

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ

YASAMA DÖNEMİ

28

YASAMA YILI

3

SIRA SAYISI: 218

**Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul
Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108
Milletvekilinin Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda
ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede
Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi
(2/3174) ile 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

• 2/3174 Esas Numaralı Teklifin

- TBMM Başkanlığına Sunuş Yazısı4

- Katılma Yazıları7

- Genel Gerekçesi7

- Madde Gerekçeleri9

• Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Raporu14

• Muhalefet Şerhleri23

• Teklif Metni97

• Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun
Kabul Ettiği Metin97

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifimiz ve gerekçesi ekte sunulmaktadır.

Gereğini arz ederiz.

<i>Orhan Ateş</i>	<i>Müşerref Pervin Tuba Durgut</i>	<i>Ümmügülşen Öztürk</i>
Bayburt	İstanbul	İstanbul
<i>Hasan Arslan</i>	<i>Necmettin Erkan</i>	<i>Cevahir Asuman Yazmacı</i>
Afyonkarahisar	Kırşehir	Şanlıurfa
<i>Mustafa Nedim Yamalı</i>	<i>Emel Gözükara Durmaz</i>	<i>Çiğdem Karaaslan</i>
Ankara	Bursa	Samsun
<i>Rukiye Toy</i>	<i>Ahmet Salih Dal</i>	<i>Derya Bakbak</i>
Sivas	Kilis	Gaziantep
<i>Ceyda Bölünmez Çankırı</i>	<i>Çiğdem Erdoğan</i>	<i>Sunay Karamık</i>
İzmir	Sakarya	Adana
<i>Resul Kurt</i>	<i>Ercan Öztürk</i>	<i>Ali Kıratlı</i>
Adıyaman	Düzce	Mersin
<i>Seyithan İzsiz</i>	<i>Adil Biçer</i>	<i>Halil Uluay</i>
İstanbul	Kütahya	Kastamonu
<i>Ömer Oruç Bilal Debgici</i>	<i>Kemal Karahan</i>	<i>Adem Yeşildal</i>
Kahramanmaraş	Hatay	Hatay
<i>Mustafa Alkayış</i>	<i>İshak Şan</i>	<i>Ersan Aksu</i>
Adıyaman	Adıyaman	Samsun
<i>Mehmet Emin Öz</i>	<i>Mestan Özcan</i>	<i>Mehmet Emin Şimşek</i>
Erzurum	Tekirdağ	Muş
<i>Osman Zabun</i>	<i>Celalettin Köse</i>	<i>Arslan Tatar</i>
Isparta	Gümüşhane	Şırnak
<i>Ferhat Nasıroğlu</i>	<i>Erol Keleş</i>	<i>Veysel Tipioğlu</i>
Batman	Elâzığ	Kocaeli
<i>Fahrettin Tuğrul</i>	<i>Sadettin Hülagü</i>	<i>Ömer Özmen</i>
Uşak	Kocaeli	Aydın
<i>Orhan Kırçalı</i>	<i>Mustafa Arslan</i>	<i>Fehmi Alpay Özalan</i>
Samsun	Tokat	İzmir
<i>Cüneyt Yüksel</i>	<i>Zeki Korkutata</i>	<i>Suna Kepolu Ataman</i>
İstanbul	Bingöl	Diyarbakır
<i>Faruk Kılıç</i>	<i>Hikmet Başak</i>	<i>Mervan Gül</i>
Mardin	Şanlıurfa	Siirt

<i>Fatma Öncü</i>	<i>Kayhan Türkmenoğlu</i>	<i>Seda Gören Bölük</i>
Erzurum	Van	İstanbul
<i>Seydi Gülsoy</i>	<i>Nazım Elmas</i>	<i>Cüneyt Aldemir</i>
Osmaniye	Giresun	Tokat
<i>Abdurrahim Fırat</i>	<i>Latif Selvi</i>	<i>Tahir Akyürek</i>
Erzurum	Konya	Konya
<i>Fatma Serap Ekmekci</i>	<i>Mehmet Eyup Özkeçeci</i>	<i>Fuat Oktay</i>
Kastamonu	Gaziantep	Ankara
<i>Sevan Sivacioğlu</i>	<i>Derya Yanık</i>	<i>Asuman Erdoğan</i>
İstanbul	Osmaniye	Ankara
<i>Mehmet Baykan</i>	<i>Mustafa Oğuz</i>	<i>Saffet Bozkurt</i>
Konya	Burdur	Zonguldak
<i>Turan Bedirhanoglu</i>	<i>Faruk Aytek</i>	<i>Burhan Kayatürk</i>
Bitlis	Adana	Van
<i>İbrahim Yurdunuseven</i>	<i>Nilgün Ök</i>	<i>Meliha Akyol</i>
Afyonkarahisar	Denizli	Yalova
<i>Mustafa Canbey</i>	<i>Çiğdem Koncagül</i>	<i>Emre Çalıřkan</i>
Balıkesir	Tekirdağ	Nevşehir
<i>Mehmet Sait Yaz</i>	<i>Şebnem Bursalı</i>	<i>Sayın Bayar Özsoy</i>
Diyarbakır	İzmir	Kayseri
<i>Süleyman Şahan</i>	<i>Hüseyin Altınsoy</i>	<i>İbrahim Ethem Taş</i>
Yozgat	Aksaray	Antalya
<i>Adem Yıldırım</i>	<i>Muhammet Müfit Aydın</i>	<i>Orhan Yegin</i>
İstanbul	Bursa	Ankara
<i>Fatma Aksal</i>	<i>Zehranur Aydemir</i>	<i>Mustafa Hakan Özer</i>
Edirne	Ankara	Konya
<i>Rümeysa Kadak</i>	<i>Abdullah Doğru</i>	<i>Mehmet Demir</i>
İstanbul	Adana	Kütahya
<i>Ali İnci</i>	<i>Refik Özen</i>	<i>Ayhan Salman</i>
Sakarya	Bursa	Bursa
<i>Mustafa Yavuz</i>	<i>İsmail Güneş</i>	<i>Mustafa Hamarat</i>
Bursa	Uşak	Ordu
<i>Murat Kaya</i>	<i>Lütfi Bayraktar</i>	<i>Harun Mertoğlu</i>
Sakarya	Sakarya	Rize
<i>Abdurrahman Babacan</i>	<i>Ertuğrul Kocacık</i>	<i>Kaan Koç</i>
Malatya	Sakarya	Ardahan

Tuba Vural Çokal

Antalya

Tuba Köksal

Kahramanmaraş

Murat Baybatur

Manisa

Ali Temür

Giresun

Yusuñ Ziya Aldatmaz

Bartın

Şahin Tin

Denizli

Yüksel Coşkunyürek

Bolu

Havva Sibel Söylemez

Mersin

KATILMA YAZILARI

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

24.06.2025 tarihinde TBMM Başkanlığına sunulan 2/3174 Esas No’lu “Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi’ne” imzamı koyuyorum.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

24.06.2025

Adem Korkmaz

Burdur

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi’ne (2/3174) katılıyorum, imzamı koyuyorum.

Gereğini arz ederim.

25.06.2025

Hulusi Akar

Kayseri

HAVALE EDİLDİĞİ KOMİSYONLAR (2/3174)	
ESAS	Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu
TALİ	Plan ve Bütçe Komisyonu

GENEL GEREKÇE

Sağlık alanında yürütülen politikalarla, sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması ve kalitesinin artırılmasına yönelik önemli gelişmeler sağlanmış, sağlık hizmetlerinde fiziki ve beşeri altyapı ile kaynaklar iyileştirilmiş, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliği artırılmıştır. Bununla birlikte sosyal ve ekonomik dönüşüm, hızla gelişen teknoloji, sürekli değişen ve artan ihtiyaç ve talepler ise her sistemin sürekli olarak revizyonunu ve iyileştirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu çerçevede “Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık Modeli” ile hayata geçirilen “Sağlıklı Türkiye Yüzyılı Programı” doğrultusunda daha iyi ve kaliteli sağlık hizmet sunumunun sağlanması ve ülkemizin sağlık alanındaki gücünün korunması amacıyla muhtelif düzenleme ve değişiklikler yapılmaktadır.

Bu kapsamda Teklifte;

- Eczacılar için toptan ilaç satışı ihlalleri ile ilaç takip sistemine bildirim yükümlülüğünün ihlali durumunda uygulanacak yaptırım normunun yeniden düzenlenmesine,

- Ruhsat ve izin sahipleri ile ecza ticarethaneleri için beşeri tıbbi ürünler ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zinciri içindeki tüm hareketlerini takip sistemine bildirme yükümlülüğü getirilmesine,
 - Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların; en fazla iki sağlık kurum ve kuruluşunda ve ancak 5510 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında çalışabilecekleri düzenlenerek sağlık hizmetinin daha etkili ve verimli sunulabilmesine, sağlık hizmet sunumunda fonksiyonel ve organizasyonel bütünlüğün korunmasına ve sağlık hizmet sunumunun yurt genelinde daha dengeli planlanabilmesine,
 - Teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle alınması gereken muvafakatin elektronik ortamda da alınabilmesine,
 - Ebe yardımcılığı ile hemşire yardımcılığı unvanlarının yapılan işin niteliği gözetilerek ilgası ile sağlık bakım teknisyeni unvanı altında birleştirilmesine, mamografi teknikerliğinin ilgasına, diş protez teknisyenliği ve nükleer tıp teknikerliğinin ihdasına ve sağlık meslek liselerinin diş protez programlarına öğrenci kaydı yapılmasına,
 - Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel ile Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşlarında ek ödeme almaya hak kazanan personelden TÜSEB’de görevlendirilenlerin ek ödemedен yararlanılmasına,
 - Ölümünden sonra vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bırakmak isteyen kişilerin, e-Devlet Kapısı sistemi veya Sağlık Bakanlığınca kurulan bilişim sistemleri üzerinden de beyanda bulunabilmelerinin sağlanmasına,
 - İhtiyaç duyulması halinde acil sağlık hizmetleri istasyonu, sağlıklı hayat merkezi veya aile sağlığı merkezlerinin parklarda konumlandırılması ve acil sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasına,
 - Özel sağlık tesisleri için tanıtım ve bilgilendirme sınırını aşanlar ile yanıltıcı, aldatıcı, insan sağlığını tehlikeye düşüren veya haksız rekabet ortamı yaratan fiillerde bulunanlar hakkında idari para cezası uygulanarak bu fiillerin önlenmesine,
 - Sağlık Bakanlığınca belirlenen usul ve esaslara aykırı olarak tıbbi cihazların satış, reklam, dağıtım veya pazarlamasını yapan kişiler ile teknik servis hizmetini sunanlar ve sahte tıbbi cihazları piyasaya arz eden, piyasada bulunduran ve hizmete sunanlar hakkında idari para cezası uygulanarak vatandaşlarımızın güvenli ürünlere erişiminin artırılmasına,
 - Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun, görev alanına giren ürünler ve hizmetlerin denetimi kapsamında ürün ve hizmetlere ilişkin mali belgelere erişiminin sağlanmasına,
 - Sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında kullanılan ürün ve hizmetlerin kriterlerinin belirlenmesinin ve denetiminin Sağlık Bakanlığınca yapılmasına,
 - Optisyenlik müessesesi kayıtlarının değişen gerekliliklere uygun usul ve esaslar doğrultusunda tutulabilmesine,
 - Türk Optisyen-Gözlükçüler Birliği ve optisyen-gözlükçüler odaları organlarının teşkili ve görevleri ile optisyenlik mesleğine ilişkin disiplin hükümlerinin düzenlenmesine,
 - Anayasa Mahkemesinin 28/12/2023 tarihli ve E.2019/30, K.2023/227 sayılı iptal kararı doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca düzenlenecek veya onaylanacak ruhsatlandırma, ürün üretim ve satış izin belgesi ve mesul müdürlük belgesi ile permi ve sertifikalardan Sağlık Bakanlığınca belirlenecek tarife göre ücret alınması hususunda kanuni düzenleme yapılmasına,
 - 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname kapsamında sözleşmeli olarak istihdam edilen personelin işlemiş olduğu disipline aykırı fiil ve hâller nedeniyle emsali devlet memuruyla aynı disiplin rejimine tabi olmasına,
- yönelik düzenlemeler öngörülmektedir.

MADDE GEREKÇELERİ

MADDE 1- Takip sistemiyle birlikte ürünlerin tedarik ve dağıtım süreçlerinde bulunduğu konumu belirlemek mümkün olmaktadır. Her bir ilaç kutusunun üzerine basılan karekodlar ile ürünün giriş ve çıkışı raporlanarak ilacın son görüldüğü konum, zaman ve durum kaydedilmekte ve gerçek zamanlı bir veri tabanında saklanmaktadır. İlaçların ve özel tıbbi amaçlı gıdaların her noktada izlenmesi ürün güvenliliğini sağladığı gibi halk sağlığı için büyük bir risk oluşturan sahte, kaçak ve her türlü yasadışı ürünün yasal tedarik zincirine girmesini de önlemektedir. Ek olarak takip sistemi ile kalite hatası olduğu tespit edilen ürünlerin vatandaşa ulaşmadan etkin bir şekilde geri çekilmesi mümkün olmaktadır.

Maddeyle, ecza ticarethaneleri için beşeri tıbbi ürünler ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zinciri içindeki hareketlerinin takip sistemine bildirilmemesi halinde uygulanacak yaptırımların düzenlenmesi ve beşeri tıbbi ürünler, özel tıbbi amaçlı gıdalar ve etkin maddelerin muhafazası ve dağıtımının Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak yapılması amaçlanmaktadır.

MADDE 2- Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların; maddede belirtilen şartları sağlamak kaydıyla en fazla iki sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilecekleri ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde yalnızca ücret karşılığı çalışabilecekleri düzenlenmektedir.

Maddeyle, sosyal güvenlik uygulamalarında bütünlük sağlanmakta, kurumsal yapı güçlendirilerek sağlık hizmet sunumunun kalitesinin ve denetlenebilirliğinin artırılması amaçlanmaktadır.

MADDE 3- Maddeyle, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle alınması gereken muvafakatin elektronik ortamda da alınabilmesinin sağlanması öngörülmektedir. Böylelikle, gelişen teknolojiyle muvafakatin yazılı ve imzalı alınması zorunluluğunun yanında elektronik ortamda da alınabilmesiyle kişilerin işlemlerini daha rahat bir şekilde yürütebilmesi ve muvafakatlerini daha kolay bir şekilde verebilmeleri amaçlanmaktadır.

MADDE 4- Lise düzeyinde psikomotor gelişimi destekleyen eğitim programlarının sağlık hizmet sunumuna fayda sağlayacağı öngörülerek dış protez teknisyenliği mezunlarının dış protez teknisyeni ünvanıyla çalışmaları düzenlenmektedir.

Hemşirelik ve ebelik eğitimlerinde daha çok psikomotor düzeyde kazanım sağlanırken ebe yardımcıları, hemşire yardımcıları ve sağlık bakım teknisyenlerinin bilişsel düzeyde kazanım edindikleri, yardımcılık programlarına yönelik psikomotor kazanımların ise asıl işe yönelik değil, işi yapan sağlık profesyonellerine yardımcı olmak yönünde olduğu tespitiyle ebe yardımcılığı ve hemşire yardımcılığı ünvanları ilga edilmektedir.

Mamografi teknikerliği ünvanının ihdas edildiği 2011 yılından bu yana mamografi teknikerliği bölümü oluşturulmadığından bu ünvanla sağlık meslek mensubu istihdam edilememiştir. Mamografi teknikerliğinin görev tanımını oluşturan iş ve işlemler diğer sağlık meslek mensuplarındaki da yerine getirilebildiğinden anılan sağlık mesleğine ihtiyaç bulunmamaktadır.

Nükleer tıp açık radyoaktif kaynaklar kullanarak tanı ve tedavi uygulamaları yapan bir disiplin olup benzerlikler içermekle birlikte temel esaslarda radyoloji ve radyoterapi disiplinlerinden önemli farklılıklar içermektedir. Nükleer tıp ön lisans programları 2012 yılında eğitim ve öğretime başlamış olup hâlihazırda yaklaşık 2055 mezunu bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarımızdaki nükleer tıp birimlerinin sayısında hızlı bir artış vardır. Mayıs 2025 itibarı ile Türkiye'deki nükleer tıp merkezi sayısı 195 olmuştur. 10 yıllık projeksiyon bu sayının daha da artacağını göstermektedir. Nükleer tıp tedavisinin nitelikli bir biçimde sürdürülebilirliği ve ülke ihtiyacı da göz önüne alınarak nükleer tıp teknikerliğinin sağlık mesleği olarak ihdası gerekmektedir.

Maddeyle, ebe yardımcılığı, hemşire yardımcılığı ve mamografi teknikerliği ünvanlarının ilgası ile dış protez teknisyenliği ve nükleer tıp teknikerliği ünvanlarının ihdası amaçlanmaktadır.

MADDE 5- Halihazırda sahada görev yapan aile hekimlerinin uzman olmasının sağlanması, bununla birlikte 2035 yılına kadar olan nüfus ve aile hekimliği kayıtlı kişi sayısı projeksiyonlara göre sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı (SAHU) vasıtasıyla aile hekimliği uzman sayısının artırılması, SAHU eğitimi öncesinde en az beş yıl sözleşmeli aile hekimliği yapanlar için SAHU eğitim süresinin dört yıla indirilmesi ile aile hekimliği uzman sayısının artırılmasına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır. Sahada hizmet veren aile hekimliği uzman sayısının artırılması ile de birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi ve niteliğinin daha da iyileştirilmesi ve aynı zamanda vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması sağlanarak diğer sağlık hizmeti basamaklarına duyulan ihtiyacın azaltılması hedeflenmektedir. Ayrıca SAHU aracılığıyla aile hekimliği uzmanlarının sayısı artırılırken halihazırda eğitim kurumunun bütçesine katkı sağlandığı da dikkate alınarak klinik rotasyonda meydana gelen aile hekimliği ücret düşüşlerinin önüne geçilmesi amacıyla eğitim kurumlarından ek ödeme alınması sağlanmaktadır.

Maddeyle, aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek eğitim müfredatında belirlendiği şekilde klinik rotasyon süresi korunarak eğitime başlamadan önce en az beş yıl sözleşmeli aile hekimliği yapanlar için SAHU eğitim süresinin en az dört yıl olması ve bu kişilerin klinik rotasyon süresinde görevlendirildikleri kurumların ek ödemelerinden yararlanması amaçlanmaktadır.

