol açıldığı iddia edilmiştir.		
ÖRGÜT KURUCU VE YÖNETİCİLERİ	ÖRGÜT ÜYELERİ	ÖRGÜTE BİLEREK VE İSTEYEREK YARDIM EDENLER
1- F.S. (Hekim) 2- İ.G. (Hekim)	1- S.Y. (Başhekim) 2- D.E., (Hekim)	1-A.A.Y., (Başhekim) 2- C.A., (Başhekim)

3-G.M.Ö. (112 Çalışanı)	3- M.G., (Hekim) 4- M.S.K., (Hekim) 5- R.K., (Hekim) 6- Ş.Ç., (Hekim) 7- A.G.B. (Hemşire) 8- B.K., (Hemşire) 9- B.Ç., (Hemşire) 10- C.A., (Hemşire) 11- C.H.K., (Hemşire) 12- C.Ç., (Hemşire) 13- Ç.D., (Hemşire) 14- D.A., (Hemşire) 15- D.K., (Hemşire) 16- E.K., (Hemşire) 17- H.D.T., (Hemşire) 18- H.B.G., (Hemşire) 19- H.G., (Hemşire) 20- M.H.B., (Hemşire) 21- M.S., (Hemşire) 22- R.M., (Hemşire) 23- S.Ş., (Hemşire) 24- S.N.T.(A.), (Hemşire) 25- T.Ö.(B.), (Hemşire) 26- T.T., (Hemşire) 27- G.K.Y. (Tıbbi Sekreter) 28- S.Ö., (Tıbbi Sekr.) 29- M.M., (TRG Gn.Müd.) 30- E.A. (Hasta Hizmetleri Müdürü) 31- M.K., (İşl. Md. Yrd.) 32- F.Ö. (Muhasebeci) 33- F.A. (112 personeli) 34-R.K. (Esenyurt Bld. 112) 35- S.Y. (112 Personeli)	3- F.R.Y., (Başhekim) 4- H.Y., (Başhekim) 5- V.K., (Başhekim) 6-A.A., (Mesul Müdür) 7- A.D., (Mesul Müdür) 8- A.M.Y., (Özel Hastane İşletmecisi) 9-H.G., (112 şoförü)
-------------------------	--	---

Tablo 30. İddianamede Şüphelilere İsnat Edilen Suçlar

- Suç işlemek amacıyla örgüt kurma suçundan 1 şüphelinin, - Örgüt yöneticiliği suçundan 2 şüphelinin, - Örgüt üyeliği suçundan 35 şüphelinin, - Örgüt içindeki hiyerarşik yapıya dâhil olmamakla birlikte kurulmuş örgüte bilerek ve isteyerek yardım etmek suçundan 9 şüphelinin, cezalandırılmasının istendiği
Zincirleme suretiyle nitelikli dolandırıcılık suçundan 43 şüphelinin cezalandırılmasının istendiği,
Resmi belgede sahtecilik suçundan, - 3 şüphelinin 11 kez, - 9 şüphelinin ise 1'er kez, cezalandırılmasının istendiği
İhmalî davranışla kasten adam öldürme suçundan, - 3 şüphelinin 10 kez, - 1 şüphelinin 4 kez, - 1 şüphelinin 3 kez, - 1 şüphelinin 2 kez, - 15 şüphelinin ise 1'er kez, cezalandırılmasının istendiği
Suç delillerini yok etme gizleme veya değiştirme suçundan, - 2 şüphelinin cezalandırılmasının istendiği
Kişisel verileri aykırı olarak ele geçirme ve yayma suçundan, - 1 şüphelinin cezalandırılmasının istendiği

Tablo 31. İddianamede Maktul Sıfatıyla Yer Alan Bebekler

Sıra No	ÖLEN BEBEGİN ADI SOYADI	ÖLÜM TARİHİ	HASTANE ADI	ÖLÜM NEDENİ
1	Mive ERDAROVA	05.07.2023	Özel Birinci	Gerekli takviyelerin verilmemesi, yeterliliği olmayan hastaneye sevk ve tedavi yaptırılması, kalp ameliyatı yapılmaması
2	Kerem Muhammed TOKLUOĞLU	12.07.2023	Özel Avcılar	Uygun canlandırma işleminin yapılmaması, solunum cihazı destek cihazının ayarlamada hekimin yetersiz oluşu
3	Roua KADAN Bebek	14.08.2023	Özel Trg Hospital	Solunum sıkıntısı olan hastaya doğru tedavi uygulanmadığı gibi canlandırma işleminin yapılmaması
4	Melek SÜLEYMANOĞLU	14.10.2023	Bağcılar Medilife	Gerekli takviyelerin verilmemesi, yeterliliği olmayan hastaneye sevk ve tedavi yaptırılmaması, kalp ameliyatı yapılmaması
5	Havanur KARAKOÇ	19.10.2023	Bağcılar Medilife	Yenidoğan bebeğe gerekli takviyeleri vermemek ve tedaviyi hemşireye bırakmak
6	Kaya Bebek	15.11.2023	Özel Güney	Hastane yeterliliği olmayan üniteye alma, hemşireye tedaviyi bırakma
7	Halime ALKARİ Bebek	23.11.2023	Çorlu Reyap	Hasta başında doktorun bulunmaması ve etkin canlandırma işleminin yapılmaması
8	Ayaz KARADUMAN Bebek	28.11.2023	Özel Bağcılar	Metabolik hastalık konusunda erken teşhis ve tedavi eksikliği
9	Öykü HELVACI Bebek	29.11.2023	Bağcılar Medilife	Canlandırma işleminin hemşireler tarafından yapılması
10	Michelle Nwando OPARA Bebek	18.01.2024	Beylikdüzü Medilife/Özel Birinci	Doktoru olmayan yenidoğan yoğun bakıma sevk edilmesi ve hemşire tarafından doktor muayenesinin yapılması

Tablo 32. Tutuklama ve Adli Kontrol Koruma Tedbirleri

TARİH	TUTUKLAMA	ADLİ KONTROL
09.02.2024	-	1 (30.04.2024 de tutuklama)
27.04.2024	-	5
29.04.2024	5 + (1 dosyası ayrılan)	3 (resen kaldırılan 1 kişi)
29.04.2024	4	3 (resen kaldırılan 1 kişi)
29.04.2024	2	-
30.04.2024	2	8
30.04.2024	1	1 (29.07.2024 da tutuklama)
29.07.2024	2	-
30.07.2024	2	-
01.08.2024	4	1
01.08.2024	-	4 (resen kaldırılan 1 kişi)
08.08.2024	-	1
TOPLAM	22 + (1)	22 + 5

4.3.3. Kovuşturma Evresi

Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından 16.10.2024 tarihli ve 2024/111433 soruşturma, 2024/41328 esas, 2024/9825 iddianame numarası ile Bakırköy Nöbetçi Ağır Ceza Mahkemesine hitaben düzenlenen iddianame, Bakırköy 22.Ağır Ceza Mahkemesince 28.10.2024 tarihli ve 2024/279 iddianame değerlendirilme numarası ile kabul edilerek

2024/440 esas sırasına kaydedilmiştir. 28.10.2024 tarihinde tensip zaptı düzenlenmiş ve ilk duruşmanın 18.11.2024 tarihinde yapılmasına karar verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Müfettişleri tarafından düzenlenen 28.09.2024 tarihli ve 165/3, 046/02 sayılı inceleme raporu, Bakanlık Makamından alınan 18.10.2024 tarihli ve 257253070 sayılı Onay ekinde (2) iki adet e-dosya ve (1) bir adet CD halinde Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesinin 2024/440 sayılı dosyasına iletilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Müfettişlerinin düzenlediği 2023-01-0451 sayılı raporun “*c) Yenidoğan Yoğun Bakım Servislerinde İhmallere Bağlı Olarak Bebek Ölümünün ve Engellik Durumlarının Yaşanması:*” başlığı altında; 14.12.2023 tarihli İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü YYBÜ Denetim Değerlendirme Komisyonu Raporunda ve polis fezlekesinde yer alan değerlendirmelere, Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 28.06.2024 tarihli ve 2023/37693 soruşturma sayılı yazısında adları belirtilen 9 bebek, tape kayıtlarından kimliği belirlenen bebek olan Roua KADAN, 15.03.2024 tarihli ve 23358578 sayılı SABİM başvurusundaki eks bebek olan Asil Yılmaz TOPCAN, 29.04.2024 tarihli ve 2401506475 sayılı CİMER başvurusundaki eks bebek olan Miray Sena BAHADIROĞLU, 29.04.2024 tarihli ve 23566775 sayılı SABİM başvurusundaki eks bebek olan Mustafa SEZER, 08.05.2024 tarihli ve 23615644 sayılı SABİM başvurusundaki bebek olan Asil ATASOY, 26.06.2024 tarihli ve 2402155456 sayılı CİMER başvurusundaki bebek olan Hilal Rana TİYEK, 17.07.2024 tarihli ve 2402455443 sayılı CİMER başvurusundaki bebek olan Asilhan DAĞLI’nın ölümleri hakkında üç kişilik uzman ekipten alınan tıbbi görüşe yer verilmiştir.

Toplanan bilgi ve belgeler ışığında;

F.S.’nin, bebek Michelle Nwando OPARA, bebek Halime ALKARİ, bebek Mustafa SEZER, bebek KADAN, bebek Asilhan DAĞLI,

İ.G.’nin, bebek Ayaz KARADUMAN, bebek Havanur KARAKOÇ, bebek Öykü HELVACI, bebek Kerem Muhammet TOKLUOĞLU, Bebek KADAN,

D.E.’nin, bebek Ayaz KARADUMAN, bebek Havanur KARAKOÇ, bebek Öykü HELVACI, bebek Melek SÜLEYMANOĞLU, Bebek KADAN,

Ş.Ç.’nin bebek KAYA, bebek Mive SERDAROVA,

Z.Ö.’nün bebek Kerem Muhammet TOKLUOĞLU,

H.D.T.’nin bebek Michelle Nwando OPARA,

D.A.’nın, bebek KAYA,

B.K.’nın bebek Halime ALKARİ,

C.A.’nın, bebek Ayaz KARADUMAN, bebek Havanur KARAKOÇ, bebek Öykü HELVACI,

A.A.’nın, bebek Michelle Nwando OPARA,

A.D.’nin, bebek KAYA,

V.K.’nın bebek KADAN’ın,

Yenidoğan yoğun bakım servislerindeki takip ve tedavilerinde ihmal ve sorumluluklarının bulunduğu kanaati bildirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığının 28.09.2024 tarihli 165/3, 046/02 sayılı inceleme raporuna istinaden Bakanlık Makamından alınan 18.10.2024 tarihli ve 257253070 sayılı Onay’da;

“NETİCE VE KANAAT” bölümünde “DİSİPLİN YÖNÜNDEN” gereğinin Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne,

Raporun “NETİCE VE KANAAT” bölümü “İDARİ YÖNDEN” başlığı 1.madde altında getirilen önerinin gereğinin Sağlık Meslekleri Kurulunca,

Rapor “NETİCE VE KANAAT BÖLÜMÜ” bölümü “İDARİ YÖNDEN” başlığı 2.madde ile 7.maddesinin (2.paragrafı) altında getirilen önerinin gereğinin Tabipler Birliğince,

Raporun “NETİCE VE KANAAT” bölümü “İDARİ YÖNDEN” başlığı 3, 4, 5, 6 ve 7 (1.paragrafı), 8, 9, 10 ve 11. maddelerinin altında getirilen önerinin gereğinin Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne,

Raporun “NETİCE VE KANAAT” bölümü “İDARİ YÖNDEN” başlığı 12.maddenin altında getirilen önerinin ayrıca gereğinin Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca,

Rapor konusunun mali yönden değerlendirilmesinin gereğinin Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca,

Raporun “NETİCE VE KANAAT” bölümü “İDARİ YÖNDEN” başlığı 10.maddenin altında getirilen önerinin gereğinin İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne,

Raporun “NETİCE VE KANAAT” bölümü “ADLİ YÖNDEN” başlığı 1.maddesi altına getirilen “Uzm. Dr. F.S., Dr. İ.G., Uzm. Dr. D.E., Uzm. Dr. Ş.Ç., Uzm. Dr. Z.Ö., H.D.T., D.A., B.K., Uzm. Dr. C.A., Uzm. Dr. A.A., Uzm. Dr. A.D., Uzm. Dr. V.K.’nın alınan tıbbi mütalaaya göre bebeklerin ölümlerinin veya engelliliklerinde sorumlulukları bulunduğu ve adı geçenler hakkında Sağlık Bakanlığı Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından ön inceleme yapılmasının uygun olacağı” şeklindeki önerinin gereğinin Bakanlığın Mesleki Sorumluluk Kurulunca,

Raporun “NETİCE VE KANAAT” bölümü “ADLİ YÖNDEN” başlığı 3.maddesi altında getirilen “konu kapsamında incelemesi yapılanlar hakkında, İstanbul Büyükşehir Mece

Cumhuriyet Başsavcılığınca yürütülmekte olan 2023/37693 sayılı CBS soruşturma dosyası bulunduğundan, raporun bir suretinin Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmesinin uygun olacağı” şeklindeki önerinin gereğinin Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığınca,

Takibi” şeklinde kanaat bildirilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Müfettişliği tarafından, Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına hitaben yazılan “Savcılık Yazısı” konulu, 25.10.2024 tarihli ve 120780/104722149 sayılı yazıda, iddianamedeki deliller çerçevesinde anılan hastaneler ve şirket ortaklarının mal varlıklarına tedbir konması gerektiği düşüncesi dile getirilmiş, yazı ve ekleri 25.10.2024 tarihinde Bakırköy 22.Ağır Ceza Mahkemesi 2024/440 esas sayılı dosyasına gönderilmiştir.

Bakırköy 22.Ağır Ceza Mahkemesi 2024/440 esas sayılı dosyasının 18.11.2024 tarihli 1 inci celsesinde, E.T. vekilinin, B.D. bebek velisi K.D. vekilinin, T.M.B. ve R.E.B. vekilinin, Y.K.E.’nin babasının, H.O. ve A.O. vekilinin, C.S. ve S.S. vekilinin, A.D. ve O.D. ve S.H.K.D. vekilinin katılma talepleri, beyanlarında belirttiği olaylara ilişkin mahkemeye açılan kamu davası olmadığından reddedilmiştir.

18.11.2024 tarihinde başlayan 1 inci celseye; 19.11.2024, 20.11.2024, 21.11.2024, 22.11.2024, 23.11.2024, 26.11.2024, 27.11.2024, 28.11.2024, 29.11.2024, 02.12.2024, 03.12.2024, 04.12.2024 tarihlerinde devam edilmiştir.

Bakırköy 22.Ağır Ceza Mahkemesi tarafından yapılan duruşmanın 04.12.2024 tarihli celsesinde:

Müştekiler M.H.K., E.K., B.N.O., M.N.P.A., E.T., M.T., H.H.’nin duruşmaya katılan ve vekillerinin katılan vekili olarak kabullerine, suçtan zarar görme ihtimaline binaen Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının dava ve duruşmalara katılan, vekillerinin de katılan vekili olarak kabullerine karar verilmiştir.

C.U. ve Y.U., A.K., A.Y., M.Ç., H.A.O. ve M.O., İ.S.E., S.K. ve İ.K., N.Ö., S.Ö., Z.Ö., K.D., Ö.C., Ş.C., A.S.C., E.A., K.A., E.A., E.A., E.S.A.’nın beyanlarında belirttiği olaylara ilişkin mahkemeye açılan kamu davası olmadığından katılma taleplerinin ayrı ayrı reddine, ayrıca bu dosya kapsamında düzenlenen iddianamede dava konusu yapılmayan olaylara ilişkin şikâyet ve ihbar içerikli taleplerin Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına ihbar mahiyetinde gönderilmesine karar verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğüne müzekkere yazılarak, iddianamede adı geçen hastanelerde 01.01.2022-01.04.2024 tarihleri arasında canlı doğumu gerçekleşen bebek sayısının kaç tane olduğu, bu hastanelerin yenidoğan yoğun bakım

ünitelerine 112 aracılığıyla kaç tane bebek sevk edildiği, yine bu hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerine 112 dışında kaç tane bebek yatışının olduğunu, bu yatışların ne şekilde yapıldığı hususlarında detaylı araştırma yapılarak mahkemeye bilgi verilmesi istenmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığına müzekkere yazılarak iddianameye konu olan olaylar kapsamında, daha önce mahkemeye gönderilen 28.09.2024 tarihli inceleme raporu dışında başkaca düzenlenen rapor olup olmadığı sorulmuş, başkaca rapor varsa bu raporun akıbetinin araştırılarak ivedi olarak mahkemeye gönderilmesi istenmiştir.

İddianamede adı geçen hastanelerde 01.05.2023-01.04.2024 tarihleri arasında yapılan olağanüstü denetim raporları İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden istenmiştir.

İddianamede adı geçen malen sorumlu şirketlerin 01.01.2022-01.05.2024 tarihleri arasında yetkili temsilcilerinin kimler olduğu İstanbul Ticaret Sicili Müdürlüğünden sorulmuştur.

Michelle NWONDO OPARA isimli bebeğin ölümüne ilişkin sanık Ş.Ç., Roua KADAN isimli bebeğin ölümüne ilişkin sanık D.E., KAYA isimli bebeğin ölümüne ilişkin H.K. ile S.K., Kerem Muhammed TOKLUOĞLU isimli bebeğin ölümüne ilişkin Z.Ö. ile sanık S.Ş. hakkında ihmalî davranışla kasten adam öldürme suçundan, Silivri Kolan Hastanesi Mesul Müdürü B.M. ve Birinci Hastanesinde Genel Müdür olarak çalışan H.Y. hakkında kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık suçundan ve iddia makamının mütalaasındaki 2, 8 ve 18 numaralı suç duyurusu talepleri yönünden gerekli soruşturmanın yapılması için Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne müzekkere yazılarak, 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun'un 3 ve 6 ncı maddeleri gereğince görevlendirilecek muhakkikin soruşturma izni hususunda dosya kapsamı dikkate alınarak ivedi şekilde ön inceleme yapılması ve yapılan ön inceleme sonucunda Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından soruşturma izni verilip verilmeyeceği hususunda yapılacak değerlendirme sonucunda verilecek kararın mahkemeye gönderilmesi istenilmiştir.

Tutuklu sanıkların tutukluluk hallerinin devamına ve ayrıca sanıklar M.G., Ş.Ç. ve M.M.'nin kamu kurumu ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan ayrı ayrı tutuklanmalarına, sanıklar A.D., A.A., C.H.K., S.Ş. kamu kurumu ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçundan tutuklanmalarına yönelik haklarında yakalama emri düzenlenmesine, haklarında adli kontrol kararı bulunan sanıklar hakkında adli kontrol tedbirlerinin her bir sanık yönünden ayrı ayrı olarak uygulanmasına, sanıklar B.K., B.Ç., C.Ç., E.K., G.K.Y., R.M., S.Y, S.Ö. ve T.Ö. hakkında ayrı ayrı 5271 sayılı Kanun'un 109 uncu maddesinin

üçüncü fıkrasının (a) bendi uyarınca yurtdışına çıkmamak şeklinde adli kontrol tedbiri uygulanmasına, tutuklu sanıkların tutukluluk durumlarının 02.01.2025 tarihinde değerlendirilmek üzere duruşmanın 10.01.2025 tarihine bırakılmasına karar verilmiştir.

Hakkında yakalama kararı bulunan A.D.’nin 27.12.2024 tarihinde sorgusu yapılarak tutuklanmasına karar verilmiştir.

Bakırköy 22.Ağır Ceza Mahkemesi tarafından yapılan yargılamanın 10.01.2025 tarihinde başlayan 2 inci celsesine 11.01.2025, 12.01.2025, 13.01.2025, 14.01.2025 tarihlerinde devam edilmiştir.

14.01.2025 tarihinde, bir kısım sanık müdafileri tarafından reddi hâkim talebinde bulunulmuş, reddi hâkim talebinin değerlendirilmesi için dosyanın Bakırköy 23. Ağır Ceza Mahkemesine gönderilmesine, tutuklu sanıkların tutukluluk hallerinin devamına, sanıklar A.A., C.H.K. ve S.Ş. hakkında çıkarılan tutuklama emirlerinin infazının beklenilmesine ve akıbetinin sorulmasına karar verilerek oturum 18.02.2025 tarihine bırakılmıştır.

Bakırköy 22.Ağır Ceza Mahkemesi’nin 24.02.2025 tarihli 20 nolu oturumunda;

T.N., Z.N., İ.S.E., A.T.K.’nin beyanlarında belirttiği olaylara ilişkin açılan kamu davası olmadığından davaya katılma taleplerinin ayrı ayrı reddine, şikâyet içerikli dilekçelerinin ihbar mahiyetinde Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmesine, M.A. isimli şahıs tarafından sunulan beyan dilekçesinin gereğinin takdir ve ifası için ihbar amacıyla Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmesine,

01.02.2025 tarihinde vefat eden tutuklu sanık İ.G. yönünden dosyanın tefrik edilmesine,

İddianamede yer alan maktul bebeklerin her birinin ölüm sebeplerinin ne olduğu, uygulanan işlemlerin tıbben uygun olup olmadığı, konulan teşhisler ile uygulanan tedavilerin doğru olup olmadığı, tıbbi uygulama hatasının bulunup bulunmadığı, ihmal suretiyle kasten adam öldürme suçundan yargılanan sanıkların ve/veya başkaca tespit edilebilecek kişi veya kişilerin kusurlarının olup olmadığı, kusur izafe edilecek herhangi bir davranışın tespiti halinde bu kusurlu davranış ile ölüm arasında illiyet bağının olup olmadığı, kusur izafe edilen davranışların tam olarak yerine getirilmesi durumunda dahi ölümün gerçekleşip gerçekleşmeyeceğine ilişkin Adli Tıp Kurumundan rapor alınmasına,

Sanıklar A.A., C.H.K. ve S.Ş. hakkında çıkarılan tutuklamaya yönelik yakalama emirlerinin infazının beklenmesine,

Tutuklu sanıklar E.A., F.Ö., H.G. ve S.Y.’nin adli kontrol tedbiri uygulanmak suretiyle ayrı ayrı tahliyelerine,

Sanıklar C.A., Ç.D., D.A., D.K., D.E., F.A., F.S., G.M.Ö., H.D.T, H.B.G., H.G., M.H.B., M.S., R.K., R.K., S.N.T., T.T., M.G., Ş.Ç., M.M. ve A.D.’nin tutukluluk hallerinin devamına,

Karar verilerek duruşma 21.04.2025 tarihine talik edilmiştir.

18.03.2025 tarihli ve 2025/29272 soruşturma, 2025/12088 esas numarası ile ana dava ile birleştirme talepli, 8’i tutuklu olmak üzere 13 şüpheli hakkında nitelikli dolandırıcılık, suç işlemek amacıyla kurulan örgüte üye olma, resmî belgede sahtecilik, suç işlemek amacıyla kurulan örgüte bilerek yardım etme suçlarından Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından düzenlenen iddianamenin mahkemenin 2025/148 esas sırasına kaydı yapıp tensiple 2024/440 esas sayılı dosya üzerinde birleştirilmiştir.

21.04.2025 tarihli oturumda, birleşen dava dosyasında yer alan sanıkların savunmalarının tespitine geçilmiştir.

30.04.2025 tarihli duruşmada 10 sanık hakkında tahliye kararı verilerek duruşmanın 30.06.2025 tarihine ertelenmesine karar verilmiştir.

02.07.2025 tarihli duruşmada ise 3 tutuklu sanık hakkında tahliye kararı verilmiştir.

19.08.2025 tarihinde Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı tarafından Havanur KARAKOÇ, Michelle NWANDO OPARA bebek, Öykü HELVACI bebek, Ayaz KARADUMAN bebek, KAYA bebek, Mıve SERDAROVA bebek, Melek SÜLEYMANOĞLU bebek, Kerem Muhammed TOKLUOĞLU bebek, ROUA KADAN bebek, Halime ALKARİ bebek olmak üzere dosyada maktul sıfatıyla yer alan tüm bebekler hakkında ayrı ayrı düzenlenen mütalaa Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesine gönderilmiştir.

Havanur KARAKOÇ bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- Bebeğin ölümünün ağır malnutrisyon, kronik akciğer hasarına bağlı ağır solunum yetmezliği, kistik ensefalomalazi ve sepsis (kanda ve çok sayıda organda enfeksiyon) sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Tape kayıtlarında bebeğin (Havanur Karakoç) aspire etmiş olduğu fakat yakın takibi yapılmadığından bunun geç farkedilmiş olduğu, epikrizde bebeğin entübe olduğu belirtildiği halde Dr. İ.G. ile hemşire Ç.D. arasında yapılan telefon konuşmalarında bebeğin entübe olmadığı hakkında konuşmalar olduğu, arrest olduğunda bebeğe uygun şekilde müdahale edilmemiş olduğu, epikrizlerin yardımcı sağlık personelleri tarafından sonradan doldurulmuş olduğu, bebeğin arrest olduğu sırada Dr. D.E.’nin hastanede olmadığını anlaşıldığı, bu durumun tıp kurallarına uygun olmadığı,

3- Otuzdört (34) haftalık iken doğan yenidoğan bir bebeğin ağırlığının 3760 gram olmasının beklenmediği (daha düşük bir ağırlıkta olması beklendiği), bebek doğduktan sonra

3760 gram tartıldığıının kayıtlı olduğu, yatışının 10. gününde ise yaklaşık 1850 gram olduğunun kayıtlı olduğu, yaklaşık 10 günde bu kadar tartı kaybının tıbben açıklanmasının mümkün olmadığı ve yaşamla bağdaşmasının da beklenmediği,

Doğumundan itibaren konjenital pnömoni tanısı ile antibiyotik başlanan bebekte konjenital pnömoni tedavisinin en fazla 10-14 gün olması gerektiği, bebeğin 18 gün entübe kalmasının konjenital pnömoni tanısı ile uyumlu olmadığı,

Bebekte gelişen kistik ensefalomalazi ve kronik akciğer hasarı tablosunun uygunsuz ventilasyon nedeniyle meydana gelmiş olduğunun değerlendirildiği, bebekte tespit edilen intrauterin bağırsak perforasyonu ve sonrasında bebeğe yapılan ameliyatla ilişkisinin bulunmadığı,

Dosyada bebeğe yapılan ameliyatın raporu ve çocuk cerrahisine ait konsültasyon notları bulunmamakla birlikte bağırsak perforasyonu nedeniyle ameliyat edilen ve sonrasında epikrizden anlaşıldığı kadarıyla ameliyata ilişkin herhangi bir komplikasyon gelişmeyen bebeğin takip eden günlerinde klinik durumunda bir iyileşmenin beklenildiği, dosya içerisinde iyileşmeye dair herhangi bir kaydın bulunmadığı, bebekte herhangi bir iyileşme kaydedilmemesinde uygun olmayan tedavi ve beslenme eksikliğinin rol oynadığının düşünüldüğü,

Intrauterin bağırsak perforasyonunun nedenleri arasında ağır plasental yetersizlik ve intrauterin gelişim geriliği gibi sebeplerin bulunduğu tıbben bilindiği ancak bebeğin doğum ağırlığı dikkate alındığında bebekte plasental yetersizlik veya intrauterin gelişim yetersizliği olduğuna dair herhangi bir veri bulunmadığı,

Tüm bu hususlar göz önüne alındığında dosyada mevcut tıbbi belgelerin adli belgelerde de belirtildiği üzere doktor olmayan kişilerce bebeğin gerçek klinik durumunu yansıtmayacak şekilde düzenlenmiş olduğunun anlaşıldığı ve bunun tıp kurallarına uygun olmadığı,

4- Doğum ağırlığı 3760 gram olarak kayda alınan ve yapısal akciğer anomalisi olmayan bir bebeğin 18 gün boyunca entübe kalmasının tıbben uygun olmadığı, epikrizde intrauterin bağırsak perforasyonu tanısı olan bebeğe doğduktan hemen sonra TPN (ağız yoluyla beslenemeyen hastaların besin ihtiyacını karşılayacak şekilde hazırlanan ve damar yoluyla verilen karışım) başlanmamasının tıbben uygun olmadığı, bebeğin 10 günde yaklaşık 1000 gram tartı kaybının bebeğin ihtiyacı olan TPN'nin sağlanamaması, bebekte gelişen kronik akciğer hasarının bebeğin nedeni açıklanamayacak bir şekilde aralıksız olarak 18 gün boyunca entübe olması ile, bebekte gelişen kistik ensefalomalezinin ise uygunsuz ventilasyona bağlı metabolik durumunun bozulması ve beyin dolaşımının etkilenmesi ile

ilişkili olduğunun düşünüldüğü, prenatal bağırsak perforasyonu tanısı olan ve doğumdan sonra 2. günde ameliyat edilerek 7 cm'lik bağırsak segmenti çıkarılan bebekte ameliyatı sonrası 24. güne kadar enteral beslenmeye başlanmamasının tıbben uygun olmadığı, bebeğe protein ve lipid içeren TPN verilmediği gibi enteral beslenmeye başlanmamasının da malnutrisyona katkıda bulunduğu, kan gazında bebeğin metabolik ve respiratuar alkalozu olduğu halde ventilasyon ayarlarının uygun şekilde düzenlenmemiş olduğu, buna bağlı bebekte hipokarbi sonucunda kistik ensefalomalazi gelişmiş olduğunun değerlendirildiği, intrauterin bağırsak perforasyonunun diğer olası bir nedeninin kistik fibroz hastalığı olduğu, fakat bebeğe bu yönde herhangi bir tetkik yapıldığına dair dosyada kayıt bulunmadığı, kistik fibroz hastalığına yönelik herhangi bir tetkik yapılmamasının tıbben uygun olmadığı, bebek doğduktan sonra yaklaşık 7. günden itibaren kilo alması beklenirken tıbben açıklanamayacak şekilde yaklaşık 1000 gram kilo kaybı olması ve bebeğin malnütrisyon tablosuna girmesinin 24. güne kadar enteral beslenememesi ve protein, lipid, multivitamin içeren TPN ile ihtiyacının karşılanmaması kaynaklı olduğunun düşünüldüğü, dolayısıyla bebeğe uygun içerikli parenteral beslenme sağlanmamasının tıp kurallarına uygun olmadığı,

5- İddianamede tespiti yapıldığı üzere bebek arrest olduğunda herhangi bir doktorun bebeğin yeniden canlandırma işlemine katılmamasının tıbben uygun olmadığı gibi yardımcı sağlık personeline de bebeğin yeniden canlandırma işleminin uygun yapılmadığının (E 86 nolu tapede Ç.D. ile İ.G. arasında geçen konuşmada bebeğin ölü morluklarının geliştiği halde sıvı tedavisine devam edildiği ancak herhangi bir yeniden canlandırma işlemi uygulanmadığının) anlaşıldığı, bu nedenle bebeğe zamanında etkin ve yeterli resüsitasyon uygulanmamasının tıp kurallarına uygun olmadığı,

6- Yukarıdaki maddelerde ayrıntılı olarak açıklandığı şekilde bebeğin uygun bakım, takip ve tedavisinin sağlanmamış olması nedeniyle bebeğin primer bakımından sorumlu olan Dr. D.E. ile yapılan sözleşme ile yenidoğan yoğun bakım sorumluluğunu üstlenen ancak bebeği görmeden, klinik durumunu bilmeden hemşirelere direktif vererek takip ve tedavi sürecini yöneten Dr. İ.G.'nin, bebeğin yakın takibini yapmaması ve arrest durumunu zamanında tespit edememesi nedeniyle sorumlu hemşire Ç.D.'nin eylemlerinin tıp kurallarına uygun olmadığı, söz konusu eylemlerle ve/veya ihmallerle bebeğin ölümü arasında illiyet bağının bulunduğu,

7- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlerinin (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların

günlük hastanelere gelerek ziyaret yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafilerin başka bebeklere çekilen grafilerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.'nin ayrıca tıbben sorumlu olduğu,

8- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Bağcılar Medilife Hastanesi Yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

Michelle NWANDO OPARA bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- Bebeğin ölümünün RSV pnömonisi (Respiratuar sinsityal virüs enfeksiyonu sonucu gelişen zatürre) ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu, tarafından uygulanmış olduğu, hemşireler tarafından hekimle görüşülmeksizin tedavi planının değiştirilmesinin uygun olmadığı, acil müdahale gereken hallerde hekime haber verilmeyip bebeğin takibinin ve tedavisinin hemşireler arasında yapılan telefon görüşmeleri ile sürdürüldüğünün anlaşıldığı, mesai saatleri sonrasında görevli icapçı hekimin bebeğin takibinden sorumlu olduğu ancak icapçı hekime bebeğin durumu hakkında bilgilendirme yapılmadığı, bu durumun tıp kurallarına uygun olmadığı, 18/01/2024 tarihinde sabah saatlerinde kalbi duran bebek için hekime haber verilerek acilen müdahale edilmesi gerekirken takibinde görevli hemşirelerce bebeğe zamanında etkin ve yeterli resüsitasyonun (canlandırma işlemi) uygulanmadığının anlaşıldığı, sabah saatlerinde öldüğü anlaşılan bebeğin ölüm saatinin ölüm belgesinde 13.10 olarak belirtilmesinin tıp kurallarına uygun olmadığı,

2- 5 ay 6 günlük, RSV pnömonisi tanılı bebek için 14/01/2024-16/01/2024 tarihlerinde 112 tarafından çocuk yoğun bakım servislerinde yer arandığı ancak bulunamadığının anlaşıldığı, sevk işleminin 112 tarafından gerçekleştirilmesi gerektiği, yer bulunamaması üzerine arayış süreci tamamlanmadan Dr. F.S. ile temas kurularak bebeğin Çocuk Yoğun Bakım Servisi yerine Yenidoğan Yoğun Bakım Servisine kabul edilerek uygun olmayan koşullarda (yenidoğan küvüzünde tespit edilmiş halde) yatırılmasının ve tedavi başlanmasının

tıp kurallarına uygun olmadığı, Hemşire H.D.T.’nin bebek yakınlarına bebeğin doktoru olarak bilgi vermesinin tıp kurallarına uygun olmadığı,

3- 17/01/2024-18/01/2024 tarihlerinde Özel Birinci Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Servisinde Bebek Opara’ya uygulanan tanı, takip, tedavi sürecinin tıp kurallarına uygun yürütülmediği, Uzm. Dr. Ş.Ç.’nin, Uzm. Dr. F.S.’nin, Yoğun bakım sorumlu hemşiresi H.D.T.’nin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olmadığı, Hemşireler A.G.B.’nin, T.T.’nin ve Ş.Ç.’nin sorumlu hemşireyi bilgilendirdikleri ve talimatlarına göre hareket ettikleri cihetle uygulamalarına tıbbi hata atfedilmediği,

4- Tıp kurallarına uygun yürütülmeyen tanı, takip ve tedavi süreci ile Bebek Opara’nın ölümü arasında illiyet bağı bulunduğu, tanı, takip ve tedavi sürecinin tıp kurallarına uygun olarak yürütülmesi halinde sevk öncesi hastanede arrest öyküsü olan bebekte mevcut RSV pnömonisinin mortalitesinin yüksek olduğunun tıbben bilindiği,

5- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; bebeklerin 112 sevk sistemini baypas ederek uygun olmayan koşullarda takip ve tedavi süreci yürütülen hastanelere sevkini organize eden kişi/kişiler ile Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlarının (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların günlük hastanelere gelerek ziyaret yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafilerin başka bebeklere çekilen grafilerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.’nin de tıbben sorumlu olduğu,

6- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Birinci Hastanesi yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

Öykü HELVACI bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- Zamanında otopsi yapılarak dokularda makroskopik, histopatolojik ve toksikolojik araştırma yapılmamakla birlikte adli dosyada mevcut belgelere göre; 28 haftalık iken sezaryen

yöntemi ile doğurtulan bebeğin ölümünün ileri derecede prematürite ve solunum yetmezliği sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Antetsiz kağıda düzenlenen epikriz formunda bebeğe (Öykü Helvacı Bebek) 3 mg/kg'dan infasurf verildiğinin kayıtlı olduğu ancak doktor tedavi direktif formlarında hem infasurf 1,5 mg, hem curosurf 1,5 mg verildiğinin kayıtlı olduğu, adli belgeler bir bütün olarak değerlendirildiğinde bebeklere gerçekten curosurf ve infasurf isimli (akciğerleri gelişmeyen yenidoğan bebeklerin solunum güçlüğü tedavisinde kullanılan sürfaktan içeren bir ilaç) ilaçların uygulanıp uygulanmadığının bilinemediği, bu kadar düşük doğum haftasında olan bebeğin tedavisinde sürfaktan içeren ilacın uygulanmasının hayati öneme haiz olduğu, eğer bu ilaçlar 1,5 mg'dan uygulanmışsa bu dozların tedavici dozun çok altında olduğu, bunun tıbben uygun olmadığı,

3- Yirmisekiz (28) haftalık doğan bebeğin beslenmesi için doğar doğmaz TPN (ağız yoluyla beslenemeyen hastaların besin ihtiyacını karşılayacak şekilde hazırlanan ve damar yoluyla verilen karışım) tedavisinde lipid eklenmesi gerektiği, bebeğin tedavisinde lipid bulunmamasının tıbben uygun olmadığı, 28 haftalık yenidoğan bir bebeğin yeniden canlandırma işleminde en az bir pediatri uzmanı veya neonatoloji (yenidoğan) uzmanı doktoru ile birlikte NRP sertifikası bulunan en az bir hemşirenin olması gerekirken tapelerde herhangi bir doktorun bulunmadığının anlaşıldığı, bunun tıbben uygun olmadığı,

4- Yukarıda belirtilen ve tıp kurallarına uygun olmayan eylemler ve/veya ihmallerle bebeğin ölümü arasında illiyet bağının bulunduğu,

5- Bebeğin yeniden canlandırma işlemine katılmayan bebeğin primer bakımından sorumlu olan Dr. D.E.'nin, bebeği görmeden, klinik durumunu bilmeden hemşirelere direktif vermesi nedeniyle Dr. İ.G.'nin ve doktorları yeniden canlandırma işlemine çağırması nedeniyle hemşire Ç.D.'nin yaklaşımlarının tıbben uygun olmadığı,

6- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; bebeklerin 112 sevk sistemini baypas ederek uygun olmayan koşullarda takip ve tedavi süreci yürütülen hastanelere sevkini organize eden kişi/kişiler ile Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlarının (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların günlük hastanelere gelerek vizit yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafiğin başka bebeklere çekilen grafiplerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin

yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.'nin de tıbben sorumlu olduğu,

7- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Bağcılar Medilife Hastanesi Yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

Ayaz KARADUMAN bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- 39 hafta 1 günlük iken normal spontan doğum ile 7/9 Apgar'la ve atipik yüzle doğan bebeğin ölümünün kendisinde mevcut tanısı konmamış metabolik hastalık ve gelişen komplikasyonları (yenidoğanın respiratuar distres sendromu, sepsis) sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Bebek Karaduman'ın 26/11/2023 tarihinde saat 06.16'da doğduğu Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde anne yanında iken 27/11/2023 saat 03.20'de (doğumundan 21 saat sonra) inlemelerinin olduğu, saturasyonun %96 ölçüldüğü, kan şekerinin ölçülemediği, bebeğin beslendiği, kontrol kan şekeri ölçümlerinin 42-65 arasında ölçüldüğü, damar yolu açılarak intravenöz mayi verildiği, solunum sıkıntısı için nazal CPAP'a bağlandığı, antibiyotik verildiği, yatırılmasının planlandığı ancak yenidoğan yoğun bakım servisinde yer olmaması nedeniyle ASKOM'a 27/11/2023 tarihinde saat 06.25'te bildirildiği, bebeğin saat 07.11'de 112 aracılığıyla Bağcılar Medilife Hastanesine transport küvöz ile 112 ambulansı ile sevk edildiği, tanısının yenidoğanın solunum distresi olduğu, saat 07.18'de bebeğin kaydının yapıldığı ve yenidoğan yoğun bakım servisine yatışının yapıldığı anlaşılmakla; inleme şikayetleri başlayan bebeğin kan şekeri ölçümleri yapılmasının ardından beslenmesinin ve damar yolu açılarak sıvı desteğinin sağlanmasının, oksijen desteği verilmesinin ve yatış planlanmasının uygun yaklaşım olduğu, bu aşamada herhangi bir tetkiki bulunmayan bebeğin yer olmaması nedeniyle yatırılmadığı, bu nedenle sevk için Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 112'ye nakil talebi iletilerek yoğun bakım şartlarında takip ve tedavisi yapılmak üzere sevk edilmesinin tıp kurallarına uygun olduğu,

3- Adli belgelerde yer alan ifadelerden ve telefon görüşmelerini içeren tapelerden; bebeğin sevk talebinin Dr. İ.G. tarafından kabul edilmiş olduğu, hemşireler ve Dr. İ.G. arasında yapılan telefon görüşmelerinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde mekanik

ventilatör (solunum cihazı) devresinin bulunmadığının anlaşıldığı, bebeğin hastaneye geldiği saat 07.11'den itibaren saat 09.25'te yapılan telefon görüşmesine kadar bebeğin mekanik ventilatöre bağlanmadığının anlaşıldığı, bu sürede kanülle oksijen aldığının belirtildiği, mahkeme celse dökümlerinde bebeğe bu sürede ambu ile solunum desteği verildiğinin belirtildiği, telefon görüşmelerinde saturasyon değerlerinin iyi olarak değerlendirildiği, bebeğe 09.39'daki görüşme sırasında resüsitasyon uygulandığı (yeniden canlandırma), nabızın 143/dk, saturasyonun %43 olduğunun belirtildiği, genel durumunun kötü olmasının nedenlerinin tartışıldığı, Dr. İ.G. ve Hemşire Ç.D. tarafından entübasyonun geç yapılmasıyla klinik durum arasında bağlantı olmadığının ifade edildiği, Dr. İ.G.'nin ölmeden önce tandem isimli metabolik testin alınmasını ilettiğini, saat 11.15'te yapılan telefon görüşmesinde yeniden resüsitasyon yapıldığının belirtildiği, ölü morluğunun oluştuğunun ve kalp tepe atımının olmadığının belirtildiği, diğer bebeklerin ziyaretlerinden sonra öldüğünün açıklanmasının kararlaştırıldığı anlaşılmakla;

Bebeğin yoğun bakım hasta takip formunun (çarşaf tabir edilen) incelenmesinde 27/11/2023 saat 08.00 ile 28/11/2023 saat 05.25 arasında vital bulguların, mekanik ventilatör ayarlarının, aldığı ilaçlar ve dozlarının, aldığı/çıkarıldığı sıvı miktarlarının, hemşire gözlem notları kısımlarının doldurulmuş olduğu, bebeğin 27/11/2023 tarihinde saat 07.20'de alınan kan gazı tetkikinin pH: 7.40, pCO₂: 32.8, HCO₃: -3.6, BE: 21.9 olarak sonuçlandığı belirtilmekle bu tetkik sonucundaki parametrelerin uyumsuz olduğu, bu sonucun tıbbi değerinin bulunmadığı, bebeğin saat 08.00 itibarıyla NIPPV modda FiO₂ 40, rate 58, PIP 22, PEEP 6 ayarlarıyla mekanik ventilatöre bağlı olarak takip edildiğinin kaydedilmiş olduğu, saat 10.00'da SIMV moda geçilerek entübe halde FiO₂ ayarının 100'e çıkarıldığı, ardından saat 17.00'de 21'e düşürüldüğü, exitus olana kadar 21'de devam edildiği, 27/11/2023 tarihinde saat 11.15'te yapılan telefon görüşmesi sırasında Hemşire Ç.D. tarafından ölü morluğunun oluştuğu ve kalp tepe atımının olmadığının ifade edildiği, defalarca arrest olduğu belirtilen bebeğe bu ayardan (FiO₂: 21) mekanik ventilatör desteği verilmesinin uygun olmadığı, epikrizdeki mekanik ventilatör ayarları ile yoğun bakım hasta takip formundaki ayarların çelişkili olduğu, dolayısıyla bebeğe yoğun bakım ünitesinde uygun solunum desteğinin verilmediğinin anlaşıldığı, uygun solunum desteği verilmemesinin bebeğin metabolik strese girmesine neden olduğu, bebeğin tıbbi kayıtlarının klinik gidişatına uygun olarak kaydedilmemesinin ve bebeğe uygun solunum desteği verilmemesinin tıp kurallarına uygun olmadığı,

4- Bebeğin resüsitasyonunun (yeniden canlandırma) yardımcı sağlık personeline yapıldığının anlaşıldığı, dosyada bu sağlık personelinin yenidoğan resüsitasyon programı

sertifikasının bulunup bulunmadığına dair herhangi bir bilgi ya da belge mevcut olmadığı, bebeğin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı yahut Neonatolog (Yenidoğan Uzmanı) hekim gözetiminde resüsite edilmeyip hekimin hemşirelerce telefon aracılığıyla bilgilendirildiğinin anlaşıldığı, dolayısıyla bebeğe zamanında etkin ve yeterli resüsitasyonun uygulanmadığının anlaşıldığı, bebeğe zamanında etkin ve yeterli resüsitasyonun uygulanmamasının tıp kurallarına uygun olmadığı, bebeğin adına kayıtlı olan ve bebeğin resüsitasyonunda bulunmayan Uzm. Dr. D.E.’nin, yenidoğan yoğun bakım servisinde görevli sorumlu Hemşire Ç.D.’nin ve yenidoğan yoğun bakım servisine eksik malzeme nedeniyle kabul etmemesi gereken, ayrıca bebeğin tedavi-tanı sürecini telefon aracılığıyla yürüten Uzm. Dr. İ.G.’nin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olmadığı,

5- Bebek Karaduman’ın tıp kurallarına uygun tanı, takip ve tedavi yürütülmeyecek hastaneye sevk edilmesi ile kendisinde mevcut metabolik hastalığın şiddetinin arttığı ve kısa sürede ölümüne sebebiyet verdiği anlaşılmakla; uygun yürütülmeyen tanı, takip ve tedavi sürecinin Bebek Karaduman’ın ölümü arasında illiyet bağı bulunduğu, tanı, takip ve tedavi sürecinin tıp kurallarına uygun olarak yürütülmesi halinde atipik yüzü ve yüksek kan amonyak seviyesi ile seyreden tanı konmamış metabolik hastalığı olan, arrest öyküsü olan bebekte mevcut klinik durumunun mortalitesinin yüksek olduğunun tıbben bilindiği,

6- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; bebeklerin 112 sevk sistemini baypas ederek uygun olmayan koşullarda takip ve tedavi süreci yürütülen hastanelere sevkini organize eden kişi/kişiler ile Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlarının (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların günlük hastanelere gelerek vizit yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafiplerin başka bebeklere çekilen grafiplerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.’nin de tıbben sorumlu olduğu,

7- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletilmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim

yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Bağcılar Medilife Hastanesi yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

KAYA bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- Zamanında otopsi yapılarak dokularda makroskopik, histopatolojik ve toksikolojik araştırma yapılmamakla birlikte adli dosyada mevcut belgelere göre; Bebeğin ölümünün ileri derecede prematürite ve gelişen komplikasyonlar (pulmoner hemoraji) sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Çok aşırı düşük doğum ağırlıklı ve prematüre doğan bebeğin (Kaya Bebek) yatışından itibaren en geç 24 saat içerisinde TPN (ağız yoluyla beslenemeyen hastaların besin ihtiyacını karşılayacak şekilde hazırlanan ve damar yoluyla verilen karışım) başlanması gerektiği, bebeğe TPN başlandığına dair herhangi bir kayıt olmadığı, bu durumun tıbben uygun olmadığı, bebek adına düzenlenen 2 epikriz (Uz. Dr. O.T. ve Uzm. Dr. H.K. üzerlerinde isimleri yazılı olan) ve yoğun bakım takip formlarının birbiri ile uyumsuz olduğu, Uz. Dr. O.T. isminin yazılı olduğu epikrizde curosurf isimli ilacın 240/mg/kg'dan verildiği, Uzm. Dr. H.K. isminin yazılı olduğu epikrizde curosurf isimli ilacın 1,5 cc/kg'dan verildiği kayıtlı iken, yeni doğan yoğun bakım takip formunda 1,3'ten verildiğinin yazılı olduğu, doğum ağırlığına göre 200 mg/kg'dan verilmesi gereken curosurf isimli ilacın Dr. O.T. isminin yazılı olduğu epikrizde 240 mg/kg'dan verildiği kayıtlı olup ilacın bu dozda uygulanmasının pulmoner hemorajiye yol açabileceğinin bilindiği, epikrizdeki bilgilere göre bebek için PEEP değerinin (6) yüksek, rate (40) değerinin ise düşük olduğu, aksine PEEP değerinin düşük, rate değerinin daha yüksek takip edilmesi gerektiği, yatışının ikinci gününden üçüncü gününe geçildiğinde bebeğin kötüleştiği halde rate değeri yükseltilmesi gerekirken düşülmüş olduğu, dolayısıyla mekanik ventilasyon parametrelerinin uygun olmadığı, epikrizde kayıtlı olan ve bebekte geliştiği bildirilen pulmoner hemorajinin uygunsuz ventilasyon ayarlarından da kaynaklanabileceğinin tıbben bilindiği, 16/11/2023 tarihinde bebeğe uygulanan ikinci sürfaktan dozunun da uygun olmadığı, ikinci dozun maksimum 100 mg (200 mg/kg doz) verilmesi gerekirken yine 240 mg/kg'dan verilmiş olduğu, bu durumun da pulmoner hemoraji riskini arttırmış olabileceği, 500 gr ağırlığında doğan bir bebekte duktus arteriosusun açık olması beklendiği, dosyada mevcut EKO raporunda “duktus arteriosus açıklık yok” şeklinde kayıtlı olan bulgunun bebeğin gerçek durumunu yansıtmadığı, bu ileri derecede pramatür bebeğin ilk gün alması gereken sıvı miktarı 80 cc/kg, ilk gün alması gereken glukoz desteği 4-6 mg/kg/dk olduğu halde çocuğa 75 cc/kg'dan %5 dekstroz 2,8 mg/kg/dk'dan başlanmış olduğu dolayısıyla verilen bu değer bebeğin alması gereken kalori ihtiyacını karşılamadığı, 500 gram doğan bir bebeğin mutlaka neonatoloji

uzmanının gözetiminde yakından takip edilmesi gerekirken dosyada bebeği neonatoloji uzmanının gördüğüne dair herhangi bir kayıt olmadığı, ayrıca bu bebeğin 3. düzey bir yenidoğan bakımında takip edilmesi gerekirken dosyada mevcut İl Sağlık Müdürlüğü'nün denetim raporunda da söz konusu yoğun bakım ünitesinin 3. düzey yenidoğan yoğun bakım ünitesi kriterlerini taşımadığının tespitinin yapıldığı, bunun da tıp kurallarına uygun olmadığı, söz konusu eylemlerle ve/veya ihmallerle bebeğin ölümü arasında illiyet bağının bulunduğu,

