

# TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ

YASAMA DÖNEMİ

28

YASAMA YILI

3

## SIRA SAYISI: 175

**İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile 77 Milletvekilinin Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi (2/2717) ve Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Raporu**

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

**Kanunlar ve Kararlar Başkanlığı**

## İÇİNDEKİLER

## Sayfa

### • 2/2717 Esas Numaralı Teklifin

- TBMM Başkanlığına Sunuş Yazısı .....4
- Katılma Yazıları.....6
- Genel Gerekçesi .....7
- Madde Gerekçeleri .....9

### • Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Raporu.....17

### • Muhalefet Şerhleri.....24

### • Teklif Metni.....100

### • Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun Kabul Ettiği Metin.....100

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifimiz ve gerekçesi ekte sunulmaktadır.

Gereğini arz ederiz.

<i>Ceyda Bölünmez Çankırı</i>	<i>Hakan Aksu</i>	<i>Zeki Korkutata</i>
İzmir	Sivas	Bingöl
<i>Hüseyin Altınsoy</i>	<i>Ertuğrul Kocacık</i>	<i>Murat Cahid Cıngı</i>
Aksaray	Sakarya	Kayseri
<i>Çiğdem Koncağül</i>	<i>Sadettin Hülagü</i>	<i>Şahin Tin</i>
Tekirdağ	Kocaeli	Denizli
<i>Mahmut Rıdvan Nazırlı</i>	<i>Mustafa Oğuz</i>	<i>Ömer Oruç Bilal Debgici</i>
Elâzığ	Burdur	Kahramanmaraş
<i>Havva Sibel Söylemez</i>	<i>Necmettin Erkan</i>	<i>Tuba Köksal</i>
Mersin	Kırşehir	Kahramanmaraş
<i>Osman Zubun</i>	<i>Yılmaz Büyükkaydın</i>	<i>Mustafa Arslan</i>
Isparta	Trabzon	Tokat
<i>İbrahim Yurdunuseven</i>	<i>Nurettin Alan</i>	<i>Ali Taylan Öztaylan</i>
Afyonkarahisar	İstanbul	Balıkesir
<i>Orhan Kırçalı</i>	<i>Mustafa Canbey</i>	<i>İsmail Ok</i>
Samsun	Balıkesir	Balıkesir
<i>Ersan Aksu</i>	<i>Ejder Açıkkapı</i>	<i>Seydi Gülsoy</i>
Samsun	Elâzığ	Osmaniye
<i>Mustafa Alkayış</i>	<i>Mehmet Uğur Gökgöz</i>	<i>Ferhat Nasıroğlu</i>
Adıyaman	Isparta	Batman
<i>Bünyamin Bozgeyik</i>	<i>Mesut Bozatalı</i>	<i>Mehmet Sait Yaz</i>
Gaziantep	Gaziantep	Diyarbakır
<i>Adem Çalkın</i>	<i>Orhan Ateş</i>	<i>Nilgün Ök</i>
Kars	Bayburt	Denizli
<i>İbrahim Ethem Taş</i>	<i>Latif Selvi</i>	<i>Abdürrahim Dusak</i>
Antalya	Konya	Şanlıurfa
<i>Osman Sağlam</i>	<i>Şebnem Bursalı</i>	<i>Mustafa Hakan Özer</i>
Karaman	İzmir	Konya
<i>Derya Ayaydın</i>	<i>Yusuf Ahlatcı</i>	<i>Yahya Çelik</i>
İstanbul	Çorum	İstanbul
<i>Sunay Karamık</i>	<i>Cüneyt Yüksel</i>	<i>Saffet Bozkurt</i>
Adana	İstanbul	Zonguldak

<i>Rümeysa Kadak</i>	<i>Abdullah Doğru</i>	<i>Ahmet Salih Dal</i>
İstanbul	Adana	Kilis
<i>Yakup Oğöz</i>	<i>Kadem Mete</i>	<i>Ercan Öztürk</i>
Muğla	Muğla	Düzce
<i>Ali Kıratlı</i>	<i>İrfan Çelikaslan</i>	<i>Mehmet Eyup Özkeçeci</i>
Mersin	Gaziantep	Gaziantep
<i>İsmail Erdem</i>	<i>Selami Altınok</i>	<i>Harun Mertoğlu</i>
İstanbul	Erzurum	Rize
<i>Mehmet Emin Öz</i>	<i>Muhammet Müfit Aydın</i>	<i>Veysel Tipioğlu</i>
Erzurum	Bursa	Kocaeli
<i>Abdurrahim Fırat</i>	<i>Seda Sarıbaş</i>	<i>Şengül Karslı</i>
Erzurum	Aydın	İstanbul
<i>Cemil Yaman</i>	<i>Mehmet Demir</i>	<i>Fatma Öncü</i>
Kocaeli	Kütahya	Erzurum
<i>Mustafa Yavuz</i>	<i>Lütfi Bayraktar</i>	<i>Ömer Özmen</i>
Bursa	Sakarya	Aydın
<i>Emel Gözükkara Durmaz</i>	<i>Cevahir Asuman Yazmacı</i>	<i>Erol Keleş</i>
Bursa	Şanlıurfa	Elâzığ
<i>Sayın Bayar Özsoy</i>	<i>Mervan Gül</i>	<i>Arslan Tatar</i>
Kayseri	Siirt	Şırnak
	<i>Yücel Arzen Hacıoğulları</i>	
	İstanbul	

## KATILMA YAZILARI

### TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

25.11.2024 tarihinde TBMM Başkanlığına sunulan 2/2717 Esas Numaralı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi'ne imzamı koyuyorum.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

26/11/2024

*Adem Korkmaz*

Burdur

### TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifine imzamı koyuyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

26.11.2024

*Ümmügülşen Öztürk*

İstanbul

### TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifine katılıyorum.

Gereğini arz ederim.

*Fehmi Alpay Özalan*

İzmir

### TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

25.11.2024 tarihli 2/2717 Esas Numaralı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifine imza sahibi olarak katılmak istiyorum.

Bilgilerinize arz ederim.

*Abdulkadir Emin Önen*

Şanlıurfa

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi'ne katılıyorum.

Gereğini arz ederim.

26.11.2024

Mestan Özcan

Tekirdağ

HAVALE EDİLDİĞİ KOMİSYONLAR (2/2717)	
ESAS	Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu
TALİ	Plan ve Bütçe Komisyonu

**GENEL GEREKÇE**

Teklif ile çalışma ve sosyal güvenlik mevzuatı bakımından ortaya çıkan ihtiyaçların karşılanması ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı hizmet birimleri ile ilgili kuruluşlarının hizmet sunumu kalitesinin artırılması amacıyla bazı kanunlarda değişiklikler yapılması öngörülmektedir.

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 17 nci maddesinde yapılan 15/4/2021 tarihli değişikliğin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi nedeniyle maddede yeniden düzenleme yapılması amaçlanmaktadır.

Bunun yanında, 2008 yılı Ekim ayı öncesinde vergi indirimine bağlı olarak aylık aylığı bağlanmasında vergi indirimine esas engelli raporu uygulamasında, norm ve standart birliğini sağlamak amacıyla Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sağlık kurulları tarafından tespit edilecek çalışma gücü kaybı oranları uygulanmasına ilişkin düzenleme yapılmaktadır.

Ayrıca 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (4) numaralı alt bendi kapsamındaki sigortalıların kayıtlarının sağlıklı bir şekilde alınmasını ve vatandaşların sigortalılık tescil ve hizmet kayıtlarının doğru bir şekilde oluşturularak kayıtdışılığın önlenmesini teminen ziraat oda kayıtlarının SGK'ya bildirimine sağlanması ve idari para cezalarının terkin edilmesi amaçlanmaktadır.

16/5/2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanunda yapılan değişiklik ile 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 20 nci maddesi kapsamında tüyelerine sosyal güvenlik sağlayan sandıklar ile SGK arasında veri paylaşımı yapılabilmesine imkân sağlanmaktadır. Ayrıca 703 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 88 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendiyle yapılan değişikliğin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi nedeniyle iptal sonrası oluşacak yasal boşluğun giderilmesi amacıyla maddede yeniden düzenleme yapılmaktadır.

Genel sağlık sigortası kapsamında yer almakla birlikte uygulamada tereddüt yaşanan konuları daha açık bir biçimde düzenleyerek, genel sağlık sigortası prim ödeme süreçlerinde karşılaşılan bazı sorunlarla mevcut düzenlemeler arasındaki uyumsuzlukları gidermek, prim ödeme yükümlüsü kendisi olan vatandaşlarımıza ödeme kolaylığı getirmek ve ekonomik ve sosyal anlamda hayatlarına daha sağlıklı devam etmelerini sağlamak amacıyla yürürlüğe konulan yapılandırma kanunlarından yararlanamayan ya da yararlanmalarına rağmen 1/1/2015 öncesine ait zorunlu genel sağlık sigortası prim borçlarını ödeyemeyen sigortalıların kamuya olan borç yüklerini hafifletmek, sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak ve nihai olarak da genel sağlık sigortasına erişimin yaygınlaştırılmasını sağlamak ve toplumsal sağlık riskini azaltmak amaçlanmaktadır.

Yabancı uyruklu öğrencilerin eğitim süresinde genel sağlık sigortalısı olabilmeleri için başvuru şartının kolaylaştırılması, Yurtdışı Türkler ve Akraba Toplulukları Başkanlığı tarafından burs verilen öğrencilerin bildirim ve prim ödemelerine ilişkin uygulamadaki sorunların çözülmesine yönelik düzenleme yapılmaktadır.

SGK'nın en yüksek gider kalemleri arasında yer alan sağlık giderlerinin disipline edilmesi, gelir gider arasındaki dengenin sağlanması temel politika alanlarından biridir. SGK'nın stratejik amaçlarına uygun olarak, sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlamadan sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini sağlamak, tıp uygulamalarının sürekli gelişen ve değişen dinamiğine uyumlu şekilde sağlık hizmetlerinin hızlı, kesintisiz şekilde yürütülmesi ve finansmanına katkıda bulunmak amacıyla 5510 sayılı Kanunda değişiklikler yapılması amaçlanmaktadır.

5510 sayılı Kanununun 81 inci maddesinin birinci fıkrasının (1) bendi uyarınca özel sektör işverenlerinin SGK'ya ödeyecekleri sigorta primlerinde aynı bentte yer alan şartların taşınması koşuluyla hâlihazırda beş puanlık indirim sağlanmaktadır. Kamu harcamalarının gözden geçirilmesi ve kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması amacıyla özel sektör işverenlerinin SGK'ya ödeyecekleri malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası primi için sağlanan beş puanlık sigorta prim indiriminin dört puan olarak uygulanması düzenlenmekte olup imalat sektöründe ise beş puanlık indirimin 2025 ve 2026 yıllarında devam ettirilmesi sağlanmaktadır.

Yurt içinde ruhsatlı olmayan ve temini sağlanamayan beşerfı tıbbi ürünlere erişimin sağlanması için bunların Sağlık Bakanlığı onayı ile SGK tarafından yurt dışından temin edilmeleri amaçlanmaktadır.

SGK tarafından ilaç temin işlemlerinin gerçekleştirilmesi, temin kaynaklarının çeşitlenmesini sağlayarak rekabeti artırıcı etki yaratacak ve ilaç temin maliyetlerinde düşüş ve kamu mali yararı sağlayacaktır. Temin kanallarının artması ile hastaların ilaca erişimi kolaylaşacak, hayati önemi haiz ilaçlara erişimde sıkıntı yaşaması ve hastaların ilaç fiyat farkları ödemesi gibi sebeplerden doğabilecek hasta mağduriyetlerinin önüne geçilmesi amaçlanarak düzenleme yapılmaktadır.

Yurt dışından ilaç temini gerçekleştirilen hasta sayılarındaki değişkenlik, ülkemizde ruhsatlandırılarak piyasada bulunur hale gelmesi, ürünlerin ambalaj formlarındaki değişkenlik, yurt dışı ilaç kaynaklarının çeşitliliği, tedarik zincirindeki aksamalar ve yurt dışından temin edilen ilaç ödemelerinin yabancı para cinsinden yapılması gibi riskler nedeniyle SGK tarafından yurt dışından beşerfı tıbbi ürün temininde güçlük yaşanmaktadır.

Düzenleme içeriğinde yer alan faaliyete ilişkin "hizmet alımları", yurt dışı ilaçların temin ve dağıtım süreçleri kapsamında ilgili mevzuat hükümleri ve fiili gereklilikler nedeniyle alımı zorunlu olan ancak ihale ile alımında güçlük yaşanan, ilaç transferi, gümrükleme, farmakovijilans ve karekodlama işlemlerine ilişkin hizmetlerin alımlarından ibarettir. Ancak ilerleyen süreçte ilgili mevzuat ve mevzuat çerçevesinde uyulması gereken "İyi Dağıtım Uygulamaları" (GDP) doğrutusunda alımı gerekecek yeni hizmet kalemleri doğması halinde faaliyetlerin aksamaması için düzenleme yapılmaktadır.



Düzenleme ile SGK tarafından gerçekleştirilecek yurt dışı ilaç temin faaliyetlerinin, sağlık sunumuna ve mali tasarrufa olumlu etkiler yapması amaçlanmaktadır.

23/2/2017 tarihli ve 6824 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanununa eklenen "Esnaf Ahilik Sandığı" uygulaması; sosyal tarafların talepleri nedeniyle ve işgücü piyasasının genel durumu değerlendirilerek 31/12/2024 tarihine kadar ertelenmiştir. Geline aşama itibarıyla uygulamanın, yine sosyal tarafların talepleri doğrultusunda işgücü piyasalarının sürdürülebilir gelişimi için gerekli olduğu öngörülerek uygulama ertelenmektedir.

20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı Kanununun 6 ve 7 nci maddesi, 4857 sayılı İş Kanununun mülga 81 inci maddesi kapsamında çalışanlar hariç kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için 31/12/2024 tarihinde yürürlüğe girecektir. Bu kapsamda, ortaya çıkabilecek hizmet alma talebinin karşılanabilmesi amacıyla Çalışan Sağlığı Merkezleri (ÇASMER) açık bir şekilde tanımlanmakta ve 10'dan az çalışanı bulunan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerine düşük maliyetle veya maliyetsiz bir şekilde iş sağlığı ve güvenliği hizmetini temin edebilme imkânı sağlanmaktadır.

Bununla birlikte, 31/12/2024 tarihinden itibaren iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm düzenlemelerin tüm çalışanlara uygulanması için Teklif ile iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulma kapasitesinin ve etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.

## MADDE GEREKÇELERİ

**Madde 1-** 2008 yılı Ekim ayı öncesi işçi statüsünde sigortalı olanlar 31/12/1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu kapsamında Gelir İdaresi Başkanlığına tespit olunan vergi indirimine esas "engellilik derecelerine" göre yaş şartı olmaksızın 506 sayılı Kanun kapsamında emekli olabilmekte iken, kamu görevlileri ve esnafilar ile 2008 yılı Ekim ayından sonra ilk kez işçi statüsünde sigortalı olanlar 5510 sayılı Kanuna göre SGK sağlık kurulları tarafından tespit edilecek "çalışma gücü kaybı oranlarına" göre emekli olmaktadır.

Esasen, literatürde genellikle sosyal yardım ve sosyal hizmet alanında kullanılan "engelli" kavramı, hayatında diğer bireylere göre zorluklar yaşamasına sebep olabilecek fiziksel ya da ruhsal kısıtı (eksikliği) olan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Sigorta sistemindeki "çalışma gücü kaybı" kavramı ise, kişinin toplumsal hayata katılımına ilişkin fiziksel ya da ruhsal kısıtlamalar olmayıp, çalışma hayatına katılımına ilişkin fiziksel veya ruhsal eksiklikleri ifade etmektedir.

Bu kapsamda, emeklilik haklarının sağlanmasında sigortacılık ilkelerinin dikkate alınması ve sigortalılar arasında norm ve standart birliği sağlanarak, 2008 yılı Ekim ayından önce sigortalı olan engelliler için vergi indirim belgesi esas alınarak yürütülen emeklilik işlemlerinin, 5510 sayılı Kanun kapsamında çalışma gücü kaybına göre belirlenmesi ve tüm uygulamanın SGK tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır.

**Madde 2-** Anayasanın 20 nci maddesi kişisel verilerin korunmasına ilişkin usul ve esasların kanunla düzenleneceğini öngörmektedir. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında veri sorumlusu sıfatını haiz Sağlık Bakanlığının kişisel verileri hukuka uygun, etkin ve güvenli bir şekilde işleme; sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, kamu sağlığının korunması ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından önem arz etmektedir.

Her hastanın müracaat, şikâyet ve dava hakkını kullanabilmesi ve sağlık hizmeti sunumunda yer alan paydaşların savunma haklarını etkin bir şekilde kullanabilmesi için tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz tutulması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, sağlık personelinin hareketleri ve istihdam durumlarının bildirilmesi, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde planlanması ve yürütülmesini sağlayacaktır.

Bununla birlikte 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin Sağlık Bakanlığının bilgi toplama, işleme ve paylaşma yetkisinin hüküm altına alındığı 378 inci maddesi, Anayasa Mahkemesinin 2018/118 Esas, 2023/180 Karar ve 26/10/2023 tarihli kararı ile Anayasaya aykırı bulunarak iptal etmiştir. Söz konusu kararda kişisel verilerin korunmasını düzenleyen Anayasanın 20 nci maddesi uyarınca kişisel verilerin Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile düzenlenemeyeceği belirtilmiştir.

Teklifle, Anayasa Mahkemesinin iptal kararı ve kanunilik ilkesi doğrultusunda 3359 sayılı Kanuna ek madde eklenmektedir.

**Madde 3-** 31/12/2024 tarihinde yürürlüğe girecek olan Esnaf Ahilik Sandığının yürürlük tarihinin sosyal tarafların talepleri doğrultusunda işgücü piyasalarının sürdürülebilir gelişimi için gerekli olduğu öngörülerek, 1/1/2028 tarihinden itibaren uygulanacak şekilde değiştirilmesi amaçlanmaktadır.

**Madde 4-** Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gerekli görülen ancak yurt içinden sağlanması mümkün olmayan beşerî tıbbi ürünlerin, vatandaşlarımızın yenilikçi tedavilere hızlı bir biçimde erişiminin sağlanması için Sağlık Bakanlığı onayı ile SGK tarafından yurt dışından temin edilerek hastalara ulaştırılması amaçlanmaktadır.

SGK tarafından ilaç temin işlemlerinin gerçekleştirilmesi, temin kaynaklarının çeşitlenmesini sağlayarak rekabeti artırıcı etki yaratacak ve ilaç temin maliyetlerinde düşüş ve kamu mali yararını sağlayacaktır. Temin kanallarının artması ile hastaların ilaca erişimi kolaylaşacak, hayati önemi haiz ilaçlara erişiminde sıkıntı yaşanmayacak ve hastaların ilaç fiyat farkları ödemesi gibi sebeplerden doğabilecek hasta mağduriyetlerinin önüne geçilebilecektir.

Yurt dışından ilaç temini gerçekleştirilen hasta sayılarındaki değişkenlik, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından ürünlerin ülkemizde ruhsatlandırılarak piyasada bulunur hale gelmesi, ürünlerin ambalaj formlarındaki değişkenlik, yurt dışı ilaç kaynaklarının çeşitliliği, tedarik zincirindeki aksamalar ve yurt dışından temin edilen ilaç ödemelerinin yabancı para cinsinden yapılması gibi riskler nedeniyle SGK tarafından yurt dışından beşerî tıbbi ürün temininde güçlük yaşanmaktadır.

Düzenleme içeriğinde yer alan faaliyete ilişkin “hizmet alımları”, yurt dışı ilaçların temin ve dağıtım süreçleri kapsamında ilgili mevzuat hükümleri ve fiili gereklilikler nedeniyle alımı zorunlu olan; ancak ihale ile alımında güçlük yaşanan, ilaç transferi, gümrükleme, farmakovijilans ve karekodlama işlemlerine ilişkin hizmetlerin alımlarından ibarettir.

Düzenleme ile SGK tarafından gerçekleştirilecek yurt dışı ilaç temin faaliyetlerinin, sağlık sunumuna ve mali tasarrufa olumlu etkiler yapması amaçlanmaktadır.

**Madde 5-** Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında yaşanan değişiklikler göz önüne alınmak suretiyle mülga kurum ibareleri ile pilot uygulama dönemine ilişkin ibarelerin madde metninden çıkarılması, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının mesai dışında aile hekimliği birimlerinde sunulmasının sağlanması, yabancılara sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretlendirme hususunun belirlenmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ücretli olarak verilmekte olan özel amaçlı raporların daha düşük bedelle aile hekimliği birimleri üzerinden düzenlenmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yaşanan başvuru yoğunluğunun önüne geçilmesi ve gereksiz başvuruların azaltılması amaçlanmaktadır.

**Madde 6-** 5502 sayılı Kanunun 35 inci maddesinin altıncı fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “ve diğer kanunlarla” ibaresi, 703 sayılı Kanun Hükümünde Kararnamenin 88 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendiyle “ve diğer mevzuatla” şeklinde değiştirilmiştir. Böylece, SGK’nın kanunlarla ve Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçiş ile birlikte hayata geçirilen Cumhurbaşkanlığı

kararnemeleriyle verilen görevleri yerine getirmek amacıyla işlediği kişisel veriler ile ticari sır niteliğinde olan verileri, veri sahibinin noter onaylı muvafakati veya e-Devlet uygulaması üzerinden kimlik teyidi ile verilen izni olmadan gerçek veya tüzel kişilerle paylaşmaması öngörülmüştür. Ancak Anayasa Mahkemesi 4/6/2024 tarihli ve 32566 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 7/12/2023 tarihli ve E.2018/117, K.2023/212 sayılı Kararı ile 703 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 88 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendiyle yapılan değişikliğin Kanun Hükmünde Kararname ile düzenlenemeyecek kişisel verilerin korunması hakkına ilişkin olması nedeniyle Anayasanın mülga 91 inci maddesine aykırı olduğunu belirterek iptal etmiş ve iptal hükmünün, kararın Resmî Gazete’de yayımlanmasından başlayarak oniki ay sonra (4/6/2025 tarihi itibarıyla) yürürlüğe girmesine karar vermiştir.

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminde SGK’nın teşkilat yapısı ve görevleri Cumhurbaşkanlığı kararnemeleri ile düzenlenmektedir. Öte yandan, sosyal güvenlik sistemimize ilişkin hususlar ise kanunlarla düzenlenmektedir. Ayrıca, Anayasamıza göre bir kanun hükmüne dayanılmaksızın kişisel verilerin işlenebilmesine imkân bulunmamaktadır.

Bu çerçevede, SGK’nın görev alanının kanunlar veya Cumhurbaşkanlığı kararnemeleri ile belirlendiği göz önüne alındığında, iptal sonrası oluşacak yasal boşluğun giderilmesi amaçlanmaktadır.

Ayrıca, 506 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesi kapsamında kurulan sandıklar tarafından sandıkların iştirakçileri ile aylık ve gelir bağlanmış olanlar ile bunların hak sahiplerinin sosyal güvenlik hak ve yükümlülükleri SGK dışında yürütülmektedir. Ancak SGK’nın kişisel veri paylaşımı yapacağı kurum ve kuruluşlar arasında bu sandıklara yer verilmemiş olması hukuki ihtilaflara neden olmaktadır. Bu durum aylık bağlama dâhil pek çok işlemlerini SGK mevzuatına göre yapan söz konusu sandıkların işlem süreçlerini uzatmaktadır. Yapılan bu düzenleme ile sigortalılara yönelik iş ve işlemlerinin hızlandırılması ve özellikle yersiz ödemeler yapılmasına neden olunmaması amacıyla bu sandıklar ile SGK arasında veri paylaşımının yapılabilmesi amaçlanmaktadır.

**Madde 7-** 15/4/2021 tarihli ve 7316 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla 5510 sayılı Kanunun 17 nci maddesinde yapılan değişiklikle, hastalık ve analık sigortasından ödenecek olan geçici iş göremezlik ödeneğine esas günlük kazancın hesabında dikkate alınan üç aylık dönem on iki aya çıkarılmış ve belirli bir prim ödeme gün sayısı şartını sağlamayan sigortalılara ödenek tutarında üst limit belirlenmiştir.

Bununla birlikte, Anayasa Mahkemesinin 21/3/2024 tarihli ve 32496 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 1/2/2024 tarihli ve 2021/61 E., 2024/31 K. sayılı Kararında, yaşanan suistimallerin önlenmesi gerekçesiyle hastalık ve analık halinde yapılacak geçici iş göremezlik ödeneğinin hesabına esas alınacak dönemin iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle yapılacak ödenek hesabına esas dönemden farklılaştırılmasının gereklilik ve orantılılık koşullarına uymaması gerekçe gösterilerek 17 nci maddenin birinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “... hastalık ve analık ...” ve “... analık ve hastalık halinde ise iş göremezliğin başladığı tarihten önceki oniki aydaki...” ibarelerinin Anayasa’ya aykırı olduklarına ve iptallerine karar verilmiş; ayrıca iptal hükümlerinin Resmî Gazete’de yayımlanmasından başlayarak dokuz ay sonra yürürlüğe girmesine hükmedilmiştir.

Bu nedenle Anayasa Mahkemesinin bahse konu kararında iptal edilen hükümleri dikkate alınarak, eşitlik ilkesi gözetilerek ve sistemin aktüeryal sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla geçici iş göremezlik ödeneklerinin hesabında son 12 aylık sürenin dikkate alınması ve son 12 ayda 180 günden az hizmeti olanların geçici iş göremezlik ödeneklerine ilişkin üst sınırın korunması amaçlanmaktadır.

**Madde 8-** Yabancı uyruklu öğrencilerin genel sağlık sigortasından yararlanabilmeleri için ilk kayıt tarihinden itibaren öngörülen başvuru süresinin üç ay ile sınırlı olması, bu sürede başvuruda bulunamayan

öğrencilerin bir daha talepte bulunarak genel sağlık sigortalısı olmalarına engel olduğundan, yapılan bu düzenleme ile söz konusu öğrencilerin kayıtlarının devam etmesi şartıyla herhangi bir eğitim öğretim yılının başlangıç tarihinden itibaren üç ay içinde talepte bulunarak genel sağlık sigortalısı olmalarına imkân tanınması sağlanmaktadır.

Mevcut durumda aynı maddenin yedinci fıkrası kapsamında olan Uluslararası Öğrenciler Değerlendirme Kurulu kararı ile veya Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı tarafından burslandırılan öğrencilerin genel sağlık sigortasından diğer yabancı uyruklu öğrenciler gibi faydalanması ilgili kamu idaresinin prim ödeme süreçlerinde sorun yaratmaktadır. Diğer kamu kurumlarında olduğu gibi prim ödeme süreçlerini düzenlemek ve ilgili kurumlarca ödenecek genel sağlık sigortası prim tutarını belirlemek amacıyla bu kapsamdaki öğrenciler ayrı bir fıkırada düzenlenmektedir.

**Madde 9-** Klinik araştırma, araştırmaya katılan hastalar için daha iyi sağlık sonuçları, yenilikçi tedavilere erken erişim, sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesinde iyileşme, halk sağlığına katkıda bulunma motivasyonu gibi birçok etkiye sahiptir. Klinik araştırmalar, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmede ve özellikle ölümcül hastalıklarda yaşam süresini artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Hastaların klinik araştırmaya katılması durumunda, yeni geliştirilen tedavi yöntemlerinden öncelikli olarak faydalanma imkânı oluşmaktadır. Hatta bazı durumlarda, bunun hayati tehlike oluşturan ve araştırma ürünü sayesinde tedavi edilen ya da remisyonu sağlanan hastalıkları ya da rahatsızlıkları bulunan hastalar üzerinde hayat kurtarıcı etkileri olabilmektedir.

Bu açıdan değerlendirildiğinde yapılan düzenleme ile araştırmaya katılan hastaların Anayasa ile teminat altına alınan sosyal güvenlik ve sağlık haklarının devamının klinik araştırmalar sürecinde de sağlanması hedeflenmektedir.

Bu yönüyle değerlendirildiğinde yapılacak düzenleme ile;

Hastaların yeni tanı ve tedavi ürünlerine daha fazla erişim imkânına sahip olması,

SGK'nın uzun vadede üzerindeki mali yükün görece azalması,

Yerli ilaç, tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme sektörünün yeni ürünler geliştirmesinin teşvik edilmesi,

Ülkemizde daha fazla klinik araştırma yapılmasının sağlanması amaçlanmaktadır.

**Madde 10-** 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin yedinci fıkrası kapsamında talebine istinaden genel sağlık sigortalısı sayılan yabancı uyruklu öğrencilerin üniversite öğrencileri ile sınırlı olmaması ve eğitim öğretim yılı başından itibaren üç ay içinde talepte bulunmaları halinde talep tarihini izleyen günden itibaren genel sağlık sigortalısı sayılmakta iken öğrenim dönemi başından itibaren bir ay içinde primlerini ödemeleri şeklindeki mevcut düzenlemeler arasındaki uyumsuzluğun giderilmesi sağlanmaktadır.

**Madde 11-** Genel sağlık sigortası kapsamında sağlanacak sağlık hizmetlerinin amaç dışı ve gereksiz kullanımının azaltılması, hizmet kalitesinin artırılması, sevk zincirinin daha işlevsel ve sağlıklı hale getirilmesi, sağlık hizmetlerini kullananların da otokontrol mekanizmalarına etkili bir şekilde katılımının sağlanması, kişilerin genel sağlık sigortasından sağladıkları faydayı her hizmet aşamasında fark etmelerinin sağlanması ve bu şekilde sistemi sahiplenme düzeylerinin artırılması amacıyla (5510 sayılı Kanununun 69 uncu maddesinde belirtilen katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hariç olmak üzere) 5510 sayılı Kanunda belirtilen sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerden katılım payı alınmaktadır.

Ancak 2023 yılı sağlık hizmeti başvuruları incelendiğinde kişi başı hekime müracaat sayısının 11,4 olduğu, 1. basamak sağlık hizmet sunucularından hizmet alan genel sağlık sigortası kapsamındaki bir kişinin ortalama 4,4 başvuru yaptığı, 2. ve 3. basamak sağlık hizmet sunucularından hizmet alan genel

sağlık sigortası kapsamındaki bir kişinin ortalama 8,3 başvuru yaptığı görülmüştür. 2024 yılı ilk 7 ayı sağlık hizmeti başvuruları incelendiğinde 1. basamak sağlık hizmet sunucularından hizmet alan genel sağlık sigortası kapsamındaki bir kişi ortalama 3,1 başvuru yaparken, 2. ve 3. basamak sağlık hizmet sunucularından hizmet alan genel sağlık sigortası kapsamındaki bir kişinin ortalama 5,9 başvuru yaptığı görülmüştür. Bu veriler doğrultusunda sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlamadan, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini ve sağlık giderlerinin etkin yönetimini sağlamak amacıyla, SGK tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar ile makroekonomik değişkenler de dikkate alınarak ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payında değişiklik yapılması öngörülmektedir.

**Madde 12-** 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı çalıştıran özel sektör işyeri işverenlerine ve (b) bendi kapsamındaki sigortalılara yönelik; kayıtlı istihdamın artırılması, gönüllü uyumun ve düzenli prim ödeme kültürünün yaygınlaştırılması, yatırımların ve araştırma-geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi, kadınlar, gençler ve engelliler gibi dezavantajlı grupların istihdamının artırılması ve bölgesel gelişmişlik farklılıklarının azaltılması gibi amaçlarla finansmanı Hazine ve İşsizlik Sigortası Fonundan karşılanan hâlihazırda 15 tane sigorta prim indirimi, teşvik ve destek uygulaması bulunmaktadır. Bunlardan biri de 5510 sayılı Kanununun 81 inci maddesinin birinci fıkrasının (1) bendi uyarınca özel sektör işverenlerinin SGK'ya ödeyecekleri sigorta primlerinde aynı bentte yer alan şartların taşınması şartıyla beş puanlık indirimdir. Kamu harcamalarının gözden geçirilmesi ve kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması amacıyla özel sektör işverenlerinin SGK'ya ödeyecekleri malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası primi için sağlanan beş puanlık sigorta prim indirimi dört puan olarak uygulanacaktır.

**Madde 13-** Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı tarafından veya Uluslararası Öğrenciler Değerlendirme Kurulu kararı ile burslandırılan yabancı uyruklu öğrencilerin, avukatlık stajı yapmakta olanların ve 29/7/2002 tarihli ve 4769 sayılı Ceza İnfaz Kurumları ve Tutukevleri Personeli Eğitim Merkezleri Kanunu kapsamına göre hizmet öncesi eğitime alınanların genel sağlık sigortası kapsamındaki primlerinin ilgili Kurum tarafından ödenme sürelerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

**Madde 14-** 5510 sayılı Kanununun 28 inci maddesinin beşinci fıkrasına göre aylık talebinde bulunan mezkûr Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların 2008 yılı Ekim ayı öncesi döneme ilişkin aylık hesaplamalarında mevcut uygulamanın devamına imkân sağlanmaktadır.

**Madde 15-** 5510 sayılı Kanunda harp okulu ve polis akademisinde okuyan öğrenciler ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar, polis naspedilmek üzere polis meslek eğitim merkezlerinde polislik eğitime tabi tutulan adaylar, Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda subay ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitime tabi tutulan adaylar öğrenim gördükleri sürede yetim aylığı almaya devam etmektedirler. Ancak, 5434 sayılı Kanun kapsamında sadece polis akademisinde okuyan öğrenciler ile harp okulu öğrencilerinin yetim aylıkları kesilmemektedir.

Yapılan düzenleme ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitime tâbi tutulan adaylar, polis naspedilmek üzere polis meslek eğitim merkezlerinde polislik eğitime tabi tutulan adaylar, Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda subay ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitime tabi tutulan adayların yetim aylıklarının kesilmemesi hususunda norm ve standart birliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Öte yandan, 5510 sayılı Kanununun 34 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (1) numaralı alt bendi uyarınca; yükseköğretim kurumlarında öğrenim görme halinde 25 yaşına kadar hak sahiplerine

lisans, yüksek lisans ve doktora öğrenimi veya ikinci yükseköğrenim ayrımı yapmaksızın aylık ödenmektedir. Ancak, 5434 sayılı Kanun yükseköğrenim kriterini yalnızca ilk lisans ve yüksek lisans programları ile sınırlı tuttuğundan ikinci üniversite veya yüksek lisans kaydı durumunda aylıkların ödenmesi imkânı bulunmamaktadır. Norm ve standart birliğinin sağlanması adına 5434 sayılı Kanun kapsamında aylık bağlanan yetimlere ikinci lisans ve yüksek lisans kayıtlarında da yaş şartı da dikkate alınarak aylık ödenmesi amaçlanmaktadır.

**Madde 16-** 506 sayılı Kanunun geçici 87 nci maddesinin yürürlükten kaldırılmasına yönelik değişiklik ve 5510 sayılı Kanunun geçici 10 uncu maddesinde yapılan değişiklikler ile 1/10/2008 tarihinden önce sigortalılığı başlayanlara aylık bağlanmasında çalışma gücündeki kayıp oranlarının esas alınması öngörüldüğünden, madde ile bu değişikliklere uyum sağlanarak sigortalılığı 31/12/2008 (dâhil) tarihinden önce başlayan 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalılardan çalışma gücü kayıp oranı; %40 ila %49 arasında olanların 18 yıl sigortalılık süresi ve 4100 gün prim ödemeleri, %50 ila %59 arasında olanların ise 16 yıl sigortalılık süresi ve 3700 gün prim ödemeleri şartıyla yaşlılık aylığından yararlanmaları amaçlanmaktadır.

**Madde 17-** Düzenlemeyle 2008 yılı Ekim ayından önce sigortalı olan engelliler için de vergi indirim belgesi esas alınarak yürütülen emeklilik işlemlerinin, 5510 sayılı Kanun kapsamında çalışma gücü kaybına göre belirlenmesi ve tüm uygulamanın SGK tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca, yürürlük tarihinden önce engelliliği nedeniyle vergi indiriminden yararlananların mevcut aylıklarının ödenmesine devam edilmesi, bunlardan kontrol muayenesine tabi tutulanların yeni sağlık kurulu raporlarına göre çalışma gücü kayıp oranlarının, Gelir İdaresi Başkanlığı merkez sağlık kurulu yerine SGK sağlık kurullarınca aylık bağlanmasına esas rapor tarihindeki yürürlükte olan tıbbi mevzuat da dikkate alınarak değerlendirilmesi suretiyle kazanılmış haklarının korunması amaçlanmaktadır.

**Madde 18-** 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (4) numaralı alt bendi kapsamında tarımsal faaliyette bulunan sigortalıların sigortalılık hizmetlerinin başlangıç ve sonlandırılması işlemlerinde ziraat odalarının geçmiş dönemlerde üye kayıtlarını fiziki ortamda tutmaları ve bu üye kayıt bildirimlerin il/ilçe ziraat odalarınca kâğıt ortamında yapılması sebebiyle, bildirim yükümlülüklerine ilişkin takip ve kontrollerde zorluklar yaşanmaktadır.

Ziraat odalarının üye kayıtlarını elektronik olarak tutmaya başlaması ve Türkiye genelindeki tüm odaların kayıtlarının elektronik ortama aktarılması ile yeni sigortalılar için bu zorluklar yaşanmamaktadır. Ancak, elektronik altyapı kurulmadan önceki dönemlerde üye kayıtlarının takip ve kontrolü sağlıklı bir şekilde yapılamadığından, ziraat odalarının bildirilmemiş olabilecek kayıtları hakkında idari para cezası ile karşı karşıya kalabilme ve cezalar karşısında ödeme güçlüğüne düşebilecekleri endişesi ve gerekçesiyle Türkiye geneli oda üye kayıt verilerini SGK'ya açmamaktadırlar.

Bu maddenin yürürlük tarihinden önceki sürelerle ilişkin olmak üzere ziraat odalarından bildirim yükümlülüğünü yasal süresi dışında yerine getirmiş veya bu yükümlülüklerini henüz yerine getirmemiş olanların idari para cezalarının terkinine ilişkin usul ve esaslar düzenlenmektedir.

Bu suretle ziraat odası üye kayıtlarının SGK'ya bildirimlerinin yapılmasının ve bu üye kayıtlarının tümünün görüntülenmesinin sağlanması sonucunda gerek tarım sektöründeki kayıt dışılığın azaltılması gerek vatandaşlarımızın sigortalılık tescil ve hizmet kayıtlarının doğru bir şekilde tutulması ile sonradan vatandaşlar aleyhine doğabilecek hak kayıplarının önüne geçilmesinin sağlanması, sigortalılık iş ve işlemlerinin daha hızlı ve doğru yürütülmesi amaçlanmaktadır.

**Madde 19-** Prim ödeme yükümlüsü kendisi olan vatandaşlarımıza ödeme kolaylığı sağlanması, ekonomik ve sosyal anlamda hayatlarına daha sağlıklı devam etmelerini sağlamak amacıyla yürürlüğe

konulan yapılandırma kanunlarından yararlanamayan ya da yararlanmalarına rağmen 1/1/2015 öncesine ait zorunlu genel sağlık sigortası prim borçlarını ödeyemeyen sigortalılara yönelik kamuya olan borç yüklerini hafifletmek ve sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak amacıyla düzenleme yapılması öngörülmektedir.

**Madde 20-** Sosyal Güvenlik Kurumu ile Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmetleri Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları kapsamında, üniversite sağlık hizmeti sunucuları ile 2024 yılı global ödeme tutarları belirlenmek suretiyle sözleşmeler imzalanmıştır.

Üniversite sağlık hizmeti sunucularınca hizmetin ifasında mali güçlük yaşanmaması ve hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla ek sözleşmeler ile üniversite sağlık hizmeti sunucularına ek bütçe desteği sağlanmaktadır.

Götürü bedel sözleşme hükümleri gereğince, 2024 yılı götürü bedel sözleşme tutarından aşağıda kalan tahakkuk tutarları arasındaki fark üniversite hastanelerinin 2025 yılındaki alacaklarından mahsup edilecektir. Bu durum da kamu üniversite sağlık hizmeti sunucularınca 2025 yılında sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde aksaklıklara neden olabileceğinden, 2024 yılında verdikleri sağlık hizmeti bedelinin götürü bedel sözleşme tutarından düşük olması durumunda aradaki farkın terkin edilmesi ile kamu üniversite sağlık hizmeti sunucularının finansal sürdürülebilirliğinin desteklenmesi amaçlanmaktadır. Terkin edilen bu tutarların, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bütçesine bu amaçla tahsis edilecek ödenekten karşılanması öngörülmektedir.

**Madde 21-** 5510 sayılı Kanunun 81 inci maddesinin birinci fıkrasının (ı) bendi uyarınca özel sektör işverenlerine; aylık muhtasar ve prim hizmet beyannamesinin yasal süresinde verilmesi, primlerin yasal süresinde ödenmesi, Türkiye genelinde SGK'ya prim borcunun bulunmaması, borcu varsa da yapılandırılmış/tecil ve taksitlendirilmiş olması ile düzenli ödenmesi, kayıt dışı sigortalı çalıştırılmaması, sahte sigortalı bildiriminde bulunulmaması gibi şartlarla, SGK'ya ödeyecekleri sigorta primlerinden malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası priminden sağlanan beş puanlık indirim, kamu harcamalarının gözden geçirilmesi ve kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması amacıyla yasal düzenlemeyle dört puan olarak uygulanacaktır. Bununla birlikte emek yoğun sektörlerden olan imalat sektöründe faaliyet gösteren işyerlerinde işsizliği önlemek, istihdamı ve üretimi korumak amacıyla bu sektörde faaliyet gösteren işyerlerinde beş puan prim indiriminin 31/12/2026 tarihine kadar devam ettirilmesi ve beş puanlık prim indiriminden yararlanma süresini 31/12/2027 tarihine kadar uzatma konusunda Cumhurbaşkanına yetki verilmesi amaçlanmaktadır.

**Madde 22-** Mevcut durumda 6331 sayılı Kanunda eğitim kurumları sayma usulüyle yalnızca iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık personelinin eğitimlerini vermek üzere Bakanlıkça yetkilendirilen kurum ve kuruluşlarla sınırlandırılmıştır. Madde ile mezkûr Kanunda yer alan eğitim kurumu tanımı genişletilerek bu alanda yetkilendirilecek diğer kurum ve kuruluşların da yetkilendirilme ve denetim süreçlerinin 6331 sayılı Kanunda yer alması amaçlanmaktadır.

Diğer yandan 6331 sayılı Kanun kapsamında yer alan ancak tanımlanmayan diğer sağlık personeli ile kamu adına iş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunmak üzere yetkilendirilen Çalışan Sağlığı Merkezleri (ÇASMER) ve ekipmanların güvenli kullanımını sağlamak üzere bakım veya muayene, test ve kontrol yapmak üzere yetkilendirilen ekipman muayene kuruluşlarının da tanımlanması ile kavramların açıklanması amaçlanmaktadır.

**Madde 23-** ÇASMER'ler iş sağlığı ve güvenliği örgütlenmesinde ortak sağlık ve güvenlik birimleri (OSGB) ile birlikte tamamlayıcı bir işlev görmektedir. Bu nedenle, 6331 sayılı Kanunda ekleme yapılarak ÇASMER'lerin açık bir şekilde ifade edilmesi ile iş sağlığı ve güvenliği örgütlenmesindeki

konumunu ve işlevini açık bir şekilde ortaya koyacak yasal düzenleme yapılması amaçlanmaktadır. Bu şekilde özel hukuk tüzel kişisi olan ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin piyasaya girmediği yerlere profesyonel hizmetin kamu eliyle ulaştırılabilmesi hedeflenmektedir.

Mevcut hükme ilaveten, 10'dan az çalışanı bulunan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinin, bağlı buldukları kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşundan hizmet alarak da iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi olmaksızın iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yerine getirebilmesi amaçlanmaktadır. Bu kolaylaştırıcı düzenleme ile bahse konu işyerlerinin de iş sağlığı ve güvenliği hizmetini almalarının sağlanması ile iş sağlığı ve güvenliği kültürünün ülke geneline yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır.

Eklenen fıkra ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esasların Bakanlıkça düzenlenmesi hükmü getirilerek uygulamaya dönük muhtemel tereddütlerin giderilmesi amaçlanmaktadır.

**Madde 24-** Bilindiği üzere, işyerinde acil durdurmayı gerektiren veya yangın, patlama, göçme, kimyasal sızıntı ve benzeri acil ve hayati tehlike arz eden, meslek hastalığına sebep olabilecek ortamların bulunması halinde, işveren tarafından gerekli tedbirlerin alınmadığı durumlarda, işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanı tarafından Bakanlığa bildirim yapılması yükümlülüğü bulunmaktadır. OSGB'ler iş sağlığı ve güvenliği alanında hizmet vermek üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş, Bakanlıkça denetlenen, idari ve hukuki sorumluluğu olan birimlerdir. İşyerlerinin OSGB'lerden hizmet alması halinde söz konusu bildirim yükümlülüğünün, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı ile birlikte OSGB yönetimine de verilmesi ile bahse konu hizmetin kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.

**Madde 25-** Yapılan düzenleme ile 6331 sayılı Kanun kapsamında alınması gereken sağlık raporlarının, 50'den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli işyerleri için ÇASMER'lerden de alınabileceği açıkça ifade edilmiştir. ÇASMER'lerin açıkça ifade edilmesi ile aile hekimlerinin ve diğer kamu sağlık hizmeti sunucularının mevcut durumdaki iş yükünün azaltılması amaçlanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmet sunucuları mevzuat çerçevesine ve metodolojisine uygun ifade ve sıralama yazılmış olup, bu işyerleri için ÇASMER'ler, aile hekimleri veya diğer kamu sağlık hizmet sunucuları arasında isteğe bağlı olarak tercih yapma imkânı getirilmesi amaçlanmaktadır.

**Madde 26-** Ekipman muayene kuruluşlarının ve ÇASMER'in tanımlar maddesine eklenmesi sonrası mevcut durumda sayma usulüyle sayılan kurum ve kuruluşlar kapsamına girip girmeyeceği konusunda yaşanabilecek tereddütlerin giderilmesi ve gelecekte yapılması muhtemel düzenlemeleri kapsamaması amacıyla genel bir tanımlama yapılmaktadır. Ayrıca başlığa, madde metninde yer alan "askı" ibaresi eklenmektedir.

**Madde 27-** Yürürlük maddesidir.

**Madde 28-** Yürütme maddesidir.



**Sağlık, Aile, alışma ve Sosyal İşler Komisyonu Raporu**

*Türkiye Büyük Millet Meclisi*

*Sağlık, Aile, alışma ve Sosyal İşler Komisyonu*

*2/12/2024*

*Esas No: 2/2717*

*Karar No: 5*

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIğINA**

2/2717 esas numaralı ‘‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi’’, Komisyonumuzun 28/11/2024 tarihinde yapılan birleşiminde görüşülmüş ve kabul edilmiştir.

Raporumuz, Genel Kurulun onayına sunulmak üzere Yüksek Başkanlığa saygıyla arz olunur.

## 1. Giriş

İzmir Milletvekili Ceyda BÖLÜNMEZ ÇANKIRI ve Sivas Milletvekili Hakan AKSU ile 79 Milletvekili tarafından 25/11/2024 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına sunulan 2/2717 esas numaralı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi”, Başkanlıkça 25/11/2024 tarihinde esas komisyon olarak Komisyonumuza, tali komisyon olarak Plan ve Bütçe komisyonuna havale edilmiştir.

2/2717 esas numaralı Kanun Teklifi, Komisyonumuzun 28/11/2024 tarihli birleşiminde Teklifin ilk imza sahipleri; Cumhurbaşkanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu, Türk Tabipleri Birliği, Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanları Kamu Sağlık ve Sosyal Hizmetler Sendikası, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu, Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu, Hak İşçi Sendikaları Konfederasyonu, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu temsilcilerinin katılımlarıyla incelenip görüşülmüştür.