MADDE 6- Maddeyle, hemşire yardımcılığı ve ebe yardımcılığı ünvanlarının ilgası ve diş protez teknisyenliği ünvanının ihdası doğrultusunda sağlık meslek liselerinde öğrenci kaydedilebilecek programlar yeniden belirlenmekte, hemşire yardımcıları ve ebe yardımcıları ile bu programların öğrencilerinin mezuniyetleri sonrasındaki statüleri sağlık bakım teknisyenliği statüsü altında birleştirilmektedir.

MADDE 7- Maddeyle, 1219 sayılı Kanunun 12 nci maddesi kapsamında yapılan düzenlemeye uyum sağlanması hususunda 1/6/2026 tarihine kadar geçiş süreci öngörülmektedir.

MADDE 8- Takip sistemiyle birlikte ürünlerin tedarik ve dağıtım süreçlerinde bulunduğu konum belirlenebilmektedir. Elektronik ürün kodu teknolojisi sayesinde ürünlerin, üretim veya ithalatından itibaren tedarik zincirinde gerçekleştirdiği her hareketi izlemek mümkün olup bu sayede ürün güvenliliği sağlanabilmektedir.

Maddeyle, ruhsat veya izin sahipleri için beşeri tıbbi ürünler ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zinciri içindeki hareketlerinin takip sistemine bildirilmemesi halinde uygulanacak yaptırımların düzenlenmesi amaçlanmaktadır.

MADDE 9- Maddeyle, kenevir yetiştiriciliğine hasredilen ilaç etkin maddesi üretimi amacı; tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri elde etme amacına tahvil edilmektedir. Tıbbi kenevir ihtiva eden tüm ürünlerin kontrolünün sağlanması amacı ile sadece eczanelerce satılabilmesi, bu ürünlere ait tüm ruhsat ve satış süreçlerinin Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenmesi, bitkinin yetiştirilmesi ve hasadına kadar olan işlemlerin Tarım ve Orman Bakanlığının uhdesinde, bitkinin ürüne dönüştürüldüğü süreçlerin ise Sağlık Bakanlığı uhdesinde olması öngörülmektedir.

MADDE 10- Takip sistemiyle birlikte ürünlerin tedarik ve dağıtım süreçlerinde bulunduğu konum belirlenebilmektedir. Elektronik ürün kodu teknolojisi sayesinde ürünlerin, üretim veya ithalatından itibaren tedarik zincirinde gerçekleştirdiği her hareketi izlemek mümkün olup bu sayede ürün güvenliliği sağlanabilmektedir.

Maddeyle, takip sistemine bildirim yükümlülüğüne özel tıbbi amaçlı gıdaların da dahil edilmesi amaçlanmaktadır.

MADDE 11- Maddeyle, eczacılar için toptan ilaç satışı ihlali ile ilaç takip sistemine bildirim yükümlülüğünün ihlali durumunda uygulanan yaptırım yeniden düzenlenerek, belirlilik ve ölçülülük ilkeleri kapsamında caydırıcılığın artırılması amaçlanmaktadır.

MADDE 12- Maddeyle, TÜSEB’de ihtiyaca uygun personel istihdam edilebilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşlarında ek ödeme almaya hak kazananların TÜSEB’e görevlendirilmeleri halinde mali kayıplarının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.

MADDE 13- Günümüzde organ yetmezliğinin en geçerli ve güncel tedavisi organ naklidir. Organ nakli canlıdan canlıya veya beyin ölümü gerçekleşerek vefat edenlerin organ bağışı yapılması durumunda bağışlanan organlarının nakledilmesi (kadaverik organ nakli) ile yapılabilmektedir.

Organ nakilleri için en doğru yaklaşım organın vefattan sonra organ bağışı yoluyla alınıp alıcıya nakledilmesidir. Ülkemizde 30.000’in üzerinde hastamız organ (böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas, ince bağırsak) beklemektedir. 2024 yılında toplam 5.264 organ nakli işlemi gerçekleştirilmiştir. Bunların 4.664’ü canlı vericilerden alınan organlar ile sağlanmıştır. Ülkemizde organ ve doku nakillerinde kadaverik donör oranımız %14-17 arasındadır. Bu oranın yukarılara taşınması için kadaverik organ bağışının artırılması gerekmektedir.

1979 yılında yürürlüğe giren Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanuna göre bir kimse ölümünden sonra organlarının bağışlanmasını istiyor ise resmi veya yazılı vasiyetname bırakmalı veya iki tanık huzurunda bu isteğini açıklamalıdır. Bu yöntem her ne kadar dönemin ruhuna uygun bir uygulama olsa da dijital dönüşümlerin gerisinde kalmıştır. Günümüzde birçok önemli ve resmi işlem e-Devlet Kapısı sistemi ile güvenli ve hızlı bir şekilde gerçekleştirilebilmektedir.

Maddeyle, ölümünden sonra vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bırakmak isteyen kişilerin, bu isteklerini daha kolay ve güvenilir bir şekilde gerçekleştirebilmesi için e-Devlet Kapısı sistemi veya Sağlık Bakanlığınca kurulan bilişim sistemleri üzerinden de beyanda bulunabilmelerinin sağlanması ve bağışçı sayısının artırılması amaçlanmaktadır.

MADDE 14- Özellikle kentleşmenin tamamlandığı ve imar çalışmalarının bittiği eski yerleşim yerlerinde, sağlık hizmet sunumunda kullanılacak yeterli sayıda arsa bulunamamakta ve arsa temininde yaşanan güçlük birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına engel olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülke genelinde dağılımının dengeli olarak sağlanması, sağlık hizmetlerinin verimli sunumu için büyük önem arz etmekte olup park alanlarında acil sağlık hizmetleri istasyonu, sağlıklı hayat merkezi ve aile sağlığı merkezi yapılmasına yönelik yer tahsisli sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğine fayda sağlayacaktır.

Maddeyle, ihtiyaç duyulması halinde acil sağlık hizmetleri istasyonu, sağlıklı hayat merkezi veya aile sağlığı merkezlerinin parklarda konumlandırılması ve acil sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması amaçlanmaktadır.

MADDE 15- Tabip ve diş tabipleri için reklam yasağı 1219 sayılı Kanunun 24 üncü maddesi uyarınca 11/4/1928 tarihinden bu yana uygulanmaktadır. Ancak son zamanlarda sağlık kurum ve kuruluşları tarafından da tıbbi deontoloji ve etiğe aykırı şekilde insanları yanıltan, yanlış yönlendiren ve talep oluşturmaya yönelik diğer sağlık kuruluşları aleyhine haksız rekabet yaratan faaliyetlerin arttığı, çeşitli yayın mecralarında örtülü veya açık reklam yapıldığı görülmektedir. Bu durum aynı zamanda hastaların yanlış yönlendirilmesine veya tıbbi tedaviden uzaklaşmasına ve sağlık hizmetinde haksız rekabete sebebiyet vermektedir.

Maddeyle, özel sağlık kuruluşları için tanıtım ve bilgilendirme sınırları belirlenmekte ve bu sınırları aşanlar ile yanıltıcı, aldatici, insan sağlığını tehlikeye düşüren veya haksız rekabet ortamı yaratan fiillerde bulunanlar hakkında yeni idari yaptırımlar getirilmektedir.

MADDE 16- Her türlü tıbbi cihazın ilgili teknik düzenlemeler ile belirlenmiş yüksek kalite ve güvenilirlik standartlarını sağlayarak piyasaya arz edilmesi, piyasada bulundurulması veya hizmete sunulması; hastalar, kullanıcılar ve diğer kişiler için sağlığın yüksek seviyede korunması açısından önem arz etmektedir. Söz konusu ürünleri piyasaya arz eden, piyasada bulunduran veya hizmet sunanların,

gerekli kalite ve güvenilirlik standartlarını sağlaması amacıyla bu ürünlerin Sağlık Bakanlığının izlenebilirlik zinciri içinde yer alması gerekmektedir.

Maddeyle, Sağlık Bakanlığınca belirlenen usul ve esaslara aykırı olarak tıbbi cihazların satış, reklam, dağıtım veya pazarlamasını yapan kişiler ile teknik servis hizmetini sunanlar hakkında idari yaptırım öngörülerek vatandaşlarımızın güvenli ürünlere erişiminin artırılması amaçlanmaktadır.

MADDE 17- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun görev alanında bulunan ve insan sağlığını doğrudan etkileyen ilaç, tıbbi cihaz, kozmetik gibi ürünlerin izlenmesi ve takibinde, bunlara mahsus elektronik sistemler kullanılmaktadır. Bu ürünlerin takibinde fatura ve diğer mali belgelere erişim önem arz etmektedir.

Maddeyle, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun, görev alanına giren ürün ve hizmetlerin denetimine ilişkin mali belgelere erişiminin 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanununun 5 inci maddesine uygun olarak sağlanması amaçlanmaktadır.

MADDE 18- Sağlık bilişimi ve teknolojisi, günümüz sağlık sistemlerinde giderek daha fazla önem kazanan ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıran bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu alandaki teknolojik gelişmelerin hızla ilerlemesi, sağlık verilerine dair yazılım ve ürünlerin güvenliliği hakkında önemli riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu nedenle bu alanda faaliyet gösteren kamu ve özel sektör kuruluşlarının yanı sıra, bireysel müelliflerin de belirli kurallara ve standartlara uyması gerekmektedir.

Maddeyle, sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında kullanılan ürün ve hizmetlerin kriterlerinin belirlenmesinin ve denetiminin Sağlık Bakanlığınca yapılması amaçlanmaktadır.

MADDE 19- Maddeyle, “Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık Modeli ile Sağlıklı Türkiye Yüzyılı Modeli Programı” vizyonu ile sermayesinin yarısından fazlası TÜSEB’e ait şirketlerin ürettiği tıbbi ürünlerin, sağlık alanında faaliyette bulunan diğer kamu idareleri tarafından doğrudan alınması ve kamu idarelerinin ihtiyaçlarının hızlı bir şekilde temin edilmesi amaçlanmaktadır.

MADDE 20- Maddeyle, optisyenlik müessesesi kayıtlarının değişen gerekliliklere uygun olarak Sağlık Bakanlığınca belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda tutulabilmesi amaçlanmaktadır.

MADDE 21- Maddeyle, optisyenlik uygulamalarına ilişkin idari yaptırımlar, caydırıcılığının artırılması amacıyla yeniden düzenlenmektedir.

MADDE 22- Maddeyle, Anayasa Mahkemesinin 29/4/2021 tarihli ve E.2020/80, K.2021/34 sayılı iptal kararı dikkate alınarak Birlik ve odaların organları düzenlenmiştir. Ayrıca odalar ile Birliğin teşkili, faaliyetleri, organların görev ve yetkileri, toplantıları, seçimi, seçilme yeterlilikleri, seçimlerin yapılması usulü, mesleki yardımlaşma sandığının kuruluşu, mesleki sicil, idari ve mali denetime ilişkin bu Kanunda yer almayan hususlarda 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun kıyasen uygulanması amaçlanmaktadır.

MADDE 23- Anayasa Mahkemesinin 29/4/2021 tarihli ve E.2020/80, K.2021/34 sayılı iptal kararı gerekçesinde kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ve üst kuruluşlarının belli bir mesleğe mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadı ile kanunla kurulacağı ve düzenleneceği belirtilmiştir. Aynı kararda, iptal edilen fıkra ile konuya ilişkin yasal çerçeve ve temel kurallar belirlenmeksizin ve Anayasaya aykırı olarak düzenleme yapma yetkisinin yönetmeliğe bırakıldığı değerlendirilmiştir.

Maddeyle, Anayasa Mahkemesi kararına uygun olarak disiplin cezasını gerektiren fiiller, disiplin cezaları, soruşturma açılması ve savunma alınmasına yönelik usuller ile disiplin kurulu kararlarına yapılacak itirazlara ilişkin hususlar düzenlenmektedir.

MADDE 24- Maddeyle, uygulanma kabiliyeti bulunmayan hükümler, çerçeve 22 nci madde kapsamında ayrıca düzenleme yapıldığından ve uygulamada tereddüde yer verilmemesi amacıyla yürürlükten kaldırılmaktadır.

MADDE 25- Maddeyle, Anayasa Mahkemesinin 28/12/2023 tarihli ve E.2019/30, K.2023/227 sayılı kararı dikkate alınarak, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca düzenlenecek veya onaylanacak her türlü ruhsatlandırma, ürün üretim ve satış izin belgesi ve mesul müdürlük belgesi ile permi ve sertifikalardan Sağlık Bakanlığınca belirlenecek tarife göre ücret alınması ve sağlık alanında belirli bir hizmeti verebilme veya hastane ve benzeri sağlık kuruluşları açabilme yetkisi veren lisansların açık arttırma ile belirlenecek bedel karşılığında verilebilmesine ilişkin kanuni düzenleme yapılmaktadır.

MADDE 26- Maddeyle, sözleşmeli olarak istihdam edilen personelin işlemiş olduğu disipline aykırı fiil ve haller nedeniyle emsali devlet memuruyla aynı uygulamaya tabi olması amaçlanmaktadır.

MADDE 27- Maddeyle, uzman personelin ilçe nüfusu yüz binin üzerindeki ilçe sağlık müdürlüklerinde de görevlendirilebilmesi amaçlanmaktadır.

GEÇİCİ MADDE 1- Takip sistemiyle birlikte ürünlerin tedarik ve dağıtım süreçlerinde bulunduğu konum belirlenebilmektedir. Elektronik ürün kodu teknolojisi sayesinde ürünlerin, üretim veya ithalatından itibaren tedarik zincirinde gerçekleştirdiği her hareketi izlemek mümkün olup bu sayede ürün güvenliği sağlanabilmektedir.

Maddeyle, kayıtların düzeltilmesine imkan tanınarak takip sisteminin daha etkin ve verimli bir şekilde kullanılması amaçlanmaktadır.

MADDE 28- Yürürlük maddesidir.

MADDE 29- Yürütme maddesidir.

Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Raporu

Türkiye Büyük Millet Meclisi

Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal

İşler Komisyonu

09/07/2025

Esas No: 2/3174

Karar No: 9

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

2/3174 esas numaralı “Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi”, Komisyonumuzun 26/06/2025 ve 03/07/2025 tarihlerinde yapılan birleşimlerinde görüşülmüş ve kabul edilmiştir.

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

1. Giriş

Bayburt Milletvekili Orhan ATEŞ, İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba DURGUT ve 108 Milletvekili tarafından 24/06/2025 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına sunulan 2/3174 esas numaralı “Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi”, Başkanlıkça 24/06/2025 tarihinde esas komisyon olarak Komisyonumuza, tali komisyon olarak Plan ve Bütçe komisyonuna havale edilmiştir.

Kanun Teklifi, Komisyonumuzun 26/06/2025 tarihli birleşiminde; Teklifin ilk imza sahipleri milletvekilleri, Cumhurbaşkanlığı, Adalet Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu, Kişisel Verileri Koruma Kurumu, Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu, Aile Hekimleri Birlik ve Dayanışma Sendikası, Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanları Kamu Sağlık ve Sosyal Hizmetler Sendikası, Tüm Eczacı İşverenler Sendikası, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Türk Hemşireler Derneği, Türk Tabipleri Birliği, Türk Optisyen-Gözlükçüler Birliği, Tüm Optik ve Optometrik Meslek Adamları Derneği temsilcilerinin katılımlarıyla incelenip görüşülmüştür.

2. Teklif ile Öngörülen Düzenlemeler

Teklifin gerekçesi ve metni incelendiğinde;

- Eczaneler için toptan ilaç satışı ile İlaç Takip Sistemine (İTS) bildirim yükümlülüğünün ihlali durumunda uygulanacak yaptırım normunun yeniden düzenlenmesi,
- Tabipler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların en fazla 2 özel sağlık kurum ve kuruluşunda 5510 sayılı Kanun’un 4’üncü maddesinin 1’inci fıkrasının (a) bendi kapsamında bordrolu çalışarak hizmet sunabilmeleri,
- Ruhsat ve izin sahipleri ile eczane ticarethaneleri için beşerî tıbbi ürün ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zinciri içindeki tüm hareketlerini takip sistemine bildirme yükümlülüğü getirilmesi,
- Teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle alınması gereken muvafakatin elektronik ortamda alınabilmesi,
- Ebe yardımcılığı ile hemşire yardımcılığı unvanlarının ilgasıyla sağlık bakım teknisyeni unvanı altında birleştirilmesi, mamografi teknikerliğinin ilgası, diş protez teknisyenliği ile nükleer tıp teknikerliğinin ihdası ve sağlık meslek liselerinin diş protez programına öğrenci kaydı yapılması,
- Sahada çalışan aile hekimlerine aile hekimliği uzmanlık eğitiminde esneklik sağlanması,
- Kenevirin yetiştirilmesi ve hasadına ilişkin sürecin Tarım ve Orman Bakanlığının uhdesinde bırakılması; tıbbi kenevirin işlenmesi, ihrarı, ihracı, ruhsatlandırılması, kayıt işlemleri, izin ve satışının ise Sağlık Bakanlığının uhdesine bırakılması,
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına (TÜSEB) görevlendirilen personelin ek ödmeden yararlanmaya devam etmesi ve TÜSEB’in ürettiği ürünlerin kamu idarelerince doğrudan teminin sağlanması,
- Organ bağıışı için E-Devlet Kapısı Sistemi veya Sağlık Bakanlığınca kurulan bilişim sistemleri üzerinden de beyanda bulunulabilmesi,
- İhtiyaç duyulması hâlinde acil sağlık hizmetleri istasyonu, sağlıklı hayat merkezi veya aile sağlık merkezlerinin parklarda konumlandırılması,
- Özel sağlık kuruluşlarının yanıltıcı ve haksız rekabete neden olan tanıtım faaliyetlerine para cezası verilmesi,
- Sağlık Bakanlığınca belirlenen usul ve esaslara aykırı olarak tıbbi cihazların satış, reklam, dağıtım veya pazarlamasını yapan kişiler ile teknik servis hizmetini sunanlar ve sahte tıbbi cihazlar piyasaya arz eden, piyasada bulunduran ve hizmete sunanlar hakkında idari para cezası uygulanması,

- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun görev alanına giren ürünler ve hizmetlerin denetimi kapsamında ürün ve hizmetlere ilişkin mali belgelere erişimin sağlanması,
 - Sağlık bilişimi ve teknoloji alanında kullanılan ürün ve hizmetlerin kriterlerinin belirlenmesinin ve denetimin Sağlık Bakanlığınca yapılması,
 - Optisyenlik müessesesi kayıt sistemine dair düzenlemeler yapılması, optisyenlik alanında idari para cezalarının miktarının artırılması ve cezai yaptırımların güçlendirilmesi, Türk Optisyen-Gözlükçüler Birliği ve odalarının organlarının teşkili ve görevleriyle optisyenlik mesleğine ilişkin disiplin hükümlerinin düzenlenmesi,
 - Anayasa Mahkemesinin 28/12/2023 tarihli ve 2019/30, 2023/227 sayılı iptal kararı doğrultusunda Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarınca düzenlenecek veya onaylanacak ruhsat ve lisans ücretlerinin belirlenmesi ve bazı sağlık hizmet izinlerinin açık artırmayla verilmesi,
 - 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname kapsamında sözleşmeli sağlık yöneticisi olarak istihdam edilen personelin işlemiş olduğu disipline aykırı fiil ve hâller nedeniyle 657 sayılı Kanun hükümlerinin uygulanması,
 - Uzman personelin nüfusu 100.000 üzerindeki ilçe sağlık müdürlüklerinde görevlendirilebilmesi,
 - Takip sistemine ilişkin uyumsuzlukların giderilmesi için üç aylık düzeltme süresi tanınması ve bu sürede ceza uygulanmaması,
- şeklinde düzenlemelere yer verildiği görülmektedir.