3- Yukarıda ayrıntılı olarak açıklandığı şekilde bebeğin uygun bakım, takip ve tedavisinin sağlanmamış olması nedeniyle bebeğin primer bakımından sorumlu hekimin tıbben hatalı olacağı, ancak dosyada Uz. Dr. O.T. ve Uzm. Dr. H.K. ismi yazılı olan iki ayrı epikriz olduğu, Uzm. Dr. H.K. isminin yazılı olduğu epikrizde bebeği 15/11/2023 tarihinde Dr. Ş.Ç.'ten devralındığının belirtildiği, diğer tıbbi belgelerin üzerinde Dr. Ş.Ç.'nin kaşesinin olduğu, adli belgelerde ise Dr. Ş.Ç.'nin telefonunun olay zamanında hiç hastane ve çevresinde sinyal vermediği dolayısıyla Dr. Ş.Ç.'nin hiç hastaneye gitmediğinin değerlendirildiği, ilave olarak B.Ç.'nin ifadesinde Doktor R.K. tarafından ziyaret yapıldığı, bebeğin fenalaştığı gün sorumlu hekim olarak Doktor R.K.'yı aradığı ve onun talimatlarına göre hareket ettiği belirtilmiş olduğu dolayısıyla bebeğin takip ve tedavisinde görevli hekimler konusunda ifadeler ve kayıtlar arasında çelişki bulunduğu;

a. Yoğun bakım takip formlarının altında Dr. Ş.Ç. kaşesinin basılı olması, bebeğin yatış tarihi olan 13/11/2023 ile istifa dilekçe tarihi olan 15/11/2023 tarihleri arasında Doktor Ş.Ç. adına yatış ve takip formları dikkate alındığında bu süreler arasında bebeğin uygun olmayan takip ve tedavileri nedeniyle Doktor Ş.Ç.'nin tıbben hatalı olacağı,

b. Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesinin 12/08/2025 tarih ve 2024/440 nolu yazısı ekinde gönderilen dijital materyallerin çözümlemesinde Dr. R.K.'nın whatsapp yazışmaları ile bebeğin tedavisine katıldığı ve hemşirelere order verdiğinin anlaşıldığı, bebeğin arrest olduğu gün nöbetçi olan B.Ç.'nin ifadesinde bebeğin devri sırasında bebekle ilgili olarak gerektiğinde Doktor R.K.'yı araması söylendiği, bebeğin gece durumunun ağırlaşması üzerine Doktor R.K.'yı aradığını, doktorun kendisine bebeğin zaten yaşama ihtimalinin olmadığını, kalp masajı yapmasını, yapmazsa da tüpünü çekmesini söylediğini ifade ettiği, söz konusu ifadenin mahkemenizce kabulü halinde durumu kötüleşen bebeğin uygun şekilde tedavi ve müdahalesi için hastaneye gelmeyen, varsa sorumlu yenidoğan uzmanına bilgi vermeyen Doktor R.K.'nın tıbben hatalı olduğu, bebeğin durumunun bozulması üzerine kendisine bildirilen nöbetçi hekimi arayarak bilgilendirmiş olması nedeniyle B.Ç.'ye tıbbi hata atfedilemeyeceği,

4- F.S.’nin duruşma sırasında verdiği ifadelerden Bebek Kaya’nın yattığı tarihlerde hastane ile olan sözleşmesini bitirmiş olduğunu ifade ettiği, ancak dosya içerisinde konu ile ilgili herhangi bir kayıt bulunmadığı, durumun Mahkemenizce değerlendirilmesi gerektiği, sözleşmenin devam ediyor olması durumunda;

Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlarının (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların günlük hastanelere gelerek ziyaret yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafilerin başka bebeklere çekilen grafilerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.’nin ayrıca tıbben sorumlu olacağı,

5- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; bebeğin 112 sevk sistemini bypass ederek uygun olmayan koşullarda takip ve tedavi süreci yürütülen hastanelere sevkini organize eden kişi/kişilerin de sorumlu olduğu,

6- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Esenler Güney Hastanesi Yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği, sözleşmenin iddia edildiği üzere sonlandırılmış olması durumunda ise hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinde sorumlu hekim ve nöbetçi çocuk hekimi istihdam edilmemesi, takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Esenler Güney Hastanesi Yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

Mive SERDAROVA bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- 40 haftalık iken spontan vaginal doğumla 7-8 Apgar skoru ile doğan bebeğin ölümünün konjenital kalp anomalisi ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Bebek Serdarova'nın 30/08/2023 tarihinde sevk edildiği Özel Birinci Hastanesi yenidoğan yoğun bakım servisinde günlük doktor izlemlerinin kaydedilmediği, düzenli aralıklarla kan tetkiklerinin yapılmadığı, 30/08/2023, 02/09/2023, 07/09/2023, 11/09/2023, 18/09/2023, 23/09/2023 tarihlerinde hemogram ve biyokimya tetkiklerinin yapıldığı, yatışın diğer günlerinde düzensiz aralıklarla kan gazı tetkikleri yapıldığı, tedavi planında oral yoldan ya da parenteral yoldan lipid-protein desteği, kan takviyesi verilmediği, çeşitli mineraller ile desktröz verildiğinin kayıtlı olduğu ancak yoğun bakım izlem formlarında enteral/parenteral beslemeye yönelik kayıt olmadığı, bebeğin albumin ve hemoglobin-hematokrit değerlerinin izlemi süresince normal değerlerin altına indiği, bebeğin üre-kreatinin değerlerinden böbrek yetmezliği tablosunda takip edildiğinin anlaşıldığı, böbrek yetmezliği yönetiminin uygun şekilde yapılmadığı, bebeğin hedef saturasyon %80-85 olacak şekilde oda havasında takip edilebilecek durumda olduğu halde entübe halde mekanik ventilatöre (solunum cihazı) bağlı şekilde izlenmesinin sebebinin anlaşılamadığı, kan gazlarından respiratuar alkalozda takip edilerek beyin oksijenizasyonunun bozulduğu, dolayısıyla bebeğin düzenli takibinin yapılmadığı ve sıvı-besin-oksijen desteğinin tıp kurallarına uygun şekilde verilmediği,

3- Bebek Serdarova'nın tedavi planında yer alan antibiyotik ilaçların bebeğin klinik durumuna göre, kültür tetkik sonuçlarına göre kesilmesi ya da değiştirilmesi gerekirken antibiyotik ilaçların kesilmesinin ya da farklı tür ilaçlara geçilmesinin sebeplerinin belirtilmediği, bebeğin laboratuvar tetkiklerinde sadece yatışının ilk gününde kan kültürü alındığı, sonucunda herhangi bir üreme olmadığı, bebeğe yatışının ilk günlerinde ampisilin-gentamisin isimli antibiyotik ilaçların verildiği kayıtlı iken 02/09/2023 tarihinde vankomisin-meropenem isimli antibiyotik ilaçlara geçildiğinin kayıtlı olduğu, bu değişikliğin kültür sonucuna ve bebeğin klinik durumuna göre düzenlenmesinin gerektiği, bunun yapılmamasının tıp kurallarına uygun olmadığı,

4- Bebek Serdarova'nın doğumundan sonra inlemeleri, çekilmeleri ve siyanozu olması üzerine doğduğu gün Birinci Hastanesine yenidoğanın geçici takipnesi (TTN) tanısıyla sevk edildiği, Uzm. Dr. Ş.Ç. adına yatışının yapıldığı Özel Birinci Hastanesinde yapılan muayenesinde ateşin 38,5 derece, nabzın 124/dakika, solunum sayısının 66/dakika, tansiyonun 57/36 mmHg, oksijen saturasyonunun oda havasında %88 ölçüldüğü, akciğer seslerinin bilateral eşit kaba duyulduğu, kalp seslerinin aritmik olduğu, üfürüm duyulduğu belirtilmekle, bebeğe 31/08/2023 tarihinden prostavazin ve sildenafil isimli ilaçların verilmeye başlandığı, 01/09/2023 tarihinde Çocuk Kardiyoloji uzmanı hekim tarafından yapılan ekokardiyografik incelemede bebekte kalp anomalileri (VSD-Pulmoner atrezi, Konfluen pulmoner arterler, vertikal, orta genişlikte PDA) saptandığı, bu nedenle Çocuk

Kardiyoloji uzmanı hekim tarafından düzenlenen 01/09/2023 tarihli raporda bebeğe 40 mcg/gün prostavazin isimli ilacın verilmesinin ve konjenital kalp cerrahisi de yapılabilen bir merkeze sevk edilmesinin önerildiği, bu önerilerin 06/09/2023 ve 29/09/2023 tarihli ekokardiyografi raporlarında tekrarlandığı ve bebeğe yatışı süresince toplam 3 (üç) kez ekokardiyografi ile kalp anomalisinin seyrinin takip edildiği, epikrizin son kısmında yer alan kullanılan ilaçlar kısmında 17 (on yedi) defa prostovazin isimli ilaçla aynı etken maddeye sahip alprostasin isimli ilacın yer aldığı görülmekle, tedavi tabelalarının incelenmesinde; prostavazin isimli ilacın 29/09/2023 tarihinden 04/10/2023 tarihine kadar tedavi tabelasında yer almadığı, bebeğin yoğun bakım izlem notlarında kullanılan ilaçların kaydedilmediği, bebeğin kalp anomalileri yönünden değerlendirileceği cerrahi bir merkeze sevk işlemi amacıyla nakil talebinin 15/09/2023 tarihinde 112'ye iletildiğinin anlaşıldığı, dolayısıyla bebeğin nakil talebinin kalp anomalilerinin teşhis edilir edilmez iletilmemesinin tıp kurallarına uygun olmadığı, bebeğin yatışı süresince genel durumunun değişebileceğinden ekokardiyografi ile kalp anomalisinin seyrinin düzenli aralıklarla takip edilmesinin gerektiği, bebeğin kalp anomalilerine yönelik uygun ve yeterli tedavinin verilmemesinin, takibinin uygun yürütülmediğinin ve sevk talebinin geç iletildiğinin anlaşıldığı, bu durumun tıp kurallarına uygun olmadığı,

5- Adli belgelerde yer alan ifadelerden ve telefon görüşmelerini içeren tapelerden; Bebek Serdarova'nın tedavi ve takibinin yardımcı sağlık personeline yürütüldüğünün anlaşıldığı, bebeğin tedavi ve takibinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı hekim yahut Neonatolog (Yenidoğan Uzmanı) hekim tarafından yapılması gerektiği, hekimlerin günlük vizitler ile bebeğin durumunu izlemediği, günlük izlemlerinin kayıt altına alınmadığı, hemşireler tarafından hekimle görüşülmeksizin tedavi planının değiştirilmesinin uygun olmadığı, acil müdahale gereken hallerde hekime haber verilmeyip bebeğin takibinin ve tedavisinin hemşireler arasında yapılan telefon görüşmeleri ile sürdürüldüğünün anlaşıldığı, mesai saatleri sonrasında görevli icapçı hekimin bebeğin takibinden sorumlu olduğu ancak icapçı hekime bebeğin durumu hakkında bilgilendirme yapılmadığı, 14/10/2023 tarihinde arrest olan bebeğe yapılan resüsitasyona dair epikriz formunda herhangi bir kayıt bulunmadığı, yoğun bakım izlem formunda 'genel durumunun kötü olduğu, bradikardik seyrettiği, kalp tepe atımı alnamayan hastaya canlandırma başlandığı, 20 dakika sonunda kalp tepe atımı alnamayan hastanın saat 12.03'te eksitus kabul edildiği' kayıtlı olduğu, yoğun bakım izlem formunda resüsitasyon (yeniden canlandırma) uygulamasında kullanılan ilaçların kaydedilmediği, bu ilaçların epikrizin son kısmında yer alan kullanılan ilaçlar kısmında kaydedilmemiş olduğu, dolayısıyla resüsitasyonun yeterli sürede ve uygun şekilde

yürütülmediğinin anlaşıldığı, bu durumun tıp kurallarına uygun olmadığı, bebeğin adına kayıtlı olan Uzm. Dr. Ş.Ç.’nin, yenidoğan yoğun bakım servisinde görevli Hemşireler H.B.G.’nin ve H.D.T.’nin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olmadığı,

6- Tıp kurallarına uygun yürütülmeyen tanı, takip ve tedavi süreci ve resüsitasyon ile Bebek Serdarova’nın ölümü arasında illiyet bağı bulunduğu, tanı, takip ve tedavi sürecinin tıp kurallarına uygun olarak yürütülmesi halinde doğum sonrasında kalp anomalisi tespit edilen bebekte mevcut klinik durumunun mortalitesinin yüksek olduğunun tıbben bilindiği,

7- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; bebeklerin 112 sevk sistemini baypas ederek uygun olmayan koşullarda takip ve tedavi süreci yürütülen hastanelere sevkini organize eden kişi/kişiler ile Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlarının (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların günlük hastanelere gelerek vizit yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafilerin başka bebeklere çekilen grafilerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.’nin de tıbben sorumlu olduğu,

8- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Birinci Hastanesi yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

Melek SÜLEYMANOĞLU bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- Zamanında otopsi yapılarak dokularda makroskobik, histopatolojik ve toksikolojik araştırma yapılmamakla birlikte adli dosyada mevcut belgelere göre; Konjenital anomaliler (ekstremiteler ve kalp anomalileri) ile doğan bebeğin ölümünün konjenital kalp hastalığı ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğunun kabulü gerektiği,

2- Yaşamı duktus arteriosus (kalpten çıkan iki büyük damar arasında olan, sağlıklı bebeklerde doğumdan sonra kapanması beklenen ancak bu bebekte olduğu gibi bazı özel durumlarda hayatı bu iki damar arasındaki bağlantının açık kalmasına bağlı olan doğumsal bir

bağlantı) açıklığına bağımlı olan, duktus arteriosus açıklığının devamı için prostoglandin kullanılan ve hayatını bu şekilde idame ettirelebilen bebekte (Melek Süleymanoğlu) oksijen saturasyonu değerlerinin yaklaşık %85 civarında tutulması gerektiği, bu bebekte ise oksijen saturasyonu sürekli olarak %93-95 arasında seyrettiği görülmekte olup bebeğin oksijen yönetiminin uygun yapılmamış olduğu, yatışının 4. gününde artık bebeğe TPN (ağız yoluyla beslenemeyen hastaların besin ihtiyacını karşılayacak şekilde hazırlanan ve damar yoluyla verilen karışım) başlanması gerektiği ancak TPN başlanmamış olduğu, 22/06/2023 tarihli EKO raporunda bebeğin konjenital kalp cerrahisi de yapılabilen multidisipliner branşları olan bir merkeze sevk edilmesinin, sevk edilememesi halinde 7-10 gün sonra kontrol yapılmasının uygun olacağının bildirildiği ancak bebek sevk edilmediği gibi yeniden kardiyoloji konsültasyonu istenildiğine dair herhangi bir tıbbi belge bulunmadığı, diğer yandan Sağlık Bakanlığı acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğünün Leylima Süleymanoğlu adına düzenlenen hasta nakil bilgisi formunda 03/07/2023 tarihinde sevk talebi oluşturulduğu ancak aynı gün hastanın sağlık durumu nakile elverişli olmadığı belirtilerek nakil talebinin iptal edildiğinin kayıtlı olduğu, bebeğin sağlık durumunun ancak arrest olması ve müdahale edilmesi gibi durumlarda mümkün olmadığı bebeğin yaşamsal bulguları stabil hale getirildiğinde uygun nakil koşullarında sevkinin sağlanabileceğinin tıbben bilindiği dolayısıyla bebeğin gerektiğinde acil müdahale yapılabilecek kardiyovasküler cerrahi bölümü bulunan bir hastaneye sevk edilerek kardiyovasküler patolojiler açısından yakın takip edilmesi gerektiği dolayısıyla bebeğin sevk talebinin iptal edilmesinin tıbben uygun olmadığı, 02/07/2023 tarihinden itibaren bebeğin hayatla bağdaşmayacak bir şekilde kilo alımı olduğu, kreatinin yükselip idrar çıkışı azalan ve böbrek yetmezliği tablosu görülen bebekte potasyum içeren sıvıların verilmeye devam edilmiş olduğu, ciddi böbrek yetmezliği bulguları olan bebeğin yakın takip edilerek nefroloji konsültasyonu istenilmesi, günde en az 2 kez böbrek fonksiyon testlerinin kontrol edilmesi gerektiği, bebeğe sadece 02/07/2023 ve 06/07/2023 tarihlerinde laboratuvar tetkiklerinin yapılmış olduğu ve ancak 05/07/2023 tarihinde nefrolojiye danışıldığı, diyalize geç kalınmış olduğu, 03/07/2023 tarihinde ateşi yükselmeye başlayan bebeğin yakından takip edilerek ateş kaynağına yönelik araştırma yapılması (laboratuvar tetkikleri ve kültürleri alınması) ve uygun şekilde antibiyotik revizyonu yapılması gerektiği, bunların yapılmamış olduğu, yatışının 21. gününde bebeğin kilosunun yaklaşık 2 katına çıkmış olduğu, böbrek yetmezliği tablosuna bağlı sıvı yönetiminin kötü olması nedeniyle yaşamla bağdaşmayacak şekilde kilo aldığı değerlendirildiği dolayısıyla gerek antibiyotik tedavisi gerekse damar yolu ile verilen sıvı tedavisi yönetiminin uygun olmadığı, bebeğin sevk edilmediği gibi yapılması gereken asgari tedavinin de uygulanmamış

olduğu, her ne kadar epikrizde kardiyoloji ve nefroloji konsültasyonu istenildiği kayıtlı ise de dosyada bu konsültasyon notlarının bulunmadığı, ağır konjenital kalp hastalığı olan, böbrek yetmeliği tablosuna giden bir bebeğin takibinde pediatrik kardiyoloji ve pediatrik nefroloji uzmanlarının da olması gerekmesi nedeniyle hastanın bu kliniklerce yakın takip edilmesi veya bu kliniklerin de olduğu bir yoğun bakıma sevk edilmesi gerektiği, bebeğin bakımın uygun yapılmadığı gibi sevkinin de yapılmamış olmasının tıbben uygun olmadığı, tespiti yapılan ve tıbben uygun olmayan uygulamalar ve ihmallerle bebeğin ölümü arasında illiyet bağının bulunduğu, diğer yandan doğum öncesinde ve doğduktan sonra yapılan tetkiklerinde ağır konjenital kalp hastalığı tespit edilen bebeğin mortalitesinin (öldürücülük oranı) oldukça yüksek olduğunun tıbben bilindiği,

3- Yukarıda ayrıntılı olarak açıklandığı şekilde bebeğin uygun bakım, takip ve tedavisinin sağlanmamış olması nedeniyle bebeğin primer bakımından sorumlu olan Dr. D.E. ile yapılan sözleşme ile yenidoğan yoğun bakım sorumluluğunu üstlenen, kardiyovasküler cerrahi merkezi bulunan bir hastaneye sevk sürecin iptal eden Dr. İ.G.'nin, tıbben sorumlu olduğu,

4- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; bebeklerin 112 sevk sistemini baypas ederek uygun olmayan koşullarda takip ve tedavi süreci yürütülen hastanelere sevkini organize eden kişi/kişiler ile Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlarının (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların günlük hastanelere gelerek vizit yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafilerin başka bebeklere çekilen grafilerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.'nin de tıbben sorumlu olduğu,

5- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Bağcılar Medilife Hastanesi Yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

Kerem Muhammed TOKLUOĞLU bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- Doğum öncesinde posterior üretral valv, bilateral hidroüreteronefroz, oligoanhidramnios tespit edilen, 37 haftalık iken ikiz eşi olarak sezaryen doğum ile 2-4 Apgar’la ve gelişme geriliği ile doğan bebeğin ölümünün perinatal hipoksi ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Doğum öncesinde posterior üretral valv, bilateral hidroüreteronefroz, oligoanhidramnios tespit edilen Kerem Muhammed Tokluoğlu isimli bebeğin 37 gebelik haftasında 2. ikiz eşi olarak 1640 g ağırlığında, 2-4 Apgar skoru ile sezaryenla saat 09.13’t e doğurtulduğu, bebek bakım odası hemşire izlem formunu dolduran Hemşire S.B. tarafından bebeğin doğduğunda ağlamadığının, nabız alınamadığının, 0.1 mg adrenalin uygulandığının ve entübe edilerek yenidoğan yoğun bakıma indirildiğinin kaydedildiği, bebeğin epikrizinde Kalp Tepe Atımı <100/dakika olması üzerine 2 kere etkin pozitif basınçlı ventilasyon uygulandığı, Kalp Tepe Atımı >100/dakika, spontan solunumu aktifleşmemesi üzerine entübe edildiği kayıtlı olduğu, saat 10.33’t e yenidoğan yoğun bakıma kaydının yapıldığının anlaşıldığı, yenidoğan yoğun bakımda Hemşire S.Ş. tarafından doldurulmuş gözlem notunda saatin 10.40 olarak belirtildiği, notun içeriğinde ‘bebeğin ameliyathaneden transport küvöz ile getirildiği, genel durumunun kötü olduğunun belirtildiği, spontan solunumunun olmadığı, Kalp Tepe Atımı 70/dakika ölçüldüğü, doktor tarafından entübe edildiği, ventile edildiği, monitörize edildiği, tansiyon alınamadığı, rutin kanları, kan gazı alındığı, doktor orderına göre tedavilerinin yapıldığı, inotrop desteğine başlandığı, bradikardisi olduğu, Doktor tarafından ETT iç i Adrenalin verildiği, Kalp Tepe Atımı 60 altına düşen bebeğe göğüs (okunamadı) uygulandığı, OGS takıldığı, midenin açığa alındığı, bradikardik seyretmeye devam ettiği, saturasyonun 15 altına düşmesiyle ambulandığı, saturasyonun yükselmediği, 4 kez intravenöz adrenalin yapıldığı, kalp masajına başlandığı, saat 11.00’de exitus kabul edildi’ şeklinde kaydedilmiş olduğu anlaşılmakla; mevcut belgelerde hemşireler tarafından bebeğin doğum odasında ve nakledildiği yenidoğan yoğun bakım servisinde ayrı ayrı entübe edildiğinin yazıldığıının anlaşıldığı, bebek yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tekrar entübe edilmişse gerekçesinin belirtilmediği,

3- Neonatoloji Uzmanı Dr. G.K., Dr. M.Y.K. ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Dr. Z.G. tarafından hazırlanmış bila tarihli SGK incelemesi raporunda Bebek Tokluoğlu hakkında ‘bebeğe saat 10.27’de çekilen akciğer grafisinde bilateral pnömotoraks olduğu ve her iki akciğerin atelektatik (havalanmasının olmadığı ve küçüldüğü - büzüştüğü) olduğu görüldü. Rtg grafisinde 12. kostaya kadar (göbeğin altına kadar akciğerle göğüs kafesi arasında büyük miktarda olmaması gereken havanın olduğu) gözlemlendi. Pnömotoraks:

Akciğerler ve göğüs kafesi arasında çok az bir sıvı bulunmaktadır. Ancak herhangi bir nedenle bu boşluğa hava girdiğinde ve miktarına bağlı olarak akciğere bası yaparak, akciğerin fonksiyonunu engellemektedir; Bu durum değişik tıbbi nedenlerle gelişebilmekte olup bazen de uygulanan uygunsuz yüksek basınçlardan veya uygun olmayan ventilasyon stratejisi akciğerlerdeki alveollerin patlaması ve bu boşluğa her alınan nefes ile havanın geçmesiyle görülebilir. Bu havanın ancak dışardan iğne ve tüp ile uzaklaştırılması doğru bir yaklaşımdır. Ancak tüm dosya incelendiğinde bunun yapıldığına dair bir not ve uygulama görülmedi. Bu saptandığında bu havanın boşaltılması tıbbi olarak gereklidir. Bu hastaya uygun pnömotoraks tedavi yaklaşımının yapılmaması tıbbi uygunsuzluktur. Ayrıca akciğeri atelektatik görülen, grafiyi gören hekimin buna uygun ventilasyon stratejisi uygulanmadığı için bu da bir tıbbi uygunsuzluktur. Ayrıca akciğer grafisinde atelektatik olduğu epikrizde yazılmış ancak güncel yaklaşımlarda surfaktan uygulaması önerilirken, uygulanmadığı görülmüştür.’ görüşü belirtmekle, söz konusu grafi dosya içerisinde mevcut olmadığından ve bebeğin e-nabız kayıtlarına erişilemediğinden kurulumuzca incelenemediği ancak bebekte respiratuar distres sendromu mevcut olması durumunda surfaktan ilacının verilmesinin gerekli olduğu, bu ilacın bebeğe verildiğine dair herhangi bir kaydın yer almadığı, bebeğe surfaktan ilacının verilmemesinin tıp kurallarına uygun olmayacağı, SGK inceleme raporunda belirtilen pnömotoraks mevcut olması halinde bebeğe toraks tüpü takılarak müdahale edilmesinin gerekli olduğu, pnömotoraksı olan bebeğe tüp takılmamışsa bu durumun tıp kurallarına uygun olmayacağı,

4- Bebeğin Uzm. Dr. Z.Ö. tarafından yazılan epikrizinde mekanik ventilatör ayarlarının PIP: 20, PEEP: 7, FiO2: %100, rate: 100 olarak belirtildiği, yenidoğan yoğun bakım gözlem notu incelendiğinde mekanik ventilatör ayarlarının PIP: 20, PEEP: 6, FiO2: %100, rate: 60 olarak ayarlanmış olduğu görülmekle iki ayar arasında çelişki bulunduğu, epikrizde yer alan ‘rate: 100’ değerinin ventilasyon uygulamasında yeri olmadığı, bu nedenle bebeğe uygun solunum desteği verilmediğinin anlaşıldığı, bebeğe uygun solunum desteği verilmemesinin tıp kurallarına uygun olmadığı,

5- Bebeğin epikrizinin klinik takip formu başlığıyla Uzm. Dr. Z.Ö. tarafından bebeğin ölümünden yaklaşık 4 ay sonra, 05/12/2023 tarihinde düzenlenmiş olduğu, bu formda yatış muayanesi kısmında işlem tarihinin 25/08/2023 olarak kayıtlı olduğu ancak bebeğin 14/08/2023 tarihinde doğduğu ve öldüğü, bebeğin ateş değerinin epikrizde 34.2 derece olarak kayıtlı iken yoğun bakım hemşire gözlem formunda 36 derece olarak kaydedilmiş olduğu görülmekle çelişkili bulunduğu, küvöz ısısının kaydedilmemiş olduğu, bebeğin dış görünümünün Yenidoğan Hasta Değerlendirme Formunda normal olduğu belirtilmekle

epikrizinde sendromik yüz olduğunun kayıtlı olduğu, bebeğin tıbbi kayıtlarından hemşirelerin ismi bulunan gözlem/değerlendirme formları ile Uzm. Dr. Z.Ö. ismi bulunan epikrizin arasında uyumsuzluklar bulunduğu, tıbbi kayıtların uygun şekilde kayıt altına alınmamasının tıp kurallarına uygun bulunmadığı,

6- Adli belgelerde yer alan ifadelerden ve telefon görüşmelerini içeren tapelerden; bebeğin resüsitasyonunun (yeniden canlandırma) yardımcı sağlık personeline yapıldığının anlaşıldığı, dosyada bu sağlık personelinin yenidoğan resüsitasyon programı sertifikasının bulunup bulunmadığına dair herhangi bir bilgi ya da belge mevcut olmadığı, bebeğin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı yahut Neonatolog (Yenidoğan Uzmanı) hekim gözetiminde resüsite edilmeyip hekimin hemşirelerce telefon aracılığıyla bilgilendirildiğinin anlaşıldığı, dolayısıyla bebeğe zamanında etkin ve yeterli resüsitasyonun uygulanmadığının anlaşıldığı, bebeğe zamanında etkin ve yeterli resüsitasyonun uygulanmamasının tıp kurallarına uygun olmadığı, bebeğin adına kayıtlı olan ancak adli belgelerde Bebek Tokluoğlu hakkında ifadesi bulunmayan Uzm. Dr. Z.Ö.'nün, yenidoğan yoğun bakım servisinde görevli Hemşire S.Ş.'nin ve yenidoğan yoğun bakım servisinde tedavi-tanı sürecini yürüten Uzm. Dr. İ.G.'nin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olmadığı,

7- Tıp kurallarına uygun yürütülmeyen resüsitasyon ile ağır hipoksik doğan Bebek Tokluoğlu'nun ölümü arasında illiyet bağı bulunduğu ancak bebeğin mevcut klinik durumu dikkate alındığında resüsitasyonun tıp kurallarına uygun olarak yürütülmesi halinde de mortalitesinin yüksek olduğunun tıbben bilindiği,

8- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlarının (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların günlük hastanelere gelerek ziyaret yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafilerin başka bebeklere çekilen grafilerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.'nin de tıbben sorumlu olduğu,

9- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler

yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Avcılar Hospital Hastanesi yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

ROUA KADAN bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- Zamanında otopsi yapılarak dokularda makroskobik, histopatolojik ve toksikolojik araştırma yapılmamakla birlikte adli dosyada mevcut belgelere göre; Konjenital pnömoniye (doğumdan itibaren olan akciğer enfeksiyonu) bağlı solunum yetmezliği olan bebeğin ölümünün solunum yetmezliği ve yapılan müdahale sonucu gelişen pnömotoraks (akciğerde hava kaçağı) sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Bebeğe ait grafilerin gönderilen klasörlerde bulunmadığı ve İl Sağlık Müdürlüğü Denetim ekiplerince tutulan 29/07/2024 tarihli tutanak ekinde yer alan dosyada bulunan A4 kağıda basılı olan grafi fotokopisinin ise incelemeye elverişli olmamakla birlikte mevcut belgelere göre prenatal (doğum öncesi) öyküsü bilinmeyen, miadında doğan, doğum tartısı doğum haftası ile uyumlu olan doğduktan sonra ağır solunum sıkıntısı olan bebeğin (Roua Kadan) ekirizde kayıtlı olan “bilateral parakardiyak infiltrasyon alanları” bulgusu dikkate alındığında tanısının diyafragma hernisinden ziyade konjenital pnömoni ile daha uyumlu olduğu, epikrizde kayıtlı olan akciğer grafisi raporunda belirtilen “Sol hemitoraksta cildaltı amfizami görünümü” ve olaya ilişkin tape konuşmalarında bebeğe çekilen grafinin Dr. İ.G. tarafından görüldüğü ve bunun pnömotoraks olduğunun Dr. İ.G. tarafından belirtildiği göz önüne alındığında bebekte tespit edilen pnömotoraksın entübasyon ve/veya bebeğe yapılan kardiyopulmoner resüsitasyonun bir komplikasyonu olabileceği, bu durum tespit edildikten sonra bebeğe tüp torakostomi uygulanması gerektiği, dosyada tüp torakostomi uygulandığına dair herhangi bir kayıt bulunmadığı, pnömotoraksı tanımaması ve uygun bir şekilde yönetememesi (tüp torakostomi uygulanmaması) nedeniyle Dr. D.E.’nin tıbben hatalı olduğu, söz konusu hatalı eylem ile bebeğin ölümü arasında illiyet bağının bulunduğu,

3- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlarının (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların günlük hastanelere gelerek ziyaret yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafilerin başka bebelere çekilen grafilerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun

bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.'nin ayrıca tıbben sorumlu olduğu,

4- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel TRG Hospitalist Hastanesi Yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

Halime ALKARİ bebek hakkında düzenlenen raporda;

1- 32 gebelik haftasında sezaryen ile 1/1 Apgar'la doğan bebeğin ölümünün prematürite, perinatal asfiksi ve gelişen komplikasyonlar (intrakranial kanama vb.) sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Bebek Alkari'nin sevk edildiği Özel Çorlu Reyap Hastanesinde 30/09/2023-23/11/2023 tarihlerindeki takibinde, epikrizindeki 01/10/2023 tarihinde belirtilen 'AC modda, rate: 80' ayarının en kötü şartlarda olan yenidoğan bebekte dahi önerilen bir mekanik ventilatör (solunum cihazı) izlem modu olmadığı, 04/10/2023 tarihli kan gazının pH: 7.54, pCO2: 18 şeklinde sonuçlandığının belirtildiği, kan gazı tetkiklerindeki iyonize kalsiyum değerlerinin nöbete yol açacak kadar ciddi seviyede hipokalsemik olduğu, bebeğin ölümünden sonraki tarihlerde kan gazı sonuçlarının mevcut olduğu da görülmekle bu değerlerden ve bebeğin yatışının dördüncü gününden itibaren kan gazlarında respiratuar alkaloz tablosunda olduğunun, gerektiği şekilde ve zamanda ekstübasyonun (endotrakeal tüpün çıkarılması) planlanmadığının, kan gazlarıyla uyumsuz şekilde reentübe edilerek (endotrakeal tüpün tekrar takılması-yenilenmesi) mekanik ventilatöre bağlı takip edildiğinin anlaşıldığı, bebeğin 01/10/2023 tarihinde pnömotoraks nedeniyle tüp takıldığı, 02/10/2023 tarihinde tüpün ossile olduğunun kayıtlı olduğu, 04/10/2023 tarihli basılı grafisinin kurulumuzca incelemesinde sağda toraks tüpü izlendiği, sol akciğer havalanmasının iyi olduğu, sağ akciğer orta lobun atelektatik olduğu izlenmekle bebeğin akciğer parankimlerinde ne RDS (respiratuar distres sendromu) ne de konjenital pnömoni ile uyumlu görüntü bulunmadığı görülmekle pnömotoraksın uygun olmayan ventilasyon sebebiyle meydana geldiği düşünüldüğü dolayısıyla; bebeğe uygun solunum desteği verilmediğinin anlaşılmakla bu durumun tıp kurallarına uygun olmadığı,

3- Bebek Alkari'ye Özel Çorlu Reyap Hastanesindeki yatışının başında kan sonucuna göre antibiyotik ilaçlardan teikoplanin etken madde içeren Targocid ve amikasin sülfat etken madde içeren Amikasin ticari isimli antibiyotik ilaçların damaryolundan infüzyon olarak

başlandığının kayıtlı olduğu, 09/10/2023 tarihinde Targocid ve Amikasin ilaçlarının kesilerek vankomisin etken maddeli Vancomax ve meropenem etken maddeli Mopem ticari isimli antibiyotik ilaçların tedaviye eklendiği, 20/10/2023 tarihinde Vancomax ve Mopem ilaçlarının kesilerek linezolid etken madde içeren LinezoseL ve kolistin etken madde içeren Colistin ticari isimli antibiyotik ilaçların tedaviye eklendiği, 03/11/2023 tarihinde Colistin IV infüzyon kesilerek LinezoseL IV infüzyon yanına seftazidim etken maddesi içeren Zidim ticari isimli antibiyotik ilacın tedaviye eklendiği, 07/11/2023 tarihinde LinezoseL IV infüzyon kesilerek Zidim IV infüzyon yanına siprofloksasin etken maddesi içeren Cipropol ticari isimli antibiyotik ilacın tedaviye eklendiği, 14/11/2023 tarihinde Zidim IV infüzyonun kesildiği, Cipropol IV yanına Vancomax IV infüzyon eklendiği, 16/11/2023 tarihinde Vancomax'ın kesildiği, tedavisinin LinezoseL IV infüzyon ve Cipropol IV infüzyon olarak devam edildiği, 17/11/2023 tarihinde tedavisine sefotaksim etken madde içeren Betaksim ticari isimli antibiyotik ilacın tedaviye eklendiği kayıtlı olmakla, bebeğin antibiyotik değişikliklerinin sebeplerinin kayıtlı olmadığı, teikoplanin isimli antibiyotik ilacın verilebilmesi için kültür tetkikinde etkili olan mikroorganizmaların üremesi gerektiği, bebeğin yatışının başlangıcında kültür tetkiki yapılmamış olduğu, CRP değeri belirgin yüksek olmayan bebeğe aşırı geniş spektrumlu antibiyotik verilmesinin uygun olmadığı, bebeğin yatışının beşinci gününden sonra yaşadığı septik olayların geç neonatal sepsis olarak değerlendirildiği, kan-beyin omurilik sıvısı-ıdrar kültürleri alınarak sonuçlarına, klinik ve laboratuvar tetkik sonuçlarına göre antibiyotik tedavisinin revize edilmesi ya da kesilmesi gerekirken bebeğin kayıtlarında buna dair ilişkilendirme olmadığı dolayısıyla bebeğin antibiyotik tedavisinin tıp kurallarına uygun şekilde yürütülmediği,

4- Bebeğin 04/10/2023 tarihli transkranyal ultrasonografi raporunda 'sağ kaudotalamik notch lokalizasyonunda yaklaşık 6.2x4.6 mm boyutunda grade I germinal matriks kanaması olması muhtemel hiperekojen alan, periventriküler hafif ekojenise artışı, olası kanama açısından kranial tomografi inceleme, hastanın perinatal asfiksi öyküsü olması nedeni ile olası perinatal asfiksi değerlendirilmesi açısından difüzyon MR inceleme önerildiği' belirtilmekle; ağır asfiksisi olan bebekte periventriküler lökomalazi bulgusu beklenen bir durum olduğu, doğum sonrası resüsitasyon öyküsü olan, yatışının ilk gününden itibaren antikonvülzan ilaç başlanan bebeğe 5-7 gün içinde difüzyon MR inceleme yapılması gerekirken bu tetkikin yapılmadığı, 16/10/2023 tarihinde çekilen beyin tomografisi raporunda 'sağda lateral ventrikül komşuluğunda kaudotalamik oluğa uyan düzeyde 4.5x3 mm boyutunda intraparaklinal kanama, sağ lateral ventrikül frontal hornu lateral komşuluğunda milimetrik kanamaya ait olabilecek hiperdens görünüm, sağda sentrum semiovale düzeyinde 3 mm çapta

nodüler hiperdens görünüm, her iki lateral ventrikül oksipital hornu içerisinde seviyelenen kanama elemanları görüldüğü’ belirtilmekle, bebeğin klinik tablosu ile 16/10/2023 tarihinde çekilen beyin tomografisindeki küçük kanama alanlarının uyumsuz olduğu, uzun süre respiratuar alkaloz tablosunda mekanik ventilatöre bağlı izlenen bebeklerde beyin oksijenizasyonunun bozularak periventriküler lökomalazi ve serebral palsy gelişebileceğinin tıbben bilindiği, bebek için 16/10/2023 tarihinde Beyin Cerrahisi konsültasyonu istendiğinin kayıtlı olduğu, konsültasyon sonucunda tomografi bulguları ile müdahale gerekmediği ibaresinin epikrizde yer aldığı görülmekle istenen konsültasyona dair dosya içerisinde herhangi bir kayıt bulunmadığı, 16/10/2023 tarihinden sonra beyindeki bulguların seyrini değerlendirmek üzere herhangi bir kontrol beyin tomografisi çekimi yapılmadığının anlaşıldığı, intrakraniyal kanaması olan yenidoğanlarda haftalık kraniyal ultrasonografi yapılması gerektiği, bebeğe kontrol ultrasonografi, MR ve tomografi incelemelerinin yapılmamasının tıp kurallarına uygun olmadığı,

5- Ağır asfiktik doğan bebeğin beyin hasarı sonucunda periventriküler lökomalazi nedeniyle ölmesinin olası olduğu ancak bu durumun bebeğin kayıtlarında yer almadığı, bebeğin ölümünden önce 17/11/2023 tarihinde alınan son tetkikinde (ölümünden 6 gün önce) CRP 5.6, beyaz küre 13.000, platelet 412.000 olup bebeğin laboratuvar tetkiklerine göre sepsis tablosunda olmadığına anlaşıldığı, bebeğin ölüm sebebi olarak kaydedilen ‘yenidoğanın solunum distressi, yenidoğanın bakteriyel sepsisi’ tanılarının bebeğin klinik gidişiyle uyumlu olmadığı, Dr. F.S. tarafından doldurulmuş ölüm belgesinde yer alan ölüm saatinin 18.32 olarak kaydedildiği, adli belgelerden bebeğin saat 16.19’daki telefon konuşmasında öldüğünün anlaşıldığı, dolayısıyla ölüm belgesindeki tanıların ve ölüm saatinin bebeğin klinik gidişatı ile uyumsuz olduğu, saat 18.32 ibareli ölümü gösteren düz çizgili elektrokardiyografinin sonradan oluşturulduğu ve tıbbi belgelere bebeğin saat 18.32’de öldüğünün kaydedildiği, bebeğin yatışının ilk günü pnömotoraks nedeniyle toraks tüpü takıldığı epikrizde yer alırken yoğun bakım izlem formunda bulunmadığı, yatışının ilk günü takılan umbilikal kateterin batında ultrasonografi ile tespit edilen kanamaya yol açığının belirtilmesiyle kateterin revizyonu ya da çıkarılmasıyla ilgili kayıt bulunmadığı cihetle, tıbbi kayıtların gerçeğe aykırı şekilde kayıt altına alınmasının tıp kurallarına uygun olmadığı,

6- Bebek Alkari’nin yenidoğan yoğun bakım servisinde yatışında, epikrizinde 01/10/2023 tarihinde TPN (total parenteral nütrisyon-damar yolu ile beslenme) başlandığı kayıtlı olmakla birlikte devam eden günlerde TPN verildiğine dair kayıt olmadığı, yoğun bakım izlem formlarında TPN verildiğine dair kayıt bulunmadığı, orogastrik ile serbest drenajda olduğunun kayıtlı olduğu, bebeğin tartı takiplerinde doğum sonrası ağırlık kaybı

ardından ağırlığının artmasının beklendiği, Bebek Alkari'nin tartı takibinde yatışının ilk günlerinde 1480 gram ağırlığın sübut ettiği, yatışı süresince azalıp artarak en fazla 26/10/2023 tarihinde 1900 gram ve öldüğü tarihte 1640 gram, ölüm kartında ise 1740 gram tartıldığı, uzun süren yatışlarda TPN ile lipid, protein, multivitamin içeren besin ve sıvı desteğinin verilmesi gerektiği, tedavi planında oral yoldan ya da parenteral yoldan lipid-protein desteği verilmediği, çeşitli mineraller ile dekstroz verildiğinin, kan takviyesi verildiğinin, 08/10/2023-27/10/2023 (yatışının 9-28. günleri) tarihlerinde anne sütü aldığı kayıtlı olduğu, bebeğin kan tetkiklerinin düzenli olarak yapılmadığı ve albumin ve hemoglobin-hematokrit değerlerinin izlemi süresince normal değerlerin altına indiği, yatış muayenesinde kalbinde üfürüm saptandığı belirtilmekle sebebinin ortaya konmasına yönelik ekokardiyografi yapılmadığı anlaşılmakla; bebeğin düzenli izlem ve takibinin yapılmadığı ve sıvı-besin desteğinin tıp kurallarına uygun şekilde verilmediği,

7- Adli belgelerde yer alan ifadelerden ve telefon görüşmelerini içeren tapelerden; bebeğin resüsitasyonunun (yeniden canlandırma) yardımcı sağlık personelince yapıldığının anlaşıldığı, Hemşire B.K. dışında dosya içerisinde sağlık personelinin yenidoğan resüsitasyon programı sertifikasının bulunup bulunmadığına dair herhangi bir bilgi ya da belge mevcut olmadığı, bebeğin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı yahut Neonatolog (Yenidoğan Uzmanı) hekim gözetiminde resüsite edilmeyip hekimin hemşirelerce telefon aracılığıyla bilgilendirildiğinin anlaşıldığı, dolayısıyla bebeğe zamanında etkin ve yeterli resüsitasyonun uygulanmadığının anlaşıldığı, bebeğe zamanında etkin ve yeterli resüsitasyonun uygulanmamasının tıp kurallarına uygun olmadığı, yenidoğan yoğun bakım servisinde görevli sorumlu Hemşire B.K.'nın, bebeğin 06/10/2023-10/10/2023 tarihlerinde yenidoğan yoğun bakım servisinde tedavi-tanı sürecini yürüten Uzm. Dr. D.E.'nin ve bebeğin adına kayıtlı olan ve yenidoğan yoğun bakım servisinde tedavi-tanı sürecini yürüten Uzm. Dr. F.S.'nin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olmadığı,

Hemşire E.K.'nın ve yatışı sırasında bakımında görev alan Sağlık Teknikeri S.K.'nın ve Sağlık Bakım Tesnisiyeni Z.S.'nin sorumlu hemşire ile sorumlu hekimleri bilgilendirdikleri ve onların talimatları doğrultusunda işlem yaptıkları cihetle uygulamalarına tıbbi hata atfedilmediği,

8- Tıp kurallarına uygun yürütülmeyen tanı, takip ve tedavi süreci ve resüsitasyon ile Bebek Alkari'nin ölümü arasında illiyet bağı bulunduğu, tanı, takip ve tedavi sürecinin tıp kurallarına uygun olarak yürütülmesi halinde doğum sonrasında resüsite edilen, ağır asfiktik bebekte mevcut klinik durumunun mortalitesinin yüksek olduğunun tıbben bilindiği,

9- Tape kayıtları, İddianame ve Sağlık Bakanlığı Teftiş Raporu dikkate alındığında; Hastane yenidoğan yoğun bakım servislerinin işletilmesi amacıyla (gerek devreden, gerekse devralan kişilerin) devredilmesinin, doktorların bilgisi olmadan yenidoğan bebeklerin orderlarının (uygulanacak tedavi emirleri) hemşireler tarafından düzenlenmesinin, doktorların günlük hastanelere gelerek vizit yapmamasının, epikrizlerin hastane dışında doktor olmayan kişiler tarafından yazılmasının, bebekler adına çekilmiş grafilerin başka bebeklere çekilen grafilerle yer değiştirilmesinin, kan gazlarının şablonlara göre epikrize uygun olacak şekilde çıkarılmasının, laboratuvar değerleriyle oynanmasının, yoğun bakımda çalışma yetkisi olmayan kişilerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasının, yoğun bakım şartlarının 3. düzey yoğun bakım şartlarını taşımadığı halde 3. düzey yoğun bakım gibi gösterilerek yenidoğan bebeklerin yatırılmasını sağlayıp uygun olmayan koşullarda yürütülen takip ve tedavi sürecini organize eden Uzm. Dr. F.S.'nin ayrıca tıbben sorumlu olduğu,

10- Hastanenin yenidoğan yoğun bakım servisinin işletmesinin sözleşme ile başka bir şirkete devredilmesi, yenidoğan yoğun bakım servisinde takip-tedavi süreçlerinde hekimler yerine hemşireler ile yetkisiz yardımcı sağlık personeli görevlendirilmesi ve gerekli denetim yükümlüğünün yerine getirilmemiş olmasının Özel Çorlu Reyap Hastanesi yönetiminin organizasyon hatası olarak değerlendirildiği oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

06.09.2025 tarihli duruşmada Adli Tıp Kurumu raporuna karşı müdafî ve sanık beyanları alınarak 3 tutuklu sanık hakkında tahliye kararı verilerek duruşmanın 23/12/2025 gününe ertelenmesine karar verilmiştir.

Yapılan Suç İhbarları

Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesinin 2024/440 esas sayılı dosyasında;

18.11.2024 tarihinde, E.T. vekilinin, B.D. bebek velisi K.D. vekilinin, T.M.B. ve R.E.B. vekilinin, Y.K.E.'nin babasının, H.O. ve A.O. vekilinin, C.S. ve S.S. vekilinin, A.D. ve O.D. ve S.H.K.D. vekilinin

04.12.2024 tarihinde, C.U. ve Y.U., A.K., A.Y., M.Ç., H.A.O. ve M.O., İ.S.E., S.K. ve İ.K., N.Ö., S.Ö., Z.Ö., K.D., Ö.C., Ş.C., A.S.C., E.A., K.A., E.A., E.A., E.S.A.'nın

24.02.2025 tarihinde, T.N., Z.N., İ.S.E., A.T.K.'nin,

30.04.2025 tarihinde, H.G.'nin,

Beyanlarında belirttiği olaylara ilişkin açılan kamu davası olmadığından davaya katılma taleplerinin ayrı ayrı reddine, bu dosya kapsamında düzenlenen iddianamede dava konusu olmayan olaylara ilişkin şikâyet ve ihbar içerikli dilekçelerin Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmesine karar verilmiştir.