## 2. Teklif ile Öngörülen Düzenlemeler

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi, toplam 8 farklı kanunda değişiklik yapan düzenlemeler içermektedir. Teklif, yürürlük ve yürütme dahil 28 maddeden oluşmaktadır.

### Teklifin gerekçesi ve metni incelendiğinde;

- 2008 yılı Ekim ayından önce sigortalı olan engelliler için vergi indirim belgesi esas alınarak yürütülen emeklilik işlemlerinin 5510 sayılı Kanun kapsamında çalışma gücü kaybına göre belirlenmesi, tüm uygulamanın SGK tarafından yürütülmesinin sağlaması ve bu düzenleme ile ilgili olarak engelliler için emeklilik normlarının standardize edilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde veri güvenliği ve erişim iyileştirmeleri kapsamında Sağlık Bakanlığının kişisel verileri işleyebilmesi ile ilgili olarak Anayasa Mahkemesinin iptal kararı kapsamında düzenleme yapılması,
- İşsizlik Sigortası Kanununa eklenen “Esnaf Ahilik Sandığı” uygulamasının, 1/1/2028 tarihine kadar ertelenmesi,
- Yurt dışından temin edilen tıbbi ürün istisnasına açıklık getirilerek yurt içinde ruhsatlı olmayan ve temini sağlanamayan beşerî tıbbi ürünlerin Sağlık Bakanlığı onayı ile SGK tarafından yurt dışından temin edilebilmesi,
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının mesai dışında aile hekimlerince sunulması, yabancılara sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi ile özel amaçlı raporların daha düşük bedelle aile hekimlerince düzenlenmesi ve ücretlerin döner sermayeye aktarılması,
- Sigortalılık ve emeklilik işlemlerinin hızlı ve doğru bir şekilde yerine getirmesini teminen sigortalı ve emeklilere ilişkin 506 sayılı Kanun kapsamındaki sandıklar ile SGK arasında veri paylaşımı yapılabilmesi,
- Anayasa Mahkemesinin iptal kararı sonrası eşitlik ilkesi gözetilerek hastalık ve analık sigortasından ödenecek olan geçici iş göremezlik ödenekleri hesabının yeniden düzenlenmesi ve ödeneğe esas günlük kazancın hesabında dikkate alınan üç aylık sürenin on iki aya çıkarılması,
- Yabancı uyruklu öğrencilerin eğitim süresinde genel sağlık sigortalısı olabilmeleri için başvuru şartının kolaylaştırılması,
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı tarafından desteklenen ve Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilen klinik araştırmalara SGK tarafından finansman sağlanması,
- Ayakta tedavide muayene katılım paylarının yeniden düzenlenmesi,
- İmalat sektörü dışında diğer özel sektör işverenlerinin SGK’ya ödeyecekleri malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası primi için sağlanan beş puanlık sigorta primi indiriminin dört puan olarak uygulanması; imalat sektöründe ise beş puanlık indirimin 2025 ve 2026 yıllarında devam ettirilmesi,

- Yetim aylıklarının ödenmesi hususunda norm birliği sağlanması amacıyla Astsubay Meslek Yüksek Okulları, Polis Meslek Yüksek Okulu ve Jandarma Sahil Güvenlik Akademisi ile Polis Akademisi ve Harp Okulunda eğitim görenlerin aylıklarının kesilmemesi ve ayrıca ikinci yükseköğretim ayrımı yapılmaksızın, 25 yaşına kadar lisans, yüksek lisans veya doktora öğrenimi görenlerin yetim aylıklarının kesilmemesi,

- Ziraat oda kayıtlarının SGK'ya bildirimini sağlanması ve idari para cezalarının terkin edilmesi,

- 1/1/2015 öncesine ait zorunlu genel sağlık sigortası prim borçlarını ödeyemeyen sigortalıların kamuya olan borçlarının terkin edilmesi,

- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda eğitim kurumları tanımının genişletilmesi, hizmet alma talebinin karşılanabilmesi amacıyla çalışan sağlığı merkezlerinin (ÇASMER) açık bir şekilde tanımlanması,

şeklinde düzenlemelere yer verildiği görülmektedir.

### **3. Teklif Üzerinde Yapılan Görüşmeler**

***Teklif üzerinde yapılan müzakerelerde toplantıya katılan milletvekilleri, kurum temsilcileri ile diğer katılımcılar özetle;***

• Teklifin çalışma ve sosyal güvenlik mevzuatı bakımından ortaya çıkan ihtiyaçların karşılanması amacıyla hazırlanmış olmasına rağmen genel sağlık sigortası kapsamındaki prim borçlarının tedaviye ve ilaca erişim sorunlarını çözmekte yetersiz kaldığını, geri ödeme kapsamındaki usulsüzlüklerin önlenmesi için somut mekanizmaların teklifte yer almadığını, emeklilik sisteminde aylık bağlama oranlarının ve en düşük emekli maaşlarının düzenlenmesine ilişkin eksiklikleri karşılamadığını, asgari ücretin altında istihdam ve sigortasız çalıştırılma sorunlarına çözüm içermediğini, iş güvenliği uzmanına ve iş yeri hekimine mutlak bir özerklik sağlanmasına ilişkin düzenlemeye yer verilmediğini, kadınların iş gücüne katılımını artıracak doğum borçlanması gibi düzenlemeleri içerecek şekilde Teklifin genişletilmesi gerektiğini,

• Torba yasa uygulamasının yasama sürecini işlevsiz hale getirdiğini, Anayasa Mahkemesi'nin iptal ettiği düzenlemelerin yeniden gündeme getirilmesinin meşru olmadığını, düzenleyici etki analizi yapılmadan Teklifin görüşülmemesi gerektiğini,

• Engelli bireyler için getirilen düzenlemelerin, yalnızca emeklilik süreçlerini değil, aynı zamanda iş gücüne katılımı artıracak destek mekanizmalarını da içermesi gerektiğini,

• 1/7/2017 tarihinde kurulması planlanan esnaf ve sanatkârlar için ahilik sandığının, 1/1/2018 tarihine ertelendiğini, daha önce de birkaç kez bu ertelemenin yapıldığını, bu ertelemelerin esnafın sosyal güvence ve gelir sorunlarının çözülemediğinin açık bir göstergesi olduğunu ve küçük işletmelerin ekonomik zorluklarının göz ardı edildiğini,

• SGK'nın yurt dışından ilaç ve tıbbi ürün temin sürecinde Kamu İhale Kanunundan istisna tutulmasının, tedarik edilen ilaç ve tıbbi ürünlerin maliyetlerinin kontrol edilememesine yol açacağını ve bu halde de şeffaflık ve hesap verebilirlik açısından sorun yaratabileceğini, denetim mekanizmalarının zayıflatabileceğini,

• Koruyucu ve geliştirici hizmetleri içeren birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretli olmasının bu hizmetin ruhuna aykırı olduğunu, aile hekimlerinin maddi kazanç odaklı bir sistemle mesai saatleri sonrası çalışmaya teşvik edilmesinin doğru olmayacağını, bu durumun meslek onuruna zarar verebileceğini, tamamlayıcı tıp uygulamalarına izin verilmesinin tıbbi etik ve bilimsel ilkelerle çeliştiğini, tamamlayıcı tıbbın yeterince bilimsel temele dayandırılmadığını ve bu sebeple bilimsel olmayan tedavi yöntemlerinin uygulanmasının mesleki deontoloji kurallarına aykırı olduğunu, istirahat ve kronik hastalık ilaç raporları dışındaki tüm raporların aile hekimlerince değil, bu konuda özel eğitim almış ve gerekli altyapıya sahip kurullarla düzenlenmesi gerektiğini,

• 506 sayılı Kanunun geçici 20'nci maddesi kapsamındaki bankaların, sigorta ve reasürans şirketlerinin, ticaret odalarının, sanayi odalarının, borsaların veya bunların teşkil ettikleri birliklerin personeli için kurulmuş bulunan sandıkların 5502 sayılı Kanunun 35 inci maddesine derç edilmesinin kişisel veriler ile ticari sır niteliğindeki verilerin paylaşılmasına yol açacağını, bu durumun da daha önce Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiğini,

• Anayasa Mahkemesinin teklifte geçen hastalıklar ve analık hallerine ilişkin ödeneklerin hesabında üç aydan on iki aya çıkarılmasına dair iptal hükmü varken, yine hastalık ve analık hallerinde sigortalıların hak kazanacaklar ödeneğinin hesabında son on iki aylık ortalamadaki günlük kazancın dikkate alınacak olmasının doğrudan emekçilere ödenecek ödeneklerinin düşmesine neden olabileceğini, bu sebeple günlük kazancın hesabında son üç aylık kazancın ortalamasının dikkate alınması gerektiğini,

• Sevk zincirine ilişkin sistem değiştirilip güçlendirilmeden sadece katılım paylarının 20 TL'den başlayarak Cumhurbaşkanı kararıyla 200 TL'ye kadar artırılabilir olacak olmasının özellikle dar gelirli vatandaşlar ve emekliler için ciddi bir maddi yük yaratacağını ve bu durumun sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştıracağını,

• Aile sağlığı merkezlerinin güçlendirilmesi gerekirken yapılacak düzenlemenin aile hekimlerinin sevk memuru gibi addedilmesine sebep olabileceğini, eczacıların katkı ve katılım paylarını tahsil etmelerinin oluşturduğu olumsuz algının yanında bu payların artırılmasının sağlık çalışanlarına karşı şiddeti dahi artırabileceğini,

• 2008 yılından beri uygulanan beş puanlık prim teşviklerinin azaltılmasının işverene yük getireceğini ve bu durumun kayıt dışı istihdamı artırabileceğini,

• Kamu üniversite hastanelerine finansal bir destek sağlamayı ve tahakkuk-götürü bedel farklarını dengelemeyi hedefleyen düzenlemenin mali sürdürülebilirlik, şeffaflık ve yerel hastaneler üzerindeki etkileri konusunda eksiklikler içerdiğini, Hazine ve Maliye Bakanlığının yetkilerinin detaylı bir şekilde belirtilmesi gerektiğini,

• Ziraat odalarına kayıtlı çiftçilerin sigortalılığı konusunda yapılan düzenlemelerin, tarımsal üretimi olumsuz etkileyebileceğini,

• 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda yapılması öngörülen düzenlemelerle her ne kadar ÇASMER'in daha kapsamlı hizmet sunmaya başlamasının doğru bir tutum olduğu düşünülüyor olsa da Yönetmelikten sonra kanunun çıkarılmasının ve işyeri hemşireliğinin, işyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanı gibi özel bir alan olmasına rağmen bu alanı yok sayıp diğer sağlık personeli belgesine sahip sağlık personelleri ile birlikte sayılmasının doğru bir yaklaşım olmadığını, ekipman muayene kuruluşu tanımının özel sektöre yeni bir alan açacağı için uygun bir tanım olmadığını,

ifade etmişlerdir.

***Eleştiri ve önerilere yönelik olarak Teklifin ilk imza sahibi milletvekilleri, Komisyon üyeleri ve ilgili kamu idarelerinin temsilcileri;***

• Komisyonun toplumsal önceliklere yönelik çözüm odaklı bir yaklaşım benimsediğini, Teklifin mevcut sorunların çözümü için önemli bir adım olduğunu, kapsamlı reformların ilerleyen dönemlerde ele alınacağını,

• Sigortasız çalışma konusunun Anayasal sosyal devlet ilkesiyle bağdaşmadığını ve çözülmesi gereken ciddi bir sorun olduğu İŞKUR'un aktif işgücü programlarının bir çalışma programı olmadığı, eğitim odaklı olduğu söylene de, Türkiye Cumhuriyeti Devletinin hangi gerekçeyle olursa olsun sigortasız işçi çalıştırmasının söz konusu edilemeyeceği ve bunun düzeltilmesi gerektiğini,

• Bazı maddelerin Anayasa Mahkemesi kararlarına uygun hale getirilmek için hükme bağlandığı ve yasamanın bu tür düzeltmeler yapma sorumluluğu bulunduğunu,

• Engelli bireylerin emeklilik süreçlerinde standart birliği sağlayan düzenlemelerin sosyal adaleti güçlendireceğini, engelli bireylerin emeklilikte karşılaştıkları sorunların Teklif ile büyük ölçüde giderileceğini ve bu durumun mevcut sorunların çözümünde önemli bir başlangıç olduğunu,

• İş gücüne katılımı artıracak düzenlemeler için ilerleyen dönemlerde kapsamlı bir çalışma yapılacağını,

• Esnaf Ahilik Sandığına ilişkin hükümlerin yürürlüğünün ertelenmesinin yine esnaflardan gelen talepler doğrultusunda öngörüldüğünü,

• Teklifin, nadir hastalıklara yönelik ilaçların yurtdışından temin sürecini hızlandırmayı ve bu ilaçları geri ödeme kapsamına almayı hedeflediğini, Kamu İhale Kanunundaki prosedürlerin özellikle pandemi gibi acil durumlarda hızlı hareket etmeyi engellediğini, düzenlemedeki amacın hızlı, ekonomik ve aracı olmaksızın ilaca ulaşım olduğunu, alımların yine belirli kurallar ve kamu denetimi altında gerçekleştirileceğini,

• Hâlihazırda 14 bin aile hekiminin GETAT uygulama sertifikasına sahip olduğunu, isteğe bağlı tamamlayıcı tıp uygulamalarının yasal zeminde düzenlenerek aile hekimlerine ek gelir sağlamanın hekimlerin motivasyonunu artıracığını, bu düzenlemenin hastaların taleplerine de yanıt vereceğini, konunun yasal çerçevede düzenlenmesi ile etik sorunlar ve merdiven altı uygulamaların önüne geçileceğini, bunun sıkı denetim mekanizmalarıyla destekleneceğini,

• Sayısı gitgide artan ve ücretsiz olduğu için aile hekimleri üzerinde asimetric baskı oluşturan durum raporlarının ücretli hâle getirilmesi ve bir kısmının e-nabız üzerinden alınmasının sağlanması yoluyla hekimlerin üzerindeki baskının azaltılmaya çalışılacağını,

• Anayasa Mahkemesinin iptal kararının verilerin paylaşımına ilişkin olmadığını, sağlık sektöründe dijitalleşme ve veri güvenliği düzenlemelerinin, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığını, Sosyal Sigortalar Kanunu çıkmadan önce bankalar, borsalar, reasürans şirketleri ve emeklilik sisteminin muadili olmak üzere sandıkların kurulduğunu ve bu sandıkların SGK gibi emeklilikle ilgili iş ve işlemleri yapmakta olduğunu ve bu anlamda SGK ile bilgi paylaşımı yapmak zorunda olduklarını,

• Kısa vadeli sigortalar kapsamında, sigortalıların çalışmadığı dönemde gelir kaybını telafi etmek için geçici iş göremezlik ödeneği müessesesinde kazançların ödenecek ödeneğin miktarının belirlenmesinde önemli bir rolü olduğunu, Anayasa Mahkemesinin de kısa vadeli sigortalar kapsamında hastalık ve analığın dışında, iş kazası ve meslek hastalığının da bulunduğunu ifade ederek burada bir eşitsizlikten bahisle iptal kararı verdiğini, getirilmek istenen düzenlemeyle iptal gerekçesine uygun olduğunu, kazançlarda son üç aylık rakamlarla hesaplanırken bazı rakamların devre dışı kalabileceksen on iki ay esas alındığında üç aya denk gelmeyen, toplu iş sözleşmesiyle elde edilmiş olan bazı arazi ödemelerin bu kapsama girdiği için kişilere ödenecek geçici iş göremezlik ödeneklerinde herhangi bir aleyhte durum olmayacağını,

• Katkı ve katılım paylarına ilişkin düzenlemenin sağlık sisteminin gereksiz yere aşırı yüklenmesini önlemek adına sevk zincirine ilişkin önemli bir tedbir olduğunu, bu düzenlemeyle aile sağlığı merkezlerine yönelik gereksiz başvuruların azaltılacağını, aile hekimlerine tanınan öncelikli randevu imkânını ile birlikte ikinci basamağa aile hekimi üzerinden gidilmesi durumunda muayene katkı payının daha az ödeneceğini ve bunun ikinci basamaktaki özellikle de yan dal üzerindeki yükü azaltacağını, böylece MHRS'deki yoğunluğun hafifleşeceği ve birinci basamak sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere sağlık sisteminin daha işlevsel hale geleceğini,

• Prim teşvikleri için kademelendirme yapıldığını, sektörel bazda mukayeseli olarak ortaya konulan rakamların sanayi sektörünün içinde imalat sanayisinin istihdam yaratma kabiliyeti rakamsal olarak daha fazla tespit edildiğinden prim teşviklerinin özellikle imalat sektöründe beş puan olarak devam ettirileceği ve bu düzenlemelerin ekonomik büyümeyi destekleyeceğini,

• Üniversite hastanelerine sağlanacak mali desteğin, hastanelerin ekonomik yüklerini hafifletmesinin yanı sıra eğitim ve araştırma süreçlerini destekleyeceğini,

• Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilen kamu hastaneleri ve devlet üniversitelerinde yapılacak klinik araştırmalarda araştırmaya katılan hastaların sosyal güvenlik ve sağlık haklarının klinik araştırmalar sürecinde de sağlanmasının çok önemli ve heyecan verici bir düzenleme olduğunu,

• 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda yapılması öngörülen düzenlemelerle işyeri hemşireliğini de kapsayacak şekilde diğer sağlık personelinin kapsama alındığını, risk unsurlarını minimize etmek için ekipmanların periyodik olarak kontrollerinin sağlanması için akredite ekipman muayene kuruluşlarından yetkilendirilen birimlerce yapılmasının düzenlendiğini, ifade etmişlerdir.

#### 4. Komisyonun Maddeler Hakkındaki Kararı

Teklifin geneli üzerindeki görüşmelerin tamamlanması ardından, Teklifin maddelerine geçilmesi kararlaştırılmıştır. Teklifin birbiriyle ilgili konulara ilişkin düzenlemeler içeren 1, 14, 16 ve 17 nci maddeleri; 8, 10 ve 13 üncü maddeleri ile 12 ve 21 inci maddelerinin birlikte görüşülmesi hususunun oybirliği ile kabul edilmesi sonucunda söz konusu maddeler birlikte görüşülmüştür.

Teklifin birlikte görüşülmesi kararlaştırılan **1, 14, 16 ve 17'nci maddeleri** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin **2, 3, 4, 5, 6 ve 7'nci maddeleri** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin birlikte görüşülmesi kararlaştırılan **8, 10 ve 13'üncü maddeleri** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin **9'uncu maddesi**, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından destek sağlanacak klinik araştırmaların kamu hastaneleri ve devlet üniversitelerinde yapılanlarla sınırlandırılması gerekçesiyle verilen önerenin kabul edilmesi neticesinde değiştirilerek oybirliği ile kabul edilmiştir.

Teklifin **11'inci maddesi** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin birlikte görüşülmesi kararlaştırılan **12 ve 21'inci maddeleri** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin **15'inci maddesi** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin **18, 19 ve 20'nci maddeleri** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin **22'nci maddesi** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin **23'üncü maddesi**, 10'dan az çalışanı bulunan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde, işyerinin bağlı bulunduğu kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşundan hizmet alarak da iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerine ilişkin düzenleme, meslek kuruluşlarının kurumsal kapasitesinin talep edilecek hizmeti karşılamada yetersiz kalabileceği ve bu hizmetin sağlanabilmesine ilişkin düzenlemelerin Bakanlıkça alt düzenlemelerle yapılabileceği gözetilerek teklif metninden çıkarılması gerekçesiyle verilen önerenin kabul edilmesi neticesinde değiştirilerek oybirliği ile kabul edilmiştir.

Teklifin **24'üncü maddesi** komisyon görüşmeleri esnasında sözlü önerenin kabul edilmesi neticesinde değiştirilerek oybirliği ile kabul edilmiştir.

Teklifin **25 ve 26'nci maddeleri** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin yürürlüğe ilişkin **27'nci maddesi**, Teklifin 7, 12 ve 21'inci maddelerinin diğer maddelerden farklı bir tarihte yürürlüğe girmesini öngören değişiklik önergesinin kabul edilmesi neticesinde değiştirilerek kabul edilmiştir.

Teklifin yürütmeye ilişkin **28'inci maddesi** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin maddelerinin görüşmelerinin tamamlanmasından sonra Teklifin tümü oy çokluğuyla kabul edilmiştir.

Kanun Teklifinin tamamı tereddütleri gidermek ve anlamı netleştirmek amacıyla terim ve ibareler, kanun dili ve tekniği bakımından gözden geçirilmiş ve metinde redaksiyon mahiyetinde ekleme ve değişiklikler yapılmıştır.

## 5. Genel Kurulda Temsil

İç Tüzüğü'nün 45'inci maddesi uyarınca Genel Kurul görüşmelerinde Komisyonumuzu temsil etmek üzere Elâzığ Milletvekili Erol KELEŞ özel sözcü olarak seçilmiştir.

Başkan	Başkanvekili	Sözcü
<i>Vedat Bilgin</i>	<i>Orhan Ateş</i>	<i>Ümmügülşen Öztürk</i>
Ankara	Bayburt	İstanbul
Kâtip	Üye	Üye
<i>Pelin Yılık</i>	<i>Ahmet Eşref Fakıbaba</i>	<i>Aylin Yaman</i>
Çankırı	Ankara	Ankara
	(Muhalefet şerhimiz vardır)	(Muhalefet şerhimiz vardır)
Üye	Üye	Üye
<i>Tuba Vural Çokal</i>	<i>Serkan Sarı</i>	<i>Zeki Korkutata</i>
Antalya	Balıkesir	Bingöl
	(Muhalefet şerhimiz vardır)	
Üye	Üye	Üye
<i>Hüseyin Olan</i>	<i>Kayıhan Pala</i>	<i>Fevzi Zırhlıoğlu</i>
Bitlis	Bursa	Bursa
(Muhalefet şerhimiz vardır)	(Muhalefet şerhimiz vardır)	
Üye	Üye	Üye
<i>Sema Silkin Ün</i>	<i>Erol Keleş</i>	<i>Gamze Akkuş İlgezdi</i>
Denizli	Elâzığ	İstanbul
(Muhalefet şerhimiz vardır)	(Bu raporun özel sözcüsü)	(Muhalefet şerhimiz vardır)
Üye	Üye	Üye
<i>Sevan Sivacıoğlu</i>	<i>Halit Yerebakan</i>	<i>Tuba Köksal</i>
İstanbul	İstanbul	Kahramanmaraş
Üye	Üye	Üye
<i>Ömer Faruk Gergerlioğlu</i>	<i>Mühip Kanko</i>	<i>İsmail Çağlar Bayırcı</i>
Kocaeli	Kocaeli	Kütahya
(Muhalefet şerhimiz vardır)	(Muhalefet şerhimiz vardır)	
Üye	Üye	Üye
<i>Hakan Aksu</i>	<i>Selcan Taşcı</i>	<i>Cüneyt Aldemir</i>
Sivas	Tekirdağ	Tokat
	(Muhalefet şerhimiz vardır)	
	Üye	
	<i>Ali Karaoba</i>	
	Uşak	
	(Muhalefet şerhimiz vardır)	

## MUHALEFET ŞERHİ

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nun 28 Kasım 2024 günü gerçekleştirilen toplantısında görüşülmüş ve Komisyon raporu Meclis Başkanlığı'na sunulmuştur.

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifinin genel gerekçesi "*Çalışma ve sosyal güvenlik mevzuatı bakımından ortaya çıkan ihtiyaçların karşılanması ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı hizmet birimleri ile ilgili kuruluşlarının hizmet sunumu kalitesinin artırılması amacıyla bazı kanunlarda değişiklikler yapılması öngörülmektedir*" biçiminde açıklanmaktadır.

Ancak bu kanun teklifi ile çalışma yaşamı açısından emekçilerin, işsizlerin ve emeklilerin karşılanması gereken ihtiyaçlarının çok büyük bir bölümü karşılanmamaktadır. Karşılanması gereken ihtiyaçlara ilişkin bazı örnekler şöyle sıralanabilir:

1. Çalışma Bakanlığı İŞKUR ile "İşgücü Uyum Programı" adı altında asgari ücretin altında (günlük 667 TL) ve sigortasız olarak işçi çalıştırmaktadır. Anayasal güvence altında olan asgari ücret, Çalışma Bakanlığı tarafından yok sayılmaktadır. İşgücü Uyum Programı adı altında bizzat Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından istihdam edilen emekçilerin sigortalı olarak ve ellerine en az asgari ücret geçecek biçimde çalıştırılmaları sağlanmalıdır.
2. Kanun teklifinde GSS prim borcu olanların ilaca erişimlerinin sağlanmasına ilişkin düzenleme bulunmamaktadır.
3. Geri ödeme kapsamına alınması gereken sağlıkla ilgili ihtiyaçlara ilişkin bir düzenleme yoktur:
  - Tipli DM çocukların sensörleri,
  - Nadir hastalıklarda kullanılan yetim ilaçlar, (FDA ve EMA onaylı "yetim ilaç" sayısı 151, ancak yarısı Türkiye'de ruhsatlı, EMA onaylı 57 ilaçtan yalnızca 8'ine Türkiye'de erişilebiliyor),
  - Kanser hastalarının gereksinim duyduğu bazı ilaçlar (örneğin NIVOLUMAB),
  - HPV aşısı.
4. Geri ödeme kapsamına alınma süreci içerisinde gerçekleştirilen usulsüz ve mevzuata aykırı işlemlerin önlenmesine ilişkin herhangi bir düzenleme yoktur. Bu konuda, SGK soruşturma dosyalarında yer alan iki örnek konuyu açıklayıcı olacaktır:
  - a. Uygun olmayan tıbbi malzeme görünüşlü ürünlerin 10 yıldan uzun bir süredir sistematik olarak SGK yöneticilerinin de yardımlarıyla sürekli olarak haksız bir şekilde yüksek fiyatlı SUT kodlarına eşlenmesi, bu firmaların ürünlerinin görüldüğü bilimsel komisyonlara firma lehine karar çıkmasını sağlayacak doktorların seçilmesi, bazı tıbbi cihaz firmalarının bu malzemelerle SGK'dan milyarlarca geri ödeme alması sonucunda ortaya çıkan toplam Kamu zararının güncel ekonomik değerinin tahminen 15 Milyar TL olduğu hesaplanmaktadır.
  - b. Bir ilaç firmasına ait bir ilacın, geri ödeme kapsamına alınma süreci içerisinde gerçekleştirilen usulsüz ve mevzuata aykırı işlemler sonucunda belirlenen kurum zararı 819 milyon TL'dir.
5. 2024 sonrası emekli olacakların aylıklarında meydana geleceği bilinen yüzde 30'luk kayıp giderilmemektedir.
6. En düşük emekli aylığının yaşanabilir bir aylık düzeyine getirilmesine ilişkin bir düzenleme yoktur.
7. Emekli aylıklarındaki adaletsizlik giderilmemektedir.



8. İntibak düzenlemesi yapılmamaktadır.
9. Emeklilik yaşındaki adaletsizliği giderecek düzenleme bulunmamaktadır.
10. Aylık bağlama oranlarının yeniden düzenlenmesi yapılmamaktadır.
11. Bağ-Kur sigortalıların aylıklı aylığına esas prim gün sayılarının diğer sigortalılarla eşitlenmesi bu Kanun Teklifinde söz konusu değildir.
12. Kanun teklifinde işçilerin vergi yükünü azaltacak düzenlemeler de bulunmamaktadır.

Çalışma Bakanı bu yıl Plan ve Bütçe Komisyonundaki bütçe sunumu sırasında, 2024 yılında SGK açığının GSYH oranının %0,39'a kadar gerileyeceğinin öngörüldüğünü açıklamıştır. Bu kadar gerileme yerine daha önceki yıllarda olduğu gibi, özellikle bu ekonomik kriz ortamında emekçilere, işsizlere ve emeklilere bütçeden daha fazla kaynak ayrılması sağlanabilir, sözünü ettiğimiz emekçilerin, işsizlerin ve emeklilerin ihtiyaçlarının karşılanması mümkün olabilirdi. Ancak teklif sahipleri tarafından emekçilerin, işsizlerin ve emeklilerin ihtiyaçları göz ardı edilmiştir!

Kanun teklifinin "Çalışma ve sosyal güvenlik mevzuatı bakımından ortaya çıkan ihtiyaçların karşılanması" bakımından, yukarıda açıklandığı gibi, etkisi çok sınırlıdır ve yurttaşların ihtiyaçlarına yanıt vermekten uzaktır.

Komisyon görüşmeleri sırasında Cumhuriyet Halk Partisi olarak her bir maddeye ilişkin görüşlerimizi ve yapıcı katkılarımızı sunmuş olmakla birlikte, teklifte yer alan bazı maddelere ilişkin itirazlarımızı ve Anayasaya aykırılıkları şerhe koymak zorunluluğu doğmuştur.

Şerh yazımızda teklifin maddelerine geçmeden önce, teklifin geneline ilişkin değerlendirmemizi paylaşmak gerekmektedir.

### **Teklifin geneline ilişkin değerlendirme**

Teklif, çalışma ve sosyal güvenlik mevzuatı bakımından toplumun ihtiyaçlarına cevap vermemekte, genel olarak, bireyin değil kurumların ihtiyaçları ön planda tutulmaktadır.

Ülkemizde uzun süredir ağır bir ekonomik kriz süregelmekte ve bu durum özellikle ücretli çalışanlar üzerinde büyük bir yük oluşturmuştur. Çalışanların büyük çoğunluğu en temel haklarından yoksun, açlık ve yoksulluk sınırının altında asgari ücretle, yüksek emeklilik yaşı, kayıt dışı, güvencesiz, sözleşmeli ve esnek çalışma modelleri ile istihdama katılmak zorunda bırakılmıştır. Bu duruma ek olarak iktidarın son yirmi yıldır her alanda yaptığı düzenlemeler emek sömürüsünü yaygınlaştırmış ve derinleştirmiştir. Muhtaçlık temelli sosyal yardım uygulamaları, rantçı ve kâr odaklı yaklaşımlar emeğin değerini yok etmiş, liyakat kavramı literatürden çıkarılmıştır. Yaşanan ekonomik krizin olumsuz yansımalarını hayatın her alanında görmek mümkündür. Ekonomik gücü ve sosyal olanakları sınırlanan ücretli çalışanlar için önemli bir sorun alanını da çalışma rejiminin aileleri birlikte çalışmaktan ve yaşamaktan alıkoyan maddeleri oluşturmaktadır. Farklı il veya ilçede çalışmak zorunda kalan sözleşmeli personel için söz konusu düzenleme bugün için artık taşınamayacak bir yüke dönüşmüştür.

Kasım 2024 tarihi itibarıyla açlık sınırının 20.562 TL, yoksulluk sınırının ise 66.976 TL olduğu bir durumda, özellikle ücretli çalışanlar için, belli bir süre için dahi olsa, iki farklı ilde yaşamak neredeyse imkansızdır. Türkiye'de son yıllarda kiralarda ve konut fiyatlarında yaşanan artışlar da göz önüne alındığı takdirde, bu durumun sürdürülemez olduğu açıkça görülmektedir. Özellikle enflasyon etkisi ve bununla birlikte var olan ekonomik kriz, barınma sorununu yakıcı hale getirmiştir. Konut kiralardaki artışlar, sözleşmeli olarak iki farklı il ya da ilçede yaşamak zorunda kalan çalışanları en çok zorlayan konular arasındadır. OECD üyesi 38 ülke ve üyeliğe aday altı ülke arasında yapılan araştırmada; Türkiye, konutlardaki kira artış oranları ölçümünde açık ara öndedir.

2015 yılından bu yana geçen süreci ölçen ilgili araştırmaya göre Türkiye’de konutlarda kiralar ortalama yüzde 419 oranında artış göstermiştir. Bu duruma ek olarak ulaşım maliyetlerindeki artış da sözleşmeli olarak farklı bir ilde yaşamak zorunda kalan ve hafta sonları ya da tatillerde ailesinin yanına giden ücretli bir çalışan için önemli bir maliyete ve zaman kaybına neden olmaktadır.

Önemli bir diğer nokta ise aile birliğinin sağlanması konusudur. Anayasanın, ailenin korunması ve çocuk hakları başlıklı 41. maddesinde; “Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar” denilerek açıkça devletin; ailenin huzur ve refahı ile ananın ve çocukların korunması bakımından gerekli tedbirleri alması gerektiği vurgulanmaktadır. Yine 20.03.1952 tarihinde imzalanarak tarafı olunan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin “Özel Hayatın ve Aile Hayatının Korunması” başlıklı 8. maddesinde; “Herkes özel hayatına, aile hayatına, konutuna ve haberleşmesine saygı gösterilmesi hakkına sahiptir.” güvencesine yer verilmiştir. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 72. Maddesinde ise; yeniden veya yer değiştirme suretiyle yapılacak atamalarda çalışma hakkı kadar dileyenler için ailesi ile yaşama talebinin de göz önünde tutulması gerektiği açıkça belirtilmektedir.

Diğer yandan hem toplumsal yaşamda hem de çalışma yaşamında kadını yok sayma eğiliminde olan iktidar, eşitlik ilkesine aykırı bir biçimde yaygın bir kaniyle dile getirildiği ya da ima edildiği haliyle, aile birliği ve çocukların iyiliği için, öncelikle kadınların istihdamdan koparıldığı, sözleşmeli bir biçimde çalışan kadının istifasının normalleştirildiği bir sistemi kurgulamış görünmektedir. Bu durum kadının istihdamdan kopmasına sebep olmakta ve çalışan kadınlar üzerinde büyük bir baskı aracına dönüşmektedir. Tüm çalışanların derinden ve yaygın bir biçimde etkilendiği bu olumsuz çalışma rejiminden sağlık çalışanları da aynı derecede ve eşit bir biçimde etkilenmektedirler. 3 artı 1 kuralına göre sözleşmeli bir biçimde çalışmak zorunda kalanlar için tüm bu nedenlere ek olarak artan şiddet ve sağlık sisteminde yaşanan çöküş de eklendiği takdirde, durumun vahameti daha rahat anlaşılır olmaktadır. Özellikle kadın ağırlıklı bir iş kolu olan hemşirelikte, yoğun stres altında çalışma ve uzakta yaşama eklendiğinde, işten kopma daha kolay olmakta, zaten eksik olan hemşire kadrosu ve buna bağlı olarak sağlık hizmet sunumu derinden etkilenmektedir. Unutulmamalıdır ki, 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı sadece 361’dir. Oysa OECD ülkelerinde bu sayı, 1002’dir. Yaklaşık 1/3 oranında hemşire ile, Türkiye, 39 AB ve OECD ülkesinin en sonunda yer almaktadır. Bu nedenle hiçbir gerekçe ile, hemşire kaybetme tahammülümüz bulunmamaktadır. Hafta sonu ya da resmi tatillerde ailesinin yanına gitmek isteyen çalışanlar için, iş barışının sağlanması, hemşirelik, ebelik gibi nöbet usulüne göre çalışılan işlerde hakkaniyetin ve istikrarın sağlanmasının zorlaşması söz konusudur ve bu durum çalışanlar arasında ekip ruhunu zedelemekte ve haksız uygulamaların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Sürenin uzunluğu nedeniyle, sözleşmeli çalışan ya çalışma hakkından ya da aile birliği hakkından vazgeçmek durumunda bırakılmaktadır.

Tüm bu nedenlerle kamu personel rejiminin, hukuka ve eşitlik ilkesine uygun, insan haklarına duyarlı, demokratik talepleri karşılayacak ve modern dünyanın ilkelerini benimseyen bir yeniden yapılanmaya olan ihtiyacı açıktır. Bu teklifle, öncelikle sağlık çalışanlarını kapsayacak biçimde 3 artı 1 kuralı ile ilgili herhangi bir değişiklik gözlenmemiş, birçok çalışanın ihtiyacı göz ardı edilmiştir.

Bunun dışında, emekli olmak için gereken sigorta prim gün sayısı koşulunu karşılayamayacak kadınların oluşturduğu bir grup için düzeltilmesi gereken koşullara dair bir düzenleme gözlenmemiştir.

Doğum borçlanması için aranan “doğumun sigorta başlangıcından sonra gerçekleşmiş olması” koşulu, kadınlar için ciddi bir mağduriyet nedeni olmaktadır. Doğum borçlanması, kadın işçilerin doğumdan sonraki iki yıl içinde sigortalı olmadıkları sürenin primlerini kendi ceplerinden ödeyerek,

prim gün sayılarını artırmalarına olanak sağlayan bir haktır. Fakat, bu hak sadece ilk sigorta girişinden sonra doğan çocuklar için kullanılabilir. Oysa, kadınlar için doğum, başlı başına iş yaşamını geciktiren bir durumdur. Çok sayıda kadın, “önce sigorta” koşulu nedeniyle, doğum borçlanması hakkından yararlanamamaktadır.

Kadınlarda iş yaşamındaki fırsat eşitsizliğini körükleyen “önce sigorta” koşulu, kadının istihdama katılımını teşvik amacıyla kaldırılmalı ve sigorta öncesi doğumlar için de borçlanma hakkı tanınmalıdır. Böylelikle, kadının doğum kaynaklı prim gün kayıpları telafi edilebilir.

Konunun başka bir boyutu ise, iş yaşamına girmeden çocuk yapmak istemeyen kadınların durumudur. Türkiye’de doğurganlık hızımız 2023 yılı için 1,51 olarak hesaplanmıştır, kısacası nüfusun azalma eğilimine girme eşiği olan 2,1’in altına inmiştir. Bu nedenle, “önce sigorta koşulu kaldırılarak doğum borçlanması”, kritik eşiğin altına düşen doğurganlık hızının artırılması için de bir teşvik yöntemi olabilecektir.

Erkekler askerlik borçlanması haklarından nasıl “önce sigorta” koşulu olmadan yararlanabiliyor ise, aynı hakkın kadınların doğum borçlanması için de konması önemlidir ve gerekliliktir.

Unutulmaması gereken bir diğer konu da kadınların sigortasız istihdam oranının (%35,9), erkeklere göre (%25,9) çok daha yüksek olduğudur. Bu nedenle birçok kadın hak etmesine rağmen doğum borçlanmasından faydalanamamaktadır.

Emeklilikte adil ve kademeli bir sistemin hayata geçirilmesi de bir diğer gerekliliktir. Bunu yaparken, özellikle kadınların hak kayıpları gözetilmeli ve hem kadının çalışma hayatı teşvik edilmeli, hem de düşen doğurganlık hızı için hak temelli bir teşvik modeli oluşturulmalıdır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda yapılacak bir değişiklikle, kadınların sigorta başlangıcından önce yaptıkları doğumlar için doğum borçlanması yapabilmeleri hakkının tanınması sağlanabilecek iken, kadın çalışanlar yine göz ardı edilmişlerdir.

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi ile toplam olarak 8 kanunda değişikliğe gidilmektedir:

1. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu,
2. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,
3. 447 Sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu,
4. 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu,
5. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu,
6. 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun,
7. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve
8. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.

Bu kadar çok sayıda ve birçoğu birbiriyle ilişkisiz düzenlemeyi tek bir kanun teklifi ile getirmek yerine; 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu başta olmak üzere, söz konusu kanunlara ilişkin kapsamlı düzenlemeler içeren kanun tekliflerinin Komisyonunda ele alınması toplumun ihtiyaçlarının karşılanması bakımından çok daha uygun bir yasama faaliyeti olabilirdi. Örneğin Aile Hekimliği sistemiyle ilgili çok önemli sorunlar ortada dururken, bu sorunları yok sayarak çok sınırlı ve ihtiyaçlara yanıt vermekten çok uzak, eklektik bir maddenin teklif edilmesi yasama faaliyeti bakımından uygun bir yaklaşım değildir. Aynı durum hem Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hem de İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu için de geçerlidir. Genel Sağlık Sigortası ile ilgili pek çok ihtiyaç göz ardı edilmiş, işyeri hekimlerinin ve iş güvenliği

uzmanlarının özerk olarak çalışmalarını sağlamaya yönelik düzenlemeler de teklifte kendisine maalesef yer bulamamıştır.

Ayrıca kanun teklifinin 9 maddesinde AYM kararlarına aykırılık söz konusudur. AYM tarafından verilen iptal kararları korunmakta, böylece AYM kararları daha önce de gözlemlendiği gibi, yok sayılmaktadır.

Kanun teklifi sunulurken etki analizlerinin yapılmış olması gerekirken, teklifte yer alan maddelere ilişkin herhangi bir etki analizi Komisyon üyelerine sunulmamıştır. Oysa teklifte yer alan maddelerin kamu bütçesine mali etkisinin ortaya konması gerekirdi.

Kanun teklifinin bütünlüğüne yönelik genel eleştiriler, Anayasa'ya aykırılık, sosyal devlet ilkesiyle uyumsuzluk ve ilgili düzenlemelerin uygulanabilirliği konusunda eksik ya da muğlak düzenlemeler içermesidir. Ayrıca düzenlemelerin büyük kısmının, toplumun dezavantajlı kesimleri üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alınmadan, popülist politikalarla hazırlanmış olduğu görülmektedir.

### **Teklifin maddelerine ilişkin değerlendirme**

**Madde 1)** Maddeyle 506 sayılı Kanuna 4958 sayılı Kanunun 54'üncü maddesiyle eklenen ve engeli olan sigortalıların emekliliğe hak kazanmalarına ilişkin 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 60 maddesinin birinci fıkrasının (C) bendinin (b) alt bendinde belirlenen ve 2006 yılında 5510 sayılı Kanunun 106'ncı maddesi ile yürürlükten kaldırılan düzenlemenin, uygulamasına ilişkin geçiş hükmü niteliğinde olan geçici 87'inci maddesi yürürlükten kaldırılmaktadır.

Söz konusu düzenleme bu Kanun teklifinin 14'üncü, 16'ncı ve 17'inci maddeleriyle birlikte değerlendirilmelidir. Kanun teklifinin 16'ncı maddesi ile 5510 sayılı Kanunun engellilik halinde emekliliğe hak kazanmada Kanunun yürürlük tarihinden önce sigortalılığı olanlar açısından engellilik derecelerine göre emeklilik için hak kazanma koşulları yeniden düzenlenmektedir.

Kanun teklifinin birinci maddesinin yürürlükten kaldırılma gerekçesi 506 sayılı Kanunun 60'ıncı maddesinin birinci fıkrasının (C) bendinin (b) alt bendinde belirlenen ve emekliliğe hak kazanmada sakatlığın belirlenmesine ilişkin şartın kaldırılmasıdır.

Söz konusu düzenleme şu şekildedir:

“b) Sakatlığı nedeniyle vergi indiriminden yararlanmaya hak kazanmış durumda olan sigortalılardan; ilgili mevzuatı uyarınca, I. derece sakatlığı olanlar yaşları ne olursa olsun en az onbeş yıldan beri sigortalı bulunmak ve en az 3600 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olmak, II. derece sakatlığı olanlar yaşları ne olursa olsun en az onsekiz yıldan beri sigortalı olmak ve en az 4000 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olmak, III. derece sakatlığı olanlar yaşları ne olursa olsun en az yirmi yıldan beri sigortalı olmak ve en az 4400 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olmaları şartıyla yaşlılık aylığından yararlanırlar. Sakatlığı nedeniyle vergi indiriminden yararlanması dolayısıyla yaşlılık aylığına hak kazanarak yaşlılık aylığı alanlar Kurumca kontrol muayenesine tabi tutulabilir.”

Görüldüğü üzere, engelliğin tespiti vergi indiriminden hak kazanma ve buna dayalı ilgili mevzuat hükümleri esas alınmıştır. Bu çerçevede 213 sayılı Gelir Vergisi Kanununun 31'inci maddesi ve buna dayalı ilgili mevzuat hükümleri uygulanacaktır. Dolayısıyla 2008 yılı ve öncesinde sigortalı olmuş engelliler açısından engellilik derecesi ve oranı tespiti söz konusu vergi indirimi mevzuatına göre yapılmak zorundadır.

506 sayılı Kanunun geçici 87'inci maddesinin yürürlükten kaldırılmasıyla 2008 öncesi sigortalı olan ve engelli olan bireyler açısından da 5510 sayılı Kanunun engelliliğin tespitine ilişkin hükümleri uygulanacak ve SGK engellilik oranı tespitinden sorumlu kurum olacaktır.

Komisyonunda, bu durumun engelli sigortalıların aleyhine bir durum olabileceği dile getirildiğinde; SGK yetkilileri "*kazanılmış hakların korunacağını ve engelli kişilerin raporu aldığı tarihteki engellilik yönetmeliğindeki kriterler üzerinden değerlemeye tabi tutulacaklarını, bunlarda da herhangi bir hak kaybına yol açılmayacağını*" açıklamışlardır. Bu konudaki endişeleri gidermek için 506 sayılı Kanun döneminde alınan engellilik raporlarının geçerliliğine ilişkin kazanılmış hak niteliğinde bir düzenleme yapılması yerinde olacaktır.

Öncelikle, ulusal düzeyde engelliliğe ilişkin yeni politikaların, planların, programların ve eylemlerin tasarlanmasında, geliştirilmesinde, hayata geçirilmesinde, izlenmesinde, değerlendirmesinde ve denetlenmesinde engellileri temsil eden örgütlerin katılımı, temel bir ilke olarak benimsenmelidir. Bu maddelerde hedeflenen yeni uygulamalar, hiçbir engelli örgütünün, engelli STK'ların görüşü alınmadan planlanmıştır. Komisyona da davet edilmeyen bu kuruluşlar, engellilerin göz ardı edildiklerinin bir kanıtıdır.

Bu teklifte, kapsayıcı eşitliğin sağlanması ve ayrımcılık karşıtı politikaların inşası için, BM Engelli Hakları Sözleşmesi ile uyumlu, engelli kadın ve yaşlıların gözetildiği, ulusal bir mevzuat bekler iken, hak kaybı riski taşıyan farklı bir uygulama ile karşı karşıya kalınmıştır.

Engelliler ile ilgili verilerin; engelli örgütleri ile işbirliği yapılarak Birleşmiş Milletler Washington Engellilik İstatistikleri Grubu tarafından önerilen yöntemle ayrıştırmış olarak toplanması ve düzenli aralıklarla güncellenmesi sağlanmadan hiçbir uygulama değişikliğine gidilmemelidir.

Engellilerin eğitime, istihdama, sağlığa ve tüm insan haklarına erişimi ve toplumsal yaşama aktif katılımları için erişilebilirlik koşullarının sağlanması, öncül bir hak olarak kabul edilmeli ve uygulama değişikliğinden önce kapsamlı bir erişilebilirlik yasası çıkartılmalıdır.

Öncelikle, engelli haklarından yararlanmak için Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine aykırı olarak en az %40 vücut fonksiyon kaybına sahip olma koşulu kaldırılmalı; vücut fonksiyon kaybı oranı ne olursa olsun, kayıp oranına göre kişinin ihtiyaç duyduğu haklar verilmelidir.

Engellilerin üretim ve hizmet süreçlerine etkin bireyler olarak katılımları esas alınmalı; istihdam politikaları bu perspektifle oluşturulmalıdır. İstihdam politikalarında; sözleşmeli personel sayısı, engelli istihdam kotasında dikkate alınmalı, %3'lük kota güncellenmeli ve KPSS ile personel alımlarında eş zamanlı olarak EKPSS ve kura ile alım yapılmalıdır.

Engellilerin kamu hizmetlerinden ücretsiz ya da indirimli yararlanmalarına dayanan bugünkü sosyal destek sistemi yerine, onların sakatlıklarından kaynaklanan ilave masraflarını karşılamaya yönelik aylık engelli ödeneği şeklindeki sosyal destek sistemine geçilmelidir.

