

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÖZEL HUKUK ANABİLİM DALI
ÖZEL HUKUK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA AİLE
HEKİMLİĞİ: HUKUKÎ BİR DEĞERLENDİRME**

PELİN TUAÇ

Danışman
Prof. Dr. ALİ NAZIM SÖZER

2009

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum **Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukukî Bir Değerlendirme**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2009

Pelin TUAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin

Adı ve Soyadı : Pelin TUAÇ
Anabilim Dalı : Özel Hukuk
Programı : Özel Hukuk
Tez Konusu : Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukukî Bir Değerlendirme
Sınav Tarihi ve Saati :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen öğrenci Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliği'nin 18. maddesi gereğince yüksek lisans tez sınavına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini dakikalık süre içinde savunmasından sonra jüri üyelerince gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olan Anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI OLDUĞUNA O OY BİRLİĞİ O
DÜZELTİLMESİNE O* OY ÇOKLUĞU O
REDDİNE O**

ile karar verilmiştir.

Jüri teşkil edilmediği için sınav yapılamamıştır. O***
Öğrenci sınava gelmemiştir. O**

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.

** Bu halde adayın kaydı silinir.

*** Bu halde sınav için yeni bir tarih belirlenir.

Tez burs, ödül veya teşvik programlarına (Tüba, Fulbright vb.) aday olabilir. Evet
Tez mevcut hali ile basılabilir. O
Tez gözden geçirildikten sonra basılabilir. O
Tezin basımı gerekliliği yoktur. O

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

..... Başarılı Düzeltme Red

..... Başarılı Düzeltme Red

..... Başarılı Düzeltme Red

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi
Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği:
Hukukî Bir Değerlendirme
Pelin TUAÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Özel Hukuk Anabilim Dalı
Özel Hukuk Programı

Son yıllarda ekonomik, sosyolojik ve politik bir olgu olarak algılanan sağlık, bütün ülkelerde çözülmesi öncelik kazanmış bir konudur. Sağlık ve sosyal güvenlik politikaları çözüme ulaşmada önemli bir paya sahiptir. Bu hususta birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle aile hekimlerinin hizmet vermesini yaygınlaştırmak öncelikli konudur.

T.C. Hükümet programında ve acil eylem planında yakın zamanda yer almış olan ve genel sağlık sigortasının birinci basamağını oluşturacak ‘Aile Hekimliğine hazırlık olmak üzere, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmadan önce, 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu çıkarılmıştır. Ancak, aile hekimliği uygulamalarına geçilen illerde, mevcut durumdaki hekim sayısının yetersizliği nedeniyle, sevk zinciri uygulaması ertelenmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’nca sözleşmeli olarak veya görevlendirmek suretiyle istihdam edilecek olan aile hekimlerinin statüleri idare hukuku kapsamında incelendiğinde, hukukî güvencelerinin de sağlanmış olduğu görülecektir.

Anahtar Kelimeler:

1) Sağlık hizmetleri, 2) Genel sağlık sigortası, 3) Sosyal güvenlik, 4) Aile hekimi

ABSTRACT

Master Thesis

**Family Medicine Within The Context of General Health Insurance:
A Legal Evaluation
Pelin TUAÇ**

**Dokuz Eylül University
Social Sciences Institute
Department of Private Law
Private Law Program**

In the recent years; health, which was perceived as an economic, sociological and political phenomenon, won in all countries to be a priority issue for its resolution. Health and social security policies have an important role to reach the solution. In this regard, the first step in the offer of primary health cares is to widen the practice of ‘Family Physician Services’.

In preparation of the ‘Family Medicine’ concept, which has been recently included in the T.R. Government’s programs and emergency action plans and before enacting Social Security and General Health Insurance Law, Family Medicine Pilot Implementation Law has been enacted in 2004. However, in provinces where family medicine is practiced, due to insufficiency of the number of family physicians, the referral chain applications are postponed. Additionally, when the status of family physicians, who have been employed by either contract or entrustment method is examined in the context of administrative law, it will be seen that this law will also provide them legal security safeguards.

Keywords:

1) Health care, 2) General health insurance, 3) Social security, 4) Family physician

**GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA AİLE HEKİMLİĞİ: HUKUKİ
BİR DEĞERLENDİRME**

YEMİN METNİ	II
YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI.....	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
KISALTMALAR.....	XIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	XV
TABLolar LİSTESİ.....	XVI
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

**SAĞLIK HAKKI, ULUSLARARASI BELGELERDE VE TÜRK
HUKUKUNDA YERİ**

I. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMI.....	3
A. Genel Olarak Sağlık Kavramı	3
B. Sağlık Hakkı Kavramı.....	6
II. ULUSLARARASI BELGELERDE SAĞLIK HAKKI	9
A. Tarihsel Gelişim	9
B. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi	11
C. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi.....	11
D. Avrupa Sosyal Şartı.....	13
E. Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme (102 Sayılı Sözleşme).....	15
F. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme	16
G. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi)	17
H. Binyıl Kalkınma Hedefleri.....	17
I. Alma-Ata Konferansı	18
III. TÜRK HUKUKUNDA SAĞLIK HAKKI	19
A. Genel Olarak	19

B. Anayasal Düzenlemelerde Sağlık Hakkı.....	24
1. 1961 Anayasası'ndan Önceki Düzenlemeler	24
2. 1961 Anayasası'nda Sağlık Hakkı	25
3. 1982 Anayasası'nda Sağlık Hakkı	27
C. Kanunî Düzenlemelerde Sağlık Hakkı.....	34
1. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu	34
2. Hususi Hastaneler Kanunu.....	35
3. Türk Tabipler Birliği Kanunu	35
4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun	36
5. Devlet Memurları Kanunu	37
6. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	38
7. Yeşil Kart Kanunu.....	39
8. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun.....	40
9. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	40
D. Yönetmeliklerde Sağlık Hakkı	41

İKİNCİ BÖLÜM

BAŞLICA SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİSTEMLERİ

I. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİ.....	43
A. Genel Olarak	43
B. Türk Sosyal Güvenlik Hukukunda Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	45
C. Sosyal Güvenlik Sistemleri	46
1. İşçi Sigortası Sistemi	46
a. Sistemin Oluşumu	46
b. Sistemin Kapsamı	48
c. Sistemin Özellikleri.....	48
2. Halk Sigortası Sistemi	50
a. Sistemin Oluşumu	50
b. Sistemin Kapsamı	52
c. Sistemin Özellikleri.....	53
3. Karma Sistem.....	54

a. Sistemin Oluşumu	54
b. Sistemin Kapsamı	55
4. Devletçe Bakım Sistemi	56
5. Koruyucu Fon Sistemi	57
6. Özel Sigorta Sistemi	59
II. SAĞLIK SİSTEMLERİ	63
A. Genel Olarak	63
B. Hastalık Sigortası Sistemi	67
1. Organizasyon Yapısı	69
2. Kişi Bakımından Kapsam	70
3. Finansman	71
4. Edim Bakımından Kapsam	72
5. Aile Hekimliği	73
C. Milli Sağlık Sistemi	75
1. Organizasyon Yapısı	77
2. Kişi Bakımından Kapsam	77
3. Finansman	78
4. Edim Bakımından Kapsam	79
5. Aile Hekimliği	79
D. Özel Sağlık Sistemi	81
1. Organizasyon Yapısı	81
2. Kişi Bakımından Kapsam	83
3. Finansman	83
4. Edim Bakımından Kapsam	84
5. Aile Hekimliği	85
E. Sosyalist Sağlık Sistemi	85

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

I. GENEL OLARAK	87
II. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ DEĞİŞİM	89
III. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ KAPSAMI	97

A. Kişi Bakımından Kapsam	97
1. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar	97
2. Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler	102
3. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılmayanlar	107
B. Edim Bakımından Kapsam.....	108
1. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği	109
2. Sağlık Hizmetlerinin Türleri	112
a. Kapsama Alınan Sağlık Hizmetleri.....	113
aa. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	113
aaa. Genel olarak	113
bbb. Kapsama alınan koruyucu sağlık hizmetleri.....	114
bb. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	115
aaa. Genel olarak	115
bbb. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin aşamaları	116
ccc. Kapsama alınan tedavi edici sağlık hizmetleri	117
cc. Eski Hale Getirici (Rehabilite Edici) Sağlık Hizmetleri	120
b. Kapsam Dışı Bırakılan Sağlık Hizmetleri	121
c. Aynı Edimler.....	122
IV. GENEL SAĞLIK SİGORTASI'NIN ORGANİZASYONU	122
A. Genel Sağlık Sigortası'nın Yapısı	122
1. Merkez Teşkilatı.....	123
2. Taşra Teşkilatı.....	123
a. Aile Sağlığı Merkezi.....	123
b. Toplum Sağlığı Merkezi.....	125
c. Yataklı Tedavi Kurumları.....	128
d. Sağlık İşletmeleri	128
B. Genel Sağlık Sigortasının İşlemesi (Sevk Zinciri)	128

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ

I. GENEL OLARAK	135
II. AİLE HEKİMİ KAVRAMI.....	136

A. Genel Olarak	136
B. Aile Hekimi Kavramının Tarihçesi.....	137
C. Aile Hekimi Kavramının Tanımı.....	139
III. BENZER MÜESSESELER	140
A. İşyeri Hekimliği.....	140
1. Genel Olarak	140
2. Yetkilendirilmiş Aile Hekimi Olarak İşyeri Hekimleri.....	144
3. İşyeri Hekimliği İle İlgili Mevzuatta Yer Alan Çelişkili Düzenlemeler	146
B. Sağlık Ocağı	146
IV. AİLE HEKİMİ OLABİLMENİN ŞARTLARI.....	149
V. AİLE HEKİMLERİNİN STATÜLERİ.....	153
A. Genel Olarak	153
B. Kamu Görevlisi Olan Ve Sözleşme İle Çalışan Hekim Ve Uzman Hekimler	157
C. Kamu Görevlisi Olan Ve Resen Gövlendirilen Hekim Ve Uzman Hekimler	159
D. Kamu Görevlisi Olmayan Ve Sözleşme İle Çalışan Hekim Ve Uzman Hekimler	160
E. Aile Sağlığı Elemanları	160
VI. AİLE HEKİMLERİNİN İDARE HUKUKU BAKIMINDAN KONUMLARI	161
A. Aile Hekimlerinin İstihdam Şekilleri.....	161
1. Genel Olarak	161
a. Anayasa'nın 128. maddesinin kamu görevlileri sınıflandırmasına etkisi	168
b. Devlet Memurları Kanunu'nun kamu görevlileri sınıflandırmasına etkileri	170
2. Memur	171
3. Sözleşmeli Personel.....	173
a. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda Düzenlenen Sözleşmeli Personel Statüsü.....	174
b. Özel Kuruluş Kanunlarına Göre Çalıştırılan Sözleşmeli Personel	176

aa. 399 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de düzenlenen sözleşmeli personel statüsü	176
bb. Kamu kurumlarının teşkilat kanunlarına göre kadro karşılığı istihdam edebilecekleri sözleşmeli personel	177
cc. Teşkilat kanunlarına göre sözleşmeli personel istihdamı	178
dd. Sağlık Bakanlığı’nın sözleşmeli personel çalıştırma esasları	179
aaa. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4/B maddesine göre Sağlık Bakanlığı’nca istihdam edilen sözleşmeli personel	180
bbb. 4924 sayılı Kanuna göre Sağlık Bakanlığı’nca istihdam edilen sözleşmeli personel	180
ccc. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’a göre Sağlık Bakanlığı’nca istihdam edilen sözleşmeli personel	182
4. Geçici Personel	184
B. Aile Hekimliği Hizmet Sözleşmesi	184
1. İdarî Sözleşmeler	184
2. Aile Hekimliği Sözleşmesinin Hukukî Niteliği	188
C. Genel Değerlendirme	190
VII. AİLE HEKİMLERİNİN ATAMA VE NAKİLLERİ	193
A. Genel Olarak	193
B. Geçiş Döneminde Göreve Başlama Ve Nakiller	194
1. Aile Hekimleri	195
a. İlk Yerleştirme	195
b. Pilot İlde Pozisyon Boşalması Veya Yeni Pozisyon Açılması	196
2. Aile Sağlığı Elemanları	197
3. Resen Göreve Atanan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanları	197
C. Geçiş Dönemi Sonrasında Göreve Başlama Ve Nakiller	198
1. Aile Hekimleri	198
2. Aile Sağlığı Elemanları	198
VIII. AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA SÜRELERİ	198
IX. AİLE HEKİMLERİNİN İZİNLERİ	200
X. AİLE HEKİMİNE YAPILAN ÖDEMELER VE KESİNTİLER	202
A. Aile Hekimine Yapılan Ödemeler	202

1. Genel Olarak	202
2. Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret	204
3. Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücreti.....	205
4. Aile Sağlığı Merkezi Giderleri.....	206
5. Gezici sağlık Hizmetleri Giderleri	206
6. Tetkik ve Sarf Malzemesi Giderleri	207
B. Aile Hekiminden Yapılan Kesintiler	207
XI. AİLE HEKİMLERİNİN GÖREVLERİ	208
XII. AİLE HEKİMLİĞİ SÖZLEŞMESİNİN FESHİ	211
A. Sözleşmenin Kendiliğinden Sona Ermesi.....	211
B. Sözleşmenin Yetkili Mercii Tarafından Sona Erdirilmesi	212
C. Sözleşmenin Çalışan Tarafından Sona Erdirilmesi	213
D. Sözleşmenin Fesih Bildirimi ile Sona Erdirilmesi	213
E. Aile Sağlığı Elemanının Sözleşmesinin Sona Erdirilmesi İle İlgili Özel Durum	214
SONUÇ	215
KAYNAKLAR.....	224
EKLER.....	236

KISALTMALAR

ABD	: Ankara Barosu Dergisi
AD	: Adalet Dergisi
AMK.	: Anayasa Mahkemesi Kararı
AÜHFD	: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
AÜSBFD	: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi
b.	: bent
BK	: Borçlar Kanunu
bkz.	: bakınız
c.	: cümle
C.	: Cilt
çev.	: çeviren
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
dn.	: dipnot
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E.	: Esas
GSSHT	: 5510 Sayılı Kanun Gereğince Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi Hakkında Tebliğ
GSSİY	: Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği
HD.	: Hukuk Dairesi
İBK	: İçtihadı Birleştirme Kararı
İBD	: İstanbul Barosu Dergisi
İHD	: İş Hukuku Dergisi
İK.	: İş Kanunu
İÜHFM	: İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası
JAMA	: The Journal of the American Medical Association
K.	: Karar
md.	: madde
MK.	: Medenî Kanun
MÜİİBFD	: Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
S.	: Sayı

s.	: sayfa
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
T.	: Tarih
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TOBB	: Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TTB	: Türk Tabipler Birliği
UÇÖ	: Uluslararası Çalışma Örgütü
vd.	: ve devamı
Wonca	: Dünya Aile Hekimleri Birliği

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Türleri.....	121
---	-----

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: İnsan Haklarının Sınıflandırılması	20
Tablo 2: Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	62
Tablo 3: Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	66
Tablo 4: Sağlık Sistemlerinin Özelliklerine Göre Sınıflandırılması... ..	86
Tablo 5: Türk Sağlık Sistemindeki Değişim	96
Tablo 6: Aile Hekimlerinin İstihdam Şekilleri.....	161

GİRİŞ

Genel olarak sağlık, sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda bedenen, zihnen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmaktır. Sağlık hakkı ise en temel insan haklarından birisidir. Devlet, sağlık hakkının yaşama geçirilmesinde, ulusal ve uluslararası hukukî belgelerde görevli ve sorumlu sayılmıştır. Bu bakımdan, resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen sağlık hizmeti de kamu hizmeti sayılmaktadır.

Anayasamıza göre 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 düzenlemekle görevlidir. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Bu konuda devletin görevli sayılması, sağlık hizmetinin kendine has özelliklerinden kaynaklanmaktadır.

Sağlık politikalarımız zaman içerisinde önemli değişimler geçirmiştir. Söz konusu değişimlerde hem ulusal hem uluslararası etkilerin izleri görülmektedir. “Sağlıkta dönüşüm” projesi adı altında hayata geçirilen Genel Sağlık Sigortası sağlık sistemimizde önemli bir değişim öngörmektedir. Ülkemizde başta ve öncelikle birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık sistemimizin hizmet sunumu ve yönetim boyutunu bütünüyle değiştirecek olan Aile Hekimliği sistemine geçiş sürecinde, Sağlık Bakanlığı belirlemiş olduğu illerde pilot uygulama yapmakta ve bu pilot uygulamaların ardından sistemi ülke genelinde yaygınlaştırmayı hedeflemektedir. Bu süreçte kimlerin sisteme dâhil olduğu ve hangi edimlerden yararlandığı hususları önem taşıdığı gibi, aile hekimlerinin çalışma koşulları ve hukukî statüleri de özellikli bir durum sergilemektedir. Aile hekimlerinin çalıştırılmasına ilişkin özel düzenlemelerin yanı sıra, konu, sosyal güvenlik hukuku ve idare hukuku ile de doğrudan ilgilidir. Sağlık ve sosyal güvenlik mevzuatında hızlı ve sürekli şekilde meydana gelen değişiklikler sebebiyle, tez yazım çalışmamız, 2009/Haziran ayı sonu itibariyle mevzuattaki son durum dikkate alınmak suretiyle sonuçlandırılmıştır.

Çalışmamızın birinci bölümünde; genel olarak sağlık ve sağlık hakkı kavramları ile bu kavramların ulusal ve uluslararası kaynaklarda nasıl düzenlendiğine değinilmiştir. Ayrıca, insan hakları içinde sağlık hakkının ayrı bir önemi olması sebebiyle, Anayasalarımızda insan hakları sınıflandırması içerisinde nerede düzenlenmesi gerektiği hususu tespit edilmeye çalışılmıştır.

Çalışmamızın ikinci bölümünde; sağlık sistemlerinin temelini oluşturması sebebiyle, öncelikle sosyal güvenlik sistemleri incelenmiştir. Sağlık sistemleri incelenirken aile hekimliğinin dünyada nasıl uygulandığını belirtmek, ülkemizdeki uygulamanın örneklerini göstermek açısından gerekli görülmüştür. Bu sebeple, ilgili sistemleri benimseyen bazı ülkelerde uygulanan aile hekimliği uygulamalarına da yer verilmiştir.

Çalışmamızın üçüncü bölümünde; Genel Sağlık Sigortası konusunda ülkemizde yapılan çalışmalar hakkında geniş bilgi sunularak, kurulan sistemin yapısı, kişi ve edim bakımından kapsamı ve son olarak da aile hekimliğinin de temelini oluşturan sevk zinciri incelenmiştir.

Çalışmamızın dördüncü ve son bölümünde ise, öncelikle aile hekimliğinin tarihçesi ve aile hekimi kavramına benzer müesseseler incelenmeye çalışılmıştır. Aile hekimi kavram olarak açıklığa kavuşturulduktan sonra, aile hekimi olabilmenin şartları incelenerek, aile hekimlerinin eğitimleri ile ilgili sorunlara değinilmiştir. Özellikle bir durum arz eden aile hekimlerinin istihdamı da ayrıca ele alınmıştır. Bu kapsamda olmak üzere, özellikle aile hekimlerinin istihdam şekillerine göre statülerinin idare hukuku anlamında nasıl olacağı hususuna açıklık getirilmiştir. Aile hekimlerinin statüleriyle bağlantılı olarak, göreve başlama ve nakilleri de incelenmiştir. Ayrıca aile hekimlerinin çalışma süreleri, izinleri, ödeme ve kesintileri, görevleri ve sözleşmelerinin feshi hususları açıklanmaya çalışılmıştır. Özellikle aile hekimliğine ilişkin düzenlemelerin Anayasa, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve adil çalışma koşulları ile olan çelişkileri de vurgulanmaya çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HAKKI, ULUSLARARASI BELGELERDE VE TÜRK HUKUKUNDA YERİ

I. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMI

A. Genel Olarak Sağlık Kavramı

Günümüz insanı için sağlık, sosyal gelişmenin bir ögesi olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple, artık sağlıklı olmak, dar anlamı ile sadece sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi anlamına gelmemektedir. Tükettikleri gıdanın sağlıklı ve güvenli olması, piyasada yer alan ürünlerin ve hizmetlerin üst düzeyde sağlık ve güvenlik ölçütlerini sağlaması, çocuklarının ve kendilerinin sağlıklı bir çevrede yaşamlarını sürdürmesi, işyerlerinde güvenlik ve temizlik sağlanması ve hatta yolculukları sırasında üst düzey bir sağlık yardımı almaları ve danışma hizmetlerinden yararlanabilmeleri de bu kapsamda değerlendirilmiştir.

İnsanlar için sağlık öncelikli bir konudur ve bir insanın ne kadar uzun ya da ne kadar sağlıklı yaşayacağı gibi hayatî sorular içermektedir. Bireylerin genetik mirası, yaşam ve beslenme koşulları, içinde buldukları sosyo-ekonomik şartlar ve benzeri koşullar sağlıklı olma durumları üzerinde temel bir rol oynar.

Sağlık hakkının açıklamasına geçmeden önce sağlığın ne anlama geldiğini belirtmek gerekmektedir. Bu kavramın Türkçe tam karşılığı “*sıhhat, esenlik*” veya benzer olarak, “*sağaltma, sağaltım*” kelimeleri olmakla beraber sağlık kavramı, “*öli olmamak*” anlamındaki “*sağ*” kökünden türetilen bir kavram olarak da kullanılmaktadır. Sağlık kavramı yaygın olarak, “*vücutun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik*” anlamında ifade edilmektedir¹. Kaldı ki, en geniş anlamda da sağlık, hastalık veya sakatlık halinin olmaması olarak tanımlanmaktadır². Ancak

¹ **Türk Dil Kurumu**, Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara 2005, s. 549.

² **Aksoy** Osman Gazi, “Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı”, Yeni Türkiye, Temmuz-Ağustos 2001, S. 40, s. 1804; **Alptekin** Kamil, “Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme”, Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, Mayıs 2004, C. 12, S. 2, s. 133; **Demirbilek** Sevda, Sosyal Güvenlik Sosyolojisi, İzmir 2005, s. 144; **Öztek** Zafer, “Sağlıkta Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”,

sağlık genellikle hastalığın tersi olarak kabul edilse de, “sağlık” kavramının “hastalık” kavramına bağımlı olarak tanımlanmasının yetersiz olduğu ve günümüzde sağlık kavramının daha geniş bir çerçevede algılandığı görülmektedir³. Kaldı ki, hastalık tanımı da sağlık tanımı gibi belirsizlikler içermektedir.

Tüm hukuk dalları bakımından ve tıbbi açıdan geçerli bir tanımı bulunmama⁴ birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımda hastalık “*organizmanın yaralanması ya da çeşitli nedenlerle dengesinin bozulması olup, beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da getiren bir durum*”⁵ olarak tanımlanmıştır.

Sağlık ve hastalık kavramları bir yandan iş sözleşmesinin başlangıcından sona ermesine kadar süren iş ilişkilerini, bir yandan da Sosyal Güvenlik Hukuku anlamında iş kazası ve meslek hastalığı sigortası veya hastalık sigortası gibi sigorta kollarını ilgilendiren sonuçlar doğurmaktadır. Ancak sağlık kavramı, sosyal sigortalara ilişkin kanunlarda tarif edilmediği gibi, tıbbi açıdan yapılan tanımlar da İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku bakımından yeterli olmamaktadır. Gerçekten tıbbi açıdan hastalık olarak kabul edilen bir durumun işçinin iş ilişkisini etkilememesi söz konusu olabilmektedir⁶. İşçi hasta olmuştur ancak bu durum onun iş görme borcunu yerine getirmesini engellememektedir. Örneğin, diş ağrısı veya hafif nezle olan bir işçinin iş görme borcu bu hallerden etkilenmediğinden, İş Hukuku anlamında bir hastalıktan söz edilemez iken, hastalık sigortası bakımından hastalıktan söz edilebilecektir. İşçinin ruh veya beden sağlığında normalden sapma

Yeni Türkiye, Mayıs-Haziran 2001, S. 39, s. 294; **Sözer** Ali Nazım, Hasta İşçinin İş İlişkisi, Ege Üniversitesi İktisat Fakültesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1981, s. 6.

³ **Aksoy**, s. 1805; **Alptekin**, s. 133; **Hayran** Osman, Hastane Yöneticiliği, “Sağlık ve Hastalık Kavramları”, Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul 1997, s. 3; **Okur** Ali Rıza, Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları (Yayımlanmamış Profesörlük Takdim Tezi), İstanbul 1992, s. 1; **Sözer**, Hasta İşçi, s. 6.

⁴ **Demirbilek**, s. 144; **Sözer**, Hasta İşçi, s. 6.

⁵ **WHO**, Basic Documents, 46th Edition, Switzerland 2007, s. 1. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda, 61 devlet tarafından 22.07.1946 tarihinde kabul edilmiştir (**WHO**, Official Report, No: 2, Geneva 1948, s. 100).

⁶ **Sözer**, Hasta İşçi, s. 7; **Caniklioğlu** Nurşen, Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, İstanbul 2002, s. 8.

olarak ortaya çıkan hastalık durumu, iş ilişkisinde iş göremezlik olarak sonuç doğurması halinde önem taşıyacaktır⁷.

Bunun gibi Sosyal Güvenlik Hukuku anlamında da tıbbi anlamda hastalık, hastalık sigortası ile eş anlamda olmayabilir. Örneğin, eski bir hastalık nedeniyle zaten tedavi gerekliliği veya iş göremezlik mevcut ise, yani ek edim gerektirmiyorsa, bu durumda doğan yeni bir hastalık yeni bir sigorta olayı olarak kabul edilmemektedir⁸.

Bir yandan insanın yaşam koşulları, temizlik, beslenme, ekonomik refah, eğitim ve hatta içinde bulunulan yönetim biçimi insan sağlığını doğrudan etkilerken, bir yandan da insanın kendini sağlıklı ya da sağlıksız olarak algılamasına yol açan subjektif değerlendirmeler sağlık tanımında önem taşımaktadır⁹. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nın giriş bölümünde sağlık, “*yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve toplumsal anlamda tam bir iyilik hali*” olarak tanımlanmıştır¹⁰. Şu halde, sağlık kavramı organizmanın iyi işlemesi ve çevreye

⁷ **Caniklioğlu**, s. 9–10; **İzveren** Adil, Sosyal Politika ve Sosyal Sigortalar, Ankara 1968, s. 228; **Sözer**, Ali Nazım, “İş Göremezlik, Meslekte Kazanma Gücünün Kaybı Kavramları ve Sakatlık Kavramı ile İlişkileri”, AD, Ocak-Şubat 1984, S. 1, s. 34. Günümüzde Amerika’da ortaya çıkan yeni bir kavram olan ve işçinin hasta olduğu halde iş yerine gitmek zorunda hissetmesi olarak tanımlanan “*presenteesim*” (Türkçe’ye “*kerhen işe gitmek*” şeklinde çevrilebilir) kavramı bir anlamda da işçinin işte bulunmasına rağmen iş göremediğini ifade etmektedir. Esasen burada da işçinin, hastalıktan kaynaklanan ancak işe gelmesine rağmen iş görme borcunu yerine getirememesine sebep olan bir “*sağlık riskinin*” mevcut olduğu söylenebilir. Bu kavramın da ileride iş göremezliğe sebep olan bir kavram olarak ortaya çıkabileceğini belirtmek mümkün olabilir. “*Presenteesim*” kavramının ayrıntılı açıklaması için bkz. **Hemp** Paul, “Presenteeism: At work - but out of it”, Harvard Business Review 82 (10), Ekim 2004, http://harvardbusinessonline.hbsp.harvard.edu/b02/en/common/item_detail.jhtml?id=R0410B, (18.01.2008), s. 49–58.

⁸ **Sözer**, Hasta İşçi, s. 9–10.

⁹ **Göka** Erol, Sağlık, <http://www.enfal.de/sosyalbilimler/s/007.htm>, (18.01.2008), s. 1.

¹⁰ Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda düzenlenen söz konusu tanımın, günümüzde kapsam ve içerik olarak yetersizliklerinin ve yanlışlıklarının tartışıldığı belirtilmektedir. Hatta “*bu tanım çerçevesinde hiçbir toplumda sağlıklı bir insanın bulunmayacağı*” öne sürülmüştür (**Tatar** Mehtap, “Desantralizasyon ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Sisteminde Yeni Yapılanma Modeline Bir Bakış”, Amme İdaresi Dergisi, Aralık 1993, C. 26, S. 4, s. 138; **Uz** Hulki, “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, Yeni Türkiye, Mayıs-Haziran 2001, S. 39, s. 321). Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık tanımında kültürel farklılığı yansıtacak bir kavramın bulunmaması da eleştirilmiştir. Sağlığın ve kültürün etkileşimi en güzel şöyle ifade edilmiştir: “*Sağlık kültürü her toplumun hayatı yaşama, kutlama, acı çekme ve ölme biçimiyle ilgilidir. ...Sağlık bir uyum sağlama meselesidir. ...kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepkidir*” (**Tatar**, s. 321; **Uz**, s. 322). Diğer taraftan, Dünya Sağlık Örgütü’nün bu tanımına göre kimin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçmenin mümkün olamayacağı, ölçülebilir bir kavram veya bir standart içermediğinden kişilerin hangi ölçütlere ulaştıklarında ya da hangi standartları yerine getirdiklerinde “tam bir iyilik hali” içinde

uyumunu¹¹, aynı zamanda insanın fiziki güçlülere karşı koyabilme yeteneği yanında ruhsal, zihinsel ve toplumsal uyumluluk işlevlerini de içeren bir kavram olarak tanımlanabilir¹².

Dünya Sağlık Örgütü tanımında, fiziksel ve zihinsel tam iyilik durumu yanında, toplumsal yönden iyilik durumu da vurgulanmaktadır. Çünkü kişinin sosyal ve ekonomik durumu sağlıklılık ve hastalık durumları ile yakından ilgilidir. Birçok hastalığın temel nedenleri arasında bozuk bir çevrede yaşamak, yanlış inanışlar, eğitim yetersizliği, kötü beslenme, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sosyal faktörler sayılabilir. Söz konusu olumsuz faktörlerin kişilerin ve toplumun sağlığı üzerinde yapabileceği etkileri ortadan kaldırmaya çalışmak ise her hekimin ve sağlık çalışanının görevleri arasında kabul edilmelidir¹³.

Türk sağlık mevzuatında ise yukarıda geçen tanımlamalara da uygun olarak sağlık kavramının, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un¹⁴ 2. maddesinde tanımlandığını görmekteyiz. Buna göre, sağlık; *“yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir”*.

B. Sağlık Hakkı Kavramı

Genel olarak hak kavramının ortaya çıkışını irdelemek gerekirse, doğa içinden, içgüdüden, toplum içinden saf akıldan ibaret olan *özgürlüğün* yeryüzünde somutlaşmasıyla, gerçekleşmesiyle *“hak”* kavramı ortaya çıkmaktadır¹⁵. Hak ve

olacaklarının belirsiz olduğu da dile getirilmiştir (**Demirer** Yücel, “Kültür ve Siyaset Ekseninde Sağlıkta Kavramsallaştırma: “Hasta” ve “Hastalık” Örnekleri”, Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat 2006, C. 21, S. 1, s. 25–31; **Uz**, s. 321, 322).

¹¹ **Bayraktar** Köksal, Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezaî Sorumluluğu, İstanbul 1972, s. 16; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 1.

¹² **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 1; **Sözer**, Hasta İşçi, s. 6–15.

¹³ **Öztek**, Sağlık, s. 294.

¹⁴ 12.01.1961 tarih ve 10705 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

¹⁵ **Gözler** Kemal, Türk Anayasa Hukuku Dersleri, Bursa 2008, s. 125; **Kaboğlu** İbrahim, Kolektif Özgürlükler, Diyarbakır 1989, s. 15; **Kaboğlu** İbrahim, Özgürlükler Hukuku, Ankara 2002, s. 16; **Mumcu** Ahmet, İnsan Hakları ve Kamu Özgürlükleri (Kavramlar, Evrensel ve Ulusal Gelişimleri, Bugünkü Durumları), Ankara 2007, s. 20; **Savcı** Bahri, “Yaşam Hakkı” “Felsefesal Açıdan Pratiğe Doğru”, AÜSBFD, Y. 1980, C. 35, S. 1, s. 20.

özgürlük kavramları anlam olarak birbirlerini tamamlamaktadırlar. Şöyle ki, gerçekleştirilecek bir hak yoksa özgürlüğün; özgürlük yoksa da hakkın bir anlamı olmayacaktır¹⁶. Bu sebeple yukarıda da değinildiği üzere özgürlük, hakkı gerçekleştirici bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hak, çeşitli görüşler tarafından, “*hukuk düzeni tarafından bireylere tanınan irade gücü*”, “*hukuk düzeni tarafından korunan menfaatler*” olarak tanımlanırken¹⁷, en tutarlı tanımı yapan Kant hakkı, “*bireyin diğer bireylerle bağdaşabilir özgürlüğü*” biçiminde tanımlamıştır¹⁸. Mumcu ve Kaboğlu ise tüm hakları özgürlük kalıbı içinde açıklamanın hukukun pratik amacı bakımından doğru olmayacağını belirterek hak kavramını kısaca “*hak, hukuk düzenin kişilere tanıdığı yetkidir*” biçiminde açıklamıştır¹⁹.

İnsan hakkı kavramının ortaya çıkışına baktığımızda ise temel değer olarak insanın insan olma niteliği ve onun özgürlüğünün somutlaşması noktasından hareket edildiğini görmekteyiz²⁰. Doğal haklar öğretisine göre, insan hakları insanın

¹⁶ Demirbilek Tunç, “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde Yer Alan Sosyal Güvenlik Hakkının Türk Endüstri İlişkileri Sistemi Açısından İncelenmesi”, Kamu-İş, S. 8, Nisan 1991, s. 3; Kocaoğlu Mehmet/Kocaoğlu Sinan, “İnsan Hak ve Özgürlüklerinin Uluslararası Korunması”, ABD, Yaz 2007, Y. 65, S. 3, s. 106; Talas Cahit, “Yaşam Hakkı ve Toplumsal Haklar”, İnsan Hakları Yıllığı, C. 12, Ankara 1990, s. 83.

¹⁷ Kaboğlu, Özgürlükler, s. 16; Mumcu, s. 20.

¹⁸ Mumcu, s. 20.

¹⁹ Kaboğlu, s. 15; Kaboğlu, Özgürlükler, s. 16; Mumcu, s. 21. Kaboğlu, sosyal güvenlik ve sağlık hakkı gibi “isteme hakları”nın gerçekleşmesinin, kişiyi özgürlüklerden yararlandırmanın temel gereği olarak düşünüldüğü takdirde, hakların da özgürlüklerin bir çeşidi olarak değerlendirilebileceğini belirtmiştir (Kaboğlu, Özgürlükler, s. 16). Sağlık hakkı için “özgürlük” kavramının kullanılmayacağını belirten Kaboğlu, bu gibi hakların toplumdaki istemde bulunmayı gerekli kıldıkları için “hak” olarak belirtilmelerinin uygun olduğuna değinmiştir (Kaboğlu, s. 16).

²⁰ Temel hak ve hürriyetler alanında eş anlamda kullanılan birçok kavram bulunmaktadır. Ancak bunların içinde *insan hakları* terimi bu alanda kullanılan en geniş kavramdır. İrk, dil, din ayrımı gözetmeksizin tüm insanların yararlanabileceği hakları ifade etmektedir. Bu terim ideali içerir ve daha çok doğal hukuk anlayışında kullanılır. *Vatandaş hakları* terimi, sadece o ülke vatandaşlarının kullanabileceği, Anayasa ve kanunlarca tanınmış hak ve özgürlükleri ifade etmektedir. *Kamu hürriyetleri* kavramı, devlet tarafından tanınan ve pozitif hukukun düzenleyici normları tarafından düzenlenip, sınırları belirlenmiş olan hakları tanımlamaktadır. *Kişî hak ve hürriyetleri* terimi, “klasik hakları”ni yani, kişî dokunulmazlığı, özel hayatın gizliliği, zorla çalıştırma yasağı gibi hakları ifade etmektedir. *Temel hak ve hürriyetler* kavramı, “kamu hürriyetleri” karşılığında kullanılmaktadır. Pozitif hukuk tarafından düzenlenen birtakım insan haklarını ifade etmektedir. *Anayasal haklar* ise, Anayasa tarafından düzenlenerek güvence altına alınmış hakları tanımlamaktadır (Gözler, Anayasa Hukuku Dersleri, s. 126; Gözübüyük Şeref, Anayasa Hukuku, 10. baskı, Ankara 2002, s. 93; Kapani Münci, Kamu Hürriyetleri, Ankara 1993, s. 13,14; Tanör Bülent, Türkiye’nin İnsan Hakları Sorunu, İstanbul 1994, s. 14).

doğuştan var olan hak ve özgürlükleridir²¹. Öyleyse insan olarak var olmanın, insan onuruna yakışır bir şekilde kendini idame ettirmenin, *yaşam hakkını* oluşturduğunu belirtmek gerekir²². Buradan hareketle temel insan hakkını oluşturan yaşama hakkının, kişinin “bedensel bütünlüğü” içinde bireyin “yaşam” ve “sağlığının sürmesi”ni ve bu bütünlüğün hukuken korunmasını amaçladığını söylemek mümkündür²³. Burada önemli olan normal uzunlukta, makul ölçüde sağlıklı, insan onuruna yakışan bir yaşam için gerekli olanakların sağlanmasıdır²⁴.

İnsanın insan olması nedeniyle sahip olduğu temel haklardan sosyal, kültürel, ekonomik, siyasal ve medeni hakların başında yaşam hakkının yanında *sağlık hakkı* da gelmektedir. Çünkü kişinin, sayılan bu temel hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi sağlık hakkının varlığına bağlıdır. Kişi makul ölçüde sağlıklı ve etkin bir yaşam için gerekli olan yaşam hakkı ve buna bağlı olarak sağlık hakkından yoksunsa, hukuken korunan diğer haklardan da yararlanamaz²⁵. Sağlık hakkı da yaşam hakkı gibi diğer hak ve hürriyetlerden tamamen ayrı olarak gerçekleştirilebilecek bir hak değildir. Kişinin sağlık hakkına tam olarak sahip olabilmesi, beslenme, dinlenme, konut ihtiyaçlarının düzenlenmesine, ihtiyarlıkta, analıkta güvence sağlanmasına, sosyal sigortaların ve sosyal yardım sisteminin gerçekleştirilmesine ve bunların yanında öğrenimin ve kültürel etkinliklerden faydalanabilmenin geliştirilmesine bağlıdır²⁶.

Sosyal devletin bir gereği olarak, devletin başta gelen görevlerinden biri sağlık hakkının güvence altına alınmasını sağlamaktır. Her ne kadar pek çok hastalığın ve ölümün nedeni toplumun kontrolü dışında oluşsa da, hastalıkların başlamadan önce önlenmesi, kişinin sağlığının hastalıktan sonra değil, başlangıçta

²¹ **Kaboğlu**, s. 15; **Kaboğlu**, Özgürlükler, s. 16; **Kapani**, s. 30; **Mumcu**, s. 21; **Serim** Bülent, “Sosyal Devlet, Sağlık Hakkı ve Getirilen Sınırlamalar”, Mülkiye, S. 106, s. 46; **Tezcan** Durmuş/**Erdem** Ruhan/**Sancakdar** Oğuz, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Işığında Türkiye'nin İnsan Hakları Sorunu, Ankara 2004, s. 43.

²² **Okur**, Sağlık Hakkı, s.12; **Savcı**, s. 20; **Velidedeoğlu** Hıfzı Veldet, “Türk Medeni Kanununa Göre Şahsiyetin Himayesi”, İBD, Temmuz 1937, Y. 3, S. 1-9, s. 145.

²³ **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 12; **Savcı**, s. 20.

²⁴ **Bozkurt** Enver, “İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı”, Ankara Barosu-Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Sağlık Hukuku Kurultayı, 1-3 Kasım 2007, Ankara 2008, s. 14; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 11.

²⁵ **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 1-11.

²⁶ **Bayraktar**, s. 18.

korunması sosyal devletin görevleri arasında yer almalıdır²⁷. Anılan nedenle sağlık hakkı hasta olduktan sonra gündeme gelmemesi gereken bir haktır. Sağlık hakkı kavramı tanımlanmaya çalışılırken aslında söz konusu hak ile amaçlananın “sağlıklı bakım hakkı” olduğunu görüyoruz. Sağlıklı bakım hakkı kavramı, toplumdaki her kişiye hasta olmadan önceki süreçte de sağlığının korunması ve belli bir yeterlilik ölçüsünde tıbbi bakım ve tedaviye ulaşabilme olanağının sağlanması anlamında kullanılmaktadır. Sağlık hakkı bireylerin “sağlık hizmetlerine ulaşabilme fırsatı” olarak da tanımlanabilmektedir.

Sonuç olarak sağlık hakkı; *“kişinin toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi”* olarak tanımlayabilir²⁸.

Toplum ve birey açısından diğer tüm hakların önünde, birinci derecede önemli olan sağlık hakkı, birey açısından bir hak olarak, devlet açısından da bir ödev olarak pek çok uluslararası hukuk metinleri ile düzenlenmiştir.

II. ULUSLARARASI BELGELERDE SAĞLIK HAKKI

A. Tarihsel Gelişim

Bir hak olarak sağlık olgusundan söz edebilmek için öncelikle temel hak ve özgürlüklerin Dünyadaki gelişimine değinmek gerekmektedir. Toplumu oluşturan bireylerin temel hak ve özgürlükler anlamında haklarının güvence altına alınması dünya tarihi içerisinde yaklaşık 800 yıllık bir geçmişe sahiptir. 1215 tarihli Magna Carta Libertium’da ve bütün uluslararası ve ulusal belgelerde devletin insan haklarını tanıyıp bir kısmına dokunmama, onlara müdahale etmeme yükümlülüğü, bir

²⁷ Bayraktar, s. 16; Bozkurt, s. 14; Okur, Sağlık Hakkı s. 1; Sözer Ali Nazım, Türkiye’de Sosyal Hukuk, 2. bası, İzmir 1998, s. 19, 20. Sosyal devlet ilkesi ve sağlık hakkı ile ilgili Anayasa Mahkemesi kararları aşağıda açıklanmıştır.

²⁸ Bayraktar, s. 16; Okur, Sağlık Hakkı, s. 1.

kısımında ise o hakkın kullanılabilmesi için devletin uygun ortamı yaratıp bireylere daha fazla hak sağlama yükümlülüğü bulunmaktadır²⁹.

Orta Çağ'da Hıristiyanlığın etkisiyle insana değer verme çabaları artmıştır. Ancak kilisenin siyasi güç ile bütünleşmesi sonucu, kişi hak ve özgürlüklerini devlet otoritesine karşı savunma çabaları son bulmuştur³⁰. Nihayet, bu sürecin sonunda feodalite ve burjuvazi arasındaki çelişkinin kapitalizme geçişi sağlanmasıyla 1789 Fransız Devrimi yaşanmıştır³¹. 1789 Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi'nde klasik hak ve özgürlükler bir bütün olarak ele alınarak, bireyci bir yaklaşım içinde genel birtakım ilkeler belirlenmiştir³². Ancak, sonrasında yaşanan sanayi devrimi ile liberal ekonomi anlayışı benimsenmiş ve bu çerçevede tanınan akit yapma serbestisi sonucu bir takım toplumsal sorunlar meydana gelmiştir³³.

Sanayi Devrimi sonucunda, bireylere tanınan hak ve özgürlüklerin yetersizliği ve Devletin vatandaşlarını koruyucu ve destekleyici bir rol üstlenmesi ihtiyacının bir ürünü olarak sosyal devlet anlayışı ortaya çıkmıştır. Sosyal devlet anlayışının ortaya çıkmasında sağlık hakkı da etkili olmuştur. İlk defa sanayi devriminden sonra Almanya'da burjuvazi ile işçi sınıfı arasındaki çatışmada işçilerin sağlık sigortasına yönelik hak elde etme girişimleri ile sağlık hakkı arayışları kendini göstermeye başlamıştır³⁴. Nihayet II. Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllarda Devletlerin sosyal ve ekonomik alanlardaki sorumluluklarını belirleyen milletlerarası bildiriler yayınlanmaya başlamıştır. Birleşmiş Milletler, Uluslararası Çalışma Örgütü ve Avrupa Konseyi gibi kuruluşların üye devletleri sağlık ve sosyal güvenlik sorunları

²⁹ **Balkır** Gönül Zehra, Türk Anayasa Yargısında Sosyal Hakların Korunması, Kocaeli 2009, s. 86; **Bozkurt**, s. 13; **Demir** Fevzi, Anayasa Hukukuna Giriş, 6. Bası, İzmir 2005, s. 65; **Kocaoğlu/Kocaoğlu**, s. 109; **Özbudun** Ergun, Türk Anayasa Hukuku, 10. Bası, Ankara 2009, s. 107 vd.

³⁰ **Demirbilek T.**, Sosyal Güvenlik Hakkı, s. 3,4; **Dilik** Sait, "Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi", AÜSBFD, C. 43, S. 1, 1988, s. 48, 49.

³¹ **Balkır**, s. 86; **Demirbilek T.**, Sosyal Güvenlik Hakkı, s. 4; **Dilik**, Tarihsel Gelişim, s. 69; **Kocaoğlu** Mehmet, Sosyal Politika, Ankara 1997, s. 43.

³² **Demirbilek T.**, Sosyal Güvenlik Hakkı, s. 4; **Kocaoğlu**, s. 43; **Tezcan/Erdem/Sancakdar**, s. 43.

³³ Özellikle işçi-işveren ilişkilerinin Devletin bir müdahalesi olmadan gerçekleşmesi, uzun çalışma süreleri, düşük ücretler, kadın ve çocukların işgücü olarak istismarı ile işçilerin sosyal güvenceden yoksun çalışmalarına sebep olmuştur.

³⁴ **Sözer**, Sosyal Hukuk, s. 18; **Sözer** Ali Nazım, Sosyal Devlet Uygulamaları, Almanya-İngiltere-Hollanda-Türkiye, İzmir 1997, s. 3, 4.

üzerinde somut yaklaşımlarda bulunmuşlar ve hukuk düzenlerinde de bu yönde gelişimler sağlamışlardır³⁵. Aşağıda konumuzla ilgili olduğu üzere, temelde başlıca insan haklarından biri olan sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelerin yer aldığı uluslararası belgeler incelenmektedir.

B. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin giriş bölümünde sadece insan olmanın, onurlu bir yaşam hakkına sahip olmak için yeterli olduğu ifade edilmektedir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde sağlık hizmetlerinin birey için hak ve toplum için de ödev şekline dönüştüğü görülebilir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde sağlık hakkına ilişkin olarak; “*Her insanın yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dâhil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığını ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu*” ifadesi yer almıştır³⁶. Böylece sağlık hakkı da temel insan hakları arasında sayılarak, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesi ilk defa uluslararası bir metin ile garanti altına alınmıştır.

C. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi

Asıl adı “*İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerinin Korunmasına İlişkin Sözleşme*” olan bu belge, 5 Mayıs 1949'da kurulan Avrupa Konseyi tarafından hazırlanmıştır³⁷. 4 Ekim 1950 tarihinde Roma'da imzalanarak 3 Eylül 1953 tarihinde yürürlüğe giren³⁸ Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Türkiye tarafından da 18 Mayıs

³⁵ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 37–49.

³⁶ Alptekin, s. 137; Bayraktar, s. 21; Doğru Osman, İnsan Hakları Uluslararası Mevzuatı, İstanbul 1998, s. 1 vd.; Sencer Muzaffer, Belgelerle İnsan Hakları – Ana Kuruluşlar ve Belgeler, Ankara 1986, s. 60 vd.

³⁷ Kocaoğlu/Kocaoğlu, s. 119; Sur Melda, İş Hukukunun Uluslararası Kaynakları – Avrupa Konseyi Çerçevesinde Kabul Edilen Belgeler, İzmir 1995, s. 7.

³⁸ Sur, Uluslararası Kaynaklar, s. 7.

1954 tarihinde onaylanmıştır³⁹. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nden farkı, çok taraflı uluslararası bir sözleşme olarak birçok temel hak ve özgürlükleri düzenlemesi ve üye devletlerin yükümlülüklerinin üzerinde denetim sistemi oluşturmasıdır⁴⁰. Ancak söz konusu özelliğine rağmen, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi sosyal hakları içermemektedir. Sosyal hakların düzenlenmemesinin nedeni olarak, ekonomik ve sosyal hakların hukukî olmaktan çok ahlakî ve siyasî anlayışa bağlı olarak, ülkeden ülkeye değişen ve gerçekleştirilmesinin devletlerin pozitif eylemlerine bağlı haklar olmaları gösterilmiştir⁴¹. Anılan nedenle de sosyal hakların, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ile düzenlenen zorlayıcı bir uluslararası denetim sistemine bağlı olmaları doğru bulunmamış ve söz konusu koruma sisteminin sosyal ve ekonomik haklara uygun olmadığı savunulmuştur⁴².

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin içeriği, klâsik kişisel ve siyasal haklardan meydana gelse de, sağlık hakkı ile ilgili dolaylı bir düzenlemeyi, 2. maddesinin 1. fıkrasında yaşama hakkının ifade edilmiş biçimiyle görmekteyiz: *“Herkesin yaşama hakkı hukuken korunmalıdır. Hiç kimse kanunda cezası belirlenmiş bir suç işlemesi nedeniyle mahkemece verilen kararın infazı amacıyla dahi olsa yaşama hakkından bilinçli olarak mahrum bırakılamaz”*.

Anılan maddeyi sağlık hakkı anlamında açıklamak gerekirse, madde ile devletlere sağlık konusunda tedbir almayı da içeren bir yükümlülük getirilmiştir. Söz konusu hükme göre, devletin sağlık kuruluşlarının hastaların yaşamlarının korunması için uygun tedbirleri alması konusunda uyması gereken kuralları düzenlemesi gerektiği anlamını çıkarmak da mümkündür⁴³.

³⁹ 19.03.1954 tarih ve 8662 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

⁴⁰ **Kocaoğlu/Kocaoğlu**, s. 119; **Tezcan/Erdem/Sancakdar**, s. 44.

⁴¹ **Sur**, Uluslararası Kaynaklar, s. 8.

⁴² **Sur**, Uluslararası Kaynaklar, s. 8. Bununla birlikte AİHM, yorum ve uygulamasında, temel hakların sosyal yönünü de göz önünde bulundurmakta, aynı zamanda klâsik kişisel ve siyasal haklar ile ekonomik ve sosyal hakların birbirinden kesin biçimde ayrılmasının mümkün olmadığını kararlarında vurgulamaktadır (**Sur**, Uluslararası Kaynaklar, s. 8,9).

⁴³ **Tezcan/Erdem/Sancakdar**, s. 205.

D. Avrupa Sosyal Şartı

Klâsik temel hak ve özgürlüklerin kişileri korumaya tek başına yeterli olmadığı; toplumsal koşullar dikkate alındığında sosyal hakların hak ve özgürlüklerden yararlanmada etkili olduğu kabul edilmiştir. Söz konusu sebeple, Avrupa Konseyi tarafından hazırlanan Avrupa Sosyal Şartı, sosyal hakların genelini tek metinde toplayıp ele alan ilk bağlayıcı uluslararası belge olma özelliğini taşımaktadır. Bahsedilen özelliği ile Şart, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin tamamlayıcısı olarak kabul edilmektedir⁴⁴.

Avrupa Sosyal Şartı 18 Ekim 1961'de Torino'da imzalanarak, 26 Şubat 1965'te yürürlüğe girmiştir⁴⁵. Türkiye ise, 3581 sayılı ve 16 Haziran 1989 tarihli Kanunla⁴⁶ onaylanması uygun bulunan Şart'ı 7 Ağustos 1989'da onaylamış, daha sonra Şart 14 Ekim 1989 tarihli ve 20312 sayılı Resmî Gazete ile yayımlanmıştır⁴⁷.

1961 tarihli Avrupa Sosyal Şartı'ndan tümüyle bağımsız ve zaman içinde onun yerini alacak olan belge, 1 Temmuz 1999'da Avrupa Birliği ülkelerinde yürürlüğe girmiş olan (Gözden Geçirilmiş) Avrupa Sosyal Şartıdır. Ülkemizde de 5546 sayılı Avrupa Sosyal Şartı'na Değişiklik Getiren Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun ile 5547 sayılı (Gözden Geçirilmiş) Avrupa Sosyal Şartının Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun⁴⁸ kabul edilerek

⁴⁴ **Bozkurt**, s. 15; **Centel** Tankut, "Avrupa Sosyal Şartı ve Türk Sosyal Hukuk Düzeni", İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi 15. Yıl Armağanı, İstanbul 1991, s. 93; **Gülmez** Mesut, "Geliştirilen İçeriği ve Etkinleştirilen Denetim Sistemi İle Yeni Avrupa Sosyal Şartı", Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası, Metin Kutal'a Armağan, Ankara 1998, s. 327; **Sur**, Uluslararası Kaynaklar, s. 71.

⁴⁵ **Centel**, Avrupa Sosyal Şartı, s. 93 vd.; **Çiçekli** Bülent, Avrupa Sosyal Şartı – Temel Rehber, Ankara 2001, s. 19; **Gülmez** Mesut, "Avrupa Sosyal Şartı'na Genel Bir Bakış ve Türkiye", İnsan Hakları Yıllığı, C. 12, Ankara 1990, s. 91 vd.; **Gülmez**, Yeni Avrupa Sosyal Şartı, s. 327 vd.; **Sur**, Uluslararası Kaynaklar, s. 69.

⁴⁶ 04.07.1989 tarihli ve 20215 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

⁴⁷ **Centel**, Avrupa Sosyal Şartı, s. 94; **Gülmez**, Yeni Avrupa Sosyal Şartı, s. 327; **Sur**, Uluslararası Kaynaklar, s. 69.

⁴⁸ 03.10.2006 tarihli ve 20308 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

yürürlüğe girmiş ve “Gözden Geçirilmiş Şartın” onaylanması ise Bakanlar Kurulunun 2007/11907 sayılı kararı⁴⁹ ile kararlaştırılmıştır⁵⁰.

Sosyal Şart açık veya örtülü bir şekilde, sağlığın korunması için çağrı yapan hükümler ihtiva etmektedir. 2. maddede garanti altına alınan haklar (adil çalışma koşulları hakkı) insanların sağlığını koruma ihtiyacını temel almaktadır. 3. madde işyerinde sağlık ve güvenliğe ilişkin yükümlülükleri düzenlemektedir. Çocukların ve genç insanların sağlık ve refahının çeşitli boyutları 7. maddenin kapsamına girmektedir. 8. maddede hamile kadınların sağlığının korunması, 12. maddede sosyal güvenlik hakkı konuları düzenlenmiştir. Bu hükümlerin yanı sıra 11. madde, sağlık hakkının bireysel boyutlarının haricinde, geniş anlamıyla kamu sağlığı açısından sağlık hakkını kapsamına almaktadır⁵¹. Şöyle ki; “*Akit Taraflar, sağlığın korunması hakkının etkili bir biçimde kullanılması sağlamak amacıyla, ya doğrudan ya da kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde diğer önlemlerin yanı sıra; 1- Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmayı; 2- Sağlıklı olmayı teşvik etmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluk duygusunu geliştirmek üzere eğitim ve danışma hizmetleri sağlamayı; 3- Kazalar açısından olduğu gibi, salgın, yöresel ve diğer hastalıkları olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı; taahhüt ederler*”⁵².

(Gözden Geçirilmiş) Avrupa Sosyal Şartı’nın “Sosyal ve Tıbbi Yardım Hakkı” başlıklı 13. maddesinde de sağlık hakkına şöyle değinilmiştir: “*Akit Taraflar sosyal ve tıbbi yardım hakkının etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla: 1- Yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla veya başka kaynaklardan, özellikle bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bunun gerektirdiği bakımı sunmayı; 2-*

⁴⁹ 09.04.2007 tarihli ve 26488 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

⁵⁰ **Gülmez** Mesut, “Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı’na Uyum Sağlayabilecek miyiz?”, Çalışma ve Toplum, 2007/1, S. 12, s. 27. Öte yandan Sosyal Haklar Avrupa Komitesinin Avrupa Sosyal Şartı’na ilişkin olarak saptamış olduğu eksiklikler listesinde sağlığa erişim hakkındaki yetersizlikler ile hastalıkların önlenmesindeki yetersizliklerin bulunmasının, Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı’ndan doğan yükümlülüklerin de kolayca yerine getirilemeyeceği belirtilmektedir (**Gülmez**, Gözden Geçirilmiş, s. 27).

⁵¹ **Çiçekli**, s. 161.

⁵² **Bayraktar**, s. 21; **Çiçekli**, s. 161.

Böyle bir yardım görenlerin, bu nedenle siyasal ve sosyal haklarının kısıtlanmasını önlemeyi; 3- Herkesin, kişisel veya ailevi mahrumiyet halini önlemek, gidermek ya da hafifletmek için gerekebilecek öneri ve kişisel yardımları uygun kamusal ya da özel hizmetler eliyle alabilmesini sağlamayı; 4- Bu maddenin 1, 2 ve 3 fıkralarında değinilen hükümleri, ülkelerinde yasal olarak bulunan diğer akit Tarafların vatandaşları ile kendi vatandaşlarını eşit tutarak, 11 Aralık 1953'te Paris'te imzalanmış olan Avrupa Sosyal ve Tıbbi Yardım Sözleşmesi ile üstlendiği yükümlülükler çerçevesinde uygulamayı taahhüt ederler”⁵³.

E. Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme (102 Sayılı Sözleşme)

“Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme”⁵⁴ (102 Sayılı Sözleşme) Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından 28.06.1952 tarihinde kabul edilmiş olup, Türkiye tarafından 29.07.1971 tarihide 1451 sayılı Kanun ile kabul edilmiştir.⁵⁵ 15 bölümden oluşan 102 Sayılı Sözleşmede yer alan 9 risk Türkiye tarafından kabul etmiştir⁵⁶.

⁵³ Çiçekli, s. 170.

⁵⁴ Bakanlar Kurulu'nun 01.04.1974 T., 7-7964 sayılı Kararnamesi ile onanmıştır (15.10.1974 tarihli ve 15037 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

⁵⁵ Sözer Ali Nazım, “5510 Sayılı Kanun'un Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeleri”, Sosyal Güvenlik Hukuku, Yasalar ve Gerçekler, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007, s. 151.

⁵⁶ Sözleşmenin 2. ve 3. maddelerinde bazı bölümlerin imzalanmasının zorunlu, bazılarının ise seçimlik olduğu belirtilmiştir. Üye devletler zorunlu olanların dışında kalan bölümlerden en az üçünü onaylamak zorundadırlar. Zorunlu ve seçimlik bölümler şöyledir:

Bölüm I. Genel Hükümler: Zorunlu; Bölüm II. Sağlık Yardımları: Zorunlu seçimlik. Türkiye sağlık yardımlarında kişi bakımından kapsama ilişkin 9. maddenin d bendini kabul ile istisna uygulamasını tercih etmiştir; Bölüm III. Hastalık Ödenekleri: Zorunlu seçimlik. Türkiye tarafından kabul edilmiştir; Bölüm IV. İşsizlik Yardımları: Zorunlu seçimlik. Türkiye tarafından kabul edilmemiştir; Bölüm V. İhtiyarlık Yardımları: Zorunlu seçimlik. Türkiye tarafından kabul edilmiştir. Bölüm VI. İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları Halinde Yapılacak Yardımlar: Zorunlu seçimlik. Türkiye tarafından kabul edilmiştir; Bölüm VII. Aile Yardımları: Zorunlu seçimlik. Türkiye tarafından kabul edilmemiştir. Bölüm VIII. Analık Yardımları: Zorunlu seçimlik. Türkiye analık edimlerinde kişi bakımından kapsama ilişkin 48. maddenin c bendini kabul ile istisna uygulamasını tercih etmiştir; Bölüm IX. Maluliyet Yardımları: Zorunlu seçimlik. Türkiye tarafından kabul edilmiştir; Bölüm X. Ölüm Yardımları: Zorunlu seçimlik. Türkiye tarafından kabul edilmiştir; Bölüm XI. Periyodik Ödemelerde Uygulanacak Normlar: Zorunlu; Bölüm XII. Yabancılara Eşit Muamele: Zorunlu; Bölüm XIII. Müşterek Hükümler: Zorunlu; Bölüm XIV. Müteferrik Hükümler: Zorunlu; Bölüm XV. Son Hükümler: Zorunlu; Bölüm XVI. Son Hükümler (Sözer, Yasalar ve Gerçekler, s. 151, 152).

7. maddesinde; “sözleşmenin bu bölümünü tatbik eden her üye, korunan kimselere sağlık durumları gerektirdiği zaman, bu bölümün aşağıdaki maddelerine uygun olarak, koruyucu mahiyette veya tedavi şeklinde sağlık yardımları yapılmasını teminat altına alır” hükmüne yer verilmiş ve aynı bölümün 10. maddesinde burada sözü edilen yardımlar şöyle belirtilmiştir: hastalık halinde evde yapılacak muayeneler, pratisyen hekimler tarafından yapılacak muayene ve tedaviler, mütehassıs hekimler tarafından hastanelerde yatarak veya ayakta yapılacak muayene ve tedavilerle hastane dışında sağlanabilecek tedaviler⁵⁷.

102 Sayılı Sözleşme’nin 10. maddesinin ikinci fıkrasında, “yardımdan faydalananlar veya bunların aile reisleri, hastalık halinde yapılacak sağlık yardımı masraflarına iştirak ettirilebilir. Bu iştirake taallük eden esaslar ilgiliye ağır bir yük teşkil etmeyecek şekilde tesbit edilmelidir” hükmüne yer verilmiş, üçüncü fıkrasında, “bu madde gereğince yapılacak yardımlar, korunan kimsenin sağlığını korumaya, çalışma gücünü iadeye ve şahsi ihtiyaçlarını karşılayabilme kabiliyetini artırmaya matuftur”, dördüncü fıkrasında ise “sağlık yardımlarının ifasıyla görevli Devlet daireleri veya müesseseler, korunan kimseleri, amme idareleri tarafından veya bu idarelerce yetkili kabul edilmiş diğer teşekküller tarafından, kendi hizmetlerine arz edilen umumi sağlık müesseselerine müracaat etmeye, uygun görülebilecek her türlü vasıtalarla, teşvik ederler” demek suretiyle, devletin görevlerine de değinilmiştir.

F. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme

Sağlık hakkı, ülkemizin de taraf olduğu çeşitli sözleşmelerde benzer kavramlarla açıklanmıştır. Birleşmiş Milletler Genel Kurul’unda kabul edilen ve 23 Mart 1976 tarihinde yürürlüğe giren, “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme”nin⁵⁸ 9. maddesinde; bu Sözleşme’ye Taraf Devletlerin, herkesin sosyal sigorta da dâhil olmak üzere sosyal güvenlik hakkını tanıdığı belirtilmişken, 12. maddesinin birinci fıkrasında; “bu Sözleşme’ye Taraf Devletler, herkesin, ulaşılabilecek en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standardına sahip olma

⁵⁷ 102 Sayılı Sözleşmenin ilgili hükümlerinin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümleri ile karşılaştırması için bkz. **Sözer**, Yasalar ve Gerçekler, s. 150–167.

⁵⁸ Bakanlar Kurulu’nun 10.07.2003 T., 2003/5923 S.1 Kararnamesi ile onanmıştır (11.08.2003 tarihli ve 25196 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır); **Doğru**, s. 10 vd.; **Sencer**, 67 vd.

hakkını kabul ederler” hükmüne yer verilerek sağlık hakkı düzenlenmiştir. Aynı maddenin ikinci fıkrasında sözleşmeye taraf devletlerin bu hakkın tam olarak kullanılmasını sağlamak için alacakları tedbirler sayılmış, (c) bendinde; salgın; yöresel, mesleki ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü, (d) bendinde ise; hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması amacıyla taraf devletlerin gerekli tedbirleri alacakları hükme bağlanmıştır.

G. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi)

Avrupa Konseyi tarafından hazırlanan, “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi)”nin⁵⁹ 3. maddesinde; *“ taraflar, sağlığa duyulan ihtiyaçları ve kullanılabilir kaynakları göz önüne alarak, kendi egemenlik alanlarında, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun önlemleri alacaklardır”* hükmüne, 4. maddesinde ise *“araştırma dâhil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir”* hükmüne yer verilerek sağlık hakkına değinilmiştir.

H. Binyıl Kalkınma Hedefleri

Türkiye Cumhuriyeti ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı arasında “Türkiye’de Yerel Gündem 21 Yönetişim Ağı Kanalıyla BM Binyıl Kalkınma Hedeflerinin Yerelleştirilmesi” Projesi imzalanmış ve Bakanlar Kurulunun 29.03.2007 tarih ve 2007/11942 sayılı kararı⁶⁰ ile de onaylanması kararlaştırılmıştır. Buna göre; Eylül 2000’de yapılan Binyıl Zirvesi’nde belirlenen ve 2015 yılına kadar gerçekleştirilmesi öngörülen, kalkınmaya ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik sekiz hedeften (*“Binyıl Kalkınma Hedefleri”*) üçü sağlık hakkının gerçekleştirilmesine yöneliktir: Bunlardan Hedef 4; Çocuk ölümlerinin azaltılması, Hedef 5; Ana-çocuk

⁵⁹ Bakanlar Kurulu’nun 16.03.2004 T., 2004/7024 S.lı Kararnamesi ile onanmıştır (20.04.2004 tarihli ve 25439 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır).

⁶⁰ 24.04.2007 tarihli ve 26502 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

sağlığının iyileştirilmesi ve Hedef 6; HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele edilmesi ile ilgilidir⁶¹.

I. Alma-Ata Konferansı

Sağlık hakkını düzenleyen ve koruma altına alan uluslararası sözleşmeler yanında, bu amaçla uluslararası birçok konferans da düzenlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından “Temel Sağlık Hizmetleri” konulu konferans, Kazakistan’ın başkenti Alma – Ata’da, 6–12 Eylül 1978 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Alma–Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu Uluslararası Konferans sonrası, aşağıda önemli maddeleri sayılan, Alma- Ata Bildirisi yayınlanmıştır:

1) Konferans yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları *sağlığın* temel insan haklarından biri olduğunu ve bunu da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır.

2) Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin gelişmiş memleketler ile gelişmekte olan ve özellikle sosyal ve ekonomik alanlarda bir varlık göstermemiş memleketler arasında en yüksek derecesine ulaşması, bu durumu tüm ülkelerin ortak sorunu haline getirmiştir.

3) Yeni uluslararası ekonomik düzene dayanan ekonomik ve sosyal gelişmeler tüm insanların tam bir sağlığın elde edilmesi ve gelişmekte olan memleketlerle, gelişmiş memleketlerin sağlık durumları arasındaki boşluğun kapatılması yönünden büyük bir önem ifade etmektedir. İnsanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından gerekli olup daha iyi bir yaşam seviyesine ve dünya barışının elde edilmesine katkısı vardır.

⁶¹ <http://www.undp.org.tr/GoZlem3.aspx?WebSayfaNo=248>, (21.12.2008).

4) Tüm insanların hem bireysel, hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yurütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir.

5) Hükümetler, kendi halkının sağlığından sorumlu olup bu sorumlulukların sadece uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemleri almak suretiyle yerine getirirler. Hükümetlerin, uluslararası örgütlerin ve önümüzdeki yıllarda oluşacak tüm dünya toplumlarının varacakları ana sosyal hedef tüm dünya insanları sağlık durumlarını, kendilerine sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşama götürme olanaklarını verecek 2000 yılı sağlık durumuna kavuşmalarını sağlamak olmalıdır. İşte temel sağlık hizmeti kalkınmanın bir parçası olarak böyle bir hedefi eşitlik ruhu içinde elde etmenin yoluna açılan kapının anahtarını oluşturur.

III. TÜRK HUKUKUNDA SAĞLIK HAKKI

A. Genel Olarak

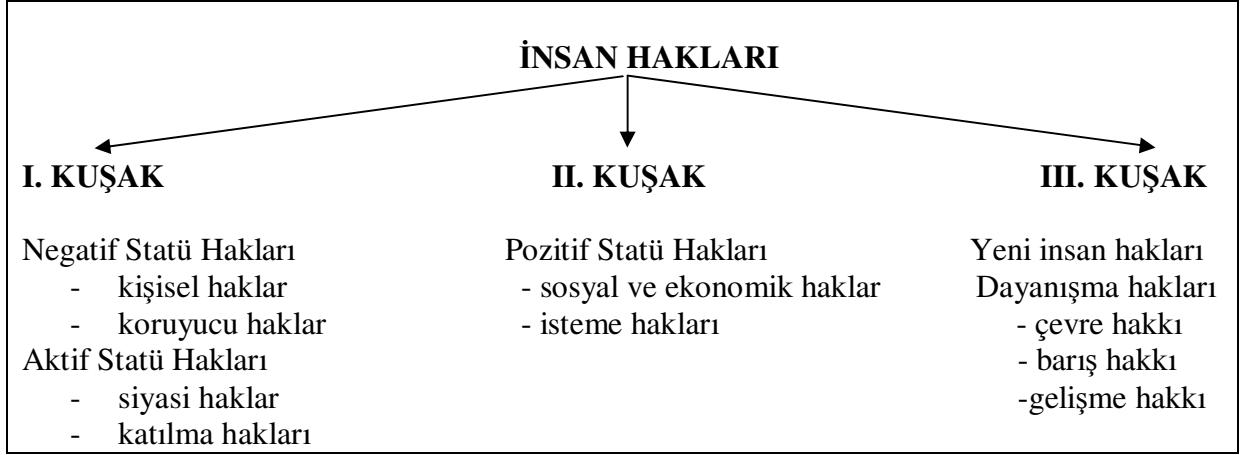
Türk Hukukundaki düzenlemelerde sağlık hakkının yerini incelemeye geçmeden önce, insan haklarının çeşitleri arasında sağlık hakkının konumunu belirtmekte fayda bulunmaktadır.

Yukarıda da belirtildiği üzere, insan hakları, insanın sırf insan olmasından dolayı, doğuştan sahip olduğu, dokunulamayan evrensel bir ilkeye sahip haklardır. Dolayısıyla insan hakları, kanuni veya idari bir takım düzenlemelerle garanti altına alınmış olup olmadığına ve pozitif hukukun özel düzenleyici normları tarafından öngörölmüş olup olmadığına bakılmaksızın geçerlilik kazanmakta ve hak süjeleri tarafından da ileri sürülebilmektedir. Bu nedenden dolayı, insan hakkı kavramı, pozitif hukuk içerisinde değil, doğal hukuk çerçevesinde ele alınmaktadır⁶².

⁶² Sur Melda, "İnsan Hakları Kavramındaki Gelişmeler", İzmir Barosu Dergisi, Temmuz 1993, Y. 58, S. 3, s. 40.

İnsan hakları geçirdiği gelişim süreci içinde, uluslararası ve ulusal literatürde çeşitli ayrımlara tabi tutulmaktadır. Genel olarak oluşum dönemleri dikkate alındığında, insan haklarının üç kuşak şeklinde tasnif edildiği görülmektedir⁶³:

Tablo 1: İnsan Haklarının Sınıflandırılması.



Birinci kuşak insan hakları, tarihsel gelişim içinde insanın kazandığı ilk haklardır. Büyük ölçüde aristokrasi-burjuvazi çatışmasına dayanan bu haklar özgürlük ve eşitlik kavramlarının doğumuna kaynaklık etmiştir⁶⁴. Birinci kuşak hakların kapsamına, “kişisel ve siyasal haklar” girmektedir. Yaşama hakkı, eşitlik ilkesinin gerçekleşmesi, beden bütünlüğünün korunması, hak arama ve yasal yargılanma hakkı, özel hayatın ve gizliliğinin korunması, konut dokunulmazlığı haberleşme serbestisi, seyahat ve yerleşme özgürlüğü, din ve vicdan özgürlüğü, düşünce ve kanaat açıklama özgürlüğü, bilim ve sanat özgürlüğü, angarya, zorla çalıştırma yasağı, dernek kurma hakkı kişisel haklara örnek olarak verilebilir. Vatandaşlık hakkı, seçme ve seçilme hakkı, kamu yönetimine katılma hakkı gibi haklar da siyasal haklara örnek olarak verilebilir. Birinci kuşak haklar devlete çekinme, kişinin alanına müdahale etmeme yükümlülüğü yüklemektedir⁶⁵. Bu sebeple, devlete kişinin özgürlüğünü kullanmasına engel olmamak, karışmamak

⁶³ Ayrıntılı bilgi için bkz. **Kaboğlu**, s. 25, 26; **Kaboğlu**, *Özgürlükler*, s. 41–47; **Tezcan/Erdem/Sancakdar**, s. 55–67; **Uygun Oktay**, “İnsan Hakları Kuramı”, *İnsan Hakları*, İstanbul 2000, s. 21–42.

⁶⁴ **Kaboğlu**, *Özgürlükler*, s. 41; **Tanör** Bülent, *Anayasa Hukukunda Sosyal Haklar*, İstanbul 1978, s. 45.

⁶⁵ **Gözler**, *Anayasa Hukuku Dersleri*, s. 129; **Sur**, s. 41; **Tezcan/Erdem/Sancakdar**, s. 61.

şeklinde negatif bir davranış yükleyen “koruyucu haklar” da denilen “negatif statü hakları”nın⁶⁶ da birinci kuşak haklar olduğunu söylemek mümkündür.

İkinci kuşak insan hakları, 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra, çalışan kesimlerin siyasi ve iktisadi taleplerinin artması sonucu ortaya çıkmıştır. Sosyolojik, felsefi ve hukuki açılardan sosyal eşitsizliklere karşı tepki niteliğindeki bu haklar, sosyal eşitlik amacını gerçekleştirmeye yönelmiştir⁶⁷. Bu hakların gerçekleşebilmesi için devletin olumlu bir edimde bulunması, bir hizmet sunması gerekir⁶⁸. Sosyal ve ekonomik hakları kapsamına alan bu haklar, aynı zamanda “isteme hakları” da denilen “pozitif statü hakları”na da tekabül etmektedir. İkinci kuşak haklara örnek olarak, sağlık hakkı, çalışma hakkı, sendika hakkı, sosyal güvenlik hakkı, beslenme hakkı, barınma hakkı gibi haklar verilebilir.

Bunun yanında, “sosyal ve ekonomik haklar” olarak sayılan hakların tümünü pozitif statü hakkı kapsamı içerisinde düşünerek, tamamının da olumlu bir edimi gerektirdiğini savunan görüşleri eleştiren yazarlar bulunmaktadır⁶⁹. Fransız, Alman, İsviçre ve Türk doktrinlerinin büyük çoğunluğuna hakim olan ve sosyal ve ekonomik haklarının tümünü “isteme hakları” olarak kabul eden anlayışı eleştiren yazarlara göre, devletin kaçınması (kişisel ve siyasal haklar-özgürlük hakları) veya devletin müdahalesi (isteme hakları) biçiminde yapılan ayrımlar kesinlik taşımamaktadır⁷⁰. Çünkü, sosyal ve ekonomik hakların bir kısmı negatif veya aktif statü hakkı niteliğindedir. Örneğin, çalışma hakkı, sendika kurma hakkı, grev ve lokavt hakkı negatif statü hakkı niteliğindeki klasik haklara ve siyasal haklara benzemektedir. Bu hakların gerçekleşmesi için devletin olumlu bir edimde bulunmasına gerek yoktur. Devlet müdahale etmeme ödevini yerine getirdiği sürece bu haklar gerçekleşmiş olur.

⁶⁶ Georg Jellinek tarafından yapılan ayrıma göre temel hak ve özgürlükler, negatif statü hakları (koruyucu haklar), pozitif statü hakları (isteme hakları) ve aktif statü hakları (katılma hakları) olmak üzere üç gruba ayrılır (**Gözler**, Anayasa Hukuku Dersleri, 126, 127; **Kaboğlu**, s. 25, 26; **Tezcan/Erdem/Sancakdar**, s. 58; **Uygun**, s. 23, 33).

⁶⁷ **Tanör**, s. 79, 92.

⁶⁸ **Sur**, s. 42.

⁶⁹ **Gözler**, Anayasa Hukuku Dersleri, s. 129; **Kaboğlu**, s. 26, 27; **Tanör**, s. 13–22.

⁷⁰ **Gözler**, Anayasa Hukuku Dersleri, s. 129; **Kaboğlu**, s. 26, 27. Farklı yönde görüş için bkz. **Tanör**, s. 13–22, 92–109. Bu sınıflandırmaya birçok farklı açılardan eleştiriler getirilmektedir. Ancak biz burada konumuzla ilgili olan eleştirileri ele alıp değerlendirmekle yetineceğiz.

Konuya farklı bir açıdan yaklaşan *Tanör'e* göre, sosyal hakların klasik haklara dönüşmesi iddiası doğru değildir. Özellikle, sağlık hakkı, çalışma hakkı, konut hakkı, beslenme hakkı gibi haklar aslında ihtiyaç sahibi kişilerin hakları olup, “herkes”e tanınmış haklar değildir. Bu haklar sosyal eşitsizlikler sonucu ortaya çıktığına göre, *Tanör* sınırlı kaynakların öncelikle ihtiyaç sahipleri dikkate alınarak dağıtılması gerektiğini savunmaktadır⁷¹. Bu sebeple de, klasik haklar ve sosyal haklar arasındaki ayrımın kalktığı görüşünü kabul etmemektedir.

Tanör, yukarıda belirtilen eleştirisi yanında, sosyal hakların ve ekonomik hakların içeriklerinin farklı olduğunu kabul etmektedir⁷². Şöyle ki, “ekonomik haklar” pratikte, maddi imkânlarla sahip bulunan kişilerin hakları olarak belirmelerine karşılık, “sosyal haklar” iktisadi ve sosyal eşitsizliklere tepki niteliğinde olduğu için özel olarak korunması gerekenlerin haklarıdır. Diğer demokratik hak ve özgürlükler ise herkese tanınmış haklardır.

Üçüncü kuşak insan hakları, sömürgeci devletlerin Üçüncü Dünya devletlerinin baskısı sonucu bilimsel ve teknik gelişmeler neticesinde ortaya çıkan ve “dayanışma hakları” veya “yeni insan hakları” olarak adlandırılan haklardır⁷³. Bu hakların kapsamına, çevre hakkı, gelişme hakkı, barış hakkı, insanlığın ortak mal varlığına saygı hakkı girmektedir. Söz konusu haklar özellikle, barışçıl bir yaşama ortamı yaratılması amacıyla bireylerin ve toplulukların dayanışma içerisinde hareket etmesi gerekliliğinden kaynaklanması nedeniyle gerçekleşebilmeleri için kişilerin, kurumların ve devletin ortak çabası gerekmektedir⁷⁴.