3. Teklif Üzerinde Yapılan Görüşmeler

Komisyon Başkanı ve Ankara Milletvekili Prof. Dr. Vedat BİLGİN Teklif üzerindeki müzakerelerde;

- Sağlık hizmetlerinin metalaştırılarak ticarileştirilmemesi gerektiğini, insan sağlığını tehlikeye düşüren fiillerde sadece para cezasıyla yetinilmesinin uygun olmadığını,
- Bakanlıği döneminde hem sahte tıbbi ilaçların veya aletlerin kullanılması konusunda hem de fazla para alma, hastanın gözünü kör etme gibi yapılan usulsüz işlemlerden dolayı birkaç tane hastane grubunun SGK'yla ilişkilerini kestiğini, ancak buna karşın söz konusu grupların isimlerini değiştirdiklerini, Çalışma Bakanlığının bunların ruhsatlarını iptal edemediğini, yetkinin bu konuda Sağlık Bakanlığında olduğunu, bunları yapanları durdurmanın mümkün olduğunu, ancak bunun için iki Bakanlığın koordineli bir şekilde çalışması gerektiğini,
- TÜSEB'in ürettiği ürünlerin kamu idarelerince doğrudan teminin sağlanmasına ilişkin düzenlemedeki amacın kamunun kamudan mal ve hizmet alımının önünü açmak olduğunu ve bunun fırsatçı şirketleri devre dışı bırakarak kamu yararına çok önemli bir işlev yüklediğini,
- Sağlık alanındaki meslek eğitim programlarının zamanla değişen ihtiyaçlara göre yeniden değerlendirilmesi gerektiğini, YÖK ile Millî Eğitim Bakanlığının beraber programları güncellenmesi gerektiğini, gelişen teknolojinin, sürekli değişen ve artan ihtiyaç ve taleplerin sistemin sürekli olarak revizyonunu ve iyileşmesini gerekli kıldığını, sağlık politikaları açısından yapılan eleştirilerin önemli ve dikkate alınması gereken uyarılar olarak kayda alındığını, ancak eleştirilerin sağlık politikalarından ziyade Kanun Teklifine yönelik olması gerektiğini,
- Bazı üyelerimizin de ifade ettiği gibi, gıda takviyelerinin de eczanelerde satılması gerektiğini ve bu durumun Sağlık Bakanlığının görevi olduğunu, böyle bir düzenleme ile sağlıksız ürünlerin devreden çıkarılmasının sağlanacağını, Tarım Bakanlığına tek başına bırakılamayacak bir konu olduğu için Sağlık Bakanlığının da bu konuda inisiyatif alması gerektiğini, tüm bunlara ek olarak nişasta bazlı şeker (NBŞ) konusunda da Avrupa'nın sıkı tedbirler aldığını ve bu konunun da gündeme alınması gerektiğini, şeklinde öneri ve düşüncelerini ifade etmiştir.

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

- Teklifin önemli ve olumlu bazı düzenlemeler içermesine karşın sağlık sistemine yönelik sorunların birçoğunu dışarıda bıraktığını, sağlık hizmetine erişim ve hasta güvenliği ile ilgili sorunların aşılamadığını, sağlık politikaları açısından sağlık sisteminde şeffaflık, stratejik planlama, sağlık sisteminin insan kaynağı olan personel politikaları ve kamu hizmeti anlayışının geliştirilmesi gerektiğini,

- Ecza ticarethanelerinin ürün takip sistemine bildirim yükümlülüğü düzenlemesi ve bu yükümlülüğe aykırılık halinde uygulanacak yaptırımlara ilişkin özellikle ruhsat iptaline ilişkin düzenlemenin olumlu olduğunu,

- 4/A sigortalı çalışma modelinin özellikle sağlık yönetimi açısından önemli bir adım olduğunu, ancak hekimlerin çalışmalarının en fazla iki kurum ile sınırlandırılmasının Anayasa ile güvence altına alınan çalışma hakkı ve meslek özgürlüğüne müdahale niteliği taşıdığını, düzenlemenin büyük şehirlerde özel hastaneler arası rekabeti engelleyeceğini ve küçük şehirlerde ise doktorların pazarlık şansını kısıtlayarak ücret dayatmasına yol açabileceğini; 1219, 5510 ve 193 sayılı yasalar arasında çelişkiler bulunduğunu ve bu düzenlemelerin birlikte ele alınmamasının uygulamada karmaşa yaratacağını ve bu durumun emeklilik haklarına da zarar verebileceğini,

- Rayiç fiyat belirlenmeden yapılacak sigortalı çalışma modelinde ücretlerin bordroda düşük gösterilmesiyle sistemin kayıt dışına sebep olacağını, mesai saati bazlı daha esnek modellerin düşünülmesi gerektiğini, bir kurumda 4/A'lı çalışanın 4857 sayılı İş Kanununa göre başka bir yerde çalışması için işverenin onayını gerektirdiğini, bu durumda işveren istemediği sürece kimsenin ikinci bir yerde çalışamayacağını ve Teklifte bu konuda ek bir düzenleme yapılmadığını, ayrıca özel sağlık işletmelerindeki kadro kısıtlamasının hizmeti sürdürülemez hâle getirdiğini,

- Elektronik onamın dijital sisteme geçiş açısından desteklendiği ve olumlu bulunduğu ancak dijital sağlık okuryazarlığının düşüklüğünün de göz önünde bulundurulması gerektiğini, bunun siber güvenlik, veri bütünlüğü ve sanal dolandırıcılık gibi güvenlik sorunlarına ve hasta mahremiyetinin ihlaline yol açabileceğini, aydınlatılmış onamın hekimle aktif iletişim gerektirdiğini, teknik kolaylığın yanında karşılıklı sorumluluk içeren bir süreç olması gerektiğini,

- Ülkemizde teknisyen ile tekniker tanımında ciddi bir kargaşa yaşandığını, ön lisans ve lise mezunları arasında görev tanımları ve atama usullerinde belirsizlik olduğunu, istihdamın doğru yapılması ya da mezuniyet sayılarının azaltılması gerektiğini, düzenleme ile ön lisans eğitiminin değersizleştirildiğini, ataması yapılmayan diş protez teknikerleri varken yeni teknisyen programları açılmasının anlamsız olduğunu, nükleer tıp teknikeri görev tanımının çok kapsamlı olduğunu, farklı eğitim almış kişilerin sağlık bakım teknisyenliği başlığı altında buluşturulmasının doğru olmadığını,

- Kanun Teklifinin en önemli maddelerinden biri olan sözleşmeli aile hekimleri uzmanlığına (SAHU) ilişkin düzenlemenin uzman aile hekimi sayısının artırılması şeklindeki amacının doğru olduğunu, ancak sahada hekimlerin %87'sinin pratisyen olduğunu, mevcut uzmanların 3'e bir kuralı, maaş farkı gibi nedenlerle sisteme giremediğini, SAHU yoluyla uzman olanların büyük kısmının aile sağlığı merkezinden ayrılarak 2. ve 3. basamakta çalışmayı tercih ettiğini, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitim süresinin 1/1/2029 tarihinden 1/1/2035 tarihine uzatılmasının uygunsuz planlamanın göstergesi olduğunu ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alanların, eğitim kurumlarında geçirilen rotasyon sürelerinde döner sermaye ek ödemelerinden motivasyon ödemesinden hariç tutulmalarının motivasyon düşürücü olduğunu,

- Ruhsat veya izin sahiplerinin beşerî tıbbi ürünler ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zincirindeki tüm hareketlerinin takip sistemine bildirmesinin zorunlu kılınmasını ve aykırı hareket

edenlere yaptırım uygulanmasını öngören maddenin olumlu olduğunu ancak yaptırımların daha caydırıcı olması gerektiğini,

- Kenevirin ilaç etkin maddesi olarak kronik ağrı, epilepsi, anksiyete benzeri birçok klinik durumda etkinliğinin kabul gördüğünü, ancak Türkiye’de artan madde bağımlılığı sorunu göz önüne alındığında kenevir üretiminde sadece ilaç etkin maddesiyle sınırlı kalmayıp “tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri” gibi suistimale açık bir alan açıldığını, bunun ticari markalar ve reklam kampanyaları üzerinden kontrolsüz yaygınlaşacağını, küresel düzenlemelere paralel olarak kaygıların giderilmesiyle sadece eczanelerle sınırlı kalması ve kontrollerin özenle yapılması koşuluyla düzenlenmesi gerektiğini,

- Eczacılar için denetimlerde sorun yaşanmaması için “toptan satış” kavramının net bir şekilde tanımlanması gerektiğini,

- E-Devlet Kapısı veya Sağlık Bakanlığınca kurulan bilişim sistemleri üzerinden organ bağış yapma imkânı getiren düzenlemenin, siber güvenlik sorunlarının ve organ ticareti risklerinin bertaraf edilmesi koşuluyla, bağışçıların artırılması açısından olumlu olduğunu,

- Acil sağlık hizmetleri istasyonu, sağlıklı hayat merkezi veya aile sağlık merkezlerinin toplam yüz ölçümü 2.500 metrekareden büyük park gibi kamusal alanlarda konumlandırılmasına ilişkin düzenlemenin hızlı bir şekilde aile sağlığı merkezi inşasının sağlanması adına birinci basamaktaki bina sorununu çözebileceğini, ancak imar planlarının geçersiz kılınmasının kentin imar planına zarar verebileceğini ve yeşil alanların yok edilmesi riskini taşıdığını,

- Özel sağlık kuruluşlarının tanıtım ve bilgilendirme sınırını aşan reklam niteliğindeki faaliyetlerde bulunamayacağına ilişkin getirilmesi öngörülen düzenleme ile insan sağlığını tehlikeye düşüren fiillerde sadece para cezasıyla yetinilmesinin uygun olmadığını, ruhsat iptaline varan yaptırımların uygulanması gerektiğini,

- Her türlü tıbbi cihazın sahtesini piyasaya arz edenler, bulunduranlar veya hizmete sunanlar hakkında idari para cezası verilmesi öngörülen düzenleme ile sadece idari para cezası verilmesinin yetersiz olduğunu, bu fiili gerçekleştirenlerin cezayı ödeyerek söz konusu eyleme devam edeceklerini, bu nedenle firmalara daha ağır yaptırımların uygulanması gerektiğini, geçmişte bu tür vakalardan yakın zamanda da yaşanan acı örnekler olduğunu,

- Düzenlemelerde ikinci el tıbbi cihazların satışına ilişkin belirsizlik olduğunu, bu tür satışlarda cezayla karşılaşılması tehlikesinin söz konusu olduğunu,

- Sağlık bilişimi ve teknoloji alanında kullanılan ürün ve hizmetlerin kriterlerinin belirlenmesi ile denetim yetkisinin Sağlık Bakanlığı haricinde ilgili ve bağlı kurum ile kuruluşlara devredilmesinin engellenmesi gerektiğini,

- TÜSEB ile bağlı şirketler tarafından sağlık alanında bizzat üretilen mal, hizmet ve danışmanlık hizmetlerinin, sağlık alanında faaliyette bulunan idareler tarafından doğrudan alınabilmesine ilişkin düzenlemenin Kamu İhale Kanunu’nun rekabet, eşit muamele, şeffaflık ve denetlenebilirlik ilkelerine aykırı olduğunu, bu muafiyetlerin kaynakların verimli kullanılması ve denetlenebilirlik açısından sorunlar doğurabileceğini,

- Disiplin cezası niteliği taşıyan düzenlemeler arasında yer alan optisyenlere yönelik meslekten men yaptırımının, temel bir meslek hakkına müdahale niteliği taşıyabileceğinden dikkatle ele alınması gerektiğini, konuyla ilgili daha somut mekanizmalar oluşturulması gerektiğini ve cezayı ilgili meslek örgütünün kendi iç denetim mekanizmalarıyla tesis etmesi gerektiğini,

- Optisyenlerin güncel olmayan meslek tanımı olduğunu ve bir meslek kanunu çıkarılması gerektiğini, optisyenlik mesleği mensuplarına yönelik disiplin hükümlerinin ve kurumsal işleyişin, tamamen farklı bir meslek olan eczacılığa ait 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu hükümlerinin kıyasen uygulanmasının hukuki belirlilik ve öngörülebilirlik ilkelerini zedeleyici nitelikte olduğunu,

• Optisyenlik uygulamalarına ilişkin öngörülen idari para cezasının çok yüksek olduğunu, alt ve üst cezalar arasında öngörülen oranlar arasındaki farkın çok fazla olması nedeniyle objektif olmayan farklı uygulamalara yol açacağını, optisyenlerin esnaf odasına kaydının uygun olmadığını, üyelik sorumluluklarının gereğini yerine getirmeyenlerin kayıtlarının silineceğinin öngörüldüğünü, bunun dolaylı olarak meslekten yasaklama anlamına geleceğinden uygun olmadığını,

• Sağlık alanında belirli bir hizmeti verebilme veya hastane benzeri sağlık kuruluşları açabilme yetkisi veren lisansların açık artırma ile bedel karşılığında verilmesine ilişkin düzenlemenin sağlık alanını ticari bir meta haline getirdiğini, sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasının Anayasa'nın eşitlik ve sosyal devlet ilkesine aykırı olduğunu, lisanslardan elde edilen bedelin %75'inin Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi'ne (USHAŞ) aktarılması yerine Türkiye'deki yetersiz yatak kapasitesi, yoğun bakım sorunları, açılması bekleyen hastaneler gibi mevcut sorunların çözülmesi için kullanılması gerektiğini,

• Teklifte özel sağlık kuruluşları açısından lisans süreci ve ruhsat süreci tanımlandığını, ancak lisansların açık artırmayla satılabilir bir hâle dönüştürüldüğünü, temel bir insan hakkı olarak sağlığın alınıp satılabilen bir meta biçimine dönüştürülmemesi gerektiğini, bunun yerine, eğer bir lisans ve ruhsat süreci ayrıştırılacaksa lisans verme ölçütlerinin belirlenmesi ve ölçütlere uygunluk üzerinden bir lisans verme sürecinin tanımlanmasının daha uygun olacağını, Sağlık Bakanlığının özel sağlık kuruluşlarına sağlık sistemi içinde yer verirken bu ticarileşmeden kaçınacak önlemler alması gerektiğini,

• Lisansların ve ruhsatların ihaleyle veriliyor olmasının yatırımların sağlık hizmetini alabilecek ekonomik seviyedeki insanların yaşadığı bölgelere kanalize edileceği için daha alt gelir grubunda yaşayan insanların bulunduğu bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimin sıkıntıya gireceğini,

• Devlet Memurları Kanununa tabii devlet memurlarına uygulanan hükümlerin Sağlık Bakanlığı bünyesindeki doğrudan sözleşmeli çalışanlara da uygulanacak olmasının kanunilik ilkesi açısından doğru bir yaklaşım olmadığını, bu nedenle sözleşmeliler için ayrıca açık bir kanuni düzenleme yapılması gerektiğini,

• Önemli bir nedeni yoksa geçici maddede öngörülen düzenlemelerin de yayımı tarihinde yürürlüğe girmesinin uygun olacağını,

• Bugüne kadar eczacıların kullanmış olduğu programlardaki uyumsuzlıklardan kaynaklı bir çok eczanede İlaç Takip Sistemi (İTS) bildirimlerinde eksiklikler ve hatalar yaşandığını, bunların yeniden fiilî olarak eşleştirilerek düzenlenmesinin doğru olacağını, ancak kontrole tabi ilaçlar için de bir sefere mahsus olmak üzere vergi muafiyeti sağlanmasının geçmişteki sıkıntıları aşabilmek adına doğru olacağını, böylece tam anlamıyla eczanelerin İTS entegrasyonunun sağlanmış olacağını, ifade etmişlerdir.