04.12.2024 tarihinde; Michelle NWONDO OPARA isimli bebeğin ölümüne ilişkin sanık Ş.Ç., Roua KADAN isimli bebeğin ölümüne ilişkin sanık D.E., KAYA isimli bebeğin ölümüne ilişkin H.K. ile S.K., Kerem Muhammed TOKLUOĞLU isimli bebeğin ölümüne ilişkin Z.Ö. ile sanık S.Ş. hakkında ihmalî davranışla kasten adam öldürme suçundan, Silivri Kolan Hastanesi Mesul Müdürü B.M. ve Birinci Hastanesinde Genel Müdür olarak çalışan H.Y. hakkında kamu kurum ve kuruluşları zararına dolandırıcılık suçundan ve iddia makamının mütalaasındaki 2, 8 ve 18 numaralı suç duyurusu talepleri yönünden ihbarda bulunulmasına dair ara karar Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Müfettişlerinin düzenlediği 2023-01-0451 sayılı raporda, iddianamede adlarına yer verilmeyen bazı bebeklerin ölümleri ve engelliklerinde bir kısım şüphelilerin ihmal ve sorumluluklarının bulunduğu kanaati doğrultusunda bu bebeklerin ölümleri ve engelliliklerinin yapılacak soruşturmada değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

İkinci Dalga Soruşturması

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 2024/66069 soruşturma sırasına kayden, Bebek Kaya, Bebek Havanur KARAKOÇ, Bebek OPARA, Bebek KADAN, Bebek Kerem Muhammet TOKLUOĞLU ve Bebek Halime ALKARİ'nin ihmalî davranışla kasten öldürüldüğüne dair Bakırköy 22.Ağır Ceza Mahkemesinin 2024/440 esas sırasına kayden görülen dava dosyasında ve 28.09.2024 tarihli Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Müfettiş Raporunda delil bulunduğu belirtilerek, 2 başhekim, 5 doktor, 9 sağlık çalışanı ve 2 sivil olmak üzere toplam (3'ü ana davada yargılanan) 18 şüpheli hakkında ikinci dalga soruşturması başlatılmıştır.

04.12.2024-06.12.2024 tarihleri arasında 13 şüpheli hakkında gözetli tedbiri uygulanmış, 06.12.2024 tarihinde 11 şüpheli tutuklanmış, 07.12.2024 tarihinde 2 şüpheli hakkında yakalama emri düzenlenmiştir.

20.12.2024 tarih ve 2024/66069 soruşturma, 2024/4205 karar numarası ile 18 şüpheli yönünden ayırma kararı verilerek 2024/82314 soruşturma sırasına kayıt edilmiştir.

20.12.2024 tarih ve 2024/82314 soruşturma, 2024/4690 fezleke karar numarası ile ana dava ile birleştirme talepli, 18 şüpheli hakkında (8 şüpheli yönünden ihmalî davranışla kasten adam öldürme suçundan dava açılmasının istendiği) fezleke düzenlenerek Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir.

30.12.2024 tarihli ve 2024/142178 soruşturma, 2024/52570 esas, 2024/12974 iddianame sayılı, Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesine hitaben birleştirme istemli düzenlenen iddianame 08.01.2025 tarihinde bazı

eksiklikler sebebiyle iade edilmiş, bu karara yapılan itiraz da Bakırköy 23. Ağır Ceza Mahkemesince 14.01.2025 tarihinde reddedilmiştir.

Tablo 33. Yenidoğan Suç Örgütü 2. Dalga Soruşturması Şüphelileri

SIRA NO	ADI SOYADI	ÖRGÜT KONUSU	ÜNVANI	ÖLÜM SORUMLULUĞU
1	H.K.	-	Doktor	1 Ölüm
2	M.K.	-	Hastaneye ait Cursorf ilaçları satın alan kişi	
3	S.Ü.	Örgüt Üyesi	Tıbbi Sekreter	
4	A.A.	Örgüt Üyesi	Hemşire	
5	B.M.	Örgüt Üyesi	Başhekim	
6	D.E.	-	Doktor	1 Ölüm
7	G.P.	Örgüt Üyesi	Tıbbi Sekreter	
8	H.V.	Örgüt Üyesi	Başhemşire	
9	İ.O.	Örgüt Üyesi	Başhekim	1 Ölüm
10	Z.Ö.	Örgüt Üyesi	Doktor	1 Ölüm
11	M.P.	Örgüt Üyesi	Tıbbi Sekreter	
12	N.K.	Örgüt Üyesi	Başhemşire	
13	R.K.	Örgüt Üyesi	Hasta Sevklerini Kontrol Eden	
14	S.Ç.	-	Hemşire	1 Ölüm
15	S.Ş.	-	Hemşire	1 Ölüm
16	S.K.	Örgüt Üyesi	Doktor	1 Ölüm
17	Ş.Ç.	-	Doktor	1 Ölüm
18	M.K.Z.	Örgüte Yardım	Sivil (Savcıcı Tehdit Eden)	

Soruşturma, eksik hususların giderilmesi yönünden Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığının 2025/3848 soruşturma sırasına kayıt edilmiştir.

İddianamenin iadesi gerekçesi doğrultusunda ihmali davranışla kasten adam öldürme suçundan soruşturma izni alınması için şüpheliler D.E., H.B.G., H.K., İ.O., S.Ç., S.Ş., S.K., Ş.Ç. ve Z.Ö. yönünden soruşturma tefrik edilip 2025/5914 soruşturma sırasına kayıt olunmuştur.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, 06.03.2025 tarihli ve 2025/3848 soruşturma, 2025/987 fezleke karar numarası ile ana dava ile birleştirme talepli, 8'i tutuklu olmak üzere 13 şüpheli hakkında nitelikli dolandırıcılık, suç işlemek amacıyla kurulan örgüte üye olma, resmi belgede sahtecilik, suç işlemek amacıyla kurulan örgüte bilerek yardım etme suçlarından fezleke düzenlenerek soruşturma dosyası Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmiştir.

Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından, 18.03.2025 tarihli ve 2025/29272 soruşturma, 2025/12088 esas, 2025/3598 iddianame sayılı, Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesine hitaplı ve birleştirme istemli düzenlenen iddianame, Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesince 27.03.2025 tarih ve 2025/99 iddianame değerlendirme numarası ile kabul

edilip 2025/148 esas sırasına kaydı yapılmıştır. 27.03.2025 tarih ve 2025/148 esas sayılı tensip kararı ile de dosya 2024/440 esas sayılı dosyaları üzerinde birleştirilmiştir.

Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığına ait 2025/5914 sayılı dosyada, bir kısım   pheliler yönünden soruşturma halen devam etmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TESPİT VE ÖNERİLER

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu 20.11.2024 tarihinde başladığı çalışmalarını tamamlamıştır. Komisyon; (i) ilgili kamu, özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve üniversiteler gibi farklı kurum ve kuruluşlardan temsilcilerin yaptıkları sunumlar, (ii) bu kurum ve kuruluşlardan elde edilen bilgi ve belgeler, (iii) yurt içi yerinde inceleme ve saha ziyaretleri ile (iv) geniş katılımı gerçekleştirilen ‘Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri Çalıştayı’ olmak üzere 4 temel yöntem ile önemli tespitlerde bulunmuş ve alınması gereken tedbirleri belirlemiştir.

Özellikle gebelik öncesi izlemler ve riskli gebeliklerin zamanında saptanması yenidoğan sağlığını etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda preterm doğumlarda antenatal steroid uygulamasının yaygınlaştırılması yenidoğanda morbidite ve mortalitenin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Yüksek riskli gebeliklerin uygun merkezlere doğum öncesinde transferini mümkün kılacak intrauterin sevk sistemleri hem anne hem de yenidoğan sağlığı açısından yaşamsal önemdedir. Bununla birlikte endikasyonsuz sezaryen oranlarının düşürülmesi ve normal doğumun teşvik edilmesi doğumun fizyolojik koşullarda gerçekleşmesini sağlamakta ve doğum sonrası komplikasyon risklerini azaltmaktadır. Doğum sonrası dönemde ise anne sütü kullanım oranlarının artırılması ve formül mamaya başvurunun sınırlandırılması yenidoğanların bağışıklık sistemi, metabolik gelişimi ve uzun dönem sağlığı açısından kritik rol oynamaktadır.

Modern, titiz ve rehberlere dayalı tıbbi bakım hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması, üçüncü düzey yenidoğan yoğun bakım hizmeti sunan merkezlerde multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi de bu dönemde karşılaşılan sağlık sorunlarının etkin biçimde yönetilebilmesini sağlayacaktır.

Ülkedeki yenidoğan uzmanı (neonatolog) ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısının artırılması ve bu alanların tercih edilmesini teşvik edici akademik ve yapısal mekanizmaların hayata geçirilmesi elzemdir. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri ile depremde etkilenen illerde pediatri uzmanı ve asistanı istihdamı güçlendirilmeli

ve bu bölgelerdeki insan kaynağı eksikliği giderilmelidir. Aynı şekilde yenidoğan hemşiresi sayısının artırılması, hemşirelerin eğitimlerinin tamamlanması ve görev tanımlarının standardize edilmesi de hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği açısından önem arz etmektedir.

Yenidoğan bakım hizmeti sunan kliniklerden ihtiyaç olanların fiziksel altyapılarının modernize edilmesi, eksik tıbbi cihazların temin edilmesi ve mevcut donanımın etkin şekilde kullanılması sağlanmalıdır. Doğumhaneler ve yoğun bakım ünitelerinde düzenli, nitelikli ve şeffaf denetimlerin yapılması, eksikliklerin tespiti durumunda ise önleyici ve düzeltici idari yaptırımların gecikmeksizin uygulanması gerekmektedir. Özellikle kamu ve üniversite hastanelerinde yoğun bakım yatak sayılarının artırılması ve nitelikli personel istihdamı ile birlikte kamu hizmet gücünün etkinliği daha da artırılmalıdır.

Toplumsal tüm kesimlerine yönelik olarak gebelik takibi, akraba evliliğinin riskleri, endikasyonsuz sezaryen taleplerinin azaltılması, anne sütü kullanımının önemi ve adolesan gebeliklerin anne-bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri konusunda kapsamlı bilgilendirme faaliyetleri yürütülmelidir. Bu farkındalık çalışmaları aracılığıyla halkın sağlık okuryazarlığı artırılmalı ve sağlık hizmetlerine erişimi güçlendirilmelidir. Son olarak, İstanbul, Gaziantep ve Şanlıurfa gibi illerde yenidoğan sağlığı göstergelerinin daha olumsuz olduğu bilinmekte olup bu illerde önleyici sağlık politikalarının daha ivedilikle ve yoğun biçimde uygulanması gerekmektedir. Gebe ve yenidoğanlar açısından multidisipliner branşları içeren ‘bölgesel perinatal/neonatal merkezlerin’ hayata geçirilmesi önem arz etmektedir.

Komisyon çalışmaları süresince müzakere edilen konu başlıklarının çok yönlü analiz edilmesi sonucunda oluşturulan aşağıdaki öneriler; ilgili kurum ve kuruluşlar için politika geliştirme, mevzuat düzenleme ve uygulama süreçlerinde yol gösterici nitelikte olacaktır.

Hem mevcut sorunların çözümünde hem de uzun vadeli iyileşme hedeflerinde temel bir strateji olarak değerlendirilebilecek bu önleyici ve işlevsel öneriler aşağıda tematik başlıklar halinde detaylı olarak verilmiştir. Sağlık sisteminin iyileştirilmesi, denetim ve izleme mekanizmalarının güçlendirilmesi, mevzuat düzenlemeleri ve toplumsal farkındalık düzeyinin artırılması gibi ana başlıklar altında yapılandırılmış olan bu öneriler tüm taraflar açısından uygulanabilir ve yönlendirici bir çerçeve sunmaktadır.

5.1. SAĞLIK SİSTEMİNİN İYİLEŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN ÖNERİLER

Sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik aşağıda sıralanan öneriler alt konu başlıkları altında sistematik biçimde yapılandırılmıştır. Neonatal mortalitenin yüksek seyrettiği bölgelerde ihtiyaçların daha acil ve özgün nitelikler taşıması nedeniyle bu bölgelere yönelik öncelikli ve hedef odaklı bazı özel öneriler ayrıca belirtilmiş; böylece hem ulusal düzeyde

bütüncül bir yaklaşım hem de bölgesel düzeyde çözüm odaklı müdahale imkânı sağlanması amaçlanmıştır.

5.1.1. Neonatal Mortalitenin Azaltılmasına Yönelik Temel Stratejiler

1. Yenidoğan Ölümlerine Yönelik Veri Toplama ve Araştırmaların Artırılması ve Neonatal Mortalite Kayıtlarının Standartlaştırılması:

Türkiye genelinde yenidoğan ölümlerine ilişkin nedenlerin ayrıntılı ve sistematik şekilde analiz edilmesine olanak tanıyacak, entegre ve ulusal düzeyde standartlaştırılmış bir kayıt sistemi oluşturulmalıdır. Ülkemizde neonatal mortalite oranı, 2010 yılında 1000 canlı doğumda 17 iken, yıllar içerisinde önemli ölçüde azalarak günümüzde 1000 canlı doğumda 6 düzeyine kadar gerilemiştir. Ancak son beş yıllık periyotta bu oranın düşüşü durmuş ve oran sabit seyretmeye başlamıştır. Bununla birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerine ait mortalite oranları klinik altyapı, insan gücü ve bölgesel farklılıklara bağlı olarak %2 ila %10 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu kapsamda hedef; ulusal neonatal mortalite oranının 1000 canlı doğumda 4'e düşürülmesi ve bölgeler arası farkların azaltılması olmalıdır. Bu hedefe ulaşabilmek adına standart mortalite verilerinin düzenli olarak analiz edilmesi önem arz etmektedir.

2. Antenatal Steroid Uygulamalarının Standardizasyonu ve Yaygınlaştırılması:

Preterm doğum riski taşıyan gebelerde fetal akciğer maturasyonunu desteklemek ve neonatal morbidite ile mortaliteyi azaltmak amacıyla gebeliğin 24. ile 34. haftaları arasında uygulanan antenatal steroid tedavisi uluslararası rehberler doğrultusunda standart bir uygulama haline getirilmelidir. Bu tedavi süreci özellikle neonatal mortalitenin yüksek olduğu iller başta olmak üzere tüm ülkede standardize edilmeli ve yüksek riskli gebeliklerin il ve ilçe sağlık müdürlükleri tarafından takip ve denetimleri sağlanarak antenatal takip süreçleri güçlendirilmelidir.

3. Koryoamniyonit ve Sepsis Önlemlerinde Antibiyotik Politikası:

Koryoamniyonit ve erken neonatal sepsisin önlenmesi için uygun ve yeterli dozda antibiyotik kullanımına yönelik stratejiler geliştirilmelidir. Bu kapsamda maternal enfeksiyonların taranması, uygun tedavilerin uygulanması, annelere rutin idrar tahlili yapılması ve erken membran rüptürü (EMR) açısından sorgulama yapılması sağlanmalıdır.

4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Enfeksiyon Kontrol Önlemlerinin Güçlendirilmesi:

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde prematüre ve enfeksiyona açık bebeklerin sağlığını tehdit eden hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi amacıyla enfeksiyon kontrol

önlemleri bütüncül bir yaklaşımla güçlendirilmelidir. Bu çerçevede, el hijyeni, yüzey ve ekipman sterilizasyonu, hasta izolasyonu, temizlik standartları ve invaziv girişimlerde steril uygulamalar gibi temel enfeksiyon kontrol protokolleri tüm sağlık kuruluşlarında etkin biçimde uygulanmalı ve sıkı şekilde denetlenmelidir. Söz konusu uygulamaların etkinliğini artırmak amacıyla sağlık çalışanları enfeksiyon kontrolü konusunda düzenli, zorunlu ve uygulamalı eğitim programlarına tabi tutulmalı ve bu eğitimler hizmet içi gelişim süreçlerinin ayrılmaz bir parçası haline getirilmelidir. Ayrıca enfeksiyon kontrol ekiplerinin her birimde etkin biçimde görevlendirilmesi ve işlevselliğinin artırılması sağlanmalı ve periyodik olarak yapılan iç ve dış denetimlerin sonuçlarına göre ünite bazında somut ve izlenebilir önlemler alınmalıdır. Bu kapsamda oluşturulacak merkezi izleme ve raporlama sistemleri aracılığıyla enfeksiyon oranları takip edilmeli, yüksek riskli alanlara yönelik hedefli müdahale programları geliştirilmelidir.

5. Konjenital Kalp ve Metabolik Hastalık Tanı/Tedavi Merkezlerinin Bölgesel Olarak Yapılandırılması:

Konjenital kalp hastalıkları ve kalıtsal metabolik bozukluklar erken tanı ve müdahale gerektiren ciddi sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bu bağlamda özellikle yenidoğan morbidite ve mortalitesinin yüksek olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi başta olmak üzere, bu alanda bölgesel sağlık hizmeti kapasitesinin artırılması amacıyla konjenital kalp hastalıkları merkezleri ile metabolik hastalık tanı/tedavi merkezlerinin kurulması gerekmektedir. Söz konusu merkezler, tanı, tedavi, izlem ve danışmanlık süreçlerini kapsayacak şekilde yapılandırılmalı; yeterli ve sürdürülebilir insan gücü, teknik donanım, eğitim ve ileri tetkik olanakları ile desteklenerek vatandaşların bu alandaki sağlık hizmetlerine erişimi güçlendirilmelidir.

5.1.2. Gebelik Takibi, Riskli Gebeliklerin Yönetimi ve Perinatal Bakımın Güçlendirilmesi

6. Gebe Takip Protokollerinin Güçlendirilmesi ve Riskli Gebeliklerin Basamaklandırılmış Takibi:

Gebe takip protokolleri sıkılaştırılmalı ve ulusal düzeyde uygulamada standardizasyon sağlanmalıdır. Takip süreçlerinde her gebenin risk grubu birinci basamak sağlık kuruluşları (Aile Sağlığı Merkezleri) ve kadın doğum uzmanları tarafından Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (DÖB) doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Düşük riskli gebeliklerin rutin takipleri birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yürütülmeli, doğumları ise uygun donanıma sahip ikinci basamak merkezlerde

gerçekleştirilmelidir. Yüksek riskli gebeliklerin takibi ise tersiyer merkezlerde yapılmalı ve gereğinde perinatolojiyle konsulte edilmelidir. Hastane yatışı ile yakın takip gereken yüksek riskli durumlarda perinatoloji ve neonataloji birimlerinin birlikte hizmet verdiği merkezlerde takip edilmeli ve doğumları perinatoloji yönetiminde gerçekleştirilmelidir. Riskli gebeliklerin yönetileceği ve doğum yapılacak merkezler önceden planlanmalı, bu yönlendirme süreci etkili bir sevk zinciriyle desteklenmelidir.

Dolayısıyla gebelik izleminde risk temelli sınıflamaya dayalı bir yaklaşım benimsenerek; özel sektör ve muayenehanelerde yapılan gebe takipleri ile risk skorlamasının il/ilçe sağlık birimleri tarafından görülebilir hale getirilmesi, riskli gebe takibinin denetlenmesi ile gebe ve yenidoğan sağlığının korunması, izlem süreçlerinin etkinliği ve doğum güvenliği artırılmış olacaktır.

7. Detaylı Ultrasonografi Uygulamasının Rutin Hale Getirilmesi:

Prenatal tanı süreçlerinin etkinliğini artırmak ve doğumsal anomalilerin erken dönemde tespit edilmesini sağlamak amacıyla, gebeliğin 18–21. haftaları arasında, perinatolog ve/veya radyoloji uzmanı tarafından yapılan detaylı ultrasonografi uygulaması, ülke genelinde tüm gebelere yönelik rutin ve standart bir tarama hizmeti haline getirilmelidir. Detaylı ultrasonografi uygulamalarının niteliğinin artırılması amacıyla düzenli denetim ve izleme sistemleri kurulmalı ve tüm bulgular kayıt altına alınarak ulusal veri sistemine işlenmelidir. Bu sayede hem prenatal tanı olanaklarının yaygınlaştırılması hem de doğumsal anomalilere yönelik erken müdahale planlamalarının sağlıklı biçimde yürütülmesi mümkün olacaktır.

8. Yüksek Riskli Gebelerin Genetik Tanı Merkezlerine Yönlendirilmesinin

Yaygınlaştırılması:

Konjenital anomalili bebek sahibi olma riski taşıyan, özellikle ileri yaş gebeler, akraba evliliği öyküsü bulunanlar veya önceki gebeliklerinde yapısal ya da kromozomal anomali saptanmış olan gebeler, gebelik sürecinde Genetik Tanı Merkezlerine yönlendirilmelidir. Bu yönlendirme süreci standart protokollere bağlanmalı, birinci basamaktan itibaren riskli gebeliklerin erken dönemde tanımlanması ve uygun merkeze sevkı sağlanmalıdır. Genetik danışmanlık hizmetleriyle desteklenen bu süreç sayesinde prenatal tanı kapasitesi artırılarak doğumsal hastalıkların erken teşhisi ve yönetimi mümkün hale getirilecektir.

9. Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) ile Oluşmuş Gebeliklerde Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi ve İzlem Süreçlerinin Güçlendirilmesi:

ÜYTE ile elde edilen gebeliklerde; prematürite, düşük, ölü doğum ve konjenital anomali risklerinin daha fazla olması nedeniyle birinci basamakta risk skorlaması

yapılmalıdır. Olası perinatal komplikasyonları önleme adına uygun basamaklar arasında etkili bir yönlendirme ve entegrasyon sistemi kurulmalı; böylece anne ve bebek açısından olası perinatal komplikasyonların önlenmesine yönelik bütüncül bir bakım süreci yürütülmelidir. Riskli gebeliklerin izlenmesi için önceden tanımlanmış eylem planları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Ayrıca ÜYTE uygulanan merkezlerde preimplantasyon genetik tarama (PGT) uygulamalarının yaygınlaştırılması teşvik edilmelidir. Bu sayede genetik hastalık riski taşıyan embriyoların erken dönemde belirlenmesi mümkün olacak ve doğumsal anomalilerin azaltılması yönünde önemli bir adım atılmış olacaktır.

10. Dijital Takip Sistemlerinin Entegrasyonu:

Gebelik sürecine ilişkin tarama testlerinin zamanında ve eksiksiz gerçekleştirilmesini sağlamak amacıyla dijital takip sistemleri kullanılmalı ve otomatik uyarı sistemleri geliştirilmelidir.

Aile hekimleri ve kadın doğum uzmanları için ulusal düzeyde bir tarama rehberi hazırlanmalıdır.

11. Üçüncü Basamak Kurumlarda Muayene ve Tanı Kapasitesinin Artırılması:

Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hizmet veren gebe polikliniklerinde, her trimesterde en az bir kez olmak üzere kadın doğum uzmanları tarafından en az 30 dakika süren kapsamlı muayeneler planlanmalıdır. Gebe polikliniklerinde fetal anormali taramalarının etkin şekilde yapılabilmesi amacıyla yüksek çözünürlüklü ultrason cihazları bulunmalıdır.

12. Misafir Anne Uygulamasının Yaygınlaştırılması:

Bebek ölümlerinin yüksek olduğu illerde riskli gebeliklerin daha yakından izlenmesini sağlamak amacıyla uygulanan ‘Misafir Anne’ programı, anne ve bebek sağlığını koruma açısından önemli bir müdahale alanıdır. Bu uygulama ile doğumu yüksek risk taşıyan gebelerin, doğuma yakın dönemde uygun donanımına sahip sağlık merkezlerine yönlendirilerek takip ve doğum süreçlerinin güvenli koşullarda gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

Bu doğrultuda bebek ölüm oranlarının yüksek olduğu illerde ‘Misafir Anne’ uygulaması yaygınlaştırılmalı ve uygulamanın lojistik, konaklama ve sağlık hizmeti boyutları güçlendirilmelidir. Böylece riskli gebeliklerin yönetimi zamanında ve etkili şekilde yapılabilecek ve doğum sonuçları iyileştirilebilecektir.

5.1.3. Doğum Ortamı ve Yenidoğan Yoğun Bakım Altyapısının İyileştirilmesi

13. Doğumhanelerin Optimal Şartlara Uygun Hale Getirilmesi:

Ülkemizde kadın sağlığı ve doğum hizmeti sunan doğumhanelerin optimal şartlara uygunluğunun artırılması ve klinik uygulamaların yerinde değerlendirilmesi, etkili ve sürekli

denetimlerin yapılması, yeni kurulacak doğumhaneler için mevcut standart ve kriterlerin gözden geçirilmesi, sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılması açısından faydalı olacaktır.

14. Sezaryen Uygulamasının Anne ve Yenidoğan Sağlığı Açısından Olumsuz

Sonuçlarının Azaltılması:

Sezaryen doğumlar tıbbi gereklilik durumlarında tercih edilebilen cerrahi girişimlerdir. Ancak son yıllarda ülkemizde tıbben endike olmayan sezaryen oranlarının artması anne ve yenidoğan sağlığı açısından kısa ve uzun vadeli olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Bu nedenle doğum şekline ilişkin klinik kararlar ulusal ve uluslararası kanıta dayalı kılavuzlara uygun şekilde verilmelidir. Her doğumun gerekçesiyle birlikte izlenebilmesine olanak sağlayan kurumsal düzeyde dijital kayıt ve raporlama sistemleri geliştirilmeli, tıbbi gereklilik dışında yapılan sezaryenlerin önlenmesine yönelik yaptırımlar ve/veya teşvik mekanizmaları yapılandırılmalıdır.

15. Perinatal-Neonatal Merkezlerin Planlanması (Bölgesel Referans Merkezlerin Oluşturulması):

Yüksek riskli gebeliklerin yatırılarak takip edilebileceği multidisipliner ekiplerin görev aldığı perinatoloji ve neonatoloji merkezlerinin sayısı artırılmalı ve bu merkezlerin altyapısı güçlendirilerek sevk edilen gebelerin yönetimi bu merkezlerde yapılmalıdır. Bu merkezlerin planlaması doğum hızı, neonatal ve maternal mortalite oranları gibi verilere dayandırılmalıdır. Bölgesel olarak bu merkezlerin tanımlanması, hangi bölgenin hangi merkeze gideceğinin belli olması gerekmektedir.

16. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Teknik Donanımın Güncellenmesi:

Türkiye’de son 15 yılda kuvöz sayısında yaklaşık beş kat artış sağlanmıştır. Yatak doluluk oranları %50-80, solunum cihazı doluluk oranları ise %30-45 arasında değişmektedir. Yoğun bakım donanımı bölgesel değişiklikler olmakla beraber yeterlidir, ancak mevcut cihazlar arasında eski ve işlevini yitirmiş olanların tespiti ve modernizasyonu gerekmektedir. Donanım ihtiyaçları; hasta yoğunluğu, yatış süresi ve hastalık şiddeti gibi parametrelere göre belirlenmelidir.

17. Yoğun Bakım Yatış-Taburculuk Kriterlerinin ve Branş Yoğun Bakım Uygulamalarının Revizyonu:

Yoğun bakım ünitelerinde kaynakların etkin kullanımı, hasta güvenliğinin sağlanması ve klinik önceliklerin gözetilmesi amacıyla yatış ve taburculuk kriterlerinin bilimsel, bütüncül ve ulusal düzeyde standartlaştırılması gerekmektedir.

Bu doğrultuda:

- a) Ulusal düzeyde yoğun bakım yatış ve taburculuk kriterlerinin belirlenerek uygulamaya konulması; endikasyon dışı yoğun bakım yatışlarının önlenmesi ve yatış sürelerinin rasyonelleştirilmesi açısından önem arz etmektedir.
- b) Anadal uzmanları tarafından idare edilen branş yoğun bakımlarında sadece ilgili branşa özgü hastaların kabul edilmesi, çoklu organ yetmezliği gibi sistemik durumları olan hastaların dışlanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle genel yoğun bakım yaklaşımı benimsenmeli ve hasta kabul kriterleri yeniden yapılandırılmalıdır.

5.1.4. Anne Sütü, Prematüre Beslenmesi ve Destek Stratejileri

18. Anne Sütü ile Beslenme Oranlarının Artırılması ve Formula Kullanımının Azaltılması:

Anne sütüyle beslenmenin toplum genelinde teşvik edilmesi yenidoğan sağlığını iyileştirme ve enfeksiyon risklerini azaltma açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu kapsamda:

- a) Formül mamalara erişimin kolaylaşmasını engelleyecek şekilde satış ve dağıtım kanallarına yönelik düzenlemeler yapılmalı, ticari tanıtım ve reklam faaliyetleri mevzuatla sıkı şekilde sınırlandırılmalıdır.
- b) Uluslararası Kod (WHO’nun “The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes”) doğrultusunda ulusal mevzuat güncellenmeli ve ihlallere yönelik yaptırımlar netleştirilmelidir.
- c) Doğum sonrası ilk saat içinde anne sütüyle beslenmenin sağlanması için hastanelerde gerekli eğitimler ve uygulama protokolleri ile doğum servislerinde emzirme danışmanlığı hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.
- d) Afet ve acil durum planlarında, formül mama dağıtımı yerine anne sütü ile beslenmeyi sürdürebilecek stratejiler (örneğin emziren annelere psikososyal destek, güvenli emzirme alanları ve laktasyon desteği) önceliklendirilmelidir.
- e) Anne sütünün kullanımının artırılması açısından, devlet memurlarına tanınmış olan haklar, tüm sektörlerde işçi olarak çalışan annelere de tanınmalıdır.

Bebek dostu hastane uygulamaları, ülke genelinde tüm sağlık ve sağlık dışı kurumlarda standart hale getirilmeli ve etkin şekilde denetlenmelidir.

19. Prematüre Beslenme Protokollerinin Yaygınlaştırılması:

Prematüre bebeklerin yaşam şanslarının artırılması ve uzun dönemli morbidite risklerinin azaltılması amacıyla bilimsel temelli özel beslenme protokolleri uygulanarak büyüme ve gelişimleri optimize edilmelidir. Bu protokoller Türk Neonatoloji Derneği

tarafından rehberler olarak hazırlanmış olup parenteral ve enteral beslenme önerileri mevcuttur. Prematüre bebeklerin metabolik ihtiyaçlarına uygun olarak hazırlanmış bu protokollerin uygulanabilirliği için beslenme ürünü (örneğin anne sütü güçlendiricileri, özel preterm formüller) tedarik zinciri desteklenmeli, gerekli tıbbi malzeme ve destek sağlanmalıdır. Sağlık personelinin eğitimleri (yenidoğan hemşireleri, çocuk beslenmesi uzmanları, neonatologlar) bu protokollerin içeriğine uygun şekilde güncellenmeli ve hizmet içi eğitimler ulusal ölçekte yaygınlaştırılmalıdır.

5.1.5. Riskli Bebeklerde Morbidite İzlemi ve Erken Müdahale Yaklaşımları

20. Yenidoğan Morbiditesinin Azaltulmasına Yönelik Çalışmalar:

Morbidite, hayatta kalan yüksek riskli yenidoğanlarda erken ya da geç dönemde ortaya çıkabilen nörolojik, gelişimsel, görsel, işitsel, beslenme, konuşma ve/veya diğer sistemlere ilişkin, yaşam kalitesini etkileyebilen, hafiften ağıra değişen spektrumda seyreden klinik sorunları ifade etmektedir. Türkiye’de perinatal ve neonatal bakım alanlarında sağlanan ilerlemelerle birlikte yüksek riskli yenidoğanların yaşam oranlarında belirgin artış gözlenmiştir; ancak bu duruma paralel olarak morbidite oranlarında da artış meydana gelmiştir. Perinatal dönemdeki risk faktörleri ile neonatal dönemde karşılaşılan klinik sorunlar uzun vadede morbidite gelişimine zemin hazırlamaktadır. Morbiditenin azaltılabilmesi multidisipliner bir izlem yaklaşımı ile mümkün olup bu bağlamda yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin fiziki ve teknik altyapısının güçlendirilmesi elzemdir. Aynı çatı altında transdisipliner yaklaşım hayata geçirilmelidir. Bu merkezlerde neonatoloji uzmanlarının yanı sıra ilgili diğer tıbbi branşlardan uzman hekimlerin de görev alması gerekmektedir.

21. Morbiditelere Yönelik Erken Müdahale Merkezlerinin Oluşturulması:

Riskli bebekler; gebelik, doğum ya da doğum sonrası erken dönemde yaşanan olaylar nedeniyle nörolojik, gelişimsel, davranışsal, duyuşal ve psikososyal sorunlar ile serebral palsi açısından risk taşıyan bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bu bebeklerde yaşam kalitesini artırmak amacıyla doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde başlanacak şekilde erken müdahale programlarının uygulanması, bütüncül izlem ve transdisipliner takip yaklaşımlarının benimsenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda öncelikli olarak üniversiteler ve eğitim-araştırma hastanelerinde erken müdahale merkezlerinin kurulması hayati öneme sahiptir. Bu merkezlerde bebeklerin tek çatı altında farklı disiplinlerce değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

22. Anomalili Bebeklerde Psikososyal ve Palyatif Destek:

Konjenital anomalili bebeklerin takibinde sosyal hizmet uzmanları ve sağlık yöneticileri aktif olarak sürece dahil edilmeli; palyatif bakım hizmetleri bebeğin ailesinin

yaşadığı bölgedeki kurumlar aracılığıyla sağlanmalı ve doktor dışı bir ekip tarafından da aileye psikososyal destek sunulmalıdır.

5.1.6. Acil Sağlık Hizmetleri, Transport ve Sevk Süreçlerinin Güçlendirilmesi

23. Acil Servislerde Etkinlik, Güvenlik ve Hasta Merkezli Yaklaşımın

Güçlendirilmesi:

Acil servislerde doğru süreçler tanımlanmalıdır. Bu süreçler; acil müdahale ve zamanında kritik müdahaleler gerektiren hastaların erken tanınmasını, acil tıbbi bakıma ihtiyacı olan hastaların zamanında değerlendirilmesini, araştırılmasını ve yönetimini, tanısal hizmetlere (temel laboratuvar, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans incelemesi gibi) uygun erişimi ve bunların kullanımını içermelidir. Hasta güvenliği ve mahremiyetini destekleyen bir ortamda gerekli hasta bakımını sağlamak için yeterli alan bulunmalı; acil hastalara koridorlarda veya donanımlı olmayan taşıma alanlarında rutin olarak bakılmamalı; akut koroner sendrom, inme veya travma gibi zaman önemli durumlar için uygun koşullar ve ekipmanlar her an hazır bulundurulmalıdır.

24. Hastaneler Arası Nakil İşlemlerinin Standartlara Uygun Yürütülmesi:

İl ambulans servisi başhekimliği aracılığıyla gerçekleştirilen tüm nakil işlemleri şeffaf, izlenebilir ve kayıt altına alınabilir olmalıdır. Sevk belgelerinde; tanı, sevk eden ve kabul eden sağlık kuruluşlarının bilgileri eksiksiz yer almalıdır. Bu doğrultuda:

- a) Hastanın sevk edileceği sağlık kuruluşunun tıbbi uygunluğu hastanın klinik durumu dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Bu doğrultuda sevk eden hekim tarafından onay verilmesi zorunlu hale getirilmelidir.
- b) Bağımsız, şeffaf ve sürekli çalışan bir denetim ile geri bildirim mekanizması kurulmalıdır. Bu mekanizma kapsamında nakil işlemleri aylık olarak değerlendirilmeli ve tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici ve önleyici faaliyetler gecikmeksizin uygulanmalıdır.
- c) Usule aykırı yapılan sevk işlemleri kesin biçimde engellenmeli; bu tür girişimlere karşı caydırıcı ve etkili yaptırımlar içeren yasal düzenlemeler güçlendirilmelidir.

25. Üniversite Hastanelerine Hasta Nakil Süreçlerinin Koordinasyonu ve Denetim Yetkisinin Güçlendirilmesi:

Üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinden farklı olarak Yükseköğretim Kuruluna bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Bu durum, Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri tarafından üniversite hastanelerine yapılacak hasta sevklerinde koordinasyon güçlüğüne ve uygulamada çeşitli aksaklıklara neden olmaktadır. Bunun yanında

İl Sağlık Müdürlüklerinin üniversite hastanelerini denetleme yetkisi de bulunmamaktadır. Üniversite hastanesi yoğun bakım yataklarının daha etkin ve verimli kullanılabilmesi amacıyla, üniversite hastanelerine yapılacak hasta nakillerinin Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri koordinasyonunda daha kolay ve hızlı gerçekleştirilebilmesine yönelik mevzuat düzenlemeleri ile kurumsal işleyişi kolaylaştıracak mekanizmaların geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun yanında üniversite hastanelerinin denetimlerinin İl Sağlık Müdürlüklerince yapılabilmesi hasta nakil sistemindeki aksaklıkları engelleyecektir.

26. Sevk Süreçlerinde İletişim Altyapısının Güçlendirilmesi:

Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri tarafından yürütülen hastaneler arası hasta sevk sürecinde, hastaların kabul edileceği uygun sağlık tesisinin belirlenmesi amacıyla ilgili hastanelerin klinik sorumluları ya da nöbetçi hekimi ile doğrudan iletişime geçilmesi gerekmektedir. Ancak bu süreçte, görüşme yapılan kişilerin gerçekten ilgili branşın yetkili klinik sorumlusu olup olmadığının teyidine ilişkin sistematik bir doğrulama mekanizması bulunmamaktadır. Bu nedenle, klinik sorumlulara ait iletişim bilgilerinin güncel ve doğrulanmış olarak Sağlık Komuta Kontrol Merkezleriyle entegre biçimde yönetildiği, yetki doğrulamasının elektronik kayıt sistemleri üzerinden yapıldığı bir altyapının oluşturulması önerilmektedir. Bunun yanında acil servis, yoğun bakım, sağlık komuta kontrol merkezi ve ASKOM gibi özellikli birimlere hem tek numaradan ulaşılabilmesi hem de veri transferi de yapılabilmesi açısından cep telefonu temin edilme prosedürlerinin kolaylaştırılması uygun olacaktır.

27. Hastaneler Arası Gereksiz Sevklerin Önlenmesine Yönelik Bağlayıcı Mekanizmaların Geliştirilmesi:

Hastaneler arasında gerçekleşen hasta nakillerinin önemli bir kısmı; ilgili hastanede boş yatak bulunmaması, gerekli ekipman eksikliği, ilgili branşta hekim yetersizliği veya hasta isteği gibi nedenlerle yapılmakta olup bu durum hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kaynaklarını zorlayabilmektedir. Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı bünyesindeki ASKOM (Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu) birimleri aracılığıyla gereksiz sevk süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmış olsa da bu uygulamalar sınırlı kalmakta ve sevklerin önlenmesinde yeterli etki gösterememektedir. Bu nedenle Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından hastaneler arası gereksiz hasta sevklerini önlemeye yönelik; yatak ve ekipman yönetimi, uzman hekim erişimi, sevk onay süreçleri ve dijital izleme sistemlerini içeren daha kapsamlı ve bağlayıcı mekanizmaların geliştirilmesi gerekmektedir. Hastaneler arası hasta sevk sürecini sadece İl Ambulans Servisi Başhekimliklerine bağlı Komuta Koordinasyon Merkezleri yürütmektedir. Kamu Hastaneleri ve Sağlık Hizmetleri

Başkanlıklarının da sevk süreçlerine dâhil olmaları, hastane boş yataklarının takip edilmesi ve hastalara yer bulma sürecinde aktif rol almaları sistem açısından uygun olacaktır.

28. Yenidoğan Transportunda Görev Alacak Personel İçin Nitelikli Eğitim ve Deneyim Standartlarının Belirlenmesi:

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin özellikle yenidoğan transportu gibi ileri düzey bilgi, beceri ve deneyim gerektiren alanlarda görev alabilmesi için belirli standartlara sahip olması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda yenidoğan nakillerinde görev alacak sağlık personelinin; en az 5 yıl mesleki deneyime sahip olması, Çocuk İleri Yaşam Desteği Eğitimi, Yenidoğan Transport Eğitimi ile Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) eğitimlerini başarıyla tamamlaması ve akabinde en az 30 iş günü süreyle bir yenidoğan yoğun bakım ünitesinde uygulamalı staj yapması zorunlu hale getirilmelidir. Bu düzenleme yenidoğan hastaların güvenli bir şekilde transfer edilmesi ve transport sürecinde karşılaşılabilecek kritik durumlara doğru ve etkili müdahale edilebilmesi açısından oldukça önemlidir.

29. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Programının Süresi ve İçeriğinin Geliştirilmesi:

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri; olay yerinde hızlı, etkili ve doğru müdahaleyi gerektiren, bilgi ve beceri düzeyi yüksek profesyonel sağlık personeliyle yürütülmesi gereken özel bir hizmet alanıdır. Daha önce yalnızca Sağlık Meslek Liselerinin Acil Tıp Teknisyenliği, Hemşirelik gibi programlarından mezun olan bireylerin öncelikli olarak yerleşebildiği Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği (AABT) programı günümüzde tüm lise türlerinden mezun olan adaylara açık hale gelmiştir. Bu durum sağlık profesyonelinin alana yönelik mesleki donanımını ve bilgi birikimini sınırlamakta ve dolayısıyla acil müdahale etkinliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Önceki uygulamalarda Acil Tıp Teknisyenliği eğitimi almış bireyler dört yıllık lise eğitiminin ardından iki yıllık ön lisans düzeyindeki AABT programına devam ederek toplamda altı yıllık bir eğitim süreciyle hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine hazırlanmaktaydı. Ancak günümüzde Sağlık Meslek Liselerinden Acil Tıp Teknisyeni mezunu verilmemekte ve dolayısıyla AABT programına yerleşen bireyler yalnızca iki yıllık bir eğitim sürecinin ardından görev yapmaya başlamaktadır. Bu da mesleki yeterliliğin azalmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği programının eğitim süresinin dört yıla çıkarılması ve programın son bir yılının pratik saha uygulamalarıyla desteklenerek acil servisler ve ambulanslar gibi klinik sahalarda yapılandırılmış staj programlarıyla güçlendirilmesi önerilmektedir. Bu tür bir düzenleme ile hastane öncesi acil sağlık

hizmetlerinde görev alacak profesyonellerin bilgi, beceri ve tutum açısından çok daha yetkin hale gelmeleri mümkün olacaktır.

30. B Tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının A Tipine Dönüştürülmesine

Yönelik Planlama:

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkinliği istasyonların donanımı, personel yapısı ve hizmet sunum kapasitesi ile doğrudan ilişkilidir. Ancak ülkemizde birçok bölgede hizmet veren 149 adet B tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları mali açıdan hastaneye; çalışma usul esasına göre il ambulans servisi başhekimliklerine bağlıdır ve bu durum hizmetin niteliğini ve müdahale süresini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle mevcut hizmet ihtiyacı doğrultusunda B tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının A tipine çevrilmesine yönelik planlama yapılması gerekmektedir.

31. Komuta Kontrol Merkezlerinde Acil Tıp Uzmanı Kadrosunun Tanımlanması:

Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda kritik bir rol üstlenmesine rağmen bu merkezlerde hâlihazırda Acil Tıp Uzmanı kadrosu bulunmamaktadır. İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri ve Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri Personel Dağılım Cetveli’nde (PDC) Acil Tıp Uzmanlarına yönelik bir kadro tanımlaması yer almadığından bu uzmanlık alanındaki hekimlerin komuta merkezlerinde istihdamı ancak geçici görevlendirmeler ile mümkün olmaktadır. Olayların tıbbi önceliklendirilmesi, karmaşık vaka yönetimi ve saha ekiplerine gerçek zamanlı uzman desteği sağlanabilmesi için komuta merkezlerinde Acil Tıp Uzmanı varlığı büyük önem taşımaktadır. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü kısa bir süre önce Sağlık Komuta Kontrol Merkezlerinde standart kadro belirlemiştir. Ancak İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri ve Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri Personel Dağılım Cetveline Acil Tıp Uzmanı kadrosunun tanımlanması sağlık sisteminin etkinliği, hasta güvenliği ve tıbbi karar süreçlerinin güçlendirilmesi açısından elzemdir.

32. Yüksek Riskli Gebeliklerde Anne Karnında (Intrauterin) Transportun

Standartlara Bağlanması:

Anne karnındaki (intrauterin) bebeklerin transportu, yüksek riskli gebeliklerde hem maternal hem de fetal sağlığın korunması açısından en güvenli yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Neonatal dönemden önce fetüsün uygun donanımlı ve uzman ekibe sahip bir merkeze ulaşmasının sağlanması prematüriteye bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir. Ancak mevcut sağlık mevzuatında ve sevk algoritmalarında anne karnındaki fetüslerin transportuna ilişkin açık, standartlaştırılmış ve klinik uygulamaya yön veren düzenlemeler bulunmamaktadır. Bu durum sevk kararlarında belirsizliklere ve

uygulamada farklılıklara yol açabilmektedir. Bu hastaların kabulü hem kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hem de yenidoğan uzmanının kabulünü gerektirdiğinde hastaların nakil süreci uzayabilmektedir. Bu nedenle yüksek riskli gebeliklerde intrauterin transportun önceliklendirilmesi, kriterlerinin belirlenmesi ve uygulayıcı ekiplerin yetki-sorumluluklarının tanımlandığı ulusal düzeyde bir mevzuat ve kılavuz hazırlanması önerilmektedir.

33. Kritik Yenidoğanlar için Transport Kapasitesinin Geliştirilmesi:

Prematüre ve kritik durumdaki yenidoğanların klinik olarak uygun merkezlere zamanında, güvenli ve standartlara uygun şekilde nakledilebilmesi için özel olarak yapılandırılmış sistemler geliştirilmelidir. Bu kapsamda sadece yenidoğan taşımacılığına özel donanımlı ambulanslar ile birlikte bu alanda eğitim almış ve sertifikalandırılmış sağlık personelinin oluşan ekiplerin görev aldığı birimler kurulmalıdır.

34. 1500 Gram Altı ve 32 Haftadan Küçük Yenidoğanların Uygun Donanımlı

Merkezlere Sevki:

Gestasyon yaşı 32 haftadan küçük ve doğum ağırlığı 1500 gramın altında olan yüksek riskli yenidoğanların yaşamsal işlevlerinin sürdürülebilmesi ve uzun dönem morbiditelerinin azaltılması amacıyla bu bebeklerin doğrudan yenidoğan uzmanı bulunan ve en az 3. seviye yoğun bakım hizmeti sunabilen merkezlere sevki zorunlu hale getirilmelidir. Sevk işlemlerinin gecikmeden gerçekleşebilmesi için doğum yapılan tüm hastanelerde yenidoğan risk sınıflaması ve sevk gerekliliği konusunda klinik karar desteği sağlayacak standart rehberlerin yaygınlaştırılması faydalı olacaktır.

5.1.7. İnsan Kaynağı Planlaması, Eğitim ve Mesleki Teşvik Mekanizmalarının Güçlendirilmesi

35. Perinatoloji Hizmet Kapasitesinin Artırılması ve Uzman Dağılımının

Dengelenmesi:

Riskli gebeliklerin erken teşhisi, etkin takibi ve uygun koşullarda yönetimi amacıyla perinatoloji hizmetleri güçlendirilmelidir. Mevcut durumda Türkiye genelinde perinatoloji uzman dağılımı; kamu/özel ayrımı, demografik yapı, doğurganlık hızı, sağlık hizmetlerine erişim ve bebek ölüm oranları ile tam uyumlu değildir. Bu kapsamda ülke genelinde perinatoloji uzmanı sayısı artırılmalı ve mevcut uzmanların bölgesel dağılımı özellikle yüksek perinatal ve neonatal mortalite oranlarına sahip iller öncelikli olmak üzere; sağlık ihtiyaçları, hizmet sunum kapasitesi ve riskli gebelik yoğunluğu göz önünde bulundurularak yeniden planlanmalıdır.

36. Perinatoloji Uzmanlık Kadrolarının Planlanması:

Riskli gebeliklerin yönetimini güçlendirmek amacıyla devlet ve üniversite hastanelerinde mevcut olan perinatoloji uzmanlık kadrolarının fiilen aktif hale getirilmesi sağlanmalıdır. Bu doğrultuda ilgili uzmanlık alanlarına atamaların önündeki varsa idari ve yapısal engeller kaldırılmalı ve kadroların sadece varlığıyla değil, işlevselliğiyle de hizmet sunumuna katkı vermesi temin edilmelidir. Kadro planlaması, özellikle neonatal mortalitenin yüksek olduğu bölgeler başta olmak üzere hizmet yükü göz önünde bulundurularak dinamik bir şekilde yapılmalıdır.

37. Yenidoğan Uzmanlık Alanının Tercih Edilirliğinin ve Uzman Sayısının Artırılması:

Yenidoğan uzmanlık alanı (neonatoloji), genel pediatri eğitiminden sonra yapılan bir yan daldır. Ancak son yıllarda pediatri uzmanları, görece daha az riskli ve daha rahat çalışma koşulları sunan diğer yan dalları tercih etmekte, neonatoloji ve benzeri riskli yan dallar kadro açılmasına rağmen tercih edilmemektedir. Bunun başlıca nedenleri arasında yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin diğer branşlara göre daha ağır fiziksel ve ruhsal yük taşıması, icap ve nöbet sayılarının fazlalığı, yüksek medikolegal riskler ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gibi faktörler yer almaktadır.