Belirtmek gerekir ki, yapılan tüm bu sınıflandırmalara rağmen, insan haklarının hepsi birbirine bağımlıdır ve birinin yokluğu diğerinin kullanımını olumsuz yönde etkiler. Her biri insanın doğasından kaynaklanan ve insanca bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli olan taleplerdir. Özellikle sağlık hakkı bakımından konuyu ele alacak olursak, en başta sağlık hakkı gerçekleşmeden diğer haklardan

⁷¹ **Tanör**, s. 83–92.

⁷² **Tanör**, s. 93, 94.

⁷³ **Gözler**, Anayasa Hukuku Dersleri, s. 128; **Kaboğlu**, s. 26; **Kaboğlu**, Özgürlükler, s. 45–47; **Sur**, s. 43; **Uygun**, s. 24.

⁷⁴ **Kaboğlu**, Özgürlükler, s. 45–47; **Uygun**, s. 24.

hiçbirinin kullanılabilmesinin mümkün olmadığını söylemek gerekir. Ayrıca sağlık hakkının, yukarıda söz edilen sınıflandırma içerisinde belirli bir gruba tabi olduğunu söylemek de doğru olmayacaktır. Şöyle ki, sağlık hakkı birinci kuşak haklardan olan ve klasik hakların başında gelen yaşam hakkının bir sonucudur. Aynı şekilde kişinin vücut bütünlüğüne dokunulmaması hakkı, sağlık hakkının bir gereğidir. Ancak, sağlık hakkının gerçekleşebilmesi için devletin kişiye karışmayacağı özel bir alan yaratma gibi bir görevi yoktur, aksine burada devletin görevi kişiye müdahale etmek ve hizmet götürmektir.

İnsan hakları, gerçekleşmesi bakımından devletin karışmamak şeklindeki “negatif” görevi veya müdahale etmek şeklindeki “pozitif” görevi olmasından etkilenmemelidir. Çünkü, insan hakları insanca yaşama hakkının gerçekleştirilebilmesi için ortaya çıkan ahlaki taleplerdir. Bu noktadan hareketle insan haklarını kesin bir şekilde sınırlandırmadan hem negatif hem de pozitif özellikler gösterdiğini ve devlete her iki anlamda da görevler yüklediğini söylemek mümkündür. Ancak *Tanör’ün*⁷⁵ de belirttiği gibi, sosyal hakların ekonomik haklardan ayrı düşünülmesi ve özel olarak korunması gerekenlerde gerçekleştirilmesi hususu ayrıca düzenlenmelidir. Devletin mali kaynakları göz önüne alındığında, pozitif statü haklarının gerçekleştirilmesinde yetersiz kaldıkları görülmektedir. Ancak burada asıl sorun, mali kaynakların yetersizliği değil, bu kaynakların nasıl dağıtıldığıdır. İşte bu noktada, sağlık hakkı gibi hakların daha iyi düzeyde gerçekleşebilmesi, kaynakların dağıtımında ihtiyaç sahiplerine öncelik ve önem vermekle sağlanabilir.

İnsan haklarının yukarıda söz edilen üçlü ayırımından gerek 1961 Anayasası gerekse 1982 Anayasası etkilenmiştir. Aşağıdaki açıklamalarda söz konusu sınıflandırma dikkate alınarak sağlık hakkının Anayasalarımızdaki yeri incelenmektedir.

⁷⁵ **Tanör**, s. 83–92.

B. Anayasal Düzenlemelerde Sağlık Hakkı

1. 1961 Anayasası'ndan Önceki Düzenlemeler

1961 Anayasa'sından önce olan düzenlemelerden, Sened-i İttifak, 1876 Anayasası, 1921 Anayasası ve 1924 Anayasası'nda sağlık hakkına yer verilmemiş olup, bu düzenlemelerde sadece halkı kamu gücünün haksız müdahalelerine karşı korumak amaçlanmıştır⁷⁶.

1808 tarihli Sened-i İttifak anayasal bir düzenleme olarak değil, anayasal bir belge olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü içerik olarak, devlet iktidarının sınırlandırılmasını amaçlamış olup, padişahın bu sınırlar içerisinde hareket edebileceğini düzenlemiştir⁷⁷. Söz konusu anayasal belgenin yedinci koşulunda, yoksulun ve halkın korunmasının esas olduğu belirtildikten sonra bunun, vergilerde adaleti sağlamakla olacağını vurgulamıştır⁷⁸. Anılan belge, devlet otoritesinin ne kadar zayıflamış olduğunu gösterdiği için birkaç yıl sonra II. Mahmut merkezi otoriteyi güçlendirince Sened-i İttifak'ın hükümlerini tanımamıştır.

1876 yılında ilk Osmanlı Anayasası olan Kanun-i Esasi'de temel hak ve özgürlükler anlamında kişi hürriyeti, vatandaşlık hakkı, eşitlik ilkesi, öğretim hürriyeti, konut dokunulmazlığı, işkence yasağı gibi hak ve hürriyetler düzenlenmiş olup, sağlık hakkına değinilmemiştir⁷⁹.

1921 tarihli Teşkilât-ı Esasiye Kanunu, 1876 tarihli Kanun-u Esasisini yürürlükten kaldırmadığı için kısa bir metin olarak yer almış ve sadece milli

⁷⁶ Okur, Sağlık Hakkı, s. 20.

⁷⁷ Demir, s. 171; Gözler, Anayasa Hukuku Dersleri, s. 13; Özbudun, s. 25.

⁷⁸ Sened-i İttifak'ın orijinal metninde şöyle belirtilmiştir: “*fukara ve reayanın himayet ve siyanetinin esas olduğunu*” hatırlattıktan sonra, hanedanların idareleri altında bulunan kazalarda “*fukara ve reayanın*” vergilendirilmesinde “*hadd-i itidale riayet hususuna dikkat*” edeceklerine söz vermektedirler (<http://www.anayasa.gen.tr/senediittifak.htm> (14.02.2009)).

⁷⁹ Demir, s. 178; Gözler, Anayasa Hukuku Dersleri, s. 18; Mumcu, s. 204, 205; Okur, Sağlık Hakkı, s. 21; Özbudun, s. 26.

egemenlik ilkesine yer verilerek, hak ve özgürlükler konusu Anayasa’da düzenlenmemiştir⁸⁰.

1924 tarihli Teşkilât-ı Esasiye Kanunu, 1921 tarihli Teşkilât-ı Esasiye Kanunu ve 1876 tarihli Kanun-u Esasisini açıkça yürürlükten kaldırarak devletin temel organlarını düzenlemiştir. Ayrıca bu Anayasa’da, “Türklerin Hukuk-u Ammesi (Türklerin Kamu Hakları)” başlığı altında beşinci fasılda temel hak ve hürriyetlerin düzenlendiğini görmekteyiz. 1924 Anayasası’nda düzenlenen hak ve hürriyetlerde 1789 Fransız Devrimi ilkelerinin etkileri görünmektedir. Anayasa’da sırasıyla yukarıda bahsedilen klasik hak ve hürriyetlerden kişi güvenliği, eşitlik ilkesi, konut dokunulmazlığı, mülkiyet hakkı, din, düşünce, vicdan, söz, basın, haberleşme, çalışma, dernek kurma ve eğitim hürriyetleri gibi haklar düzenlenmiştir⁸¹. Ancak Anayasa metninde, “negatif statü hakları” niteliğindeki hak ve hürriyetlere yer verilmiş olup, sağlık hakkının da düzenlendiği “sosyal ve ekonomik haklar” akımına yabancı kalınmıştır⁸².

2. 1961 Anayasası’nda Sağlık Hakkı

1961 Anayasası 1924 Anayasası’na oranla temel hak ve hürriyetlere daha geniş ve daha güvenceli düzenlemiştir. 1961 tarihli Anayasa’da, klasik hak ve hürriyetler yanında sosyal ve ekonomik hak ve özgürlüklere de yer verildiğini görmekteyiz. Ayrıca, 1961 Anayasası özellikle yukarıda söz edilen üçlü ayrıma sadık kalarak insan haklarını düzenlemiştir⁸³. Yaşama hakkı ve sağlık hakkını da düzenleyen 1961 Anayasası, sosyal devlet ilkesini benimseyen bir Anayasa olarak ortaya çıkmıştır. Anayasa’nın 14. maddesinde yaşama hakkı şöyle düzenlenmiştir:

⁸⁰ **Demir**, s. 188; **Gözler**, Anayasa Hukuku Dersleri, s. 31, 32; **Mumcu**, s. 222, 223; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 21; **Özbudun**, s. 28. 1921 Anayasası’nda hak ve özgürlükler düzenlenmediği için “Kamu Özgürlükleri” konusunda 1876 Anayasası’nın yürürlükte olduğunun kabul edilebileceği belirtilmiştir (**Mumcu**, s. 223).

⁸¹ **Demir**, s. 190; **Gözler**, Anayasa Hukuku Dersleri, s. 38; **Mumcu**, s. 223; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 21.

⁸² **Demir**, s. 190; **Gözler**, Anayasa Hukuku Dersleri, s. 38; **Kapani**, s. 109; **Özbudun**, s. 33.

⁸³ **Balkır**, s. 111, 114; **Özbudun**, s. 43; **Tanör**, s. 102; **Uygun**, s. 33. Anayasa’daki üçlü sınıflandırmaya bağlı kalınan düzenleme şöyledir: İkinci Kısım “Temel Haklar ve Ödevler” başlığı altında, I. Bölüm: Genel Hükümler, II. Bölüm: Kişinin Hakları ve Ödevleri, III. Bölüm: Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler, IV. Bölüm: Siyasî Haklar ve Ödevler. Ayrıca ilk defa 1961 Anayasası’nda “insan hakları” kavramı kullanılmıştır (md. 2).

“Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını geliştirme haklarına ve kişi hürriyetine sahiptir”.

Nihayet, Anayasa'nın 48. ve 49. maddelerinde ise sosyal güvenlik ve sağlık hakkı düzenlenmiştir. Madde 48'e göre, “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilâtı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir”. Sağlık hakkı ise 49. maddede şöyle düzenlenmiştir: “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır”.

Görüldüğü üzere 1961 Anayasası, sağlık hakkını sosyal hak olarak kabul etmiş ve madde gerekçesinde de “Devletin sıhhi bakım ve mesken sağlama görevi hem İnsan Hakları Evrensel Beyanname ve hem de bazı anayasalarda ayrıca belirtilmiştir” denilmiştir. Ayrıca sağlık hakkının konut hakkı ile birlikte düzenlenmesi yine madde gerekçesinde, barınma ihtiyacının bu hakla doğrudan bağlantılı olduğu ve herkese barınacak bir yer sağlamanın sosyal devletin görevi olduğu vurgulanarak açıklanmıştır⁸⁴. Sağlık hakkını gerçekleştirmek için ayrıca, işkence ve insan onuruyla bağdaşmayan ceza yasağı, ana ve çocuğun korunması için önlem alma yükümlülüğü, çocuklara, gençlere ve kadınlara niteliklerine uygun iş olanağı yaratma yükümlülüğü, dinlenme hakkı da düzenlenmiştir.

Sosyal devleti gerçekleştirmek amacıyla getirilen bu hükümler, Anayasa'nın 53. maddesi ile devletin bu ödevi gerçekleştirirken sahip olduğu ekonomik mali imkanlar ölçüsünde hareket edebileceğini belirterek sınırlandırmıştır.

Konuya 1961 Anayasa'sı döneminde değinen yazarlar genellikle Anayasa hükmünü anmakla yetinirken, *Armağan* sağlık hakkı hususuna daha geniş yer vermiştir⁸⁵. *Armağan*'a göre, sağlık hakkı, herkesin tıbbi bakım görmesi hakkıdır ve devlet herkesin tıbbi bakımını temin etmekle yükümlüdür. Yazar tıbbi bakım geniş düşünüldüğü takdirde, “çevre sağlığı” kavramını da içine alması gerektiğini

⁸⁴ **Dağlı** Fahrettin, Sosyal Devlet Anlayışında Anayasalarımızda Sağlık Hakkı (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mayıs 1992, s. 153.

⁸⁵ **Armağan** Servet, 1982 Anayasasına Göre Temel Hak ve Ödevler, İstanbul 1980, s. 79, 80.

vurgulamıştır⁸⁶. Çünkü, çevrenin pis veya temiz oluşu orada yaşayan insanların sağlığını etkilemektedir. Bu sebeple, Belediye ve il sağlık ekiplerinin çevrede temizlik tedbirlerine başvurarak, herkesin sağlığını koruyucu sağlık tedbirleri almalarının Anayasanın bir emri olduğunu da ayrıca vurgulamıştır. Bunun yanında devletin yoksul ve dar gelirlilerin tıbbi bakımını temin etmek için de gerekli tedbirleri almakla yükümlü olduğu belirtilmiştir. Çünkü, bu kimseler kendi imkanları ile tıbbi bakımlarını temin edemeyeceklerdir. Devlete verilen bu yükümlülüğün emredici bir hüküm gereği olduğu da yazar tarafından ifade edilmiştir. Belirtmek gerekir ki, tüm bu açıklamalar 1982 Anayasası açısından da geçerli olmaktadır.

3. 1982 Anayasası'nda Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı ve yaşam hakkı ile ilgili Anayasa'daki düzenlemelerin açıklamalarına geçmeden önce, hak ve özgürlüklerin Anayasamızda nasıl bir sistematik içerisinde düzenlendiklerini belirtmekte yarar bulunmaktadır.

Devletin dayandığı temel ilkelerden birinin “insan haklarına saygı” olduğunu vurgulayan Anayasamız, bütün hak ve özgürlükleri “İkinci Kısım”da “Temel Haklar ve Ödevler” başlığı altında düzenlemiştir. Daha sonra bütün hakları ve ödevleri düzenleyen “Genel Hükümler” başlığı gelmektedir. Yukarıda da söz edildiği üzere, klasik anlamda bireyi iktidarlara ve devlet gücüne karşı koruyan, devlete de olumsuz bir edim, bir dokunmama yükümlülüğü yükleyen hak ve özgürlükler (negatif statü hakları) Anayasa'nın “Kişinin Hak ve Ödevleri” başlığı altında belirtilmiştir. bu başlıktan sonra devlete olumlu edim yükleyen, bireye de isteme hakkı veren “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlığı altındaki haklar düzenlenmiştir. Ardından üçlü sınıflandırmaya bağlı kalınarak “Siyasal Haklar ve Ödevler” düzenlenmiştir.

Yukarıda da söz edildiği üzere, yaşam hakkını ve sağlık hakkını birbirinden bağımsız düşünmek mümkün değildir. Kaldı ki, yaşam hakkı temel hakların başında gelir ve anayasal düzenlemelerin de temelini oluşturur. Nitekim yaşam hakkı, 1982 Anayasası'nın Başlangıç Bölümünde, *“Her Türk vatandaşının bu Anayasa'daki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak milli*

⁸⁶ Yazarın burada geleceğe dönük bir yorum yaptığı görülmektedir. Çünkü, aşağıda açıklanacak olduğu üzere, sağlık hakkı 1982 Anayasası'nda çevre ile birlikte düzenlenmiştir.

kültür, medeniyet ve hukuk düzeni içinde onurlu bir hayat sürdürme ve maddi ve manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu” belirtildikten sonra, Anayasa’nın 17. maddesinde herkesin, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu belirtilerek açıklanmıştır. Ayrıca 12. maddede bu temel hak ve hürriyetlerin dokunulamaz, devredilemez ve vazgeçilemez oldukları vurgulanmıştır⁸⁷. Anayasa Mahkemesi kararlarında da kişilerin yaşama, maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkına ilişkin vurgu yapıldığını görmekteyiz⁸⁸.

Sağlık hakkı yukarıdaki ayırım içerisinde Anayasa’nın III. Bölümünde, “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” arasında 56. maddesinde yer almıştır:

“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”⁸⁹, ⁹⁰.

⁸⁷ 1961 Anayasası’nda yaşam hakkı tanımında 1982 Anayasası’ndaki tanımın aksine, “kişi hürriyetleri” ibaresi de yer almaktadır. Ancak bunun bir daraltma olmadığı çünkü, 12. maddede herkesin dokunulamaz, devredilemez ve vazgeçilemez hak ve hürriyetlere sahip oldukları belirtilerek, ayrıca hürriyetlere ilişkin bir düzenlemeye yer verildiği savunulmuştur (**Okur**, Sağlık Hakkı, s. 22).

⁸⁸ Aşağıda açıklanacak olan Anayasa Mahkemesi’nin 17.1.1999 T., 90/27 E., 91/2 K. sayılı kararı (**Güzel Ali/Gökçeoğlu Şebnem**, “Hastalık Sigortası-Sağlık Yardımları-Sosyal Güvenlik Hakkı-Yaşam Hakkı (Karar İncelemesi)”, İHD, Nisan-Haziran 1993, C. 3, S. 4, s. 283-289; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 24, 25; **Özbudun**, s. 129, 130).

⁸⁹ Sağlık hakkına ilişkin düzenlemeler 1961 ve 1982 Anayasalarında farklıdır. Öncelikle 1961 Anayasası’ndaki tanımda yer alan “beden ve ruh sağlığı” ile “tıbbi bakım” ibareleri yeni düzenlemenin 1. fıkrasında yer almamıştır. Ancak madde yeni haliyle genişlemiştir. Şöyle ki, Anayasa, sağlık hakkını birey düzeyinden çevre düzeyine genişletmiştir. Bireyin sağlığının gerçekleşmesinin çevrenin sağlığına bağlı olduğu konusu önem kazanmıştır. Maddede yine bireyin sağlığının korunmasına da değinilmiş ve 3. fıkrada “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı

Anayasamızda yaşam hakkı ve sağlık hakkının birlikte düzenlendiğini görmekteyiz. Yaşam hakkı tüm hakların ön koşulu olduğu ve diğer haklar o gerçekleşmeden kullanılamayacağı için, bireyin kendisine, diğer bireylere ve topluma karşı korunmuştur⁹¹. Anayasa dâhil temel kanunlarımızda da korunup düzenlenen yaşam hakkına verilen önem sağlık hakkı açısından söz konusu olmamıştır. Ancak sıkça ifade edildiği üzere, önemli olan sadece yaşamak değil, sağlıklı yaşamak ve sağlık hizmetlerinden yararlanmaktır.

Sağlık hakkının bu önemine rağmen, Anayasamızın sistematüğinde ve Dünya’da da birçok hukukçu tarafından benimsenen insan hakları sınıflandırma sisteminde sağlık hakkı, “Sosyal ve Ekonomik Haklar” grubu içerisinde yer almaktadır. Çünkü bu hakların gerçekleşebilmesi, devletin olumlu bir edimi yerine getirmesi koşuluna bağlıdır. Ancak bu sınıflandırma, *Tanör’ün* yukarıda söz edilen sosyal haklar ile ekonomik hakların farklı olduğu görüşüne uygun değildir⁹². Şöyle ki, ekonomik haklar yalnızca varlıklı kişilerin hakları olarak kabul edilebilir nitelikte iken, sosyal haklar sosyal eşitlik amacına yöneldikleri için özel olarak korunması gerekenlerin haklarıdır. Sağlık hakkına ilişkin maddede hakkın öznesinin “herkes” olarak belirtilmesi, devletin herkesi iktisadi ve sosyal açıdan koruyacak ve onları destekleyecek tedbirleri almasını değil, korunma ve desteğe ihtiyacı olanlara öncelikle kaynak ayırmasını ve onlar arasında ayırım yapmamasını gerektirmektedir. Bu sebeple, sosyal hakların ekonomik haklarla aynı bölümde düzenlenmesinin ve bunun “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlığı ile belirtilmesinin yukarıda açıklanan gerekçelerle uygun görülmemesi gerekmektedir.

içinde sürdürmesini sağlamak... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” hükmü yer almıştır.

⁹⁰ Maddenin düzenleniş şeklini eleştiren *Okur*, maddenin düzenlemesinde bu kadar ayrıntıya girilmesini doğru bulmamıştır. *Okur’a* göre maddenin amacı, devletin herkesin beden ve ruh sağlığını gerçekleştirilmesi ise devlet bunu gerçekleştirirken o anda ülke koşulları neyi gerektiriyorsa ona göre sistem kurmalı ve maddi gücü oranında da vatandaşın katkısını istemelidir. Bu yüzden de düzenlemenin “*Sosyal Güvenlik Hakkına*” paralel olarak kaleme alınması ve daha basit olarak “*Herkes sağlıklı bir çevrede beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkına sahiptir. Devlet bu hakkı sağlayacak önlemleri alır ve gerekli örgütlenmeyi sağlar*” şeklinde düzenlenmesi gerektiğini savunmuştur (**Okur**, Sağlık Hakkı, s. 23).

⁹¹ Türk Medenî Kanunu’nun 23. maddesi ile birey kendisine karşı korunmuştur. Maddenin 1. fıkrasına göre, “*Kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez. Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlâka aykırı olarak sınırlayamaz*”.

⁹² **Tanör**, s. 79, 80; ayrıca bkz. Birinci Bölüm, III. A.

Görüldüğü üzere, Anayasamızın sistematığına göre, kişi hak ve özgürlükleri kapsamında sayılan haklara, devletin dokunmama yükümlülüğü bulunmakta iken, sağlık hakkının da aralarında bulunduğu sosyal ve ekonomik haklara ilişkin olarak, devlet olumlu edim yükümlülüğü altındadır. Elbette sağlık hizmetlerinden yararlanma çağdaş demokrasilerin ortak anlayışıdır. Anayasa'nın 56. maddesinin madde gerekçesi; *“vatandaşın korunmuş çevre şartlarında beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını sürdürmesini sağlamak devletin ödevidir”* diye belirttikten sonra devletin sağlık ve sosyal kurumlar kurmasını destekleyeceğini ve uygulamaları denetleyerek amaca uygun çalışmalarını sağlayacağını bildirmekte, maddenin bir yenilik olarak *“genel sağlık sigortası”* getirdiğini belirtmektedir. Anayasanın 56. maddesinde Devlet'in herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama ödevi belirtildiğinden, *“normlar hiyerarşi uyarınca altta yer alan bütün düzenlemelerin bu amaçlara ulaşmaya elverişli hükümler içermesi gerektiği konusunda duraksamaya yer yoktur”* anlayışına vurgu yapılarak düzenlemelerin amaca ve Anayasa'ya uygun olması gerektiği belirtilmiştir⁹³.

Sağlıklı yaşamak ve sağlık hizmetinden yararlanmak bir hak olup, Anayasa'nın 2. maddesinde de düzenlenmiş olan sosyal hukuk devleti, bu hakkı sağlamakla yükümlüdür. Bu görev Anayasa tarafından devlete verilmiştir ve bir Anayasa Mahkemesi kararında da belirtildiği gibi bu görevin yerine getirilmemesi sosyal hukuk devleti niteliğinin ihlali anlamındadır⁹⁴. 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilât ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin⁹⁵ 1 inci maddesi ile Anayasada devlete yüklenen bu görev, Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

Devletin söz konusu görevi başka bir Anayasa Mahkemesi kararına da konu olmuştur. Anayasa Mahkemesi'nin bir kararında, sosyal adalet, sosyal güvenlik ve

⁹³ Danıştay 10. Daire, 27.02.2002 T., 2000/5957 E., 2002/505 K. (Savcı mütalaasından).

⁹⁴ İlgili kararın sosyal devletin görevlerini belirttiği bölümü şöyledir: *“Anayasanın ikinci maddesine göre sosyal bir hukuk devleti, kendi koyduğu kurallara bağlı olmayı ilke sayar. Asayiş ve güvenliği sağlama yanında kişilerin mutluluğunu sağlama konusunda da bir çok yükümlülükler bulunan sosyal hukuk devleti olmanın doğal sonucu “Temel Haklar ve Ödevler” başlığı altında düzenlenen hakları sağlamak, ödevleri yerine getirmektir. Sağlıklı yaşam ya da sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı da bu kapsamdadır. Bu hakkın ihlali, doğrudan doğruya sosyal hukuk devleti niteliğinin ihlali anlamındadır”* (Anayasa Mahkemesi, 19.04.1988 T., 1987/16 E., 1988/8 K. sayılı karar (Dağlı, s. 155, 156)).

⁹⁵ 14.12.1983 tarihli ve 18251 mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

insan haysiyetine uygun bir biçimde yaşama unsurları ön plana çıkarılmıştır. Yaşam ve sağlık hakkını sağlamanın devletin bir görevi olduğunu vurgulayan söz konusu karara göre, “devletin temel amaç ve görevleri arasında insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak, kişiyi mutlu kılmak, onların hayat mücadelesini kolaylaştırmak, insan haysiyetine uygun bir ortam içinde yaşamalarını sağlamak gibi hususlar da yer alır”⁹⁶.

Sosyal devlet, sağlık hakkını gerçekleştirmek için Anayasa'nın 56. maddesi'ndeki görevlerini yerine getirirken 65. madde ile sınırlandırılmıştır⁹⁷. Anayasa'nın 65. maddesi uyarınca, “Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir”. Ancak bu sınırlama sadece “Sosyal ve Ekonomik Haklar” açısından bir sınır getirmekte, diğer haklar, özellikle “Kişinin Hak ve Ödevleri” ve dolayısıyla yaşam hakkı sınırlamanın dışında kalmaktadır. Buna göre Anayasa, devletin kişinin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını, ekonomik istikrar ve mali kaynak yetersizliği nedenleriyle gerçekleştirmekten kaçınmasını engellemiştir. Nitekim sağlık hakkının düzenlendiği 56. maddede devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla görevli tutulmuştur. Dolayısıyla bu sınırlamanın *dolaylı olarak* Anayasa'nın 56. maddesi anlamında uygulanamayacağını söyleyebiliriz. Ancak son yıllarda, hasta sevk işlemlerinden başlayarak, muayene, tedavi, yolluk, özel sağlık kurumlarında tedavinin yapılması ve ücret ödemeleri ile ilgili ayrıntıları içeren Bütçe Uygulama Talimatlarındaki mali kaygılarla ve tasarruf amacıyla yapılan sınırlandırmalar ile kamu sağlığının dolaylı da olsa göz ardı edildiği belirtilmektedir⁹⁸. Anayasa'nın 65. maddesi, en önemli sosyal haklardan biri olan ve doğrudan insan yaşamını ilgilendiren sağlık hakkına ulaşılmasına ve bu haktan en iyi

⁹⁶ Anayasa Mahkemesi, 21.10.1986 T., 1986/16 E., 1986/25 K. sayılı karar (Özbudun, s. 126).

⁹⁷ Bu düzenleme 1961 Anayasası'nın 53. maddesindeki sınırlamaya benzer bir hüküm taşımaktadır.

⁹⁸ Sancakdar Oğuz, “Bütçe Uygulama Talimatları İle Tedavi Giderlerinin Sınırlandırılması Sorunu ve Diş Tedavisi Örneği”, DEÜ Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 6, S. 1, 2004, s. 203-232.

biçimde yararlanılmasına engel oluşturacak biçimde yorumlanmamalı ve hakkın özü zedelenmemelidir⁹⁹.

Anayasa Mahkemesi sosyal güvenliği yaşam hakkı ile bağlantılandığı bir kararında, devletin söz konusu sınırlamayı gerekçe göstererek yaşam hakkı, sağlık hakkı ve sosyal güvenlik hakkını ortadan kaldıran düzenlemeler yapamayacağı açıkça belirtilmiştir¹⁰⁰. Anılan bu kararda Anayasa Mahkemesi, 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun Hastalık Sigortası sağlık yardımlarını 18 ayla sınırlayan 34/II fıkrası hükmünü, Anayasa'nın 10, 17 ve 56. maddelerine aykırılığı nedeniyle iptal etmiştir. Konuyla ilgili önüne gelen dava nedeniyle Anayasa Mahkemesi'ne başvuran Yargıtay 10. Hukuk Dairesi'nin itiraz gerekçelerine de burada değinmekte fayda bulunmaktadır:

“Anayasa'nın “Kişinin Haklar ve Ödevleri”ne ayrılan ikinci bölümü, “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” özdeyişiyle başlamaktadır, (m. 17) Bu kuralın aslında doğa kuralı olduğu, Anayasada yazılı bulunmasa da yaşamın bu doğa kuralı içerisinde yürüyeceği söylenebilir. O halde, Anayasa koyucunun amacı doğa kuralını açıklamak olmadığını düşünerek, kuralın konulmasındaki gerçek amacın araştırılması gerekir. Danışma Meclisinin maddeye ilişkin gerekçesinde “bu madde ile yaşama, maddi ve manevi varlığın bütünlüğünü ve bunun geliştirilmesi hakkı korunmaktadır. Bu iki hakkın bir bütün teşkil ettiği, birbirini tamamladığı açıktır... yaşama hakkını korumak için devlet, gerekli tedbirleri alacaktır. 1961 Anayasası'nın 10. maddesinde bu durum daha açık bir ifade ile dile getirilmiş ve aynen “devlet, kişinin temel hak ve hürriyetlerini, fert huzurunu, sosyal adalet ve hukuk devleti ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasi, iktisadi ve sosyal bütün engelleri kaldırır; insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlar” hükmüne

⁹⁹ Danıştay 5. D., 13.10.2006 T., 2006/4184 E.; Danıştay 5.D., 13.10.2006 T., 2006/5135 E. (**Bilgili**, Özel Sağlık, s. 13). Danıştay'ın sağlıklı yaşama hakkının sağlanmasına yönelik çeşitli idari düzenlemelerdeki sınırlamaların iptali ya da yürütmesinin durdurulmasına ilişkin kararlarında, Anayasanın 90. maddesi son fıkrası kapsamında zorunlu olarak sözü edilen uluslararası sözleşme hükümlerine dayandığı görülmektedir (Danıştay, 14.11.2007 T., 2005/621 E., 2007/4361 K.; Danıştay, 23.10.2007 T., 2007/1200 E., **Bilgili**, Özel Sağlık, s. 21).

¹⁰⁰ AMK 17.01.1999 T., 90/27 E., 91/2 K. (**Güzel Ali/Gökçeoğlu Şebnem**, “Hastalık Sigortası-Sağlık Yardımları-Sosyal Güvenlik Hakkı-Yaşam Hakkı (Karar İncelemesi), İHD, C. 3, S. 4, 1993, s. 283-289; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 24, 25; **Özbudun**, s. 129, 130).

yer verilmiştir. Şu halde 1982 Anayasası'nın 17. maddesini de, gerekçesine göre, 1961 Anayasası hükmü doğrultusunda anlamak gerekecektir. Nitekim, Anayasa'nın insan sağlığı ile ilgili 56. maddesinde de devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamakla görevli tutulmuştur. Devletin, vatandaş sağlığını koruma görevini Anayasa'nın 17. maddesi çerçevesinde de üstlenmiş bulunduğunu kabul etmenin önemi şuradadır: Anayasa'nın "sosyal ve ekonomik hakların sınırı" başlıklı 65. maddesine göre, "devlet sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini mali kaynakların yeterliliği ölçüsünde yerine getirir". Anayasa'nın madde sıralamasına ve bölümleri arasındaki düzenlemeye bağlı kalınırsa, 506 sayılı Kanunun tedaviyi 18 aylık süre ile sınırlı tutan hükmünü de, devletin mali kaynakları yönünden savunulabilir. Ancak Anayasa'nın 17. maddesi "Sosyal Haklar ve ödevler" bölümünde yer almadığı için bu maddenin devlete yüklediği sağlık hizmeti 65. maddenin öngördüğü ölçüye bağlı değildir".

Anayasa Mahkemesi söz konusu kararda kendi gerekçelerini açıklarken ortaya koyduğu görüşler şöyledir:

"Kişinin yaşama hakkı, maddi ve manevi varlığını koruma hakkı, birbirleriyle sıkı bağlantıları olan, devredilmez, vazgeçilmez temel haklardandır. Bu haklara karşı olan her türlü engelin ortadan kaldırılması da devlete ödev olarak verilmiştir. Güçsüzleri güçlüler karşısında koruyacak olan devlet, gerçek eşitliği sağlayacak, toplumsal dengeyi koruyacak, böylece gerçek hukuk devleti niteliğine ulaşacaktır. Hukuk devletinin amaç edindiği yaşama hakkının korunması, sosyal güvenliğin sağlanmasıyla gerçekleşecektir. Sosyal güvenliği sağlayacak olan kuruluşların yasal düzenlemeleri "yaşama hakkı ile maddi ve manevi varlığı koruma haklarını" zedeleyecek veya ortadan kaldıracak hükümler içermemesi gerekir.

Anayasa'nın 56. maddesinin 3., 4. ve 5. fıkraları yine devlete, kişilerin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmelerini sağlamak için sağlık kuruluşlarının hizmetlerini, düzenleme, denetleme ve organize -etme gibi görevler yüklemiştir. Anlaşılmaktadır ki, devlet, kişilerin yaşamlarını sağlıklı biçimde sürdürmeyi sağlamak amacını çeşitli sosyal güvenlik kuruluşları ile gerçekleştirecektir. Devlet için bir görev, kişiler için de bir hak olan bu amaç

gerçekleştirilirken bu hakkı sınırlayıcı, bu haktan yararlanmayı zayıflatıcı düzenlemeler Anayasa'nın 56. maddesine de aykırıdır”.

C. Kanunî Düzenlemelerde Sağlık Hakkı

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık hizmetlerinin organize edilmesinde ve gelişiminde önemli katkısı olan ve bu dönemde yaklaşık 15 yıl Sağlık Bakanlığı yapan Refik Saydam'ın, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verdiği, numune hastanelerini kurduğu, sıtma, frengi gibi hastalıklarla mücadele ettiği ve bu alanlarda başarılı olduğu belirtilmektedir¹⁰¹.

Bu dönemin önemli gelişmelerini, örgütsel yapılanma ve sağlık hizmetlerine ilişkin çıkarılan yasal düzenlemeler bağlamında şu şekilde sıralayabiliriz: 1928 yılında Refik saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulurken, 1936 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Yasası çıkarılmıştır. 1945'de İşçi Sigortaları Kurumu'nun kuruluşunu, 1952'de Ana Çocuk Sağlığı Örgütü'nün kurulması izlemiştir. Hekimlik mesleğinin uygulanma kurallarını düzenleyen ve halen yürürlükte olan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 1928 yılında, halen daha ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin adeta anayasası sayılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ise 1930 yılında çıkarılmıştır. 1933 tarihli ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu da bu dönemin ürünlerindedir¹⁰². Bu bölümde ülkemizde yürürlükte bulunan kanunlarda sağlık hakkının düzenleniş biçimini ele alacağız.

1. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun¹⁰³ 1. maddesine göre, ülkenin sağlık koşullarını iyileştirmek, halkın sağlığına zarar veren hastalıklar ve diğer zararlı etkenlerle mücadele etmek, nesillerin sağlıklı olarak yetişmesini sağlamak ve halka sağlık ve sosyal yardımlar yapmak devletin görevleri arasındadır.

¹⁰¹ **Soyer** Ata, “Türkiye'nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı”, Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 2001, C. 16, S. 6, s. s. 413–429.

¹⁰² **Soyer**, s. 414.

¹⁰³ 1593 sayılı Kanun, 06.05.1930 tarih ve 1489 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

1593 sayılı Kanun'un 3. maddesinde, bütçeleriyle belirlenen sınırlar içinde kalmak koşuluyla, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek hizmetler şu şekilde sayılmıştır: Çocuk ölümlerini azaltmak, doğumdan önce ve sonra ana sağlığını korumak, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele etmek, hekimlik sanatının yürütülmesini denetlemek, gıda, ilaç, zehirli maddeleri, serum aşuları kontrol etmek, çalışma ve sanat sağlığını korumak, sağlık koruma kurumları, tahlil laboratuvarları ve sağlıkla ilgili müesseselere izin vermek ve denetlemek.

2. Hususi Hastaneler Kanunu

2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nun¹⁰⁴, özel hastanelerin açılma şartları, teşkilatı, görevleri ile cezai hükümlerle ilgili bölümleri düzenlenmiştir.

2219 sayılı Kanun'un 32. maddesinde, ani bir arıza veya kaza sonucunda acele tedaviye ihtiyaç duyan kişilerin özel hastanelere müracaat veya nakillerinde hastanece derhal tedavilerini yapmak zorunluluğu düzenlenmiştir. Bu hastalardan yoksul olanların yatırılarak tedavileri gerekli ise, hastanenin parasız bölümüne alınacakları da aynı maddede hükme bağlanmıştır.

3. Türk Tabipler Birliği Kanunu

Konunun önemi nedeniyle inceleme gereği bulunan 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu'nda¹⁰⁵ yer alan halk sağlığına ve hekimlere ilişkin düzenlemelere değinmekte yarar bulunmaktadır. Kanun'un 1. maddesi Türk Tabipler Birliği'ni, resmi veya özel görev yapan tabiplerin katıldığı, tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı koruyan, tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlayan ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak amacıyla kurulan kamu kurumu olarak tanımlamıştır. 4. maddede ise, Türk Tabipler Birliği'ne halk sağlığına ilişkin bir takım görevler yüklenmiştir. Bu görevler şunlardır: Halk sağlığına ve hastalara fedakârlık ve feragatle hizmeti ideal bilen meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmek; üyelerin haklarını korumak ve bunları devletin ve halkın çıkarları ile denkleştirmek; halkın sağlığını korumak; üyelerine

¹⁰⁴ 2219 sayılı Kanun, 05.06.1933 tarih ve 24191 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

¹⁰⁵ 6023 sayılı Kanun, 31.01.1953 tarih ve 8323 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

belli refah düzeyine ulaşacak iş alanları bulmak; halk sağlığı ve tıp meslekleri ile ilgili sorunları çözmek için resmi makamlarla işbirliği yapmak ve onlardan yardım sağlamak.

4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un¹⁰⁶ 1. maddesinde sağlık hakkının nasıl gerçekleştirileceği uluslararası hukuk belgelerine de atıf yapılmak suretiyle şu şekilde belirtilmiştir: “*İnsan Hakları Evrensel Beyanname*sinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadiyle tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir”.

224 sayılı Kanun'un 2. maddesinde sağlık ve sosyalleştirme kavramlarına da yer verilmiştir. Buna göre, “*sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir*”. Sosyalleştirme ise, “*sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafların bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarınıdır*” şeklinde açıklanmıştır.

224 sayılı Kanun'da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde muayene, tedavi hizmetlerinin ve ilacın ücretsiz olduğu belirtilmiştir (md. 14). Ancak, bunun için hastalar, acil vakalar hariç, önce sağlık evi veya ocağına başvurmalıdırlar. Müdahalesi güç vakalar, ağırlık derecesine göre, sağlık merkezine veya hastaneye sevk edilirler (md. 13). Sevk kararına uymamak dışında, sosyalleştirilmemiş bir bölgeden gelip de ikameti 90 günü aşmamış olanlar (*fakirlik belgesi alanlar hariç*), mesai saatleri dışında ve nöbetçi olmayan hekimlerden hizmet talep edenler ücret ödemek zorundadırlar (md. 14). Ücretini ödeyenler istedikleri sağlık personeli veya sağlık müessesesinde tedavi görebilirler (md. 5)¹⁰⁷. Belirtmek

¹⁰⁶ 224 sayılı Kanun, 12.01.1961 tarih ve 10705 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

¹⁰⁷ **Fişek** Gürhan, “Sağlıkta Sosyalleştirmenin 30. Yılında Demokrasi ve Sağlık”, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Kasım 1991, S. 137, s. 51 vd.; **Üçışık** Fehmi, “Sağlık Mevzuatının Temel Esasları”, Yeni

gerekir ki Kanun, hem ayakta hem de yataklı tedavileri ve bu tedaviler sırasında gereken ilaç ve protez giderlerini kapsamaktadır¹⁰⁸. Sosyalleştirme kamu kurumlarınca istihdam edilmeyen hekimlerin serbest çalışmalarına engel değildir (md. 4)¹⁰⁹. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması 1982’de yurdumuzun tüm illerine yaygınlaştırılmıştır¹¹⁰.

Burada değinilmesi gereken husus, 224 sayılı Kanun’un *sosyalleştirmeye* sağlık finansmanı yönünden anlam yüklediği ve vatandaşların ödedikleri primleri karşılığı; ya ücretsiz ya da kısmen ücretli olarak sağlık hizmetlerinden yararlanacakları hususunu açıkça düzenlediğidir. Böylelikle sosyalleştirme ile birlikte, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 1. maddesinde, sağlık hizmetleri “*umumi devlet hizmetlerindedir*” şeklinde benimsenen ilkedен vazgeçildiği görülmektedir¹¹¹.

5. Devlet Memurları Kanunu

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun¹¹² 188. maddesinde devlet memurlarının hastalık, analık ve görevden doğan kaza ile mesleki hastalık hallerinde gerekli sosyal sigorta yardımlarının sağlanacağı düzenlenmiştir. Ayrıca Devlet memurlarının eşleri ve bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve çocuklarının hastalık ve analık hallerinde sosyal sigorta yardımlarının sağlanacağı belirtilmiştir. Tedavi yardımlarını düzenleyen 209. madde ise 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 106. maddesi ile mülga edilmiştir. Bu durumda sağlık hakkının Devlet Memurları Kanunu’nda da ayrıntılı olarak düzenlenmediği sonucuna varılabilmektedir.

Türkiye, Temmuz-Ağustos 2001, S. 40, s. 1868; **Sözer**, Sosyal Hukuk, s. 138; **Sözer** Ali Nazım/**Demirbilek** Sevda, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik ve Hukuki Açından Değerlendirilmesi”, DEÜ 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, Kuşadası-Aydın, İzmir 1995, s. 521-523.

¹⁰⁸ **Üçışık**, s. 1868; **Sözer**, Sosyal Hukuk, s. 138; **Sözer/Demirbilek**, s. 522.

¹⁰⁹ **Üçışık**, s. 1868; **Sözer**, Sosyal Hukuk, s. 138; **Sözer/Demirbilek**, s. 522.

¹¹⁰ **Üçışık**, s. 1868; **Sözer**, Sosyal Hukuk, s. 138; **Sözer/Demirbilek**, s. 522.

¹¹¹ **Aydın** Erdem, “Sosyalleştirme Yasasındaki Teknik Hatalar ve 32. Madde Olayı”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 1995, C. 10, S. 68, s. 60.

¹¹² 657 sayılı Kanun, 23.07.1965 tarih ve 12056 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

6. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenleyen 224 sayılı Kanundan sonra sağlık ile ilgili temel kavram ve esaslara yer veren diğer bir yasa 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu olmuştur¹¹³.

Kanun'un 3. maddesinde "sağlık hizmetleri" ile ilgili temel esaslara ve sağlık hakkı ile ilgili bağlantılı hükümlere şu şekilde yer verilmiştir¹¹⁴:

— Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunması.

— Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve denetlenmesi.

— Kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki sağlık hizmetlerinin ücret tarifesinin ilgili Bakanlıkça belirlenmesi.

— Sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesinin kurulacak eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlanması.

— Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sisteminin kurulması.

— Vatandaşların hastalıklardan korunmasının, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmelerinin ve takiplerinin bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilmesi.

Bunun yanında, "Sağlık İşletmesi" başlıklı 5. maddedeki düzenlemeden *kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının sağlık işletmesine dönüştürülmesinin* hükme bağlanması suretiyle, sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin de alt yapısının oluşturulmasının amaçlanmakta olduğu anlaşılmaktadır. Ancak ilgili

¹¹³ 3359 sayılı Kanun, 15.05.1987 tarih ve 19461 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. **Üçışık**, s. 1866; **Sözer**, Sosyal Hukuk, s. 138; **Sözer/Demirbilek**, s. 522.

¹¹⁴ **Üçışık**, s. 1866; **Sözer**, Sosyal Hukuk, s. 138, 139; **Sözer/Demirbilek**, s. 522.

kanunun birçok hükmü Anayasaya aykırılığı sebebiyle Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir¹¹⁵.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile 224 sayılı Kanunun benzer konuları düzenlemekle beraber, sonradan çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 224 sayılı Kanunu hukuken yürürlükten kaldırmamıştır ancak, 224 sayılı Kanun fiilen geçerliliğini yitirmiştir¹¹⁶.

7. Yeşil Kart Kanunu

Asıl adı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun¹¹⁷ olan düzenlemenin 1. maddesi ile hiçbir Sosyal Güvenlik Kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin devlet tarafından karşılanacağı hükme bağlanmıştır¹¹⁸.

3816 sayılı Kanun kapsamında sağlanan yardımların, yeşil kart verilen kişi sayısının üçe bölünmesi suretiyle bulunacak kişi sayısının, yoksullar (5510 sayılı Kanun'un 60. maddesinin 1. fıkrasının (c) bendi kapsamına girenler) için tespit edilen prim miktarı ile çarpımı sonucu bulunacak olan tutarın Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesine ilave edilmesiyle karşılanacağı belirtilmiştir (3816 md. 9).

¹¹⁵ Anayasa Mahkemesi, 19.4.1988 T., 1987/16 E., 1988/8 K. sayılı karar (Kazancı Bilişim, (20.02.2009)).

¹¹⁶ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun geçici 3. maddesinde, genel sağlık sigortası yürürlüğe girinceye kadar, hiç bir sosyal güvenlik kurumuna tabi olmayanların müracaatları halinde sağlık kütüğüne kaydolunacağı düzenlenmiştir. Ancak, 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun *ekim ayı başında* (01.10.2008 tarihinde) yürürlüğe girmesiyle Kanun'un 106. maddesi uyarınca, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun geçici 3. maddesi yürürlükten kaldırılmıştır. Böylece Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile "*genel sağlık sigortası*" kavramına 1982 Anayasası'ndan sonra ilk kez bir kanun metninde yer verilmiş olmaktadır.

¹¹⁷ 3816 sayılı Kanun 03.07.1992 tarih ve 21273 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Ancak Kanun, 16.6.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan, 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı Kanun'un 106. maddesinin 2. fıkrasında değişiklik yapan 17.4.2008 tarih ve 5754 sayılı Kanun'un 64. maddesi hükmü gereğince, 2010 yılı Ekim ayı başından itibaren geçerli olmak üzere yürürlükten kaldırılacaktır.

¹¹⁸ Üçışık, s. 1873; Sözer, Sosyal Hukuk, s. 139; Sözer/Demirbilek, s. 523.

8. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunu'nun¹¹⁹ sağlık hakkını gerçekleştirme amacını irdeleyebilmek için genel gerekçesine¹²⁰ göz atmak gerekliliği bulunmaktadır. Genel gerekçede belirtildiği üzere, Anayasanın 56. maddesi, devlete herkesin beden ve ruh sağlığı içinde hayatını sürdürmesini sağlama görevini vermiştir. Devletin bu görevi insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vererek düzenleyeceği de hükme bağlanmıştır. Ayrıca, 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilât ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 1. maddesi ile Anayasada devlete yüklenen bu görevin, Sağlık Bakanlığı'na verildiği belirtilmiştir.

Yine gerekçede Anayasa'nın 41. maddesine değinilerek, ailenin Türk toplumunun temeli olduğu vurgulandıktan sonra; devletin, ailenin huzur ve refahı için gerekli tedbirleri alacağı belirtilmiştir. Buna göre, ülkedeki bütün insanların beden ve ruhen sağlıklı olarak hayatlarını sürdürebilmeleri için, sağlık hizmetlerinin en temel toplum birimi olan aileye kadar etkili bir şekilde yaygınlaştırılması gereklidir. Söz konusu amacı gerçekleştirmek için, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi, güçlendirilmesi, çalışan sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçları göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve sevk sisteminin hayata geçirilmesi ve bu hizmetlere eşit ve ücretsiz erişimin sağlanması öncelikli hedefler arasında sayılmıştır.

9. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Devlet sağlık hakkını gerçekleştirme görevini yerine getirirken, ilk defa 1982 Anayasası ile özel sektörden ve genel sağlık sigortasından bahsedilmiş, çevre sağlığının korunup geliştirilmesinde devlet ve vatandaş birlikte görevli kılınmıştır.

¹¹⁹ 5258 sayılı Kanun, 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

¹²⁰ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler ile Plan ve Bütçe Komisyonları Raporları (1/855), Sıra Sayısı: 680.

Genel sağlık sigortası ise 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun¹²¹ 60–78 maddeleri arasında düzenlenerek hayata geçirilmiştir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun sağlık hakkının düzenlendiği 62. maddesi uyarınca, genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Sosyal Güvenlik Kurumu için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür.

Bunun yanında Anayasa Mahkemesi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddelerinin iptali amacıyla açılan davada, 68. maddesinde yer alan katılım payı alınmasına ilişkin düzenlemenin iptal isteminin reddi gerekçesinde, Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin 102 Sayılı Sözleşme'nin, *sağlık yardımından faydalananların veya bunların aile reislerinin, hastalık halinde yapılacak sağlık yardımı masraflarına iştirak edebileceklerini* düzenleyen 10. maddesine atıfta bulunmuştur¹²². 5510 sayılı Kanun'un 3. maddesinde ise, katılım payı “*Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar*” olarak tanımlanmıştır. Hem 5510 sayılı Kanun'daki katılım payı tanımına hem de Anayasa Mahkemesi'nin kararından çıkan sonuca göre, sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olmaktan çıkarılarak kişiler tarafından karşılanması gereken bir gider olarak düzenlenmiştir.

D. Yönetmeliklerde Sağlık Hakkı

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin¹²³ 4.maddesinde “hasta hakları” şu şekilde tanımlanmıştır: “*Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf*

¹²¹ 5510 sayılı Kanun 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. Anayasa Mahkemesi'nin 15.12.2006 tarihli, 2006/111 E., 2006/36 K. sayılı yürütmeyi durdurma kararından sonra 15.12.2006 tarihli, 2006/111 E., 2006/112 K. sayılı kararı ile de kimi madde hükümleri iptal edilen, yürürlük tarihi önce 5565 sayılı Kanunun 30. maddesi ile 01.07.2007'ye, 5655 sayılı Kanunun 2.maddesi ile 01.01.2008'e, 5724 sayılı Kanunun 28. maddesiyle de 01.06.2008'e ertelenen ve nihayet 5754 sayılı Kanun ile de bir bütün olarak 01.10.2008'de yürürlüğe girmiş olan 5510 sayılı Kanun ile ilgili olarak ileride yeri geldikçe açıklama yapılacaktır.

¹²² Anayasa Mahkemesi 15.12.2006 T., 2006/111 E., 2006/112 K. (30.12.2006 tarih ve 26392 sayılı (5. Mükerrer) Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

¹²³ 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder”.

Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği'nin¹²⁴ 4.maddesinde de Hasta Hakları Yönetmeliği'ndeki “hasta hakları” tanımına benzer bir şekilde “*sağlık hakları tanımına yer verilmiştir: “Kişilerin sağlıklarının devamı için; sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile güvence altına alınmış bulunan temel insan haklarını ifade eder”.*

¹²⁴ 06.08.2000 tarih ve 24132 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

BAŞLICA SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİSTEMLERİ

I. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİ

A. Genel Olarak

Sosyal adaletin gerçekleşmesinde başlıca araçlardan biri olan sosyal güvenlik İkinci Dünya Savaşı'nın ardından özellikle uluslararası hukuk belgeleri ve ulusal anayasalarda temel bir insan hakkı olarak düzenlenmiştir. Her insan için evrensel bir ihtiyaca dönüşen ve çağdaş uygarlığın sembolü olan sosyal güvenlik kavramı, *Güzel/Okur/Caniklioğlu* tarafından, özde, bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için olumsuzluk oluşturan risklere karşı bir güvence arayışının ürünü olarak tanımlanmıştır¹²⁵. Bunun yanında, *Tuncay/Ekmekçi* sosyal güvenliği, çeşitli sosyal risklere karşı bireylerin uğradıkları gelir kayıplarına ve gider artışlarına karşı bir ülkede yaşayan insanların ekonomik güvenliklerini sağlamak olarak ifade etmiştir¹²⁶. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1944 tarihli "Philadelphia Konferansı"nda yaptığı tanımlamaya göre de sosyal güvenlik "*halkın, hastalık, işsizlik, yaşlılık, ölüm sebebiyle geçici veya sürekli olarak kazançtan yoksun kalması durumunda düşeceği yoksulluğa karşı, çocuk sayısının artması ve analık halinde korunmasına ilişkin alınması gereken önlemler sistemidir*"¹²⁷.

İlk çağ dönemlerinde ortaya çıkan sosyal yardımlaşmaya duyulan gereksinimler günümüze kadar gelerek, artan sosyo-ekonomik ihtiyaçları doğurmuş ve sosyal güvenlik kavramının içeriğini genişletmiştir. Nitekim XIX. yüzyıldan itibaren Batı Avrupa'dan başlayarak yayılan Sanayi Devrimi'nin ve kapitalist üretim ve çalışma ilişkilerinin neden olduğu bir takım sorunlara çözüm olma niteliği ile

¹²⁵ *Güzel/Okur/Caniklioğlu*, s. 2.

¹²⁶ *Tuncay Can/Ekmekçi Ömer*, Sosyal Güvenlik Hukuku'nun Esasları, İstanbul 2008, s. 2.

¹²⁷ *Tuncay/Ekmekçi*, s. 1.

doğan sosyal güvenlik kavramının günümüzdeki anlamıyla ortaya çıkması ve bir hak olarak anayasalarca tanınması da bu aşamadan sonra olmuştur¹²⁸.

Tarihsel gelişim içinde işçiler yararına ilk olarak, “İş Kazası ve Meslek Hastalıkları”nın doğurdukları zararların tazminine ilişkin sistemler oluşturulmuştur. Gerçekten XIX. yüzyılın sonunda ve XX. yüzyılın başında birçok batı ülkesinde sanayi kesiminde çalışan işçileri bu türden risklere karşı korumaya yönelik yasalar çıkarıldığını görmek mümkündür. Bunlar, 1883 tarihli İtalyan, 1884 tarihli Alman, 1894 Norveç, 1897 İngiliz, 1898 Fransız ve Danimarka, 1903 Belçika ve Hollanda yasalarıdır ve bu yasalar hukukî sorumluluk ilkesini mesleki risk alanına uyarlamışlardır¹²⁹.

Sosyal güvenliğin ilk çekirdeğini teşkil eden iş kazası ve meslek hastalıklarına ilişkin yasalardan sonra, Avrupa ülkelerinin de model alacağı ilk sosyal sigorta sistemi Bismarck tarafından oluşturulmuştur.

Talas, sosyal güvenlik terimi için “çok eski bir ülkenin yeni adı” ifadesini kullanmıştır¹³⁰. Buradan hareketle terim olarak kısa bir geçmişe sahip olan “sosyal güvenlik” kavramının¹³¹, resmi olarak ilk defa 1935 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde çıkarılan Sosyal Güvenlik Yasası (Social Security Act) kapsamında kullanıldığını belirtmek gerekmektedir¹³². Bu aşamadan sonra, 1942 yılında İngiltere’de Sir William Beveridge tarafından gerçekleştirilen raporda (Beveridge

¹²⁸ *Talas* tarafından, sosyal güvenliğin, sosyal politika içinde bazı durumlarda işsizlikten sonra ikincil bir sorun olarak görülmesi gerektiği belirtilmiştir. Herkese mesleklerine ve yeteneklerine uygun ve gelir getirici bir iş sağlamanın her toplumda temel sorun olarak görülmesi gerektiği haklı olarak vurgulanmıştır (**Talas** Cahit, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Karşılaşılan Sorunlar”, AÜSBFD, C. 31, S. 1, 1976, s. 1, 2).

¹²⁹ **TOBB**, s. 25; **Tunçomağ** Kenan, Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar, 2. bası, İstanbul 1982, s. 17.

¹³⁰ **Talas** Cahit, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Karşılaşılan Sorunlar”, AÜSBFD, C. 31, S. 1, 1976, s. 2

¹³¹ Sosyal güvenlik kavramı oluşana kadar sosyal risklere karşı korumalar, aile içi, kişisel ve toplumsal yardımlaşmalar, ticari sigortalar, işverenlerin sorumluluğu ilkesi ve sosyal sigortalar şeklinde yer almaktaydı (**Dilik**, Tarihsel Gelişim, s. 41–80; **Talas**, s. 3).

¹³² **Akad** Mehmet, Teori ve Uygulamada Sosyal Güvenlik Hakkı, Anayasa Mahkemesi-Yargıtay Kararları-İlgili Mevzuat, İstanbul 1992, s. 19, 20; **Altan** Mikail/**Aslanlar** İsmail, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın Özel Sigorta Şirketleriyle Entegrasyonu Temelinde Bir Özelleştirme Modeli”, Resürör, S. 42, Ekim 2001, s. 19.

Report) sosyal güvenlik kavramı anlamını bulmuş ve İkinci Dünya Savaşı'nın da ardından büyük ve düzenli gelişmeler başlamıştır¹³³.

Bütün ülkelerde yıllardır sosyal güvenliğin sistemi ve ilkeleri tartışılmakta ve sık sık da değişikliğe uğramaktadır. Buna rağmen evrensel bir model oluşturmak başılamamıştır. Az gelişmiş ülkelerde de gelişmiş ülkelerde de sosyal güvenlik uygulaması boşluklar içermektedir. Ancak gerçek şudur ki, halkların birçoğunda insanlar hâlâ açlık, yoksulluk ve sefalet içerisinde yaşamaya devam etmektedir.

B. Türk Sosyal Güvenlik Hukukunda Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Sınıflandırılması

Türk Sosyal Güvenlik Hukuku doktrini incelendiğinde sosyal güvenlik sistemlerinin içerik olarak farklı olmasa da isim olarak farklı sınıflandırılmış olduğunu görmekteyiz. “*I. Sosyal Güvenlik Sistemleri*” başlıklı bölümün sonunda sınıflandırmaya ve sistemlerin özelliklerine ilişkin bir tabloya yer verilecektir.

Genel olarak devletler sosyal güvenlik sistemlerinde emeklilik, sağlık ve işsizliği güvence altına almaya çalışmışlardır. Bu anlamda yaşlılık, malullük ve ölüm risklerine karşı emeklilik içerisinde; iş kazaları, meslek hastalığı ve hastalık risklerine karşı sağlık içerisinde; işsizlik ise başlı başına bir risk olarak düzenlenmiştir¹³⁴. Bu anlamda devlete düşen görev, söz konusu risklere karşı vatandaşlarını korumaktır. Devletin bu yükümlülüğü, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 22. maddesi, Avrupa Sosyal Şartı'nın 12. maddesi ve Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmesi gereğince de vurgulanmıştır. Bu doğrultuda düzenlenen ve yukarıda sayılan risklere karşı sosyal güvence sağlamak amacıyla oluşturulan sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamı, her ülkenin kendi özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir¹³⁵.

¹³³ Akad, s. 20; Talas, s. 2; Tuncay/Ekmekçi, s. 2.

¹³⁴ Altan/Aslanlar s. 20; Uğur Suat, Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi, Ankara 2004, s. 60.

¹³⁵ Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 102 Sayılı Sözleşmesi'nin öngördüğü üzere, Sözleşmede belirtilen tüm klasik sosyal sigorta risklerinin kapsam içinde olması, topluluğa üye ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin en önemli ortak yönüdür (Sözer Ali Nazım, “Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Hukuku Açısından Değerlendirilmesi”, 1990'lı

Çalışmamızda sosyal güvenlik sistemleri açıklanırken, genel olarak sistemlerin özelliklerine değinilerek, özellikle diğer ülkelere model olma açısından özel bir yere sahip olan ülkelere de ayrıca yer verilecektir. Aşağıda sosyal güvenlik sistemlerine yer vermemizin nedeni, ileride açıklanacak olan sağlık sistemlerinin içerdikleri özelliklerin, uygulandıkları ülkelerin tabi oldukları sosyal güvenlik sisteminden bir takım özellikler taşımasıdır.

C. Sosyal Güvenlik Sistemleri

1. İşçi Sigortası Sistemi

a. Sistemin Oluşumu

Dünya’da ilk kez sosyal sigortalar, 1880–1890 yılları arasında Almanya’da kabul edilen yasalarla kurulmuştur. O döneme kadar işçiler ve işverenler tarafından kurulan birçok sigorta sandığı bulunmaktaydı ve bütün çalışanları da bünyesinde toplayamamaktaydı. Bunun üzerine Almanya’da ağır çalışma koşulları altında bulunan işçilerin sosyal güvence gereksinimleri ortaya çıkınca, Başbakan Bismarck tarafından bir rapor hazırlanmış ve İmparator 1. Wilhelm 17.11.1881 tarihinde Bismarck’ın hazırladığı raporu imparatorluk fermanı olarak ilan etmiştir¹³⁶. Böylece ilk modern sosyal güvenlik sistemi Almanya’da uygulanmaya başlamış olup, daha sonra Avusturya, Belçika, İsviçre, Norveç, Fransa, Portekiz, İspanya, Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye bu sistemden etkilenmişlerdir¹³⁷. Günümüzde

Yıllarda Türk Çalışma Mevzuatının Avrupa Topluluğu Çalışma Mevzuatı Açısından Değerlendirilmesi, İzmir 1992, s. 64).

¹³⁶ **Güzel** Ali, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi İçin Yeni Bir Örgütlenme Modeli”, Cumhuriyetin 75. Yılında Endüstri İlişkilerinde ve Emek Piyasalarının Düzenlenmesinde Devletin Değişen Rolü ve İşlevleri, III. Uluslararası Endüstri İlişkileri Kongresi, TÜHİS Yayın No: 36, 14–16 Ekim 1998; **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 18; **Koç** Yıldırım, “Avrupa Birliği Ülkelerinde Sosyal Güvenlik”, Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 2005, C. 20, S. 2, s. 103; **Sözer** Ali Nazım, Sosyal Devlet, s. 3–6; **Sözer** Ali Nazım, “Sosyal Sigortalarda Yeniden Yapılanma ve Şili Modeli”, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, Y. 4, S. 10, Nisan 2001, s. 1; **TOBB**, Tuncay Can, “Bazı Yabancı Ülkelerdeki Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Uygulamaları”, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara 1993, s. 45; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 17; **Tunçomağ**, s. 18; **Uğur**, s. 61.

¹³⁷ **Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 277; **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 19; **TOBB**, s. 44; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 17; **Tunçomağ**, s. 20, 21.

en yaygın olarak uygulanan model olan işçi sigortası modeli, Avrupa Birliği'ne üye ülkeler yanında, Japonya ve Afrika ülkelerinde de benimsenmiş bulunmaktadır¹³⁸.

Vergiler aracılığıyla ulusal gelirin vatandaşlar arasında yeniden dağıtımını devlet eliyle gerçekleştirme amacına dayalı Bismarck'ın hazırladığı ve 17.11.1881'de parlamentoya sunduğu reform tasarısı şu esaslara dayanmaktaydı: *“Devlet yalnızca varolan hakları koruyucu bir işleve değil, aynı zamanda elverişli kurumları oluşturmak ve sahip olduğu toplumsal araçları da kullanarak tüm vatandaşların ve özellikle yoksulların yaşamlarını iyileştirmek yükümlülüğü altındadır”*¹³⁹. Bismarck'ın söz konusu raporu ile Almanya'da iktisadi ve sosyal alandaki liberalizmin terk edilmesi ve müdahaleci sosyal devlete geçilmesi amaçlanmıştır¹⁴⁰. Sosyal politika alanında reform hareketleri hayata geçirilmeye çalışılırken, bunun yanında amaçlananın sosyalistlerin etkisini silmek ve devlete sosyal bir nitelik kazandırarak, işçileri sistemle bütünleştirmek olduğunu da belirtmek gerekir. Nihayet, Bismarck'ın reform çalışmaları ve Wilhelm'in vaatleri sonuç vermeye başlamış ve sistem üç aşamada, üç kanunla hayat bulmuştur. 1883'te hastalık sigortası, 1884'te iş kazaları sigortası, 1889'da da yaşlılık ve malullüyet sigortaları kurulmuştur¹⁴¹. Hastalık sigortasının yönetimi mevcut sandıklara, iş kazasının yönetimi işveren derneklerine, malullük ve yaşlılık sigortasının yönetimi de her federe devletin resmi makamlarına bırakılmıştı.

¹³⁸ **Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 277.

¹³⁹ **TOBB**, s. 26; **Tunçomağ**, s. 19.

¹⁴⁰ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 5.

¹⁴¹ **Koç**, s. 104; **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 5, 6; **Sözer**, Şili Modeli, s. 1; **TOBB**, s. 45; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 17. Bu kanunlar 1911'de *İmparatorluk Sigorta Kanunu (Reichsversicherungsordnung - RVO)* ve 1970'li yılların başında onbir kitaptan oluşan *Sosyal Yasa (Sozialgesetzbuch - SGB)* ile bir araya getirilmişlerdir (**Sözer**, Sosyal Devlet, s. 6; **TOBB**, s. 45; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 17). Bu kitaplar şunlardır: I. Kitap: Sosyal Yasanın Genel Hükümleri, IV. Kitap: Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri, V. Kitap: Hastalık Sigortası, VI. Kitap: Maluliyet, Yaşlılık ve Ölüm Sigortaları, VIII. Kitap: Çocuklara ve Gençlere Yardım, X. Kitap: Usul Hukuku, Sosyal Verilerin Korunması, Sigorta Kurumları Arasında İşbirliği ve Üçüncü Şahıslarla İlişkileri, XI. Kitap: Sosyal Bakım Sigortası (**Sözer**, Sosyal Devlet, s. 6; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 18). Bu kanundan sonra Almanya'da *Sosyal Güvenlik Hukuku* artık *Sosyal Hukuk* olarak ifade edilmeye başlanmıştır (**TOBB**, s. 46). Ayrıca Alman Hukuku'nda sosyal güvenlik sisteminin sigorta, gözetim ve bakım olarak üçe ayrıldığı kabul edilmektedir. Sosyal gözetim ve sosyal bakım açısından ilgililerin parasal katkıları bulunmamakla birlikte, sosyal gözetimde yardım, sosyal bakımda ise tazminat niteliği ağır basmaktadır. Ancak “*Sosyal Yasa*” ile sosyal gözetim genişletilerek “*sosyal yardımlar*” adını aldığı için bu ayırımın önemini yitirdiği öne sürülmüştür (**TOBB**, s. 45, 46). Ayrıca sistemin yetersizliklerinin sosyal yardımlar aracılığıyla giderildiği öne sürülmüştür (**Güzel** Ali, “Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Sürecinde Türk Sosyal Güvenlik Sistemi”, İktisat Dergisi, Ocak 2001, s. 38).

Bu özellikleriyle işçi sigortası sistemi, dünyada ilk kez sosyal sigorta sistemini kurup birçok ülkeye örnek olmuş, Bismarck da işçi sigortası modelinin öncüsü olarak kabul edilmiştir¹⁴². İncelemekte olduğumuz sistemin doktrinde farklı isimlerle açıklandığı da gözlemlenmiştir. Söz konusu sistem için işçi sigortası kavramı yanında *Bismarck modeli*, *sosyal sigortalar sistemi*, *primli sistem* gibi kavramlar da kullanılmaktadır.

b. Sistemin Kapsamı

Kişi bakımından kapsamını incelediğimizde, işçi sigortası sigorta modelinin, ilk uygulanmaya başladığı zaman, sadece ücretleri belirli bir miktarın altında olan sanayi işçilerini kapsamakta olduğunu görmekteyiz. Ancak, amaçlanan bütün çalışanları kapsama almak olduğu için, daha sonra diğer ücretliler de kapsama dâhil edilmişlerdir¹⁴³.

İşçi sigortası sistemi, işçi sorunlarına çözüm amacıyla kurulduğu için mesleki faaliyet ölçütüne bağlı olarak oluşturulmuştur¹⁴⁴. Büyük ölçüde özel sigorta tekniğinin uygulanmasına dayanan sistem, özel sigortalardan farklı olarak zorunluluk ilkesini benimsemiştir¹⁴⁵. Bu açıdan belirtmek gerekir ki, yasanın kapsamına giren tüm işçiler, zorunlu olarak sosyal sigorta kurumuna tabidirler.

c. Sistemin Özellikleri

Bu sistemde birinci derecede finansman kaynağı işçi ve işverenin primleridir. Her işçi ücret gelirinin belirli bir yüzdesini prim olarak ödemektedir. Ayrıca belirtmek gerekir ki, sigorta dallarına göre, işçi ve işveren finansmana eşit miktarda

¹⁴² Dönemin İmparatorluk Sigorta Dairesi Başkanı Tonio Bödiker işçilerin sosyal güvenceye sahip olmalarının önemini şöyle vurgulamıştır: “*Maddi alanda buhar gücü ve elektrik ne kadar önemli ise moral alanda işçi sigortası o kadar önem taşımaktadır*” (Eichenhofer, s. 20; Ritter, s. 81 [Naklen Sözer, Sosyal Devlet, s. 6]).

¹⁴³ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 19; Sözer, Sosyal Devlet, s. 7; TOBB, s. 26; Tuncay/Ekmekçi, s. 18; Tunçomağ, s. 20.

¹⁴⁴ Güzel, Avrupa Birliği, s. 38.

¹⁴⁵ Güzel, Örgütlenme Modeli, s. 276; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 19; Sözer, Sosyal Devlet, s. 8; TOBB, s. 26; Tunçomağ, s. 20; Uğur, s. 62. Kanuni emeklilik sigortası ücret karşılığı çalışanlar için zorunlu iken, memurlar, hâkimler, askerler ve çok sayıda bağımsız çalışanlar için zorunlu değildir (Becker Ulrich/Darimont Barbara/Hekimler Alpay, “Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminde Son Reformlar”, Mercek, Ekim 2005, Y. 10, S. 40, s. 142).

katkıda bulunmaktadır¹⁴⁶. İşçi için sigorta edilen risk meydana geldiğinde, sosyal sigorta söz konusu riskin mali yükünü karşılamaktadır. Örneğin sigortalı işçi hasta olduğunda, hastalık sigortası tıbbi bakımın tüm masraflarını karşılamaktadır¹⁴⁷.

İşçi sigortası sisteminde farklı seviyedeki gelirlerden farklı düzeyde prim alınmaktadır. Anılan sebeple, kişilere sağlanan hizmet edimlerinde bir değişiklik olmamasına karşın, maddi edimlerde farklılık oluşabilmektedir¹⁴⁸.

Sosyal devletin amacı, kişilerin özel durumlarını dikkate alarak onlara asgari düzeyde, insanca bir yaşam sağlamaktır. Söz konusu kişiler için finansmanı devlet tarafından karşılanan sosyal yardım tekniği söz konusu olmaktadır¹⁴⁹.

Almanya’da, farklı çalışan grupları için farklı sigorta kurumları oluşturulmuş olup, her risk türüne göre de kurulmuş çok sayıda sandık bulunmaktadır¹⁵⁰. Bu sandıklar, sendikaların ve işverenlerin kurmuş oldukları yardım sandıkları olup, aralarında edimleri ve yönetimleri bakımından büyük ölçüde standart birliği sağlanmıştır¹⁵¹. Ancak, ülkede merkezi bir sosyal sigorta örgütlenmesi mevcut değildir. Söz konusu sandıklar, hastalık, iş kazası, rant (maluliyet, yaşlılık ve ölüm) sigortaları için ayrı ayrı yetki sahibidirler. Her ne kadar çalışanlar tüm sigorta riskleri bakımından birden fazla sandık ile ilişki içinde olsalar da, sağlanan sigorta edimleri ve edim koşulları, mesleki özelliklerin gerektirdiği istisnalar dışında, büyük ölçüde

¹⁴⁶ **Tunçomağ**, s. 20; **Uğur**, s. 61.

¹⁴⁷ **Uğur**, s. 61.

¹⁴⁸ **Sözer** tarafından, farklı seviyedeki gelirlerden farklı düzeyde prim alınması, edim – karşı edim ilişkisine bağlanarak açıklanmaktadır (**Sözer**, Sosyal Devlet, s. 7). Bunun yanında, sosyal sigortalarda özel hukuktaki risk telafisi unsuru yanında, tehlike topluluğu oluşturan, işçilerin dayanışması sonucu doğan sosyal telafi ilkesi de uygulanmaktadır (**Sözer**, Sosyal Devlet, s. 7; **Sözer** Ali Nazım, Sosyal Sigorta İlişkisi, İzmir 1991, s.13).

¹⁴⁹ Burada primli ve primsiz rejim ayrımının önemine değinmek gerekmektedir. İşçi sigortası modelinin uygulandığı ülkelerde, primli ve primsiz rejim ayrımı önem taşımaktadır. Primli rejimde her ne kadar devletin sosyal yardım anlamında finansmana katkısı bulursa da finansmanı, sosyal sigortanın edimlerinden yararlanan çalışan ve işverenlerin ödedikleri primlerle karşılanmaktadır. Ancak primsiz rejimde, sosyal yardımlardan yararlananların finansmana katkılarının bulunması söz konusu olmayıp, finansman ulusal bütçeden karşılanmaktadır (**Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 277).

¹⁵⁰ **Güzel**, Avrupa Birliği, s. 38; **Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 277; **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 7). Müstahdemler, işçiler ve zanaatkârlar kendi sosyal sigorta kurumlarına sahiptirler. Devlet memurları tüm sigorta dalları açısından devletçe koruma altına alınmış olup, kendilerine özgü bir sigorta kurumları mevcut değildir (**Sözer**, Sosyal Devlet, s. 7).

¹⁵¹ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 7.

aynıdır. Yani çok sayıda sandık mevcut olmasına rağmen çalışanlar içeriği yakın yasalara tabidirler¹⁵². Bu durumda *Sözer*'in belirttiği gibi sistemin özelliği gereği, “sandıkta çokluk ilkesi” yanında “mevzuatta birlik ilkesi”nin de benimsendiği söylenebilir¹⁵³.

Almanya’da sağlık hakkının ve sosyal devletin gerçekleştirilmesine somut bir örnek olarak, 1 Ocak 1995’ten itibaren yürürlükte olan Bakım Sigortası Kanunu’nu göstermek mümkündür. Sosyal Yasa’nın XI. kitabında düzenlenen bu sigorta ile kendine bakma yeteneği azalan veya ortadan kalkan, kendi yaşamını sürdürebilmek için başkasına bağımlı olan kişilere bakım yapılması amaçlanmaktadır¹⁵⁴. Bakım sigortası zorunlu bir sigorta olup, primleri işçi ve işverenlerce karşılanır. Ayrıca bu sigortanın yönetimi için bakım sandıkları kurulmuştur. Bakım ihtiyacının kaza ya da hastalık nedeniyle ortaya çıkması önem taşımamaktadır. Bakımın evde ya da sağlık kurumunda yapılması mümkün bulunmaktadır.

2. Halk Sigortası Sistemi

a. Sistemin Oluşumu

İngiltere’de ilk zamanlar yardımlar manastırlar eliyle yapılmaktaydı. Ancak bu yardımların nüfusun artması ile yetersiz kalmaya başlaması üzerine, Kraliçe Elizabeth 1601’de, uygulama biçimiyle çok eleştirilen “Yoksula Yardım Yasası”nı (Poor Relief Act) çıkarmıştır¹⁵⁵. Bu yasa ile ülkede her idari birimin kendi bölgesindeki yoksullara sahip çıkması düzenlenmiştir¹⁵⁶. Bu düzenlenmenin 200 yıl uygulanmasının ardından, 1834 yılında “Yoksul Hukuku Yardım Yasası” (Poor Law Amendment Act) ile bölgeler üstü merkezi kontrol sağlanması düzenlenmiştir¹⁵⁷.

¹⁵² Çalışanların farklı kurumlara tabi olmak zorunda olmalarının ve bunun sonucunda her kurumun farklı mevzuata tabi olmasının mevzuat çokluğunu beraberinde getirdiği öne sürülmüştür (**Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 277).

¹⁵³ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 8; **Sözer**, Şili Modeli, s. 275.

¹⁵⁴ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 13; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 20.

¹⁵⁵ İngiltere’de 1300 yıllarında Westminster’da parasız olarak halka sağlık hizmetleri verildiği belirtilmektedir (**TOBB**, s. 48; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 20).

¹⁵⁶ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 50; **TOBB**, s. 27; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 20.

¹⁵⁷ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 19; **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 50.

Tarım toplumu olarak kurulan ancak daha sonra endüstrileşme ve beraberinde getirdiği krizleri yaşayan İngiltere’de işçiler sendikalaşmaya başlayarak üyelerini iş kazası, hastalık, ölüm risklerine karşı koruma kapsamına aldılar. Bu gelişmeler üzerine, iş kazası sonucu, işçinin kusurlu olup olmadığına bakılmaksızın işverene tazminat ödeme yükümlülüğü getiren “İşverenler Sorumluluk Yasası” 1880’de kabul edilmişken, 1897’de bu yasanın yerini “İşçiler Tazminat Yasası” almıştır¹⁵⁸. Böylece İngiltere’de sosyal güvenlik sistemi oluşmaya başlamıştır.

1910 yılındaki siyasal iktidar değişikliği, sosyal alanda köklü değişikliklerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. 1911 yılında yürürlüğe giren “Ulusal Sigorta Yasası” (National Insurance Act) ile hastalık, sakatlık ve analık hallerinde sağlık harcamaları ve gelir kayıplarına karşı güvence getirmesinin yanında işsizlik sigortası da düzenlenmektedir¹⁵⁹. Bu anlamda İngiltere, dünyada işsizlik sigortasını benimseyen ilk ülke olmuştur¹⁶⁰.

İngiltere’de önceleri Alman sosyal sigorta sisteminin örnek alındığı görülmektedir. Ancak II. Dünya Savaşı ve Sir William Beveridge’in raporu, İngiliz sosyal güvenlik sisteminde değişimlere yol açmıştır. Savaş sonrasında halkın yoksulluğa düşmesinin getirdiği sıkıntıları ve sosyal güvenlik sistemindeki aksaklıkları gidermek amacıyla “Sosyal Güvenlik Komisyonu” kurulmuş ve başına da Sir William Beveridge getirilmiştir. 20.11.1942 tarihinde çalışmalarını tamamlayan komisyon 172 sayfalık bir rapor açıklamıştır¹⁶¹.

¹⁵⁸ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 50; **TOBB**, s. 48.

¹⁵⁹ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 20; **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 50; **TOBB**, s. 27, 48; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 20; **Tunçomağ**, s. 21.

¹⁶⁰ İşsizlik sigortasının uygulama alanı birkaç işkolu ile sınırlı tutulmuş, ancak ülkedeki işçilerin büyük çoğunluğu işsizlik sigortası kapsamına girmiştir. İngiltere’de işsizlik sigortasının finansmanı, işçi, işveren ve devletin eşit oranda katılımı ile sağlanmaktadır. (**TOBB**, s. 48; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 20; **Tunçomağ**, s. 21). Ayrıca belirtmek gerekir ki, Almanya’da İşsizlik Sigortası 1927’de kabul edilmiştir (**Sözer**, Sosyal Devlet, s. 23).