Bakım hizmetleri, bağımsız yaşamı destekleyecek biçimde dizayn edilmeli; evde engelli bireyin bakımını üstlenen kişilerin sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınması sağlanmalı; engellilerin bağımsız yaşamalarını destekleyecek programlar özellikle gözetilmelidir. Bu bağlamda bakım güvence yasası çıkartılmalıdır.

Mevcut ekonomik krizin, engelliler ve ailelerinde yoksulluğu ve yoksunluğu daha fazla derinleşmesini önlemek için acil eylem planı geliştirilerek uygulamaya konulmalı, sosyal yardımlar, engellilerin kendi gelirleri dikkate alınarak ve enflasyona ezilmeyecekleri düzeyde artırılmalı ve sosyal konut projelerinde engellilerin gelir azlığı dikkate alınmalıdır.

Engellilik ile ilgili politikaların, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin ayrılmaz bir parçası olduğunu kabul ederek tüm kalkınma planlarının engelliliğe ve cinsiyete duyarlı olması sağlanmalıdır.

Engelli bireylerin yerel ve genel seçimlerde adaylıklarının desteklenmesini ve parti kurullarında engellilerin temsil edilmesini sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.

Engelli Hakları Komitesinin Nihai Gözlem Raporunda yer alan tavsiyeler, Kalkınma Programlarındaki hedeflere dahil edilmeli, bu tavsiyelere uyarak en geç 28 Ekim 2023 tarihi itibarıyla Komiteye gönderilmesi gerekip de gönderilmeyen periyodik ülke raporunun hazırlık süreci, derhal başlatılmalı ve bu sürece engelli örgütleri dahil edilmelidir.

19 Temmuz 2022 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Genelge ile ülkemizde Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarının uygulanmasını izlemek ve koordinasyonu sağlamak üzere kurulan Ulusal Sürdürülebilir Kalkınma Koordinasyon Kurulu tarafından oluşturulacak çalışma gruplarına, alanda aktif çalışan engelli örgütleri ve aktivistler, etkin bir biçimde dahil edilmelidir.

Kısacası, 2008 yılı Ekim ayı öncesinde sigortalı olan engelliler için vergi indirim belgesi esas alınarak yürütülen emeklilik işlemlerinin 5510 sayılı Kanun kapsamında çalışma gücü kaybına göre belirlenmesinin kesinlikle hak kaybına yol açmayacağını garantisinin kayda geçilmesi gerekmektedir ve bundan daha önce, üstte bahsi geçen konular önceliklendirilmelidir.

Engelli bireylerin kazanılmış haklarının yok sayılması kabul edilemez. Engelli bireylerin önceki raporlarının ve mevcut mevzuata dayalı haklarının korunmaması, anayasal sosyal devlet ilkesine aykırıdır. 2008 öncesi sigortalı olan engelliler için yeni kriterlerin getirilmesi, bu bireylerin emeklilik süreçlerini daha zorlaştıracak ve SGK tarafından alınan raporların nesnelligi konusunda soru işaretleri yaratacaktır. Emekçiler yararına bir düzenleme değildir.

**Madde 2)** Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri kapsamında bilgi toplama, işleme ve paylaşma yetkisini düzenlemektedir. Ancak bunların bir kısmı kişisel veri niteliğinde olduğundan Anayasa Md. 20 tarafından koruma altındadır. Kişisel verilerin toplanmasına, işlenmesine, aktarılmasına, bu kişisel verilere erişim sisteminin kurulmasına, sistemin güvenliğinin sağlanmasına ilişkin düzenlemeler içeren kural CBK ile düzenlenemeyecek yasak alan içinde kalmaktadır. Bu nedenle CHP'nin başvurusu üzerine AYM tarafından iptal edilmiştir (E.2018/118, K.2023/180, 26/10/2023).

Teklifle 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na "Bilgi toplama, işleme ve paylaşma yetkisi" kenar başlıklı ek MD. 19 eklenmektedir.

Teklif ile AYM tarafından iptal edilen hüküm aynıdır.

(1) Sağlık hizmeti almak üzere, kamu veya özel sağlık kuruluşları ile sağlık mesleği mensuplarına müracaat edenlerin, sağlık hizmetinin gereği olarak vermek zorunda oldukları veya kendilerine verilen hizmete ilişkin kişisel verileri işlenebilecek.

(2) Sağlık hizmetinin verilmesi, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve maliyetlerin hesaplanması amacıyla *Bakanlık, birinci fıkrada kapsamında elde edilen verileri olarak işleyebilecektir.* Bu veriler, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununda öngörülen şartlar dışında aktarılamayacak.

(3) Bakanlık, ikinci fıkra gereğince toplanan ve işlenen kişisel verilere, ilgili kişilerin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin erişimlerini sağlayacak bir sistem kuracak.

(4) Üçüncü fıkraya göre kurulan sistemlerin güvenliği ve güvenilirliği ile ilgili standartlar Kişisel Verileri Koruma Kurulunun belirlediği İlgelere uygun olarak Bakanlıkça belirlenecek. Bakanlık, ilgili mevzuat uyarınca elde edilen kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirleri alacak. Bu amaçla, sistemde kayıtlı bilgilerin hangi görevli tarafından ne amaçla kullanıldığının denetlenmesine imkân tanıyan bir güvenlik sistemi kuracak.

-2., 3. ve 4. fıkra yönünden: Bakanlığa geniş takdir yetkisi verilmesi, AY MD. 2, 7, 13, 20, 123' E aykırıdır.

(5) Sağlık personeli istihdam eden kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler, istihdam ettiği personeli ve personel hareketlerini Bakanlığa bildirmekle yükümlü olacak.

(6) Kişisel sağlık verilerinin işlenmesi, güvenliği ve bu maddenin uygulanması ile ilgili diğer hususlar Bakanlıkça yürürlüğe konulan yönetmelikle düzenlenecek.

Yönetmelikle düzenleme: AY MD. 2, 7, 13, 20, 123, 124'e aykırıdır.

İptal edilen Anayasa Mahkemesi kararlarına rağmen aynı düzenlemenin getirilmesi yargı kararlarının yok sayılması anlamına gelir. Bu, Anayasa'nın 20. maddesindeki özel hayatın gizliliği ve kişisel verilerin korunması hakkına açıkça aykırıdır.

**Madde 3)** 4447 S. Kanunun Geçici 22'nci maddesinde önerilen değişikliklerle; 2017 yılında kurulan ancak uygulanması sürekli ertelenen, Esnaf Ahilik Sandığının yürürlük tarihi bu defa 2028 yılı sonuna ertelenmektedir. 4447 s. Kanuna 2017'de eklenen EK 6'ncı maddeyle kurulan Ahilik Sandığı için esnafın "prime esas günlük kazançlarından, %2 sigortalı ve %1 Devlet payı" olarak alınacak tutarlar, 2028 sonuna kadar ertelenmektedir.

Bilindiği gibi, Esnaf Ahilik Sandığının uygulanması daha önce de 2021, 2023 ve 2024 yıl sonuna ertelenmişti.

Neredeyse her yıl bir ertesi yıla yürürlüğü ertelenen Sandık için artık 4 yıl daha erteleme getiriliyor. Bu, yaşanan krizin esnaf için derinleşen yönünü gösteriyor çünkü esnafın fon için yapılacak kesintiye ayıracak bütçesi yoktur.

Kanun çıktıktan 7 yıl sonra bir kez daha ve bu defa 2028 sonuna dek ertelendiğine göre, bir Kanunun yürürlüğünün Kanun çıktıktan 11 yıl sonraya kalması, ekonomik krizin boyutları ve esnafın ne halde olduğunun bir göstergesi olarak esnafın durumu açısından manidardır.

Erteleme, esnafın sosyal güvence ve gelir sorunlarının çözülmediğini göstermektedir. Bu, küçük işletmelerin ekonomik zorluklarının göz ardı edildiğini ve uzun vadeli çözüm üretilmediğini ortaya koymaktadır.

**Madde 4)** Maddeyle, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3'üncü maddesinin birinci fıkrasının (h) bendine yapılan ekleme ile SGK'nın, Sağlık Bakanlığının onayıyla yurtdışından ihale yöntemiyle doğrudan ilaç alımı ve bu alıma yönelik hizmet alımı yapabilmeye yönelik düzenleme yapılmaktadır.

Madde genel anlamda olumludur. İlaç alım maliyetlerini düşürecek, ancak ilaç alımına ilişkin hizmet alım ihalelerinin neler olduğu maddeye açıkça yazılmamıştır. Madde gerekçesinde bunların “düzenleme içeriğinde yer alan faaliyete ilişkin ‘hizmet alımları’, yurt dışı ilaçların temin ve dağıtım süreçleri kapsamında ilgili mevzuat hükümleri ve fiili gereklilikler nedeniyle alımı zorunlu olan; ancak ihale ile alımında güçlük yaşanan, ilaç transferi, gümrükleme, farmakovijilans ve karekodlama işlemlerine ilişkin hizmetlerin” olduğu belirtilmiştir. Ancak bu tür ihalelerin neler olduğunun, amaç dışına çıkılmasını önlemek için daha detaylı yazılmasında fayda bulunmaktadır.

SGK'nın yurtdışından ilaç temin etmesine ilişkin düzenleme yapılması genel olarak olumludur ancak, bu ilaçların geri ödeme kapsamına alınması sosyal devlet ilkesi gereğince uygun olacaktır. Yine maddede yer alan hizmet alımı için mutlaka hizmetin tanımını yapacak ibare eklenmelidir.

**Madde 5)** Madde ile Aile Hekimliği Kanununun 5'inci maddesiyle düzenlenen ve aile hekimliği hizmetlerine yönelik bir dizi düzenleme yapılmaktadır.

Bunlardan ilki Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ibareleri yerine Bakanlık ibarelerinin ilgili madde metnine işlenmesidir. Bunun nedeni ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun kapatılarak Bunun yerine Sağlık Bakanlığına bağlı bir Genel Müdürlük olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 1 sayılı CBK'nın 354 ve 361'inci maddeleri çerçevesinde kurulması ve görev ve yetkilerinin belirlenmesine ilişkin düzenlemedir.

Madde teklifi ile getirilen ikinci düzenleme ise bütün işlemleri ücretsiz olması gereken aile hekimliği hizmetlerinde bazı hizmetlerin ücretlendirilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretli olması kabul edilemez. Bu durum birinci basamağın felsefesine aykırıdır!

Sağlık en temel insan haklarından biridir ve tüm insanlar, ulaşılabilir en yüksek sağlık düzeyine erişme hakkına sahiptir. Bu, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel öncülüdür.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerini ve gönenci topluluklara daha yakın hale getirmek için ulusal sağlık sistemlerini etkili bir şekilde organize etmek ve güçlendirmek için toplumun tamamını kapsayan bir yaklaşımdır ve sağlık sistemlerinin bir kişinin sağlık ihtiyaçlarını desteklemesini sağlar. Sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesi, hastalıkların önlenmesi, sık görülen hastalıkların tedavisi, rehabilitasyona ve palyatif bakıma yönlendirme ve izleme birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı içerisindedir.

Görüldüğü gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri, hizmet kapsamının “ücretsiz” sunulmasını gerektirir. Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık alanını ticarileştiren yapısıyla uyumlu olsa da bu kanun teklifi ile birinci basamakta sunulan hizmetlerin bir bölümünün ücretli hale getirilmesi, sağlığı hak olmaktan çıkartır, bu tutum kabul edilemez.

Teklif ile;

- a) Yabancılara sunulan hizmetler,
- b) Mesai dışında sunulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları,
- c) Bakanlıkça belirlenenler hariç olmak üzere özel amaçlı raporlar artık ücretli olacaktır.

Teklifte yer alan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları”nın birinci basamakta sunulması da benimsenmemelidir.

Ne “Geleneksel tıp” ne de “Tamamlayıcı tıp” çağdaş sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. Geleneksel tıp uzun bir geçmişe sahiptir. Geleneksel tıp yerel adetlere göre uygulanır. Bu nedenle



dünya toplumlarında kültürlere göre farklılaşan pek çok geleneksel tedavi uygulamaları kaydedilmiştir. Açıklanabilir olsun veya olmasın, farklı kültürlere özgü inançlara ve deneyimlere dayanan beceri ve uygulamaların toplamıdır. Odağında bilimsel bilgi söz konusu değildir. İnançlara dayanan beceri ve uygulamaların çağdaş tıpta yeri yoktur. Tamamlayıcı tıp ise o ülkenin kendi geleneğinin veya geleneksel tıbbının bir parçası olmayan ve baskın sağlık bakım sistemine tam olarak entegre olmayan geniş bir sağlık bakım uygulamaları kümesini ifade eder. Tamamlayıcı tıp uygulamaları da çağdaş sağlık hizmetleri içerisinde yer almaz.

Geleneksel tıp, sağlık okur yazarlığı düzeyi düşük kişiler tarafından genellikle kullanılan ilk tedavidir. Hastaların geleneksel tıbbı kullanmasının birçok nedeni vardır. Birincisi, modern tıbbın ihtiyaç duyduklarında kolayca bulunamadığı uzak bir yerde olabilirler. Kültürel nedenlerle, örneğin daha az yan etki yaşama sanısıyla geleneksel tıbbı tercih edebilirler. Ayrıca, modern bir tedaviyle başarısızlık yaşamış olabilirler ve geleneksel bir tedaviyi denemek isteyebilirler. Modern sağlık tesislerine ve/veya burada görev yapan bazı kişilere yabancılaşmak da bu tesis ve kişilerden kaçınmak için hastalar için bazen neden olarak ortaya çıkabilir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının hastaları bilimsel bilgiye göre sunulan çağdaş sağlık hizmetlerinden uzaklaştırdığı ve bu nedenle hastaların sağlığını tehdit ettiği akıldan uzaklaştırılmamalıdır.

Avrupalı Hekimler Daimi Komitesi (Standing Committee of European Doctors, CPME), yayınladığı “Geleneksel ve Tamamlayıcı Uygulamalar Üzerine Tutum Belgesi” nde toplumun geleneksel veya tamamlayıcı uygulamaların tıp içinde bir uzmanlık alanı olmadığı ve bu nedenle bu alanlardaki sertifikalı eğitimlerin uzmanlık eğitime karşılık gelmediği konusunda bilgilendirilmesi gereğine özellikle vurgu yapmaktadır.

Tüm bu gerekçeler geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına aile sağlığı merkezlerinde asla yer verilmemesini gerektirmektedir.

Madde ile getirilen üçüncü düzenleme ise ikinci fıkranın birinci cümlesinden sonra gelmek üzere eklenen cümledir. Buna göre; Aile Hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan haftada 40 saatten az olmamak üzere belirlenen çalışma saatleri içerisinde aile hizmetleri sunulacaktır. Bu madde kamu personel hukuk açısından sorunludur. Haftalık çalışma saatleri işveren vekili konumu olan aile hekimi tarafından belirlenemez ve bunun onay makamı da il sağlık müdürü olamaz. Çalışma saatlerine yönelik kuralların kanunilik ilkesi çerçevesinde açık ve net bir biçimde yazılması gerekir.

Madde ile getirilen dördüncü tür düzenleme ile aile hekimliği pilot uygulamasına ilişkin maddedeki düzenleme pilot uygulama sona erip bütüncül uygulama başladığından buna yönelik ibare değişikliği yapılmasıdır.

Madde ile getirilen yeni bir düzenleme ise ücretli hizmetlerden elde edilecek gelirlerin tahsilat ve muhasebeleştirilmesine ilişkin olup Bakanlıkça tarifeleri belirlenecek hizmetlerin il sağlık müdürlüklerinin döner sermaye hesaplarına yatırılması düzenlenmektedir.

İl Sağlık Müdürlüğü Döner Sermaye hesabına yatırılacak gelirlerin harcama ve aile hekimi ile aile sağlığı çalışanlarına dağıtılabilecek miktarların usul ve esaslarının da Hazine ve Maliye Bakanlığı onayı alınarak Sağlık Bakanlığınca belirlenmesi öngörülmüştür. Buna ilişkin 3’üncü maddenin 5’inci fıkrası hükümlerinin uygulanmayacağı düzenlenmiştir. Burada dikkate alınması gereken husus Döner Sermaye Gelirlerinin dağıtılmasına ilişkin esasların kanunla düzenlenmesi gereğidir. Daha önce 3’üncü maddenin beşinci fıkrasına ilişkin Anayasa Mahkemesinin verdiği iptal kararları bulunmaktadır.

Anayasa Mahkemesi; 2022/102 E., 2023/154 K. Sayılı Kararı ile duruma açıklık getirmektedir:

“23. Döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan memurlar ve sözleşmeli personel ile ağıktan vekil olarak atanarlara mesai içi veya mesai dışı ayırımı yapılmaksızın çalışmaları karşılığında parasal ödeme biçiminde yapılan döner sermaye ek ödemesinin mali haklar kapsamında olduğu Őüphesizdir. Döner sermaye gelirlerinin hangi kamu harcamalarının finansmanında kullanılacağının, personele ödenmesi durumunda ise hangi personele ne oranda ve ne tür kriterler esas alınarak ödeneceğinin belirlenmesi anayasal güvencelere aykırı olmamak kaydıyla kanun koyucunun takdirindedir (AYM, E.2013/50, K.2015/38, 1/4/2015). Kanun koyucunun bu konudaki takdir yetkisi kullanımının Anayasa’ya uygun olabilmesi için ek ödemeye ilişkin hususların temel esasları, ilkeleri ve çerçevesinin kanunda belirlenmiŐ olması dolayısıyla kanuniliğin sağlanması gerekmektedir.

24. 209 sayılı Kanun’un döner sermaye gelirlerinden sağlık personeline ek ödeme yapılmasına ilişkin 5. maddede; görev ve ünvan ile işin kamu kurum ve kuruluşları dıŐındakilere ya da uluslararası hizmet sunumu biçiminde yapıp yapılmadığına göre ek ödemeye ilişkin taban ve tavan miktarları belirlenmiŐ, anılan maddenin birinci fıkrasının üçüncü cümlesinde “Sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum Şartları ve kriterleri, personelin ünvanı, görevi...alıŐma Şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, tetkik, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ile muayene, ameliyat, anestezi, giriŐimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar dikkate alınmak suretiyle ek ödemenin oranı, usul ve esasları”nın Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Bakanlıkça çıkarılacak yönetmelikle belirleneceği hüküm altına alınmıştır.

25. Buna göre kamu görevlilerine ödenecek mali haklar içinde yer alan döner sermaye ek ödemesinin oranı dolayısıyla yapılacak ödemenin miktarı kanunda belirtilen unsurlar ve sınırlar dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenecektir. Bu durumda söz konusu mali hakkın miktarının kanunla belirlenmediği, bu yetkinin idareye tanındığı anlaşılmaktadır. Ek ödemenin miktarı yanında idareye tanınan usul ve esas belirleme yetkisi çerçevesinde kanunla düzenlenmesi gereken diğer temel unsurlar ile ilkelerin ve çerçevenin belirlenmesi yetkisinin de idareye tanındığı görülmektedir.

26. Açıklanan nedenlerle kural, Anayasa’nın 7. ve 128. maddelerine aykırıdır. İptali gerekir.”

Dolayısıyla söz konusu düzenlemenin Döner Sermaye gelirlerinin dağıtımına ilişkin usul ve esasları re’sen belirleme hakkı yoktur. Bunun yeniden düzenlenmesi gerekir.

Sağlık Bakanlığınca Aile Hekimliği uygulaması kapsamında sözleşmeli olarak çalıŐtırılan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yapılacak ödemeler, izinler, sözleşme esasları ve disiplin işlemleri ve aile hekimliği uygulamaları için Sağlık Bakanlığınca görevlendirilen uzman hekim, hekim ve aile sağlığı çalışanlarına yapılan ödemelere ilişkin usul ve esasları belirleyen Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği, zaten güvencesiz çalıŐtıėını düşündüğümüz aile hekimleri için daha da güvencesiz ve belirsiz bir çalışma düzenini dayatmıŐ; hesaplaması son derece muğlak hedef puanlarla, aile hekimini tüketecek bir sisteme dönüşmüştür. Gebelik, lohusalık, bebek ve çocuk izlemleri, baėıŐıklama, kronik hastalık ve kanser taramaları kapsamında, hangi kriterlere dayanarak hesaplandığı belli olmayan hedef puanlarla çalışma kurgusu, ilaç uygulamalarındaki kısıtlamalar, hekimle hastayı karşı karşıya getirecek, Şiddeti tırmandıracak ve daha önemlisi, meslek itibarını sarsacak bir ortam oluşturacaktır.

Bizler, aile hekimliğinin bu yeni uygulamasının yaratacağı sıkıntıları dile getirirken ve aile hekimleri bu yeni uygulama ile ilgili sıkıntılarını bizzat eylemleriyle duyururken, hemen akabinde gelen bu kanun teklifinin, sıkıntıları derinleŐtireceėi açıktır.

Öncelikle, 5.maddede belirtilen mesai saatleri dışında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının aile hekimlerince ücret karşılığında uygulanabileceği, yabancı hastalara ücretli sağlık hizmeti sunulabilmesi ve bazı raporların ücret karşılığı yazılabilmesi değişiklikleri, Aile Hekimlerinin tek sorununun gelir kaynaklı olduğu algısını yaratmakta, oysa mesleki onurun daha önemli olduğu gerçeğini göz ardı etmektedir. Raporların ücretlendirilmesi, bölge sağlık hizmet alıcıları için alıştıkları düzenin dışına çıktığı için, hasta/hekim ilişkisini bozacak, hekimle hastayı karşı karşıya getirerek şiddete zemin hazırlayacaktır. GETAT uygulamaları, etkili ve güvenli olduklarına dair verinin yetersiz olduğu, standartları bulunmayan, bilimselliği kanıtlanmamış uygulamalardır. Dolayısıyla, bu uygulamaların aile hekimliği birimlerinde yapılması, çok sayıda istenmeyen duruma kamu eliyle zemin hazırlamak demektir. Aile hekimlerinin ihtiyacı, emekliliğe de yansiyacak, tek kalemde, güvenceli olarak özlük haklarının yükseltilmesidir, yan yollarla gelir artırıcı yöntemler, sadece mesleki itibarı zedelemekten öteye geçmeyecektir. Ayrıca, bu yollarla elde edilecek gelirlerin il sağlık müdürlüklerinin döner sermayelerine yatırılacağı belirtilmiş, fakat, toplanan gelirin aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına dağıtım kriterleri net ifade edilmemiştir.

Yapılacak değişiklikte mesai dışında sunulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve bazı raporlardan ücret alınması, hekimin iş yükünü arttıracak ve hastanın para ödemesi işleyişte hem zorluk hem de şiddeti doğurabilecektir. Yine döner sermaye gelirlerinin kanun ile düzenlenmesi gerekirken burada yönetmelikle düzenlenecek olması uygun değildir. Aile hekimliği merkezleri, bilimsellikten uzak “geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları” adı altında ticari bir yapıya dönüştürülmek istenmektedir. Aile Hekimlerinin, çalışma ve yaşam koşullarının, uygun bir ücret ve aldıkları tüm yan ödemelerin emekliliğe yansıdığı bir ücretlendirme sistemi getirilmelidir. Ayrıca çalışma saatlerine ilişkin düzenleme açık bir şekilde yazılmalıdır.

**Madde 6)** 5502 s. K. Md. 35/6’ya göre SGK, bu Kanun ve *diğer Kanunlarla* verilen görevleri yerine getirmek amacıyla işlediği kişisel veriler ile ticari sır niteliğinde olan verileri, veri sahibinin noter onaylı muvafakati veya e-Devlet uygulaması üzerinden kimlik teyidi ile verilen izni olmadan gerçek veya tüzel kişilerle paylaşmamaktadır.

Bu kuralda yer alan “*diğer Kanunlarla*” ibaresi , 703 s. KHK ile “*diğer mevzuatla*” şeklinde değiştirilmiştir. Bilindiği üzere 703 s. KHK, 2017 AY Değ.’e uyum KHK’sidir. 2017 AY Değ. ile SGK’nin görevlerinin, CBK ile düzenlenmesine olanak sağlamak amacıyla bu ibare değişikliği yapılmıştır.

Ancak bu değişiklik, kişisel verilerin korunması hakkına ilişkin düzenleme içerdiğinden KHK ile düzenlenemeyecek yasak alanda kalmaktadır. Bu nedenle CHP’nin başvurusu üzerine AYM tarafından iptal edilmiştir (E.2018/117, K.2023/212, 07/12/2023)

Teklifle “*bu Kanun ve diğer mevzuatla verilen görevleri*” ibaresi “*görevlerini*” şeklinde değiştirilmektedir.

Yine Teklifte SGK, veri sahibinin rızası olmaksızın 506 s. K. geçici md. 20 kapsamındaki bankaların, sigorta ve reasürans şirketlerinin, ticaret odalarının, sanayi odalarının, borsaların veya bunların teşkil ettikleri birliklerin personeli için kurulmuş bulunan sandıkların görevlerini yapabilmeleri için ihtiyaç duydukları sağlık verisi dışındaki kişisel veriler ile ticari sır niteliğindeki veriler paylaşılabilir. Bu düzenleme Anayasa MD. 20’ye aykırıdır. Öngörülen değişiklik kişisel verilerin korunmasına ilişkin düzenleme içerdiğinden anayasaya açık olarak aykırıdır.

**Madde 7)** Madde ile iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kapsamında verilecek ödenek veya bağlanacak gelirlerin hesabına esas olacak günlük kazancın belirlenmesinde;

- a) Geçici işgöremezlik ödeneğinin hesabında son oniki ayın ortalaması alınacak,
- b) Bağlanacak gelirin hesabında ise son oniki aydaki son üç ay içerisindeki günlük kazancın dikkate alınacağı düzenlenmektedir.

Söz konusu düzenlemenin yapılma gerekçesi ise Anayasa Mahkemesinin ilgili madde ile ilgili olarak verdiği (AYM, E.2021/61, K.2024/31, 01/02/2024) kararıdır.

15/4/2021 tarihli ve 7316 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 9'uncu maddesiyle değiştirilen 5510 sayılı Kanunun 17'nci maddesinin birinci fıkrasında yapılan düzenlemeye ilişkin olarak CHP Milletvekilleri tarafından yapılan iptal başvurusu, AYM tarafından ele alınmış ve hastalık ve analık hallerine ilişkin ödeneklerin hesabında 12 aylık ortalama günlük kazancın esas alınmasına ilişkin düzenleme iptal edilmiştir. AYM kararı şu şekildedir:

*“58. Sosyal güvenlik hakkına yönelik sınırlamanın Anayasa'ya uygun olabilmesi için kamu yararına yönelik olması yanında ölçülü olması da gerekmektedir. Anayasa'nın 13. maddesinde yer alan ölçülülük ilkesi elverişlilik, gereklilik ve orantılılık olmak üzere üç alt ilkedен oluşmaktadır. Elverişlilik öngörülen sınırlamanın ulaşılmak istenen amacı gerçekleştirilmeye elverişli olmasını, gereklilik ulaşılmak istenen amaç bakımından sınırlamanın zorunlu olmasını diğer bir ifadeyle aynı amaca daha hafif bir sınırlama ile ulaşılmamasının mümkün olmamasını, orantılılık ise hakka getirilen sınırlama ile ulaşılmak istenen amaç arasında makul bir dengeyin gözetilmesi gerekliliğini ifade etmektedir.*

*59. Ödeneğe esas günlük kazanç hesaplama döneminin üç aydan on iki aya çıkarılmasına ve belirli prim ödeme gün sayısı şartını sağlamayan sigortalılara ödenek tutarında üst limitin belirlenmesine ilişkin kuralların usulsüz ve yersiz ödemelerin engellenmesi bakımından elverişli olmadığı söylenemez. Bu bağlamda meslek hastalığı ve iş kazasında istirahat zamanının ve süresinin önceden öngörülememesine karşılık analık ve bazı hastalık hâllerinde söz konusu durumların önceden öngörülebilir olması nedeniyle bu hâllere ilişkin şartların farklaştırılmasının usulsüzlüklerin önlenmesinde etkili olabileceği de açıktır.*

*60. Anılan Kanun'un 59. maddesinde Kanun'un uygulanmasına ilişkin işlemlerin denetiminin, Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurları eliyle yürütüleceği hüküm altına alınmıştır. Dolayısıyla Kurumun Kanun'un uygulanmasına ilişkin her tür işlemi denetlemeye yetkisi olduğu açıktır. Diğer yandan Kanun'un 96. maddesinde Kurumca yapılan denetimlerde işverenlere, sigortalılara, isteğe bağlı sigortalılara gelir veya aylık almakta olanlara ve bunların hak sahiplerine, genel sağlık sigortalılarına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere, fazla veya yersiz olarak yapıldığı tespit edilen Kanun kapsamındaki her türlü ödemelerin geri alınacağı belirtilmiştir.*

*61. Bu itibarla kuralların gerekçesi olarak gösterilen usulsüzlüklerin denetimle ortaya çıkarılabileceği, hatta yapılan yersiz ödemelerin de kişilerden geri alınabileceği gözetildiğinde gerek etkin denetim gerekse istirahat dönemi sonrasına ilişkin daha hafif sınırlama gerektiren tedbirlerle usulsüzlüklerin önlenmesi mümkün iken analık ve hastalık riskine maruz kalan bütün sigortalılar bakımından geçici iş göremezlik ödeneğinin azalmasını sağlayacak biçimde sınırlama getiren kuralların gerekli olduğu söylenemez.*

*62. Kurullarla analık ve hastalık hâllerinde ödenek biçiminde elde edilebilecek ortalama günlük kazanç miktarları azaltılmıştır. Kurallara aykırı davranarak sistemi suistimal edenlerin yanı sıra kurallara uygun davranan ve analık veya hastalık riskine maruz kalan sigortalılar da bu azalıştan olumsuz etkileneceklerdir. Kurullarda bu sigortalıları sistemi suistimal edenlerden ayırmaya yönelik güvencelere yer verilmemiştir. Dolayısıyla kuralların getirdiği sınırlamanın açıklanan sonuçları itibarıyla kurallara uygun davranan ve analık veya hastalık riskine maruz kalan*

*sigortalılara aşırı külfet yüklediği, bu nedenle orantılı olduğunun da söylenemeyeceği sonucuna ulaşılmıştır.*

*63. Açıklanan nedenlerle kurallar, Anayasa'nın 13. ve 60. maddelerine aykırıdır. İptalleri gerekir."*

Kanun teklifiyle getirilen düzenlemenin gerekçesinde AYM kararına uyum düzenlemesi dense de yapılan düzenleme AYM kararı ile iptal edilen düzenlemenin aynıdır. Dolayısıyla, 1/12/2024 tarihinde iptal hükmünün devreye girecek olması nedeniyle aynı hüküm yeniden getirilerek SGK'nın Anayasaya aykırı uygulaması yeniden devreye sokulacaktır.

Bu madde ile hastalık ve analık hallerinde sigortalıların hak kazanacakları ödeneğin hesabında son oniki aylık ortalama günlük kazancın dikkate alınacak olması doğrudan ödeneklerin düşmesine neden olacak bir düzenlemedir. Bu nedenle 17'inci maddenin birinci fıkrasında günlük kazancın hesabında son üç aylık kazancın ortalaması alınmalıdır.

Değişiklik ile iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kapsamında verilecek ödenek veya bağlanacak gelirlerin hesabına esas olacak günlük kazancın belirlenmesinde 12 aylık sürenin göz önüne alınması ödemelerin düşük olmasına neden olacaktır ve hak kaybı yaratacaktır.

**Madde 8)** Madde ile 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin bölümünde yabancı uyruklu öğrencilerin GSS'den yararlanma şartlarını düzenleyen 60'ıncı maddenin yedinci fıkrasında bir düzenleme yapılmaktadır. Yabancı uyruklu öğrencilerin genel sağlık sigortasından yararlanabilmeleri için ilk kayıt tarihinden itibaren öngörülen başvuru süresi üç ay ile sınırlı bulunuyor. Bu sürede başvuruda bulunamayan yabancı öğrenciler bir daha talepte bulunarak genel sağlık sigortalısı olamamaktadır. Önerilen bu düzenleme ile söz konusu öğrencilerin kayıtlarının devam etmesi şartıyla herhangi bir eğitim öğretim yılının başlangıç tarihinden itibaren üç ay içinde talepte bulunarak genel sağlık sigortalısı olmalarına olanak tanınıyor.

Fıkradan sonra gelmek üzere eklenen yeni fıkra ile Uluslararası Öğrenciler Değerlendirme Kurulu kararı ile veya Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı tarafından burs verilen öğrencilerin genel sağlık sigortasından faydalanmaları ayrı bir fıkroda düzenlenmektedir. Buna göre, bu konumda olan burslu öğrencilerin GSS primleri bursluluk devam etmesi koşuluyla GSS'li sayılacaklar ve ilgili kamu kurumlarına ödenecek GSS primleri prime esas kazanç alt sınırının %4'ü oranında olacaktır.

**Madde 9)** Madde ile 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin bölümünde finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri ve sürelerine ilişkin 63'üncü maddesinin birinci fıkrasına yeni bent olarak (g) bendi eklenmektedir. Eklenen düzenleme ile Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerine klinik araştırmalarca sağlanan sağlık hizmetlerinin de eklenmesi bazı koşullar getirilerek düzenlenmektedir.

Bu koşullardan ilki klinik araştırmaların Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı tarafından desteklenen ve Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilmiş olmasıdır. İkincisi ise araştırma ürünlerinin bu kapsamda olmamasıdır. Desteğin kamu sağlık kuruluşlarında yürütülecek araştırmalara verilmesi de önemlidir.

Genel anlamda olumlu bir düzenlemedir. Klinik araştırmaların SGK tarafından finanse edilmesi olumlu bir adım gibi görünmekle birlikte hasta hakları ve SGK'nın mali sürdürülebilirliği açısından net bir çerçeveye ihtiyaç vardır.

**Madde 10)** Madde ile 5510 sayılı Kanunun sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarını düzenleyen 67'nci maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi ile düzenlenen ve 60'ıncı maddesinin yedinci fıkrası kapsamında talebine istinaden genel sağlık sigortalısı sayılan yabancı uyruklu öğrencilerin üniversite öğrencileri ile sınırlı olmaması nedeniyle "öğrenim gördükleri üniversitenin öğrenim dönemi başından" ibaresi madde metninden çıkarılıyor.

Bu durumdakilerin "eğitim öğretim yılı başından itibaren üç ay içinde talepte bulunmaları halinde talep tarihini izleyen günden itibaren genel sağlık sigortalısı sayılmaları ve öğrenim dönemi başından itibaren bir ay içinde primlerini ödemeleri" şeklindeki mevcut düzenlemede "tescil tarihinden itibaren bir ay içerisinde primlerinin ödenmesi" şeklindeki değişiklik ile maddeler arasındaki uyumsuzluğun giderilmesi sağlanmaktadır.

**Madde 11)** Madde ile katılım payı alınacak sağlık hizmetlerine ilişkin 68'inci maddede yapılan değişiklik ile ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden alınacak katılım payı 2 TL'den, on kat artırılarak, 20 TL'ye çıkartılmaktadır. Bu değişiklik kabul edilemez.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında "katılım payı" alınması, bütün dünyada tartışılmaktadır. Birçok ülkedeki deneyim, sağlık hizmetlerine erişimi güvence altına almak hedefi ile sağlık hizmetlerinin verimli kullanımını güvence altına almak hedefi arasında sürekli bir gerginlik olduğunu göstermektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kanıtlar, kullanıcı ücretlerinin çoğu durumda sağlık hizmetlerine erişimi özellikle yoksullar için azalttığını ve nadiren önemli miktarda finansal kaynak seferber ettiğini göstermiştir. Kullanıcı ücretleri ile ilgili deneyimler incelendiğinde, sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında kullanıcı ücretlerinin getirilmesi çoğu durumda, özellikle de yoksullar için olumsuz bir etki yaratmıştır; bu nedenle kullanıcı ücretlerinin kaldırılması yararlı ve politik olarak kabul edilebilir bir politika seçeneği olarak önerilmektedir.

Genel nüfus arasındaki aşırı talebi azaltmak için tasarlanan kullanıcı ücretlerinin, sağlık sorunları olan yoksul, yoksun ve dar gelirli hastalar için yıkıcı mali veya sağlık sonuçlarına yol açabildiği birçok araştırmada gösterilmiştir. Bu nedenle, katılım payı ve genel olarak tüm kullanıcı ücretlerinin "sağlık hakkı" bağlamında tartışılması gerekir. Katılım payından alınan ücretler şimdiye kadar gelişmiş ülke sağlık sistemleri için önemli miktarda gelir elde etmek için kullanılmamıştır. Komisyon görüşmeleri sırasında GSS yetkilileri tarafından verilen bilgiler bu durumun ülkemiz için de geçerli olduğunu göstermektedir. 2023 yılında katılım payı olarak toplam 2 milyar 68 milyon TL GSS fonuna gelir kaydedilmiş; aynı yıl toplam fon geliri ise 573 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Katılım paylarının GSS fonu içerisindeki oranı yalnızca yüzde 0,47'dir. Bu kadar düşük bir pay için yoksul, yoksun ve dar gelirli hastaların sağlık hizmetlerine erişimini sınırlayabilecek katılım payı uygulamasında ısrar etmek uygun bir yaklaşım değildir. Bunun yerine iyi işleyen bir sevk sistemi kurularak hastanelerdeki yığılma ve randevu alma sorunları çözümlenmelidir.

Halihazırdaki düzenlemeye göre, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmamaktadır. Diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesi nedeniyle uygulanacak katılım payı tutarları; ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları için 6 (altı) TL, üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri için 7 (yedi) TL, üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 8 (sekiz) TL ve özel sağlık hizmeti sunucularında 15 (on beş) TL'dir. 5510 Sayılı Kanunun 68 inci maddesinin ikinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan "2" ibaresinin "20" olarak değiştirilmesi; diğer sağlık hizmeti sunucularına başvuru sırasında katılım payınının 200 TL'ye kadar belirlenebilmesine olanak sağlayıcı niteliktedir. Özellikle zaten geçimini bile sağlamakta büyük zorluklar yaşayan yoksul ve dar gelirli hastaların katılım payındaki bu on kat artışı karşılaması mümkün olmayacak, bu kişilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin önüne büyük bir finansal engel konmuş olacaktır. Söz konusu hastaların aile

hekimleri tarafından sevk edilebilmesi sağlanabilse bile (aile hekimi başına düşen kişi sayısının üç bini aştığı günümüzde bunu her hasta için sağlamanın mümkün olmadığı ortadadır) katılım payındaki yarı yarıya azalma ile gerçekleşecek beş kat artışın en düşük emekli maaşıyla geçinmek zorunda olan hastalar için karşılanması söz konusu olamayacaktır.

Ayrıca bir yanda Sağlık Bakanlığı'nın 2025 yılı hedeflerinde kişi başına hekime başvuru sayısını 11,9'a artırmak hedeflenmişken, bir yandan da başvuru sayısını azaltmayı amaçladığı ile sürülen uygulamaların gündeme getirilmesi büyük bir çelişkidir. Sağlık Bakanlığı eğer gerçekten gereksiz hekime başvuruyu azaltmak konusunda samimiyse, bilimsel araştırmalarla ortaya konduğu gibi birinci basamağı güçlendirmeli ve iyi işleyen bir sevk sistemi kurmalıdır.

Kullanıcı ödentilerinin gereksiz başvuruyu önlemede iyi bir seçenek olmadığı ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından acil servislere uygulamaya konulan ve aslında acil servislere yeri olmayan "yeşil alan" uygulamasında açık olarak gözlenmiştir. Acil servislere yeşil alanda katılım payı alınmasına rağmen, ülkemizde 2023 yılında yeni bir acile başvuru rekoru kırılarak, 154 milyondan fazla başvuru yapılmıştır. Katılım payı hastaların acil servislere yeşil alanda yığılmasını önlememiştir.

Madde 11 kapsamında, ayakta tedavilerde, hekim ve dış hekim katılım paylarında değişiklik yapılması planlanmaktadır. Burada hedeflenen, sağlık hizmetine tüm basamaklarda erişimi kısıtlamadan, dolaylı bir sevk mekanizması koymaktır. Bunu da 1.basamaktan giden hasta ile, doğrudan 2. ve 3.basamağa giden hastalar arasında katılım paylarını farklılaştırarak yapmayı planlamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınması, Anayasa'da öngörülen sosyal devlet ilkesi ile zaten bağdaşmaz iken, bizler, katkı payı uygulamasının tümünden kaldırılması gerekliliğini savunur iken, farklı katılım payları uygulamasının bir ceza gibi hastaya dayatılması, kabul edilemez. Üstelik tam olarak ne kadarlık artış olacağı belirsizdir. Her yıl 2143 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenecek yeniden değerlendirme oranındaki güncellemeler net değildir.

Yapılması gereken, aile hekimi sayısının artırılması, aile hekimi başına düşen nüfusun en fazla 2.000 kişi olacak şekilde planlanması, bölgesel farklılıkların giderilmesi, kamuya ait binalarda ve kamu kadrolarına yerleştirilen insan kaynağı ile çalışarak sevk zincirinin konmasıdır. Katılım payları üzerinden dolaylı sevk zinciri hakkaniyetli olmadığı gibi, istenen etkiyi de yaratmayacaktır.

Katılım payının 2 TL'den 20 TL'ye çıkarılması dar gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini daha da zorlaştıracaktır. Bu durum sağlıkta eşitlik ilkesine aykırıdır. Bu durum acile başvuruyu arttıracaktır. Sevk zincirinin tam anlamıyla işletilmemesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli sunulması mümkün olmamaktadır. Bu bağlamda katılım payı artışı gibi düzenlemeler sadece vatandaşlara ek maliyet getirir.

**Madde 12)** Kanununun 81'inci maddesinde yapılması önerilen değişiklikle, primini düzenli ödeyen işverenlere uygulanan 5 puanlık indirim 4 puana düşürülmektedir. İndirim miktarının düşürülmesinin kamu harcamalarının gözden geçirilmesi, kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması amacıyla gündeme getirildiği belirtilmektedir.

Çalıştırdıkları sigortalılarla ilgili aylık prim ve hizmet belgelerini yasal süresi içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumuna, muhtasar ve prim hizmet beyannamelerini de Hazine ve Maliye Bakanlığına zamanında veren, sigorta primlerini (çalışan ve işveren hissesinin tamamını) yasal süresinde ödeyen, SGK'ya prim, idari para cezası ve bunlara ilişkin gecikme cezası ve gecikme zammı borcu bulunmayan işverenlere 5 puanlık indirim uygulanmaktadır.

Kayıt dışılığı azaltmak, primlerin düzenli ödenmesini sağlamak amacıyla uygulanan bu indirimin düşürülmesinin gerekçesi olarak, işverenlere Bütçeden ve İşsizlik Sigortası Fonundan, 15 ayrı işveren sigorta primi desteği ödeniyor olması gösterilmektedir.

İşveren prim teşviki adı altında bütçeden 2023 yılında 84,6 milyar lira, İşsizlik Sigortası Fonundan ise 39,9 milyar lira ödenmişti. 2024 yılının Ocak-Ekim döneminde ise aynı nedenle bütçeden 220,9 milyar lira, İşsizlik Sigortası Fonundan ise 59,6 milyar lira ödendi.

Yapılan tahminlere göre bu yılın tümünde bütçeden ödenecek işveren prim teşviki tutarı 265 milyar liraya, İşsizlik Sigortası Fonunun ödediği teşvik de 72 milyar liraya çıkacak. İşverenlere 2024 yılında Bütçeden ve İşsizlik Sigortası Fonundan ödenen prim teşviki miktarının 340 milyar liraya yaklaşması bekleniyor. İşverene prim teşviki için TBMM’de görüşülmekte olan 2025 Bütçesine ise 223 milyar lira ödenek konulduğu açıklanmıştı.

İşsizlik sigortası fonunun, kurulma amacına ve adına uygun olarak işsiz kalan emekçilere destek olacak biçimde kullanılması sağlanmalı, amaç dışı kullanımının önüne geçilmelidir.

Ek istihdam ve bazı sektörlerde istihdamı özendirme için uygulanan bu prim teşviklerinin amaca hizmet edip etmediği, (örneğin bu nedenle istihdamın ne kadar arttığı) konusunda bir çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla kamuya yüksek bir yük getiren bu teşviklerin işe yarayıp yaramadığı konusunda bir çalışma yapılmalı ve istihdama katkısı olmayanlar kaldırılmalıdır. İşverenlere yönelik prim teşviklerinin azaltılması, kayıt dışı istihdam ve istihdam kaybı açısından da değerlendirilmelidir.

**Madde 13)** Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı tarafından veya Uluslararası Öğrenciler Değerlendirme Kurulu kararı ile burslandırılan yabancı uyruklu öğrencilerin, avukatlık stajı yapmakta olanların ve 4769 sayılı Ceza İnfaz Kurumları ve Tutukevleri Personeli Eğitim Merkezleri Kanunu kapsamına göre hizmet öncesi eğitime alınanların genel sağlık sigortası kapsamındaki primlerinin ödenme süreleri “ilgili ayı takip eden ayın sonuna kadar” olarak belirlenmektedir.

**Madde 14)** Madde ile 5510 sayılı Kanunun geçici 2’nci maddesine eklenen fıkra ile engelli işçi sigortalılara emekli aylığı bağlanmasında 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği 2008 yılından önceki dönemler için hesaplanacak aylıkların hesabında 506 sayılı Kanunun 61’inci maddesinin dördüncü fıkrasında belirlenen % 60’dan az olamayacağına ilişkin hükmün uygulanacağı düzenlenerek 5510 sayılı Kanunun 28 inci maddesinin beşinci fıkrasına göre aylık talebinde bulunan mezkûr Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların 2008 yılı Ekim ayı öncesi döneme ilişkin aylık hesaplamalarında mevcut uygulamanın devamına imkân sağlanmaktadır.

**Madde 15)** Kanunun geçici 4’üncü maddesinde yapılması önerilen değişikliklerle, askeri okullar ve polis okullarında okuyanlara yapılan yetim aylığı ödenmesindeki farklılıklar kaldırılmaktadır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, harp okulu ve polis akademisinde okuyan öğrenciler, astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar, polis meslek eğitim merkezlerinde polislik eğitime tabi tutulan adaylar, Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda subay ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylar öğrenim gördükleri sürede yetim aylığı almaya devam ediyorlar. Emekli Sandığı Kanunu’na göre ise sadece polis akademisi ve harp okulu öğrencilerinin yetim aylığı kesilmiyor, diğerlerinin aylığı kesiliyor. Önerilen düzenlemeyle, Emekli Sandığı Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu



arasındaki fark kaldırılıyor ve yukarıda sayılanların tümünün yetim aylığı alabilmelerine olanak sağlanıyor.

Önerilen bir başka düzenlemeyle de doktora ve ikinci üniversite, ikinci yüksek lisans ve doktora öğrencilerinin yetim aylıkları arasındaki farklılık gideriliyor. Emekli Sandığı Kanununa göre halen sadece ilk lisans ve yüksek lisans öğrencilerine 25 yaşına kadar yetim aylığı ödenirken, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre ise lisans, yüksek lisans, doktora ve ikinci yüksek öğretim ayrımı yapılmadan ödeme yapılıyor. Önerilen düzenlemeyle iki yasa arasındaki fark kaldırılıyor. Emekli Sandığı emeklilerinin yetimleri de yaş sınırına bağlı olarak doktora ve ikinci yüksek öğretim sırasında yetim aylığı almaya devam edebilecekler.

**Madde 16)** Madde ile getirilen düzenleme Kanun teklifinin 1'inci maddesiyle bağlantılıdır. Önerilen düzenleme ile engelli sigortalılar için maddenin yürürlük tarihi olan 30/4/2008 ile 31/12/2008 tarihleri arasında sigortalı olan ve %50 ile %59 oranları arasında engeli bulunan sigortalılar için emekliliğe hak kazanma açısından gerekli olan asgari prim ödeme gün sayısı olan 3700 gün prim ödeme gün sayısının 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesinden önce sigortalı olan engelliler için de uygulanması öngörülmektedir. Aynı şekilde, Geçici 6'ncı maddenin yedinci fıkrasının (e) bendinde yapılan değişiklik ile de 2008 öncesinde ilk sigortalığı olan ve engellilik oranı % 40 ila % 49 arasında olan engelli sigortalılar için de asgari prim ödeme gün sayısının 4100 gün olarak uygulanması öngörülmektedir.