Mevcut durumda Türkiye’de 384 yenidoğan uzmanı görev yapmaktadır. Oysa ülke için hedeflenen uzman sayısı yaklaşık 700 olmalıdır. Bu hedefe ulaşmak için:

- o Her yıl 50 yan dal asistanı eğitime başlarsa hedefe en erken 9 yılda,
- o Her yıl 75 asistanla ise yaklaşık 7 yılda ulaşılması öngörülmektedir.

Ancak mevcut iş yükünün fazlalığı, uzman dağılımındaki bölgesel dengesizlikler ve yan dal tercihlerindeki düşüş nedeniyle bu sürelerin daha da uzayabileceği dikkate alınmalıdır. Yenidoğan uzmanlarının görev yapmadığı yoğun bakım ünitelerinde özellikle çok düşük doğum ağırlıklı ve prematüre bebeklerde, erken dönemde istatistiklere yansımayan ancak uzun dönemde ciddi morbidite ile sonuçlanan klinik tablolara daha sık rastlanabilmektedir. Dolayısıyla yenidoğan uzmanlarının sayılarının artırılması mortalite ve morbiditenin azaltılmasında hayati öneme sahiptir.

Bu bağlamda:

- a) Yan dal kadro planlamaları; eğitim kapasitesi, eğitici sayısı, altyapı olanakları ve bölgesel sağlık hizmeti ihtiyacına göre dinamik olarak yapılmalıdır.
- b) Neonatoloji yandal asistanlarının ve uzmanlarının çalışma koşulları, performans ve ücretlendirme sistemleri, mesleki risk ve zorluklar dikkate alınarak yeniden düzenlenmelidir.

- c) Ek ödeme, yıpranma payı ve ek gösterge gibi mesleki teşvikler iyileştirilmeli; nöbet yükünü azaltacak görev dağılımları planlanmalıdır.
- d) Neonatoloji uzmanlarının istihdamı, özellikle yenidoğan mortalitesinin yüksek olduğu bölgelerde önceliklendirilerek artırılmalı ve ülke geneline dengeli dağılımı sağlanmalıdır.

Bu düzenlemeler, yenidoğan uzmanlık alanının tercih edilirliliğini artırarak hem uzman sayısının artırılmasına hem de mevcut uzmanların mesleki sürdürülebilirliğinin sağlanmasına katkı sunacaktır.

38. Yenidoğan Yoğun Bakımda Ekip ve Nöbet Düzeni:

Yenidoğan yoğun bakım hizmeti, 365 gün, 7/24 kesintisiz olarak sunulan kritik bir sağlık hizmetidir. Mevzuat yalnızca yenidoğan uzmanını değil aynı zamanda yenidoğan uzmanının liderliğinde çalışan doktor ekibini tanımlayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir. Örneğin, yoğun bakım ünitelerinde seviyeye bağlı olarak; 30 kuvöz kapasiteli bir ünite her 15 kuvöz için bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya asistanı görevlendirilmesi ve ekibin başında ise bir neonatoloji uzmanı bulunması önerilir. Nöbet sistemleri neonatoloji uzmanlarının liderliğindeki ekip yapısını esas alacak biçimde yeniden yapılandırılmalıdır.

39. Yenidoğan Hemşireliği Altyapısının Güçlendirilmesi:

Yenidoğan yoğun bakım hizmetinin bir ekip çalışması gerektirdiği göz önünde bulundurularak, hemşire altyapısı nitelik ve nicelik açısından güçlendirilmelidir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde deneyimli hemşirelerin bebek bakımındaki belirleyici rolüne rağmen, günümüzde pek çok merkezde yeterli sayı ve/veya nitelikte hemşire bulunmamaktadır. Uzun süre yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışma devamlılıklarının sağlanamaması, ünitelerde hemşire döngüsünün çok fazla ve hızlı olması, ek ödeme ücretlerinin özendirici olmaması gibi faktörler bu duruma neden olmaktadır. Bu sorunların çözümüne yönelik olarak:

- a) Yenidoğan yoğun bakım hemşireleri için belirli bir eğitim ve yeterlilik sürecini içeren bir personel seçme sistemi oluşturulmalıdır. Yenidoğan yoğun bakım hemşireliği eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve bu alanda görev alacak personelin mesleki yetkinliklerinin artırılması hedeflenmelidir.
- b) Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler için motivasyon artırıcı teşvikler uygulanmalı ve uzun süreli çalışma sürekliliği desteklenmelidir. Ek ödeme, yıpranma payı ve ek gösterge gibi mesleki teşvikler artırılmalıdır.

- c) Özellikle neonatal mortalitenin yüksek olduğu illerde, Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı bölgesel olarak yaygınlaştırılmalı, bu bölgelerde sertifikalı hemşire sayısı artırılmalıdır.
- d) Yoğun bakımda görevli hemşire, ebe ve eşdeğeri sağlık personelinin, tıpkı hekimlerde olduğu gibi medikolegal risklere karşı korunmasını sağlayacak sağlık sigortası sistemleri ve yasal düzenlemeler de hayata geçirilmelidir.
- e) Hemşire sayısının yeterli olmaması durumunda, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan ebelerin, yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikalı eğitim programına alınmaları sağlanmalıdır.

40. Bölgesel İhtiyaçlara Göre Uzman Hekim Görevlendirilmesi:

Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri ile 6 Şubat 2023 depremlerinden etkilenen iller (Gaziantep, Diyarbakır, Şanlıurfa, Hatay, Adıyaman, Kahramanmaraş) başta olmak üzere, kamu ve özel sağlık kurumlarında görev yapan uzman hekim sayısının artırılması büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Neonatolog ve Perinatolog branşlarında yeterli sayıda hekimin görevlendirilmesi sağlanmalı ve bu bölgelerde uzman hekim istihdamını ve uzun süreli görev yapmayı teşvik edici politika ve uygulamalar hayata geçirilmelidir.

41. Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) Eğitimlerinin Zorunlu Hale Getirilmesi ve Yaygınlaştırılması:

Yenidoğan ölümlerinin önlenmesinde etkili bir müdahale olan neonatal resüsitasyon uygulamalarının standardizasyonu ve etkinliği açısından yenidoğan yoğun bakım üniteleri ile doğumhanelerde görev yapan tüm sağlık personelinin (doktor, hemşire, ebe) Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP) eğitimini alması zorunlu hale getirilmelidir. Bu kapsamda ilgili eğitimlerin sertifikasyon süreçlerinin ulusal düzeyde izlenebilir bir kayıt sistemi ile takip edilmesi ve NRP eğitimi almayan personelin ilgili birimlerde görevlendirilmemesi yönünde düzenlemeler değerlendirilebilir.

42. Aile Sağlığı Çalışanlarına Yönelik Düzenli Hizmet İçi Eğitimler:

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak amacıyla, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik olarak 15–49 yaş kadın izlemleri, doğum öncesi ve sonrası bakım protokolleri ile riskli gebeliklerin erken tanı ve takibine ilişkin düzenli hizmet içi eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır. Güncel klinik rehberler ve ulusal sağlık politikaları doğrultusunda hazırlanacak bu eğitimlerin etkinliğini artırmak amacıyla sadece teorik değil uygulamalı bir içeriğe sahip olması sağlanmalıdır. Ayrıca bilgi güncelliğinin korunması

amacıyla her üç yılda bir zorunlu güncelleme eğitimleri düzenlenmeli ve katılım sistematik biçimde izlenmelidir.

43. Yoğun Bakım Uzmanlarının Etkin ve Doğru Görevlendirilmesi:

Yoğun bakım yan dal uzmanlarının görev yerlerinin ve çalışma koşullarının doğru şekilde belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu kapsamda;

- a) Yoğun bakım yan dal uzmanları öncelikle 3. seviye yoğun bakım ünitelerinde görevlendirilmelidir.
- b) Yoğun bakım uzmanlarının bir hastanede tam zamanlı olarak istihdam edilmesi sağlanmalı, birden fazla hastanede eş zamanlı görev almaları engellenmelidir.
- c) Yoğun bakım uzmanlarının atamaları, 7/24 hizmetin sürdürülebileceği merkez hastaneler esas alınarak yapılmalı ve dağınık kadro planlamasından kaçınılmalıdır.
- d) Yoğun bakım yan dal uzmanlarının sayısını artırmak amacıyla, bu alanın tercih edilebilirliğini artıracak iyileştirmeler (ücretlendirme, nöbet sistemi, izin hakkı ve çalışma saatlerine yönelik düzenlemeler vb.) yapılmalıdır.
- e) Özel sağlık kuruluşlarında istihdam edilen yan dal yoğun bakım uzmanlarının öncelikle 3. seviye yoğun bakım ünitelerinde görevlendirilmesine öncelik verilmesi önerilir.

44. Yoğun Bakım Yardımcı Sağlık Personelinin Niteliğinin ve Niceliğinin

Artırılması:

Yenidoğan yoğun bakım ile birlikte erişkin ve çocuk yoğun bakım ünitelerinde de hizmet kalitesinin sürdürülebilir bir şekilde yükseltilebilmesi için bu ünitelerde görev yapan hemşire ve yardımcı sağlık personelinin hem sayısal yeterliliği hem de mesleki yetkinliği sistematik biçimde güçlendirilmelidir. Bu kapsamda söz konusu birimlerdeki psikososyal yükün yüksekliği göz önünde bulundurularak, mali ve sosyal destek mekanizmaları artırılmalı; çalışma süreleri, nöbet planlamaları ve dinlenme sürelerine ilişkin düzenlemeler yapılarak mesleki motivasyonları artırılmalıdır.

45. Özel Hastanelerde Yoğun Bakım Hemşire İstihdam Sorunlarının Giderilmesi:

Özel hastanelerdeki yoğun bakım ünitelerinde mevzuatın öngördüğü hemşire istihdamı standartlarının karşılanmasında çeşitli zorluklar yaşandığı bildirilmektedir. Bu sorunların temelinde kamu sağlık kurumlarına kıyasla uygulanan düşük ücret politikaları ile personel sayısı ve iş yükü dağılımındaki eşitsizlikler yer almaktadır. Söz konusu dengesizlikler, deneyimli sağlık personelinin kamuya geçişini teşvik etmekte ve özel sektördeki hizmet sürekliliğini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle özel hastanelerde görev yapan yoğun bakım

hemşirelerine yönelik ücret iyileştirmeleri yapılmalıdır. Ayrıca çalışma saatlerinin yasal sınırlar içinde tutulup tutulmadığı düzenli olarak denetlenmeli ve nöbet listeleri titizlikle incelenerek hemşirelerin iş yükü ve dinlenme hakları gözetilmelidir.

46. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Personeline Psikososyal Destek Sunulması İçin Klinik Psikolog Kadrosu Oluşturulması:

Acil servis, yoğun bakım ve Ambulans Servisi Başhekimlikleri bünyesinde görev yapan sağlık personeli travmatik olaylara maruz kalma, yoğun iş yükü, vardiyalı çalışma düzeni ve afet benzeri olağanüstü durumlar nedeniyle ciddi düzeyde psikolojik stres altındadır. Ancak mevcut Personel Dağılım Cetveli’nde (PDC) bu personelin psikolojik destek alabileceği “Klinik Psikolog” kadrosu tanımlı değildir. Bu durum hem personel sağlığının korunmasını hem de tükenmişlik ve iş verimliliği gibi kritik alanlarda müdahale mekanizmalarının geliştirilmesini engelleyebilmektedir. Bu nedenle İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri PDC kadrolarına Klinik Psikolog unvanının tanımlanması; sahada görev yapan sağlık personelinin ruh sağlığının korunması, psikososyal destek süreçlerinin kurumsallaşması ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği açısından gerekli bir düzenleme olarak değerlendirilmelidir.

5.1.8. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Bölgesel Eşitsizliklerin Azaltılması

47. Yenidoğan Sağlığı Hizmetlerinin Bölgesel Bazda İyileştirilmesi:

Sağlık sisteminde bölgesel eşitsizliklerin azaltılması amacıyla, neonatal mortalitenin yüksek seyrettiği bölgelerde eğitim, sağlık altyapısı ve nitelikli insan gücü eksikliklerinin giderilmesi büyük önem taşımaktadır. Yenidoğan sağlığı hizmetlerinin niteliğini artırmak için bu bölgelerde neonatal bakım konusunda yetkin sağlık profesyonellerinin istihdamı öncelikli hale getirilmelidir. Özellikle uzman personel dağılımında mevcut olan dengesizliklerin giderilmesi amacıyla kırsal ve dezavantajlı bölgelerde görev yapacak sağlık çalışanlarına yönelik mali, kariyer gelişimi ve sosyal destek unsurlarını içeren teşvik mekanizmaları güçlendirilmelidir. Bu sayede ülke genelinde yenidoğan sağlığı hizmetlerine erişim imkânı artırılabacaktır.

48. Kırsal ve Dezavantajlı Bölgelerde Mobil Sağlık Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması:

Gebe kadınlar, yenidoğanlar ve doğum sonrası süreçlerde sağlık hizmetlerine erişimin artırılması amacıyla, kırsal ve sosyoekonomik olarak dezavantajlı bölgelerdeki aile sağlığı hizmetleri (ebe vizitleri) ve mobil sağlık ekipleriyle sunulan hizmetler yaygınlaştırılmalı ve sürdürülebilir hale getirilmelidir.

49. Basamaklı Sağlık Hizmeti Yapısının Güçlendirilmesi:

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği artırılmalı, Aile Sağlığı Merkezlerinin fiziksel ve kadro kapasiteleri güçlendirilerek toplumun öncelikli başvuru noktası hâline gelmeleri sağlanmalıdır. Üçüncü basamak hastanelerin yükünü azaltmak için, ikinci basamak hastanelerin yatak kapasiteleri de bölgesel ihtiyaca göre planlanmalı ve bu hastanelerin belirli tanılarda tedavi sunabilme yetkinlikleri artırılmalıdır. Özellikle hasta başvurularının yoğun olduğu dönemlerde, üçüncü basamak hastanelerde yatan ancak ikinci basamakta tedavisi mümkün olan hastaların tersine sevkle tedavisinin yapılacağı uygun bir merkeze yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

50. Kamu Hizmet Kapasitesinin Güçlendirilmesi:

İstanbul, İzmir, Gaziantep ve Şanlıurfa gibi büyük illerde özel sağlık kuruluşlarına bağlı yenidoğan yoğun bakım kuvvöz sayıları, kamu ve üniversite hastanelerinin toplam kapasitesinin üzerindedir. Bu gibi illerde kamu ve üniversite hastanelerine bağlı yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin sayısal ve niteliksel olarak güçlendirilmesi ve bu birimlerde görev yapan sağlık personelinin sayısının artırılması gerekmektedir. Ayrıca bu illerde hasta bakım kalitesini değerlendirmeye yönelik etkili denetim mekanizmaları etkinleştirilmelidir.

51. PDC Hesaplamalarında Göçmen Nüfusun Dikkate Alınması:

İl ve ilçe düzeyinde doktor ve hemşire Personel Dağılım Cetveli (PDC) hesaplamalarında, yerleşik nüfus dışında geçici koruma altındaki göçmen nüfus da dikkate alınmalıdır.

52. Üniversite Hastanelerinde Devlet Hizmet Yükümlülüğü Atamaları:

Gaziantep, Diyarbakır, Şanlıurfa, Hatay, Adıyaman ve Kahramanmaraş başta olmak üzere; depremde etkilenen ve anne/yenidoğan ölümlerinin fazla olduğu illerde bulunan üniversitelerde, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ile çocuk cerrahisi uzmanlarının devlet hizmet yükümlülüğü kapsamında görevlendirilmesi sağlanabilir. Ayrıca bu illerdeki üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, perinatologlar ve yoğun bakım uzmanlarının da istihdam edilmesi önceliklendirilmelidir.

53. Yoğun Bakımda Malzeme Eksikliklerinin Giderilmesi:

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kaliteli ve kesintisiz sağlık hizmeti sunulabilmesi için nitelikli sağlık personelinin yanı sıra standartlara uygun tıbbi cihaz ve sarf malzeme eksikliklerinin de hızla tespit edilerek giderilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda birim bazlı ihtiyaç analizleri düzenli olarak yapılmalı, eksiklikler merkezi bir izleme sistemi ile takip edilmeli ve tedarik süreçleri hızlandırılarak klinik hizmetlerin aksamadan sürdürülmesi sağlanmalıdır.

54. Uzamış Yoğun Bakım Hastaları İçin Alternatif Modeller Geliştirilmesi:

Akut yoğun bakım sürecini tamamlamış ancak cihaz bağımlılığı devam eden (mekanik ventilasyon, aralıklı hemodiyaliz vb.), ileri yaş veya destek ihtiyacı bulunan hastalar için palyatif bakımdan farklı olarak “uzamış yoğun bakım merkezleri” oluşturulmalıdır. Bu alanlar, Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı iş birliği ile planlanmalı ve ülke genelinde erişilebilir bir şekilde yapılandırılmalıdır.

5.1.9. SGK Ödeme Sistemlerinin Güncellenmesi

55. Sağlık Bakanlığı ve SGK Ödeme Sisteminin Revize Edilmesi:

Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından uygulanan ödeme tarifeleri sağlık hizmetlerinin nitelikli, kesintisiz ve güvenli sunumunu destekleyecek biçimde yeniden düzenlenmelidir. Bu kapsamda ödeme sistemi aşağıdaki ilke ve gereklilikleri karşılayacak şekilde revize edilmelidir:

- a) Mesai içi ve sonrası hizmet veren hekim kadrosunun sürdürülebilir şekilde istihdamını mümkün kılacak düzeyde bir ödeme altyapısı oluşturulmalıdır. Bu yapı, 7/24 esasına göre hizmet veren yenidoğan yoğun bakım ekip bütünlüğünü teşvik etmeli ve iş gücü kaybını önlemelidir.
- b) Kalite esaslı bakım anlayışı doğrultusunda, deneyimli ve kalifiye hemşirelerin istihdamını teşvik edecek ödeme mekanizmaları uygulanmalıdır.
- c) Tıbben gerekli tetkik, girişim ve tedavilerin gecikmeden uygulanabilmesini sağlamak üzere, bu hizmetlere ilişkin bedellerin zamanında ve eksiksiz karşılanması garanti altına alınmalıdır.
- d) Tıbbi malzeme kullanımında kalite standardı gözetilmeli; düşük maliyetli ancak düşük nitelikli ürün kullanımına yol açacak uygulamalara karşı tedbir alınmalıdır. Ödeme modeli kalite odaklı malzeme seçimlerini desteklemelidir.
- e) Yoğun bakım hastalarının sağlık giderlerinin ödenmesinde SGK’nın geri ödeme sistemi, basamaklandırma esasına dayalı olup, basamaklandırma ile hastanın yoğun bakım düzeyi arasında farklılıkların olabileceği, bu nedenle üçüncü basamak yatakta yatmakta olan bir hastanın yoğun bakım düzeyi ikinci ya da birinci düzey olabileceğinden, mevcut denetimlerin artırılması sağlanmalıdır.

56. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) Fiyatlandırmalarının Yoğun Bakım Hizmetlerine Uygun Şekilde Güncellenmesi:

Yoğun bakım hizmetlerinde kullanılan ileri düzey teknolojiye sahip cihazlar, yaşam destek sistemleri, modern tanı ve tedavi araçları ile yüksek nitelikli sarf malzemeleri hizmet

maliyetini önemli ölçüde artırmaktadır. Ancak mevcut Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlandırmaları, bu teknolojik gelişmeleri ve güncel maliyetleri karşılamaktan uzak kalmıştır. Bu durum sağlık hizmeti sunumunda kalite kaybına, malzeme temininde zorluklara ve bazı işlemlerin kısıtlı biçimde uygulanmasına neden olabilmektedir.

Bu doğrultuda:

- a) SUT birim fiyatları, günümüz tıbbi teknolojilerine, malzeme niteliklerine ve klinik ihtiyaçlara uygun şekilde güncellenmelidir.
- b) Yüksek riskli hastalara hizmet sunan yenidoğan yoğun bakım merkezlerinin gerçek maliyetlerini yansıtacak, hasta güvenliğini ve klinik etkinliği önceleyecek biçimde fiyat revizyonları yapılmalıdır.
- c) SUT güncellemeleri periyodik hale getirilmeli; yenidoğan yoğun bakım hizmetleri için ayrı bir değerlendirme başlığı açılarak hizmet sunucularının sürece katılımı sağlanmalıdır.

57. Uluslararası Neonatal Sağlık Projelerine Türkiye'nin Stratejik Katılımının Artırılması:

Türkiye, neonatal sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmak ve küresel bilgi birikiminden daha etkin faydalanmak amacıyla uluslararası düzeyde yürütülen araştırma, izlem, kapasite geliştirme ve teknoloji transferi projelerine daha aktif şekilde katılım sağlayarak bilgi, deneyim ve teknoloji paylaşımını artırmalı; bu alandaki iş birliklerini stratejik olarak güçlendirmelidir.

5.2. DENETİM VE İZLEME MEKANİZMALARININ GÜÇLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN ÖNERİLER

Başta yenidoğan olmak üzere yoğun bakım hizmetlerinin niteliğini artırmak, kaynakların etkin kullanımını sağlamak ve sağlık hizmet sunumunda standardizasyonu tesis etmek amacıyla güçlü bir denetim ve izleme mekanizması elzemdir. Bu çerçevede hem kamu hem özel sağlık kuruluşlarında yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin niteliği, klinik standartlara uyumu, sevk zinciri ve faturalandırma süreçleri ile insan kaynağı planlaması gibi çok boyutlu alanlarda sistematik ve sürekli bir denetim anlayışı önem arz etmektedir. Aşağıda sunulan öneriler bu mekanizmaların güçlendirilmesine yönelik olarak; kalite temelli denetim, kurumlar arası veri paylaşımı, dijital izleme sistemlerinin entegrasyonu ve denetim ekiplerinin yetkinliğinin artırılması gibi başlıklarda somut politika adımlarını içermektedir.

5.2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Etkin Denetimi ve Kalite Standartları

58. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Denetimi:

İl sağlık müdürlükleri tarafından düzenli olarak yapılan denetimlere rağmen bazı usulsüzlüklerin önlenemediği göz önüne alınarak, **tavizsiz ve şeffaf** bir denetim sistemi oluşturulmalıdır. Mevcut mevzuat yeterli ve kapsayıcı olmalı, en önemlisi denetimler sonrası eksiklik tespit edilen merkezlere yönelik yaptırımlar caydırıcı olmalıdır. Değerlendirmeler sadece nicel değil, aynı zamanda niteliksel ölçütlere de dayandırılmalıdır.

59. Yoğun Bakım Hizmetlerinde Denetim Süreçlerinin Güçlendirilmesi ve Hasta Hakları Temelli Yaklaşımın Kurumsallaştırılması:

Ülkemizde yoğun bakım üniteleri, ruhsatlandırma aşamasından itibaren çeşitli denetim süreçlerine tabi tutulmakla birlikte bu denetimlerin kapsam, yöntem ve zamanlamaları arasında standardizasyon farklılıkları bulunmaktadır. Sadece yenidoğan değil, tüm yoğun bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması için denetimlerin önceden bildirim yapılmaksızın, düzenli ve objektif biçimde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca olağan dışı denetim mekanizmalarının hem sıklığı hem de teknik niteliği artırılmalı ve risk odaklı izleme sistemleri geliştirilmelidir. Denetim süreçlerinin temelinde hasta haklarına dayalı kurumsal bir kültürün yaygınlaştırılması hedeflenmelidir. Bu kapsamda hasta ve hasta yakınlarının geri bildirimleri sistematik biçimde toplanmalı, şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri çerçevesinde değerlendirilmelidir. Böylelikle yoğun bakım hizmetlerinin sadece teknik değil, insani boyutta da güçlendirilmesi sağlanacaktır.

60. Yenidoğan Yoğun Bakım Endikasyon Denetimlerinin Artırılması:

Özellikle yoğun bakımlar ve yenidoğan yoğun bakımlar başta olmak üzere tüm hastanelerde endikasyon temelli denetimler artırılmalıdır. Hasta kabul kriterleri ile klinik uygulamaların güncel kılavuzlara ve bilimsel standartlara uygunluğunun esas alınacağı bu denetimlerin yaygınlaştırılması ülke genelinde sunulan sağlık hizmetlerinin yeknesaklığı ve hasta güvenliği açısından önemli katkılar sağlayacaktır.

61. Standart Mortalitesi Yüksek Olan Merkezlerin Denetlenmesi:

Sevk oranı veya standart mortalitesi yüksek olan merkezler ilgili bebek ölüm komisyonları tarafından değerlendirilmeli ve Sağlık Bakanlığı gözetiminde denetlenmelidir. Her yıl neonatal mortalite oranları değerlendirilerek bölgesel ve ulusal sağlık politikaları güncellenmelidir. Ülkemizde yenidoğan alanında son 15 yılda çok önemli kazanımlar olmakla beraber, mortalite oranı hâlen gelişmiş ülkelerdeki oranların üzerindedir. Neonatal mortalitenin önlenmesi ve azaltılmasına yönelik yeni yol haritalarının oluşturulması ve bebek

ölüm bildirim sisteminin revize edilmesi gerekmektedir. Temel hedef yenidoğan yoğun bakımlarda tüm hasta bakım süreçlerindeki niteliğin artırılması olmalıdır.

62. Yoğun Bakımların Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Tarafından Oluşturulan Rehber ve Denetim Formlarının Etkin Kullanımı:

Ülkemize özgü oluşturulmuş rehber ve formlar, çapraz denetim ilkesine göre uygulanmalı ve denetim ekiplerinde yoğun bakım akademisyenleri yer almalıdır. Tescil uygunluğu ve personel/donanım/işleyiş açısından yapılan rutin denetimler düzenli ve disiplinli biçimde sürdürülmelidir.

63. Denetim Süreçlerinde Klinik Kalite Standartlarının Yaygınlaştırılması:

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından klinik kalite standartlarının kamu, özel ve üniversite hastanelerinde yaygınlaştırılması gerekmektedir. Hastaya doğru tanı konulması ve uygun tedavi uygulanması süreçlerinin güvence altına alınabilmesi için kalite standartlarına dayalı denetim mekanizmalarının da güçlendirilmesi önem arz etmektedir.

Öte yandan, yenidoğan bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması açısından, yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yönelik denetimlerde NRP sertifikası sorgulanmalı ve beş yılını dolduran sertifikaların yenilenmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

64. Yenidoğan Yoğun Bakım Seviye Kriterlerinin Revize Edilmesi ve İlaç Takip Sistemi ile Yenidoğan Yoğun Bakım İlaç Takibi:

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan yenidoğan yoğun bakım seviyelendirme kriterlerinde hastaya ait özellikler ile sağlık hizmeti sunucusunda bulunması gereken şartlar ayrı başlıklar halinde düzenlenmesi yerinde olacaktır. Ayrıca yenidoğan yoğun bakım hasta kriterlerinin MEDULA kuralı olarak işletilebilecek şekilde düzenlenmesi önerilmektedir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde kullanılan sürfaktan etken maddeli ilaçların izlenebilirliğinin artırılması amacıyla İlaç Takip Sistemi'nin etkin biçimde kullanılması sağlanmalı ve bu sistemin sağlık tesisleriyle entegrasyonu ve denetimi güçlendirilmelidir.

65. Tescil Süreçlerinde Cihaz Niteliklerinin Değerlendirilmesi:

Yoğun bakım ünitelerine tescil verilirken yalnızca zorunlu cihaz ve tıbbi malzemelerin sayısal varlığı değil aynı zamanda bu ekipmanların teknolojik yeterliliği, performans düzeyi ve güncelliği de değerlendirme kriterlerine dâhil edilmelidir. Bu yaklaşım klinik bakım kalitesini ve hasta güvenliğini doğrudan etkileyen ekipman altyapısının güçlendirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu doğrultuda ilgili mevzuatta değişiklik yapılarak tescil sürecine ilişkin kriterlerin kapsamı genişletilmeli; ventilatör, monitör, fototerapi cihazı, transport kuvvözü gibi

temel ekipmanların sadece varlığı değil; model, teknik özellik, kullanım yılı ve servis garantisi gibi niteliksel unsurlar da denetim süreçlerine dâhil edilmelidir.

66. Yoğun Bakım Yataklarının Etkin Kullanımına Yönelik Denetim ve Koordinasyonun Artırılması:

Kamu hastanelerinde özellikle yoğun bakım ve servis yatakları başta olmak üzere mevcut yatak kapasitesinin etkin ve verimli kullanılamaması hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ile hastaneler arası sevk süreçlerinde aksamalara yol açabilmektedir. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve illerde Kamu Hastaneleri Başkanlıklarının yoğun bakım yataklarının doğru kullanımı ile ilgili denetimlerini etkin bir şekilde yapmaları gerekmektedir. Hastaların seviyelerine uygun yoğun bakımda yatıp yatmadıkları ve gereksiz yoğun bakım yatışlarının önüne geçilmesi hastalara yer bulma sürecini kolaylaştıracaktır. Ayrıca Sağlık Hizmetleri Başkanlıklarının üniversite ve özel hastanelerin yoğun bakım yataklarının etkin ve verimli kullanılması ile alakalı denetimleri (özellikle endikasyon denetimleri) sağlaması SKKM tarafından hasta yer bulma süreçlerine faydalı olacaktır.

67. Yoğun Bakım Kalite Standartlarının Yükseltilmesi:

Yoğun bakım birimlerinde görev yapan hekim ve hemşireler için enfeksiyon kontrolü, hasta güvenliği, etik karar verme süreçleri ve acil müdahale protokolleri gibi konuları içeren düzenli ve zorunlu hizmet içi eğitim programları uygulanmalıdır. Bu eğitimlere katılım, performans değerlendirme sistemlerine entegre edilmelidir. Eğitim içerikleri ulusal düzeyde standardize edilmeli ve Sağlık Bakanlığı tarafından akredite edilen kurumlarca verilmelidir.

5.2.2. Özel Sağlık Kuruluşları, Özel Ambulans Firmaları ve Tıp Merkezlerinin Denetimi

68. Tıp Merkezlerinde Denetimlerin Artırılması:

Adölesan gebelikler hem anne hem de yenidoğan açısından yüksek riskli gebelikler arasında yer almakta olup erken yaşta gebeliklerin tıbbi, psikososyal ve toplumsal sonuçları multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu kapsamda adölesan yaş grubundaki gebelerin başvurduğu tıp merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerinin niteliği ve standartlara uygunluğu etkin ve düzenli denetim mekanizmaları aracılığıyla izlenmelidir. Tıp merkezlerinde acil haller dışında sezaryen yapılamayacağı mevzuatla düzenlenmiş olduğundan, denetimlerde tıp merkezlerinde yapılan sezaryen ameliyatlarının endikasyonları incelenmelidir. Acil sezaryen ameliyatları ile ilgili ulusal düzeyde kriterler belirlenmelidir. Oligohidroamniyoz, çoğul gebelik, prematür bebek riski olan sezaryen ameliyatlarının acil hallerde bile tıp merkezlerinde yapılmaması sağlanmalıdır.

Özellikle tıp merkezlerinde yürütülen kadın doğum hizmetlerinin yaşa özgü etik ve yasal düzenlemeler çerçevesinde gerçekleştirildiğinden emin olunmalı; adölesan gebelere yönelik danışmanlık, yönlendirme ve gerekli bildirimin eksiksiz biçimde yapılıp yapılmadığı denetlenmelidir. Bu denetimlerin erken yaşta gebeliklerin doğru izlem ve yönlendirme süreçleriyle ele alınmasına katkı sağlaması hedeflenmektedir.

69. Sezaryen Oranlarının Azaltılmasına Yönelik Denetim Mekanizmalarının Güçlendirilmesi:

Özel sağlık kuruluşlarında sezaryen doğum oranlarının kamu hastanelerine kıyasla daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu durum tıbbi endikasyon dışında yapılan sezaryen uygulamalarının önlenmesini, doğum şekline yönelik klinik kararların bilimsel temellere dayanmasını ve anne-bebek sağlığının korunmasını amaçlayan politika ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Bu kapsamda özel hastanelerde gerçekleştirilen doğum uygulamalarına yönelik düzenli, kapsamlı ve sıklaştırılmış denetimlerin yürütülmesi sağlanmalıdır. Denetim sürecinin etkinliğini artırmak amacıyla mevcut denetim ekiplerinin yanı sıra Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarından oluşan bağımsız bir denetim/değerlendirme ekibi oluşturulmalı ve bu ekip denetim süreçlerini objektif ölçütler çerçevesinde ikinci kez gözden geçirebilmelidir.

70. Ruhsat Devri Öncesinde Özel Sağlık Kuruluşlarının Denetim ve Uyum Geçmişinin Değerlendirilmesi:

Özel sağlık kuruluşlarının ruhsat devri süreçlerinde, devir işlemi öncesinde ilgili sağlık kuruluşunun mali ve idari geçmişinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat devrine onay verilmeden önce SGK'dan hastanenin geçmiş denetim raporları, fatura inceleme süreçlerinde tespit edilen uyumsuzluklar ve uygulanan idari yaptırımlar hakkında yazılı bilgi talep edilmesi yerinde olacaktır. Bu uygulama ruhsat devrinin sağlık hizmet sunumunda süreklilik ve mevzuata uygunluk ilkeleri doğrultusunda gerçekleştirilmesini destekleyecek ve denetim süreçleri ile ruhsatlandırma mekanizmaları arasındaki kurumsal iş birliğini güçlendirecektir.

71. Özel Hastane Denetimlerinde Risk Temelli İzleme Uygulamaları:

Özel hastanelerin denetiminde özellikle daha önce usulsüzlük tespit edilen sağlık kuruluşlarında denetim sıklığı artırılmalıdır. Ayrıca yatak doluluk oranı yüksek seyreden özel hastanelerde insan gücü planlaması açısından personel sayısının hizmet kapasitesiyle uyumluluğu titizlikle değerlendirilmelidir. Bu kapsamda yoğun hasta yükü altında çalışan sağlık kuruluşlarının personel yetersizliği nedeniyle hizmet kalitesinde aksama yaşanmaması adına sıklaştırılmış denetim mekanizmaları uygulanmalıdır.

72. Özel Ambulans Servislerinde Denetim Mekanizmalarının Güçlendirilmesi:

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin standardize, kesintisiz ve mevzuata uygun şekilde sunulabilmesi amacıyla özel ambulans servisleri de dâhil olmak üzere tüm hizmet sağlayıcılar, İl Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlıklarının düzenli denetim ve gözetimi altındadır. Bu kapsamda, özel ambulans servislerinin; teknik donanım, ilaç ve tıbbi malzeme yeterliliği, personel nitelikleri ve hasta taşıma süreçleri, yılda en az üç kez yapılan denetimlerle ve gerekli hallerde resen ya da şikâyet üzerine gerçekleştirilen olağan dışı denetimlerle kontrol edilmektedir. Bu denetimler dışında yıl içerisinde belirli aralıklarla habersiz denetimlerin yapılması ambulans firmalarının eksiklerinin görülebilmesi hızlıca müdahale edilmesi açısından önem arz etmektedir. Özel ambulans servisleri, Sağlık Komuta Kontrol Merkezleri (SKKM) ile entegre çalışmalı, GPS tabanlı takip sistemleri aracılığıyla görev ve rotaları izlenmeli ve SKKM bilgisi ve koordinasyonu dışında hiçbir şekilde hasta hizmeti sunamaması; denetim mekanizmalarının işlevselliği, hasta güvenliği ve hizmet bütünlüğü açısından zorunludur.

5.2.3. Sevk İşlemleri ve Sağlık Kuruluşları Arası İşleyişin Denetimi

73. Üçüncü ve Dördüncü Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine (YYBÜ)

Yapılan Sevklerin Denetimi:

Üçüncü ve dördüncü düzey yenidoğan yoğun bakım üniteleri ileri düzeyde özellikli bakım gerektiren yenidoğanlara hizmet sunmak üzere yapılandırılmış merkezlerdir. Ancak diğer sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilebilecek doğum ve temel düzeyde yenidoğan bakım hizmetlerinin gereksiz yere bu üst düzey merkezlere yönlendirilmesi YYBÜ doluluk oranlarını arttırmakta ve gerçek yoğun bakım ihtiyacı duyan yenidoğanların hizmete erişimini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle 3. ve 4. düzey YYBÜ içeren merkezlere yapılan gebe sevkleri ve transport işlemleri mutlaka denetim altına alınmalı; tıbbi endikasyon dışı ve usulsüz hasta sevklerinin önlenmesi amacıyla standart sevk kriterleri ve denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Sevklerin uygunluğu; klinik endikasyonlar, mevcut yatak doluluk durumu ve bakım düzeyi göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Bu bağlamda sevke yetkili klinik birimlerin sorumlulukları açıkça tanımlanmalı ve sevk kararlarının belgelendirilebilir ve izlenebilir olması sağlanmalıdır.

74. Sağlık Bakanlığı ile SGK Arasında Kurumsal Entegrasyon ve Ortak Denetim Mekanizmalarının Güçlendirilmesi:

Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu arasında mevcut veri paylaşımına ilişkin tüm süreçler gözden geçirilmeli ve iş birliği protokolleri doğrultusunda kapsamlı bir

entegrasyon sağlanmalıdır. Bu kapsamda bilgilerin karşılıklı, anlık ve güvenli biçimde paylaşılmasını mümkün kılacak dijital altyapılar güçlendirilmelidir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin denetimi konusunda iki kurum arasında eşgüdüm sağlanmalı; ortak denetim programları geliştirilmeli ve denetim bulgularının eş zamanlı analizine imkân veren entegre izleme sistemleri oluşturulmalıdır. Bu sayede kamu kaynaklarının etkin kullanımı artırılacaktır.

75. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Veri Entegrasyonu:

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ilişkin sevk zinciri süreçlerinin daha etkin yönetilebilmesi ve geri ödeme sistemleriyle entegre çalışabilmesi için Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS) üzerinden elde edilen verilerin SGK ile anlık ve sistematik biçimde paylaşımı sağlanmalıdır. Böylece sevk edilen hastaların gerçekten acil olup olmadığı ve sevklerin uygun şekilde yapılıp yapılmadığı etkin biçimde denetlenebilecektir. Bununla birlikte hastaneler arası sevklerle ilişkin hastane faturaları çapraz kontrol edilerek gereksiz veya hatalı faturalandırmaların önüne geçilmelidir. Hastanın sevk edilme gerekçesi ile hastanede aldığı hizmetlerin klinik olarak uyumluluğu sistematik biçimde analiz edilmelidir.

76. Yoğun Bakım Tedavi Süreçlerine İlişkin Anlık Verilerin SGK Tarafından Takibi:

Yoğun bakım tedavisi gören hastalara ait anlık verilerin online bir sistem üzerinden SGK tarafından takip edilmesi için Sağlık Bakanlığı ve ilgili diğer kurumlarla çalışmalar başlatılmıştır. Bu sürecin hızlandırılması ve sistemin SGK fatura doğrulama süreçleri ile entegre biçimde çalışmasının sağlanması gerekmektedir.

5.2.4. Fatura Denetimi, Dijitalleşme ve İnsan Kaynağı Yönetimi

77. Yoğun Bakım MEDULA Kısıtlamalarının Gözden Geçirilmesi ve Güncellenmesi:

Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ kapsamında yoğun bakım servislerinin düzeylerine (1., 2. ve 3. seviye) göre taşınması gereken kriterler belirlenmiştir. Bu tebliğdeki kriterlere göre MEDULA’da yoğun bakım işlemlerinin fatura edilmesi konusunda mevcut kısıtlamalarının yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte gerektiğinde yeni kısıtlamaların devreye alınması da yerinde olacaktır.

78. Fatura İnceleyici Sayısının Artırılması ve Özlük Haklarının İyileştirilmesi:

Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde görev yapan fatura inceleyici sayısının artırılması inceleme sürelerinin kısaltmasını ve incelemenin niteliğinin artırılmasını sağlayacaktır. Bu kapsamda inceleyici personelin özlük haklarında iyileştirme yapılmalı;

Sosyal Güvenlik Kurumu Personeline Yapılacak Ek Ödemenin Usul ve Esasları'na ilişkin düzenlemelerle SGK'da çalışmanın cazip hale getirilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” Ek Madde 17: “*Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan tabip ve uzman tabipler ile 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu hükümlerine göre istihdam edilen aile hekimleri, her yıl Bakanlıkça uygun görülmek şartıyla yetmiş iki yaşına kadar çalışabilir.*” hükmüne benzer şekilde SGK'da görev yapan hekim ve eczacılara da 72 yaşına kadar çalışabilme imkânı tanınarak özellikle büyükşehirlerde mevcut personelin sistemde kalmasına yönelik teşvik mekanizmaları oluşturulmalıdır.

79. Fatura İnceleme Eğitim Süreçlerinin Güçlendirilmesi:

SGK tarafından yürütülen sağlık hizmeti fatura incelemeleri hem mali denetim hem de hizmet sunum kalitesinin izlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu nedenle fatura inceleyici personel yapısının hem niceliksel hem de niteliksel açıdan güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda fatura inceleyicilere yönelik sürekli ve kapsamlı eğitim programları hayata geçirilmelidir. Bu programlar kapsamında SGK ve Sağlık Bakanlığı mevzuatına hâkimiyetin artırılması, denetim süreçlerinde ortak içtihadın oluşturulması ve uygulamada yeknesaklığın sağlanması hedeflenmelidir.

80. Fatura Denetiminde Dijital Altyapının Geliştirilmesi ve Yapay Zekâ Destekli Denetim:

Fatura denetiminde dijitalleşmenin artırılması, yapay zekâ ve makine öğrenimi tabanlı sistemlerin entegrasyonu sağlanmalı; faturaların ön incelemesi bu teknolojiler aracılığıyla gerçekleştirilerek yüksek riskli işlemler insan incelemesine yönlendirilmelidir. Bu sayede denetim süreçlerinde hem zaman hem de kaynak verimliliği sağlanacak ve denetim kapasitesi artırılabilecektir. Dolayısıyla yapay zekâ destekli fatura inceleme süreçlerine yönelik çalışmalar hızlandırılmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

81. Örneklem Oranının Azaltılarak Hedefli İncelemenin Güçlendirilmesi:

Sağlık hizmetlerine ilişkin geri ödeme süreçlerinin mali sürdürülebilirlik açısından etkin şekilde yürütülebilmesi için fatura inceleme sistemlerinin veriye dayalı ve risk odaklı bir yapıya kavuşturulması gerekmektedir. Fatura inceleme süreçlerinin etkinliğini artırmak amacıyla 5502 sayılı Kanun'da değişiklik yapılarak rastgele seçilen fatura örneklem oranının %5-10 aralığından %1-5 seviyesine düşürülmesi önerilmektedir. Böylece daha sınırlı sayıdaki fatura daha ayrıntılı biçimde incelenebilecek ve denetim kaynakları yüksek riskli alanlara yönlendirilebilecektir.

82. Fatura Denetiminde Risk Bazlı Denetim Modeline Geçilmesi:

Rastgele örnekleme yöntemi yerine sağlık hizmet sunucularının geçmiş hata oranları, usulsüz işlem kayıtları, sunulan hizmetin niteliği ve mali büyüklüğü gibi kriterlere dayalı olarak risk derecelendirme modeli geliştirilmeli ve denetimler bu doğrultuda önceliklendirilmelidir. Böylece yüksek risk taşıyan alanlarda odaklı ve etkili denetimler gerçekleştirilebilecek, sistemsal hataların erken tespiti mümkün hâle gelecektir.

5.3. MEVZUAT DÜZENLEMELERİNE İLİŞKİN ÖNERİLER

Bu bölümde genel olarak mevzuat altyapısının güçlendirilmesine yönelik öneriler sunulmaktadır. Özellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde hizmet sunumuna ilişkin mevcut düzenlemelerin güncellenmesi, uzman hekim görevlendirilmesinin zorunlu hale getirilmesi ve denetim süreçlerinin etkinleştirilmesine yönelik mevzuat düzenlemeleri önem arz etmektedir. Diğer yandan sağlık hizmetlerine ilişkin hukuki uyumsuzlukların çözümünde uzmanlık esaslı ve etkin yargı mekanizmalarının oluşturulması önerilmektedir. Mevzuat altyapısının güçlendirilmesi sağlık hizmetlerinin niteliği ve güvenilirliğini artırmakla birlikte sağlık sisteminde hukuki ve etik standartların gelişmesine de katkı sağlayacaktır.

5.3.1. Klinik Hizmet Standartlarının Geliştirilmesine Yönelik Mevzuat Düzenlemeleri

83. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleriyle İlgili Mevzuatın Revize Edilmesi:

Kamu, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarının özellikle seviye 3 ve 4 düzeyinde hizmet sunan yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde multidisipliner yaklaşımla kapsamlı ve bütüncül sağlık hizmeti sunumunu esas alan düzenlemeler hayata geçirilmelidir. Bu doğrultuda ilgili yönetmelik ve tebliğlerin güncellenmesine yönelik mevzuat çalışmaları hızlandırılmalıdır.

84. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin Günümüz İhtiyaçlarına Göre Yeniden Düzenlenmesi:

11.05.2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*, üzerinden geçen süre zarfında sağlık sistemindeki yapısal değişiklikler, teknolojik gelişmeler ve afet/acil durumlara müdahaleye yönelik güncel ihtiyaçlar karşısında yetersiz kalmaktadır. Mevcut yönetmelik, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin günümüzdeki dinamik yapısını ve sahadaki uygulama gerekliliklerini tam olarak karşılayamamaktadır. Bu nedenle ilgili yönetmeliğin günümüz koşullarına uygun olarak kapsamlı bir biçimde gözden geçirilmesi, ihtiyaç temelli ve uygulamaya dönük hükümlerle yeniden düzenlenmesi önerilmektedir.

85. Üçüncü Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Servislerinde Neonatoloji Uzmanı Görevlendirilmesinin Zorunlu Hale Getirilmesi:

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğin 17 nci maddesinin (c) bendinde birinci, ikinci, üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde Neonatoloji uzmanı tabip bulunmaması halinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanının görevlendirilebileceği, dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde Neonatoloji uzmanının görevlendirilmesinin zorunluğu olduğu hükmü yer almaktadır. Ancak üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde sunulan hizmetlerin niteliği ve hasta profili dikkate alındığında bu seviyedeki servislerde Neonatoloji uzmanının görevlendirilmesinin zorunlu hale getirilmesi için gerekli altyapının oluşturulması uygun olacaktır.

86. Çalışma Ortamı ve Ücretlendirme Sistemi:

Hemşirelikte sürdürülebilir bir çalışma ortamı ve kritik hasta yönetimine uygun ücretlendirme sistemi oluşturulmalıdır. Bu bağlamda teşvik edici önlemlerin alınması, *Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*'de belirlenen hasta/hemşire oranı ve sayısının, hastane ve ünite özelliklerine göre revize edilmesi gerekmektedir.

87. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzüğün Güncellenmesi:

Kadın sağlığı, üreme sağlığı ve perinatal bakım alanında hizmet sunumunun güncel tıbbi bilgi ve etik ilkeler doğrultusunda yürütülebilmesi için ilgili mevzuatın gözden geçirilmesi ve güncellenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda aşağıdaki düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır:

- a) *Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzüğün* (14/11/1983 tarihli ve 83/7395 sayılı Karar) 5. maddesinde yer alan hastalık listesi günümüzün tıbbi tanı ve tedavi olanakları doğrultusunda yeniden değerlendirilerek güncellenmelidir.
- b) 'Ağır maluliyet' kavramı; terminasyon ve doğuma müdahale kararlarını doğrudan etkileyen bir tanım olup maluliyete neden olabilecek tüm sistem ve organları kapsayacak şekilde ayrıntılı ve tıbbi temellere dayalı biçimde tanımlanmalıdır.
- c) Makul bir viyabilite (yaşayabilirlik) sınırı belirlenmeli, bu sınırın etik ve tıbbi yaklaşımlarla uyumlu olacak şekilde fetosid işlemlerini sınırlayıcı rolü tanımlanmalıdır.

5.3.2. Sağlık Hukuku ve Uyuşmazlıkların Çözümüne Yönelik Mevzuat Çalışmaları

88. Sağlık Sigortası İhtisas Mahkemelerinin Kurulması:

Sağlık harcamalarına ilişkin hukuki uyuşmazlıkların daha etkin ve uzmanlık esaslı bir şekilde çözülebilmesi amacıyla Sosyal Güvenlik Kurumu ile Adalet Bakanlığı iş birliği içerisinde ‘Sağlık Sigortası İhtisas Mahkemeleri’nin kurulmasına yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.

89. Uzman Bilirkişi Havuzunun Oluşturulması:

Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu uygulamalarına ilişkin mevzuat; tıbbi terminolojiye, işlem kodlamalarına, hizmet basamaklarına ve geri ödeme sistemlerine dayalı olarak son derece teknik ve uzmanlık gerektiren bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, söz konusu mevzuatın yorumlanması ve uygulanmasında yaşanan hukuki uyuşmazlıkların çözümünde bilirkişilik kurumu kritik bir rol üstlenmektedir. Bilhassa sağlık hizmet sunumu, faturalandırma süreçleri, klinik karar alma mekanizmaları ve hasta haklarına ilişkin değerlendirmelerde, tıp alanında yetkin ve mevzuat bilgisine hâkim bilirkişilerin görüşlerine başvurulması adil ve bilimsel temelli kararların oluşturulması bakımından elzemdir.