Eleştiri ve önerilere yönelik olarak Teklifin ilk imza sahibi milletvekilleri, Komisyon üyeleri, ilgili kamu idareleri temsilcileri ile diğer katılımcılar özetle;

• Bugüne kadar sağlık hizmetlerinde fiziki ve beşerî kaynakların iyileştirilmesi ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması amacıyla Sağlıklı Türkiye Yüzyılı Programı doğrultusunda muhtelif düzenlemeler ve değişikliklerin yapıldığını, sosyal ve ekonomik dönüşümün sistemin iyileşmesini gerekli kıldığını,

• Hekimlerin en fazla iki özel sağlık kurum ve kuruluşunda 5510 sayılı Kanunun 4'üncü maddesinin 1'inci fıkrasının (a) bendi kapsamında bordrolu çalışarak hizmet sunabilmelerine ilişkin düzenlemedeki amacın hekimlerin kayıt altına alınarak birden fazla hastanede çalışmanın denetim altına alınması ve sorumluluk zinciri oluşturarak malpraktis risklerini azaltmak olduğunu, ayrıca hekimler için güvenceli çalışmanın sağlandığını, mesleğini serbest icra eden hekimlerin ise SGK'dan ücret talep etmemeleri şartıyla istedikleri kadar kurumda çalışabileceğini,

- Teklifin SGK ile anlaşması olan ve sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin en fazla iki hastanede çalışmasını öngördüğünü, zaten hekimlerin %92 oranında hâlihazırda ikiden az yerde çalıştığını, düzenlemenin sadece %8’lik bir kesimi etkilediğini, bir hekimin 4/A’lı olarak hem tam zamanlı hem de part-time olmak üzere iki farklı yerde çalışabileceğini ve bunun için iki personel çalışma belgesi düzenleneceğini,

- Özel sektörde henüz kullanılmamış 10 bin civarında boş kadro bulunduğunu ve 2026’dan itibaren kadro planlamasının Bakanlıkça yapılacağını,

- Elektronik onamın bir seçenek olarak sunulduğunu, hastanın tercih etmediği durumda matbu olarak da alınabilme esnekliğinin olduğunu, Pandemi sonrası dünya genelinde elektronik muayenelerin arttığını, BTK ve Adalet Bakanlığı ile birlikte siber güvenlik sorunu yaşanmaması için çeşitli önlemlerin alındığını, uygulamayla yılda 200 bin ağaç kesiminin önüne geçileceğini, elektronik onamların e-nabız uygulaması üzerinden vatandaşın erişimine açılacağını, bunun iki taraflı bilgilendirme açısından önemli bir avantaj olduğunu, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının hastanın anlamasını sağlama sorumluluğunun devam ettiğini,

- Sağlık alanındaki eğitim programlarının ülkenin ihtiyacını karşılayacak sayılarda kontrol edilmesi gerektiğini, fazla eğitim verilmesinin insan kaynağı israfına yol açtığı konusunda eleştiriye katıldıklarını, eğitim planlamasının bu açıdan önemli olduğunu,

- Dış teknisyenliğinin el becerisi gerektiren bir konu olduğunu ve ortaöğretim seviyesine çekilmesinin çekirdekten yetiştirme açısından yerinde olduğunu ve bu anlamda teknikerliği değersizleştirme düşüncesi olmadığını, ebe yardımcısı, hemşire yardımcısı ve sağlık bakım teknisyenlerinin benzer işleri yaptığını ve bu meslekler açısından lisans mezunu istihdamına öncelik verildiğini, Nükleer tıp teknikeri tanımının bu birimde yapılacak işlerle ilgili aldığı eğitimlere uygun olduğunu,

- Aile Hekimleri Uzmanlığı (AHU) eğitiminin esas alındığını, ancak mevcut aile hekimlerinin uzmanlaşması için sözleşmeli aile hekimleri uzmanlığı (SAHU) gibi bir eğitimin bilimsel katkı sağlayabileceğini, SAHU’da mezun sayısının azlığının sistemin değişmesi gerektiğinin bir göstergesi olduğunu, eğitim süresinin altı yıldan dört yıla düşmesinin ve aile hekimi uzmanlarının artık ek ödeme almasının SAHU’yu daha cazip hâle getireceğini,

- Beşerî tıbbi ürünler ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarikinde ruhsatın askıya alınması ve iptalinin mevcut yönetmelik hükümlerinde yer aldığını, getirilmesi öngörülen düzenlemenin ise para cezasının kanuni dayanağını tesis ettiğini,

- Kenevirden elde edilen psikoaktif olmayan ve bağımlılık yapmayan iki ürünün dünyada yaygın kullanıldığını ve ciddi bir pazarı olduğunu, TMO’nun kontrolünde kenevir yetiştiriciliği yapıldığını, kenevirin tıbbi faydalar sağladığını, hâlihazırda Türkiye’de endüstriyel kenevir üretiminin yasak olmadığını, düzenlemenin tıbbi ve kişisel bakım ürünlerinin kullanımını serbest bırakmayı amaçladığını,

- Eczaneler için toptan satışın QR kod sistemiyle kolayca takip edildiğini, aynı silo ve seri numaralarından toptan satışın tespit edilebileceği, tereddüt bırakmayacak şekilde usul ve esasların yönetmeliklerle düzenleneceğini,

- Güvenli kimlik doğrulama araçlarını kullanarak e-Devlet Kapısı veya Sağlık Bakanlığınca kurulan bilişim sistemleri üzerinden organ bağışına ilişkin düzenlemenin özünün, beyin ölümü açıklanmadan kimin organ bağışı yaptığının bilinmemesi olduğunu, veri tabanına sadece yargı kararı ile erişim sağlandığını, kişinin sağlığında organlarını bağışlamasına rağmen yakınlarının itirazı nedeniyle uygulanamayan durumları çözmek için düzenlemenin öngörüldüğünü,

- Özellikle büyük şehirlerde yer bulunamaması nedeniyle aile sağlığı merkezi ihtiyacının çaresizlik boyutuna geldiğini, aile hekimi başına düşen hasta sayısının azaltılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin genişletilmesi için aile sağlığı merkezlerinin sayısının artırılmasının zorunlu olduğunu,

toplam alanın %10'unu geçmeyen park alanlarına sağlık binaları yapılmasının deprem bölgeleri için avantaj sağlayacağını ve imar değişikliği gerektirmeden süreci hızlandırmanın amaçlandığını,

- Özel sağlık kuruluşlarının tanıtım ve bilgilendirme sınırını aşan reklam niteliğindeki faaliyetlerde bulunamayacağına ilişkin getirilmesi öngörülen düzenlemenin amacının yanıltıcı reklamları önlemek olduğunu, insan hayatını tehlikeye sokan fiillerle ilgili cezai yaptırımların ayrı maddelerde ve yönetmeliklerde düzenlendiğini,

- Tıbbi cihazın sahtesini piyasada bulundurana da yaptırım öngörülmesinin nedeninin bu ürünlerin tekil kodlarla takip edilmesi ile herhangi bir ihmale sebebiyet verilmemesini ve tüm unsurların anlık takip edilmesini sağlamak olduğunu,

- Türk Ceza Kanunu'na göre sahtecilikten dolayı zaten sahte cihazlara yönelik cezaların öngörüldüğünü, bu konuda herhangi bir boşluk olmadığını, takip sistemiyle birlikte yanlışlıkla satın almanın söz konusu olmadığını, çünkü ilgili kodun sistemden kontrol edilebildiğini, bunlar yurt dışından gelmişse giriş raporlarının görülebildiğini,

- Optisyenlik meslek grubuna ilişkin müstakil bir kanun ihtiyacı devam etmekteyse de Kanun Teklifi ile öngörülen düzenlemelerin eksikliklerin birçoğunu gidereceğini,

- İlaç kaybı ya da toplu satış gibi bir suiistimal ile karşılaşılması amacıyla geçici maddedeki düzenlemenin belirlenmiş tarih itibarıyla yürürlüğe girmesinin öngörüldüğünü, ifade etmişlerdir.

4. Komisyonun Maddeler Hakkındaki Kararı

Teklifin geneli üzerindeki görüşmelerin tamamlanması ardından, Teklifin maddelerine geçilmesi kararlaştırılmıştır.

Teklifin **1 ila 21'inci maddeleri** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin **22'nci maddesi**, optisyenlik-gözlükçüler odalarının organları arasına denetleme kurulunun eklenmesini ve kurulun yapısı ile görevlerinin belirlenmesini öngören önerenin kabul edilmesi neticesinde değiştirilerek oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

Teklifin **23'üncü maddesi**, oda denetçileri tarafından yapılacak inceleme ve denetimlerde istenebilecek bilgi ve belgelere yönelik açıklık getirilmesi ile disiplin cezalarının zamanlaşımı sürelerinin düzenlenmesini öngören önerenin kabul edilmesi neticesinde değiştirilerek oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Teklifin **24 ila 27'nci maddeleri** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin **Geçici 1'inci maddesi** aynen kabul edilmiştir.

Teklifin yürürlük ve yürütmeye ilişkin **28 ve 29'uncu maddeleri** aynen kabul edilmiştir.

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

5. Genel Kurulda Temsil

İçtüzüğün 45'inci maddesi uyarınca Genel Kurul görüşmelerinde Komisyonumuzu temsil etmek üzere Elâzığ Milletvekili Erol KELEŞ ve Kütahya Milletvekili İsmail Çağlar BAYIRCI özel sözcü olarak seçilmiştir.

Başkan
Vedat Bilgin
Ankara
Kâtip
Pelin Yılık
Çankırı

Başkanvekili
Orhan Ateş
Bayburt
Üye
Hasan Arslan
Afyonkarahisar

Sözcü
Ümmügülşen Öztürk
İstanbul
Üye
Ahmet Eşref Fakıbbaba
Ankara
(Muhalefet şerhimiz vardır)

Üye <i>Aylin Yaman</i> Ankara (Muhalefet şerhimiz vardır)	Üye <i>Tuba Vural Çokal</i> Antalya	Üye <i>Serkan Sarı</i> Balıkesir (Muhalefet şerhimiz vardır)
Üye <i>Zeki Korkutata</i> Bingöl (Son oylamada bulunamadı)	Üye <i>Hüseyin Olan</i> Bitlis (Muhalefet şerhimiz vardır)	Üye <i>Kayıhan Pala</i> Bursa (Muhalefet şerhimiz vardır)
Üye <i>Fevzi Zırhlıoğlu</i> Bursa	Üye <i>Sema Silkin Ün</i> Denizli (Muhalefet şerhimiz vardır)	Üye <i>Erol Keleş</i> Elâzığ (Bu raporun özel sözcüsüdür)
Üye <i>Tuba Köksal</i> Kahramanmaraş	Üye <i>Ömer Faruk Gergerlioğlu</i> Kocaeli (Muhalefet şerhimiz vardır)	Üye <i>Sadettin Hülagü</i> Kocaeli
Üye <i>Muhip Kanko</i> Kocaeli (Muhalefet şerhimiz vardır)	Üye <i>İsmail Çağlar Bayırcı</i> Kütahya (Bu raporun özel sözcüsüdür)	Üye <i>Selma Aliye Kavaf</i> Manisa (Muhalefet şerhimiz vardır)
Üye <i>Hakan Aksu</i> Sivas	Üye <i>Cüneyt Aldemir</i> Tokat	Üye <i>Ali Karaoba</i> Uşak (Muhalefet şerhimiz vardır)

MUHALEFET ŞERHİ

Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi, TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu’nun 26 Haziran ve 3 Temmuz 2025 günlerinde gerçekleştirilen toplantısında görüşülmüş ve Komisyon raporu Meclis Başkanlığı’na sunulmuştur.

Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifinin genel gerekçesi “*Sağlık alanında yürütülen politikalarla, sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması ve kalitesinin artırılmasına yönelik önemli gelişmeler sağlanmış, sağlık hizmetlerinde fiziki ve beşeri altyapı ile kaynaklar iyileştirilmiş, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliği artırılmıştır. Bununla birlikte sosyal ve ekonomik dönüşüm, hızla gelişen teknoloji, sürekli değişen ve artan ihtiyaç ve talepler ise her sistemin sürekli olarak revizyonunu ve iyileştirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu çerçevede "Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık Modeli" ile hayata geçirilen "Sağlıklı Türkiye Yüzyılı Programı" doğrultusunda daha iyi ve kaliteli sağlık hizmet sunumunun sağlanması ve ülkemizin sağlık alanındaki gücünün korunması amacıyla muhtelif düzenleme ve değişiklikler yapılmaktadır.*” biçiminde açıklanmaktadır.

Kanun teklifi görüşülürken her iki toplantıya da Sağlık Bakanının katılmaması dikkat çekicidir. Sağlık Bakanlığını doğrudan ilgilendiren düzenlemeler yapılırken Sağlık Bakanının Komisyon toplantılarına katılması ve milletvekillerinin sorularına yanıt verebilmesi gerekir. Nitekim milletvekilleri tarafından dile getirilen ve Komisyon tutanaklarına geçen pek çok soru yanıtsız kalmıştır.

Bu kanun teklifi, sağlık alanına ilişkin bazı düzenlemeler getirmekle birlikte, toplumun sağlık alanındaki temel sorunlarını çözecek düzenlemelerden yoksundur. Bu konuya ilişkin birkaç örnek, durumu açıklamaya yetecektir.

Örneğin kanun teklifinde “Hasta güvenliği” ile ilgili sorunlar göz ardı edilmiştir. Oysa ülkemizde maalesef hasta güvenliğiyle ilgili ciddi sorunlar söz konusudur. Burdur devlet hastanesinde antifriz verilerek ölümlerine yol açılan diyaliz hastalarıyla ilgili facia belleklerdeki yerini korumaktadır. Bir daha böyle bir facianın yaşanmamasına yönelik herhangi bir önlem bu kanun teklifinde de yer almamaktadır. Taşeron şirketler aracılığıyla sunulan görüntüleme hizmetlerindeki eksik ve yanlış raporlar, özel sağlık kuruluşlarında yetkisi olmayan kişiler tarafından yapılan cerrahi operasyonlar gibi hasta güvenliğini tehdit eden sorunların çözümüne ilişkin bu kanun teklifinde herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır.

Son yıllarda sıklıkla gündeme gelen kamu hastanelerindeki yolsuzlukların önlenmesine, caydırıcı yaptırımların getirilmesine ve etkili bir denetim sürecinin hayata geçirilebilmesine ilişkin bir düzenleme de bu kanun teklifinde yoktur.

Kanun teklifi, birinci basamakta Aile Hekimleri Ödeme Yönetmeliğinin yol açtığı sorunları, Grup Elemanlarının güvencesiz istihdamını, karşılanamayan aile planlaması gereksinimini ve daha birçok sorunu görmezden gelmektedir.

Tedavi hizmetlerine erişim sorunları da kanun teklifinde göz ardı edilmiştir. Kamu hastanelerinden randevu alınamamaktadır. Özellikle bazı kentlerde hem kamu hastane yatağı hem de yoğun bakım yatağı sıkıntısı söz konusudur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin nüfusa göre yatak sayıları ve yoğun bakım yatak sayıları illere göre eşitsiz dağılım gösterdiği halde, bu sorun da görmezden gelinmektedir. Akıllı ilaçlara erişemeyen kanser hastaları, yıllardır bir türlü açılmayan devlet hastaneleri, acil servislere çok yüksek başvuru nedeniyle gerçek acil vakaların olumsuz etkilenmesi ve nadir hastalıklar ile ilgili merkezlerin sayıca yetersizliği yok sayılmaktadır.

Maliyet sınırlama politikaları nedeniyle sağlık sisteminin sürekli olarak bir yap/boza döndürülmesinin önlenmesi de bu kanun teklifinin içeriğinde yoktur. Bu konuya son olarak “Akılcı Test İstem Listesi” düzenlemesiyle uzman hekimlerin kendi branşlarına ilişkin test istemlerinin sınırlandırılması, yoğun tepkinin hemen ardından bu listeden -şimdilik- vaz geçilmesi örnek verilebilir.

Atanmayan sağlıkçılar, hekimlerin mecburi hizmet sürelerinin ikinci ve üçüncü kez mecburi hizmete gidenler için sınırlanması, TUS’ta hekimlerin tercih etmekten kaçındığı branşlar ile ilgili teşvik edici düzenlemeler de bu kanun teklifinin kapsamında yoktur.

Teklifin geneline ilişkin değerlendirme

Bu kanun teklifinin genel gerekçesinde, sosyal ve ekonomik dönüşümün, hızla gelişen teknolojinin, sürekli değişen ve artan ihtiyaç ve taleplerin sağlık sisteminde revizyona ihtiyaç gösterdiği belirtilmiş, "Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık Modeli" ile hayata geçirilen "Sağlıklı Türkiye Yüzyılı Programı" doğrultusunda daha iyi ve kaliteli sağlık hizmet sunumunun sağlanması ve ülkemizin sağlık alanındaki gücünün korunması amacıyla muhtelif düzenleme ve değişikliklere ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır.

Bu ihtiyaç doğru olmakla birlikte, bu hedefe ulaşmak için getirilen maddeler, sağlık sisteminin gerçek ihtiyacını karşılamaktan uzaktır. Sağlık sisteminin öncelikli ihtiyacı, eşit, ulaşılabilir, hak temelli, sağlık teknolojilerinde uluslararası standartta, kaliteli, verimli ve toplum sağlığını merkeze alan bir yaklaşımdır.

Getirilen bazı değişiklikler, genel itibarı ile, öncelikli ihtiyacımız olan konulardan uzak, kalite değil maliyet odaklı, koruyucu değil tedavi odaklı, hizmet değil kar odaklı yapısı ile, ulaşılması gereken hedeflerden uzaktır.

Son yıllarda giderek zayıflayan sağlıkta insan kaynağına yatırım yaklaşımı, bina esaslı yatırım anlayışı ile devam etmektedir. Planlaması yapılmadan açılan eğitim programları, sayısal analizi yapılmadan artırılan bölümler, iş barışı ve gerçek ihtiyaç gözetilmeden lise ve ön lisans programlarının aynı iş kolları için açılması, istihdam sırasında maliyet odaklı düşünülerek lise/ön lisans programlarından düşük ücretle çalışacak kişilerin tercih edilmesi, sağlık meslek gruplarının meslek kanunları olmadan sahada uygun olmayan görev tanımlarıyla çalıştırılmaları ve yetersiz atamalarla gençlerin çaresizliğe itilmesi, bu yaklaşımın sonuçlarıdır. Kanun teklifinde, insan kaynağı ile ilgili maddelerde, aynı yaklaşımın sürdürüldüğü izlenmektedir.

Son dönemlerde, en büyük sorunu yaşayan gruplardan biri olan aile hekimleri için, yeterince düşünülmemiş, tarafların görüşleri yeterince alınmamış, eğitiminin standardizasyonu göz ardı edilmiş ve her zamanki gibi iş barışını bozan bir yaklaşım benimsenmiştir. Oysa 1.basamak

son zamanlarda sürekli değişen uygulamalar, özlük hakkı kayıpları, kadrosuz ve güvencesiz çalıştırılan sağlık meslek grupları, ticari işletmeler gibi planlanan ödeme sistemleri, cezaya dayalı süreçleri ile fazlasıyla yara almış; sahadaki sayısal sıkıntı, hızla uzman hekim yetiştirme telaşını gündeme getirmiştir.

Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi olup olmamasına bakılmaksızın özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde 4a kapsamında sigortalı olarak çalışmaları amacıyla yapılan düzenlemeler ise yeni bir kaosun habercisidir. Değiştirilmesi istenen kanun, yürürlükte olan farklı kanunlar ile çelişmekte, uygulamada karışıklıklara neden olacağı açıkça gözlenmektedir.