Bu maddede yapılan değişiklik ile aslında 2008 öncesinde ilk defa sigortalı olan engelliler için öngörülen asgari prim ödeme günlerinde kısmi bir iyileştirme yapılmış gibi görünse de aslında engellilik oranları bunlar için de uygulamaya sokularak 506 sayılı Kanun döneminde vergi indirimi ile ilişkilendirilmiş olan engellilik derecelerinin belirlenmesi sistemi sona erdirilerek, engelli sigortalıların yararına olmayan bir düzenleme yapılmaktadır.

Burada asıl sorun, SGK'nın engellilik raporlarını yeniden ele alarak değiştirmesidir. Mevzuat değişiklikleri veya Kurumun sağlık kurullarının değerlendirmelerinin yarattığı sorunların çözümleri bu yöntemle düzeltilemez. Ayrıca, kazanılmış hak olarak tanımlanmış olan bu hakkın engelli sigortalı yurttaşlarımız açısından bu yolla kaldırılması da hem hukuki hem de vicdani değildir.

**Madde 17)** Düzenlemeyle 2008 yılı Ekim ayından önce sigortalı olan engelliler için de vergi indirim belgesi esas alınarak yürütülen emeklilik işlemlerinin, 5510 sayılı Kanun kapsamında çalışma gücü kaybına göre belirlenmesi ve tüm uygulamanın SGK tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır.

Ayrıca; Yürürlük tarihinden önce engelliliği nedeniyle vergi indiriminden yararlananların mevcut aylıklarının ödenmesine devam edilmesi ancak, Bunlardan kontrol muayenesine tabi tutulanların yeni sağlık kurulu raporlarına göre çalışma gücü kayıp oranlarının, Gelir İdaresi Başkanlığı Merkez Sağlık Kurulu yerine SGK Sağlık Kurullarınca aylık bağlanmasına esas rapor tarihindeki yürürlükte olan mevzuat da dikkate alınarak aylıkların yeniden bağlanması düzenlenerek, 2008 öncesi emekli olanlara ilişkin kazanılmış haklar ortadan kaldırılmaktadır.

**Madde 18)** Tarımsal faaliyette bulunan sigortalıların sigortalılık hizmetlerinin başlangıç ve sonlandırılması işlemlerinde ziraat odalarına kayıt tarihinden itibaren kendi mevzuatına göre kayıt veya tescilli yapan ilgili kurum, kuruluş ve birlikler, vergi daireleri ve Esnaf ve Sanatkar Sicil Müdürlüğü sigortalı işe giriş bildirgesi düzenleyerek Kuruma vermekle yükümlüdür.

Ziraat odalarının geçmiş dönemlerde üye kayıtlarını fiziki ortamda tutmaları ve bu üye kayıt bildirimlerin il/ilçe ziraat odalarınca kâğıt ortamında yapılması sebebiyle, bildirim yükümlülüklerine ilişkin takip ve kontrollerde zorluklar yaşandığı anlaşılmaktadır.

Ziraat odalarının üye kayıtlarını elektronik olarak tutmaya başlaması ve Türkiye genelindeki tüm odaların kayıtlarının elektronik ortama aktarılması ile yeni sigortalılar için bu zorlukların artık yaşanmayacağı öngörüldüğü anlaşılmaktadır. Ancak, madde gerekçesinde elektronik altyapı kurulmadan önceki dönemlerde üye kayıtlarının takip ve kontrolü sağlıklı bir şekilde yapılmadığından, ziraat odalarının bildirilmemiş olabilecek kayıtları hakkında idari para cezası ile karşı karşıya kalabilme ve cezalar karşısında ödeme güçlüğüne düşebilecekleri endişesi ve gerekçesiyle Türkiye geneli oda üye kayıt verilerini SGK'ya açmadıkları ifade edilmektedir.

Madde ile, bu maddenin yürürlük tarihinden önceki sürelerle ilişkin olmak üzere ziraat odalarından bildirim yükümlülüğünü yasal süresinden sonra yerine getirmiş olanların veya bu yükümlülüklerini hiç yerine getirmemiş olanların (maddenin yayım tarihinden itibaren altı ay içinde yerine getirmek koşuluyla) idari para cezalarının terkinine ilişkin usul ve esaslar düzenlenmektedir.

Maddenin birinci fıkrasının son cümlesinde “*ancak tahsil edilmiş tutarlar red ve iade veya mahsup edilmez*” ifadesi yer almaktadır. Buna göre daha önce aynı gerekçeyle idari para cezası ödemiş olan ziraat odalarının ödemiş oldukları tutarlar iade edilmeyecektir.

Benzer bir hüküm daha önce 7420 sayılı Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un geçici 4. maddesinin ikinci cümlesinde de yer almaktaydı.

Bu madde ile 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 30/3/2005 tarihli ve 5326 sayılı Kabahatler Kanunu kapsamında COVID-19 salgın hastalığının ülkemizde yayılmasını önlemek amacıyla 11/3/2020 tarihinden itibaren uygulanmış olan idari para cezalarından “*tahsil edilmiş olan idari para cezalarının iade edilmeyeceği*” husus düzenlenmekteydi.

Anayasa Mahkemesi, 24/5/2023 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan E: 2023/44 K: 2023/71 sayılı ve 5/4/2023 tarihli kararıyla söz konusu hükmü Anayasa’nın 10. ve 35. maddelerine aykırı görerek iptal etmiştir.

Mahkeme karar gerekçesinde; idari para cezasına tabi tutulan fiiller açısından herhangi bir ayrıma gidilmediğini, madde kapsamına giren idari para cezalarını herhangi bir şekilde ödeyerek kamuya borç ilişkileri sona ermiş olanlar ile borçlarını ödemeyenler adına uygulanan idari para cezalarının aynı amaca yönelik ve aynı kanunlardan kaynaklanan idari yaptırımlar olduğunu, bu nedenle haklarında idari para cezası uygulananların karşılaştırma yapılmaya müsait olacak şekilde benzer durumda olduklarını; iptali istenen maddenin yürürlük tarihinden önce işlenen söz konusu kabahatler için idari para cezasının uygulanmayacağı öngörülmüşken tahsil edilmiş olan idari para cezalarının ise iade edilmemesinin, hakkında idari para cezası uygulananlar bakımından farklı muamele oluşturduğunu belirtmiştir.

Anayasa Mahkemesinin söz konusu kararında yer alan gerekçeler bu maddedeki hüküm bakımından da geçerlidir. Bu nedenle maddenin birinci fıkrasının son cümlesinde yer alan “*ancak tahsil edilmiş tutarlar red ve iade veya mahsup edilmez*” ifadesi Anayasa’ya aykırıdır ve kabul edilemez.

Ziraat odalarına uygulanan idari para cezalarının tahsil edilmemesi, yasalara uygun davranan taraflar arasında eşitsizlik yaratır. Anayasa Mahkemesi'nin benzer düzenlemelere ilişkin kararları dikkate alınmalıdır.

**Madde 19)** Geçtiğimiz yılın sonunda olduğu gibi, 5510 sayılı yasaya yine geçici bir madde eklenmekte (Geçici m. 106) ve Genel Sağlık Sigortasını (GSS) kendisi ödemekle yükümlü olup bu primi ödeyemeyen yurttaşlarımızın 1/1/2015 öncesine ait olup ödenmemiş genel sağlık sigortası primleri ile gecikme cezası ve gecikme zammı gibi fer'i alacaklarının tamamının silinmesine ilişkin düzenleme yapılmaktadır. Maddenin yayımlandığı tarihe kadarki süreler için ödenmiş primler iade ve mahsup edilmeyecektir.

5510 s. Kanuna 27 Aralık 2023 tarihli 7491 s. Kanunla eklenmiş Geçici 100'üncü maddeyle, aynı düzenleme geçen yıl da yapılmıştı ve o Kanunla 1/1/2014 tarihi ve öncesine ait GSS borçları, ceza ve zamlarıyla beraber silinmişti. 2023 sonunda getirilen yasayla, 1.879.401 borçlu vatandaşımızın 1 Ocak 2014 öncesine ait 1 milyar 835 milyon TL'lik GSS borcunun silineceği açıklanmıştı. Aslında 10 yıllık süre dolduğu için zaten silinecek olan prim borçları sanki bu madde ile siliniyor gösterilerek siyasi propaganda yapılması amaçlanmaktadır.

GSS prim borçları ile ilgili sorunun boyutuna ilişkin sorular yanıtsız bırakılmaktadır. Dokuz milyondan daha fazla kişinin GSS prim borcunun bulunduğu tahmin edilmekte, bu kişilerin kendilerine kamu sağlık kuruluşlarında reçete edilen ilaçlara erişimlerinin sağlanması için ise herhangi bir düzenleme yapılmasından kaçınılmaktadır.

**Madde 20)** Sosyal Güvenlik Kurumu ile Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmetleri Alım Sözleşmesi ve Usul Esasları kapsamında, üniversite sağlık hizmeti sunucuları ile 2024 yılı global ödeme tutarları belirlenmek suretiyle sözleşmeler imzalanmıştır.

Madde ile üniversite sağlık hizmeti sunucularınca hizmetin ifasında mali güçlük yaşanmaması ve hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla üniversite sağlık hizmeti sunucularına destek sağlanmaktadır. Götürü bedel sözleşme hükümleri gereğince, 2024 yılı götürü bedel sözleşme tutarından aşağıda kalan tahakkuk tutarları arasındaki fark terkin edilecektir. Terkin edilen bu tutarlar, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bütçesine bu amaçla tahsis edilecek ödenekten karşılanacaktır.

Teklif edilen bu maddenin tamamen aynısı veya benzeri olan maddeler geçtiğimiz yıllarda da kanunlaştırılmıştı. Bu da göstermektedir ki Üniversitelerin ve özellikle de Üniversite Hastanelerinin yaşadığı mali zorluklara kökten çözüm bulunması gerekmektedir. Bu teklif ile üniversite hastanelerinin yaşadığı mali sorunlara köklü çözümler getirilmemektedir. Bu, geçici çözümlerle sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.

**Madde 21)** Kanuna, yeni bir geçici madde (108) eklenmektedir. Bu teklifin 14'üncü maddesiyle primini düzenli ödeyen ve SGK'ya borcu bulunmayan işverenler için uygulanan 5 puanlık sigorta primi işveren payı indirimi 4 puana indirilmektedir. Kanuna eklenmesi öngörülen bu geçici maddeyle, imalat sanayiinde işverenleri için indirim oranının 2026 yılı sonuna kadar 5 puan olarak uygulanmaya devam etmesi öngörülmektedir. Cumhurbaşkanına imalat sektörü için sağlanan bu ayrıcalığı 2027 yılı sonuna kadar uzatma yetkisi de verilmektedir. Geçici maddenin gerekçesi "istihdam kaybını önlemek" olarak açıklanıyor.

Türkiye'deki istihdamın yüzde 20'sini imalat sanayii, geri kalan yüzde 80 istihdamı ise tarım, inşaat ve hizmetler sektörleri karşılıyor. Dolayısıyla eğer bu nedenle bir istihdam kaybı olarsa, diğer sektörlerde sayısal olarak daha fazla kayıp yaşanacaktır. Bu durumun göz önüne alınması gerekir.

**Madde 22)** Madde ile 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun tanımlar başlıklı 3'üncü maddesinde değişiklik yapılmaktadır.

Maddede düzenlenen "eğitim kurumu" tanımı değiştirilmektedir. Mevcut tanım şu şekildedir: "Eğitim kurumu: İş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık personelinin eğitimlerini vermek üzere Bakanlıkça yetkilendirilen kamu kurum ve kuruluşlarını, üniversiteleri ve Türk Ticaret Kanununa göre faaliyet gösteren şirketler tarafından kurulan müesseseler".

Teklif ile getirilen düzenlemeyle ise eğitim kurumlarının amaç ve kapsamlarının madde metninden çıkarıldığı görülmektedir. Bir diğer deyişle Kanunda yer alan eğitim kurumu tanımı genişletilerek bu alanda yetkilendirilecek diğer kurum ve kuruluşların da yetkilendirilme ve denetim süreçlerinin 6331 sayılı Kanunda yer alması düzenleniyor. Dolayısıyla Bakanlıkça yetkilendirme suretiyle her alanda eğitim verme süreci düzenlenmektedir. Eğitim kurumu tanımındaki değişiklik ihtiyacının nereden kaynaklandığı açık değildir.

Maddenin birinci fıkrasının (ş) bendi de değiştirilmiş ve mevcut işyeri hemşiresi tanımı değiştirilerek diğer sağlık personeli tanımı getirilmiştir. Burada yapılan iki önemli değişiklik bulunmaktadır. Birincisi işyeri hemşireliği belgesine sahip olma yerine "diğer sağlık personeli belgesi" getirilmektedir. Ancak, bununla ilgili olarak Kanunun ilgili maddesi olan yönetmelikler başlıklı 31. Maddesinin 5. Fıkrasındaki genel düzenleme ile bunların tanımlanmasının yönetmeliğe bırakılması doğru değildir.

Mesleki sağlık ve güvenlik profesyonelleri, mesleki sağlıkla ilgili bir mesleği icra etmek üzere uygun prosedürler aracılığıyla akredite edilmiş veya ilgili yönetmeliklerin hükümlerine göre mesleki sağlık hizmetleri sağlayan kişilerdir. Mesleki sağlık ve güvenlik alanındaki temel profesyoneller işyeri hekimleri, iş güvenliği uzmanları, endüstriyel hijyenistler, iş psikologları ve işyeri hemşireleridir. Çok disiplinli ekibin diğer ilgili üyeleri arasında ergonomistler, toksikologlar, epidemiyologlar, insan kaynakları uzmanları ve endüstriyel/örgütsel psikologlar da bulunur. Çalışan sağlığı ve güvenliği alanının temel çalışanlarından biri olmasına karşın, "işyeri hemşiresi" tanımından vaz geçilmesi, zaten çok zayıf bir durumda olan iş sağlığı ve güvenliği alanını daha da zayıflatacaktır.

Söz konusu fıkrada yapılan ikinci değişiklik ise "diğer sağlık personeli" tanımının kapsamının genişletilmesi ve "ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, çevre sağlığı teknikeri veya çevre sağlığı teknisyeni"nin de diğer sağlık personeli olarak görev yapabilmesine ilişkin düzenlemedir. Ancak iş sağlığı ve güvenliği alanına özgü eğitimleri olmayan meslek gruplarının kapsam içerisine alınması uygun bir yaklaşım değildir. Bu yaklaşım iş sağlığı ve güvenliği alanının felsefesine de uygun değildir. İş sağlığı ve güvenliği alanında bu alanda eğitim almış olan iş sağlığı profesyonelleri istihdam edilmelidir.

Maddeye eklenen yeni tanım ise Çalışan Sağlığı Merkezi tanımıdır. Kanun teklifinin 23. Ve 25. Maddeleri ile bağlantılı olan bu tanım ile Sağlık Bakanlığına bağlı olarak kurulmuş olan Çalışan Sağlığı Merkezi tarafından işyerlerine iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri sunma yetkisi verilmektedir.

4 Şubat 2024 tarihinde yayımlanan "İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile yapılan düzenlemelerle fiilen yürürlüğe sokulan ÇASMER'in İSG hizmeti vermesine ilişkin yönetmelik hükümlerine yasal dayanak oluşturulmaktadır.

Özü itibarıyla bir kamu kurumu tarafından İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin verilmesi yerindedir, ancak bu merkezlerde görev alacak olan kamu görevlilerinin özlük haklarının, ücret ve diğer haklarının da ayrıca düzenlenmesi gerekir. Kanunun 8. Maddesinin 7. ve 8. Fıkralarının bu

merkezler aracılığıyla özel sektöre hizmet vermesinde kamu görevlilerinin haklarını düzenlediği söylenemez.

Maddeye eklenen yeni bir tanım da “ekipman muayene kuruluğu” tanımıdır. Bu yeni tanıma göre işin yapılmasında kullanılan her türlü makine alet, ekipman, tesis, teçhizat cihaz ve koruyucu sistemlerin iş sağlığı ve güvenliği yönünden; mevzuat, ilgili standart ve kontrol kriterlerine uygun kullanımının sağlanması ve sürdürülmesi adına bakım veya muayene, test ve kontrol yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilen kuruluşlar, muayene kuruluğu olarak tanımlanmıştır. Burada bu kuruluşlar ile iş güvenliği uzmanlarının görevleri birbiriyle çelişmektedir. Dolayısıyla, bu muğlaklığın giderilmesi ve bu tür kuruluşların görev ve çalışma alanları ile eşyetkilendirme koşullarının net bir biçimde tanımlanması gerekir.

**Madde 23)** Madde ile ÇASMER’in iş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunabilecek yetkili bir kuruluş olarak tanımlanması yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı ÇASMER’in çalışan sağlığı ve güvenliği alanında hizmet sunacak olması olumlu bir gelişmedir. Eğer iyi kurgulanabilirse, Sağlık Bakanlığı’nın çok uzun zamandır yabancı kaldığı “çalışan sağlığı ve güvenliği” alanında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile eşgüdüm içerisinde hizmet sunulmasının sağlanması açısından geç kalınmış da olsa bir fırsat yaratabilir. Eklenen fıkra ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esasların Bakanlıkça düzenlenmesi hükmü getirilmiştir.

**Madde 24)** Madde ile getirilen düzenleme ile işyerinde acil durdurmayı gerektiren veya yangın, patlama, göçme, kimyasal sızıntı ve benzeri acil ve hayati tehlike arz eden, meslek hastalığına sebep olabilecek ortamların bulunması halinde, işveren tarafından gerekli tedbirlerin alınmadığı durumlarda, işyeri hekimi veya iş güvenliği uzmanı tarafından Bakanlığa bildirim yapılması yükümlülüğüne, işyerlerinin OSGB’lerden hizmet alması halinde söz konusu bildirim yükümlülüğünün, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı ile birlikte OSGB yönetimine de verilmesi düzenlenmektedir. Maddeye eklenen bir diğer ibareyle de OSGB’lerin bildirim yükümlülüğünü yerine getirmemesi halinde yetki belgesinin askıya alınması süreleri düzenlenmektedir.

İşveren tarafından gerekli tedbirlerin alınmadığı durumlarda, Bakanlığa bildirim yapılması yükümlülüğünün işyerinde hizmet sunumundan sorumlu olan ortak sağlık ve güvenlik birimi yönetimi tarafından yapılmasını sağlanması önemlidir. Ancak daha önemli olan, işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının özerkliğini sağlamak üzere, istihdam edilecekleri ve bağlı olarak çalışacakları kamu kurumu niteliğinde bir örgütün kurulmasıdır. Teklifin böyle bir yapıyı kurmak üzere bir düzenleme içermemesi büyük bir eksikliklerdir.

**Madde 25)** Madde ile 6331 sayılı Kanunun sağlık gözetimi başlıklı 15. Maddesinin üçüncü fıkrasında düzenlenen çalışanlar için alınacak sağlık raporları hususunda 50’den az işçi çalıştıran ve az tehlikeli işyerleri için aile hekimleri ile kamu sağlık hizmeti sunucularına tanınan sağlık raporu verme yetkisi, ÇASMER’lere de verilmektedir. Aslında bu yetkinin 50’den az çalışanı olan ve az tehlikeli işyerleri için birincil olarak ÇASMER’lere verilmesi daha uygun bir yaklaşım olacaktır.

**Madde 26)** Madde ile Belgelendirme, ihtar ve iptaller başlıklı 31. Maddede değişiklikler yapılmaktadır. Teklif ile Madde başlığı değiştirilmekte ve başlığa, madde metninde yer alan "askı" ibaresi eklenmektedir. Madde metninde yapılan değişiklikle maddenin kapsamı genişletilmekte ve “İş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunan, ölçüm ve analizleri yapan kişi, kurum, kuruluşlar ve eğitim kurumları” şeklindeki kapsam genişletilerek “Bu Kanun kapsamında yetkilendirilen veya belgelendirilen kişi ve kuruluşlar” şeklinde değiştirilmiştir. Madde gerekçesine bakıldığında Kanun teklifi ile Kanuna eklenen Ekipman muayene kuruluşlarının ve ÇASMER’in tanımlar maddesine eklenmesi sonrası mevcut durumda sayma usulüyle sayılan kurum ve kuruluşlar kapsamına girip girmeyeceği konusunda yaşanabilecek tereddütlerin

giderilmesi ve gelecekte yapılması muhtemel düzenlemeleri kapsamı amacıyla genel bir tanımlama yapıldığı belirtilmektedir.

**Madde 27)** Yürürlük maddesidir.

**Madde 28)** Yürütme maddesidir.

Kanun teklifinin birçok maddesi sosyal adalet, eşitlik ve hukukun üstünlüğü ilkelerine aykırılık teşkil etmekte; engelli bireyler, dar gelirli vatandaşlar, esnaf ve işverenler gibi birçok kesim üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.

Bu kanun teklifinde yer alan düzenlemeler kamuoyunun beklediği değişiklikleri getirmemekte, ihtiyaçlarını karşılamamaktadır; kanun teklifi geri çekilmelidir.

Gerek teklifin geneli gerekse de maddeleri üzerinde yaptığımız değerlendirmelerde açıkladığımız gibi; sağlık, sosyal güvenlik ile iş sağlığı ve güvenliği alanlarında çeşitli düzenlemeler getiren bu kanun teklifini emekçilerin, işsizlerin, emeklilerin, sağlık çalışanlarının ve iş sağlığı ve güvenliği çalışanlarının yararına olmadığı için reddediyoruz.

Cumhuriyet Halk Partisi Grubu olarak, Komisyonda değerlendirilmeyen görüş ve önergelerimizin Genel Kurulda değerlendirilmesi gerekliliğini bilgilerinize sunuyoruz.

*Kayıhan Pala*  
Bursa

*Aylin Yaman*  
Ankara

*Ali Karaoba*  
Uşak

*Serkan Sarı*  
Balıkesir

*Mühip Kanko*  
Kocaeli

*Gamze Akkuş İlgezdi*  
İstanbul

## MUHALEFET ŞERHİ

### A. GENEL DEĞERLENDİRME

Sağlık toplumsal bir olgudur. Toplumun en geniş kesimlerinin sağlığını ve ihtiyaçlarını merkeze almalıdır. Sağlık, sağlıklı olma halini belirleyen tüm nedenler ve etmenlerle birlikte ele alınmalıdır. Bir sağlık sorunu varsa sadece bireyin durumuna indirgenemez, altında yatan toplumsal, siyasal, ekonomik, ekolojik, kültürel ve eril tahakkümden kaynaklanan nedenler vardır. Bunları görmeden sağlık konusunda bir yol alınmayacağı açıktır. Bu anlamda fiziksel, bedensel, sosyal iyilik hali eşitlik, özgürlük ve demokrasi ile ilgilidir.

Ancak yönetenler sadece sonuçlar ile ilgilenerek sağlıksızlık halinden kar etmeye heves eden bir sağlık sisteminde ısrar etmeye devam ediyorlar. AKP, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 22 yılda her konuda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de, hizmet üretenleri ve hizmet alanları karşı karşıya getirmiş, sağlık üretmesi gereken kurumlar sorun üretme mekanizmasına dönüşmüştür. Küresel düzeyde neoliberal sağlık politikalarının Türkiye'deki metni ve uygulaması olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulmakta olduğu kurumlarda bir süredir olağan hale getirildi. Böylece, kamucu sağlık hizmeti üretim ve sunumunun hâkim olduğu yıllarda "hastalık yok, hasta var" tutumunun yerini "hasta yok, hastalık var" aldı. Bu uygulama ile artık, hastanın ilk muayenesini yapıp tetkiklerini isteyenle, tetkik sonuçlarını değerlendirerek tanısını koyup, reçetesini yazanla ve hasta ilaçlarını bir süre kullandıktan sonra kontrolünü yapan hekimin aynı kişi olması gerekmiyor. Hasta ya da hekim istese, ısrarla çaba gösterse bile bunu sağlayamıyor. Hekim ve hasta arasındaki nitelik olarak oldukça özgün ve özel olması gereken bir ilişkide her ikisi de birbirine yabancılaşıyor ve her ikisi de sağlık hizmetlerinin nesnesine dönüşüyor.

Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci fazı sözleşmeli çalışmayı, performansa dayalı ücretlendirmeyi, genel sağlık sigortası uygulamasını, aile hekimliğini, kamu hastane birliklerini kapsıyor. Kamu alanının tamamında planlanan genel dönüşümün adı olan "kamu özel ortaklığı"nın sağlıktaki adı olan şehir hastaneleri ise programın ikinci fazı olarak ifade ediliyor.

Performansa dayalı ücretlendirme, hekime; hastaya yapılan tıbbi işlem türü ve sayısına göre ücret ödenmesidir. Klinik kararların hastanın gereksinimine göre değil, işlemin getirisine göre alınmasına, eğitim, araştırma, nitelikli sağlık hizmeti sunumu gibi iyi hekimlik değerlerinden ödün vermeye yol açar. Performans uygulamasının bir diğer negatif etkisi ise kısaltılmış muayene süreleridir.

SDP'nin birinci fazında, sağlık sisteminin piyasa yönelimli hale getirilmesine dönük çok sayıda idari düzenleme hayata geçirildi, yönetmelik yığınlarıyla sistem içerisinde gri alanlar yaratıldı. Gri alanların başlıcalarından biri, birinci basamak koruyucu sağlık hizmetinde aile hekimliği modeline geçişte kendini gösterdi. Koruyucu sağlık hizmetlerinde öncelik, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerde karşılaştıkları sağlığı bozan etkenlere yönelik mücadeledir. Bu etkenlerin ortaya çıkmasının engellenmesi, ortaya çıkmış olanların bertaraf edilmesi ile bu etkenlerin kişilere ulaşmasının engellenmesi öncelik sıralamasıdır.

Koruyucu sağlık hizmeti vermesi beklenen birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamaları, sağlık ocaklarından aile hekimlikleri sistemine geçildiğinde, coğrafi ve nüfus temeli yerine liste tabanlı, bireye hizmet veren, ekibin parçalandığı, çalışanların güvencesiz çalıştığı bir çalışma sistemi oluşturuldu.

İktidarlar birinci basamağa yönelik eleştirileri görmezden gelerek ve gerekli yatırımları yapmayarak birinci basamağı çalışamaya hale getirmişlerdir. Toplum odaklı ve bölge tabanlı olmayan aile hekimliği sistemi tedavi merkezli ve bireyselleşen tıp anlayışının bir uygulaması olarak hayata geçirildi. Koruyucu sağlık hizmetleri tamamen rafa kaldırıldı ve tedavi edici hizmetlerin bir parçasına dönüştürüldü. Ekip dağıtıldı, koruyucu hizmetler parçalandı. Birinci basamakta verilen hizmetler polikliniğe daraltıldı, kişisel koruyucu hizmetle sınırlı tutuldu. Aile hekimliği hizmet verdiği nüfus ve bölgenin özelliklerine tamamen yabancılaştı, sosyal rolü ön planda olan birinci basamak sağlık hizmetleri tedavi merkezli hale geldi. Küçük hastanelere dönüştürüldü. Oysa koruyucu sağlık sistemi öncelenmelidir. Bunun için birinci basamak sağlık hizmetleri hayati önemdedir. Bu hizmetler bölge tabanlı ve toplum merkezli olmalıdır. Sağlıkta yatırımların ağırlığı koruyucu sağlık hizmetlerine verilmelidir. Geçmiş dönem var olan sosyalleşmeye dayalı sağlık ocağı sistemindeki aksaklıkların giderilmeli, iyileştirilerek daha güçlü bir birinci basamak örgütlenmesi yaratılmalıdır.

Sağlık idaresinin merkezileşmesine dönük Kamu Hastane Birlikleri gibi birtakım başarısız idari projeler de yine SDP'nin birinci fazında denendi. Sağlıkta finansmanın cepten ödemeyi ve katkı-katılım paylarını öne çıkaran modellerle birlikte, özel hastanelerde yüzde 200 fark/ilave ücret gibi daha çok kazanç elde etmeyi kolaylaştıran olanaklar yürürlüğe kondu. Toplam kalite yönetimi, kalite çemberleri, performans sistemi ve taşeron çalışma gibi esnek ve güvencesiz atipik çalışma modelleriyle piyasa despotizmi yoğunlaştırıldı. Yapılan sadece kamu hastanelerinin birleştirilmesi değildi. Kamu hastanelerinin kamu hizmeti üretme işlevini kaybetmesi de esas alınmıştır. Etkinlik-verimlilik-kalite-performans-müşteri memnuniyeti vb. söylemleri ile sağlık hizmet üretiminin her geçen gün metalaştığını, kamu hizmeti olmaktan çıktığını gördük.

SDP'nin ikinci fazında ise, sermayenin hareket kapasitesini artıracak projelere başlandı. Dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ "Politika laboratuvarları kuruyoruz" ifadesiyle başka bir aşamaya geçildiğine işaret ediyordu. "Entegre sağlık kampüsleri" adıyla duyurulan şehir hastaneleri projelerine de bu fazda başlandı; devlet-sermaye ilişkisini kalıcılaştırmaya yönelik kamu-özel iş birliği modeline geçildi. Özel sağlık sektörü gerçek anlamda bu fazda istikrar kazanmaya başladı. Şehir hastaneleri ile iş çıkırından tamamen çıkmış, kamu-özel ortaklığı ile bu hastaneler tamamen özel hastaneler mantığı ile çalışmaya terk edilmiştir.

Yıllardır sağlık bütçesini büyük oranda şehir hastanelerine ayıran iktidar önceliği 'tedaviye' vermektedir. Oysa, bilimsel bilgiler ışığında yapılacak planlamada önceliğin "koruyucu sağlık" hizmetlerine verilmesi ve hem toplumun sağlığının geliştirilmesi hem de korunmasının öncelikli olması gerekmektedir. Beraberinde kişiye ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri birbirinden kopartılmadan hem çalışma (fabrika, işyeri, okul, hastane, üniversite vb.) hem de yaşam (mahalle, köy vb.) alanlarında Sağlık Bakanlığı tarafından kamusal olarak sunulmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetinin kamusal yarar yerine kar zarar denklemi üzerinden metalaştırılması bugün Yenidoğan çetesi gibi çatıların sayısını arttıracak ve böylelikle iktidar elinde sağlıklı dönüşüm projesi amacına ulaşarak sağlıkta vahşet alanına dönüşecektir .



## **AKP Döneminde Sağlık Sisteminin Sürdürülebilirliği**

AKP'nin 22 yıllık iktidarında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık sisteminin çökmesine yol açmıştır. Kamu hastanelerine yeterli yatırım yapılmazken, özel hastane sayısı 2002'de 271'den 572'ye çıkarak İstanbul'da yoğunlaşmıştır. 2022'de kamuda 207 bin yatak varken özelde bu sayı 55 bin olmuştur. Sevk sisteminin kaldırılmasıyla devlet ve üniversite hastanelerinde uzun kuyruklar oluşmuş, vatandaşlar randevu almakta zorlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesiyle piyasa koşullarına bağımlı hale gelen sistem, eşitsizlikleri artırmıştır. Şehir hastaneleri projeleri kamu-özel iş birliği modeliyle maliyetli olmuş, 2024'te bu hastaneler için 83 milyar lira kira ödemesi planlanmaktadır. Hekim ve sağlık çalışanlarının iş yükü artmış, düşük ücretler ve özlük haklarının ihmal edilmesi mesleki tatminsizliğe ve beyin göçüne neden olmuştur. Bu politikalar, sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmiştir.

### **a) Hekim Göçü ve İyi Hal Belgesi Verileri**

- 2012 yılında 59 olan "İyi Hal Belgesi" alan hekim sayısı, 2023 yılında 3.025'e ulaşmıştır.
- 2014 yılına kıyasla 2023 yılında "İyi Hal Belgesi" alan hekim sayısında %2464 oranında artış olmuştur.
- 2024 yılının ilk dört ayında 681 hekim "İyi Hal Belgesi" almak için başvuru yapmıştır.

### **b) Sağlıkta Şiddet**

İktidarın söylemleri, hastanelerdeki yığılmalar, 5 dakikaya bir randevu verilmesi gibi sistem sorunları sağlıkta şiddeti beraberinde getirdi. Sağlıkta şiddet son 10 yılda arttı, 110 bini aşkın şiddet vakası yaşandı, çok sayıda sağlıkçı katledildi. Hemşireler ve hekimler, toplam vakaların %84,2'sinde şiddete maruz kaldı. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakaları 2021 yılında 190, 2022 yılında 249, 2023 yılında ise 457 olarak kaydedilmiştir ve yıllar içinde belirgin bir artış göstermiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının %75'i sözel şiddetle başlayıp fiziksel şiddete dönüşürken, %85,7'si darp şeklinde gerçekleşmiş ve %14,3'ünde ateşli silah veya bıçak kullanılmıştır. 2022'ye kıyasla 2023 yılında sağlıkta şiddet vakalarında %83,54 oranında artış yaşanmıştır. Şiddet vakalarının %20'sinde adli süreç başlatılmamıştır.

### **Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı ve randevu alınmaması:**

Türkiye doktor sayısında Almanya, İtalya (243 bin), Fransa (216 bin) ve İspanya'nın (213 bin) ardından beşinci sırada bulunuyor ancak nüfusa göre hesaplandığında durum değişiyor. Türkiye, 2021 yılı verilerine göre Avrupa'da kişi başına düşen doktor sayısında son sıradadır. Türkiye'de her 100 bin kişiye 218 doktor düşerken, zirvede yer alan Yunanistan'da bu sayı 629'dur. Sağlık Bakanı Kemal Memişoğlu da MHRS sisteminde yaşanan sorunlara dair 27 Kasım 2024'te yaptığı açıklamada "*Randevu konusunda bazı branşlarda sıkıntılar olduğunu biliyoruz, bunları en kısa zamanda çözeceğiz*" ifadelerini kullandı.

## B. USUL ÜZERİNE DEĞERLENDİRME

AKP'nin 22 yıllık yasama pratiği, hakkaniyet ilkelerinin sınırlarını zorlamaktadır. Bakanlıkların uzun süren çalışmalar gerektiren kanunları, muhalefetin hızlı anlaşmalarıyla kısa sürede geçirme geleneği haline gelmiştir. Bu durum, yasama faaliyetlerini değersizleştirerek toplumsal sorunların köklü çözümünü engellemekte ve sadece geçici çözümler sunmaktadır. Örneğin, 26 Kasım 2024'te 2/2717 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Teklifi'nin Plan ve Bütçe Komisyonundan Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonuna hızla sevk edilmesi, yasama sürecini ihlal etmektedir. İktidar, torba yasalarla farklı konuları bir araya getirerek kritik hususları kamufle etmekte ve yasama etiğini yok saymaktadır. Bu yaklaşım, yasama sürecini hızlandırırken yasama kalitesini düşürmekte ve önemli düzenlemelerin göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak, yasama sürecinin olumsuz etkileri toplumun geniş kesimlerini ilgilendiren sorunların çözümünü zorlaştırmaktadır.

## C. İÇERİK DEĞERLENDİRMESİ

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi, 25 Kasım 2024'te AKP milletvekilleri tarafından TBMM'ye sunulmuş 28 Kasım 2024'te Komisyon görüşmesi yapılan 28 maddelik yasa teklifi sosyal güvenlik alanında birçok düzenleme içeriyor. Ancak sosyal güvenlik alanındaki temel sorunların hiçbiri yasa teklifinde yok! Yasa teklifinde "Genel Sağlık Sigortası (GSS) borçlarının faizleriyle birlikte silinmesi", "İşverenlere Hazine'den SGK prim desteğinin devam etmesi", "Ahilik sandığı uygulamasının 2028'e ertelenmesi", "Aile hekimliğinde bazı işlemlerin paralı hale gelmesi" ve "eşitlik ilkesi gereği geçici iş göremezlik ödenekleri hesabında son 12 aylık sürenin dikkate alınması" gibi maddeler yer alıyor. Ancak milyonlarca çalışan ve emeklinin beklediği düzenlemeler, 2024 sonrası emekli olacakların aylıklarındaki %30'luk kaybı giderecek, emekli aylıklarındaki adaletsizliği, intibak düzenlemesini, en düşük emekli aylığının yükseltilmesini, Bağ-Kur'luların yaşlılık aylığına esas prim gün sayılarının eşitlenmesini ve işçilerin vergi yükünü azaltacak düzenlemeleri içermemektedir. Bu nedenle, sosyal güvenlik ve emeklilik alanında yaşanan temel sorunların hiçbirine dönük esaslı çözümler teklifte yoktur.

### **Türkiye'de kişisel verileri koruyamama krizi!**

Kanun teklifinde kişisel verilerle ilgili olumsuz bir düzenleme bulunmamasına rağmen, Türkiye'de veri güvenliğinin sağlanamaması nedeniyle sistemsel olarak sıkıntılı bir durum söz konusudur. Türkiye'de kişisel verilerin korunması, son yıllarda hem yasal düzenlemeler hem de artan veri sızıntılarıyla gündemin merkezine oturmuştur. Bu durum, bireylerin mahremiyetinin ve temel haklarının korunmasında ciddi eksikliklerin ve risklerin varlığını ortaya koymaktadır. Veri güvenliğinin yeterince sağlanamaması, bireylerin verilerinin kötüye kullanılma riskini artırmakta ve mahremiyetin ihlal edilmesine zemin hazırlamaktadır. Bu bağlamda, mevcut yasal çerçevenin güçlendirilmesi ve veri güvenliğinin etkin bir şekilde sağlanması büyük önem taşımaktadır.

### **Veri Sızıntıları ve Güvenlik İhlalleri:**

Türkiye'de son yıllarda meydana gelen büyük çaplı veri sızıntıları, kişisel verilerin korunması konusundaki eksiklikleri gözler önüne sermektedir. Günümüzde Türkiye vatandaşlarının kişisel verilerinin internet üzerinden çok çüzi rakamlarla satıldığına dair endişe verici durumlar halen devam etmektedir:

- 2023 Yılı Veri Sızıntısı: Haziran 2023'te, Türkiye'de yaşayan milyonlarca yurttaşın kişisel verileri internete sızdırılmıştır. Bu sızıntı, devlet kayıtlarından alındığı anlaşılan adres, telefon ve tapu bilgilerini içermektedir.
- e-Devlet Sızıntısı İddiaları: 2023 yılında, e-Devlet sisteminden 100 milyondan fazla kişinin verilerinin sızdırıldığı iddiaları gündeme gelmiştir. Uzmanlar, bu verilerin satıldığını ve kişisel verilerin kamulaştığını belirtmiştir.
- Uluslararası Veri Sızıntıları: Ocak 2024'te, dünya genelinde 26 milyar kişisel verinin sızdırıldığı bildirilmiştir. Bu sızıntının, Türkiye'deki kullanıcıları da etkilediği düşünülmektedir.

Mevcut kanun teklifinde doğrudan olumsuz düzenlemeler bulunmamakla birlikte, mevcut düzenlemeler insan hakları açısından birçok eksiklik ve risk taşımaktadır. Özellikle sağlık sektörü gibi hassas alanlarda, verilerin işlenmesi ve paylaşılmasında daha sağlam çerçeveler oluşturulmalıdır. Halkların Eşitlik ve Demokrasi Partisi olarak, kişisel verilerin sermaye ve iktidar kontrolüne alet edilmesine karşıyız. Güçlü denetim mekanizmaları kurulmasını, verilerin halk sağlığı amacıyla kullanılmasını ve kamu kaynaklarının şeffaf yönetilmesini savunuyoruz. Bu ilkeler sağlanmadıkça eleştirel duruşumuzu sürdüreceğiz.

### **Türkiye'de işçi sağlığı ve iş güvenliği sorunu devam ediyor:**

Kanun teklifinde işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda olumsuz düzenlemeler olmasa da Türkiye'de işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında ciddi eksiklikler devam etmektedir. Özellikle iş kazaları ve meslek hastalıkları, büyük sorunlar yaratmaktadır. Yıllık ortalama 74.000 iş kazası meydana gelmekte ve bunun sonucunda 1.152 işçi iş cinayetinde hayatını kaybetmekte, 1.888 çalışan ise kalıcı engellilikler yaşamaktadır.

Bu veriler, iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin etkin bir şekilde uygulanmasının önemini göstermektedir. Tehlikelerin kaynağında kontrol altına alınması ve risklerin asgari seviyeye indirilmesi, iş kazaları ve meslek hastalıklarının azaltılmasında kritik rol oynamaktadır.

Ancak, mevcut uygulamalardaki eksiklikler ve denetim yetersizlikleri, işçilerin sağlık ve güvenliğini tehlikeye atmaktadır. Bu nedenle, iş sağlığı ve güvenliği kültürünün toplumun tüm kesimlerinde benimsenmesi ve yasal düzenlemelerin etkin bir şekilde uygulanması gerekmektedir.

### **Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Sağlıkta Eşitsizlikleri Derinleştirme Riski:**

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları, Türkiye ve dünyada artan ilgi görmektedir. Ancak sağlık meslek örgütleri, GETAT'ın bilimsellikten uzak olduğunu ve kapitalist sistemde sağlık eşitsizliklerini derinleştirdiğini eleştirmektedir. Homeopati, sülük tedavisi ve hacamat gibi yöntemler bilimsel temellere dayanmadığı için hastaların yanlış yönlendirilmesine ve etkisiz tedavilere başvurmasına neden olabilir. Ayrıca, hijyenik olmayan koşullarda uygulandığında enfeksiyon riski artmaktadır.

### **Kapitalist Sistemin GETAT Üzerindeki Etkisi:**

Kapitalist sistem sağlık sektörünü meta haline getirirken, GETAT uygulamaları da ticarileşip kazanç kapısı olmuştur. Bilimsellikten uzak ve etkinliği kanıtlanmamış bu yöntemler, sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirip halk sağlığını tehdit etmektedir.

Kanun teklifinde Aile hekimliği üzerinden GETAT hizmetlerinin paralı hale getirilmesi, sağlık hizmetlerini metalaştırmakta ve hekimlerin mesleki onurunu zedelemektedir. Yüksek maliyetler, sınıfsal farklılıkları artırarak düşük gelirli bireylerin alternatif yöntemlere yönelmesine neden olmaktadır.

Bu kanun teklifinde belirtilen Aile hekimliği uygulamaları üzerinden GETAT hizmetlerinin paralı hale getirilmesi de sağlık hizmetlerini metalaştırmaktadır. Kötüye kullanım olması durumunda hekimlerin ve sağlık çalışanlarının mesleki onurunu zedelemekte ve sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmektedir. GETAT'ın mesai sonrası ücretli hizmet olarak sunulması, "para kazanma" kaygısını tıbbi etiğin önüne geçirmektedir. Bu, hekimin vicdanı ile cüzdanı arasında sıkışmasına neden olan bir düzenlemedir.

### **GETAT Denetimsizlik Sorunu Tekrar Yenidoğan Çetesi Sorunlarını Açar:**

Türkiye'de sağlık sisteminin yapısal sorunları, yenidoğan bebeklerin güvenliğini tehlikeye atmaktadır. Özellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin yetersizliği, personel eksikliği ve altyapı sorunları, bebek ölümlerine yol açan ciddi problemlerdir. Bu eksiklikler, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte ve ailelerin güvenliğini sarsmaktadır.

Bu sorunların en çarpıcı örneklerinden biri, "Yenidoğan Çetesi" olarak bilinen skandaldır. İstanbul'da bazı özel hastanelerin, 112 Acil Çağrı Merkezi çalışanlarıyla iş birliği yaparak, bebek acil hastalarını anlaşmalı oldukları yenidoğan ünitelerine sevk ettikleri ve bu süreçte bebek ölümlerine neden oldukları ortaya çıkmıştır. Bu olay, sağlık sistemindeki denetim eksikliklerini ve etik dışı uygulamaları gözler önüne sermiştir.

Yenidoğan bebeklerin korunması ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için, sağlık sisteminin altyapısının güçlendirilmesi, personel eğitimlerinin artırılması ve etkin denetim mekanizmalarının kurulması şarttır. Aksi takdirde, benzer trajedilerin yaşanması kaçınılmaz olacaktır.

Kanun teklifi komisyonda görüşülürken dile getirildiğimiz üzere, GETAT uygulamalarının bilimsel standartlara uygunluğu sorgulanmadan yaygınlaştırılması, istismar ve etik ihlaller için bir zemin hazırlamaktadır. Yenidoğan çetesi skandalını unutmamalıyız. Bu tür uygulamaların denetimsiz kaldığında hangi felaketlere yol açabileceğini açıkça ortadadır. GETAT uygulamalarının bilimsel temel eksikliği, halk sağlığını tehlikeye atmakta ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi düşürmektedir.

### **GETAT Uygulamalarının Olası Riskleri:**

GETAT uygulamalarının bilimsel temellere dayanmaması, çeşitli riskleri beraberinde getirmektedir:

- Yan Etkiler ve Komplikasyonlar: Bilimsel olarak test edilmemiş yöntemler, beklenmedik yan etkilere ve komplikasyonlara yol açabilir. Örneğin, fitoterapi adı

altında kullanılan bazı bitkisel ürünler, yanlış dozlarda veya yanlış kombinasyonlarda kullanıldığında toksik etki gösterebilir.

- Gecikmiş Tedavi: GETAT uygulamalarına yönelen bireyler, modern tıbbın sunduğu etkili tedavi yöntemlerini erteleyebilir veya tamamen reddedebilir. Bu durum, hastalıkların ilerlemesine ve tedavi şansının azalmasına neden olabilir.
- Mali Yük: Bu tür uygulamalar genellikle sigorta kapsamında olmadığından, bireyler için ek mali yük oluşturur. Bu da ekonomik olarak dezavantajlı grupların daha fazla sömürülmesine yol açar.

### **Sağlık Meslek Örgütlerinin GETAT'a Yönelik Eleştirileri:**

Sağlık meslek örgütleri, GETAT uygulamalarının bilimsel temellere dayanmaması ve denetimsiz yaygınlaşmasını endişe ile karşılamaktadır. Bu uygulamalar tıbbi standartlardan sapmakta ve hasta güvenliğini riske atmaktadır. GETAT'ın etik boyutu sorgulanmakta, kapitalist ticarileşme ilkelere aykırıdır. Sağlık hizmetleri eşit, erişilebilir ve bilimsel olmalı; sağlık politikaları halk sağlığını öncelikli tutarak denetim ve etik çerçevede düzenlenmelidir.

### **Sosyal Sigorta ve Sosyal Güvenlik Sistemi**

1970'lerde kapitalizmin krizleri, refah devlet politikalarının terk edilmesine ve neoliberalizm ile esnek üretim modeline geçilmesine neden olmuştur. Neoliberal politikalar, deregülasyon ve özelleştirme ile sosyal devletin gerilemesine, işsizlik, yoksulluk ve gelir eşitsizliklerinin artmasına yol açmıştır. Dünya Bankası gibi kuruluşlar, sosyal güvenlik sisteminin özelleştirilmesini desteklemiştir. Türkiye'de 1936'da 3008 sayılı İş Kanunu ile başlayan süreç, 1945-1957 arasında çeşitli kanunlarla sosyal güvenlik sistemini yasalaştırmıştır. 1971'de 1479 sayılı Bağ-Kur Yasası eklenmiştir.