Bu çerçevede; bilirkişilerin Adalet Bakanlığı bilirkişi listesine alınmadan önce veya listeye alındıktan sonra, Sağlık Bakanlığı mevzuatı (hasta hakları, yoğun bakım, doğum hizmetleri, sağlık hizmet sunumuna ilişkin yönetmelikler), Sosyal Güvenlik Kurumu mevzuatı (Sağlık Uygulama Tebliği – SUT, hizmet faturalandırma kuralları ve işlem kodları), tıbbi kayıt sistemleri, kişisel sağlık verilerinin korunması ve bilgi gizliliği mevzuatı konularında Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye Adalet Akademisi ile tıp ve hukuk alanında yetkin üniversite hastanelerinin iş birliğiyle düzenlenen sertifikalı eğitim programlarına katılımı zorunlu hale getirilebilir.

90. Alternatif Uyuşmazlık Çözüm Yollarının Geliştirilmesi:

Sağlık hizmet sunumuna ilişkin uygulamalarda, Sosyal Güvenlik Kurumu ile sağlık hizmeti sunucuları (SHS) arasında ortaya çıkabilecek uyuşmazlıklarda yalnızca idari başvuru ve dava yoluna başvurulması hem Kurum yükünü artırmakta hem de süreçleri uzatmaktadır. Bu çerçevede, SGK ile özel ve kamu sağlık hizmeti sunucuları arasında ortaya çıkan ihtilafların çözümüne yönelik olarak alternatif uyuşmazlık çözüm yollarından olan arabuluculuk, uzlaştırma ve tahkim mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 85. maddesi kapsamında düzenlenen “asgari işçilik ve uzlaşma” hükmü, Sosyal Güvenlik Kurumu ile işveren arasında ortaya çıkan prim tahakkukuna ilişkin teknik ve hesaplama dayalı

ihtilafların, dava yoluna başvurulmadan, idari uzlaşma yoluyla çözülebilmesine imkân tanımaktadır. Benzer bir uzlaşma mekanizmasının sağlık alanında da kurulması, hem SGK hem sağlık hizmet sunucuları hem de yargı sistemi açısından daha etkin, hızlı ve işlevsel bir çözüm sağlayacaktır.

5.3.3. Koruyucu Düzenlemeler ve Mevzuat Uyumu

91. Kurumsal İsimlendirmenin Görev Alanıyla Uyumlu Hale Getirilmesi:

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın mevcut yapılanmasında “Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” yalnızca hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ile afetlerde sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinden sorumlu olmasına rağmen kurumun ismi kamuoyunda hastane acil servislerini ve hastane içi acil sağlık hizmetlerini de kapsadığı yönünde yanlış bir algıya neden olmaktadır. Bu durum, kurumsal görev tanımlarında ve sağlık hizmetlerinin yönetiminde kavramsal karışıklıklara yol açabilmektedir. Bu nedenle Genel Müdürlüğün isminin kurumsal görev alanı ile daha uyumlu olacak şekilde “Hastane Öncesi Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” olarak değiştirilmesi önerilmektedir.

92. İl Ambulans Servisi Başhekimliklerinin İdari ve Mali Açıdan Güçlendirilmesi:

İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu ve 7/24 kesintisiz sunulmasında hayati bir rol üstlenmektedir. Ancak bu başhekimliklerin mevcut idari yapılanmada destek hizmetleri başkanlıkları altında değerlendirilmesi kurumsal işleyişlerini ve mali-idari özerkliklerini sınırlandırmakta; görevlerinin niteliği ile örtüşmeyen bir konumda yer almalarına neden olmaktadır. Kamu Hastaneleri Başhekimliklerine benzer şekilde İl Ambulans Servisi Başhekimliklerine de müstakil bir idari statü kazandırılarak kendi bütçesi ve mali haklarıyla güçlendirilmiş bir yapıya kavuşturulmaları; hizmet verimliliği, personel motivasyonu ve hesap verebilirlik açısından önemli bir ihtiyaç haline gelmiştir. Bu doğrultuda söz konusu başhekimliklerin mali yönden destek hizmetleri başkanlıklarından ayrılarak bağımsız bir yapıya kavuşturulması ve mali haklar yönünden hastane başhekimlikleri ile eşitlenmeleri yönünde düzenleme yapılması önerilmektedir.

93. Mevzuat Uyumluluğunun Sağlanması Amacıyla 5510 Sayılı Kanun Ek 10.

Maddesinin Düzenlenmesi:

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), sağlık hizmet sunumuna ilişkin yükümlülüklerini, özel sağlık hizmeti sunucularıyla akdedilen sözleşmeler ve protokoller çerçevesinde yerine getirmektedir. Bu kapsamda, Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulan hizmetlerin bedeli belirlenen usul ve esaslara uygun olarak SGK tarafından karşılanmaktadır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun Ek 10. maddesi, özel sağlık hizmet sunucuları bünyesinde görev yapan hekimlerin Kuruma fatura edilebilir hizmet sunabilmeleri için karşılama gereken çalışma usullerini düzenlemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun Ek 10. maddesinde yer alan hükümler uyarınca, sağlık hizmeti sunucuları bünyesinde çalışan hekimlerin, şirket kurmak suretiyle sağlık hizmet sunucusunun alt taşeronu gibi kendi adlarına sağlık hizmeti sunmaları ve bu hizmetlerin sağlık hizmeti sunucusu üzerinden Kuruma fatura edilmesi mümkün hale getirilmiştir. Hekimlerin, sağlık hizmet sunucusuyla iş sözleşmesine dayanmaksızın ve bağımsız şirket yapıları aracılığıyla hizmet sunmaları iş güvencesi ve sosyal güvenlik haklarının zayıflaması, sağlık hizmetinin kurumsal bütünlüğünün zedelenmesi, tıbbi uygulamalarda denetim, kalite güvence sistemleri ve mesleki sorumluluk ilişkisinin muğlaklaşması gibi sorunlara neden olmaktadır. Belirtilen gerekçelerle maddenin yeniden düzenlenmesinin yerinde olacağı değerlendirilmektedir.

***94. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Personeline Yönelik Ek Ödeme
Düzenlemesinin Hizmet Niteliğine Göre Revize Edilmesi:***

İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri bünyesinde görev yapan sağlık personelleri hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini kesintisiz, yüksek risk altında ve çoğu zaman zorlu çevresel koşullarda sunmaktadır. Ancak mevcut ek ödeme düzenlemelerinde bu personeller 1. basamak hizmet sunucusu olarak değerlendirilmekte ve 3. basamak sağlık tesislerinde (örneğin hastane acil servisleri veya yoğun bakımlarında) görev yapan aynı statüdeki personellere kıyasla daha düşük ek ödeme almaktadır. Sahada görev yapan personelin maruz kaldığı risk düzeyi, fiziksel ve psikolojik iş yükü çoğu zaman 3. basamak hizmetlerle eşdeğer hatta daha yüksek olabilmektedir. Bu nedenle hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personele yönelik ek ödeme düzenlemesinin hizmetin niteliği ve risk düzeyi gözetilerek yeniden yapılandırılması; ödeme adaletinin sağlanması ve personel motivasyonunun artırılması açısından zorunludur.

5.4. TOPLUMSAL FARKINDALIĞA İLİŞKİN ÖNERİLER

Kadın ve çocuk sağlığının korunması, doğum öncesi bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bireylerin sağlık sistemine bilinçli erişiminin sağlanması amacıyla toplum temelli bilgilendirme ve farkındalık çalışmalarının sistemli bir biçimde yürütülmesi önem arz etmektedir. Toplumun sağlık okuryazarlığını artırmaya, riskli davranışları önlemeye ve hizmet kullanımını etkinleştirmeye yönelik gerçekleştirilecek faaliyetler sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmanın yanı sıra sağlık sistemine olan güvenin güçlendirilmesine

de katkı sağlayacaktır. Bu çerçevede; halk eğitimi, danışmanlık hizmetleri ve kamuoyu bilgilendirme faaliyetlerinin daha güçlü ve hedef odaklı hale getirilmesine yönelik aşağıdaki öneriler sunulmaktadır.

5.4.1. Gebelik ve Doğum Sürecine Yönelik Toplum Temelli Danışmanlık Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması

95. Birinci Basamak Hizmetler Hakkında Gebelere Bilgilendirme:

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları tarafından gebelere birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmalı; gebelik süresince en az 4 kez kayıtlı oldukları Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvurularının gerekliliği konusunda bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bu bilgilendirme süreci birinci basamakta sunulan izlem, eğitim ve erken tanı olanaklarının anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkisini içerecek şekilde yapılandırılmalı ve uzman hekimler ile ASM personeli arasında düzenli iletişim ve geri bildirim mekanizmaları kurulmalıdır. Bu sayede gebe izlemlerinin bütüncül, kesintisiz ve koordineli bir şekilde yürütülmesi sağlanabilir.

96. Anne Yaşı ve Riskli Gebeliklere Yönelik Danışmanlık:

Erken ya da ileri yaşıta gebeliklerde oluşabilecek riskler konusunda yeni evlenen çiftlere yönelik zorunlu bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri ASM’ler aracılığıyla sunulmalıdır. Danışmanlık hizmetleri yalnızca gebelik planlaması değil, aynı zamanda sağlıklı gebelik yaş aralığı, genetik riskler, kronik hastalıklar ve üreme sağlığı hakkında da kapsamlı bilgi içermelidir.

97. Beslenme Danışmanlığı Hizmeti:

Gebe kalmayı planlayan kadınlara özellikle prekonsepsiyonel dönemde beslenme danışmanlığı hizmeti verilmesi teşvik edilmeli; bu hizmetler aile sağlığı merkezleri üzerinden yapılandırılmalıdır.

98. Gebelikte Zararlı Alışkanlıkların Önlenmesi:

Gebelik sürecinde sigara, alkol ve diğer psikoaktif madde kullanımı, başta düşük doğum ağırlığı ve gelişimsel bozukluklar olmak üzere neonatal morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır. Bu nedenle gebelik izlemleri sırasında, bağımlılık yapıcı madde kullanımı düzenli olarak sorgulanmalı ve riskli durumlara yönelik erken müdahale ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Gebe okullarında bu konu ile ilgili eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.

5.4.2. Genel Sağlık Okuryazarlığının Artırılmasına Yönelik Farkındalık Faaliyetleri

99. Halk Eğitimi ve Sağlık Okuryazarlığı Faaliyetlerinin Artırılması:

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması için halk eğitimi faaliyetlerine ağırlık verilmeli; kamu spotları, televizyon programları ve bilgilendirme kampanyaları düzenlenmelidir. Bu eğitimlerde; riskli gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olumsuz etkileri, gebelikte dikkat edilmesi gereken tehlike işaretleri, sık gebeliklerin önlenmesi ve evlilik öncesi danışmanlık gibi konulara öncelik verilmelidir. Bununla birlikte anne adaylarının doğru bilgilendirilmesi ve doğum korkusunun azaltılması amacıyla gebelik sürecinde doğuma hazırlık eğitimleri yaygınlaştırılmalı ve bu sayede doğum tercihlerinin sağlıklı yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

100. Acil Servislerin Etkin ve Amaca Uygun Kullanımının Sağlanması:

Acil servislerin randevusuz bir biçimde 7/24 erişilebilir olması nedeniyle gereksiz başvuruların olduğu göz önünde bulundurularak, bu birimlerin kullanım kriterleri kamuoyuna açık ve anlaşılır biçimde anlatılmalıdır. Acil servislerin yalnızca yaşamı tehdit eden ve hızlı tıbbi müdahale gerektiren durumlar için kullanılması gerektiğine dair toplumsal farkındalık artırılmalı ve bu yöndeki sağlık okuryazarlığı güçlendirilmelidir.

101. Akraba Evlilikleri ve Konjenital Anomaliler Hakkında Toplumsal Farkındalığın Artırılması:

Akraba evliliklerinin azaltılması amacıyla genetik hastalıklar ve konjenital anomaliler konularında toplum genelinde farkındalık artırılmalı; bu kapsamda kamu spotları, eğitim programları ve sosyal projeler hayata geçirilmelidir. Özellikle akraba evliliklerinin yaygın olduğu bölgelerde, aile sağlığı merkezlerinde hem genç bireyler hem de aile büyüklerine yönelik bilgilendirme çalışmaları artırılmalı, akraba evliliği yapmış çiftler genetik danışmanlık hizmetlerine yönlendirilmelidir.

Ülkemizde anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, benzer olumsuzlukların tekrar yaşanmaması adına, yukarıda sıralanan önerilerin titizlikle hayata geçirilmesi önem arz etmektedir.

RAPORA İLİŞKİN KARAR İMZA CETVELİ



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞI

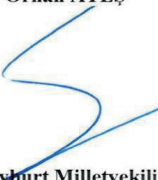
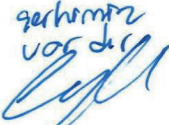
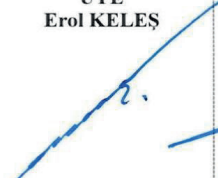
Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu (10/1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904)

Karar No : 3

04.11.2025

KARAR

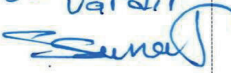
Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan 10 / 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904 Esas Numaralı Meclis Araştırması Komisyonunun yaptığı araştırma ve incelemeler sonucu düzenlemiş olduğu bu Rapor, Genel Kurula sunulmak üzere Yüce Başkanlığa saygıyla arz olunur.

BAŞKAN İshak ŞAN  Adıyaman Milletvekili	BAŞKANVEKİLİ İsmail GÜNEŞ  Uşak Milletvekili	SÖZCÜ Ümmügülşen ÖZTÜRK  İstanbul Milletvekili	KÂTİP Ayşe Sibel ERSOY  Adana Milletvekili
ÜYE Hasan ARSLAN  Afyonkarahisar Milletvekili	ÜYE Aylin YAMAN <i>Muhalefet serhâşin var</i>  Ankara Milletvekili	ÜYE Orhan ATEŞ  Bayburt Milletvekili	ÜYE Kayıhan PALA <i>Muhalefet ferahin var dr.</i>  Bursa Milletvekili
ÜYE Pelin YILIK  Çankırı Milletvekili	ÜYE Ceylan AKÇA CUPULO <i>gerhâşin var dr.</i>  Diyarbakır Milletvekili	ÜYE Erol KELEŞ  Elazığ Milletvekili	ÜYE Seda GÖREN BÖLÜK  İstanbul Milletvekili



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞI

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu (10/1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904)

ÜYE Şengül KARSLI  İstanbul Milletvekili	ÜYE Turan Taşkın ÖZER  İstanbul Milletvekili	ÜYE Sevan SIVACIOĞLU  İstanbul Milletvekili	ÜYE Halit YEREBAKAN  İstanbul Milletvekili
ÜYE İrfan KARATUTLU <i>Muhalefet Serhiniz vardır.</i>  Kahramanmaraş Milletvekili	ÜYE Ömer Faruk GERGERLİOĞLU <i>Muhalefet Serhiniz vardır.</i>  Kocaeli Milletvekili	ÜYE Sadettin HÜLAGÜ  Kocaeli Milletvekili	ÜYE Şenol SUNAT <i>Muhalefet Serhiniz vardır.</i>  Manisa Milletvekili
ÜYE Murat ÇAN <i>Muhalefet Serhiniz vardır.</i>  Samsun Milletvekili	ÜYE Ali KARAOBA <i>Muhalefet Serhiniz vardır.</i>  Uşak Milletvekili		

RAPORA EK GÖRÜŞ VE MUHALEFET ŞERHLERİ

Ankara Milletvekili Aylin YAMAN, Bursa Milletvekili Kayıhan PALA, İstanbul Milletvekili Turan Taşkın ÖZER, Samsun Milletvekili Murat ÇAN ve Uşak Milletvekili Ali KARAOBA'nın Ek Görüşü ve Muhalefet Şerhi

Araştırma Komisyonunun Cumhuriyet Halk Partisi üyesi milletvekilleri olarak, Komisyon raporuna eklenmek üzere muhalefet şerhimizi ve ek görüşlerimizi tarafınıza iletiyoruz.
23.10.2025

CUMHURİYET HALK PARTİSİ EK GÖRÜŞÜ VE MUHALEFET ŞERHİ

23.10.2025

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tümü Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporuna İlişkin Değerlendirme

GİRİŞ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tümü Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu 20.11.2024 tarihinde başladığı çalışmalarını tamamlamıştır.

Komisyon üyelerine, komisyona katılarak görüşlerini paylaşan kişiler ile kurum temsilcilerine ve Komisyonda görev yapan uzman ve Meclis personeline çabaları ve katkıları için teşekkür ediyoruz.

Taslak raporun değerlendirilmesi öncesinde, Araştırma Komisyonu'nun ismi belirlenirken, tüm kırılgan ve hassas gruplara sunulan sağlık hizmetinin risklere açık olduğunun bilinmesi,

sürecin yenidoğan servisleriyle ilgili olmasına rağmen, çocuk, yaşlı ve engellileri de kapsayacak şekilde genişletilmesinin uygun olduğunun vurgulanması, bu alanların da tehlike ve riskler barındırdığını ortaya koyması açısından değerlidir.

Komisyon Başkanlığı tarafından iletilen taslak rapor değerlendirilmiş ve rapordaki eksiklikler ile katılmadığımız tespit ve öneriler karşı oy yazımızda açıklanmıştır.

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kurulan “Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu” temel olarak kamuoyunda “Yenidoğan Çetesi” olarak bilinen olayların bütün yönleriyle araştırılması, benzer olayların tekrarının önlenmesi ve sağlık sistemindeki zaafıların ortaya çıkartılması ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi amacıyla çalışmalar yürütmek üzere kurulmuştur.

Ancak Komisyon raporu, ele alınan olayların yapısal sebeplerini (Komisyon toplantılarında dile getirilmiş ve tutanaklarda var olmasına karşın) derinlemesine analiz etmekten uzak hazırlanmış, bireysel suistimallere odaklanan bir perspektifle sınırlı kalmıştır. Komisyon raporu, sağlık sisteminde uzun yıllardır biriken denetim zaafıların, teşvik hatalarını, insan gücü yetersizliklerini ve sağlık hizmetinin ticarileşmesi sonucunda ortaya çıkan riskleri yeterince ortaya koymamıştır.

Komisyon toplantılarındaki sunumlar ve tartışmalar, sağlık hizmetinin giderek “piyasa temelli” bir yapıya büründüğünü açık biçimde göstermiştir. Özel sağlık kuruluşlarının gelirlerinin büyük bölümü, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) üzerinden yapılan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ödemelerine dayanmaktadır. Bu model, yenidoğan yoğun bakım hizmetlerini finansal bir “gelir merkezi” haline getirmiştir.

Komisyonunda dile getirilen “Sağlık sisteminin ticarileştirilmesinin yarattığı sorunlar” yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebek ölümleriyle ortaya çıkmış, denetim eksikliği ve denetim sonrasındaki süreçlerde ceza takip sisteminin ve yaptırımların zayıflığı da sorunun bireysel suç unsurlarından ziyade sistematik olduğunu ortaya koymuştur.

Bu tespit, yalnızca etik bir sorun değil, aynı zamanda yapısal bir teşvik arızasıdır. Çünkü sistem, “hasta sayısına” dayalı ödeme yaptıkça, doğum sayısının ve yoğun bakım yatışlarının

artışı ekonomik olarak ödüllendirilmekte, gereksiz yatışlar teşvik edilmektedir. Bu durum, özellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde fatura odaklı suistimallere, erken doğumun teşvikine ve yanlış ve gereksiz sevk kararları ile gereksiz yatışlara neden olmaktadır.

Denetim mekanizmaları ise büyük ölçüde sınırlı sayıda belge ve fatura incelemesine indirgenmiş durumdadır. Yeterli sayıda ve periyotta habersiz denetim yapılmamakta, hasta kayıtları ile SGK verileri arasındaki farklar çapraz olarak büyük bir örneklem ile kontrol edilmemektedir. Dolayısıyla sorun, birkaç kişinin etik dışı davranışlarından ziyade, sistemin kendi yapısal kurgusunun hatalı olmasıdır.

“Yenidoğan Çetesi” vakası; yalnızca bireysel suç eylemleri olarak değil, Türkiye’de son yirmi yılda sağlık sisteminin dönüşümüne damgasını vuran politik tercihlerin doğrudan bir sonucu olarak değerlendirilmelidir. Bu olay, ülkemizin en masum ve en korunmasız bireyleri olan bebeklerin, rant ve çıkar düzeninin kurbanı haline getirildiği bir çöküş tablosunu gözler önüne sermektedir.

Bu bağlamda kurulan TBMM Araştırma Komisyonu’nun görevi, yalnızca münferit olayların tespitine değil, bu suçların ortaya çıkmasına zemin hazırlayan yapısal, idari ve siyasi süreçlerin bütünlüklü biçimde ortaya konulmasına yönelik olmalıydı. Ancak, Komisyon çoğunluğunu oluşturan iktidar partisi mensuplarının yönlendirmesiyle hazırlanan taslak rapor, olayın kök nedenlerini gizlemekte, sağlık sistemindeki neoliberal dönüşümün yarattığı tahribatı örtmekte, kamu vicdanının beklediği hesaplaşmadan kaçınmaktadır.

Komisyon raporu, görünürde teknik bir belge gibi sunulsa da gerçekte iktidarın sağlık alanındaki politikalarının olumsuz sonuçlarını gözden kaçırmayı, siyasal sorumluluğu perdelemeyi ve suçu yalnızca birkaç alt kademe çalışanın üzerine yıkmayı amaçlamaktadır. Oysa bu suçların zemini, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında yürütülen ve kamusal sağlık hizmetini ticarileştiren, sağlık emekçilerini güvencesizleştiren, denetimi zayıflatan, kamu hastanelerini özel sermayenin tedarikçisi haline getiren ve rant alanına dönüştüren bir sistematik politikanın ürünüdür.

Yenidoğan çetesi olayı da işte bu neoliberal yıkım sürecinin kaçınılmaz sonucu olarak karşımıza çıkmıştır. İnsan hayatının, hele ki bebeklerin yaşamının bile “kâr marjı” hesabına kurban edildiği bir düzende, hasta güvenliği ortadan kalkmış, etik çöküş kaçınılmaz hale gelmiştir.

CHP milletvekilleri olarak bizler, sađlđın temel bir insan hakkı olduğunu vurguluyor, sağlık hizmetinin kamusal bir hak olduğunu, devletin asli görevinin vatandaşının sađlđını korumak olduğunu, her türlü koruma önlemine karşın hastalanan kişileri ise piyasasının insafına bırakmamak olduğunu savunuyoruz. Bilimsel alışmalar sağlık sistemlerinin ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilmesini ve sağlık hizmeti sunumunun ağırlıklı olarak kamu tarafından sağlanması desteklemektedir. Sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılması, sağlık alanında eşitsizlik ve sömürü olasılığını artırmaktadır. Ancak iktidar, yıllardır bu anlayışın tam tersine, kamusal sağlık altyapısını özelleştirerek, “rant ekonomisini” sağlık alanına taşımuştır.

RAPORA İLİşKİN TEMEL BULGULAR VE ÖNERİLER

1. Taslak rapor eksik hazırlanmuştır.

CHP’li Komisyon yeleri olarak 27.11.2024 tarihinde Komisyon Başkanlığına vermiş olduğumuz önerge ile 55 kişi ve kurum temsilcisinin Komisyona çağrılmasını teklif etmiştik. Ancak aralarında Sağlık Bakanı Prof.Dr. Kemal Memişoğlu (Dönemin İl Sağlık Müdürü), Dr.Fahrettin Koca (Dönemin Sağlık Bakanı), Dr.Mehmet Müezzinoğlu (Eski Sağlık Bakanı, Ruhsatı iptal edilen zel Avcılar Hastanesi ortağı), Prof.Dr.Recep Akdağ (Sağlıkta Dönüşüm Programını hazırlayan ve özel sektörden sağlık hizmeti satın alınmasının yaygınlaştırılmasını sağlayan dönemin Sağlık Bakanı), Ahmet Davutoğlu (İlk soruşturmayı açan dönemin Başbakanı) ve Prof.Dr.Vedat Işıkhan’ın (alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı) bulunduğu, sürecin sorumlusu altı Bakanın Komisyona katılımı sağlanamamıştır. Bu hususa raporda yer verilmemiştir.

Söz konusu Bakanların Komisyona gelmemeleri, yenidoğan ölümleriyle gündemde kendisine yer bulan olayların derinlemesine incelenmesini, olaylara yol açan kök nedenlerin sorgulanmasını ve yenidoğan ölümlerinde sorumlulukları olan sağlık yöneticilerinin ortaya çıkartılmasını önlemeye yönelik bir girişim olarak değerlendirilmiştir. Bu yaklaşım aynı zamanda, yenidoğan ölümlerinin arkasındaki sađlđın ticari bir meta haline gelmesini sağlayan Adalet ve Kalkınma Partisi’nin Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla bilinen neoliberal sağlık politikalarının etkisini de gündemden uzak tutmak çabasıdır. Zira bizim nazarımızda “Yenidoğan etesi” vakası; yalnızca bireysel suç eylemleri olarak değil, Türkiye’de son yirmi yılda sağlık sisteminin dönüşümüne damgasını vuran politik tercihlerin doğrudan bir sonucu olarak değerlendirilmesi gereken bir vakadır.

CHP olarak bizler, bu komisyonun kuruluşunu talep ederken, amacın yalnızca fail aramak değil; aynı zamanda Türkiye’deki sağlık sisteminin çürüme noktalarını, kamu yönetiminin denetim zaaflarını ve iktidarın bu alanı sermaye birikim aracı haline getirme sürecini açığa çıkarmak olduğunu savunduk. Ancak Komisyonun çalışma süreci boyunca gerek gündem belirleme gerek dinlenecek tanık ve uzmanların seçimi, gerekse raporun kaleme alınma yöntemi; bu amacın açıkça saptırıldığını göstermiştir.

Komisyonu davet edilen bazı kişiler ile kurum temsilcilerinin dile getirdiği, konuya ısıktan tutan önemli bilgilere de raporda yer verilmemiştir. Türk Neonatoloji Derneği ve Sağlık Bakanlığı tarafından 19 Temmuz 2017 tarihinde, habersiz olarak yurt çapında 39 hastanede gerçekleştirilen yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin denetim bulguları hakkındaki rapor bunlardan birisidir.

Söz konusu denetimlerde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından (SGK kayıtlarındaki fatura miktarı yüksekliğine göre) adı verilen merkezler yerinde görülmüş, denetim ekibi; Bakanlık onayı ile belirlenmiş olan 2 yenidoğan uzmanı, 1 SGK temsilcisi ve 1 çapraz görevlendirmesi yapılmış il sağlık müdürünün katılımı ile 4 kişiden oluşmuştur. Denetim sırasında “Yenidoğan Yoğun Bakım Endikasyon Denetim Formu” ve 20/07/2011 tarih ve 28000 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ve ekleri kullanılmıştır.

Denetim sonucunda Sağlık Bakanlığına sunulan raporda şu saptama yapılmıştır: “Sonuç olarak; Denetimler sonucu olumsuzluk saptanan merkezlerin yenidoğan yoğun bakım tescillerinin, hasta bakım koşullarının, SGK ödemelerinin yeniden acilen gözden geçirilmesi gereklidir. Bu denetimlerin ülke çapında yayılarak devam edilmesi önem taşımaktadır. Özel hastanelerde şirket kurdurulması bir sorundur.”

Denetim bulguları 2017 yılında özel hastanelerdeki yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki eksiklikleri ve yetersizlikleri açık olarak ortaya koyduğu halde, “Yenidoğan Çetesi” olarak adlandırılan çeteye ilişkin 27.03.2023 tarihli CİMER başvurusuna kadar Sağlık Bakanlığı tarafından etkili bir izleme ve denetim yapılmamış olması gözlerden kaçırılamaz. Komisyonun kurulmasına yol açan sorunun kök nedenlerini ortaya çıkaran önemli bulguların raporda göz ardı edilmiş olması büyük eksikliktir. Söz konusu rapordaki bulgulara dayanılarak daha 2017 yılında, 2015 yılında 5510 Sayılı Yasada yapılan değişiklikle (Ek Madde 10) özel hastanelerde şirket kurdurulmasının sorun olduğu bildirildiği halde,

Yenidoğan Çetesi olayına kadar Sağlık Bakanlığı bu konuda herhangi bir düzenleme yapılması için girişimde bulunmamıştır.

Denetim sonuçlarında açık olarak görüldüğü gibi, özel hastanelerdeki yenidoğan yoğun bakım üniteleri başta enfeksiyon önlemleri eksikliği olmak üzere, takip ve tedavi protokollerinin olmaması ve tesciline uygun hasta bakımı yapılmaması gibi pek çok konuda yetersiz olarak saptanmıştır. Buna karşın, Sağlık Bakanlığı yıllar boyunca özel hastaneleri etkin bir biçimde denetlememiş ve İstanbul başta olmak üzere özel hastanelerdeki hasta güvenliğini tehdit eden eksiklikleri görmezden gelmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri Denetimi ve Sonuçları (19.07.2017)

Uygunluk	Üniversite (9)	SB (17)	Özel (13)
Fiziki şartlar ve donanım uygun mu?	% 90-100	% 70-76	% 62-69
TPN ve sıvı-elektrolit uygulamaları uygunluk	% 100-100	%100-100	% 45-46
Enfeksiyon önlemleri ve antibiyotik kullanımı	% 87-100	% 75-94	% 23-30
Yoğun bakım uygulamaları uygunluğu	% 95	%90	% 55
Oksijen kullanımı monitorizasyonu uygun mu?	% 100	% 65	% 55
Dr order ve izlem notları uygun mu?	% 95	% 65	% 46
Takip ve tedavi protokolleri mevcut mu?	% 86	% 43	% 36
Tesciline uygun hasta bakımı	% 89	% 76	% 46
İleri düzey tedavi (NO, HFO, Hipotermi)	% 100	% 76	% 50

Benzer bir biçimde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakan Yardımcısı Adnan Ertem'in Komisyonunda vermiş olduğu Şafak Hastaneler Grubu ile ilgili demeci de raporda kendisine yer bulamamıştır. Çalışma Bakan Yardımcısı Komisyonunda, skandalda adı geçen Şafak Hastaneleri ile devam eden 189 dava bulunduğunu açıklamıştı. Bakan Yardımcısı "*Şafak Hastaneleri gerçekten özel bir durum. Şu anda bizim Şafak Hastaneleriyle devam eden 189 davamız var. Bizim Şafak Hastaneleriyle bir sözleşmemiz yok, 2018 tarihli sözleşmemiz var ve ondan sonra bir sözleşmemiz yok ama 2018 tarihli sözleşmemiz şu anda devam ediyor. Niye devam ediyor? Mahkeme kararıyla devam ediyor. Gidip dava ettiler ve o sözleşmeyi ihya ettiler ve şu anda*

da konkordato ilan ettiler. Bu durumda Sosyal Güvenlik Kurumu'nun çok fazla yapabileceği bir şey yok.” biçiminde açıklama yapmış, süreçle ilgili hukuk sisteminden kaynaklanan sorunları dile getirmişti. Raporda bu konunun kapsamlı olarak ele alınmamış olması da önemli bir eksiklik.

Denetim zafiyetinin en somut göstergelerinden bir diğeri ise yenidoğan çetesi soruşturması sürecinde idarenin aldığı mantık dışı aksiyondur.

Şöyle ki; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 5.11.2024 tarihli bir yazıyla, 13 Neonatoloji Uzmanı Profesörden teşekkül eden Yenidoğan Yoğunbakım Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu’nu kurmuştur. Bu bilimsel komisyonun kurulduğu tarihten aylar önce bu sağlık skandalı gün yüzüne çıkmış, konu yargıya taşınmış, hatta TBMM bünyesindeki araştırma komisyonu dahi kurulmuş, çalışmalarına başlamış durumdadır. İdare, kaza meydana geldikten sonra aracın lastiğini kontrol eden şoför misali, sorumluluk bilincinden uzak, yaşananlara kayıtsız kalan ve geç reaksiyon gösteren bir tutum sergilemiştir.

2. Taslak raporda sağlık sonuçlarına ilişkin nedensellik bağlantıları zayıftır.

OECD ülkeleri ortalaması binde 3,6 olan bebek ölüm hızının ülkemizde 2023 yılında binde 9,8 olduğu rapora yazılmakla birlikte, bu üç kata yakın bebek ölüm hızı yüksekliğinin nedenleri ele alınmamıştır. Ülkemizde bebek ölüm hızı son 15 yıldır binde 9 ile 10 arasında değişiklik göstermektedir. 2012’de 9,5 ve 2020’de 8,5 olan bebek ölüm hızı 2023 yılında 9,8’e yükselmiştir. Bu yükselmeye yol açan (deprem dışındaki) nedenler de ele alınmamıştır. Bebek ölüm hızının son yıllarda artış gösterdiği illerden birisi olan İstanbul için de hem ölümlerin dağılımına hem de nedenlerine özgü bir değerlendirme yapılmamıştır.

Türkiye’de 2023 yılına ait sağlık istatistiklerine göre ülke genelinde tüm yenidoğanlarda mortalite (1000) canlı doğumda 6’dır. Yenidoğan Bebek (Neonatal) Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda) Avrupa Birliğinde 2,1 OECD ülkelerinde 2,5 ve DSÖ Avrupa Bölgesinde 3,6’dır. Avrupa Birliği ülkeleriyle aramızdaki bu kadar yüksek farkın nedenlerine ilişkin kapsamlı bir değerlendirme de söz konusu değildir.

Ülkemizde yenidoğan ölüm hızı eşitsiz dağılmaktadır; hız (binde) Doğu Marmara’da 4,1 iken İstanbul’da 4,8 ve Güneydoğu Anadolu’da 8,5’tir. Taslak rapor, sağlıkta eşitsizliklerin nedenlerini ve ölen bebeklerin sınıfsal dağılımlarını ele alan bir perspektiften de yoksundur.

Yenidoğan yoğun bakım yataklarının (Düzyey 3 ve 4) yurt çapında yarıdan fazlasının (%52,7), İstanbul’da ise seviye 3 kuvözlerin %72’sinin özel sektöre terk edilmiş durumda olması da raporda derinlemesine incelenmesi gereken bir konu başlığı olarak kendisine yer bulamamıştır.

Özetle, taslak rapor bu tutumuyla, sağlığın ticarileştirilmesinin ve yenidoğan yoğun bakım yataklarının büyük ölçüde özel sektöre terk edilmiş olmasının etkisini tartışmadan uzak tutmaya çalışan bir yaklaşımla hazırlanmıştır.

Türkiye’de yenidoğan yoğun bakım yatak sayısının her 1000 canlı doğum için dünyada önerilen 7 sayısının iki katından fazla olması (14,2) da kapsamlı olarak tartışılması gerektiği halde, yalnızca değinilerek geçiştirilmiştir. Komisyon raporu, ülkemizde ABD’de bile önerilen sayının iki katı kadar yenidoğan yoğun bakım yatağı olduğu halde, yenidoğan ve bebek ölümlerinin neden bu kadar yüksek olduğunu ve bir türlü düşmediğini ayrıntılı olarak bilimsel bilgilere dayalı bir biçimde tartışmalıydı. Bu maalesef gerçekleşmemiştir. Bu durumda, yenidoğan yoğun bakım ünitesi sayısının yüksek olmasının, yenidoğan ölümlerini azaltmada tek başına yeterli olmadığı açık olarak ortaya çıkmıştır.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi sayısı yeterli iken, yenidoğan hekimi sayılarındaki sıkıntı, özel olarak vurgulanmalıdır. Hekimlerin, emek yoğun ağır çalışma koşulları olan, beyin cerrahisi, kalp cerrahisi, göğüs cerrahisi, nöroloji, çocuk hastalıkları ve yenidoğan gibi yan dalları ve yoğun bakım ağırlıklı çalışma alanlarındaki branşları tercih etmemeleri, özellikle ülkenin doğu ve güneydoğu bölgelerinde sağlığa erişim konusunda ciddi sıkıntılar yaratmıştır.

Hekimin yanı sıra, atanmayan hemşireler, sağlık hizmet sunumunu sıkıntıya sokmuş, sağlık sistemi insan kaynağı olarak nicelik sorunu da yaşamıştır. 2024 yılında, 100 bin kişiye düşen hekim sayısı, Türkiye’de 258 iken, AB ortalaması 414’dür. 100 bin kişiye düşen hemşire sayısı olan 381; OECD ülkelerinin yaklaşık 1/3’ü kadardır. Çocuk Hastalıklarında ise Türkiye’de 100 bin kişiye düşen çocuk hastalıkları uzmanı sayısı 12 iken, Avrupa Birliği ülkelerinde 19 olarak açıklanmıştır. 2024 yılı istatistiklerine göre uzman hekimlerin %30’u özel sağlık kurumlarında çalışmaktadır. Kısacası sistem, sağlık çalışanını ve hastaları özel sağlık sistemine bir anlamda zorunlu olarak yönlendirmektedir.

3. Sağlıkta Dönüşüm Programı bilimsel bir izdüşümden ele alınmamıştır.

Raporda “Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda anne ve çocuklara özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır. Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllarda çok daha yüksek olan oranlarda ciddi azalmalar sağlanmıştır.” tümceleri gerçeği yansıtmamaktadır. Aynı raporda yer alan “Ülkemizde bebek ölüm hızı son 15 yıldır binde 9 ile 10 arasında değişiklik göstermektedir” tümcesi bunun kanıtıdır.

Ülkemizde bebek ve çocuk ölüm hızında 1960 sonrasında hızlı bir azalma gerçekleşmiştir. 1960’lı yılların ortalarında binde 163 olan bebek ölüm hızı 1980’li yılların başında binde 121’e; 1990’lı yılların başında binde 66’ya ve 2000’lerin başında binde 40’ın altına gerilemiştir. Bebek ölümlerinde ülkemizde büyük bir başarı öyküsü yazılmış olmasına karşın, halen Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasından üç kat fazla bebeğin bir yaşını göremeden yaşamını yitirdiği unutulmamalıdır. Eğer bu gerileme eğilimi 1960’lardan itibaren benzer biçimde sürmüş olsaydı, bugün ülkemizde bebek ölüm hızının binde 5’in altına düşmüş olması beklenirdi. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin zayıflatılması, sağlık emek gücü sürecinin planlama, yetiştirme ve istihdam açısından bir birini tamamlayan bir süreç olarak ele alınmaması, kamu sağlık kuruluşlarının yeterince desteklenmemesi, sağlıkta sınıflar ve bölgeler arasındaki eşitsizliklerin azaltılmaması ve bebek ölümlerine yol açan sağlığın (sosyal) belirleyicilerinde iyileştirmeler yaşanamaması, bugün halen ülkemizi bebek ölümlerinin yüksek olduğu ülkeler içerisinde çıkartmamıştır.

Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından 2003 yılında açıklanan ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla yürürlüğe konulan neoliberal sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası ile sağlanması, birinci basamağın tasfiye edilerek sağlık ocaklarının kapatılması, sağlık ocaklarının yerine birinci basamağın özelleştirilmesi anlamına gelecek bir aile hekimliği modeline geçilmesi ve devlet hastanelerinin performansla dayalı döner sermaye uygulamasının ardından işletme haline dönüştürülmesi uygulamaları olarak karşımıza çıkarılmıştır. Bu uygulamaları bir bütün olarak “Sağlığın ticarileştirilmesi” biçiminde adlandırmak yanlış olmayacaktır.

Dolayısıyla Yenidoğan çetesi skandalı da yalnızca bir suç vakası olmanın ötesinde bu neoliberal sağlık modelinin toplumsal ve etik sonuçlarının en trajik örneklerinden biridir.

Son 5 yılda, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe satışında hızla artış yaşanmış, kamuda yaşanan tıkanıklıklar ve hizmete ulaşamama, vatandaşların özel sağlık hizmetine yönelmesine neden olmuştur. Son 5 yılda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sahibi sayısı 1,6 milyondan, 5,2 milyona çıkmış; yaklaşık 2,3 milyon da Özel Sağlık Sigortalı sayısı olduğu düşünülecek olursa, Yaklaşık 7,5 milyon sigortalının çareyi özel sağlık kurumlarında aradığı izlenmiştir. Özellikle son 5 yıldaki Tamamlayıcı Sağlık Sigortalısındaki çarpıcı artış, kamuda verilen sağlık hizmetinde yaşanan tıkanıklıkların ve sağlığın ticarileştirilmesinin de bir göstergesidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın eşitlikçi olmayan ve hakkaniyete dayanmayan yapısı özellikle yoksul ve dar gelirli yurttaşları olumsuz etkilemektedir. Sağlığın ticarileştirilmesine odaklanmış bu programın sağlık alanında yaşanan eşitsizlikleri azaltması beklenmemelidir.

4. Raporda yer alan bazı veriler eski, bazı veriler ise yanlışır.

Raporda ülkemizde diyabet prevalansı 2016 verisine dayanılarak %9,1 olarak yazılmıştır. Oysa Türkiye'de diyabet prevalansının 2000 yılından bu yana sürekli arttığı, Dünya Sağlık Örgütü veritabanına göre 2011 yılında yüzde 7,9 olan şeker hastalığı görülme sıklığının (20-79 yaş grubunda) 2021'de yüzde 14,5'e ve 2022 yılında yüzde 16,6 düzeyine çıkarak Avrupa ortalaması olan yüzde 8,7'lik değerin neredeyse iki katına ulaştığı bilinmektedir. Türkiye, Özbekistan'ın ardından Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde diyabet görülme sıklığının en yüksek olduğu ikinci ülke konumundadır.

Raporda 31 Aralık 2024 yılsonu itibarıyla özel hastane sayısı 535 olarak verilmiştir. Oysa Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteninde bu sayıyı 552 olarak açıklamıştır. Raporda özel hastane sayısının 17 hastane eksik olarak yazılmasının amacı nedir? Komisyon toplantıları anımsanacak olursa, tutanaklara da geçtiği üzere, Sağlık Bakanlığı yetkilileri Komisyon toplantılarında yıllar içerisinde özel sağlık sektörünün oransal olarak çok büyümediğine ilişkin bir iddiayı dillendirmeye çalışmışlar, ancak ortaya koyduğumuz verilerle Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmasıyla birlikte özel hastane sayısının iki katına, özel hastanelerdeki yatak sayısının da üç katına çıktığı gösterilmiştir. 2002 yılında toplam 164.471 yatağın 12.387'si özel sağlık kuruluşlarında iken (%7,53) 2023 yılında toplam 266.594 yatağın 55.067'si (%20,66) özel sağlık kuruluşlarında bulunmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile toplam yatak sayısı içerisinde özel hastanelerin payı üç katına çıkartılmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından benimsenen politikalarla özel sağlık sektörünün desteklenmesi ve sağlığın ticarileştirilmesi, yenidoğan ölümleri araştırılırken arkaplanda derinlemesine incelenmesi gereken konuların başında gelmektedir. Bu konuda, özel hastane sahibi kişilerin sağlık bakanı olarak atanmasının etkisi de incelenmeliydi.

5. Sağlık Bakanlığının süreçteki sorumluluğu vurgulanmamıştır.

Raporda olayın kronolojisi verilirken sürecin 27.03.2023 tarihinde CİMER’e yapılan isimsiz e-posta ihbarı ile başlatılması doğru değildir. İhbarların, ilk soruşturmayı açan dönemin Başbakanı Ahmet Davutoğlu’nun (her ne kadar Komisyona katılması sağlanmamışsa da) televizyon kanallarında yaptığı açıklamalarda olduğu gibi, çok daha önceden yapıldığı bilinmektedir. Komisyon toplantılarında da tutanaklarda yazılı olduğu gibi, 2015 yılından başlayarak bazı ihbarların var olduğu, komisyona davet edilen bazı kişi ve kurum temsilcileri tarafından açıklanmıştır. Raporda bu konu atlanarak, Sağlık Bakanlığının sorumluluğu göz ardı edilmek istenmiştir.

Buna ek olarak, CİMER’e yapılan başvuru sonrasında şikâyet Sağlık Bakanlığı tarafından 28.03.2023 tarihinde Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığına ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmiş olduğu halde, ancak 02.05.2023 tarihinde, bir aydan uzun bir süre sonra İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Sağlık Hizmetleri Başkanlığına ihbarda geçen özel hastanelerde olağandışı denetimlere başlama talimatı verilmesi de raporda tartışılmamıştır. Üstelik Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Müfettişleri tarafından yürütülen inceleme ancak 28.09.2024 tarihinde tamamlanarak rapora bağlanabilmiştir. Böylece CİMER’e yapılan ihbarın üzerinden bir buçuk yıl geçtikten sonra Sağlık Bakanlığı raporunu tamamlayabilmiş, anılan raporda özel hastanelerin kapatılması başta olmak üzere yer alan öneriler 18.10.2024 tarihinde Bakan Olur’u ile hayata geçirilebilmiş ve özel hastanelerin ruhsatları iptal edilerek kapatılmalarına karar verilmiştir. İstanbul Sağlık Müdürlüğü tarafından, özel hastanelerdeki yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ciddi sorunların varlığı 2015 yılından beri bilindiği, yurt çapında 2017 yılında bu konuda bir denetim raporu olduğu halde (1.maddede sözü edilen rapor), kusuru olduğu saptanan hastanelerin kapatılabilmesi için aradan uzun yılların geçmesine izin verilmiş, bu uzun sürede yenidoğanlara zarar verilmesine göz yumulmuştur. Bu konuda Sağlık Bakanlığının, Sağlık Bakanlarının, İl Sağlık Müdürlerinin ve ilgili yöneticilerin sorumluluklarının vurgulanmaması kabul edilemez.

6. Raporda yer alan “Tespit ve öneriler” bölümü özellikle tespitler açısından yetersizdir.

Raporda tespitler bölümünde, “Yenidoğan Çetesi” olarak adlandırılan olaylar zinciri ile ilgili kök nedenlere değinilmemiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlığı ticarileştiren yapısından, özel hastanelere verilen sınırsız desteğin yol açtığı hasarlardan, özel hastaneler içerisinde yasa dışı olarak taşeronlaştırılan yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin danışmanlık sözleşmesi yoluyla devredilmesi uygulamasına göz yumulmasından ve hatta göz yumulan hastanelerden biri olan Özel Avcılar Hastanesinin (Sonradan ruhsatı iptal edildi) eski Sağlık Bakanı Dr.Mehmet Müezzinoğlu’na ait olduğundan hiç söz edilmemiştir.

Tematik başlıklar halinde sunulan öneriler ise (Sağlık sisteminin iyileştirilmesi, denetim ve izleme mekanizmalarının güçlendirilmesi, mevzuat düzenlemeleri ve toplumsal farkındalık düzeyinin artırılması) özellikle sağlık sisteminin iyileştirilmesi başlığı altında, sağlığın ticarileştirilmesinin önüne geçilmesi ve özel sektörün sağlık sistemi içerisindeki payının azaltılmasını içermediği için yetersiz kalmıştır. Rapor, Komisyon toplantıları boyunca ortaya konulan kanıtlara dayalı olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programından vaz geçilmesi gerektiğini dile getirememiştir.

Raporda da yazıldığı gibi, ülkedeki yenidoğan uzmanı (neonatolog) ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısının artırılması ve bu alanların tercih edilmesini teşvik edici akademik ve yapısal mekanizmaların hayata geçirilmesi elzemdir. Yenidoğan uzmanlık alanı (neonatoloji), genel pediatri eğitiminden sonra yapılan bir yan daldır. Ancak son yıllarda pediatri uzmanları, görece daha az riskli ve daha rahat çalışma koşulları sunan diğer yan dalları tercih etmekte, neonatoloji ve benzeri riskli yan dallar kadro açılmasına rağmen tercih edilmemektedir. Bunun başlıca nedenleri arasında yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin diğer branşlara göre daha ağır fiziksel ve ruhsal yük taşıması, icap ve nöbet sayılarının fazlalığı, yüksek medikolegal riskler ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet gibi faktörler yer almaktadır.

Komisyon oturumlarında en fazla tartışılan konulardan biri, neonatoloji uzmanı yetersizliği ve malpraktis korkusunun yarattığı nitelikli insan kaynağı kaybıdır. Türkiye genelinde yenidoğan bakımında çalışan uzman hekim sayısı, doğum sayısına oranla oldukça düşüktür. Uzmanlar büyük oranda büyükşehirlerde toplanmış, kırsal bölgelerde ciddi açıklar oluşmuştur.

Doğum esnasında yaşananlar sonucu yüksek tazminatla sonuçlanan bazı örnekler yüksek riskli branşlarda çalışan hekimlerin cezai ve mali sorumluluklarının orantısız biçimde ağır olduğunu göstermektedir. Kamuda artmış iş yükü ve olumsuz çalışma koşulları hekimleri özel sektöre yönlendirmekte; buna ek olarak bazı hekimlerin riskli vakaları üstlenmekten kaçınmasına da yol açmaktadır. Bu tablo, doğrudan doğum sonrası mortalite oranlarını etkileyen bir unsur haline gelmiştir. Çünkü neonatoloji gibi hassas branşlarda, bir hekimin tecrübesi ve vaka yönetim kapasitesi ölüm/yaşam farkını belirleyebilmektedir.