¹⁶¹ Bkz. **Sir Beveridge W.**, Social Insurance and Allied Services, London 1942. Rapora uygun olarak sırasıyla çıkarılan düzenlemeler şunlardır:

- Çocuk Parası Yasası (Family Allowance Act, 1945).
- Halk Sigortası Yasası (National Insurance Act, 1946).
- Kaza Sigortası Yasası (Industrial Injuries Act, 1946)
- Sosyal Yardım Yasası (National Assistance Act, 1948).

Beveridge raporuna göre, sosyal güvenliğe ulaşmanın üç yolu vardır: Zorunlu sosyal sigorta örgütü, sigorta kapsamına girmeyen kişiler için ulusal yardım örgütü ve isteğe bağlı özel sigorta¹⁶².

Getirilen yeni düzenlemeler ile edim tipleri şu şekilde belirlenmiştir: Hastalık ödeneği, sakatlık edimi; yaşlılık aylığı, işsizlik ödeneği, analık ödeneği ve dul aylığı. Söz konusu edimlerin tamamı, kendi içinde sınıflara ayrılan sigortalılardan sadece işçilere (1. sınıf) sağlanmakta, bağımsız çalışanlar (2. ve 4. sınıflar) işsizlik ve iş kazası risklerine karşı korunmamakta, çalışmayanlar ise (3. sınıf) sadece analık, dul kalma, yaşlılık risklerine karşı korunmaktadırlar¹⁶³.

Halk sigortası modeli sosyal güvenlik sisteminde amaçlanan, sosyal düzenin iyileştirilmesi için alınan tedbirlerin herkes için aynı ve tüm halkı kapsayıcı nitelikte olmasıdır. Sistem herkesi koruyucu bir yaklaşım içinde oluşturulduğu için bu sisteme universal ya da ulusal sosyal güvenlik rejimi de denilmektedir¹⁶⁴.

b. Sistemin Kapsamı

Daha önce de belirtildiği üzere sistem, sadece çalışanları değil, ülkede yaşayan herkesi hiçbir ayırım gözetmeksizin sosyal güvenceden yararlandırmayı sağlayacak şekilde kapsamına almıştır. Sadece işçiler kapsama alınmayıp, tüm İngiliz halkı, mesleki faaliyetleri ne olursa olsun, toplumun bir bireyi olma sıfatıyla, sosyal güvenlik kapsamına alınmaktadır¹⁶⁵. Bu durumda “*genellik ilkesi*”nin mutlak anlamıyla benimsenmiş olduğu görülmektedir. Sigorta kurumu tarafından yapılacak yardım asgari bir yaşam düzeyi ölçü alınarak belirlenmektedir. Yardım alan kişilerin geçmiş ya da gelecekteki mesleki faaliyetleri, riskle karşılaştığı andaki mali durumu, yapılacak sigorta yardımının miktarını etkileyecek bir öneme de sahip olmamaktadır¹⁶⁶.

¹⁶² Tuncay/Ekmekçi, s. 20.

¹⁶³ Naklen Sözer, Sosyal Devlet, s. 53.

¹⁶⁴ Güzel, Örgütlenme Modeli, s. 276.

¹⁶⁵ Güzel, Avrupa Birliği, s. 38; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 24.

¹⁶⁶ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 24.

c. Sistemin Özellikleri

Kişi bakımından kapsamda benimsenen bu bütüncül yaklaşım, sistemin kapsama aldığı risklerde, primlerde ve edimlerde de benimsenerek uygulanmıştır. Bu anlamda **Güzel**, modeli “*yönetimde birlik ilkesi*” ile açıklamıştır¹⁶⁷. Buna göre, tüm sigorta kurumları tek bir kurum altında ve tek bir kamu hizmeti içinde birleştirilmiştir.

Ayrıca primlerde birlik ilkesinin söz konusu olmasının yanında edimlerin de maktu olduğunu görmekteyiz. Buna göre, sigorta primleri işçilerin ücretlerinin yüzdesi üzerinden, bağımsız çalışanlarda ve çalışmayanlarda ise maktu bir ücret üzerinden karşılanmaktadır. Primler her risk için ayrı ayrı alınmamakta ve tümü için tek bir ödeme yapılmaktadır. Bunun karşılığında işçiler de diğer sigortalılar da maktu olarak belirlenen edime hak kazanırlar.

Yukarıda yapılan bu ayrımı **Arıcı**¹⁶⁸, iki örgütlenme modeli olduğunu belirterek incelemiştir. **Arıcı**'ya göre, sistem “*sosyal sigorta sistemi*” ve “*milli yardım sistemi*” olmak üzere iki şekilde örgütlenmiştir. Buna göre, Beveridge Planı'nda sosyal sigorta sistemi, sigortalının zorunlu olarak prim ödemesi karşılığında prim miktarına bakılmaksızın edimlerden maktu olarak yararlandığı bir sistemi ifade eder. Milli yardım sistemi ile de, sosyal sigorta sistemi dışında kalan veya sosyal sigorta edimleri ile ihtiyaçlarını karşılayamayan bireylere prim ödeme şartı olmaksızın yardım yapılmaktadır.

Sözer¹⁶⁹ ise İngiliz Sosyal Güvenlik sisteminin iki şekilde klasik bir ayrıma tabi tutulduğunu belirterek, “*sağlık hizmeti*” ve “*tipik sosyal risklere karşı gelir güvencesi kurumları*” şeklinde sistemin incelenebileceğini belirtmiştir. Sistemin araçlarından yola çıkarak “*primli rejim*” ve “*primsiz rejim*” şeklinde başka bir klasik ayrıma da gidilebileceğini belirtmiştir. İlk görüşünün ortaya çıkış noktasının primli ve primsiz rejim ayrımından kaynaklandığını görmek mümkündür. Çünkü halk

¹⁶⁷ **Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 276.

¹⁶⁸ **Arıcı** Kadir, Sosyal Güvenlik, Ankara 1999, s. 275, 276.

¹⁶⁹ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 54.

sigortası niteliğini taşıyan primli rejim, tüm nüfusa gelir güvencesi sağlamaya yöneliktir ve sadece klasik sosyal risklere karşı para edimini kapsamına almıştır. Primsiz rejimde ise finansman vergilerle sağlanmaktadır, prim ödeme şartı bulunmamaktadır. Almanya’da primsiz rejim sosyal tazmin (savaş aylığı), sosyal yardım (sakatlara, ailelere ve yaşlılara yönelik yardımlar) ve sosyal teşvik (eğitim, konut yardımları) olarak üç şekilde tasnif edilmiştir. Ancak İngiltere’de primsiz rejim, hem sağlık hizmetini hem de kişilere yönelik sosyal hizmetleri kapsamına almıştır. Bu sebeple sosyal hizmet kavramı halk sigortasını, sağlık hizmetlerini ve diğer yardımları da kapsamına alan bir kavram olarak benimsenmiş ve İngiliz Refah Hukuku’na “Sosyal Hizmet Hukuku” da denmesine sebep olmuştur¹⁷⁰.

İkinci görüşün, temel olarak sağlık hizmetlerinin sistem içerisinde farklı bir yerde olması nedeniyle ortaya çıktığını görmekteyiz. Çünkü sağlık hizmetini primsiz rejim içerisinde ve ileride anlatılacağı üzere devletçe bakım sistemi kapsamında görmek söz konusu olmaktadır. Beveridge sisteminde finansmanı vergilerle sağlanan “ulusal sağlık” politikası benimsenmiştir. Böylece tüm halka tıbbi yardımlar ücretsiz olarak sunulmakta, sağlık hizmetleri de tek bir kurumun (Sağlık Bakanlığı) çatısı altında bulunmaktadır¹⁷¹. Söz konusu sağlık modeline ilerideki bölümlerde yer verilecektir.

3. Karma Sistem

a. Sistemin Oluşumu

Bismarck tarafından oluşturulan ve ilk modern sosyal güvenlik sistemi olan işçi sigortası sistemi ile Beveridge tarafından oluşturulan halk sigortası sistemi pek

¹⁷⁰ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 55. İngiltere’de oluşturulmaya çalışılan sosyal devlet modeline “refah devleti” denmektedir. Sosyal politika amaçlı alınan hukuki tedbirlere de “refah hukuku” denmektedir. Bu anlamda refah devletinin amacını, bireylerin iyilik durumuna ulaşabilmesi için devletin tedbir alması ve toplumun refahını yükseltmek ile ilgili sorumluluk taşıması oluşturur (**Sözer**, Sosyal Devlet, s. 54).

¹⁷¹ **Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 276; **Sözer**, Şili Modeli, s. 2; **Tuncay/Ekmekçi**, s. 23; **Uğur**, s. 64.

çok ülkede benimsenmiş, bazı ülkeler ise her iki sistemi beraber uygulama yolunu seçmişlerdir¹⁷².

Hollanda, sosyal sorunları çözmeye önceleri Alman Modelini kullanırken, özellikle II. Dünya Savaşı'nın ardından Beveridge Planı'ndan etkilenerek, 1949'da işsizlik sigortası oluşturulmuştur. Böylece Hollanda, işçi sigortası ve halk sigortası sistemini birlikte uygulayarak, karma sistemi hayata geçirmiştir.

b. Sistemin Kapsamı

Halk sigortası kapsamına en az 18 aydan beri Hollanda'da ikamet eden herkes alınmıştır. İşçi sigortası ise bağımlı çalışan herkesi kapsamaktadır¹⁷³.

Hollanda'da 15–65 yaş arasındakiler maktu prim ödemekte, bu yaş sınırlarının dışında kalanlar ise primden muaf tutulmaktadır. Hollanda'da kabul gören ve uygulanan karma sistemde halk; hastalık, analık, kaza, malullük, çocuk sahibi olma, yaşlılık ve ölüm risklerine karşı korunmaktadır¹⁷⁴. Ancak anılan risklere karşı ayrı ayrı sigorta kolları tahsis edilmemiş, işçiler ve halk için söz konusu tüm riskler bakımından sağlık mevzuatı çerçevesinde koruma olanağı sağlanmış bulunmaktadır¹⁷⁵. Özellikle hastalık ve aile ödenekleri gibi ulusal dayanışma ilkesinin egemen olduğu sigorta dallarında bu olgu daha da belirgin durumdadır¹⁷⁶.

Sağlık mevzuatı çerçevesinde oluşturulan bu sistemde iş göremezlik doğuran ve tedaviyi gerektiren söz konusu durumlar için, 26 adet bölge hastalık sandığı faaliyet göstermektedir¹⁷⁷. Ancak halk, istisnalar dışında sadece bir yıldan uzun süren rahatsızlıklar bakımından koruma kapsamına alınmıştır. Yaşlılık ve ölüm riskleri için

¹⁷² **Güzel**, söz konusu sistemi, sigorta dalları açısından her iki modeli de içerdiği için, “*sosyal sigorta dallarına göre karma model*” olarak nitelendirmiştir (**Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 278).

¹⁷³ Hollanda'da, halk sigortası kapsamında, Özel Hastalık Giderleri Yasası, Genel İş Göremezlik Yasası, Genel Çocuk Parası Yasası, Genel Yaşlılık Yasası, Genel Dul ve Yetimler Yasası çıkarılmıştır. İşçi sigortası kapsamında, Hastalık Sigortası Yasası, Hastalık Kasası Yasası, İş Göremezlik Yasası, İşsizlik Sigortası Yasası çıkarılmıştır. Bu ayrımla birlikte benimsenen karma sistem daha net anlaşılabilir (Sözer, Sosyal Devlet, s. 90).

¹⁷⁴ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 91; **Sözer**, Şili Modeli, s. 2.

¹⁷⁵ **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 91; **Sözer**, Şili Modeli, s. 2.

¹⁷⁶ Naklen **Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 278.

¹⁷⁷ **Sözer**, Şili Modeli, s. 2.

ise, yetkili tek kurum olan Sosyal Güvenlik Bankası hizmet vermektedir. Bunun yanında işçiler, bir yıldan kısa süren iş göremezlik, hastalık ödeneği, malullük ve işsizlik riskleri ayrıca koruma kapsamında bulunmaktadır. Sözü geçen hastalık sandıkları ayrıca doğum hizmetleri, hastalık ve analık paraları, sakatlık aylığı ve işsizlik ödeneği vermektedir¹⁷⁸.

4. Devletçe Bakım Sistemi

Herkese asgari bir yaşam düzeyi sağlamayı amaç edinen sistemde, edimlerin sağlanmasında sadece devlet sorumlu tutulmaktadır¹⁷⁹. Bu sebeple de sosyal güvenlik harcamaları devlet bütçesinden bu amaç için ayrılan kaynaklardan karşılanmaktadır. Ancak, harcamaların devlet bütçesinden karşılanması, sosyal güvenlik sosyal güvenlik tedbirlerinden yararlananların sosyal güvenliğin finansmanına hiçbir şekilde katkıları olmadığı anlamına gelmemektedir. Zira, vergi yükümlülerinin ödedikleri vergiler ölçüsünde finansmana katkı sağlanmaktadır. Bu durumda, gelir düzeyi yükseldikçe ödenen vergi miktarı da orantılı olarak artmaktadır. Vergilerin oranlarının arttırılması yoluyla finansmanda yaşanan sıkıntılar giderilmeye çalışılmaktadır¹⁸⁰.

Sistemin uygulandığı ülkelere, Danimarka, Avustralya, Yeni Zelanda ve İzlanda örnek olarak gösterilebilir.

1938 tarihli olan Yeni Zelanda sosyal güvenlik sistemi, fakirliği kökünden silmek amacıyla oluşturulmuştur. Bu sistemde her bireyin toplumdaki nafaka alacağına sahip olduğu kabul edildiği için gelirleri belli bir miktarın altına düşen bireylerin bu haklarını kullanabilecekleri öne sürülmüştür¹⁸¹. Yani burada yardımdan yararlanabilmenin koşulu olarak yoksulluğun benimsendiğini görmekteyiz.

¹⁷⁸ Sözer, Şili Modeli, s. 2.

¹⁷⁹ Sözer, Şili Modeli, s. 3; TOBB, s. 62; Tunçomağ, s. 28.

¹⁸⁰ Uğur, s. 67.

¹⁸¹ TOBB, s. 62; Uğur, s. 68.

Bu sistemin kişi bakımından kapsamına aldıkları, önceki sosyal ve mesleki durumu ne olursa olsun yoksulluğa düşen toplumun tüm bireyleridir¹⁸². Sistemin finansmanı ise prim yerine, her vatandaşın ödediği vergilerden karşılanmaktadır¹⁸³. Bu nedenle sistemde, herkes imkânı ölçüsünde sisteme katkıda bulunmakta olup, bunun karşılığında ihtiyacı ölçüsünde yardımlardan yararlanabilmektedir.

Devletçe bakım sisteminin uygulandığı bir diğer ülke olan Danimarka'da halk aylığı, zorunlu resmi iç pazarı ek aylığı ve gayri resmi, ihtiyari iş pazarı ek aylığı şeklinde üç uygulama bulunmaktadır¹⁸⁴. Halk aylığından 67 yaşını dolduran ve en az 3 yıl Danimarka'da ikamet eden her vatandaş yararlanabilmektedir. Zorunlu resmi iç pazarı ek aylığı ise 16–66 yaş arası, haftada en az 10 saat çalışan işçileri kapsamına almaktadır. Primleri işçilerden ve işverenlerden farklı oranlarda alınır. Gayri resmi, ihtiyari iş pazarı ek aylığı işçi ve işverenlerin bağlı oldukları üst örgütlerle yapılan anlaşmalar sonucu belirlenen işletme içi edimlere bağlıdır.

5. Koruyucu Fon Sistemi

Koruyucu fon sistemi'nin¹⁸⁵ eski İngiliz kolonisi olan ülkelerin bağımsızlıklarını ilan etmesinden sonra kurulduğu belirtilmektedir. Eski kolonilerde İngiltere'nin herhangi bir sosyal güvenlik sistemi kurma niyetinin olmaması ve bu kolonilerin sosyalizmden etkilenmesiyle sosyal sigorta sistemi kurma girişimlerinde bulunulmuştur.

Koruyucu fon sistemi, kamu sektörü tarafından yönetilen ve ertelenmiş ücret niteliğinde bir fonun bulunduğu zorunlu tasarruf programı olarak nitelendirilmektedir¹⁸⁶. Bu sistemde işçi ve işverenler ödedikleri primleri toptan veya

¹⁸² **TOBB**, s. 62; **Tunçomağ**, s. 28.

¹⁸³ **Sözer**, Şili Modeli, s. 3; **TOBB**, s. 62; **Tunçomağ**, s. 28. Sistemin gelir düzeyine göre belirlenen vergilerle finanse edilmesi sonucunda, finansman sorunu ortaya çıktığı takdirde bunu gidermek amacıyla yeni vergiler konulduğu veya mevcut vergilerin oranlarının artırıldığı belirtilmiştir (**Uğur**, s. 67).

¹⁸⁴ **Sözer**, Şili Modeli, s. 3.

¹⁸⁵ **Karadeniz**, İngilizce “*provident fund*” olarak belirtilen koruyucu fon sistemini, Türkçe'ye “*ihtiyat fonu*” olarak çevirip incelemektedir (**Karadeniz Oğuz**, “Dünya'da ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde İhtiyat Fonu Uygulamaları”, *Çimento İşveren*, C. 21, S. 1, Ocak 2007, s. 5).

¹⁸⁶ **Karadeniz**, s. 5; **Sözer**, Şili Modeli, s. 4; **Uğur**, s. 70.

faiziyle geri alabilmektedirler. Buradan da anlaşılacağı üzere sistemin önemli bir özelliği finansmanın işçi ve işverenin ödediği primler tarafından sağlanmasıdır. Bazı koruyucu fon sistemlerinde emeklilik durumunda, fonda sigortalı adına biriken tutar emekli aylığı şeklinde verilirken, genellikle uygulamanın fonda biriken paranın toptan olarak verilmesidir. Ancak emeklilik dışında da yasada belirlenen bazı koşullar gerçekleştiğinde fondan toptan ödeme yapılabilmektedir.

Sistemin uygulandığı ülkelere örnek olarak, Tayvan, Güney Kore, Singapur, Çin Halk Cumhuriyeti, Malezya gibi bazı Asya ülkeleri ve Güney Afrika ülkeleri gösterilebilir¹⁸⁷.

Koruyucu fon sisteminde kişinin ne kadar emekli aylığı alacağı sadece fona ödediği primler ile sınırlıdır ve kendisine ödenecek aylık hakkında katılımcının bilgisi olmamaktadır. Sistemin bu özelliğinden dolayı, fonların tasarruf sandığı gibi işlev gördüğü belirtilmektedir¹⁸⁸. Aynı zamanda işçilerin bireysel hesaplarında toplanan prim tutarlarından oluşan fonlar kamu kuruluşları tarafından yatırıma yönlendirilmekte ve işletilmektedir.

Devletin finansmana katkısının olmadığı koruyucu fon sistemi, sağlık sigortasını kapsamamaktadır. Eğitim, sağlık, konut gibi ihtiyaçları ortaya çıktığı zaman sigortalıların yapabilecekleri tek şey, fonda biriken paralarını toplu olarak çekebilmektir.

Üç tür zorunlu koruyucu fon programı vardır¹⁸⁹. Birincisi, yüksek güven programı olup, farklı bağımsız çalışanlar ile farklı işverenlerin çalışanlarına üyeliğin açık olduğu programlardır. Yüksek güven programları, yönetim ve yatırım için küçük işveren birliklerinin katkılarından oluşan birikimleri kullanmakta ve

¹⁸⁷ **Karadeniz**, s. 6; **Sözer**, Şili Modeli, s. 3. Hong Kong da bu sistemi uygulamaktadır. Ancak sistem kamunun değil özel sektörün tekelindedir (**Karadeniz**, s. 6). Ayrıca K.K.T.C’de de koruyucu fon sistemi kısmen uygulanmaktadır. Zorunlu sosyal sigorta kurumlarına ek bir sosyal güvenlik programı niteliğini taşımaktadır (**Karadeniz**, s. 9).

¹⁸⁸ **Karadeniz**, s. 6.

¹⁸⁹ **SIU Alan**, “Hong Kong’s Mandatory Provident Fund”, Hong Kong Institute of Economics and Business Strategy, The University of Hong Kong, September 3, 2000, http://www.hiebs.hku.hk/working_paper_updates/pdf/wp1021.pdf (28.03.2009), s. 2–3.

işletmektedir. Bu tip programlar özellikle küçük ve orta ölçekli girişimciler için uygundur. İkincisi, tek işverenin çalışanlarının üyeliklerine açık olan ve sadece çok sayıda çalışanı olan şirketler için uygun görülen işveren destekli programlardır. Üçüncüsü, özellikle inşaat ve gıda sanayii gibi hareketliliği yüksek endüstri çalışanları için uygun olan endüstri programlardır. Aynı endüstride çalışanın işi değiştiğinde, maliyeti minimum olacak şekilde faydaların artırılması programın önemli bir özelliğidir.

6. Özel Sigorta Sistemi

Sosyal sigortaların temelini oluşturan Bismarck ve Beveridge sistemleri birçok ülkede sosyal güvenlik uygulamalarına örnek teşkil ederken, günümüze geldiğinde ülkelerin sistemlerinde reform yapılmaya başlandığını görmekteyiz.

Başlangıçta Almanya’da benimsenen Bismarck modeli sosyal sigortalar Latin Amerika ülkelerinde de kabul edilmiştir. Ancak günümüzde Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı gibi uluslararası kuruluşlar özel sigorta sisteminin, kamu hizmeti ve görevi niteliğini haiz olan sosyal güvenliğin yerini alması yaklaşımını benimsemeye ve benimsetmeye çalışmaktadır. Bu nedenle birçok Latin Amerika ülkesinde bireysel emeklilik programları zorunlu şekilde uygulanmaktadır. Latin Amerika ülkeleri içinde Bismarck sistemini terk ederek emeklilik sistemini özelleştiren ilk ülke Şili olmuştur. Bu sebeple özel sigorta sistemi “*Şili Modeli*” olarak da bilinmektedir. Şili’de sistemin Mayıs 1981’de yürürlüğe girmesinden sonra Kolombiya, Peru, Arjantin, Meksika, Bolivya, El Salvador, Nikaragua’da özel sigorta sistemi uygulanmaya başlamıştır¹⁹⁰.

Kamusal dağıtım sisteminin (*pay-as-you-go*) yerini bireysel hesaplara dayalı emeklilik fonlarının aldığı özel sigorta sistemi, yaşlanan nüfus için daha iyi işleyecek

¹⁹⁰ **Mesa-Lago** Carmelo, “Structural Reform of Social Security Pensions in Latin America: Models, Characteristics, Results and Conclusions”, *International Social Security Review*, Vol. 54, 4/2001, s. 69-72; **Sözer**, *Şili Modeli*, s. 9. Şili örneğinde tam bir özelleştirme olduğundan söz edilirken, Arjantin örneğini incelediğimizde, kısmî bir özelleştirmenin uygulandığını görmekteyiz. Arjantin’de çalışanlara özel ve kamu karma bir programı veya tamamen kamu programı seçme hakkı tanınmaktadır (**Williamson** John B./ **Pampel** Fred C., “Does The Privatization Of Social Security Make Sense For Developing Nations?”, *International Social Security Review*, Vol. 51, 4/1998, s. 11).

bir model olduğu düşüncesinden yola çıkılarak oluşturulmuştur¹⁹¹. **Mesa-Lago**, Latin Amerika ülkelerinde sistemin üç şekilde gerçekleştirildiğini belirtmektedir. Birincisi, kamu sigorta sisteminin yerini tamamen özel sigorta sisteminin aldığı, “ikame model”; ikincisi, kamu sisteminin tamamen ortadan kalkmadığı, reforma uğradığı, “paralel model” olarak adlandırılan model; üçüncüsü, kamu sisteminin kaldırılmadığı, özel sigorta sistemi ile birbirini bütünleyen bir işlev gördüğü “karma model”¹⁹².

Özel sigorta sisteminin özelliklerini dikkate alarak yapılan eleştirilere göre sistemde, işverenin üzerinde bulunan sosyal güvenlik ve sağlık sigortasının bütün mali sorumluluğu işçilerin üzerine yıkılmakta ve bu şekilde işgücünün ucuzlaması sağlanmaktadır¹⁹³. Öte yandan, sistemi başka bir açıdan değerlendiren yazarlar, sistemin ülke ekonomisini piyasa koşullarına uygun hale getirerek uluslararası rekabete açtığını ve özelleştirme yolu ile de para politikalarını yeniden yapılandırıldığını ileri sürmektedirler¹⁹⁴.

Özel sigorta sistemi Şili’de, 1983 yılından itibaren ilk kez sigortalı olan ve bağımlı çalışan herkesi zorunlu olarak kapsamına dâhil etmektedir¹⁹⁵. Bağımsız çalışanlar ise isteğe bağlı sigortalı olmaktadır¹⁹⁶.

Görüldüğü üzere, kamusal dağıtım sisteminden kapital biriktirme sistemine geçilerek prim ve edimler arasında sıkı ilişki kuran sistem, kişilere özgü özel sigorta hesabına dayanmaktadır. Kişilerin hesaplarında biriken paralar kişilerin özel

¹⁹¹ **Mesa-Lago**, s. 69; **Rösner** Jürgen Hans, “Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Reformunda Özelleştirme Stratejileri-Şili Örneği”, Türkiye’de ve Almanya’da Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Reformu, Ankara 1997, s. 89; **Williamson/Pampel**, s. 10.

¹⁹² **Mesa-Lago**, s. 69, 70.

¹⁹³ **Martin** Brendan, Özelleştirme Kamu Yararına mı?, Türk Harb-İş Sendikası, Ankara 1994, s. 165; **Uğur**, s.72.

¹⁹⁴ **Ergenekon** Çağatay, Özel Emeklilik Fonları-Şili Örneğinden Alınacak Dersler, İMKB, İstanbul 1998

¹⁹⁵ **Rösner**, s. 91; **Sözer**, Şili Modeli, s. 9; **Williamson/Pampel**, s. 12.

¹⁹⁶ **Rösner**, s. 91; **Sözer**, Şili Modeli, s. 9.

mülkiyetinde bulunmaktadır. Ayrıca sistemde, primin tamamı işçi tarafından karşılanmakta ancak işverence kesilerek yatırılmaktadır¹⁹⁷.

Söz konusu sistemde, oluşan emeklilik fonlarının yönetilmesini sağlamak amacıyla Bireysel Emeklilik Fonu Yönetim şirketleri (AFPs – Administradoras de Fondos de Pensiones) kurulmuştur. Bu şirketler primlerin toplanması, bu primlerin her sigortalı adına takip edilen bireysel hesaplarda yatırıma dönüştürülmesi ve emeklilik döneminde aylık olarak geri ödemelerin yapılması görevlerini üstlenmişlerdir¹⁹⁸.

Sistemin kapsamında olanlara hangi emeklilik fonuna dâhil olacağı konusunda seçim hakkı tanınmış ve fon yönetim şirketleri arasında rekabetin korunması amacıyla, talep edildiği takdirde çalışanların birikimlerini bir fondan diğerine transfer edebilmelerine imkân sağlanmıştır¹⁹⁹.

Sistem içerisinde devletin rolü sadece fon yönetim şirketlerini denetlemekle sınırlı tutulmuştur. Buna göre devlet, yatırılmış sermayenin türü ve risk derecesi açısından yasal gereklere uygunluğu ve bu sermayeden belirli bir asgari faiz getirisinin sağlanıp sağlanmadığını kontrol etmektedir²⁰⁰.

Aşağıda verilen tabloda doktrinde konuyla ilgilenen yazarlar tarafından yapılan sınıflandırmalar açıklanmış olup, sistemlerin temel özelliklerine ve hangi ülkelerde uygulandıklarına yer verilmiştir.

¹⁹⁷ **Sözer**, Şili Modeli, s. 10; **Williamson/Pampel**, s. 12. Yeni sistem tamamen katılımcıların ücretlerinin % 13.4'ü oranında ödedikleri primlerle oluşturulmakta ve işverenler tarafından ücretlerden kesilen primler, ilgili özel sosyal güvenlik kurumu hesabına yatırılmaktadır (**Konuralp Gürel/Utkueri** Okan, “Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Özel Emeklilik Fonlarının Önemi”, <http://muhasabemerkezi.marmara.edu.tr/09gurel.zip>, (03.03.2009), s. 10).

¹⁹⁸ **Ergenekon**, s. 88, 89; **Kapar** Recep, “Şili Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık ve Emeklilik Sigortalarında Yaşanan Değişimler”, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C. 1, S. 1, Y. 1999, s. 177; **Konuralp/Utkueri**, s. 9; **Sözer**, Şili Modeli, s. 9.

¹⁹⁹ **Rösner**, s. 91; **Sözer**, Şili Modeli, s. 9; **Williamson/Pampel**, s. 12.

²⁰⁰ **Konuralp/Utkueri**, s. 10; **Rösner**, s. 91; **Sözer**, Şili Modeli, s. 10, 11. Yeni sisteme geçişle ilgili olarak tüm yükümlülük devlet tarafından üstlenilmiş, yeni sisteme geçenlerin birikmiş kapıtalalarının yeni sisteme transferinin devlet tarafından sağlanması nedeniyle, ilk 10 yıllık dönemde içerisinde GSYİH'nin % 4-5'i bu amaçla kullanılmıştır (**Konuralp/Utkueri**, s. 10).

Tablo 2: Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Sınıflandırılması

I. GÖRÜŞ					
İşçi Sigortası Sistemi	Halk Sigortası Sistemi	Karma Sistem	Devletçe Bakım Sistemi	Koruyucu Fon Sistemi	Özel Sigorta Sistemi
II. GÖRÜŞ					
Sosyal Sigorta Rejimi	Ulusal ya da Universal Sosyal Güvenlik Rejimi	Sosyal Sigorta Dallarına Göre Karma Model	-	-	-
III. GÖRÜŞ					
Sosyal Sigorta Tekniğine Dayalı Sistem	Maktu Yardımlara ve Kazançlara Göre Aylık Bağlamayı Birleştiren Sistem	-	Maktu Yardımlara Dayalı Ulusal Sosyal Güvenlik Sistemi	-	-
Sistemlerin Genel Özellikleri					
(Bismarck Modeli) (Primli rejim) ▪ Mesleki faaliyet ölçütüne dayalı sosyal sigorta tekniğidir. ▪ Bütün çalışanları kapsar. ▪ İşçi ve işveren primlerinden karşılanır. ▪ Zorunluluk ilkesi mevcuttur. ▪ Sigorta dallarına göre sandıklar kurulmuştur.	(Beveridge Modeli) (Primsiz Rejim) ▪ Bütün bireyleri kapsar. ▪ Katımlı sosyal güvenlik esasına dayanır. ▪ Sosyal risk ve sosyal yardımlarda teklik ilkesi benimsenmiştir. ▪ Primler işçilerde ücretinin yüzdesi üzerinden, diğer kişilerde maktu miktar olarak ödenir. Ama edimler herkes için maktudur. ▪ Primler her risk için ayrı ayrı alınmaz tümü için tek bir ödeme yapılır. ▪ Ulusal sağlık hizmetinin finansmanı vergilerle sağlanır (bu açıdan Devletçe Bakım Sistemine benzemektedir).	(Bismarck+Beveridge) ▪ Primler işçilerde ücretinin yüzdesi üzerinden, diğer kişilerde maktu miktar olarak ödenir. ▪ Primler her risk için ayrı ayrı alınır. ▪ Bölge hastalık kasaları bulunmaktadır.	▪ Sosyal risklerin tümü devletçe karşılanır. ▪ Yardımlar yoksulluk koşuluna bağlıdır. ▪ Finansman kazanç düzeyine göre ödenen vergilerden sağlanır.	▪ Zorunlu tasarruf programıdır. ▪ İşçiler ve işverenler birlikte prim öderler. ▪ Kamu ya da özel sektör eliyle yürütülür. ▪ Kurumlar primler karşılığında toptan ya da faiziyle ödeme yaparlar. ▪ Genellikle sağlık sigortasını kapsamamaktadır.	▪ Sigorta kurumlarının yerini özel, kâr amaçlı fonlar almaktadır. ▪ Kişilere özgü özel sigorta hesabı bulunmaktadır. ▪ Primin tamamı işçi tarafından karşılanır.
Uygulandıkları Ülkeler					
Avusturya, İtalya, Belçika, İsviçre, Fransa, Portekiz, İspanya, Japonya, Hindistan, ABD ve Türkiye (5510 sayılı Kanun'dan önce)	İngiltere, Norveç, İsveç, Finlandiya, Kanada, İrlanda	Hollanda	Danimarka, Avustralya, Yeni Zelanda, İzlanda	Tayvan, Güney Kore, Singapur, Vietnam ve Çin Halk Cumhuriyeti, Hindistan, Malezya	Şili, Kolombiya, Peru, Arjantin

II. SAĞLIK SİSTEMLERİ

Yukarıda incelediğimiz ve sınıflandırmaya çalıştığımız sosyal güvenlik sistemlerini uygulayan ülkeler ele alındığında, sağlık sistemlerinin de aynı sınıflandırmaya paralel olarak benzer özellikleri taşıdığını görmekteyiz. Ancak, bazı ülkelerin sağlık sistemlerinin, o ülkenin tabi olduğu sosyal güvenlik sistemine ilişkin temel özellikleri taşımadığını ve temel özellikleri bakımından başka bir sosyal güvenlik sistemine ait olduğunu görmekteyiz. Bu sebeple, açıklamalarımızda ülkelerin sağlık sistemlerinin hangi açılardan tabi oldukları sosyal güvenlik sisteminden ayrıldıkları hususuna da değinilecektir.

Aşağıda açıklamaya çalışacağımız sağlık sistemleri, yukarıdaki sosyal güvenlik sınıflandırılması esas ve sırasına bağlı kalınarak incelenecektir.

A. Genel Olarak

Sosyal güvenlik sistemlerini belirleyen ülkeler, bu gelişmelere paralel olarak sağlık sistemlerinde de değişime yön vermeye başladılar. Özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra birçok ülkede ortaya çıkan kötü sağlık koşulları, artan sağlık hizmeti talepleri ve buna bağlı olarak yükselen sağlık harcamaları ile sağlığı korumanın devletin bir sorumluluğu olduğu anlayışı tüm ülkelere, sağlık sistemlerini belirleme ve inceleme bakımından yön vermiştir. Önceleri amaç sadece hastaya hızlı ulaşım, tedavinin kalitesini yükseltmek iken, 1970'li yıllardan sonra teknolojideki gelişmelerin de getirdiği masraflar sonucu ülkeler sağlık politikalarını değiştirmek durumunda kalmışlardır²⁰¹.

Sağlık sistemleri dünya literatüründe ve Türk doktrininde pek çok farklı türde gruplandırılmıştır. Türk Sosyal Güvenlik Hukuku alanında *Sözer*, sağlık sistemlerinin sosyal devlet düzeninin etkisinde olduğunu belirterek, sosyal devletin

²⁰¹ **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 3; **Sargutan** Erdal, "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 8, S. 1, Y. 2005, s. 82.

oluştığı modele göre sağlık sistemlerini sınıflandırmıştır. Buna göre sağlık sistemleri üç türdür²⁰²:

- Milli sağlık sistemi,
- Hastalık sigortası sistemi,
- Özel sağlık sistemi.

Okur'un ortaya koyduğu sağlık sistemini de belirtmekte yarar bulunmaktadır. *Okur'a* göre sağlık sistemleri üçe ayrılmaktadır²⁰³:

- Ulusal sağlık sistemi,
- Sigorta sistemi,
- Karma ve yerel örgütler sistemi.

Güzel/Okur/Caniklioğlu ise, benzer bir ayırım yaparak üç şekilde incelemiştir sağlık sistemlerini²⁰⁴:

- Ulusal sağlık sistemi,
- Hastalık sigortası sistemi,
- Liberal sağlık sistemi.

Görüldüğü üzere *Okur*, sosyal güvenlik sistemlerinin sınıflandırılmasına bağlı kalan bir sistematik ortaya koymuştur.

Bunun dışında uluslararası literatürde 1930'lu yıllardan itibaren sağlık sistemleri sistematik bir şekilde incelenmeye çalışılmış ve ortaya farklı açılardan ele alınmış, birbirinden farklı sistem sınıflandırmaları çıkmıştır. Bunların bazılarını aşağıda yer vermeye çalışacağız.

1960 yılında, *Evang*, "Health Services, Society and Medicine" adlı kitabında, sağlık hizmetleri sistemlerinin başlıca tiplerini ülkelere göre 4 gruba ayırmıştır²⁰⁵:

- Batı Avrupa tipi,
- Amerikan tipi,

²⁰² **Sözer** Ali Nazım, "Genel Sağlık Sigortası: Reform mu Deform mu? – Sağlık Hakkı Açısından Mukayeseli Bir Değerlendirme – ", Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı, Kamu-İş, Ankara 2007, s. 121.

²⁰³ **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 3, 4.

²⁰⁴ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 699-701.

²⁰⁵ Bkz. **Evang** Karl, Health Services, Society and Medicine, Oxford University Press, London 1960.

- Sovyet Rusya tipi,
- Gelişmemiş ülkeler tipi.

Fulcher 1974 yılındaki çalışmasında sağlık sistemleri için 3 grup önermiştir²⁰⁶:

- Ulusal sağlık hizmeti olan ülkeler,
- Ulusal sağlık sigortası olan ülkeler,
- Pazar ekonomisi ülkeleri.

1980'de WHO'nun dergisi World Health From'da çıkan Milton Terris'in “The Three World System of Medical Care: Trends and Prospects” adlı makalesinde sağlık sistemlerini,

- Toplumsal yardım,
- Sağlık sigortası,
- Ulusal sağlık hizmeti (İngiltere tipi),

olarak gruplandırılmıştır.

Son olarak en çok kabul gören görüşlerden biri olan **Roemer'in** sınıflandırmasına değinmek gerekliliği bulunmaktadır²⁰⁷. 1991 ve 1993 yıllarında iki cilt halinde yayınlanan eserlerinde yapılan söz konusu sınıflandırmada, bütün ülkelerin sağlık sistemleri ele alınan tiplerden birinin kapsamına mutlaka girmektedir. Bu sebeple **Roemer'in** sınıflandırması en yaygın olanıdır. **Roemer** sağlık sistemlerini, hizmet arz ve talebinde kamu ve özel sektörün baskın yönlerini esas alarak tiplere ayırmıştır. Buna göre,

- Özel teşebbüs/serbest pazar modeli,
- Refah yönelimli model,
- Kapsayıcı/bütüncül/tekçil hizmet model,
- Sosyalist/merkezi planlama modeli,

şeklinde 4 temel grup bulunmaktadır.

²⁰⁶ Bkz. **Fulcher D.**, Medical Care Systems: Public and Private Health Coverage in Selected Industrialized Countries, ILO Publications, 1974.

²⁰⁷ Bkz. **Roemer Milton**, National Health Systems of the World, Vol I: Countries, Oxford University Press 1991, **Roemer Milton**, National Health Systems of the World, Vol. II: The Issues, Oxford University Press 1993.

Yukarıda sayılan sınıflandırmalar bütün olarak bir tabloda şu şekilde gösterilebilir.

Tablo 3: Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

	Okur	Sözer	Evang	Fulcher	Terris	Roemer
Sistemler	Ulusal Sağlık Örgütü Sistemi	Milli Sağlık Sistemi	Batı Avrupa Tipi	Ulusal Sağlık Hizmeti Olan Ülkeler	Toplumsal Yardım	Özel Teşebbüs/Sevbest Pazar Modeli
	Sigorta Sistemi	Hastalık Sigortası Sistemi	Amerikan Tipi	Ulusal Sağlık Sigortası Olan Ülkeler	Sağlık Sigortası	Refah Yönelimli Model
	Karma Ve Yerel Örgütler Sistemi	Özel Sağlık Sistemi	Sovyet Rusya Tipi	Pazar Ekonomisi Ülkeleri	Ulusal Sağlık Hizmeti (İngiltere Tipi)	Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil Hizmet Modeli
			Gelişmiş Ülkeler Tipi			Sosyalist/Merkezi Planlama Modeli

Çalışmamızda, daha önce ele aldığımız sosyal güvenlik sınıflandırmasına uygun olması sebebiyle **Sözer'in** yapmış olduğu sınıflandırmaya göre açıklamalarımızı yapmayı uygun görmekteyiz. Ancak **Roemer'in** sınıflandırmasındaki “sosyalist/merkezi planlama tipi” adı altındaki sistemi de “sosyalist sistem” adı altında bu sınıflandırmaya dâhil etme ihtiyacı hasıl olduğu için dört grup altında incelememizi sürdüreceğiz. Ancak belirtmek gerekir ki, aynı sistemi uygulayan ülkeler arasında organizasyon yapısı, kapsam ve finansman bakımından bazı farklılıklar bulunmaktadır. Çalışmamızda söz konusu farklılıklara da yer vermeye çalışılacaktır.

Sağlık sistemlerini açıklayacağımız aşağıdaki bölümde konu başlığı altında öncelikle sistemin genel özelliklerine yer verilecek, ardından daha açıklayıcı olması

açısından uygulandığı ülkelerden örneklerle sistemin ayrıntıları, organizasyon yapısı, kişi ve edim bakımından kapsam ve finansman başlıkları içerisinde değerlendirilecektir.

Konun ayrıntılı açıklamasını yaptıktan sonra da, *II. Sağlık Sistemleri* bölümünün sonunda sosyal güvenlik sistemlerinin sınıflandırılmasında yaptığımız gibi, sistemlerin genel özellikleri bir tabloda gösterilecektir.

B. Hastalık Sigortası Sistemi

Sigorta sistemi, genel olarak “*işçi sigorta sistemi*”ni uygulayan ülkelerin kabul ettikleri bir sağlık sistemidir. Buna göre, yardım sandıklarına dayalı Bismarck modeli sosyal güvenlik sistemi içerisinde sağlık sistemi de bağımsız sağlık yardım sandıkları şeklinde hayat bulmuştur. Sistemin uygulandığı ülkeler, Almanya, İsviçre, Avusturya, Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya, Kanada, Brezilya, Mısır, Malezya, Hindistan ve Libya’dır²⁰⁸.

Sistemin genel özellikleri incelendiğinde ilk olarak, işçi sigortası sisteminin de temel özelliği olan zorunluluk ilkesi karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin zorunlu olarak tabi oldukları sistemin finansmanı genel olarak çalışanların gelirleri üzerinden alınan primlerden karşılanmaktadır. Buna göre, bu sistemde bireyler sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanması için prim türünde katılım payı ve benzeri türünde bir sağlık harcaması yapmak zorundadır²⁰⁹. Ayrıca sistemde her vatandaş, gruplara göre farklı bir yapılanma içinde sağlık hakkına sahip olmaktadır²¹⁰. Çalışanlar sosyal

²⁰⁸ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 700; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 5; **Sargutan**, Karşılaştırmalı, s. 100.

²⁰⁹ **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 5; **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 19; **Sargutan** Erdal, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 8, S. 3, Y. 2005, s. 417. Bazı uygulamalarda, prim ve katkı payı adıyla yapılan harcamaların, genel vergiler dışında alınan ek “*sağlık vergisi*” olarak nitelendirildikleri de belirtilmektedir. Ayrıca Hastalık sigortası kapsamındaki hizmetler için yapılan ek ödemeler veya kapsam dışında kalan hizmetler için yapılan ödemeler “*cepten ödemeler*” olarak nitelendirilmektedir (**Sargutan**, Sağlık Sektörü, s. 418).

²¹⁰ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 700; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 5; **Sargutan**, Karşılaştırmalı, s. 100; **Sözer**, Reform, s. 122.

sigorta kurumları tarafından güvence altına alınırken, çalışmayanlar sosyal yardım ve hizmet kurumlarının güvencesi altındadır²¹¹.

Söz konusu sistemin hastalık sigortası sistemi olarak adlandırılmasının, sağlık hizmeti güvencesinin *primli sağlık sigortası* yoluyla sağlanmaya çalışılmasından ve genellikle tedavi hizmetlerini kapsamamasından kaynaklandığı belirtilmektedir²¹². Şöyle ki sistem primler karşılığı, **hastalık sigortasıyla** sağlık hizmetlerini garanti etmektedir ve bu yönüyle özellikle vergilerle finanse edilen ulusal sağlık örgütü sisteminden ayrılmaktadır.

Sigorta sisteminin bazı uygulamalarında, sadece hastalık halinde zorunlu hastalık sigortası şeklinde hizmet verilmesi yanında, kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin de zorunlu sigorta kapsamına alındığı görülebilmektedir²¹³.

Sistemde tek bir sigorta kurumu mevcut olmayıp birbirinin yanında bir çok sigorta kurumu faaliyet göstermektedir²¹⁴. Almanya’da 1883-1891 yılları arasında uygulamaya konulan sandıklardan hastalık sandıkları, sağlık sigortasını gerçekleştirmek amacıyla 1884 yılında yürürlüğe giren yasa ile uygulanmaya başlamıştır. Hastalık sigortası Almanya’da toplumun yaklaşık % 90’ını sağlık güvencesi kapsamına alırken²¹⁵, Fransa’da ve Belçika’da zorunlu sağlık sigortası tüm nüfusu kapsama almaktadır²¹⁶. Hastalık sigortasının hizmet sunumunda önemli olan nokta, halk sağlığı hizmetlerinin, ayaktan tedavi hizmetlerinin ve yataklı tedavi hizmetlerinin kesin sınırlarla ayrılmış olmasıdır.

²¹¹ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 700; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 5; **Sargutan**, Karşılaştırmalı, s. 100; **Sözer**, Reform, s. 122.

²¹² **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 700, 701; **Sargutan**, Sağlık Sektörü, s. 418.

²¹³ **Becker/Darimont/Hekimler**, s. 143.

²¹⁴ **Becker/Darimont/Hekimler**, s. 143; **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 700; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 5; **Sargutan**, Karşılaştırmalı, s. 100; **Sözer**, Reform, s. 122.

²¹⁵ **Becker/Darimont/Hekimler**, s. 143; **Öcek Zeliha**, “Almanya Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat-Mart-Nisan, 2007, C. 22, S. 1-2, s. 85; **Saatçi Esra/Sezer Hakan**, “Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları”, Aile Hekimliği – II, İstanbul 1996, s. 53; **Sözer**, Reform, s. 122.

²¹⁶ **Giray Hatice/Aksakoğlu Gazanfer**, “Belçika Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos, 2007, C. 22, S. 4, s. 261 **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 700; **Saatçi/Sezer**, s. 54; **Türk Meral**, “Fransa Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran, 2007, C. 22, S. 3, s. 162.

1. Organizasyon Yapısı

Almanya’da hastalık sigortasının yönetim ve idaresi kamu tüzel kişiliğini haiz kurumlar eliyle gerçekleştirilirken, devlet bu alanda sorumluluk taşımamaktadır. Kurumlar sigortalı ve işverenler tarafından seçilen idarecilerle yönetildiği için sağlık sisteminin yönetiminde “*kendi kendine idare ilkesi*”nin geçerli olduğu ifade edilmektedir²¹⁷.

Almanya’da sistem üç temel özerk yönetim organından oluşmaktadır: Hastalık Sandıkları Birliği, Hastalık Sigortası Doktorları Birliği, Federal Ortak Komite²¹⁸.

Kamu hukukunun organları olan hastalık sandıkları devlet tarafından görevlendirilmiş ancak, yönetsel, örgütsel ve finansal olarak bağımsız yapılardır. Devlet, sadece sandıkların yasal yükümlülüklerini yerine getirip getirmediğini denetlemektedir. Sandıklar önce eyalet, daha sonra da federal düzeydeki birliklerin çatısı altında toplanmaktadır²¹⁹. Belirtmek gerekir ki, her sigortalı istediği sandığa kayıt olabilmektedir²²⁰. Hastalık sigortasının uygulandığı bir diğer ülke olan İsviçre’de de kişiler mevcut 94 hastalık sandığından istediğini seçebilmektedir²²¹.

²¹⁷ **Becker/Darimont/Hekimler**, s. 144.

²¹⁸ **Erdoğan Sarper M./Saltık Ahmet**, “Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sosyal Güvenlik Sistemi”, *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos 1996, C. 11, S. 74, s. 18, 19; **Okur**, *Sağlık Hakkı*, s. 166; **Öcek**, s. 85.

²¹⁹ **Okur**, *Sağlık Hakkı*, s. 166; **Öcek**, s. 85. 2005 yılında hastalık sandığı sayısı 267 olarak bildirilmiştir.

²²⁰ Almanya’da Hastalık Sigortaları 8 değişik sigorta kolu tarafından yürütülmektedir:

- Bölge Hastalık Sandıkları
- İşyeri Hastalık Sandıkları
- Esnaf Birlikleri Hastalık Sandıkları
- Deniz Hastalık Sandıkları
- Çiftçi Hastalık Sandıkları
- Alman Madenciler Birliği Sandıkları
- İşçi Yedek Sandıkları
- Memur Yedek Sandıkları (**Erdoğan/Saltık**, s. 18; **Sözer**, *Sosyal Devlet*, s. 10). Hastalık sigortası kolunda birden fazla farklı sigorta sandıklarının bulunması ve bunların bölge, meslek veya işkoluna göre faaliyet göstermeleri, kademeli sigorta prensibi ile açıklanmaktadır (**Becker/Darimont/Hekimler**, s. 144).

²²¹ **Sönmez Yonca**, “İsviçre Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim*, Ocak-Şubat-Mart-Nisan, 2007, C. 22, S. 1-2, s. 113; **Sözer**, *Reform*, s. 124.

Fransa’da ise bölgeleri esas alan bir örgütlenme yerine merkezi bir organizasyon söz konusudur²²².

Almanya’da diğer bir kurum olan Hastalık Sigortası Doktorlar Birliği ise hastalık sigortası hizmetlerini sunan doktorların üye olmak zorunda oldukları, kontrol ve temsil fonksiyonlarına sahip bir birliktir. Bu birlik, ayaktan tedavi hizmetlerinin sağlanmasından ve denetlenmesinden sorumludur. Ayrıca hizmetlerin türü ve fiyatları konusunda sandıklar ile sözleşme yapmaktadır²²³. Federal Ortak Komite ise sandık birliklerini, hastaneleri, hastalık sigortası doktorlarını ve dış hekimlerini temsil eden tarafların ve hasta temsilcilerinin bulunduğu ve hastalık sigortası hizmetlerini, uygulamalarını belirleyen bir organdır²²⁴.

2. Kişi Bakımından Kapsam

Almanya’da sağlık sisteminin kişi bakımından kapsamına işçiler, müstahdemler, bazı bağımsız çalışanlar (çiftçiler, sanatçılar, yazarlar), işsizler, öğrenciler, stajyerler ve sigortalının aile üyeleri girmektedir²²⁵. Bu kişiler zorunlu olarak hastalık sigortasına üye olmaktadır. Memurlar gibi bazı özel meslek grupları bu zorunluluğun dışında tutulmuştur. Her sigortalının kendi mesleğine uygun düşen bir sigorta kurumu olmasına rağmen, istisna olarak memurlar, kendi sigorta kurumları dışında seçebilecekleri “*yedek sigorta kurumu*”na da başvurabilirler. Bu sayılan kişiler dışında kalanlar ise özel sigortalardan ya da sosyal yardımlardan yararlanmaktadır.

Belçika’da zorunlu sağlık sigortası nüfusun tamamını kapsamaktadır. Ancak işçilerle bağımsız çalışanlar farklı sistemlere bağlanmıştır. İşçiler genel rejime, bağımsız çalışanlar ise kendi özel rejimlerine bağlıdır²²⁶. Söz konusu özel rejimde

²²² Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 700; Okur, Sağlık Hakkı, s. 5; Serin, s. 8; Türk, s. 163.

²²³ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 700; Öcek, s. 85.

²²⁴ Öcek, s. 85.

²²⁵ Sözer, Reform, s. 122; Sözer, Sosyal Devlet, s. 11.

²²⁶ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 700; Giray/Aksakoğlu, Belçika, s. 261.

riskler hafif ve ağır olarak ayrılarak, hafif hastalıklarda özel sigorta şirketleri, ağır hastalıklarda ise, genel sistem devreye girmektedir²²⁷.

3. Finansman

Hastalık sigortası sistemini uygulayan ülkelerde primler, işçi, işveren ve devlet arasında değişik oranlarda dağıtılmıştır.

Almanya’da uygulanan sistemin önemli bir özelliği, işçilerden sadece gelirleri belirli bir sınırın altında kalanların hastalık sigortasına zorunlu olarak üye olmalarıdır. Bu sebeple her yıl belirlenen bu sınırları aşan işçiler hastalık sigortasına üye olmak zorunda değildir, isteyenler gönüllü olarak üye olabilmektedir. Bu sınırı aşan çalışanlar her ay gelirlerinin belirli bir yüzdesini prim olarak öderken, bu primin yaklaşık yarısı çalışan, yarısı da işveren tarafından karşılanmaktadır²²⁸. Bunun yanında prim ödeyerek sandığa üye olan her sigortalının, yeterli geliri olmayan birinci derece akrabaları da prim ödemeksizin birlikte sigortalıdır²²⁹.

Almanya’nın tabii olduğu Bismarck modeli sosyal güvenlik sisteminde de olduğu gibi sağlık sisteminde de farklı oranlarda ödenen primler karşılığında sunulan hizmetler aynıdır²³⁰. Şöyle ki, farklı oranda ve sürede prim ödeyen kişiler hastalık durumunda aynı hizmetleri talep etme hakkına sahiptir. Bu özelliğinden dolayı sistemin bu uygulaması “*dayanışma ilkesi*” ile açıklanmaktadır²³¹. Bu ilke iki şekilde hayat bulmaktadır: Sigortalı için gereksinim duyulan hizmetlerin sürekli güncellenmesi ve primlerin aylık gelirlerin belirli bir oranı kadar ödenebilir olması²³². Bu şekilde farklı gelirlere sahip sigortalılar, aynı oranda –maktu prim ödentisi olmadan- prim ödedikleri için, hastalık parası dışında eşit güvencelere sahip olmaktadır. Sonuçta Alman sağlık sisteminde de uygulamakta olduğu işçi sigortası

²²⁷ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 700; Giray/Aksakoğlu, Belçika, s. 261.

²²⁸ 2005 yılında primin % 54’ünün çalışan bakımından, işveren bakımından ise % 46’sının ödeneceği belirlenmiştir (Öcek, s. 87).

²²⁹ Erdoğan/Saltık, s. 18; Öcek, s. 87.

²³⁰ Becker/Darimont/Hekimler, s. 144; Sözer, Reform, s. 122.

²³¹ Becker/Darimont/Hekimler, s. 144.

²³² Erdoğan/Saltık, s. 18.

sistemine uygun olarak, farklı sigorta edimlerinden yararlanmak için ayrıca belirli bir süre sigortalı olmak gibi ek bir koşul aranmamakta, sandığa üye olmak, edimi gerektiren riskin doğması ve talep koşullarının mevcut olması yeterli görülmektedir²³³.

Sağlık hizmetleri, kamu ya da özel kuruluşlarca, hizmet satın alınması yöntemiyle sunulmaktadır²³⁴. Buna göre, Alman sisteminde, giderleri karşılayanlarla yardımları gerçekleştirenler birbirinden ayrılmıştır. Hastalık sigortası yerine getirmesi gereken edimleri, bunları gerçekleştirecek olanlarla yaptığı sözleşmeler yoluyla, sigortalıların kullanımına sunarak sağlamaktadır²³⁵.

Fransa'da ise, sigortalı sağlık giderlerini hekim ve hastanelere peşin olarak ödedikten sonra bağlı olduğu sandık veya kurumdan geri almaktadır²³⁶. Sistemde hastalar, hastalık sandıkları ile anlaşmalı olarak hizmet veren hekimlerini serbestçe seçebilmektedir. Diğer sağlık çalışanlarından hastalık sigortası kapsamında hizmet alabilmek için sandık hekiminin sevkı gerekmektedir²³⁷.

4. Edim Bakımından Kapsam

Hastalık halinde sunulan ortak edimler, sağlığı genel olarak tehlikeye sokan olaylar ve bunlardan korunma yolları konusunda bilinçlendirme ve sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların erken tanısı, hastalıkların tedavisi²³⁸, acil sağlık ve kurtarma hizmetleri, bazı sağlık durumlarında hasta nakli ve hasta eğitimi gibi bazı hizmetlerdir. Almanya'da hastalık durumunda olan sigortalılara, koşulları gerçekleştiğinde işverenleri tarafından altı hafta boyunca ücretleri ödendiği gibi, bu

²³³ Öcek, s. 87; Sözer, Sosyal Devlet, s. 11.

²³⁴ Güzel Avrupa Birliği, s. 40; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 700; Maydell Von Baron Bernd, "Alman Deneyimleri Işığında Türk Malûllük, Yaşlılık, Ölüm ve Hastalık Sigortalarının Reformu", Türkiye'de ve Almanya'da Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Reformu, Ankara 1997, s. 69; Sözer, Reform, s. 122.

²³⁵ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 700; Okur, Sağlık Hakkı, s. 6; Serin, s. 9.

²³⁶ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 700; Türk, s. 164.

²³⁷ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 700.

²³⁸ Alman sağlık sisteminin hastalık sigortası tarafından sağlanan edimlerden hastalık tedavisi kapsamında olanlar şunlardır: Ayakta hekim ve diş hekimi tedavisi, 18 yaşa kadar ortodonti tedavisi, ilaçlar ve yardımcı gereçler, terapi hizmetleri, hastane tedavisi, evde bakım, doğum öncesi ve sonrası bakım, doğum, rehabilitasyon ve sosyal tedavinin bazı alanları (Öcek, s. 87; Sözer, Sosyal Devlet, s. 11).

süre geçtikten sonra da devam eden iş göremezlik halleri için, sigortalıya sandık tarafından almakta olduğu ücretin % 70'i kadar hastalık parası ödenmektedir²³⁹. Ancak bu ödeme aynı hastalık için üç yıl içinde en fazla 78 hafta yapılmaktadır²⁴⁰. Ayrıca belirtmek gerekir ki, sigortalının birinci derece akrabaları hastalık parasından yararlanamazlar, ancak bunun dışındaki her türlü hizmetten yararlanabilirler²⁴¹.

5. Aile Hekimliği

Halk sigortası sistemini benimseyen Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerini, öncelikle aile hekimliği uzmanları ve sonra da uzmanlık unvanlarını kullanmaksızın diğer dal uzmanları muayenehanelerde vermekteydi²⁴². Ancak daha sonra birinci basamakta çalışacak hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir²⁴³. Birinci basamak sağlık hizmeti ile ikinci basamak sağlık hizmeti ayırımı keskin olmakla birlikte her iki alanda da uzmanların çalışmakta olduğu görülmektedir.

Almanya'da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekiminde en az üç ay boyunca kayıtlı olarak kalmaktadır²⁴⁴. Buna göre yılda dört kez (yani üç ayda bir) hekimlere o sürede baktıkları hastaların sayısına ve tedavi derecesine göre ücretleri ödenmektedir²⁴⁵. Gerekli görüldüğünde hasta bir üst basamağa sevk edilebilir. Aile hekimleri kural olarak acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlü

²³⁹ **Öcek**, s. 87; **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 12.

²⁴⁰ **Erdoğan/Saltık**, s. 19; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 168; **Öcek**, s. 87; **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 12.

²⁴¹ **Erdoğan/Saltık**, s. 18.

²⁴² **Saatçi/Sezer**, s. 53; **Sandholzer Hagen/Yaman Hakan**, "Almanya'daki Aile Hekimliği Uygulamaları", Aile Hekimliği Dergisi, C. 1, S. 2, 2007, s. 32; **Ünlüoğlu İlhami/Paycı Özcan Sevgi**, "Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği", Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2004, s. 27.

²⁴³ **Saatçi/Sezer**, s. 54. Ülkemizde uygulanmaya başlayan aile hekimliğinde ise, hekimlerin aile hekimi olabilmeleri için uzman olmaları şartı aranmamaktadır (Bkz. Dördüncü Bölüm, IV. Aile Hekimi Olabilmenin Şartları).

²⁴⁴ **Saatçi/Sezer**, s. 54; **Ünlüoğlu/Paycı**, s. 27. Hastalar genelde hekimini sık değiştirmedikleri için aile hekimlerinin hastalarının hepsini tanıdığı ve hastalarının %80'inin aile hekimlerinden memnun olduğu ifade edilmektedir (**Sandholzer/Yaman**, s. 33).

²⁴⁵ **Özçelik Haluk**, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği, (yayımlanmamış doktora tezi), İstanbul 1995, s. 27; **Sandholzer/Yaman**, s. 33.

tutulmuştur. Bu görev aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ile ortaklaşa olarak yürütülebilmektedir.

Aile hekimliği reformlarla değişikliğe uğramaya başlamıştır. Bugüne kadar aile hekimleri serbest hekim olarak çalışabilmekteyken, 2008 yılından itibaren aile hekimlerinin başka işletmeciler adına çalışmalarının ve sağlık merkezleri kurmalarının mümkün olacağı ifade edilmektedir²⁴⁶.

Aile hekimleri muayenehanesinin donanımını kendisi sağlamak ve personelinin maaşını kendisi ödemek durumundadır. Aile hekimleri, hastalık sigortası sandıkları ile yaptıkları her işlem için ayrı ayrı belirlenen katsayılara göre ücretlerini sigortadan alabilirler²⁴⁷. Yukarıda söz edilen Hastalık Sigortası Doktorları Birliği altındaki sendikaların, sandıklar ile yaptıkları görüşmeler sonucunda bu ücretler belirlenmektedir²⁴⁸. Çalışma süreleri ise nöbetler ve acil hekimlik hizmetleri dâhil haftada ortalama 55 saattir. Hasta görüşmeleri için 32 saat ve idari işleri için 8 saat zaman harcanmaktadır²⁴⁹.

Aile hekimliği uygulamasını benimsemiş bir diğer halk sigortası sistemine tabi ülke Fransa'dır. Fransa'da aile hekimleri serbest çalışmaktadır ve birinci basamak sağlık hizmetleri bu hekimler tarafından verilmektedir. Ancak zorunlu bir sevk zinciri bulunmamaktadır.

Hastalık sigortası sistemi, kişilere hekim seçme olanağı ve kaliteli sağlık yardımı sunmakla birlikte, sağlık harcamalarının yüksek olması ve sağlık yardımlarının dağılımında da dengesizlik görülmesi bakımından eleştirilmektedir²⁵⁰.

²⁴⁶ Bu durumun aile hekimlerine sağlık hizmetlerinde koordinatör olarak daha fazla güç sağlayacağı ve diğer uzmanlarla da rekabet fırsatını arttıracığı da ayrıca belirtilmektedir (**Sandholzer/Yaman**, s. 32-33).

²⁴⁷ **Özsarı**, s. 27; **Sandholzer/Yaman**, s. 32.

²⁴⁸ **Özsarı**, s. 27; **Saatçi/Sezer**, s. 54; **Ünlüoğlu/Paycı**, s. 27.

²⁴⁹ **Sandholzer/Yaman**, s. 32-33.

²⁵⁰ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 701.

C. Milli Sağlık Sistemi

Milli sağlık sistemi, 20.11.1942 yılında Sir William Beveridge başkanlığındaki bir komisyon tarafından hazırlanan rapor sonucu ortaya çıkan “ulusal sosyal güvenlik rejimi”nin sağlık sistemine gereksinimi üzerine benimsenmiştir. Milli sağlık sistemini uygulayan ülkeler, sosyal güvenlik sistemi olarak “halk sigortası sistemi”ni ve “devletçe bakım sistemi”ni uygulayan ülkelerdir. Bunlar, Birleşik Krallık, Finlandiya, Danimarka, İsveç, Norveç, Yeni Zelanda, Norveç, Kuveyt, Suudi Arabistan’dır.

İlk olarak belirtmek gerekir ki, milli sağlık sisteminin temel felsefesi “sağlık bir haktır” anlayışıdır. Sistemin temel özellikleri, hastalık da dâhil **tüm kişisel sağlık hizmetlerini** kapsaması, tüm bireylerin **zorunlu kamu sağlık hizmetleri güvenliği** kapsamına alınması ve bireylerin tüm ihtiyaçlarının kamu sağlık kurumlarınca **ücretsiz** olarak karşılanmasıdır. Bu sistemde bireyler, prim ve benzeri türünde hiçbir harcama yapmak zorunda olmayıp, sağlık finansmanı devletin diğer gelirlerinden ve kişilerin gelirleri oranında ödedikleri vergilerden karşılanmaktadır²⁵¹.

Bu sistemin bir yandan “kapsayıcı model” olarak nitelendirilmesinin sebebi, her türlü temel, koruyucu ve geliştirici birincil (primer) sağlık hizmetlerinin yanında tedavi edici sağlık hizmetlerinin tümünü, bütün ülkede ve herkese aynı şartlarda, **tek bir örgüt** içinde, **ücretsiz** olarak verilmesini sağlayacak **tam kapsamlı** bir sistem olmasıdır²⁵². Bu sisteminin uygulandığı ülkelerde sisteme vatandaşlarınca sahip çıkılmasının temel nedeni, hem tüm nüfusu kapsayan, hem de her tür sağlık hizmetini veren **hastalık sigortası** değil, **sağlık sosyal güvenliğini** gerçekleştirmeyi başarmasıdır.

²⁵¹ Okur, Sağlık Hakkı, s. 4; Sargutan, Sağlık Sektörü, s. 420; Serin, s. 122; Sözer, Reform, s. 121. Finansman kamu kaynaklı olduğu için bireyler genellikle vergiler dışında prim veya ek “sağlık vergisi” olarak nitelendirilen ödemelerde bulunmak zorunda değildir. Ancak günümüzde yaşanan ekonomik krizler, sosyal harcamaların azaltılmasına ve özelleştirme gibi uygulamaların başlatılmasına sebep olmakla beraber, ulusal sağlık örgütü sisteminin de özellikle hizmet arzında özel sektöre yer vermesine ve ilave finansman olarak prim, özel vergi, katılım payı gibi uygulamalara başvurulmasına yol açabilmektedir. Yine de bu kaynakların makul bir miktarı aşmaması sistemin temel özelliğinin değişmemesini sağlamaktadır (Sargutan, Sağlık Sektörü, s. 420).

²⁵² Sargutan, Sağlık Sektörü, s. 421.

Söz konusu sistemin finansmanın vergilerle karşılanması ve böylece tüm halkın tıbbi yardımlardan ücretsiz olarak yararlanması, sosyal güvenlik sistemlerinin de dayanaklarından biri olan “*dayanışma ilkesi*”nin ön plana çıkarılmış olduğunu da göstermektedir²⁵³.

İngiltere’de Ulusal Sağlık Örgütü Sistemi’nden önce var olan yapı, toplum içinde berberlerden dönüşerek ortaya çıkan ve günün hekimleri olarak görülen bir meslek grubu idi. Başlangıçta kırıklar, çürük dişler gibi hastalıklarla ilgilenirken, yüzyıllar içinde aile bireylerinin gebelik, doğum ve çocuk sağlığı gibi “*iyi*” konumda oldukları durumlarıyla da ilgilenmeleriyle birlikte hekim türü “*aile hekimi*” modeline dönüşmeye başlamıştır. Aile hekimliğinin Avrupa’da gelişerek örgütlendiği alan İngiltere’dir. Aynı dönemlerde yatarak bakım gerektiren tedavileri de kilise ve rahibeler üstlenmişlerdi. Bu durum da kiliselerin hastanelere ve rahibelerin hemşirelere dönüşmesiyle değişime uğramıştır²⁵⁴.

İngiltere’de küçük işçi sigortaları ve Dostluk Derneklerine dayalı bir kurum olarak 19. yüzyılda ortaya çıkan Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Services), 1911 yılında Llyod George tarafından, sadece belirli bir geliri olan işçiler için oluşturulan Ulusal Sigorta Yasası’na (National Insurance Act) dönüştürülmüştür²⁵⁵. 1942’de Beveridge’in hazırladığı tasarının ardından, Ulusal Sağlık Hizmeti 1946’da yasalaşarak, ülkede yaşayan tüm bireylere tam olarak ücretsiz hizmet sağlamak üzere 1948’de uygulamaya başlamıştır²⁵⁶.

Ancak 1979’da Margaret Thatcher’in iş başına gelmesiyle, Ulusal Sağlık Sistemi’ne verilen destek azalmaya başlamış ve sağlık alanında özelleştirmenin yaygınlaşması söz konusu olmuştur.

²⁵³ **Güzel**, Örgütlenme Modeli, s. 276.

²⁵⁴ http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_the_national_health_service, (02.04.2009).

²⁵⁵ **Aksakoğlu** Gazanfer, “İngiltere Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Y. 1994, C. 64, S. 5; **Aksakoğlu** Gazanfer/**Giray** Hatice, “Birleşik Krallık’ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü”, Toplum ve Hekim, Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006, C. 21, S. 5-6, s. 336; **Bilik** Erol, “İngiltere’de Sağlık Hizmetleri”, AÜHFD, Y. 1950, C. 7, S. 3-4, s. 195; http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_the_national_health_service, (02.04.2009).

²⁵⁶ **Aksakoğlu/Giray**, s. 336;

1. Organizasyon Yapısı

İngiltere’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğu altındadır. Bakanlık finansman, yönetim, planlama hizmetlerini üstlenmiştir. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin sunumu Sağlık Bakanlığı’na bağlı iki temel yönetim birimi ile gerçekleştirilmektedir²⁵⁷:

- Bölgesel Sağlık İdaresi (Regional Health Authority): Bu kuruma bağlı olan ve yöneticileri Sağlık Bakanlığı tarafından atanan Bölge Sağlık Müdürlükleri bulunmaktadır. Görevleri bölge için gerekli araçları temin etmek, sağlık kuruluşları kurmak, onları kontrol etmektir. Ayrıca bölgelerin içinde bulunan Yerel Sağlık İdareleri oluşturulmuştur. Bu birimler, tanımlanmış coğrafik alanları ve yasal statüleri bulunan birimlerdir. Çevreye ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerini vermede yerel özellikler taşımaktadırlar.
- Aile Hekimliği Komitesi (Family Practitioner Committee): Bu kurumun kurulmasındaki temel amaç, hekim-hasta ilişkilerini düzenlemektir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerini organize ederler. Hastaların hangi hekimi seçecekleri konusunda veya haklı nedenler varsa hekimi değiştirme konusunda gerekli işlemler bu komite tarafından yerine getirilir. Ayrıca her bireye ilk kayıtlarından sonra bir sağlık numarası, sağlık kartı ve hekimin adı verilir. Geçici olarak başka bir yerde ikamet veya acil durum hallerinde kişi kayıtlı olduğu hekim dışında bir diğerine gidebilmektedir.

Sistem içerisindeki bu yapı, birden çok birimin ayrı bütçe ve örgütlere sahip olması ve bu sebeple sağlık hizmetlerinde koordinasyon bozukluğuna yol açması sebebiyle eleştirilmektedir²⁵⁸.

2. Kişi Bakımından Kapsam

İngiltere’de Almanya’daki gibi zorunlu hastalık sigortası olmadığı gibi sağlık hizmeti de sosyal güvenlik kavramı içinde düşünülmemektedir. Bu sebeple halk

²⁵⁷ Aksakoğlu, İngiltere, s. 97; Okur, Sağlık Hakkı, s. 159; Saatçi/Sezer, s. 50; Serin, s. 123; Sözer, Sosyal Devlet, s. 76.

²⁵⁸ Aksakoğlu, İngiltere, s. 99; Okur, Sağlık Hakkı, s. 160.

sigortası sistemine veya diğerk bir adıyla ulusal sosyal güvenlik rejimine tabi sosyal güvenlik sistemi ile sağlık sistemi temel özellikleri bakımından paralellik içermemektedir. Sağlık sisteminin özelliklerini dikkate aldığımızda devletçe bakılma modelinin temel özelliklerini taşıdığını görmek mümkündür. Her ne kadar sosyal güvenlik kavramı içerisinde düşünülme de, tüm bireylere kapsamlı bir sağlık güvencesi sunulmak hedeflenmiştir. Bu amaçla da sağlık sisteminin kişi bakımından kapsamına, sosyal güvenlik sistemine tâbi olup olmadığına bakılmaksızın, milliyetine bakılmaksızın, İngiltere’de ikamet etmek koşulu ile herkes girmektedir²⁵⁹.

3. Finansman

Sistemin finansmanı tamamen halktan toplanan vergilerle genel bütçeden karşılanmaktadır. Herkesin gelirine göre vergiler toplanırken karşılığında gereksinim duydukları ölçüde ve eşit olarak hizmet almaktadırlar²⁶⁰. Buna göre, sağlık hizmeti talep edebilmek için prim ödeme gerekliliği yoktur. İngiltere’de ikamet eden herkes ücret ödemedenden sağlık sorunu olduğu takdirde hizmetlerden yararlanabilir. Ancak katılım paylarının aşamalı olarak yükseltilmesiyle 1961’de genel sağlık giderlerinin % 20’si halktan alınmaya başlanmış ve böylece milli sağlık sisteminin temel ilkelerinden biri olan, ücretsiz hizmet kavramından ödün verilmeye başlanmıştır²⁶¹. Bu katkı payları tedavinin veya sağlık gerecinin türüne göre değişik miktarlarda tahsil edilmekle birlikte bazı kişilerden alınmaz. Bu kişiler hamileler, 0-1 yaş arası bebeği olan anneler, 16 yaşından küçük olanlar, tam gün eğitimde ise 19 yaşından

²⁵⁹ Aksakoğlu, İngiltere, s. 97; Aksakoğlu/Giray, s. 336; Okur, Sağlık Hakkı, s. 159; Sözer, Sosyal Devlet, s. 75; Sözer, Reform, s. 122.

²⁶⁰ Aksakoğlu, İngiltere, s. 98; Aksakoğlu/Giray, s. 337; Okur, Sağlık Hakkı, s. 160; Saatçi/Sezer, s. 51; Serin, s. 126; Sözer, Sosyal Devlet, s. 77; Sözer, Reform, s. 122.

²⁶¹ Aksakoğlu/Giray, s. 337. *Macara*, ulusal sağlık sisteminin tüm sağlık hizmetlerini (koruma, tedavi ve rehabilitasyon) ihtiyacı olan herkese, anında bedava olarak sunan bir sistem olduğunu belirttikten sonra, sistemin bedava olmasının bazı bedelleri ve ödemeleri yapmaya engel olmaması gerektiğini de savunmuştur. Finansman çoğunlukla vergilerce karşılanırsa da gelir durumu iyi olan kişilerin bazı masraflara doğrudan katkıda bulunması gerektiğini belirtmiştir. Buna örnek olarak da, kendisinin gözlükleri için ödeme yapması gerekirken, yoksul bir kimsenin bunu ödemek zorunda olmadığını ve sistemin de bu doğrultuda olduğunu ifade etmiştir (*Macara* W. A. “İngiliz Sağlık Sistemi ve İngiltere’de Genel Pratisyen Hekimlik”, *Toplum ve Hekim*, Mart-Nisan 1997 C. 12, S. 78, s. 35).

küçük olanlar, 60 yaş üzeri kadınlar, 65 yaş üzeri erkeler, savaş aylığı alanlar, çok düşük geliri olanlar, bazı hastalık türlerine yakalananlardır²⁶².

4. Edim Bakımından Kapsam

Sistemin kapsayıcı özelliği, tüm halkı kapsamaması yanında, tüm sağlık hizmetlerini kapsamaması ile de kendini göstermektedir. İngiltere’de sağlık sistemi altında toplanan hizmetler şunlardır²⁶³:

1. Hastane ve uzman hizmetleri,
2. Diş, oftalmik, eczacılık ve aile hekimliği hizmetleri,
3. Kişisel sağlık hizmetleri başlığıyla; ambulans hizmetleri, epidemiyolojik inceleme, aile planlaması, sağlık ocakları²⁶⁴, evde hasta ziyaretleri, evde hemşirelik ve ebelik, anne ve çocuk sağlığı, bağışıklama ve aşılama, diğer koruyucu ve bakım hizmetleri
4. Okul sağlığı hizmetleri.

5. Aile Hekimliği

İngiltere’de aile hekimliği uygulamaları 1947 yılında başlamıştır. Gerçek anlamda aile hekimliği ya da İngiltere’de adlandırıldığı şekliyle genel pratisyenlik uygulamaları 1952 yılında “Aile Hekimleri Kraliyet Koleji”nin (Royal College of General Practitioners) kurulmasıyla başlamıştır. 1979 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir²⁶⁵. Aile hekimleri tıp fakültelerini bitirdikten sonra Kraliyet Aile Hekimleri Birliği tarafından açılan giriş sınavını kazanarak uzmanlık eğitimi hakkı kazanmaktadır²⁶⁶.

²⁶² **Aksakoğlu/Giray**, s. 337; **Okur**, Sağlık Hakkı, s. 160; **Serin**, s. 126; **Sözer**, Sosyal Devlet, s. 77.

²⁶³ **Aksakoğlu/Giray**, s. 337.

²⁶⁴ **Aksakoğlu/Giray**, “health center” kavramını, Türkçe’ye “sağlık ocağı” olarak çevirmeyi uygun görmüşlerdir. İngiltere’de sağlık ocakları kent merkezlerinde yoksul ailelere bütüncül hizmet sunmak amacıyla planlanmışlardır. Ayrıca aile hekimlerinin de burada oda kiralayabilecekleri belirtilmiştir. Ancak bu yapılanmanın aile hekimlerince benimsenmemesi ve sağlık ocaklarının koruyucu hizmete yönelmesine sebep olduğu da belirtilmektedir (**Aksakoğlu/Giray**, s. 338).

²⁶⁵ **Aksakoğlu/Giray**, s. 338; **Bayam Levent**, “İngiltere’deki Aile Hekimliği Uygulamasına Genel Bir Bakış”, Aile Hekimliği Dergisi, C. 1, S. 1, 2007, s. 1.

²⁶⁶ **Aksakoğlu/Giray**, s. 338.

Milli sağlık sistemi, sağlık kurumlarını kamulaştırıp genel pratisyenlik veya aile hekimliđi²⁶⁷ olarak bilinen kurumu basamağın en başına koyarak, sağlık hizmetinde bir sevk zinciri oluşturmuştur. Buna göre, kişiler, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk olmadıkları sürece ikinci ve/veya nc basamak sağlık kuruluşlarına bařvuramamaktadırlar²⁶⁸. Hastanın hekim seçme özgürlüğü olduğu gibi hekimin de hasta seçme özgürlüğü vardır. Ayrıca belirtmek gerekir ki, aile hekiminin statüsü ile dal uzmanının statüsü hem hastanın hem de devletin gözünde aynıdır²⁶⁹. Bu durum da mesleklerine saygınlık kazandırmaktadır.