1990'larda Türkiye'de kapsamlı sosyal güvenlik politikası eksikliği, prim dengesizliği ve kayıt dışı istihdam finansman krizine yol açmıştır. 1950'de prim ödeyen 200 bin iken, 2005'te bu sayı 11 milyon 472 bine ulaşmış, aylık alanlar ise 7.504 milyona yükselmiştir. 1999'da SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın açığı 3 katrilyon iken, 2004'te 19 katrilyona çıkmıştır. 1999'da 4447 sayılı kanunla prim gün sayısı artırılmış, 2001'de 4632 sayılı Bireysel Emeklilik Kanunu kabul edilmiş ve 2003'te SGK altında birleşmiştir.

2002-2008 yılları arasında sosyal güvenlik harcamaları genel bütçeden transferlere bakıldığında

Yıl	Bütçe Transferi (milyon TL)	Bütçe Değişim Oranı (%)	GSYH'ye Oranı (%)
2003	15.883,6	61	3,4
2004	18.830,0	18,5	3,2
2005	23.322,0	23,9	3,4
2006	22.892,0	-1,8	2,9
2007	33.060,2	44,4	3,7

Sosyal güvenlik sistemindeki değişim süreci, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile tamamlanmıştır. 5502 sayılı yasa, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK'nın hukuksal varlığını sona erdirmiştir. 5510 sayılı yasa ile zorunlu sigortalılık esas alınarak sağlıktan yararlanma hakkı Genel Sağlık Sigortası (GSS)

altında birleştirilmiştir. 2008 yılında çıkarılan 5754 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 5510 sayılı Kanunda değişiklik yaparak çok prim az aylık mantığını ve sağlık yardımlarının prime ek ödemelerle artırılmasını getirmiştir.

2008 ila 2024 yılları arası SGK'nın bütçe transferlerine bakıldığında;

Yıl	Bütçe Transferi (milyon TL)	Bütçe Değişim Oranı (%)	GSYH'ye Oranı (%)
2008	35.016,4	5,9	3,49
2009	52.599,7	50,2	5,23
2010	55.277,2	5,0	4,73
2011	52.772,2	-4,5	3,76
2012	58.728,3	11,3	3,71
2013	71.263,7	21,3	3,91
2014	77.335,9	8,5	3,76
2015	79.038,8	2,2	3,36
2016	108.073,4	36,7	4,11
2017	128.182,9	18,6	4,09
2018	150.530,3	17,4	4,00
2019	196.797,5	30,7	4,56
2020	248.846,2	26,4	4,93
2021	252.083,9	1,3	3,48
2022	389.030,6	54,3	2,59
2023	849.844,9	118,5	3,23
2024	1.512.880,0	78	3,70

Sosyal güvenlik sistemindeki değişim süreci, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile tamamlanmıştır. 5502 sayılı yasa, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK'nın hukuksal varlığını sona erdirmiştir. 5510 sayılı yasa ile zorunlu sigortalılık esas alınarak sağlıktan yararlanma hakkı Genel Sağlık Sigortası (GSS) altında birleştirilmiştir. 2008 yılında çıkarılan 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 5510 sayılı Kanunda değişiklik yaparak çok prim az aylık mantığını ve sağlık yardımlarının prime ek ödemelerle artırılmasını getirmiştir.

Pandemi döneminde İş-Kur işsizlik Sigortası fonu işverenlere aktarılmış, işsizlik fonu işveren fonuna dönüştürülmüştür. 2023'te işsizlik ödeneği payı yüzde 18,5 iken işverenlere yapılan destekler yüzde 67 olmuştur. İşsizlik Fonu giderleri 2023'te 117,3 milyar TL iken, işçilere ödenen işsizlik ödeneği 21,7 milyar TL, patronlara ise 78,5 milyar TL teşvik ödendi.

Sonuç olarak, sosyal güvenlik sistemi refah devleti ilkesi yerine kamu ve sermaye ortaklığıyla emekçi ve emeklileri yük haline getirmiştir. Prim esasına dayanan sistem, sermaye çıkarlarını korurken emekçiler sömürüye maruz kalmıştır. İlgili kanun teklifinde emekçilerin ve emeklilerin sorunlarına çözüm sunulmamış, vergi yükü artarken emeklilikte adaletsizlik devam etmektedir. 2025 itibarıyla emeklilerde %30 hak kaybı ve intibak yasasının yer almaması, kanun teklifinin nitelik açısından yetersiz olduğunu göstermektedir. Yanlış ekonomi politikaları ve yüksek enflasyon, emeklilerin alım gücünü ciddi şekilde düşürmüş, insanca yaşam koşulları için gerekli düzenlemeler yapılmamıştır.

## **Genel Sağlık Sigortası**

Mayıs 1978’de imzalanan Washington Mutabakatı, neoliberal politikaların temellerini atmıştır. Eylül 1978’de DSÖ Kongresi neoliberal sağlık dinamiklerini desteklemiş, 1980’de Türkiye bu mutabakatı kabul ederek özelleştirme ve serbest piyasa ekonomisini benimsemiştir. 1982 Anayasa değişikliğiyle sağlık hizmetleri kamunun denetimine geçmiştir. 1987’de 3359 Sayılı Kanun ile “sağlıkta hizmet satın alınması ve katkı payı” kavramları literatüre girmiştir. AKP döneminde hızlanan desantralizasyon, sağlık sisteminin çöküşüne yol açmış ve sağlıktan yararlanma hakkı rant alanına çevrilmiştir.

2012 yılında tamamen yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması iktidar tarafından tüm kamuoyuna bir müjde olarak duyurulmuş ve herkesin bu güvence kapsamında olacağı belirtilmiştir. Oysaki milyonlarca insanın sağlık hakkında yararlanma hakkı bu sistem ile birlikte bir risk haline dönmüştür. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın 2024 yılı bütçe teklifinde 8 milyon 967 bin 143 olarak öngörülen 2024 yılında GSS borcu bakanlık tarafından ödenen kişi sayısı, yılın henüz ilk çeyreğinde 9,5 milyona ulaşmıştır. 2018 yılında 6 milyon 945 bin olan GSS borcu sosyal yardımla ödenen kişi sayısı, 2019-2023 döneminde yıllara göre şöyle:

**2019:** 7 milyon 524 bin 138

**2020:** 7 milyon 810 bin 588

**2021:** 9 milyon 488 bin 441

**2022:** 9 milyon 21 bin 162

**2023:** 9 milyon 444 bin 458

Türkiye’de halkın işsizlik, enflasyon, geçinememe ve barınamama gibi temel sorunlarla mücadele ederken iktidarın getirdiği Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi yeni bir maliyet oluşturmuştur. 6824 sayılı Kanunla gelir testi kaldırılmış, test yaptırmayanlar 1 Ocak 2024’ten itibaren aylık 600,08 TL GSS primi ödemektedir. 4/1-a (SSK), 4/1-b (Bağ-Kur), 4/1-c (Emekli Sandığı) sigortalılar ise kazançlarının %12’si oranında prim ödemektedir. Bu ticarileşen yaklaşım, anayasal ve uluslararası yasalarla güvence altına alınmış sağlık hakkının gasp edilmesine yol açmış, 9,5 milyon insanı etkilemiştir. Adaletsiz GSS sistemi yerine sağlık giderlerinin genel bütçeden karşılanması gerekmektedir.

## **Kanun Teklifi Engelli Kazanımlarını Ortadan Kaldıracak:**

AKP iktidarı döneminde sosyal güvenliğe ayrılan kaynaklar, enflasyon, işsizlik ve gelir eşitsizliği gibi makro ekonomik istikrarsızlıkların temel nedeni olarak görülmüştür. 2008 yılında gerçekleştirilen “Sosyal Güvenlik Reformu” ile sosyal güvenliğin kamu görevi olduğu göz ardı edilmiş, emeklilerin sosyal güvenlik hakları aşındırılmıştır. 1 Ekim 2008’de yürürlüğe giren bu reform, emeklilik sistemini sermaye sınıfının çıkarları doğrultusunda değiştirerek emeklilere ekonomik güvence ve sağlık açısından ciddi kayıplar yaşatmıştır. Uzmanlar tarafından “geriye doğru kurumsal bir reform” olarak nitelendirilen bu adım, sigorta kanununun sosyal ve toplumsal niteliğini yok etmiştir.

Türkiye’de sosyal güvenlik, bireyin muhtaçlığa karşı gelir güvenliği iken AKP döneminde sosyal yardım anlayışı geliştirilmiştir. Ekonomik kriz ve yoksullaştırma politikaları, emeklileri yoksulluk ve açlık sınırına itmiştir. 2025 yılında emeklilerde %30’luk hak kaybı ve intibak yasasının yer almaması, kanun teklifinin yetersizliğini göstermektedir. Emekçilerin vergi yükü artarken, emeklilikte adaletsizlik devam etmektedir. Örneğin, 2023’te işsizlik ödeneği payı %18,5 iken işverenlere yapılan destekler %67 olmuştur. Ayrıca, 2025’de engelliler için bütçede öngörülen pay sadece %1,20’dir.

Engellilere yönelik hizmetler yetersiz kalmakta, sosyal güvenlik hakları aşındırılmaktadır. 2008 öncesinde engelli emekli olabilmek için vergi indirim belgesi gerekiyken, sonrasında “maluliyet” oranı aranmakta ve bu durum emekliliği zorlaştırmaktadır. Kamuda engelli istihdamı düşük olup, emeklilerin alım gücü ciddi şekilde düşmüş, kamu desteği yeterli olmamaktadır.

### **Türkiye’de İlaç Sorunu**

Türkiye’de son yıllarda ilaç bulunabilirliği ciddi bir sorun haline gelmiş, yapısal bir kriz oluşturmuştur. Eczacıların en büyük sorunlarından biri, eczanelerin gelirlerinin büyük ölçüde devletin ilaç fiyatlandırma ve geri ödeme politikalarına bağımlı olmasıdır. Mevcut ilaç fiyatlandırma politikaları hem eczacıları hem de halkı mağdur etmektedir. Bu durum, eczacıların ilaç hizmeti veremez hale gelmesine ve ilaç bulamamanın insan ve toplum sağlığı için ciddi bir sorun oluşturmasına yol açmaktadır. İlaç Fiyat Kararnamesi’nde güncel enflasyon şartlarına uygun güncellemelerin yapılması ve reel Euro kuru baz alınarak yeni düzenlemelerin getirilmesi elzemdir. Örneğin, 16.12.2023 tarihinden beri ilaç fiyatlarında uygulanan Dönemsel Avro Değeri (DAD) 17,5483 TL iken, reel avro değeri 38 TL seviyelerindedir. Bu fark, ilaç tedarikinde büyük darboğazlara neden olmaktadır.

Bulunamayan ilaçlar listesinde zatürre ilaçları, antibiyotikler, üst solunum yolu hastalıkları için ilaçlar, büyüme hormonları, antidepresanlar, şizofreni, sara romatizma ve tiroit ilaçları öne çıkmaktadır. Tedarik zincirindeki problemler de bu sorunu derinleştirmektedir; geçen ay depolarda %13-15 oranında yok olan ilaçlar bugün %25-29’a ulaşmıştır. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği’nin 2024 Türkiye İlaç Sektörü Raporu’na göre, Türkiye’de kişi başı cari sağlık harcamasının GSYH içindeki payı %3,7 iken, ABD’de %2,7 ve 38 OECD ülkesinde %1,3’tür. Türkiye’de bu oran %0,9 seviyesindedir. 2019-2022 arasında Avrupa İlaç Ajansı’ndan ruhsat alan 167 yenilikçi ilacın sadece %4’ü Türkiye’de erişilebilirken, Almanya’da %88’i ve Avrupa genelinde %70’i kullanılabilir. Eylül 2024’te ilaç yoklukları %16’dan, Ekim’de %28’e ulaşmıştır. Bulunamayan ilaçlar nedeniyle sahte ve kaçak ilaç kullanımı artmakta, halk sağlığı tehdit altındadır. Yerli ilaç üretimi yetersiz olup, biyoteknolojik ilaçlar ve nadir hastalık ilaçları tamamen dışa bağımlıdır. Bu durum, global krizler ve ekonomik dalgalanmalar karşısında Türkiye’de ilaç sıkıntısının kronikleşmesine neden olmaktadır. İlaç yokluğu, sağlık sistemimizin işleyişini tehdit eden en büyük krizlerden biridir.

## **D. MADDELER HAKKINDA DEĞERLENDİRME**

### **MADDE 1:**

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 87’inci maddesi yürürlükten kaldırılmaktadır. Buna göre, emeklilik haklarının sağlanmasında sigortacılık ilkelerinin dikkate alınması ve sigortalılar arasında norm ve standart birliği sağlanarak 2008 yılı ekim ayından önce sigortalı olan engelliler için vergi indirim belgesi esas alınarak yürütülen emeklilik işlemleri, Sosyal



Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında çalışma gücü kaybına göre belirlenecek ve tüm uygulama Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yürütülecek.

Ekim 2008 öncesi girişlilerin engelli emeklilik şartları çalışma iş gücüne çevrilecek ve emekli olmaları zorlaşmaktadır. Aynı maddenin ikinci paragrafında literatürde "genellikle" sosyal yardım ve sosyal hizmet alanında kullanılan "engelli" kavramı ile sigorta sistemindeki "çalışma gücü kaybı" kavramı karşılaştırmalı olarak açıklanmışsa da her engellinin malul olmadığı ancak her malulün engelli olduğu gerçeği yok sayılmıştır. Son olarak, yine aynı gerekçe açıklamasında "Çalışma Gücü Kaybı" açıklanırken bu kaybın çalışma hayatına başladıktan sonra yaşanan sağlık problemleri, iş kazası veya meslek hastalıkları sonucu yaşandığı görmezden gelinmiş ve iktidar bu kaybın azaltılması yönünde kendi kamusal sorumluluklarını, çalışma hayatında yurttaşlar için artırılması gereken iş sağlığı ve güvenliği önlemleri gibi sorumluluklarından kaçındığını belli etmiştir.

### **MADDE 2 – MADDE 6**

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ek madde-19 eklenerek Sağlık bakanlığının kişisel verileri işleminin yasal düzenlemesi yapılacak. 10/7/2018 tarih ve 30474 sayılı kararlar resmi gazetedeki yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 378'inci maddesinde getirilen düzenleme Anayasa Mahkemesinin 20. Madde bağlamında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile kişisel verilen işlenemeyeceği kararı sonrası yasal düzenleme ile yeniden değişiklik yapılmadan getirilmektedir.

Yine 6'ncı madde ile de 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanunun 35 inci maddesinde değişiklik yapılarak SGK ile bankaların, sigorta ve reasürans şirketlerinin, ticaret odalarının, sanayi odalarının, borsaların veya bunların teşkil ettikleri birliklerin personeli için kurulan sandıklarla veri paylaşımı yapılabilmesi sağlanmaktadır.

Anayasa'nın 20'nci maddesinde "Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir." denilmektedir. Dolayısıyla ilgili madde anayasal açıdan da sorun teşkil etmektedir.

### **MADDE 3**

4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanununun Geçici 22 maddesi düzenlenerek Esnaf Ahilik Sandığı kurulması 31/12/2024 tarihinden 1.1.2028 tarihine ertelenmektedir.

Şubat 2017 tarihinde Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi ile 1 Temmuz 2017 tarihinde kurulması planlanan, kanun görüşmeleri sırasında dahi uygulama başlangıç tarihi AKP tarafından verilen önerge ile 1 Ocak 2018 tarihine ertelenmiştir. Esnaf Ahilik Sandığı süreç içerisinde getirilen kanunlarla sırasıyla 1 Ocak 2021, 31 Aralık 2023 ve 31 Aralık 2024 olacak şekilde defalarca kez ertelenmiştir.

### **MADDE 4**

Madde 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun 3. maddesinin birinci fıkrasının (h) bendinden sonra, '984 sayılı Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve

Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkanlara Mahsus Kanun ile 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yurt dışından gerçekleştirilecek beşeri tıbbi ürün alımları ve bunlara ilişkin hizmet alımları' ibaresinin eklenmesi teklif edilmektedir. Gerekçede, bulunamayan hayati ilaçların SGK tarafından getirileceği belirtilmiştir. Ancak 984 ve 1262 sayılı kanunlarda yapılacak değişiklikler, SGK'nın ilaç ithalatı, depo görevliliği ve dağıtımında ciddi imtiyazlar sağlayacaktır. Yurt dışından ilaç temini, sadece fiyat ve temin koşulları açısından değil, ilaç güvenliği açısından da büyük riskler taşımaktadır. Temin kaynaklarının çeşitlendirilmesi ve rekabetin artırılması amacıyla yapılan bu teklif, 984 sayılı kanun kapsamında faaliyet gösteren Ecza Depolarını sisteme dahil ederek ilaç güvenliğini tehlikeye atmaktadır. Geçmişte yurt dışından ilaç teminiyle ilgili olarak bazı Ecza Depolarının yetkisi iptal edilmişti. Bu nedenle, mevcut teklifin ilaç güvenliği risklerini artırdığı ve etkin bir temin sağlayamadığı gözlemlenmektedir.

#### **MADDE 5**

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 5. maddesi değiştirilerek aile hekimliğinde mesai sonrası verilecek yeni bazı hizmetler ile mesai içerisinde verilecek özel amaçlı raporların ücretli hale getirilmesi öngörülmektedir. Buna göre, mesai sonrası yabancılara sunulan hizmetler ve bakanlıkça belirlenecek geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ücretli olacaktır. Böylece aile hekimliğine ilk defa "geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları" kavramı getirilmektedir. Bu şekilde aile hekimliği merkezleri başta biyoenerji olmak üzere akupunktur gibi çeşitli tamamlayıcı tıp uygulama merkezleri haline dönecektir. Ayrıca aile sağlığı merkezlerindeki sağlık hizmetleri ücretli olma yolunda hızla ilerleyecektir.

Aile hekimlerinin sağlık raporu düzenlemesinin iş yükünü arttıracacağı, bilirkişilik hizmeti niteliğindeki bu raporların aile hekimliğinin özüne aykırı olduğunu ve uzmanlaşmış birimlerce verilmesi gerekmektedir. Sağlık raporlarının vatandaşlar için zorluk yaratacağına ve sağlığta şiddeti artıracaktır.

#### **MADDE 11**

Katılım payı üzerinden planlanan düzenlemeler, dolaylı sevk sistemi yaratarak aile hekimlerinin iş yükünü aşırı artıracaktır. Mevcut aile hekimliği, nüfus yoğunluğu ve yetersiz altyapı nedeniyle zaten kapasitesinin üstündedir. 2000 kişinin altındaki hasta sayısına düşürülme ve altyapının iyileştirilmesi önlemleri alınmadan sevk zinciri sistemin tıkanmasına yol açacaktır. Katılım payı 2 TL'den 20 TL'ye yükseltilip 10 katına kadar çıkabilir, bu da hastaların ağır yükü karşılaşmasına neden olacaktır. 2. basamağa sevk edilen hastalar için 1. Basamak hekiminin ücreti yarıya düşürülecektir. Bugün muayene katkı payı ve reçete katkı payı 10 kat artacak, eczacılara yönelik şiddet eğilimi artabilir. Bir hasta eczanede %40'ını muayene, katılım ve reçete katkı payları ödemektedir.

#### **MADDE 12 / MADDE 21**

Madde 12 ve 21'inci maddelerinde 5510 Sayılı Kanunun 4 ve 81'inci maddeleri uyarınca ile özel sektör işyerinde kayıtlı istihdamın artırılması, gönüllü uyumun ve düzenli prim ödeme kültürünün yaygınlaştırılması, yatırımların ve araştırma-geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi, kadınlar, gençler ve engelliler gibi dezavantajlı grupların istihdamının artırılması ve bölgesel gelişmişlik farklılıklarının azaltılması gibi amaçlarla finansmanı Hazine ve İşsizlik Sigortası Fonundan karşılanan hâlihazırda 15 tane sigorta prim indiriminin sağlandığı ve bu nedenle SGK tarafından sağlanan 5 puanlık sigorta prim indiriminin 4 puana

çekilmesi ile 21'inci madde SGK'ya ödeyecekleri sigorta primlerinden malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası priminden sağlanan 5 puanlık indirim 4 puana indirilmesi hedeflenmiştir. Halihazırda bu indirimlerden yararlanmanın koşulu SGK'ya prim borcunun bulunmaması, borcu varsa da yapılandırılmış/tecil ve taksitlendirilmiş olması ile düzenli ödenmesi, kayıt dışı sigortalı çalıştırılmaması, sahte sigortalı bildiriminde bulunulmaması gibi koşullar bulunmaktadır. Düzenleme ile aslında sorumluluğunu yerine getiren esnaf cezalandırılmaktadır. Bu durum hakkaniyet ve eşitlik ilkeleri ile örtüşmemektedir.

#### **MADDE 19**

1 Ocak 2015 öncesine ait ödenmemiş GSS primleri ile gecikme cezası ve gecikme zammı gibi ödemelerin terkin işlemini düzenlemektedir. Kamuoyunda ilgili madde aynı zamanda GSS prim borcu affi olarak kamuoyuna duyurulmuştur. Bir önceki prim borcu affi 2023 yılında çıkartılmış ve o dönemde de 2014 yılı öncesi GSS borları silinmişti. Bu madde toplumun yararına değil kamunun 10 yıllık süre dolduğu için tebligat yapma yükümlülüğünden kurtulmasını hedefleyen bir maddedir. Diğer yandan eğer toplum yararına bir düzenleme yapılmak isteniyor ise GSS primlerini ödeyememiş ve bu gerekçe ile gecikme cezası ve zammı almış 9,5 milyon insanın sorununu çözmeye adına önce tüm borçlar Aralık 2024 tarihinden itibaren silinmeli ve anayasal hak olan sağlık hakkı tüm boyutları ile ücretsiz bir hale getirilmelidir.

#### **MADDE 20**

2024 yılında yapılan götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle, kamu üniversite sağlık hizmeti sunucularının 31/12/2024'e kadar verdikleri tedavi hizmetlerinde tahakkuk tutarının sözleşme tutarından düşük olması durumunda aradaki farkın SGK tarafından ödenmesi düzenlenmiştir. Bu madde, üniversite hastanelerinin iflasını işaret etmektedir. AKP döneminde eğitim ve araştırma hastaneleri hizmet hastanesi gibi çalışmış, akademik özerklik ve bilimsel özgürlük kaybedilmiştir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin terk edilmesiyle, araştırma ve nitelikli sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gerekmektedir.

Sağlık politikalarının ve düzenlemelerin daha dikkatli ve toplumun ihtiyaçlarına daha uygun bir şekilde yapılması gerekmektedir. Yukarıda belirttiğimiz hususlar ve gerekçeler çerçevesinde 2 / 2717 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifine muhalefet etmekteyiz.

*Ömer Faruk Gergerlioğlu*  
Kocaeli

*Hüseyin Olan*  
Bitlis

## MUHALEFET ŞERHİ

25/11/2024 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık, Aile, Çalışma Ve Sosyal İşler Komisyonuna havale edilen 2/2717 Esas Numaralı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi yürürlük ve yürütme maddeleriyle birlikte 28 madde olarak komisyonda görüşülmüştür. Teklif; 28/11/2024 tarihinde Sağlık, Aile, Çalışma Ve Sosyal İşler Komisyonunda yapılan görüşmeler sonucunda 28 madde halinde kabul edilmiştir.

Teklifte;

- ❖ 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu
- ❖ 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- ❖ 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu
- ❖ 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu
- ❖ 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu
- ❖ 16/5/2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun
- ❖ 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- ❖ 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu olmak üzere toplamda 8 farklı kanunda değişiklik öngörülmektedir.

### TEKLİFİN USULÜ ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Kanun teklifi; 25/11/2024 tarihinde torba kanun teklifi usulünde hazırlanmış 8 farklı kanunda düzenleme içeren ve 28 maddeden oluşan bir tekliftir. Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulduğu tarih 25/11/2024 iken, komisyon görüşmeleri çok yakın bir tarih olan 28/11/2024 günü gerçekleştirilmiştir.

### **Teklifin Komisyonunda Görüşülme Süreci Hakkında;**

Kanun tekliflerinin komisyonlara havale süreci İç Tüzük'ün 23'üncü maddesine göre işletilmektedir. Madde "Tali komisyonlar, işin kendilerini ilgilendiren yönü veya maddeleri üzerine görüş bildiren komisyonlardır." hükmünü içermektedir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi İç Tüzük'ün 23'üncü maddesi uyarınca tali komisyon olarak Plan ve Bütçe Komisyonuna havale edilirken esas komisyon olarak Sağlık, Aile, Çalışma Ve Sosyal İşler Komisyonu belirlenmiştir.

Komisyon üyesi milletvekillerine teklif üzerine çalışmak için sadece iki gün süre tanınmıştır. Söz konusu kanun teklifi birden fazla sivil toplum kuruluşunu doğrudan ilgilendirmektedir. Ülkenin sosyal güvenlik kanununa ilişkin düzenleme barındırmaktadır. Bu kapsama dahil çok fazla vatandaş bulunmaktadır. Dolayısıyla kapsayıcı ve etkin bir düzenleme yapılması gerekmektedir. Bu alanda Sivil Toplum Kuruluşları ve meslek örgütlerin görüşü son derece önemlidir.

Toplumun geniş bir kesimini doğrudan ilgilendiren bu kanun teklifinin komisyonunda görüşülmesi sırasında, ne yazık ki bu konuyla yakından ilgili Sivil Toplum Kuruluşları toplantıya davet edilmemiştir. Özellikle kanun teklifinde engellilerin emeklilik haklarına ilişkin düzenlemeler yapılmasına rağmen komisyon süresince ilgili hiçbir sivil toplum kuruluşunun görüşüne başvurulmamış ve temsilcileri toplantıya çağrılmamıştır. Bununla birlikte, Türkiye Barolar Birliği ve Ankara Barosu Engelli Hakları Merkezi gibi konuyla doğrudan bağlantılı kurumların da herhangi bir temsilcisi, avukatı ya da hukukçusu toplantıya dahil edilmemiştir.

Teklif içerisinde kamu kaynaklarının kullanımına ilişkin Sosyal Sigortalar Kanunu, Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda düzenleme bulunmasına rağmen tali komisyon olan Plan ve Bütçe Komisyonunda görüşülmemiştir.

Daha önceki muhalefet şerhlerimizde defaten dile getirdiğimiz üzere; Plan ve Bütçe Komisyonunda Bütçe Kanun Teklifi görüşülmektedir. Komisyonun gündemi bir hayli yoğundur. İktidar partisi bu süreci görmezden gelerek ve umursamayarak kanun teklifinin içerisine Plan ve Bütçe Komisyonunun inceleme alanına girecek maddeler yerleştirmiştir. Hatta doğrudan esas komisyon olarak teklifin Plan ve Bütçe Komisyonunda görüşülmesi gerekmektedir. Sonuç olarak; tali komisyon görüş bildirmemiştir.

İktidar partisinin yasama sürecindeki davranış biçimi Meclis iradesini devre dışı bırakır niteliktedir. Son dönemde Meclis gündemine getirilen kanun tekliflerinin tamamında tali komisyonlar tekliflerin ilgili maddelerine ilişkin görüş bildirememiş, fonksiyonlarını kaybetmiştir. Adeta tali komisyonlar devre dışı bırakılmıştır.

Sonuç olarak; sürecin bu denli hızlı işletilmesi üye muhalefet partisi milletvekillerinin yeterince çalışma yapmasına, ilgili kurum, meslek mensubu ve sivil toplum kuruluşlarından görüş almalarına olanak tanımamıştır. Hızla kanunlaştırılmaya çalışılan kanun teklifleri AK Parti hükümetlerinin alışlagelmiş bir yasa yapma tekniğine dönüşmüştür.

### **Kanun Teklifinin Adı Hakkında;**

Hükümetler, ihtiyaç duydukları alanda, aralarında bağlantı olup olmadığını gözetmeden hızla yasalaştırmak istedikleri kanun tekliflerini geniş bir yelpazede torba kanun uygulaması yoluyla yapmaktadırlar. Bunun sonucunda yasama sürecinde torba kanun söz konusu olduğunda kanunun ruhundan söz edebilmek imkânsız bir hale gelmektedir. Torba kanunlarda kanunun içerisinde bulunan ve farklı alanlarda düzenleme ön gören çok sayıda madde bulunmasına rağmen, teklif sahibi belli bir sistematik dışında bazen kanun teklifinde yer alan en eski kanun ismini bazen ise kanun teklifinde en çok değişiklik öngörülen kanunun ismini kanun teklifinin ismi olarak kullanmaktadır. Hal böyle olunca teklif sahipleri, torba kanunun kendilerine sağladığı bu kolaylıktan faydalanarak kendilerine göre daha masum intiba uyandıran bir madde eklemek suretiyle kamu açısından sakınca doğurabilecek birçok alanda düzenlemeyi getirebilmektedirler. Bir bakıma teklif, içeriğindeki düzenlemelerin nüfuz ettiği alanda değil, başka bir kanunun adıyla anılmaktadır. Bu eleştirimizi iktidarın hazırladığı her torba kanun teklifinde dile getirmekteyiz. Nitekim torba kanun yapma usulüne cevaz verilmiş olması bu hakkın kötüye kullanılabileceği anlamına da gelmemektedir.

Yasama açısından bakıldığında torba kanun yapma tekniği her açıdan suistimale açıktır. Komisyon görüşmelerinde tekraren bu eleştirimiz dile getirildiğinde iktidar milletvekilleri adeta kelime oyunları ile kanun sistematığı hususuna konuyu çekmek istemişlerdir. Fakat her kanun teklifinde kendilerinin işine gelen sistematığı uygulamışlardır. Hali hazırda Meclis gündemine gelen iki kanun teklifinde kanunun adı konusunda farklı tekniklerde düzenleme yapıldığı görülmektedir. Örneğin Köy Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun Teklifinde imar mevzuatı ile Çevre ve Şehircilik Bakanlığının görevleri konusunda düzenlemeler öngörülmesine rağmen adını teklifte sadece bir düzenleme bulunan

ve kronolojik olarak daha eski olduğu gerekçesi ile Köy kanunundan almıştır. İş bu kanun teklifi ise olması gerektiği gibi adını birinci maddesinden değil daha fazla düzenleme içeren kısımdan almıştır.

Teklif sahiplerinin bu tutumu daha önce dile getirdiğimiz eleştirilerimizin doğru olduğunu kanıtlar niteliktedir. İktidar partisi kamuoyunun dikkatini istediği yöne çekebilmek için kendilerine tanınan hakları suiistimal etmektedirler.

### **Komisyon Sürecinde Yeni Madde İhdası Yapılması Hakkında;**

Komisyon sürecinde, iktidar partisi tarafından muhalefetin yasama iradesi ciddi şekilde sınırlandırılmaya çalışılmıştır. Kanun teklifinin komisyonda görüşülmeye başlanmasının ardından, tarafımızca sunulan bir önerge ile teklifin içeriğine yeni bir madde eklenmesini talep ettik. Ancak, teklif sahipleri, komisyon başkanı ve başkan yardımcıları, komisyon sürecinde yeni madde ihdasının yapılamayacağını ve bunun bir usul hatası teşkil edeceğini ileri sürmüşlerdir. Bu iddiaları, komisyon tutanaklarında açıkça yer almaktadır. Buna rağmen, söz konusu önergemiz işleme alınmıştır.

Sunduğumuz bu önerge, İç Tüzük'ün 87. maddesine dayanarak, kanun teklifine yeni bir madde eklenmesine yönelik bir girişimdir. Ancak komisyon başkanının ve başkan yardımcılarının bu süreçteki tavrı, açıkça muhalefetin yasama faaliyetlerini kısıtlamaya yönelik bir yaklaşımdır. Dikkat çekici bir şekilde, iktidar partisi tarafından benzer süreçlerde sunulan yeni madde ihdasına ilişkin önergeler geçmişte herhangi bir engellemeye maruz kalmamış ve işleme alınmıştır. Bu tür bir tartışmanın daha önce hiçbir komisyonda yaşanmadığını da belirtmek isteriz.

Yasama sürecinde kanun teklifi görüşülürken şeffaflık, katılımcılık ve hesap verilebilirlik gibi temel ilkelere dikkat edilmeliyken, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi'nin, bu temel ilkelere uyulmadan kanunlaştırılmak istendiği de görülmüştür. Bu tutum parlamentomuzun yasama faaliyetinin kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere muhalefet partilerinin ve muhatap sivil toplum kuruluşu temsilcilerinin müzakere taleplerine kapalı olmak parlamentoların asli sorumluluğuna ve demokrasilerin varlık sebebine aykırı düşmektedir.

Özetle, teklif tali komisyonların görüşü alınmadan doğrudan esas komisyonda görüşülmüş ve kabul edilmiştir. Bununla birlikte görüşülme sürecinde de katılımçılık oldukça düşüktür.

### **Düzenleyici Etki Analizi Bulunmaması Hakkında;**

İktidar partisinin görmezden geldiği diğer bir husus ise, düzenleyici etki analizine ilişkindir. Kanuni bir zorunluluk olmasına rağmen (31856 sayılı ve 4 Haziran 2022 tarihli Resmî Gazete 'de “Düzenleyici Etki Analizi Uygulanmasına İlişkin Usul ve Esaslar” hakkında Cumhurbaşkanı Kararı) önceki birçok kanun teklifinde olduğu gibi bu teklif üzerinde de bir etki analizi yapılmadığı görülmüştür. Etki analizi, bu kanun teklifinin etkileyeceği kişi sayısını, yapılacak kamu harcamalarını tespit edip buna göre komisyon çalışmalarının yapılması açısından olmazsa olmazdır.

Teklifte yer alan düzenlemelere ilişkin geçerli bir etki analizinin yapılmamış olması gerek komisyon üyesi milletvekilleri tarafından yeterli çalışmanın yapılamamasına gerekse kamuoyu tarafından teklifin anlaşılmasına yol açmaktadır. Teklifte yasalaşacak maddelerin toplumda ne tür bir etki doğuracağı tespit edilememiştir. Bu nedenle uygulamada öngörülebilirlik için kanun tekliflerinin tamamında etki analizi yapılmalı ve teklif bu analizle birlikte komisyona sunulmalıdır.

Kanun teklifleri hazırlanırken etki analizi ile birlikte hazırlanması, teklifi ilgilendiren kişi veya kurumların belirtilmesi, hak kayıplarını ve mağduriyet yaşanmasını engelleyecektir. Bununla birlikte Komisyon üyesi milletvekilleri ve Parlamento üyesi milletvekillerinin eksiksiz bilgiye ulaşması sağlanacaktır. Düzenleme bu sayede toplumun her kesimi tarafından bilinebilir ve öngörülebilir olacaktır. Ek olarak; yasama süreci kaliteli ve güvenli olacağından Meclisimiz sürekli olarak belli konularda iktidarın propaganda yapmak amacıyla hazırladığı teklifleri görüşmekle zaman kaybetmeyecektir.

Sonuç olarak;

Ayrıntılı olarak izah edilen konular, iktidar partisinin yasa yapma sürecini ne derece hafife aldığını açıkça göstermektedir. Her ne kadar komisyon sürecinde birtakım değişiklikler yapılsa da bu değişiklikler yetersizdir. İktidar partisi birçok uygulamada tecrübe edildiği gibi, kanun yapım sürecinde de hukuk devleti normlarından uzaklaşmakta sakınca görmemektedir.



yaşanmaması için geçici düzenleme yapılması veya “Güncelleme katsayısının ilgili yıl içinde emeli aylıklarına yapılan toplam artıştan düşük olamayacağı” şeklinde kalıcı bir çözüm getirilmesi teklifimiz maalesef görüşülmesine de gerek görülmeden reddedilmiştir.

Teklif, yine kamuoyunun sağlık alanında düzenleme içeren bir kanun çalışmasından öncelikle beklediği;

- Tip-1 Diyabet hastası çocukların sensör ve pompalarının, DMD hastaları gibi nadir görülen hastalıkların ilaçlarının, kapsam dışı olan bazı onkolojik ilaçların geri ödeme kapsamına alınması,

- SMA hastası çocukların Türkiye’de ruhsatlandırılmış ilaçlara dahi erişimde yaşadıkları sorunların çözülmesi,

- Özellikle kanser hastaları için yakın zamanda ciddi tehlike oluşturduğu görülen sahte ilaç piyasasına karşı ilaç güvenliğinin sağlanması,

- 1 Kasım’da yürürlüğe giren tartışmalı Aile Hekimleri Sözleşme ve Yönetmeliği’nin geri çekilmesi,

- “Yenidoğan Çetesi Skandalı” olarak bilinen ve maddi menfaat sağlamak üzere hastanelerde, doktor, hemşire ve sağlık çalışanları eliyle işlendiği ortaya çıkan cinayetlerin gölgesinde, özel hastanelere dönük bir idari düzenleme yapılması benzeri hükümleri de barındırmayarak, bir hayal kırıklığından öteye geçememektedir.

Hazırlayıcıları, kanun teklifinin “birbiriyle ilintili” düzenlemelerden oluştuğunu ileri sürse de, Ziraat Odası Kayıt Sistemi ile Yabancı Bursiyerler veya Aile Sağlığı Merkezleri ile Yetim Aylıkları arasında ilinti kurmak mümkün olmadığına göre, bu bir torba kanun düzenlemesidir.

Toplamı 28 Madde olan teklifin, ancak 1, 14, 16, 17 ile 8, 10, 13 ve 12, 21’nci maddeleri üç ayrı grup olarak birlikte ele alınabilir.

Teklifin, 2008’den önce 506 sayılı Kanun kapsamında sigortalı olan ve engellilik derecelerine göre yaş şartı aranmaksızın emekli olması gereken engelliler ile sonrasında 5510 sayılı Kanuna göre sigortalı olan ve çalışma gücü kaybına göre emekli olacak engellilerin emeklilik işlemleri arasında norm ve standart birliği sağlanması için tüm uygulamanın SGK tarafından yürütülmesini ve buna dönük eşitleme işlemlerini düzenleyen 1, 14, 16 ve 17’nci maddeleri , 2008 öncesi sigortalı olan engelli vatandaşlarımızın hak kaybına uğrayabilecekleri endişesine yol açmıştır.

SGK bürokratları, komisyon görüşmesinde de gündeme gelen bu endişelere karşılık, teklifin 17’nci maddesinin, 2008’den önce sigortalı olan engelli vatandaşlarımızın hak kaybına uğramasını engelleyici düzenlemeler içerdiğini, kazanılmış hakların korunacağını, 2008 öncesi

## GENELİ ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi, Sosyal Sigortalar Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, İşsizlik Sigortası Kanunu, Kamu İhale Kanunu, Aile Hekimliği Kanunu, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda yapılması öngörülen değişiklikleri içermektedir.

Yürütme ve yürürlük dışında 26 maddeden oluşan teklifin gerekçesinde her ne kadar "Çalışma ve sosyal güvenlik mevzuatı bakımından ortaya çıkan ihtiyaçların karşılanması ve ilgili kuruluşların hizmet kalitesinin artırılmasının amaçlandığı" ifade ediliyor olsa da, teklif bu yönüyle bir hayli eksik ve yetersizdir.

Kamuoyunun, çalışma hayatı ve emeklilik koşullarını da kapsayan bir kanun çalışmasından öncelikli beklentisi olan;

- 2024 sonrası emekli olacakların aylıklarında oluşan yüzde 30'luk kaybın giderilmesi,
- Emekli aylıklarındaki adaletsizliğin giderilmesi,
- Emeklilikte kademe düzenlemesi,
- İntibak düzenlemesi,
- En düşük emekli aylığının yükseltilmesi,
- Aylık bağlama oranlarının yeniden düzenlenmesi ve emekli aylıklarının yükseltilmesi,
- Bağ-Kur'luların yaşlılık aylığına esas prim gün sayılarının diğer sigortalılarla eşitlenmesi,
- İşçilerin vergi yükünün azaltılması,
- Staj ve çıraklık sigortası başlangıcının SGK başlangıcı kabul edilmesi,
- Kamu görevlilerinin emekli aylıklarında düşmeye yol açan, 'ilave ödemenin yaşlılık aylığında dikkate alınmaması' uygulamasının değiştirilmesi,
- Ev hizmetlerinde 10 günden az çalışan kişilerin iş kazası hükümlerinden yararlanabilmesi için on gün önceden tescil edilmiş olması şartının kaldırılması,

Düzenlemelerinin hiçbirine bu kanun teklifinde yer verilmemiştir.

İYİ Parti olarak, teklifin komisyon görüşmesi sırasında, 2024 yılından sonra emekli olacak vatandaşlarımızın uğrayacağı ve ömür boyu sürecek hak kaybının giderilmesi amacıyla yaptığımız madde ihdası talebimiz kabul edilmemiş ve yüzde 30'a varan maaş kaybının

sigortalı olan engelli vatandaşlarımızın kontrol muayenelerinin sigortalı oldukları tarihteki mevzuata göre yapılacağını, “çalışma gücü kaybı”na dair raporlamanın ilaç ve tedaviyle iyileşebilir durumda olanları kapsadığını ifade etmiş olsa da, Engelli Hakları Hukuku Uzmanları bu düzenlemenin engellilerin emekliliğini zorlaştıran bir adaletsizliğe yol açacağı, bu sebeple de Anayasa Mahkemesi’nden döneceği yönünde görüş belirtmektedirler.

Teklifin, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanuna, Sağlık Bakanlığı’na “Bilgi Toplama, İşleme ve Paylaşma yetkisi” verilmesini düzenleyen 2’nci Maddesi, Anayasa Mahkemesi’nin “Kişisel verilerin işlenmesinin kanunilik ilkesi gereği kanunla yapılması gerektiğini” belirten iptal kararı üzerine oluşturulmuştur.

2002 Washington Dünya Hekimler Birliği Genel Kurulu’nda kabul edilen bildirgeye göre bedensel ya da zihinsel sağlığa ilişkin kayıt edilmiş tüm bilgiler bizim kişisel sağlık verimizdir.

Kişinin yaşadığı sağlık sorunları, hekimi ile arasındaki ilişki, hastalığının ne olduğu, kullandığı ilaçlar, kendisine uygulanan tedaviler, vücut özellikleri, tahlil ve görüntüleme sonuçlarının yanı sıra kişinin genetik özellikleri, DNA’sı, parmak izi gibi biyometrik verileri, KVKK’nın 6. Maddesine göre özel nitelikli verilerdir. Ve bu veriler ancak sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından işlenebilirler.

Hasta tedavi ve bakımının iyileştirilmesi, tetkiklerin tekrarından kaçınma ve zamandan kazanma, yasal bilgi ve belge oluşturmada kolaylık açısından olumlu görünse de, madde, hasta mahremiyetinin ihlali, ifşa yoluyla kişilerin maddi, manevi ve sosyal zararına yol açma ihtimali veya toplanan verilerin metalaştırılarak alınıp, satılabilir hale getirilebilme ihtimallerinin ne şekilde önleneneğine dair hiçbir net bilgi içermemektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın pandemi döneminde yaşanan ve bizatihi Ulaştırma ve Altyapı Bakanı Abdülkadir Uraloğlu’nun "Bu pandemi sürecindeki hatırlarsınız, sağlık sisteminden bir sızıntıdır... Pandemi sürecinde bazı bilgilerin maalesef belli şekliyle elde edilmiş olduğu doğru. O süreçte o maalesef önlenemedi" ifadeleriyle de sabit olan sızıntı karnesi ortadayken, böyle bir sorumluluğun Bakanlığın takdirine terk edilemeyeceğini savunarak verdiğimiz değişiklik önergesi komisyonda reddedilmiştir.

Maddenin, KVKK şartlarının yerine getirileceğine dönük açık bir vurgu içermemesi ve bu verilen hangi koşullarda, ne kadar süre ile, kimler tarafından işleneceğinin açıkça belirtilmemiş olması sorunludur.

Kişilerin sağlık verilerin işlenmesine dair, Anayasa Mahkemesi tarafından 14.02.2013 2011/150 esas numaralı ve 04.12.2014 tarih 2013/114 esas numaralı verilmiş iki iptal kararı ve yine bu konuda verilmiş yürütmeyi durdurma kararları varken düzenlemedeki ısrar, amacın

kişilerin verilerinin korunmasından çok, elde edilip işlenmesine dönük olduğunu düşündürmektedir.

Anayasal garanti altında bulunan özel hayatın gizliliği ve kişisel verilerinin korunması haklarının ihlali ihtimali bulunan hiçbir düzenlemeyi kabul etmemiz mümkün değildir.

Teklifin 3'ncü Maddesiyle yürürlüğü bir kere daha ertelenen Esnaf Ahilik Sandığı, 23/02/2017 tarihli 6824 sayılı Kanunun 9'ncü maddesiyle, BAĞ-KUR'lu olan esnafın işini kaybetmesi halinde işsizlik ödeneğinden faydalanması ve acze düşmesinin engellenmesi için oluşturulmuştur.

Oluşturulduğu günden bu yana, 2018, 2021 ve 2023'te olmak üzere üç defa ertelenen Esnaf Ahilik Sandığı uygulaması bir kere daha ve 3 yıllığına ertelenmek istenmektedir.

SGK çalışanları işsiz kaldığında on aya yakın işsizlik ödeneği alabilirken esnaf ve işverenlerin bundan faydalanamaması açık bir adaletsizliktir. Bu açıdan maddenin tekliften çıkarılması gerekmektedir.

Öte yandan teklif sahipleri erteleme düzenlemesinin esnaftan gelen talep doğrultusunda yapıldığı konusunda ısrarcıdır. Eğer öyleyse, kanun esnafın lehine olmak kaydıyla yeniden düzenlenmelidir.

Teklifteki tartışmalı düzenlemelerden biri de iç piyasadan temin edilemeyen ilaçların "Sağlık Bakanlığı onayı ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yurt dışından temin edilerek hastalara ulaştırılması"nı kapsayan 4'ncü maddedir.

Başta nadir görülen hastalıklar ve kanser tedavisi gören hastalarımız olmak üzere vatandaşlarımızın yurt dışından ilaç temininde yaşadığı sıkıntılar ortadadır. Bu sıkıntıların giderilebilmesi için her şeyden önce şeffaf ve denetlenebilir bir yönteme ihtiyaç vardır.

Dünya Sağlık Örgütü sahte ilaç konusunda kendisi alarma geçmekle kalmamış, üye ülkeleri de bu yönde alarma geçmeye çağırmıştır.

Türkiye, 150 ülkenin yıllık ekonomisinden daha büyük olan ve DSÖ verilerine göre 200 ila 430 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilen sahte ilaç piyasasının en etkin olduğu coğrafyada bulunmaktadır.

Dünyada her yıl bir milyon kişinin sahte ilaçların oluşturduğu komplikasyonlar yüzünden hayatını kaybettiği bilinmektedir. Son dönemde Türkiye’de de çokça gözlenen diyabet ve obezite enjeksiyon kalemlerinin sahte versiyonlarında dikkat çekici bir artış vardır.

Yakın zamanda ülkemizde de kanser hastalarına yurt dışından getirilen bir ilacın sahteliği iddiası üzerine Sağlık Bakanlığı bir soruşturma başlatmak istemiş ancak iddia o ki bu işle görevlendirilen müfettişler ilacın analiz raporlarına dahi ulaşamamıştır.

Hastaların hayatı hiçe sayılarak girilen dev ilaç yolsuzluğu konunun yargıya intikaliyle anlaşılabilmiştir.

Hastalarımızın tedaviye en hızlı ve ekonomik şekilde ulaşabilmeleri hepimizin ortak arzusudur. Ancak, insan hayatını etkileyecek böylesi bir alanda, komisyonda ifade ettiğimiz kaygıların hiçbir şekilde dikkate alınmaması da manidardır.

İYİ Parti olarak komisyonda hastalarımızın yurt dışından getirilecek ilaçlara en ekonomik yolla ulaşmasını sağlamak üzere rekabeti arttırmaya dönük bir düzenleme yapılmasını içeren önerimiz reddedilmiştir.

Burada aslen mevzu bahis olan 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu değişikliğidir ve bakanlık yetkililerinin teklif metnindeki “hizmet alımı” ifadesini değiştirmemek için sergilediği direnç bu ilaçların temin şekline dönük soru işaretlerine yol açmaktadır.