2025-TUS 2. Dönem Yerleştirme Sonuçlarının da gösterdiği gibi, Tıpta Uzmanlık Sınavı sonuçlarının sağlık politikası açısından kapsamlı olarak tartışılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Çünkü 431 çocuk sağlığı ve hastalıkları kontenjanı boş kalmıştır. Sağlık Bakanlığı bu duruma sessiz kalmayı tercih etmektedir. Ama aslında sorunun kaynağı Sağlıkta Dönüşüm Programıdır; sağlık alanını bir sermaye birikimi ve kar maksimizasyonu alanına dönüştürürken, hekimlerin branş tercihlerinde de değişime yol açmıştır.

Raporda İstanbul, Gaziantep ve Şanlıurfa gibi illerde yenidoğan sağlığı göstergelerinin daha olumsuz olduğuna vurgu yapılmakta, ancak bunun nedenleri sorgulanmamaktadır. Oysa bilinçli bir tercihle İstanbul’da tedavi edici sağlık hizmetleri yüksek oranda özel sektöre terk edilmiş, Gaziantep ve Şanlıurfa ise bebek ve çocuk ölüm hızlarının yüksek olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu’daki diğer iller gibi, sosyoekonomik ve sağlıkta eşitsizliklerin yüksek olduğu bir bölgede olmanın sonuçlarını yaşamaktadır. Rapor öneriler bölümünde kısmen değinmiş olsa da bir kök neden olarak, sağlıkta eşitsizlikler ve sosyal sınıflar arasındaki farklılıkları görmezden gelmeyi tercih etmiş bulunmaktadır.

Ülkemizde acil hasta sevk zinciri kâğıt üzerinde tanımlanmış olsa da, Komisyon çalışmaları sırasında sunumlar ve sahada yapılan gözlemler, uygulamanın zaman zaman ciddi biçimde bozulduğunu göstermiştir. Yenidoğan Çetesi vakalarında, 112 sistemine kaydedilen hastalar ile hastane kayıtları arasında önemli farklar bulunduğu da bilinmektedir. Bazı özel hastanelerde, hasta olmamasına rağmen sisteme “yoğun bakımda hasta var” kaydı girilerek SGK’dan ödeme alındığı örnekleri de tespit edilmiştir. Bu durum, yalnızca dolandırıcılık değil, veri güvenliği ve kamu zararı boyutlarıyla da ele alınmalıdır. Ayrıca iller arası sevklerde, uzun mesafe transferlerinin hem bebek hem de aile açısından travmatik sonuçlar doğurduğu görülmektedir. Bu sonuçlar yalnızca medikal sorunlara değil, insani etik sorunlara da sebep olmaktadır. Bu bağlamda il dışı sevklerde aile bireylerine konaklama ve ulaşım desteği sağlanmalı, bebek nakillerinde ambulans uçak ve yenidoğan transport incubator

standartları zorunlu hale getirilmeli, sevk zinciri, 112 sistemi ile e-Nabız üzerinden entegre edilip otomatik kontrol algoritmasıyla izlenmelidir.

7. Raporda yer alan öneriler sağlık sisteminin yetersizliklerini bir ölçüde ortaya koymakla birlikte, kapsayıcı bir sistem eleştirisi yapmaktan uzaktır.

Raporda sağlık sisteminin iyileştirilmesine ilişkin birçok yerinde öneriler sıralanmış olmakla birlikte, temel sorunun sağlık sisteminin finansman ve örgütlenme yapısından kaynaklandığı göz ardı edilmiş ve kötü yönetimlerin etkisi ile sorumluluğu vurgulanmamıştır.

Bir örnek olarak, raporda “*Gebe kadınlar, yenidoğanlar ve doğum sonrası süreçlerde sağlık hizmetlerine erişimin artırılması amacıyla, kırsal ve sosyoekonomik olarak dezavantajlı bölgelerdeki aile sağlığı hizmetleri (ebe vizitleri) ve mobil sağlık ekipleriyle sunulan hizmetler yaygınlaştırılmalı ve sürdürülebilir hale getirilmelidir*” yazılmış olmasına karşın, Sağlık Bakanlığı tarafından kırsalda hizmet sunulan sağlık evlerinin sayısının azaltıldığı tartışılmamıştır. 2020 yılında 5.027 olan sağlık evi sayısı 2024 yılında 4775’e düşürülmüştür.

Benzer biçimde, raporda “*Birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği artırılmalı, Aile Sağlığı Merkezlerinin fiziksel ve kadro kapasiteleri güçlendirilerek toplumun öncelikli başvuru noktası hâline gelmeleri sağlanmalıdır*” yazılmış olmasına karşın, Sağlık Bakanlığı’nın bu konuda etkili bir politikasının olmadığı, örneğin son üç yılda bütçesinden birinci basamak sağlık hizmetlerine ayırdığı payı azalttığı bilinmektedir.

Raporda kamu sağlık hizmetlerinin kapasitesinin artırılması önerisi değerlidir. İstanbul, İzmir, Gaziantep ve Şanlıurfa gibi büyük illerde özel sağlık kuruluşlarına bağlı yenidoğan yoğun bakım kuvvöz sayılarının, kamu ve üniversite hastanelerinin toplam kapasitesinin üzerinde olduğunun vurgulanması ve bu gibi illerde kamu ve üniversite hastanelerine bağlı yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin sayısal ve niteliksel olarak güçlendirilmesi ve bu birimlerde görev yapan sağlık personelinin sayısının artırılmasının önerilmesi önemlidir. Ancak, bu bağlamda özellikle İstanbul’un ayrıntılı olarak ele alınması beklenirdi; maalesef bu beklenti karşılanmamıştır.

“Sağlık Bakanlığı ve SGK Ödeme Sisteminin Revize Edilmesi” önerisiyle birlikte SGK’nın özel sektörden hizmet almasının sınırlanmasının önerilmesi (ki Komisyon toplantıları sırasında vurgulanmıştır), elde edilen bulguların ışığında çözüme daha odaklanmış bir yaklaşım olurdu. Ancak bu yaklaşım benimsenmemiştir.

“Detaylı Ultrasonografi Uygulamasının Rutin Hale Getirilmesi” önerisi yerindedir ancak eksiktir.

Komisyon çalışmaları, doğum sonrası ölümler kadar doğum öncesi tarama süreçlerinin eksikliğine de dikkat çekme noktasında kapsayıcı olamamıştır. Muhalefet Milletvekilleri tarafından yapılan “20-24 hafta arasındaki ultrason muayenesinin zorunlu ve ücretsiz hale getirilmesi ile ilgili öneri”, konjenital anomalilerin saptanması ve ölümlerin önlenmesi, o dönemdeki antenatal değerlendirmeye bağlı olduğu için oldukça önemlidir. Ancak Komisyon raporu, bu konuda Sağlık Bakanlığı’na çözüm önerecek bir planlamaya detaylı bir şekilde yer verememiştir.

Bu öneri, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Perinatoloji Derneklerinin (EAPM) standartlarıyla da uyumludur. Türkiye’deki doğum öncesi takip sisteminde 20–22. hafta taramaları, yalnızca büyük şehirlerde düzenli yapılmakta; kırsal bölgelerde erişim kısıtlıdır. Bu eksiklik, riskli gebeliklerin tespitinde gecikmeye yol açmakta; prematüre doğum, asfiksi, respiratuvar distres gibi önlenabilir komplikasyonlar artmaktadır. Bu kapsamda 1. ve 2. trimester taramalarının yanı sıra Nifty testi (Fetal DNA) yaygınlaştırılmalı ve ücretsiz olmalıdır. Bu şekilde anomali taraması 20-22. hafta ultrasonlarıyla desteklenerek bu anomaliler daha erken yakalanacaktır.

Bu bağlamda Komisyon raporuna ek olarak şu hususlar önerilmektedir: 20–22. hafta ultrasonografi taraması tüm gebelere zorunlu ve ücretsiz olarak sunulmalıdır. Bu taramanın sonuçları Ulusal Gebelik Takip Sistemi ile entegre edilerek, riskli gebeliklerin doğum öncesinde sevk edilmesi sağlanmalıdır. Aile hekimlerine, gebelik takibi kapsamında bu taramayı takip etme sorumluluğu verilmelidir.

Denetim ve izleme mekanizmalarının güçlendirilmesine ilişkin öneriler sıralanırken, sağlık müdürlükleri tarafından yapılan denetimlere rağmen bazı usulsüzlüklerin önlenemediğine vurgu yapılması ve “tavizsiz ve şeffaf bir denetim sistemi” oluşturulması değerlidir. Bu durumda, iktidardakiler de yapılan denetimlerinin yetersizliğini kabul etmekte, denetimlerin şeffaf olmadığını ve taviz verildiğini, yaptırımların yetersiz olduğunu açıklamak zorunda kalmaktadır. Denetimlerin önceden bildirim yapılmaksızın, şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri ile düzenli ve objektif biçimde gerçekleştirilmesi önerisi de önemlidir.

Özel sağlık kuruluşları, özel ambulans firmaları ve tıp merkezlerinin denetimi ele alınırken, kamuda ambulans sayısının azaltılmasına da dikkat çekilmesi gerekirdi. 2022’de 5735 olan acil yardım ambulansı sayısının 71 adet azalarak 2024’te 5664’e düşürülmüş olması raporda tartışılmamıştır. Sağlık Bakanlığı bu tutumuyla başta İstanbul olmak üzere yurt çapında acil yardım hizmetlerinde de özel sektöre daha geniş bir alan açmaktadır.

Raporda öneri olarak “Sağlık Bakanlığı ile SGK Arasında Kurumsal Entegrasyon ve Ortak Denetim Mekanizmalarının Güçlendirilmesi” ele alınmaktadır. Bu öneri yönetsel olarak doğru değildir. Sağlık Bakanlığı SGK ile değil, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile eşgüdüm içerisinde çalışmalıdır. Her iki bakanlığının birbirinden kopuk yapısı hem sağlık hizmetleri hem de sosyal güvenlik hizmetleri açısından uygun bir yaklaşım değildir.

“Örnekleme Oranının Azaltılarak Hedefli İncelemenin Güçlendirilmesi” önerisine katılmıyoruz. Sağlık hizmetlerine ilişkin geri ödeme süreçlerinin mali sürdürülebilirlik açısından etkin şekilde yürütülebilmesi için fatura inceleme sistemlerinin veriye dayalı ve risk odaklı bir yapıya kavuşturulması gerektiği doğrudur. Ancak fatura inceleme süreçlerinin etkinliğini artırmak amacıyla rastgele seçilen fatura örnekleme oranının %5-10 aralığından %1-5 seviyesine düşürülmesi doğru bir yaklaşım değildir. SGK ile anlaşmalı sağlık hizmeti sunucularına 2024 yılında toplam 660 milyonun üzerinde başvuru olduğu dikkate alınacak olursa, fatura örnekleme oranının azaltılması SGK’nın kamu zararının saptanmasını zora düşürebilecek bir uygulama olacaktır. Faturaları daha ayrıntılı biçimde inceleyebilmek ve denetim kaynaklarını yüksek riskli alanlara yönlendirebilmek için halen 9 bölgede bulunan fatura inceleme birim sayısının ve bu birimlerde görev yapan sağlık personeli sayısının artırılması, buna ek olarak dijital teknolojilerden (Yapay zeka vb.) daha kapsamlı yararlanmanın sağlanması önerilmektedir.

“Fatura Denetiminde Risk Bazlı Denetim Modeline Geçilmesi” önerisi ise “rastgele örnekleme yönteminin yanı sıra sağlık hizmet sunucularının geçmiş hata oranları, usulsüz işlem kayıtları, sunulan hizmetin niteliği ve mali büyüklüğü gibi kriterlere dayalı olarak risk derecelendirme modeli geliştirilmeli ve denetimler bu doğrultuda önceliklendirilmelidir” biçimine dönüştürülmelidir. Rasgele örnekleme yönteminden vaz geçilmesi doğru bir yaklaşım değildir.

Raporda, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun denetim mekanizmalarına vurgu yapılmış fakat kök neden ilişkisi detaylandırılmamıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunun denetimi Sağlık

Bakanlığının yetki alanındayken, uygulamada herhangi bir soruşturma konusu olduğunda hizmetin bedeli SGK tarafından ödendiğinden, dosyalar, Sosyal Güvenlik Kurumu müfettişlerine yönlendirilmektedir. Malpraktis olarak değerlendirilebilecek soruşturma dosyalarının dahi Sosyal Güvenlik Kurumu Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı bünyesindeki müfettişler tarafından sonuçlandırıldığı örnekler bulunmaktadır. Oysa, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığına intikal ettirilen dosyaların çoğunluğunda uzman bilirkişi tarafından incelenmesi ve karar verilmesi gereken hususlar bulunmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Sağlık Sosyal Güvenlik Merkez Müdürlükleri bünyesinde her dal/yan dalda uzman hekim bulunmaması, soruşturmaların yürütümü sırasında sorun yaratmaktadır. Sağlık denetimlerinin daha etkin olabilmesi için, Sağlık Bakanlığı müfettişleri ile Sosyal Güvenlik Kurumu müfettişlerinin sağlık denetimi alanında yetkilerinin ve görev alanlarının iyi belirlenmesi ve her birimin kendi yetki ve görev alanındaki incelemeyi yürüterek sonuçlandırması, her iki heyetin koordinasyon içinde çalışmaları durumunda sağlık denetimlerinin daha etkin ve verimli olarak yürütüleceği konusu vurgulanmamıştır. Yenidoğan vahim olayı benzeri, çeteleşmiş oluşumlarla mücadele edebilmek için, yetki ve sorumluluklar net tanımlanmış olmalıdır.

Dahası, SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığında, hekim müfettiş bulunmamakta, 3 eczacı başmüfettiş bulunmaktadır. Denetim hizmetinin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için hekim, eczacı, biyomedikal mühendis, yazılımcı vb. meslek gruplarından adaylar müfettiş yardımcısı olarak alınıp yetiştirilmeli, müfettişlik niteliği kazandırılarak bu personelin teknik bilgilerinden faydalanılmalıdır. Her yıl açılan müfettiş yardımcısı alımı sınavlarında eczacı ve hekim müfettiş yardımcısı kadroları ilan edilmekte ise de, mevcut özlük hakları ve çalışma koşulları nedeniyle sağlık personeli tarafından söz konusu kadrolar tercih edilmemektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu yetkililerince yapılan sunumda, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı’nda halen 470 kadro boş gözlenmektedir. Bu kadroların doldurulması ve artırılması için başta özlük haklarında artış olmak üzere etkili bir çaba gösterilmemesi, özel sağlık kuruluşlarının denetimini aksatmakta ve hem hasta güvenliğini tehdit etmekte hem de Kurumun kaynaklarını etkin kullanımını zayıflatmaktadır. Bu koşullarda, özlük hakları yetersizliğiyle ve dar kadro ile çalışan müfettişlerin sorunları ve bunun yaratacağı tükenmişlik, raporda yeterince vurgulanmamıştır.

“Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin Günümüz İhtiyaçlarına Göre Yeniden Düzenlenmesi” önerisi yerindedir, ancak eksiktir. 11.05.2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmî Gazete’de

yayımlanarak yürürlüğe giren *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin*, üzerinden geçen süre zarfında sağlık sistemindeki yapısal değişiklikler, teknolojik gelişmeler ve afet/acil durumlara müdahaleye yönelik güncel ihtiyaçlar karşısında yetersiz kaldığı saptaması doğrudur. Mevcut yönetmelik, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin günümüzdeki dinamik yapısını ve sahadaki uygulama gerekliliklerini tam olarak karşılayamamaktadır. Bu nedenle ilgili yönetmeliğin günümüz koşullarına uygun olarak kapsamlı bir biçimde gözden geçirilmesi, ihtiyaç temelli ve uygulamaya dönük hükümlerle yeniden düzenlenmesi önerilmektedir. Bu öneriyi sunarken, ülkemizde acil serişlerde yaşanan sorunları doğru saptamak ve “günümüz koşulları” konusunu ayrıntılandırmak uygun olacaktır.

Hastanelerdeki acil servisler, toplumun sağlıklı kalmasında kritik bir rol oynar, bu nedenle acil servis hizmetleri sisteminin etkili bir şekilde çalışması çok önemlidir. Acil servisler, hastaların doğru acil tıbbi hizmeti, doğru kişi tarafından ve mümkün olan en kısa sürede almalarını sağlayacak bir sistemle yönetilmelidir.

Türkiye’de acil servis başvuru sayıları çok yüksektir ve son yıllarda olağanüstü artış göstermektedir. 2023 yılında ülke genelinde acil servislere yapılan başvuru sayısı 154 milyon 763 bin 952 olmuş; Türkiye, dünyada nüfusunun üzerinde acil servis başvurusu yapılan tek ülke konumunu korumuştur. Bu durum, 100 kişide 177 başvuru anlamına gelmektedir. Karşılaştırma yapıldığında, acile başvuru sayısı 2021 yılında Almanya’da 100 kişide 20, OECD ülkeleri ortalaması ise 100 kişide 27’dir. Acil servislere yönelik ülkemizdeki olağanüstü talep, hizmetin yönetimini zorlaştırmakta ve hem hasta hem de çalışan güvenliğini tehdit etmektedir. Acil servislerdeki olağanüstü yoğunluk, acil sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olayları ve kaynakların verimsiz kullanımı; sağlık sistemi açısından kaygı verici sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle acil servislerin, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan acil olmayan başvurulara müdahale edilmeyecek bir yapıya kavuşturulması, acil hastaların sağlık hizmetine en kısa zamanda erişebilmesini sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu sorun “*Acil Servislerin Etkin ve Amaca Uygun Kullanımının Sağlanması*” önerisinde de ele alınmış, acil servislerin randevusuz bir biçimde 7/24 erişilebilir olması nedeniyle gereksiz başvuruların olduğu göz önünde bulundurularak, bu birimlerin kullanım kriterlerinin kamuoyuna açık ve anlaşılır biçimde anlatılması önerilmiştir. Acil servislerin yalnızca yaşamı tehdit eden ve hızlı tıbbi müdahale gerektiren durumlar için kullanılması gerektiğine dair

toplumsal farkındalığın artırılması ve bu yöndeki sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi önerisi yerindedir.

“Tıp Merkezlerinde Denetimlerin Artırılması” yerinde bir öneri olmakla birlikte, denetimlerin artırılması amacıyla yapılması gerekenlerin daha kapsamlı vurgulanmasında yarar bulunmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı ekipleri tarafından denetlenmesinin yanı sıra SGK ile sözleşmesi olan özel sağlık kuruluşlarının SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından da denetlenmesi gerekmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı denetimlerinin yetersizliği ve söz konusu başkanlık bünyesinde hekim müfettiş bulunmadığı ve müfettiş sayısının yetersizliği gündeme getirilmemiştir.

“Sağlık Sigortası İhtisas Mahkemelerinin Kurulması” önerisi de “Sağlık İhtisas Mahkemelerinin Kurulması” biçiminde değiştirilmelidir. Sağlık alanındaki sorunlar tek başına sağlık harcamalarıyla ilişkili değildir, bunun yanı sıra sağlıklı kişiyi, hastayı, sağlık çalışanını ve sağlık kuruluşunu ilgilendiren birçok uyumsuzluk söz konusudur. Bu bağlamda, sağlık alanına ilişkin hukuki uyumsuzlukların daha etkin ve uzmanlık esaslı bir şekilde çözülebilmesi amacıyla ‘Sağlık İhtisas Mahkemeleri’nin kurulmasına yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.

“Alternatif Uyuşmazlık Çözüm Yollarının Geliştirilmesi” önerisine ise katılmıyoruz. SGK ile özel ve kamu sağlık hizmeti sunucuları arasında ortaya çıkan ihtilafların çözümüne yönelik olarak Sağlık İhtisas Mahkemelerinin kurulması yeterli olacaktır; bilgi asimetrisinin büyük bir belirleyici olduğu sağlık alanında arabuluculuk, uzlaştırma ve tahkim mekanizmalarının geliştirilmesini uygun bulmuyoruz.

“Mevzuat Uyumluluğunun Sağlanması Amacıyla 5510 Sayılı Kanun Ek 10. Maddesinin Düzenlenmesi” önerisi yerinde olmakla birlikte; bu öneri sunulurken, Ek Madde 10’nun 4/4/2015 tarihinde Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından çıkarılarak, özel sağlık kuruluşlarında hekimlerden fatura karşılığı hizmet alınması düzenlemesi yapıldığını ve buna bağlı olarak taşeronlaştırma yapısının özel şirketler yararına olmak üzere kurulduğunu akıldan çıkarmamak gerekir. Bu önerinin gerekçesinde de açık olarak yazıldığı gibi, *“Hekimlerin, sağlık hizmet sunucusuyla iş sözleşmesine dayanmaksızın ve bağımsız şirket yapıları aracılığıyla hizmet sunmaları iş güvencesi ve sosyal güvenlik haklarının zayıflaması, sağlık hizmetinin kurumsal bütünlüğünün zedelenmesi, tıbbi uygulamalarda denetim, kalite güvence sistemleri ve mesleki sorumluluk ilişkisinin muğlaklaşması gibi sorunlara neden olmaktadır”*. Belirtilen gerekçelerle maddenin yeniden düzenlenmesi önerisi, aslında hiç yapılmaması

gereken bir düzenlemenin, birçok hasta zarar gördükten sonra geri alınması niteliğindedir. 05.02.2015 günü TBMM Sağlık, Aile ve Sosyal İşler Komisyonunda “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa Ek Madde 10’un eklenmesi” görüşmeleri sırasında, CHP’li milletvekilleri yapılan düzenlemenin “Yenidoğan yoğun bakım şirketlerine yol açacağını” dile getirmiş, itirazları ise o günlerde iktidar milletvekilleri tarafından reddedilerek, sermaye yararına bir düzenleme gerçekleştirilmişti. Maalesef, yapılan düzenleme nedeniyle, Yenidoğan Çetesi örneğinde olduğu gibi, CHP’li Komisyon üyelerinin öngörülere gerçekleşmiş ve birçok hasta bu düzenleme nedeniyle zarar görmüş durumdadır. Şimdi bu düzenlemenin hasta güvenliğini ortadan kaldıran zararları artık gizlenemez olunca, 2015 yılı öncesine dönmenin kaçınılmazlığı rapora öneri olarak eklenmiştir. Bu bağlamda, sağlık alanındaki yasama faaliyetlerinin ilk önce hasta güvenliğini odağına alması, sermaye sınıfının değil, halkın, sağlıklı insanların ve hastaların sağlık hakkını güvence altına almasının önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Mevcut mevzuat çerçevesinde özel hastanelerde kadrolu ve kadro dışı çalışma dışında başka bir usul ile çalışma şekli bulunmamaktadır. Hekimlerin, özel sağlık kuruluşuna fatura karşılığı hizmet sunmaları, Sağlık Bakanlığı mevzuatında tanımlı olmamakla birlikte, 5510 sayılı Kanunun ek 10 uncu maddesi uyarınca, ilgili kanunun 4(b) bendi kapsamında sigortalı sayılan hekimler ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olan kişilerin serbest meslek erbabı olarak vergilendirilecekleri belirtilmektedir.

Ayrıca, 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nun 66 ncı maddesi, “Serbest meslek erbabı” tanımını ve kapsamını belirlemektedir. Bu kanunlarla belirlenen, hekimlerin serbest meslek makbuzu kesebilme durumu, 4a çalışma prensibi ile çelişmektedir. Bu uygulamalar, hekimlerin özel sağlık kurumlarında fatura keserek, şirket usulü çalışmalarının önünü açmakta, denetimler zorlaşmaktadır. Kurulan Meclis Araştırma Komisyonunun esas konusu olan ve kamuoyunda yenidoğan çetesi olarak adlandırılan vahim olayın kolaylaştırıcılarından biri de fatura keserek şirketleşme sürecidir. Hekimlerin çalışma şekillerinin farklı mevzuatlarda çelişen uygulamaları devam ettikçe, süreçteki zayıf noktalar sürecektir. Temmuz 2025 tarihinde Meclis’ten geçen 7557 sayılı “Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un 2. Maddesi, yaşanan vahim yenidoğan ölümleri sonrasında düzenlenmiş olmakla birlikte, mevzuatlar arası çelişki devam etmektedir.

Kadrolar dışında, özel hastane açılması ile ilgili de mevzuat karmaşası bulunmaktadır. Özel hastane açılması ile ilgili 15 Şubat 2008 tarihinde Bakanlıktan ön izin alınmasına dair planlama hükmü getirilmiş olmasına rağmen, o tarihten günümüze kadar bu karar, sadece, yeni özel hastane açılması için uygulanabilmiştir. Bunun dışında 15 Şubat 2008 tarihinden önce başlanılan hastanelere, mevcut hastanelerin istisnalar ile yatak sayısı arttırmasına ve uzman hekim kadrosu almasına izin verilmiş, bu durum beraberinde kontrolsüzlüğü de getirmiştir.

Raporda yer alan 101 öneri ana başlıklarıyla aşağıda sıralanmıştır.

- 1. Yenidoğan Ölümlerine Yönelik Veri Toplama ve Araştırmaların Artırılması ve Neonatal Mortalite Kayıtlarının Standartlaştırılması*
- 2. Antenatal Steroid Uygulamalarının Standardizasyonu ve Yaygınlaştırılması*
- 3. Koryoamniyonit ve Sepsis Önlemlerinde Antibiyotik Politikası*
- 4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Enfeksiyon Kontrol Önlemlerinin Güçlendirilmesi*
- 5. Konjenital Kalp ve Metabolik Hastalık Tanı/Tedavi Merkezlerinin Bölgesel Olarak Yapılandırılması*
- 6. Gebe Takip Protokollerinin Güçlendirilmesi ve Riskli Gebeliklerin Basamaklandırılmış Takibi*
- 7. Detaylı Ultrasonografi Uygulamasının Rutin Hale Getirilmesi*
- 8. Yüksek Riskli Gebelerin Genetik Tanı Merkezlerine Yönlendirilmesinin Yaygınlaştırılması*
- 9. Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) ile Oluşmuş Gebeliklerde Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi ve İzlem Süreçlerinin Güçlendirilmesi*
- 10. Dijital Takip Sistemlerinin Entegrasyonu*
- 11. Üçüncü Basamak Kurumlarda Muayene ve Tanı Kapasitesinin Artırılması*
- 12. Misafir Anne Uygulamasının Yaygınlaştırılması*
- 13. Doğumhanelerin Optimal Şartlara Uygun Hale Getirilmesi*
- 14. Sezaryen Uygulamasının Anne ve Yenidoğan Sağlığı Açısından Olumsuz Sonuçlarının Azaltılması*
- 15. Perinatal-Neonatal Merkezlerin Planlanması (Bölgesel Referans Merkezlerin Oluşturulması)*

16. *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Teknik Donanımın Güncellenmesi*
17. *Yoğun Bakım Yatış-Taburculuk Kriterlerinin ve Branş Yoğun Bakım Uygulamalarının Revizyonu*
18. *Anne Sütü ile Beslenme Oranlarının Artırılması ve Formula Kullanımının Azaltılması*
19. *Prematüre Beslenme Protokollerinin Yaygınlaştırılması*
20. *Yenidoğan Morbiditesinin Azaltılmasına Yönelik Çalışmalar*
21. *Morbiditelere Yönelik Erken Müdahale Merkezlerinin Oluşturulması*
22. *Anomalili Bebeklerde Psikososyal ve Palyatif Destek*
23. *Acil Servislerde Etkinlik, Güvenlik ve Hasta Merkezli Yaklaşımın Güçlendirilmesi*
24. *Hastaneler Arası Nakil İşlemlerinin Standartlara Uygun Yürütülmesi*
25. *Üniversite Hastanelerine Hasta Nakil Süreçlerinin Koordinasyonu ve Denetim Yetkisinin Güçlendirilmesi*
26. *Sevk Süreçlerinde İletişim Altyapısının Güçlendirilmesi*
27. *Hastaneler Arası Gereksiz Sevklerin Önlenmesine Yönelik Bağlayıcı Mekanizmaların Geliştirilmesi*
28. *Yenidoğan Transportunda Görev Alacak Personel İçin Nitelikli Eğitim ve Deneyim Standartlarının Belirlenmesi*
29. *Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Programının Süresi ve İçeriğinin Geliştirilmesi*
30. *B Tipi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının A Tipine Dönüştürülmesine Yönelik Planlama*
31. *Komuta Kontrol Merkezlerinde Acil Tıp Uzmanı Kadrosunun Tanımlanması*
32. *Yüksek Riskli Gebeliklerde Anne Karnında (Intrauterin) Transportun Standartlara Bağlanması*
33. *Kritik Yenidoğanlar için Transport Kapasitesinin Geliştirilmesi*
34. *1500 Gram Altı ve 32 Haftadan Küçük Yenidoğanların Uygun Donanımlı Merkezlere Sevki*
35. *Perinatoloji Hizmet Kapasitesinin Artırılması ve Uzman Dağılımının Dengelenmesi*
36. *Perinatoloji Uzmanlık Kadrolarının Planlanması*
37. *Yenidoğan Uzmanlık Alanının Tercih Edilirliğinin ve Uzman Sayısının Artırılması*

38. *Yenidoğan Yoğun Bakımda Ekip ve Nöbet Düzeni*
39. *Yenidoğan Hemşireliği Altyapısının Güçlendirilmesi*
40. *Bölgesel İhtiyaçlara Göre Uzman Hekim Görevlendirilmesi*
41. *Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) Eğitimlerinin Zorunlu Hale Getirilmesi ve Yaygınlaştırılması*
42. *Aile Sağlığı Çalışanlarına Yönelik Düzenli Hizmet İçi Eğitimler*
43. *Yoğun Bakım Uzmanlarının Etkin ve Doğru Görevlendirilmesi*
44. *Yoğun Bakım Yardımcı Sağlık Personelinin Niteliğinin ve Niceliğinin Artırılması*
45. *Özel Hastanelerde Yoğun Bakım Hemşire İstihdam Sorunlarının Giderilmesi*
46. *Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Personeline Psikososyal Destek Sunulması İçin Klinik Psikolog Kadrosu Oluşturulması*
47. *Yenidoğan Sağlığı Hizmetlerinin Bölgesel Bazda İyileştirilmesi*
48. *Kırsal ve Dezavantajlı Bölgelerde Mobil Sağlık Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması*
49. *Basamaklı Sağlık Hizmeti Yapısının Güçlendirilmesi*
50. *Kamu Hizmet Kapasitesinin Güçlendirilmesi*
51. *PDC Hesaplamalarında Göçmen Nüfusun Dikkate Alınması*
52. *Üniversite Hastanelerinde Devlet Hizmet Yükümlülüğü Atamaları*
53. *Yoğun Bakımda Malzeme Eksikliklerinin Giderilmesi*
54. *Uzamış Yoğun Bakım Hastaları İçin Alternatif Modeller Geliştirilmesi*
55. *Sağlık Bakanlığı ve SGK Ödeme Sisteminin Revize Edilmesi*
56. *Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) Fiyatlandırmalarının Yoğun Bakım Hizmetlerine Uygun Şekilde Güncellenmesi:*
57. *Uluslararası Neonatal Sağlık Projelerine Türkiye'nin Stratejik Katılımının Artırılması*
58. *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Denetimi*
59. *Yoğun Bakım Hizmetlerinde Denetim Süreçlerinin Güçlendirilmesi ve Hasta Hakları Temelli Yaklaşımın Kurumsallaştırılması*
60. *Yenidoğan Yoğun Bakım Endikasyon Denetimlerinin Artırılması*

61. *Standart Mortalitesi Yüksek Olan Merkezlerin Denetlenmesi:*
62. *Yoğun Bakımların Denetim ve Değerlendirme Bilimsel Komisyonu Tarafından Oluşturulan Rehber ve Denetim Formların Etkin Kullanımı:*
63. *Denetim Süreçlerinde Klinik Kalite Standartlarının Yaygınlaştırılması*
64. *Yenidoğan Yoğun Bakım Seviye Kriterlerinin Revize Edilmesi ve İlaç Takip Sistemi ile Yenidoğan Yoğun Bakım İlaç Takibi*
65. *Tescil Süreçlerinde Cihaz Niteliklerinin Değerlendirilmesi*
66. *Yoğun Bakım Yataklarının Etkin Kullanımına Yönelik Denetim ve Koordinasyonun Artırılması*
67. *Yoğun Bakım Kalite Standartlarının Yükseltilmesi*
68. *Tıp Merkezlerinde Denetimlerin Artırılması*
69. *Sezaryen Oranlarının Azaltılmasına Yönelik Denetim Mekanizmalarının Güçlendirilmesi*
70. *Ruhsat Devri Öncesinde Özel Sağlık Kuruluşlarının Denetim ve Uyum Geçmişinin Değerlendirilmesi*
71. *Özel Hastane Denetimlerinde Risk Temelli İzleme Uygulamaları*
72. *Özel Ambulans Servislerinde Denetim Mekanizmalarının Güçlendirilmesi*
73. *Üçüncü ve Dördüncü Düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine (YYBÜ) Yapılan Sevklerin Denetimi*
74. *Sağlık Bakanlığı ile SGK Arasında Kurumsal Entegrasyon ve Ortak Denetim Mekanizmalarının Güçlendirilmesi*
75. *Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Veri Entegrasyonu*
76. *Yoğun Bakım Tedavi Süreçlerine İlişkin Anlık Verilerin SGK Tarafından Takibi*
77. *Yoğun Bakım MEDULA Kısıtlamalarının Gözden Geçirilmesi ve Güncellenmesi*
78. *Fatura İnceleyici Sayısının Artırılması ve Özlük Haklarının İyileştirilmesi*
79. *Fatura İnceleme Eğitim Süreçlerinin Güçlendirilmesi*
80. *Fatura Denetiminde Dijital Altyapının Geliştirilmesi ve Yapay Zekâ Destekli Denetim*
81. *Örnekleme Oranının Azaltılarak Hedefli İncelemenin Güçlendirilmesi*
82. *Fatura Denetiminde Risk Bazlı Denetim Modeline Geçilmesi*

83. *Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleriyle İlgili Mevzuatın Revize Edilmesi*
84. *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin Günümüz İhtiyaçlarına Göre Yeniden Düzenlenmesi*
85. *Üçüncü Seviye Yenidoğan Yoğun Bakım Servislerinde Neonatoloji Uzmanı Görevlendirilmesinin Zorunlu Hale Getirilmesi*
86. *Çalışma Ortamı ve Ücretlendirme Sistemi*
87. *Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzüğün Güncellenmesi*
88. *Sağlık Sigortası İhtisas Mahkemelerinin Kurulması*
89. *Uzman Bilirkişi Havuzunun Oluşturulması*
90. *Alternatif Uyuşmazlık Çözüm Yollarının Geliştirilmesi*
91. *Kurumsal İsimlendirmenin Görev Alanıyla Uyumlu Hale Getirilmesi*
92. *İl Ambulans Servisi Başhekimliklerinin İdari ve Mali Açıdan Güçlendirilmesi*
93. *Mevzuat Uyumluluğunun Sağlanması Amacıyla 5510 Sayılı Kanun Ek 10. Maddesinin Düzenlenmesi*
94. *Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Personeline Yönelik Ek Ödeme Düzenlemesinin Hizmet Niteliğine Göre Revize Edilmesi*
95. *Birinci Basamak Hizmetler Hakkında Gebelere Bilgilendirme*
96. *Anne Yaşı ve Riskli Gebeliklere Yönelik Danışmanlık*
97. *Beslenme Danışmanlığı Hizmeti*
98. *Gebelikte Zararlı Alışkanlıkların Önlenmesi*
99. *Halk Eğitimi ve Sağlık Okuryazarlığı Faaliyetlerinin Artırılması*
100. *Acil Servislerin Etkin ve Amaca Uygun Kullanımının Sağlanması*
101. *Akraba Evlilikleri ve Konjenital Anomaliler Hakkında Toplumsal Farkındalığın Artırılması*

Bu önerileri (bu madde kapsamında katılmadığımız bazı önerilerin değiştirilmesi gerektiğini vurgulayarak) değerli buluyoruz.

Ancak, Sağlıkta Dönüşüm Programından vaz geçilmedikçe, bu önerilerin tamamı uygulamaya konulabilse bile, sermaye birikimi ve kar maksimizasyonuna odaklanmış bir sağlık sisteminin yenidoğanlara, bebeklere, çocuklara ve erişkinlere -hasta güvenliğini hiçe sayarak- zarar vermesi önlenemeyecektir.

Ülkemizin kamucu, eşit, ücretsiz, erişilebilir ve nitelikli bir sağlık sistemine gereksinimi vardır.

Aylin YAMAN
Ankara Milletvekili

Kayhan PALA
Bursa Milletvekili

Turan Taşkın ÖZER
İstanbul Milletvekili

Murat ÇAN
Samsun Milletvekili

Ali KARAOBA
Uşak Milletvekili

Diyarbakır Milletvekili Ceylan AKÇA CUPOLO ve Kocaeli Milletvekili Ömer Faruk GERGERLİOĞLU’nun Muhalefet Şerhi

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu taslak raporuna ilişkin muhalefet şerhimizi ekte bilgilerinize sunarım. 28.10.2025

1. GİRİŞ: SAĞLIK HAKKININ İHLALİ VE SİSTEMSEL SORUMLULUK

Anayasa’nın 56. maddesi “herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” ibaresi ile sağlığı herkes için bir hak olarak tanımlamış ve devletin bu hakkın gereği hizmetleri yerine getirme ve düzenleme sorumluluğunda olduğuna atıf yapmıştır. Türkiye’de son yirmi yılda uygulanan neo-liberal sağlık politikaları, bu temel ilkeyi aşındırmış ve sağlık hizmetlerini toplumsal bir hak olmaktan çıkararak kâr ve performans eksenli bir sektöre dönüştürmüştür.

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP), Dünya Bankası ve IMF politikaları yönlendirmeleriyle özel sektörün payını büyütmüş, performans ve kâr esaslı bir finansman modeli yerleştirmiştir. Sağlığın metalaştırılmasının hız kazanması, kamu hastanelerinin zayıflatılması, özel hastanelerin güçlendirilmesi, taşeronlaşma ve performans baskısı ile hekimlerin ve sağlık çalışanlarının emeğinin değersizleştirilmesi yine aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin geri bırakılması bu dönemin karakteristik uygulamaları olmuştur. Geldiğimiz noktada kamu-özel işbirliği ile yapılan şehir/şirket hastaneleri ve taşeron uygulamaları ile zaten OECD ülkeleri ortalamasının çok altında olan Genel bütçeden sağlığa ayrılan pay, kira ve hizmet bedeli altında yapılan ödemeler ile sermayeye aktarılmaktadır. Bu dönüşüm toplumsal sağlık açısından geliştirilmesi esas olan ama kar alanı olmayan 1. Basamak koruyucu sağlık hizmetlerine sağlık bütçesinden ayrılan payında düşük tutulmasına neden olmuştur. 2025 yılı bütçesinden sağlığa ayrılan pay ortalama %7 civarındadır. Bu payın ancak 1/3 kadarı koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılırken, 2/3 lük kısmı tedavi edici hizmetlere ayrılmıştır.

Bu yapısal dönüşümün en trajik sonucu, “Yenidoğan Çetesi” olarak anılan olay olmuştur. 2024 yılı sonbaharında kamuoyuna yansıyan bu skandal, sağlıkta ticarileşmenin bebeklerin yaşamı pahasına geldiğini göstermiştir. Soruşturma sürecinde ortaya çıkan bilgiler, bebeklerin

özel hastanelerde usulsüz sevk zincirleri, gereksiz tedaviler ve SGK üzerinden yapılan haksız faturalandırmalar yoluyla yaşamlarını kaybettiklerini göstermiştir.

Yenidoğan ölümlerinde “sistemsal sorumluluk” kavramı esastır: Bakanlık düzeyindeki yönetim boşlukları, mevzuatın denetimsiz uygulanması, özelleştirmeye güç kazanan özel sektörün denetlenmemesi, taşeron şirketlerin kontrolsüzlüğü ve performans baskısıyla işleyen tıbbi süreçler bu zincirin halkalarıdır. Bu nedenle, söz konusu olay yalnızca adli değil politik bir mesele, sadece bir hastane skandalı değil, sağlıkta toplumcu sorumluluğun tasfiyesinin belgesi ve bu sistemin ürünüdür.

Komisyon’un ele aldığı bebek ölümleri olayı da bu büyük resmin parçasıdır. Komisyon raporu, yaşanan bu ölümlerin ardındaki yapısal ve politik nedenleri göz ardı etmiş, sorumluluğu yalnızca birkaç sağlık personeline indirgemıştır. Oysa yaşanan ölümler, sağlık sisteminin bütününe kuşatan bir yönetim ve eşitsizlik krizini yansıtmaktadır. Bu nedenle “Yenidoğan Çetesi” olayı, yalnızca adli bir dosya değil, Türkiye’de sağlık politikalarının halkın yararını gözeten denetimden uzaklaştırılmasının en somut göstergesidir.

Türk Tabipleri Birliği (TTB), Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) ve Halkların Demokratik Kongresi (HDK), yaptıkları ortak açıklamalarda “Yenidoğan Çetesi” olayını, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın, piyasacı sağlığın sonuçları olarak tanımlamışlardır. Bu kurumlara göre, olay münferit bir suç değil, tüm uyarılara rağmen yıllardır sürdürülen sağlıktaki özelleştirmelerin, performans dayatmasının ve emek sömürüsünün bir sonucudur. Sağlık emekçilerini değersizleştiren ve nitelikli sağlık hizmet sunumunu engelleyen, toplumun sağlık hakkını ve de kamusal denetimi ortadan kaldıran politikalar ile bugüne gelinmiştir.

Bu muhalefet şerhi, sağlığın bir hak olduğu ve toplumsal sağlığın kamu eliyle güvence altına alınması gerektiği ve esas olanın koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi olduğu tespitiyle, sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, parasız, ulaşılabilir, nitelikli ve anadilinde sunulması gerektiği ilkesinden hareketle hazırlanmıştır. Amaç, Komisyon’un çalışma yöntemindeki antidemokratik tutumunu, politik sorumluların soruşturma sürecine dahil edilmediğini ve sağlık sisteminin yapısal çöküşünü ortaya koyarak, halkın yararını esas alan toplumsal bir yeniden yapılanma gereğini vurgulamaktır.

2. ARAŞTIRMA KOMİSYONUNUN OLUŞUMU VE ÇALIŞMA USULÜ ELEŞTİRİSİ: DEMOKRATİK MEŞRUIYET SORUNU

TBMM Genel Kurulu kararıyla kurulan “Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu”, 27 Kasım 2024 tarihinde çalışmalarına başlamıştır. Ancak Komisyon daha ilk günden itibaren tarafsızlık, katılımcılık ve hesap verebilirlik ilkelerinden uzak bir yapı sergilemiştir. Komisyonun Başkanlık Divanı tamamen iktidar partisi milletvekillerinden oluşmuş, muhalefet partilerinin önerdiği üyeler dışlanmıştır. Bu durum, Komisyonun yürütme organından bağımsız davranamayacağını daha en başta göstermiştir.

DEM Parti üyeleri olarak rapor yazım sürecine katılma ve öneri sunma taleplerimiz reddedilmiştir. Muhalefet milletvekillerinin sahada yaptığı tespitler de taslak rapora dahil edilmemiş; bu nedenle nihai metin tek yanlı, bürokratik ve koruyucu bir dille kaleme alınmıştır. Bu tutum, TBMM İçtüzüğü’nün 105. ve 106. maddelerinde belirtilen “araştırma komisyonlarının partiler üstü çalışma ilkesi” ne açıkça aykırıdır.

Komisyonu davet edilecek kişi ve kurumların belirlenmesi süreci de aynı biçimde keyfi yürütülmüştür. DEM Parti üyeleri tarafından önerilen bağımsız halk sağlığı uzmanlarının çoğu, Sağlık Bakanları ve mağdur aileler Komisyonu çağrılmamıştır. Buna karşılık, Sağlık Bakanlığı bürokratları, özel hastane sahipleri ve ilgili kamu kurumlarının temsilcileri dinlenmiştir. Böylece, sağlık sisteminin çöküşünden doğrudan sorumlu olan yönetici kadrolar sorgulanmadan bırakılmıştır. Dolayısıyla rapor, sorumluluk zincirinin en üst halkalarını yani bakanlık düzeyindeki ihmali görmezden gelmiştir.

Komisyon çalışmalarının kapsamı da dar tutulmuştur. Adında “çocuk, engelli ve yaşlılar” ibaresi geçmesine rağmen, bu gruplara dair veri toplanmamış, incelemeler yalnızca belirli özel hastanelerle sınırlı kalmıştır. Cezaevlerindeki hasta, yaşlı ve engelli mahpusların durumları, engelli bakım merkezlerinin denetim eksiklikleri gibi konular gündeme alınmamıştır. Oysa bu alanlar da aynı yapısal sorunun parçasıdır: denetimsiz özelleştirme ve toplumsal sorumluluğun yokluğu.

Komisyon çalışmalarının en dikkat çekici eksikliklerden biri, eski ve mevcut Sağlık Bakanlarının Komisyon tarafından dinlenmemesidir. Partimiz ve diğer muhalefet partileri

tarafından yapılan çağrılara rağmen bu isimlerin ifadelerine başvurulmamıştır. Oysa “Yenidoğan Çetesi” olayının gerçekleştiği dönemde görevde olan bakanlık kadroları, denetim mekanizmalarının işlevsizliğinden birinci derecede sorumludur. Bakanlık düzeyinde hesap verebilirlik sağlanmadan Komisyonun sonuç raporu eksik kalmıştır.

Komisyon’un sahaya inme biçimi de taraflı olmuştur. Ziyaret programları çoğunlukla iktidar üyelerinin tercih ettiği illerde yapılmış, muhalefet tarafından önerilen iller (örneğin Diyarbakır, Batman, Mardin) iptal edilmiştir. İstanbul ve Ankara gibi merkezlerde yapılan incelemeler, yalnızca bakanlık tarafından yönlendirilen hastanelerle sınırlı kalmıştır. Bu durum, araştırmanın kapsamını daraltmış, olayı yapısal köklerinden koparmıştır.

Sonuç olarak Komisyon, kuruluş amacına ve Meclis Araştırması’nın demokratik denetim işlevine uygun bir çalışma yürütmemiştir. Hem yapısal tarafdırlığı hem de katılımcılığı reddeden yaklaşımıyla, araştırma sürecini etkisizleştirmiş ve kamuoyunun güvenini zedelemiştir. Bu nedenle Komisyonun vardığı sonuçlar, gerçek anlamda bir Meclis denetimi işlevi yerine, siyasi sorumluluğu perdeleyen bir görüntü yaratmıştır. Komisyonun vardığı sonuçlar yalnızca bürokratik tespitlerden ibaret kalmış, politik sorumluluk alanı ise özellikle dışarıda bırakılmıştır.

3. SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ KRİZİN KÖK NEDENLERİ

3.1. Sağlıkta Özelleştirme ve Metalaştırma

Türkiye’de sağlık sisteminde yaşanan krizi anlamak için, yalnızca son birkaç yılın olaylarına değil, yaklaşık yarım asırlık neoliberal dönüşüm sürecine bakmak gerekir. 1980 askeri darbesi sonrasında hız kazanan yapısal uyum politikaları 2002 sonrası AKP iktidarıyla “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” adı altında kurumsallaştırılarak sağlık hizmetini toplumsal bir hak olmaktan çıkarmış ve piyasa mantığına göre örgütlenme anlayışını dayatmıştır. Toplumsal sağlık harcamalarının azaltılması, özel sektörün payının artırılması, sosyal güvenlik sisteminin finansal yük olarak görülmesi ve sağlığın “alınıp satılabilir bir mal” haline getirilmesi bu dönemin ana eksenidir.

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Bankası finansmanı ile yürütülmüş; sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumunu birbirinden ayırarak kamusal sağlık sistemini düzenleyici ve sözleşmeci ama üretici olmayan bir yapıya dönüştürmüştür.

Sağlık Bakanlığı “planlayan ve denetleyen” bir otoriteye indirgenirken, sağlık hizmetlerinin üretimi özel sektör, taşeron firmalar ve kamu-özel ortaklıklarına devredilmiştir.

Böylece sağlık alanı, kolektif yarardan koparılarak sermaye birikiminin yeni bir alanı haline getirilmiştir. Bu durum, yönetsel hesap verebilirliği ortadan kaldırmış, kamu hastanelerinin finansman yapısı parçalanmış, performansa dayalı ücretlendirme modeli getirilmiştir. Böylece sağlık hizmeti “kâr getiren bir sektör” olarak yeniden tanımlanmıştır.

Bu dönüşüm, sağlık çalışanlarının iş güvencesini zayıflatırken, hasta-hasta yakını-hekim ilişkisinde güveni de zedelemiştir. Yurttaşın temel sağlık hakkı, hizmet satın alma kapasitesine bağlı hale gelmiş; sağlık finansmanı yurttaşın sırtına yüklenmiş, yoksul ve dezavantajlı kesimler kamusal sistemin dışına itilmiştir. Kamu hastanelerinin kaynakları kısılmış, altyapı yatırımları yavaşlamış, buna karşın özel hastaneler SGK ödemeleriyle güçlendirilmiştir. Böylece herkes için eşit, parasız ve erişilebilir sağlık hakkı fiilen ortadan kalkmıştır.