Keneviriden ilaç etkin maddesi üretiminin, “tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri”nin üretimini de dahil ederek genişletilmesi ve bu ürünlerin eczanelerden satılmasının önünün açılması, diğer konularda olduğu gibi, taraflarca yeterince tartışılmamış bir uygulamadır. Kenevir içerikli ürünlerin eczanelerden satılmaya başlaması, kenevir etken maddeli esrar, marihuana gibi maddelerin halk arasında bağımlılık yapmayan masum algısını güçlendirebileceği gibi, madde bağımlılığı vakalarında artışa neden olabilecektir. Bağımlılık bir halk sağlığı sorunudur. Bu üretim sürecinin, tedaviyi gerçekleştiren hekimlerle detaylı olarak tartışılması gerekmektedir.

Kanun teklifinin gerekçesinde, hızla gelişen ve değişen teknolojinin, birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da etkili olmaya başladığı ve bu nedenle daha önce kabul edilmiş bazı kanunların yeniden düzenlenmesi gerektiği ifade edilmektedir. Ayrıca “Sağlıklı Türkiye Yüzyılı” programına atıfta bulunularak, mevcut yönetimin 22 yıldır uyguladığını iddia ettiği güçlü sağlık programının daha da güçlendirilerek sürdürülmesi için bu düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir.

Belki bir ihtiyaçtan söz edilebilir, ancak bu kanun hükmünde kararnameyle getirilen düzenlemelerde, sağlığın asıl ihtiyaçları göz ardı edilmiştir. Ayrıca, kanun hükmünde kararname hazırlanırken muhalefet partilerinin hiçbir görüşünün alınmamış olması, toplumda muhalif yönde görüş beyan eden çevrelerin dışlandığı izlenimini doğurmaktadır. Bu haliyle söz konusu kanun ne sağlık profesyonellerini ne de halkın sağlığını korumak açısından yeterli görülmektedir.

Düzenlemede bazı maddeler uygun olsa da özellikle çekince duyduğumuz maddelerin dikkate alınmaması ciddi bir eksikliktir. Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi ve ihtiyaçlarına göre bir planlama yapılmamış, bazı eğitim programlarının kapatılması gündeme getirilmiş, bu da önümüzdeki dönemde yeni revizyonların yapılacağına dair kuşkularımızı artırmıştır.

Özellikle bazı sağlık çalışanlarının eğitimine uygun olmayan alanlarda çalıştırılması ve teknisyen-yardımcı personel istihdamı ile eğitimi konusunda yeterli çözüm sunulmamaktadır.

Son dönemlerde sıkça gündeme gelen aile hekimliği sisteminde oluşan problemlere ilişkin olarak meslek örgütleri, sendikalar, aile hekimliği dernekleri ve ilgili sivil toplum kuruluşlarının görüşleri alınmamıştır.

Toplumsal ihtiyaç duyduğu önemli bazı sorunlara da bu teklif çözüm getirmemektedir. Örneğin:

- Randevu sisteminin doluluğu,
- Yoğun bakım yataklarının yetersizliği,
- HPV aşılarının hâlâ riskli gruba uygulanamıyor olması gibi sorunlar hâlâ çözüm beklemektedir.

Ayrıca, son zamanlarda kamuoyunda geniş yankı uyandıran bazı olaylara müdahalede yaşanan gecikmeler, dünyada yaygınlaşan Ekstrakorporal Membran Oksijenizasyonu (ECMO) gibi ileri yaşam destek sistemlerinin ülkemizde yeterince organize edilmemiş olması eleştirilerini doğurmuştur. Eğer yönetim, sağlıkta ileri düzeyde atılımlar yaptığını iddia ediyorsa, bu sistemlerin de ivedilikle ülke sağlık sistemine entegre edilmesi gerekmektedir.

Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) giren öğrencilerin, üniversite hastanelerini daha az tercih etmeleri, özellikle bazı branşlarda uzmanlık tercihinin düşmesi de ciddi bir sorundur. Bu sorunların önüne geçilmesi için somut çözümler üretilmelidir. Bu kapsamda tıp fakültelerinde görev yapan öğretim üyelerinin emeklilik yaşının mevcut 67'den 72'ye çıkarılması gündeme alınmalıdır. Çünkü 67 yaşında emekli olan öğretim üyeleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve şehir hastanelerinde görevlerine devam edebilirken, tıp fakültelerinde emekli edilmeleri hem eğitim-öğretimi olumsuz etkilemekte hem de fakülte tercihlerinin azalmasına yol açmaktadır.

AKP iktidarı döneminde kanun yapım süreci, anayasal ve demokratik ilkelere uygun olması gereken "etkin, katılımcı, şeffaf ve öngörülebilir" bir anlayıştan giderek uzaklaşmıştır. Uzun süredir yasa yapma pratiği, kamuoyunda "torba kanun" olarak adlandırılan ve ancak istisnai hallerde başvurulması gereken bir yöntemle sürdürülmektedir. Bu yöntemin sistematik bir hale getirilmesi, yasama faaliyetlerini keyfileştirerek denetimi zorlaştırmakta, yasaların hem niteliğini hem de toplumsal meşruiyetini zedelemektedir.

Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı KHK'de Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi de bu sorunlu uygulamanın bir örneğidir. Birbiriyle hiçbir ilgisi olmayan alanlara dair düzenlemeler, tek bir metin altında toplanarak TBMM gündemine getirilmiş; böylelikle hem milletvekillerinin hem de ilgili sektör paydaşlarının katkı sunması, eleştiri geliştirmesi ve yasa teklifini bütüncül olarak değerlendirmesi engellenmiştir.

Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı KHK'de Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi eczacılık mesleğini ve ilaç sektörünü doğrudan ilgilendiren maddelerle düzenlemeler getirmektedir. Türkiye genelinde 46 bine yakın eczacı ve 80 bini aşkın eczane teknisyeni, halk sağlığının korunmasında birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olarak görev yapmaktadır. Eczacılarımız, toplumun doğru, etkin ve güvenilir ilaca erişimi ve toplum sağlığının korunması için büyük bir özveri ile çalışır. Eczacılık, ilacın üretiminden hastaya ulaştırılmasına kadar her aşamada uzmanlık gerektiren bir meslek. Eczanelerimiz de halka en yakın birinci basamak sağlık kuruluşu olarak sağlık sisteminin kilit taşıdır.

Bu teklifin bazı maddeleri eczacılık mesleğini, ecza depolarını ve ilaç ruhsatı sahiplerini, halk sağlığını doğrudan ilgilendirmekte ise de eczacılarımızın ve sektörün yaşadığı kronik sorunlara çözüm sunmaktan uzak olduğu görülmektedir.

İvedi olarak çözüm bekleyen sorunları sıralamak gerekirse;

1. Sosyal Güvenlik Kurumu İskontosu Adaletsizliği

SGK’ya kesilen reçete faturalarında uygulanan iskonto oranları, yalnızca reçeteli ürünler üzerinden değil, eczanenin toplam cirosu üzerinden hesaplanmakta; böylece eczacılar reçeteye konu olmayan ürün satışları nedeniyle de iskonto yapmak zorunda bırakılmaktadır. Bu durum açık bir mali adaletsizlik doğurmaktadır. SGK’ya yapılan iskontoların yalnızca SGK’ya kesilen fatura cirosu üzerinden yapılması için düzenleme yapılması elzemdir.

2. İlaç Bilgilendirme Sistemine Erişim Sorunu

Son düzenlemeler ile birlikte, eczacıların hasta ilaç bilgilendirme sistemine erişimi engellenmiştir. Oysa ki, avukat ve mali müşavirlerde olduğu gibi eczacıların da VERBİS muafiyetinden yararlanması gerekmektedir. Hastaları doğru yönlendirme, ilaç etkileşimlerini değerlendirme ve bilgilendirme görevini üstlenen eczacıların bu yetkilerden yoksun bırakılması sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir.

3. Euro Kuru ve İlaç Yokluğu

İlaç fiyatlandırmasında baz alınan euro kuru 21,67 TL iken, güncel piyasa kuru 46,68 TL seviyesindedir. Yılda bir kez fiyat güncellemesi yapılacağına dair beyan, enflasyonist ortamda piyasada ciddi ilaç yokluklarına yol açmaktadır. Bugün itibarıyla kanser ilaçları, doğum kontrol ilaçları, psikiyatrik ve endokrin ilaçlar gibi birçok hayati ilaca erişim sağlanamamaktadır. Bu durum hem sağlık hakkını hem de kamu güvenliğini tehdit etmektedir.

4. Sistem Dışı İlaçlar Nedeniyle Oluşan Fiyat Farkları

Piyasada bulunmayan ilaçların sistemde referans ilaç olarak tutulması, hastaların eşdeğer ilaçlar için fark ücreti ödemesine neden olmaktadır. Bu hukuksuz ve vicdan dışı uygulama, çoğu emekli ve kronik hasta olan yurttaşları mağdur etmektedir. Mevzuatta acilen düzeltme yapılmalıdır.

5. Muayene Ücreti Tahsilatı

Eczaneler, muayene ücreti tahsilat yükü altına sokulmuştur. Bu uygulama ne mesleğin tanınmasına ne de eczacıların görev kapsamına uymaktadır. Tahsilat, hizmeti sunan sağlık kuruluşları tarafından yapılmalı; eczacı veznedar konumuna düşürülmemelidir.

6. Sarf Malzeme Fiyat Güncellemeleri

Enjektör, strip, iğne ucu gibi temel malzemelerin fiyatları güncellenmemektedir. Örneğin, enjektör için geri ödeme 17 kuruş iken, piyasa fiyatı 1 TL’dir. Aradaki farkın hasta ya da eczacı tarafından karşılanması makul değildir. SUT fiyatları piyasa gerçekliğine göre güncellenmelidir.

7. Majistral İlaç Tarifesi ve Ücret Sınırı

Majistral ilaç tarifesi 2014 yılından bu yana güncellenmemiştir. Eczacı emeğiyle üretilen ilaçlarda üst limit 500 TL olup, hastalar bu sınır üzerindeki farkı cepten ödemektedir. Bu uygulama hem eczacıyı hem de hastayı mağdur etmektedir.

8. MEDULA-SUT Uyum Sorunu

SUT hükümleri ile MEDULA sistemi uyumlu değildir. Bu nedenle hasta, hekim ve eczacı arasında zaman kaybettiren bir karmaşa doğmaktadır. MEDULA sisteminin SUT'a göre entegre edilmesi ile bu tür hatalar önlenabilir.

9. Kamu Kurum İskontosunu Uygulamayan Firmalar

Bazı ilaç firmalarının kamu kurum iskontosunu uygulamamasına rağmen Sağlık Bakanlığı ödeme sisteminde yer almaya devam etmesi kabul edilemez. Diğer firmalara uygulanan kurallarla eşitlik sağlanmalı; kamu kurum iskontosu yapmayan firmalara gerekli yaptırımlar uygulanmalıdır.

10. Geri Ödeme Karmaşası

Bazı yüksek fiyatlı ilaçlarda SGK'nın yalnızca belirli kısmını ödemesi, kalan farkın firma ile eczacı arasında ayrı faturalandırılması süreci ciddi bir bürokratik karmaşa yaratmaktadır. Bu işleyişin sadeleştirilmesi gereklidir.

11. Kamu Eczacılarının Özlük Hakları

Kamuda görev yapan eczacılar, diğer sağlık profesyonelleriyle eşit haklara sahip olmalıdır. Özellikle akademik unvana sahip kamu eczacıları arasında özlük hakkı farklılıkları giderilmelidir.

12. Eczacılık Fakültelerinde Kalite Sorunu

Türkiye'de sayısı 60'a yaklaşan eczacılık fakültelerinin yalnızca 20'si akredite durumdadır. Apartman dairelerinde eğitim verilen fakültelerin kapatılması, akreditasyon sürecini tamamlamayanlara süre verilmesi gerekmektedir. Nitelikli sağlık hizmeti, nitelikli eğitimle mümkündür.

Ayrıca vatandaşlarımız açısından en temel hak olan ilaca erişim hakkı, bu teklifin hiçbir maddesinde öncelikli bir sorun olarak ele alınmamış; toplumun ilaca erişimde yaşadığı ekonomik ve lojistik sorunlara dair hiçbir çözüm sunulmamıştır.

Sonuç olarak, bu Kanun Teklifi, eczacılık mesleğinin kronikleşmiş yapısal sorunlarına çözüm üretmekten uzak, cezai yaptırımlarla sınırlı bir yaklaşımı barındırmaktadır. Mevzuatta yapılacak her değişiklik, yalnızca düzenleme mantığıyla değil, saha gerçekleri ve meslek mensuplarının sesiyle şekillenmelidir.

Teklifin maddelerine ilişkin değerlendirme

MADDE 1- Maddeyle, ecza ticarethaneleri (ecza depoları) için beşerî tıbbi ürünler ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zinciri içindeki hareketlerinin takip sistemine bildirilmemesi halinde uygulanacak yaptırımların düzenlenmesi ve beşerî tıbbi ürünler, özel tıbbi amaçlı gıdalar ve etkin maddelerin muhafazası ve dağıtımının Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak yapılması amaçlanmaktadır. Düzenleme uygundur, üçüncü tespitle ruhsat iptali önemlidir.

MADDE 2- Kanun teklifiyle 1219 sayılı Kanunun 12. Maddesinin üçüncü fıkrasında düzenlenen ve tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların;

maddede belirtilen şartları sağlamak kaydıyla birden fazla sağlık kurumunda çalışabilmesine yönelik uygulama değiştirilmekte ve en fazla iki sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilmelerine izin verilmektedir. Ayrıca, bu kişilerin ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde yalnızca ücret karşılığı 5510 sayılı Kanunun hükümlerine göre işçi sigortalı (4/a) olarak çalışabilecekleri düzenlenmektedir.

Özellikle tabip ve uzman tabipler açısından tartışmalı bir konu olan özel bir hastanede veya vakıf üniversiteleri hastanelerinde çalışmalarının hukuki statüsünün ne olacağına ilişkin bir düzenleme yapılmaktadır. Kanun teklifi ile tabiplerin ve uzman tabiplerin özel hastaneler ile hizmet alım sözleşmesi yoluyla hizmet ilişkisi kuramayacağını, bir diğer deyişle fatura kesme yoluyla bu hastanelerde çalışamayacağına ilişkin bağlayıcı bir düzenleme getirmektedir.

11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesinin üçüncü fıkrasının birinci cümlesinde yer alan "birden fazla" ibaresi "en fazla iki" şeklinde değiştirilmiş ve fıkra birinci cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiştir.

"Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi olup olmamasına bakılmaksızın özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı olarak çalışır."

Öncelikle, 1219 sayılı kanunun 12.maddesindeki a, b ve c bentleri, hekimlerin çalışabileceği sağlık kurumlarını açıklamaktadır. Maddeye göre, hekimler, her bir bendin kapsamında kalmak kaydı ile birden fazla sağlık kurumunda çalışır iken, önerilen değişiklikle, "her bir bendin kapsamında kalmak" kaydı değişmeden, "en fazla iki" sağlık kurumunda çalışabilmesi yönünde değiştirilmektedir. Maddenin sonuna eklenen cümlede ise, hekimlerin, sağlık kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi olup olmamasına bakılmaksızın çalışabileceği belirtilmiştir. Bu koşul, ilk paragraftaki, "her bir bendin kapsamında kalmak" koşulu ile çelişmektedir. Bentlerin her biri, sağlık kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı olup olmadığını betimlemektedir. Bu çelişki, uygulamada sıkıntılar yaratacaktır.

5510 Sayılı Kanunun 4a usulü çalışma, desteklediğimiz, güvenceli çalışma şeklidir. Fakat bu uygulamanın, yürürlükte olan tüm kanun ve yönetmeliklerce desteklenmesi gerekmektedir. Örneğin, 5510 sayılı Kanunun ek 10 uncu maddesi uyarınca, anılan Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan hekimler ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olan kişilerin serbest meslek erbabı olarak vergilendirilecekleri, belirtilmektedir.

Ayrıca, 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 66 ncı maddesi, "Serbest meslek erbabı" tanımını ve kapsamını belirlemektedir. Bu kanunlarla belirlenen, hekimlerin serbest meslek makbuzu kesebilme durumu, 4a çalışma prensibi ile çelişmektedir.

Özel hastaneler, Ayakta Teşhis Tedavi Yönetmeliği'ne bağlı olan Tıp merkezi, Poliklinik, Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Müesseseleri ve Radyoloji Hizmetleri Yönetmeliği'ne bağlı Radyoloji Merkezleri'nde, Sağlık Bakanlığı'na uygulanan planlama kapsamında, kadro kısıtlaması uygulanmaktadır. Bu sağlık kuruluşlarında hizmet, ruhsatlarındaki bölümler ve faaliyet izin belgelerindeki kadrolarca sürdürülmektedir. Hizmetin gereği olarak artan ihtiyaca

yönelik yeni kadro talepleri için Sağlık Bakanlığı’na başvurulmakta, fakat maalesef bu başvurular reddedilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın, kamudan özele kayışı engellemek için koyduğu bu kural, özel sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet anlayışını maalesef baltalamaktadır. Oysa, Özel Sağlık Kuruluşları, temel olarak verimlilik esasıyla çalışır, gereğinden fazla kadro talebi yoktur. Ayrıca, 2 yıl boyunca kullanılmayan kadrolara el konması, tam tersine özel kurumları, kadroları doldurma telaşına düşürmektedir. Aynı uygulamalar devam ettikçe, 4a uygulamasının da devreye girmesi ile birlikte, kayıt dışı çalışmalar tetiklenecektir. 4a uygulaması ile birlikte, özelde kadro planlamasının da tekrar düzenlenmesi gerekmektedir.

60 yaş üstü hekimler, kadro dışı çalışabilmektedirler. Buradaki uygulamaya netlik getirilmelidir.

2 yıl ve üzeri yurtdışında çalışmış olan hekimler, planlama dışı, geçici kadrolarla çalışabilmektedirler. Bu durumdaki çalışma koşulları da netleştirilmelidir.

Bu maddede, hekimlerin çalışabileceği yerlerin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olup olmamasına dair belirsizlikler bulunmaktadır. Bu belirsizlikler uygulamada ciddi sorunlara yol açacaktır. Ayrıca, 4/A kapsamında çalışan emekli hekimlerin hizmet makbuzları veya maaşlarından yapılacak kesintilerle ilgili düzenleme yapılmadan, bu şekilde çalışmanın cazip olmayacağı açıktır.