Teklifin, aile hekimlerinin mesai saatleri dışında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları sunması, yabancılara sunulan 1’nci basamak sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi, özel amaçlı raporların ücretli olarak aile hekimlerince düzenlenmesi ve bahsi geçen bütün ücretlerin döner sermayeye aktarılmasını düzenleyen 5’nci maddesi hem tarafımızca, hem de konunun doğrudan tarafı olan aile hekimlerince tepkiyle karşılanmıştır.

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu’nda yapılması teklif edilen bu değişiklikler yasalarsa Aile Sağlığı Merkezleri ticarethaneye dönüşecektir. Aile hekimleri başta olmak üzere vatandaşlarımız halk sağlığını metalaştıran bu uygulamayı şiddetle reddetmektedir.

Kanunla düzenlenmesi gereken döner sermaye gelirlerinin dağıtımı bakanlık yetkisine bırakılamayacağı için bu madde yasalarsa dahi Anayasa Mahkemesi’nden dönmeye adaydır.

Beklenti hali hazırda belediyelerce ruhsatlandırılan GETAT'ların ASM'lere taşınması değil Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlandırılması, sıkı şekilde denetlenmesi ve ASM'lerin kamulaştırılmasıdır.

Teklifin 6'ncı maddesi de yine kişisel verilerle ilgili Anayasa Mahkemesi'nin kanunilik gerekçesiyle verdiği iptal kararı doğrultusunda yapılmış bir düzenlemeyi içermektedir.

Buna göre, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun'un 35'inci maddesinde değişiklik yapılarak SGK ile bankaların sigorta ve reasürans şirketlerinin, ticaret odalarının, sanayi odalarının, borsaların veya bunların teşkil ettikleri birliklerin personel için kurulan sandıklarla veri paylaşımı yapılabilmesi sağlanmaktadır.

Maddenin gerekçesi, sandıkların sigortalılık ve emeklilik işlemlerini hızlı ve doğru bir şekilde yerine getirmesi olarak açıklansa da, madde metni, Anayasa'nın 20'nci maddesiyle korunan hakların ihlalinin söz konusu olmayacağına dair bir netlik içermemektedir.

Anayasamıza göre, "Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir."

Kanun teklifinin 7'nci maddesinden 21'nci maddesine kadar olan bölümün tümüyle Plan ve Bütçe Komisyonu'nda görüşülmesi gerekmektedir.

Devlete gelir kazandırırken vatandaşın sırtına yük olarak binebilecek düzenlemeleri içeren ve mali boyutu bulunan bu maddelerin doğru değerlendirilebilmesi için mutlaka etki analizine ihtiyaç vardır. Ancak, ne teklif maddeleriyle birlikte, ne komisyon toplantısı öncesinde, ne de talep etmemize rağmen komisyon sırasında ve sonrasında elimize bu maddelerin hiçbirinin etki analizi ulaştırılmamıştır.

Plan ve Bütçe Komisyonu'nda görüşülmesi gereken düzenlemelerin, Komisyonun 2025 Bütçe Görüşmeleri dolayısıyla tam zamanlı çalıştığı bir takvime denk getirilmesini iyi niyetle değerlendirmek de mümkün değildir.

Anayasa Mahkemesi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 17'nci maddesi ve 2021 yılında yapılan düzenlemeyle geçici iş görmezlik ödeneği

hesabında dikkate alınan üç aylık dönemin on iki aya çıkartılmasının, hastalık ve analık halleriyle sınırlı tutulmasını eşitlik ilkesine aykırı bularak iptal ettiğinden, teklifin 7'nci maddesi, sürelerin ve hesaplamaların AYM kararı doğrultusunda kısa vadeli sigorta kollarının dördünde de uygulanmasını düzenlemektedir.

Maddenin yeni hali düzenlenirken Anayasa Mahkemesi'nin ilgili raportörlerinden de görüş alındığı bildirilmiştir. Ancak, komisyon üyelerine bir etki analizi sunulmadığı için maddenin kapsamı, son 3 aya dayalı hesaplamayla, son 12 aya dayalı hesaplama farkı ve bunun hak kaybına yol açıp açmayacağına dair somut değerlendirme yapma imkanı bulunmamaktadır.

Teklifin yurt dışından gelen öğrencilerle ilgili olan 8, 10 ve 13'ncü maddeleri de birlikte değerlendirilmiştir.

Buna göre Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı veya Uluslararası Öğrenciler Değerlendirme Kurulu kararı ile burslandırılan öğrencilerin Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmeleri için ilk kayıt tarihinden itibaren üç ay içinde başvuru yapmaları şartı, eğitim öğretim yılının başlangıç tarihinden itibaren ilk üç ay olarak değiştirilmektedir. Burslandırılmayan, bireysel gelen yabancı öğrenciler primlerini kendileri ödemektedir.

10. Madde bu kapsamdaki öğrencilerin primlerinin tescil tarihinden itibaren 1 ay içinde ödeneceğini, 13'ncü Madde de bursiyer, stajyer ve eğitim personelinin prim ödemelerini yapacak kurumları düzenlemektedir.

Bu maddeleri olumlu karşılıyor olsak bile bunlarla ilgili olarak da en azından öğrenci sayılarını ve bu düzenlemenin mali boyutunu ortaya koyan bir etki analizinin gerekliliğini vurgulamak elzemdir.

Kanun Teklifi'nin 9'ncü Maddesi'nin gerekçesini oluşturan yerli ilaç sanayisini geliştirmek, erişimde zorluk yaşanan ilaç ve tedavileri ulaşılabilir hale getirmek üzere klinik araştırmaları desteklemek ve etkinleştirmek fikri toplumun büyük çoğunluğu gibi bizler için de heyecan vericidir. Madde gerekçesinde "Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvenlik ve sağlık haklarının devamının klinik araştırmalar sürecinde de sağlanmasının hedeflendiği" yer aldığına göre, düzenleme tanı, tedavi ve ilaç teknolojisinde kullanılmak amacıyla üzerinde deney yapılacak kişilere dairdir.

Tıpkı savunma sanayi gibi küresel tekellerce yönetilen ilaç sanayinin de millileşmesi desteğe değerdir.

Leydi Mary Montagu, 1717-1721 yılları arasında ülkesine yazdığı mektuplarda İstanbul'da çiçek hastalığına karşı "aşı" denilen bir şey yapıldığını hayretle bildirmektedir; 1930'lara gelindiğinde Türkiye Cumhuriyeti'nde üretilen aşı sayısının 17'yi bulduğu yazılır.

O günlerden bugüne geldiğimizde her gün başka bir SMA'li evladımızın, DMD'li evladımızın feryadıyla sarsılmak, gelişen tedavi yöntemlerine erişmeye çalışırken yaşanan zaman kaybının kanser hastalarımıza neye mal olduğunu çaresizlikle izlemek elbette hiçbirimizin razı olacağı bir akıbet değildir. Türkiye elbette yeniden kendi derdine derman üretebilme kabiliyetini harekete geçirmelidir.

Ancak bu azami disiplin, denetim gerektiren ciddi bir süreçtir. Ticari değil ilmi bakış gerektirir.

Eğer buna dönük, yani insan deneylerine cevaz veren bir kanun teklifi hazırlanıyorsa da, o teklifi hazırlayanlardan önce ülkemizdeki laboratuvar deneyleri ve hayvan deneylerinin geldiği aşama ve bu deneylerden elde edilen sonuçlara dair detaylı bir bilgilendirme beklenir. Keza komisyon sırasında bürokratlar 260 Faz 2 ve Faz 3 çalışması olduğundan söz etmiştir; bu hastalar üzerinde çalışılmaya başlanmış demektir.

Komisyonunda yapılan itirazlar neticesinde, madde metninde yer alan "...Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilen klinik araştırmalarda" ifadesinin "Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilen kamu hastaneleri ve üniversite hastanelerinde yapılan" diye değiştirilmesi ve kamu bünyesinde tutulması önemlidir. Ama bu deneylerin hangi hastalıkların tedavisi için, hangi tıbbi ilaç veya cihazları geliştirmek için yapıldığı/yapılacağını, öngörülen maliyeti bilmek de önemlidir.

Kanun teklifinin 11'nci maddesi, sağlık hizmet sunucularında sağlık hizmeti karşılığı talep edilen katılım payını 2 liradan 20 liraya yani 10 katına çıkarmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetini güçlendirmek gereklidir ama bunun yolu ikinci basamağa erişimi güçleştirmek olamaz. Kaldı ki, bu tabiri caizse "para cezası"nın yol açacağı yegane sonuç; aile hekimlerinin iş yükünün katlanarak artması ve sevk zorlamasıyla karşı karşıya kalmaları olacaktır. Hastaların finansal engelle adeta "terbiye edilmeye" çalışıldığı bir "sosyal devlet" anlayışı kabul edilemez.



İktidar partisi temsilcileri 10 katına çıkarılan katkı payını “küçük rakamlar” diyerek önemsizleştirmeye çalışmıştır. Bu rakamlar kime göre küçüktür? Sırf bu ifade bile iktidarın 20 yıldan uzun süredir yönettiği ülkenin gerçeklerinden kopukluğunu açıkça göstermektedir.

Devlete gelir sağlarken işverenin doğduran, çalışanların ise dolaylı olarak yükünü arttıracaklarını düşündüğümüz 12’nci Madde, 21’nci Madde ile birlikte değerlendirildiğinde daha da adaletsiz bir durum oluşturmaktadır.

Teklifin 12’nci Maddesi, özel sektör işverenlerin SGK’ya ödeyecekleri primlerde uygulanan indirim oranını 5 puandan 4 puana indirirken, teklifin 21’nci maddesi ile yalnızca imalat sektörü bunun dışında bırakılmaktadır. Buna göre imalat sektöründe prim indirim oranı 31/12/2026 tarihine kadar 5 puan olarak uygulanmaya devamına deacağı gibi, Cumhurbaşkanı bunu bir yıl daha uzatma yetkisine sahip olacaktır.

Kamu kaynakları elbette doğru kullanılmalıdır. Etki analizini görmediğimiz için bu kısmi düzenlemenin kamuya sağlayacağı faydayı yorumlama imkanımız bulunmamaktadır. Ama ülkemizin içinde bulunduğu ekonomik şartlarda istihdamı teşviğin bir zaruret olduğu hiçbir analize ihtiyaç duyulmaksızın görülebilen bir gerçekliktir.

İndirim oranını bir puan düşürmenin işverene aylık ortalama kişi başı maliyeti 400 TL’dir. Bu kriz ortamında, zaten ancak kurumsal borçsuz işyerlerinin yararlanabildiği indirim puanı uygulamasının düşürülmesi, o sektörlerde işverenin bu yükü işçiye yansıtmasına veya kayıt dışına yönelmeye sebep olacaktır.

Bu sebeplerden dolayı imalat sektöründeki prim indirim oranının devamını desteklerden, diğer sektörlerde de uygulamanın aynı şekilde devam etmesi için maddenin tekliften çıkarılması yönünde verdiğimiz önerge yazık ki reddedilmiştir.

Devletin gelirlerini arttırmamanın yolu alt gelir grubunun rızıkına göz dikmek değildir. Bir gelir ihtiyacı varsa öncelikli olarak kimine 30, kimine 36, kimine 24, kimine 19 defa vergi muafiyeti hakkı tanınan, borçları silinen malum şirketlere yapılan kıyaklardan vazgeçilmelidir.

Teklifin 15’nci Maddesi astsubay meslek yüksel okulları, polis eğitim merkezleri, Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda subay ve astsubay eğitime tabi tutulan adayların yetim aylıklarının kesilmemesine dönüktür ve tarafımızdan desteklenmektedir.

Ziraat Odası üye kayıtlarının SGK'ya bildirilmesini düzenleyen 18'nci Madde'nin gerekçesi tarımda kayıt dışılığın önüne geçmek olarak açıklanmıştır. Bu yükümlülüğü 6 ay içinde yerine getirilmesi durumunda idari para cezası uygulanmayacağı, önceki cezaların da affedileceği bildirilmiştir. Ödemelerini düzenli yapmış üyelere iadenin söz konusu olmaması, bu üyeler açısından haksız bir durum olacaktır.

Türkiye'de ziraat odalarına kayıtlı yaklaşık 5 milyon üye bulunmaktadır. Özellikle pandemi döneminde kapanmadan muaf olmak için köyde evi, tarlası olan binlerce vatandaşımız Ziraat Odası'na kayıt yaptırmıştır. Ancak Çiftçi Kayıt Sistemi üyelerinin sayısı bunun yarısı kadar bile değildir. Zira her tarla sahibi tarımla uğraşmamakta, çiftçilik yapmamaktadır. Tarımsal faaliyetlerin kayıt altına alınması, sağlıklı bir tarımsal planlanma için gereklidir. Ancak izah ettiğimiz durum dolayısıyla bir veri manipülasyonu oluşabilir.

Kanun teklifinin kamuoyunca en yakından takip edilen maddelerinden biri 2015 öncesi Genel Sağlık Sigortası prim borçlarının silinmesini düzenleyen 19'ncü maddesidir.

1 milyon 700 bin civarında GSS prim borçlusunu kapsayan bu madde her ne kadar borçlulara müjde olarak sunulmuş olsa da, kamuda 10 yıllık zaman aşımı bulunduğu zaten zaman aşımına uğrayacak olan borçların bir lütuf gibi "Vatandaşın borcunu siliyoruz" diye sunulmasını siyasi kurnazlık olarak değerlendiriyoruz. Burada vatandaş rahatlatmak gibi bir hedef varsa 2015 sonrası borçları da kapsayan genel bir düzenleme yapılmalıdır.

Teklifin 20'nci Maddesi ile kamu üniversite sağlık hizmet sunucularının 2024 yılında verdikleri hizmet bedelinin götürü bedel sözleşme tutarından düşük olması durumunda aradaki farkın Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bütçesine bu amaçla tahsis edilecek ödenekten karşılanması sağlanmaktadır.

Teklifin 22 ve 23'ncü maddelerine konu olan Çalışan Sağlığı Merkezleri (ÇASMER)'nin etkin çalıştırılması iş sağlığı ve güvenliği açısından doğrudur. Ancak bu merkezlerin hizmetlerinin yönetmelikle belirlendikten sonra kanun çıkarılması doğru bir yöntem olmamıştır.

22'nci maddede yer alan ÇASMER'lerin ekipman muayene kuruluşunun "Bakanlıkça yetkilendirilen kuruluşlar"ca yapılacağı ibaresi, hangi özel şirketlere alan açılacağı konusunda endişe oluşturmaktadır.

İş güvenliği alanında çalışan C sınıfı uzmanlar az tehlikeli ve tehlikeli, B sınıfı uzmanlar tehlikeli ve çok tehlikeli, A sınıfı uzmanlar ise çok tehlikeli sınıftaki işletmelere bakabilmektedir.

Teklifin, özellikle C sınıfı iş güvenliği uzmanlarında istihdam alanlarının daraltıldığına dönük kaygı oluşturan 23'ncü maddesinde muğlaklığa yol açan, "Ancak, 10'dan az çalışanı bulunan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde, işyerinin bağlı bulunduğu kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşundan hizmet alarak da yürütebilirler" ifadesi, komisyon görüşmeleri sırasında madde metninden çıkarılmıştır.

Madde, yeniden düzenlenmiş haliyle ÇASMER'lerin iş güvenliği ve sağlığı alanındaki işlevini düzenlemektedir.

Teklifin 24'ncü maddesi, işyerlerinin Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri (OSGB)'nden hizmet alması halinde, bildirim yükümlülüğünün iş yeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı ile birlikte OSGB yönetimine de verilmesini öngörmektedir. Ancak kanun metni lafzının anlaşılır olmaması uygulamada problemlere yol açabilir.

## **MADDELER ÜZERİNE DEĞERLENDİRMELER**

### **MADDE 2**

Kişisel verilerin korunması, bireylerin temel hak ve özgürlüklerini güvence altına alan anayasal bir zorunluluktur. Bu bağlamda, Anayasa'nın özel hayatın gizliliği ilkesine ilişkin düzenlemeleri ile paralel olarak, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, bireylerin mahremiyetine ilişkin haklarını koruma altına almak ve veri işleme süreçlerinde denge oluşturmak adına vazgeçilmez bir yere sahiptir.

Sağlık gibi hassas bir alanda toplanan verilerin niteliği, bu verilerin korunmasını yalnızca teknik bir gereklilik değil, aynı zamanda yasal bir zorunluluk haline getirmektedir. Sağlık verileri gibi özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesi ve saklanması, hem teknik güvenlik standartlarının uygulanmasını hem de açık ve net bir yasal düzenleme çerçevesinde hareket edilmesini gerektirir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na eklenen düzenleme, Sağlık Bakanlığı tarafından kişisel verilere erişimi sağlayacak bir sistem kurulmasını öngörmektedir.

Ancak, bu sistemin hukuki ve teknik standartlarının açık bir şekilde düzenlenmemesi durumunda, bireylerin mahremiyet haklarının ihlal edilmesi riski artacaktır. Bu nedenle, Kişisel Verileri Koruma Kurulu'nun belirlediği ilkelere uygun olarak güvenlik standartlarının kanunla netleştirilmesi elzemdir.

Kanun metnindeki "Bakanlıkça" ibaresi, Bakanlığa sınırsız bir takdir yetkisi tanımakta ve bu durum, Anayasa'nın kanunilik ilkesine zarar vermektedir. Her ne kadar kurulacak sistemin Kişisel Verileri Koruma Kurulu İlkelerine bağlı olarak Bakanlıkça belirleneceği düzenmişse de bu ibare kanunilik ilkesini karşılar nitelikte değildir. Bu yetkinin sınırlarının yasal düzenlemeyle açıkça belirlenmesi gerekmektedir. Ez cümle, sistemin ilkeleri kazuiistik bir biçimde kanunda yer almalıdır. Anayasa Mahkemesi'nin daha önce verdiği iptal kararlarının tam anlamıyla karşılanması için, Bakanlığın veri işleme süreçlerine yönelik sınırlamalar getirilmesi ve bu süreçlerin tamamen şeffaf bir biçimde düzenlenmesi gereklidir.

Kişisel verilerin korunmasına ilişkin ulusal ve uluslararası standartlar, sağlık gibi kritik bir alanda uygulanabilir ve denetlenebilir olmalıdır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı'nın veri işleme ve erişim süreçlerine dair tüm yetki ve sorumluluklarının, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun şekilde sınırlandırılması, veri güvenliğinin sağlanması için hayati öneme sahiptir.

Türkiye'de son yıllarda artan veri ihlalleri, özellikle e-Devlet sisteminden sızdırılan verilerle gündeme gelmişken, sağlık bilgilerinin güvenliğinin sağlanması daha da kritik bir hal almıştır. Sağlık verileri, bireyin fiziksel, psikolojik ve genetik özellikleri hakkında son derece kişisel bilgileri içerir. Bu bilgiler, yalnızca bireyin tedavi sürecinde değil, aynı zamanda iş başvurularında, sigorta poliçelerinde ve hatta sosyal ilişkilerde dahi önemli etkiler yaratabilir. Kötü niyetli kişilerce ele geçirilen sağlık verileri; kimlik hırsızlığı, dolandırıcılık veya ayrımcılık gibi sonuçlara yol açabilir. Türkiye'de e-Devlet sistemine yönelik gerçekleştirilen siber saldırılar ve vatandaşların kişisel bilgilerinin çalınması, dijital altyapının güvenliği konusunda ciddi soru işaretleri doğurmuştur. Bu ortamda, tüm sağlık bilgilerinin tek bir dijital sistemde toplanması büyük bir risk oluşturmaktadır. Tüm bu sebeplerden ötürü, sağlık bilgilerini içerecek sistemin ilkelerinin belirlenmesinin düzenlendiği maddeye ilişkin komisyonda verdiğimiz önerge Ak Parti ve MHP'nin karşı oylarıyla reddedilmiştir.

### **MADDE 3**

Esnaf ve sanatkârlarımız, ekonomik yapının temel taşlarından biri olup, piyasa koşullarındaki dalgalanmalara karşı en kırılgan kesimlerden biridir. Bu nedenle, Esnaf Ahilik Sandığı uygulaması, esnafımızın işsiz kalma riski karşısında korunması adına büyük bir ihtiyaçtır. Ancak, 5510 sayılı Kanun'daki bu düzenlemenin sürekli olarak ertelenmesi, esnafımızın güvencesiz bir çalışma hayatına mahkûm edilmesi anlamına gelmektedir. Kanunlar uygulanmak için çıkarılır; sürekli erteleme, bu düzenlemenin amacını zedelemektedir. Esnaf ve Ahilik Sandığı uygulamasının, 1 Ocak 2018 olarak planlanan yürürlük tarihi önce 2020 yılına sonrasında 2024 yılına mevcut teklif ile de 2028 yılına ertelenmek istenmektedir.

Esnaf ve sanatkârlarımızın işsizlik karşısında bir güvenceye sahip olması, yalnızca bireysel düzeyde değil, toplumun genel ekonomik dengesi açısından da önemlidir. Özellikle ekonomik dalgalanma dönemlerinde, esnafımızın desteklenmesi, sürdürülebilir bir ekonomik yapı için gereklidir. Bu nedenle, Esnaf Ahilik Sandığı gibi uygulamalar, sosyal güvenlik sistemimizin tamamlayıcı unsurları olarak hayata geçirilmelidir. Ancak, esnafımızın bu güvenceye sahip olması için ek prim ödemesinin talep edilmesi, zaten zor ekonomik koşullarda ayakta kalmaya çalışan bu kesim için ek bir yük oluşturacaktır. Artan maliyetler, piyasa koşullarındaki belirsizlikler ve azalan kâr marjları nedeniyle esnafımız zaten finansal olarak zorlu bir süreçten geçmektedir. Ek prim ödemelerinin bu süreci daha da ağırlaştıracağı açıktır.

Esnaf Ahilik Sandığı gibi önemli bir uygulamanın ertelenmeden hayata geçirilmesi gereklidir. Ancak bu süreçte, esnafımıza ek maliyetler yüklenmeden, devlet destekli bir modelin benimsenmesi gerektiğini vurguluyoruz. Esnafımızın güvenceli bir iş hayatı sürdürebilmesi için gerekli adımlar bir an önce atılmalı, bu konudaki düzenlemeler sosyal adalet ve ekonomik gerçekler dikkate alınarak yapılmalıdır.

### **MADDE 4**

Teklif edilen düzenleme, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yurt dışından gerçekleştirilecek beşeri tıbbi ürün alımları ile bunlara ilişkin hizmet alımlarını Kamu İhale Kanunu'nun (4734 sayılı Kanun) denetim ve şeffaflık ilkelerinden muaf tutmayı amaçlamaktadır. Bu düzenleme ciddi ekonomik, sosyal ve idari riskler barındırmaktadır.

Kamu kaynaklarının etkin, verimli ve şeffaf bir şekilde kullanılmasını sağlamayı hedefleyen Kamu İhale Kanunu (4734 sayılı Kanun), ülkemizin kamu harcamalarını düzenleyen en temel yasal çerçevelerden biridir. Bu Kanun'un uygulanması, kamu

harcamalarının denetimini ve hesap verebilirliğini sağlarken; kaynak israfını, yolsuzluğu ve usulsüzlükleri önlemeye yönelik bir sigorta niteliği taşımaktadır. Ancak, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) yurt dışından gerçekleştireceği beşeri tıbbi ürün alımları ile ilgili teklif edilen değişiklik, bu mekanizmaları devre dışı bırakmayı hedeflemektedir. Söz konusu düzenlemenin hem ekonomik hem de sosyal açıdan ciddi riskler barındırdığı açıktır.

Kamu İhale Kanunu'nun temel ilkeleri arasında şeffaflık, rekabet, eşit muamele, hesap verebilirlik ve denetlenebilirlik yer almaktadır. Bu ilkeler, kamu kaynaklarının etkin ve ekonomik bir şekilde kullanılmasını güvence altına alır. Kamu İhale Kanunu kapsamından çıkarılan süreçlerde ise bu ilkelerin işletilemeyeceği açıktır. Özellikle SGK gibi geniş bütçeli ve önemli bir kuruma bu denetim mekanizmasının dışında hareket etme yetkisi tanınması, kamu kaynaklarının israf edilmesi ve olası yolsuzluk vakaları için zemin hazırlayabilir.

Yurt dışından ilaç temini konusu yalnızca fiyat avantajı sağlamak değil, ilaçların güvenliğini, kalitesini ve sürdürülebilirliğini garanti altına almak açısından da önemlidir. SGK'nın ilaç temin sürecinde tek yetkili olarak öne çıkarılması, diğer yetkili kurumlar olan Türk Eczacıları Birliği (TEB) ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun (TİTCK) pratikte devre dışı bırakılması haksız rekabetin oluşmasına neden olacak, temin sürecinde kaynak çeşitliliğini ve denetimi azaltacaktır. Geçmişte ecza depolarının bu sürece dahil edilmesiyle yaşanan sorunlar, bu düzenlemenin ne kadar riskli olabileceğini göstermektedir. Bir vatandaşımızın bile ilacına ulaşamaması bizi derinden yaralar ancak şeffaflık ve denetimden uzak bir sistemin ilaç güvenliğini zayıflatacağı da aşikârdır.

SMA, Diyabet, DMD ve diğer kronik hastalıklar, hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen ve düzenli tedavi gerektiren durumlar arasında yer almaktadır. Türkiye'de bu tür hastalıkların yaygınlığı her geçen gün artmakta; bu durum, ilaç temini ve tedavi süreçlerinin etkinliği konusunda kritik bir hale getirmektedir. Ancak, bu düzenleme bu hastalıklara çare olmak bir yana, ihtiyaç duyulan ilaçlara erişimi daha karmaşık ve belirsiz bir hale getirebilecektir. Kronik hastalıklarla mücadelede temel ihtiyaç olan ilaçların temininde kaynak çeşitliliği ve rekabet artırılmalı, bunun yanı sıra ilaç güvenliği ve denetimi kesinlikle tavizsiz bir şekilde sağlanmalıdır. Teklif edilen değişiklik ise bu hedeflerin hiçbirini gerçekleştirememektedir. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlara erişimde karşılaşılan zorluklar, hem hasta bireylerin yaşam kalitesini hem de sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Türkiye'de bu ilaçların temininde yaşanan sorunlar, sistematik bir incelemeyi ve çözüm önerilerini gerekli kılmaktadır. Mevcut düzenlemenin bu duruma çözüm olamayacağı açıktır.

Yurt dışından ilaç temininde Kamu İhale Kanunu kapsamının dışına çıkılması, kamu yararına hizmet etmemekte; şeffaflık, denetim ve kaynak çeşitliliği ilkelerini ihlal etmektedir. Bu düzenlemenin sağlık sistemimizde mevcut sorunlara çözüm sunmadığı, aksine yeni riskler doğuracağı açıktır. Dolayısıyla, yurt dışından ilaç temin süreçlerinin mevcut şeffaflık ve denetim mekanizmaları korunarak, ilgili tüm kurumların dahil olduğu bir iş birliği çerçevesinde sürdürülmesi gerektiğini vurguluyoruz.

## **MADDE 5**

Türk sağlık sistemi, birçok alanda reform ve iyileştirme gereksinimi duymaktadır. Sağlık raporları ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları gibi kritik konularda yapılacak düzenlemeler, yalnızca sağlık çalışanlarının mesleki sorumluluklarını etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda halkın sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, bu konularda kapsamlı yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ayrıca, hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi gibi hususlar da sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak için elzemdir.

Sağlık raporları, hastalık izni, geçici iş göremezlik gibi durumlarda bireylerin iş ve sosyal yaşamlarını düzenleyen önemli belgeler olup, bu belgeler hekimlerin mesleki sorumluluklarını taşımaktadır. Ancak, bu raporların verildiği yer ve koşullar, sistemin düzgün işlemesi açısından kritik öneme sahiptir. Bugün, sağlık raporlarının çoğunlukla birinci basamakta, yani aile hekimleri tarafından verilmesi söz konusu olmakta, ancak bu durum, hekimlerin iş yükünü artırırken aynı zamanda raporların bilimsel ve objektif verilmesi konusunda belirsizliklere yol açabilmektedir.

Özellikle, sağlık raporlarının yalnızca bir gelir kaynağı olarak görülmesi, bu süreçlerin doğru ve etik şekilde yürütülmesinin önünde büyük bir engel teşkil etmektedir. Aile hekimlerinin, sıradan hastalık raporları dışında, daha karmaşık sağlık durumları ve uzun süreli hastalıklar için rapor düzenlemeleri, genellikle yanlış yönlendirmelere yol açabilmekte ve bu durumun önlenmesi için raporların yalnızca ikinci ve üçüncü basamakta, yani uzman hekimler tarafından verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Sağlık raporlarının düzenlenmesinde, hekimlerin kişisel görüşlerinden bağımsız, bilimsel bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım, raporların sadece bir belge değil, bireylerin sağlık durumunu doğru bir şekilde yansıtan ve toplum sağlığını koruyan unsurlar olmasını sağlayacaktır. Sağlık raporlarının objektif bir şekilde, ulusal sağlık

standartlarına uygun şekilde verilmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda, raporların gereksiz yere verilmesinin önüne geçmek için belirli algoritmalar ve denetimler oluşturulmalıdır. Bunun için Sağlık Bakanlığı tarafından standartlaştırılmış bir sistemin kurulması, raporların verilmesinde doğru kriterlerin belirlenmesini sağlayacaktır.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları, halk arasında giderek daha yaygın hale gelmektedir. Ancak, bu uygulamaların bilimsel bir temele dayanması ve sağlık çalışanlarının bu alanlarda eğitim almış olmaları gerektiği göz ardı edilmemelidir. GETAT uygulamalarının yasal çerçevede ve sağlık hizmetlerinin bilimsel ilkelerine uygun bir şekilde yapılması, halk sağlığının korunması açısından son derece önemlidir.

Bugün, aile hekimlerinin Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) mesai dışı olarak ve ücretli bir şekilde GETAT uygulamaları yapması önerilmektedir. Ancak, bu durumun ciddi sağlık risklerine yol açabileceği ve sağlık hizmetlerinin profesyonelliğini tehdit edebileceği unutulmamalıdır. Aile hekimlerinin bu tür uygulamalara katılması, yalnızca uzmanlık alanlarına uygunluk gösteren sağlık profesyonelleri tarafından denetlenmeli ve yapılmalıdır. Aksi takdirde, sağlık hizmetlerinin kalitesi düşebilecek ve vatandaşlar doğru bilgiye ulaşmakta zorluk yaşayabilecektir.

GETAT uygulamalarının, Sağlık Bakanlığı tarafından sıkı bir şekilde denetlenmesi, uygun eğitim ve sertifikasyona sahip sağlık profesyonelleri tarafından yapılması sağlanmalıdır. Ayrıca, bu uygulamalar için özel merkezlerin kurulması ve bu merkezlerin devlet denetimine tabi tutulması gerekmektedir. Merdiven altı, denetimsiz ve belgesiz sağlık hizmetlerinin önlenmesi için, GETAT uygulamalarına ilişkin ruhsatlar Sağlık Bakanlığı tarafından verilmeli ve sürekli olarak denetlenmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın bu alandaki denetim kapasitesinin artırılması, halk sağlığını koruyacak ve sağlık profesyonellerinin güvenli çalışma ortamlarını sağlayacaktır.

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının karşılaştığı en büyük sorunlardan biri, artan iş yükü ve kötüleşen çalışma koşullarıdır. Özellikle aile hekimleri, yüksek hasta sayıları ve sınırlı kaynaklarla, hastalarına en iyi hizmeti sunmaya çalışmaktadırlar. Ancak, mevcut sistemdeki bu baskılar, sağlık çalışanlarının tükenmişliğine ve dolayısıyla hizmet kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Bu tür olumsuz çalışma koşulları, aynı zamanda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını da artırmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için, iş yükünün azaltılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve çalışanların psikolojik destek alabileceği



sistemlerin kurulması gerekmektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının haklarını koruyacak, şiddet vakalarını caydırıcı şekilde ele alacak yasal düzenlemeler getirilmelidir.

Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının, mesleklerini güvenli bir ortamda yapabilmesi için gerekli tüm önlemler alınmalı, şiddet olaylarının önüne geçilmesi için yasal altyapı güçlendirilmelidir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarına yönelik koruma ve rehabilitasyon hizmetleri sunulmalı, toplumsal bilinçlendirme kampanyaları ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin toplumsal olarak kabul edilemez olduğu vurgulanmalıdır.

Türk sağlık sistemi, sağlık raporları, GETAT uygulamaları ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına yönelik kapsamlı yasal düzenlemelere ihtiyaç duymaktadır. Sağlık raporlarının bilimsel ve etik bir temele dayandırılması, GETAT uygulamalarının profesyonel sağlık çalışanları tarafından denetlenmesi ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi, halk sağlığını korumanın yanı sıra sağlık çalışanlarının moral ve motivasyonlarını da artıracaktır. Tüm bu düzenlemelerin hayata geçirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak ve toplumun sağlıkla ilgili sorunlarına daha etkili çözümler sunacaktır. Söz konusu hususlara ilişkin kanun teklifinin mevcut 5. maddesi belirtilen sorunlara çözüm olmaktan çok uzak olduğundan teklif metninden çıkarılması için verdiğimiz önerge Ak Parti ve MHP oylarıyla reddedilmiştir.

#### **MADDE 9**

Teklifle, 5510 sayılı kanunun finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresini düzenleyen 63'üncü maddesine ekleme yapılarak uygulamaya ilişkin usul ve esaslar kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenmek üzere Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı tarafından desteklenen ve Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilen klinik araştırmalarda, araştırma ürünlerinin sağlanması hariç olmak üzere, bu madde kapsamında Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri bu kanun kapsamına dahil edilmektedir.

İlaç ve tıbbi cihaz sektörüne sağlanacak her türlü imkana olumlu yaklaşmakla birlikte, teklifin komisyona sunulan hali son derece muğlaktır. Lafzından içeriğe ve nüfus edeceği alana ilişkin çıkarımlarda bulunmak da son derece zordur. Bununla birlikte kanunların taşınması gereken niteliklere bakıldığında madde teknik açıdan son derece zayıftır. 'Uygulamaya ilişkin usul ve esaslar yönetmelikle belirlenir' ibareleri Anayasaya aykırılık oluşturabilecektir. Nihayetinde insan sağlığını etkileyecek ilaçlar ve cihazlara ilişkin bir düzenleme yapılmaktadır.

Özellikle üzerinde durmak gerekirse;

1. **“Uygulamaya ilişkin usul ve esaslar kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenmek üzere,**
2. **Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı tarafından desteklenen,**
3. **Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilen,**
4. **Klinik araştırmalarda, araştırma ürünlerinin sağlanması hariç olmak üzere”**

İbarelerinden hangi klinik araştırmaların, kim tarafından, nasıl, hangi usullerle, ne şekilde yapılacağı belli değildir. Söz konusu olan insan ve toplum sağlığıdır. Ayrıca araştırma ürünlerinin sağlanması hariç olmak üzere ibarelerinden de ne kast edildiği bilinmemektedir. Söz konusu araştırma ürünlerini kim, nasıl, hangi şekillerde temin edecektir. Bu soruların cevabı son derece önemlidir.

Madde gerekçesinden tanı, tedavi ve ilaç teknolojisinde kullanılmak amacıyla üzerinde deney yapılacak kişileri kapsayacağı anlamı çıkmaktadır. Teklif bu haliyle belirli ve öngörülebilir değildir. Kapsamı anlaşılamamaktadır.

Komisyon sürecinde madde üzerine verdiğimiz çıkarma önergesinin görüşülmesinden hemen önce söz istenmiş ancak komisyonda yaşanan aksaklıktan dolayı söz hakkı tanınmamıştır. İlgili kurum bürokratlarından madde üzerine açıklama istenmiş ancak yapılan açıklama tereddütlerimizi gidermemiştir.

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanı Ümit Kervan konuya ilişkin *“Gerçekten de eğer biz klinik araştırmaları, klinik çalışmaları, ülkemizde gerçekleştirebilirsek, ülkemizde gerçekten çok donanımlı, yapabilecek, bu alt yapıda olabilecek büyük firmalar ve ilaç, tıbbi cihaz ürünleri üreten firmalar da var. Onların desteklenmesi konusunda büyük bir destek olacak bizim ülkemizde de. Ayrıca sayın başkanımızın da biraz önce belirttiği gibi özellikle halkımızın Türk insanının bu sistemlere bu ilaçlara nasıl etki ettiğini de... çünkü en çok kullandığımız beta blokörlere var, mesela Türk halkı ona çok farklı cevap veriyor biz bunları da görebileceğimiz erken dönemde ve bu ilaçlar piyasaya sunulmadan önce etkinliklerini önceden bizler bilerek, Türk bilim adamları da Türk insanlarının buna nasıl cevap verdiğini görerek de ... belki de sosyal güvenlik kurumu bu ilaçları ödeyip ödememe kısmında da önceden de buna hakim olduğu için bizler de ülke olarak buna göre kendimizi göre kararlar alabileceğiz”* açıklamasını yapmıştır.

Ancak bu açıklama yeterli olmadığı gibi endişelerimizi doğrular niteliktedir. Yakın zamanda sırf SGK dan ödeme alabilmek için yeni doğan ünitelerinde bebeklerin ölüme terk edildiği, uygun tedavinin yapılmadığı kamuoyunun malumudur. Bu uygulamanın birçok özel

hastanede ve organize suç örgütü faaliyetleri kapsamında yapıldığı da bilinmektedir. Aynı şekilde sadece SGK dan ödeme almak için klinik araştırma adı altında nasıl faaliyetler yürütüleceği de bilinmemektedir. Teklif maddesi bu haliyle son derece muğlak ve tehlikelidir.

Komisyon sürecinde dile getirdiğimiz bu endişelerimiz teklif sahipleri tarafından da endişe verici bulunacak ki teklif maddesi üzerinde değişiklik yaparak maddeye “desteklenen, Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilen kamu hastaneleri ve devlet üniversitelerinde yapılan” şeklinde değişiklik yapılmak istenmiştir. Yapılan değişiklik sonrasında bile madde üzerinde tereddütlerimiz devam etmektedir. Düzenleme tatmin edici nitelikte değildir. Sonuç olarak hangi hastalıklar için, hangi tıbbi cihazlar ve hangi ilaçlar, hangi şirketler tarafından klinik araştırmalara konu edilecek şekilde işlenecek bilinmemektedir.

Bütün bu hususların yönetmelikle düzenlenecek olması kişilerin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve diğer Anayasa hükümleri düşünüldüğünde Anayasaya aykırılıklar oluşturacaktır. Ayrıca TCK madde 90 kapsamında suç oluşturabilecek fiillerle de karşılaşmak mümkün olacaktır.

Topluma faydalı her düzenlemeyi desteklemekteyiz. Klinik araştırma, yerli ilaç, tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme sektörlerinin geliştirilmesi için olumlu her düzenlemeye destek vermekle birlikte uygulamada yaşanması muhtemel sorunlara ilişkin teklif maddesi üzerindeki şerhimizi kamuoyu ile paylaşıyoruz.

## **MADDE 12-21**

Teklifle; 5510 sayılı Kanununun 81 inci maddesinin birinci fıkrasının (i) bendinin birinci cümlesinde yer alan "beş" ibaresi "dört" şeklinde değiştirilmek istenmektedir. 5510 sayılı kanunun 81 inci maddesi prim oranları ve devlet katkısına ilişkin düzenleme yapmaktadır. İlgili madde hükmüne göre; malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranları ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

2008 yılından itibaren özel sektör işverenlerin belirli şartları taşıması halinde prim ödemelerinde 5 puan indirim olacak şekilde devlet desteği sağlanmaktadır. Özel sektörde faaliyet gösteren işverenlerin belirli şartları yerine getirmeleri halinde 5 puan olarak uygulanan devlet desteği, teklifin yasalaşması ile 4 puan olarak uygulanacaktır. Bunun yanı sıra aynı teklifin 21'nci maddesinde ise imalat sektörü için aynı uygulamanın iki yıl süreyle devam edeceği ayrıca Cumhurbaşkanının bu süreyi bir yıl uzatabileceği düzenlenmektedir. Teklifin tamamının Komisyonunda kabul edilen haliyle yasalaşması ihtimalinde en azından imalat sektöründe faaliyet gösteren özel sektör işverenler açısından 21'nci maddeyi desteklemekteyiz.

Ancak özel sektör işverenleri arasında farklı uygulamaya sebebiyet verecek bu düzenlemeleri doğru bulmuyoruz.

İşveren hissesine ait primlerin Hazinece karşılanabilmesi için, işverenlerin çalıştırdıkları sigortalılarla ilgili olarak bu Kanun uyarınca aylık prim ve hizmet belgelerini yasal süresi içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumuna, muhtasar ve prim hizmet beyannamelerini ise Maliye Bakanlığına vermeleri, sigortalıların tamamına ait sigorta primlerinin sigortalı hissesine isabet eden tutarı ile Hazinece karşılanmayan işveren hissesine ait tutarı yasal süresinde ödemeleri, Sosyal Güvenlik Kurumuna prim, idari para cezası ve bunlara ilişkin gecikme cezası ve gecikme zammı borcu bulunmaması şarttır. Bununla birlikte yapılandırma imkanlarından faydalanan, ilgili kanunlara göre taksitlendiren işverenler bu süre zarfında da bu faydadan yararlanabilmektedir. Takdir edilmelidir ki ülkenin mevcut ekonomik durumu göz önüne alındığında bir işverenin yukarıda sayılan yükümlülükleri yerine getirmesi son derece zordur.

Hal böyle olunca yükümlülüklerini yerine getiren işverenlerin daha fazla ödüllendirilmesi gerekirken tam tersi bir uygulamaya gidilmektedir.

Teşvik edici düzenlemelerle kayıt dışı istihdamın önlenmesi mümkünken, işveren yükünü artırmak doğru bir uygulama olmayacaktır. En azından mevcut uygulamanın devam edebilmesi için maddenin teklif metninden çıkarılması gerekmektedir.

Sonuç olarak ekonominin ezici etkisi altında işverenler daha düşük maliyetlerle işçi istihdam etme eğiliminde olabilecekleri gibi tamamen kayıt dışı istihdama da yönelebilirler. Ülkemizde brüt ücret üzerinden yapılan vergi ve sosyal güvenlik kesintileri bir hayli yüksektir. Vergi oranlarının yüksekliği ve artan vergi yükü neticesinde işletmeler yatırımlarını azaltabilir hatta işletmelerini kapatma eğiliminde de olabilirler. Hükümetin tutumuna bağlı olarak değişen politikalarla birlikte istikrarsız uygulamalarda yine özel sektör işveren açısından olumsuz bir durumdur.

Teklifle değişiklik yapılmak istenilen, 2008 yılı Ekim ayı itibarı ile yürürlüğe giren 5510 sayılı kanunun 81/1-ı maddesi özellikle yüksek oranlı sigorta primleri nedeniyle artan işgücü maliyetleri işverenleri kayıt dışı istihdama yönlendirdiği için alınmış kanuni bir tedbirdir. Dolayısı ile bugün bu uygulamadan 1 puan bile olsa vazgeçilmesi sayılan sakıncaları beraberinde getirecektir. Geçmişte Sosyal Güvenlik Kurumu Strateji Geliştirme Başkanlığı; Kayıt dışı istihdamla mücadele, kayıtlı istihdamın desteklenmesi, bilinçlendirme ve bilgilendirme faaliyetleri, istihdam üzerinde mali yüklerin azaltılması, uygulanan teşviklerin çeşitlendirilmesi gibi birçok çalışma yapmıştır. Bugün gündeme gelen kanun teklifinde başarılı olduğu gözlemlenen bunca akademik çalışmanın üzeri çizilmekte ve Hazinesinin işveren destek priminden 1 puan daha fazla tasarruf etmesi amaçlanmaktadır.

Özel sektör işverenler üzerindeki yükü artıran maddenin kanun teklifinden çıkarılması yönündeki önergemiz AK Parti ve MHP oylarıyla reddedilmiştir.

## **YENİ MADDE**

2024 yılı itibarıyla Türkiye'deki emekli maaşlarında yaşanacak olan düşüş, mevcut emeklilik sisteminin adaletsizliklerini daha da derinleştirerek, emeklilerin yaşam standartlarını olumsuz etkileyen bir durum yaratacaktır. Bu durumun başlıca sebebi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda yapılan düzenlemeler ve bu düzenlemeler çerçevesinde belirlenen güncelleme katsayısı hesaplama yönteminin, özellikle 2024 yılında emekli olanlar ile 2024 yılından sonraki yıllarda emekli olacak bireyler arasında ciddi maaş farkları oluşturmaya yol açmasıdır.

Özellikle 2024 yılının ikinci yarısında emekli olmayı planlayanlar ile 2025 yılının ilk yarısında emekli olacaklar arasında büyük bir maaş farkı oluşacağı öngörülmektedir. Bu fark, güncelleme katsayısının hesaplanmasındaki farklılıklar ve yüksek enflasyon nedeniyle ortaya çıkmaktadır. 2024 yılı için yapılan toplam maaş artışı, yaklaşık olarak %86,16 civarında iken, aynı hesaplamalar 2025 yılının ilk yarısında emekli olacaklar için %30 daha düşük bir artışla sonuçlanacaktır. Güncelleme katsayısı, 2024 yılı için 1,8616 olarak hesaplanırken, 2025 yılının ilk yarısı için bu katsayı 1,4255'e düşmektedir. Bu fark, maaş hesaplamalarında önemli bir adaletsizliğe yol açmakta ve emekli olacak bireylerin yaşam standartlarında büyük bir düşüşe neden olmaktadır.

Türkiye'nin emeklilik sistemi, 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile köklü değişikliklere uğramıştır. Bu kanun ile getirilen düzenlemeler, emekli maaşlarının hesaplanmasında kullanılan önemli kriterlerden biri olan güncelleme katsayısının belirlenmesinde ciddi değişikliklere neden olmuştur. Özellikle, emekli maaşlarının güncellenmesinde kullanılan büyüme payının değiştirilmesi emeklilerin ülke ekonomisindeki büyümelerden faydalanmalarını engellemektedir. Bu durum, emeklilerin ekonomik refah seviyelerinin düşmesine, emekli maaşlarının enflasyon karşısında erimesine ve dolayısıyla yaşam standartlarının giderek daha düşük bir seviyeye inmesine yol açmaktadır.

Emekli maaşlarının belirlenmesinde kullanılan TÜFE (Tüketici Fiyat Endeksi) oranı ve gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) büyüme oranlarının birleşiminden elde edilen güncelleme katsayısı, özellikle yüksek enflasyon dönemlerinde ciddi eşitsizliklere neden olabilmektedir. Bu katsayı, 2024 yılında yapılan maaş artışlarının bile emekli maaşlarının satın alma gücünü koruyamayacak derecede düşük olmasına yol açmaktadır. Özellikle, enflasyon oranlarının

yüksek olduğu yıllarda emekli maaşları, artışların gerisinde kalmakta ve emekliler bu artışlardan yeterince faydalanamamaktadır.

TÜFE oranı Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) tarafından belirlenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), ekonomik, sosyal, ve demografik verileri üreten en önemli kamu kurumlarından biridir. Ancak son yıllarda TÜİK tarafından yayımlanan verilerin güvenilirliği ve doğruluğu konusunda ciddi tartışmalar yaşanmaktadır. Özellikle enflasyon, işsizlik ve büyüme gibi temel ekonomik göstergelerde yayımlanan verilerin, halkın ve uzmanların gerçeklikle örtüşmediği yönündeki algısı giderek güçlenmektedir. Bu halde emeklilerimizin aylıklarındaki olması gereken zam oranlarına ulaşamadığı görülmektedir.