Sonuç olarak sağlıkta iki katmanlı bir yapı doğmuştur: Bir yanda eksik personel ve altyapı ile ayakta kalmaya çalışan kamu hastaneleri, diğer yanda halkın kaynaklarıyla büyüyen özel sağlık zincirleri. Bebek ölümlerinin en yoğun yaşandığı illerde bu ikili yapı çok belirgindir. Yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 haber bülteninde, Türkiye’deki Yenidoğan yoğun bakım yataklarının %51,30 unun özel sektörde olduğu belirtilmektedir. Yine tarafınızca hazırlanan Meclis Araştırması Komisyon Raporunuzda İstanbul’daki Düzey 3 küvözlerin %72 sinin özel hastanelerde olduğu belirtilmiştir. Kamu hastaneleri yetersiz kalınca aileler zorunlu olarak özel hastanelere yönlendirilmektedir. Yenidoğan ölümlerinin gerçekleştiği bu vakalarda hastanelerin yoğun bakım hizmetlerini kendileri değil hizmet alım usulüyle sürdürmekte oldukları, bu ünitelere sevklerin de, buradaki tedavi protokollerinin de maddi kazanç elde edecek şekilde istismar edildiği görülmektedir. Sağlık sisteminde denetim kapasitesi azalırken, özel hastanelerin gelir artırıcı davranışları da giderek denetimsiz bırakılmıştır.

SGK’nın düşük geri ödeme fiyatları, özel hastaneleri kârlarını artırmak için farklı yöntemlere yöneltmiştir: gereksiz tetkikler, uzun yatışlar, “endikasyon dışı işlemler” ve hatta yapılmayan işlemlerin faturalandırılması bu tabloyu oluşturur. Total parenteral nutrisyonların (TPN) verilmediği veya az verildiği, surfaktan endikasyonu oluşturulan bebeklere Surfaktan preparatlarının verilmediği ve ilaçlar dışarıda satılmak suretiyle maddi kazanç elde edilmeye

çalışıldığı görülmektedir. Yenidoğan ölümlerinin ardında da bu ticari yönelim vardır. Komisyon çalışmalarında da vurgulandığı gibi, bazı özel hastaneler bebeklerin tıbbi olarak gereksiz yatışlarını faturalandırmış, böylece SGK zararına yol açmıştır.

Böyle bir sistemde sağlık hizmeti bir hak olmaktan çıkmış, ticari bir ürün haline gelmiştir. Bu nedenle, bebek ölümleri ne yalnızca doktor hatasıdır ne de münferit bir yönetim kusurudur; aksine, sistemin dayattığı yapısal sonuçtur.

3.2. Taşeronlaşma, Performans Baskısı ve Emek Güvencesizliği

Neoliberal dönüşümün en yıkıcı sonuçlarından biri, taşeronlaşmanın sağlık sisteminin merkezine yerleşmesidir. 1980’lerde temizlik, yemek, güvenlik gibi destek hizmetleriyle başlayan taşeronlaşma, 2000’lerde laboratuvar, radyoloji, ameliyathane, yoğun bakım gibi asli sağlık hizmetlerine kadar genişlemiştir. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda yapılan değişikliklerle sağlığın piyasadan “satın alınmasının” ö nü açılmış, toplum yararına sağlık düzeni, özel sermaye lehine aşındırılmıştır. Bu durum, sağlık hizmetinin bütünlüğünü parçalamış, kurum içi koordinasyonu ve denetimi zayıflatmıştır.

Taşeronlaşmanın bir diğer sonucu olarak da 2003 yılında 11 bin olan taşeron sağlık çalışanı sayısı 2016 yılında 206 bine yükselmiştir. Aynı dönemde kadrolu istihdam oranı %70’lerden %30’lara gerilemiştir. Hekimler ve hemşireler, kısa sürede çok sayıda hasta bakmak zorunda bırakılmış, insan yaşamı yerine “istatistiksel başarı” ö ne çıkarılmıştır. Bu tablo yalnızca emek sömürüsünü değil, hasta güvenliği sorununu da beraberinde getirmiştir. Çünkü taşeron şirketlerin temel motivasyonu toplum yararına sağlık hizmeti değil, kârdır. Bu sistem, hem sağlık çalışanlarının güvencesini yok etmiş, hem de denetimden uzak özel şirket ağlarının sağlık hizmeti üzerinde belirleyici hale gelmesine neden olmuştur. Devam eden süreçte özel hastanelerden sevsiz hizmet alınması kolaylaştırılmış, performansla dayalı ücretlendirme sistemi getirilmiş, kamu hastaneleri “kâr eden işletmelere” dönüştürülmüştür. Bu model, sağlık emekçilerini performans baskısı altında nicelik üretmeye, hastaları ise müşteriye dönüşmeye zorlamıştır. Sağlık göstergelerinde yüzeysel iyileşmeler sağlanmış gibi görünse de bu “başarı” kamu bütçesinin yükünü artırmış, sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmiştir.

Bu süreç, yalnızca emeğin değil, yaşam hakkının da taşeronlaştırılmasıdır. Çünkü sağlık hizmetinin bir bölümünü bile kâr amacıyla özel sektöre devretmek, denetimsizlik, rüşvet, kayıt dışılık ve hasta güvenliği ihlali risklerini beraberinde getirir. Nitekim 2024 yılında açığa çıkan “Yenidoğan Çetesi” olayı tam da bu yapının ürünüdür. Bazı özel hastaneler, yenidoğan

yoğun bakım servislerini taşeron şirketlere devretmiş; bu şirketler ise yetersiz personelle, hekim bulunmadan, geceleri nöbet tutmadan bebekleri uygunsuz koşullarda tutmuştur. Yapılan usulsüzlüklerin büyük kısmı, “performans verisi üretmek” ve “SGK’dan fazla fatura almak” amacıyla yapılmıştır. Bu sistem, sağlık hizmetinin etik ve bilimsel temellerini yok etmiştir.

İstatistiklere göre Türkiye’de yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin yaklaşık olarak %52’si özel sektöre aittir. Bu durumun bir sonucu olarak da 2020–2024 arasında kamu hastanelerindeki YYBÜ yatak sayısı artmazken, özel hastanelerde %36 artış olmuştur. Özellikle İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyükşehirlerde yoğun bakım yataklarının üçte biri, taşeron firmalar veya özel hastane grupları tarafından işletilmektedir.

Sonuç açıktır: Sağlık hizmetinin taşeronlaşması, yaşam hakkının taşeronlaşması anlamına gelmiştir. Toplumsal denetim ve kamusal sorumluluk, piyasaya devredilmiştir. Bu koşullarda hekimlerin sorumluluğu artarken, karar mekanizmaları özel sermayenin eline geçmiştir. Komisyon raporunda da belirtildiği üzere, bazı bebek ölümleri doğrudan bu denetimsizlikten kaynaklanmıştır.

3.3. ”Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” ve Eşitsizlikler

Türkiye’de bebek ölümleri, yalnızca sağlık sistemindeki aksaklıkların değil; toplumsal eşitsizliklerin, sınıfsal adaletsizliklerin ve neoliberal sağlık politikalarının yarattığı yapısal çöküşün sonucudur. Ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyleri, bebek/çocuk ölüm oranlarıyla doğrudan ilişkilidir. Bu oranlar sağlık hizmet kalitesinin de göstergesidir. Bu bölüm, “Yenidoğan Çetesi” olayı üzerinden görünür hale gelen bu çok katmanlı krizi, sosyal belirleyiciler, çevresel koşullar ve cinsiyet eşitsizlikleri ekseninde ele almaktadır.

2023 verilerine göre Türkiye’de bebek ölüm hızı binde 10’dur. OECD ortalaması binde 3’tür. Bu fark, sağlık hizmetinin nitelikten çok niceliğe odaklandığını göstermektedir. Yenidoğan ölümlerinin %47’si prematürelilik, %23’ü doğumsal anomali, %17’si enfeksiyon kaynaklıdır. Bu nedenlerin önemli bölümü, erken doğum öncesi bakım eksikliği, düşük eğitim düzeyi, çevre koşulları ve sosyal destek yoksunluğu ile ilişkilidir. Ölen bebeklerin annelerinin genellikle kalabalık evlerde yaşadığı, eğitim düzeylerinin düşük olduğu, akraba evliliklerinin yüksek olduğu ve sık gebe kaldıkları görülmüştür, Ölen bebeklerin yaklaşık olarak yarısı çok düşük doğum ağırlıklıdır.

Bu komisyon raporunun eksik yönlerinden biri de ‘‘sağlığın sosyal belirleyicileri’’ açısından yeterli bir değerlendirmenin olmamasıdır. Komisyon raporu, bebek ölümlerini yalnızca tıbbi ihmallerin sonucu olarak ele almış, oysa ‘‘Yenidoğan Çetesi’’ olayının arkasında sosyal belirleyicilerin derin rolü bulunmaktadır. Yoksulluk, göç, barınma sorunları, gıda güvencesizliği, işsizlik ve güvencesiz çalışma koşulları doğrudan anne ve bebek sağlığını belirleyen unsurlardır. Temiz içme suyu ve kanalizasyonun olmaması, oda başına düşen aile bireyi sayısının yüksek olması bebek ölüm oranlarının yüksekliği ile ilişkili bulunmuştur.

Özellikle savaş ve zorunlu göç süreçlerinin etkisiyle, yerinden edilmiş ve mülteci nüfusun sağlık hizmetlerine erişimi ciddi biçimde kısıtlanmıştır. Göçmen nüfusun yoğun yaşadığı bölgelerde yenidoğan ölümlerinin artışı, bu eşitsizliğin somut bir göstergesidir. Yoğun sanayi bölgelerinde ve plansız kentleşme alanlarında hava kirliliği gibi çevresel faktörler de perinatal sonuçları olumsuz etkilemektedir. Buna rağmen Komisyon, bu verileri dikkate almamış, göçmenlerin sağlık durumuna dair istatistiksel bir analiz sunmamıştır.

Bölgesel eşitsizlikler de dikkat çekicidir. Güneydoğu Anadolu’da bebek ölüm oranı, Batı Marmara’nın iki katıdır. Şırnak, Siirt, Batman, Ağrı, Mardin ve Van gibi illerde, sosyoekonomik geri bırakılmışlık, sağlık altyapı yetersizliği, hekim ve diğer sağlık emekçilerinin dağılımındaki eşitsizlikler nedeniyle bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm oranları yüksektir. Bu illerde yenidoğan yoğun bakım yatakları sınırlıdır, kadın doğum ve çocuk uzmanı sayısı yetersizdir. Anadilinde sağlık hizmeti sunulmamaktadır.

Sağlık hizmetlerine dil ve kültür temelli erişim engelleri, eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir. Anadilinde sağlık hizmetine ulaşamamak ve çok dilli personel eksikliği, başta Kürtlerin yoğun olarak yaşadığı illerde, göçmen ve mülteci toplulukların yaşadığı bölgelerde sağlık hakkının fiilen kullanılmasını engellemektedir. Demokratik, halkçı ve eşitlikçi bir sağlık sisteminin gereği kapsayıcı hizmet modellerinin hayata geçirilmesidir.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği de bu zincirin önemli halkalarından biridir. Kadınların düşük gelir, güvencesiz istihdam, erken yaşta gebelik ve şiddet gibi sorunları, anne-bebek sağlığını doğrudan etkilemektedir. Yine kadın sağlık emekçilerinin düşük ücretlerle, uzun vardiyalarla çalışması, sıklıkla mobbinge maruz kalmaları nitelikli sağlık hizmeti sunmalarını engellemekte sağlık sistemindeki cinsiyetçi iş bölümünü pekiştirmektedir. Kadın emeğinin değersizleştirilmesi hem kadın sağlık emekçilerinin hem de hastaların maruz kaldığı yapısal bir adaletsizlik biçimidir.

Sonuç olarak, “Yenidoğan Çetesi” olayı yalnızca tıbbi bir ihmal değil; neoliberal sağlık politikalarının, toplumsal eşitsizliklerin, çevresel tahribatın ve cinsiyetçi iş bölümünün kesiştiği çok katmanlı bir krizdir. Komisyon raporu bu çok boyutlu ilişkiyi görmezden gelmiş ve sorunu bireysel suç düzeyine indirgemıştır. Oysa gerçek çözüm, halk sağlığını merkeze alan, toplumsal belirleyicileri gözeten, toplumsal ve eşitlikçi bir sağlık sisteminin yeniden inşasıyla mümkündür.

3.4. Uzman Eksikliği, Kadro Kısıtlamaları ve Mevzuat Sorunları

Komisyon çalışmaları sırasında elde edilen veriler, Türkiye’de yenidoğan uzmanı sayısının olması gerekenin yarısı düzeyinde olduğunu göstermektedir. Yenidoğan yan dal ihtisası yapan hekimler, uzun eğitim süreci ve yetersiz özlük hakları nedeniyle bu alandan uzaklaşmaktadır. Yan dal uzmanlarına getirilen tekrar mecburi hizmet uygulaması, uzmanlık tercihlerini azaltmaktadır. Üstelik bazı yenidoğan uzmanlarının ana dalda çalışma haklarının yasaklanması, mevcut insan gücünün sistem dışında kalmasına neden olmuştur.

Yenidoğan uzmanı dağılımı dengesizdir: 2024 yılı sağlık istatistikleri yıllık verileri Güneydoğu Anadolu bölgesinde tüm alanlardan doğru 100bin kişiye düşen uzman hekim sayısı 77 dir. İstanbul’da 100 bin kişiye düşen hekim sayısı ise 164 dür. Yenidoğan uzmanı sayısı 2024 aktif çalışan toplamda 391 olup bunların 94’ü (%27) özel hastane ve vakıf üniversitelerinde bulunmakta iken, komisyon raporunuzda 2025 Eylül itibari ile toplam yenidoğan uzman sayısı 384 olarak belirtilmiştir. Sayının azalmakta olduğu dikkat çekmektedir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ise yenidoğan uzman sayısı son derece azdır. 2024 Sağlık istatistiği yıllıkta bu bölgelerdeki bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda neredeyse İstanbul’un iki katı oranında sırasıyla %11.3 ve %13.6 oranındadır. Buna karşın Yenidoğan uzmanlarının %3 ü Doğu Anadolu’da , %4,3 ü ise Güneydoğu Anadolu bölgesinde yer almaktadır ki; bebek ölüm oranlarının yüksekliğine rağmen yenidoğan uzman sayısı son derece azdır. (TTB, Sağlıkta Ticari Çeteleşme, Bebek Ölümleri Raporu) Komisyon raporunuzda da Doğu Anadolu Bölgesinde yenidoğan uzman sayısı 18 olarak belirtilmiştir. Yine raporunuzda da belirttiğiniz gibi toplamda literatürler göz önüne alındığında Türkiye’de olması gereken yenidoğan uzman sayısı 700 olmalıdır. Yenidoğan uzman sayılarının azalıyor olması ileride daha büyük sorunların görülebileceğine işaret etmekte ve sağlık politikalarında ve uygulama da hekimleri teşvik eden ve piyasaya terketmeyen, sahiplenilen ve yine hekim dağılımında ihtiyaçları eşitliği önceleyen sağlık politikalarına ihtiyaç olduğu açıktır.

Bir başka çarpıcı sorun, KHK ile ihraç edilen yenidoğan uzmanlarıdır. Bu hekimler özel hastanelerde dahi çalışmamaktadır, çünkü yan dal ruhsatı olmadan ana dalda da görev yapmalarına izin verilmemektedir. Bu uygulama hem mesleki hak ihlali hem de kamu sağlığı açısından büyük bir kayıptır. Uzman açığı artarken nitelikli hekimlerin sistem dışına itilmesi, bebek ölümleri riskini büyötmüştür.

Yenidoğan hemşireliği de özel eğitim gerektiren bir alandır. Ancak hemşireler sık sık görev yeri değişikliğiyle başka birimlere kaydırılmakta, deneyimli personel tutunamamaktadır. Bu da bakım kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle hemşirelerin bu alanda istihdamı özendirilmeli, ücret ve statü iyileştirmeleri yapılmalıdır.

4. KOMİSYON BULGULARI VE TESPİTLER

4.1. Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşları Arasındaki Dengesizlik

2024 yılı Sağlık istatistikleri yılığında Türkiye’de ki yenidoğan yoğun bakım yatak sayısının yaklaşık %52 sinin özel hastanelerde olduğu belirtilmiştir. Komisyon incelemeleri ve raporda da belirtildiğı üzere, özellikle İstanbul başta olmak üzere büyükşehirlerde kamu hastanelerinin yenidoğan yoğun bakım kapasitesinin son derece yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Kamu hastanelerinde yatak sayısı sınırlı kalırken, özel hastaneler bu alanda hızla genişlemiştir. Bugün itibarıyla İstanbul’daki yenidoğan seviye 3 kütvözlerin %72 oranıyla Türkiye ortalamasının bir hayli üzerinde olduğu belirtilmiştir. Bu tablo bile tek başına sağlık hizmetlerinin ticarileştiğinin en somut göstergesidir.

Kamu hastanelerinde bebek yoğun bakım yataklarının yetersizliği nedeniyle, 112 acil sistemi çoğu zaman özel hastanelere yönlendirme yapmaktadır. Ancak bu yönlendirmelerin bir kısmı usulsüz sevk zinciri oluşturmakta, bazı özel hastaneler “yer yok” bahanesiyle hastayı reddederek, kâr marjı daha yüksek olan merkezlere sevk etmektedir. Hatta bazı kamu hastaneleri, hasta kabulünü geciktirerek 112’nin yönlendirmesini özel sektöre bırakmaktadır. Bu durum, “devlet hastanelerinin özel hastanelere müşteri yönlendirdiğı” algısını doğurmuştur.

Yenidoğan ölümlerinin yoğunlaştığı illerde, özellikle İstanbul, Ankara ve İzmir’de, kamunun etkin planlama ve denetim mekanizması kuramaması ciddi bir sorundur. Kamu hastaneleri, personel ve altyapı eksikliği nedeniyle yoğun bakım yataklarını tam kapasiteyle kullanamamaktadır. Bazı üniversite hastanelerinde 3-4 yenidoğan uzmanı olmasına rağmen

yeterli hemşire bulunmadığından dolayı hasta kabulü sınırlandırılmaktadır. Bu bebekler de çoğu zaman yenidoğan uzmanı dahi bulunmayan özel hastanelere sevk edilmektedir.

Komisyonun incelediği hasta verilerinde dikkat çeken bir eksiklik vardır: İstanbul'daki kamu hastaneleri, yoğunluk ve kapasite yetersizliği nedeniyle SGK'lı Türkiye vatandaşlarının büyük kısmı, sistematik biçimde özel hastanelere yönlendirilmektedir. Bu durum, kamu hastanelerinin asli görev alanının daraldığını, özel sektörün ise fiilen kamusal hizmet üstlendiğini göstermektedir.

Aynı tablo, yalnızca yenidoğan servislerinde değil, erişkin yoğun bakım birimlerinde de geçerlidir. İstanbul'daki sevk zinciri incelendiğinde, hastaların hep aynı özel hastanelere yönlendirildiği, bu hastanelerin 112 sistemi üzerinde dolaylı bir yönlendirme ağı oluşturduğu görülmektedir.

Sahadan sağlık emekçilerinin aktarımlarından edindiğimiz bilgiler doğrultusunda; Özel hastanelerin acil, yoğun bakım ve ameliyathane birimlerinde, çoğu zaman yalnızca emekli bir uzman hekimin kaşesi kullanılmakta; fiili tıbbi işlemler ise kamuda görevli henüz uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimler üzerinden yürütülmektedir. Bu durum hem tıbbi etik hem de hukuki açıdan açık bir ihlaldir.

Ayrıca özellikle akut arter tıkanıklıkları ve derin ven trombozu (DVT) gibi kalp-damar cerrahisinin acil alanlarında, SGK'lı hastalar kamu hastanelerinde uzun randevu süreleriyle karşılaştığı için, kateter firmalarının sponsorluğunda özel hastanelere yönlendirilmektedir. Maddi kazancın öncelendiği bu süreçte tıbbi malzeme firmalarının sağlık sistemine bu derece nüfuz etmesi, denetim mekanizmalarının da yetersizliğinin açık göstergesidir.

4.2. Sevk Zinciri, 112 Sistemi ve Taşıma Sorunları

112 sistemi normalde otomasyon üzerinden yakın ve yatak durumu uygun hastaneye, istasyondaki hekim yönlendirmesi ile hasta transferini sağlamaktadır.

Komisyon çalışmalarında, 112 sisteminin işleyişinde ciddi aksaklıklar olduğu tespit edilmiştir. Bazı kamu hastaneleri, yenidoğan bebekleri kabul etmek istemediği için 112 ekiplerine yanıt vermemekte veya sevk talebini geciktirmektedir. Bebeklerin nakil süreci bazen saatlerce uzamakta, hatta bu süreçte bebeklerin hayatını kaybettiği vakalar kayıtlara geçmiştir.

Komisyonun edindiği bilgilere göre, 112 dışı özel ambulans taşımaları artmış, bazı özel hastaneler bu yöntemi “acil durum dışı ticari sevk” olarak kullanmıştır. Bu olayda çete üyelerinin 112 sistemi üzerinden kurdukları organizasyon ile bebekleri maddi kazanç sağladıkları hastanelere yönlendirdikleri anlaşılmaktadır. Bunun sadece yenidoğan yoğun bakımları ile sınırlı kalmadığı erişkin, diyaliz ve koroner yoğun bakımlarında suiistimalinin söz konusu olduğu görülmüştür.

4.3. Denetim Eksikliği, Faturalandırma ve SGK İlişkileri

Komisyonun en kritik tespitlerinden biri, denetim mekanizmalarının dağınık ve etkisiz olmasıdır. Sağlık Bakanlığı denetimleri ile SGK denetimleri arasında koordinasyon bulunmamaktadır. Bu boşluk, özellikle faturalandırma ve geri ödeme süreçlerinde suiistimallere yol açmıştır.

SGK geri ödeme sistemi, yenidoğan yoğun bakım yatışlarını gereksiz biçimde uzatmaya teşvik eden bir yapıdadır. Çünkü ödemeler, yatış süresine göre artmaktadır. Bu nedenle bazı özel hastaneler, bebeklerin tıbben taburcu edilebilir olmasına rağmen yatışlarını uzatmış; bazen de “yapılmayan işlemleri” (diyaliz, ECMO, entübasyon vb.) faturalandırmıştır. Bu durum, “Yenidoğan Çetesi” soruşturmasında da adli delillerle ortaya çıkmıştır.

Kamu hastanelerinde de benzer sorunlar yaşanmaktadır. Bazı kamu kurumlarında, usulsüz yoğun bakım seviyelendirmeleriyle haksız kazanç elde edildiği, ancak bu durumun “kamu kurumu” statüsü nedeniyle hafif cezalarla geçirildiği görülmüştür. Dolayısıyla sorun sadece özel sektörde değil, denetimsizliğin genelleşmiş biçimindedir.

4.4. Sağlıkta Ticarileşmenin Kurumsal Sonuçları

Sağlıkta özelleştirme politikaları, kamu denetimini özel sermaye lehine zayıflatmıştır. Denetim eksikliği sadece yolsuzluk değil, etik çöküş anlamına da gelmektedir. Kâr maksimizasyonu hedefiyle çalışan özel hastaneler, en savunmasız hasta grubu olan yenidoğan bebekleri “gelir kaynağı” haline getirmiştir.

Komisyon raporunda, özel hastanelerdeki ticarileşmenin “ölümcül etkileri” açıkça gözlenmiştir. Bazı özel hastaneler, üçüncü derece yoğun bakım izni olmadığı halde bu hizmeti verdiğini beyan etmiş, SGK’ya bu şekilde fatura kesmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın denetimleri yetersiz kalmış, bu kurumlara verilen cezalar caydırıcı olmamıştır.

2016 yılında İstanbul'daki özel hastaneler hakkında yapılan teftişlerde dahi benzer usulsüzlükler tespit edilmiştir. Ancak bu soruşturmalar derinlemesine incelenmeden kapatılmış, dönemin Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu “kusur yoktur” diyerek dosyaları kapatmıştır. Aynı kişiler daha sonra Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nda görev almış, dosyalar orada da “kusur yok” kararıyla sonuçlanmıştır. Bu, sadece bir idari zafiyet değil, yapısal bir siyasi korumacılık mekanizmasıdır.

Yine benzer şekilde, tartışmalı dönemin Sağlık Bakanı Fahrettin Koca ve İstanbul İl Sağlık Müdürü Kemal Memişoğlu da ısrarlı çağrılara rağmen Komisyon'a davet edilmemiştir. Bakanlık düzeyinde hesap verebilirliğin olmaması, sağlıkta kurumsal şeffaflığı ortadan kaldırmaktadır. Bu nedenle Komisyonun çalışması, bürokratik bir rapordan öteye geçememiş, siyasi sorumluluğu gizleyen bir belgeye dönüşmüştür.

4.5. Toplum Yararına Sağlık Hizmetinin Gerilemesi ve Sağlıkta Özelleştirmenin İflası

Komisyonun ulaştığı genel kanaat, sağlıkta özelleştirme politikalarının iflas ettiğidir. Kamu hastanelerinin güçlendirilmesi yerine özel hastanelerin önünün açılması, sağlıkta nitelik kaybını hızlandırmıştır. Özel sektör toplam yenidoğan yoğun bakım yatak sayısının yarısından fazlasına sahiptir. Birçok görüntüleme, hemodiyaliz gibi cihaz sayılarında kamu hastanelerine eşit ya da daha fazla kapasiteye sahiptir. İstanbul Özel sektör 3.düzye küvöz oranı ile (%72) açık ara kamudan üstün durumdadır. Bugün her ilde özel hastane sayısı artarken, kamu hastanelerinde kadro yetersizliği, teknik donanım eksikliği artarak devam etmektedir.

Özel hastanelere tanınan ayrıcalıklar, kamuda çalışan hekimlerin motivasyonunu düşürmüş; liyakatsiz yöneticiler, ücret dengesizliği, performans baskısı, iş yükü ve kamu hastanelerinde yoğunlaşan sağlıkta şiddet olayları hekimleri özel sektöre yöneltmiştir. Bu durum, kamu sağlık hizmetinin niteliğini düşürmüş, halkın eşit hizmet alma hakkını zedelemiştir. Özel sektörde çalışan hekimler açısından ise piyasacı, kapitalist sağlık mesleğin değerlerinin erozyonuna, mesleki özerkliğin ve mesleğin özgünlükleri üzerindeki denetim hakkının yitimine neden olmuştur. Performans baskısı da kamu hastanelerinde mesleki özdisiplinin, ve değerlerin yitimine neden olmuştur. Bugün yenidoğan çetesi olayında yaşadığımızda kapitalist sağlık politikalarının sağlık alanında yarattığı yozlaşmanın sonuçlarıdır. Toplumsal denetim ve toplumsal sorumluluk olmadan, halkın yararı da sağlık sisteminin adaleti de

korunamaz. Bugün Türkiye’de sağlık sisteminin krizi, yalnızca finansal değil, etik ve kurumsal bir çöküştür.

5. DENETİM VE YARGI SÜREÇLERİNDEKİ SORUNLAR

5.1. Yenidoğan Çetesi Soruşturması: Adaletin Sınırlı İşleyişi

27 Mart 2023’te iki doktorun CİMER’e yaptığı isimsiz ihbarla başlayan süreçte, İstanbul’daki bazı özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım servislerinde ciddi usulsüzlükler olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ihbarda, hastanelerin yenidoğan servislerini üçüncü şahıslara kiraladığı, gece nöbetlerinde hekim bulundurmadığı, uygun olmayan koşullarda bebekleri tuttuğu ve SGK’ya haksız fatura kestiği belirtilmiştir. Bazı 112 görevlilerine de rüşvet verilerek bebeklerin bu hastanelere yönlendirildiği iddia edilmiştir.

Bu bilgiler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü gizli denetimler başlatmış, ardından konuyu adli makamlara taşımıştır. Büyükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı’nın yürüttüğü soruşturmada, teknik takip ve iletişim dinlemeleri sonucunda çok sayıda delil toplanmıştır. 26 Nisan 2024’te düzenlenen birinci dalga operasyonda 40’tan fazla şüpheli gözaltına alınmış, 47 kişi hakkında “nitelikli dolandırıcılık” ve “rüşvet” suçlarından dava açılmıştır.

Soruşturma sonucunda bazı bebek ölümlerinin bu usulsüzlüklerle doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak dikkat çekici olan, bu sürecin yalnızca belirli sağlık çalışanlarıyla sınırlı tutulmasıdır. Özel hastane sahipleri, yöneticiler ve bakanlık yetkilileri yargı kapsamına alınmamıştır. Bu durum, suçu bireyselleştirerek kurumsal ve siyasi sorumluluğu perdeleme çabasıdır ve böylece “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve mevcut neoliberal sağlık politikalarına eleştirel bakış açısının gelişmesinin önünde alınmaktadır.

5.2. Adli Tıp Kurumu ve Huküğün Bağımsızlığı Sorunu

Adli Tıp Kurumu’nun özerkliğini yitirmiş olması, iktidar bürokrasisinin bir aparatına dönüştürülmesi, yine huküğün üzerindeki siyasi denetim Sağlık Bakanlığı’nın denetiminden kaynaklanan ihmal iddialarının yeterince üzerine gidilmediği ve yargılama sürecinin adil yürütülmediği şüphesine yol açmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği (TTB), yaptığı açıklamalarda Adli Tıp Kurumu’nun bağımsız hale getirilmesi gerektiğini, aksi halde adaletin tecelli etmeyeceğini belirtmiştir. Sağlık

sistemindeki çeteleşmenin ve 47 sanık ile başlayan yargılamanın münferit bir durum olmadığı, çeteleşmenin TTB'nin yıllardır karşı çıktığı sağlık politikalarının kaçınılmaz bir sonucu olarak açığa çıktığı vurgulanmıştır.

Basında yer alan haberlerde de (Mezopotamya Ajansı, Gazete Duvar, T24, Evrensel, JinNews) yargılama sürecinde bağımsız bilirkişi raporlarına yer verilmediği, mağdur ailelerin ifadelerinin yeterince dikkate alınmadığı belirtilmiştir. Özellikle JinNews'in haberlerinde, olayın kadın sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkileri ve patriyarkal iş bölümünün sağlık sistemindeki yansımaları ele alınmıştır.

Bütün bu veriler, Türkiye'de sağlık alanındaki yargı süreçlerinin kurumsal bağımsızlıktan yoksun olduğunu göstermektedir.

TTB disiplin yönünden değerlendirme yapılmak üzere kendisine gönderilen dosya örneği üzerinden 18 hekim için İstanbul Tabip Odası ve 2 hekim için Tekirdağ tabip odası tarafından olmak üzere soruşturma başlatmıştır.

5.3. Hesap Verebilirlik ve Politik Sorumluluk Eksikliği

Komisyon çalışmaları sırasında DEM Parti milletvekilleri tarafından hem mevcut hem de önceki dönem Sağlık Bakanlarının ifadeye çağırılması talep edilmiştir. Ancak bu talepler reddedilmiştir. Oysa kamu denetimi açısından en üst düzeyde sorumluluk, siyasi iradeye aittir. Sağlık sistemindeki denetimsizlik, doğrudan bakanlık düzeyinde karar alma süreçlerinden kaynaklanmaktadır. Komisyonun bu tutumu, TBMM'nin asli denetim görevini etkisiz hale getirmiştir. Bu nedenle rapor, adalet arayışını güçlendiren değil, sorumluluğu dağıtan bir belgeye dönüşmüştür.

Bu kişilerin hesap vermemesi, sadece yargı değil, demokrasi açısından da bir krizdir. İstanbul Tabip Odası yaptığı bir açıklamada sadece yargılananların değil, yasa ve yönetmelikleri hazırlayan, kamu hastanelerinde yeterli yoğun bakım kapasitesini oluşturmayıp bu hizmetin yarından fazlasını özel hastanelerden hizmet alımı şeklinde yürütenlerinde suçlu olduğu ve yargılanmaları gerektiğini dile getirmiştir. (“Mahkeme salonlarında Anlatılan ‘Sağlıkta Dönüşüm’ün Hikayesidir.” <https://istabip.org.tr/8228-mahkeme-salonlarinda-anlatilan-saglikta-donusum-un-hikayesidir.html>).

6. POLİTİKA VE MEVZUAT ÖNERİLERİ

Komisyon raporu, “Yenidoğan Çetesi” olayını münferit bir suç vakası olarak ele alarak, bu trajedinin ardındaki yapısal nedenleri ve politik sorumluluğu görmezden gelmiştir. Oysa bebek ölümleri, sağlık sisteminin toplumsal niteliğini yitirmesinin, denetim mekanizmalarının çökmesinin ve sağlığın hak olmaktan çıkarılıp bir metaya dönüştürülmesinin en ağır sonuçlarındandır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın yarattığı performans ve kâr odaklı sistem, toplumsal sorumluluğu geri plana itmiş; özel hastaneler SGK kaynaklarını kullanarak büyürken, kamu hastaneleri kaynak yetersizliği ve personel eksikliği nedeniyle işlevsiz hale gelmiştir.

Tüm bunlara ek olarak, her ne kadar göz ardı edilmek istense de yenidoğan ölümleri, toplumsal cinsiyet eşitsizliğiyle de doğrudan ilişkilidir. Kadın emeğinin güvencesizliği, beslenme yetersizliği ve erken yaşta gebelikler, anne-bebek sağlığı zincirini kırmaktadır. Neoliberal sağlık politikaları, kadınların doğum süreçlerini ticari protokollerle yönetilen bir alana dönüştürmüştür. Bu nedenle yenidoğan ölümleri yalnızca bir “sağlık” değil, aynı zamanda bir kadın ve sınıf meselesidir.

Bu tablo, Türkiye’de halk sağlığı politikalarının yeniden inşasını zorunlu kılmaktadır. Yaşam hakkı herkes için eşit, parasız, ulaşılabilir, anadilinde ve nitelikli sağlık hizmetini güvence altına almakla korunabilir. Dolayısıyla çözüm, yalnızca cezai soruşturmalarla değil, toplumsal ve yapısal bir yeniden yapılanmayla mümkündür.

7. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME: YAŞAM HAKKININ PİYASA DIŞINA ÇIKARILMASI

Anayasa’da sağlık hak olarak tanımlanmıştır, Türkiye “çocuk haklarına dair sözleşmenin” tarafıdır ve sözleşme çocukların nitelikli sağlığa ulaşım ve sağlık bakım hakkını vurgular,

Yenidoğan bebek ölümleri, sağlık sisteminin ticarileşmesinin acı bir sonucudur. Bu trajediler, yalnızca birkaç kişinin ihmalıyla açıklanamaz; yapısal bir çöküşün göstergesidir. Toplumsal sağlık sisteminin gerilemesi, denetim zafiyetleri, siyasi sorumluluk eksikliği ve taşeronlaşmanın yaygınlaşması, bebek ölümlerini “önlenebilir ama önlenmeyen ölümler” haline getirmiştir.

Türkiye de anne ölümleri DSÖ Avrupa bölgesinden 7-8 kat daha fazladır. Bebek ölümleri ise 5 katı düzeydedir. Antenatal ve perinatal hizmetlerde yetersizlikler vardır. Aile planlaması hizmetleri nüfus politikalarının doğurganlığı teşvik etmesi nedeniyle ihmal edilmektedir. Doğum sonrası bakım ve izlem düzenli yapılmamaktadır. Bebek ölümlerinin en önemli nedenleri arasında prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğumlar yer almaktadır. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğumlar, başlıca gebelik öncesi beslenme yetersizliği, adolesan kısa aralıklı ve ileri yaş gebeliklerden kaynaklanmaktadır. Hane halkı sayısı ile de doğrudan ilişkilidir. Ayrıca hava kirliliği gibi çevresel etkenlerinde olumsuz etkileri olmaktadır.

Türkiye’de sağlık politikaları ve sosyo-ekonomik geri kalmışlık, anne ve bebek ölümlerini arttıran kısır bir döngü yaratmaktadır. Burada sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemi açığa çıkmaktadır. Bir ülkedeki 5 yaş altı çocuk ve bebek ölümleri oranları o ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Türkiye de 5 yaş altı çocuk ölümleri ve bebek ölümleri oranları Kürtlerin yoğun yaşadığı Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde İstanbul’un neredeyse iki katıdır. Bu bölgelerde sağlık alt yapısı, yoğun bakım yatak sayıları ve uzman hekim sayıları çok düşük kalmaktadır. İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırmasında (SEGE-2025) bu bölgelerin illeri son sıralardadır ve yıllardır bu sıralamada bir değişiklik olmadığı gibi sıralamaya ölçüt göstergelerde de kötüye gidiş vardır. Burada bölgeler arası eşitsizlikten ve hatta bilinçli bir devlet politikası olarak geri bırakıldığı sonucu çıkmaktadır. Bu bölgesel eşitsizlikleri giderecek eşitlikçi politikaların uygulanması adil ve demokratik bir zihniyet dönüşümünün gerekliliği açıktır.

Çatışma ortamlarında sağlık göstergelerinin kötüye gittiği, gerek yıkımların, ölümlerin gerekse güvenlik politikalarına bütçeden büyük paylar ayrılması toplumun sağlık, eğitim gibi bütçe paylarının azalmasına neden olmakta, temiz su ve yeterli besine ulaşamama sağlıksızlığa neden olmaktadır. Sağlık hakkı da ortadan kalkmaktadır. Çatışma ortamlarında demokratik teamüller de ortadan kalkar, yolsuzluk, liyakatsizlik, çete-mafya örgütlenmeleri artan suçlar ve bürokratik ilişkileri...Yenidoğan çetesi olayı da böyle bir çürümüşlüğün kıyıya vurmasıdır ve denizin ortasında kıyıya henüz vurmamış onlarca suç şebekesi yüzmeye devam etmektedir. Büyük bir toplumsal çöküş ve sistemsel çöküş! Bu durumda çatışmanın yerine barışın-barış kültürünün toplumsallaşması için en yüksek gayret sarf edilmelidir.

Toplumsal sağlık için, Halk sağlığını önceleyen, koruyucu-önleyici sağlık politikaları bu durumda önem kazanmaktadır. Bugün Türkiye 2023 sağlık istatistikleri yıllık verisi ile,

sağlığa ayrılan bütçenin GSYİH ya oranı açısından 4,3 puan ile son sıradadır. (OECD ortalaması 9,2). Bütçeden sağlığa ayrılan bu payın ancak 1/3 kadarı 1.Basamak sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin en azından OECD ortalaması kadar olması için bile bütçeden sağlığa ayrılan payın en az iki katına çıkarılması gerektiği açıktır. 1. Basamak sağlık hizmetleri için sağlık bütçesinden ayrılacak payında tedavi edici sağlığa ayrılan payın (2/3) yerini alması gerekir. Tedavi edici hizmetler bugün kapitalist sağlık anlayışının tedarikçisi durumundadır ve buraya ayrılan pay Halk sağlığı hizmetlerine ayrılmalıdır. Yenidoğan çetesinin temelde maddi kazanç elde etmek için tedavi edici hizmetler üzerinden usulsüzlüklerle, SGK gibi kurumları dolandırmaya çalıştığını bunu da özel sektör ve taşeron -hizmet alımı gibi sağlığın ticarileşmesi vasıtasıyla sağladığı düşünülrse, tedavi edici hizmetler özel sektör ve bu gibi çetevari yapılanmalar için iştah açıcı bir alana dönüşmüştür. Çözüm toplumun sağlık politikalarına katılımı, sağlık meclisleri üzerinden öz denetimini sağlayacak bölge bazlı örgütlenmesinin sağlanması ile mümkün. Bu aynı zamanda güçlendirilmiş halk sağlığı uygulamalarının öz savunusu da olacaktır.

Sağlık sistemindeki çöküş sağlık emekçilerinin özlük haklarında da, çalışma koşullarında da olumsuz yansımasıdır. Sağlık sistemi eğitim ve araştırma kadrolarından, idari personele kadar neredeyse tüm basamaklarda büyük ölçüde liyakatten yoksundur. Eğitimden sağlık hizmeti sunumuna kadar büyük bir nitelik kaybı söz konusudur. Sağlık emekçileri-hekimler mobinge, baskıya maruz kalmakta motivasyon kaybı ve iş barışının bozulması söz konusudur. Kadın sağlık emekçileri taciz ve ayrımcılığa mobbingin farklı biçimlerine maruz kalabilmektedirler. Performans dayatması ve kısıktırılmış sağlığın yarattığı artmış iş yükü, sağlıkta şiddet, mesleği yapılabilir olmaktan çıkarmıştır. Mediko-legal sorunlar, sürekli hekim aleyhine düzenlemeler, tıbbi bakım ve tedavi süreçlerinde normalde yaşanabilecek komplikasyonların dava konusu olabilmesi gibi nedenlerde mesleği yapılamaz duruma getirmekte cerrahi branşlar, pediatri-neonatoloji gibi risk alanı geniş olan branşlar tercih edilmez olmaktadır. Son yıllardaki TUS yerleştirme sonuçları da buna işaret etmektedir ve bu gidişle bazı kritik uzmanlık alanları ile ilgili ciddi açıklar olmaya başlayacaktır. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, ücretleri, emeklilik hakları ve özlük hakları iyileştirilmeden, kaliteli hizmet sunumu mümkün değildir.

Bugünden tezi yok Kamu özel iş birliği (KÖİ) ve taşeron-hizmet alımı ve benzeri uygulamalar hızla sonlandırılmalıdır. Özel sektörün SGK ile olan sözleşmeleri iptal edilmelidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı terkedilmelidir. Kamu hastaneleri ve sağlık emekçilerinin durumlarında iyileştirmeler yapılmalıdır. 1. Basamağın güçlendirilmesi, sosyo-ekonomik iyileşmeler ile

hastalanmamayı sağlamak ve böylece kamu sağlık iş yükünü azaltmak için hızlı demokratik sosyal politikalara ağırlık verilmelidir.

Sağlık politikalarında katılımcılığı esas almak, toplumu karar alma süreçlerine dahil etmek ve Emek -meslek örgütlerinin, sağlık meclislerinin görüşlerini almak, birlikte çalışmayı esas kılacak planlamalar ve organizasyonlar sağlamak çözüm olanaklarını da seçeneklerini de çoğaltacaktır. Herkes için; eşit, ücretsiz, ulaşılabilir, nitelikli ve anadilinde sağlık hakkıdır.

Komisyonun adı her ne kadar “Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması” olsa da gerçekte bu mesele Türkiye’deki tüm sağlık sistemini ilgilendiren derin bir yapısal sorundur. Komisyonun çoğunluğunu oluşturan iktidar milletvekilleri, raporu yüzeysel ve korumacı bir dille kaleme alarak hem siyasi hem idari sorumluluğu perdelemiştir. Bu nedenle biz aşağıda imzası bulunan milletvekilleri olarak, bu rapora muhalefet ediyor, sağlık hakkının toplumsal niteliğinin yeniden tesis edilmesini savunuyoruz.

Ceylan AKÇA CUPOLO
Diyarbakır Milletvekili

Ömer Faruk GERGERLİOĞLU
Kocaeli Milletvekili

Manisa Milletvekili Şenol SUNAT'ın Muhalefet Şerhi

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu'nun taslak raporuna ilişkin muhalefet şerhimizi ekte bilgilerinize sunarım. 22.10.2025

İYİ PARTİ GRUBU MUHALEFET ŞERHİ

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu üzerine muhalefet şerhimizdir.

1.GİRİŞ

Komisyonun misyonu hiçbir şekilde bir yargılama faaliyeti yürütmek, adalet dağıtmak veya kişileri suçlamak değildir. Meclis araştırma komisyonlarının temel amacı, bir olayın neden ve nasıl meydana geldiğini, hangi koşullar altında gerçekleştiğini, hangi kurumların hangi süreçlerde sorumluluk veya ihmalle karşı karşıya kaldığını analitik bir biçimde ortaya koymak; ardından da mevzuat, denetim, gözetim ve uygulama düzeyinde gerekli düzenleme önerilerini geliştirmektir.

Bu çerçevede Komisyonun görevi, bebek ölümleri olaylarını tüm boyutlarıyla incelemek, sağlık sisteminin idari ve teknik eksikliklerini tespit etmek, yalnızca olayı anlamakla kalmayıp, mevcut idari mekanizmaların neden başarısız olduğunu sorgulamak ve denetim ile yaptırım süreçlerine dair somut politika önerileri geliştirmektir.

Bu amaç son derece kıymetli ve toplum vicdanında büyük karşılığı olan bir sorumluluğu içermektedir. Komisyon çalışmaları boyunca daha çok bürokrasi ve özel sağlık kuruluşları ile görüşmelere yoğunlaşılmıştır.

Komisyon, biçimsel olarak geniş bir temas alanına sahip görünse de içerik olarak topladığı veriler esas itibarıyla kurum raporları, resmi istatistikler ve uzman sunumlarıyla sınırlı kalmıştır. Bu durum, Komisyonun doğrudan sahadan, klinik vakalardan ve mağdur beyanlarından yeterli bilgi elde edememesine yol açmıştır.

Özellikle adli dosyalar, klinik vaka incelemeleri, hastanelerde çalışan hemşire ve yoğun bakım uzmanlarının bireysel gözlemleri ya da mağdur ailelerin beyanları Komisyona ulaşmasında sınırlı kalmıştır. Oysa bu tür kaynaklar, olayların yalnızca sayısal değil, niteliksel boyutunu anlamak açısından zorunludur.

O nedenle önemli tespitler yapılmış olmakla birlikte, raporun nihai şekli, kamuoyunun beklediği düzeyde derinlikli, hesap verebilirliği önceleyen, yönetim boyutunu kapsayan bir belge niteliğine tam olarak ulaşamamıştır.

Mağdur ailelerin dinlenmesi kararı alınmasına rağmen bu karar tam olarak uygulanamamıştır. Ailelerin yaşadığı travmatik sürecin, sistemin nerelerde aksadığını gösteren en doğrudan göstergelerden biri olabileceği unutulmuştur. Mağdur olan ailelerden sadece biri ile görüşülmüş, sanık ve şüpheli olan kişiler ile görüşülmesi istediğimiz yerine getirilmemiştir.

Bu kişilerin istenilen düzeyde dinlenilememesi, yalnızca insani bir duyarlılık değil, aynı zamanda analitik bir zorunluluktur. Ancak komisyonun bu öneriyi hayata geçirememesi, araştırmanın en zayıf halkalarından biri olmuştur.

Bu durum Komisyonun bilgi edinme kapasitesini zayıflatmış; yargılama yetkisi olmadığı halde gerçeğe ulaşmayı sağlayacak araştırma derinliğini de sınırlandırmıştır.

Bu tutum, Komisyonun “yargılama organı değiliz” ilkesine uygun bir çekingenliğin ötesine geçerek, bilgi edinme görevinde bir eksiklik anlamına gelmiştir. Çünkü olayın insani boyutuna temas etmeden, yalnızca bürokratik raporlar üzerinden analiz yapmak, araştırmanın kapsamını daraltmış; Komisyon çalışmaları, toplumun vicdanında karşılık bulacak bir gerçeklik değerlendirmesini engellemiştir. Dolayısıyla toplumda infial yaratan yenidoğan bebek ölümleri için kurulan bu komisyonun çalışmaları da bir farkındalık yaratmamıştır.

Rapor, teknik düzeyde birçok olumlu öneriler içerse de siyasi sorumluluğun ortaya konmadığı, bağımsız denetim ve şeffaflık mekanizmalarının eksik bırakıldığı, kalite göstergeleri ile teşviklerin yapısal düzeyde ele alınmadığı, engelli ve yaşlı bakım alanlarının yüzeysel geçtiği görülmüştür.

Bu nedenle, aşağıda ayrıntılı şekilde sıralanan gerekçeler çerçevesinde rapora muhalefet şerhi koyma gereği doğmuştur.

2.TESPİT ve ÖNERİLERDE EKSİKLİKLER

Komisyon raporunun özellikle “Tespitler ve Öneriler” bölümü, birçok alanda yetersiz ve tamamlanmamış bir çerçeve sunmaktadır. Aşağıda bu eksiklikler ve tarafımızdan sunulan alternatif öneriler başlıklar halinde belirtilmiştir.

2.1.Hesap Verebilirlik ve Şeffaflık Eksikliği

Komisyondun raporunu, toplumun en temel sorusu olan “Bu bebek ölümleri neden yaşandı?” sorusuna net bir yanıt verememiştir. Olayların ardındaki kurumsal sorumluluk zinciri, denetim eksiklikleri ve idari ihmaller konusunda ayrıntılı bir değerlendirme yapılmamıştır.

Bunun yerine, rapor genel ifadeler ve temennilerle yetinmiş; “koordinasyon artırılmalı”, “denetim güçlendirilmeli”, “sertifikasyon zorunlu hale getirilmeli” gibi öneriler sunmuştur. Ancak hangi kurumun hangi süreçte neyi yanlış yaptığı, hangi denetimlerin neden eksik kaldığı, hangi mekanizmaların ne zaman devreye girmediği gibi sorular cevapsız kalmıştır.

Bu yönüyle Komisyon raporu, kamu vicdanında yankı uyandıracak bir yüzleşme belgesi olmaktan uzak kalmıştır. Çok sayıda toplantı, çalıştay ve saha ziyareti yapılmış olsa da içerik olarak derinlemesine bir sorgulama yapılmadığı için rapor, toplumun adalet, şeffaflık ve hesap verebilirlik beklentilerini karşılayamamıştır.