Aile hekimlerine temelde kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakla birlikte, özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde teşvik amacıyla hizmet başına ödeme de yapılmaktadır²⁷⁰. İngiltere’de ayrıca kendi bütçesi olan aile hekimleri de vardır. Bu şekilde çalışmak isteğe bağlıdır. Bu aile hekimleri finans yöneticisiyle birlikte çalışırlar ama kendileri de mali sorumluluğu üstlenirler. Yönetimle uğraşmak için haftada bir gün serbest olmalarına izin verilmektedir. Maaşlarında ayrıca bir artış olmamakta yıl sonunda eğer bütçelerinden tasarruf edebilirlerse, bu parayı ofislerinde sağlık hizmetini daha iyi sunmaları için harcama yetkisi kazanmaktadırlar. Bütçe yöneten aile hekimleri kendilerine kayıtlı kişilerin birinci ve bazı ikinci basamak sağlık hizmetlerini kamu veya özel hizmet sunuculardan rekabet ortamı içinde satın alarak yönetme hakkına sahiptirler.

Aile hekimliğini uygulayan bir diğer milli sağlık sistemine tabi lke Finlandiya’dır. Finlandiya’da ayakta ve basit yataklı tedavi hizmetlerini sunan bölgesel sağlık merkezleri bulunmaktadır. Her birey ikamet ettikleri bölgede bulunan

²⁶⁷ Genel pratisyenlik (general practitioner) ve aile hekimliği (family practitioner) terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Bu sebeple ülkemizde farklı anlamlara gelen “pratisyen hekim” ile “aile hekimi” kavramlarının kullanımı ayrı dşnlmelidir (**Aksakoğlu/Giray**, s. 338; **Pekcan Hikmet/Uğurluoğlu zgr**, “Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği”, Yeni Türkiye, Y. 2001, S. 39, s. 818, dn. 1). Ayrıca WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği) tarafından ıkarılan “Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı” başlıklı yayında da, iki kavramın aynı anlamı içererek kullanıldığını görmekteyiz (WONCA Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, <http://www.woncaeuropa.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>, (25.04.2009)).

²⁶⁸ **Aksakoğlu/Giray**, s. 338; **Bayam**, s. 1; **zelik**, s. 25; **Saatçi/Sezer**, s. 51; **Sözer**, Reform, s. 122.

²⁶⁹ **Bayam**, s. 1.

²⁷⁰ **Aksakoğlu/Giray**, s. 338; **Bayam**, s. 1; **zelik**, s. 25; **Saatçi/Sezer**, s. 51; **Sözer**, Reform, s. 122.

merkezlerde kendilerine tahsis edilen aile hekimlerine başvurarak uzman hekime sevk edilebilmektedir²⁷¹. Ayrıca Finlandiya’da hekimler resmi mesai saatleri dışında özel hizmet sunma olanağına da sahiptirler.

D. Özel Sağlık Sistemi

Karma ve yerel örgütler sistemi olarak da adlandırılan özel sağlık sisteminde sağlık hizmetleri özel sigorta aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Bu sistemde sağlık hizmetleri talebi doğrudan **kişisel ödemelerle** veya **özel sigorta** aracılığıyla **prim** şeklindeki ödemelerle ücret karşılığında kamu veya özel sektör hizmet sunucularından satın alınarak karşılanmaktadır²⁷². Buna karşılık devlet, diğer gelirlerinden ayrılan pay ile birlikte kişilerin gelirleri oranında ödedikleri vergilerin bir bölümüyle bu hizmetlerin giderlerine dolaylı olarak katılarak kamu kaynaklarının çok azını kullanmaktadır²⁷³.

Sistem, sosyal güvenlik sistemi olarak “*özel sigorta sistemi*”ni uygulayan Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve bazı Latin Amerika ülkelerinde uygulanmaktadır. *Starfield* Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemini dünyanın en pahalı ve en az kapsayıcı sistemi olarak nitelendirmektedir²⁷⁴.

1. Organizasyon Yapısı

ABD’de basamaklara ayrılmış bir sağlık hizmeti ve sevk zinciri bulunmamaktadır. Bu sebeple hastalara geniş bir seçme özgürlüğü tanınmıştır. Sistem çoğunlukla özel sektör eliyle yürütülmektedir²⁷⁵. Bu da hizmetin sadece gelir düzeyi onu alabilecek olanlara ulaştığı anlamına gelmektedir. Sağlık sigortası bulunmayanlara yönelik oluşturulan devlet destek programları ise yetersiz düzeydedir. Sistemin örgütlenme yapısı şu şekildedir:

²⁷¹ **Sözer**, Reform, s. 122.

²⁷² **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 700; **Sargutan**, Sağlık Sektörü, s. 416; **Serin**, s. 9; **Sözer**, Reform, s. 123.

²⁷³ **Sargutan**, Sağlık Sektörü, s. 416

²⁷⁴ **Starfield** Barbara, “Is US Health Really Best in the World”, JAMA, 2000, Vol. 284, No. 4, s. 483.

²⁷⁵ **Serin**, s. 127; **Terzi** Cem, “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat-Mart-Nisan 2007, C. 22, S. 1-2, s. 6.

- **Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:** Her ne kadar düzenli bir basamaklandırma sistemi olmasa da tedavi edici hizmetler dışındaki birincil sağlık hizmetleri ayrı örgütler aracılığıyla ve “*Halk Sağlığı Hizmetleri*” adı altında verilmektedir. “Genelciler” olarak isimlendirilen bu basamakta yer alan hekimler arasında genel pratisyenler, aile hekimleri, genel iç hastalıkları uzmanları ve genel pediatristler yer almaktadır. Hastalar birinci basamakta muayene oldukları hekim tarafından bir üst basamağa sevk edilebilirler. Ancak hastalara tanınan imkân dolayısıyla hastaların genel eğiliminin, önceden belirlenmiş bir birinci basamak hekimi tarafından değerlendirilmeden, hastalıkları ile ilişkili olduklarını düşündükleri bir uzmana başvurmaları şeklinde olduğu belirtilmektedir²⁷⁶.
- **Sağlık Kuruluşları:**
 - Sağlık Bakım Kuruluşları (Health Maintenance Organizations=HMO): Kişi başına ödeme sistemine dayanırlar. Kişilerin HMO hizmetinden yararlanmaları isteğe bağlıdır ve yararlanmak için prim ödemeleri gerekmektedir²⁷⁷. Birçok özel sigorta da hastalarına verecekleri hizmetleri bu kuruluşlardan satın almaktadır.
 - Tercihli Hizmet Kuruluşları (Preferred Provider Organizations=PPO): Bu organizasyonlar 1980’li yıllarda ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu kuruluşlarda hastanın iki seçeneği bulunmaktadır: PPO ile anlaşmalı hekimlere giderlerse sabit muayene ücreti öderken, PPO dışında bir hekime giderlerse ücretin % 10-20’sini karşılamak zorunda kalmaktadırlar²⁷⁸.
 - Halk Sağlığı Uygulamaları: Bu uygulamalar ulusal düzeyde, eyalet düzeyinde ve yerel düzeydedir. Bu uygulamalar, yoksul, yaşlı ve sakatlarla yönelik tedavi edici hizmetleri finanse etmek amacıyla kurulmuştur²⁷⁹.

²⁷⁶ Kılıç/Bumin, s. 34; Serin, s. 128 Terzi, s. 6.

²⁷⁷ Kılıç/Bumin, s. 33; Serin, s. 128.

²⁷⁸ Kılıç/Bumin, s. 34; Serin, s. 129.

²⁷⁹ Kılıç/Bumin, s. 34; Serin, s. 129.

2. Kişi Bakımından Kapsam

Özle sigorta sisteminde sadece acil durumdakilere, yaşlılara, yoksullara, kamu sağlık yardımına muhtaç sakatlara karşılıksız sağlık yardımı yapılmakta iken, bunun dışındaki herkes işverenlerce finanse edilen özel sağlık sigortası kapsamına girmek zorundadır²⁸⁰.

ABD’de toplumun % 60’ını çalışanlar oluşturmaktadır ve çalışanların sağlık sigortaları işverenlerce finanse edilen özel sektör²⁸¹, kalan nüfusun ise kamu sektörü tarafından temin edilmektedir²⁸². Sağlık güvencesi olmayanların sağlık hizmetlerine yaptıkları ödemeler ise çok yüksektir²⁸³. Bunun yanında yapılan ödemeler sadece sağlık sigortası olmayanlar tarafından değil, ayrıca sigorta şirketlerinin kapsamadığı hizmetler için sigortalılar tarafından da ödenir.

3. Finansman

ABD’de sistemin finansmanını özel sektör eliyle sağlayan üç temel grup vardır: kâr amaçlı özel sigorta şirketleri, blue cross ve blue shield (maviler), bağımsız sigorta planları²⁸⁴. Özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını “*kâr amaçlı özel sigorta şirketleri*” oluşturmaktadır. Bunların en yaygın olanları Prudential ve Cigna sigorta şirketleri olup, bu şirketler çoğunlukla işyerlerine yönelik grup sigortaları yapmaktadır. Diğerleri ise daha az tercih edilen ve hastaya daha az ödeme yapan bireysel sigorta yapmaktadırlar. “*Blue cross-blue shield*” olarak nitelendirilen sigortalar kâr amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleridir ve birbirleriyle rekabet etmezler. Bu sigortalar hastaneler ve hekimlerin bir araya gelmesiyle oluşturulmuştur. Blue cross hastane masraflarını, blue shield ise hekim masraflarını sigorta etmektedir. 65 yaş altı nüfusun yaklaşık üçte biri Maviler tarafından

²⁸⁰ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 700; Kılıç/Bumin, s. 34; Serin, s. 129.

²⁸¹ Terzi, s. 6.

²⁸² Alper Yusuf, “ABD Sosyal Güvenlik Sistemi bir model olabilir mi?”, Çimento İşveren, Mart-Nisan 2008, C. 22, S. 2, s. 15; Terzi, s. 6.

²⁸³ Alper, ABD, s. 15; Kağan Tufan, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, Çalışma ve Toplum, 2006/1, s. 149, 150.

²⁸⁴ Serin, s. 131.

sigortalanmışlardır. Bu programın en büyük avantajı, tedavileri kendi hastanelerinde yaptıkları için tedavi masraflarının daha ucuz olmasıdır.

Bunun yanında ABD’de kamu aracılığı ile yürütülen iki tür “Sağlık Destek Programı” bulunmaktadır: “Medicare” ve “Medicaid”²⁸⁵. Bu programlar ayrıca “kamu sigortaları” olarak da nitelendirilmektedir. “*Medicare*”, tıbbi bakım sigortası anlamına gelmektedir ve 65 yaş üzerindeki herkesin gelir seviyesine bakılmaksızın yararlandığı bir hizmettir. Ancak bu sigortadan yararlanmak için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak en az 10 yıl bu sisteme ödeme yapmış olmak gerekmektedir. Bu koşulları yerine getiremeyenler için Medicare-B programında kişisel katkı payı ödeyerek katılma imkanı tanınmaktadır. Ancak, anılan sigorta da tüm masrafları karşılamamaktadır ve sigortaya tabi kişilerin genellikle ikinci bir sigortası bulunmaktadır. “*Medicaid*” ise tıbbi yardım sigortası anlamındadır. Medicaid düşük gelirli aileleri, yıllık gelir düzeyi belli bir miktarın altında olan dört kişilik ailelerin 19 yaşından küçük çocuklarını, sakat ve körleri, yoksulluk sınırının altındaki ailelerin 6 yaşından küçük çocuklarını ve hamileleri kapsamaktadır. Finansmanı federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle karşılanmaktadır.

4. Edim Bakımından Kapsam

Sağlık sistemi ile ilgili ikinci parçalı görüntü, Medicare kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı konusunda ortaya çıkmaktadır. Nitekim, Medicare kapsamında sunulan sağlık hizmetleri “Kısım (*part*) A, B, C, ve D” olarak 4 ayrı parçaya ayrılmaktadır. Kısım A olarak bilinen kısım yataklı tedavi kapsamındaki hastane giderlerini ve ilgili bakım hizmetlerini, isteğe bağlı olan kısım B ise, sigortalının maktu olarak belirlenmiş bir prim ödeyerek ayakta tedavi dahil olmak üzere doktor muayene ücretleri, ambulans hizmetleri, teşhis ve tedavi ile ilgili testler ve sağlık bakımı ile ilgili çeşitli hizmetleri ve terapi hizmetlerin kapsamaktadır²⁸⁶. Sistemin C ve D kısımları ise sürekli ve uzun süreli bakımla ilgili tedavi giderleri ve ilaç ödemelerini kapsamaktadır. Bu aşamalar, genellikle sigortalının kendi ödemeleri veya sigorta şirketlerince karşılanmaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerinden

²⁸⁵ Alper, s. 15; Serin, s. 131, 132; Terzi, s. 7, 11.

²⁸⁶ Alper, s. 15.

faydalanma konusunda hizmetin niteliğine göre değişen faydalanma süreleri sınırlamaları ve yine belirli hizmetlerden faydalanma da yaygın bir katkı payı ödeme uygulaması vardır²⁸⁷.

5. Aile Hekimliği

ABD’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimleri de görev yapmaktadır. Ancak sevk zinciri basamaklı değildir²⁸⁸. Ayrıca aile hekimlerinin uzmanlık eğitimi almaları zorunludur. Özel sigorta sisteminin özelliği gereği de aile hekimleri sağlık sigortaları ile anlaşma yaparak hizmet vermektedir.

E. Sosyalist Sağlık Sistemi

Sosyalist sağlık sistemi, ilk defa 1917 Ekim İhtilalinden sonra Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği’nde Marksist-Leninist teoriye göre kurulmuş ve bir rejim kendi sağlık sistemini oluşturmuştur.

Bu sistemde sağlık hizmetleri, merkezi olarak planlanıp yürütülmektedir. **Tüm sağlık hizmetleri**, kişilerin **hiçbir harcama yapmasına ihtiyaç olmadan**, toplumun diğer gelirlerinden ayrılan payın ve kişilerin gelirlerine göre verdikleri vergilerin bir bölümünden karşılanarak **herkese** sunulmaktadır²⁸⁹. Sistemde dikkat edilmesi gereken özellik, herkese toplum kaynaklı sağlık güvencesi kapsamında ücretsiz sağlık hizmeti verilmesidir.

Rusya’da sağlık hizmetlerine talebin artması vergi kaynaklı sistemden kısmen sosyal sigortaya dayalı bir sisteme geçilmesi için gerekçe oluşturmuştur. Böylece sağlık hizmetlerinde reform yapmaya başlanmıştır. Reformun iki temel amacı bulunmaktadır: Birincisi Rusya’da bağımsız sağlık sigortası da içeren özerk ve temel bir sağlık örgütünü kurmak ve düzenlemek; ikincisi devletçe yönetilen sağlık hizmetlerinin maliyet, etkinlik ve kalitesinde gerekli artışı sağlamak.

²⁸⁷ Alper, s. 15.

²⁸⁸ Saatçi/Sezer, s. 70.

²⁸⁹ Sargutan, Sağlık Sektörü, s. 425.

Tablo 4: Sağlık Sistemlerinin Özelliklerine Göre Sınıflandırılması

Sistem Adı	Halk Sigortası Sistemi	Milli Sağlık Sistemi	Özel Sağlık Sistemi	Sosyalist Sistem
Hizmet Kapsamı	Çalışanlar ve aile üyeleri	Herkes		Herkes
Ödeme Biçimi	Primler	Vergiler	Kişisel ödeme veya özel sigorta primleri	Ücretsiz
Hizmetin Özelliği	Sigorta ağırlıklı	Kamu ağırlıklı	Özel ağırlıklı	Kamu ağırlıklı
Örnek Ülkeler	Almanya, İsviçre, Avusturya, Belçika, Hollanda, Fransa, Japonya	Büyük Britanya, Finlandiya, Yeni Zelanda, Norveç, Kuveyt, Suudi Arabistan	Amerika, Kanada.	Rusya

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

I. GENEL OLARAK

İnsanlar için en önemli amaç olan sağlıklarının korunması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve tüm bireylerin bu hizmetlerden yararlanması için ülkeler, kendi şartlarına göre değişik sistemler uygulamaya veya mevcut sistemlerini iyileştirmeye yönelmiştir. Bu bakımdan sağlık sigortası bir sigorta kolu olarak, kişi bakımından en geniş kapsamlı sigorta koludur. Yukarıda Birinci Bölüm'de de söz edildiği üzere, Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından hazırlanan "Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında 102 Sayılı Sözleşmesi" ile üye ülkeler, sağlık yardımlarını sözleşmede belirtilen şekliyle ifa etmeyi bir yükümlülük olarak kabul etmişlerdir. Çünkü sağlık sigortası yalnızca sigortalının kendisinin değil, geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireylerinin de doğrudan yardımlardan faydalanabilmelerini düzenlemektedir^{290, 291}.

İlk defa genel sağlık sigortasından 1982 Anayasasında bahsedilmiş, çevre sağlığının korunup geliştirilmesinde devlet ve vatandaş birlikte görevli kılınmıştır. Genel sağlık sigortası ise 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 60-78. maddeleri arasında düzenlenmiştir. 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin düzenlemelerinin ise Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme hükümlerinin gerisinde olmadığı, edimlere hak kazanma ve edim türleri bakımından daha ileri

²⁹⁰ Alper, s. 167; Korkusuz/Uğur, s. 317.

²⁹¹ Diğer taraftan, sağlık yardımları için sigortalıdan katkı payı alınabileceği 102 sayılı Sözleşme'nin 10. maddesinde belirtilmiştir. bu maddeye dayanan Anayasa Mahkemesi 5510 sayılı Kanun ile ilgili verdiği kararında, sağlık yardımından faydalananlar veya bunların aile reislerinin, hastalık halinde yapılacak sağlık yardımı masraflarına iştirak ettirilebileceğinin belirtildiği, bunun ilgiliye ağır bir yük getirmeyecek şekilde tespit edilmesinin öngörülebileceğini gerekçe göstererek, sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmasını düzenleyen 68. maddenin 2. fıkrasının iptal istemini 4/I-a ve 4/I-b'liler için reddetmiştir (Anayasa Mahkemesi, 15.12.2006 T., 2006/111 E., 2006/112 K., 30.12.2006 tarih ve 26392 sayılı (5. Mükerrer) Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

düzeyde hükümlerde ihtiva ettiği, ancak Kuruma edim türleri ve edim sunum süreleri bakımından tanınan takdir yetkisinin bu düzeyi tehdit ettiği de ifade edilmektedir²⁹².

5510 sayılı Kanun yürürlüğe girmeden önce genel sağlık sigortası kavramı yerine değişik kanunlarda hastalık ve analık sigortası kavramı kullanılmaktaydı. 5510 sayılı Kanun ile birlikte hastalık ve analık sigortası kavramının yerini genel sağlık sigortası kavramı almışken, Kanunun 3. maddesinin 4. bendinde kısa vadeli sigorta kolları tanımında, *hastalık sigortası* ifadesine tekrar yer verilmiştir²⁹³. Ancak bu ifade, hastalığın gelir kaybına sebep olması halinde telafisi sağlanan edimi ifade etmek için kullanılmaktadır. Nitekim 5510 sayılı Kanun'un 15. maddesinde, iş kazası ve meslek hastalığı dışında kalan ve iş göremezliğe sebep olan rahatsızlıkların hastalık halini kapsadığı belirtilmekte ve 16. maddede de bu hallerde sağlanacak haklara işaret edilmektedir²⁹⁴, ²⁹⁵. Söz konusu haklar parasal hak niteliğinde olan geçici iş göremezlik, evlenme ödeneği, cenaze ödeneği gibi haklardır. Buna göre, 5510 sayılı Kanun'daki hastalık sigortası kavramının sağlık sigortası kavramına karşılık geldiğini ifade etmek mümkün değildir. Çünkü sağlık sigortasının amacı, sigortalı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sebebiyle rahatsızlanmaları halinde tedavilerini, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını sağlamak ve bu

²⁹² **Bilgili**, Özel Sağlık, s. 12; **Korkusuz/Uğur**, s. 317; **Sözer**, Yasalar ve Gerçekler, s. 150-167.

²⁹³ “*Bu Kanunun uygulanmasında; “... Kısa vadeli sigorta kolları: İş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kollarını, ... ifade eder”* (5510 md. 3/I-4).

²⁹⁴ Hastalık sigortasından sigortalıya hastalık hallerine bağlı olarak ortaya çıkan iş göremezlik süresince, günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilir (5510 md. 16/II). Hastalık sigortası ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. **Canikoğlu** Nurşen, “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun Kısa Vadeli Sigorta Kollarına İlişkin Hükümlerinin Kısa Bir Değerlendirmesi”, TİSK İşveren Dergisi, C. 45, S. 3, Aralık 2006, s. 48; **Ertürk** Şükran, “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun Kısa Vadeli Sigorta Kollarına İlişkin Hükümlerinin Birlikte Değerlendirilmesi”, Sicil, Y. 2, S. 5, Mart 2007, s. 123; **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 393-404; **Korkusuz** Refik, “Anayasa Mahkemesi'nin İptal Kararından Sonra Sosyal Güvenlik Hukukumuzda Kısa Vadeli Sigorta Türlerinin Hukuki Durumunun İncelenmesi”, Sicil, Y. 2, S. 8, Aralık 2007, s. 146; **Korkusuz/Uğur**, s. 255-263; **Uşan** Fatih, Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları, Ankara 2009, s. 188, 189.

²⁹⁵ 5510 sayılı Kanun'un 15. maddesine göre, bir rahatsızlık gebe bir kadında ortaya çıkmışsa gebeliğin başlangıcından doğumun sekiz hafta sonrasına kadar devam eden sürede hastalık sigortası uygulanmamaktadır. Ancak bunun için ortaya çıkan rahatsızlığın gebelik veya analıkla ilgili olması gerekmektedir (**Sözer**, Yasalar ve Gerçekler, s. 154).

doğrultuda sağlık hizmetleri sunmaktadır²⁹⁶. Bunun yanında hastalık sigortası ise, hastalık nedeniyle ortaya çıkan gelir kaybının 16. maddedeki araçlarla karşılanmasını ifade etmektedir²⁹⁷. Dolayısıyla, 5510 sayılı Kanun’da hastalık sigortası gelir kayıplarını da karşılamakta sağlık hizmetlerini içermemektedir. Hâlbuki hastalık sigortasının özellikle sağlık hizmetlerini içermemesi nedeniyle bu adlandırma yanıltıcı olmaktadır.

5510 sayılı Kanun’un 3. maddesinin 8. bendinde *genel sağlık sigortası* kavramı, “*Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta*” şeklinde tanımlanmıştır (5510 md 3/I-8; GSSİY md. 3/k)²⁹⁸. Bu tanıma göre, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak bir hak, Sosyal Güvenlik Kurumu için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür (5510 md. 3/I-8, md. 62/1). Kanun koyucu genel sağlık sigortası kapsamında sağlık edimlerini düzenlerken, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarında ise nakdi edimleri düzenlemiştir.

II. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ DEĞİŞİM

Genel sağlık sigortasının kişi ve edim bakımından kapsamlarını açıklamaya geçmeden önce, sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında sağlık sisteminde

²⁹⁶ **Akın** Levent, “Anayasa Mahkemesinin İptal Kararı Sonrasında Sigortalılığın Kapsamı ve Primli Rejimle Bağdaşması”, Sosyal Güvenlik Hukuku, Yasalar ve Gerçekler, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007, s. 24; **Akın** Levent, “Sigortalılık Kavramı Açısından Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Değerlendirilmesi”, AÜHFİD, Y. 2005, C. 54, S. 2, s. 46; **Akın** Levent, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Kişiler Açısından Kapsamında Yeni Gelişmeler”, Çalışma ve Toplum, Özel Sayı, 2006/1, s. 29; **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 394; **Korkusuz/Uğur**, s. 318.

²⁹⁷ Çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin temel amacının sosyal bir riskle karşılaşan bireye, ekonomik bir güvencenin sağlanması olduğu genel kabul gören bir anlayıştır (**Bilgili**, s. 529; **Korkusuz**, s. 146; **Güzel** Ali, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”, Çalışma ve Toplum, 2005/4, s. 72). Bu anlayıştan hareketle yola çıkarsak, kişinin iş göremez duruma geldiğinde ona gerek tıbbi ve gerekse maddi yardım yapılması, en önemli temel sosyal güvenlik fonksiyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, uygulamada en fazla rastlanılan iş göremezlik hali olarak “hastalık sigortası” karşımıza çıkmaktadır.

²⁹⁸ Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği, 28.08.2008 tarih ve 26981 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

değişiklikleri meydana getiren mevzuat düzenlemelerine ve değişen organizasyon yapısına değinmekte fayda bulunmaktadır.

Ülkemizde 1990'lı yıllarda sağlık alanında yapılan çalışmalar “sağlıkta reform” olarak adlandırılırken, 2003 yılından itibaren bu süreç “sağlıkta dönüşüm” olarak ifade edilmeye başlanmıştır. Sağlıkta reform hareketinin başlangıcı, ilki Sağlık Bakanlığı tarafından 1990 yılında hazırlanan “2000 yılında Herkese Sağlık-Türk Milli Sağlık Politikası” isimli doküman, ikincisi DPT tarafından Price Waterhouse’a yaptırılan ve 1991 yılında yayınlanan *Sağlık Master Planı*'dir²⁹⁹.1992 yılında da Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Sektörü Reform Taslağı hazırlanmıştır³⁰⁰.

1992 yılında başlayan fakat hayata geçirilemeyen “sağlıkta reform” süreci, 2003 yılından itibaren “sağlıkta dönüşüm projesi” olarak yeniden gündeme gelmiştir³⁰¹. Dünya Bankası'nın 90'lı yılların basından itibaren Türkiye'ye, sağlıkta yeniden yapılanma için üç kez toplam 240 milyon ABD Doları proje kredi desteğı sağlaması³⁰², yine 2004-2007 yıllarını kapsayan sağlıkta dönüşüm projesi için 60,61 milyon ABD Doları kredi açması³⁰³ genel olarak şüphesiz karşılanmıştır. Öte yandan, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından da Dünya Bankası'na kredi için başvuruda bulunulmuştur³⁰⁴.

Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulması, aile hekimliğı modelinin tüm illere yaygınlaştırılması, kamu hastanelerinin idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilmesi, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik

²⁹⁹ **Bilgili**, Özel Sağlık, s. 40.

³⁰⁰ Türkiye Sağlık Reformu -Sağlıkta Mega Proje-, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1992, s. 2-1/2-25; Türkiye Sağlık Reformları 1998, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1998, s. 19-32.

³⁰¹ **Bilgili**, Özel Sağlık, s. 42.

³⁰² **Belek İlker**, “Türkiye Sağlık Reformları”, Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 2001, C. 16, S. 6, s. 438-447; **Bilgili**, Özel Sağlık, s. 42; **Sözer**, Sağlıkta Dönüşüm, s. 48; **Yıldırım** Hasan Hüseyin, “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, Hastane Yaşam Dergisi, Ekim-Aralık 2004, Y. 1, S. 3-4.

³⁰³ <http://www.worldbank.org.tr/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYEXTN/0,,menuPK:361718~pagePK:141159~piPK:141110~theSitePK:361712,00.html> (10.02.2009).

³⁰⁴ **Bilgili**, Özel Sağlık, s. 42.

edilmesi³⁰⁵, ³⁰⁶ ise 9. Beş Yıllık (2007-2013) Kalkınma Planı'nın³⁰⁷ öne çıkan hedefleri olarak görülmektedir.

Sağlıkta yeniden yapılanmaya ilişkin gerçekleştirilen düzenlemeler, sosyal güvenlik reformuna ilişkin bütün bir paketin tek parçası konumundadır. Söz konusu düzenlemeler sırasıyla incelendiğinde görülmektedir ki, sağlıkta dönüşüm projesinin özünde devletin hastane işletmeciliğini ilk aşamada yerel idarelere bırakmak, ikinci aşamada ise tümüyle özel sektöre devretmek bulunmaktadır³⁰⁸. Aşağıda sağlıkta dönüşüm projesi için gerçekleştirilen düzenlemelere tarih sırasıyla değinildiğinde bu aşamalar da ortaya çıkacaktır.

14.07.2004 tarihli ve 5220 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun³⁰⁹ ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na³¹⁰ eklenen madde, Sağlık Bakanlığı'na ait arsa ve binaların satılmasına imkân sağlamıştır. Anılan maddeye göre “*Sağlık Bakanlığına tahsisli Hazine mülkiyetindeki taşınmazlar ile Sağlık Bakanlığı kullanımında bulunan diğer taşınmazlardan gerekli görülenlerin, mülkiyetinin Hazineye bedelsiz devrinden sonra, Sağlık Bakanlığı ile mutabık kalınarak tahsislerini kaldırmaya ve 1050 sayılı Muhasebe Umumiye Kanununun 24 üncü maddesine bağlı olmaksızın satmaya Maliye Bakanı yetkilidir*” (3359 ek md. 2)³¹¹. Ancak maddede geçen “... ve 1050

³⁰⁵ Bakanlar Kurulu'nun 2006/10508 sayılı kararı ile kabul edilen “Orta Vadeli Program (2007-2009)”da da; yurt çapında aile hekimliği uygulamasına geçileceği, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanının birbirinden ayrılma sürecinin tamamlanacağı, hastane yönetimlerinin idari ve mali açıdan özerk ve rekabetçi bir yapıya kavuşturulacağı, özel sektörün sağlık yatırımlarının teşvik edileceği kararlaştırılmıştır.(13.06.2006 tarih ve 26197 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır).

³⁰⁶ Bakanlar Kurulu'nun 2006/10399 sayılı kararı ile kabul edilen “Dokuzuncu Kalkınma Planı Stratejisi (2007 - 2013) Hakkında Karar”da ise, diğer unsurlardan başka sağlık sektöründe kamunun düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilirken, hizmet sunumunda özel kesimin payının arttırılacağı ifade edilmiştir.(13.05.2006 tarih ve 26167 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır).

³⁰⁷ 01.07.2006 tarih ve 26215 Mükerrer sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

³⁰⁸ **Arıcı** Kadir, “Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği Sorunu”, Sicil, S. 12, Mart 2009, s. 150; **Sözer** Ali Nazım, “Genel Sağlık Sigortası Kimin Yararına”, Mercek, Y. 10, S. 37, Ocak 2005, s. 22-24.

³⁰⁹ 21.07.2004 tarih ve 25529 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

³¹⁰ 15.05.1987 tarih ve 19461 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

³¹¹ Düzenleme Maliye Bakanı'na, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak ona ait taşınmazları, yani sağlık tesislerini satma yetkisi vermektedir. Burada dikkati çeken nokta, aynı konumdaki iki yönetim biriminden söz edilirken biri için Bakanlık, diğeri için Bakan teriminin kullanılmış olmasıdır. Bu konu da eleştiriyeye açıktır (**Sözer**, Kimin Yararına, s. 22, dn. 14).

sayılı Muhasebei Umumiye Kanununun 24 üncü maddesine bağlı olmaksızın satmaya ...” ibaresi, “*Sağlık Bakanlığı kullanımında bulunan diğer taşınmazlar*” yönünden, Anayasa Mahkemesi tarafından 02.06.2009 tarihli, 2004/85 E., 2009/69 K. sayılı kararla Anayasa’nın 11. ve 35. maddelerine aykırılığı nedeniyle iptal edilmiştir³¹². Bu ibarenin uygulanmasından doğacak sonradan giderilmesi güç veya olanaksız durum ve zararların önlenmesi ve iptal kararının sonuçsuz kalmaması için karar Resmî Gazete’de yayımlanacağı güne kadar yürürlüğünün durdurulmasına karar verilmiştir³¹³. Anayasa Mahkemesi kararından sadece Hazineye ait olan, ancak Sağlık Bakanlığına kullandırılan taşınmazların Maliye Bakanınca satılabileceği öngörülmektedir. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı’nın kullandığı diğer taşınmazlarını satması konusunda Maliye Bakanına verilen yetki kaldırılmıştır.

Söz konusu düzenlemenin hemen ardından 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, sağlık ocaklarının yerini aile hekimliği sisteminin alması şeklinde düzenlenmiştir. Bu düzenleme ile Genel Sağlık Sigortası’nın ilk adımı atılmış olmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik yerleştirilmeye çalışılmıştır.

Bunun yanında belediyelere de hastane kurma ve işletme izni verilmesine ilişkin 07.12.2004 tarih ve 5272 sayılı Belediye Kanunu³¹⁴ da çıkarılarak, belediyelerin sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilmeleri ve kurabilmeleri düzenlenmiştir (5272 md. 14/b). Ayrıca yine belediyelerin sağlıkla ilgili ihtiyaç duyulan birimler oluşturabileceği (5272 md. 48) ve hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimlilik amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik programlar uygulayabileceği hükme bağlanmıştır (5272 md. 77).

³¹² Karar Resmî Gazete’de henüz yayımlanmamıştır. Ancak 13.06.2009 tarih ve 27257 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan yürütmenin durdurulması kararında iptal kararına da değinilmektedir.

³¹³ Anayasa Mahkemesi, 02.06.2009 tarihli, 2004/85 E., 2009/8 (yürürlüğü durdurma) K. sayılı karar (13.06.2009 tarih ve 27257 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır). Aynı kararda söz konusu maddede geçen, “*Sağlık Bakanlığına tahsisli Hazine mülkiyetindeki taşınmazlar*” yönünden “... ve 1050 sayılı Muhasebei Umumiye Kanununun 24 üncü maddesine bağlı olmaksızın satmaya ...” ibaresininin, 02.06.2009 tarihli, 2004/85 E., 2009/69 K. sayılı kararla reddedildiğinden, yürürlüğün durdurulması isteminin reddine karar verilmiştir.

³¹⁴ 24.12.2004 tarih ve 25680 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun da Türk Sağlık Sistemi'nde değişimin bir başka ayağı olarak karşımıza çıkmaktadır. TBMM'ce kabul edildikten sonra Cumhurbaşkanı'nca veto edilerek yeniden görüşülmek üzere geri gönderilen 15.07.2004 tarihli ve 5227 sayılı Kamu Yönetimi Temel Kanunu³¹⁵, merkezi ve yerel yönetimler arasındaki görev dağılımını düzenlemektedir³¹⁶. Buna göre, merkezi idare ile yerel idarelerin, kendilerine ait hizmetleri, ilgileri itibariyle üniversitelere, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına, hizmet birliklerine, özel sektöre ve alanında uzmanlaşmış sivil toplum örgütlerine gördürebilecekleri ifade edilmektedir (Kanun md. 11). Bunun yanında *“Sağlık Bakanlığı taşra teşkilâtının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler ve donatım müdürlükleri araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine... devredilmiştir”* hükmü de getirilmiştir (Kanun geç. md. 1/I-a). Kanun'da mevcut bir diğer hükme göre ise, il özel idarelerine devredilen sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve dispanser gibi koruyucu sağlık hizmeti veren tesisler il özel idarelerince personeli, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte belediyelere devredilebilecekleridir (Kanun geç. md. 1/III).

Sağlık Bakanlığı'na ait arsa ve binaların satılmasına imkân sağlayan, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda değişiklik yapan 14.07.2004 tarihli Kanunun ardından, 06.01.2005 tarihinde 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun³¹⁷ kabul edilmiştir. Söz konusu Kanun ile Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri dışında kalan kamu kurum ve kuruluşlarının tüm sağlık

³¹⁵ 03.08.2004 tarihinde Cumhurbaşkanlığı'ndan veto edilerek yeniden görüşülmek üzere geri gönderilen Kamu Hizmetleri Temel Kanunu, 01.10.2007 tarihinden itibaren Esas Komisyon görevini sürdüren Anayasa Komisyonunda görüşülmektedir (http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tasari_teklif_sd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=54625, 10.05.2009).

³¹⁶ Ancak bu dağılım içerisinde merkezi idare tarafından yürütülecek hizmetler arasında sosyal güvenlik bulunmakta iken sağlıktan söz edilmemektedir (Kanun md. 7/f).

³¹⁷ 19.01.2005 tarih ve 25705 mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devri düzenlenmiştir (5283 md. 2; md. 4)³¹⁸. Burada dikkat edilmesi gereken husus, önce Sağlık Bakanlığı'na kendisine ait arsa ve taşınmazları satma yetkisinin verilmesi, ardından sağlık birimlerinin bedelsiz olarak Bakanlığa devrinin düzenlenmesidir.

Yukarıda sözünü ettiğimiz iki aşamalı sağlıkta dönüşüm projesinin ikinci aşaması olan sağlık hizmetlerinin özel sektöre devrini sağlayacak yasal alt yapı konusu iki Kanun ile gerçekleştirilmiştir. Ancak dikkati çeken bir diğer husus, o dönemlerde TBMM gündeminde Sosyal Güvenlik Reformuna ilişkin bir düzenleme bulunmadan, sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devrine ilişkin bir düzenleme getirilmiş olmasıdır³¹⁹. Ayrıca Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu tarafından hazırlanan rapora konulan muhalefet şerhinde, hastanelerin yerel yönetimlere devri ile kamu hizmeti niteliğindeki sağlık hizmetlerinin piyasa hizmetine dönüştürüleceği, iki tarafın bulunması gereken ve mülkiyetin el değiştirmesi sonucunu doğuran devir işleminde hem devreden hem de devralanın hükümet olmasının, hukuk sistemi içerisinde açıklanabilecek bir tasarruf işlemi olmadığı ifade edilmiştir³²⁰.

Sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılanması adı altında, mevcut sorunlara çözüm getirmesi amacıyla “*tek çatı*” modeli benimsenmiş ve bu amaçla mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarını tümüyle ortadan kaldırarak, tek bir sosyal güvenlik kurumuna dönüştüren 16.05.2006 tarih ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu³²¹ kabul edilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı altında oluşturulan ana hizmet birimlerinden biri de Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü olarak belirlenmiştir (5502 md. 12).

³¹⁸ Kanunun 3. maddesine göre sağlık birimi, Kurum tabiplikleri hariç olmak üzere, kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastane, dispanser, sağlık merkezi veya istasyonu ile her ne ad altında olursa olsun insan sağlığı ile ilgili hizmet sunan tüm birimleri ifade eder.

³¹⁹ 22. Dönem, 3. Yasama Yılı, 686 sıra sayılı T.B.M.M. Komisyon Raporu, 1/918 E., 5 K. sayılı ve 26.11.2004 tarihli Plan ve Bütçe Komisyonu Raporu Karşı Oy Yazısı.

³²⁰ 22. Dönem, 3. Yasama Yılı, 686 sıra sayılı T.B.M.M. Komisyon Raporu, 1/918 E., 6 K. sayılı ve 10.11.2004 tarihli Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Raporu Muhalefet Şerhi.

³²¹ 20.05.2006 tarih ve 26173 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

Nihayet 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Türkiye’de ilk defa Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulmuştur. Hemen ifade etmek gerekir ki, genel sağlık sigortası sisteminin kurulması Anayasa tarafından devletin yetkilendirildiği bir husustur. Söz konusu sebeple, genel sağlık sigortasının hukuki temeli anayasadan kaynaklanmaktadır. Anayasaya göre, “Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” (AY md. 56). Anılan düzenleme ile devlet genel sağlık sigortası kurulması hususunda yetkilendirilmiştir. Ancak bir yükümlülük söz konusu değildir³²².

Genel sağlık sigortasını yaşama geçirmek için çıkarılan ve sosyal sigorta hükümleri yanında genel sağlık sigortası hükümlerine de yer verilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanının birbirinden ayrılması ve toplumun tümünü kapsayacak zorunlu bir sağlık sigortacılığı sistemi oluşturulması gerçekleştirilmeye çalışılmıştır³²³. Genel sağlık sigortasına ilişkin düzenlemeler ise özellikle sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yolunu açması ve dolayısıyla sağlığın bir hak olmaktan çıkarılıp kişisel tüketim olarak sunulması, daha fazla harcamayı gerektirmesi gibi nedenlerle eleştiriye tabi tutulmuştur³²⁴.

Yukarıda tarih sırasıyla incelenen sağlıkta dönüşümün aşamalarını tablo şeklinde aşağıda gösterilebilir³²⁵.

³²² Arıcı, Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği, s. 150; Sözer, Kimin Yararına, s. 29.

³²³ Bilgili, Özel Sağlık, s. 45; Hamzaoğlu Onur/Yavuz Cavit Işık, “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilânçosu Üzerine”, Mülkiye, 2006/Güz, C. XXX, S. 252, s. 275–296; Okur Ali Rıza/Ergin Hediye, “Türkiye’de Sağlık Reformunun Geçmişi ve Geleceği”, Devrim Ulucan’a Armağan, İstanbul 2008, s. 630; Özsarı Haluk, “Genel Sağlık Sigortası Sürecinde Geline Son Nokta”, TİSK İşveren Dergisi, C. 46, S. 2, s. 42; Sözer, Kimin Yararına, s. 21–31; Sözer Ali Nazım, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Genel Sağlık Sigortası”, TİSK Akademi, 2006/1, C. 1, S. 1, s. 47–55; Sözer Ali Nazım, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısında Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeler”, LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, 2005/7, s. 1175–1190.

³²⁴ Okur/Ergin, s. 630; Özsarı, s. 46; Sözer, Genel Sağlık, s. 1175–1190; Sözer, Kimin Yararına, s. 21–31; Sözer, Sağlıkta Dönüşüm, s. 47–55.

³²⁵ Söz konusu reform çalışmaları sonuçlandırılmamakla birlikte, bu kapsamda hazırlanan kanun tasarısı ve tasarıları şunlardır:

- 1- Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı
- 2- Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı
- 3- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı
- 4- Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı

Tablo 5: Türk Sağlık Sistemindeki Değişim

5220 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	1- Maliye Bakanı'na, Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık tesislerini satma yetkisi tanınmıştır.
5272 sayılı Belediye Kanunu	2- Belediyelere sağlık tesisi kurabilme yetkisi tanınmıştır.
Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun	3- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık tesisleri İl Özel İdarelerine devredilecektir.
	4- İl Özel İdareleri koruyucu sağlık hizmeti veren sağlık tesislerini belediyelere devredebilecektir.
	5- Merkezi idare ve yerel yönetimler sağlık hizmetlerini kendileri dışındaki kamu veya özel hukuk tüzel kişilerine devredebileceklerdir.
5283 sayılı Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun	6- Tüm kamu kurumlarının ve SSK'nın sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.
5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu	7- Genel sağlık sigortası hizmetlerinin yürütülebilmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı bünyesinde Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü kurulmuştur.
5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	8- Sağlık hizmetleri, genel sağlık sigortası tarafından üstlenilmiştir.

Sağlık sistemimizdeki sorunları çözmek amacıyla ortaya konulan Genel Sağlık Sigortası modelinin bu amacı gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceği üzerinde durulması gereken bir konudur. Özellikle sağlığa ayrılan finansman kaynaklarının yetersizliği, personel eksikliği, donanım ve malzeme yetersizliği, örgütlenme düzeyindeki karmaşa ve bunun sevk sistemimize yansması, ülke genelinde sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda yaşanan eşitsizlikler sağlık sistemimizdeki sorunları oluşturan temel hususlardır.

Genel sağlık sigortası söz konusu sorunların çözümü hususunda yeterli görülmemektedir. Genel sağlık sigortasının getirdiği yeniliklerden biri finansman sorununu çözmek için, yukarıda ikinci bölümde incelediğimiz sigorta yöntemini (hastalık sigortası sistemi)³²⁶ benimsemek olmuştur. Bu bağlamda, hastalık sigortası sisteminin temel özelliklerine uygun olarak sigorta eliyle, sağlık harcamaları için halktan prim toplanması öngörülmektedir. Genel sağlık sigortası ile getirilen ikinci yenilik ise, tüm ülke nüfusunun sağlık hizmetleri kapsamına alınması ve prim ödemekte güçlük çekenlere devlet desteği sağlanmasıdır.

Sonuç olarak genel sağlık sigortası oluşturulurken sağlık alanındaki tek sıkıntının finansman olduğu noktasından hareketle sağlık harcamalarının devlete yük oluşturduğu ifade edilmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki, sağlık toplumun tümünü ilgilendiren bir konu olduğu gibi, Anayasamızda yer alan sosyal devlet ilkesi gereği, devlet halkın sağlık harcamalarını karşılamalıdır.

III. GENEL SAĞLIK SİGORTASININ KAPSAMI

A. Kişi Bakımından Kapsam

1. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar

5510 sayılı Kanun'dan önce yürürlükte olan sosyal güvenlik kanunlarında hastalık sigortası edimleri, sigortalı olmanın sonucu olarak sağlanmaktaydı. Ancak, yeni düzenleme ile kısa ve uzun vadeli sigorta kollarından yararlananlardan, yani sosyal sigorta sigortalılığından tamamen bağımsız olarak genel sağlık sigortalısı

³²⁶ Bu konuda bkz. İkinci Bölüm, II, B.

kavramı benimsenmiştir³²⁷. Ayrıca 5510 sayılı Kanun'un 92. maddesinde kısa ve uzun vadeli sigortalar ile genel sağlık sigortası kapsamındakilerin sigortalılığı zorunlu görülmüştür. Yine aynı düzenlemeyle, bu kanunda yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümlerin geçersiz olacağı belirtilmiştir.

Genel sağlık sigortalısı, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 60'ncı maddesinde sayılan kişileri ifade eder (5510 md. 3/I-9). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı'nda genel sağlık sigortalısı, mevcut Kanun metnindeki sigortalı tanımına benzer şekilde, genel sağlık sigortası bakımından adına prim ödenmesi veya kendi adına prim ödemesi gereken kişiler olarak ifade edilmiştir. Ancak, Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu sunduğu raporda, genel sağlık sigortalısı tanımının Kanunda geçen sigortalı ve isteğe bağlı sigortalı tanımlarıyla çakışmayacak şekilde yeniden tanımlanması gerektiğini ileri sürmüştür³²⁸. Bunun üzerine kanun koyucu 5510 sayılı Kanun'un 3. maddenin 9.

³²⁷ Akın, s. 38; Akın, Yeni Gelişmeler, s. 32, 33; Korkusuz/Uğur, s. 318. 5510 sayılı Kanun'un 3/3 maddesinde kısa ve uzun vadeli sigorta kolları sosyal sigortalar olarak tanımlandığına göre, bu sigortalardan yararlananlar da sosyal sigorta sigortalısı olarak adlandırılmaktadırlar (Akın, s. 38; Akın, Yeni Gelişmeler, s. 32, 33). 5510 sayılı Kanun, kapsamına aldığı sigortalıları sınıflandırmıştır. Söz konusu sınıflandırma 4. maddenin gerekçesinde şu şekilde ifade edilmektedir: "Bu Kanunun uygulanmasında sigortalı, genel sağlık sigortalısı ve isteğe bağlı sigortalı olmak üzere üç ayrı tanımlama getirilmiştir. Kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar sigortalı olarak, Kanunun üçüncü kısmında yer verilen genel sağlık sigortasına tabi olanlar ise genel sağlık sigortalısı olarak tanımlanmıştır. Kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına zorunlu olarak katılmayanların bu sigorta kollarına isteğe bağlı devam edebilmelerini sağlamak amacıyla oluşturulan sigortalılık da isteğe bağlı sigortalı olarak tanımlanmıştır" (<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss1139m.htm> (20.01.2009)). Ancak Akın, kanunun gerekçesinde yer alan bu sınıflandırmayı eleştirmiş ve sigortalılığı zorunlu sigortalılık, isteğe bağlı sigortalılık ve genel sağlık sigortası sigortalıları olarak sınıflandırmıştır. Buna göre, "kısa ve uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi adına prim ödenmesi gereken kişiler sigortalı sayılmaktadır" (md. 3/6) tanımı esasen zorunlu sigortalılık tanımıdır. Zira, ne isteğe bağlı sigortalılıkta, ne de genel sağlık sigortalılığında, uzun ve kısa vadeli sigorta kollarının bütünü bakımından prim ödeme zorunluluğu vardır (Akın, Sigortalılık, s. 38).

Tanımlama şekline kaynaklanan bu karışıklık, sigortalının kim olduğu konusunda tereddüt yaratacaktır. Esasen buradaki tanımlama kişinin yararlandığı sigorta kolları dikkate alınarak yapılmaktadır. Bu durum, yararlanan sigorta kollarına göre sigortalılığın tanım ve içeriğini değiştirebilmektedir. Bu açıdan da ayrı bir sigortalı olarak genel sağlık sigortalısını kavramını tercih etmek yerinde olacaktır. Tüm bu sebeplerle Akın, 5510 sayılı Kanun'un 3/6 maddesindeki *sigortalı* kavramının *zorunlu sigortalı* olarak değiştirilmesi görüşünü savunmuştur (Akın, Sigortalılık, s. 38). Y

³²⁸ 22. Dönem, 4. Yasama Yılı, 1139 sıra sayılı T.B.M.M. Komisyon Raporu, 1/1008 E., 28 K. sayılı ve 20.6.2005 tarihli Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Raporu.

bendi'nde genel sağlık sigortalısını, 60'ıncı maddede sayılan kişiler şeklinde değiştirerek tanımlamıştır.

5510 sayılı Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamayacağını açıkça ortaya koyulmuş olup, sosyal devletin amaçlarına uygun bir sosyal guvenlik anlayışı sağlanmaya çalışılmıştır (5510 md. 62/son).

Kimlerin genel sağlık sigortalısı sayılacağı 5510 sayılı Kanun'un 60. maddesinde tek tek sayılarak duzenlenmiştir. Bununla birlikte Kanun'un geçi 13. maddesinde Türkiye İş Kurumu'ndan iş kaybı tazminatı alanların da genel sağlık sigortalısı sayılacakları öngörölmüştür. Ayrıca, yönetmelikte Kanunda sayılan kişiler dışında, kamu kuruluşlarında çalışan, iş sözleşmesi askıda kalanların (GSSİY md. 6/2), sosyal guvenlik sözleşmesi imzalanmayan ölkelere götürölen Türk işçileri (GSSİY md. 6/4) ve evlenme ödeneği alan kız çocuklarından eşleri tarafından bakmakla yükümlü olunmayanlar ile iki yıllık süre içinde eşlerinden boşanan kız çocukları, gelir/aylıklarının kesildiği tarihten itibaren iki yıllık sürenin sonuna kadar genel sağlık sigortalısı sayılmıştır (GSSİY md. 6/5).

Genel sağlık sigortasının kapsamına girebilmenin ön koşulu kişilerin ikametgâhlarının Türkiye olmasıdır (5510 md. 60/I). Genel sağlık sigortalısı olunması zorunludur. Genel sağlık sigortası hak ve yükümlölüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir (GSSİY md. 5/1).

Genel sağlık sigortalısı sayılanlar şunlardır:

a) Zorunlu Sigortalılar

- Bağımlı (4/a ve 4/c'liler) çalışanlar (5510 md. 60/I-a),
- Bağımsız çalışanlar (4/b'liler) (5510 md. 60/I-a),

b) İsteğe Bağlı Sigortalılar (5510 md. 60/I-b)

c) Zorunlu sigortalı olarak kabul edilmeyip, aynı zamanda isteğe bağlı sigortalı olarak da sayılmayanlardan;

- Aile içindeki aylık kişi başına düşen geliri, asgari ücretin 1/3'ünden az olan vatandaşlar. Bu kişilerin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilir (5510 md. 60/I-c, 1)³²⁹.
- Vatansız ve sığınmacılar (5510 md. 60/I-c, 2),
- 65 yaş veya özürlü aylığı alanlar (5510 md. 60/I-c, 3),
- Şeref aylığı bağlananlar (5510 md. 60/I-c, 4),
- Vatani hizmet tertibinden aylık alanlar (5510 md. 60/I-c, 5),
- Nakdi tazminat veya aylık alanlar (5510 md. 60/I-c, 6),
- Ücretsiz olarak bakılan, korunan ve rehabilite edilenler (5510 md. 60/I-c, 7),
- Harp malullüğü ve terör mağduru aylığı alanlar (5510 md. 60/I-c, 8),
- Geçici köy korucuları (5510 md. 60/I-c, 9),

³²⁹ Kişinin bu bent kapsamına girme talebine rağmen yapılan incelemeler sonucunda gelirin daha yüksek çıkması halinde dahi gelir seviyesine bağlı olarak bir koruma da mevcuttur. Yani, aile içi gelir durumuna bağlı genel sağlık sigortası primine esas kazanç ona göre değerlendirilmektedir (Uşan, s. 268). Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından, 28.09.2008 Tarih ve 27611 Sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan, 5510 Sayılı Kanun Gereğince Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi Hakkında Tebliğ'e göre: "5510 sayılı Kanunun 60 nci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmak için müracaat etmekle birlikte, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilen aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı;

1) *Asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar olduğu tespit edilenler, 5510 sayılı Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının üçte biri,*

2) *Asgari ücretten asgari ücretin iki katına kadar olduğu tespit edilenler, 5510 sayılı Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarı,*

3) *Asgari ücretin iki katından fazla olduğu tespit edilenler, 5510 sayılı Kanunun 82 nci maddesine göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı, prime esas kazanç tutarı olarak esas alınp tescil edileceklerdir.*

Bunların genel sağlık sigortalılıkları, primleri kendileri tarafından ödenmek üzere Kurumca tescil edildikleri tarihten başlar"(GSSHT m. C/b).

Ayrıca burada geçen aile kavramı, aynı hane içerisinde yaşayan eş, evli olmayan çocuk, büyük ana ve büyük babadan oluşur (5510 md. 60/son).

Burada belirtilmesi gereken bir diğer husus, 5510 sayılı Kanunun yürürlük tarihinden itibaren *iki yıl süresince* bu Kanunun 60. maddesinin 1. fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi uygulanmayacaktır. Bu sürede, 3186 sayılı Kanun kapsamında yeşil kart verilen ve verilecek kişiler durumlarında değişiklik olmaması kaydıyla başka bir işleme gerek kalmaksızın bu Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır (5510 geç. md. 12/IV).

- Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu kazanmış kişiler (5510 md. 60/I-c, 10) genel sağlık sigortalısı olarak sayılmaktadırlar.

d) Yabancı Uyruklular

Mütekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından, başka bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayanlar genel sağlık sigortalısı sayılmaktadırlar (5510 md. 60/I-d)³³⁰.

e) İşsizlik ödeneği ve kısa çalışma ödeneği almakta olanlar genel sağlık sigortalısı sayılmaktadırlar (5510 md. 60/I-e).

f) Sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir ve aylık alanlar genel sağlık sigortalısı sayılmaktadırlar (5510 md. 60/I-f).

g) Yukarıda Sayılanların Dışında Kalanlar

Kanun'un 60. maddesinde sayılmayıp da, başka bir ülke mevzuatına göre de sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar da genel sağlık sigortalısı sayılmaktadırlar (5510 md. 60/I-g)³³¹.

Bunun yanında Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nde Kanunun 60. maddesinde belirtilmeyen genel sağlık sigortalıları da sayılmıştır. Şöyle ki;

- Kamu idaresine ait işyerlerinde çalıştırılan sigortalılardan iş sözleşmesi askıda kalanlar, iş sözleşmesinin askıda kaldığı süre içinde (GSSİY md. 6/2),
- İş kaybı tazminatı alanlar (GSSİY md. 6/3; 5510 geç. md. 13 gereğince 4/a'lı sayılırlar),
- Sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmayan ülkelere götürülen Türk işçileri (GSSİY md. 6/4; 5510 md. 5/g gereğince 4/a'lı sayılırlar),

³³⁰ Burada belirtilmesi gereken bir diğer husus, yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı sayılabilmeleri için, kesintisiz bir yıldan fazla oturma izni almış olmaları ve yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı sayılmaması ve sağlık sigortasından yararlanma hakkının bulunmaması şarttır (GSSİY md. 6/9).

³³¹ Söz konusu maddede sayılan gruplar dışında kalan kişilere örnek olarak ücretsiz çalışan sigortalılar verilebilir (5510 md. 82/II) (Sözer, Sağlıkta Dönüşüm, s. 50).

- Evlenme ödeneği alan kız çocuklardan (5510 md. 37); eşleri tarafından bakmakla yükümlü olunmayanlar ile iki yıllık süre içinde eşlerinden boşanan kız çocukları, gelir/aylıklarının kesildiği tarihten itibaren iki yıllık sürenin sonuna kadar Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrası (f) bendi kapsamında (GSSİY md. 6/5),

genel sağlık sigortalısı sayılır.

- Ayrıca belirtmek gerekir ki, 5510 sayılı Kanun'un 45. maddesi birinci fıkrası uyarınca, Kanunun 4. maddesi birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında olan sigortalılardan, görevden uzaklaştırılan, görevi ile ilgili olsun veya olmasın herhangi bir suçtan tutuklanan veya gözaltına alınanların genel sağlık sigortası hükümleri bakımından hakları devam eder (GSSİY md. 6/11).

2. Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler

5510 sayılı Kanun'un 60. maddesinin 2. fıkrasına göre, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler de sağlık hizmetleri ve diğer haklardan yararlandırılmaktadırlar. Ayrıca belirtilmelidir ki, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişiler asli değil, bağlı sigortalı olarak kapsamda yer almaktadırlar³³². Genel sağlık sigortasının sistematüğinde bağlı sigortalılığın kabul edilmesinin nedeni, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kendi adlarına tescil edilmeyip bağlı sigortalı sayılmalarıdır (5510 md. 60/II)³³³. Her ne kadar bu durum sosyal sigorta düzenine uygun ise de, sosyal sigortalarda bağlı sigortalılar prim ödemekle yükümlü değil iken, 5510 sayılı Kanun'da bakmakla yükümlü olunan kişilere de prim ödeme yükümlülüğü getirildiği görülmektedir. Buna göre “...genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin,... prim ödeme gün sayısının olması...” ifadesinin lafzı dikkate alındığında, maddede yer alan “ve” bağlacı, bağlı sigortalıların da asli sigortalıların yanında ayrıca prim ödeme yükümlüsü olarak sayıldığı hususunu düşündürmektedir (5510 md. 67)³³⁴. Elbette

³³² **Sözer**, Kimin Yararına, s. 25; **Sözer**, Sağlıkta Dönüşüm, s. 50.

³³³ **Sözer**, Sağlıkta Dönüşüm, 50.

³³⁴ **Sözer**, Sağlıkta Dönüşüm, 50; **Sözer** Ali Nazım, “Genel Sağlık Sigortası Edimlerinden Yararlanmada Prim Koşulu”, Sicil, S. 12, Mart 2009, s. 165.

böyle bir durumun kabulü bağlı sigortalı kavramının amacına aykırılık teşkil edecektir. Çünkü, bağlı sigortalı prim ödemesi halinde asli sigortalı konumuna gelecektir. Ayrıca, bağlı sigortalıların, 5510 sayılı Kanun'un 87. maddesinde sayılan prim ödemekle yükümlü kişiler arasında da yer almadıkları da dikkate alındığında yukarıda ifade edilen bu çelişkinin kanun koyucu tarafından düzeltilmesi gerekmektedir³³⁵.

Bakmakla yükümlü olunan kişi 5510 sayılı Kanun'un 3. maddesi 10. bendinde tanımlanmıştır. Buna göre bakmakla yükümlü olunan kişiler, eş, çocuk, ana ve babadır. Her şeyden önce bu bakmakla yükümlü olunan kişi sayılabilmek için,

- düşük gelirliler, vatansızlar ve sığınmacılar dışında kalan genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler olmak (5510 md. 60/I-c, 1, 2)³³⁶,
- zorunlu ya da isteğe bağlı sigortalı sayılmamak,
- kendi sigortalılığı nedeniyle gelir ya da aylık bağlanmamış olmak,

gerekmektedir (5510 md. 3/10). Çocuklar bakımından ayrıca getirilen koşullar da bulunmaktadır. Şöyle ki, çocukların 18 yaşını³³⁷, lise ve dengi öğrenim

³³⁵ **Sözer**, Prim Koşulu, s. 166, dn. 16.

³³⁶ Düşük gelirlili, vatansız ve sığınmacı çocuklar için ayrıca bir hükme gerek yoktur. Zaten onlar asli veya bağlı sigortalı ayrımı yapılmadan ve ayrıca yaş kısıtlaması da olmadan genel sağlık sigortası kapsamına alınmışlardır (5510 md. 60/I-c, 1, 2) (**Sözer**, Prim Koşulu, s. 160).

³³⁷ 5510 sayılı Kanun 18 yaşından küçükleri mutlak olarak genel sağlık sigortası kapsamına almıştır. Bunların anne babalarının gelen sağlık sigortalısı olması ya da herhangi bir eğitim şartı aranmaz (**Bilgili**, s. 414; **Ergin** Hediye, "Genel Sağlık Sigortasında Geline Son Durum", Sicil, S. 11, Eylül 2008, s. 114; **Sözer**, Prim Koşulu, s. 160). Anne ve babanın bulunmaması durumunda da genel sağlık sigortası primini devlet karşılar (5510 md. 61/II; md. 60/I-c, 7).

18 yaşını doldurmamış çocukların genel sağlık sigortalısı sayılmaları hususu Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nin 6. maddesi onuncu fıkrasında ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir. Buna göre, *Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde belirtilenler ile Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrası gereği zorunlu sigortalı olanlar hariç, 18 yaşını doldurmamış çocuklardan;*

1) Genel sağlık sigortalısı olan ana ve babaların 18 yaşını dolduruncaya kadar ayrıca bir işleme gerek olmaksızın çocukları bakmakla yükümlü olunan kişi olarak,

2) Genel sağlık sigortalısı olması gerektiği hâlde tescili yapılmamış olan ana ve babaların çocukları sağlık hizmeti sunucularına başvurduğu tarih itibarıyla ana ve babalar genel sağlık sigortalısı sayılmak suretiyle 18 yaşını dolduruncaya kadar bakmakla yükümlü olunan kişi olarak,

3) Bakmakla yükümlü olunan kişi olmaları nedeniyle genel sağlık sigortası kapsamındaki ana ve babaların çocukları Kanunun 60 uncu maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında,

veya aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde mesleki eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmamaları aranmaktadır (5510 md. 3/10-b; GSSİY md. 7/1-b)³³⁸. Bu anlamda kız ve erkek çocuklar arasında yaş açısından bir farklılık yoktur. Ayrıca belirtmek gerekir ki, çocuklar açısından evli olmama şartı ilk defa 5510 sayılı Kanun ile getirilmiştir³³⁹. Bunun yanında 5510 sayılı Kanun'da yaşına bakılmaksızın ve evli olmayan malûl olan çocukların genel sağlık sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişiler olarak sayılacağı belirtilmiştir (5510 md. 3/10-b; GSSİY md. 7/1-b)³⁴⁰. Ayrıca burada da belirtmek gerekir ki, malûl çocuklar açısından da evli olmama şartı ilk defa 5510 sayılı Kanun ile getirilmiştir³⁴¹.

Ana ve babası boşanmış çocukların, genel sağlık sigortası kapsamındaki hakları mahkeme kararı ile velayet hakkı verilmiş olan genel sağlık sigortalısı ana ya da baba üzerinden sağlanır. Velayet hakkı verilmeyen kişinin üzerinden de sağlık hizmeti ile yol gideri, gündelik ve refakatçi hakları sağlanabilir. Bu durum, çocuğun

4) Ana ve babası tarafından bakmakla yükümlü olunan kişi dahi olsa genel sağlık sigortasına ilişkin primlerinin ödenmemesi hâlinde 18 yaşını dolduruncaya kadar 61. maddenin ikinci fıkrası kapsamında,

5) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ana ve babasının bulunup bulunmadığına bakılmaksızın ücretsiz faydalananlar ile ana ve babası olmadığı hâlde bu hizmetlerden faydalanmayan çocuklar, Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında,

6) Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri gereği sigortalı sayılıp bir meslek veya sanat okulunu bitirenlerden 22.11.2001 tarihli ve 4721 sayılı Türk Medenî Kanunu hükümlerine göre mahkemece ergin kılınmak suretiyle, öğrenimleriyle ilgili görevlerde çalışanlar hariç, 18 yaşını doldurmamış olanlar genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olunan kişi olarak,

genel sağlık sigortalısı sayılırlar (GSSİY md. 6/10).

³³⁸ 5510 sayılı Kanun, 18 yaşından küçükleri mutlak olarak genel sağlık sigortası kapsamına almıştır. Bunların anne babalarının genel sağlık sigortalısı olup olmamaları da önemli değildir. Anne ve babanın bulunmaması durumunda da genel sağlık sigortası primini devlet karşılar (5510 md. 61/II).

5510 sayılı Kanun'un 61. maddesinin ikinci fıkrası uyarınca 18 yaşını dolduran çocuklar bağlı sigortalılıktan çıkmaktadırlar. Ancak aynı Kanun'un 3. maddesinin 10/b bendinde, 25 yaş doluncaya kadar çocuk kavramının kabul edildiği görülmektedir. Bu da aynı kanun içerisindeki iki maddenin birbiriyiyle çeliştiğini göstermektedir (Sözer, Sağlıkta Dönüşüm, s. 50).

³³⁹ Ergin, s. 114; Uşan, s. 271. Bu düzenlemeye göre, evli olmayan kız çocukları da en geç 25 yaşından sonra bakmakla yükümlü olunan kişi kapsamından çıkmaktadırlar (Ergin, s. 114).

³⁴⁰ Kanunda "malûliyet" olarak ifade edilen kavram, Yönetmelikte "çalışma gücünü en az % 60 oranında yitirme"si olarak belirtilmiştir.

³⁴¹ Ergin, s. 114.

sağlık hizmeti ve yol gideri, gündelik ve refakatçi haklarından yararlandırılacağı ana ya da baba tarafından Kuruma verilecek bir dilekçe ile belgelenir (GSSİY md. 7/2).

5510 sayılı Kanun'a göre, ana ve babanın genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler olabilmeleri için, bu kişilerin geçimlerinin sigortalı tarafından sağlanması öngörülmüştür (5510 md. 3/10-c). Ancak Yönetmeliğin 4. maddesinde bu koşul "*Her türlü kazanç ve irattan elde ettiği gelirinin asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan*" şeklinde ifade edilmiştir (GSSİY md. 4/1-3; md. 7/1-c). Burada ortaya çıkan çelişki öğretide de, Anayasa'nın 124. maddesinde öngörülen, Yönetmelikler Kanuna aykırı hükümler içeremez ilkesi göz önünde bulundurularak eleştirilmekte ve 5510 sayılı Kanun ile uyumlu hale getirilmesi gerektiği öne sürülmektedir³⁴².

5510 sayılı Kanun'un 60. maddesinin 2. fıkrasında bakmakla yükümlü olunan kişilerin nasıl tespit edileceği de belirlenmiştir. 6. maddenin 1. fıkrasının (a), (b), (c), (f), (g), (h), (ı) ve (k) bentlerinde sayılanların öncelikle, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olup olmadığına bakılır, eğer genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi ise tescili yapılmaz, değilse 60. maddenin birinci fıkrası hükümlerinden durumuna uyan bende göre genel sağlık sigortalısı sayılır³⁴³. Bir başka deyişle, sigortalı sayılmayanlar başlığı altında madde 6'da düzenlenen bir kısım kimselerin aynı zamanda genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olması nedeniyle, tescillerinin yapılmayacakları ifade edilmektedir³⁴⁴. Kaldı ki, bu kişiler bakmakla yükümlü olunan kişi ise o takdirde genel sağlık sigortalısı olarak tescilleri zaten gerekmeyecektir.

5510 sayılı Kanun'un 6. maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi kapsamında gelir alması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanlar, aynı zamanda diğer bentler

³⁴² Ergin, s. 114; Uşan, s. 272.

³⁴³ Belirtmek gerekir ki, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, genel sağlık sigortalısı sayılmak için sadece 60. madde sayılanlardan olmayı yeterli görmemiş, aynı zamanda kişinin tescilini de aramıştır. Ancak, genel sağlık sigortalısının 60. madde gereği bakmakla yükümlü olduğu çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşına kadar genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır (5510 md. 61/II).

³⁴⁴ Uşan, s. 272.

gereği de genel sağlık sigortalısı sayılması halinde (f) bendi dışındaki bentler kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır. 5510 sayılı Kanun'un 6. maddesinin 1. fıkrasının (a), (b), (c), (f), (g), (h), (ı) ve (k) bentlerinde sayılan kişiler aşağıdaki gibidir:

- İşverenini işyerinde ücretsiz çalışan eşi (5510 md. 6/I-a; GSSİY md. 6/6-a),
- Aynı konutta birlikte yaşayan akrabalar arasında yapılan işler (5510 md. 6/I-b; GSSİY md. 6/6-b),
- Ev hizmetlerinde çalışanlar (ücretle ve sürekli olarak çalışanlar hariç) (5510 md. 6/I-c; GSSİY md. 6/6-c),
- Resmî meslek ve sanat okulları ile yetkili resmî makamların izniyle kurulan meslek veya sanat okullarında ve yüksek okullarda fiilen normal eğitim süreleri içinde yapılan, tatbikî mahiyetteki yapım ve üretim işlerinde çalışan öğrenciler (5510 md. 6/I-f; GSSİY md. 6/6-),
- Sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen, hasta veya malûller (5510 md. 6/I-g; GSSİY md. 6/6-d),
- Köy ve mahalle muhtarlarından, bağımsız çalışanlardan, kamu idarelerinde çalışanlardan, açıktan vekil atananlardan 18 yaşını doldurmamış olanlar (5510 md. 6/I-h),
- Kamu idareleri hariç olmak üzere, tarım işlerinde veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu Kanunda tanımlanan prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler (5510 md. 6/I-ı; GSSİY md. 6/6-e),
- Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlardan, aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler (5510 md. 6/I-k; GSSİY md. 6/6-f).

Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ise, kendilerinin tescili yapılmayacak ve bu kişiler genel sağlık sigortalısı üzerinden sağlık edimlerinden yararlanacaktır. Ancak bu kişiler genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler değilse, durumları 60/I maddesinde sayılan hallerden hangisine uyuyorsa ona göre genel sağlık sigortalısı sayılarak kendi adlarına tescil edilirler³⁴⁵.

Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından başka bir ülke mevzuatına göre sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayanlardan evli olanlar için, eşlerden hangisinin 60. maddeye göre genel sağlık sigortalısı, hangisinin bakmakla yükümlü olunan kişi olacağının tespiti kendi tercihlerine bırakılmıştır. Eşlerin her ikisinin de genel sağlık sigortalılık şartlarının oluşması halinde her ikisi de ayrı ayrı genel sağlık sigortalısı sayılır (5510 md. 60/IV).

3. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılmayanlar

5510 sayılı Kanun'un 60. maddesinde genel sağlık sigortasının kapsamında olanlar sayıldıktan sonra, 3. fıkrasında genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmayanlar belirtilmiş ve 6. maddeye de atıflar yapılmıştır (5510 md. 60/III; GSSİY md. 8). Buna göre;

- Askerli hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri (5510 md. 60/III, md. 6/I-d; GSSİY md. 8/1-a, 1),
- Yabancı ülkelerdeki kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye gönderilen ve yabancı ülkede sigortalı olduğunu belgeleyenler (5510 md. 60/III, md. 6/I-e; GSSİY md. 8/1-a, 2),
- Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurtdışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik sistemine tabi olanlar (5510 md. 60/III, md. 6/I-e; GSSİY md. 8/1-a, 2),

³⁴⁵ **Ergin**, s. 115; **Okur** Ali Rıza, "Türk Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası", İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri, 7-8 Aralık 2006, Ankara 2007, s. 134; **Uşan**, s. 273.

- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilip de bulunduğu ülkede sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar (5510 md. 60/III, md. 6/I-1; GSSİY md. 8/1-a, 3),
- Ceza infaz kurumları ve tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular (5510 md. 60/III; GSSİY md. 8/1-b),
- Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan ve Türkiye’de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar (5510 md. 60/III; GSSİY md. 8/1-c),
- Sosyal Güvenlik Kanunlarına göre gelir ve aylık almakta olanlardan, 30.5.1978 tarihli ve 2147 sayılı ve 8.5.1985 tarihli ve 3201 sayılı Kanunlara göre borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye’de ikamet etmeyenler (5510 md. 60/III; GSSİY md. 8/1-ç),
- İsteğe bağlı sigortalı olan yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye’de yerleşik olma hâli bir yılı doldurmamayanlar (5510 md. 60/III; GSSİY md. 8/1-d),
- Milletvekilleri ile yasama organı üyeliği sona erenlerin ve bunların bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri ile dul ve yetimleri (5510 md. 60/III; GSSİY md. 8/3),

genel sağlık sigortalısı sayılmazlar.

B. Edim Bakımından Kapsam

5510 sayılı Kanun kapsamında sağlanan edim türlerini sağlık hizmetleri ve aynı edimler şeklinde iki başlık altında incelemek mümkündür³⁴⁶. 5510 sayılı Kanun’un 63. maddesine göre, sağlık hizmetlerinin amacı, genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu gerekli sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan

³⁴⁶ **Sözer** Ali Nazım, “Genel Sağlık Sigortasında Sunulan Edimler: Kapsam ve Yararlanma Koşulları”, Sicil, S. 10, Haziran 2008, s. 146 vd.; **Sözer**, Yasalar ve Gerçekler, s. 155.

kaldırılmasını veya azaltılmasını sağlayarak yeniden çalışmaya başlamalarını temin etmektedir (5510 md. 63/I)³⁴⁷.

1. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Sağlık hizmetlerinin her şeyden önce bir kamu hizmeti olduğunu belirtmek gerekmektedir. Kamu hizmeti, kamuya yararlı olduğu siyasal organlar tarafından kabul edilen, bir kamu kuruluşunun ya kendisi ya da yakın denetimi ve gözetimi altında özel kesim tarafından yürütülen faaliyetlerdir³⁴⁸.

Kamu hizmetinin sahip olması gereken bazı şartlar vardır. Sağlık hizmetinin bu şartları taşıyıp taşımadığı önemli bir husustur. Bir hizmetin kamu hizmeti olarak nitelendirilebilmesi için devamlılık arz etmesi, değişebilir olması, eşitlik ilkesine uygun ve bedelsiz olması gerekmektedir³⁴⁹. Buna göre, sağlık hizmetleri, kanunların öngördükleri dışında kesintisiz ve düzenli olarak yürütülmesi gereken bir hizmet olduğu için devamlılık ilkesine sahiptir. Bunun yanında, değişen ve gelişen kamu yararı gereklerine ve teknik verilere kendini uyarlamak durumunda olan bir hizmettir sağlık hizmeti. Ayrıca, kanunların ve düzenleyici işlemlerin belirlediği nesnel koşul ve niteliklere sahip olanlar sağlık hizmetlerinden eşit koşullarda yararlanmaktadır. Kural olarak kamu hizmetlerinden yararlanmak ücretsiz iken katılma payı adı altında, hizmetin maliyetini karşılamak amacıyla olmayan bir miktar alınabilmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak anlamında 5510 sayılı Kanun'da prim ödeme koşulu yanında, bazı hizmetler için katılım payının alınacağı da öngörülmüştür.

Alan yazında kamu hizmeti nitelikleri taşıdığı kabul edilen sağlık, Anayasamıza göre de kamu hizmeti niteliğinde bir faaliyettir (Anayasa md. 56). Dolayısıyla sağlık alanındaki faaliyetler "*anayasal bir kamu hizmeti*" olarak kabul edilmekte olup, bu faaliyetlerde kamu yararı olduğu Anayasa gereği varsayılmaktadır³⁵⁰. Kamu hizmetlerinin türleri arasında sağlık hizmetleri, kamu hukuku kurallarına ve kamu hukuku rejimine tâbi, "*idari kamu hizmeti*" olarak

³⁴⁷ Ergin, s. 117; Okur, Genel Sağlık Sigortası, s. 140–143; Sözer, Edimler, s. 147, 148.

³⁴⁸ Gözler, C. II, s. 424; Günday, s. 285.

³⁴⁹ Gözler, C. II, s. 263–284; Günday, s. 286–289.

³⁵⁰ Gözler, C. II, s. 442.

kabul edilmektedir³⁵¹. Ancak, hizmetin konusunu oluşturan faaliyet özel kesim ile birlikte yürütülüyor ise “*tekelsiz kamu hizmeti*”nden söz etmek gerekecektir. Aynı zamanda bireyler idare ile ayrı ayrı ilişki kurmak suretiyle sağlık hizmetlerinden doğrudan doğruya yararlandıkları için “*doğrudan doğruya ve bireysel yararlanma sağlayan kamu hizmeti*” olarak da ifade edilmektedir³⁵².

Sağlık hizmetleri, sağlık hakkının yaşam alanında gerçekleştirilmesini sağlayan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri, hasta, hekim ve sağlık kuruluşu olarak üçlü bir ilişki şeklinde ortaya çıkmaktadır³⁵³. Sağlık hizmetlerinin tanımını yapmak gerekirse, kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık seviyesini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür³⁵⁴. Ayrıca sağlık hizmeti kavramı, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 2. maddesinde de tanımlanmıştır. Bu tanıma göre, “*sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir*” (224 md. 2/III).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre de, bireyin sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi ve teknolojik faaliyetlerin sağlık hizmetlerinin kapsamını oluşturduğu ifade edilmektedir³⁵⁵. Görüldüğü üzere 224 sayılı Kanundaki sağlık hizmeti tanımı DSÖ’ nün tanımıyla adeta örtüşmektedir.

³⁵¹ Gözler, s. 439; Günday, s. 291.

³⁵² Günday, s. 290.

³⁵³ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 657.

³⁵⁴ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 657; Öztekin, Sağlık, s. 295–311; Yiğit Şakar Ayşe, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, İstanbul 1999, s. 10.

³⁵⁵ Yeğinboy Yasemin E., Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi. 1, İzmir 1993, s. 18.

Söz konusu iki düzenlemeden yola çıkarak yapılan bir başka tanımdan, sağlık hizmetlerinin unsurlarını şu şekilde belirleyebiliriz³⁵⁶:

- İnsanların bedensel veya ruhsal hastalık halleri,
- İnsanların bu hallerini düzeltmek için kullanılan tıbbi ilaç, araç, gereç ve teknik araçlar,
- Bu hizmetlerin yetkili tıp personeline, yetkili tıbbi mekânlarda yerine getirilmesi.

Anayasa'nın 56. maddesindeki, herkesin sahip olduğu sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkını gerçekleştirebilmek için sağlık hizmetlerine, kişilerin hasta olmamalarını sağlama amacı yüklenmiştir. Ancak tüm koruyucu önlemlere rağmen hastalık ortaya çıkarsa sağlık hizmetleri çerçevesinde yapılacak olan hastalığın zararlı etkilerinden kişilerin kurtulması için her türlü tıbbi olanağın kullanılmasıdır³⁵⁷.