Özel sağlık kuruluşlarındaki kadro kısıtlamaları, verimlilik esasına göre çalışan bu kurumların hizmet sunmasını engelleme riski taşımaktadır. Ayrıca, kadroların iki yıl boyunca kullanılmaması hâlinde iptal edileceğine dair düzenleme, bu kuruluşlarda gereksiz personel artışına yol açabilecektir. Bu uygulamalar sonunda, her ne kadar 4/A ile uyumlu bir yapı öngörülse de kayıt dışı istihdamın artmasına neden olabilecektir. Bu nedenle özel sektörde kadro planlamasının yeniden ele alınması gerekmektedir.

MADDE 3- Kanun teklifiyle 1219 sayılı Kanunun 70. Maddesinde düzenlenen ve Tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onamı düzenleyen maddenin birinci fıkrasına bir ekleme yapılarak teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle alınması gereken muvafakatin elektronik ortamda da alınabilmesi düzenlenmektedir.

Madde gerekçesinde de belirtildiği üzere “gelişen teknolojiyle muvafakatin yazılı ve imzalı alınması zorunluluğunun yanında elektronik ortamda da alınabilmesiyle kişilerin işlemlerini daha rahat bir şekilde yürütebilmesi ve muvafakatlerini daha kolay bir şekilde verebilmeleri amaçlanan” bu düzenlemeyle aydınlatılmış onam almada teknolojik yöntem devreye sokulmakta burada da “ve ilgilinin kimliğinin doğrulama kabiliyetini haiz kimlik belgeleriyle veya biyometrik yöntemlerle ya da elektronik kimlik doğrulanmasına imkân verecek yöntemler kullanılması” yoluyla kişinin rızasının alınmasına yönelik teknolojik doğrulama sistemi kullanılmak istenmektedir.

Ancak, söz konusu teknolojik yöntemler aracılığıyla açık rıza alınması işlemine yönelik üçüncü kişiler tarafından sanal olarak müdahale edilmesini halinde sorumluluk ve bu nedenle ortaya çıkabilecek yükümlülüklerle ilişkin yeterli güvence ortaya konulmamış durumdadır. Siber saldırılara karşı “Aydınlatılmış Onam” almanın nasıl korunacağı açıklığa

kavuşturulmalıdır. Ayrıca “dijital sağlık okuryazarlığı” konusunda yurttaşlara Sağlık Bakanlığı tarafından eğitim verilmesi de bu maddeye eklenmelidir.

MADDE 4- 1219 sayılı Kanunun ek 13 üncü maddesinin birinci fıkrasının (i) bendinde yer alan “Diş protez teknikeri” ibaresi “Diş protez teknisyeni/teknikeri” şeklinde değiştirilmiş, “ön lisans” ibaresinden önce gelmek üzere “sağlık meslek liselerinin ve” ibaresi eklenmiş, “sağlık teknikeridir” ibaresi “sağlık teknisyeni/teknikeridir” şeklinde değiştirilmiştir.

Bu madde ile, sağlık meslek gruplarının eğitim farkları ortadan kaldırılmakta, sağlık meslek liseleri mezunları ile, ön lisans mezunları aynı ortamda değerlendirilmekte, zaten yeterince kadro bulamayan teknikerler yerine, daha düşük maliyetle çalışmalarını sağlayabilecek teknisyen grubu planlanmaktadır. İş barışını bozan bu uygulama, görev yetki ve sorumluluk kargaşası yaratmakta, iş tanımları iç içe geçmekte ve istihdam sorunlarına neden olmaktadır. KPSS-2025/4 atamasında, toplam 15.342 sağlık meslek grubu ataması içinde atanan diş protez teknikeri sayısı sadece 10 olmuştur ve diş protez teknikeri kadroları, 88,59 puanla kapanmıştır. Bu kadar yetersiz alım varken, sağlık meslek liselerinden mezun olacak ekstra teknisyen kadroları açılması, istihdam krizini derinleştirecektir.

Bu maddede, yardımcı sağlık meslek gruplarında eğitim farklılıkları ortadan kaldırılmakta ve istihdamda işverene tercih hakkı bırakılmaktadır. Bu durum, özellikle maliyeti düşürmek adına teknisyen kadrosunda yer alan kişilerin daha fazla istihdam edilmesine, buna karşılık teknikerlerin –daha fazla eğitim almış olmalarına rağmen– istihdam edilememesine yol açacaktır. Mezun tekniker sayısı giderek artarken, ataması yapılan tekniker sayısı oldukça düşüktür.

Bu maddede “Diş protez teknikeri” ibaresinin “Diş protez teknisyeni/teknikeri” şeklinde değiştirilmesi uygun değildir; önlisans düzeyinde eğitim almayı değersizleştiren bir düzenlemedir. Sağlık alanında hizmet sunabilmek için en az ön lisans mezunu olmak koşulu korunmalıdır. Bu bağlamda, hemşire ve ebe yardımcısı unvanlarının kaldırılması uygun bir düzenlemedir.

Nükleer tıp teknikeri düzenlemesi çok gecikmiş bir düzenlemedir. Ancak görev tanımı açısından bakıldığında, nükleer tıp teknikeri için sıcak oda laboratuvarlarında, tanı ve tedavi radyofarmasötikleri hazırlama, hastaya uygulama, görüntüleme, efor testi süreçlerinde yer alma, radyasyon güvenliği ve kalite kontrol tekniği birden tüm nükleer tıp hizmetleri yüklenmektedir. Oysa tedavi radyofarmasötiklerinde sağlık fizikçisi, hemşire hatta kimyager olmadan bu yeni tedavi ajanlarını hazırlamak ve uygulamak mümkün değildir. Tıbbi görüntüleme hizmetlerinde yaşanan nitelik kaybı toplum sağlığını tehdit eder boyuta erişmiştir. Bir teknikerin burada saydığınız sınırsızlıkta çalışması ne onun sağlığı açısından ne de hasta güvenliği açısından mümkün değildir.

MADDE 5- 1219 sayılı kanunun Geçici Madde 9’unda, “1/1/2029 tarihine kadar, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilir. Bu eğitim uzaktan ve/veya kısmi zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle yapılabilir ve en az altı yılda tamamlanır.” demektedir.

Yapılan düzenleme ile, öncelikle 2029 yılına kadar verilen süre, 2035 yılına uzatılmıştır. Sürenin 6 yıl daha uzatılması, zamanında yeterli planlama yapılmamasından, yıllara dağılan

düzgün artış politikası uygulanmamasından kaynaklanmaktadır. Aile hekimi başına düşen yaklaşık 3000 nüfus yıllar içinde istenilen hızda düşürülemedi, 1.basamak sağlık hizmetlerindeki sürekli değişen uygulamalar, aile hekimi sayısında istenen artışı sağlayamamıştır. Hedef tarih yaklaştıkça, hızla hedefe ulaşmak isteyen Sağlık Bakanlığı, hedef tarihi uzatırken, aynı zamanda, eğitime başlamadan önce en az 5 yıl sözleşmeli aile hekimliği yapanlar için eğitim süresini 6 yıldan 4 yıla indirmek istemektedir. Bu durum eğitimin standardizasyonu açısından tehlikeli bir durumdur. Sağlık Bakanlığı, yine iş barışını bozacak bir uygulamaya hazırlanmaktadır. Bu yeni uygulama için tarafların yeterli görüşünü almadan, hızla değişikliğe gitmek istemesi, istenmeyen sonuçların oluşmasına neden olabilecektir.

Ayrıca, eğitim kurumlarında geçirilen rotasyon sürelerinde, döner sermaye ek ödemelerinden tam olarak faydalanamayacak olmaları, çalışan memnuniyetini azaltacak uygulamalardır.

2004 yılında çıkan ve 5258 sayılı Kanun’a dayanarak sözleşmeli aile hekimi olarak çalışan hekimler, eğer sahada 5 yıl çalışmışlarsa, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresinin 6 yıldan 4 yıla indirilmesi öngörülmektedir. Ancak bu düzenleme yapılırken aile hekimliği derneklerinin ve ilgili kuruluşların görüşleri alınmamıştır. Bu durum, iki başlı bir eğitim sistemine yol açarak standardizasyonu bozacaktır.

MADDE 6- Hemşire yardımcılığı unvanının kaldırılması, sağlık hizmetlerinin niteliğini artırma ve meslek standartlarını koruma yönünden önemli bir adımdır. Ancak bu olumlu gelişmenin hemen ardından, benzer sorunlara yol açabilecek “sağlık bakım teknisyenliği” unvanıyla yeni bir programın önerilmesinin hukuken ve mesleki açıdan sakıncalı bir yaklaşım olduğu değerlendirilmektedir.

Bu çerçevede Kanun teklifi incelendiğinde hemşirelik yardımcılığının kaldırılması belirtilen gereklilikler ile örtüşürken “sağlık bakım teknisyenliği” adı altında sağlık meslek liselerine öğrenci alımının sürdürülmesi kararda işaret edilen hususlara aykırı olacaktır. Bakım kavramı, tarih boyunca ulusal ve uluslararası boyutta hemşirelik mesleği ile ilişkilendirilmekte, hemşirelikle bağlantılı olarak algılanmaktadır. Sağlık Meslek Liseleri’nde yetiştirilen ve bakım alanında çalışması beklenen, hastaya dokunmasına izin verilen çalışanların, psikomotor beceriler yanı sıra, meslek kimliği kazanmış, analitik bir bakış açısına ve meslek etiği ve meslek değerlerine sahip olması gerekmektedir, gerekçede yer aldığı gibi psikomotor beceri yanı sıra bilişsel ve duyuşsal beceri kazanmaları da gerektirmektedir. Sağlık bakım teknisyenliği öğrencileri, işin doğası gereği, ölüm, travma, enfeksiyon gibi çeşitli riskleri bünyesinde barındıran yüksek riskli çalışma ortamları grubunda yer alan hastanelerde, hastanelerin en özel ve kritik bölümlerini de içerecek şekilde uygulamalı eğitim alacaktır. 14-18 yaş aralığında bulunan bu öğrencilerin, ergenlik dönemi özellikleri de göz önüne bulundurulduğunda, yüksek riskli çalışma ortamları olan hastanelerde bulunmaları, hem kendi fiziksel ve psikosoyol sağlıkları hem de hasta güvenliği açısından ciddi riskler oluşturacaktır.

Bu maddeyle “sağlık bakım teknisyenliği” adı altında yeni bir kadro ihdas edilmekte, bu kadroların eğitimlerinin sağlık meslek liselerinde yapılacağı anlaşılmaktadır. Ancak bu kişilerin psikomotor becerilerinin ve temel personel yeterliliklerinin yeterince gelişmemiş olması, gelecekte yeni sorunlara yol açabilecektir. Bu nedenle bu kadroların eğitim süresi ve müfredatı yeniden düzenlenmelidir.

MADDE 7- Maddeyle, 1219 sayılı Kanuna geçici bir madde eklenerek, 1219 sayılı Kanunun 12. maddesi kapsamında yapılan düzenlemeye uyum sağlanması hususunda 1/6/2026 tarihine

kadar geçiş süreci öngörülmektedir ve halihazırda özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların kanunun yürürlük tarihinden öncesine yönelik 12 nci madde hükümleri uyarınca verilen çalışma izinleri için 1/6/2026 tarihine kadar yeni çalışma izni başvurusunda bulunması, bulunmayanların da çalışma izinlerinin iptal edileceği hüküm altına alınmaktadır.

MADDE 8- Kanun teklifinin 8’inci maddesi ile beşerî tıbbi ürünler ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zincirindeki tüm hareketlerinin, Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği kurallar çerçevesinde elektronik takip sistemine bildirilmesini zorunlu kılmıyor. Bildirimin yapılmaması hâlinde, ürünlerin tespit tarihindeki depo satış fiyatlarının iki katı kadar idari para cezası uygulanacak. Aynı ihlalin bir yıl içinde tekrar edilmesi durumunda ise ceza bir kat artırılarak uygulanacak. Maddenin amacıyla “bildirim yapmayanlara caydırıcı yaptırımlar getirmekse de tekrerrür eden fiilin, kamu sağlığını tehdit edecek nitelikte suiistimal içermesi halinde, ilgili ruhsat veya izin sahibi hakkında faaliyetten geçici men veya süresiz kapatma cezası uygulanmaması” düzenlemesi çalışmaktadır. Bu düzenleme için verdiğimiz önergemiz kabul edilmeyerek madde amacı bakımından yetersiz kalmıştır. Sonuç itibarıyla, özellikle bazı ilaç firmalarında ve depolarda zam öncesinde veya piyasa yokları döneminde ilaçlar askıya alınarak, açığa alınarak piyasadaki ilaç yokluğunu tetikleyen birtakım uygulamalar yapılmakta, bu sebeple de bu tarz caydırıcı uygulamaların sahada ilaç varlığını korumak ve eczacılık sektörünün etkin bir şekilde yürütülmesini sağlamak adına caydırıcılığın daha artırılarak bu maddenin daha etkin bir hâl almasını gerekmektedir.

MADDE 9- Bu maddeyle 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun’un 23’üncü maddesine eklenen fıkra vasıtasıyla, kenevir bitkisinin yalnızca “ilaç etkin maddesi” üretimi amacıyla yetiştirilmesi sınırı kaldırılarak, “tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri” elde edilmesine yönelik bir yelpazeye genişletilmektedir. Bu değişiklik ilk bakışta ekonomik ve sağlık temelli bir açılım gibi görünse de çok katmanlı sorunlara yol açacak bir düzenleme olup, kamu sağlığı, bağımlılıkla mücadele, kamu yönetimi disiplini, anayasal ilkeler, gençlik politikaları ve uluslararası sözleşmelere uyum bağlamında çok ciddi riskler taşımaktadır.

Her şeyden önce, kenevir gibi psikoaktif bileşenler içeren bir bitkinin üretim, işleme, dağıtım ve tüketim süreçlerinin genişletilmesi; sadece tarımsal bir faaliyet veya sanayi girdisiyle sınırlı görülmemelidir. Kenevir, THC (tetrahidrokanabinol) maddesi içeriği nedeniyle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Komisyonu ve 1961 tarihli Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi kapsamında kontrol altında tutulan bir maddedir. Türkiye, bu sözleşmeye tarafı ve söz konusu düzenleme ile uluslararası yükümlülüklerimizi ihlal riski doğmaktadır.

Madde metninde yer alan “sağlık ve destek ürünü” ile “kişisel bakım ürünü” gibi kavramlar tıbbi, hukuki ve idari açıdan tanımsız, ucu açık ve istismara açık ifadelerdir. Bu ürünlerin hangi kriterlere göre ruhsatlandırılacağı, hangi sınırlar içerisinde kalacağı, dozaj ve endikasyon belirleme süreçlerinin kim tarafından belirleneceği açık değildir. Bu durum, Anayasa’nın 2. maddesinde yer alan hukuk devleti ilkesi ve belirlilik-ilkesine açıkça aykırıdır.

Ayrıca, düzenlemenin Sağlık Bakanlığı ve Tarım ve Orman Bakanlığı arasında idari görev paylaşımı yapılmasını öngördüğü anlaşılmakla birlikte; bu paylaşımın niteliği, hangi aşamalarda hangi idari işlemlerin tesis edileceği, denetimin kim tarafından ve hangi düzeyde yapılacağı belirli değildir. Bu durum, idari işleyişte karmaşaya, denetim boşluklarına ve hesap verebilirlik zafiyetine yol açacaktır. Özellikle Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü, Türkiye İlaç

ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK), Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü gibi kurumların bu süreçteki rollerine ilişkin herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır.

Sosyal etkiler açısından da durum son derece risklidir. Kamuoyunda son yıllarda yapılan kampanyalarla “kenevir” bitkisi adeta “mucizevi bir çözüm” olarak sunulmakta, bu bitkinin tüm türlerinin faydalı ve zararsız olduğu yönünde yanlış bir algı oluşturulmaktadır. Özellikle genç kuşaklar arasında, kenevirin “doğal, masum ve alternatif bir tedavi aracı” olduğu algısı kuvvetlendirilmekte ve bu durum esrar başta olmak üzere psikoaktif maddelere erişim konusundaki psikolojik eşiği aşağı çekmektedir. Halihazırda Türkiye’de AMATEM ve ÇEMATEM gibi merkezlerin sayısı yetersiz, tedavi ve rehabilitasyon kapasitesi düşüktür. Bu düzenleme, doğrudan bağımlılık riskini artırıcı bir etki yaratacaktır.

Ekonomik yönüyle değerlendirildiğinde ise, kenevirin bu şekilde serbestleştirilmesi halinde büyük tarım şirketlerinin, kozmetik sektörünün ve tıbbi bitki piyasasında faaliyet gösteren bazı özel çevrelerin denetimsiz biçimde pazara hâkim olması olasıdır. Bu durum küçük üreticilerin, eczacıların ve halk sağlığı öncelikli girişimlerin sistem dışına itilmesine yol açacaktır. Sağlık sistemi içerisinde rekabet değil, kamu yararı esastır.

Anayasa’nın 56. maddesi uyarınca devlet, bireylerin sağlıklı bir çevrede yaşamasını sağlamakla yükümlüdür. Uyuşturucu türevli ürünlerin meşrulaştırılması anlamına gelebilecek bu düzenleme, sağlık politikalarının önleyici yönünü ortadan kaldırmakta, halk sağlığı açısından geri dönüşmesi zor zararlara zemin hazırlamaktadır.

Teknik, idari, sosyal, hukuki ve uluslararası yönleriyle yetersiz olan bu düzenlemenin teklif metninden çıkarılmasını; kenevirin kontrollü üretimine dair yeni bir çerçeve yasayla, bilimsel kurumların ve bağımlılıkla mücadele uzmanlarının katkısıyla ele alınmasını öneriyoruz.

Kenevir veya Cannabis, esrar (marihuana)’ın ön maddesi olarak bilinmektedir. İçeriğindeki Tetrahidrokannabinol (THC) etken maddesinin düzeyine göre, etkileri değişebilmektedir. Türkiye’de bir süreden beri kenevir tarımı yapılmakta ve Tarım Bakanlığı kontrolünde izlenmektedir. Bitkinin erkek ve dişi formunun, THC içerikleri farklıdır ve bugüne kadar erkek kenevir fidanları yani THC düzeyi çok düşük olan fidanlar verilirken, bu kanun maddesi ile dişi kenevir tarımına da izin verilmekte, böylece elde edilecek THC’ün tıbbi amaçlarla kullanımının önü açılmaktadır. Gerekçe olarak, kenevir tarımı ve tıbbi ürün üretimi ile sağlık ve ekonomik faydaları ve uluslararası alandaki rekabet gücü gösterilmektedir.