2024 ve 2025 yıllarında emekli olacak işçilerin karşılaştığı en büyük problem, ne zaman emekli olacaklarını bilmedikleri için, emeklilik kararlarını almakta yaşadıkları belirsizliktir. 2024 yılının ikinci yarısında emeklilik başvurusu yapanlar, %30 daha yüksek bir maaş alacakken, 2025 yılı başında başvuranlar daha düşük bir maaşla emekli olacaklardır. Bu fark, sadece maaşlarda değil, aynı zamanda yıllar süren emeklilik dönemi boyunca da devam edecektir. Bu nedenle, emeklilik tarihlerine göre yaşanan maaş farkı, emeklilerin ömür boyu alacakları maaşlarını etkileyecek ve bu durum ciddi bir adaletsizlik yaratacaktır.

Bu durumu düzeltmek için, öncelikle 2024 yılı için geçici bir düzenleme yapılması gerekmektedir. Mevcut durumu iyileştirebilmek için önerilen çözüm, güncelleme katsayısının, yıl içinde emekli maaşlarına yapılan toplam artıştan düşük olmamasıdır. Bu öneri, yalnızca 2024 yılı için değil, 2025 ve sonrasındaki emeklilik dönemlerinde de emekli maaşlarının adaletli bir şekilde hesaplanmasını sağlamayı hedeflemektedir. 5510 sayılı Kanun'a bu yönde bir ekleme yapılması, emekliler arasında oluşacak bu büyük maaş farklarının ortadan kaldırılmasına olanak tanıyacaktır.

Bununla birlikte, Türkiye'nin emeklilik sisteminde köklü bir reform yapma zamanı gelmiştir. Bugün, emekli maaşlarının adaletsiz bir şekilde hesaplanması, emeklilerin yaşadıkları gelir kayıpları ve artan yaşam maliyetleri göz önüne alındığında, bu sistemin yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Emeklilik sisteminin, tüm çalışanlar için daha eşit, adil ve sürdürülebilir hale gelmesi için temel yasal değişiklikler yapılmalı, sadece belirli dönemler için değil, uzun vadeli çözümler üretilmelidir.

2024 ve sonrasında yaşanacak olan emekli maaşı düşüşleri, yalnızca bir yılın sorunu olmayıp, Türkiye'nin sosyal güvenlik sisteminin uzun vadede yaşatacağı büyük eşitsizlikleri işaret etmektedir. Bu adaletsizliklerin giderilmesi için, yasa yapıcıların, emeklilik sistemini

daha adil ve eşitlikçi hale getirecek köklü reformlar yapması gerekmektedir. Geçici düzenlemeler, sorunların üzerine bandaj yapmaktan öteye geçmemekte ve bu bağlamda kalıcı çözümler, tüm emekliler için daha yaşanabilir bir sistemin temellerini atacaktır.

Bu sebeplerden ötürü, emekli aylıkları arasındaki dengesizliği giderecek önergemiz yeni madde ihdası olarak komisyona sunulmuştur. Lakin önergemiz Ak Parti ve MHP oylarıyla reddedilmiştir.

## **SONUÇ;**

Teklifin bazı maddeleri toplumun beklentisi olarak tarafımızca olumlu görülüp desteklenmekle birlikte yukarıda detaylarıyla anlatılan gerekçeler sebebiyle bazı düzenlemelerin vatandaşlarımız için olumsuzluklar yaratacağı ortadadır.

Teklif işverenler özelinde adaletsiz uygulamaları uhdesinde barındırmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılması öngörülen GETAT uygulamalarının aile hekimleri ve vatandaşlar açısından sakıncalı sonuçları olabilecektir. Kişisel verilerin korunmasına yönelik Anayasal güvencelere ve Anayasa Mahkemesinin kararlarına rağmen yetkinin Bakanlığa bırakılmasının verilerin suistimale açık şekilde işleme ihtimaline binaen Anayasaya aykırılık oluşturabileceği kanaatindeyiz. Esnaf Ahilik Sandığı uygulamasının, yeterince korunaklı bir yapıda olmayan esnaf ve ahiler için büyük önem taşıdığını düşünmekteyiz. Kamu İhale Kanunu istisnaları kapsamının genişletilmesinin kamu kaynaklarının etkili, ekonomik, verimli ve şeffaf bir şekilde kullanılması amacına hizmet etmeyeceği kanaatindeyiz.

Özellikle emeklilerin maaş düşüşü yaşamaması, yaşanacak hak kaybının engellenmesi amacıyla hazırlanan yeni madde ihdasımızın müzakereden uzak bir şekilde reddedilmesini muhalefet partilerinin yasama sürecine katılmasının engellenmesi olarak görmektediriz.

Dolayısıyla 2/2717 esas numaralı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi'ni yetersiz bulmaktayız. Bahse konu teklife ilişkin çekincelerimizi bu şerh aracılığıyla kamuoyunun dikkatine sunarız.

*Selcan Taşcı*  
Tekirdağ

*Ahmet Eşref Fakıbaba*  
Ankara

## MUHALEFET ŞERHİ

2/2717 Esas Numaralı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” teklifine ilişkin görüş ve önerilerimiz aşağıda belirtilmiştir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi'nin gerekçesinde norm ve standart birliğinin sağlanması, sistemin sürdürülebilirliğinin artırılması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması gibi amaçlar belirtilse de içerdiği düzenlemeler ciddi hak kayıplarına, eşitsizliklere ve anayasal ilkelere aykırılıklara yol açma potansiyeli taşımaktadır.

Söz konusu Kanun Teklifi'nin getirdiği düzenlemeler, sosyal hukuk devleti ilkesi, kazanılmış hakların korunması, kişisel verilerin gizliliği ve uluslararası normlar çerçevesinde ele alındığında 2008 yılı öncesinde sigortalı olanların emeklilik haklarından, kişisel sağlık verilerinin korunmasına; esnafın sosyal güvencelerinden, ilaç temin politikalarına; aile hekimliği sisteminden, sağlık hizmetlerine erişim maliyetlerine kadar geniş bir yelpazede önemli etkileri bulunmaktadır.

Saadet Partisi Grubu olarak amacımız, Kanun Teklifi'nin mevcut haliyle kabul edilmesinin doğuracağı olumsuz sonuçlara dikkat çekmek ve daha adil, eşitlikçi ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik ve sağlık sistemi oluşturulmasına katkı sağlamaktır. Bu doğrultuda, teklifin içerdiği düzenlemelerin bireylerin hak ve özgürlükleri üzerindeki olası olumsuz etkileri değerlendirildikten sonra alternatif çözüm teklifleri sunulacak yapılabilecek öneriler doğrultusunda düzenlemenin tekrar gözden geçirilmesini talep ediyoruz.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi ile 2008 yılı Ekim ayı öncesinde sigortalı olanların vergi indirimine esasına dayalı emeklilik hakkını iptal ederek, çalışma gücü kaybı oranı esasına bağlamayı hedeflemektedir. Bu durumda geçmişte kazanılmış hakların geriye dönük bir şekilde ortadan kaldırılmasına neden olmaktadır. Sosyal hukuk devleti ilkesi gereği, kazanılmış hakların korunması esastır; bu değişiklik, sigortalılar arasında hak kaybına yol açarak adalet duygusunu zedelemektedir. Emeklilik sürecinin tamamen SGK sağlık kurullarının tespitine bırakılması, kuruma geniş bir takdir yetkisi sağlamaktadır. Bağımsız ve objektif bir denetim mekanizması olmaksızın bu kararların alınması, sübjektif değerlendirme ve keyfiyet riski doğuracaktır. Böylelikle bireylerin kuruma olan güvenini sarsılacak ve yargı süreçlerini artacaktır.

Düzenlemede kullanılan "çalışma gücü kaybı" kavramı, sosyal politika literatüründe yerleşik olan "engellilik" kavramından farklıdır. "Engellilik" bireyin genel hayata katılımını etkileyen bir durumken, "çalışma gücü kaybı" sadece iş hayatına yönelik bir ölçüttür. Bu ayrım engelli bireylerin toplumsal hayata katılımını ve sosyal haklarını göz ardı ederek, engelli bireylere yönelik kazanılmış sosyal haklarda gerilemeye yol açmaktadır. Düzenlemenin gerekçesinde norm ve standart birliğinden söz edilse de 2008 öncesi ve sonrası sigortalılar arasında haksız bir eşitsizlik yaratılmaktadır. Geçmişte vergi indirimine belgesiyle emeklilik hakkı elde eden kişiler, şimdi daha katı çalışma gücü kaybı oranlarına tabi tutulacaktır. Bu aynı süre boyunca prim ödeyen kişiler arasında adaletsizlik yaratılmaktadır. Vergi indirimiyle emekli olabilen engelli bireylerin emeklilik süreçlerinin zorlaştırılması, iş hayatından çekilmelerini geciktirerek çalışma hayatında ekonomik ve sosyal zorluklarla



karşılaşmalarına neden olabilir. Ayrıca, bu bireylerin emeklilikten sonra sosyal güvenlik sistemine katkıda bulunma (vergi ve tüketim gibi) potansiyelleri azalacaktır.

SGK sağlık kurullarının mevcut iş yükü ve kapasitesi düşünüldüğünde, bu düzenleme nedeniyle bireylerin emeklilik süreçlerinde ciddi gecikmeler yaşanacaktır. Bu olgu özellikle engelli bireyler için daha fazla mağduriyete yol açacaktır. SGK'nın kararları yargıya taşındığında idari davaların artışı ve uzun yargı süreçleri bireylerin hak kayıplarını büyütebilir. Bu düzenleme esasında engelli bireylerin topluma tam katılımını teşvik eden Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'ne ve Avrupa Sosyal Şartı'na aykırı olup. Emeklilik haklarının "çalışma gücü kaybı" gibi dar bir kavrama indirgenmesi, uluslararası insan hakları normlarıyla çelişmektedir.

Bu açıdan düzenlemenin kazanılmış hakları koruyacak şekilde yenilenmesi gereklidir. SGK sağlık kurullarının karar süreçleri için bağımsız denetim mekanizmaları oluşturulmalı ve şeffaflık sağlanmalı, engelli bireylerin sosyal hayata katılımını teşvik eden geniş kapsamlı sosyal politika anlayışı benimsenmelidir. Bunu bağlamda norm ve standart birliği sağlanırken sosyal eşitlik ve adalet ilkeleri ihmal edilmemelidir. Bu düzenleme kendi gerekçesine göre gerçekten sosyal güvenlik sisteminde reform hedefi güdüyorsa, bireylerin mağduriyetine neden olmamalı; aksine haklarını koruyarak daha kapsayıcı bir yaklaşım içermelidir. Bu çerçevede düzenlemenin getirdiği değişiklikler yeniden ele alınmalıdır.

Mezkûr kanun teklifi ile Sağlık Bakanlığına geniş bir veri toplama, işleme ve paylaşma yetkisi de tanınmaktadır. Ancak bu yetki sınırlarının belirsiz bırakılması ve uygulanacak güvenlik mekanizmalarının yalnızca yönetmeliklere bırakılması, kişisel verilerinin kötüye kullanım riskini artırmaktadır. Kişisel verilerin korunması, bireyin özel hayatının gizliliği ilkesinin temel bir unsurudur ve bu düzenleme, bireylerin sağlık verilerinin potansiyel ihlallerine karşı yeterli koruma sağlamamaktadır. Bakanlık, sağlık verilerinin toplanması, işlenmesi ve güvenliğinin sağlanması süreçlerinde hem kural koyucu hem de uygulayıcı pozisyonadadır. Bu merkezîyetçi yaklaşım, denetim mekanizmalarının bağımsızlığını zayıflatarak yetki suistimallerine açık bir zemin yaratabilir. Kişisel Verileri Koruma Kurulu'nun bu süreçteki rolü sembolik düzeyde kalmakta, gerçek bir denetim işlevi yerine getirilmemektedir. Anayasa Mahkemesi, kişisel verilerin korunmasının yalnızca kanunla düzenlenebileceğine hükmetmiştir. Bu düzenleme, kanunilik ilkesine uygun görünmekle birlikte, veri işleme süreçlerinin çoğunu yönetmeliklerle düzenlemeyi öngörmektedir. Kanun ile düzenlenmesi gereken alanların yönetmeliklere bırakılması, düzenlemenin Anayasa Mahkemesi kararının ruhuna aykırı şekilde kurgulandığını göstermektedir. Düzenleme, bireylerin sağlık verilerine erişim hakkını düzenlemekte ancak bu hakkın kapsamını ve sınırlarını net olarak belirtmemektedir. Sağlık verilerine erişim mekanizmasının Bakanlık tarafından belirlenmesi, bireylerin bilgiye erişim hakkını sınırlandırabilecek potansiyel bir araç haline dönüşebilir. Bu durum, hasta haklarının ihlaline yol açabilir ve bireylerin sağlık hizmetlerine olan güvenini zedeleyecektir. Sağlık personelinin hareketlerinin ve istihdam bilgilerinin Bakanlığa bildirilmesi, sağlık hizmetlerinin verimliliği açısından önem taşısa da bu süreçte personelin özel hayatının gizliliği ihlal etme riskini de taşımaktadır. Ayrıca bu tür bir bildirim nasıl denetleneceği ve elde edilen bilgilerin ne şekilde kullanılacağı net olarak açıklanmamaktadır. Sağlık verilerinin yalnızca 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun şekilde paylaşılacağı belirtilmekle birlikte, bu paylaşımın koşulları ve sınırları açıkça ifade edilmemektedir. Veri paylaşımındaki belirsizlik, bireylerin verilerinin üçüncü taraflarca kötüye kullanılmasına yol açabilir ve bu da kişisel verilerin korunması açısından ciddi bir güvenlik açığı oluşturur. Bu düzenleme kişisel verilerin korunmasında Avrupa Birliği Genel Veri Koruma Tüzüğü'ne (GDPR) tam uyum sağlamaktan uzaktır. Özellikle veri sahibinin rızası, verilerin anonimleştirilmesi ve üçüncü taraflara veri aktarımında sağlanması gereken güvenlik önlemleri gibi konular eksik bırakılmıştır.

Türkiye'nin kişisel verilerin korunması alanında uluslararası standartlara uyumunu tehlikeye sokacak bir yaklaşım sergilenmektedir.

Bu bağlamda kişisel sağlık verilerinin korunması için ilk öncelikle bağımsız bir denetim organı oluşturulmalıdır. Ayrıca veri işleme süreçleri net sınırlarla tanımlanmalı ve yönetmeliklerin keyfiliği önlenmelidir. Hastaların sağlık verilerine erişimi, itiraz ve şeffaflık hakları açıkça garanti altına alınmalı; sağlık verilerinin hangi koşullarda ve kimlerle paylaşılacağı kanunla detaylı bir şekilde düzenlenmelidir. Bu sağlarken sağlık personelinin bildirim süreçlerinde, özel hayatlarının gizliliği korunmalıdır. Bu düzenleme, bireylerin mahremiyetini koruma ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma iddiasını taşımaktadır. Ancak, merkeziyetçi ve denetimsiz bir yapı ile bireylerin kişisel haklarına zarar verme riski taşımaktadır. Düzenlemenin Anayasal ilkeler ve uluslararası normlar doğrultusunda yeniden ele alınması zorunludur.

Esnaf Ahilik Sandığı uygulaması, 2017'den itibaren birçok kez ertelenmiş, bu durum sosyal tarafların beklentilerinin boşa çıkmasına ve sistemin inandırıcılığının zarar görmesine neden olmuştur. Getirilen teklifle söz konusu uygulama tekrar ertelenmektedir. Sürekli erteleme yaklaşımı, devletin sözleşme niteliği taşıyan sosyal politikalarında tutarsızlık algısı yaratmakta ve özellikle esnafın bu mekanizmaya olan güvenini sarsmaktadır. Esnaf Ahilik Sandığı, esnafa yönelik bir işsizlik sigortası mekanizması olarak tasarlanmıştır. Ancak bu erteleme, işsizlik sigortası kapsamındaki sosyal güvenlik ağına yönelik yükü artıracak ve esnafın kriz anlarında korunmasız kalmasına yol açacaktır. Sistemin devreye alınmaması, ekonomik kriz dönemlerinde işsiz kalan esnafa yönelik koruma eksikliği doğurarak sosyal güvenlik sisteminin kapsayıcılığına zarar verecektir. Ertelemenin gerekçesi olarak işgücü piyasalarının sürdürülebilir gelişimi gösterilmektedir. Ancak bu gerekçe, somut ekonomik göstergelerle desteklenmemektedir. Esnaf Ahilik Sandığı, işgücü piyasalarına doğrudan bir yük getirmemekte, aksine esnaf için işsizlik dönemlerinde destek sağlamayı hedeflemektedir. Dolayısıyla erteleme, bu mekanizmanın sağladığı potansiyel faydaları ortadan kaldırmaktadır. Gerekçede, ertelemenin sosyal tarafların talepleri doğrultusunda yapıldığı belirtilmekle birlikte, bu taleplerin detayları ve dayandıkları gerekçeler açıklanmamaktadır. Bu durum, sosyal tarafların taleplerinin yalnızca sembolik bir gerekçe olarak kullanıldığı izlenimini uyandırmaktadır. Şeffaflık eksikliği, sosyal diyaloga duyulan güveni azaltacaktır. Esnaf Ahilik Sandığı'nın yürürlüğe girmesi, esnafın sosyal güvencesiz iş kaybı dönemlerinde destek almasını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu erteleme sadece esnafı ekonomik dalgalanmalara karşı kırılğan bırakmayacak, aynı zamanda sosyal güvencesizlik algısını artması neticesinde esnaf kesiminin devlete olan bağlılığını ve güvenini zedeleyerek esnaf kesiminde gelir kaybının artmasına ve bununla bağlantılı sosyal sorunların derinleşmesine yol açacaktır. Esnaf Ahilik Sandığı'nın işlevi, uluslararası işsizlik sigortası mekanizmaları ile uyumludur. Ancak sürekli erteleme, Türkiye'nin Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) sosyal koruma normları ile uyumunu zedelemektedir. Esnafa yönelik işsizlik sigortası gibi mekanizmalar, sürdürülebilir ekonomik büyüme ve istihdam politikaları açısından önemlidir.

Esnaf Ahilik Sandığı'nın ertelenmesi yerine, uygulamanın işleyişine yönelik yapısal hazırlıkların hızlandırılması gerekmektedir. Eksiklikler giderilmeli ve sistem öngörülen tarihte devreye alınmalıdır. Bu yapılamıyorsa ertelemenin gerekçeleri, somut verilere ve sosyal tarafların detaylı taleplerine dayandırılmalı, bu süreç kamuoyuyla şeffaf bir şekilde paylaşılmalıdır. Sistemin tüm esnafa uygulanması öncesinde, belirli bölgelerde veya sektörlerde pilot uygulamalar başlatılarak eksiklikler tespit edilebilir ve düzenlemeler yapılabilir. İşgücü piyasalarının sürdürülebilir gelişimi ve ertelemenin ekonomik gerekçeleri, bağımsız analizlerle desteklenmeli ve şeffaf bir şekilde açıklanmalıdır. Bu düzenlemenin erteleme yerine, esnafın sosyal koruma ihtiyacını karşılayacak bir sistemin hızlı bir şekilde

hayata geçirilmesine odaklanması gerekmektedir. Sürekli erteleme, sadece mevcut sorunları derinleştirmekte ve esnafın sosyal güvencesizlik sorununu çözmemektedir.

Teklifle SGK'nın yurt dışından ilaç temin etme yetkisinin genişletilmesi, yerli ilaç üretiminin teşvik edilmesi yerine, dışa bağımlılığı artıracak bir politika eğilimi yaratmaktadır. Geçici bir uygulama yerine kalıcı olarak getirilmek istenen ve ithalata dayalı bu çözüm, uzun vadede yerli ilaç sanayisinin gelişimini engelleyecek ve ekonomik dalgalanmalarda hayati ilaçlara erişimi riske atacaktır. Yenilikçi tedavilere erişim hedeflenirken, bu tür bir bağımlılık sürdürülebilir bir çözüm değildir. Ayrıca yabancı para cinsinden yapılan ödemeler, döviz kuru dalgalanmalarına duyarlı olup kamu bütçesi üzerinde öngörülemeyen ek yükler oluşturacaktır. Gerekeceği ifade edilen tedarik zinciri aksaklıkları, ilaca erişim süreçlerini olumsuz etkileyerek hastaların ihtiyaç duyduğu ilaçları zamanında alamamasına yol açmaktadır. Bu açıdan ilaç transferinde, gümrükleme ve diğer süreçlerde "ihale ile alımında güçlük yaşanan" hizmetlerin belirtilmemesi şeffaflık ilkesine aykırılık taşıyan bir düzenleme riski doğurmaktadır. İhale süreçlerinin tamamen devre dışı bırakılması, kamu alımlarında keyfiyet ve yolsuzluk ihtimalini artırmaktadır. Düzenlemenin maliyetlerde düşüş sağlayacağı iddia edilmekle birlikte, gerekcede bu iddiayı destekleyecek somut veriler yer almamaktadır. Rekabetin artırılacağı belirtilse de yurt dışından temin edilen ilaçlarda uluslararası piyasa koşulları ve tekelci üreticiler nedeniyle maliyetlerin artması daha olasıdır. Türkiye'de ruhsatlandırılmamış ilaçların yurt dışından temini, hastalar için ilaç güvenliği ve etkinliği açısından riskler taşıyabilir. Özellikle farmakovijilans süreçlerinin yeterince denetlenmemesi, yan etkiler ve güvenlik açıkları doğurabilir. Her ne kadar hasta mağduriyetinin önleneyeği belirtilse de düzenlemenin pratikte fiyat farklarının hastalara yansımısını tamamen engelleyebileceğine dair bir güvence bulunmamaktadır. Dışa bağımlılığı artıran bu yaklaşım, yerli ilaç üretim sektörünü ve Ar-Ge yatırımlarını teşvik etmek yerine, bu alandaki yatırımları azaltıcı bir etki yaratarak uzun vadede, Türkiye'nin ilaç sanayisi global piyasalarda rekabet gücünü kaybetmesine neden olacaktır. Düzenlemede yurt dışı kaynakların çeşitliliğinden ve rekabeti artırıcı etkilere söz edilse de uluslararası tedarik zincirleri üzerindeki kontrolün sınırlı olduğu unutulmamalıdır. Uluslararası krizler veya tedarik kısıtlamaları durumunda, Türkiye ilaç temininde pandemi döneminde olduğu gibi ciddi zorluklarla karşı karşıya kalabilir.

Bu bağlamda yurt dışı ilaç temin politikası yerine yerli üretimin artırılmasına yönelik teşvikler geliştirilmelidir. Yenilikçi ilaçların Türkiye'de üretimi için Ar-Ge destekleri artırılmalı ve yerel üreticilere özel kolaylıklar sağlanmalıdır. Tedarik zincirindeki aksaklıkları önlemek için bağımsız bir denetim mekanizması oluşturulmalıdır. İhale süreçleri açık, şeffaf ve denetlenebilir bir yapıda yürütülmelidir. İthal ilaç maliyetlerinin döviz kuru dalgalanmalarından etkilenmesini önlemek için uzun vadeli sabit fiyat anlaşmaları veya döviz hedge mekanizmaları geliştirilmelidir. İlaç temininde farmakovijilans süreçleri sıkı şekilde denetlenmeli, ruhsatsız ilaçların kullanımında şeffaf bilgilendirme mekanizmaları kurulmalıdır. Uzun vadeli maliyet analizleri yapılmalı, düzenlemenin kamu maliyesine getireceği yük önceden öngörülerek önlemler alınmalıdır. Bu düzenleme, kısa vadeli çözümler sunarken uzun vadede dışa bağımlılığı artırarak kamu maliyesini ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehlikeye atmaktadır. Yerli üretimi teşvik eden, şeffaf ve denetim mekanizmalarıyla desteklenen bir ilaç temin politikası, bu tür risklerin önüne geçmek için elzemdir.

Teklifle düzenlenen Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarının sağlık profesyonelleri tarafından bilimsel çerçeveler içinde ve denetim altında gerçekleştirilmesi gerektiği açıktır. Ancak mevcut uygulamalar çerçevesinde getirilen teklifle GETAT'ın aile sağlığı merkezlerinde yapılması önerisi, sağlık sisteminin işleyişine aykırıdır. Aile sağlığı merkezleri, birinci basamak sağlık hizmetleri sunan ve yalnızca koruyucu hekimlik uygulamalarının yapılması gereken kurumlardır. Bu merkezlerde GETAT uygulamaları yer

almaz; çünkü GETAT, koruyucu sağlık hizmetlerinin ötesinde, ayrı bir uzmanlık gerektiren bir alan olarak tanımlanmaktadır.

Aile sağlığı merkezlerinin çalışma düzeni, tam gün esasına dayanmaktadır ve ekstra çalışma saatleri, ne kadar gönüllü de olsa, fiziki yapıları ve işleyişleriyle uyumsuzdur. GETAT uygulamaları, aile sağlığı merkezlerinin fiziksel ve operasyonel sınırları içerisinde yapılabilecek bir faaliyet değildir. Ayrıca, bu tür uygulamaların aile hekimliğinin özüne aykırı olduğu açıktır. Aile sağlığı merkezlerinin asli görevi, bireylerin sağlığını korumak, hastalıkları önlemek ve toplum sağlığını izlemekken, bu tür uygulamalar iş barışını bozabilecek ve sağlık çalışanlarının üzerine ekstra yük bindirecek bir nitelik taşımaktadır.

Bu noktada iktidarın yaklaşımına da eleştiri yöneltmek gerekmektedir. İktidar "ya her şeyin serbest bırakılması ya da tamamen yasaklanması" arasında dengesi bir yaklaşım sergilemektedir. Bu yaklaşım bir yandan serbestliğin oluşturacağı riskleri göz ardı ederken, diğer yandan sağlık hizmetlerinin temel felsefesine zarar verme riskini de taşımaktadır. Bu noktada, aile hekimliğinin ve koruyucu hekimliğin ne olduğunun doğru bir şekilde anlaşılması, yeni uygulamaların başarılı olabilmesi için temel bir gerekliliktir.

Sonuç olarak GETAT uygulamaları, aile sağlığı merkezlerinde değil, bu alanda eğitim almış ve bu hizmeti sunmaya uygun altyapıya sahip başka sağlık kurumlarında yapılmalıdır. Sağlık politikalarının sürdürülebilirliği, bu tür hizmetlerin doğru yerlerde ve uygun şekilde sunulmasına bağlıdır. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunumu ve yönetimi konusunda yapılan bu hatalı yaklaşım, toplumsal sağlık açısından ciddi sorunlara yol açacaktır.

GETAT uygulamalarının aile hekimliği birimlerinde mesai dışında sunulması mevcut iş yükünü artırma riski taşımaktadır. Aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kilit rol oynarken, ek görevlerle aşırı yüklenmesi hizmet kalitesinin düşmesine neden olacaktır. Bu çerçevede mesai dışı uygulamalar için gerekli kaynaklar ve insan gücü planlaması yapılmadan bu tür ek görevlerin verilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlevselliğini tehlikeye atacaktır. Ayrıca özel amaçlı raporların daha düşük bedelle aile hekimliği birimlerinde düzenlenmesi, aile hekimlerinin temel görevlerinden sapmasına neden olarak aile hekimliği birimlerinin asli görevleri olan koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin aksamasına yol açacaktır. Özellikle rapor düzenleme sürecinde artan talepler, aile hekimliği sistemindeki randevu sürelerini uzatarak hasta memnuniyetini olumsuz etkileyecektir. Bununla birlikte raporların aile hekimliği üzerinden düşük bedelle verilmesi hususunda hasta-hekim ilişkisine doğrudan etki eden ücretlendirme politikaları, taraflar arasındaki güven bağına zedeleme riski taşımakta ve sağlık hizmetlerinin ticari bir zemine kaydığı algısını güçlendirmektedir. Ücret tahsilatının yöntemi ve uygulama süreçleri, maddi açıdan şeffaflık sorunlarına yol açarak toplum nezdinde kuşku uyandırabilir. Ayrıca ücretin doğrudan hekim tarafından alındığına dair oluşturulan algı, sağlık çalışanlarını hedef haline getirebilecek olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bununla birlikte sağlık raporlarının, yalnızca bireysel bir beyana dayalı olarak verilmesi, raporların doğruluğunu ve güvenilirliğini ciddi şekilde zedeleyebilir.

Sağlık raporlarının kriterleri ve gereklilikleri net bir şekilde belirlenmediği için uygulamalar keyfiyete açık hale gelmektedir. Örneğin, bir kişinin hangi şartlarda "uygun" kabul edileceği veya hangi durumlarda bu uygunluğun reddedileceği konusunda bir standart bulunmamaktadır. Bu durum, hukuki sorunların yanı sıra uygulama birliği sağlanamamasına neden olmaktadır. Kişinin sağlığına dair beyanın yeterli kabul edilmesi, sağlık raporlarının objektifliğini zayıflatacak ve raporlama sürecinin kötüye kullanılmasına yol açabilecektir. Bu noktada, sağlık raporlarının daha şeffaf ve denetimli bir şekilde, çoklu uzmanlık gerektiren bir sistemle bilirkişilik hizmeti olarak verilmesi hem toplumsal sağlığı koruyacak hem de sağlık hizmetlerine olan güveni pekiştirecektir. Sağlık raporlarıyla ilgili yapılan bu düzenleme, sağlık

sisteminin temel taşları olan güven, şeffaflık ve etkinlik ilkeleriyle çalışmaktadır. Bu nedenle, sağlık raporlarıyla ilgili politika geliştirme süreci, bilimsel temeller üzerine inşa edilmeli ve ülke genelinde uygulama birliği sağlanarak, tüm paydaşların görüşleri dikkate alınmalıdır. Aksi takdirde, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve toplumsal güvenin sağlanması konusunda ciddi sıkıntılar yaşanabilir.

Yabancılarla sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi yönünde bir adım olarak değerlendirilebilir. Bu uygulama sağlık hizmetlerinin eşit ve evrensel erişim ilkelerine zarar vererek yabancı nüfusun birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayacak ve toplum sağlığı açısından riskler yaratacaktır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında başvuru yoğunluğunu azaltma gerekçesi, mevcut aile hekimi sayısı ile aile hekimliği birimlerine yönlendirilecek taleplerin artışıyla aynı yoğunluk sorununu birinci basamağa taşıyacaktır. Üstelik ikinci ve üçüncü basamaklardaki yoğunluğun temel nedeni sevk zincirinin etkin çalışmaması ve halkın birinci basamağa olan güven eksikliğidir. Bu sorunları çözmeden yapılacak düzenlemeler, sağlık sisteminin diğer basamaklarında zincirleme sorunlara yol açacaktır.

Hastanelerin üzerindeki yükü hafifletmek amacıyla önerilen sevk zinciri uygulaması, dikkatli bir şekilde yapılandırılmadığı takdirde, birinci basamaktaki sağlık hizmeti sağlayıcılarının üzerindeki baskıyı artırarak sistemin tıkanmasına yol açabilir. Aile sağlığı merkezi sayılarının artırılmaması, aile hekimlerine düşen nüfusun hekimler üzerinde hak kaybı yaşanmadan en az 2000 kişi seviyesine çekilmeden ve poliklinik yoğunluğunun azaltılmadan bu tür bir uygulamanın hayata geçirilmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliğini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, aile hekimlerine koruyucu sağlık hizmetleriyle uyumsuz görev tanımları verilmesi ve sağlık okuryazarlığının Bakanlık düzeyinde yeterince artırılmaması, sevk zincirinin yalnızca sağlık hizmetleri kalitesini düşürmekle kalmayıp, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarını da körüklemesine neden olabilir. Bu bağlamda, sevk zincirinin başarılı olabilmesi için kapsamlı bir altyapı hazırlığı ve sistemsiz uyum sağlanması gerektiği açıktır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının birinci basamak sağlık hizmetleri içine dahil edilmesi, bu uygulamaların bilimsellik ve etkinlik açısından yeterince denetlenmeden sunulabileceği riskini de beraberinde getirmektedir. Bu şekilde muğlak bir düzenleme olası kötü uygulamalarda hem hastaların güvenini sarsacak hem de bilimsel temele dayalı modern tıp uygulamalarının yerini doğruluğu tam teyit edilmemiş uygulamalarla değiştirerek toplum sağlığını tehlikeye atacaktır.

Ayrıca mülga kurum ibarelerinin ve pilot uygulama dönemine ilişkin ifadelerin çıkarılması gibi değişiklikler, sağlık hizmetleri sunumunda somut ve etkili bir iyileşme sağlamayacaktır. Bu düzenlemeler daha çok sembolik düzeyde kalmakta ve sağlık sistemindeki yapısal sorunlara çözüm üretmemektedir.

Bu çerçevede öncelikle aile hekimliği birimlerine ek görevler yüklemek yerine, mevcut iş yükünün azaltılması ve kaynakların artırılması gereklidir. Ayrıca mesai dışı uygulamalar için bütüncül bir sağlık hizmet sunumu anlayışıyla ayrı birimler veya ekipler oluşturulması daha faydalı olacaktır. Özel amaçlı raporların aile hekimliği sistemine yüklenmesi yerine, bu işlemler için özel birimler veya online sistemler oluşturularak sağlık çalışanlarının iş yükü azaltılmalıdır. Yabancılarla yönelik ücretlendirme politikaları, toplum sağlığına olumsuz etkileri dikkate alınarak yeniden değerlendirilmeli, sağlık hizmetlerinde evrensel erişim ve eşitlik ilkesi korunmalıdır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki yoğunluğu azaltmak için sevk zinciri uygulaması etkin bir şekilde hayata geçirilmeli bunun için öncelikle halkın birinci basamak sağlık hizmetlerine güveni artırılmalıdır. Ayrıca geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, bilimsel ve etik standartlara uygun şekilde denetlenmeli; bu tür uygulamaların sunulacağı birimler, modern tıbbın etkinliği ve güvenilirliği ile uyumlu hale getirilmelidir. Her

ne kadar düzenleme ile sağlık hizmetlerinin daha verimli hale getirilmesi iddiasında olursa da uygulama planlamaları ve denetim mekanizmalarının eksikliği, sağlık hizmetlerinde eşitsizlik, kalite düşüşü ve sistemin işleyişine zarar verme riski yaratmaktadır. Sağlık sisteminde sürdürülebilir iyileştirme için daha kapsamlı ve dengeli bir yaklaşım gerekmektedir.

Anayasa Mahkemesi'nin kararına rağmen, SGK'nın kişisel verileri paylaşma yetkisinin genişletilmesi, Anayasa'nın 20. maddesinde güvence altına alınan kişisel verilerin korunması hakkına aykırılık riski taşımaktadır. Kişisel verilerin işlenmesi ve paylaşımı, yalnızca kanunlarla düzenlenmeli; Cumhurbaşkanlığı kararnameleri bu yetkiyi devralmamalıdır. Bu düzenleme, Anayasa Mahkemesi kararına uygunluğu şüpheli bir düzenleme önerisi olarak görülmektedir. 506 sayılı Kanunun geçici 20. maddesi kapsamındaki sandıklar ile SGK arasında veri paylaşımının sağlanması, verilerin kötüye kullanımı ve güvenlik ihlali risklerini beraberinde getirebilir. Bu veri akışında, verilerin korunması ve yetkisiz kişiler tarafından erişimin engellenmesi için somut güvenlik tedbirleri belirtilmemiştir. Sandıklarla SGK arasındaki veri paylaşımının düzenlenmesi, hukuki ihtilafları azaltma iddiasını taşımakla birlikte, veri paylaşımının kapsamı ve sınırlarının net bir şekilde belirlenmemesi yeni uyumsuzlukların ortaya çıkmasına neden olabilir. Ayrıca, veri paylaşımının nasıl denetleneceği konusunda belirsizlik, sürecin keyfi şekilde yürütülme riskini artırmaktadır. Sandık iştirakçileri ve hak sahipleri adına yapılan düzenleme, sosyal güvenlik hak ve yükümlülüklerinin SGK ile entegre edilmesine yönelik bir adım gibi görünse de, bu entegrasyon sürecinin kazanılmış hakları ihlal edebilecek unsurlar içerip içermediği belirsizdir. Özellikle, aylık bağlama ve ödeme süreçlerinin hızlandırılması gerekçesiyle yapılan bu düzenlemenin, hak sahiplerinin aleyhine sonuçlar doğurma olasılığı bulunmaktadır. Anayasa Mahkemesi'nin kararı doğrultusunda yasal boşluğun giderilmesi amacıyla yapılan düzenlemenin, temel kişisel veri koruma ilkelerini göz ardı ettiği görülmektedir. Anayasa'ya uygun şekilde, yalnızca kanunlarla düzenlenmesi gereken bir konu, yine Cumhurbaşkanlığı kararnamelerine dayalı bir sisteme bağlanmaktadır. Bu durum, ileride yeni iptal davalarına zemin hazırlayabilir. Ticari sır niteliğindeki verilerin paylaşımı, ilgili mevzuatta ayrıntılı bir şekilde düzenlenmediği takdirde, işletmeler ve bireyler açısından ciddi zararlar doğurabilir. Verilerin ticari sır statüsünün nasıl korunacağına ilişkin somut düzenlemeler olmadan yapılan bu değişiklik, hukuki güvenlik ilkesine aykırılık teşkil edebilir.

Bu kapsamda SGK'nın kişisel verileri işleme ve paylaşma yetkisi, yalnızca kanunlarla açıkça düzenlenmeli ve Cumhurbaşkanlığı kararnameleriyle sınırlı olmamalı, Anayasa Mahkemesi kararına tam uygunluk sağlanmalıdır. Yine veri paylaşımında şeffaflık sağlanmalı, paylaşılan verilerin güvenliğini sağlayacak denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Veri akışına ilişkin tüm süreçler, bağımsız denetim kuruluşlarının kontrolüne açık hale getirilmelidir. Sandık iştirakçileri ve hak sahiplerinin mevcut sosyal güvenlik haklarının herhangi bir şekilde zarar görmesini engellemek için düzenlemeler somut güvencelerle desteklenmelidir. Bunun için özellikle ticari sır niteliğindeki verilerin paylaşımında, ilgili mevzuata uygun ve sınırlı bir kapsamda düzenleme yapılmalıdır. Kişisel verilerin korunması ve paylaşımı konusundaki düzenlemeler, uluslararası standartlara ve Avrupa Birliği Genel Veri Koruma Tüzüğü'ne (GDPR) uyumlu hale getirilmelidir. Netice olarak bu düzenleme Anayasa Mahkemesi kararına rağmen yetersiz ve eksik bir şekilde hazırlanmış görünmektedir. Kişisel verilerin korunmasına yönelik evrensel ilkelere uyulması ve hak sahiplerinin korunmasına öncelik verilmesi zorunludur. Bu tür düzenlemelerin Anayasa'ya ve hukuk devleti ilkelerine uygun şekilde, açık ve denetlenebilir bir çerçevede yapılması gereklidir.

Anayasa Mahkemesi, hastalık ve analık durumlarında geçici iş göremezlik ödeneği hesabında farklı bir dönemin dikkate alınmasını, eşitlik ve orantılılık ilkelerine aykırı bulmuştur. Yeni düzenlemede de hizmet süresi 180 günden az olanlar için ödeneğin üst

sınırlandırılması, eşitlik ilkesine gölge düşürmektedir. Bu uygulama, kısa süreli çalışmalardan kaynaklanan dezavantajların bireylere yüklenmesi anlamına gelir ve aynı sosyal sigorta sistemine prim ödeyen kişiler arasında ayrımcılığa neden olacaktır. Geçici iş göremezlik ödeneği, sigortalıların hastalık veya analık gibi durumlarda ekonomik mağduriyetlerini önlemek için tasarlanmıştır. Ancak düzenleme, aktüeryal sürdürülebilirlik gerekçesiyle bireylerin sosyal koruma hakkını sınırlamaktadır. Bu uygulama sosyal devlet ilkesine aykırı bir yaklaşımı temsil eder. Prim ödeme gün sayısına bağlı kısıtlamalar, ekonomik açıdan dezavantajlı grupları (örneğin düşük gelirli veya mevsimlik çalışanları) daha fazla etkileyebilir. Sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak gerekçesi, bireylerin sosyal güvenlik haklarının daraltılmasını meşrulaştırmak için sıkça kullanılmaktadır. Ancak geçici iş göremezlik ödeneğinde üst sınırın korunması özellikle prim-ödeme karşılığı ilkesiyle çelişir. Sigortalılar belirli prim günlerini tamamladıkları halde hak ettikleri tam ödeneği alamayabilirler. Bu da ödenek tutarlarının düşmesiyle bireylerin geçim sıkıntısını artırır ve özellikle ekonomik açıdan kırılgan grupları mağdur eder. Yine analık ödeneği, kadın çalışanların iş gücü piyasasında yer almasını teşvik eden bir sosyal güvenlik mekanizmasıdır. Ancak bu düzenleme kadın çalışanların doğum sonrası iş göremezlik ödeneğinden tam faydalanamamasına yol açma riskini de beraberinde getirmektedir. Bu durum kadınların iş gücüne katılım oranlarını düşürebilir, çünkü yetersiz ödenek iş gücüne dönüş teşvikini azaltacaktır. Her ne kadar düzenleme, Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararına uyum sağlama iddiasını taşımaktaysa da sorunun temel nedeni olan kayıt dışı istihdam ve kısa süreli çalışma kaynaklı sistem açıklarını ele almak yerine, bireylere daha fazla yük bindiren bir yaklaşımı benimsemektedir. Bu durum bizlere sürdürülebilirlik hedefinin bireylerin haklarından ödün verilerek sağlanmaya çalışıldığını göstermektedir.

Bu bağlamda geçici iş göremezlik ödeneği hesaplamasında tüm sigortalılara eşit muamele sağlanmalı, prim ödeme gün sayısına bağlı sınırlamalar kaldırılmalı özellikle kadın çalışanların analık ödeneği haklarına tam erişimi garanti altına alınmalıdır. Sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği, yalnızca hak kısıtlamaları yerine kayıt dışı istihdamın azaltılması ve prim tabanının genişletilmesi gibi yapısal önlemlerle sağlanmalıdır. Düzenleme, sosyal taraflarla (sendikalar, işveren temsilcileri ve sivil toplum kuruluşları) istişare edilerek, daha kapsayıcı ve adil bir yapıya kavuşturulmalıdır. Kadın çalışanların analık döneminde tam destek almasını teşvik eden özel düzenlemeler yapılmalı ve iş gücüne katılımlarını artırıcı mekanizmalar geliştirilmelidir. Geçici çözümler yerine, sigorta sisteminin prim-ödeme ve fayda ilişkisindeki dengesizlikler ele alınarak kapsamlı bir sosyal güvenlik reformu gerçekleştirilmelidir. Bu düzenleme, kısa vadede Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararına uyum sağlamayı amaçlansa da bireylerin sosyal güvenlik haklarını sınırlandırarak ve sistemin yapısal sorunlarını çözmeden uygulanması, daha büyük sorunlara yol açacaktır. Sosyal koruma haklarının güçlendirilmesi ve eşitlik ilkesine tam uyum sağlanması zorunludur.

Teklifte ile klinik araştırmalara katılan hastaların sosyal güvenlik ve sağlık haklarının korunması da hedeflenmektedir. Ancak bu süreçte araştırmaya katılan hastaların haklarının kapsamı ve sınırları net şekilde tanımlanmamıştır. Klinik araştırmaların doğası gereği taşıdığı riskler, hastaların haklarına yönelik detaylı güvenceler sağlanmadan düzenlendiğinde, bireylerin zarar görme ihtimalini artacaktır. Klinik araştırmalar yenilikçi tedavilere erişim sağlama potansiyeli taşıırken araştırmaya katılan hastalar üzerindeki olası yan etkilerin ve tedavi başarısızlıklarının sonuçlarının nasıl yönetileceği düzenlemede yer almamaktadır. Bu durum hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde kesintiler veya mağduriyetler yaşanmasına neden olabilme potansiyeline sahiptir. Düzenleme ile SGK üzerindeki mali yükün azalacağı belirtilse de klinik araştırmalarda başarısızlıkla sonuçlanan tedavilerin ardından, hastaların uzun süreli bakım veya ek tedavi ihtiyaçlarının SGK üzerindeki maliyetini artırma riskini de göz önünde tutmak gerekir. Bu açıdan düzenlemede klinik araştırmalarda kullanılan ilaç veya

cihazların maliyetlerinin kim tarafından karşılanacağına ilişkin açıklık bulunmamaktadır. Ayrıca düzenleme ile klinik araştırmaların yerli ilaç ve tıbbi cihaz sektörünü teşvik edeceği belirtilmektedir. Ancak bu teşvikin, sektöre sağlanacak ek destekler ve Ar-Ge yatırımları ile nasıl güçlendirileceğine dair somut bir yol haritası düzenlemede yer almamaktadır. Bu bağlamda özellikle yabancı ilaç ve cihaz şirketlerinin üstünlüğü, yerli sektörün gelişimini engelleyebilir ve maalesef düzenlemenin bu etkileri kontrol etmek için yeterli önlemler içermemektedir. Bu kapsamda klinik araştırmalara katılan hastaların, araştırma sürecinde haklarının ve güvenliklerinin korunması bağımsız bir etik denetim mekanizması olmadan eksik kalacaktır. Gerek düzenlemede gerekse gerekçesinde Araştırmalarda yer alacak kişilerin bilgilendirilmiş onam süreci ve hak taleplerinin etkin bir şekilde denetlenip denetlenmeyeceği açıklanmamıştır. Klinik araştırmaların yalnızca toplum sağlığını değil, bireylerin sağlığını da riske edebileceği unutulmamalıdır. Toplum sağlığı ile bireylerin zarar görmeme hakkı arasında bir denge kurulmalıdır.

Sonuç olarak Klinik araştırmalara katılan hastaların hakları, açık ve detaylı bir şekilde güvence altına alınmalı ve bilgilendirilmiş onam süreci titizlikle yürütülmelidir. Araştırmaya katılan hastaların maruz kalabileceği olumsuz etkiler karşısında, tazminat veya telafi mekanizmaları oluşturulmalıdır. Klinik araştırmaların yürütülmesi sırasında bağımsız etik denetim mekanizmaları oluşturulmalı ve etkin bir şekilde çalıştırılmalıdır. Hasta güvenliğini sağlamayan veya etik standartlara uymayan araştırmaların hızlı bir şekilde durdurulabilmesi sağlanmalıdır. Klinik araştırmalardan kaynaklanabilecek ek sağlık maliyetlerinin SGK üzerindeki etkileri analiz edilmeli ve bu maliyetlerin özel sektör veya araştırmayı yürüten kuruluşlar tarafından karşılanması sağlanmalıdır. Yerli ilaç ve cihaz sektörüne yönelik özel teşvikler, vergi muafiyetleri ve Ar-Ge destekleri düzenlemede açıkça belirtilmelidir. Ayrıca yabancı şirketlerin üstünlüğünü dengeleyecek mekanizmalar oluşturulmalıdır. Klinik araştırmalara katılan bireylerin zarar görmeme hakkı öncelikli olarak korunmalı ve bu hak, toplumsal fayda gerekçesiyle zayıflatılmamalıdır. Bu düzenleme klinik araştırmaların halk sağlığına katkı potansiyelini artırmayı hedeflemekle birlikte, hasta hakları, sosyal güvenlik sistemi üzerindeki etkiler ve yerli sektörün teşviki gibi konularda somut ve yeterli güvenceler sağlamamaktadır. Klinik araştırmalara ilişkin düzenlemelerin kapsamlı, şeffaf ve hak temelli bir yaklaşımla ele alınması zorunludur.

Sunulan yasa teklifi ile muayene katkı payının 2 TL'den 20 TL'ye çıkarılması ve bu miktarın 10 katına kadar artırılabilmesine yetki verilmesi, sağlık hizmetlerine erişim maliyetini kayda değer ölçüde artırmaktadır. Mevcut durumda, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde katkı payı 3 katı oranında uygulanarak 6 TL olarak tahsil edilmektedir. Yeni düzenleme ile bu tutar 60 TL'ye yükselecek, artırma yetkisi kullanıldığında ise 600 TL'ye kadar çıkabilecektir. Sevk ile gelen hastalara yönelik "yarı oranında indirim" öngörüsü ise katkı payını 30 TL ile 300 TL aralığına indirebilmekte, ancak yine de vatandaşların sağlık hizmetine erişim yükünü hafifletmekten uzaktır.