Sağlık hizmetleri ile ilgili önemli bir diğer düzenleme 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda yer almaktadır. Bu kanunda, sağlık kurum ve kuruluşlarının yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde plânlanması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlık personelinin dengeli dağılımı, gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır denilmektedir (3359 md. 3)³⁵⁸.

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıklarını korumak, daha iyiye götürmek ve hastalandıklarında onları tekrar sağlıklarına kavuşturmak amacıyla yapılması gereken tüm faaliyetleri kapsadığı gibi, modern hekimlik anlayışı bakımından da, sağlığı korumak ve daha iyiye götürmenin yanı sıra, hastalıkların meydana gelmesini önlemek, imkânların elverdiği en erken dönemde teşhis koymak suretiyle hastalananları tedavi etmek, böylelikle bireylerin mutlu ve uzun bir hayat sürmelerini

³⁵⁶ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 658.

³⁵⁷ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 658; Oral İlhan, Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları, Eskişehir 2002, s. 37.

³⁵⁸ 15.05.1987 tarih ve 19461 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

sağlamak için çaba gösteren sosyal nitelikli bir hizmet biçiminde de ifade edilebilir³⁵⁹.

2. Sağlık Hizmetlerinin Türleri

Sağlık hizmetlerini belirli çeşitlere ayırırken, hizmetlerin birbirini tamamlayıcı özellikte olduğunu da unutmamak gerekmektedir³⁶⁰. Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve eski hale getirici (rehabilitate edici) olmak üzere üç şekilde incelenebileceği gibi³⁶¹, genel olarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri şeklinde de ayrımına gidilebilmektedir³⁶². Ancak, sağlık hizmetleri bir bütün olduğundan, “koruyucu” ve “tedavi edici” şeklinde bir ayırım yapmanın isabetli bir yaklaşım olmadığı, her iki tür sağlık hizmetinin birbirini tamamlayıcı ve birbirinden ayrılmaz özellikleri olduğu, konunun teorik olarak incelenmesinde, hizmetin niteliğine göre böyle bir ayırım yapmaya ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir³⁶³.

Kişilerin hastalık öncesi alacağı hizmet ile hastalıklarında ulaşacakları tedavi hizmetleri ve ihtiyaç durumunda da tedavi sonu rehabilitasyon hizmetleri bir bütünsellik içindedir. Zaten, bu bütünselliği ortadan kaldıran ve her bir hizmet sunumunu da parçalara ayırıştıran bir sağlık yardımı anlayışı sağlık hizmeti etkinliğini olumsuz olarak etkileyecektir³⁶⁴.

Sağlık hizmetleri; amaç ve politikaların belirlenmesi, planlama ve enformasyon, yönetme ve koordinasyon gibi hizmetleri ihtiva eden üst kademe sağlık hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri dışında kalan primer (asli/birincil) sağlık hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri olarak da ayrımına tabi tutulabilmektedir³⁶⁵. Sağlık mevzuatımızda sağlık kurum ve kuruluşları birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık

³⁵⁹ Demirbilek Seveda, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, İzmir 1999, s. 53; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 657.

³⁶⁰ Demirbilek, Sağlık Hizmetleri, s. 54; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 660.

³⁶¹ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 660; Sözer, Edimler, s. 147 vd.

³⁶² Bilgili, Özel Sağlık, s. 79.

³⁶³ Bilgili, Özel Sağlık, s. 80; Demirbilek, Sağlık Hizmetleri, s. 54; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 660.

³⁶⁴ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası’na İlişkin Görüşlerimiz, DİSK’in Sesi, Mayıs 2006 Özel Eki, s. 35.

³⁶⁵ Sargutan Erdal, Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Ankara 1993, s. 9-12.

kuruluşları olarak gruplandırılırken, Sağlık Bakanlığı sunulan sağlık hizmetlerini de benzer şekilde sınıflandırmıştır. Bu şekilde yapılan sınıflandırma, DSÖ'nce yapılan sınıflandırmaya uygun düşmektedir³⁶⁶. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in³⁶⁷ 3. maddesinde ve Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin³⁶⁸ de 4. maddesinde sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak aynı şekilde tanımlanmış ve ayrıma tabi tutulmuşlardır. Söz konusu tanıma göre; *Birinci basamak sağlık hizmeti*: Toplum sağlığına yönelik hizmetler ile kişisel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk alış noktasında verilen sağlık hizmetini; *İkinci basamak sağlık hizmeti*: Hastaların tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, sevk edildiği sağlık kuruluşu tarafından verilen sağlık hizmetini; *Üçüncü basamak sağlık hizmeti*: İkinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında yer almayıp, ileri tetkik ve tedavi yöntemlerini gerektiren ve tedavisi özellik arz eden hastaların sevk edildiği bir üst sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetini ifade etmektedir.

5510 sayılı Kanun'da, kapsama alınan ve alınmayan edimler ayrı ayrı belirtilerek sağlık hizmetleri bu başlıklar altında düzenlenmiştir. Çalışmamızda edimler, kapsama alınan sağlık hizmetleri ve kapsama alınmayan sağlık hizmetleri biçiminde 5510 sayılı Kanun'daki sistematığe uygun biçimde incelenecektir. Ayrıca yukarıda söz edilen sağlık hizmetleri, konu bütünlüğünü de bozmamak açısından bu başlıklar esas alınarak aşağıda açıklanmaktadır.

a. Kapsama Alınan Sağlık Hizmetleri

aa. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

aaa. Genel olarak

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin ve toplumun sağlığının korunup, hastalıkların erken teşhis edilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak

³⁶⁶ Okur, Sağlık Hakkı, s. 2; Yeğinboy, s. 22.

³⁶⁷ 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

³⁶⁸ <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?>, (02.05.2009).

tedbirlerin tümünü ifade etmektedir³⁶⁹. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: bağışıklık kazandırma, ilaçla koruma, erken teşhis, sağlık eğitimi, iyi beslenme, aile planlaması, okul sağlığı, anne ve çocuk sağlığı hizmetleridir³⁷⁰.

Çevreyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; suların ve atıkların kontrolü, hava kirliliği ve gürültü ile mücadele, gıda maddeleri üretiminin kontrol ve güvenliği, yeterli ve temiz sağlanması, konut sağlığı hizmetleridir³⁷¹.

bbb. Kapsama alınan koruyucu sağlık hizmetleri

5510 sayılı Kanun'un *Tanımlar* başlıklı 3. maddesinde, kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, "*kişilerin hastalıktan korunması veya sağlıklı olma halinin sürdürülmesi amacıyla kişiyeye yönelik olarak finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri*" şeklinde tanımlanmıştır (5510 md. 3/23). Aynı tanım Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nde de tekrar edilmiştir (GSSİY md. 4/I-t). 5510 sayılı Kanun'un, finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin düzenlendiği 63. maddesinde ise 3. maddede yapmış olduğu tanımdan farklı olarak, koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın sunulan ve insan sağlığına zararlı olan madde bağımlılığının önlenmesine yönelik sağlık hizmetleri olarak tanımlanmıştır (5510 md. 63/I-a). Belirtildiği üzere, her iki tanımın da kapsamı çok geniş olup, kapsamın belirlenmesi tümüyle kurumun takdirine bırakılmıştır³⁷².

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'da ise aile hekiminin tanımı yapılırken kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kavramına yer verilmiş olup, aile hekiminin koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini vermekle yükümlü olduğu ifade edilmiştir (5258 md. 2/I). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'te bu hizmetler "*Kişiyeye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler...*" olarak sayılmıştır (Pilot Yön. md. 4/c). Ayrıca aile hekiminin görevlerini düzenleyen

³⁶⁹ Batrel F. Ömer, "Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası", MÜİİBFD, C. 3, S. 3, 1986, s. 176. Demirbilek, Sağlık Hizmetleri, s. 55; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 661; Oral, s. 38; Serin, s. 10.

³⁷⁰ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 661; Oral, s. 38; Serin, s. 10; Yiğit Şakar, s. 17.

³⁷¹ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 661; Oral, s. 38; Serin, s. 10; Yiğit Şakar, s. 17.

³⁷² Okur, Genel Sağlık Sigortası, s. 140.

Yönetmeliğin 4. maddesinde, “*çalıştığı mekanda ve gerektiğinde ... evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek*” aile hekiminin görevlerinden biri olarak sayılmıştır (Pilot Yön. md. 4/e).

Koruyucu sağlık hizmetleri, yukarıda söz edilen mevzuat hükümlerinin tamamında kişilere yönelik olarak düzenlenmiştir. Mevzuata göre birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamalarında bireye yönelik sağlık hizmetleri ile topluma yönelik sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Bireye yönelik sağlık hizmetleri Aile Sağlığı Merkezlerinde, topluma yönelik sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezlerinde yürütülecektir. Nitekim, Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge’de, toplum sağlığı merkezlerinin topluma yönelik koruyucu sağlık hizmeti sunma görevi olduğunu da ifade etmiştir (Yönerge md. 9).

Ayrıca belirtmek gerekir ki, toplum sağlığına yönelik hizmetler ile kişisel koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri olarak nitelendirilmektedirler (Pilot Yön. md. 3; Yönerge md. 4).

bb. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

aaa. Genel olarak

Bir hastalık ortaya çıktıktan sonra, hastalığın muayene ve tedavisi için gerekli hizmetleri içeren sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır³⁷³. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalığın zararlarından kurtaran bir hizmettir. Çünkü hastalıkların zararı, kişinin çalışma gücünü geçici veya sürekli ortadan kaldırmak, kişinin sağlığının yanında kazancını da etkilemek şeklinde ortaya çıkmaktadır³⁷⁴.

³⁷³ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 661.

³⁷⁴ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 661; Yazgan Turan, İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları, İstanbul 1992, s. 203; Yiğit Şakar, s. 18.

bbb. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin aşamaları

Tedavi edici sağlık hizmetleri de genelde üç aşama olarak ele alınmaktadır. Ancak buna, ilk basamak olarak kendi kendine bakımı da ekleyerek tedavi edici sağlık hizmetlerini dört basamağa çıkaran yazarlar da vardır³⁷⁵. Kanımızca “tedavi edici sağlık hizmeti” söz konusu olduğuna göre, birinci basamağı, sağlık hizmetini verecek tıp personeli ile başlatmak daha uygun olacaktır. Anılan nedenle, tedavinin birinci basamağı, hekim ile başlatılmalıdır.

- Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından gerçekleştirilen, evde, ayakta veya yatarak, muayenehane veya klinikte ayakta muayene ve tedavisinin kapsayan hizmetlerdir. Bu aşamada tedavi edilemeyenler bir üst basamağa gönderilmektedir. Amaçlanan husus, hastanelerdeki yığılmaları önlemektir. 1978 Alma-Ata Bildirgesi’nde sevk zincirine uyulduğunda tüm hastaların yaklaşık % 85-90’ının ilk basamakta yeterli bakım ve tedaviye ulaştıkları belirtilmiştir³⁷⁶.
- İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, sevk edildiği sağlık kuruluşu tarafından verilen sağlık hizmetidir (Pilot Yön. md. 3; Yönerge md. 4). İkinci basamak tedavi hizmetlerinde hastalara yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmeti verilmektedir. Yataklı tedavi kurumları kamu veya özel kurumlara bağlı hastanelerdir³⁷⁷.
- Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: İleri tetkik ve tedavi yöntemlerini gerektiren ve tedavisi özellik arz eden hastaların sevk edildiği bir üst sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetidir (Pilot Yön. md. 3; Yönerge md. 4). Çocuk Hastaneleri, Göğüs Hastalıkları Hastaneleri, Onkoloji Hastaneleri,

³⁷⁵ *Oral*, sağlık hizmetlerini dört basamak olarak ele almakta, 1., 2., 3. basamaktan önce bir de “kendi kendine bakım” aşamasına yer vermektedir (**Oral**, s. 40; aynı sınıflandırma için bkz. **Pala** Kayıhan, “2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu”, *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos 1995, C. 10, s.64). Ancak *Oral*, bu aşamayı basamak olarak nitelendirmemekte, ilk basamağı, hekim müdahalesi ile (1. basamak) ile başlatmaktadır.

³⁷⁶ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 662; **Oral**, s. 40; **Öztek** Zafer, “Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2000, C. 31, S. 1, s. 75; **Sağlık Bakanlığı**, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Ankara 2004, s. 85; **Sözer** Ali Nazım, “Genel Sağlık Sigortasının Organizasyonu”, *Osman Güven Çankaya’ya Armağan* (yayınlanmak üzere gönderilmiştir), s. 11.

³⁷⁷ **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 663; **Oral**, s. 41; **Öztek**, Birinci Basamak, s. 75; **Pala**, s. 64.

Kadın Hastalıkları Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Hastaneleri, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, Kemik Hastaneleri, Üniversite Tıp Fakülteleri Hastaneleri bu tür ihtisas hastaneleridir³⁷⁸.

ccc. Kapsama alınan tedavi edici sağlık hizmetleri

5510 sayılı Kanun'da iş kazası, meslek hastalıkları, hastalık ve analık hallerinde gerekli görülen sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacağı belirtilmişken, iş kazası ve meslek hastalığı hallerinde sunulacak sağlık hizmetlerinden söz edilmemektedir (5510 md. 63). Ancak öğretilerde iş kazası ve meslek hastalıkları riski hallerinde de hastalık hali için getirilen düzenlemelerin uygulanacağı belirtilmektedir³⁷⁹.

(i) Hastalık Halinde Uygulanan Edimler:

Hastalık halinde sunulacak edimler 5510 sayılı Kanun'un 63/I-b maddesinde düzenlenmiştir. Hastalık halinde sunulacak edimler şunlardır:

- Ayakta veya yatarak hekim tarafından yapılacak muayene,
- Klinik muayeneler,
- Laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri,
- Konulan teşhise dayalı olarak yapılan tıbbî müdahale ve tedaviler,
- Hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri,
- Organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri,
- Acil sağlık hizmetleri,
- İlgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

(ii) Analık Halinde Uygulanan Edimler:

³⁷⁸ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 663; Oral, s. 41; Öztekin, Birinci Basamak, s. 75; Pala, s. 64.

³⁷⁹ Sözer, Edimler, s. 147.

Analık halinde sunulacak edimler 5510 sayılı Kanun'un 63/I-c maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre sunulacak edimler şunlardır:

- Ayakta veya yatarak hekim tarafından yapılacak muayene,
- Klinik muayeneler,
- Doğum,
- Laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri,
- Konulan teşhise dayalı olarak yapılan tıbbî müdahale ve tedaviler,
- Hasta takibi,
- Rahim tahliyesi,
- Tıbbî sterilizasyon,
- Acil sağlık hizmetleri,
- İlgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

Söz konusu düzenlemede, hastalık halinde olduğu gibi analık halinde de, acil sağlık hizmetleri ve tedavi sonrası hasta takibi hükme bağlanmış ancak, rehabilitasyon hizmetleri kapsam dışında bırakılmıştır.

Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olamayan genel sağlık sigortalısı kadın veya genel sağlık sigortalısı erkeğin karısı bazı koşulları yerine getirmeleri şartıyla yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olabilme imkânından yararlanabilmektedirler (5510 md. 63/e). Söz konusu tedavi imkânından yararlanabilmek için evlilik ve genel sağlık sigortalısı olmak ön koşuldur³⁸⁰.

³⁸⁰ Diğer koşullar şöyledir:

- Tıbbî tedavilere rağmen normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamamak,
- Yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,
- Anne adayının 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,
- Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,
- Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,
- En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olmak,
- 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,
- Yardımcı üreme yöntemini ilk veya ikinci kez deniyor olmak.

(iii) *Ağız ve Diş Tedavisinde Uygulanan Edimler:*

Ağız ve diş tedavisinde sunulacak edimler 5510 sayılı Kanun'un 63/I-d maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre sunulacak edimler şunlardır;

- Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak yapılan muayeneler,
- Ağız ve diş muayenesi,
- Klinik muayeneler,
- Laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri,
- Tıbbî müdahale ve tedaviler (konservatif diş ve kanal tedavisi),
- Diş çekimi,
- Hasta takibi,
- Diş protez uygulamaları,
- Acil sağlık hizmetleri,
- 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri.

Söz konusu edimlerde de görüldüğü üzere, hastalık ve analık hallerindeki edimlerde olduğu gibi, diş tedavileri için de acil sağlık hizmetleri ve hasta takibi ayrıca düzenlenmiştir. Protez uygulamaları da 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 40. maddesi uyarınca yaş ölçüsü kaldırılarak edim kapsamına alınmıştır³⁸¹. Ancak yaşa ilişkin bir diğer kısıtlama, ortodontik diş

Ancak 5510 sayılı Kanun'da belirlenen bu koşullar, Sağlık Uygulama Tebliğ ve Genel Sağlık İşlemleri Yönetmeliği'nde farklı ve dolayısıyla Kanun'a aykırı şekilde düzenlenmiştir. Şöyle ki, Sağlık Uygulama Tebliği'nde ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nde eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşulu getirilerek anne adayının yaş sınırı 40 olarak belirlenmiştir (GSSİY md. 26; SUT 10). Ayrıca Tebliğ'de en fazla üç uygulamaya kadar olan tedavi giderlerinin Kurumca karşılanacağı ifade edilmiştir. Görüldüğü üzere Anayasa'nın 124. maddesinde yer alan Yönetmelikler Kanuna aykırı hüküm içeremez ilkesine ters bir durum yaratılmıştır. Bu sebeple Kanuna aykırı Yönetmelik hükümleri uygulanamayacağından, yardımcı üreme yöntemlerine ilişkin düzenlemelerin 5510 sayılı Kanun ile uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir (**Ergin**, s. 118).

³⁸¹ Protez uygulamasına ilişkin önceki düzenleme 18-45 yaş arasındakileri bu uygulamanın dışında tutarken, 18 yaşını doldurmamış ve ayrıca 45 yaşını aşmış kişilerin diş protezlerini belirlenen bedelin yarısının karşılanmasını düzenlemiştir. Protez uygulamasına yaş ölçüsünün getirilmesi ile ilgili düzenlemenin, Anayasa'nın 56. maddesinde düzenlenen *sağlık hakkı* ile bağdaşmadığından bahisle Anayasa'ya aykırılığı ileri sürülse de Anayasa Mahkemesi iptal talebini sadece devlet memurları açısından kabul etmiştir. Ancak yapılan eleştiriler sonucunda kanun koyucu 5754 sayılı Kanun ile değişiklik yaparak yaş ölçütünü kaldırmıştır (**Sözer**, Edimler, s. 148, dn. 7).

tedavilerinden sadece 18 yaşından küçüklerin yararlanabilmesinin düzenlenmesi ile ortaya çıkmıştır. Ortodonti tedavisi de ağız ve diş tedavisinin temel sağlık edimlerinden biridir ve söz konusu tedavi için yaş kısıtlaması getirilmesi Anayasa'nın 56. maddesinde yer alan *sağlık hakkına* müdahale niteliğini taşımaktadır³⁸².

cc. Eski Hale Getirici (Rehabilite Edici) Sağlık Hizmetleri

Eski hale getirici sağlık hizmetleri 5510 sayılı Kanun'un 63/I-b maddesinde, hastalık halinde sunulan edimler arasında düzenlenmiştir. Bu açıdan hastalık dışındaki riskler için bir düzenleme söz konusu değildir. Ancak, iş kazası ve meslek hastalıklarında sunulacak sağlık edimleri, hastalık halinde sunulacak sağlık edimlerinin kapsamında olduğu için, eski hale getirici hizmetlerden yararlanma iş kazası ve meslek hastalıklarında da bir hak olarak düşünölmelidir. Ayrıca, ağız ve diş sağlığına ilişkin hükümleri hastalık kapsamında görmek gerektiği için, bu konuda da söz konusu sağlık hizmetlerinin uygulanması gerektiğinin kabulü gerekmektedir³⁸³. Analık halinde sunulan edimlere ilişkin olarak da tedavi sonrası eski hale getirici hizmetlerin uygulanacağını kabul etmek, her ne kadar kapsama alınmamışsa da, adalete uygun bir yorum olacaktır³⁸⁴.

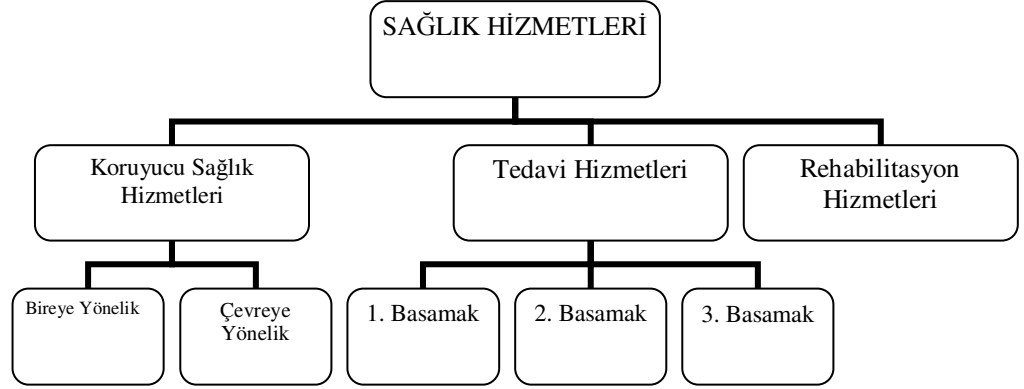
Bu aşamada sağlık hizmetlerinin türleri aşağıda basitleştirilmiş bir şemada gösterilmektedir.

³⁸² **Ergin**, s. 119; **Okur**, Genel Sağlık Sigortası, s. 143.

³⁸³ **Sözer**, Edimler, s. 148.

³⁸⁴ **Sözer**, Edimler, s. 148, 149.

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Türleri.



b. Kapsam Dışı Bırakılan Sağlık Hizmetleri

5510 sayılı Kanun'un 64. maddesinde bazı sağlık hizmetleri Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsamının dışında bırakılmıştır³⁸⁵. Kapsam dışı bırakılan edimler şunlardır:

- Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti,
- Estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,
- Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri,
- Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri,
- Yabancı ülke vatandaşlarının; sigortalı sayıldıkları tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları.

Ancak belirtmek gerekir ki, vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan veya iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda gerekli olan estetik amaçlı tedaviler Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri olarak kapsama alınmışlardır (5510 md. 64/I-a).

³⁸⁵ Kapsam dışında bırakılan sağlık hizmetleri ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. **Sözer**, Edimler, s. 148, 149.

c. Aynı Edimler

Öncelikle aynı edimlerin başında ilacın geldiğini belirtmek gerekmektedir. Sunulan 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 özgü tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemeleri de aynı edimleri oluşturur. Bu malzemelerin sağlanması ve takılması yanında, bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri de edim kapsamındadır (5510 md. 63/I-f). Bu ürün, araç ve gereçlere hekim, hastalığa teşhis koyma ve teşhis sonrası hastasına tedavi uygulayabilmek için ihtiyaç duymaktadır³⁸⁶.

IV. GENEL SAĞLIK SİGORTASI'NIN ORGANİZASYONU

A. Genel Sağlık Sigortası'nın Yapısı

1936 yılında "Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti" adı ile kurulan Sağlık Bakanlığı, Anayasa'nın 56. maddesinde düzenlenen sağlık hakkının hayata geçirilmesini sağlamakla görevlidir. Daha önce de belirtildiği üzere³⁸⁷ 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de bu görevler kişilerin ve toplumun özellikle ana ve çocuk sağlığını korumak, bunun için bulaşıcı, salgın ve sosyal (uyuşturucu, alkol bağımlılığı) hastalıklarla, kanser verem ve sıtma gibi hastalıklarla savaşmak, gerekli aşı ve ilaç üretimini yapmak, yaptırmak, üretim ve tüketimini kontrol etmek, gıda ve çevre sağlığı ile ilgilenmek şeklinde sayılmıştır (md. 2).

Bakanlığın görevleri ayrıca 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda da düzenlenmiştir. Bu kanuna göre, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması, işletilmesi; ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretimini teşvik ve temini, onlar için ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme; hizmet planlaması yapmak, kuruluşları koordine etmek, hizmet standartlarını belirlemek, resmi ve özel ücret tarifelerini onaylamak, fertler için sağlık kayıt ve bildirim sistemi

³⁸⁶ Sözer, Edimler, s. 149.

³⁸⁷ Bkz. Birinci Bölüm, III, B, 3.

kurmak, istihdam planlaması, hizmet içi eğitim, vatandaş eğitimi ve diğer bazı görevleri bulunmaktadır (md. 3).

Sağlık Bakanlığı'nın yukarıda sözü edilen görevleri yerine getirebilmesi için merkez ve taşra teşkilatından oluşan bir organizasyon yapısı oluşturulmuştur.

1. Merkez Teşkilatı

Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilatı, Temel Sağlık Hizmetleri, Tedavi Hizmetleri, Sağlık Eğitimi, Ana-Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması, İlaç ve Eczacılık, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlükleri, Sıtma Savaşı, Verem Savaşı ve Kanser Savaş Daire Başkanlıkları, Sağlıkta Dönüşüm Programı Koordinatörlüğü gibi birimlerden oluşmaktadır. Aile hekimliği hizmetinin yürütülmesi görevini ise, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yerine getirmektedir.

2. Taşra Teşkilatı

Sağlık Bakanlığı'nın taşradaki temsilcisi vali ve ona bağlı olan İl Sağlık Müdürlüğü'dür (Yerel Sağlık İdaresi). İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı, Çevre ve Gıda, Ağız ve Diş, Eczacılık, Ruh Sağlığı, Acil Hizmetler, Bulaşıcı Hastalıklar Şubeleri mevcuttur. Ayrıca Yataklı Tedavi Kurumları ile Sağlık Ocakları Şubeleri ve Aile Sağlığı Merkezleri ile Toplum Sağlığı Merkezleri faaliyette bulunmaktadır.

a. Aile Sağlığı Merkezi

Aile sağlığı merkezi, aile hekimliğini düzenleyen yönetmeliklerde tanımlanmıştır. Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu aile sağlığı merkezidir (Pilot Yön. md. 3). Bir diğer Yönetmelikte ise aile sağlığı merkezi aile hekiminin hizmet verdiği birim olarak tanımlanmıştır (Ödeme Yön. md. 4).

Aile sağlığı merkezi, Sağlık Bakanlığınca öngörülen nüfus ölçütleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir. Aile sağlığı merkezlerinin sahip olması gereken fiziki ve teknik

şartlar, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in 21. ve 22. maddelerinde ayrıntısıyla belirtilmiştir.

Aile hekimleri öncelikle, bölgedeki Bakanlık ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık kuruluşlarında hizmet verecektir. Bu imkânların sağlanamaması halinde, aile hekimleri çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan mekânlarda hizmet verecektir (Pilot Yön. md. 23/I).

Yönetmeliğe göre, aile hekimi birden fazla belde veya köye gezici sağlık hizmeti vermek zorunda ise il sağlık müdürlüğüne uygun görülen merkezi konumdaki yerleşim biriminde ikamet eder. Aile hekiminin gezici sağlık hizmeti vereceği belde ve köylerin tespitinde aynı güzergâhta ve birbirine yakın konumda olması gibi coğrafi özellikler göz önünde bulundurulacağı da ayrıca belirlenmiştir. Aile hekiminin bağlı olduğu yerleşim biriminde sağlık evi mevcut ise aile hekimine bu sağlık evinde hasta kabul edebilme imkânı da tanınmıştır (Pilot Yön. md. 23/II).

Aile sağlığı merkezlerinin belirlenmesinde, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen asgari standartları sağlaması ve hizmetten yararlanan nüfusun kolayca ulaşabileceği yerde olması gibi hususlar göz önünde bulundurulmaktadır (Pilot Yön. md 23/III).

Göreve yeni başlayan aile hekimi mevcut personel ile hizmet vermeye başlar. İsterse hizmet verdiği mekânı il sağlık müdürlüğünün uygun görüşü ile değiştirebilir (Pilot Yön. md. 23/IV).

Ancak, aile sağlığı merkezinde bir “grup çalışması” yapılamayacağı ifade edilmiştir. Aile sağlığı merkezinde, birkaç aile hekiminin aynı binayı paylaşmasından başka bir şey olmadığı; hekimlerin birbirlerinden tamamen bağımsız olarak hizmet verecekleri vurgulanmıştır³⁸⁸.

³⁸⁸ **Öztek** Zafer, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Sorunlar ve Çözümler, <http://www.hasuder.org>, (24.05.2009), s. 17.

b. Toplum Sağlığı Merkezi

Toplum sağlığı merkezinden, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'da söz edilmemiştir ancak, Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan 15.09.2005 tarihli Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve alıştırılmasına Dair Yönerge ile toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. Yönergenin 4. maddesinde, bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık merkezi olarak tanımlanmıştır (Yönerge md. 4).

Nüfusu 100 binden fazla olan il merkezlerinde her 100 bin kişiye bir Toplum Sağlığı Merkezi oluşturulur. İl merkezlerinde Toplum Sağlığı Merkezleri müdürlüğe doğrudan bağlı olarak görev yaparlar. İlçelerde Toplum Sağlığı Merkezi sorumlu hekimi aynı zamanda grup başkanıdır (Yönerge md. 5).

Ayrıca belirtmek gerekir ki, Sağlık Uygulama Tebliği'nin 2.1 maddesinde, toplum sağlığı merkezleri de aile hekimleri gibi birinci basamak resmi sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır (SUT md. 2.1/a).

Daha önce kurumsal bir yapı altında (Sağlık Ocaklarında) verilen birinci basamak sağlık hizmeti, her biri kendi başına bir hizmet sunucusu olan aile hekimleri tarafından verilmeye başlanmaktadır. Bunun, vatandaşa yansıyan yönü ise, artık kurumla değil, bir hekimle muhatap olması ve bu hekimin vatandaşa ait tüm sağlık hizmetlerini takip etmesidir³⁸⁹.

Bu yeni yaklaşımın diğer bir yansımasının da, daha önce sağlık ocakları tarafından yürütölen kurumsal ve idari fonksiyonların büyük ölçüde yeni kurulacak olan toplum sağlığı merkezlerine devredilmesi olduğu görölmektedir. Böylelikle aile

³⁸⁹ Öztekin s. 16, 22; Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulamasına Başlarcken, Ekim 2005, s. 9.

hekimlerinin yoğunlaştığı en önemli konu, kişilerin sağlığı ile ilgili konular olmaktadır³⁹⁰.

Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, halen sağlık ocağına ait olan pek çok hizmet aile hekimlerine devredilmektedir. Ancak “Çevre Sağlığı” ve “Toplum Sağlığı” gibi bazı hizmetler aile hekimleri tarafından değil; aile hekimliği uygulaması ile birlikte hayata geçirilen toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülecektir³⁹¹. Bunun yanında toplum sağlığı merkezleri kişilere ve topluma en iyi hizmeti sunabilmek için aile sağlığı merkezlerinin aralarında koordinasyonu sağlamakla da görevlidir (Yönerge md. 18/I). Yine aynı yönergenin 18. maddesinin “Görüntüleme ve Laboratuvar Hizmetleri” başlıklı c) fıkrasında: “*Aile Sağlığı Merkezlerinden gelen görüntüleme ve laboratuvar tetkiki taleplerini yapar veya Müdürlüğün uygun gördüğü sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırır.*” ifadesi bulunmaktadır. “*Müdürlüğün uygun gördüğü sağlık kuruluşunun laboratuvarı*”nın hangi kriterlere göre belirleneceği ve haksız kazanç temin etmeksizin nasıl adaletli bir biçimde seçileceği konusunda yönergede açık düzenlemelerin bulunması gerekmektedir.

Yönergenin geçici maddelerinde, mevzuatta sağlık ocağı veya personeline verilen görevlerden aile hekimi ve aile sağlığı elemanı tarafından yapılanlar dışındaki görevlerin Toplum Sağlığı Merkezi veya personeli tarafından yürütüleceği (Yönerge geç. md. 1), aynı zamanda Toplum Sağlığı Merkezleri kuruluncaya kadar bu görevlerin İl Sağlık Müdürlüğüne belirlenen sağlık ocakları tarafından yerine getirileceği düzenlenmiştir (Yönerge geç. md. 2). Sağlık ocağı binası olmadığı durumlarda satın alma ya da kiralama yoluyla bina sağlanacağı hükme bağlanmıştır (Yönerge md. 6). Bu durumda, sağlık ocaklarının toplum sağlığı merkezine dönüştürülecekleri ve böylece tasfiye edilecekleri belirtilmektedir³⁹².

Toplum sağlığı merkezleri kurulmasıyla birlikte, koruyucu ve birinci basamak tedavi edici hekimlik hizmetlerinin aile hekimliği merkezinde

³⁹⁰ Sağlık Bakanlığı, s. 4.

³⁹¹ Sağlık Bakanlığı, s. 10.

³⁹² Sözer, Organizasyon, s. 12; Ataay Faruk, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, Amme İdaresi Dergisi, Eylül 2008, 41/3, s. 174.

birleştirilmesi gerekirken, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri arasında bunların paylaştırıldığı görülmektedir. Topluma ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ilçe sağlık müdürlüklerinde, aile hekimliği yapmayan diğer hekimler tarafından verilmektedir. Yani adlı hekimlik, kamuya ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri aile hizmetliği hizmetlerinden ayrılmaktadır³⁹³. Öte yandan her 100 bin kişiye bir adet kurulması düşünölen toplum sağlığı merkezlerine yüklenen görevler³⁹⁴ düşünöldüğünde bu sayının son derecede yetersiz olduğu ortadadır³⁹⁵.

Yönergenin 9. maddesinde sayılan görevlerden de anlaşılacağı üzere toplum sağlığı merkezleri hastalıklar **ortaya çıkmadan koruyucu hizmetleri sunmaya yönelik hizmet vermektedir**. Toplum sağlığı merkezlerinde çalışanlar periyodik olarak halkın sağlığını kontrol etmek amacıyla halkın kitlesel olarak bulunduğu ortamlara (okullara, cezaevlerine, işyerlerine vs.) gitmekte, gerek kontrol, gerek denetim, gerek bilinçlendirme çalışması yapmaktadırlar. Bu çalışmaları maddede açıklandığı üzere bir bütün olarak değerlendirmek amacıyla toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. Ancak, Sağlık Bakanlığı tüm illerde aile hekimliği uygulamasını kurma aşamasında personele ihtiyaç duyduğu için, personeli aile sağlığı merkezlerinde çalışmaya yöneltmek amacıyla bazı illerde toplum sağlığı merkezlerini kapatma yoluna gitmektedir. Birlikte verilmesi gereken toplumsal hizmetlerin aile sağlığı merkezlerinde ayrı ayrı yürütölmesi planlanmıştır. Örneğin, bulaşıcı bir hastalık ile karşılaşılması durumunda aile hekimlerinin sorumluluğu yalnızca bildirim ile sınırlıdır (Pilot Yön. md. 25/IV). Sağlık Bakanlığı'nın toplum sağlığı merkezlerinin sayısını azaltmaya yönelik tutumu ile koruyucu hizmetler önceliğini yitirmiş olmaktadır.

³⁹³ **Sağlık Bakanlığı**, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara 2004, s. 190.

³⁹⁴ Toplum sağlığı merkezlerinin görevleri Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin 9. maddesinde sayılmıştır: a) İdari ve mali hizmetler, b) Çevre sağlığı hizmetleri c) Bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri, d) Aile Sağlığı Merkezleri i. Koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi, ii. Lojistik hizmetleri, iii. Görüntölleme ve laboratuvar hizmetleri, iv. Hizmet içi eğitim hizmetleri v. Kayıtların tutulması ve denetim hizmetleri), e) Acil sağlık hizmetleri, f) Adli Tıbbi hizmetler (ölüm raporu, defin/nakil izni), g) Okul sağlığı hizmetleri, h) İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri, i) Sağlık eğitimi hizmetleri, j) Özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırma ve denetimi, k) Afet organizasyonu, l) Kurullara ve komisyonlara katılım, m) Yeşil Kart hizmetleri, n) Sağlık Müdürlüğünün verdiği diğer görevleri yapmaktır.

³⁹⁵ Aynı doğrultuda bkz. **Öztek**, s. 22.

c. Yataklı Tedavi Kurumları

Sağlık Bakanlığı'nın İl Sağlık Müdürlükleri bünyesi içinde faaliyette bulunan hastaneleri mevcuttur. Söz konusu hastaneler resmi kimlikleri ile vatandaşlara ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini sunmaktadırlar³⁹⁶. Ancak, hükümet “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” adı altında hastaneler üzerinde önemli bazı tasarruflarda bulunmaktadır. Söz konusu tasarruflara daha önce değinilmiştir³⁹⁷.

d. Sağlık İşletmeleri

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile birinci basamak sağlık hizmetleri düzenlenirken, Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti vermesi düşünülen Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin hastane birlikleri çatısı altında toplanılması öngörülmektedir. Tasarının ilk maddesinde; hastane, birlik kapsamına alınan Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları; birlik ise, hastane veya hastane gruplarından oluşan tüzel kişilik olarak tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararı ile kamu tüzel kişiliğini haiz Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde birliğe dönüştürüleceği de belirtilmiştir (Tasarı md. 2/I).

Söz konusu tasarı ile hastane birliklerinin kurulması özellikle, birlik yönetimine kendilerine tahsis edilmiş olan (Geç. md.1/4) mevcut sağlık tesislerini satma yetkisi verdiği için önem taşımaktadır (md. 3/d). Halen Maliye Bakanına tanınmış satış yetkisi böylece hastane birlikleri yönetim kurulu üyelerine devredilmiş olacaktır³⁹⁸.

B. Genel Sağlık Sigortasının İşlemesi (Sevk Zinciri)

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 13. maddesinde, hastaların acil haller hariç önce sağlık evine ya da sağlık ocağına

³⁹⁶ Sözer, Organizasyon, s. 13.

³⁹⁷ Bu konuda bkz. Üçüncü Bölüm, II.

³⁹⁸ Sözer, Organizasyon, s. 14, 15.

başvuracağı ve gerekiyorsa ikinci basamağa sevklerinin yapılacağı düzenlemesi ile sevk zinciri sistemi benimsendiği gibi, 5510 sayılı Kanun'un 70. maddesinde de hizmet basamakları arasında Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü alarak sevk zincirinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirleneceği hüküm altına alınmıştır³⁹⁹. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularını, birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu, bu basamaklar ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki sevk zincirini; tanı, ön tanı, hekimlerin ve dış hekimlerinin uzmanlıklarını dikkate almak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşünü de alarak belirleyecek, aile hekimleri de birinci basamak hizmet sunucuları arasında yer alacaktır (5510 md. 70/I).

5510 sayılı Kanun sevk zinciri zorunluluğu öngörmenin yanında, Sağlık Bakanlığı'na sevk zinciri zorunluluğunu erteleme hakkı da vermiştir. Kanunun geçici 12. maddesi uyarınca, Bakanlık sevk zinciri uygulamasını erteleme yetkisini haizdir (5510 geç md. 12/7). Böylelikle, aile hekimliği uygulanan bölgelerde sevk zinciri zorunlu iken, kapsam dışı kalanlarda henüz sevk zinciri yürürlüğe girmemiş olacaktır. Sağlık Uygulama Tebliği'nde değişiklik⁴⁰⁰ yapılarak aile hekimliğinin uygulandığı illerde uygulamanın başlayacağı tarih, 1 Temmuz 2009 olarak belirlenmişti. Sağlık Uygulama Tebliği 3.1.1. maddesine göre, *“24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” kapsamında aile hekimliği uygulamasına geçilen iller arasından Kurumca belirlenecek illerde, 1 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği*

³⁹⁹ Ancak, son dönemdeki idari düzenlemelerle Kanunlardaki sevk zinciri sisteminin adeta kaldırılmış olduğunu söyleyebiliriz. Şöyle ki; Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin “Sağlık Hizmeti Sunucularına Müracaat İşlemleri” başlıklı (3.1) maddesinin 1. fıkrasında, *“Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, SUT'ta belirtilen özel hükümler saklı kalmak kaydıyla Kurum ile sözleşmesi bulunan ayakta ve yatarak tedavi hizmeti sağlayan sağlık hizmeti sunucularına doğrudan veya sevk edilmek suretiyle müracaat edebilirler.”* denilerek, hastaların herhangi bir sevk olmaksızın doğrudan ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurabilmeleri olanaklı kılınmıştır. Diğer taraftan, Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin “Sevk İşlemleri” başlıklı (2.4.2) maddesinde aile hekimliği pilot uygulamasının yürürlüğe konulduğu illerde hastaların aile hekiminin sevk ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gitmeleri hususunun zorunlu olduğu belirtilmiştir. Aile hekimliği uygulaması bulunmayan yerlerde ise sadece kurum tabibi bulunan yerlerde memurlar bakımından sevk zorunluluğu öngörülmüş; kurum tabibi olmayan yerlerde memurlar ile bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri için herhangi bir sevk zorunluluğu bulunmadığı maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarında düzenlenmiştir (Tebliğlerin önceki düzenlemelerinde yer alan hükümlerle ilgili benzer tespitler için bkz. **Bilgili**, Özel Sağlık, s. 84, 85).

⁴⁰⁰ 2008 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (31.12.2008 T., 27097 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına (ana çocuk sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, ilgili mevzuatı doğrultusunda muayene ve tedavilerini yapmakla yetkili oldukları kişilerle sınırlı olmak üzere işyeri hekimleri ve kurum hekimlikleri, üniversitelerin medikososyal birimleri) yapılması zorunludur. Sevk zinciri uygulamasına geçilecek iller ile bu illerde sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemlerinin usul ve esasları Kurumca duyurulur”. Ancak, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Bakanlığı’nın önerisi üzerine yayımladığı **30.06.2009 tarih ve 2009/85 sayılı genelge** ile, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde 01 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılması zorunluluğu uygulaması ve dolayısıyla sevk zinciri uygulanacak illerin duyurulması hususlarını ertelemiştir⁴⁰¹.

Söz konusu ertelemeyi düzenleyen genelgeye gerekçe gösterilen Sağlık Bakanlığı’nın 06.05.2009 tarih ve 13530 sayılı yazısı uyarınca, halen 33 ilde aile hekimliği uygulamasına geçildiği, 2010 yılı sonuna kadar bütün ülkede uygulamanın başlatılmasının planlandığı, mevcut durumda ülkemizdeki hekim sayısının Avrupa Birliği ve OECD ülkeleri ile kıyaslandığında çok yetersiz olduğu, bu durumun sevk zinciri uygulaması başlatılacak illerin daha fazla hekim verilmek suretiyle desteklenmesini imkansız kıldığı, ayrıca mevzuat düzenlemelerinin henüz tamamlanmadığı belirtilmiştir. Anılan gerekçe ile Sosyal Güvenlik Kurumu aile hekimliğine geçilen illerde zorunlu sevk uygulamasını belirsiz bir tarihe kadar ertelemiştir.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularından sayılan aile hekimliği uygulamalarından **katılım payı** alınmayacağı 5510 sayılı Kanunda belirtilmiştir (5510 md. 69/I-c). Yine Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmelik’inin 39. maddesinde aile hekimi muayenelerinde, Yönetmeliğin 33. maddesinde belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payının alınmayacağı ifade edilmiştir (GSSİY md. 39/I-ç). Ancak, Yönetmeliğin 33. maddesinin 2. fıkrasında,

⁴⁰¹ 2008 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nin 3. maddesinin 31.12.2008 tarihli değişiklikten önceki halinde, Bayburt, Gümüşhane, Isparta ve Denizli’de 01.10.2008 tarihinden itibaren ilk müracaatların aile hekimlerine yapılması zorunlu kılınmıştır. Böylece söz konusu dört şehirde sevk zinciri zorunluluğu sürmektedir.

ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payını; birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye veya tekrar birinci fıkrada belirlenen tutara⁴⁰² getirmeye Kurum yetkili kılınmıştır. Buna göre de, Yönetmeliğin geçici 1. maddesinde aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uygun olarak alınan sağlık hizmetlerinde ayaktan tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım paylarının, üç yıl süreyle %50 oranında azaltılarak uygulanabileceği belirtilmiştir (GSSİY geç. md. 1/VII). Son olarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 01.06.2009 tarihinde çıkarılan 2009/77 sayılı Genelge uyarınca, 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin "Ayakta tedavide hekim ve diş hekim muayenesi katılım payı" başlıklı (6.1) numaralı maddesinde yer alan tutarların⁴⁰³ uygulanmayacağı ve aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, aile hekim muayenelerinden katılım payı alınmayacağı ifade edilmiştir⁴⁰⁴. 2009/77 sayılı Genelge uyarınca, sadece Kurumla sözleşmeli ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurumlarında hekim ve diş hekim muayenesi için katılım payı, **02 Haziran 2009** itibaren **2 (iki) TL** olarak uygulanacaktır.

5510 sayılı Kanun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin **sevk zinciri kurallarına uygun** hareket etmek zorunda olduklarını vurgulamaktadır (5510 md. 70/II). Ancak

⁴⁰² Katılım payı, ayakta tedavide her bir hekim ve diş hekim muayenesi için 2 Yeni Türk Lirası olarak belirlenmiştir (GSSİY md. 33/I).

⁴⁰³ Birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde aile hekim muayenelerinden katılım payı alınmaz.

Katılım payı;

İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında.....	3 YTL,
Eğitim ve araştırma hastanelerinde.....	4 YTL,
Üniversite hastanelerinde	6 YTL,
Özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında	10 YTL (SUT md. 6.1).

⁴⁰⁴ 01.06.2009 tarih ve 2009/77 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu genelgesi. Söz konusu genelgenin, Danıştay Onuncu Dairesinin 2008/11388 Esasına kayıtlı 03.04.2009 tarihli yürütmenin durdurulması kararı üzerine çıkarılma gereği hasıl olmuştur. Söz konusu karar Sağlık Uygulama Tebliği'nin 6.1 maddesinde yer alan özel sağlık kurumlarına başvuran hastalardan 10 TL katılım payı alınmasına ilişkin kısmın yürürlüğünü durdurmuştur. Yürütmenin durdurulması kararının gerekçesinde ise, 5510 sayılı Kanun'un 68. maddesinde, katılım payının farklı alınması hususunda özel veya kamu sağlık kurum ve kuruluşları arasında ayırım yapılmasına olanak veren bir düzenlemenin bulunmadığı belirtilmiştir. Bu sebeple de, Danıştay özel sağlık kurum ve kuruluşları ile kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastalardan farklı katılım payı alınması uygulamasını gerektiren nesnel ve somut bir neden bulunmadığı ayrıca, sevk zincirine uyulup uyulmadığı dikkate alınmadan katkı payının düzenlendiği gerekçesiyle SUT maddesinin yürütmesini durdurmuştur.

Kanunun ilk metninde iş kazası, meslek hastalığı, afet, savaş ve acil hallerde sevk zincirine uyulmayabileceği açıkça belirtilmişti. Hatta bunlar dışındaki hallerde dahi sevk zincirine uyulmasa da sağlık harcamalarının % 70'inin ödeneceği belirtiliyordu (5510 md. 70/III (Mülga: 17.04.2008–5754 md. 67)). Ancak Kanunun son metninde hiçbir ayırım yapılmadan tüm başvurularda “sevk zincirine” uyulması aranmaktadır (5510 md. 70/II)⁴⁰⁵. Buna karşılık, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmelik'i, iş kazası, meslek hastalığı, afet, savaş ve acil hallerde sevk zincirine uymamanın zorunlu olmadığını belirtmektedir (GSSİY md. 40/4). Bu haller dışında sevk zincirine uyulmaması hâlinde ise sağlık hizmetleri bedelleri, yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin Kurumca karşılanmayacağı da ayrıca düzenlenmektedir (GSSİY md. 40/4)⁴⁰⁶.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 5. maddesinin 2. fıkrasında; aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat ettiği takdirde kişiden **katkı payı** alınması öngörülmüş ve alınacak katkı payı tutarının Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca müştereken belirlenmesi hükme bağlanmıştır (5258 md. 5/II)⁴⁰⁷. Bu durumda, kural olarak sevk zincirine

⁴⁰⁵ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 751; Okur, Genel Sağlık, s. 1299; Okur, Genel Sağlık Sigortası, s. 156; Okur/Ergin, s. 654.

⁴⁰⁶ Anılan fıkra, -sınırlı istisnalar dışında- **sevk zincirine uyulmaması halinde** sağlık hizmeti bedelleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin kurumca ödenmeyeceği hükmünü içermektedir. 5510 sayılı Kanunda sevk zincirine uyulmaması halinde katkı payının artırılması yaptırımını düzenlemiş olduğu, Yönetmeliğin 33. maddesinin 2. fıkrasında da buna uygun hüküm getirilmiş olduğu görülmektedir. Yönetmeliğin 40. maddesinin 4. fıkrasında ise, sevk zincirine aykırı davranılması durumunda hiçbir ölçüye tabi olmaksızın bütün tedavi giderlerinin ilgisince karşılanacağı belirtilmiştir. Bir kuralın ihlali halinde öngörülen yaptırımın, eylemin niteliği ve sonucun ağırlığı gözetilerek, duruma uygun ve ölçülü şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Bu sebeple söz konusu hükümde ölçülülük ilkesine uygunluk bulunmamaktadır (Söz konusu fıkranın aynı gerekçe ile iptali için ve bazı maddelerin iptali ve yürütmesinin durdurulması için Türk Tabipler Birliği tarafından Danıştay'da dava açılmıştır).

⁴⁰⁷ Anayasa'nın 73. maddesine göre, söz konusu düzenlemede belirtilen katkı payı vergi, resim, harç benzeri mali yükümlülükler kapsamına girmektedir. Bu yükümlülüklerin de Kanunla konulup değiştirileceği ve kaldırılacağı yine 73. maddede belirtilmiştir. Anayasa Mahkemesi'nin bir kararına göre, vergi, resim, harç benzeri mali yükümlülükler; kişilerden yapılan kamu hizmetleri karşılığında ya da bir hizmet karşılığı olmaksızın kamu gücüne dayanılarak alınan paralardır. Bu mali yükümlülüklerin ortak özelliklerinin, kanunla konulmaları ve kamu gücüne dayanılarak gerektiğinde zorla alınmaları olduğu da belirtilmiştir. Vergiler dışındaki mali yükümlülüklerde kısmen de olsa karşılık ve yararlanma ilkesi geçerli olduğu, çünkü bu yükümlülüklerle konu olan hizmetlerden kişilerin yararlandırılması, bu bağlamda mali bir karşılığa dayandırılabilmesi olanağı olduğu da ayrıca

uyuma zorunluluğu benimsenmişken, uymama sonucunda Kurumca hiçbir giderin karşılanmayacağı belirtilmiştir. Aynı zamanda aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde yine sevk zincirine uymak zorunlu iken, uymama sonucunda katkı payı alınacağı hükme bağlanmış olup, diğer giderlerin kim tarafından karşılanacağı belirtilmemiş. Kanaatimizce aile hekimliğine geçilen illerde sevk zincirine uyulmaması halinde katkı payını almanın yanında, yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri gibi giderler de Kurumca ödenmeyecektir.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, mevzuatta belirtilen istisnalar dışında (söz konusu istisnanın sevk zincirine uyma zorunluluğu olması gerekmektedir) sağlık hizmetlerini istediği il ya da ilçede sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusundan alma hakkı tanınmıştır. Buna karşılık, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusuna yapılan müracaatların bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için acil hâlin tespiti şart kılınmıştır (GSSİY md. 40/3).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için sevk zinciri kurallarının il ya da ilçe bazında farklı belirlenmesi hâlinde, kişinin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu ildeki sevk zinciri kuralları geçerlidir (GSSİY md. 40/5). Belli bir program çerçevesinde tedavi gören ve bu durumları sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, bu tedaviyle ilgili sağlık hizmeti sunucusuna gidişlerinde sevk zincirine uyma zorunluluğu aranmaz (GSSİY md. 40/6).

belirtilmiştir. Tüm bunların yanında, mali yükümlülüklerin matrah ve oranları, tarh ve tahakkuku, tahsil usulleri, yaptırımları, zamanaşımı, yukarı ve aşağı sınırlar gibi çeşitli yönleri Kanunla yeterince çerçevelenmemişse keyfi uygulamalara neden olabileceği vurgulanmıştır (AMK 01.04.2004 T., 2003/9 E., 2004/47 K. sayılı kararı, 05.11.2004 tarih ve 25634 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır).

Yukarıdaki Anayasa Mahkemesi kararına atıfta bulunularak 5258 sayılı Kanunun ilgili maddesinde yer alan “*Alınacak katkı payı tutarı Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca müştereken belirlenir*” ibaresinin iptali için Anayasa Mahkemesi’nde dava açılmıştır. Buna göre, katkı payının matrah ve oranının, tarh ve tahakkuk ve tahsil usullerinin, yaptırımlarının, zamanaşımının, yukarı ve aşağı sınırlar gibi çeşitli yönlerinin de kanunla yeterince çerçevelenmesi gerekirken bunun yapılmaması ve kanunda esasları belirlenmeyen bir hususla ilgili düzenleme yapma yetkisinin yürütmeye – idareye verilmesinin, yürütmenin – idarenin kanuniliği ilkesine de aykırı düşmesi gerekçeleriyle ilgili ibarenin iptali talep edilmiştir. Ancak Anayasa Mahkemesi, katkı payı tutarının belirlenmesinin teknik bir konu olması ve önceden Kanunda tüm ayrıntılarıyla belirlenmesinin mümkün olmaması sebebiyle ayrıntılarının düzenlenmesi yetkisinin yürütmeye bırakılmasında Anayasa aykırılık tespit etmemiştir (AMK 21.02.2008 T., 2005/10 E., 2008/63 K. sayılı karar, 07.11.2008 tarih ve 27047 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır).

5510 sayılı Kanuna göre, sağlık hizmetlerini basamaklandırma görevi Sağlık Bakanlığı'na bırakılmışken, bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki sevk zinciri düzenlemesi de Sosyal Güvenlik Kurumu'na bırakılmıřtır⁴⁰⁸. Ancak Yönetmeliğin 70. maddesinde, Kanunda olmayan bir başka sevk mekanizmasına yer verilmiştir. Buna göre, 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İ Hizmet Kanunu'na tâbi personel için sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve sevk işlemlerinin usûl ve esasları Milli Savunma Bakanlığı'nın görüşü alınarak Kurumca düzenlenecektir (GSSİY md. 40/7).

Öte yandan, 5597 sayılı Kanunun⁴⁰⁹ 4. maddesi ile 5502 sayılı Kanuna eklenen ek 2. maddede, birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğrudan Sağlık Bakanlığı'ndan alınacağı kararlaştırılmıştır. Buna göre; Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanuna göre tedavi yardımı verilen kişilerin sağlık harcamalarını karşılamakla görevli kurumlar; sağlık yardımlarını karşıladığı sigortalı, iştirakçi, emekli ve diğer hak sahipleri için Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilecek sağlık hizmetlerini doğrudan hizmet alımı sözleşmesiyle sağlamaya yetkili kılınmıştır. Sağlık Bakanlığı ise, sözleşmede belirtilen tutar karşılığında yukarıda belirtilen kurumların sağlık yardımlarını karşıladığı kişilere birinci basamak ve kuruluşlarda verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür ve sözleşmede belirlenen tutar dışında bu kurumlardan ve sağlık yardımı sağlanan kişiden ayrıca bir bedel isteyemeyecektir.

⁴⁰⁸ Güzel/Okur/Caniklioğlu, s. 751; Okur, Genel Sağlık, s. 1299; Okur, Genel Sağlık Sigortası, s. 156 Okur/Ergin, s. 654.

⁴⁰⁹ 23.03.2007 tarih ve 26471 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ

I. GENEL OLARAK

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık ocakları temelinde kurumlaşması, sosyal devlet anlayışının Anayasa’ya girdiği 1960’larda başlatılan “sağlığın sosyalleştirilmesi” sürecinin 1980’lerde yaygınlaştırılmasıyla olmuş, 1980’lerden itibaren sağlık ocakları hızla yaygınlaştırmaya başlanmıştır. Ancak Dünya Bankası’nın 1990’lı yıllarda Türkiye’ye önerdiği sağlık reformu programları, tedavi edici sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından yerine getirilmesini önerirken, koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu sektöründe kalmasını öngörüyordu⁴¹⁰. Dünya Bankası’nca önerilen sağlık reformunun diğer bir ayağını ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde “aile hekimliği” sistemine geçilmesi oluşturuyordu. Buna karşılık olarak da sağlık reformunun en hızlı biçimde uygulanmaya konan başlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçilmesi olmuştur. Nitekim hükümet programında ve acil eylem planında yer almış olan ve genel sağlık sigortasının birinci basamağını oluşturacak aile hekimliğine hazırlık olmak üzere, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmadan önce 2004 yılında 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun çıkarılmıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın erişim sitesinden yayınladığı “Aile Hekimliği Türkiye Modeli” adlı kitabında aile hekimliğinin uygulanma gerekçelerinden şöyle bahsedilmektedir:

“Sağlık hizmetlerinin eşit sunumu, toplum sağlığına doğrudan olumlu olarak yansımaktadır. Sağlık sistemleri, öncelikli ihtiyaçları göz önünde bulundurarak mevcut kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamalıdır. Böyle bir sonuca ulaşabilmek için, hizmetlerin etkili ve eşit sunumunu, maliyet paylaşımını, personel ve kaynakların dengeli dağılımını sağlayacak fonksiyonel alt yapı kurulmalıdır. Yurttaşların hasta olmasının mümkün olduğunca önlenmesi, hastanın sorununun olabildiğince ilk başvuru anında halledilmesi önemli adımlardır. Bir diğer önemli husus, hastayı ilk gören hekimden bölge hastanelerine ve eğitim hastanelerine kadar ulaşan iyi tanımlanmış ve iyi işleyen bir sevk sisteminin kurulmasıdır”⁴¹¹.

⁴¹⁰ Naklen **Ataay**, s. 174.

⁴¹¹ Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Ankara 2004, <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/BelgeGoster.aspx?>, (10.05.2009), s. 13, 14.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile genel sağlık sigortasının alt yapısının oluşturulması hedeflenmiştir. Nitekim bu husus 5258 sayılı Kanunun 1. maddesinde şu şekilde ifade edilmiştir: “*Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının pilot olarak belirleyeceği illerde, **birinci basamak** sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, **birey ihtiyaçları** doğrultusunda sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir.*”

Aile hekimliği uygulaması ilk kez 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlamıştır. Uygulama Haziran 2009 itibariyle 33 ilde devam etmektedir⁴¹².

II. AİLE HEKİMİ KAVRAMI

A. Genel Olarak

Hekim kavramı genel hatlarıyla, hastalıkları ve bunların etkenlerini bulmayı, insanları hastalıktan korumayı, hastalanan insanları iyileştirmeyi iş edinen meslek adamı (tıp doktoru) olarak ifade edilmiştir⁴¹³. İkel toplumlarda hekimlik, büyücülük ve rahiplikle birlikte sürdürülmüştür. Ancak daha sonra, batıl inançlar ve büyü şifa yöntemlerini reddeden, tıbbın babası olarak bilinen İyon hekim Hipokrat, tıba felsefi bir yaklaşım getirmiş ünlü bir *Asklepiades*⁴¹⁴ olarak tıp tarihinde bilgi birikiminin çekirdeğini oluşturmuştur. Ayrıca Hippokrates, bir hastalığı iyileştirmeye başlamadan önce, hastayı iyice inceleme ve hastalığın nedenini anlama gerekliliğini savunarak, tıpta gözlem ve muayenenin klinik tedavisinin temellerini kurmuştur⁴¹⁵.

⁴¹² Adıyaman, Amasya, Bartın, Bayburt, Bolu, Denizli, Düzce, Corum, Edirne, Elazığ, Eskişehir, Gümüşhane, Isparta, İzmir, Karabük, Karaman, Manisa, Osmaniye, Samsun, Sinop, Adana, Burdur, Kırıkkale, Kastamonu, Çankırı, Tunceli, Erzurum, Kırşehir, Kayseri, Trabzon, Rize, Yalova, Bilecik (<http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BE5BEB3EFCBD5B1D4F>, (12.05.2009)).

⁴¹³ **Sağlık Ansiklopedisi**, C. 2, İstanbul 1975, s. 718.

⁴¹⁴ Hippokrates’in çağında hekimler “Asklepiadlar” olarak ifade edilirmiş. Bu isim, hekimlik tanrısı olarak kabul edilen Asklepios adından türemiştir (<http://tr.wikipedia.org/wiki/Hipokrat>, (25.04.2009)).

⁴¹⁵ **Sağlık Ansiklopedisi**, s. 718.

Ülkemizde hekimlik mesleğinin nasıl sürdürüleceği 11.04.1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da düzenlenmiştir⁴¹⁶. 1219 sayılı Kanun'un 1. maddesine göre, Türkiye Cumhuriyeti sınırlarında hekimlik sanatını icra edebilmek için Türk vatandaşı olmak şarttır⁴¹⁷.

B. Aile Hekimi Kavramının Tarihçesi

19. yüzyılda sanayi devrimi döneminde çok ağır koşullar altında çalışmaya başlayan işçi sınıfının haklı taleplerini bastırabilmek için oluşturulan ilk sigorta uygulamaları (1883 – Almanya) ve bununla bağlantılı olarak madenlerde, fabrikalarda, çalıştırılan hekimler aile hekimi olarak adlandırılmasalar da günümüz aile hekimliğinin başlangıcını oluşturduklarını söylemek mümkündür⁴¹⁸. Zamanla işçi sınıfındaki örgütlenmenin gelişmesi ve sendikal hareketler sonucu hekimler muayene etmeye de başlamışlardır. Dolayısıyla daha çok Batı'lı ülkelerde ekonomik ve toplumsal yapılarına uygun, prim ödeyebilen toplumlara özgü, genellikle baktığı hasta ve listesindeki kayıtlı kişi başına ücret alan bir hekimlik şekli ortaya çıkmıştır⁴¹⁹.

Aile hekimliğinin uzmanlık dalı olarak ortaya çıkışı da diğer uzmanlık dalları gibi gereksinim sonucu olmuştur. Aile hekimliğine gereksinim ilk olarak, özellikle 1960'larda tıp biliminde uzmanlaşmanın artması sonucunda hastaların tedavi görememesi ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gereksinimi nedeniyle ortaya çıkmıştır⁴²⁰.

⁴¹⁶ 14.04.1928 tarih ve 863 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

⁴¹⁷ Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği'nin 28.04.2008 tarih ve 7997 sayılı yazıları eki "Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarı Taslağı"nın 5.maddesi ile 1219 sayılı Kanunun birinci maddesinde yapılan değişiklik ile ülkemizde hekimlik yapabilmek için Türk vatandaşı olma şartının kaldırılma isteğinden, 1/715 E. sayılı, "Üniversite Ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı" ile vaze edildiği gözlemlenmektedir (http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tasari_teklif_sd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=74608, (11.06.2009)).

⁴¹⁸ **Belek İlker/Kılıç** Bülent, "10 Soruda Aile Hekimliği – Doktorluğu, Yanlışlar Değil Doğrular, Yalanlar Değil Gerçekler", Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 2003, C. 18, S. 6, s. 414.

⁴¹⁹ **Belek/Kılıç**, s. 414.

⁴²⁰ **Belek/Kılıç**, s. 415; **Rakel** Robert E., "Textbook of Family Practice", The Family Physician, 5th Edition, Philadelphia 1995, s. 12.

1948’de İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetlerinin kurulmasıyla oluşturulan aile hekimliği, ilk kez bir uzmanlık dalı olarak, 1952’de İngiltere’de “Aile Hekimleri Kraliyet Koleji”nin (Royal College of General Practitioners) kurulmasıyla da resmiyet kazanmıştır⁴²¹. İngiltere’den sonra Amerika Birleşik Devletleri ve 1970’li yıllardan itibaren de Fransa, Almanya, İtalya, İspanya, Portekiz gibi ülkeler aile hekimliğini bir uzmanlık dalı olarak tanımıştır. Nitekim aile hekimliğinin uluslararası örgütü olan WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği)⁴²², aile hekimliğinin kuruluş amacına uygun bir tanımlamaya yer vererek, aile hekimlerini artık *küresel aile hekimleri* olarak tarif etmektedir⁴²³.

Aile hekimliği ülkemizde de tüm dünya ile birlikte eş zamanlı olarak 1970’li yıllarda tartışılmaya başlanmış ve o dönemlerde genel olarak sağlık ocağı hekiminin görevlerinden biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel olarak kabul görmemiştir⁴²⁴.

Aile hekimliği ülkemizde ilk olarak 1983 yılında yapılan değişiklik ile Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nün 10. maddesinde yer almıştır⁴²⁵. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı ise 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuş ancak

⁴²¹ **Belek/Kılıç**, s. 415; **Tüzer Tunga Tavbiy/Görpeliöglü** Süleyman, “Aile Hekimliği”, Yeni Türkiye, S. 39, Mayıs-Haziran 2001, s. 846.

⁴²² Wonca, 1972 yılında, Melborn’de, 5. Dünya Genel Pratisyenlik Kongresi sırasında resmen kurulmuştur. Wonca, “Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler Ulusal Kolej, Akademi ve Akademik Kuruluşları Birliği”; yani, “The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians” ifadesinin ilk beş kelimesinin baş harflerinden oluşan bir akronimdir. Kısa adı ile “Dünya Aile Hekimleri Örgütü”; yani “World Organization of Family Doctors” olarak ifade edilir. Wonca’nın misyonu aile hekimliğinin ilke ve görevlerini tanımlamak, değerlerini yüceltmek; bireylere, aile ve toplum yönelimli kişisel, kapsamlı ve sürekli bakım vermeyi destekleyerek aile hekimlerinin verdiği hizmetin yüksek standartlarını koruyup geliştirmek; akademik kuruluşlarının gelişmesine destek vermek; üye kuruluşlar arası bilgi ve deneyim paylaşımına uygun ortam sağlayarak, eğitim, araştırma ve hizmet sunumu aktivitelerini temsil etmek ve tüm bunların sayesinde dünya insanların yaşam kalitesini yükseltmektir. 1990 yılında kurulmuş olan Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), 2003 yılından beri Wonca’ya tam üyedir (**Karataş İrep**, “Dünden Bugüne Wonca”, Aile Hekimliği Dergisi, C. 2, S. 4, Y. 2008, s. 6).

⁴²³ Bu tarife uygun olarak da 2003 yılından itibaren Wonca’nın erişim sitesinin adresi, www.globalfamilydoctor.com, olarak kullanılmaktadır.

⁴²⁴ **Tüzer/Görpeliöglü**, s. 848.

⁴²⁵ 18.04.1973 tarih ve 14511 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır. Daha sonra bu tüzüğün yerine, 19.06.2002 tarih ve 24790 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü çıkarılmıştır. Ancak söz konusu Tüzükte aile hekimliği kavramı hiç yer almamaktadır.

faaliyete geçememiştir⁴²⁶. YÖK Yürütme Kurulu'nun 24.06.1993 tarihli toplantısında, Üniversiteler Arası Kurul'un olumlu görüşe de dikkate alınarak, aile hekimliği bölümlerinin Dâhili Tıp Bilimleri Bölümüne bağlı bir Anabilim Dalı olarak kurulmasına karar verilmiştir. Bu gelişme üzerine aynı yıl Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. Türkiye'de Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş olan tıp fakültelerinin sayısı 38'dir⁴²⁷. Aile Hekimliği alanında 5 profesör, 11 doçent ve 35 yardımcı doçent, 1100'ü aşan uzman ve yüzlerce araştırma görevlisi bulunmaktadır⁴²⁸.

C. Aile Hekimi Kavramının Tanımı

Ulusal mevzuatımızdaki aile hekimliği tanımını incelemeye geçmeden önce WONCA tarafından yapılan ve aile hekimliğinin insanın organ ya da sistemlerini inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğunu vurgulayan tanımını belirtmekte fayda bulunmaktadır⁴²⁹. İlgili tanıma göre, aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Aile Hekimleri mesleksel görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için,

⁴²⁶ Tüzer/Görpeliöglü, s. 848.

⁴²⁷ Dilek Zühal, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği, Aylık Haber Bülteni, Şubat 2009, Y. 6, S. 76, s. 6.

⁴²⁸ Dilek, s. 6.

⁴²⁹ Wonca Europe, Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3, 2002, s. 5.

kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.

1978’de yapılan Alma Ata Uluslararası Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Konferansı’nın sonuç bildirgesinde de, verilmesi gereken hizmetler yedinci madde içinde, yukarıdaki tanımla uyumlu bir şekilde sıralanmıştır⁴³⁰.

5510 sayılı Kanun’un “*tanımlar*” başlıklı 3. maddesinde ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği’nin aynı başlıklı 4. maddesinde aile hekimi, Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum ile sözleşme yapmış hekim olarak tanımlanmıştır (5510 md. 3/24; GSSİY md. 4/I-a).

Daha kapsamlı bir tanım yapan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’a göre aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir (5258 md. 2). Aynı tanım Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Yönetmelik ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte⁴³¹ de yer almaktadır (Pilot Yön. md. 3; Ödeme Yön. md. 3).

III. BENZER MÜESSESELER

A. İşyeri Hekimliği

1. Genel Olarak

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) işyeri hekimliğini, “*İşçileri, işlerinden ya da işin yapıldığı koşullardan kaynaklanabilecek her türlü zarardan korumak; özellikle işin işçiye uygun hale getirilmesi ve işçilerin fiziksel ve ruhsal uyumuna*

⁴³⁰ WHO, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978.

⁴³¹ 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

katkıda bulunmak; işçilerin olası en yüksek fiziksel ve ruhsal iyilik durumlarını oluşturmak ve sürdürmede katkıda bulunmak amacıyla kurulan hizmet” biçiminde tanımlamaktadır⁴³².

İşyeri hekimliği müessesesi mevzuatımıza 24.04.1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nun 180. maddesi ve yaptırımları düzenleyen 282. maddesi ile girmiştir. Bu Kanun ile elli ve üzerinde işçi çalıştıran işyerlerine işyeri hekimi bulundurma zorunluluğu getirilmiştir. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu⁴³³ da işyeri hekimlerine yetki verilmesi ve işyerlerine hekim önerilmesinde yerel tabip odalarını yetkili kılmıştır.

İşçilerin sağlıklarının korunması ve sağlıklı bir ortamda çalışmalarının sağlanması İş Hukukunun amaçlarından biridir⁴³⁴. İş Kanunu bu amaçla belirli işyerleri için, işyeri hekimi bulundurma ve işyeri sağlık birimi oluşturma yükümlülüğü öngörmüştür. Hatta iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulması için, İş Kanunu’nun 80. maddesinde işyerinin sanayiden sayılması şartı aranırken, işyeri hekimliği konusunda düzenleme içeren 81. maddede bu şart aranmamış, işyerinin niteliğine bakılmaksızın sadece *devamlı olarak en az elli işçi*⁴³⁵ çalıştırılması yeterli görülmüştür (4857 md. 81/I)⁴³⁶.

⁴³² **Devebakan**, s. 88.

⁴³³ 31.01.1953 tarihli ve 8323 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

⁴³⁴ **Süzek Sarper**, “İşçilerin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Hakları ve Yükümlülükleri”, LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, 2005/6, s. 610.

⁴³⁵ Çalışma ortamında risk ve tehlikelerin doğrudan işin kendisi ile ilgili olduğu düşünüldüğünde; iş sağlığı güvenliği alanında yapılan yasal düzenlemelerde kişi sayısı yaklaşımının benimsenmemesi gerekmektedir. Ülkemizde iş kazaları ve meslek hastalıklarının büyük oranda 50’den az işçi çalıştıran yerlerde meydana gelmesi konu ile ilgili önerimizi destekler niteliktedir. Bu anlamda çalışanların sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışması konusunda eşitlik ilkesi temel alınmalıdır.

⁴³⁶ İşyeri hekimliği İş Kanunu’nun 81. maddesinde düzenlenmiş ve bu maddeye dayanılarak “İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çıkarılmıştır (16.12.2003 tarihli ve 25318 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır). Ancak söz konusu Yönetmeliğin 4. maddesindeki işyeri hekimi tanımı ile 18, 19, 20, 25, ve 26. maddeleri, Danıştay 10. dairesi tarafından 28.02.2006 tarih ve 2004/1253 E., 2006/1658 K. sayılı kararı ile iptal edilmiştir. Özellikle işyeri hekiminin tanımı ile ilgili olan “*Bakanlıkça sertifikalandırılmış hekim*” tanımının iptal gerekçesinde Danıştay, 4857 sayılı Kanun’un 81. maddesinde, hekimlere özgü olan işyeri hekimliği eğitiminin, bizzat Bakanlık ya da Bakanlığa bağlı kuruluşlar tarafından verilebileceği şeklinde münhasır bir yetkinin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na verilmediğini; hekimleri işyeri hekimliği konusunda eğitme ve sertifikalandırma yetkisinin, dava konusu Yönetmelikle uzmanlık eğitimi veren kurum ve kuruluşlar devre dışı bırakılmak suretiyle, bu konuda örgütsel ve bilimsel donanımı olmadığı anlaşılan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal

İş Kanunu'nun 81. maddesinin 1. fıkrası uyarınca işyeri hekimlerinin görevleri “*alınması gereken iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin belirlenmesi ve uygulanmasının izlenmesi, iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi, işçilerin ilk yardım ve acil tedavi ile koruyucu sağlık ve güvenlik hizmetlerinin yürütülmesi*” olarak sayılmıştır (4857 md. 81/I). Söz konusu düzenleme gereğince işyeri hekimleri kural olarak **tedavi hizmetleri dışında** kalan, iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınmasını sağlama, ilk yardım ve acil tedavi ile koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli kılınmıştır. Bu sebeple, tedavi hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yerine getirilirken, işyeri hekimleri de koruyucu ve önleyici iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yerine getirmelidir⁴³⁷. Bunun yanında işyeri hekiminin görevleri, İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'inin 22. maddesinde de ayrıntılı olarak iş sağlığı ve güvenliğini ve koruyucu hekimliği tüm yönleriyle kapsayacak şekilde düzenlemiştir. Ancak 22. maddede belirtilen görevler incelendiğinde, birçoğunda hastalığın muayenesine yönelik işlemler bulunduğu gibi özellikle, (f), (g), (h) ve (i) bentlerinde hastaların tedavisine yönelik işlemlerin de yapılması gerektiği belirtilmektedir⁴³⁸.

Aile hekimleri ise belli bir işyerine yönelik olarak değil, topluma yönelik koruyucu hekimlik hizmeti vermektedir. Bunun yanında aile hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerini sunduğunu da belirtmek gerekmektedir.

Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi'ne ve İşyeri Hekimliği Eğitim Komisyonuna verilmesi şeklindeki düzenlemede hizmet gereklerine uyarlık görülmediğini ifade etmiştir. Böylece şu anda Yönetmeliğin iptal edilmeyen hükümleri işyeri hekimleri hakkında uygulanmaya devam olunmaktadır (**Ekmekçi Ömer**, “İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğe İlişkin Danıştay'ın Yürütmeyi Durdurma Kararları ve Hukuki Etkileri”, Sicil, S. 2, Mart 2009, s. 135–148).

⁴³⁷ **Süzek**, İş Hukuku, s. 808; **Güzel Ali**, “Dünya’da ve Ülkemizde İşyeri Hekimliği’ne Yaklaşım, Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, Uluslararası ve Ulusal Hukuk Sisteminde İşyeri Hekimliği Sempozyumu, Ankara 2003, s. 30 vd.

⁴³⁸ İşyeri hekiminin iş sağlığı hizmetleri kapsamında özellikle işçilerin tedavisine yönelik işlemlerin yapılması hususunda düzenlenen görevleri aşağıda sayılmıştır:

- f) Kronik hastalığı olanları daha sık aralıklarla muayene eder, gerekli tetkikleri yaptırır ve koruyucu önlemlerin alınması hususunda gerekli işlemleri yapar,
- g) Gerekli laboratuvar tetkikleri ve radyolojik muayeneleri yaptırır,
- h) İşyerinde ilk yardım ve kurtarma çalışmalarının organizasyonunu yapar, ilgili personelin eğitimini sağlar ve acil tedavi hizmetlerini yürütür,
- i) Bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlayarak yayılmasını önleme ve aşılama çalışmaları yapar.

İşyeri hekiminin nitelikleri ve işyeri hekimliği sertifikası ile ilgili düzenlemeler, İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'in 18. ve 19. maddelerinde tanımlanmıştır. Buna göre işyeri hekimi olarak görevlendirilecek hekimlerin Bakanlıkça verilmiş işyeri hekimliği sertifikasına sahip olmaları gerekir (md.18). İşyeri hekimliği sertifikası; iş müfettişliği yapmış veya üniversitelerden iş sağlığı bilim doktorası veya bilim uzmanlığı almış, iş ve meslek hastalıkları yan dal uzmanlığı veya işyeri hekimliği yan dal uzmanlığı almış olan hekimlere istekleri halinde veya bakanlıkça düzenlenen işyeri hekimliği sertifika eğitim programlarına katılan ve eğitim sonunda düzenlenecek sınavda başarılı olan hekimlere bakanlıkça verilmektedir (md.19). İlgili yönetmeliğin geçici 1. maddesinde bu yönetmeliğin yayım tarihinden önce alınmış olan işyeri hekimliği sertifikalarının geçerli olduğu hükme bağlanmıştır.

İşyeri hekimi ile işveren arasındaki ilişki iş ilişkisidir⁴³⁹. İşyeri hekiminin görevini işverene ait işyerinde ve onun organizasyonu içerisinde yerine getirmesi, aradaki ilişkinin iş sözleşmesine dayandığını göstermektedir⁴⁴⁰. Hukukî ilişki iş sözleşmesine dayandığına göre, işyeri hekimi işçi statüsündedir. İşyeri hekiminin işçi statüsünde olması sonucunda, iş mevzuatından kaynaklanan tüm hak ve yükümlülükler kural olarak işyeri hekimleri hakkında da uygulanır⁴⁴¹. İşyeri hekimlerinin hukukî statü bakımından aile hekiminden farkı ise, aile hekimlerinin işçi değil kamu görevlisi statüsünde olmasıdır. Çünkü aile hekimleri, Sağlık Bakanlığı ile aralarında akdettikleri idarî hizmet sözleşmesine göre istihdam edilmektedir⁴⁴².