Ayrıca rapor, NICU, mortalite ve morbidite oranları gibi yaşamsal göstergeleri sunmakta; ancak bu verilerin risk ayarlı, hastane bazlı ve kamuya açık gösterge panosu (NICU mortalite, sepsis/CLABSI, NEC, ciddi IVH, ROP, endikasyonsuz NICU yatışı, doğumhane-NRP uygunluğu, antenatal steroid oranı, transfer süresi, yalnız anne sütü ile taburculuk vb.) şeklinde yayımlanmasına dair bir öneri sunmamıştır. Oysa gerçek hesap verebilirlik, yalnızca denetim raporlarında değil, vatandaşın erişebildiği şeffaf veri panolarında başlamaktadır. Bu eksiklik, önerilerin uygulamada etkisiz kalma riskini doğurmaktadır.

Toplantı tutanaklarında da görüldüğü üzere, Sağlık Bakanlığı verilerinin çoğu Türkiye ortalaması düzeyinde kalmakta; il, hastane ve doğum tipi kırılımında şeffaf raporlama yapılmamıştır. Hasta yükünün ve ölüm sayısının yüksek olduğu yerlerde SGK’nın il ölçekli analitik kapasitesinin sınırlı kalması, gerçek tabloyu perdelemiştir. Hastane bazlı, risk ayarlı sonuçlar açıklanmadıkça kamuoyu gerçeği öğrenemeyecek; kurumlar ise kaliteyi artırmaya dönük rekabet ve iyileştirme baskısını hissetmeyecektir.

Bebek ölümlerine ilişkin ulusal bir veri tabanının hâlen bulunmaması, illerin kendi kayıt sistemleriyle ilerlemesi nedeniyle denetimi dağınık hâle getirmektedir; bu amaçla ulusal düzeyde elektronik bir takip sistemi kurularak kamu ve özel tüm hastanelerin doğum ve ölüm bildirimlerinin tek merkezde toplanması sağlanmalıdır.

Ayrıca, her il için yıllık bir kamu raporu yayımlanarak yenidoğan ölümleri, denetim sonuçları ve düzeltici faaliyetlerin seyri şeffaf biçimde kamuoyuyla paylaşılmalıdır.

2.2.Bağımsız Denetim Mekanizmalarının Zayıflığı

Denetim yetkisi büyük ölçüde bakanlık/il sağlık hiyerarşisine bırakılmıştır. “Haberli teftişlerin” gerçeği çoğu kez ortaya çıkarmadığı anlaşılmış; bu nedenle baskın (habersiz) denetimlerin asıl yöntem olarak benimsenmesi gerektiği görülmüştür.

Düzenli planlı denetimlerin ise risk sinyali veren kurumlarda sıklığı artırılarak tamamlanmasının daha etkili olacağı tespit edilmiştir. Bu çerçevede bağımsız, habersiz ve çıkar çatışmasından arındırılmış bir denetim otoritesine ihtiyaç vardır. Bu tür bir yapı kurulmadıkça, yapılan denetimler formaliteye dönüşmekte, gerçek sorunların üstü örtülmektedir. Bağımsız ve habersiz denetim yoksa, denetim süreçlerinin “form doldurma” rutinine indirgenebildiği oysa çocuklarımızın hayatının biçimsel değil sonuç odaklı bir denetim anlayışı gerektirdiğinin altı çizilmelidir.

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu raporları Komisyona belge düzeyinde sunulmuş ancak raporları düzenleyen müfettişler dinlenememiş, “kusur yok” denilen durumların gerekçeleri sorgulanamamıştır. Böylelikle Komisyon belgeleri görmüş ama belgeleri üreten kişileri dinlenemiştir. Bu durum, içeriğe yönelik sorgulama ve yüzleşme sürecinin eksik kalmasına, dolayısıyla araştırmanın analitik derinliğinin azalmasına neden olmuştur. Müfettişlerin uyguladığı değerlendirme ölçütlerinin, sahadaki fiili duruma ne kadar uyumlu olduğu, hangi kriterlerle “kusur yok” kanaatine varıldığı veya neden bazı dosyaların kapatıldığı gibi sorular cevapsız kalmıştır. Bu tercih, kamu kaynaklarıyla yapılan denetimlerin TBMM adına gerçek bir kamu denetimine dönüşmesini engellemiştir.

Denetim birimlerinin atama–terfi süreçlerinin aynı Bakanlık içinde yürütülmesi tarafsızlık algısını zedelediği; uzun süre aynı bölgede görev yapan ekipler için rotasyon mekanizması bulunmaması etkinlik ve tarafsızlık riskini büyüttüğü anlaşılmıştır. Denetim memuru kadrolarının özellikle İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde güçlendirilmesi gerektiği; risk esaslı denetim modeli benimsenmesiyle yüksek neonatal mortalite oranı görülen hastaneler otomatik tetiklemeyle denetime alınmasının yerinde olacağı gözlemlenmiştir.

Bununla ilintili olarak Sağlık Bakanlığı–SGK–İl Sağlık Müdürlükleri arasında “Ortak Denetim Modülü” kurulmasının; veri entegrasyonu ve çapraz doğrulamayı aynı platform üzerinden sağlayarak çift kayıt riskini ortadan kaldıracak, bu sayede denetimin hem hızının hem de doğruluk payının artacağı değerlendirilmiştir.

Mevzuattaki idari yaptırımların (özellikle tekrarlayan ihlallerde ruhsat askıya alma/iptali) hızlandırılmış süreçlerle uygulanmasının, yaptırımların caydırıcılığını anlamlı ölçüde artıracak anlaşılmıştır.

2.3.Yanlış Hizalanmış Teşvikler-Mali Yapısı

Sağlıkta performans odaklı sistemin, hekimleri ve hastaneleri daha fazla gelir elde etmeye yönlendirdiği bu durumun özellikle özel hastanelerde hasta güvenliği aleyhine sonuçlar doğurduğu dile getirilmiştir. “Gelir artırma hedefi” ile “hasta güvenliği” arasındaki dengenin bozulduğu özellikle yenidoğan bakım ünitelerinde kapasite aşımının yaşandığı tespit edilmiştir.

NICU (Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi) yatışları ve sezaryen oranlarını artıran geri ödeme sistemi, önerilerde yapısal olarak ele alınmamıştır. (SUT/geri ödeme ve NICU/Sezaryen teşvikleri raporda değiniliyor ama “kaliteye bağlı ödeme, uygunsuz yatışa yaptırım ve iade” net bir çerçeveye bağlanmamıştır.)

Ayrıca bu sorunların neden sürdüğü, kimlerin sorumluluk aldığı, hangi raporların neden dikkate alınmadığı açıklığa kavuşturulmamıştır. Bu yönüyle Komisyon, sistemsel sorunları tespit etmiş ama hesap verebilirlik zincirini kuramamıştır.

Yanlış hizalanmış teşvikler, gereksiz NICU yatışını ve sezaryen sayılarını artırmıştır. Kaliteyi ödüllendirmeyen sistem hataları finanse eder hale gelmiştir. Kaliteye dayalı ödeme, uygunsuz yatışta geri ödeme iadesi ve ceza puanı, yüksek mortalite-sepsis oranlarında yaptırım gibi mekanizmalar önerilere dahil edilmemiştir.

2.4.Verii Güvenliği ve Manipölasyon Riski

Rapor, değiştirilemez dijital kayıt, log analitiği ve veri manipölasyonuna yönelik yaptırımlara yer vermemiştir. Dosya manipölasyonuna caydırıcı yaptırım ve değiştirilemez dijital iz yoksa gerçek ölümleri kâğıt üzerinde azaltmak kolay olduğu tespit edilmiştir.

Oysa bebek ölümlerine ilişkin birçok olayda tıbbi kayıtların geriye dönük olarak değiştirildiği ya da eksik tutulduğu kamuoyuna yansımıştır. Hastane bazlı, risk ayarlı veriler kamuoyuna açıklanmadıkça iyi niyet beyanları vatandaşa güven olarak dönmeyeceği anlaşılmıştır.

Bu nedenle Ulusal veri tabanı ile değiştirilemez dijital iz bütönlöşük çalıştırılmalı; EMR/e-Nabız logları kriptografik mühürle korunarak hastane bazlı sapma–anomaliler (ör. ani yatış/çıkış dalgaları, tanı kodu yer değişimleri) otomatik uyarı üretmelidir.

EMR/e-Nabız erişim ve değişikliklerinin kriptografik mühürle kaydı, geriye dönük silme/değiştirmenin idari–cezaî yaptırımla yasaklanması zorunlu hale getirilmelidir.

2.5.İhbar Mekanizması ve Çalışan Koruması

Sağlık çalışanlarının ve ailelerin ihbarlarını güvenli şekilde yapabileceği, misillemeye karşı korunan bağımsız başvuru mekanizmalarına öneriler arasında yer verilmemiştir. Bu durum, sistem içindeki yanlışların ortaya çıkarılmasını zorlaştırmaktadır.

Bakanlık dışı, bağımsız bir ihbar hattı ile kimlik korumalı başvuru ve hızlı ön inceleme zorunluluğu getirilmeli; misillemeye karşı iş güvencesi ve hukuki destek sağlanmalıdır.

Özel hastanelerde etik eğitim zorunluluğu getirilerek ihlalleri azaltmaya dönük önleyici kültür güçlendirilmeli; ihbarın yanı sıra danışmanlık hattı ile çalışanların erken uyarı–erken destek erişimi sağlanmalıdır.

2.6.Perinatal Ölüm İncelemelerinde Eksiklikler

Zorunlu kök neden analizi, ICD-PM kodlama, otopsi/placenta incelemeleri ve aileye açık bildirim mekanizmaları tanımlanmamıştır. Bu alan, gelişmiş ülkelerde bebek ölüm oranlarını azaltan en temel uygulamalardan biri olduğu görülmüştür.

Her bebek ölümü için “standart perinatal ölüm inceleme paketi” uygulanmalı; sonuçlar aileyle paylaşılıp ulusal veri tabanına işlenmelidir.

İl düzeyinde “Anne–Bebek Ölüm İzleme Kurulları” aktif ve düzenli çalıştırılmalı; kurul kararları özet rapor hâlinde kamuoyuna açıklanmalıdır.

2.7.Asgari Personel Oranları

NICUda aküiteye göre zorunlu hemşire hasta organları (örn. Seviye ¾ için 1:1-1:2) açık ve yaptırıma bağlı olmadığı görülmüştür. Bu nedenle mevzuatta hemşire–hasta ve hekim–hasta oranları açık, bağlayıcı ve yaptırıma tabi standartlarla tanımlanmalı; 30 gün içinde düzelmeyen eksikliklerde yaptırım uygulanmalıdır.

Yenidoğan hemşireleri için standart eğitim müfredatı güncellenmeli, sertifikasyon ve sürekli mesleki gelişim zorunlu hâle getirilmelidir.

Yenidoğan bakım hizmetleri sunan tüm birimler için kurumsal sertifikasyon şartı aranmalı; standardı karşılamayan kurumların ruhsatı şartlı hâle getirilmeli ve iyileştirme takvimi bağlanmalıdır.

2.8.Anne-Bebek Odaklı Bakım

Yenidoğan ölümünün arkasındaki gebelik takibi, doğum koşulları ve anne sağlığı konuları yeterince ele alınmamıştır.

Kanguru bakımı, oda içi takip (rooming-in) taburculuk sonrası 48 saat içinde ev ziyareti, laktasyon danışmanlığı zorunluluğu gibi kanıta dayalı uygulamalar dağınık bir halde bırakılmıştır.

Türkiye’de kadınların doğum öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizlikler göz ardı edilmiştir.

Bu nedenlerle doğum sonrası ilk 24–48 saatte ev ziyareti, laktasyon danışmanlığı ve kanguru bakımının izlenmesine yönelik ulusal gösterge seti zorunlu tutulmalıdır.

Kanguru bakımı, laktasyon danışmanlığı, taburculuk sonrası 48 saat içinde ev ziyareti gibi kanıta dayalı uygulamalar eğitim–sertifikasyon sürecine entegre edilmelidir.

2.9.Fikri Mülkiyet/Cihaz Kalibrasyonu/ Altyapı

Oksijen kalitesi, güç kesintisi yedeklemesi, cihaz kalibrasyon kayıtları, bağımsız biyomedikal akreditasyon net bir şekilde raporda incelenmemiştir.

Biyomedikal cihaz kalibrasyonu ve oksijen–enerji yedekleme kapasitesi bağımsız akreditasyon tarafından yıllık doğrulanmalı; periyodik stres testi zorunlu olmalı ve uygunsuzlukta kademeli yaptırımlar uygulanmalıdır.

2.10.Mülkiyet Şeffaflığı ve Çıkar Çatışması

Özel zincirlerde nihai faydalanıcı/mülkiyet şeffaflığı, doktor sözleşmelerinde performans temelli hatalı teşvik yasağı açıkça ortaya konulmamıştır.

Nihai faydalanıcıların açıklanması ve hekim sözleşmelerinde uygunsuz teşviklerin (gereksiz yatış, gereksiz işlem) yasaklanması mevzuatla güvence altına alınmalıdır.

Özel hastane zincirlerinde nihai faydalanıcı ve siyasal/finansal bağlantı şeffaflığı artırılmalı; çıkar çatışması beyanı ve yönetim planı ruhsat–sözleşme koşulu hâline getirilmelidir.

2.11.Bütçe ve Takvim

Önerilerde maliyetlendirme, zaman çizelgesi, sorumlu kurum ve KPI (temel performans göstergeleri) ataması yer almadığı tespit edilmiştir.

Her öneri kalemi için bütçe etki analizi, takvim, sorumlu kurum, ara hedef ve kamuya açık KPI tanımlanmalı; ilerleme raporları periyodik olarak yayımlanmalıdır.

2.12.Engelli ve Yaşlı Bakım Alanının Yüzeyselliği

Komisyonun görev tanımı içinde yer almasına rağmen engelli ve yaşlı bakımına dair kalite standartları, personel oranları, düşme, bası yarası, yeniden yatış göstergeleri gibi ölçülebilir çerçeveler geliştirilmemiştir.

Engelli/yaşlı bakımında düşme, bası yarası, gereksiz antipsikotik ve 30 gün yeniden yatış oranlarının kurum bazında yayımlanması; yapay zekâ destekli izleme pilotlarının yaygınlaştırılması ve kamusal denetimle entegrasyonu önceliklendirilmelidir.

2.13.Aile Hekimliği, Doğum Öncesi Bakım ve Sevk Zinciri İncelemeleri

Komisyon, aile hekimliği sistemi, doğum öncesi bakım hizmetleri ve sevk zinciri süreçlerini mevzuat açısından kapsamlı biçimde değerlendirmiştir. Ancak bu inceleme kağıt üzerindeki sistemin nasıl çalıştığına odaklanmış, gerçekte neden işlemediği sorusuna yeterince yanıt verememiştir.

2.14.Basın ve Kamuoyu

Komisyonunda, olayın kamuoyuna yansıma biçimi ve medyanın rolü de tartışılmış; konuyu ilk gündeme taşıyan gazeteciler veya medya temsilcilerinin dinlenmesi tarafımızca teklif edilmiştir. Ancak bu teklif hayata geçirilmemiştir.

Basın, bu süreçte bir erken uyarı mekanizması işlevi görmüş, kamu denetimi anlamında önemli bir rol üstlenmiştir. Bu kişilerin dinlenmemesi, yalnızca bilgi eksikliği yaratmamış, aynı zamanda Komisyonun toplumla kurduğu bağın zayıflamasına neden olmuştur.

Basın temsilcileri, olayın görünmeyen taraflarını, ailelerin yaşadıklarını ve sağlık sistemindeki idari baskıları doğrudan aktarabilecek durumdayken bu fırsat değerlendirilememiştir.

2.15.İlave Sistemsel Eleştiriler ve Öneriler

SGK soruşturmaları çoğu kez medya haberleri sonrası ve reaktif biçimde başlamaktadır; SGK Teftişi için “erken uyarı” risk tetikleyici seti (ani mortalite artışı, yatış patlaması, fatura anomalisi vb.) tanımlanmalı ve otomatik ön inceleme tetiklenmelidir.

SGK–Sağlık Bakanlığı veri entegrasyonu mevzuatla güçlendirilmeli; ortak gösterge seti ve çapraz doğrulama zorunlu kılınmalıdır.

İl sağlık müdürlükleri arasında denetim yaklaşımı değişkenlik göstermektedir; ulusal denetim standardı yayımlanmalı, taşraya puanlı performans izleme sistemi kurulmalıdır.

Üniversite hastanelerinin yenidoğan alanındaki akademik/yan dal kadroları yetersizdir; sevk zinciri bozulmakta, üçüncü basamak kapasitesi daralmaktadır.

Ayrıca, kriz anlarında bilgi kirliliğini önlemek için Bakanlık bünyesinde kurumsal bir kriz iletişim ekibi kurulması elzemdir.

Araştırma Komisyon raporlarının rafta kalmaması, önerilerin mevzuatla bütünleştirilmesi için Mecliste ve/veya ilgili bakanlıklarda “mevzuata uygulanmasını teşvik ve takip edecek “İzleme Mekanizmaları” oluşturulmasının önemi ortadadır.

2.16.Raporun Öneri Kısımına Eklenebilecek Örnek Bazı Taslak Cümleler

Madde 5.5.1.-Ulusal Perinatal/NICU Kalite Panosu

Bakanlık hastane bazında risk ayarlı NICU kalite göstergelerini aylık olarak yayımlar. Veri manipülasyonu saptanması halinde ilgili sağlık tesisi hakkında gelirine oranlı idari para cezası ve geçici lisans askıya alma uygulanır.

Madde 5.6.2.- Değiştirilemez Dijital İz

EMR/e-nabız kayıtları üzerinde yapılan tüm erişim ve değişiklikler kriptografik olarak mühürlenir; geriye dönük silme/değiştirme yasaktır ve idari ceza yaptırma tabidir.

Madde 5.7.3.-Asgari NICU Personel Oranları

Seviye ¼ NICU’larda hemşire hasta oranı en az 1:1-1:2’dir. 30 güne verilen eksiklik devam ederse yatak kapatma uygulanır.

Madde 5.8.1.-Engelli Yaşlı Bakım Kalite Göstergeleri

Düşme, bası yarası, gereksiz antipsikotik ve yeniden yatış oranları kurum bazında yayımlanır. Kötüleşme eğilimi olan kurumlarda habersiz denetim yapılır.

3.YÖNETİŞİM ve SİYASİ SORUMLULUK EKSİKLİĞİ

Komisyonun çalışmaları boyunca, tarafımızca gerekçeleri açıklanarak olayın siyasi ve idari sorumluluk zincirinin üst basamaklarına uzanılması gerektiği defalarca dile getirilmiş bu bağlamda hem geçmiş dönemlerde görev yapmış Sağlık Bakanları hem de mevcut Sağlık Bakanı’nın dinlenmesi isteği komisyon başkanlığınca kabul görmemiştir. Bakanlar komisyona davet edilmemiş, yazılı ya da sözlü beyanları alınamamıştır.

Bu eksiklik, raporun en önemli eksikliklerinden biri olup, komisyonun yönetsel sorumluluk zincirini kurma imkânını ortadan kaldırmıştır. Çünkü bir sistemin aksamasının nedenleri yalnızca sahadaki uygulamalarda değil, karar alma süreçlerinde ve politika önceliklerinde aranmalıdır.

Sağlık sisteminin yapısal dönüşümlerinin merkezinde bulunan eski bakanların dinlenmemesi, bu olayların nasıl bir yönetsel çerçeve içinde geliştiğini anlamamızı

engellemiştir. Bu mesele teknik bir sorun değil doğrudan siyasi kararların düzenlemelerin denetim tercihlerinin sonucudur.

Bu kişilerin komisyona çağrılmaması:

- Siyasi sorumluluğu tartışma dışı bırakmıştır.
- Komisyonun bulgularını yalnızca bürokratik düzeye indirgemıştır.
- Kamuoyunda asıl muhataplar dinlenmedi algısını güçlendirmiştir.
- Raporun güvenilirliğini ve tarafsızlığını azaltmıştır.
- Komisyonun bütüncül analiz kabiliyetini zayıflatmıştır.

Özellikle olayların açığa çıktığı süreçte İstanbul İl Sağlık Müdürü olan mevcut Sağlık Bakanı'nın da komisyona komisyon başkanlığınca davet edilmemesi, önerilerin siyasi sahiplenme boyutunun eksik kalmasına yol açmıştır. Oysa komisyonun önerilerinin uygulanabilirliği yürütmenin bu konuda takvimli ve somut taahhütlerde bulunmasına bağlıdır.

Bakanın komisyona gelip önerileri dinlemesi görüşlerini dile getirmesi ve komisyon üyelerinin sorularına cevap vermesi ve kamuoyu önünde değerlendirme yapması ve çözüm takvimi açıklaması kamuoyu tarafından büyük bir gereklilik olarak görülmüştür.

4.SONUÇ

Komisyon raporu önemli bir başlangıç niteliği taşımakla birlikte; şeffaflık, bağımsız denetim, siyasi hesap verebilirlik, veri güvenliği ve mali yapı eksiklikleri nedeniyle toplumsal beklentileri karşılamaktan uzaktır.

Bu alanlarda yapılacak düzenlemeler yalnızca teknik düzeyde değil siyasi irade düzeyinde de ele alınmadıkça gerçek bir değişim mümkün olmayacaktır.

Toplumsal güveni tesis için ulusal bebek ölümleri veri tabanı, ortak denetim modülü, risk esaslı–baskın denetim, dengeli mali teşvik sistemi, eğitim–sertifikasyon standartları ve kalıcı izleme mekanizması birlikte devreye alınmalıdır; aksi hâlde iyi niyetli öneriler uygulama boşluğunda eriyip gidecektir.

Devletin asli görevi, doğan her bebeğe eşit yaşama hakkı tanımadır. Sunulan bu değerlendirme, “her bebek yaşasın” ilkesini esas alan kamusal bir vicdan çağrısıdır.

Bu gerekçelerle Komisyon Raporu'na muhalefet şerhi koyuyorum.

Şenol SUNAT

İYİ Parti Manisa Milletvekili

Kahramanmaraş Milletvekili İrfan KARATUTLU’nun Muhalefet Şerhi

Komisyonunuz tarafından yürütölen çalışmalar sonucunda hazırlanan taslak rapora ilişkin olarak, tarafımdan kaleme alınan muhalefet şerhi ekte sunulmaktadır.

Gereğini arz ederim.

Saygılarımla, 27.10.2025

Komisyonun alışma alanı, son dönemde bazı özel sağlık kuruluşlarında yaşanan bebek ölümleri üzerinden sağlık hizmetlerinin denetim, kayıt ve gözetim mekanizmalarını irdelemek amacıyla belirlenmiştir. Ancak, Komisyonun raporunda bu trajik olayların sadece münferit vakalar olarak ele alındığı, sistemsel sorunlara ve denetim mekanizmalarındaki yapısal eksikliklere yeterince değinilmediği görölmektedir. Devletin temel sorumluluğu olan “yaşam hakkının korunması” yükümlölüğü, özellikle yenidoğan ve bebek ölümleri gibi hassas alanlarda daha güçlü bir kamu denetimi ve hesap verebilirlik anlayışıyla ele alınmalıdır.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nün yetki alanındaki özel hastanelerin yoğun bakım üniteleri, ilgili yönetmelikler gereği düzenli olarak denetlenmelidir. Ancak, olayların yaşandığı dönemde bu denetimlerin etkin biçimde yapılmadığı, bazı özel sağlık kuruluşlarının mevzuata aykırı şekilde faaliyet yürüttüğü görölmektedir. Bu durum yalnızca idari bir eksiklik değil, aynı zamanda kamu otoritesinin özel sağlık sektörüne karşı denetim yetkisinin zayıfladığına işaret etmektedir. İl Sağlık Müdürlüğü’nün bu konuda sorumluluğu belirgin olup, denetim raporlarının kamuoyuna açıklanmamış olması da şeffaflık ilkesine aykırıdır.

Komisyon çalışmalarında, olaylara doğrudan dâhil olan hastanelerin başhekimleri, mesul müdürleri veya temsilcilerinin dinlenmemesi ciddi bir eksikliktir. Bu kişilerin beyanlarının alınmaması, hem tıbbi süreçlerin hem de idari karar zincirinin tam olarak anlaşılmasını engellemiştir. Bu nedenle rapor, olayların nedenlerine ilişkin tam bir kanaat oluştırmakta yetersiz kalmıştır. Komisyonun amacı, yalnızca mevcut belgeleri derlemek değil, olayları çok boyutlu biçimde aydınlatmak olmalıydı.

Bebek ölümlerine ilişkin ilk değerlendirmelerde Sağlık Bakanlığı sorumlularınca “doğal ölüm” tanımı yapılmış, ancak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nün farklı birimlerinde bu değerlendirme sonradan değiştirilmiştir. Bu tutarsızlık, kurumlar arası koordinasyon eksikliğini açıkça ortaya koymaktadır. Aynı olay hakkında iki farklı idari görüşün varlığı, kamu yönetiminde hesap verebilirlik ve güvenilirlik ilkelerini zedelemektedir. Sağlık

Bakanlığı merkez teşkilatı ile taşra teşkilatları arasında veri paylaşımının ve kriz yönetiminin yetersizliği, bu vakalarda adli sürecin de gecikmesine yol açmıştır.

Raporda, özel sağlık kuruluşlarının yoğun bakım hizmetlerini kâr odaklı bir anlayışla yürütmelerine yeterince dikkat çekilmemiştir. Sağlık hizmeti bir piyasa faaliyeti değil, kamu yararına dayalı bir hak alanıdır. Bu alanda “kar amacı” ile “yaşam hakkı” arasındaki denge gözetilmediğinde, tıbbi etik zedelenmekte, hekimler ve hemşireler üzerinde baskı oluşmaktadır. Komisyonun, bu yapısal riski göz ardı etmesi önemli bir eksikliktir.

Komisyon Raporu, olayların insani ve etik boyutlarını yeterince irdelemeden teknik bir çerçeveye indirgemiştir. Ancak, yaşanan bebek ölümleri sıradan bir idari hata değildir; bu olaylar, sağlık sisteminin özelleşmiş alanlarında kamusal denetim zafiyetinin sonucudur. Bu nedenle; Sağlık Bakanlığı ve İl Müdürlükleri arasındaki koordinasyon mekanizması güçlendirilmeli, özel hastanelerdeki yoğun bakım üniteleri için bağımsız denetim mekanizması kurulmalı, denetim raporları kamuoyuna açık hale getirilmeli, sağlık personelinin çalışma koşulları ve yükümlölükleri, etik kurallar çerçevesinde yeniden düzenlenmelidir. Türkiye’de özel sağlık alanının denetimsizliği artık bir idari zaaf değil, sistemin yapısal bir açığıdır. Bu nedenle, yaşanan her ölüm bir istatistik değil, kamu otoritesinin eksik denetiminin sonucu olarak değerlendirilmelidir.

Dr. İrfan KARATUTLU
Kahramanmaraş Milletvekili

KAYNAKÇA

- 08/01/2025 tarihli SGK Sunumu Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı
- 11/04/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname
- 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu
- 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu
- 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu
- 14/07/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu
- 16/05/2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun
- 2023 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı
- 2023 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı
- 26/06/2024 tarihli SGK Fatura İnceleme Usul Esasları
- 31/05/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimliği Denetim Birimi, <https://ankaraiasb.saglik.gov.tr/TR-421/bashekimlik-denetim-birimi.html>
- Atilla, R. (2010), Dünyada ve Türkiye’de Acil Tıp, Z. Kekeç içinde, *Tüm Yönleriyle Acil Tıp* (s. 3-6), Nobel Kitabevi
- Chenaitia Hichema, M. H.-P. (2011). Mobile Cardio-Respiratory Support in Prehospital Emergency Medicine. *European Journal of Emergency Medicine*
- Çetinkaya, M. (2021), *TND ve Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel*, Türk Neonatoloji Derneği Bülteni
- DSÖ European Health Information Gateway
- Ekşi, A. (2016), *Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi*, İzmir, Kitapana Yayınevi.
- Erbay, H. (2017), Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Niçin 112 Ambulans Hizmetleri Bağlamında Bir Yakın Tarih Araştırması. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 7(1)
- Eskiocak, M., ve Selçuk, G. (2014), Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Tarafından Bildirilen Bebek Ölüm Hızları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme, *Turk Journal Public Health*
- Goodman DC, Fisher ES, Little GA (2002), The relation between the availability of neonatal intensive care and neonatal mortality, *N Engl J Med*. 2002;346(20)
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, UN IGME, 2023
- https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Istatistikler/Bebek_ve_Cocuk_Olumleri.pdf
- https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Istatistikler/Premature_Dogumlar.pdf
- https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2022/12000/variation_in_bed_to_physician_ratios_during.5.aspx
- <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0885066614534605>

- <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-023-07066-z.pdf>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19667772/>
- <https://www.aahd.org.tr/tarihce/>, (Erişim Tarihi: 05/02/2025)
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0012369215503978>
- <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/08032025-SUT-Degisiklik-Tebliği-İslenmis-Guncel-2013-SUT-2025-03-11-04-26-37>
- <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2014-17-Sayili-Genelge2012-41-Sayili-Genelgede-Degisiklik-2023-01-06-10-01-47>
- <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2014-17-Sayili-Genelge2012-41-Sayili-Genelgede-Degisiklik-2023-01-06-10-01-47>
- <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2025-Yili-Sosyal-Guvenlik-Kurumu-Ozel-Saglik-Hizmeti-Sunucularindan-Saglik-Hizmeti-Satin-Alim-Sozlesmesine-Iliskin-Duyuru-2024-12-23-06-46-47>
- <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2025-Yili-Sosyal-Guvenlik-Kurumu-Vakif-Universiteleri-Saglik-Hizmetleri-Satin-Alim-Sozlesmesine-Iliskin-Duyuru-2024-12-23-07-13-21>
- <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/2025-Yili-Sosyal-Guvenlik-Kurumu-Ozel-Saglik-Hizmeti-Sunucularindan-Saglik-Hizmeti-Satin-Alim-Sozlesmesine-Iliskin-Duyuru-2024-12-23-06-46-47>
- İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-90010/il-ambulans-servisi-calisma-yonergesi.html>
- Joosse P, Saltzherr TP, van Lieshout WA, van Exter P, Ponsen KJ, Vandertop WP, et al. (2012), Impact of secondary transfer on patients with severe traumatic brain injury. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012
- Kızılay Tarih, Arşiv ve Belge Müdürlüğü, Çanakkale’de Bir Hilal, <https://kizilaytarih.org/dosya003.html>
- Kulshrestha A, Singh J. (2016), Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7):451-457. doi:10.4103/0019-5049.186012
- Motorcycle Ambulance Trailer Project Gets Off The Ground With Man Erf UK, Transport News Network, 4 July 2006, Archived from the original on 22 September 2008, Retrieved 7 August 2008
- Narlı, N., Kırımı, E., ve Uslu, S. (2018), Yenidoğan Bebeğin Güvenli Nakli Rehberi, Türk Neonatoloji Derneği
- National Research Council (1966), *Accidental death and disability: the neglected disease of modern society*, National Academies Press
- OECD Health Data 202407/05/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- Prof. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ’IN 29/01/2025 tarihli Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı
- Resmî Gazete (04/06/2022-31856), *Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi Yönetmeliği*
- Resmî Gazete (07.01.2025-32775), *Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*
- Resmî Gazete (08/012025-32776), *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*
- Resmî Gazete (08/03/2017-3000) *Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik*

- Resmi Gazete (10/07/2018-30474), *1 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi*
- Resmi Gazete (10/08/2007-26609), *Sosyal Güvenlik Kurumu Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Yönetmeliği*
- Resmi Gazete (11/05/2000-24046), *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*
- Resmi Gazete (13/09/2022-31952), *Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*
- Resmî Gazete (15/07/2018-30479), *4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi*
- Resmî Gazete (16/05/2014-29002), *112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği*
- Resmi Gazete (18/04/2014-28976), *Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği*
- Resmî Gazete (19/4/2020-31104), *Motorlu Araçlar ve Römorkları ile Bunların Aksam, Sistem ve Ayrı Teknik Ünitelerinin Tip Onayı Hakkında Yönetmelik*
- Resmî Gazete (20/09/2019-30894), *Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği*
- Resmi Gazete (22/05/2014-29007), *Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik*
- Resmî Gazete (26/03/2009-27181), *Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ*
- Resmî Gazete (26/10/2016-29869), *Araçların İmal, Tadil ve Montajı Hakkında Yönetmelik*
- Resmi Gazete (27/03/2002-24708), *Özel Hastaneler Yönetmeliği*
- Resmi Gazete (27/06/2015-29399), *Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*
- Resmi Gazete (30/01/2025-32798), *Özel Hastaneler Yönetmeliği*
- Roudsari BS, N. A.-R. (2007), *Emergency Medical Service (EMS) Systems in Developed and Developing Countries. Injury*
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39421/0/saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-daire-baskanliklarinin-gorevlerine-dair-yonergepdf.pdf>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Güncel Standartlar, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-52460/guncel-standartlar.html>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, SKS Rehberleri, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-12638/sks-rehberleri.html>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, SKS Gösterge Yönetimi Rehberi, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/48939/0/2--sks-gosterge-yonetimi-rehberi--s-3-1pdf.pdf>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Klinik Kalite Programı, <https://shgmklinikkalite.saglik.gov.tr/>

- Salihoğlu, Ö., Canan, H. A., Hatipoğlu, S. (2011), *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi*, Bakırköy Tıp Dergisi
- Shah, M. N. (2006), *The Formation of the Emergency Medical Services System*, American Journal of Public Health
- SKS-Hastane-Sürüm 6.1
- Şimşek, P., Günaydın, M., & Gündüz, A. (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Adıyaman İl Müdürlüğü Verileri, 2025
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Müdürlüğü Verileri, 2025
- T.C. Sağlık Bakanlığı Diyarbakır İl Müdürlüğü Verileri, 2025
- T.C. Sağlık Bakanlığı EKİP sistemi veri tabanı
- T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziantep İl Müdürlüğü Verileri, 2025
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2018), Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28085/0/dogumoncesibakimyonetimrehberipdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Hatay İl Müdürlüğü Verileri, 2025
- T.C. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi, <https://sabim.gov.tr/>
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Müdürlüğü Verileri, 2025
- T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Müdürlüğü Verileri, 2025
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş İl Müdürlüğü Verileri, 2025
- T.C. Sağlık Bakanlığı Şanlıurfa İl Müdürlüğü Verileri, 2025
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hizmet Kalite Standartları (SHKS), Sürüm 6.1
- Tarı, A. K. (2006), *Dünyada ve Türkiye’de Yenidoğan Transportu*, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi
- TC. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024
- Türk Neonatoloji Derneği Bülteni, 2023
- Türk Neonatoloji Derneği, Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi
- Türk Neonatoloji Derneği’nin 14 Ocak 2025 tarihli Dinleme Tutanağı, TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı
- Türk Standartları Enstitüsü, TSE EN 1789 Standardı, <https://www.tse.org.tr/ambulans-uygunluk/>
- Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2023
- Unicef-Data, 2024
- WHO, W. H. (2020), The Top 10 Causes of Death, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- Zenciroğlu, A. (2017), Temel Yenidoğan Bakımı, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı

RAPOR EKLERİ

EK 1: YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

FORM 1. YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU			
I. BÖLÜM – SAĞLIK TESİSİ BİLGİLERİ			
Sağlık Tesisinin Adı			
Sağlık Tesisinin İli/İlçesi			
Sağlık Tesisinin Türü			
Sağlık Tesisinin Mesul Müdür / Başhekimin Adı/Soyadı			
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hekiminin Adı/Soyadı			
II. BÖLÜM - HASTA BİLGİLERİ			
Hastanın Ad/Soyadı			
Doğum haftası			
Kronolojik yaş (gün)			
Doğum ağırlığı			
Güncel ağırlığı			
Hasta aynı hastanede mi doğmuş, sevkle mi gelmiş?			
Hastanın yatış tanısı nedir?			
		Açıklayınız	
1	Hastanın ilk yatışında ayrıntılı fizik muayenesi (Sorumlu neonatolog ya da sorumlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzman Hekimi tarafından) yapılmış mı?	Evet	Hayır
2	Hastanın yatış ön tanısı yazılı mı?	Evet	Hayır
3	Ön tanıya uygun olarak gereken laboratuvar ve radyolojik tetkikler istenmiş mi? (Laboratuvar tetkik sonuçları, radyolojik tetkiklerin görüntüleme sonuçları ve / veya doktor yorumları görüntüleniyor mu?)	Evet	Hayır
4	Hastanın ön tanısı doğrultusunda, ilk laboratuvar ve radyolojik sonuçlarına göre izlem ve tedavisi düzenlenmiş mi?	Evet	Hayır
5	Yatış ve izlem sürecinde tanı değişikliği yapılmış ya da	Evet	Hayır

	ilave tamlar konmuş mudur?		
6	Bu tam değişiklikleri ya da ilave tamlar; fizik muayene, gerekli laboratuvar ve/veya radyolojik tetkikler ile desteklenmiş , kayıt altına alınmış mıdır?	Evet	Hayır
7	Yenidoğana uygulanan antibiyoterapi uygun mudur?	Evet	Hayır
8	Hastanın ilk yatışında ve yatışı boyunca;		
	Fizik Muayene	Evet	Hayır
	Tetkikler	Evet	Hayır
	Doktor order, tedaviler	Evet	Hayır
	Günlük gözlem notları	Evet	Hayır
	Sorumlu neonatolog (ya da sorumlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzman Hekimi) tarafından kaydedilmiş, imzalanıp, kaşelenmiş mi?	Evet	Hayır
III. BÖLÜM - SEVİYE VE DİĞER BİLGİLER			
9	Hastanın ilk yatışı sırasında hangi seviyeye yatırıldığı		
10	İlk yatışı sırasında olması gereken seviye		
11	Hastanın ilk yatışı sırasında sahip olduğu seviye ile yatırıldığı yoğun bakım seviyesi uygun mu?	Evet	Hayır
12	Hastanın denetim sırasındaki seviyesi		
13	Hastanın denetim sırasındaki olması gereken seviye		
14	Hastanın denetim sırasındaki seviyesi yattığı yoğun bakım seviyesine uygun mu?	Evet	Hayır
15	Hastanın yattığı süre boyunca günlük seviye girişi var mı?	Evet	Hayır
16	Hekim order ve izlem notları günlük ve düzenli mi?	Evet	Hayır
17	Hemşire izlem notları günlük ve düzenli olarak tutulmuş mu?	Evet	Hayır
18	Hemşire izlem notlarındaki imza sorumlu/görevli hemşireye mi ait?	Evet	Hayır
19	Hekim orderları ve hemşire notları uyumlu mu? Tutarlı mı?	Evet	Hayır
IV. BÖLÜM – YATIŞ, İZLEM VE TEDAVİ BİLGİLERİ			
20	Hastanın yatışı süresince ve/veya denetim gününde gereksiz ve/veya uygunsuz girişim var mı? (Örneğin; gereksiz entübasyon, gereksiz kateter uygulaması vb.)	Evet	Hayır
21	Hastanın yatışı süresince ve/veya denetim gününde	Evet	Hayır

	gereksiz ve/veya uygunsuz kan ve/veya kan ürünleri ile tedavisi var mı? (Örn. rutin TDP, IVIG, albümin, eritrosit süspansiyonu, trombosit vb.)		
22	Hastanın yönetimi sırasında tanı ve tedavi yaklaşımlarında eksiklik var mı? (Örn. TPN alması gereken hasta, hipotermi tedavisi gerektiren hasta, NO verilmesi gereken hasta, ROP muayenesi yapılması gereken hasta vb.)	Evet	Hayır
23	Gereksiz fototerapi kullanımı var mı? (Ör. fototerapi ihtiyacı olmayan sarılıklı hastanın fototerapi için yatırılması vb.)	Evet	Hayır
24	Uygun monitörize ediliyor mu?	Evet	Hayır
25	İnotrop verilen hastanın kan basınçları uygun ve düzenli aralıklarla ölçülmüş ve kaydedilmiş mi?	Evet	Hayır
26	Hasta oksijen tedavisi alıyorsa oksijen saturasyonu alarım limitleri uygun mu?	Evet	Hayır
27	Hasta mekanik ventilatörde izlenmekteyse, hastanın tanısına, kliniğine, kan gazı ve akciğer grafisine göre ventilatör ayarları uygun mu?	Evet	Hayır
28	Gereksiz surfaktan kullanımı var mı?	Evet	Hayır
29	Üç ve üzeri surfaktan kullanımı var mı?	Evet	Hayır
30	Enteral beslenme order ve planlaması uygun mu?	Evet	Hayır
31	TPN uygun şekilde order edilmiş, hazırlanmış ve uygulanmış mı?	Evet	Hayır
32	ROP muayenesi zamanında yapılmış mı? Hastanın ROP muayene izlemi uygun şekilde planlanmış mı? Tedavisi için gerekli işlemler zamanında başlatılmış mı?	Evet	Hayır
33	Gerekli yan dal ve diğer konsültasyonlar uygun ve zamanında yapılıyor mu (3. seviye için)?	Evet	Hayır
V. BÖLÜM - SONUÇ VE KANAAT			
BU HASTANIN TAKİP VE TEDAVİSİNDE SONUÇ VE KANAATINIZ NEDİR?			

EK 2: YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ / HASTANE DENETİM VE DEĞERLENDİRME FORMU

FORM 2.						
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ						
HASTANE DENETİM VE DEĞERLENDİRME FORMU						
I. BÖLÜM – GENEL BİLGİLER						
1	Sağlık Tesisinin İli/İlçesi					
2	Sağlık Tesisinin Adı					
3	Sağlık Tesisinin Türü	Sağlık Bakanlığı	Üniversite (Kamu)	Üniversite (Vakıf)	Özel	
4	Sağlık Tesisinin Mesul Müdür / Başhekimin Adı/Soyadı					
5	Kurumda yıllık doğum sayısı nedir?					
6	Kuruma bir yılda sevk ile kaç bebek kabul edilmektedir?					
7	Kurumdan bir yılda kaç bebek sevk edilmektedir?					
8	İl Sağlık Müdürlüğünce tescil edilmiş 1. seviye yatak sayısı					
9	İl Sağlık Müdürlüğünce tescil edilmiş 2. seviye yatak sayısı					
10	İl Sağlık Müdürlüğünce tescil edilmiş 3. seviye yatak sayısı					
11	İl Sağlık Müdürlüğünce tescil edilmiş 4. seviye yatak sayısı					
12	Tescil raporu Geçici mi? Kalıcı mı? /Son Tescil Tarihi	Kalıcı	Geçici	Tescil tarihi		
13	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hekiminin Adı/Soyadı					
14	Sorumlu hekimin uzmanlık durumu	Yenidoğan Uzmanı		Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı		
15	Mesai saatleri dışında görev yapan hekimlerin uzmanlık durumuna göre sayısı	Yenidoğan Uzmanı	Yenidoğan Yandal Asistanı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Asistanı	
II. BÖLÜM - SAĞLIK HİZMETLERİ, PERSONEL VE DONANIM						
		Evet	Hayır	Açıklayınız		
1	Mesai saatleri içinde (seviye 2 ve üzeri yenidoğan yoğun bakım servisinde), sorumlu uzman doktor sadece yoğun bakım ünitesinde görev yapıyor mu?					
2	Yenidoğan yoğun bakım servisinde seviyelere göre, mesai					

	İçinde ve mesai dışında hasta/hemşire oranı uygun mu? *Olmaması gereken bebek/ hemşire oranları: Üçüncü düzey bebek/hemşire oranı: 1/4 İkinci düzey bebek/hemşire oranı: 1/5 Birinci düzey bebek/hemşire oranı:1/6				
3	Listede sunulan ve denetimde saptanan çalışan personel (doktor, hemşire) uyumlu mu? Lisansları uygun mu?				
4	Kurumda çalışan doktorların NRP sertifikası var mı? Kaç kişi? Açıklayınız.				
5	Kurumda çalışan hemşirelerin NRP sertifikası var mı? Kaç kişi? Açıklayınız.				
6	Her şifte en az bir kişinin NRP sertifikası var mı?				
7	Mevcut 1. seviye yatak sayısı ile tescil edilen yatak sayısı uyumlu mu?				
8	Mevcut 2. seviye yatak sayısı ile tescil edilen yatak sayısı uyumlu mu?				
9	Mevcut 3. seviye yatak sayısı ile tescil edilen yatak sayısı uyumlu mu?				
10	Mevcut 4. seviye yatak sayısı ile tescil edilen yatak sayısı uyumlu mu?				
11	Yoğun bakım ünitesinde uygun el hijyeni denetimleri sağlandığına dair kayıtlar ve sürveyans verileri var mı?				
12	Anne belirli bir plan dâhilinde üniteye alınıyor mu?				
13	Uygun sayıda koşulları sağlayan izolasyon odası var mı?				
14	İzolasyon odaları amacı doğrultusunda kullanılıyor mu?				
15	Tescil edilen seviyeye uygun donanım mevcut mu?				
III. BÖLÜM - HASTA DEĞERLENDİRME FORMUNDAN GELEN BİLGİLERİN GENEL DEĞERLENDİRMESİ					
		Bakılan Hasta Sayısı (BHS)	Uygunsuz Hasta Sayısı (UHS)	Oran (BHS/UHS)	
1	Hastanın ilk yatışında ayrıntılı fizik muayenesi (Sorumlu neonatolog ya da sorumlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzman Hekimi tarafından) yapılmış mı?				
2	Hastanın yatış ön tamsi yazılı mı?				
3	Ön taniye uygun olarak gereken laboratuvar ve radyolojik tetkikler istenmiş mi? (Laboratuvar tetkik sonuçları,				

	radıyolojik tetkiklerin görüntüleme sonuçları ve / veya doktor yorumları görülmüyor mu?)			
4	Hastanın ön tanısı doğrultusunda, ilk laboratuvar ve radıyolojik sonuçlarına göre izlem ve tedavisi düzenlenmiş mi?			
5	Yatış ve izlem sürecinde tam değişikliği yapılmış ya da ilave tamlar konmuş mudur?			
6	Bu tanı değişiklikleri ya da ilave tamlar: fizik muayene, gerekli laboratuvar ve/veya radıyolojik tetkikler ile desteklenmiş , kayıt altına alınmış mıdır?			
7	Yenidoğana uygulanan antibiyoiterapi uygun mudur?			
	Hastanın ilk yatışında ve yatışı boyunca;			
	Fizik Muayene			
	Tetkikler			
	Doktor order, tedaviler			
8	Günlük gözlem notları			
	Sorumlu neonatolog (ya da sorumlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzman Hekimi) tarafından kaydedilmiş, imzalanıp, kaşelenmiş mi?			
11	Hastanın ilk yatışı sırasında sahip olduğu seviye ile yatırıldığı yoğun bakım seviyesi uygun mu?			
14	Hastanın denetim sırasındaki seviyesi yattığı yoğun bakım seviyesine uygun mu?			
15	Hastanın yattığı süre boyunca günlük seviye girişi var mı?			
16	Hekim order ve izlem notları günlük ve düzenli mi?			
17	Henşire izlem notları günlük ve düzenli olarak tutulmuş mu?			
18	Henşire izlem notlarındaki imza sorumlu/görevli hemşireye mi ait?			
19	Hekim orderları ve henşire notları uyumlu mu? Tutarlı mı?			
20	Hastanın yatışı süresince ve/veya denetim gününde gereksiz ve/veya uygunsuz girişim var mı? (Örneğin; gereksiz entübasyon, gereksiz kateter uygulaması vb.)			
21	Hastanın yatışı süresince ve/veya denetim gününde gereksiz ve/veya uygunsuz kan ve/veya kan ürünleri ile tedavisi var mı? (Örn. rutin TDP, IVIG, albümin, eritrosit süspanasyonu,			

	trombosit vb))			
22	Hastanın yönetimi sırasında tanı ve tedavi yaklaşımlarında eksiklik var mı? (Örn. TPN alması gereken hasta, hipotermi tedavisi gerektiren hasta, NO verilmesi gereken hasta, ROP muayenesi yapılması gereken hasta vb.)			
23	Gereksiz fototerapi kullanımı var mı? (Ör. fototerapi ihtiyacı olmayan sarılıklı hastanın fototerapi için yatırılması vb.)			
24	Uygun monitörize ediliyor mu?			
25	İnötrop verilen hastanın kan basıncıları uygun ve düzenli aralıklarla ölçülmüş ve kaydedilmiş mi?			
26	Hasta oksijen tedavisi alıyorsa oksijen satürasyonu alarm limitleri uygun mu?			
27	Hasta mekanik ventilatörde izlenmekteyse, hastanın tanısına, kliniğine, kan gazı ve akciğer grafisine göre ventilatör ayarları uygun mu?			
28	Gereksiz surfaktan kullanımı var mı?			
29	Üç ve üzeri surfaktan kullanımı var mı?			
30	Enteral beslenme order ve planlaması uygun mu?			
31	TPN uygun şekilde order edilmiş, hazırlanmış ve uygulanmış mı?			
32	ROP muayenesi zamanında yapılmış mı? Hastanın ROP muayene izlemi uygun şekilde planlanmış mı? Tedavisi için gerekli işlemler zamanında başlatılmış mı?			
33	Gerekli yan dal ve diğer konsültasyonlar uygun ve zamanında yapılıyor mu (3. seviye için)?			
IV. BÖLÜM - SONUÇ VE KANAAT				
Uygun				
Uygun Değil				
Kısmen Uygun				