Bitki, doğası gereği, dayanıklı, hızlı büyüyen ve düşük maliyetli bir tarım ürünüdür. Bu özelliği nedeniyle üretimin kontrolü oldukça zordur ve Türkiye’deki denetim mekanizmaları düşünüldüğünde, daha üretim aşamasında tehlike barındırmaktadır.

Getirilen kanun maddesi, detaylı olarak süreci açıklamamaktadır. Sadece, Tarım Bakanlığı’nın kenevir yetiştirme ve hasat aşamasını kontrol edeceği, kenevirden elde edilen tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünlerine yönelik ruhsatlandırma, takip sistemleri ve kayıt işlemlerinin ise Sağlık Bakanlığı’nca gerçekleştirileceği belirtilmektedir.

Türkiye’de henüz sahte alkol sorunu çözülmemiştir. Etil alkol satışları da güya kontrollüdür ve takip sistemi vardır. Buna rağmen sahte alkole bağlı ölümler yaşanmaktadır. Kenevir üretimi ve tıbbi kenevir satışında da benzer sorunlar yaşanacağı açıktır.

Kanun teklifiyle, kenevir türevli ürünlerin üretiminin, ruhsatlandırmasının ve takibinin Sağlık Bakanlığı uhdesine alınması ve bu ürünlerin yalnızca eczanelerden satılmasına ilişkin bir düzenleme yapılması önemlidir. Bu ürünlerin yalnızca eczanelerden satışa sunulması, içeriğinin denetlenebilirliği ve "farmakovijilans" açısından çok büyük önem taşımaktadır. Eczane dışı denetimsiz mecralar üzerinden yapılan kontrolsüz satışların hem sağlık hem adli anlamda sakıncalı sonuçları olabilir. Ürünlerin ilaç takip sistemine kaydı, reçeteye bağlı izlenebilirliği, uygun hasta bilgilendirmesi gibi konular eczane dışında sürdürülemez. Bu bakımdan, yalnızca eczanelerden temini hem denetim hem de halk sağlığı güvenliği açısından elzemdir.

Ancak, kenevir ürünlerinin eczanelerden satışının başlaması, esrarı bağımlılık yapıcı bir madde olarak görmeyenler için ciddi bir algı karmaşası yaratacaktır. Dahası bağımlıların, hekimleri reçete yazmaya zorlaması ile karşı karşıya kalılabilecek olması, hem sağlık kuruluşlarında hem de eczanelerde yeni bir şiddet alanına zemin hazırlayacaktır.

Konuyu, madde bağımlılığı tedavisi ile uğraşan psikiyatri uzmanlık derneklerine danışmadan kanun teklifine almak, yanlış bir tutumdur.

Kenevirin bazı kanser türlerinde, MS hastalığında ağrı kesici, bulantıyı önleyici vb faydaları elbette ki göz ardı edilemez fakat birçok ağrı kesiciler, ateş düşürücüler, öksürtük şurupları, antiepileptikler, bazı kemoterapötikler gibi temel ilaçlara ulaşımında zorluk yaşanırken, kenevirin tıbbi faydalanımını düşünmek çok gerçekçi görünmemektedir. Öncelikle, yabancı ilaç firmalarına bağımlılığımız gereği, firmalar için kullanılan Euro kuru'nun (21,67 TL), reel kurun (47,10 TL) yarısından bile az olduğu gerçeğini masaya yatırmamız ve yerli üretim politikaları üretmeliyiz.

Bağımlılık yaklaşımı ve tedavi süreçleri, iktidarın sağlık politikalarında yeterince önem kazanmamıştır. Bağımlılık tedavisinde çok önemli yer tutan AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) ve ÇEMATEM (Çocuk ve Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) sayısı sadece 143'tür. Yatak sayıları yetersizdir. Rehabilitasyon Merkezi sayısının 22'ye çıkarılması hedeflenmiş iken, yıl içinde revize edilmiş ve hedef 18'e indirilmiştir.

Bağımlılık tedavisinde kullanılan Benzodiazepinler (Lorazepam) piyasada bulunmamakta, madde bağımlılığında yaşanan karaciğer yetmezliklerinin tedavisinde, ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Aynı şekilde, opioid antagonistler (Naltrekson) da piyasada bulunmamakta, tedaviler zorlaşmaktadır. Naltrekson'un çıkır açan implant formu ülkemize hiç gelmemiştir. Kas içi ve tablet formları ise piyasada bulunmamaktadır. Üstelik bu ilaçların SGK tarafından geri ödemeleri de bulunmamaktadır.

Dahası, Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde ayrılan payın kullanılmadığı tek kalem bağımlılıkla mücadele başlığıdır.

Henüz bağımlılık tedavisinde zorlanıyor ilken, bağımlılık vakaları hızla artar iken ve gençlerimizi bağımlılık konusunda koruyamaz iken, eczanelerden tıbbi kenevir ürünü satışının başlaması, esrar ile ilgili masum algısını pekiştirecek ve bağımlılıkla mücadele süreci yara alacaktır. Konunun tüm taraflarca detaylı değerlendirilmesi elzemdir.

Kenevir, esrar olarak bilinen maddenin hammaddesidir. İçeriğindeki THC (Tetrahidrocannabinol) oranına göre etki ettiği sistemler değişmektedir. Ülkemizde kenevir

ekimi erkek kenevir üzerinden ve devlet denetiminde yapılırken, bu kanunla dişi kenevir üretiminin önü açılmaktadır. Dişi kenevirde yüksek oranda THC bulunması, suistimallere yol açabilir.

Özellikle son yıllarda artan göçmen akımıyla birlikte, bazı Arap ve Orta Asya ülkelerinden gelen mülteciler aracılığıyla ülkemize sokulan uyuşturucuların kontrolü sağlanamamışken, yeni bir bağımlılık alanının açılması büyük bir risktir. Artan alkol fiyatları nedeniyle evde alkol üretiminin yaygınlaşması ve bunun kötü niyetli kişilerce kötüye kullanılması, çok sayıda zehirlenme ve sakatlanma vakasına neden olmuştur.

Kenevirin bazı tıbbi amaçlarla kullanımı mümkün olsa da, öncelikle tıbbi alanda geliştirilmiş ilaçların temininin sağlanması daha doğru olacaktır. Ayrıca, alkol ve madde bağımlılığı tedavisi merkezlerinin sayısı oldukça yetersizdir. Bu nedenle, yeni mağdurların tedavisi de aksayacaktır. Bu düzenleme yapılırken, psikiyatristlerin ve uzman kuruluşların görüşlerinin alınması da önemli bir eksikliklerdir.

Türkiye’de son yıllarda uyuşturucu madde kullanımı ve madde bağımlılığı sorunu endişe verici bir artış göstermektedir. Emniyet Genel Müdürlüğü’nün 2011 ve 2018 yıllarında 15-64 yaş grubunda yaptığı “Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması” sonuçlarına göre, hayatında en az bir kez herhangi bir yasadışı maddeyi kullanma oranı 2011’de %2,7 iken 2018’de %3,1’e yükselmiştir. Geleneksel olarak esrar (kenevir) en yaygın kullanılan uyuşturucu madde olmayı sürdürmektedir.

Yukarıda açıklanan gerekçelerle, kanunda yer alan bu düzenlemelerin uygun olmadığı kanaatindeyiz. Kanun teklifinin geri çekilerek, tarafların görüşleri alınmak suretiyle yeniden hazırlanması, kamu sağlığı açısından çok daha uygun olacaktır.

MADDE 10- Kanun Teklifinin 10’uncu maddesi ile “Özel Tıbbi Amaçlı Gıdalar” da takip sistemine bildirim yükümlülüğüne dahil edilmektedir. Bu düzenlemeyi olumlu ancak yetersiz bulmaktayız. Maddeye takviye edici gıdaların da eklenmesi takip sistemine dâhil edilerek denetimi güçlendirilen bu ürünlerin eczane dışı satışlarının engellenmesi, toplumu koruyan ve halk sağlığını önceleyen bir uygulama olacaktır.

Çünkü; Elektronik Ürün Kodu (EPC) teknolojisine dayalı takip sistemi, beşerî tıbbi ürünlerin üretim veya ithalat anından nihai kullanıcıya ulaşana kadar tedarik ve dağıtım zincirinde gerçekleştirdiği her hareketi dijital ortamda izlenebilir hâle getirmekte; böylece ürünün son görüldüğü konum, zaman ve durum kayıt altına alınarak ürün güvenliği temin edilmektedir.

Bu düzenlemeyle birlikte, bu takip sistemine yalnızca ilaçlar değil; özel tıbbi amaçlı gıdalar ile takviye edici gıdalar da dahil edilmektedir. Bu kapsamda, her iki ürün grubunun da üretimden son kullanıcıya kadar olan tüm süreci izlenebilir kılınacak, sahte, kaçak veya izinsiz ürünlerin dolaşıma girmesi engellenecek ve geri çekme işlemleri etkin şekilde yönetilebilecektir.

Özel tıbbi amaçlı gıdalar genellikle hastalık, bozukluk veya tıbbi durum nedeniyle normal gıda tüketimi kısıtlı olan bireylerin diyet ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirilmiş; içeriği, dozu ve kullanım şekli hekim veya diyetisyen kontrolüyle belirlenmesi gereken ürünlerdir. Onkoloji, metabolizma bozuklukları, nörolojik hastalıklar gibi spesifik alanlarda kullanılan bu ürünlerin halk sağlığı açısından önemi büyüktür.

Takviye edici gıdalar da normal beslenmenin yerine geçmeyen ancak eksik veya yetersiz alınan besin öğelerini tamamlamak amacıyla kullanılan; vitamin, mineral, aminoasit, lif, bitkisel ekstrakt ve benzeri bileşenleri içeren ürünlerdir. Bu ürünler; bağışıklık sistemini destekleme, kemik sağlığını koruma, enerji metabolizmasını düzenleme, yaşlanma etkilerini azaltma veya egzersiz performansını artırma gibi iddialarla pazarlanır. Ancak bu iddiaların çoğu bilimsel olarak sınırlı düzeyde desteklenir ve sağlık beyanları kontrollü olmalıdır.

Takviye edici gıdalar, hastalıkları tedavi etmez, önlemez veya teşhis etmez. İlaçlarla karıştırılmamalıdır. Bu nedenle hekim önerisi olmaksızın bilinçsiz kullanım ciddi sağlık risklerine yol açabilir. Aşırı veya uygun olmayan dozlarda alınmaları, karaciğer ve böbrek yetmezliği gibi ciddi yan etkilere neden olabilir. Özellikle ilaçlarla etkileşime girerek tedaviyi sekteye uğratma riski taşır.

Eczane dışındaki bazı satış kanallarında (market, internet vb.) ruhsatsız, izinsiz, sahte veya insan sağlığına zarar verebilecek takviye edici gıdalar bulunabilmektedir. Bu da halk sağlığını tehdit eden bir tablo ortaya çıkarmaktadır. Takviye edici gıdalar, doğru bireyde, doğru dozda ve doğru zamanlamayla kullanıldığında yararlı olabilir. Ancak bu ürünlerin eczane dışındaki kontrolsüz, denetimsiz alanlarda serbestçe satılması, halk sağlığını tehlikeye atmaktadır. Bu nedenle hem takviye edici gıdaların hem de özel tıbbi amaçlı gıdaların yalnızca eczanelerde, sağlık profesyonellerinin rehberliğinde sunulması, toplumsal sağlık güvenliği açısından elzemdir.

Bu nedenle, özel tıbbi amaçlı ve takviye edici gıdaların eczane dışı ortamlarda, marketlerde veya online platformlarda raflarda serbestçe satışa sunulması, ürünün amacı dışı kullanımına, taklit-sahte ürünlerin yaygınlaşmasına ve bireylerin bilinçsiz tüketimine yol açarak ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir.

Bu çerçevede, özel tıbbi amaçlı gıdaların yalnızca eczaneler aracılığıyla, hekim veya diyetisyen danışmanlığıyla ulaştırılması hem bireysel sağlık hem de kamu sağlığı açısından bir zorunluluktur. Takip sistemine dâhil edilerek denetimi güçlendirilen bu ürünlerin eczane dışı satışlarının engellenmesi, toplumu koruyan ve halk sağlığını önceleyen bir uygulama olacaktır.

MADDE 11- Kanun Teklifinin 11'inci maddesi ile; eczacılara toptan ilaç satışı ile ilaç takip sistemine bildirim yükümlülüğünün ihlali durumunda uygulanacak yaptırımlar düzenlenmektedir. Eczacılık mesleğinin icrasında, topluma doğrudan ilaç temini görevini yerine getiren eczanelerin ticari işletme niteliği, diğer toptan satış yetkisine sahip kuruluşlarla karıştırılmamalıdır. 6197 sayılı Kanunun 24. maddesinin ihlali durumunda öngörülen para cezası, her ne kadar caydırıcılığı sağlamak amacıyla öngörülmüşse de düzenlemenin yorumlanabilirliği yüksek ve sınırları belirsiz olması nedeniyle eczacılar açısından ölçüsüz cezai yaptırımlara neden olabilecektir. Bu nedenle; "Toptan satış" kavramının tanımı yapılması gerekmektedir. Ayrıca, cezai yaptırımdan önce uyarı mekanizmasının işletilmesi hem eczacının kasıt dışı veya sistemsel kaynaklı aykırılıkları düzeltmesine olanak tanıyacak, hem de idarenin denetim fonksiyonunu ölçülü ve yönlendirici şekilde kullanmasını sağlayacaktır.

MADDE 12- Maddeyle 209 sayılı Kanuna bir madde eklenerek Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşlarında ek ödeme almaya hak kazananların Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına görevlendirilmeleri halinde ek ödemelerden yararlanmasına ilişkin düzenleme yapılmaktadır.

Gerekçe olarak TÜSEB'in personel ihtiyacının karşılanması için teşvik olarak yapıldığı belirtilmektedir.

MADDE 13- Teklif edilen madde ile, kadavra, organ ve doku bağışlarını düzenleyen 29/5/1979 tarihli ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanunun 14 üncü maddesinin birinci fıkrasının değiştirilmesi ve maddeye dört yeni fıkra eklenmesi öngörülmektedir. Yapılan değişiklik temelde kadavra, organ ve doku bağışlarının e-devlet üzerinden yapılabilmesini düzenlemektedir.

Ancak, e-devlet kişisel veriler açısından yeterince güvenli bir mecra olmadığı için; e-devlet üzerinden yapılan bağışların bir sağlık personeli eliyle teyidinin düzenlenmesi yerinde olacaktır. Ayrıca siber saldırı ve organ kaçakçılığıyla ilgili olarak, bu düzenlemenin kötü kullanımının engellenmesine yönelik ek bir düzenleme yapılması gerektiği açıktır.

MADDE 14- Kanun teklifinin 14. maddesiyle, sağlık yatırımlarının yapılacağı alanlara ilişkin planlama ve ruhsatlandırma süreçlerinde getirilen istisnai uygulama, şehircilik ilkeleri, kamu yararı, yerel idarelerin anayasal yetkileri ve toplumsal denetim bakımından çok ciddi sakıncalar içermektedir. Düzenleme, sağlık yatırımları için imar planına uyma zorunluluğunu ortadan kaldırmakta veya yerel idarelerin plan onay sürecini dışlayarak merkezi idareye istisnai yetkiler tanımaktadır.

Öncelikle belirtilmelidir ki, imar planları kentlerin fiziksel, çevresel ve sosyal bütünlüğünü sağlayan; altyapı, ulaşım, yeşil alan, kamu hizmetleri ve afet riski gibi birçok parametreyi birlikte değerlendiren temel araçlardır. Bu planlara müdahale; yalnızca bir bürokratik kolaylık değil, aynı zamanda yerel demokrasinin, çevre hakkının ve halk sağlığının doğrudan ihlali anlamına gelir. Sağlık yatırımları gibi hayati hizmet alanlarında dahi, bu tür yatırımların kamu yararına uygun şekilde, bilimsel ve katılımcı planlama ilkelerine göre yürütülmesi gerekir.

Anayasa'nın 127. maddesi uyarınca mahalli idareler, yerel ortak ihtiyaçları karşılamakla görevli ve yetkilidir. İmar planı hazırlama, değiştirme ve onaylama yetkisi, bu yerel özerkliğin en temel dayanaklarından biridir. 14. maddeyle bu yetkinin bypass edilerek merkezi idareye verilmesi, yerel yönetimlerin anayasal konumunu zayıflatmaktadır. Bu durum, idari vesayet sınırlarının aşılmasına ve idari hiyerarşi görüntüsü altında yerel idarenin iradesinin tasfiyesine neden olmaktadır.

Ayrıca bu düzenleme, planlamayı teknik ve kamusal bir faaliyetten çıkarıp siyasal ve ekonomik bir araca dönüştürme tehlikesi taşımaktadır. Özellikle büyük şehirlerde ve yüksek rant baskısı altında olan bölgelerde, sağlık yatırımı adı altında planlama dışı yapılaşma ve özel sektör lehine imar avantajları sağlanması riski artacaktır. Bu tür bir durum hem kentlerin dengeli gelişimini hem de mekânsal adaleti bozacaktır.

Çevresel ve afet riskleri bakımından da bu düzenlemenin sonuçları ağır olabilir. Plansız veya plan dışı olarak inşa edilen sağlık tesislerinin altyapı bağlantıları yetersiz olabilir; ulaşım akslarına uzaklık, itfaiye ve acil sağlık ulaşımı gibi konularda sorunlar yaşanabilir. Özellikle deprem kuşağında olan illerimizde, imar planlarının dışına çıkarak sağlık yapıları inşa edilmesi, doğrudan can güvenliği riski oluşturacaktır.

Son olarak, bu düzenleme halkın kent hakkına da aykırıdır. Kentleşme süreçlerinde yerel halkın görüşlerinin alınması, meslek odalarının denetim fonksiyonlarını kullanabilmesi ve

yerel meclislerin karar alma süreçlerine dahil edilmesi bir demokratik zorunluluktur. Plan dışı sağlık yatırımları bu denetim ve katılım mekanizmalarını da ortadan kaldıracaktır.