Bununla birlikte, işyeri hekiminin iş görme borcunun konusunu insan sağlığının oluşturduğu ve bu nedenle iş görme borcunun içeriğinin bu husus göz

⁴³⁹ **Ekmekçi** Ömer, “4857 Sayılı İş Kanunu’na Göre İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda İşyeri Örgütlenmesi”, İstanbul 2005, s. 154; **Güzel**, İşyeri Hekimliği s. 46; **Karagöz** Veli, “İşyeri Hekimliği”, Sağlık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15–16 Mayıs 2006, Ankara 2007, s. 202; **Süzek** Sarper, İş Hukuku, İstanbul 2008, s. 809; **Uşan** Fatih, “Türk Tabipler Birliğinin İşyeri Hekimlerine İlişkin Ücret Belirleme Yetkisi Var mıdır?”, Çimento İşveren, C. 19, S. 5, Eylül 2005, s. 58.

⁴⁴⁰ **Ekmekçi** Ömer, “İşverenlerin İşyeri Hekimi Bulundurma Yükümü ve Tabip Odalarının Yetkisine İlişkin Sorunlar”, Mercek, Nisan 2001, s. 80; **Karagöz**, s. 202.

⁴⁴¹ **Süzek**, İş Hukuku, s. 809.

⁴⁴² Bu konuda bkz. Dördüncü Bölüm, VI., B.

önünde bulundurulması belirlenmesi gerektiği gözden uzak tutulmamalıdır. İşverenin yönetim hakkının kullanılmasına ilişkin olarak emir ve talimat verme yetkisinin de işyeri hekimliği mesleğinin özellikleri nedeniyle sınırlı olduğunu belirtmek gerekmektedir⁴⁴³. Ancak önemle belirtmek gerekir ki, işverenin yönetim hakkının sınırını hekimlik mesleğinin gerekleri ve tıbbî deontoloji kuralları oluşturur.

İşyeri hekimliği mesleğinin özellikleri dışında kalan konularda iş mevzuatı hükümleri uygulanır. Örneğin, ücret⁴⁴⁴, ücretin korunmasına, hafta tatili ve yıllık ücretli izne, fazla çalışma veya fazla sürelerle çalışma ücretine, sözleşmenin feshine ilişkin hükümler işyeri hekimine de uygulanacaktır.

Aile hekimlerinin çalışma koşulları ise özel düzenlemelerle ve Sağlık Bakanlığı ile aralarında yapılan idarî hizmet sözleşmesi ile belirlenmektedir.

2. Yetkilendirilmiş Aile Hekimi Olarak İşyeri Hekimleri

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in 26. maddesinin ilk düzenlemesinde işyeri hekimleri ile ilgili olarak "*İşyeri hekim, işyerindeki çalışana sevk, reçete veya rapor gerektiğinde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile aile hekimine gönderir.*" şeklinde tümüyle işyeri hekimlerinin görevlerini kısıtlayıcı bir düzenlemeye yer verilmişti. Daha sonra 28.7.2006 tarihli ve 26242 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yönetmelik değişikliği ile maddede belirtilen diğer koşulları yerine getiren işyeri hekimlerine "... *İşyerlerinde herhangi bir suretle istihdam edilen, bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan ve bu Yönetmelikteki fiziki ve teknik şartları temin eden hekimlere, kendi görev ve sorumluluk alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, kendilerinin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine valiliklerce aile hekimliği yetkisi verilir. Yetkilendirme sonrası hizmete özel sözleşme ile göreve başlatılır. Yetkilendirilmiş aile hekim, aile hekimliği uygulamasına yönelik mevzuat*

⁴⁴³ Güzel, İşyeri Hekimliği, s. 9 vd.; Karagöz, s. 203; Süzek, İş Hukuku, s. 809.

⁴⁴⁴ İşyeri hekimlerinin ücretlerinin belirlenmesi konusu önemli tartışmalara neden olmuştur. Türk Tabipler Birliği'nin asgari ücret tarifesi düzenleme yetkisinin işyeri hekimleri bakımından da söz konusu olup olamayacağı tartışması, Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun 02.02.2005 T., 2004/9-753 E. ve 2005/12 K. sayılı kararı ile son bulmuştur. Söz konusu karar gereğince TTB işyeri hekimliği asgari ücret tarifesinin bağlayıcı olmadığına ve işyeri hekimisi ile işveren arasında ücretin serbestçe kararlaştırılabileceğine hükmetmiştir. Buna göre, işyeri hekimine ödenecek ücret asgari ücretin altında olmayacaktır (Kazancı Bilişim, (15.05.2009)).

çerçevesinde görev yapar.” şeklinde düzenleme yapılmıştır (Pilot Yön. md. 26/I). Aynı düzenlemede Sağlık Bakanlığı dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren, üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler ve kurumlarda herhangi bir suretle istihdam edilen hekimlerine de kendi talepleri ve kurumlarının teklifi üzerine aile hekimliği yetkisi verilebileceği belirtilmiştir (Pilot Yön. md. 26/I).

Bu düzenleme uyarınca aile hekimliği yetkisini haiz olmayan işyeri hekimleri, işçilerin sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik bir takım tedavi edici hizmetleri yerine getiremeyecektir. Maddenin ikinci fıkrasında ise, aile hekimliği yetkisi verilmemiş olan kurum ve işyeri hekimlerine sadece, acil hallerde ilk müdahaleyi yapabilme ve gerekirse hastane acil servisine sevk ederek aile hekimini bilgilendirme yetkisi verilmiştir (Pilot Yön. md. 26/II).

Bunun yanında söz konusu Yönetmeliğin 26. maddesinin 2. fıkrasına göre işyeri hekimi, çalışan kişiye sevk, reçete ve rapor gerektiğinde kişiyi bilgi notu ile birlikte aile hekimine gönderebilecektir. Maddenin lafzından işyeri hekiminin aile hekimliği yetkisine sahip olmaması halinde reçete ve rapor yazamayacağı sonucu çıkarılmaktadır. Ancak Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nin 17/4 maddesinde ve Sağlık Uygulama Tebliği'nin 21.3 maddesinde, işyeri hekimlerine bir kerede en fazla 2 gün istirahat verebilme yetkisi tanınmıştır. Bunun yanında Sağlık Uygulama Tebliği'nin 24. maddesinin 5. fıkrasında işyeri hekimlerinin reçete yazabileceklerine dair ibare de bulunmaktadır.

Söz konusu düzenlemelerde yukarıda sayılan yetkiler tanınırken, işyeri hekimlerinin aile hekimliği yetkisini haiz olup olmadıkları aranmamıştır. Nitekim son olarak, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından yayımlanan 20.05.2009 tarihli ve 2009/71 sayılı genelge ile işyeri hekimlerine, “aile hekimliği yetkisine sahip olma” şartı aranmaksızın reçete yazma ve iki güne kadar istirahat verebilme yetkisi tanınmıştır⁴⁴⁵. Böylece Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında

⁴⁴⁵ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in 26. maddesinin 2. fıkrasına dayanılarak çıkarılan 19.03.2007 tarihli ve 2007/21 sayılı genelgede, aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen illerde Sosyal Güvenlik Kurumu adına reçete yazma ve iki güne kadar istirahat verme yetkisi talep edilen hekimlerin aynı zamanda aile hekimliği yetkisini de haiz olması gerektiği düzenlenmiştir. Ancak Türk Tabipler Birliği, Yönetmeliğin 26. maddesinin yetki için aradığı koşullara, yetkilendirilmiş hekimlerden aile hekimliği mevzuatına uygun çalışmanın beklenmesine ve yetki

Yönetmelik'in 26. maddesi ile çelişkili, bunun yanında Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği ve Sağlık Uygulama Tebliği'ne uygun bir düzenleme ortaya çıkmıştır.

3. İşyeri Hekimliği İle İlgili Mevzuatta Yer Alan Çelişkili Düzenlemeler

İşyeri hekimlerinin görevlerinden ve yetkilerinden yukarıda söz ettik. Ancak işyeri hekimliğinin bir kurum olarak basamaklandırılmış sevk zinciri içerisinde yerini de belirlemek gerekmektedir. Şöyle ki, Sağlık Uygulama Tebliği'nin 2.3 maddesinin (d) bendinde sağlık hizmeti sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık kurumları/kuruluşları arasında, kurumca yetkilendirilen işyeri hekimleri de sayılmıştır. Sağlık Uygulama Tebliği'nin aile hekimliğine geçilen illerde sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemlerini düzenleyen 3.1.1 maddesinde, 1 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılacağı zorunlu olduğu belirtilerek, diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşları arasında parantez içinde, tedavilerini yapmakla yetkili oldukları kişilerle sınırlı olmak üzere işyeri hekimleri de sayılmıştır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmeti tanımı yapılırken, kişilerin sağlık sisteminden ilk alış noktasında verilen sağlık hizmetinin birinci basamak olduğu belirtilmekte ve işyeri hekiminin de bu anlamda sağlık hizmetini ilk veren kurumlardan biri olduğu göz ardı edilmemelidir (Pilot Yön. md. 3).

B. Sağlık Ocağı

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'a göre kurulan sağlık ocakları İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak faaliyette bulunmaktadır. Sağlık ocaklarının kurulma amacı Kanununun 1. maddesinde şöyle açıklanmıştır: *“İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık*

almanların muayene ve tedavi, bu kapsamda reçete, sevk ve rapor yetkisinin kaldırılmasına karşı, Yönetmeliğin 26. maddesinin 2. fıkrasının yürütmesinin durdurulması ve iptali için Danıştay'da dava açmıştır. Danıştay 10. Dairesi'nin 2007/7233 E. sayılı dosyası kapsamında yürütmenin durdurulması istemi reddedilmiş olup, dosya tekemmüldedir (<http://www.danistay.gov.tr/dbs/container.jsp>, (05.06.2009)). Dava sürecinde ise Sosyal Güvenlik Kurumu genelgenin ikinci bir genelgeye kadar uygulamasını ertelemiştir. İkinci genelge de yukarıda söz edilen 2009/71 sayılı genelgedir ve kurum ve işyeri hekimlerinin yetkilerini kullanabilmeleri için aile hekimliği yetkisini haiz olma koşulunu aramamaktadır.

hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde sosyalleştirilecektir.” (224 md. 1). Sosyalleştirme ise, “... vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.” şeklinde tanımlanmıştır (224 md. 2).

224 sayılı Kanun ile kurulmak istenen sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilatı içinde sağlık ocakları, sağlık evleri, sağlık merkezleri, bölge hastaneleri ve laboratuvarları yer almaktadır (224 md. 9). Kanunun 2. maddesine göre, sağlık ocakları 5.000 – 10.000 kişilik köy grubuna veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle gruplarına hizmet etmektedir (224 md. 2).

Bir sağlık ocağının hizmeti, en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinden oluşan bir ekip tarafından yürütülür. Köylerde bu ekibe yardımcı olarak kurulan sağlık evlerinde yardımcı sağlık personeli görevlendirilir (224 md. 10/I).

Sağlık ocakları, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevleri haiz olmanın yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol almaktadır⁴⁴⁶. Görüldüğü üzere, bireye ve çevreye yönelik olarak sağlık ocaklarında verilen hizmetler artık ikiye ayrılarak sunulacaktır. Bireye yönelik sağlık hizmetlerini aile hekimleri verirken, çevreye yönelik toplum sağlığı hizmetleri de toplum sağlığı merkezleri tarafından verilecektir.

Gerçekten de 224 sayılı Kanunun 9 ve 10. maddelerinde bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık evleri ve sağlık ocaklarından hastanelere yönelik olarak verileceğinden, 12. maddesinde hastanelerin ayakta ya da yatırarak tedavi edeceği hastaların asıl olarak sağlık ocakları tarafından sevk edilen hastalar

⁴⁴⁶ **Özdemir Oya/Ocaktan Esin/Akdur** Recep, “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2003, C. 56, S. 4, s. 208.

olacağından söz edilmiş olup, çevreye yönelik sağlık hizmetleri de Kanununun 33. maddesinde düzenlenmiştir. 224 sayılı Kanuna göre kişiler önce sağlık evine veya sağlık ocağına müracaat ederler. Sevk edilmeleri halinde sağlık merkezi ve hastanelerde tedavi görürler (224 md. 13). Sevk zincirine uyulduğunda kural olarak muayene, tedavi ve ilaç parasızdır (224 md. 14). Hastaların muhtaç olduğu ilaç ve tedavi vasıtaları görevli resmi sağlık kurumlarınca temin edilir (224 md. 15). Kişiler ücretini şahsen ödemek koşuluyla istediği sağlık personelini, müessesesini ve eczaneyi seçmek hakkına sahiptir (224 md. 5).

Aile hekimliğine geçilen illerde ise artık ilk başvuru yeri aile hekimleri olacaktır⁴⁴⁷. Ancak Sağlık Uygulama Tebliği'nin 2.1 maddesinde sağlık ocakları da aile hekimleri ile birlikte birinci basamak sağlık kuruluşları arasında sayılmıştır (SUT md. 2.1/a).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarından aile hekimliğine yönelişte hizmetin ücretsiz olarak sunulacak olmasının, süreci “pilot uygulama olmaktan” uzaklaştıracağı ifade edilmiş⁴⁴⁸, belli bir mekânda hizmet verecek aile hekimlerinin ayrıca yanlarında aile sağlığı elemanı da çalıştırmak suretiyle bunların birer aile hekimliği işletmesi olacakları belirtilerek eleştirilmiştir^{449, 450}.

⁴⁴⁷ Aile hekimliğinin; ekip hizmetini, sektörler arası eşgüdümü, birey sağlığının, toplumsal sağlıkla ilişkili olduğunu, sağlığı etkileyen koşulların bütün yaşamsal koşullar olduğunu ve sağlığın toplumsal boyutunu ihmal edeceği belirtilerek sağlık hizmeti örgütlenmesinde daha geri bir aşamayı yansıttığı ifade edilmektedir (Birinci Basamak ve Aile Hekimliği – TTB Görüşü, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, C. 10, S. 67, s. 73–77). Benzer görüşler için bkz; **Aksakoğlu** Gazanfer/**Kılıç** Bülent/**Uçku** Reyhan, “Aile Hekimliği Türkiye İçin Uygun Değildir”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 2003, C. 18, S. 4, s. 251–257.

⁴⁴⁸ **Pala** Kayıhan/**Yavuz** Cavit Işık, “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme: Düzce Örneği”, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 2005, C. 20, S. 3, s. 162–171.

⁴⁴⁹ **Hamzaoğlu**/**Yavuz**, s. 275–296.

⁴⁵⁰ Öte yandan, aile hekimliği modelinin sigorta sistemine dayalı yapay bir hekim modeli olduğu, nüfus tabanına dayalı olarak örgütlenmediği, ekip anlayışına uygun olmadığı, “kişiyeye yönelik koruyucu hizmet” anlayışının yanlış olduğu, pahalı bir sistem olduğu, olumlu rekabetin bulunmadığı bir model olarak ülkemiz için uygun olmayacağı da öne sürülmüştür (**Aksakoğlu**/**Kılıç**/**Uçku**, s. 251–257). Aksi bir yorum olarak, sağlık ocaklarında birinci basamak tanı, tedavi ve kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler konusunda uzmanlaşmış aile hekimlerinin çalışması, günümüzde maddi- manevi birçok nedenle büyük oranda atıl hale gelmiş bu yapıları yeniden sağlık sistemine kazandırılacağı düşününler de bulunmaktadır (**Görpeliöğlu** Süleyman, “Önerilen Aile Doktorluğu Modeli ve İnsan Kaynakları Değerlendirmesi (Sonuç Raporu)”, www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=4616, s. 35, 36, (24.05.2009)).

IV. AİLE HEKİMİ OLABİLMENİN ŞARTLARI

Öncelikle belirtmek gerekir ki, öğretilerde ve uluslararası literatürde de kabul gördüğü üzere, aile hekimliği herhangi bir “finansman sistemi” ya da “hizmet sunum organizasyon şekli” değil, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan bir “uzmanlık dalı” bir “tıp disiplini”dir⁴⁵¹. Dolayısıyla bundan sonraki açıklamalarımızı bu hususu dikkate alarak yapmayı uygun görmekteyiz.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’da yapılan aile hekimliği tanımında aile hekimi olabilmek için, tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip olmak gerektiği vurgulanmaktadır (5258 md. 2/I). Aynı şekilde, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimlerinde aranan nitelikleri şöyle hükme bağlamıştır:

- 1- Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili olmak,
- 2- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun⁴⁵² 48. maddesinin (A) bendinin 4., 5. ve 7. alt bentlerinde belirlenen şartları taşımak⁴⁵³ veya
- 3- Tıpta Uzmanlık Tüzüğü’ne göre aile hekimliği uzmanı olmak,
veya
- 4- Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip olmak
veya
- 5- Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan (uzman olmayan) tabip olmak (Ödeme Yön. md. 5).

⁴⁵¹ Pekcan/Uğurluoğlu, s. 822; Sözer, Organizasyon, s. 7; Tüzer/Görpeliöğlu, s. 850.

⁴⁵² 23.07.1965 tarih ve 12056 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

⁴⁵³ Kamu haklarından mahrum bulunmamak, Türk Ceza Kanununun 53 üncü maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı bir yıl veya daha fazla süreyle hapis cezasına ya da affa uğramış olsa bile devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, milli savunmaya karşı suçlar, devlet sırlarına karşı suçlar ve casusluk, zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından mahkûm olmamak. Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek akıl hastalığı bulunmamak (657 md. 48/A-4, 5, 7).

Kanun ve Yönetmelikte hükme bağlanan söz konusu düzenlemelerden, aile hekimi uzmanı ve aile hekimi şeklinde iki farklı kavram ortaya çıkmaktadır. *Birincisi*, 3 yıl hastanelerde, üniversitelerde, ilgili kanunlarla kendisine yetki verilen kurumlar tarafından eğitilerek uzmanlık belgesi almaya hak kazanmış aile hekimi uzmanları. *İkincisi*, sadece Sağlık Bakanlığı'nın verdiği eğitimleri alan diğer uzman hekimler veya pratisyen hekimler. Bu iki grup hekim de aile hekimi olabilmektedir. Ancak aile hekimliği bir uzmanlık dalı, bir tıp disiplini olarak kabul görmekte ise, aile hekimi uzmanı ile aile hekimini aynı değerlendirmem gerekmektedir. Şu anda Sağlık Bakanlığı geçici bir dönemde mevcut pratisyen hekimleri kısa bir eğitimden geçirerek aile hekimi yapmaya çalışmaktadır. Ancak, aile hekimliği uzmanlık alanı ülkemizde yeni olduğu için, ihtiyacı karşılayacak sayıda uzman hekim istihdam edebilmek mümkün görülmemektedir⁴⁵⁴. Anılan nedenle, 5258 sayılı Kanun'da uzman tabip veya (uzman olmayan) tabiplerin sözleşme yapılarak aile hekimi olarak çalıştırılabileceği kabul edilmiştir. Ancak sağlık hizmetlerinin sağlık ve yaşam hakkının sağlanması açısından önemi dikkate alındığında, aile hekimi uzmanı olmayan, sadece Sağlık Bakanlığı eğitimlerini alan uzman tabibi veya tabibi aile hekimi olarak kabul etmek kanaatimizce doğru bir yaklaşım değildir⁴⁵⁵.

Aile hekimi uzmanı olmayanların aile hekimi olabilmeleri için getirilen eğitim şartı, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'te hükme bağlanmıştır. Yönetmeliğin *eğitim* başlıklı 19. maddesine göre, aile hekimlerinin eğitimlerini iki aşama halinde sürdüreceği öngörülmüştür. Birinci aşama eğitim programı en çok on gündür. İkinci aşama eğitim, modüler eğitim tarzında birinci aşama eğitimin ardından başlar, süresi en az oniki aydır. İki aşamalı eğitimin süresi ve içeriği Bakanlık tarafından belirlenecektir.

Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir (Pilot Yön. md. 19/II). Bunun yanında aile hekimliği uzmanlarının,

⁴⁵⁴ Türkiye'de kapsamlı bir aile hekimliği uygulamasına geçmek için yaklaşık 20.000 aile hekimine ihtiyaç olduğu tahmin edilmektedir (**Belek/Kılıç**, s. 418; **Dilek**, s. 6). Kısa sürede bu kadar aile hekimi yetiştirmenin imkânsız olduğu düşünüldüğünde de, aile hekimliğine geçiş sürecinde pratisyen hekimlerin kısa bir eğitimden sonra aile hekimi olmasının kaçınılmaz olduğu savunulmuştur (**Algin Kürşat/Şahin İsmet/Top Mehmet**, "Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları Çözüm Önerileri", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 7, S. 3, 2004, s. 272; **Dilek**, s. 6).

⁴⁵⁵ Aynı doğrultuda bkz. **Güzel/Okur/Caniklioğlu**, s. 721; **Okur/Ergin**, s. 634.

uygulamaya yetkilendirilmiş diğer hekimlerle birlikte Bakanlıkça uygun görülen dönemlerde hizmet içi eğitime alınabileceği öngörülmüştür. Ayrıca aile sağlığı elemanları da Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabilmektedir (Pilot Yön. md. 19/III). Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu eğitimlerin en az % 80'ine katılmak zorundadır (Pilot Yön. md. 19/IV).

Eğitimin ilk aşaması olan on günlük süreçte aile hekimlerine, görevleri, hastayla iletişim, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri, sağlıkta örgütlenme ve finans modellerinin yapısı, hasta kayıt ve kodlama sistemleri konularında eğitimler verilmektedir⁴⁵⁶. Ayrıca kurs öncesi ve sonrasında adaylara ön test ve son test uygulanmakta olup, kursun sonunda belirli bir sınav öngörülmemiştir. Kursu başarıyla tamamlamanın tek şartı devam olarak belirlenmiş ve başarılı olup olmamayı sınavın herhangi bir ölçüt getirilmemiştir⁴⁵⁷. Nitekim eğitimin tamamına katılanlara başarılı olduklarını değil, sadece katılım sağladıklarını belgeleyen “**Uyum Programı Katılım Sertifikası**” adı altında bir sertifika verileceği öngörülmüştür⁴⁵⁸.

Eğitimin ikinci aşaması olan bir yıllık eğitim ise **görev yerinde** eğitim ve koçluk yöntemlerinin kullanılacağı bir süreci ifade etmektedir⁴⁵⁹. Bu eğitimi tamamlayan hekimlere de “**Aile Doktorluğu Sertifikası**” adı altında bir sertifika verileceği ifade edilmiştir⁴⁶⁰. Görev yerindeki bir eğitimden söz edildiğine göre, aile hekimi on günlük olan birinci aşama eğitimden sonra göreve başlamış olacak ve ikinci aşama eğitimi bundan sonra gerçekleşecektir. Yani aile hekimliği uzmanlık eğitimi almamış bir hekimin on günlük eğitim sonrasında aldığı sertifika ile aile hekimi olarak göreve başlaması söz konusudur. Paralel yönde bir düzenlemeyi Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usul ve Esaslar başlıklı EK-1

⁴⁵⁶ **Görpeliöğlü** Süleyman, “Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği, Amacı ve Yapısı”, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2004, s. 7, 8.

⁴⁵⁷ Kursa katılım şartları için bkz. **Görpeliöğlü**, s. 8; eleştirel bir yaklaşım için bkz. **Sözer**, Organizasyon, s. 8.

⁴⁵⁸ **Görpeliöğlü**, s. 8.

⁴⁵⁹ **Görpeliöğlü**, s. 7.

⁴⁶⁰ **Uğurlu** Mehmet/**Kasım** İsmail/**Korukluoğlu** Sinan/**Üstü** Yusuf/**Doğusan** Ahmet Reşat, “Aile Doktorluğunda Özlük Haklar”, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2004, s. 210.

düzenlemesinin 2. maddesinde görmekteyiz. Uyum Programı Katılım Sertifikası alan ve birinci aşama uyum eğitimi verdiğini belgeleyen uzman tabip veya tabiplerin, eğitici olarak katıldığı her bir eğitimin, Yönetmeliğin ekinde yer alan (EK-2)'deki tabloya göre ek puanlamaya tabi tutulacağı hükme bağlanmıştır. Söz konusu maddede sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimlerinin ilk yerleştirmelerinde uygulanacak esaslar belirlenmiş ve yine hekimin tabi tutulduğu on günlük eğitim, aile hekimi olabilmesi için yeterli görülmüş. Bunun yanında alınan her eğitimin puan olarak eklenmesi de düzenlenmiştir.

Pilot il olarak belirlenen İzmir ilinde, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından aile hekimliği uygulaması için belli tarihler içinde başvuru, belirlenmiş tarihlerde yerleştirme ve ardından görevlendirme yapılması amacıyla “İzmir İli Aile Hekimliği Yerleştirme ve Görevlendirme Yönergesi” hazırlanmıştır. Yönergenin, aile hekimliği eğitimi almamış hekimlerin geçici aile hekimi olarak görevlendirilmesini düzenleyen 10/3. maddesinde “görevlendirmelerde **eğitim şartı aranmaz ve gönüllü çalışmak isteyenlere öncelik verilir.**” kuralı kabul edilmiştir. Fevkalade yetersiz kalan 10 günlük eğitim alma koşulunu dahi kaldıran söz konusu yönerge, İzmir Tabip Odası'nın açtığı bir dava sonucu İzmir 2. İdare Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir⁴⁶¹. Ancak davalı İzmir Valiliği'nin temyiz etmiş olduğu karar Danıştay 5. Dairesi tarafından bozulmuştur⁴⁶². Tam metnine ulaşamadığımız Danıştay kararının gerekçesini, “İzmir İli Aile Hekimliği Yerleştirme ve Görevlendirme Yönergesi”nin 16.08.2007 günlü Valilik Olur yazısı ile yürürlükten kaldırılması nedeniyle davanın konusuz kalması oluşturmaktadır⁴⁶³.

⁴⁶¹ Kararın gerekçesinde, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 2. maddesinde aile hekimi uzmanlarının ve gerekli eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerin aile hekimi olabileceği düzenlendiğinden, üst düzenlemeye açıkça aykırılık teşkil etmesi sebebiyle Yönergenin söz konusu hükmü yönünden hukuka uygunluk görülmediği ifade edilmiştir (İzmir 2. İdare Mahkemesi, 24.10.2007 T., 2007/469 E., 2007/1594 K. sayılı karar). Aynı kararda, Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği gereği hesaplanacak olan aile hekimi atama hizmet puanlarının Hizmet Puanı İtiraz Komisyonunun Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergeye göre 1 Mayıs 2007'de hesaplanması gerekirken, İzmir İli Aile Hekimliği Yerleştirme ve Görevlendirme Yönergesi'ne göre 31 Mart-2 Nisan tarihleri arasında hesaplanmasına ilişkin kural (Md. 8/1) da iptal edilmiştir.

⁴⁶² Danıştay 5. Dairesi, 28.10.2008 T., 2008/262 E., 2008/5237 K. sayılı karar.

⁴⁶³ <http://www.izmirtabip.org.tr/default.asp?mid=1388> (13.05.2009).

Aile sağlığı elemanı olabilmek için ise, sağlık meslek liseleri veya yüksek öğrenim kurumlarının ebelik, hemşirelik veya sağlık memurluğu (toplum sağlığı) bölümlerinden mezun olmak gerekmektedir (Ödeme Yön. md. 5).

V. AİLE HEKİMLERİNİN STATÜLERİ

A. Genel Olarak

Çalışmamızda aile hekimleri ile ilgili düzenlemelerde aile hekimleri için belirlenen statüleri ve özelliklerine yer verildikten sonra söz konusu bilgiler ışığında aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının hangi statüde ve hangi tür sözleşme ile istihdam edildikleri konusu tartışılacaktır. Çünkü bu hususları tespit edebilmek için aile hekimleri ile ilgili yapılan düzenlemelerin ayrıntısıyla incelenmesi gerekmektedir.

Öncelikle belirtmek gerekir ki, aile hekimlerinin 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 8. maddesi ile çalışma esas ve usulleri ile tüm özlük haklarının Yönetmeliklerle düzenlenmesinin öngörülmesi karşısında, Anayasa'nın 128. maddesinde yer alan memurların ve diğer kamu görevlilerinin niteliklerinin, atanmalarının, görev ve yetkilerinin, hakları ve yükümlülüklerinin, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işlerinin kanunla düzenlenmesi kuralına aykırıdır.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un personelin statüsü ve mali haklarını düzenleyen 3. maddesinin 1. fıkrasında, **Sağlık Bakanlığı'nın** hekimlerle aile hekimliği sözleşmesi yapmaya yetkili olduğu düzenlenmiştir. Ayrıca aynı aile sağlığı merkezinde görev yapan her bir aile hekimi ayrı ayrı sözleşme yapmak zorundadır (Pilot Yön. md. 20/II).

Yukarıda da ifade edildiği üzere, aile hekimliği ile ilgili düzenlemeler ileride çıkarılacak genel sağlık sigortasına hazırlık olmak üzere getirilmiştir. Ancak 5258 sayılı Kanun ile daha sonra çıkarılan 5510 sayılı Kanun arasında uyumsuzluklar bulunmaktadır. Söz konusu uyumsuzluklardan biri, 5510 sayılı Kanunun 3. maddesinde yapılan aile hekimi tanımıdır. Tanıma göre, aile hekimi, Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve **Sosyal Güvenlik Kurumu**

ile sözleşme yapmış hekimdir (5510 md. 3/I-24). Oysa daha önce yürürlüğe giren 5258 sayılı Kanun, aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yapacaklarını düzenlemiştir. Pilot olarak aile hekimliğinin uygulandığı illerde de aile hekimleri Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yapmaktadır. Ancak, asıl olarak amaçlanan aile hekimlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapması ve buna bağlı olarak sistemin Genel Sağlık Sigortası'ndan finanse edilmesidir⁴⁶⁴. Pilot uygulama kapsamında sistem şimdilik Sağlık Bakanlığı bütçesinden finanse edilerek ücretsiz olmakla beraber, sistem tam olarak uygulandığında Genel Sağlık Sigortası'ndan finanse edilecektir. Nitekim, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmelik'inin geçiş hükümlerini düzenleyen geçici 1. maddesinin 8. fıkrası uyarınca, Sağlık Bakanlığı ile yapılan aile hekimliği sözleşmelerinin Kurumca aile hekimleri ile sözleşmeler yapılıncaya kadar geçerli kabul edileceği belirtilerek, sistemin Genel Sağlık Sigortası'na aktarılacağı öngörülmektedir. Sistem Genel Sağlık Sigortasına aktarıldıktan sonra, hastaların aile hekimliği hizmetlerinden yararlanabilmeleri için primlerini düzenli ödemeleri gerekecek, aksi takdirde hizmetten yararlanamayacaklardır.

Bir diğer tartışma konusu, Sağlık Bakanlığı'nın kimlerle aile hekimliği sözleşmesi yapacağı ve bunların statülerinin ne olacağı hususudur. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 3. maddesinin 2. fıkrasında kamu kurumlarından eleman temin edilememesi ve ihtiyaç duyulması halinde **kamu görevlisi olmayan** aile hekimi çalıştırılabilmesinin düzenlenmesi, aile hekimlerinin öncelikli olarak **kamu görevlileri** arasından çalıştırılacağı anlamına gelmektedir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usul ve Esaslar başlıklı EK-1 düzenlemesinin 2. maddesinde sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimlerini **kamu görevlisi olan** hekim ve uzman hekimlerden ayrıca, **kamu görevlisi olmayan** hekim ve uzman hekimlerden de bahsedilmektedir (Pilot Yön. Ek-1 md. 2). Bu durumdaki uzman hekim ve hekimlerle **Sağlık Bakanlığı'nın önerisi** ve **Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü** üzerine, aile hekimliği sözleşmesi yapılmaktadır (5258 md. 3/II).

⁴⁶⁴ **Ataay**, s. 175; **Okur**, Genel Sağlık Sigortası, s. 130; **Sözer**, Kimin Yararına, s. 30.

Aynı maddenin 1. fıkrasına göre, “Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı ... kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine ...**sözleşmeli olarak** çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelini aile hekimliği uygulamaları için **görevlendirmeye yetkilidir**” (5258 md. 3/I). Nitekim, aynı yönde bir düzenleme Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik’in 1. maddesinde de, Sağlık Bakanlığı’nca aile hekimleri ile sözleşme yapılacağı veya Sağlık Bakanlığı’nca uzman tabip/tabiplerin görevlendirileceği düzenlenmiştir (Ödeme Yön. md. 1). Aynı şekilde, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’in Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usul ve Esaslar başlıklı EK-1 düzenlemesinin 2. maddesinde sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimleri ile görevlendirme hususu ayrı ayrı ifade edilmiştir (Pilot Yön. Ek-1 md. 2/A, C).

Ayrıca 28.03.2007 tarih ve 5614 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun⁴⁶⁵ ile 7.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun ek 5. maddesine eklenen yeni bir fıkra ile aile hekimi ihtiyacının **kamu görevlisi olan hekimlerle sözleşme yapılması veya resen görevlendirilmeleri** suretiyle karşılanması ile ilgili şu yeni hüküm getirilmiştir: “Devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmakta olan personel, buldukları ilde sözleşmeli aile hekimi olarak çalıştırılabilirler veya ihtiyaç halinde aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilebilirler ...”.

Diğer bir grup istihdam edilen aile hekimi ise, kamu görevlisi olmayan, ancak Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Yasa’nın 48. maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan uzman tabip ve tabiptir (5258 md. 3/II). Bu kişiler Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabileceklerdir.

⁴⁶⁵ 04.04.2007 tarih ve 26483 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

Yukarıda ifade edilen düzenlemelerden üç sonuç ortaya çıkmaktadır. **İlk olarak**, kamu kurumlarında görevli hekimler talepte bulunarak ve kurumlarının da izinleri ile aile hekimi olarak ve **sözleşme** temeline dayanarak görev yapabileceklerdir. **İkinci olarak** ise, Sağlık Bakanlığı aile hekimi olabilecek niteliklere sahip personelini bu göreve **resen** atayabilecektir⁴⁶⁶. **Üçünü olarak** da, **kamu görevlisi olmayan** hekimler, kendi istekleri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yaparak aile hekimi olabileceklerdir.

5258 sayılı Kanun'un 3. maddesinde aile hekimlerinin statülerini belirleye(meye)n ve üzerinde durulması gereken bir ifade kullanılmıştır. Şöyle ki, kamu görevlisi olan aile hekiminin statüsü, “657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine **bağlı olmaksızın** sözleşmeli olarak çalıştırılacak hekim” olarak tanımlanmaktadır (5258 md. 3/I). Hemen belirtmek gerekir ki, Anayasa'nın 128. maddesi, “Devletin yürütmekle görevli olduğu kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eli ile yürütülür” hükmünü getirmiştir. Ayrıca kamu görevlilerinin nitelikleri, atanması, görev ve yetkileri, hak ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ile diğer özlük işlerinin kanunla düzenleneceği de ifade edilmiştir. Bunun yanında, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 5. maddesi gereği, kamu görevlileri ancak bu Kanunda tanımlanan biçimlerde çalıştırılabilmektedir⁴⁶⁷. 5258 sayılı Kanun'da, “657 sayılı Kanun'a bağlı olmaksızın” denmekle, kanuna ve Anayasa'ya aykırı bir düzenleme yapılmaktadır. Netice itibariyle, Kanundaki söz konusu düzenlemelerden aile hekimleri hukukî statüsü belirsiz bir konuma getirilmiştir.

Hukukumuzda karşılığı bulunmayan bir statü öngören yukarıdaki maddenin ve devamla 6. maddede yer alan, “aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda

⁴⁶⁶ Sözer, Organizasyon, s. 9.

⁴⁶⁷ 657 sayılı Kanun'un 5. maddesinde, bu Kanuna tabi kurumların, 4. maddede yazılı dört istihdam şekli dışında personel çalıştırmayacakları düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı da genel bütçeli kurumlar içinde sayıldığından 657 sayılı Kanun'un 1. maddesine göre bu Kanuna tabi bir kurumdur ve 4. maddedeki dört istihdam şeklinden birine göre personel çalıştırmalıdır. 4. maddedeki istihdam şekilleri şunlardır: memur, sözleşmeli personel, geçici personel, işçi.

devlet memurları gibi kabul edilirler” hükmünün bir arada uyumlu bir şekilde hukuk içinde irdelenmesi çok zordur. Mevcut düzenleme, aile hekimlerini *statüsüz* bir konuma sokmakta, onlara uygulanacak hukuku da belirsiz bırakmaktadır. Aile hekimlerinin sağlık hizmeti sunduğu ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak sözleşme ile çalıştıkları düşünüldüğünde, aşağıda ayrıntıları ile incelenecek olan sözleşmeli personel statüsünün aile hekimlerinin istihdam biçimlerine daha uygun olduğu ifade edilebilir.

Çalışmamızın bu bölümünde, aile hekimlerini sınıflandırarak, statüleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi vermeye çalışacağız.

B. Kamu Görevlisi Olan Ve Sözleşme İle Çalışan Hekim Ve Uzman Hekimler

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un 3. maddesinde, *“Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. Bu personel, talepleri halinde eski görevlerine atanırlar ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilir.”* hükmü getirilmiştir (5258 md. 3/III). Söz konusu hükümde, kamu görevlisi olup daha sonra sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmaya başlayanlar için **kadroları ile ilişkilerinin süreceği**, bir *“aylıksız veya ücretsiz izinli”* statüsü oluşturulacağı, **talepleri halinde eski görevlerine atanacakları** ve sözleşmeli sürelerinin intibaklarının yapılacağı belirtilmektedir⁴⁶⁸. Aile Hekimliği Pilot

⁴⁶⁸ Ağustos 2005’te kamu sendikalarına dağıtılan “Kamu Personeli Kanun Tasarı Taslağı” 53. maddesi ile kadrosu kaldırılan memurların en geç 6 ay içinde kendi kurumlarında niteliklerine uygun kadroya atanacağı veya aynı pozisyonda olmak üzere kurumlarında olanak yoksa başka bir kurumda olmak üzere görevlendirileceği ve geçici 1. maddesi ile, kadrolar herhangi bir nedenle boşaldığında başka işleme gerek kalmaksızın iptal edilmiş sayılacağı düzenlenmektedir. Bu taslak, bu hali ile yasalaştığı takdirde, boşalmış bulunan kadroların iptali sonucu, aile hekimliğini “sözleşmeli” yapmayı kabul eden devlet memuru bir sağlık ocağı hekiminin ilişkisinin süreceği bir kadrosu kalmayacağından, geri dönme talebi halinde kadrosu ve buna bağlı haklarının korunacağına ilişkin düzenleme, gerçeği ifade etmemekteydi. Ancak 24.03.2007 tarih ve 26472 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’in 13. maddesinin 3. fıkrasında yapılan değişikliğe göre memur, aile hekimliği uygulaması nedeniyle ücretsiz izne ayrıldığı birimin kaldırılması halinde bu birimin bulunduğu İlçe Sağlık Grup Başkanlığına atanır. Böylece hekimin geri döndüğü aynı kadro görev yerinde kalmama hali olanaklı hale getirilmiştir. Bir başka deyişle, dayanağı 5258 sayılı Kanun’da ve Yönetmelik’in eski halinde, açıkça bir düzenleme olmamakla, görünürde bir **güvence** verilirken, son değişiklik ile bu durum değiştirilmiştir. *“Memuriyet görevine geri dönen personelin”*,

Uygulamasý Hakkýnda Yönetmelik'in 13. maddesi de, sözleşmeli aile hekimlerinin bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarından ücretsiz izinli sayýlacaklarını ve kadroları ile ilişkilerinin devam edeceğini düzenleyerek Kanun ile paralel bir düzenleme getirmiştir (Pilot Yön. md. 13/I).

Devlet Memurları Kanunu'nun 108. maddesinde tek tek sayılan ücretsiz izin alabilecek memurların derece, kademeleri ve kıdemleri ile ilgili hakları, Devlet Memurları Kanunu'nda ayrı maddelerde ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Özel kanunlarla ikinci görev olarak sözleşmeli çalıştırılabilecekleri düzenlenen memurlar hakkında da Devlet Memurları Kanunu'nda (örneğin 657 ek geçici md. 47) düzenlemeler bulunmaktadır. Ancak, Devlet Memurları Kanunu'nda böyle bir düzenleme olmaksızın aile hekimlerine sözleşmeli statüde geçen süreleri için derece ve kademe verilmesine ilişkin Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 3. maddesindeki düzenlemenin kanaatimizce uygulanabilirliği tartışmalıdır. Çünkü, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu genel nitelikli olup tüm memurlara uygulanabilen bir kanundur. Yine Devlet Memurları Kanunu'nun 64. ve 68. maddelerinde kademe ve derecede ilerleme şartları arasında o yıl içinde olumlu sicil almış olma düzenlenmektedir. Ancak Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'da ve ilgili yönetmeliklerde aile hekimlerine sicil doldurulmasına ilişkin hiçbir düzenleme bulunmamaktadır. Ayrıca, ücretsiz izinli memura sicil doldurulup doldurulamayacağı hususunda da mevzuatta bir açıklık bulunmamaktadır. Bu durumda derece ve kademe ilerlemelerinin nasıl yapılacağı da belirsizleşmektedir.

Kamu görevlisi statüsünde çalışırken Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yaparak aile hekimi olan bu hekimlerin, kadroları karşılık gösterilen sözleşmeli personel statüsünde çalıştırıldıklarına şüphe yoktur. Zaten kamu görevlisi olan hekimlerin sözleşmeli personel niteliğindeki kamu görevlisi olarak kalmaya devam etmeyip, işçi veya geçici personel statüsünde olduklarını savunmak hukuka uygun olmayacaktır. Ancak, bu noktada tereddüt yaratan husus, yukarıda da söz edildiği üzere, bu hekimlerin 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na bağlı olmayacaklarının 5258

aynı il içinde personel dağılım cetveline göre açık olan ve doluluk oranlarına göre ihtiyaç duyulan bir yere; **"ilk 30 günde ve İl Sağlık Müdürlüğünün uygun görmesi halinde"** ancak yer **değiştirme suretiyle atanabileceği, daha sonra ise; "Bakanlık atama ve nakil mevzuatına tabi olacağı"** düzenlenmektedir.

sayılı Kanun ile düzenlenmiş olmasıdır (5258 md. 3/I). Ancak, aşağıda statülerini belirlerken yapacağımız açıklamalar ışığında bu düzenlemenin, aile hekimlerinin kamu görevlisi niteliğindeki sözleşmeli personel statülerini etkilemeyeceğini göreceğiz.

C. Kamu Görevlisi Olan Ve Resen Görevlendirilen Hekim Ve Uzman Hekimler

5258 sayılı Kanun'un 3. maddesinin 1. fıkrasında yer alan "*Sağlık Bakanlığı... Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye yetkilidir*" hükmü ile Bakanlığın resen aile hekimi olmaya elverişli personelinin göreve atayabileceği düzenlenmiştir. Aynı maddenin 4. fıkrasında ise, "*Kadroya bağlı olarak veya sözleşmeli personel pozisyonlarında görev yapan personelden Sağlık Bakanlığınca... görevlendirilenler...*" den bahsedilmektedir (5258 md. 3/IV). Pilot ilde boş aile hekimi pozisyonları bulunması halinde, görevlendirme suretiyle sözleşmeli aile hekimi çalıştırılabileceği hususu Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in atama ve nakillerle ilgili usul ve esasları düzenleyen ek-1'in 2. maddesinde de düzenlenmiştir (Pilot Yön. ek-1 md. 2/C).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik görevlendirme suretiyle istihdam edilen aile hekimliğini iki şekilde düzenlemiştir. *Birincisi*, pilot il içinden görevlendirme yapılabilmektedir ve bu görevlendirme aynı ilçe içerisinde ise görevlendirme hiçbir süre sınırlamasına tabi tutulmamıştır. *İkinci olarak*, farklı ilçeden görevlendirme yapılabilmektedir. Ancak bu görevlendirme de personelin rızası olmadan altı ayı geçemeyecek şekilde düzenlenmiştir (Pilot Yön. ek-1 md. 2/C).

5258 sayılı Kanun'un 3. maddesinin 4. fıkrasındaki düzenleme uyarınca, resen görevlendirilen personel, kadroya bağlı çalışan devlet memuru ise kadroya, şayet sözleşmeli personel olarak çalışmakta ise, sözleşmeli personel statüsüne bağlı kalmaya devam etmektedir. Görevlendirilerek çalıştırılacak personelin statüsünün "geçici personel" kapsamında değerlendirilmesi hususu aşağıda incelenmektedir.

D. Kamu Görevlisi Olmayan Ve Sözleşme İle Çalışan Hekim Ve Uzman Hekimler

5258 sayılı Kanununun 3. maddesinin 2. fıkrasında, kamu personelinden sözleşmeli çalıştırmak üzere eleman temin edilememesi halinde görevlendirme yapılabileceği, ihtiyaç duyulması halinde kamu görevlisi olmayan kişilerin çalıştırılabileceği düzenlenmektedir (5258 md. 3/II). Bu durumda, pilot ilde boş aile hekimi pozisyonları bulunması halinde, Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip sözleşmeli aile hekimi istihdam edilebilmektedir.

E. Aile Sağlığı Elemanları

Aile sağlığı elemanlarının statüsü de aynı hükümlere tabidir. Kamu kurumlarında çalışan aile sağlığı elemanı, aile hekimi tarafından belirlenerek ve Sağlık Bakanlığı’na da uygun görülerek personel arasından seçilir ve sözleşmeli olarak çalıştırılır. Aile hekimlerinde de olduğu gibi, yeterli eleman temini sağlanamadığında, Sağlık Bakanlığı kendi personelini bu hizmetler için resen göreve atayabilmektedir (5258 md. 3/II). Aynı maddede kamu görevlisi olmayan aile sağlığı elemanlarından söz edilmiştir. Söz konusu maddeye göre, kamu kurumlarından eleman temin edilememesi ve ihtiyaç duyulması halinde **kamu görevlisi olmayan** aile sağlığı elemanı çalıştırılabilecektir. Anılan durumdaki aile sağlığı elemanları ile **Sağlık Bakanlığı’nın önerisi** ve **Maliye Bakanlığı’nın uygun görüşü** üzerine, sözleşme yapılmaktadır (5258 md. 3/II).

Yasal düzenlemelerden ortaya çıkan sonuca göre, aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının hukukî statülerini aşağıdaki tabloda özetlemek mümkündür.

Tablo 6: Aile Hekimlerinin İstihdam Şekilleri.

Aile Hekimlerinin İstihdam Şekilleri		
Kamu Görevlisi Olan Aile Hekimi		Kamu Görevlisi Olmayan Aile Hekimi
Sözleşme ile	Resen (Görevlendirme)	Sözleşme ile
Aylıksız Ücretsiz İzinli Talepleri halinde eski göreve atanma	Kadroya bağlı kalır (Memur veya Sözleşmeli Personel)	Sözleşmeli Personel

VI. AİLE HEKİMLERİNİN İDARE HUKUKU BAKIMINDAN KONUMLARI

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının hukukî statülerini belirlemeden önce, 657 sayılı Kanuna tabi kurumlardaki istihdam şekillerini açıklamak ve aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının bunlardan hangisinin kapsamına girdiğini belirlemek gerekmektedir. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının statülerini belirlerken yapmış oldukları sözleşmelerin de hukukî niteliğini belirleme gereği hasıl olmaktadır. Aile hekimliği ile ilgili düzenlemelerdeki çelişkiler aile hekimlerinin statüleri hakkında tereddütlere neden olmaktadır. Aile hekimlerinin hukukî statüleri konusunun açıklığa kavuşabilmesi için, öncelikle mevzuatımızda düzenlenen istihdam şekillerine yer vereceğiz. Çalışmamızda bundan sonra yapılacak olan açıklamalar, aksi belirtilmediği sürece, aile sağlığı elemanı için de geçerli olacaktır. Karışıklığa ve tekrara sebebiyet vermemek açısından, açıklamalarımızda iki kavram yerine sadece aile hekiminden söz edilecektir.

A. Aile Hekimlerinin İstihdam Şekilleri

1. Genel Olarak

Hukuk sistemimizde temel olarak, memur, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçiler olmak üzere dört tür istihdam şekli bulunmaktadır. Ancak,

konumuzun özelliği gereği, aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı ile sözleşme akdettiği ve kamu hizmeti niteliğindeki bir hizmeti ifa ettiği düşünüldüğünde, aile hekimlerinin kamu görevlisi olup olmadıklarının sorgulanması gerekmektedir.

Bu noktadan hareketle kamu görevlisi tanımı ve türlerini açıklamak uygun olacaktır. Doktrinde ifade edilen sınıflandırma uyarınca, kamu görevlileri genel olarak dörde ayrılmaktadır⁴⁶⁹:

Geniş anlamda kamu görevlisi: Kamu sektöründe çalışan bütün kişileri ve Devletin bütün organlarında görev yapan herkesi kapsamaktadır. Bu kapsama, kamu tüzel kişilerinde (devlet, mahallî idareler, kamu kurumlarında) gerek kamu hukukuna tabi olarak çalışan memur, sözleşmeli personel, geçici personel, gerek özel hukuka tabi olarak çalışan işçiler girmektedir.

Dar anlamda kamu görevlisi: Devletin siyasal yapısını oluşturan organlardaki görevlilerle, özel hukuk hükümlerine tabi olarak çalışanlar dışında kalanları kapsamaktadır. Bu kapsama, memurlar ve diğer kamu görevlileri girmektedir.

Kamu görevlileri ile kamu görevlisi olmayanların birbirlerinden ayrılmasının en önemli sonucu iki istihdam şeklinin tabi olduğu hukukun ve buna bağlı olarak uyuşmazlık çıktığında uygulanacak hukukun farklı olmasıdır. Bu sebeple, aile hekimlerinin de hangi istihdam şekli ile istihdam edildiklerini belirlemek önemlidir. Çünkü, kamu görevlileri idare hukukuna tabi iken, kamu görevlisi olmayanlar özel hukuka tabidir. Kamu görevlilerine ilişkin uyuşmazlıklar idarî yargıda karara bağlanırken, kamu görevlisi olmayanlar, yani işçilere ilişkin uyuşmazlıklar adli yargıda çözümlenmektedir.

Kamu görevlisinin tanımını yapabilmek için Anayasa'nın 128. maddesini incelemek gerekmektedir. "*Kamu hizmeti görevlileriyle ilgili hükümler*" başlığını

⁴⁶⁹ **Akgüner** Tayfun, Kamu Personel Yönetimi, 3. Bası, İstanbul 1998, s. 28-30; **Eryılmaz** Bilal, Kamu Yönetimi, İstanbul 2007, s. 273, 274; **Giritli İsmet/Bilgen** Pertev/**Akgüner** Tayfun, İdare Hukuku, Ankara 2008, s. 433, 434; **Gözler** Kemal, İdare Hukuku, C. II, Bursa 2003, s. 553-555; **Gözübüyük Şeref/Tan** Turgut, İdare Hukuku Genel Esaslar, C. I, Ankara 2008, s. 737; **Günday** Metin, İdare Hukuku, 6. Bası, Ankara 2002, s. 504; **Kanlıgöz** Cihan, "1982 Anayasasına Göre Kamu Görevlisi Kavramının Anlam ve Kapsamı", AÜHFD, C. 43, S. 1-4, 1993, s. 180-187; **Sancakdar** Oğuz, Disiplin Yaptırımı Olarak Devlet Memuriyetinden Çıkarma ve Yargısal Denetimi, Ankara 2001, s. 53-57.

taşıyan Anayasa'nın 128. maddesinin 1. fıkrası şöyledir: “Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür” (Any. md. 128/I). Söz konusu maddeden kamu görevlileri tanımı ile ilgili üç şart ortaya çıkmaktadır:

- Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişilerinde çalışma.
- Genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetlerinde çalışma.
- Aslı ve sürekli görevleri görme.

Ancak sayılan bu şartlar, madde metninin lafzından da anlaşılacağı gibi, kamu görevlisi tanımının şartları olmayıp, kamu görevlisi tarafından yapılması gereken görevlerin şartlarıdır. Bu şartları taşıyan görevler “*kamu görevlileri eliyle görülür*” denmektedir⁴⁷⁰. Söz konusu şartları açıklayarak aile hekimlerinin gördükleri hizmetlerin bu şartları taşıyıp taşımadığını irdelemek gerekmektedir. Hizmetin niteliği belirlendikten sonra, aile hekimlerinin kamu görevlisi olup olmayacağını incelemek yerinde olacaktır. Çünkü, kamu görevlisi bir üst kavramdır ve işçi dışındaki istihdam şekillerini kapsamaktadır.

1) Öncelikle Anayasa'nın 128. maddesinin 1. fıkrasına göre bir hizmetin kamu görevlileri eliyle görülmesi gereken bir hizmet olabilmesi için *ilk şart*, hizmetin devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişilerinin yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti olmasıdır.

2) *İkinci şart*, söz konusu kamu hizmetinin “*genel idare esasları*”na göre yürütülmesidir. Genel idare esasları kavramı doktrinde açıklığa kavuşturulmamıştır. Ancak *Bakırcı*, genel idare esaslarına göre faaliyet kavramını, bir kısım kamu hizmetlerinin hukuksal rejimlerini belirleyen bir kavram olarak tanımlamıştır⁴⁷¹.

⁴⁷⁰ **Akgüner**, s. 29; **Eryılmaz**, s. 274; **Giritli/Bilgen/Akgüner**, s. 434; **Gözler**, C. II, 559; **Gözübüyük/Tan**, s. 745; **Kanlıgöz**, s. 175; **Sancakdar**, s. 54; **Ulucan Devrim/Sağlam Fazıl**, “Özelleştirme Kapsamına Alınan KİT’lerde Çalışan Personel ile İlgili Sorunlar (bir Uyuşmazlık Mahkemesi Kararının THY Özelinde Değerlendirilmesi)”, Nuri Çelik’e Armağan, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, C. II, İstanbul 2001, s. 1418.

⁴⁷¹ **Bakırcı Kadriye**, Kamu İktisadi Teşebbüslerinde Sözleşmeli Personel Sorunu, İstanbul 1992, s. 36.

Bunun yanında genel idare esasları, kamu hizmetlerinin kamusal yönetim biçimini tanımlayan bir kavram olarak da ifade edilmiştir⁴⁷².

Konumuzla da ilgili olması sebebiyle “genel idare esasları” kavramını kullanan Anayasa Mahkemesi’nin bir kararına yer vermek gerekmektedir. Anayasa Mahkemesi, 19.04.1988 tarih ve 1987/16 E., 1988/8 K. sayılı kararında 7.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 5. maddesi uyarınca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kararıyla “kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine” dönüştürülmesi öngörülen sağlık kuruluşlarının yürüttüğü hizmetin “genel idare esaslarına göre yürütülen bir kamu hizmeti” olduğuna aşağıdaki gerekçeyle karar vermiştir:

“...sözleşmeli personel çalıştırması öngörülen kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmelerinin, görevlerini, genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü kurumlardan sayılıp sayılmayacağına saptanması uygun olacaktır... 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda değişiklik yapan 15.5.1975 günlü, 1897 sayılı Yasanın 5. maddesi gereğince Bakanlar Kurulu’nca çıkarılan 26.11.1975 günlü, 7/10986 sayılı Kararname’de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, devlete verilen aslı ve sürekli görevleri genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü kurumlar arasında gösterildiğinden, bu bakanlığın yönetim ve denetiminde bulunan ve yer alan, sağlık işletmeleri de bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerini genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü kuruluşlardan sayılmalıdır”⁴⁷³. Aslında bu kararda da genel idare esasları tam olarak tanımlanmamış, Bakanlar Kurulu Kararnamesine (26.11.1975 günlü, 7/10986 sayılı) atıf yapılarak belirlenmiştir⁴⁷⁴. Anayasa Mahkemesi, sağlık işletmelerinin kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerini genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğunu takdir etmiştir. Bu karardan hareketle, aile hekimliği hizmetinin de sağlık hizmeti olduğu

⁴⁷² Bakırcı, s. 36; Gözübüyük/Tan, s. 745.

⁴⁷³ Anayasa Mahkemesi, 19.04.1988 tarih ve 1987/16 E., 1988/8 K. sayılı kararı, Anayasa Mahkemesi Kararlar Dergisi, S. 24, s. 117-118.

⁴⁷⁴ Karahanoğulları tarafından, Anayasa’da yer alan bir kavramın içeriğinin kararnameye başvurularak tanımlanmasının eleştiriye açık bir husus olduğu vurgulanmıştır (Karahanoğulları Onur, Kamu Hizmeti, Ankara 2004, s. 180).

düşünüldüğünde, Sağlık Bakanlığı'nın bu hizmeti genel idare esaslarına göre yürütmesi gerektiği belirtilmelidir.

“Genel idare esasları” kavramının açıklayıcı olması açısından karşıt kavramı olan “*özel işletmecilik esasları*” kavramından hareket yerinde olacaktır⁴⁷⁵. İktisadî kamu hizmetleri özel işletmecilik esaslarına göre işletilmekte ve bu hizmetlerde kamu görevlisi niteliğinde olmayan, işçi statüsündeki personel çalıştırılmaktadır⁴⁷⁶. Ayrıca iktisadî kamu hizmetleri özel hukuk rejimine tabidir. Buna karşılık genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri kamu hukuku rejimine tabidir ve söz konusu kamu hizmetleri kamu görevlilerine gördürülür.

3) Anayasa'nın 128. maddesinin 1. fıkrasına göre, bir hizmetin mutlaka kamu görevlisi olanlar tarafından görülebilen bir hizmet olabilmesi için gerekli olan *üçüncü şart*, bu hizmetin “*aslî ve sürekli*” nitelikte bir kamu görevi olmasıdır. Kamu hizmetinin aslî nitelik taşıması, o hizmetin yardımcı hizmet olmaması anlamına gelmektedir⁴⁷⁷. Ayrıca kamu hizmetine ilişkin bu görevin aslî ve sürekli olmasından anlaşılması gerekenin, o görevin bir **kadroya bağlanmış** olması olduğu da belirtilmiştir⁴⁷⁸. Kamu görevlileri tarafından yürütülmesi gerekli olan görevlerin sürekli nitelikte olması gerekliliği de bulunmaktadır. Buradan anlaşılması gereken, görevin nitelik itibarıyla sürekli oluşudur. Yani istihdam edilen personelle belirli bir süre için sözleşme yapılması, o personelce görülen görevin niteliğinin süreli olduğunu göstermemektedir⁴⁷⁹. Bu nitelikteki görevlere örnek olarak, idarenin belli bir davayı takip etmek için tuttuğu avukatın, idarenin sağlık taraması için belli bir

⁴⁷⁵ **Gözler**, C. II, s. 240-249, 564; **Karahanoğulları**, s. 179-187.

⁴⁷⁶ Bununla beraber, iktisadi kamu hizmetleri kanunla veya kanunun açıkça verdiği yetkiye dayanılarak bir idarî işlemle kurulur. Malvarlıkları Devletçe veya kamu tüzelkişiliklerince sağlanır ve kamu malı niteliğindedir. Personelinin bir bölümü de idare ajanıdır. Her ne kadar bu hizmetlerin amacı kâr ve kazanç sağlamaksa da, bu hizmetlerin asıl amacı kâr elde etmek değil ve fakat toplumsal gereksinimleri karşılamak suretiyle kamu yararını sağlamaktır (**Günday**, s. 291, 292; **Serim**, s. 44).

⁴⁷⁷ **Gözler**, C. II, s. 566; **Gözübüyük/Tan**, s. 748.

⁴⁷⁸ **Günday**, s. 507.

⁴⁷⁹ Nitekim bu durum eski tarihli bir Anayasa Mahkemesi kararında “... *Asli ve sürekli görevlerde çalıştırılanların, çalıştırma biçimi sözleşmeli de olsa, kamu görevlisi sayılmaları gerekir...*” biçiminde belirtilmiştir (25.10.1969 tarih ve 1967/41 E., 1969/57 K. sayılı karar, **Serim** Bülent, Öğretide Yargı Kararlarında ve Uygulamada Sözleşmeli Personel, Ankara 1987, s. 99).

süreyle çalıştırdığı doktorun ifa ettiği görevler gösterilebilir⁴⁸⁰. Bu kişilerin ifa ettikleri görevler “sürekli nitelikteki görevler” olmadıkları için bunların kamu görevlisi sayılmasını gerektirecek anayasal bir zorunluluk bulunmamaktadır.

Yukarıda ifade edilen üç şartın bir arada bulunduğu bir görev söz konusu ise bu görevin mutlaka kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gerekmektedir. Çünkü, bu özellikleri haiz bir iş özel hukuk rejimine tabi bir işçiye gördürülmez. Zira, bu nitelikteki bir iş, kamu tüzel kişisinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu aslî ve sürekli nitelikte bir iştir.

Anayasa'nın 128. maddesi, yürütmekle yükümlü olunan kamu hizmetlerinin gerektiği görevlerden söz ederken, kamu hizmetleriyle bağlantı kurmuş, hizmetlerin nitelik yönünden ayrılık taşıyacağı düşüncesinden hareketle devleti, kamu iktisadî teşebbüslerini ve diğer kamu tüzel kişilerini ayrı ayrı saymışsa da, hepsinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları hizmetleri kamu hizmeti olarak kabul etmiş ve bu hizmetleri görenlerin ancak memur ve diğer kamu görevlileri olabileceğini belirtmiştir.

Aile hekimleri tarafından görülen işin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olunan bir kamu hizmeti olduğunu belirttikten sonra, aslî ve sürekli nitelikte bir iş olup olmadığını da incelemek gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı, devlete verilen aslî ve sürekli görevleri genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlüdür. Nitekim, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 6. maddesinde, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülkî idare ve sağlık idaresinin denetimine tâbi olacağı düzenlenmiştir. Bakanlığın yönetim ve denetiminde bulunan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yürüttüğü hizmetlerin de, genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü hizmetlerinden olduğuna tereddüt bulunmamaktadır. Anayasa Mahkemesi'nin bir kararında da toplumsal yaşamın zorunlu gereksinimlerinden olan düzenlilik ve süreklilik isteyen

⁴⁸⁰ Gözler, C. II, s. 566.

sağlık hizmetini, niteliği gereği aslî ve sürekli bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmektedir⁴⁸¹.

Aile hekimliği hizmetlerinin yukarıda açıklanan kapsamda aslî ve sürekli nitelikte bir hizmet olduğunu belirlemek için hizmetin özelliklerine değinmek gerekmektedir. 5258 sayılı Kanun'a göre aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca sunulacak hizmetler, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği hizmetlerini, pilot olarak belirleyeceği illerde görevlendireceği ya da sözleşmeli olarak çalıştıracığı personel eliyle yürütmektedir. Bu hizmetlerin niteliği itibariyle belli bir düzenlilik ve süreklilik içinde sunulması gerekmektedir. Kişilerin ve dolayısıyla aile ve toplumun varlığı ve huzuru yönünden vazgeçilmez, ertelenemez ve ikame edilemez hizmetler olması, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının bu hizmetleri kapsamlı ve devamlı olarak sunma yükümlülükleri olduğunu göstermektedir. Ayrıca, aile hekimleri aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen illerde bu hizmetlerin ücretsiz olarak verilmektedir. Kişilerin bu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerinin aile hekimlerine kayıt olmalarına bağlı olması ve bu illerde aile hekimliği kapsamındaki hizmetlerin sadece aile hekimlerince sunulması, birinci basamakta düzenlenmesi öngörülen her türlü reçete, rapor ve sevklerin ve diğer resmi belgelerin, aile hekimleri tarafından düzenlenmesi, birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevklerin aile hekimlerince yapılması, söz konusu kamu hizmetinin aslî ve sürekli nitelikte olduğunu da göstermektedir.

Devletin aslî ve sürekli görevlerinden olduğu şüphe götürmeyen aile hekimliği ve aile sağlığı hizmetinin memur veya diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi Anayasal zorunluluk olduğuna göre, aile hekimlerinin statülerini belirleyebilmek için kamu görevlilerinin türlerini ve kamu görevlisinin tanımını incelemek gerekecektir.

⁴⁸¹ AMK., 21.02.2008 T., 2005/10 E., 2008/63 K. (RG. 07.11.2008 T., 27047 S.).

a. Anayasa'nın 128. maddesinin kamu görevlileri sınıflandırmasına etkisi

Anayasa'nın 128. maddesinde düzenlenen söz konusu hükümde yer alan, “diğer kamu görevlileri” ifadesi, 1961 Anayasası'nda bulunmayan bir kavram olarak 1982 Anayasası'nda karşımıza çıkmaktadır. Bu kavramın açıklığa kavuşturulması aile hekimlerinin statülerini belirlemek açısından son derece önem taşımaktadır. Çünkü, aile hekimlerinin Anayasa'nın “diğer kamu görevlileri” içinde kabul edilmesi, devletin genel idare esaslarına göre yürütülecek olan aslî ve sürekli görevlilerinden sayılan sağlık hizmetlerini kamu görevlisi olarak aile hekimleri tarafından görülmesini anayasal bir zemine oturtacaktır.

Duran, Anayasa'nın bu hükmünde memur tanımının yapılmadığını “genel idare esasları” ile “özel yönetim usulü”nün birbirine karıştırıldığını kabul etmekte, ancak, 128. madde hükmünün, kamu kesiminde işçi niteliği taşımayan bütün öteki personeli “diğer kamu görevlileri” kapsamı içinde düşündüğünü ifade etmektedir⁴⁸².

Güran ise, “diğer kamu görevlileri”nin kapsamının oldukça dar olduğunu kabul ederek, 128. maddede memur tanımının yapılmış olduğu görüşünü savunmuştur. 128. maddenin 1. fıkrasına göre yapılan görevler, hem “genel idare”, yani “kamusal yönetim” usullerine göre yürütülen, hem de “aslî ve sürekli” nitelikte bulunan görevlerdir. *Güran'a* göre, “diğer kamu görevlileri”, ancak idare ile “kamu

⁴⁸² **Duran** Lütfi, “Anayasa Mahkemesine Göre Türkiye'nin Hukukî Düzeni (II)”, Amme İdaresi Dergisi, C. 19, S. 2, s. 18. Bunun karşılığında *Duran*, kamu kurumlarında çalışan bazı personeli “kamu personeli” ya da “kamu ajanı” olarak kabul ettiği halde, bunların Anayasa'nın 128. maddesindeki anlamda “memur” ya da “kamu görevlisi” sayılamayacağı düşüncesindedir. *Duran'a* göre, “Adalet Bakanlığı personelinden üst kademe yöneticisi olanlar, hakim ve savcılar arasından görevlendirilirler ve bunlar, Anayasa'nın 140. maddesi gereğince statüsü özel bir yasayla düzenlenmiş bulunan *ayrı bir meslek* oluştururlar. Bunun gibi Silahlı Kuvvetler personeli de, Anayasa'nın 117. ve 145. maddeleri uyarınca *kendine özgü statülere sahip değişik bir kamu personeli* kategorisindedir. Cumhurbaşkanlığı Genel Sekreterliği'nde çalışanlar, Anayasa'nın 107. maddesine göre, Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile düzenlenen *başka bir personel grubudur*. Nihayet, T.B.M.M. Başkanlık Teşkilatı'nın memurları Anayasa'nın 95. maddesi hükmünce Meclis *İçtüzüğü çerçevesinde* yer alması gereken hükümlerle *düzenlenen statüye tabidirler* (**Duran**, s. 18). *Duran*, yukarıda sayılan kişileri geniş anlamda kamu görevlisi kavramı içinde düşünmekte, ancak hiçbirinin Anayasa'nın 128. maddesi anlamında ne “memur” ne de “diğer kamu görevlisi” olabildiklerini vurgulamaktadır. Kanımızca, *Duran* memurla ve diğer kamu görevlileri sınıflandırması dışında “*kendine özgü kamu görevlileri*” statüsü yaratırken bunun temellerini, tüm bu kategorilerin Anayasa'da düzenlenmiş olmasına bağlamaktadır. Çünkü, Anayasa'da düzenlenmemiş bir çalışma şeklinin kendine özgü bir statüye sahip olduğunu belirtmemiştir. Öyleyse *Duran'ın* ifadelerine göre dört tür istihdam şekli bulunmaktadır: İşçiler, memurlar, diğer kamu görevlileri, Anayasa'da yer verilen ve özel düzenlemelerle hüküm ifade eden kendine özgü statüye sahip kamu görevlileri.

hukuku” ilişkisi bulunan ve hizmetin aslî elemanı sayılabilecek görevlerde çalışanlar olabilir⁴⁸³.

Serim de, 128. maddede yer alan “diğer kamu görevlileri” kapsamına sözleşmeli personelin girmemesi gerektiğini savunmuştur. Bunun nedeni 128. maddenin 2. fıkrasında yer alan “*Memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenlenir*” hükmüdür. *Serim* Anayasa’nın 128. maddesinin, bir bütün olarak ele alındığında, kamu görevlilerinin, aslî ve sürekli görevlerde bulunan, nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenlenen kişiler olduğunu ifade etmiştir. Sözleşmeli personelin her türlü özlük işlerinin kanunlarla değil, idari işlemlerle düzenlendiği düşünüldüğünde, bu uygulama devam ettiği sürece sözleşmeli personelin “diğer kamu görevlileri” kapsamında görülmemesi gerektiğini savunmuştur. Bu durumda “diğer kamu görevlileri” kapsamına, 657 sayılı Kanun kapsamında bulunmayıp, statüleri özel kanunlarla düzenlenenlerin girebileceğini vurgulamıştır⁴⁸⁴.

Gözler’e göre ise, “diğer kamu görevlileri” kapsamına “sözleşmeli personel ve “geçici personel” girmektedir. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4. maddesinde kamu görevlileri “memurlar”, “sözleşmeli personel”, “geçici personel” ve “işçiler” olmak üzere dört gruba ayrılmakta ve “işçiler”e Devlet Memurları Kanunu uygulanmamaktadır. *Gözler’e* göre, Anayasa’nın 128. maddesinde de “memurlar” ve “diğer kamu görevlileri” olarak iki grup sayıldığına göre, Devlet Memurları Kanunu’nda belirtilen “sözleşmeli personel” ve “geçici personel”in, Anayasa’nın 128. maddesinde geçen “diğer kamu görevlileri” kapsamına girmesi gerekmektedir⁴⁸⁵.

⁴⁸³ **Güran** Sait, “Anayasanın 128 ve 129. Maddeleri Yönünden Kamu Görevlileri, Bakanların Durumu”, Anayasa Yargısı, Y. 1984, C. 1, s. 199.

⁴⁸⁴ **Serim**, s. 107, 108. *Serim*, söz konusu kapsama 2914 sayılı Yükseköğretim Personel Kanunu’na bağlı öğretim elemanları, 2802 sayılı Hâkimler ve Savcılar Kanunu’na bağlı olan hâkim ve savcılar ile bu meslekten sayılanlar, 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu’na bağlı subay ve astsubayların girmekte olduğunu belirtmiştir.

⁴⁸⁵ **Gözler**, C.II, s. 576.

Sancakdar ise, “diğer kamu görevlisi” kapsamı belirlenirken dar yorum yapılması gerektiğini ve Anayasa’nın 128. maddesi hükmünden hareketle memur ve diğer kamu görevlisi ayrımının yapılamayacağını belirtmiştir. Ayrım yapılabilmesi için yeni bir kanuni düzenlemeye ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir⁴⁸⁶.

b. Devlet Memurları Kanunu’nun kamu görevlileri sınıflandırmasına etkileri

Türkiye’de kamu kesiminde istihdam edilenlerle ilgili temel kanun 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’dur. 657 sayılı Kanunu, genel ve katma bütçeli kurumlar, İl Özel İdareleri, Belediyeler, İl Özel İdareleri ve Belediyelerin kurdukları birlikler ile bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşlarda, kanunlarla kurulan fonlarda, kefalet sandıklarında veya Beden Terbiyesi Bölge Müdürlüklerinde çalışan memurlar ile haklarında bu kanunda özel hükümler bulunan hallerde sözleşmeli personel ve geçici personel hakkında da uygulanır (657 md. 1/I, II).

Memurlara ilişkin genel hükümler içeren Kanunu’nun 1. maddesinin 3. fıkrasında ise, Anayasa Mahkemesi üye ve yedek üyeleri ile raportörleri; hakimlik ve savcılık mesleklerinde veya bu mesleklerden sayılan görevlerde bulunanlar, Danıştay ve Sayıştay meslek mensupları ve Sayıştay savcı ve yardımcıları, Üniversitelerin, İktisadi ve Ticari İlimler Akademilerinin, Devlet Mühendislik ve Mimarlık Akademilerinin, Devlet Güzel Sanatlar Akademilerinin, Türkiye ve Orta - Doğu Amme İdaresi Enstitüsünün öğretim üye ve yardımcıları, Cumhurbaşkanlığı Senfoni Orkestrası üyeleri, Genelkurmay Mehtaran Bölüğü Sanatkârları, Devlet Tiyatrosu ile Devlet Opera ve Balesi ve Belediye Opera ve tiyatroları ile şehir ve belediye konservatuar ve orkestralarının sanatkar memurları, uzman memurları, uygulatıcı uzman memurları ve stajyerleri; Spor-Toto Teşkilatında çalışan personel; subay, astsubay, uzman çavuş ve uzman jandarmalar ile Emniyet Teşkilatı mensuplarının özel kanunları hükümlerine tabi olacağı belirtilmiştir (657 md. 1/III). Yani bir başka deyişle, 657 sayılı Kanun dört grup istihdam şekline işaret etmektedir: kanun kapsamında bulunan yerlerde çalışan “memurlar”, “sözleşmeli personel” ve “geçici personel”, ayrıca niteliği gereği “özel düzenlemelere ihtiyaç gösterdiği düşünülen

⁴⁸⁶ *Sancakdar*, s. 57.

görevlerde çalışanlar”. Son grup için kendi özel kanunlarının hükümlerine tabi olacakları ifade edilmiştir.

Gözübüyük/Tan ile *Günday*, memurlar dışında kalan diğer kamu görevlileri kapsamına, yukarıda 657 sayılı Kanun’un 1. maddesinin 3. fıkrasında sayılan, ayrı bir personel rejimine tâbi kamu görevlilerinin girdiği görüşündedir⁴⁸⁷.

Anayasa’nın 128. maddesi ile Devlet Memurları Kanunu’nun 1. ve 4. maddesi birlikte düşünüldüğünde, sözleşmeli personel ve geçici personel kapsamına girenler ile özel kanunlarına tâbi olarak çalışanları, Anayasal bir güvenceye almak amacıyla “diğer kamu görevlileri” kapsamı içinde kabul etmek gerekmektedir.

Sonuç olarak kamu kesiminde temel istihdam biçimleri mevcuttur ve kamu kesiminde çalışan, kamu hizmeti yürüten ve kamu hukuku ile kamu tüzel kişisine bağlı olan çalışanın bu istihdam biçimlerinden birine girmesi hukukî konumunun belirlenmesi açısından şarttır. Çalışana uygulanacak olan hukukî rejim sorunu bu şekilde çözülebilmektedir.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’da geçen “sözleşmeli aile hekimi”nin kamu hizmeti göreceği kuşkusuzdur. Ancak yukarıda da açıklandığı üzere, 5258 sayılı Kanun’da aile hekimlerini üç şekilde istihdam edildikleri düzenlenmiştir. Üç şekilde istihdam edilen aile hekimlerinin statüleri incelenirken, söz konusu üçlü ayırım göz önüne alınacaktır.

2. Memur

Memur tanımı 657 sayılı Kanun’un 4. maddesinin A bendinde yapılmıştır. Buna göre, “mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın, Devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler” memur sayılırlar. Bu tanıma göre şu üç şartı taşıyan bir görevlinin memur sayılabileceğini söyleyebiliriz⁴⁸⁸:

⁴⁸⁷ *Gözübüyük/Tan*, s. 577 vd.; *Günday*, s. 387.

⁴⁸⁸ *Akgüner*, s. 33; *Eryılmaz*, s. 274; *Giritli/Bilgen/Akgüner*, s. 440; *Gözler*, C. II, 573 vd.; *Gözübüyük/Tan*, s. 739; *Kanlıgöz*, s. 175; *Keser Hakan*, Türk Kamu Sektöründe Bireysel İş

- Devlet veya diğerk kamu tüzeli kişilerinde çalışma şartı: Bu şart tek başına yeterli olmayıp diğerkleri ile birlikte değerlendirilir.
- Genel idare esaslarına göre yürütölen kamu hizmetini ifa etme şartı: Kamusal yönetim biçimiyle görölen bir hizmette çalışılması gerekmektedir. Özel işletmecilik esaslarına göre işletölen kamu hizmetlerinde çalışanlar memur sayılmamaktadırlar.
- Aslı ve sürekli nitelikte bir görev yapma şartı: Görölen kamu hizmetinin aslı ve sürekli nitelikte bir hizmet olması gerekmektedir.

Ayrıca memurları sözleşmeli personelden ayıran en önemli unsur hukukî statülerinin “akdı” nitelikte değıl, “kanunî ve nizamî” nitelikte olmasıdır. Yani, memurların hukukî durumları, sözleşmeyle belirlenmeyip, kanun ve düzenleyici işlemlerle belirlenmektedir.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’da ve Yönetmelik’te, devlet memuru olan hekimin aile hekimi olması halinde, kadroları ile ilişkilerinin ve bağılı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkilerinin devam edeceği belirtilmiştir (5258 md. 3/III, VI; Pilot Yön. ek-1 md. 2/A-I, c). Söz konusu düzenlemeler, anılan konumdaki aile hekimlerinin devlet memuru statülerinin devam ettiği izlenimini vermektedir. Ancak, söz konusu aile hekimleri Sağlık Bakanlığı ile sözleşme imzalayarak, hukukî durumlarını sözleşme ile belirlemektedir. Ayrıca söz konusu personel, aile hekimliği mevzuatına göre görev yapmakta ve bu mevzuatın dışındaki sebeplerle sözleşmesi feshedilememektedir. Kaldı ki, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un 3. maddesinde, sözleşmeli olarak çalıştırılacak aile hekimlerinin 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na bağılı olmaksızın çalıştırılacağı veya görevlendirileceğı düzenlenmektedir. Bir diğerk düzenleme aile hekimlerinin sosyal güvenlik haklarına ilişkindir. Söz konusu düzenleme, 5258 sayılı Kanun’un 3. maddesinde ifade edildiğı gibi “Aile Hekimliği Hizmet Sözleşmesi”nde de belirtilmiştir. İlgili düzenlemeye göre, aile hekimlerinin aile hekimi olmadan önceki sosyal güvenlik kurumu ile ilişkisi devam eder. Ancak her türlü pirim, kesenek ve kurum karşılıkları sözleşme ücretlerinden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna

İlişkileri, 4857 sayılı İş Kanunu ve İlgili Mevzuat Çerçevesinde, 2. Bası, İzmir 2007, s. 7 vd.; Sancakdar, s. 77 vd.

aktarılabacağını düzenlenmesi de aile hekiminin önceki memur statüsünden farklı olarak Sağlık Bakanlığı ile girdiği akdî ilişkisinin bir sonucu olduğunu göstermektedir.