Bu düzenleme, özellikle sevk sistemi üzerinden hastaların maddi yükünü artırmakla kalmamakta, sağlık hizmetine erişimde gelir düzeyi düşük bireyler için büyük bir engel teşkil etmektedir. Türkiye'de kamu hastanelerinde yılda yaklaşık 600 milyon muayene gerçekleştiği düşünüldüğünde, katkı payındaki bu dramatik artış, halk sağlığına yönelik ciddi sonuçlar doğuracaktır.

Katılım payının artırılması, özellikle dar gelirli vatandaşlar için sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştıracaktır. Sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltma hedefi maliyetlerin bireylere yüklenmesi yoluyla gerçekleştirilmekte, bu da sosyal devlet ilkesiyle bağdaşmamaktadır. Özellikle gelir durumu düşük bireyler, artan maliyetler nedeniyle sağlık hizmetlerinden vazgeçmek zorunda kalacak, bu da sağlık sorunlarının kronikleşmesine yol açacaktır. Bu yaklaşımın sağlık hizmetlerinin bireyler arasında eşit erişim ilkesine zarar verme riski



bulunmaktadır. Katılım payının artırılması, sağlık hizmetlerine gereksiz başvuruları azaltmayı amaçlasa da gerçek ihtiyaç sahiplerinin de hizmetlere erişiminde azalmaya neden olacak, bu durum hastalıkların erken teşhis edilmesini engelleyerek uzun vadede sağlık sistemine daha yüksek maliyetler doğuracaktır. Özellikle mevcut koşullarımız altında sevk zincirinin katı bir şekilde uygulanmasıyla önleyici sağlık hizmetlerine erişim azaldığında, sağlık sorunları ilerlemiş halde 2. ve 3. basamağa taşınacak, bu da daha yüksek maliyetli tedavilere yol açacaktır. Düzenlemede sevk zincirinin daha işlevsel hale getirilmesi gerektiği belirtilmekle birlikte, yapılan değişiklikler birinci basamak sağlık hizmetlerinin cazip hale getirilmesine yönelik somut adımlar içermemektedir. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin yüksek kullanım oranı, birinci basamağın hem donanımsal hem de aile hekimi başına düşen nüfusun fazlalığı açısından yeterince güçlü olmamasından kaynaklanmaktadır. Aile hekimi başına düşen nüfus en az 2000'ün altına düşürülmeden uygulanmaya çalışılan sevk sistemi, aile hekimlerinin mevcut iş yükünü artırarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini zayıflatacak ve bu temel sorun çözülmeyen yapılacak düzenlemeler, sağlık sistemindeki yükü azaltmak yerine yalnızca bireylerin üzerine yeni maliyetler getirecektir. Ayrıca sevk süreçlerindeki olası koordinasyon eksiklikleri ise, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının yükünü azaltmaktan çok, sevsiz başvuran hastalar nedeniyle daha büyük bir sistemsel karmaşaya neden olabilme tehlikesi ile karşı karşıya kalacaktır.

Yapılan düzenlemeye gerekçe olarak sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği gerekçe gösterilmektedir. Fakat esasında makroekonomik değişkenlerin sağlık harcamalarına etkisi analiz edilmeden bireylere yük getiren düzenlemeler yapılmaktadır. Katılım paylarının artırılması, sağlık sisteminin yapısal sorunlarını çözmek yerine geçici maliyet düşürme aracı olarak kullanılmaktadır. Katılım paylarının artırılması, vatandaşların sağlık hizmetlerine yönelik sahiplenme düzeyini artırmak yerine Kamu sağlık hizmetlerine duyulan güvenin azalmasına yol açacaktır. Katılım paylarının sürekli artırılması esasında bir diğer anlamıyla sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi anlamına da gelmektedir.

Katılım payları bireylerin gelir düzeyine göre kademeli olarak belirlenmelidir. Dar gelirli bireyler için katılım payları tamamen kaldırılmalı veya minimum düzeyde tutulmalıdır. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine başvuruları azaltmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılmadan ve sevk zinciri zorunlu hale getirilmelidir. Bu amaçla aile hekimliğinin teşvik edilmesi, nitelik ve niceliğinin artırılması ve randevu süreçlerinin kolaylaştırılması sağlanmalıdır. Yine katılım paylarının artırılması yerine sağlık sisteminde etkin maliyet yönetimi için kayıt dışı işlemler ve usulsüzlükler denetlenmelidir. Kamu sağlık harcamalarında israfın önlenmesi için kapsamlı bir mali denetim mekanizması oluşturulmalı, sağlık hizmetlerini kullanan bireylerin bilinçlenmesi için eğitim ve bilgilendirme kampanyaları düzenlenmelidir. Bu amaçla gereksiz başvuruların önlenmesi için teknolojik çözümler (tele-sağlık uygulamaları gibi) teşvik edilmelidir. Katılım payı düzenlemelerinde yalnızca bireylerin mali yükü artırılmamalı, sağlık sistemine yönelik makroekonomik planlamalar yapılarak sağlık bütçesi sistemin yapısal sorunlarını çözmeyi hedefleyen uzun vadeli stratejilerle yönetilmelidir. Sosyal devlet anlayışını güçlendiren, eşitlikçi ve yapısal çözümler üreten politikaların uygulanması zorunludur.

Teklifle Sosyal Güvenlik Kurumuna zamanında ödenen sigorta primlerinde yapılan indirimin beş puandan dört puana düşürülmesi, işverenlerin üzerindeki mali yükü artıracaktır. Bu durumda özellikle Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerin (KOBİ) finansal açıdan zorlanmasına yol açarak bu işletmelerde istihdam azalmasına neden olacaktır. Prim indiriminin düşürülmesi, işverenleri kayıt dışı istihdama yönlendirecektir. Kayıtlı çalışmanın cazibesinin azalması sosyal güvenlik sistemine katkıların düşmesine yol açarak çalışanların sosyal güvenlik haklarından mahrum kalmasına neden olacaktır. Teşvik oranındaki azalma ile hedeflenen kamu mali tasarrufu uzun vadede sosyal güvenlik sistemine kayıtlı

istihdamın azalmasıyla tersine bir etki yaratacak ve daha fazla işsizliğe ve dolayısıyla İşsizlik Sigortası Fonu üzerindeki yükün artmasına yol açacaktır. Teşviklerin azaltılması, işverenlerin yatırım ve Ar-Ge faaliyetlerini olumsuz etkileyerek işletmelerin risk almasını zorlaştıracak ve Türkiye'nin uluslararası rekabet gücünü düşürecektir. Sigorta prim indirimleri, sadece mali avantaj sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda sosyal politikaları desteklemektedir. İndirim indirilmesi istihdamda dezavantajlı grupların desteklenmesi ve ekonomik kalkınmaya katkı sağlama hedeflerine zarar verecektir.

Bu kapsamda beş puanlık prim indiriminin korunması özellikle dezavantajlı grupların ve az gelişmiş bölgelerdeki istihdamın desteklenmesi açısından önemlidir. Gelişmiş bölgelerdeki işverenler için indirimin dört puana düşürülmesi düşünülebilir, ancak az gelişmiş bölgeler ve dezavantajlı grupların istihdamı için teşvikler artırılmalıdır. Bu amaçla dezavantajlı grupların istihdamına yönelik daha spesifik teşvik mekanizmaları oluşturulmalıdır. Bölgesel farklılıkların azaltılmasını hedefleyen teşvikler bölgesel ve sektörel bazda çeşitlendirilmelidir. İşverenleri kayıtlı istihdama teşvik etmek için beş puanlık indirimin yanına başka maliyet azaltıcı mekanizmalar (örneğin, vergi teşvikleri) eklenmelidir. Ar-Ge yatırımları yapan ve yenilikçi projeler geliştiren işletmelere özel sigorta prim teşvikleri sağlanmalıdır. Kamu maliyesine katkının yalnızca kısa vadeli tasarruflarla değil, istihdam artışı ve kayıtlı çalışmanın artırılması yoluyla sağlanması hedeflenmelidir. Teşviklerin ekonomik ve sosyal etkileri düzenli olarak ölçülmeli, alınan kararlar bu verilere dayandırılmalıdır. Teşviklerin etkinliğini artırmak için işverenlerin ihtiyaçları ve geri bildirimleri dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda kapsayıcı, bölgesel farklılıkları gözetken ve kayıtlı istihdamı teşvik eden bir yaklaşım geliştirilmesi zorunludur.

Genel sağlık sigortası primlerinin ödenme süresinin belirlenmesi, sağlık hakkının süreye bağlı olarak sınırlandırılmasına neden olarak yurtdışından gelen burslu öğrenciler, avukat stajyerleri ve hizmet öncesi eğitim alan bireyler gibi ekonomik açıdan kırılgan grupların sağlık hizmetlerine erişiminde aksamalar yaratacaktır. Süre sonunda sağlık sigortası kapsamının dışında kalmaları bireylerin sağlık güvencesiz kalmasına ve daha yüksek sağlık maliyetleriyle karşılaşmalarına yol açabilir. Ayrıca düzenleme yurtdışı burslu öğrenciler ve belirli meslek gruplarını hedef almakta ancak diğer sosyal grupları kapsam dışı bırakmaktadır. Tüm öğrencilerin ve stajyerlerin aynı koşullarda sağlık sigortası hizmetlerinden faydalanması sağlanmalıdır. Ayrıca genel sağlık sigortası primlerinin süreye bağlanması devlet ilkesiyle çelişmektedir. Sağlık hizmetleri sosyal sigorta primlerine veya süre sınırlamalarına bağlı olmaksızın tüm bireyler için erişilebilir olmalıdır. Özellikle burslu öğrenciler ve stajyerler, ekonomik bağımsızlıklarını kazanmadan önce desteklenmeli, bu süreçte sağlık hizmetlerine kesintisiz erişimleri sağlanmalıdır.

Tüm bunlar göz önüne alındığında burslu öğrenciler, avukat stajyerleri ve hizmet öncesi eğitimde bulunanlar için sağlık sigortası primlerinin süresiz olarak devlet tarafından karşılanması sağlanmalıdır. Ayrıca tüm burslu öğrenciler, stajyerler ve meslek edinim sürecindeki bireyler arasında ayırım yapılmaksızın, sağlık sigortası primleri eşit şekilde düzenlenmelidir. Sağlık sigortası prim ödemelerinin süresine bağlı olmaksızın, eğitim ve staj süresi boyunca kesintisiz sağlık güvencesi sağlanmalıdır. Meslek edinim sürecindeki gençlere yönelik sağlık sigortası destekleri, uzun vadeli sosyal ve ekonomik kalkınma politikalarının bir parçası olarak ele alınmalıdır. Sosyal devlet ilkesi gereği sadece burslu öğrenciler, stajyerler ve hizmet öncesi eğitim alan bireylerin değil tüm vatandaşların ve dezavantajlı grupların kesintisiz sağlık hizmetlerinden yararlanması güvence altına alınmalıdır.

Diğer sağlık personeline yeni yapılan tanımlama ile ebe ve paramediklere de DSP belgesi alma hakkı tanınmıştır. Bu tanınan hak meslek grupları için olumlu bir gelişme olarak düşünülebilir. İlgili bölüm mezunları, almış oldukları eğitim sebebi ile bu mesleği pek kolay ifa edebilirler. Ancak burada dikkat edilmesi gereken husus üniversite eğitimini tamamlamış

ve farklı meslek gruplarına sahip kişilere kendi alanlarında istihdam sunmak yerine tek bir alanda çalışma sunmanın alışkanlık haline getirilmesi ve bunun bir politika gibi benimsenmesidir.

İşyerinde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eksiklik ve aksaklıklar acil durdurmayı gerektirmesi veya yangın, patlama, göçme, kimyasal sızıntı ve benzeri acil ve hayati tehlike arz etmesi, meslek hastalığına sebep olabilecek ortamların bulunmasına rağmen işveren tarafından gerekli tedbirlerin alınmaması hâlinde Bakanlığın yetkili birimine, varsa yetkili sendika temsilcisine, yoksa çalışan temsilcisine bildirilir. Düzenleme ile işyerlerinin OSGB'lerden hizmet alması halinde söz konusu bildirim yükümlülüğünün, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı ile OSGB yönetimine de verilerek hizmet kalitesi arttırılmak amaçlanmış fakat bu düzenleme ne yazık ki yeterli değildir. İş güvenliği uzmanları geniş bir yetki alanına sahip oldukları düşünülse de uygulamada karşılaşılan ciddi eksiklikler vardır. En önemlisi olarak işverenle aralarında iş sözleşmesine ve hizmet alınmasına bağlı kurulan ilişki neticesinde bağımsız karar alma yetkileri sınırlanmaktadır. Ve yine OSGB' ler de işverenler tarafından hizmet alımı yoluyla görevlendirildiği için işverenle aralarında finansal bir ilişki mevcuttur. İşyerinde güvenlik standardına uygun olmayan durumlar ortaya çıktığında, bu durumu bildirme hususunda OSGB' ler müşterisi olan işvereni kaybetme riski karşısında doğal olarak çıkar çatışması yaşamaktadırlar. Bu da OSGB' lerin iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini tam anlamıyla bağımsız bir şekilde yürütememesine yol açmaktadır. Bu haliyle yapılan düzenleme halen eksik ve yetersizdir. Esas yapılması gereken zaten OSGB bünyesinde çalışan işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının yanına OSGB tanımını eklem değil, bu alanda görev yapanların işlerini etkin ve etkili yapmalarını sağlayacak bağımsızlıklarının sağlanmasıdır.

Sonuç olarak, söz konusu Kanun Teklifi, sosyal güvenlik ve sağlık alanlarında ciddi hak kayıplarına ve eşitsizliklere yol açabilecek düzenlemeler içermektedir. Tüm bu nedenlerle, Kanun Teklifi'nin mevcut haliyle kabul edilmesi, sosyal devlet ilkesi, Anayasa ve uluslararası sözleşmelerle güvence altına alınmış hakların ihlaline yol açacaktır. Teklifin yeniden ele alınarak, bireylerin kazanılmış haklarını koruyan, sosyal eşitliği ve adaleti gözeten, uluslararası normlara ve Anayasa Mahkemesi kararlarına uygun düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Sosyal tarafların ve sivil toplumun görüşleri dikkate alınarak, şeffaf ve katılımcı bir süreçle daha kapsayıcı ve adil bir yasa hazırlanması elzemdir. Bu çerçevede belirtilen hususlarda kanun teklifinde gerekli değişikliklerin ve ilavelerin yapılması temennisiyle Saadet Partisi Grubu olarak muhalefet şerhimizi sunuyoruz.

*Sema Silkin Ün*

Denizli

İZMİR MİLLETVEKİLİ CEYDA BÖLÜNMEZ  
ÇANKIRI VE SIVAS MİLLETVEKİLİ  
HAKAN AKSU İLE 77 MİLLETVEKİLİNİN  
TEKLİFİ

**SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL  
SAĞLIK SİGORTASI KANUNU İLE  
BAZI KANUNLARDA DEĞİŞİKLİK  
YAPILMASINA DAİR KANUN TEKLİFİ**

**MADDE 1-** 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 87 nci maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 2-** 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“Bilgi toplama, işleme ve paylaşma yetkisi

**EK MADDE 19-** Sağlık hizmeti almak üzere, kamu veya özel sağlık kuruluşları ile sağlık mesleği mensuplarına müracaat edenlerin, sağlık hizmetinin gereği olarak vermek zorunda oldukları veya kendilerine verilen hizmete ilişkin kişisel verileri işlenebilir.

Sağlık hizmetinin verilmesi, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve maliyetlerin hesaplanması amacıyla Bakanlık, birinci fıkrada kapsamında elde edilen verileri alarak işleyebilir. Bu veriler, 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununda öngörülen şartlar dışında aktarılamaz.

Bakanlık, ikinci fıkraya gereğince toplanan ve işlenen kişisel verilere, ilgili kişilerin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin erişimlerini sağlayacak bir sistem kurar.

Üçüncü fıkraya göre kurulan sistemlerin güvenliği ve güvenilirliği ile ilgili standartlar Kişisel Verileri Koruma Kurulunun belirlediği ilkelere uygun olarak Bakanlıkça belirlenir. Bakanlık, ilgili mevzuat uyarınca elde edilen kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirleri alır. Bu amaçla, sistemde kayıtlı bilgilerin hangi görevli tarafından ne amaçla kullanıldığının denetlenmesine imkân tanıyan bir güvenlik sistemi kurar.

SAĞLIK, AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL İŞLER  
KOMİSYONUNUN KABUL ETTİĞİ METİN

**SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL  
SAĞLIK SİGORTASI KANUNU İLE  
BAZI KANUNLARDA DEĞİŞİKLİK  
YAPILMASINA DAİR KANUN TEKLİFİ**

**MADDE 1-** 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 87 nci maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 2-** 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“Bilgi toplama, işleme ve paylaşma yetkisi

**EK MADDE 19-** Sağlık hizmeti almak üzere, kamu veya özel sağlık kuruluşları ile sağlık mesleği mensuplarına müracaat edenlerin, sağlık hizmetinin gereği olarak vermek zorunda oldukları veya kendilerine verilen hizmete ilişkin kişisel verileri işlenebilir.

Sağlık hizmetinin verilmesi, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve maliyetlerin hesaplanması amacıyla Sağlık Bakanlığı, birinci fıkrada kapsamında elde edilen verileri alarak işleyebilir. Bu veriler, 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununda öngörülen şartlar dışında aktarılamaz.

Bakanlık, ikinci fıkraya gereğince toplanan ve işlenen kişisel verilere, ilgili kişilerin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin erişimlerini sağlayacak bir sistem kurar.

Üçüncü fıkraya göre kurulan sistemlerin güvenliği ve güvenilirliği ile ilgili standartlar Kişisel Verileri Koruma Kurulunun belirlediği ilkelere uygun olarak Bakanlıkça belirlenir. Bakanlık, ilgili mevzuat uyarınca elde edilen kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirleri alır; bu amaçla, sistemde kayıtlı bilgilerin hangi görevli tarafından ne amaçla kullanıldığının denetlenmesine imkân tanıyan bir güvenlik sistemi kurar.

(İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile 77 Milletvekilinin Teklifi)

Sağlık personeli istihdam eden kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler, istihdam ettiği personeli ve personel hareketlerini Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

Kişisel sağlık verilerinin işlenmesi, güvenliği ve bu maddenin uygulanması ile ilgili diğer hususlar Bakanlıkça yürürlüğe konulan yönetmelikle düzenlenir.”

**MADDE 3-** 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanununun geçici 22 nci maddesinin birinci fıkrasında yer alan “31/12/2024” ibaresi “1/1/2028” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 4-** 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (h) bendinde yer alan “tedaviye yönelik hizmet alımları” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve 2/3/1927 tarihli ve 984 sayılı Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkanlara Mahsus Kanun ile 14/5/1928 tarihli ve 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yurt dışından gerçekleştirilecek beşeri tıbbi ürün alımları ve bunlara ilişkin hizmet alımları” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 5-** 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 5 inci maddesinin ikinci fıkrasının birinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, bu cümleden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiş, fıkra yer alan “Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca” ibareleri “Bakanlıkça” şeklinde, mevcut üçüncü cümlesinde yer alan “Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde” ibaresi “Aile hekimliği uygulaması kapsamında” şeklinde, mevcut dördüncü cümlesinde yer alan “Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca” ibaresi “Sağlık, Hazine ve Maliye ile Çalışma

(Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun Kabul Ettiği Metin)

Sağlık personeli istihdam eden kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler, istihdam ettiği personeli ve personel hareketlerini Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

Kişisel sağlık verilerinin işlenmesi, güvenliği ve bu maddenin uygulanması ile ilgili diğer hususlar Bakanlıkça yürürlüğe konulan yönetmelikle düzenlenir.”

**MADDE 3-** 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanununun geçici 22 nci maddesinin birinci fıkrasında yer alan “31/12/2024” ibaresi “1/1/2028” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 4-** 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (h) bendinde yer alan “tedaviye yönelik hizmet alımları” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve 2/3/1927 tarihli ve 984 sayılı Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkanlara Mahsus Kanun ile 14/5/1928 tarihli ve 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yurt dışından gerçekleştirilecek beşeri tıbbi ürün alımları ve bunlara ilişkin hizmet alımları” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 5-** 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 5 inci maddesinin ikinci fıkrasının; birinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, bu cümleden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiş, fıkra yer alan “Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca” ibareleri “Bakanlıkça” şeklinde, mevcut üçüncü cümlesinde yer alan “Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde” ibaresi “Aile hekimliği uygulaması kapsamında” şeklinde, mevcut dördüncü cümlesinde yer alan “Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca” ibaresi “Sağlık Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı

(İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve  
Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile  
77 Milletvekilinin Teklifi)

ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarınca” şeklinde, mevcut beşinci cümlesinde yer alan “Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, diğer” ibaresi “Diğer” şeklinde değiştirilmiş ve fıkraya aşağıdaki cümleler eklenmiştir.

“Yabancılarla sunulan hizmetler, mesai dışında sunulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile özel amaçlı raporlardan Bakanlıkça belirlenenler, hariç olmak üzere aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir.”

“Acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir.”

“Bu fıkranın birinci cümlesi kapsamında Bakanlıkça tarifeleri belirlenen hizmetlerden tahsil edilecek gelirler il sağlık müdürlüklerinin döner sermaye işletmelerinde bu amaçla açılacak olan hesaba yatırılır. Bu hesapta toplanan gelirlerin, sağlık hizmet sunumu için harcanma kriterleri, aile sağlığı merkezi giderlerinde kullanılması da dahil aile hekimine ve aile sağlığı çalışanına dağıtılabilecek miktarları, dağıtım ve harcamaya ilişkin diğer usul ve esaslar Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Bakanlıkça belirlenir. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanına yapılacak ödemenin hesabında 3 üncü maddenin beşinci fıkrası hükümleri dikkate alınmaz.”

**MADDE 6-** 16/5/2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanunun 35 inci maddesinin altıncı fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “bu Kanun ve diğer mevzuatla verilen görevleri” ibaresi “görevlerini” şeklinde değiştirilmiş ve ikinci cümlesinde yer alan “kamu idareleri” ibaresinden sonra gelmek üzere “, 506 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesi kapsamındaki bankaların, sigorta ve reasürans şirketlerinin, ticaret odalarının, sanayi odalarının, borsaların veya bunların teşkil ettikleri birliklerin personeli için kurulmuş bulunan sandıklar” ibaresi eklenmiştir.

(Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler  
Komisyonunun Kabul Ettiği Metin)

ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca” şeklinde, mevcut beşinci cümlesinde yer alan “Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, diğer” ibaresi “Diğer” şeklinde değiştirilmiş ve fıkraya aşağıdaki cümleler eklenmiştir.

“Yabancılarla sunulan hizmetler, mesai dışında sunulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile özel amaçlı raporlardan Bakanlıkça belirlenenler hariç olmak üzere aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir.”

“Acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir.”

“Bu fıkranın birinci cümlesi kapsamında Bakanlıkça tarifeleri belirlenen hizmetlerden tahsil edilecek gelirler il sağlık müdürlüklerinin döner sermaye işletmelerinde bu amaçla açılacak olan hesaba yatırılır. Bu hesapta toplanan gelirlerin, sağlık hizmet sunumu için harcanma kriterleri, aile sağlığı merkezi giderlerinde kullanılması da dahil aile hekimine ve aile sağlığı çalışanına dağıtılabilecek miktarları, dağıtım ve harcamaya ilişkin diğer usul ve esaslar Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Bakanlıkça belirlenir. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanına yapılacak ödemenin hesabında 3 üncü maddenin beşinci fıkrası hükümleri dikkate alınmaz.”

**MADDE 6-** 16/5/2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanunun 35 inci maddesinin altıncı fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “bu Kanun ve diğer mevzuatla verilen görevleri” ibaresi “görevlerini” şeklinde değiştirilmiş ve ikinci cümlesinde yer alan “kamu idareleri” ibaresinden sonra gelmek üzere “, 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 20 nci maddesi kapsamındaki bankaların, sigorta ve reasürans şirketlerinin, ticaret odalarının, sanayi odalarının, borsaların veya bunların teşkil ettikleri birliklerin personeli için kurulmuş bulunan sandıklar” ibaresi eklenmiştir.

(İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve  
Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile  
77 Milletvekilinin Teklifi)

**MADDE 7-** 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 17 nci maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulacak günlük kazanç; iş kazasının veya doğumun olduğu tarihten, meslek hastalığı veya hastalık halinde ise iş göremezliğin başladığı tarihten önceki oniki aydaki; iş kazası ve meslek hastalığı halinde bağlanacak gelirin hesabına esas tutulacak günlük kazanç ise iş kazasının olduğu veya meslek hastalığında iş göremezliğin başladığı tarihten önceki on iki aydaki son üç ay içinde, 80 inci maddeye göre hesaplanacak prime esas kazançlar toplamının, bu kazançlara esas prim ödeme gün sayısına bölünmesi suretiyle hesaplanır. Ancak, önceki oniki ay içerisinde 180 günden az kısa vadeli sigorta primi bildirilmiş olanların geçici iş göremezlik ödeneğine esas tutulacak günlük kazanç tutarı, iş göremezliğin başladığı tarihteki günlük prime esas kazanç alt sınırının iki katını geçemez.”

**MADDE 8-** 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin yedinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “ilk kayıt tarihinden” ibaresi “eğitim öğretim yılı başlangıç tarihinden” şeklinde, “olurlar” ibaresi “sayılır” şeklinde değiştirilmiş, fıkranın ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmış ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı veya Uluslararası Öğrenciler Değerlendirme Kurulu kararı ile burslandırılan uluslararası öğrenciler bursluluk statülerinin devam ettiği sürelerde genel sağlık sigortalısı sayılır. Genel sağlık sigortası primleri, 82 nci maddenin birinci fıkrasına göre belirlenen prime esas kazanç alt sınırının %4’üdür. Bu kişiler hakkında 3 üncü maddenin birinci fıkrasının (10) numaralı bendi uygulanmaz.”

(Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler  
Komisyonunun Kabul Ettiği Metin)

**MADDE 7-** 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 17 nci maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulacak günlük kazanç; iş kazasının veya doğumun olduğu tarihten, meslek hastalığı veya hastalık halinde ise iş göremezliğin başladığı tarihten önceki on iki aydaki; iş kazası ve meslek hastalığı halinde bağlanacak gelirin hesabına esas tutulacak günlük kazanç ise iş kazasının olduğu veya meslek hastalığında iş göremezliğin başladığı tarihten önceki on iki aydaki son üç ay içinde, 80 inci maddeye göre hesaplanacak prime esas kazançlar toplamının, bu kazançlara esas prim ödeme gün sayısına bölünmesi suretiyle hesaplanır. Ancak, önceki on iki ay içerisinde 180 günden az kısa vadeli sigorta primi bildirilmiş olanların geçici iş göremezlik ödeneğine esas tutulacak günlük kazanç tutarı, iş göremezliğin başladığı tarihteki günlük prime esas kazanç alt sınırının iki katını geçemez.”

**MADDE 8-** 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin yedinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “ilk kayıt tarihinden” ibaresi “eğitim öğretim yılı başlangıç tarihinden” şeklinde, “olurlar” ibaresi “sayılır” şeklinde değiştirilmiş; ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmış ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı veya Uluslararası Öğrenciler Değerlendirme Kurulu kararı ile burslandırılan uluslararası öğrenciler, bursluluk statüleri devam ettiği sürece genel sağlık sigortalısı sayılır. Genel sağlık sigortası primleri, 82 nci maddenin birinci fıkrasına göre belirlenen prime esas kazanç alt sınırının %4’üdür. Bu kişiler hakkında 3 üncü maddenin birinci fıkrasının (10) numaralı bendi uygulanmaz.”

(İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile 77 Milletvekilinin Teklifi)

**MADDE 9-** 5510 sayılı Kanunun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“g) Uygulamaya ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenmek üzere, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı tarafından desteklenen ve Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilen klinik araştırmalarda, araştırma ürünlerinin sağlanması hariç olmak üzere, bu madde kapsamında Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri.”

**MADDE 10-** 5510 sayılı Kanunun 67 nci maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“d) 60 ıncı maddenin yedinci fıkrasına göre genel sağlık sigortalısı sayılanların, (c) bendinde sayılan şartlarla birlikte, bir eğitim öğretim yılına ilişkin genel sağlık sigortası primlerinin tamamını tescil tarihinden itibaren bir ay içinde ödemeleri,”

**MADDE 11-** 5510 sayılı Kanunun 68 inci maddesinin ikinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “2” ibaresi “20” şeklinde değiştirilmiş, altıncı cümlesinde yer alan “önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı gibi hususları göz önünde bulundurarak on katına kadar artırmaya” ibaresinden sonra gelmek üzere “, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularından sevk edilenler için yarısına kadar azaltmaya” ibaresi eklenmiş ve fıkranın son cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Bu fıkrada belirtilen 1 Türk Lirası, 20 Türk Lirası ve 3 Türk Lirası, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılır.”

**MADDE 12-** 5510 sayılı Kanunun 81 inci maddesinin birinci fıkrasının (ı) bendinin birinci cümlesinde yer alan “beş” ibaresi “dört” şeklinde değiştirilmiştir.

(Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun Kabul Ettiği Metin)

**MADDE 9-** 5510 sayılı Kanunun 63 üncü maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“g) Uygulamaya ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenmek üzere, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı tarafından desteklenen, Sağlık Bakanlığınca izin ve onay verilen kamu hastaneleri ve devlet üniversitelerinde yapılan klinik araştırmalarda, araştırma ürünlerinin sağlanması hariç olmak üzere, bu madde kapsamında Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri.”

**MADDE 10-** 5510 sayılı Kanunun 67 nci maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“d) 60 ıncı maddenin yedinci fıkrasına göre genel sağlık sigortalısı sayılanların, (c) bendinde sayılan şartlarla birlikte, bir eğitim öğretim yılına ilişkin genel sağlık sigortası primlerinin tamamını tescil tarihinden itibaren bir ay içinde ödemeleri,”

**MADDE 11-** 5510 sayılı Kanunun 68 inci maddesinin ikinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “2” ibaresi “20” şeklinde değiştirilmiş, altıncı cümlesinde yer alan “önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı gibi hususları göz önünde bulundurarak on katına kadar artırmaya” ibaresinden sonra gelmek üzere “, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularından sevk edilenler için yarısına kadar azaltmaya” ibaresi eklenmiş ve fıkranın son cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Bu fıkrada belirtilen 1 Türk lirası, 20 Türk lirası ve 3 Türk lirası, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılır.”

**MADDE 12-** 5510 sayılı Kanunun 81 inci maddesinin birinci fıkrasının (ı) bendinin birinci cümlesinde yer alan “beş” ibaresi “dört” şeklinde değiştirilmiştir.



(İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile 77 Milletvekilinin Teklifi)

**MADDE 13-** 5510 sayılı Kanunun 88 inci maddesinin onuncu fıkrasında yer alan “(c) ve (d) bentlerinde” ibaresi “(c), (d) ve (g) bentleri ile 60 inci maddenin sekizinci ve onuncu fıkralarında” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 14-** 5510 sayılı Kanunun geçici 2 nci maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalılardan 28 inci maddenin beşinci fıkrasına göre aylık talebinde bulunanların Kanunun yürürlük tarihinden önceki hizmet sürelerine ilişkin aylıklarının hesabında, birinci fıkranın (a) bendine göre esas alınacak aylık bağlama oranı 506 sayılı Kanunun mülga 61 inci maddesinin dördüncü fıkrası dikkate alınarak belirlenir.”

**MADDE 15-** 5510 sayılı Kanunun geçici 4 üncü maddesinin beşinci fıkrasının son cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve fıkraya aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ancak, bu Kanunun 4 üncü maddesinin dördüncü fıkrasının (d), (e) ve (f) bentlerinde belirtilenlerden öğrenci olanların sigortalı sayılmaları, yetim aylıklarının bağlanmamasını veya bağlanan yetim aylıklarının kesilmesini gerektirmez.”

“Bu madde kapsamında aylık alan ya da hükmün yürürlüğe girdiği tarihten sonra aylığa hak kazanacak erkek çocuklar için 5434 sayılı Kanunun mülga 74 üncü maddesinin altıncı fıkrası hükümleri uygulanmaz.”

**MADDE 16-** 5510 sayılı Kanunun geçici 6 ncı maddesinin yedinci fıkrasının (d) ve (e) bentlerinin (1) numaralı alt bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) 31/12/2008 (dahil) tarihinden önce sigortalı sayılanlar için 3700 gün olarak,”

“1) 31/12/2008 (dahil) tarihinden önce sigortalı sayılanlar için 4100 gün olarak,”

(Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun Kabul Ettiği Metin)

**MADDE 13-** 5510 sayılı Kanunun 88 inci maddesinin onuncu fıkrasında yer alan “(c) ve (d) bentlerinde” ibaresi “(c), (d) ve (g) bentleri ile 60 ncı maddenin sekizinci ve onuncu fıkralarında” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 14-** 5510 sayılı Kanunun geçici 2 nci maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalılardan 28 inci maddenin beşinci fıkrasına göre aylık talebinde bulunanların Kanunun yürürlük tarihinden önceki hizmet sürelerine ilişkin aylıklarının hesabında, birinci fıkranın (a) bendine göre esas alınacak aylık bağlama oranı 506 sayılı Kanunun mülga 61 inci maddesinin dördüncü fıkrası dikkate alınarak belirlenir.”

**MADDE 15-** 5510 sayılı Kanunun geçici 4 üncü maddesinin beşinci fıkrasının son cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve fıkraya aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ancak, bu Kanunun 4 üncü maddesinin dördüncü fıkrasının (d), (e) ve (f) bentlerinde belirtilenlerden öğrenci olanların sigortalı sayılmaları, yetim aylıklarının bağlanmamasını veya bağlanan yetim aylıklarının kesilmesini gerektirmez.”

“Bu madde kapsamında aylık alan ya da hükmün yürürlüğe girdiği tarihten sonra aylığa hak kazanacak erkek çocuklar için 5434 sayılı Kanunun mülga 74 üncü maddesinin altıncı fıkrası hükümleri uygulanmaz.”

**MADDE 16-** 5510 sayılı Kanunun geçici 6 ncı maddesinin yedinci fıkrasının (d) bendinin (1) numaralı alt bendi ve (e) bendinin (1) numaralı alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“1) 31/12/2008 (dahil) tarihinden önce sigortalı sayılanlar için 3700 gün olarak,”

“1) 31/12/2008 (dahil) tarihinden önce sigortalı sayılanlar için 4100 gün olarak,”

(İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve  
Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile  
77 Milletvekilinin Teklifi)

**MADDE 17-** 5510 sayılı Kanunun geçici 10 uncu maddesinin ikinci fıkrası yürürlükten kaldırılmış, üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve dördüncü fıkrasında yer alan “ve ikinci” ibaresi madde metninden çıkarılmıştır.

“Engelliliği nedeniyle vergi indiriminden yararlanarak yaşlılık aylığı bağlananların aylıklarının ödenmesine devam edilir. Bunlar hakkında Kanunun 94 üncü maddesi ile 28 inci maddesinin beşinci fıkrası hükümleri uygulanır.”

**MADDE 18-** 5510 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 105- Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (4) numaralı alt bendi kapsamında faaliyette bulunanların tarımsal faaliyetlerinin başlaması ve sonlanmasına ilişkin olarak ilgili meslek kuruluşlarınca 8 inci maddesinin üçüncü fıkrası ve 9 uncu maddesinin üçüncü fıkrasında belirtilen bu maddenin yürürlük tarihinden önceki sürelerle ait bildirim yükümlülüklerinin bu maddenin yürürlük tarihinden önce kanuni süresi dışında yerine getirilmiş olması veya bu maddenin yürürlük tarihinden itibaren 6 ay içinde yerine getirilmesi durumunda idari para cezası uygulanmaz. Bu yükümlülükler için bu maddenin yürürlük tarihinden önce uygulanan idari para cezaları, kesinleşip kesinleşmediğine bakılmaksızın terkin edilir, ancak tahsil edilmiş tutarlar red ve iade veya mahsup edilmez.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir.”

**MADDE 19-** 5510 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 106- Bu Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında 1/1/2015 öncesine ait olup ödenmemiş genel sağlık sigortası primleri ile gecikme cezası ve gecikme zammı gibi fer’i alacaklarının tamamının tahsilinden vazgeçilir. Bu maddenin yayımlandığı tarihe kadar söz konusu süreler için ödenmiş olan primler iade ve mahsup edilmez.”

(Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler  
Komisyonunun Kabul Ettiği Metin)

**MADDE 17-** 5510 sayılı Kanunun geçici 10 uncu maddesinin ikinci fıkrası yürürlükten kaldırılmış, üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve dördüncü fıkrasında yer alan “ve ikinci” ibaresi madde metninden çıkarılmıştır.

“Engelliliği nedeniyle vergi indiriminden yararlanarak yaşlılık aylığı bağlananların aylıklarının ödenmesine devam edilir. Bunlar hakkında 28 inci maddenin beşinci fıkrası ile 94 üncü madde hükümleri uygulanır.”

**MADDE 18-** 5510 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 105- Bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin (4) numaralı alt bendi kapsamında faaliyette bulunanların tarımsal faaliyetlerinin başlaması ve sonlanmasına ilişkin olarak ilgili meslek kuruluşlarınca 8 inci maddesinin üçüncü fıkrası ve 9 uncu maddesinin üçüncü fıkrasında belirtilen bu maddenin yürürlük tarihinden önceki sürelerle ait bildirim yükümlülüklerinin bu maddenin yürürlük tarihinden önce kanuni süresi dışında yerine getirilmiş olması veya bu maddenin yürürlük tarihinden itibaren 6 ay içinde yerine getirilmesi durumunda idari para cezası uygulanmaz. Bu yükümlülükler için bu maddenin yürürlük tarihinden önce uygulanan idari para cezaları, kesinleşip kesinleşmediğine bakılmaksızın terkin edilir, ancak tahsil edilmiş tutarlar red ve iade veya mahsup edilmez.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir.”

**MADDE 19-** 5510 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 106- Bu Kanunun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (g) bendi kapsamında 1/1/2015 öncesine ait olup ödenmemiş genel sağlık sigortası primleri ile gecikme cezası ve gecikme zammı gibi fer’i alacakların tamamının tahsilinden vazgeçilir. Bu maddenin yayımlandığı tarihe kadar söz konusu süreler için ödenmiş olan primler iade ve mahsup edilmez.”

(İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile 77 Milletvekilinin Teklifi)

**MADDE 20-** 5510 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 107- 2024 yılında götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesi yapılmış kamu üniversite sağlık hizmeti sunucularının Kuruma 31/12/2024 tarihine kadar bu sözleşme kapsamında verdikleri tedavi hizmetlerine ilişkin toplam tahakkuk tutarının götürü bedel sözleşme tutarından düşük olması durumunda, aradaki fark terkin edilir. Terkin edilen tutar, Bakanlık bütçesine bu amaçla tahsis edilecek ödenekten karşılanır.

Bu maddeye ilişkin usul ve esaslar Hazine ve Maliye Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.”

**MADDE 21-** 5510 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 108- 81 inci maddenin birinci fıkrasının (1) bendinin birinci cümlesinde yer alan “dört” ibaresi; aynı bentte yer alan şartlarla birlikte işverenlerin imalat sektöründe faaliyet göstermesi halinde “beş” olarak uygulanır.

Bu madde hükümleri 31/12/2026 tarihine kadar uygulanmaya devam edilir. Cumhurbaşkanı, bu maddenin uygulanma süresini 31/12/2027 tarihine kadar uzatmaya yetkilidir.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Bakanlık ile Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından müştereken belirlenir.”

**MADDE 22-** 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (ş) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve fıkraya aşağıdaki bentler eklenmiştir.

“d) Eğitim kurumu: Bu Kanun ile bu Kanuna dayanılarak düzenlenen alt mevzuat hükümleri uyarınca eğitim vermek üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş kurum ve kuruluşları,”

“ş) Diğer sağlık personeli: İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görevlendirilmek

(Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun Kabul Ettiği Metin)

**MADDE 20-** 5510 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 107- 2024 yılında götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesi yapılmış kamu üniversite sağlık hizmeti sunucularının Kuruma 31/12/2024 tarihine kadar bu sözleşme kapsamında verdikleri tedavi hizmetlerine ilişkin toplam tahakkuk tutarının götürü bedel sözleşme tutarından düşük olması durumunda, aradaki fark terkin edilir. Terkin edilen tutar, Bakanlık bütçesine bu amaçla tahsis edilecek ödenekten karşılanır.

Bu maddeye ilişkin usul ve esaslar Hazine ve Maliye Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.”

**MADDE 21-** 5510 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 108- 81 inci maddenin birinci fıkrasının (1) bendinin birinci cümlesinde yer alan “dört” ibaresi; aynı bentte yer alan şartlarla birlikte işverenlerin imalat sektöründe faaliyet göstermesi halinde “beş” olarak uygulanır.

Bu madde hükümleri 31/12/2026 tarihine kadar uygulanmaya devam edilir. Cumhurbaşkanı, bu maddenin uygulanma süresini 31/12/2027 tarihine kadar uzatmaya yetkilidir.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Bakanlık ile Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından müştereken belirlenir.”

**MADDE 22-** 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (d) ve (ş) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve fıkraya aşağıdaki bentler eklenmiştir.

“d) Eğitim kurumu: Bu Kanun ile bu Kanuna dayanılarak düzenlenen alt mevzuat hükümleri uyarınca eğitim vermek üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş kurum ve kuruluşları,”

“ş) Diğer sağlık personeli: İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görevlendirilmek

(İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile 77 Milletvekilinin Teklifi)

üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş, diğer sağlık personeli belgesine sahip ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, çevre sağlığı teknikeri veya çevre sağlığı teknisyeni diplomasına sahip olan kişileri,”

“t) Çalışan sağlığı merkezi (ÇASMER): Sağlık Bakanlığına bağlı, işyerlerine iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri sunmak üzere bu Kanun kapsamında Bakanlıkça yetkilendirilen, gerekli donanım ve personele sahip birimi,

u) Ekipman muayene kuruluşu: İşin yapılmasında kullanılan her türlü makine, alet, ekipman, tesis, teçhizat, cihaz ve koruyucu sistemlerin iş sağlığı ve güvenliği yönünden; mevzuat, ilgili standart ve kontrol kriterlerine uygun kullanımının sağlanması ve sürdürülmesi adına bakım veya muayene, test ve kontrol yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilen kuruluşları,”

**MADDE 23-** 6331 sayılı Kanunun 6 ncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin ikinci cümlesinde yer alan “birimlerinden” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya ÇASMER’lerden” ibaresi, bende aşağıdaki cümle ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Ancak, 10’den az çalışanı bulunan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde, işyerinin bağlı bulunduğu kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşundan hizmet alarak da yürütebilirler.”

“(5) Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Bakanlıkça belirlenir.”

**MADDE 24-** 6331 sayılı Kanunun 8 inci maddesinin ikinci fıkrasının üçüncü cümlesinde yer alan “veya iş güvenliği uzmanınca,” ibaresi “, iş güvenliği uzmanı veya ortak sağlık ve güvenlik birimi yönetimi tarafından” şeklinde değiştirilmiş ve dördüncü cümlesinde yer alan “süreyle” ibaresinden sonra gelmek üzere “; ortak sağlık ve güvenlik biriminin yetki belgesi altı ay, tekrarında ise bir yıl süreyle” ibaresi eklenmiştir.

(Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun Kabul Ettiği Metin)

üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş, diğer sağlık personeli belgesine sahip ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, çevre sağlığı teknikeri veya çevre sağlığı teknisyeni diplomasına sahip olan kişileri,”

“t) Çalışan sağlığı merkezi (ÇASMER): Sağlık Bakanlığına bağlı, işyerlerine iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri sunmak üzere bu Kanun kapsamında Bakanlıkça yetkilendirilen, gerekli donanım ve personele sahip birimi,

u) Ekipman muayene kuruluşu: İşin yapılmasında kullanılan her türlü makine, alet, ekipman, tesis, teçhizat, cihaz ve koruyucu sistemlerin iş sağlığı ve güvenliği yönünden; mevzuat, ilgili standart ve kontrol kriterlerine uygun kullanımının sağlanması ve sürdürülmesi adına bakım veya muayene, test ve kontrol yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilen kuruluşları,”

**MADDE 23-** 6331 sayılı Kanunun 6 ncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin ikinci cümlesinde yer alan “birimlerinden” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya ÇASMER’lerden” ibaresi ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(5) Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Bakanlıkça belirlenir.”

**MADDE 24-** 6331 sayılı Kanunun 8 inci maddesinin ikinci fıkrasının üçüncü cümlesinde yer alan “veya iş güvenliği uzmanınca,” ibaresi “, iş güvenliği uzmanı ve/veya ortak sağlık ve güvenlik birimi yönetimi tarafından” şeklinde değiştirilmiş ve dördüncü cümlesinde yer alan “süreyle” ibaresinden sonra gelmek üzere “; ortak sağlık ve güvenlik biriminin yetki belgesi altı ay, tekrarında ise bir yıl süreyle” ibaresi eklenmiştir.

(İzmir Milletvekili Ceyda Bölünmez Çankırı ve  
Sivas Milletvekili Hakan Aksu ile  
77 Milletvekilinin Teklifi)

(Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler  
Komisyonunun Kabul Ettiği Metin)

**MADDE 25-** 6331 sayılı Kanunun 15 inci maddesinin üçüncü fıkrasının ikinci cümlesinde yer alan “kamu hizmet sunucuları veya aile hekimlerinden de” ibaresi “ÇASMER’lerden, aile hekimlerinden veya diğer kamu sağlık hizmeti sunucularından da” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 26-** 6331 sayılı Kanunun 31 inci maddesinin madde başlığında yer alan “ihtar” ibaresinden sonra gelmek üzere “, askı” ibaresi eklenmiş ve birinci fıkrasında yer alan “İş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunan, ölçüm ve analizleri yapan kişi, kurum, kuruluşlar ve eğitim kurumları ile ilgili olarak” ibaresi “Bu Kanun kapsamında yetkilendirilen veya belgelendirilen kişi ve kuruluşlara yönelik” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 27-** Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

**MADDE 28-** Bu Kanun hükümlerini Cumhurbaşkanı yürütür.

**MADDE 25-** 6331 sayılı Kanunun 15 inci maddesinin üçüncü fıkrasının ikinci cümlesinde yer alan “kamu hizmet sunucuları veya aile hekimlerinden de” ibaresi “ÇASMER’lerden, aile hekimlerinden veya diğer kamu sağlık hizmeti sunucularından da” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 26-** 6331 sayılı Kanunun 31 inci maddesinin madde başlığında yer alan “ihtar” ibaresinden sonra gelmek üzere “, askı” ibaresi eklenmiş ve birinci fıkrasında yer alan “İş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunan, ölçüm ve analizleri yapan kişi, kurum, kuruluşlar ve eğitim kurumları ile ilgili olarak” ibaresi “Bu Kanun kapsamında yetkilendirilen veya belgelendirilen kişi ve kuruluşlara yönelik” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 27-** Bu Kanunun;

- a) 7 nci maddesi 21/12/2024 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 12 nci ve 21 inci maddeleri yayımını izleyen ayın başında,
- c) Diğer maddeleri yayımı tarihinde, yürürlüğe girer.

**MADDE 28-** Bu Kanun hükümlerini Cumhurbaşkanı yürütür.



**TBMM Basımevi - 2024**