Açıklanan sebeplerle, kadrosu ile ilişkisi devam eden devlet memuru statüsündeki hekimin sözleşmeli aile hekimi olduktan sonra, statüsünün memur olarak kalmaya devam edemeyeceğini ifade etmek yerinde olacaktır. Memur statüsünde olamayan aile hekiminin sözleşmeli personel kapsamında sayılıp sayılmayacağı hususu aşağıda incelenecektir.

Aile hekimlerinin istihdam edildiği bir diğer şekil de, daha önce belirttiğimiz üzere, pilot ilde aile hekimlerinin geçici görevlendirme suretiyle istihdamdır (5258 md. 3/I, IV; Pilot Yön. ek-1 md. 2/C). 5258 sayılı Kanun'un 3. maddesinin 1. fıkrasında “sözleşmeli olarak çalıştırma” ve “görevlendirme” ayrı ayrı belirtilmiş olup, Sağlık Bakanlığı'nca resen göreve atanan devlet memurunun tâbi olacağı işlem görevlendirme işlemi olacağına göre, kendisiyle ayrıca sözleşme yapılmayacağı anlaşılmaktadır. Devlet memuru olarak çalışan bir personelin Sağlık Bakanlığı'nca görevlendirilmesi suretiyle istihdam edilmesi halinde, kadroya bağlı kalmaya devam edeceğine tereddüt olmadığına göre, aile hekiminin statüsünün memur olduğunu kabul etmek gerekecektir. Memur statüsü devam ettiğine göre, söz konusu aile hekiminin resen göreve atanması işleminin 657 sayılı Kanuna tâbi olması gerekecektir. Anılan husus aşağıda “B. Genel Değerlendirme” başlığı altında incelenecektir.

3. Sözleşmeli Personel

Resen göreve atanan aile hekimlerinin statülerinin tâbi oldukları kadrolar olduklarını belirledikten sonra, kamu görevlisi iken sözleşme imzalayarak aile hekimi olan veya kamu görevlisi olmayıp sözleşme imzalayarak aile hekimi olan hekimlerin statülerini belirlemek gerekmektedir. Aile hekimliği ile ilgili düzenlemeler dikkate alındığında, sözleşmeli personel statüsünü incelemek daha uygun olacaktır.

Sözleşmeli personel idarenin çok yanlı işlemlerinden olan idarî hizmet sözleşmesi ile istihdam edilmektedir⁴⁸⁹. Memurlar ise, tek yanlı bir idarî tasarruf olan atama işlemi ile istihdam edilmektedir⁴⁹⁰.

Genelde sözleşmeli personeller⁴⁹¹ bağlı oldukları mevzuat açısından 657 sayılı Kanun uyarınca çalıştırılanlar ve özel kuruluş kanunlarına göre çalıştırılanlar olmak üzere iki şekilde incelenmektedir⁴⁹². Ancak *Keser*, adı aynı olmasına karşın farklı niteliklere sahip personel istihdamı söz konusu olduğu için, sözleşmeli personeli beş gruba ayırarak incelemiştir⁴⁹³. Aşağıdaki açıklamalarda bu ayırım esas alınmaktadır.

a. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda Düzenlenen Sözleşmeli Personel Statüsü

Sözleşmeli personel tanımı 657 sayılı Kanun'un 4. maddesinin B bendinde yapılmıştır. Tanıma göre, “*kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işlerliği için şart olan, zaruri ve istisnai hallere münhasır olmak üzere özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde, kurumun teklifi üzerine Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığının görüşleri alınarak Bakanlar Kurulunca geçici olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu hizmeti görevlileri*” sözleşmeli personel sayılırlar.

⁴⁸⁹ *Günday*, s. 177; *Sancakdar*, s. 61.

⁴⁹⁰ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usul ve Esasları düzenleyen Ek-1'de aile hekimlerinin atanmalarından söz edilmiştir. Ancak, Yönetmelik ekinde “atama” teriminin kullanılması memur statüsünde olmayan sözleşmeli aile hekimlerinin göreve başlama usullerine dair yanıltıcı olmaktadır.

⁴⁹¹ *Günday*, kamu hizmetlerine ilişkin görevlerin aslî olmasının, kamu görevlisi ile idare arasındaki ilişkinin statü ilişkisi olması sonucunu doğurduğunu ve bu ilişkinin de sözleşme ile değil kanunla belirlendiğini belirterek, kamu kesiminde sözleşme ile istihdam olunan personelin bu sebeple kamu görevlisi olarak nitelendirilemeyeceğini ifade etmiştir. Devamında da sözleşme belirli bir süre için yapıldığından, sözleşme konusu görevin de aslî ve sürekli bir görev olmayacağını vurgulamıştır (*Günday*, s. 507).

⁴⁹² Sözleşmeli personelin, 657 sayılı Kanun'un 4. maddesi anlamında sözleşmeliler, KİT'lerdeki sözleşmeliler, emekli sözleşmeliler, özelleştirme programına alınmış eski KİT yeni holding sözleşmelileri gibi çeşitli türleri bulunduğu, bunların çalışma koşullarının değişik olduğu belirtildiği gibi hukukî durumlarını düzenleyen “statü” adı verilen metinler bulunmadığı da eleştirilmiştir (*Sancakdar*, s. 63, dn. 134).

⁴⁹³ *Keser*, s. 32–52.

Ayrıca 657 sayılı Kanun'un 4. maddesi uyarınca, yabancı uyrukluların; tarihi belge ve eski harflerle yazılmış arşiv kayıtlarını değerlendirenlerin mütercimlerin; tercümanların; Millî Eğitim Bakanlığında norm kadro sonucu ortaya çıkan öğretmen ihtiyacının kadrolu öğretmen istihdamıyla kapatılamaması hallerinde öğretmenlerin; dava adedinin azlığı nedeni ile kadrolu avukat istihdamının gerekli olmadığı yerlerde avukatlarını, kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde **tabip veya uzman tabiplerin**; Adli Tıp Müessesesi uzmanlarının; Devlet Konservatuarları sanatçı öğretim üyelerinin; İstanbul Belediyesi Konservatuarı sanatçıların; bu Kanuna tabi kamu idarelerinde ve dış kuruluşlarda belirli bazı hizmetlerde çalıştırılacak personelin de zorunlu hallerde sözleşme ile istihdamları mümkün olacaktır.

Sözü edilen tabip ve uzman tabip grubuna kadrolu istihdamı mümkün olmadığına aile hekimlerinin girip girmediğinin belirlenmesi gerekmektedir.

1978 yılı Bütçe Kanunu'nun 12. maddesinde, sözleşme ile çalışan personelin genel esaslarının Bakanlar Kurulunca çıkarılacak bir çerçeve kararname ile belirleneceği hükme bağlanmıştır. Bu hükme dayanılarak 657 sayılı Kanun çerçevesindeki sözleşmeli personele 06.06.1978 tarih ve 7/15754 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile düzenlenen "Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar" uygulanmaktadır⁴⁹⁴, ⁴⁹⁵.

Anayasa Mahkemesi de, kendi mevzuatında hüküm bulunmayan kurumların çalıştırdığı sözleşmeli personelin Bakanlar Kurulu'nca çıkarılan 06.06.1978 tarih ve 7/15754 sayılı kararname ile yürürlüğe giren "Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar"a bağlı olması gerektiğini, bu esaslar dışında çalıştırılmak istenen

⁴⁹⁴ 28.6.1978 tarih ve 16330 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

⁴⁹⁵ 5828 sayılı 2009 Yılı Merkezî Yönetim Bütçe Kanunu'nun 23. maddesine göre, genel bütçe kapsamındaki kamu idareleri ile 5018 sayılı Kanuna ekli (II) ve (IV) sayılı cetvellerde yer alan kamu idareleri, döner sermayeler, belediyeler, il özel idareleri ve mahalli idare birlikleri ile bunların müessese ve işletmelerinde (Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre kurulmuş olanlar hariç) ve 233 sayılı Kanun Hükmünde Kararname kapsamı dışında kalan kuruluşlarda, sözleşmeyle çalıştırılacak personel hakkında **6.6.1978 tarihli ve 7/15754 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının uygulanmasına devam olunur** (31.12.2008 tarih ve 27097 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

sözleşmeli personel için ise, ilgili Kanuna veya Kanun Hükmünde Kararnameye hüküm konulmasının zorunlu olduğu belirtilmiştir⁴⁹⁶.

Nitekim, genel esaslara tabi olmayacak sözleşmeli personel, 7/15754 sayılı Bakanlar Kurulu kararı eki esasların 1. maddesinin 3. fıkrasında yapılan 15.05.1986 tarihli ve 86/10682 sayılı Bakanlar Kurulu Kararnamesi değişikliği ile belirtilmiştir. Söz konusu değişiklik uyarınca, teşkilat kanunlarında özel hüküm bulunan kuruluşlarda genel esaslar uygulanmayacaktır. Bu kararname dışında sözleşmeli personel için özel kurallar içeren birçok kanun ve kanun hükmünde kararname de mevcuttur⁴⁹⁷.

b. Özel Kuruluş Kanunlarına Göre Çalıştırılan Sözleşmeli Personel

aa. 399 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’de düzenlenen sözleşmeli personel statüsü

Kamu iktisadi teşebbüs ve bağlı ortaklıkların genel idare esasları dışında yürüttükleri hizmetlerde, 399 sayılı Kararnamede öngörülen esaslar doğrultusunda yapılacak sözleşmeyle, KİT’lerde memur ve işçiler dışında, sözleşmeli personel çalıştırılabileceği öngörülmektedir (KHK md. 3)⁴⁹⁸. KİT’lerde çalıştırılan sözleşmeli personelin bir kısmı 399 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin II sayılı listesine, diğer kısmı ise 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4. maddesinin B bendine göre çalıştırılır⁴⁹⁹.

Görüldüğü üzere, KİT’lerin daha verimli ve üretken bir şekilde yönetilmeleri temel amacıyla mevzuatımıza giren 399 sayılı KHK anlamındaki sözleşmeli personel kavramı Anayasa’nın 128. maddesinde sözü edilen “diğer kamu görevlileri” sınıfına

⁴⁹⁶ Anayasa Mahkemesi, 19.04.1988 tarih ve 1987/16 E., 1988/8 K. sayılı kararı, Anayasa Mahkemesi Kararlar Dergisi, S. 24, s. 116.

⁴⁹⁷ **Gözler**, C. II, s. 582; **Gözübüyük/Tan**, s. 752.

⁴⁹⁸ **Giritli/Bilgen/Akgüner**, s. 402; **Gözler**, s. 583.

⁴⁹⁹ **Giritli/Bilgen/Akgüner**, s. 403; **Gözler**, s. 583; **Gözübüyük/Tan**, C.I, s. 754.

girmekte⁵⁰⁰ ve idare ile arasındaki sözleşmenin idari sözleşme olduğu kabul edilmektedir⁵⁰¹.

Aile hekimleri kamu iktisadi teşebbüslerinde çalışmadığı için, bu grupta sayılan sözleşmeli personel niteliğinde sayılamaz.

bb. Kamu kurumlarının teşkilat kanunlarına göre kadro karşılığı istihdam edebilecekleri sözleşmeli personel

Sürekli kamu görevlerinde çalışan kimi kamu görevlilerinin, kendilerine daha fazla parasal haklar sağlanabilmesi amacıyla, 657 sayılı Kanunun sözleşmeli personel istihdamına ilişkin hükümlerine bağlı kalınmaksızın, kadroları karşılık gösterilmek suretiyle, sözleşmeli olarak çalıştırılması mümkün kılınmıştır. İncelenen istihdam biçimi 657 sayılı Kanun'un 4. maddesindeki sözleşmeli personel statüsünden farklı bir statüdür. Söz konusu personel memur kadrosunu işgal etmektedir. Böylece iki farklı ve zıt statüde istihdam edilen bir personel şekli ortaya çıkmaktadır.

Kadro karşılığı sözleşmeli personel statüsünde çalışanlar sözleşme ya da düzenlenen çalışma esasları dışında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na tabidir. Ayrıca belirtmek gerekir ki, teşkilat kanunlarında kadrosu karşılık gösterilen görevler tek tek sayılmaktadır⁵⁰². Diğer yandan anılan istihdam şekli genel olarak sadece kamu kurumlarının üst düzey kadroları için uygulanmaktadır. Söz konusu kadrolar 657 sayılı Kanun kapsamında yer alan memuriyetlerden olup, bahsedilen kadrolara atanacak olanların, nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları, yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri 657 sayılı Kanun ile belirlenmiştir⁵⁰³. Ancak,

⁵⁰⁰ Keser, s. 39; Ulucan/Sağlam, s. 1418.

⁵⁰¹ Doktrinde ve Uyuşmazlık Mahkemesi kararlarında (22.10.1990 T., 1990/29 E., 1990/29 K.) bu sözleşmenin idari bir sözleşme olduğu kabul edilmektedir. Zira sözleşmenin içeriği ve işe alınacak kişinin statüsü önceden KHK ile belirlenmiştir.

⁵⁰² Örneğin, 3056 sayılı Başbakanlık Teşkilatı Hakkında Kanun'un 35. maddesine göre, müsteşar, müsteşar yardımcısı, başbakan baş müşaviri, başbakan müşaviri ve başbakanlık müşavirleri, teftiş kurulu başkanı, bakanlar kurulu sekreteri, hukuk müşaviri, basın müşaviri, genel müdür ve genel müdür yardımcıları, başkan ve yardımcıları, daire başkanı ve yardımcılığı ile uzman ve uzman yardımcılığı kadro karşılık gösterilmek suretiyle sözleşmeli personel olarak çalıştırılırlar (19.10.1984 tarih ve 18550 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

⁵⁰³ Keser, s. 47.

sadece ücretleri kanunun verdiği yetkiye dayanarak Bakanlar Kurulunca belirlenmektedir.

Devlet memuruyken Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yapan ve kurumundan aylıksız ücretsiz izinli sayılan aile hekiminin, incelenen sözleşmeli personel kapsamına dahil edilip edilemeyeceği düşünülebilir. Memurken Sağlık Bakanlığı ile sözleşme imzalayan aile hekimlerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları, yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri 657 sayılı Kanun ile değil, haklarında düzenlenen ayrı kanun ve yönetmeliklerle belirlenmiştir. Kadroyla olan ilişkileri devam etse de aile hekimlerini anılan kapsamda incelemek söz konusu olmamalıdır.

cc. Teşkilat kanunlarına göre sözleşmeli personel istihdamı

İlgili teşkilat kanunlarına göre istihdam edilen sözleşmeli personel ile idare arasında, kadro karşılığı istihdamda söz konusu olduğu gibi, memur kadrosu yanında idare ile yapılan bir sözleşme değil, doğrudan sözleşme ilişkisi mevcuttur⁵⁰⁴. Bunun yanında teşkilat kanunlarına göre istihdam edilen sözleşmeli personel uygulaması kamu kurumlarının her düzey kadrolarındaki personel için söz konusu olabilir.

Yukarıda da söz edildiği üzere, 06.06.1978 tarihli ve 7/15754 sayılı kararname ile yürürlüğe giren “Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar”ın 1. maddesinin 3. fıkrasında, teşkilat kanunlarında özel hüküm bulunan kuruluşlarda söz konusu genel esasların uygulanmayacağı belirtilmiştir. Genel esaslar uygulanmayacağına göre, teşkilat kanunlarına göre istihdam edilecek personel için ayrı esaslar çıkarılacağı hükme bağlanmıştır. Başbakanlık, Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı, Devlet Planlama Teşkilatı gibi kurumların teşkilat kanunları açıklanan duruma örnek olarak gösterilebilir.

Teşkilat kanunlarına göre sözleşmeli personel istihdamında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’ndaki esastan farklı olarak, bütçe açısından Maliye Bakanlığı ve devlet örgütlenmesi açısından Devlet Personel Dairesinin denetimleri kaldırılmıştır.

⁵⁰⁴ Keser, s. 48.

dd. Sağlık Bakanlığı'nın sözleşmeli personel çalıştırma esasları

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 24. maddesinde, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde görev alanların sözleşme imzalamaya zorunlu oldukları, sözleşmelerin 1 yıldan az 3 yıldan çok olamayacağı; 26. maddesinde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde kadro konusu olan hizmetlerde sözleşme ile sağlık personeli çalıştırılabileceği, personelin sözleşme ücretleri ile diğer hususların Bakanlar Kurulunca belirleneceği hükme bağlanmıştır.

Ancak, Sayıştay Genel Kurulu, 24.04.1978 tarihli ve 3927/1 sayılı kararında, 224 sayılı Kanunun sözleşmeli istihdama ilişkin hükümleri 657 sayılı Kanunun 237/b maddesinde düzenlenen “...diğer kanunların bu kanuna aykırı hükümleri ...Genel Kadro Kanununun yürürlüğe girdiği ayın son gününden itibaren yürürlükten kalkar.” hükmü gereğince yürürlükten kalktığını kabul etmiştir⁵⁰⁵.

25.06.1965 tarihli ve 641 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarıyla Esenleştirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 sayılı Kanun'a⁵⁰⁶ Bazı Maddeler Eklenmesi ve Bazı Maddelerin Değiştirilmesine Dair Kanun'un 2. maddesinde, tam süreli eğitim ve öğretim hastanelerinde ve kurumlarındaki belirli ve geçici sağlık hizmetlerinde Bakanlar Kurulu kararıyla sözleşmeli uzman çalıştırılabileceği hükme bağlanmıştır.

Ancak, 641 sayılı Kanun 29.06.1978 tarihli ve 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile yürürlükten kaldırılmıştır. 2162 sayılı Kanun da 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un⁵⁰⁷ 6. maddesi ile yürürlükten kaldırılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak sözleşmeli personel istihdamını öngören düzenlemeler ortadan kalksa bile daha sonra çıkarılan yeni düzenlemelerle sözleşmeli personel çalıştırılmasının önü tekrar açılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın

⁵⁰⁵ Serim, s. 183.

⁵⁰⁶ 09.01.1961 tarihli ve 10702 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

⁵⁰⁷ 31.12.1980 tarihli ve 17207 Mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

sözleşmeli personel istihdamına ilişkin esaslar değişik kanunlarda ve kararnamelerde düzenlenmektedir. 209 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun'un bazı maddelerinde 5471 sayılı Kanun⁵⁰⁸ ile yapılan değişiklikler ile sözleşmeli personel çalıştırılmasına ilişkin hükümler düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın çalıştırabileceği sözleşmeli personele dair belirgin bir sınıflandırma 209 sayılı Kanun hükümlerinde mevcuttur. Özellikle Kanunun 5. maddesinde Sağlık Bakanlığı'nın istihdam edebileceği sözleşmeli personel şekilleri sayılmıştır. Söz konusu düzenlemeden yola çıkarak aşağıdaki sınıflandırmayı oluşturmak gerekmektedir.

aaa. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine göre Sağlık Bakanlığı'nca istihdam edilen sözleşmeli personel

13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesine göre kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde, ücretleri döner sermayeden veya merkezî yönetim bütçesinden karşılanmak üzere 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 36. maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki unvanlarda çalıştırılmak üzere merkezî sınav sonuçlarına göre 657 sayılı Kanunun 4/B maddesine tabi sözleşmeli personel çalıştırılabilir.

bbb. 4924 sayılı Kanuna göre Sağlık Bakanlığı'nca istihdam edilen sözleşmeli personel

4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un⁵⁰⁹ 1. maddesi uyarınca eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları

⁵⁰⁸ 5471 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (11.03.2006 tarih ve 26105 sayılı Resmî Gazete'de).

⁵⁰⁹ 24.07.2003 tarihli ve 25178 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personelinin hizmet şartlarını, niteliklerini, işe alınma ve işine son verilme hallerini, görev ve yetkilerini, hak, yükümlülük ve sorumluluklarını, ücret ve diğer ödemeleri ile özlük işlerini düzenlemektir⁵¹⁰. *Keser*, bu kanun uyarınca çalıştırılan personelin de bir sözleşmeli personelin bir şekli olduğunu ifade etmiştir⁵¹¹.

Ayrıca Kanununun 1. maddesi uyarınca, sözleşmeli personel istihdam edilecek hizmet birimleri; Başbakanlık Doğu ve Güneydoğu Eylem Planı, Devlet Planlama Teşkilâtı tarafından yayınlanmış en son ilçe bazındaki sosyo ekonomik gelişmişlik kriterleri, ilçelerin sağlık göstergeleri ile coğrafi konumları dikkate alınarak, Sağlık Bakanlığının teklifi üzerine yılda bir kez Bakanlar Kurulu kararı ile tespit edilecek ve dağıtımı yapılacak pozisyon sayısı 22000'i geçemeyecektir (4924 md. 1/II). Şehir merkezlerinde kullanılacak toplam pozisyon sayısı, bu rakamın azamî % 5'idir (4924 md. 1/II).

Görüldüğü üzere, 4924 sayılı Kanundaki istihdam şekli aile hekimlerinin istihdam şekline yakındır. Sağlık Bakanlığı'nın belirli durumlarda hekim istihdamını sözleşme akdetme yolunu tercih ederek yaptığını görmekteyiz. 657 sayılı Kanunla olan ilişkisi bakımından iki kanun da benzer hükümler içermektedir.

Kanunda gösterilen pozisyon unvanlarıyla sınırlı kalmak kaydıyla, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, Maliye Bakanlığı tarafından vize edilmiş pozisyonlarda Bakan onayı ile sözleşmeli personel istihdam edebilecektir (4924 md. 3/I). Benzer düzenlemeye 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 3. maddesinin 1. fıkrasında, sözleşmeli olarak çalıştırılacak personelin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel

⁵¹⁰ Maddede, sözleşmeli personelin hizmet sözleşmesi ile çalıştırıldığı belirtildikten sonra bu personelin işçi sayılmayacağı belirtilmiştir. Burada sözü geçen "hizmet akdi" kavramının niteliği göz önüne alındığında, maddede düzenlenen ifadenin çelişkili olduğu görülmektedir. Söz konusu çelişkinin yanında, kanun koyucu sözleşmeli personelin işçi sayılmayacağını ayrıca vurgulama ihtiyacı hissetmiştir. Kanaatimizce söz konusu ifadenin çelişki yaratmasının sebebi, düzenleme yapılırken bu çelişkinin kanun koyucunun gözünden kaçmış olmasıdır. Nitekim hizmet sözleşmesi ile "idari hizmet sözleşmesi" kastedildiğini düşünmekteyiz.

⁵¹¹ *Keser*, s. 48–52.

çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın çalıştırılacağı hükmü ile yer verilmiştir.

Kanun uyarınca sözleşme ile çalıştırılacak personelin; Bakanlığın belirleyeceği hizmetin gerektirdiği özel koşulların yanı sıra, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 48. maddesinde belirtilen genel şartları ve ekli (1) sayılı cetvelde belirtilen nitelikleri taşıması gerekmektedir (4924 md. 4/I). Yine benzer hüküm 5258 sayılı Kanun'a dayanılarak çıkarılan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik'in 5. maddesinde yer almaktadır.

Aile hekimliğinde olduğu gibi 4924 sayılı Kanunda da sözleşmeli personelin ücreti, 657 sayılı Kanunun 4/B maddesine göre çalışanlar için uygulanmakta olan tavan ücrete göre belirlenmektedir (4924 md. 6/I).

Sonuçta 4924 sayılı Kanunun 8. maddesinde, bu Kanuna tabi personel hakkında diğer kanunlarda aksine bir hüküm bulunmadıkça 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu hükümlerinin uygulanacağı hükme bağlanmıştır. Sözleşmeli personel istihdamı öngören düzenlemelerde bulunması gereken söz konusu hüküm aile hekimleri ile ilgili düzenlemelerde yer almamaktadır. Ancak, aile hekimlerine ilişkin düzenlemelerde bir çok hususa ilişkin olarak 657 sayılı Kanuna atıflarda bulunulmuştur.

ccc. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'a göre Sağlık Bakanlığı'nca istihdam edilen sözleşmeli personel

Görüldüğü üzere, 657 sayılı Kanunun 4/B maddesi uyarınca istihdam edilen sözleşmeli personel statüsü ile diğer kanunlara göre istihdam edilen sözleşmeli personel statüsü arasında farklılıklar bulunmaktadır. Yukarıda söz konusu farklılıklardan söz edilmiştir. Ayrıca, değişik kurumların Kanunlarında yer alan sözleşmeli personel statülerine ilişkin düzenlemelerin de her konuda farklılıklar içerdiğini görmek mümkündür. İstihdam edilen sözleşmeli personele uygulanacak sözleşmelerin süresi, çalışma koşulları, vize makamları, göreve atanmaları, sözleşmelerin sona ermesi, ücretlerin belirlenmesi gibi konular her kurumun kendi

yapısına uygun olarak düzenlenmiş ve mevcut kanunları ile aynı ismi taşıyan fakat çok farklı niteliklere sahip sözleşmeli personel statüleri ortaya çıkarılmıştır.

Bu sebeple, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile *yeni bir sözleşmeli personel statüsü* yaratıldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Kaldı ki, daha önce de belirttiğimiz üzere sözleşmeli personelin kamu görevlisi sayılması gerekmektedir⁵¹². Bu nedenle Anayasa Mahkemesi'nin sözleşmeli personeli, “*memur ve diğer kamu görevlileri kavramları dışında kalan işçi de olmayan yeni, kendine özgü bir istihdam türü*” olarak nitelendirmesinde isabet yoktur⁵¹³. Kamuda istihdam şekilleri memur, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçi olarak belirlenmiştir. Bu nedenle, kendine özgü bir istihdam türü belirlemek kanaatimizce hatalıdır. Genel idare usûllerine göre sürekli aslî bir görevi gören sözleşmeli personel, Anayasamızın 128. maddesinin ilk fıkrasında geçen “diğer kamu görevlileri” kategorisine dâhil olmalıdır. Aile hekimlerinin konumunu da “statüsüz” veya “kendine özgü” olarak belirlemek uyuşmazlık halinde uygulanacak hukukun ve yargı merciinin tespitini zorlaştıracaktır. Açıkladığımız bu sebeplerle ve hukukumuzda düzenlenen sözleşmeli personel biçimine uygun özellikler taşıması nedeniyle, aile hekimlerinin sözleşmeli personel olduğunu düşünmekteyiz. Nitekim, Anayasa Mahkemesi 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile ilgili verdiği kararda, aile hekimlerinin idari hizmet sözleşmesi ile çalışan “diğer kamu görevlileri” olduğu kararına varmıştır⁵¹⁴. Anayasa Mahkemesi kararına isabetli bularak, aile hekimlerinin “diğer kamu görevlileri”nden sayılan sözleşmeli personel olduklarını ifade etmek gerekmektedir.

Sözleşmeli personel genel idare usullerine göre yürütülen kamu hizmetlerinin gerektirdiği sürekli ve aslî görevler yürütmektedir; dolayısıyla bunlarla idarenin yaptığı hizmet sözleşmesi, bir özel hukuk sözleşmesi değil, bir idarî hizmet sözleşmesidir ve dolayısıyla bu sözleşmeye idare hukuku uygulanır ve bundan kaynaklanan uyuşmazlıklar idarî yargıda karara bağlanır.

⁵¹² **Giritli/Bilgen/Akgüner**, s. 402; **Gözler**, C. II, s. 583; **Gözübüyük/Tan**, s. 754.

⁵¹³ AMK 22.12.1988 T., 1988/5 E., 1988/55 K. (Anayasa Mahkemesi Kararlar Dergisi, S. 24, s. 498).

⁵¹⁴ AMK 21.02.2008 T., 2005/10 E., 2008/63 K. (07.11.2008 tarih ve 27047 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır).

4. Geçici Personel

Geçici personel, Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığının görüşlerine dayanılarak, Bakanlar Kurulunca karar verilen ve bir yıldan az süren veya mevsimlik hizmet olan görevlerde çalıştırılabilir (657 md. 4/C). Geçici personel belirtilen ücret ve adet sınırları içinde sözleşme ile çalıştırılan ve işçi sayılmayan kimselerdir (657 md. 4/C). 5258 sayılı Kanuna göre, geçici personel statüsünde çalıştırılan aile hekimleri bulunmamaktadır. Geçici görevlendirme ile çalışan aile hekimlerini geçici personel ile karıştırmamak gerekir. Çünkü, geçici görevlendirme ile istihdam edilen aile hekimleri,

B. Aile Hekimliği Hizmet Sözleşmesi

Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimleri ile akdettikleri sözleşmenin niteliğini tespit etmek, sözleşmenin tâbi olacağı hukukî rejimi belirlemek ve o sözleşmeden doğacak uyuşmazlıkların hangi yargı kolunda çözümleneceğini tespit etmek için gereklidir. Genel idare esaslarına göre yürütülmesi gerekli olan, aslî ve sürekli kamu hizmeti niteliğindeki sağlık hizmetinin görülmesi için Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimleri ile yaptığı sözleşme "idarenin sözleşmesi" olduğu için, öncelikle genel olarak idarenin hangi tür sözleşmeler yapabildiğini incelemek gerekmektedir. Daha sonra, aile hekimleri ile akdedilen sözleşmenin niteliklerinin, idarenin sözleşmelerinden hangisine uygun olduğunu belirlemek uygun olacaktır.

1. İdarî Sözleşmeler

İdare halkın kamu hizmetlerinden yararlanmasını sadece tek yanlı işlemler yaparak sağlamayıp, bazı hallerde sözleşme yapma yoluna da başvurabilmektedir. İdare tarafından akdedilen bütün sözleşmelere "*idarenin sözleşmeleri*" ismi verilmektedir. Ancak "idarenin sözleşmeleri" ile "idarî sözleşme" kavramlarını birbirlerinden ayırt etmek gerekmektedir. İdarenin akdettiği her türlü sözleşme idarî sözleşme sayılmamaktadır. İdarenin akdettiği sözleşmeler, tâbi oldukları hukukî rejim bakımından, "*idarenin özel hukuk sözleşmeleri*" ve "*idarî sözleşmeler*" olarak

ikiye ayrılmaktadır⁵¹⁵. İdare, genel hükümler uyarınca sözleşmeler yapabilmektedir. Örneğin, bir vergi dairesinde çay ocağı işletme hakkını ihale ile alan kişi ile idare arasında yapılmış olan kira sözleşmesi özel hukuk sözleşmesidir⁵¹⁶. Ayrıca, belediyenin mülkiyetinde olan bir işyerini kiraya vermesi halinde yapılacak olan sözleşme, taraflardan biri idare olmasına rağmen, idarî sözleşme olmayıp, özel hukuka tâbi sözleşmelerdir. İdarenin özel hukuk sözleşmeleri tamamen özel hukuka tâbidir. Özel hukuk sözleşmelerinden kaynaklanan uyuşmazlıklar ise adlî yargıda çözümlenmektedir.

İdarenin akdettiği sözleşmelerin idarî sözleşme mi, özel hukuk sözleşmesi mi olduğu kanunla nitelendirilebilir⁵¹⁷. Ancak kanunlarda genellikle bu yönde hükümler bulunmamaktadır. Söz konusu durum, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun için de geçerlidir. 5258 sayılı Kanun, aile hekimlerinin yaptıkları sözleşmeleri nitelendirmemekle birlikte, sözleşmelerden kaynaklanan uyuşmazlıkların da hangi yargı kolunda çözümleneceğini düzenlememiştir. Bu durumda sözleşmenin konusuna veya sözleşme ile kurulmak istenen ilişkinin niteliğine bakmak gerekecektir. Aile hekimliği hizmet sözleşmesi özel hukuk dışında, idareye özgü bir düzenlenişe gereksinim gösterdiği için, aşağıda aile hekimliği sözleşmesinin idarî sözleşmenin unsurlarını taşıyıp taşımadığı incelenecektir.

İdarenin sözleşmelerinden bir diğeri de “idarî sözleşmelerdir”. İdarî sözleşmelerin, özel hukuk sözleşmelerinden ayırt edilebilmesi için bazı unsurları taşıması gerekmektedir. Öncelikle idarî sözleşmelerde, taraflardan birinin **idare** olması ve idarenin bu sözleşmeye tam olarak katılması şarttır⁵¹⁸. İdarî sözleşmelerde idare, diğer taraf ile eşit konumda da değildir.

⁵¹⁵ Ayhan Önder, “İdari Sözleşmeler”, Danıştay Dergisi, Y. 9, S. 32-33, s. 92; Azrak Ülkü, “İdarî Mukavele Kavramının Teori ve Tatbikattaki Gelişimine Dair Mukayeseli Bir İnceleme”, İÜHF, C. 29, S. 3, 1968, s. 535; Gözler, C. II, s. 8; Günday, s. 167; Tan Turgut, “İdari Sözleşme Kuramına İlişkin Gözlemler”, Turan Güneş’e Armağan, Ankara 1995, s. 291.

⁵¹⁶ Uyuşmazlık Mahkemesi, 18.11.1991 T., 1991/41 E., 1991/42 K. (Gözübüyük/Tan, s. 384).

⁵¹⁷ Gözler, C. II, s. 10-14. Gözler’e göre, Anayasa’da idarî sözleşmelerin tanımı konusunda hüküm bulunmadığı için, kanun koyucu, bir sözleşmenin niteliğini belirleme yetkisini haiz olmalıdır (Gözler, C. II, s. 14).

⁵¹⁸ Ayhan, s. 104; Azrak, s. 537; Gözler, C. II, s. 25; Günday, s. 167; Tan, s. 293.

İkinci olarak, sözleşmenin konusu, bir kamu hizmetinin **yürütülmesine**⁵¹⁹ ilişkin olmalıdır⁵²⁰. Dolayısıyla, idarenin taraf olduğu **sözleşmenin konusu** kamu hizmeti ise, böyle bir konunun özel hukuk sözleşmesi ile düzenlenemeyeceği, idareye özgü bir düzenlenişe gereksinim gösterdiği kabul edilmektedir. Ayrıca, 2577 sayılı İdarî Yargılama Usûlü Hakkında Kanun'un 2/I-c maddesinde, “*genel hizmetlerden birinin yürütülmesi için yapılan idarî sözleşmelerden*” söz edilmek suretiyle, idarî sözleşme akdetmek için, sözleşmenin kamu hizmetinin yürütülmesine ilişkin olması ölçütü vurgulanmıştır.

Üçüncü unsur olarak, idarî sözleşme ilişkisinde idareye, özel hukuk sözleşmelerindeki aşan bazı üstünlük ve ayrıcalıkların tanınmış olması sayılmaktadır⁵²¹. İdarenin tek taraflı hareket yetkisinin kabul edilmesi ve sözleşmenin bir tarafını teşkil eden idarenin, diğer tarafa karşı kamu gücüne dayanan yetkiler kullanabilmesi, sözleşmede özel hukuku aşan şartlara yer verilmiş olduğunu göstermektedir⁵²². İdare kamu yararı ve kamu hizmetlerinin gerekleri nedeniyle, tek taraflı iradesiyle sözleşme ilişkisini etkileyebilmektedir. Örneğin, idareye ilişkin olarak özel kişiyi denetleme, çalışma saatlerini belirleme, özel kişinin uygulayacağı fiyat tarifesini belirleme, tek taraflı olarak yaptırım uygulama, koşulları değiştirme ve feshetme yetkisi veren hükümler sözleşmede bulunduğu takdirde, bunlar özel hukuku aşan hükümler kapsamında değerlendirilmektedir.

⁵¹⁹ **Ayhan**, s. 104; **Azrak**, s. 537; **Gözler**, C. II, s. 25; **Günday**, s. 168; **Tan**, s. 293. Sözleşme, bir kamu hizmetinin yürütülmesine değil de, sadece kamu hizmetiyle ilgili bir işe ilişkin ise, bu sözleşmenin idarî sözleşme sayılmasını gerektirmez. Örneğin, kamu hizmetinin görüleceği binanın satın alınması, kiralanması için yapılan sözleşmeler idarî sözleşme değildir (**Gözler**, C. II, s. 25; **Tan**, s. 294). Bir sözleşmenin idarî sözleşme sayılabilmesi için, sözleşmenin diğer tarafının kamu hizmetini doğrudan doğruya ifa etmesi gerekmektedir (**Günday**, s. 169).

⁵²⁰ Anayasa Mahkemesi, 28.06.1995 T., 1994/71 E., 1995/23 K.; Danıştay 10. Daire, 29.04.1993 T., 1991/1 E., 1993/1752 K. (**Günday**, s. 168, dn. 2).

⁵²¹ **Ayhan**, s. 104; **Giritli/Bilgen/Akgüner**, s. 633; **Gözler**, C. II, s. 25; **Gözübüyük/Tan**, s. 471; **Günday**, s. 168; **Tan**, s. 293.

⁵²² Özel hukuk sözleşmelerinde taraflar eşit olduklarından, taraflardan birinin tek yanlı tek yanlı iradesi ile sözleşmeden doğan ilişkiyi etkilemesi ve değiştirmesi düşünülemez. **Ayhan**, s. 104; **Giritli/Bilgen/Akgüner**, s. 633; **Gözler**, C. II, s. 25; **Gözübüyük/Tan**, s. 471; **Günday**, s. 168; **Tan**, s. 293.

Sonuç olarak taraflardan en az birisinin bir kamu tüzel kişisi olması şartıyla, kamu hizmetinin yürütülmesine ilişkin olan veya özel hukuku aşan hükümler içeren sözleşmelerin idarî sözleşme olarak nitelendirilmesi gerekmektedir.

Konumuz gereği incelenmesi gereken “*idarî hizmet sözleşmeleri*”, idarî sözleşmelerin bir türüdür. Bunun dışında, hukukumuzda idarî sözleşmenin türleri kapsamında sayılan sözleşmeler şunlardır: mali iltizam sözleşmesi, kamu borçlanma sözleşmeleri, kamu hizmeti imtiyaz sözleşmeleri, yer altı ve yer üstü servetlerine ilişkin işletme sözleşmeleri, orman işletme sözleşmeleri.

İdarî hizmet sözleşmeleri, işçi niteliğini taşımayan kamu görevlileri ile idare arasında akdedilen sözleşmelerdir⁵²³. Söz konusu tanıma göre, sözleşmeli personelin de idarî hizmet sözleşmesi ile istihdam edildiği söylenebilir. Ayrıca, idarî hizmet sözleşmeleri idare hukukuna tâbi olduğu gibi, bu sözleşmelerden kaynaklanan uyuşmazlıklar idarî yargıda karara bağlanmaktadır. Buna karşılık, özel hukuka tâbi hizmet sözleşmeleri ile çalıştırılanlar işçidir ve bu sözleşmelere Borçlar Kanunu ve İş Kanunu hükümleri uygulanmaktadır⁵²⁴.

İdarî hizmet sözleşmesinde de idarî sözleşmenin ayırıcı unsurlarını aramak gerekmektedir. Söz konusu unsurlar şunlardır⁵²⁵:

1. Sözleşmenin konusu kamu hizmetinin yürütülmesi ile ilgili olmalıdır.
2. Sözleşmeli personelin, kamu hizmetine iştiraki devamlılık taşınmalıdır.
3. İdareye üstünlük ve ayrıcalıklar tanınmış olmalıdır.
4. Görülen kamu hizmetinin niteliği, aslî ve sürekli nitelikte olmalıdır.

İdari hizmet sözleşmelerine ilişkin ilk karar, Danıştay’ın 04.07.1964 tarih ve 1964/674 E., 1964/344 K. sayılı içtihadı birleştirme kararıdır. Söz konusu kararda, Devlet tiyatrolarının kamu hizmeti gören bir kurum ve burada çalışan sanatçıların da kamu ajanı olduğundan hareketle, Devlet Tiyatroları Genel Müdürlüğü ile sanatçılar

⁵²³ Gözler, C. II, s. 72; Gözübüyük/Tan, s. 471; Günday, s. 177

⁵²⁴ Gözler, C. II, s. 72; Sancakdar, s. 62, dn.132.

⁵²⁵ Ayhan, s. 117; Azrak, s. 537; Gözler, C. II, s. 71-78; Günday, s. 179; Tan, s. 293.

arasında 5441 sayılı Devlet Tiyatrosu Kuruluşu Hakkında Kanun uyarınca akdedilen sözleşmelerin bir idarî hizmet sözleşmesi olduğu kabul edilmiştir⁵²⁶.

Danıştay Sekizinci Dairesi de 13.12.1999 tarih ve 1999/2852 E., 1999/7533 K. sayılı kararıyla, bir ticaret odasının mali müşavirliğini yürüten davacı ile ticaret odası arasındaki sözleşmenin idarî sözleşme niteliğinde olduğuna, yukarıda sayılan koşullara da vurgu yaparak karar vermiştir⁵²⁷. Danıştay Sekizinci Dairesi'ne göre, *“Bir sözleşmenin "idari sözleşme" niteliğinde olabilmesi için bir idarenin kamusal yetkilerine dayanarak hazırladığı ve kendisine üstünlük ve ayrıcalık tanıyarak sürekli bir kamu hizmetinin yürütülmesine ilişkin olarak düzenlenen sözleşmeler olması gerekmektedir. Dava konusu olayda, belirtilen mevzuat hükümleri uyarınca davalı idarenin kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olmakla, kamu hizmeti yürüttüğü, davacının kadro karşılığı olarak sürekli bir kamu hizmetinin yürütülmesine ilişkin bir görev karşılığında, koşulları idarece belirlenen bir sözleşme imzalandığı açık olduğundan yapılan sözleşme idari bir sözleşme niteliğindedir”*.

2. Aile Hekimliği Sözleşmesinin Hukukî Niteliği

Daha önce de belirtildiği üzere, geçici görevlendirilen aile hekimleri dışındaki aile hekimleri, genel idare esaslarına göre yürütülen, aslî ve sürekli nitelik taşıyan sağlık hizmetlerini yerine getiren sözleşmeli personel kapsamındadır. Ancak, aile hekimlerinin sözleşmeli personel oldukları kanısına varmak için, Sağlık Bakanlığı ile akdettikleri sözleşmenin niteliğinin de incelenmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı ile akdedilen sözleşmenin “idarî hizmet sözleşmesi” niteliğini taşıyıp taşımadığını belirlemek için, sırasıyla idarî hizmet sözleşmesinin sahip olduğu unsurların, çalışmamızın sonunda ek olarak yer alan “T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Hizmet Sözleşmesi”nde⁵²⁸ yer alıp almadığını incelemek yerinde olacaktır.

⁵²⁶ Danıştay İçtihadı Birleştirme Kararı, 04.07.1964 T., 1964/674 E., 1964/344 K. (Naklen **Günday**, s. 177).

⁵²⁷ Danıştay Sekizinci Dairesi, 13.12.1999 T., 1999/2852 E., 1999/7533 K. (Kazancı Bilişim).

⁵²⁸ Bundan sonra çalışmamızda, “aile hekimliği sözleşmesi” şeklinde kısaltılarak kullanılacaktır.

1. *Sözleşmenin konusu kamu hizmetinin yürütülmesi ile ilgili olmalıdır.* Daha önce de belirtildiği üzere⁵²⁹, sağlık hizmeti tatmininde kamu yararı olan, toplumsal bir gereksinimi karşılayan bir kamu hizmetidir. Taraflardan birinin Sağlık Bakanlığı olduğu aile hekimliği sözleşmesinin konusu, aile hekiminin sağlık hizmeti görevini sunmasıdır. İdarî hizmet sözleşmesi için söz konusu ilk koşul mevcuttur.

2. *Sözleşmeli personelin, kamu hizmetine iştiraki devamlılık taşımalıdır.* Sözleşmeli personel sözleşme ile belirlenmiş, belirli bir süreye tâbi olarak çalışmaktadır. Ancak, geçici kamu hizmeti gören geçici personelden farklı olarak, sözleşmeli personel devamlılık arz eden kamu hizmeti görmektedir. Aile hekimlerinin gördüğü sağlık hizmeti de devamlılık taşıyan bir hizmet olduğu için, aile hekimliği sözleşmesi belirli bir süre için yapılsa da yenilenerek devamlılık unsurunu zedelememektedir.

3. *İdareye üstünlük ve ayrıcalıklar tanınmış olmalıdır.* “Aile hekimliği hizmet sözleşmesi”nin 2. maddesinde aile hekimleri için yürürlükteki *kanun, yönetmelik, genelge ve verilecek talimatlara* uygun olarak görevini ifa etme yükümlülüğünün belirtilmesi, idareye üstünlük tanındığının bir göstergesidir. Talimat verme yanında, idareye aile hekimlerinin görevleri ile ilgili ve başka bir işte çalışma ile ilgili *yasak getirme* yetkisi de verilmiştir (Sözleşme md. 3). Ayrıca, aile hekimleri çalışma saatleri ve izinleri konusunda il sağlık müdürlüğünün talimatlarına bağlı olduğu gibi, mevzuat ve sözleşmeye uygunluk ve diğer konularda, Bakanlık, ilgili mülki idare ve sağlık idaresinin denetimine tâbidirler. Söz konusu hüküm ile idareye denetim yetkisi de tanınmıştır. Aile hekimleri görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda devlet memuru gibi⁵³⁰ kabul edilmelerinin de hükme bağlandığı gözetildiğinde (Sözleşme md. 8) Sağlık Bakanlığı ile akdedilen sözleşmenin “idarî hizmet sözleşmesi” olduğuna şüphe yoktur.

Anayasa Mahkemesi de 21.02.2008 tarih ve 2005/10 E., 2008/63 K. sayılı kararıyla, aile hekimliği hizmet sözleşmesinin niteliğinin “idarî hizmet sözleşmesi”

⁵²⁹ Üçüncü Bölüm, III., B., 1.

⁵³⁰ “İlgili hakkında 3628 sayılı *Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzlukla Mücadele Kanunu* ve 4483 sayılı *Memurlar ve diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun Hükümleri uygulanır*” (Sözleşme md. 8).

olduğuna karar vermiřtir⁵³¹. Anayasa Mahkemesi'ne göre, "...sözleşmeli çalışacak aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının idare ile imzalayacakları sözleşmenin idari hizmet sözleşmesi niteliğinde bulunması, ...gözetildiğinde, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca sunulacak olan aile hekimliği hizmetlerinin, Devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu kamu hizmetinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler olduğu açıktır".

C. Genel Değerlendirme

Yukarıdaki açıklamalar ışığında aile hekimlerinin statülerini başta belirttiğimiz üç gruba bağlı kalarak belirlemek gerekecektir.

İlk grup aile hekimini iki şekilde incelemek gerekmektedir. İlk olarak, memur statüsünde hekim olarak çalışmakta iken Sağlık Bakanlığı ile sözleşme akdeden aile hekimi. İkinci olarak sözleşmeli personel statüsünde hekim olarak çalışmakta iken Sağlık Bakanlığı ile sözleşme akdeden aile hekimi. Her iki grup aile hekiminin de genel idare esaslarına göre yrtlen, aslı ve sürekli nitelik taşıyan sağlık hizmetlerini yerine getirdikleri ve idarî hizmet sözleşmesi ile çalıştıkları için sözleşmeli personel statüsünde kabul edilmeleri gerekmektedir.

Aile hekimlerinin ücretleri idarece ödenir, düzenledikleri tüm kayıt, evrak ve belgeler resmi kayıt ve evrak niteliğindedir, mevzuat ve sözleşmeye uygunluk ve diğer konularda, Bakanlık, ilgili mülkî idare ve sağlık idaresinin denetimine tâbidir, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda devlet memuru gibi kabul edilirler. Sayılan tüm bu hususlar gözetildiğinde, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca sunulacak olan aile hekimliği hizmetlerinin, devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu kamu hizmetinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler olduğu açıktır. İdarî hizmet sözleşmesi ile bu görevleri yürüten aile hekimlerinin de Anayasa'nın 128. maddesinde yer alan "diğer kamu görevlisi" kapsamındaki sözleşmeli personel olarak kabul edilmesi gerekmektedir.

⁵³¹ AMK 21.02.2008 T., 2005/10 E., 2008/63 K. (07.11.2008 tarih ve 27047 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

Ayrıca, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un bazı maddelerinin iptali için 125 milletvekilinin Anayasa Mahkemesi'nde açmış oldukları davanın dava dilekçesinde de aynı husus tespit edilmiş ve Anayasa Mahkemesi de gerekçeli kararında bu tespiti teyit etmiştir⁵³².

İkinci grup aile hekimleri, kamu görevlisi olmayan ve sözleşme ile aile hekimi olarak çalışmaya başlayanlardır. Söz konusu aile hekimleri de sözleşmeli personel statüsünde değerlendirilmelidir. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 3. maddesinin 2. fıkrasında, Sağlık Bakanlığı tarafından, ihtiyaç duyulması halinde, kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanlarının, Sağlık Bakanlığı'nın önerisi, Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabileceği belirtilmiştir. Söz konusu hükmün iptali için, Anayasa Mahkemesi'nde yukarıda sözü geçen dava açılmıştır. Söz konusu davada iptal isteminin gerekçesi olarak, devletin aslî ve sürekli görevlerinden olan aile hekimlerinin verdikleri hizmetlerin kamu görevlisi olmayanlar tarafından verilmesine olanak sağlayan 5258 sayılı Kanun'un 3. maddesinin 2. fıkrasının son tümcesinin Anayasanın 128. maddesine aykırı olduğu ileri sürülmüştür. Anayasa Mahkemesi ise, Sağlık Bakanlığı'nın kamu görevlisi olmayanlarla idarî hizmet sözleşmesi yaparak, bu kişileri aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere istihdam edebileceğine karar vermiştir. Ayrıca, idarî hizmet sözleşmesi ile istihdam edilenlerin, Anayasa'nın 128. maddesinde yer alan "diğer kamu görevlisi" kapsamında olduğunu belirterek, iptal istemini reddetmiştir⁵³³.

Kamu görevlisi olmayan hekimlerin statüsüz bir konuma sokulmaya çalışıldığını savunmak, onlara uygulanacak olan hukuku ve uyuşmazlık halinde yargı kolunu belirsiz kılacaktır. Anayasa Mahkemesi kararına da katılarak, aile hekimleri ile yapılan sözleşmenin idarî hizmet sözleşmesi olduğu kanısına varmak ve dolayısıyla aile hekimlerinin sözleşmeli personel olduğunu kabul etmek yerinde olacaktır.

⁵³² AMK 21.02.2008 T., 2005/10 E., 2008/63 K. (07.11.2008 tarih ve 27047 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

⁵³³ AMK 21.02.2008 T., 2005/10 E., 2008/63 K. (07.11.2008 tarih ve 27047 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

Üçüncü grup aile hekimleri, kamu görevlisi olan ve resen göreve atanan hekimlerdir. Söz konusu hekimlerin memur statüsünde olup görevlendirilmeleri halinde memur statüsünde, sözleşmeli personel statüsünde olup görevlendirilmeleri halinde sözleşmeli personel statüsünde kalacakları daha önce belirtilmişti. Statülerine uygun olarak da görevlendirme suretiyle çalıştırılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları için, Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği, Başbakanlığın 2005/14 sayılı genelgesi ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in ek 1/C maddesi uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği'nin 11/III maddesinde, valiliklerce aynı personel için bir mali yılda yapılan üç aydan fazla geçici görevlendirmelerde Bakanlığın uygun görüşünün alınması gerektiği düzenlenmiştir. Ayrıca, Başbakanlığın 01.06.2005 tarih ve 2005/14 sayılı genelgesi⁵³⁴ ile kamu görevlilerinin memuriyet mahalli dışında yapılacak geçici görevlendirmelerin süresinin bir yılda toplam iki ayı geçmemesine özen gösterilmesi gerektiği belirtilmiştir. Anılan düzenlemeler yanında, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in Ek-1 1/C maddesinde, farklı ilçeden görevlendirme yapılması halinde görevlendirme süresinin personelin rızası olmadan altı ayı geçemeyeceği düzenlenmiştir.

Ancak, uygulamada ve yargıya intikal eden olaylarda, personel eksikliğini tamamlamak için Sağlık Bakanlığı'na tanınan resen göreve atama yetkisinin, "süresiz" olarak görevlendirme yapılmak suretiyle yukarıda söz edilen mevzuata aykırı olarak kullanıldığı görülmektedir. Toplum sağlığı merkezinde ebe kadrosunda görev yapan kişinin, aile sağlığı merkezine süresiz geçici görevlendirme işlemini iptal eden Eskişehir 1. İdare Mahkemesi'nin kararı uyarınca, söz konusu görevlendirmelerin belirli bir süreye bağlı olması ve kamu yararı ile hizmet gerekleri gözetilerek yapılması gerektiğini ifade etmiştir⁵³⁵.

Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları aslî ve sürekli nitelikte bir hizmet olan sağlık hizmetini sundukları ve Sağlık Bakanlığı ile idarî hizmet sözleşmesi akdettikleri için "diğer kamu

⁵³⁴ http://www.basbakanlik.gov.tr/genelge_pdf/2005/2005-0010-006-07493.pdf#page=1 (12.06.2009).

⁵³⁵ Eskişehir 1. İdare Mahkemesi, 27.11.2008 T., 2008/439 E., 2008/1029 K. (yerel mahkeme kararı Avukat Mustafa Algam'ın katkılarıyla tarafımıza ulaştırılmıştır).

görevlileri” kapsamındaki sözleşmeli personel statüsünde kabul edilmelidirler. Sözleşmeli personel statüsünde istihdam edilen söz konusu çalışanlara öncelikle 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve ilgili yönetmelikler uygulanmalıdır. Hüküm bulunmayan hallerde 657 sayılı Kanun’un sözleşmeli personele ilişkin hükümleri uygulama alanı bulmalıdır. Söz konusu personel ile idare arasında ortaya çıkan uyuşmazlıklar idarî yargıda karara bağlanır. Sağlık Bakanlığı’nın resen göreve atadığı hekimler ve personeller ise sözleşme ile çalıştırılmayıp, bağlı oldukları kadrolara tâbi olmaya devam ettikleri için, statülerinde bir değişiklik meydana gelmeyecektir.

5258 sayılı Kanunda belirtildiği gibi aile hekimleri sözleşmeli olarak çalıştırılacak ise, bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerinin sunulmasını gerçekleştirecek olan aile hekimlerinin kamu görevlisi olarak 657 sayılı Kanun’da öngörülen sözleşmeli personel hükümlerine tâbi olarak düzenlenmeleri hem Anayasa’ya hem de Devlet Memurları Kanunu’na uygun bir düzenleme olurdu. İstihdam şekillerinden sözleşmeli personele ilişkin 657 sayılı Kanun’daki düzenlemede “...kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde tabip veya uzman tabiplerin... istihdamları caizdir” hükmüne dayanılarak, aile hekimlerinin 657 sayılı Kanun’a tâbi olarak istihdam edilebilmeleri mümkün olabilirdi (657 md. 4/B).

VII. AİLE HEKİMLERİNİN ATAMA VE NAKİLLERİ

A. Genel Olarak

Aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemi ve atama⁵³⁶ usûlleri, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’in Ek-1 “Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usûl ve Esaslar” düzenlemesinde hükme bağlanmıştır. Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usûl ve Esasları düzenleyen Yönetmeliğin Ek-1’in 1. maddesinde aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, sistemin hizmet sunumuna etkileri göz önüne

⁵³⁶ Aile hekimlerini sözleşmeli personel olarak kabul ettikten sonra, göreve başlama işlemleri için “atama” teriminin kullanılmasından kaçınmak gerekmektedir. Çünkü aile hekimi ve Sağlık Bakanlığı arasında akdî bir ilişki söz konusudur ve aile hekimleri sözleşme akdederek göreve başlamaktadır. Atama terimi Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’te konun düzenlendiği Ek-1’in başlığı olarak kullanılmıştır. Bu sebeple, madde başlığı olarak atama terimini kullanıp, daha sonraki alt başlıklarda ve açıklamalarda “göreve başlama” şeklinde bir ibare kullanmak daha uygun olacaktır.

alınarak personel dağıtım cetveli⁵³⁷ hazırlanacağı ifade edilmiştir (Pilot Yön. Ek-1 md. 1/I).

Pilot illerde aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ve bunların dışında personel dağılım cetveline göre eksik olan unvan ve branşlar için Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği'ndeki dönemlere bağlı kalmaksızın kurum içi ve kurumlar arası naklen atama işlemleri yapılabileceği de ayrıca düzenlenmiştir (Pilot Yön. Ek-1 md. 1/II).

Kurumlar arası naklen atama için, Bakanlığın belirlediği ilkeler çerçevesinde, il sağlık müdürlüğü müracaatları kabul eder ve uygun görülenleri Bakanlık onayına sunar. Kurum içi naklen atama ise Bakanlıkça Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği'nde açıklanan "A" hizmet grubu illerden başlamak üzere ve hizmet puanı esasına göre gerçekleştirilmektedir (Pilot Yön. Ek-1 md. 1/III).

Ülke genelinde unvan ve branşlar itibari ile personel dağılım cetveli doluluk karşılama oranı gözetilerek, pilot il personel dağılım cetvelinin hangi oranda atamaya açılacağına Bakanlıkça karar verileceği de ayrıca düzenlenmiştir (Pilot Yön. Ek-1 md. 1/VI).

B. Geçiş Döneminde Göreve Başlama Ve Nakiller

Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde yapılan yerleştirmelerde, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in Ek-1 "Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usûl ve Esaslar" düzenlemesinin 2. maddesi uyarınca, çalışılan yer, kurum ve statüye göre bir ayırım yapılarak öncelik sırası belirlenmiştir.

⁵³⁷ Personel dağıtım cetveli ilkeleri, 08.06.2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama Ve Nakil Yönetmeliği'nin sonunda yirmi beş madde halinde belirlenmiştir.

1. Aile Hekimleri

a. İlk Yerleştirme

Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde pozisyonların öncelikle “sözleşmeli” olarak, “ikinci ve üçüncü basamakta çalışan kamu görevlisi hekimler” ve “serbest hekim”lerden, boş pozisyon kalması halinde ise başka illerden “sözleşmeli” veya “görevlendirme” yolu ile doldurulması ve her durumda “sözleşmeli” çalıştırmaları tercih edilmekteydi. Ancak ilgili düzenleme 24.03.2007 tarihinde değişikliğe uğramıştır (Pilot Yön. Ek-1 md. 2/I). Yeni düzenlemeye göre aile hekimlerinin statülerine göre pozisyonlara yerleştirilme sırası aşağıdaki gibidir:

- *Kamu görevlisi olan tabip ve uzman tabipler:* Kadrosu ve pozisyonu pilot ilde olmak şartı ile, hizmet puanı sıralamasına göre önce aile hekimi uzmanları ve sonrasında diğer tüm tabip ve uzman tabipler yerleştirilir. Boş pozisyonlara yerleştiremeyenler yedek listeye kaydedilir.

- *Kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabipler:* Pilot ilde yeterli sayıda pratisyen tabip olmaması veya aile hekimliği pozisyonlarının doldurulamaması halinde, Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşüyle, bu tabiplerin başvuruları alınır. Kamu sektörü dışında çalıştıkları süreler de dâhil, hizmet puanları hesaplanır. Başvuru çoksa, hizmet puanlarına göre, yine önce AH uzmanları ve sonrasında tabip ve uzman tabipler yerleştirilir.

- *Pilot il dışından yerleştirme:* Pilot ilde sözleşmeli aile hekimi pozisyonlarının doldurulamaması halinde, diğer illerden sözleşmeli aile hekimi istihdam edilebilir. Görev yaptığı kadrodan ücretsiz izinli sayılmasına Bakanlık veya kurumunca muvafakat verilmelidir.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik düzenlemesi olan Ek-1 “Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakille İlgili Usul ve Esaslar”ın 2. maddesi A) bendinde, “Sözleşme ile Çalıştırılacak Aile Hekimleri”nin, “I. İlk Yerleştirme” başlığı altında, a) bendinde yapılan değişiklik ile; birinci basamakta çalışan hekimler ile diğer kamu görevlisi hekimler aynı grupta değerlendirilmiştir.

Değişiklik öncesi, pilot ilde kadrosu veya pozisyonu bulunan “kamu kurum ve kuruluşlarından birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde çalışan tabip/diğer uzman tabipler”, “ikinci ve üçüncü basamakta çalışanlar” dan öncelikli seçme hakkına sahipti. Sözleşmeli aile hekimliği yerleştirmesinde, aile hekimliği uzmanlarından sonra ikinci sırada bağımsız bir grup olarak kendi içinde hizmet puanlarına göre sıralanıp, yerleştirmede, kendilerinden sonra gelen “ikinci ve üçüncü basamakta çalışan uzman hekimler” grubundan önce tercih hakkı tanınmış iken, son değişiklik ile “birinci basamak ve ikinci veya üçüncü basamak” ayrımı yapılmadan, aile hekimliği uzmanlarından sonra ikinci grup olarak düzenlenmişlerdir.

Aile hekimliği sistemi ile çalıştıkları sağlık ocakları veya birimler aile hekimliği birimlerine dönüştürülerek kaldırılanlar birinci basamakta çalışan pratisyen hekimler ve aile hekimi uzmanları olmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde çalışan uzman hekimler, böyle bir durumla karşı karşıya değildir. Bu sebeple gerçekte, kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olan birinci basamak hekimlerin tercih etmesi halinde “sözleşmeli”, etmeyenlerin ise “görevlendirme” yolu ile aile hekimliği görevlerinde çalıştırılması, dayanağı 5258 sayılı Kanunun gereği ortaya çıkan bir durum olmaktadır.

b. Pilot İlde Pozisyon Boşalması Veya Yeni Pozisyon Açılması

Pilot ilde herhangi bir nedenle aile hekimliği pozisyonlarında boşalma olması veya nüfus hareketleri gibi nedenlerle yeni pozisyonların ihdası yapıldığında, Yönetmelik hangi sıralamaya göre nakil veya yerleştirme yapılacağını belirlemiştir.

Aşağıdaki sıralamaya uyulur:

1. Askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkı bulunan aile hekimleri
2. Pilot ilde sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanlar, aile hekimi olma hakkını kazanmakla beraber idari görevlerinden ayrılmaları uygun görülmeyen İl Sağlık Müdürü, Müdür yardımcıları veya Şube müdürleri, pilot ilde aile hekimi iken askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkını kullanmayan aile hekimleri

3. Varsa yedek liste
4. Kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olan aile hekimliği uzmanları
5. Kadrosu ve pozisyonu pilot ilde olan tabip ve uzman tabipler.

Aile hekimlerinin nakilleri ile ilgili olarak da, aile hekimliği çalışma bölgesinde göreve başlayan sözleşmeli aile hekiminin, bu bölgede 6 ay çalışmadan aynı ilde başka bir aile hekimliği çalışma bölgesine nakil talebinde bulunamayacağı düzenlenmiştir. Bu kısıtlama uygulamaya geçilen pilot ilde ilk 6 aylık dönemde uygulanmamaktadır (Pilot Yn. ek-1 md. 2/son).

2. Aile Sağlığı Elemanları

Ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı) kendilerinin talebi ve Bakanlık veya kurumlarının muvafakati ile aşağıdaki öncelik ve şartlar gözetilmek suretiyle sözleşmeli aile sağlığı elemanı olarak istihdam edilmektedir. Ayrıca belirtmek gerekir ki, aile sağlığı elemanları da aile hekimleri gibi Sağlık Bakanlığı ile idarî hizmet sözleşmesi yaparak istihdam edilmektedirler. Söz konusu sözleşme çalışmamızın sonuna eklenmiştir.

1. Öncelikle kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olmak şartıyla kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve aile hekimince talep edilen ebe, hemşire veya sağlık memurları (toplum sağlığı) sözleşmeli olarak göreve başlatılırlar.

2. Diğer iller kamu kurum ve kuruluş kadro veya pozisyonlarında görev yapan veya Bakanlık kadro veya pozisyonlarından unvanlarına göre “A” hizmet grubu illerde görev yapan ve aile hekimince talep edilen ebe, hemşire veya sağlık memurları (toplum sağlığı) boş pozisyon kalması halinde yerleştirilirler (Pilot Yn. ek-1 md. 2/B).

3. Resen Göreve Atanan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanları

Pilot ilde boş aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonları görevlendirme suretiyle doldurulmaktadır. Farklı ilçeden görevlendirme yapılması halinde, görevlendirme süresi, personelin rızası olmadıkça altı ayı geçemez (Pilot Yn. ek-1 md. 2/C).

C. Geçiş Dönemi Sonrasında Göreve Başlama Ve Nakiller

1. Aile Hekimleri

Naklen atanma talebinde bulunan aile hekimleri ile yeniden veya ilk defa işe başlamak isteyen uzman tabip ve tabipler aşağıdaki gruplar halinde hizmet puanına göre, hizmet puanı bulunmayanlar ise müracaat tarihine göre sıralanır:

1. Naklen atanma talebinde bulunan aile hekimliği uzmanı tabipler.
2. Aile hekimleri.
3. Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan tabip/diğer uzman tabipler.
4. Diğer tabip ve uzman tabipler.

2. Aile Sağlığı Elemanları

Aile hekiminin tercih ettiği, kendisi kabul eden ve çalıştığı kamu kurum ve kuruluşunca muvafakat verilen ebe, hemşire veya sağlık memuru (toplum sağlığı) aile sağlığı elemanı olarak yerleştirilir. Bu olmaz ise;

1. Naklen atama talebinde bulunan aile sağlığı elemanları,
2. Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ebe, hemşire veya sağlık memurları (toplum sağlığı), sıralamasına göre 1. grubun hizmet puanı en yüksek personelden başlamak üzere kabul eden ebe, hemşire veya sağlık memurunun (toplum sağlığı), naklen ataması gerçekleştirilir.

VIII. AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA SÜRELERİ

Aile hekimlerinin çalışma süreleri aile hekimliği mevzuatına ilişkin üç düzenlemede yer almaktadır. *İlk olarak*, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'a göre, aile hekimi aile hekimliği hizmetlerini haftada 40 saatten az olmamak kaydı ile yerine getirir (5258 md. 3).

İkinci olarak, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in 11. maddesi çalışma süreleri ile ilgili daha ayrıntılı bir düzenleme getirerek, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının tam gün esasına göre çalışacaklarını ifade

etmiştir. Aynı maddenin 2. fıkrasında aile hekimlerinin çalışma saat ve yerlerini, çalışma yerinin koşulları da dikkate alınmak suretiyle, çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak belirleyebilecekleri düzenlenmiştir. Belirlenen çalışma saat ve günlerinin **yerel sağlık idaresince onaylanacağı** da söz konusu düzenlemede ifade edilmiştir. Ayrıca, yapılacak ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetleri de çalışma süresine dâhil edilmektedir. Çalışılan günler ve saatler aile sağlığı merkezinin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilenmesi sağlanır. Söz konusu hükümde hekime, çalışma sürelerini belirleme serbesti getirilmiştir.

Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığının sağlanacağı da aynı maddenin 3. fıkrasında düzenlenmiştir. Ancak, aile hekimlerine ek görev yükleyen bu düzenlemenin karşılığı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik'te bulunmamaktadır.

Ayrıca aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının, yangın, deprem, sel felaketi gibi olağanüstü durum ve hallerde çalışma saatleri ile bağlı olmaksızın çalıştırılabilecekleri de düzenleme konusu olmuştur. Son olarak maddede, hizmetlerin devamlılığının sağlanabilmesi için, gerekli durumlarda Bakanlık personelinin görevlendirme suretiyle çalıştırılması mümkün kılınmıştır. Ancak, görevlendirilecek kamu personelinin görev sınırları ve süreleri belli değildir. Bu durum Anayasa'nın 128. maddesi ile 657 sayılı Kanunda düzenlenen özlük haklarında keyfi kısıtlanma anlamına gelmektedir.

Üçüncü olarak, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik'in "Çalışma Saatleri" başlıklı 10. maddesinde: "Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının haftalık çalışma süresi kırk saattir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, acil veya olağanüstü durumlar hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile ilgili aile hekiminin talebi ve yerel sağlık idaresinin onayı ile belirlenen çalışma saatleri içinde çalışırlar. Haftada kırk saatten fazla veya hafta sonları çalışma aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının talebi

üzerine yapılabilir. Çalışma saatleri haftanın tüm günlerine yayılabilir. Görev tanımlarında belirlenen nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalıştırılabilirler” hükmü getirilmektedir.

Ancak söz konusu yönetmelikte, haftada kırk saati aşan çalışmalar için herhangi bir ücret ödenip ödenmeyeceği düzenlenmemiştir. Oysa Türkiye Cumhuriyeti tarafından kabul edilerek, Anayasanın 90. maddesi gereğince iç hukukumuzda hukuk hiyerarşisinde kanunun üzerinde uygulanması gereken Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1977 tarihli ve 149 sayılı Sağlık Çalışanları Sözleşmesi'nin 6. maddesine göre, sağlık çalışanları açısından haftalık çalışma saatinin 40 saat olarak kabulü zorunludur. Bu durumda 40 saati aşan çalışma için **fazla çalışma** ücreti ödenmesi gerekmektedir.

Kaldı ki, 4857 sayılı İş Kanunu'na tabi işçilerin günde on bir saati aşmamak üzere, yılda 270 saati aşmayacak fazla çalışma yaptırılmasına izin verildiği (4857 md. 41; İş Kanunu'na İlişkin Çalışma Süreleri Yönetmeliği md. 4/III) ve haftada en az yirmi dört saat hafta tatili hakkı (4857 md. 46; 394 sayılı Hafta Tatili Hakkında Kanun md. 1) olduğu düşünüldüğünde, çalışanların Anayasa'nın 50. maddesinden kaynaklanan dinlenme hakları da yönetmelik düzenlemesinde göz önünde bulundurulmalıydı (AY md. 50/III).

IX. AİLE HEKİMLERİNİN İZİNLERİ

“İzinler” başlıklı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in 12. maddesinde **görevlendirme** suretiyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yıllık, mazeret ve hastalık izinleri yönünden aslî statülerine ilişkin mevzuata tâbi oldukları düzenlenmiştir (Pilot Yön. md. 12/I)⁵³⁸.

⁵³⁸ Aile hekimini düzenleyen mevzuat hükümleri içerisinde, aile hekimlerini sözleşme ile veya görevlendirme suretiyle çalışmalarına göre ayırım yapılarak incelenmesi sadece izinler, atama ve nakiller hususunda söz konusu olmuştur. Diğer konularda ise, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının ayırma tâbi tutulmadan düzenlemelerin yapıldığını görmekteyiz.

Aynı maddenin 2. fıkrasında **sözleşme** ile çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının izinleri ile ilgili süre ve kurallar için 5258 sayılı Kanunun 8. maddesinin 2. fıkrasına yollama yapılmaktadır. Söz konusu Kanun maddesi gereği çıkartılan, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, “İzinler” başlıklı 9. maddesinde ise, aile hekiminin yıllık izni, mazeret izni, doğum ve hastalık izni ile ilgili süre ve kurallar belirtilmektedir. Buna göre, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına izin vermeye ve hastalık raporlarını izne çevirmeye, yerel sağlık idarelerinin (il sağlık müdürlüğü) teklifi üzerine buldukları yerin mülki idare amirleri (vali) yetkilidir (Ödeme Yön. md. 9/son).

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları için yıllık izin otuz gün, mazeret izinleri ise beş gün olarak belirlenmiştir (Ödeme Yön. md. 9/II). Hastalık izninin yirmi güne kadar kullanılabilmesi de aynı maddede belirtilmiştir (Ödeme Yön. md. 9/II). Kadın personele ise doğum izni doğumdan önce sekiz ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam on altı hafta olarak ifade edilmiştir⁵³⁹.

İzinlerle ilgili süreler ve kurallar belirtildikten sonra aynı maddenin 3. ve 4. fıkralarında izinli durumlarda aile hekimlerinin görevlerini iki şekilde gördürebileceği belirtilmiştir. İlk olarak aile hekimi, bir başka aile hekimi veya aile sağlığı elemanı ile **anlaşarak** izinli olduğu süre içinde hizmetin görülmesini sağlayabilir (Ödeme Yön. md. 9/III). Bu durum söz konusu olamadığı takdirde, **yerel sağlık idaresi**, diğer aile hekimleri, aile sağlığı elemanları veya Bakanlık personelini geçici aile hekimi veya geçici aile sağlığı elemanı olarak **görevlendirir** (Ödeme Yön. md. 9/IV). Anılan iki durumdan iki sonuç ortaya çıkmaktadır:

1) İzinlerin kullanılması sırasında, anlaşarak hizmetin görülmesi için, bu anlaşmanın yerel sağlık idaresince uygun görülmesi gerekmektedir. Anlaşarak hizmetin görülmesinin sağlanması halinde, **asıl** aile hekimi ya da aile sağlığı

⁵³⁹ Çoğul gebelik halinde doğum öncesi sekiz haftalık izin süresine iki hafta eklenir. Ancak beklenen doğum tarihinden sekiz hafta öncesinde sağlık durumunun uygun olduğunu hekim raporuyla belgeleyen personel isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar işyerinde çalışabilir. Bu durumda kadın personelin isteği halinde, doğum öncesinde çalıştığı süreler doğum sonrası ücretli izin süresine eklenir. Doğumun erken gerçekleşmesi nedeniyle doğum öncesi sekiz haftalık ücretli iznin kullanılmayan bölümü de doğum sonrası ücretli izne eklenir (Ödeme Yön. md. 9/II).

elemanına ödeme **tam olarak** yapılır. Geçici aile hekimi ya da aile sağlığı elemanına bu geçici görevi dolayısıyla **ödeme yapılmaz** (Ödeme Yön. md. 9/III).

2) Yerel sağlık idaresi, görevlendirme yaptığı takdirde, izne ayrılan aile hekimi veya aile sağlığı elemanına kişi başına yapılacak net ödeme hesaplanır. Hesaplanan miktarın **% 50'si aile hekimi veya aile sağlığı elemanına, kalan % 50'si geçici aile hekimi veya geçici aile sağlığı elemanına** ödenir. Gezici sağlık hizmetlerinin giderleri, çalışılan gün sayısına göre hesaplanarak tamamıyla geçici aile hekimi veya hekimlerine ödenir (Ödeme Yön. md. 9/IV).

Dikkati çeken bir diğer husus, aile hekimlerine kayıtlı 4000 kişi olduğu düşünöldüğünde, aile hekimleri izne ayrıldıkları takdirde **anlaşarak** hizmeti gördüreceği diğer bir aile hekimi kendisine kayıtlı olan 4000 kişi ile birlikte 8000 kişiden sorumlu olacaktır. Böyle bir uygulama da sıkıntılara sebep olacak bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yukarıda da belirtildiği üzere, yıllık izin, mazeret izni, doğum veya hastalık izni kullanan aile hekimi, öncelikle yerine başka bir aile hekimi bularak, hizmetin görölmesini sağlamak durumundadır. Dikkat çekici husus bu durumda asıl aile hekimine ödeme yapılacak, geçici aile hekimine ödeme yapılmayacak olmasıdır. Eğer izinli olan aile hekiminin yerine başka bir aile hekimi bulması mümkün olmaz ve yerel sağlık idaresince görevlendirme yapılırsa, %50'si asıl aile hekimine, %50'si geçici aile hekimine verilecektir. Böyle bir kesintinin yapılması yıllık izinlerin ücretli olması ilkesine aykırılık teşkil etmektedir.

Yönetmeliğin yine aynı maddesinde izin vermeye ve hastalık raporlarını izne çevirmeye yerel sağlık idaresinin teklifi ile, bulunan yerin mülki idare amirinin yetkili olduğu düzenlenmiştir. Söz konusu düzenleme, idarenin tek taraflı olarak çalışma koşullarına müdahale yetkisini haiz olduğunun bir göstergesidir.

X. AİLE HEKİMİNE YAPILAN ÖDEMELER VE KESİNTİLER

A. Aile Hekimine Yapılan Ödemeler

1. Genel Olarak

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmeti Sözleşme ve Ödemeleri Daire Başkanlığı, ayakta ve yatarak teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık hizmet sunucularından, yani ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinden hizmet satın alınmasına yönelik sözleşme yapma yetkisini haizdir⁵⁴⁰. Birinci basamak hizmet sunucuları arasında yer alan aile hekimleri ile sözleşme yapma yetkisini ise Sağlık Bakanlığı haizdir (5258 md. 3/I). İllerde bu yetkinin kullanımı valiliklere devredilmiştir (Ödeme Yön. md. 8). Bununla birlikte, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik'te finansman kaynaklarından bahsedilmemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 62. maddesinde, **Sosyal Güvenlik Kurumu için genel sağlık sigortasından sağlanacak hizmet ve hakların finansmanını sağlamanın bir yükümlülük olduğu belirtilmiştir**. 63. maddede ve devamı maddelerinde ise ödemeler düzenlenmiştir.

Ancak yukarıda belirtildiği üzere, aile hekimleri ile Sosyal Güvenlik Kurumu değil Sağlık Bakanlığı sözleşme yaptığına göre, sözleşmenin bir tarafı olan Sağlık Bakanlığı'nın **aile hekimlerinin giderlerini** ve ücretlerini **üstleneceği** anlaşılmaktadır. Sistemin genel sağlık sigortasına tamamen aktarılmasıyla birlikte, 5510 sayılı Kanun'a uygun olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanın Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanacağı belirtilmektedir⁵⁴¹.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 3. maddesinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının mali hakları düzenlenmiştir. 5258 sayılı Kanunun 3. maddesinde, daha önce de vurgulandığı üzere, 657 sayılı Kanun ve diğer kanunların sözleşmeli çalıştırma kurallarına bağlı olmaksızın "sözleşmeli" çalıştırma esası benimsenmiştir. Öte yandan 657 sayılı Kanun'un 4/B bendine göre belirlenen en yüksek brüt ödemeler toplamının aile hekimleri 6, aile sağlığı elemanları için 1,5 katını aşmamak üzere tespit edilecek miktarda ödeme yapılacağı düzenlenmektedir (5258 md. 3/V). Görüldüğü üzere, 657 sayılı Kanuna

⁵⁴⁰ http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/sgk/baskanliklar/GSSGM_shsodb.html (16.05.2009).

⁵⁴¹ **Ataay**, s. 175.

tâbi olmayan bir statü yaratılmaya çalışılırken diğer yandan, aile hekimlerinin çalışma koşullarının düzenlenmesinde sık sık 657 sayılı Kanuna atıf yapılmaktadır.

Kanunun 3. maddesinin son fıkrasında aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemelerle ilgili belirli ölçütler düzenlenmiştir. Söz konusu ölçütler şunlardır:

- Aile hekiminin uzmanlık eğitimi almış olup olmaması,
- Çalışılan bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi,
- Aile sağlığı merkezi giderleri,
- Tetkik ve sarf malzemesi giderleri,
- Kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları,
- Gezici sağlık hizmetleri,
- Aile hekimi tarafından karşılanmayan giderler.

Ayrıca yukarıda belirtilen birçok ölçüte bağlı olarak değişecek olan ödemelerin Sağlık Bakanlığı'nca karşılanacağı kararlaştırılmıştır (5258 md. 3/son)⁵⁴².

2. Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik'in 17. maddesinde **sözleşme ile çalıştırılan aile hekimine** yapılacak ödemelerde, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 (bin) kişiye kadar, aile hekimliği uzmanı ise 2.000 TL, uzman tabip veya tabip ise 1.500 TL, 1000 (bin) kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına ayrıca 1 TL, esas alınacağı belirtilmiştir (Ödeme Yön. md. 17/A).

Görevlendirme suretiyle çalıştırılan uzman hekim ve hekimler için yapılan ödemede ise, kişi başına 0,40 TL; 31.12.1980 tarihli ve 2368 sayılı Sağlık

⁵⁴² Daha önce de belirtildiği üzere (Dördüncü Bölüm, V.) her ne kadar aile hekimleri pilot uygulama kapsamında Sağlık Bakanlığı ile sözleşme yapsa ve ücreti Bakanlıkça karşılsa da, sistemin ileride alacağı şekil, aile hekimlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapması ve buna bağlı olarak sistemin Genel Sağlık Sigortası'ndan finanse edilmesidir.

Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un 4. maddesine⁵⁴³ göre **serbest olarak çalışanlardan** Bakanlıkça aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen uzman hekim ve hekimler için ise kişi başına 0,20 TL hesaplama esas alınmaktadır (Ödeme Yön. md. 17/A).

Söz konusu düzenleme aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

1. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi için kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 (bin) kişiye kadar (tavan ücret)

Aile hekimliği uzmanı 2.000 YTL

Uzman tabip veya tabip 1.500 YTL

+

1000 kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına 1 YTL

2. Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip ve tabip

Maaş + Kişi başına 0,40 YTL

3. Serbest olarak çalışanlardan görevlendirilenler

Maaş + Kişi başına 0,20 YTL

3. Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücreti

Yönetmeliğin 17/B maddesinde, sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine çalıştığı bölgeye göre sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödeneceği belirtilmiştir. Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyine bağlı ödemelerde, 657 sayılı Kanunun 152. maddesi uyarınca çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararının ekinde yer alan Kalkınmada Öncelikli Yörelere Cetveli esas alınmaktadır. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine yapılacak ödemede;

1. 1, 2 ve 3. bölgelerde görev yapanlar için tavan ücretin⁵⁴⁴ %10'u,

⁵⁴³ Kanunun 1 inci maddesi kapsamına giren (657, 926 ve 1765 sayılı kanunlara göre hak edilen aylık, yakacak yardımı, iş riski, iş güçlüğü, teminindeki günlük zammı ve mahrumiyet yeri ödeneği ödenen) personelden, özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlar istedikleri takdirde 1 inci maddede öngörülen tazminat hakkından yararlanmamak şartı ile mesai saatleri dışında serbest olarak çalışabilirler. Bunlara iş güçlüğü, iş riski ve teminindeki günlük zamları veya bu mahiyetteki zamlar ödenmez (2368 md. 4).

⁵⁴⁴ Tavan ücret, sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile görevlendirilen aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödemelerin hesaplanmasında kullanılan; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4. maddesinin (B) bendine göre istihdam edilen sözleşmeli personel için öngörülen brüt tavan ücreti, ifade etmektedir (Ödeme Yön. md. 4).

2. 4. bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %20'si,
 3. 5. bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %30'u,
 4. 6. bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %40'ı,
 5. 7. bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %50'si,
- esas alınmaktadır (Ödeme Yön. md. 17/B).

4. Aile Sağlığı Merkezi Giderleri

Yönetmeliğin 17/C maddesinde kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım ve tıbbi sarf malzemeleri gibi aile sağlığı merkezi giderleri için her ay tavan ücret kadar ücret ödeneceği düzenlenmiştir (Ödeme Yön. md. 17/C)⁵⁴⁵. Ayrıca herhangi bir belge aranmaksızın bu ödemelerin yapılabileceği anlaşılmaktadır. Bu ödemelerin kaynağı da belirtilmemiştir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda bu giderlerin ödeneceğine dair bir düzenleme de bulunmamaktadır.

5. Gezici sağlık Hizmetleri Giderleri

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine kırsalda verdiği gezici sağlık hizmeti giderleri için yapılacak ödemelerde gezici sağlık hizmeti kapsamındaki nüfus esas alınmaktadır. Gezici sağlık hizmeti kapsamındaki nüfus:

- 500'den az ise ödeme olmayacak
- 500-1000 kişi tavan ücretin % 10'u
- 1001-1500 kişi tavan ücretin % 20'si
- 1501-2000 kişi tavan ücretin % 30'u
- 2001'den fazla ise tavan ücretin %40'ı

ödenektir (Ödeme Yön. md. 17/D).

⁵⁴⁵ Yönetmeliğin 17. maddesinin (C) bendinde geçen "... tavan ücretin % 100'ü ödenir." ibaresi Danıştay'ın 11. Dairesinin, 30.12.2008 tarih ve 2005/4287 E., 2008/10605 K. sayılı kararı ile iptal edilmiştir. Bizim de katıldığımız Danıştay kararının gerekçesine göre, buradaki ödeme unsuru bakımından öngörülen ücret tutarının tespitinde aile hekiminin çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi göz önünde bulundurulmalıydı. Ayrıca, söz konusu giderler ülkenin her bölgesinde farklılık gösterebileceğinden, hiçbir ölçüte bağlanmayan bu ödeme unsuru bakımından aile hekimleri arasında eşitsizlik olabileceği de belirtilerek haklı iptal gerekçesi açıklığa kavuşturulmuştur.

6. Tetkik ve Sarf Malzemesi Giderleri

Tetkik ve sarf malzemesi giderleri için doğrudan hekime ödeme yapılmayacaktır. Laboratuarda yaptırılan tetkikler için belge karşılığında laboratuara ödenecektir. Yönetmeliğe göre karşılanacak giderler aylık en fazla tavan ücret kadar olacaktır (Ödeme Yön. md. 17/E). Ancak Yönetmeliğin 17. maddesinin (E) bendinde geçen “... tavan ücretin % 100’ünü geçemez.” ibaresi Danıştay’ın 11. Dairesinin, 30.12.2008 tarih ve 2005/4287 E., 2008/10605 K. sayılı kararı ile iptal edilmiştir. Bizim de katıldığımız Danıştay kararının gerekçesine göre, böyle bir sınırlama, ihtiyaç duyulan tetkiklerin yapılmasından kaçınılabilme etkisi yaratabilecek ve böylelikle aile hekimliği uygulamasıyla hedeflenen amacın gerçekleşmesinde olumsuz sonuçlar doğurabilecektir⁵⁴⁶.

B. Aile Hekiminden Yapılan Kesintiler

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un 3. maddesine göre, koruyucu hekimlik hizmetleri eksik uygulandığı takdirde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20’sine kadar indirim yapılabilmektedir⁵⁴⁷.

Aşı takibi, gebe ve çocuk-bebek takibi için ayrı ayrı kesinti oranları uygulanır. Sözleşmeli aile hekimi ve Bakanlıkça görevlendirilen tüm hekimler için 17. maddenin A bendine göre hesaplanan brüt ücretten yapılacak kesintiler:

- Aylık başarı oranı⁵⁴⁸ %90 - %95 ise % 1

⁵⁴⁶ Danıştay’ın 11. Dairesinin, 30.12.2008 tarih ve 2005/4287 E., 2008/10605 K.

⁵⁴⁷ 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un bazı maddelerinin Anayasa’nın hükümlerine aykırı olduğu iddiasıyla Cumhuriyet Halk Partisi tarafından **Anayasa Mahkemesi’ne dava** açılmıştır. CHP tarafından açılmış bulunan davada sadece Kanunun 3. maddesinin son fıkrasının ikinci tümcesinde yer alan “... veya hasta sevk oranlarının yüksek olması ...” ibaresi iptal edilmiş, diğer iptal istemleri reddedilmiştir. İptal aile hekimlerinin birinci basamaktan ikinci basamağa hasta sevk oranlarının Sağlık Bakanlığı’nca belirlenen standartlara göre yüksek olması halinde hekime yapılacak ödeme tutarlarının brüt ücretinin % 20’sine kadar indirilmesi kuralına ilişkindir. Dava konusu düzenlemenin aile hekiminin sevk oranı ile kendisine yapılacak ödeme tutarı arasında bağlantı kurmaya yöneltecek, ihtiyacı olan kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarını ve bu hizmetlerden gereği gibi yararlanmalarını güçleştirecek öte yandan Devletin kişilerin yaşamını ruh ve beden sağlığı içinde sürdürmelerini sağlamak görevini gereği gibi yerine getirmesini zorlaştıracak nitelikte bir düzenleme olduğundan Anayasa’ya aykırılık oluşturduğu kararda belirtilmiştir (Anayasa Mahkemesi, 21.02.2009 T., 2005/10 E., 2008/63 K. (RG. 07.11.2008 T., 27047 S.)).

⁵⁴⁸ Maddede sözü geçen “aylık başarı oranı”, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’in 14. maddesinde performans standartlarına göre belirlenir. İlgili düzenlemeye göre, aile

- Aylık başarı oranı %80 - %90 ise % 2
- Aylık başarı oranı %80'den az ise % 5 olmaktadır (Ödeme Yön. md. 17/A).

Bu madde uyarınca yapılacak kesintilerin toplamı brüt tutarın %20'sinden fazla olamaz.

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerinin kendilerinden yapılacak sosyal güvenlik kurumu prim veya kesenekleri, (A) bendinde belirtilen ödemeden düşülür (Ödeme Yön. md. 17/V).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 3. maddesinde ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik'in 21. maddesinde aile hekimine yapılacak ödemelerin, çalışılan ay sonuçlarının yerel sağlık idaresine bildiriminden itibaren 15 gün içerisinde yapılacağı belirtilmektedir. Ancak, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 97. maddesinin 7. fıkrasında, sözleşmeli olarak çalışan aile hekimine ödenecek ücretlerin **her ay düzenli olarak yapılamayabileceği**, 45 günlük sürenin sonunda (fatura kontrolü yapıldıktan sonra) dahi ücretin tümünün değil de % 75 - % 90'ının avans olarak ödenebileceği düzenlenmektedir. Bu çelişkiyi 5510 sayılı Kanun'daki kuralın genel, 5258 sayılı Kanun'un özel nitelik taşıdığını kabul ederek çözmek uygun olacaktır.

XI. AİLE HEKİMLERİNİN GÖREVLERİ

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'e göre aile hekiminin görevleri şunlardır:

1. Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek (Pilot Yön. md. 4/I).

hekimlerinin performans değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınır. Sevk oranları, bebek ve gebe izlemi ve aşılama oranlarının hesaplanmasına dair usul ve esaslar Bakanlıkça belirlenir. Ayrıca aynı yönetmeliğin 16. maddesinde, belirtilen performans kriterlerinin ücretlendirmede esas alınacağı ifade edilmiştir.

2. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasının yapılmasında yerel sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,

3. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları yerel sağlık idaresine bildirmek,

4. Kişiyeye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek, önemli/sık görülen toplum sağlığı konularında kişilerin periyodik muayenelerini (meme kanseri, rahim kanseri taraması ve benzeri), ruh sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,

5. İlk kayıtta **ev ziyareti ile** kendisine bağlı kişilerin sağlık durumlarının tespitini yapmak,

6. Çalıştığı mekanda ve **gerektiğinde (aile hekiminin ev ziyareti esnasında tespit ettiği evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere)** güvenliği sağlayıcı tedbirlerin alınması kaydı ile evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında **kişiyeye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,**

7. Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiyeye yönelik **özel sağlık programlarını yürütmek,**

8. Tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, **ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu yapmak,**

9. Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,

10. **Verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,**

11. **İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,**

12. **Gerektiğinde kişiyeye kısa süreli gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,**

13. Gerektiğinde aldığı uzmanlık eğitimi ve bu eğitim sırasında yaptığı rotasyonlar çerçevesinde hastayı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,

14. **Kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak,**

15. **Özürli kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek,**
16. Doğum öncesi, doğum sonrası loğusa ve bebeğe beraber izlem yapmak,
17. Gezici sağlık hizmetlerini yürütmek,
18. Genişletilmiş bağışıklama programı ve gebe aşılarını yapmak (Pilot Yön. md. 4/III).
19. **Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığını sağlamak** (Pilot Yön. md. 11/III).
20. Bakanlıkça belirlenen birinci, ikinci aşama ve aile hekimliğine yönelik yıllık **hizmet içi eğitimlerin en az % 80'ine katılarak** hizmet kalite standartlarının yükseltilmesini sağlamak (Pilot Yön. md. 15/I).
21. Sağlık kayıtlarını tutmak, dosyalamak, istatistik tutmak, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimleri hazırlamak (Pilot Yön. md. 21/I-f).
22. Bakanlıkça belirlenen ve kullanmak zorunda olduğu teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile kırsal alanda görev yapan aile hekimleri için gerekli olan motorlu aracı temin etmek (Pilot Yön. md. 22/son).
23. Sürekli ikamet ettiği ilden uzakta kalacak kişileri veya geçici süre ile Türkiye'de ikamet edecek olan kişileri, zorunlu durumlarda herhangi bir ücret talep etmeksizin muayene ve sevk etmek (Pilot Yön. md. 9/son)⁵⁴⁹.
24. **Kayıtlı kişi sayısını, yapılan hizmetlerin listesini, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısını, konulan teşhisleri (kodları ile birlikte), aşılama, gebe ve loğusa izlemi sayılarını, bebek ve çocuk izlemi sayılarını, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili verileri ve Bakanlık tarafından belirlenen benzeri verileri belirli aralıklarla düzenli olarak Bakanlığa bildirmek** (Pilot Yön. md. 27/II).

Görüldüğü üzere aile hekiminin Yönetmelik tarafından belirlenen yirmi dört adet görevi bulunmaktadır. Bu görevlerin içerisinde dikkate değer olanı kuşkusuz aile hekiminin evde bakım hizmetlerinden de sorumlu tutulmasıdır. Yönetmelik tarafından bu kadar çok görev yüklenen aile hekimlerine bir de evde bakım

⁵⁴⁹ Bu durumda bulunan kişiler, kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden kayıt yaptırmaksızın sağlık hizmeti alır veya hastaneye sevk edilir. Bu durumdaki sevk, aile hekiminin sevk sayısına işlenmemektedir (Pilot Yön. md. 9/son).

hizmetlerinin de yüklenmesi uygulamada sorunlar yaratacağı muhakkaktır. Nitekim Denizli’de idrar sondası değişimi için eve çağrılan, ancak “benim görevim değil” diyerek gitmediği ileri sürülen aile hekimi, “aile hekimliği kanun ve yönetmeliklerinde evde bakım hizmeti maddelerine aykırı hareket ederek görevini ihmal ettiği” gerekçesiyle, Denizli 4. Sulh Ceza Mahkemesi tarafından 5 ay hapis ile cezalandırılmıştır⁵⁵⁰. Yukarıda da söz edildiği üzere aile hekimlerinin azamî 4000 kişiye bakabileceği düşünüldüğünde, aile hekimlerinden evde bakım hizmetini de yerine getirmesini beklemek “adil çalışma koşulları”na aykırılık teşkil edecektir.

Aile Hekimliği Hizmet Sözleşmesinin 9. maddesi, aile hekiminin yukarıda sayılan görevleri gerektiği gibi yerine getirmemesi veya hiç yapmaması ya da yanlış uygulaması sebebiyle kuruma veya üçüncü şahıslara verdiği zararlardan dolayı sorumlu tutulacağını ve kurumca yapılmak zorunda kalınan ödemelerin aile hekimine rücu edileceğini düzenlemiştir. Söz konusu hükme göre, aile hekiminin poliklinik hizmetinin yoğunluğu v.b. sebeplerle örneğin, periyodik tarama programlarının uygulanmasını aksatması ya da özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerini gerektiği gibi yerine getirememesi sonucunda bir zarar oluşursa bu zarardan sorumlu olacaktır.

XII. AİLE HEKİMLİĞİ SÖZLEŞMESİNİN FESHİ

Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının sözleşmelerini sona erdiren durumlar, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik’in 13, 14, 15 ve 16. maddelerinde düzenlenmiştir.

A. Sözleşmenin Kendiliğinden Sona Ermesi

Ölüm ya da tâbi olduğu mevzuata göre malulen emekli olma hakkını elde edenlerin sözleşmesi, herhangi bir işleme gerek olmadan sona ermektedir (Ödeme Yön. md. 13).

⁵⁵⁰ <http://www.personelsaglik.net/haber/4271/sonda-takmaya-gitmeyen-aile-hekimi-5-ay-hapis-cezasi-aldi--haberi.html> (27.04.2009).

B. Sözleşmenin Yetkili Mercii Tarafından Sona Erdirilmesi

Bazı hallerde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının sözleşmeleri ilgili vali tarafından bildirimsiz bir şekilde sona erdirilebilmektedir. Bu haller şunlardır:

- Aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla 1000 kişinin altına düşmesi,
- Çalışanın 657 sayılı Kanununun 48. maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) alt bentlerinde belirlenen şartlar⁵⁵¹ ile Yönetmelikte belirtilen şartları taşımadığının anlaşılması veya bu şartları sonradan kaybetmesi,
- Kazanç getirici başka bir iş yapması,
- Verilen süreler içinde mal bildiriminde bulunmaması,
- 657 sayılı Kanununun 125. maddesindeki “Devlet Memurluğundan Çıkarma”yı gerektirecek suçların işlendiğinin mahkeme kararıyla sabit olması,
- Kurumundan aylıksız veya ücretsiz izinli sayılanlar hakkında yüksek disiplin kurullarınca devlet memurluğundan çıkarma veya sözleşmenin sona erdirilmesi kararı verilmesi,
- Özürsüz olarak kesintisiz 10 gün göreve gelmemesi (Ödeme Yön. md. 14/I).

Bakanlıkça bölgede çalışan aile hekimi sayısında değişiklik yapılması nedeniyle ihtiyaç duyulması halinde veya kayıtlı kişi sayısının 2 aydan uzun süre 1000’in altında seyretmesi nedeni ile sözleşmesi sona erdirilen aile hekimi yerine, sıradaki aile hekimi ile sözleşme imzalanmaktadır. Aile hekimlerinin sözleşmelerinin, kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla 1000 kişinin altına düşmesi sebebiyle feshini düzenleyen hükmün, sözleşme tarihini takip eden birinci yılın sonundan itibaren uygulanacağı belirtilmiştir (Ödeme Yön. md. 14/II).

⁵⁵¹ Kamu haklarından mahrum bulunmamak, Türk Ceza Kanununun 53 üncü maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı bir yıl veya daha fazla süreyle hapis cezasına ya da affa uğramış olsa bile devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, milli savunmaya karşı suçlar, devlet sırlarına karşı suçlar ve casusluk, zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından mahkûm olmamak. Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek akıl hastalığı bulunmamak (657 md. 48/A-4, 5, 7).

Ayrıca belirtmek gerekir ki, sözleşme ile çalıştırılan, ancak kurumundan ücretsiz izinli sayılarak kadrosu ile ilişkisi süren aile hekimi ve aile sağlığı elemanının, 14. madde gereği sözleşmesinin feshi halinde, “kadrosuna dönme talebinin” kabul edilip edilmeyeceği, bu durumda uygulanacak hukuksal süreç belirsizdir.

C. Sözleşmenin Çalışan Tarafından Sona Erdirilmesi

Askerlik, doğum, emeklilik veya diğer sebeplerle iki ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesi talep edilebilir. Bu süreyi doldurmadan görev yerini terk eden personel, 1 yıl süreyle aile hekimi/aile sağlığı personeli olamaz (Ödeme Yön. md. 15).

Devlet memuru olup daha sonra sözleşmeli aile hekimi olan personel için 657 sayılı Kanun’dan kaynaklanan hakları ile ilgili çelişkili bir durum ortaya çıkmaktadır. Her durumda, memur olarak 657 sayılı Kanun’dan kaynaklanan bir ay önceden bildirimle istifa halinde altı ay süre ile kamu görevine alınmama kuralı, özlük haklarına aykırı olarak iki ay önceden bildirimle on iki ay süre ile görevlendirmeme olarak aleyhe düzenlenmektedir. Bu durumdaki personelin, aylıksız izinli olduğu kamu görevi ve kadrosu ile ilişkisinin ne olacağı, talebi halinde dönüp dönemeyeceği belirsiz bırakılmaktadır.

D. Sözleşmenin Fesih Bildirimi ile Sona Erdirilmesi

Yıl içinde, aşağıda aynı bentteki fiillerin 2 defa, farklı bentteki fiillerin 3 defa işlenmesi halinde sözleşme ilgili vali tarafından sona erdirilmektedir.

- Görev tanımında belirtilen işleri yapmamak veya eksik yapmak ve eksiklikleri verilen süre (en az 7 gün) içinde yerine getirmemek,
- Aile sağlığı merkezlerinin zorunlu fiziki veya teknik şartlarındaki eksiklikleri verilen süre (en az 7 gün) içinde gidermemek,
- Meslek ilkelerine aykırı davranmak,
- 1 yıl içinde aralıklı olarak özürsüz 10 gün görevi başında olmamak,

- Görevin yerine getirilmesi için gereken belgeleri usulünce düzenlememek ve verilen süre içinde eksiklikleri gidermemek,
- Denetimlerde işbirliği yapmamak, istenilen verileri ibraz etmemek, eksiklikleri verilen süre içinde gidermemek,
- Koruyucu hekimlik uygulamalarında verilen görevleri yerine getirmemek ve eksiklikleri verilen süre içinde gidermemek,
- Aşı, gebelik veya çocuk-bebek takip oranlarını sebepsiz olarak % 80'in altına düşürmek,
- Verilen eğitimlerin belirlenmiş devamsızlık sürelerini aşmak (Ödeme Yön. md. 16/III).

E. Aile Sağlığı Elemanının Sözleşmesinin Sona Erdirilmesi İle İlgili Özel Durum

Aile hekimi ile aile sağlığı elemanının ekip anlayışı içinde çalışacağı öngörülmektedir. Aile hekimine de, birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanını yönlendirmek ve denetlemek yetkisi tanınmıştır. Aile hekimi, aile sağlığı elemanının görev tanımında belirtilen işleri yapmaması veya eksik yapması, meslek ilkelerine aykırı davranması, çalışma huzurunu bozucu davranışlarda bulunması, kılık-kıyafet ve mesai saatlerine uyum göstermemesi gibi durumlarda sözleşmeyi sona erdirmek üzere il sağlık müdürlüğüne teklifte bulunma yetkisini de haizdir (Ödeme Yön. md. 16/IV). Bu şekilde sözleşmesi sona erdirilen aile sağlığı elemanı başka bir aile hekimi ile çalışmak için başvuruda bulunabilmektedir (Ödeme Yön. md. 16/V).

SONUÇ

Çalışmamızın tamamlanması ile içerik olarak saptadığımız sonuçlara aşağıda yer verilmiştir:

1) Çalışmamızın birinci bölümünde, sağlığın ve sağlık hakkının önemi Türk Hukuku ve uluslararası belgeler açısından incelenmiştir. Sağlık hizmetlerini kapsayan birey ve toplum arasındaki ilişki biçimi; birey için hak, devlet için ödev şekline dönüşmüştür. Söz konusu ilişki biçimi ilk defa, 1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile gündeme gelmiştir. Başka bir deyişle sağlık hakkı, insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade ederek dayanağını insan hakları ile ilgili temel belgelerden almıştır.

Türk Hukukunda ise sağlık alanında çok sayıda kanun bulunmaktadır. Bu kanunların bir kısmı 1930'lu yıllarda veya daha önce çıkarılmıştır. Geniş kapsamlı ve temel düzenlemeler içeren bazı kanunlar da bu meyandadır. Bunlardan Umumî Hıfzıssıhha Kanunu 24.04.1930 tarihli ve Hususî Hastaneler Kanunu 24.05.1933 tarihli. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 05.01.1961 tarihli. Sağlık hukukunun belirleyici özelliği olan kanunlarından yalnızca Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 1982 Anayasası döneminde çıkarılmıştır.

2) 1961 Anayasasından önceki düzenlemelerde sağlık hakkına yer verilmemişken, 1961 ve 1982 Anayasası'nda yer alan sağlık hakkına ilişkin düzenlemeler farklıdır. Öncelikle 1961 Anayasası'ndaki tanımda yer alan "beden ve ruh sağlığı" ile "tıbbi bakım" ibareleri yeni düzenlemenin 1. fıkrasında yer almamıştır. Ancak madde yeni haliyle genişlemiştir. Şöyle ki, Anayasa, sağlık hakkını birey düzeyinden çevre düzeyine genişletmiştir. Bireyin sağlığının gerçekleşmesinin çevrenin sağlığına bağlı olduğu konusu önem kazanmıştır. Maddede yine bireyin sağlığının korunmasına da değinilmiş ve 3. fıkrada "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler*" hükmü yer almıştır.

3) Sağlık hakkının insan hakları sınıflandırması içindeki yeri incelenirken varılan sonuç, sağlık hakkı gerçekleşmeden diğer haklardan hiçbirinin kullanılabilmesi mümkün olmadığı için, sağlık hakkının belli bir sınıflandırmaya tâbi olamayacağıdır. Devletin kişiye pozitif müdahalesinin olduğu “sosyal ve ekonomik haklar” sınıfı içinde düzenlenen sağlık hakkının ekonomik haklar başlığı altında incelenmesi de eleştirilmiştir. Bu bağlamda, sosyal ve ekonomik hakların ayrılması gerektiği savunulmuştur.

4) Çalışmamız açısından önem arz eden 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un gerekçesinde sağlık hakkına vurgu yapılırken, ülkedeki bütün insanların beden ve ruhen sağlıklı olarak hayatlarını sürdürebilmeleri için, sağlık hizmetlerinin en temel toplum birimi olan aileye kadar etkili bir şekilde yaygınlaştırılması gerekliliğinden de söz edilmiştir.

5) Sağlık hakkı incelenirken bunun gerçekleştirilmesi amacıyla hizmet eden en önemli öğelerden olan sosyal güvenlik kavramı ve sistemleri de incelenmelidir. Bu bağlamda, Türk Sosyal Güvenlik Hukukunda sosyal güvenlik sistemlerinin nasıl sınıflandırıldığına değinilmiştir. Sosyal güvenlik sistemlerinin farklı ülkelerdeki uygulamaları da göz önüne alınarak değişik şekillerde tasnif edilmesi olanaklıdır. Söz gelimi prim esasına ve çalışanları kapsayan dayalı bir işçi sigortası sisteminden bahsedilebileceği gibi, sosyal güvenlik şemsiyesinin kapsamını daha geniş tutan bir halk sigortası sisteminden de bahsedilebilir. Hatta bu iki sistemi ele alan bir karma sistem de gündeme gelebilir. Tez içinde sözü edilen bu sistemlere yer verilmekle birlikte ayrıca alternatif diğer sistemler olan, devletçe bakım sistemi, koruyucu fon sistemi ve özel sigorta sistemlerine de kısaca değinilmiştir.

Sosyal güvenlik ve sağlık hakkının bahsedilen sıkı ilişkisi sağlık sistemlerine de değinmeyi zorunlu kılmıştır. Bu çerçevede, genel olarak hastalık sigortası sistemi, milli sağlık sistemi ve özel sağlık sisteminin finansman yöntemleri, organizasyon şekilleri ve kişi bakımından kapsamı incelenmiştir. Ayrıca, tezin konusuyla da ilgili olarak, bu sistemler içerisinde aile hekimliği kavramına ve uygulamasına yer verilmiştir. Bahsedilen üç sistemin dışında kısaca sosyalist sağlık sistemine de değinilmiştir.

6) Söz konusu sağlık sistemleri içerisinde uygulamakta olduğumuz genel sağlık sigortası sisteminin, ikinci bölümde incelediğimiz sigorta yöntemini (hastalık sigortası sistemi) benimsemiş olduğunu görüyoruz. Bu bağlamda, hastalık sigortası sisteminin temel özelliklerine uygun olarak genel sağlık sigortasında sigorta eliyle, sağlık harcamaları için halktan prim toplanması öngörülmektedir. Genel sağlık sigortası ayrıca, tüm ülke nüfusunun sağlık hizmetleri kapsamına alınmasını da amaçlamıştır. Bu özelliği ile de milli sağlık sistemine benzemektedir. Yani ülkemizde çağdaş bir sosyal güvenlik uygulaması olmadığı gibi, sağlık güvencesi anlayışında da karma bir yapının bulunduğu sonucuna ulaşmak mümkündür.

Sonuç olarak genel sağlık sigortası oluşturulurken sağlık alanındaki tek sıkıntının finansman olduğu noktasından hareketle sağlık harcamalarının devlete yük oluşturduğu ifade edilmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki, sağlık toplumun tümünü ilgilendiren bir konu olduğu gibi, Anayasamızda yer alan sosyal devlet ilkesi gereği, devlet halkın sağlık harcamalarını karşılamalıdır.

7) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı sayılanların, Türkiye'de ikamet etmeleri şart olup, genel sağlık sigortalısı olmaları zorunlu tutulmuştur. Ayrıca genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler de genel sağlık sigortasının kapsamındadır.

8) Genel sağlık sigortasının edim bakımından kapsamı hususu incelenirken, sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti niteliği üzerinde durularak, türlerine değinilmiştir. Buna göre, temelde koruyucu, tedavi edici ve eski hale getirici olmak üzere üçe ayrılan sağlık hizmetlerinin aslında birbirini tamamlayıcı ve birbirinden ayrılmaz özellikleri olduğu vurgulanmıştır.

9) Aile hekimliği hizmetinin yürütülmesi görevini, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı içinde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yerine getirmektedir. Taşra teşkilatı içerisinde ise, sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri bulunmaktadır. Ayrıca söz konusu sağlık kuruluşları ve aile hekimleri 2008 yılı Sağlık Uygulama Tebliği 2.1 maddesinde birinci basamak resmî sağlık kuruluşları olarak sayılmıştır.

10) Sağlık sistemimizdeki bir diğer önemli değişiklik sevk sisteminin öngörülmesidir. Mevcut durumda dört ilde sevk sistemi zorunlu iken, Sağlık Uygulama Tebliği ile 01.07.2009 tarihinden itibaren aile hekimliğine geçilen illerin tümünde sevk sisteminin zorunlu olacağı düzenlenmişti. Ancak, hekim sayısındaki yetersizlik ve mevzuat düzenlemelerinin tamamlanmadığı gerekçesiyle, 30.06.2009 tarihinde Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ile 2009/85 sayılı bir genelge yayımlamıştır. Genelgeye göre, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde zorunlu sevk sistemi uygulaması 2010 yılına kadar ertelenmiştir.

2009/77 sayılı Genelge uyarınca, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmayacağı ifade edilmiştir. 2009/77 sayılı Genelge uyarınca, sadece Kurumla sözleşmeli ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurumlarında hekim ve diş hekimi muayenesi için katılım payı, **2 (iki) TL** olarak uygulanacaktır.

5510 sayılı Kanun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin **sevk zinciri kurallarına uygun** hareket etmek zorunda olduklarını vurgulamaktadır (5510 md. 70/II). Ancak Kanunun ilk metninde iş kazası, meslek hastalığı, afet, savaş ve acil hallerde sevk zincirine uyulmayabileceği açıkça belirtilmişti. Hatta bunlar dışındaki hallerde dahi sevk zincirine uyulmasa da sağlık harcamalarının % 70'inin ödeneceği belirtiliyordu (5510 md. 70/III (Mülga: 17.04.2008-5754 md. 67)). Ancak Kanunun son metninde hiçbir ayırım yapılmadan tüm başvurularda "sevk zincirine" uyulması aranmaktadır (5510 md. 70/II).

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 5. maddesinin 2. fıkrasında; aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat ettiği takdirde kişiden **katkı payı** alınması öngörülmüştür.

Buna karşılık, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmelik'i, iş kazası, meslek hastalığı, afet, savaş ve acil hallerde sevk zincirine uymanın zorunlu olmadığını belirtmektedir (GSSİY md. 40/4). Bu haller dışında sevk zincirine

uyulmaması hâlinde ise sağlık hizmetleri bedelleri, yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin Kurumca karşılanmayacağı da ayrıca düzenlenmektedir (GSSİY md. 40/4). Sonuçta sevk zincirine aykırı davranılması sonucunda bütün tedavi giderlerinin ilgisince karşılanacağını düzenlenmesi, bir kuralın ihlali karşısında ağır bir yaptırım olarak görülmektedir. Ayrıca, sosyal devletin gereklerine de aykırı bir düzenlemedir.

10) Genel sağlık sigortasının birinci basamağını oluşturacak aile hekimliğine hazırlık olmak üzere, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmadan önce 2004 yılında 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun çıkarılmıştır. Kanun esas olarak, personelin statü ve mali haklarını düzenlemiştir.

11) Aile hekimliği kavramı incelenirken benzer bir müessese olan yetkilendirilmiş aile hekimi kavramı da incelenmiştir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in 26. maddesinin 2. fıkrasına dayanılarak çıkarılan 19.03.2007 tarihli ve 2007/21 sayılı genelgede, aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen illerde Sosyal Güvenlik Kurumu adına reçete yazma ve iki güne kadar istirahat verme yetkisi talep edilen hekimlerin aynı zamanda aile hekimliği yetkisini de haiz olması gerektiği düzenlenmiştir. Özellikle işyeri hekimleri açısından, aile hekimliği mevzuatına uygun çalışmalarının beklenmesi ve yetki almayanların muayene, tedavi ve bu kapsamda reçete, sevk ve rapor yetkisinin kaldırılması hususu uygulamada sorunlara neden olmuştur. Bunun üzerine, 2009/71 sayılı genelge çıkarılmış ve kurum ve işyeri hekimlerinin yetkilerini kullanabilmeleri için aile hekimliği yetkisini haiz olma koşulunu aramamıştır.

12) 5258 sayılı Kanun'un 2/II maddesinde, uzman aile hekimi veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman hekimi hatta hiçbir uzmanlığı olmayan pratisyen hekim de, aile hekimi olarak kabul edilmiştir. Ancak söz konusu uygulama, yaşamsal bir görev olan sağlık hizmetlerini sunma görevinin, uzman olmayan hekimlerce yerine getiriliyor olması nedeniyle yoğun bir şekilde eleştirilmektedir.

13) Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ve Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine, hekimlerle aile hekimliği sözleşmesi yapılmaktadır. Sözleşmenin ön koşulu ilgilinin devlet memuru olma şartlarına sahip olmasıdır. Aile hekimleri öncelikli olarak kamu görevlileri arasından çalıştırılacaktır (5258 md. 3/2). Çünkü, 3. maddede kamu kurumlarından eleman temin edilememesi ve ihtiyaç duyulması halinde dışarıdan aile hekimi çalıştırılacağı ifade edilmektedir. Aile hekimleri 5258 sayılı Kanuna göre üç şekilde istihdam edilebilmektedirler: serbest çalışanlar ve gönüllü kamu görevlileri sözleşmeli olarak, ayrıca uygun görülen kamu görevlileri ise resen yapılan görevlendirme ile aile hekimi olarak istihdam edilebilmektedirler.

Görevlendirilme suretiyle çalışan aile hekimlerinin statülerinde herhangi bir değişiklik olmayacağı için, sözleşmeli çalışan aile hekimlerinin statülerinin incelenmesi gerekmektedir. Aile hekimlerinin sundukları görevin niteliği düşünüldüğünde aile hekimlerinin kamu görevlileri kapsamında değerlendirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Nitekim, Anayasa'nın 128. maddesinde, genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetlerinin gerektirdiği aslî ve sürekli nitelikteki görevlerin kamu görevlileri eliyle görüleceği belirtilmiştir.

Aile hekimliği hizmetlerinin aslî ve sürekli nitelikte bir hizmet olduğunu belirlemek için, hizmetin özelliklerine değinmek gerekmektedir. 5258 sayılı Kanun'a göre aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca sunulacak hizmetler, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği hizmetlerini, pilot olarak belirleyeceği illerde görevlendireceği ya da sözleşmeli olarak çalıştıracığı personel eliyle yürütmektedir. Bu hizmetlerin niteliği itibariyle belli bir düzenlilik ve süreklilik içinde sunulması gerekmektedir. Kişilerin ve dolayısıyla aile ve toplumun varlığı ve huzuru yönünden vazgeçilmez, ertelenemez ve ikame edilemez hizmetler olması, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının bu hizmetleri kapsamlı ve devamlı olarak sunma yükümlülükleri olduğunu göstermektedir. Ayrıca, aile hekimleri aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen illerde bu hizmetlerin ücretsiz olarak verilmektedir. Kişilerin bu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerinin aile hekimlerine kayıt olmalarına bağlı olması ve bu illerde aile hekimliği kapsamındaki hizmetlerin sadece aile hekimlerince sunulması, birinci basamakta düzenlenmesi

öngörülen her türlü reçete, rapor ve sevklerin ve diğer resmi belgelerin, aile hekimleri tarafından düzenlenmesi, birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevklerin aile hekimlerince yapılması, söz konusu kamu hizmetinin aslî ve sürekli nitelikte olduğunu da göstermektedir.

Kamu görevlisi olanların veya serbest çalışanların Sağlık Bakanlığı ile akdettikleri sözleşmenin niteliği de idarî hizmet sözleşmesidir. Sonuç olarak genel idare esaslarına göre yürütülen, aslî ve sürekli nitelikte görev olan aile hekimliği hizmetini görenlerin Anayasa'nın 128. maddesinde düzenlenen "diğer kamu görevlileri" kapsamındaki sözleşmeli personel olmaları gerekmektedir. Bu durumda söz konusu sözleşmeli personele kamu hukuku uygulanır ve bu personel ile idare arasında ortaya çıkan uyuşmazlıklar idarî yargıda karara bağlanır.

14) Aile hekimlerinin göreve başlamaları ve nakilleri, geçiş döneminde ve geçiş döneminden sonra olmak suretiyle iki farklı şekilde düzenlenmiştir. Geçiş dönemindeki yerleştirmelerde, kamu görevlisi olan tüm hekimler öncelikli sırdarken, geçiş döneminden sonraki yerleştirmelerde, uzman aile hekimlerine öncelik verileceği düzenlenmiştir.

15) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik'te, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile ilgili aile hekiminin talebi ve yerel sağlık idaresinin onayı ile belirlenen çalışma saatleri içinde çalışacakları düzenlenmiş. Ancak söz konusu yönetmelikte, haftada kırk saati aşan çalışmalar için herhangi bir ücret ödenip ödenmeyeceği düzenlenmemiştir.

Hizmetlerin devamlılığının sağlanabilmesi için, gerekli durumlarda Bakanlık personelinin görevlendirme suretiyle çalıştırılması mümkün kılındığından söz edilmişti. Ancak, görevlendirilecek kamu personelinin görev sınırları ve süreleri belli değildir. Bu durum Anayasa'nın 128. maddesi ile 657 sayılı Kanunda düzenlenen özlük haklarında keyfi kısıtlanma anlamına gelmektedir.

16) Aile hekiminin Yönetmelik tarafından belirlenen yirmi dört adet görevi bulunmaktadır. Bu görevlerin içerisinde dikkate değer olanı kuşkusuz aile hekiminin evde bakım hizmetlerinden de sorumlu tutulmasıdır. Yönetmelik tarafından bu kadar çok görev yüklenen aile hekimlerine bir de evde bakım hizmetlerinin de yüklenmesi uygulamada sorunlar yaratacağı muhakkaktır.

17) Görevlendirme suretiyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yıllık, mazeret ve hastalık izinleri yönünden aslî statülerine ilişkin mevzuata tâbi oldukları düzenlenmiştir. Sözleşme ile çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına ise, izin vermeye ve hastalık raporlarını izne çevirmeye, yerel sağlık idarelerinin (il sağlık müdürlüğü) teklifi üzerine buldukları yerin mülki idare amirleri (vali) yetkilidir.

İzinli durumlarda aile hekimlerinin görevlerini iki şekilde gördürebileceği belirtilmiştir. İlk olarak aile hekimi, bir başka aile hekimi veya aile sağlığı elemanı ile anlaşarak izinli olduğu süre içinde hizmetin görülmesini sağlayabilir. Bu durum söz konusu olamadığı takdirde, yerel sağlık idaresi, diğer aile hekimleri, aile sağlığı elemanları veya Bakanlık personelini geçici aile hekimi veya geçici aile sağlığı elemanı olarak görevlendirir.

18) Aile hekimleri ile Sağlık Bakanlığı sözleşme yaptığı için, sözleşmenin bir tarafı olan Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimlerinin giderlerini ve ücretlerini üstleneceği anlaşılmaktadır. Sistemin genel sağlık sigortasına tamamen aktarılmasıyla birlikte, 5510 sayılı Kanun'a uygun olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanın Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanacağı belirtilmektedir

19) Yapılan inceleme ve değerlendirme neticesinde aile hekimliği sisteminin halen birçok hukuki ve yapısal sorununun olduğu görülmüş fakat çalışmamızda bu sorunlardan bir kısmı yorumlanmaya çalışılmıştır. Değindiğimiz bütün bu sorunlar aile hekimliği mevzuatında "aile sağlığı elemanı" olarak adlandırılan diğer sağlık çalışanları için de aynen geçerlidir. Ancak tekrara düşmemek amacıyla incelememizde sadece "hekim"den bahsedilmiştir.

Aile hekimliği uygulaması hakkında birçok soru işareti vardır. Aile hekimliği uygulamasının özel bir işbölümü ve disiplinle yürütülebilecek birinci basamak sağlık hizmetleri için yeterli olup olamayacağı şüphelidir. Bir diğer önemli gerçek, ülkemizde aile hekimliği yapabilecek hekimlerin sayısının yetersiz olmasıdır. Genel Sağlık Sigortası sisteminin en alt kademesini oluşturan aile hekimlerinin sayısının yetersizliği, sevk zinciri uygulamasına geçilmesinin de sürekli ertelenmesine sebep olmaktadır.

KAYNAKLAR

Akad Mehmet, Teori ve Uygulamada Sosyal Güvenlik Hakkı, Anayasa Mahkemesi-Yargıtay Kararları-İlgili Mevzuat, İstanbul 1992.

Akgüner Tayfun, Kamu Personel Yönetimi, 3. Bası, İstanbul 1998.

Akın Levent, “Anayasa Mahkemesinin İptal Kararı Sonrasında Sigortalılığın Kapsamı ve Primli Rejimle Bağdaşması”, Sosyal Güvenlik Hukuku, Yasalar ve Gerçekler, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007, s. 22-55.

Akın Levent, “Sigortalılık Kavramı Açısından Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Değerlendirilmesi”, AÜHFD, C. 54, S. 2, 2005, s.23-63. (*Sigortalılık*)

Akın Levent, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Kişiler Açısından Kapsamında Yeni Gelişmeler”, Çalışma ve Toplum, Özel Sayı, 2006/1, s. 26-49. (*Yeni Gelişmeler*)

Aksoy Osman Gazi, “Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı”, Yeni Türkiye, Temmuz-Ağustos 2001, S. 40, s. 1803–1808.

Algın Kürşat/**Şahin** İsmet/**Top** Mehmet, “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları Çözüm Önerileri”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 7, S. 3, 2004, s. 249-275.

Alper Yusuf, “ABD Sosyal Güvenlik Sistemi bir model olabilir mi?”, Çimento İşveren, Mart-Nisan 2008, C. 22, S. 2, s. 4-31.

Alptekin Kamil, “Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme”, Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, Mayıs 2004, C. 12, S. 2, s. 132–139.

Altan Mikail/**Aslanlar** İsmail, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın Özel Sigorta Şirketleriyle Entegrasyonu Temelinde Bir Özelleştirme Modeli”, Resürör, S. 42, Ekim 2001, s. 19-35.

Arıcı Kadir, “Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği Sorunu”, Sicil, S. 12, Mart 2009, s. 148-157. (*Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği*)

Arıcı Kadir, Sosyal Güvenlik, Ankara 1999.

Armağan Servet, 1982 Anayasasına Göre Temel Hak ve Ödevler, İstanbul 1980.

Ataay Faruk, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, Amme İdaresi Dergisi, C. 41, S. 3, Eylül 2008, s. 169-184.

Aydın Erdem, “Sosyalleştirme Yasasındaki Teknik Hatalar ve 32. Madde Olayı”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 1995, C. 10, S. 68, s. 60-63.

Ayhan Önder, “İdari Sözleşmeler”, Danıştay Dergisi, Y. 9, S. 32-33, s. 90-134.

Azrak Ülkü, “İdarî Mukavele Kavramının Teori ve Tatbikattaki Gelişimine Dair Mukayeseli Bir İnceleme”, İÜHFM, C. 29, S. 3, 1968, s. 521-539.

Bakırcı Kadriye, Kamu İktisadi Teşebbüslerinde Sözleşmeli Personel Sorunu, İstanbul 1992.

Balkır Gönül Zehra, Türk Anayasa Yargısında Sosyal Hakların Korunması, Kocaeli 2009.

Batırel F. Ömer, “Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası”, MÜİİBFD, C. 3, S. 3, 1986, s. 171-180.

Bayam Levent, “İngiltere’deki Aile Hekimliği Uygulamasına Genel Bir Bakış”, Aile Hekimliği Dergisi, C. 1, S. 1, 2007, s. 1.

Bayraktar Köksal, Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezaî Sorumluluğu, İstanbul 1972.

Becker Ulrich/Darimont Barbara/Hekimler Alpay, “Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminde Son Reformlar”, Mercek, Ekim 2005, Y. 10, S. 40, s. 139-146.

Belek İlker, “Türkiye Sağlık Reformları”, Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 2001, C. 16, S. 6, s. 438-447.

Belek İlker/Kılıç Bülent, “10 Soruda Aile Hekimliği – Doktorluğu, Yanlışlar Değil Doğrular, Yalanlar Değil Gerçekler”, Toplum ve Hekim, Kasım Aralık 2003, C. 18, S. 6, s. 414-430.

Bilgili Özkan, Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Personeli: İstihdamı ve Sosyal Güvenlikleri Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 2008. (*Özel Sağlık*)

Bilgili Özkan, Yeni Sosyal Güvenlik Uygulaması (5502 ve 5510 Sayılı Kanunlara Göre), Açıklamalı, Örnekli, Karşılaştırmalı, Ankara 2008.

Birinci Basamak ve Aile Hekimliği – TTB Görüşü, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, C. 10, S. 67, s. 73-77.

Bozkurt Enver, “İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı”, Ankara Barosu-Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Sağlık Hukuku Kurultayı, 1-3 Kasım 2007, Ankara 2008, s. 14-23.

Caniklioğlu, Nurşen, Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, İstanbul 2002.

Canikoğlu Nurşen, “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun Kısa Vadeli Sigorta Kollarına İlişkin Hükümlerinin Kısa Bir Değerlendirmesi”, TİSK İşveren Dergisi, C. 45, S. 3, s. 48

Centel Tankut, “Avrupa Sosyal Şartı ve Türk Sosyal Hukuk Düzeni”, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi 15. Yıl Armağanı, İstanbul 1991, s. 93 vd. (*Avrupa Sosyal Şartı*)

Çiçekli Bülent, Avrupa Sosyal Şartı – Temel Rehber, Ankara 2001.

Dağlı Fahrettin, Sosyal Devlet Anlayışında Anayasalarımızda Sağlık Hakkı (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mayıs 1992.

Demir Fevzi, Anayasa Hukukuna Giriş, 6. Bası, İzmir 2005.

Demirbilek Sevda, Sosyal Güvenlik Sosyolojisi, İzmir 2005.

Demirbilek Sevda, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, İzmir 1999. (*Sağlık Hizmetleri*)

Demirbilek Tunç, “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde Yer Alan Sosyal Güvenlik Hakkının Türk Endüstri İlişkileri Sistemi Açısından İncelenmesi”, Kamu-İş, S. 8, Nisan 1991, s. 3-9. (*Sosyal Güvenlik Hakkı*)

Demirer Yücel, “Kültür ve Siyaset Ekseninde Sağlıkta Kavramsallaştırma: “Hasta” ve “Hastalık” Örnekleri”, Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat 2006, C. 21, S. 1, s. 25-31.

Dilek Zühal, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği, Aylık Haber Bülteni, Şubat 2009, Y. 6, S. 76, s. 6.

Dilik Sait, “Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi”, AÜSBFD, C. 43, S. 1, 1988, s. 41-80. (*Tarihsel Gelişim*)

Doğru Osman, İnsan Hakları Uluslararası Mevzuatı, İstanbul 1998.

Duran Lütü, “Anayasa Mahkemesine Göre Türkiye’nin Hukukî Düzeni (II)”, Amme İdaresi Dergisi, C. 19, S. 2, s. 3-28.

Ekmekçi Ömer, “4857 Sayılı İş Kanunu’na Göre İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda İşyeri Örgütlenmesi”, İstanbul 2005.

Ekmekçi Ömer, “İşverenlerin İşyeri Hekimi Bulundurma Yükümü ve Tabip Odalarının Yetkisine İlişkin Sorunlar”, Mercek, Nisan 2001, s. 80 vd..

Ekmekçi Ömer, “İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğe İlişkin Danıştay’ın Yürütmeyi Durdurma Kararları ve Hukuki Etkileri”, Sicil, S. 2, Mart 2009, s. 135-148.

Ergenekon Çağatay, Özel Emeklilik Fonları-Şili Örneğinden Alınacak Dersler, İMKB, İstanbul 1998.

Ergin Hediye, “Genel Sağlık Sigortasında Geline Son Durum”, Sicil, S. 11, Eylül 2008, s. 112-130.

Ergüder Toker/**Esin** Serdar/**Kutlu** Levent/**Kanyılmaz** Dilek, “Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik”, Amme İdaresi Dergisi, C. 33, S. 4, Aralık 2000, s. 103, 111.

Ertürk Şükran, “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nun Kısa Vadeli Sigorta Kollarına İlişkin Hükümlerinin Birlikte Değerlendirilmesi”, Sicil, Y. 2, S. 5, Mart 2007, 120-124.

Eryılmaz Bilal, Kamu Yönetimi, İstanbul 2007.

Europe, Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3, 2002.

Evang Karl, Health Services, Society and Medicine, Oxford University Press, London 1960.

Fişek Gürhan, “Sağlıkta Sosyalleştirmenin 30. Yılında Demokrasi ve Sağlık”, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Kasım 1991, S. 137, s. 51 vd.

Fulcher D., Medical Care Systems: Public and Private Health Coverage in Selected Industrialized Countries, ILO Publications, 1974.

Giray Hatice/**Aksakoğlu** Gazanfer, “Belçika Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos, 2007, C. 22, S. 4, s. 260-265. (*Belçika*)

Giritli İsmet/**Bilgen** Pertev/**Akgüner** Tayfun, İdare Hukuku, Ankara 2008.

Göka Erol, Sağlık, <http://www.enfal.de/sosyalbilimler/s/007.htm>, (18.01.2008).

Görpelioglu Süleyman, “Önerilen Aile Doktorluğu Modeli ve İnsan Kaynakları Değerlendirmesi (Sonuç Raporu)”, www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=4616, s. 35 vd. (24.05.2009).

Gözler Kemal, İdare Hukuku, C. II, Bursa 2003. (*C. II*)

Gözler Kemal, Türk Anayasa Hukuku Dersleri, Bursa 2008. (*Anayasa Hukuku Dersleri*)

Gözübüyük Şeref, Anayasa Hukuku, 10. baskı, Ankara 2002.

Gözübüyük Şeref/**Tan** Turgut, İdare Hukuku Genel Esaslar, C. I, Ankara 2008.

Gülmez Mesut, “Avrupa Sosyal Şartı’na Genel Bir Bakış ve Türkiye”, İnsan Hakları Yıllığı, C. 12, Ankara 1990, s. 91. (*Avrupa Sosyal Şart*)

Gülmez Mesut, “Geliştirilen İçeriği ve Etkinleştirilen Denetim Sistemi İle Yeni Avrupa Sosyal Şartı”, Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası, Metin Kutal’a Armağan, Ankara 1998, s. 327 vd. (*Yeni Avrupa Sosyal Şartı*)

Gülmez Mesut, “Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı’na Uyum Sağlayabilecek miyiz?”, Çalışma ve Toplum, 2007/1, S. 12, s. 27-52. (*Gözden Geçirilmiş*)

Günday Metin, İdare Hukuku, 6. Bası, Ankara 2002.

Güran Sait, “Anayasanın 128 ve 129. Maddeleri Yönünden Kamu Görevlileri, Bakanların Durumu”, Anayasa Yargısı, C. 1, 1984, s. 193-200.

Güzel Ali, “Avrupa Birliği’ne Tam Üyelik Sürecinde Türk Sosyal Güvenlik Sistemi”, İktisat Dergisi, Ocak 2001, s. 36-45. (*Avrupa Birliği*)

Güzel Ali, “Avrupa Birliği’ne Tam Üyelik Sürecinde Türk Sosyal Güvenlik Sistemi”, İktisat Dergisi, Ocak 2001, s. 38 vd.

Güzel Ali, “Dünya’da ve Ülkemizde İşyeri Hekimliği’ne Yaklaşım, Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, Uluslararası ve Ulusal Hukuk Sisteminde İşyeri Hekimliği Sempozyumu, Ankara 2003, s. 30 vd. (*İşyeri Hekimliği*).

Güzel Ali, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”, Çalışma ve Toplum, 2005/4, s. 61-76.

Güzel Ali, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi İçin Yeni Bir Örgütlenme Modeli”, Cumhuriyetin 75. Yılında Endüstri İlişkilerinde ve Emek Piyasalarının Düzenlenmesinde Devletin Değişen Rolü ve İşlevleri, III. Uluslararası Endüstri İlişkileri Kongresi, TÜHİS Yayın No: 36, 14-16 Ekim 1998, s. 275-293. (*Örgütlenme Modeli*)

Güzel Ali/Gökçeoğlu Şebnem, “Hastalık Sigortası-Sağlık Yardımları-Sosyal Güvenlik Hakkı-Yaşam Hakkı (Karar İncelemesi)”, İHD, Nisan-Haziran 1993, C. 3, S. 4, s. 283-289.

Güzel Ali/Okur Ali Rıza/Caniklioğlu Nurşen, Sosyal Güvenlik Hukuku, 12. Bası, İstanbul 2009.

Hamzaoğlu Onur/Yavuz Cavit Işık, “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine”, Mülkiye, 2006/Güz, C. XXX, S. 252, s. 275-296

Hayran Osman, Hastane Yöneticiliği, “Sağlık ve Hastalık Kavramları”, Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul 1997.

Hemp Paul, "Presenteeism: At work - but out of it", Harvard Business Review 82 (10), Ekim 2004, [http://harvardbusinessonline.hbsp.harvard.edu/b02/en/common/item_detail.jhtml?id=R0410B\(18.01.2008\)](http://harvardbusinessonline.hbsp.harvard.edu/b02/en/common/item_detail.jhtml?id=R0410B(18.01.2008)), s. 49-58.

<http://www.anayasa.gen.tr/senediittifak.htm> (14.02.2009).

<http://www.undp.org.tr/Gozlem3.aspx?WebSayfaNo=248>, (21.12.2008).

İzveren Adil, Sosyal Politika ve Sosyal Sigortalar, Ankara 1968.

Kaboğlu İbrahim, Kolektif Özgürlükler, Diyarbakır 1989.

Kaboğlu İbrahim, Özgürlükler Hukuku, Ankara 2002. (*Özgürlükler*)

Kağan Tufan, "Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası", Çalışma ve Toplum, 2006/1, s. 149-162.

Kanlıgöz Cihan, "1982 Anayasasına Göre Kamu Görevlisi Kavramının Anlam ve Kapsamı", AÜHFD, C. 43, S. 1-4, 1993, s.170-196.

Kapar Recep, "Şili Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık ve Emeklilik Sigortalarında Yaşanan Değişimler", DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C. 1, S. 1, 1999, s. 167-189.

Karagöz Veli, "İşyeri Hekimliği", Sağlık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Ankara 2007, s. 202.

Karahanogulları Onur, Kamu Hizmeti, Ankara 2004.

Karataş İrep, "Dünden Bugüne Wonca", Aile Hekimliği Dergisi, C. 2, S. 4, Y. 2008, s. 6-8.

Keser Hakan, Türk Kamu Sektöründe Bireysel İş İlişkileri, 4857 sayılı İş Kanunu ve İlgili Mevzuat Çerçevesinde, 2. Bası, İzmir 2007.

Kocaoğlu Mehmet, Sosyal Politika, Ankara 1997, s. 43.

Kocaoğlu Mehmet/**Kocaoğlu** Sinan, "İnsan Hak ve Özgürlüklerinin Uluslararası Korunması", ABD, Yaz 2007, Y. 65, S. 3, s. 105-128.

Koç Yıldırım, "Avrupa Birliği Ülkelerinde Sosyal Güvenlik", Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 2005, C. 20, S. 2, s. 102-111.

Koç Yıldırım, "Avrupa Birliği Ülkelerinde Sosyal Güvenlik", Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 2005, C. 20, S. 2, s. 103 vd.

Konuralp Gürel/Utkueri Okan, “Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Özel Emeklilik Fonlarının Önemi”, <http://muhasebemerkezi.marmara.edu.tr/09gurel.zip> (03.03.2009), s. 1-14.

Korkusuz Refik, “Anayasa Mahkemesi’nin İptal Kararından Sonra Sosyal Güvenlik Hukukumuzda Kısa Vadeli Sigorta Türlerinin Hukuki Durumunun İncelenmesi”, *Sicil*, Y. 2, S. 8, Aralık 2007, s. 140-165.

Korkusuz Refik/Uğur Suat, *Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş*, Adana 2009.

Martin Brendan, *Özelleştirme Kamu Yararına mı?*, Türk Harb-İş Sendikası, Ankara 1994.

Mesa-Lago Carmelo, “Structural Reform of Social Security Pensions in Latin America: Models, Characteristics, Results and Conclusions”, *International Social Security Review*, Vol. 54, 4/2001, s. 67-92.

Mumcu Ahmet, *İnsan Hakları ve Kamu Özgürlükleri (Kavramlar, Evrensel ve Ulusal Gelişimleri, Bugünkü Durumları)*, Ankara 2007.

Okur Ali Rıza, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, *LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi*, 2006/12, s. 1285-1309. (*Genel Sağlık*)

Okur Ali Rıza, “Türk Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, *İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri*, 7-8 Aralık 2006, Ankara 2007, s. 115-182. (*Genel Sağlık Sigortası*)

Okur Ali Rıza, *Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları (Yayımlanmamış Profesörlük Takdim Tezi)*, İstanbul 1992. (*Sağlık Hakkı*)

Okur Ali Rıza/Ergin Hediye, “Türkiye’de Sağlık Reformunun Geçmişi ve Geleceği”, *Devrim Ulucan’a Armağan*, İstanbul 2008, s. 599-699.

Oral İlhan, *Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*, Eskişehir 2002.

Özbudun Ergun, *Türk Anayasa Hukuku*, 10. Bası, Ankara 2009.

Özçelik Haluk, *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği*, (yayımlanmamış doktora tezi), İstanbul 1995.

Özdemir Oya/Ocaktan Esin/Akdur Recep, “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2003, C. 56, S. 4, s. 207-216.

Özsarı Haluk, “Genel Sağlık Sigortası Sürecinde Geline Son Nokta”, *TİSK İşveren Dergisi*, C. 46, S. 2, s. 42-46.

Öztek Zafer, “Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”, Hacettepe Tıp Dergisi, 2000, C. 31, S. 1. (*Birinci Basamak*)

Öztek Zafer, “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye, Mayıs-Haziran 2001, S. 39, s. 295-311. (*Sağlık*)

Öztek Zafer, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Sorunlar ve Çözümler, <http://www.hasuder.org>, (24.05.2009).

Pala Kayıhan, “2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 1995, C. 10, s. 64 vd.

Pala Kayıhan/**Yavuz** Cavit Işık, “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme: Düzce Örneği”, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 2005, C. 20, S. 3, s. 162-171.

Pekcan Hikmet/**Uğurluoğlu** Özgür, “Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği”, Yeni Türkiye, Y. 2001, S. 39, s. 817-844.

Rakel Robert E., “Textbook of Family Practice”, The Family Physician, 5th Edition, Philadelphia 1995.

Roemer Milton, National Health Systems of the World, Vol I: Countries, Oxford University Press 1991.

Roemer Milton, National Health Systems of the World, Vol. II: The Issues, Oxford University Press 1993.

Rösner Jürgen Hans, “Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Reformunda Özelleştirme Stratejileri”, Türkiye’de ve Almanya’da Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Reformu, Şili Örneği, Ankara 1997, s. 89-97.

Saatçi Esra/**Sezer** Hakan, “Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları”, Aile Hekimliği – II, İstanbul 1996, s. 49- 70.

Sancakdar Oğuz, Disiplin Yaptırımı Olarak Devlet Memuriyetinden Çıkarma ve Yargısal Denetimi, Ankara 2001.

Sancakdar Oğuz: “Bütçe Uygulama Talimatları İle Tedavi Giderlerinin Sınırlandırılması Sorunu ve Dış Tedavisi Örneği”, DEÜ Hukuk Fakültesi Dergisi, 2004, C. 6, S. 1, s. 203-232.

Sandholzer Hagen/**Yaman** Hakan, “Almanya’daki Aile Hekimliği Uygulamaları”, Aile Hekimliği Dergisi, C. 1, S. 2, 2007, s. 32-33.

Sargutan Erdal, “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 8, S. 1, Y. 2005, s. 81–111. (*Karşılaştırmalı*)

Sargutan Erdal, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı ”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 8, S. 3, Y. 2005. (*Sağlık Sektörü*)

Sargutan Erdal, Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Ankara 1993, s. 9-12. (*Sağlık Sektörünün Yapısı*)

Savcı Bahri, “Yaşam Hakkı” “Felsefesal Açıdan Pratiğe Doğru”, AÜSBFD, Y. 1980, C. 35, S. 1, s. 19–27.

Sencer Muzaffer, Belgelerle İnsan Hakları – Ana Kuruluşlar ve Belgeler, Ankara 1986.

Serim Bülent, “Sosyal Devlet, Sağlık Hakkı ve Getirilen Sınırlamalar”, Mülkiye, S. 106, s. 46–51. (*Sosyal Devlet*)

Serim Bülent, Öğretide Yargı Kararlarında ve Uygulamada Sözleşmeli Personel, Ankara 1987.

SIU Alan, “Hong Kong’s Mandatory Provident Fund”, Hong Kong Institute of Economics and Business Strategy, The University of Hong Kong, September 3, 2000, http://www.hiebs.hku.hk/working_paper_updates/pdf/wp1021.pdf (28.03.2009).

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası’na İlişkin Görüşlerimiz, DİSK’in Sesi, Mayıs 2006 Özel Eki, s. 35.

Soyer Ata, “Türkiye’nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı”, Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 2001, C. 16, S. 6, s. s. 413–429.

Sönmez Yonca, “İsviçre Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat-Mart-Nisan, 2007, C. 22, S. 1-2, s. 112-120.

Sözer Ali Nazım, “5510 Sayılı Kanun’un Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeleri”, Sosyal Güvenlik Hukuku, Yasalar ve Gerçekler, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul 2007, s. 150-168. (*Yasalar ve Gerçekler*)

Sözer Ali Nazım, “Genel Sağlık Sigortası Edimlerinden Yararlanmada Prim Koşulu”, Sicil, S. 12, Mart 2009, s. 159-173. (*Prim Koşulu*)

Sözer Ali Nazım, “Genel Sağlık Sigortası Kimin Yararına”, Mercek, Y. 10, S. 37, Ocak 2005, s. 21-31. (*Kimin Yararına*)

Sözer Ali Nazım, “Genel Sağlık Sigortası: Reform mu Deform mu? – Sağlık Hakkı Açısından Mukayeseli Bir Değerlendirme – “, Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı, Kamu-İş, Ankara 2007, s. 117 vd. (*Reform*)

Sözer Ali Nazım, “Genel Sağlık Sigortasında Sunulan Edimler: Kapsam ve Yararlanma Koşulları”, Sicil, S. 10, Haziran 2008, s. 146-157. (*Edimler*)

Sözer Ali Nazım, “Genel Sağlık Sigortasının Organizasyonu”, Osman Güven Çankaya’ya Armağan (yayınlanmak üzere gönderilmiştir). (*Organizasyon*)

Sözer Ali Nazım, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Genel Sağlık Sigortası”, TİSK Akademi, 2006/1, C. 1, S. 1, s. 47-56. (*Sağlıkta Dönüşüm*)

Sözer Ali Nazım, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısında Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeler”, LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, 2005/7, s. 1175-1190. (*Genel Sağlık*)

Sözer Ali Nazım, “Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Hukuku Açısından Değerlendirilmesi”, 1990’lı Yıllarda Türk Çalışma Mevzuatının Avrupa Topluluğu Çalışma Mevzuatı Açısından Değerlendirilmesi, İzmir 1992, s. 64 vd.

Sözer Ali Nazım, Hasta İşçinin İş İlişkisi, Ege Üniversitesi İktisat Fakültesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1981. (*Hasta İşçi*)

Sözer Ali Nazım, Sosyal Devlet Uygulamaları, Almanya-İngiltere-Hollanda-Türkiye, İzmir 1997.

Sözer Ali Nazım, Sosyal Sigorta İlişkisi, İzmir 1991.

Sözer Ali Nazım, Türkiye’de Sosyal Hukuk, 2. bası, İzmir 1998. (*Sosyal Hukuk*)

Sözer Ali Nazım, “Sosyal Sigortalarda Yeniden Yapılanma ve Şili Modeli”, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, Y. 4, S. 10, Nisan 2001, s. 1-14. (*Şili Modeli*)

Sözer, Ali Nazım, “İş Göremezlik, Meslekte Kazanma Gücünün Kaybı Kavramları ve Sakatlık Kavramı ile İlişkileri”, AD, Ocak-Şubat 1984, S. 1, s. 33-46.

Sözer Ali Nazım/**Demirbilek** Sevda, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik ve Hukuki Açısından Değerlendirilmesi”, DEÜ 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, Kuşadası-Aydın, İzmir 1995, s. 503-525.

Sur Melda, “İnsan Hakları Kavramındaki Gelişmeler”, İzmir Barosu Dergisi, Temmuz 1993, Y. 58, S. 3, s. 40-45.

Sur Melda, İş Hukukunun Uluslararası Kaynakları – Avrupa Konseyi Çerçevesinde Kabul Edilen Belgeler, İzmir 1995. (*Uluslararası Kaynaklar*)

Süzek Sarper, “İşçilerin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusunda Hakları ve Yükümlülükleri”, LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, 2005/6, s. 610 vd.

Süzek Sarper, İş Hukuku, İstanbul 2008.

Talas Cahit, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Karşılaşılan Sorunlar”, AÜSBFD, C. 31, S. 1, 1976, s. 2-27.

Tan Turgut, “İdari Sözleşme Kuramına İlişkin Gözlemler”, Turan Güneş’e Armağan, Ankara 1995, s. 291-309.

Tanör Bülent, Anayasa Hukukunda Sosyal Haklar, İstanbul 1978.

Tanör Bülent, Türkiye’nin İnsan Hakları Sorunu, İstanbul 1994. (*İnsan Hakları*)

Tatar Mehtap, “Desantralizasyon ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Sisteminde Yeni Yapılanma Modeline Bir Bakış”, Amme İdaresi Dergisi, Aralık 1993, C. 26, S. 4, s. 137–151.

Tezcan Durmuş/Erdem Ruhan/Sancakdar Oğuz, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Işığında Türkiye’nin İnsan Hakları Sorunu, Ankara 2004.

TOBB, Tuncay Can, “Bazı Yabancı Ülkelerdeki Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Uygulamaları”, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara 1993.

Tuncay Can/Ekmekçi Ömer, Sosyal Güvenlik Hukuku’nun Esasları, İstanbul 2008.

Tunçomağ Kenan, Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar, 2. bası, İstanbul 1982.

Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara 2005.

Türk Meral, “Fransa Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran, 2007, C. 22, S. 3, s. 162-170.

Tüzer Tunga Tavbiy/Görpeliöğlü Süleyman, “Aile Hekimliği”, Yeni Türkiye, S. 39, Mayıs-Haziran 2001, s. 845-852.

Uğur Suat, Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi, Ankara 2004.

Uğurlu Mehmet/Kasım İsmail/Korukluoğlu Sinan/Üstü Yusuf/Doğusan Ahmet Reşat, “Aile Doktorluğunda Özlük Haklar”, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2004, s. 209-214.

Ulucan Devrim/Sağlam Fazıl, “Özelleştirme Kapsamına Alınan KİT’lerde Çalışan Personel ile İlgili Sorunlar (Bir Uyuşmazlık Mahkemesi Kararının THY Özelinde Değerlendirilmesi)”, Nuri Çelik’e Armağan, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, C. II, İstanbul 2001, s. 1415-1436.

Uşan Fatih, Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları, Ankara 2009.

Uşan Fatih, “Türk Tabipler Birliğinin İşyeri Hekimlerine İlişkin Ücret Belirleme Yetkisi Var mıdır?”, Çimento İşveren, C. 19, S. 5, Eylül 2005, s. 56-65.

Uygun Oktay, “İnsan Hakları Kuramı”, İnsan Hakları, İstanbul 2000, s. 21–42.

Uz Hulki, “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, Yeni Türkiye, Mayıs-Haziran 2001, S. 39, s. 321–322.

Üçışık Fehmi, “Sağlık Mevzuatının Temel Esasları”, Yeni Türkiye, Temmuz-Ağustos 2001, S. 40, s. 1865-1875.

Ünlüoğlu İlhami/**Paycı** Özcan Sevgi, “Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği”, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2004, s. 23-31.

Velidedeoğlu Hıfzı Veldet, “Türk Medeni Kanununa Göre Şahsiyetin Himayesi”, İBD, Temmuz 1937, Y. 3, S. 1–9.

WHO, Basic Documents, 46th Edition, Switzerland, 2007.

WHO, Official Report, No: 2, Geneva, 1948.

Williamson John B./ **Pampel** Fred C., “Does The Privatization Of Social Security Make Sense For Developing Nations?”, International Social Security Review, Vol. 51, 4/1998, s. 3-31.

Yıldırım Hasan Hüseyin, “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, Hastane Yaşam Dergisi, Ekim-Aralık 2004, Y. 1, S. 3-4.

EKLER

EK 1: Aile Hekimliği Hizmet Sözleşmesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AİLE HEKİMİ HİZMET SÖZLEŞMESİ

1- T.C. Sağlık Bakanlığı adına ile arasında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında Kanunun 3. maddesi uyarınca aşağıdaki şartlarda sözleşme imzalanmıştır.

Sözleşmede geçen “Kurum” Sağlık Bakanlığını, “İlgili” sözleşmeyi imzalayan aile hekimini, “sözleşme” bu hizmet sözleşmesini, “Yönetmelik” ise 27.06.2005 gün ve 2005/9142 sayılı Bakanlar Kurulu Karar eki “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliği” ifade eder.

2- İlgili, kurumca belirlenen aile hekimliği çalışma bölgesinde, yürürlükteki Kanun, Yönetmelik, Genelge ve verilecek talimatlara, hasta hakları, mesleki ve genel etik kurallara uygun olarak aile hekimliği görevini sözleşme süresince yürütmeyi kabul eder.

3- İlgili, bu görevi dışında, bilimsel faaliyetler hariç olmak üzere mesleğinin icrasından menfaat temin edemez. Hizmet akdi suretiyle veya esnaf veya tacir sayılmayı gerektiren herhangi bir faaliyette bulunamaz. İlgiliye, aile sağlığı elemanlığı ile nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri görevler dışında başka görev verilmez veya ilgili başka bir kurumda görevlendirilemez.

4- Çalışma saatleri ve izinler konusunda Yönetmelik Hükümleri uygulanır. Sözleşme döneminde kullanılmayan yıllık izin ve mazeret izni müteakip sözleşme dönemine devredilemez. İlgili, icapçı ve aktif nöbet uygulamalar, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde çalışma saatleri dışında veya tatil günlerinde çalıştırılabilir. Bu hizmetlerin gerektirdiği haller dışında yıllık izin tarihleri aile hekimince belirlenir.

5- İlgiliye yapılacak ödemeler ve kesintilerde Yönetmelik Hükümleri uygulanır. Bunun dışında herhangi bir ad altında başka bir ödeme yapılamaz.

6- İlgili, askerlik, doğum, emeklilik ve diğer hallerde 2 ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilir. Bu süreyi doldurmadan görev yerini terk eden bir yıl süre ile aile hekimi olamaz.

Askerlik nedeni ile sözleşmesini usulünce sona erdirenler terhis tarihinden itibaren bir ay, doğum nedeni ile sözleşmesini usulünce sona erdirenler doğum nedeni ile kullandığı ücretli izin süresinin bitim tarihinden başlayan bir yıllık süre içerisinde müracaatları üzerine, ayrılmadan önceki çalıştıkları ilde, ilk boşalacak aile hekimliğine sıralama dışı başlatılırlar.

7- İlgilinin, aile hekimi olmadan önceki sosyal güvenlik kurumu ilişkisi devam eder. Ancak her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları sözleşme ücretlerinden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Sözleşmeli personel emekli sandığına tabii bir görevde iken kurumundan ücretsiz izinli sayılması halinde, ilgilinin tedavi gideri Sağlık Bakanlığınca karşılanır.

8- İlgili hakkında 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzlukla Mücadele Kanunu ve 4483 sayılı Memurlar ve diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun Hükümleri uygulanır.

9- İlgili tarafından kuruma verilen zararlar tazmin ettirilir ve görevi esnasında veya görevi ile ilgili olarak üçüncü şahıslara verilen zararlar neticesi bu kişilere Kurumca yapılmak zorunda kalan ödemeler genel hükümler içerisinde ilgiliye rücu edilir.

10- İlgili, görevi sırasında edindiği gizli bilgileri, görevinden ayrılrsa dahi Kurumun yazılı izni olmadan açıklayamaz.

11- Bu sözleşmede hüküm bulunmayan hallerde, Kanun ve Yönetmelik Hükümleri uygulanır.

12- Sözleşmenin gerektirdiği damga vergisi ilgili tarafından, diğer resim, harç ve benzeri giderler kurumca karşılanır.

13- Sözleşmenin süresi mali yıl ile sınırlı olup, bu sözleşme .../.../200... tarihine kadar geçerlidir.

AİLE HEKİMİ

ADI SOYADI

GÖREV YERİ

ADRESİ

İMZA TARİH

KURUM YETKİLİSİ

ADI SOYADI

GÖREVİ

İMZA TARİH

EK 2: Aile Sağlığı Elemanı Hizmet Sözleşmesi

T.C. SAğLIK BAKANLIğI

AİLE SAğLIğI ELEMANI HİZMET SÖZLEŞMESİ

1-T.C. Sağlık Bakanlığı adına Valiliği ilearasında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 3.Maddesi uyarınca aşağıdaki şartlarda sözleşme imzalanmıştır. Sözleşmede geçen "Kurum" Sağlık Bakanlığını,"ilgili" sözleşmeyi imzalayan Aile Sağlığı Elemanını,"sözleşme" bu hizmet sözleşmesini,"Yönetmelik" ise 27.06.2005 tarih ve 2005/9142 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı eki "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca alıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliği" ifade eder.

2-İlgili, kurumca belirlenen Aile Hekimliği alışma bölgelerinden yönetmeliğe uygun olarak tercih ettiği..... kod numaralıAile Sağlığı Merkezinde, yürürlükteki Kanun, Yönetmelik, Genelge ve verilecek talimatlara, hasta hakları, mesleki ve genel etik kurallara uygun olarak Aile Sağlığı Elemanı görevini sözleşme süresince kabul eder.

3-İlgili, bu görevi dışında, bilimsel faaliyetler hariç olmak üzere mesleğinin icrasından menfaat temin edemez. Hizmet akdi suretiyle veya esnaf veya tacir sayılmayı gerektiren herhangi bir faaliyette bulunamaz. İlgiliye, Aile Hekimliği mevzuatındaki görev tanımında belirlenen nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri görevler dışında başka görev verilemez veya ilgili başka bir Kurumda görevlendirilemez.

4-Çalışma saatleri ve izinler konusunda Yönetmelik Hükümleri uygulanır. Sözleşme döneminde kullanılmayan yıllık izin ve mazeret izni müteakip sözleşme dönemine devredilmez. Aile Hekimliği mevzuatındaki görev tanımında belirlenen nöbet, uygulamaları, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde çalışma saatleri dışında veya tatil günlerinde çalıştırılabilir. Bu hizmetlerin gerektirdiği haller dışında yıllık izin tarihleri aile sağlığı elemanınca belirlenir.

5-İlgiliye yapılacak ödemeler ve kesintilerde Yönetmelik Hükümleri uygulanır. Bunun dışında herhangi bir ad altında başka bir ödeme yapılamaz.

6-İlgili, askerlik, doğum, emeklilik ve diğer hallerde 2 ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilir. Bu süreyi doldurmadan görev yerini terk eden bir yıl süre ile aile sağlığı elemanı olamaz.

7-İlgilinin, Aile Sağlığı elemanı olmadan önceki sosyal güvenlik kurumu ilişkisi devam eder. Ancak her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları sözleşme ücretlerinden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Sözleşmeli personel emekli sandığına tabi bir görevde iken kurumundan ücretsiz izinli sayılması halinde, ilgilinin tedavi gideri Sağlık Bakanlığınca karşılanır.

8-İlgili hakkında 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzlukla Mücadele Kanunu ve 4483 sayılı Memurlar ve diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun Hükümleri uygulanır.

9-İlgili tarafından kuruma verilen zararlar tazmin ettirilir ve görevi esnasında veya görevi ile ilgili olarak üçüncü şahıslara verilen zararlar neticesi bu kişilere Kurumca yapılmak zorunda kalan ödemeler genel hükümler içerisinde ilgiliye rücu edilir.

10-İlgili, görevi sırasında edindiği gizli bilgileri, görevinden ayrılrsa dahi Kurumun yazılı izni olmadan açıklayamaz.

11-Bu sözleşmede hüküm bulunmayan hallerde, Kanun ve Yönetmelik Hükümleri uygulanır.

12-Sözleşmenin gerektirdiği damga vergisi ilgili tarafından, diğer resim, harç ve benzeri giderler kurumca karşılanır.

13-Sözleşmenin süresi mali yıl ile sınırlı olup, bu sözleşme 01.01.2008 tarihinden itibaren 31.12.2008 tarihine kadar geçerlidir.

AİLE SAĞLIĞI ELEMANI

KURUM

YETKİLİSİ

Adı Soyadı :

Adı Soyadı :

Görev Yeri :

Görev Yeri :

Adresi :

Adresi :

(imza-tarih)

(imza-tarih)