Her ne kadar madde gerekçesinde, “Özellikle kentleşmenin tamamlandığı ve imar çalışmalarının bittiği eski yerleşim yerlerinde, sağlık hizmet sunumunda kullanılacak yeterli sayıda arsa bulunamamakta ve arsa temininde yaşanan güçlük birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına engel olmaktadır.” ifadesi yer almasına rağmen, söz konusu imar planı değiştirilmeksizin parklara sağlık tesisi yapılacak olan eski yerleşim yerlerinin nasıl tespit ve tayin edileceğine ilişkin madde metninde somut bir belirlenim yoktur. Bu haliyle 2500 metrekareden büyük tüm parklara, herhangi başka bir kriter olmaksızın sağlık tesisi yapılması gündeme gelebilecektir. Bu da kentlerde zaten yetersiz olan yeşil alanların daha da azalmasına neden olabilecektir

Ayrıca, özel olarak hangi şehirlerin hangi ilçelerindeki hangi mahallelerde birinci basamak sağlık tesisi kurulumu için alan ihtiyacı olduğunun da açıklanması yerinde olacaktır.

Söz konusu sağlık tesisleri için “Eşdeğer alan ayrılmaksızın ve imar planı değişikliği yapılmadan” yer tahsisı uygun değildir.

Şehircilik ilkelerine, yerel özerkliğe, halk sağlığına ve demokratik yönetime aykırı bu düzenlemeyi kabul etmemiz mümkün değildir. Sağlık hizmetleri gerekçesiyle şehirlerin, toplumların ve çevresel dengenin feda edilmesini doğru bulmuyoruz. Bu maddenin tekliften çıkarılması gerekmektedir.

MADDE 15- Düzenleme uygun ancak yetersizdir. Bu maddede yer alan “hizmet verilen sağlık alanıyla ilgili sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgiler” kavramının açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Düzenlemede bulunan “insan sağlığını tehlikeye düşüren fiillerde bulunan” özel sağlık kuruluşlarının yalnızca “idari para cezası” ile cezalandırılması caydırıcı bir yaptırım değildir; yinelenmesi halinde ruhsatın iptal edilmesi gerekir.

MADDE 16- 3359 sayılı Kanuna eklenen EK MADDE 20 ile her türlü tıbbi cihazın sahtesini piyasaya arz edenler ile piyasada bulunduran veya hizmete sunanlar hakkında idari para cezası verilmesi hükmüne bağlanmaktadır. Bu maddede söz konusu olan sahte tıbbi cihazların da insan sağlığını tehlikeye düşüren bir eylem olduğu açıktır. Bu nedenle söz konusu şirketlerin “idari para cezası” ile cezalandırılması caydırıcı bir yaptırım değildir; ruhsatın iptal edilmesi gerekir.

MADDE 17- 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenmesi teklif edilen ek 21’inci madde ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun, görev alanına giren ürün ve hizmetlerin denetimine ilişkin mali belgelere erişimi, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanununun 5 inci maddesine uygun olarak sağlanmaktadır.

MADDE 18- 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenmesi teklif edilen ek 22’nci madde ile sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında kullanılan ürün ve hizmetlerin ölçütlerinin belirlenmesi ve denetimi düzenlenmektedir. Ölçütleri belirleme yetkisinin “Sağlık Bakanlığı ile bağlı ve ilgili kuruluşlar” yerine “Sağlık Bakanlığı” olması uygundur. Ayrıca hem ölçütlerin hem de denetimin usul ve esaslarının belirlenmesinde üniversitelerin ve meslek örgütlerinin katılımına açık bir karar verme sürecinin tanımlanması uygun olur.

MADDE 19- Maddeyle, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) ile sermayesinin yarısından fazlası TÜSEB'e ait şirketler tarafından bizzat üretilen mal, hizmet ve danışmanlık hizmetlerinin; sağlık alanında faaliyette bulunan diğer kamu idareleri tarafından doğrudan alınması durumunda bu alımların Kamu İhale Kanunundan istisna tutulması amaçlanmaktadır. Kamu idaresinin Kamu İhale Kanunundan istisna tutulması genel olarak benimsenmemesi gereken bir yaklaşımdır. Sağlık Bakanlığı bu düzenlemeden vaz geçmelidir.

MADDE 20- 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanunun 12nci maddesi optisyenlerin tutmak zorunda oldukları kayıtların usul ve esaslarını belirleme konusunda Sağlık Bakanlığına yetki verilmesini içermektedir.

MADDE 21- 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanunun 15'inci maddesinde yapılması önerilen değişiklikle optisyenlere uygulanan idari cezalar ağırlaştırılıyor. Optisyenlerin yapabileceği uygulamalarla ilgili kuralları düzenleyen Kanunun 6'ncı maddesine aykırı davrananlara Kanunun mevcut halinde 6 bin lira para cezası ve üç ay süreyle mesleğini yapmaktan men cezası verilebiliyor. Önerilen düzenlemeyle 6'ncı maddeye aykırı davrananlara 100 bin lira ile bir milyon lira arasında para cezası verilmesi öngörülüyor. Kanunun mevcut haline göre Kanunun 6,7,8,9,10,11,12 ve 13'üncü maddelerindeki yasakları tekrar edenlere normal idari para cezasının iki katı para cezası veriliyor. Önerilen düzenlemeyle ise söz konusu yasakları beş yıl içinde iki defa ihlal edenlere idari para cezasının iki kat uygulanması öngörülüyor. Ayrıca 6'ncı maddedeki yasakları beş yıl içinde üçüncü defa tekrar edenlere bir yıl meslekten men cezası getiriliyor.

MADDE 22- Getirilen teklifle, Anayasa Mahkemesinin iptal kararına nedeniyle, optisyen-gözlükçüler odaları ve Türk Optisyen-Gözlükçüler Birliğinin kuruluşu, organları, organlarının görev ve yetkileri belirleniyor.

MADDE 23- Getirilen düzenlemeyle optisyen-gözlükçüler odaları üyelerinden meslekle ilgili diğer mevzuatın kendisine yüklediği görevleri yerine getirmeyen, meslek onuruna uymayan eylem ve davranışlarda bulunan veya Genel Kurul kararlarına aykırı hareket eden meslek mensuplarına, fiilin türüne göre “kınama, para cezası ve meslek icrasını durdurma” cezası verilmesi öngörülüyor.

MADDE 24- Kanunun, Türk Optisyen-Gözlükçüler Birliğinin kuruluşuyla ilgili geçiş aşamasını düzenleyen ve Anayasa Mahkemesi tarafından kısmen iptal edilen geçici 4'üncü maddede değişiklik yapılıyor.

Optisyen-gözlükçüler odaları ile Türk Optisyen-Gözlükçüler Birliğinin kuruluş, görev ve yetkileri bu teklifle düzenlendiği için, artık uygulanma olanağı kalmayan hükümler yürürlükten kaldırılıyor.

MADDE 25- Kanun teklifinin 25. maddesiyle, Sağlık Bakanlığı tarafından verilecek ruhsat, izin, sertifika, permi ve benzeri düzenleyici belgelerin yalnızca belirli tarifelerle ücretlendirilmesi değil, kimi lisansların açık artırma yöntemiyle verilmesi hükmüne bağlanmaktadır. Bu düzenleme; kamu hizmetlerinde eşitlik, sağlık hakkına erişim, sosyal adalet ve kamu yönetiminin tarafsızlığı gibi temel anayasal ilkeleri doğrudan zedeleyen bir içeriğe sahiptir.

Anayasa'nın 56. maddesi açıkça devlete, bireyin ve toplumun sağlığını koruma yükümlülüğü yüklemektedir. Bu yükümlülüğün doğası gereği sağlık hizmetleri, ticari bir meta değil,

kamusal bir hak olarak sunulmalıdır. Ancak söz konusu maddeyle, sağlık hizmeti sunma yetkisi parasal karşılıkla ve hatta rekabetçi bir piyasa aracı olan açık artırma yöntemiyle devredilebilecektir. Bu, sağlık hizmetlerinin doğrudan metalaştırılması ve ticarileştirilmesi anlamına gelmektedir.

Ruhsatlandırma, kamu gücünün düzenleyici ve denetleyici niteliğini temsil eder. Bu yetkinin ekonomik rekabete ve piyasadaki ödeme gücüne göre dağıtılması, kamu yönetiminde liyakat ve objektiflik ilkelerini ortadan kaldıracaktır. Özellikle kırsal bölgelerde, ekonomik cazibesi düşük yerlerde hizmet sunmak isteyen küçük ve orta ölçekli sağlık kuruluşları, açık artırma mekanizması içerisinde büyük sermaye grupları karşısında rekabet edemeyecektir. Bu da bölgesel eşitsizliği artıracak, temel sağlık hizmetlerine erişimde sınıfsal ve coğrafi ayrımlar yaratacaktır.

Ayrıca bu düzenleme, hizmet sunumunun ticari getirisine göre belirlenmesi gibi son derece tehlikeli bir önceliklendirme modelini getirmektedir. Yani artık bir sağlık kuruluşunun açılacağı yer, halk sağlığı ihtiyacına göre değil, lisansın fiyatına göre belirlenecektir. Bu da kamu sağlık politikalarının planlama temelli, bilimsel ve toplumcu niteliklerinin altını oycaktır.

İdari ve anayasal boyutta ise, bu uygulama 2. maddede tanımlanan “sosyal hukuk devleti” ilkesine, kamu hizmetlerinde tarafsızlık ve eşitlik esasına açıkça aykırıdır.

Sağlık Bakanlığı gibi düzenleyici otoritelerin asli fonksiyonu kamu sağlığını korumak ve eşitlikçi hizmet sunumunu planlamaktır; lisansları en yüksek bedeli ödeyene vermek bu misyonla çelişmektedir. Üstelik açık artırma yöntemi, idari işlem teorisine ve idare hukukunda öngörülen “kamu yararına öncelik” ilkesine de aykırıdır. Bu işlem biçimi, kamu hizmetinin “rant” karşılığı özel sektöre devridir.

Siyasi açıdan da bu madde, iktidarın kamu hizmetlerini ticarileştirme yönündeki uzun süredir devam eden yaklaşımının bir başka örneğidir. Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi, şehir hastanelerinin borçlandırma temelli modellerle kurulması ve sağlık çalışanlarının güvencesizleştirilmesi gibi süreçlerin ardından, şimdi de hizmet sunma yetkisinin sermaye yarışına açılması, Türkiye’de sağlık sisteminin sosyal değil, ticari yapıya dönüştürüldüğünü göstermektedir.

Sosyal etkileri bakımından da bu maddenin halk nezdinde doğuracağı güvensizlik önemlidir. Vatandaşların sağlık hizmetine güvenle erişebileceği bir sistem yerine, hangi şirketin ne kadara hizmet yetkisi aldığına dayalı bir model hem hasta haklarını zedeleyecek hem de halk ile sağlık kurumu arasındaki ilişkiyi ekonomik temelde yeniden şekillendirecektir.

Kamusal hizmetlerin satışa çıkarılmasını, halkın sağlığına dair yetkilerin açık artırmaya konu edilmesini ve sosyal devletten piyasa devletine geçişi temsil eden bu düzenlemeyi kabul etmemiz mümkün değildir. Ruhsatlandırma kamusal bir tasarruftur; planlama esaslı, toplum yararına dayalı ve eşitlikçi ilkelere göre yürütülmelidir. Bu madde teklif metninden çıkarılmalı, sağlık ticaretin konusu olmamalı, sağlık hakkı anayasal güvencenin konusu olmalıdır.

2002’den bu yana iktidarda olan AKP’nin yıllar içerisinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne sunmak üzere hazırladığı kanun teklifleri ülkemizin ve vatandaşlarımızın ihtiyaçlarını

katılımcı bir şekilde çözüme kavuşturmaktan ziyade anayasal ve demokratik süreçleri takip etmeden “torba kanun” şeklinde hazırlanmaktadır.

Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı KHK’de Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifinde de benzer sorunlar görülmektedir. Son yıllarda özellikle özel hastane ruhsatlarının tekelleşmesi, küçük şehirlerdeki hastane ihtiyaçlarına yanıt veremeyen bir sistem yaratılması, ruhsatların oldukça büyük bütçelerle el değiştirmesi sorununa çözüm üretilmediği görülmüştür.

Kanun teklifinin 25. maddesiyle, sağlık alanında Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ruhsat, izin, sertifika ve benzeri düzenleyici belgelerin yalnızca sabit tarifelerle ücretlendirilmesi uygulamasından vazgeçilerek, bu belgelerin bir kısmının açık artırma yoluyla verilmesinin önü açılmaktadır. Bu düzenleme, yalnızca teknik veya ikincil bir idari işlem değil; sağlık hizmetlerinin felsefesine, kamu hizmetinin doğasına ve Anayasa’nın temel ilkelerine yönelik ciddi bir kısılmayı temsil etmektedir.

Bu madde ile sağlık hizmeti sunumu halk sağlığına dayalı planlama, eşitlik ve kamusal hizmet ilkelerinden bütünüyle uzaklaştırılarak, ekonomik güç ve rekabet esasına dayalı bir piyasaya teslim edilmektedir. Sağlık lisanslarının açık artırma ile verilmesi, kısa ve net olarak; bir kamu hizmetinin “en yüksek bedeli ödeyene” devredilmesidir. Oysa ki sağlık hizmetleri, bir meta değil, bir haktır. Bu hak, Anayasa’nın 56. maddesinde açıkça güvence altına alınmıştır: “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla yükümlüdür.” Oysa getirilen bu düzenlemeyle, sağlık hizmeti sunma hakkı, bireysel sağlık ihtiyacına değil, piyasa gücüne göre şekillenecektir. Yani bir sağlık kuruluşunun nerede ve ne şekilde kurulacağı artık halk sağlığına, bölgesel ihtiyaca veya bilimsel planlamaya göre değil; o ruhsat için kim ne kadar bedel ödeyebiliyorsa ve yeni ruhsat sahibinin kar odaklı anlayışı ne getiriyorsa ona göre belirlenecektir. Bu da sağlık sisteminin ticarileşmesi sürecinde yeni ve tehlikeli bir eşiği ifade etmektedir.

Türkiye’de son yıllarda kamu ihalelerinde yaşanan şiddet, tehdit ve cebire dayalı girişimler ciddi bir güvenlik ve adalet problemi haline gelmiştir. Özellikle kamu hizmetleriyle ilgili büyük ölçekli ihalelerde, şirketler arası rekabetin mafyatik yöntemlere dönüştüğü örnekler basına sıkça yansımaktadır. Birçok ilde inşaat, hastane, temizlik, güvenlik ve ulaşım ihalelerinde firma yetkililerine yönelik fiziksel saldırı, tehdit ve şantaj gibi eylemler gerçekleşmiş; bazı ihaleler kamu güvenliği sağlanamadığı gerekçesiyle iptal edilmek zorunda kalmıştır. Bu durum, açık artırma benzeri rekabetçi modellerin sağlık gibi stratejik kamu hizmetlerinde neden olabileceği sosyal ve kriminal riskleri açıkça ortaya koymaktadır.

Bunun yanı sıra, son yıllarda çok sayıda kamu ihalesinde usulsüzlük, fiyat şişirmesi ve belirli kişi ya da şirketlere rant sağlanması gibi uygulamalar yargıya taşınmıştır. Sayıştay raporlarında da sıkça vurgulanan bu sistematik sorunlar, ihalelerin “en yüksek bedeli ödeyenin” değil, “önceden belirlenmiş çıkar gruplarının” kazandığı göstermelik süreçlere dönüştüğünü gözler önüne sermektedir. Bu koşullar altında sağlık hizmeti sunma yetkisinin açık artırma yoluyla verilmesi hem sağlık hakkı hem hizmet kalitesi hem de toplumsal adalet açısından son derece riskli bir adım olacaktır.

1. Kamu Hizmetinin Niteliğine Aykırılık

Ruhsatlandırma işlemleri kamu gücünün doğrudan uzantısıdır. Bu yetkinin açık artırmaya konu edilmesi, kamu yönetiminde tarafsızlık, eşitlik, liyakat ve kamu yararı ilkeleriyle açık bir çelişki içindedir. Kamu hizmeti; ödeme gücüne göre değil, ihtiyaca ve planlamaya göre sunulmalıdır. Aksi halde kamu hizmeti kavramı içi boş bir etikete dönüşür. Özellikle sağlık gibi temel haklarla doğrudan ilişkili hizmetlerde, bu türden piyasa esaslı yöntemler sosyal devleti doğrudan zayıflatmaktadır.

2. Bölgesel Eşitsizliklerin Derinleşmesi

Açık artırma sistemi, yalnızca büyük sermaye gruplarının erişebileceği bir rekabet ortamı yaratacaktır. Özellikle kırsal bölgelerde ya da düşük gelirli mahallelerde sağlık hizmeti sunmak isteyen doktorların ya da büyük sermayesi olmayan girişimcilerin ruhsat alması neredeyse imkânsız hale gelecektir. Bu da Türkiye'nin zaten çözüm bekleyen bölgesel sağlık eşitsizliklerini derinleştirecek, düşük gelirli vatandaşların kaliteli sağlık hizmetine erişimini daha da zorlaştıracaktır.

3. Halk Sağlığı ve Planlamaya Ters Bir Model

Sağlık hizmetlerinin hangi bölgede, hangi düzeyde ve hangi uzmanlıkta sunulacağı, Sağlık Bakanlığı'nın bilimsel planlamalarına dayanmalı; toplumun ihtiyaçlarına, demografik verilere, hastalık yüküne ve uzmanlık dağılımına göre şekillenmelidir. Ancak lisansların ekonomik değer üzerinden dağıtılması, bu bilimsel planlama geleneğini bozar. Örneğin, ruhsatın yüksek bedelle satılabildiği kârlı bölgelerde hizmet yoğunlaşırken, ihtiyaç sahibi bölgeler hizmetten mahrum kalacaktır.

4. Anayasal İlkelerle Çelişki

Bu madde, Anayasa'nın 2. maddesinde tanımlanan “sosyal hukuk devleti” ilkesine açıkça aykırıdır. Sosyal devlet, kamu hizmetlerini toplumun tamamına, özellikle de kırılgan gruplara eşit erişimle sunmak zorundadır. Ayrıca idari işlemlerin temel ilkelerinden olan “kamu yararı” ve “idarenin objektifliği” ilkeleri, açık artırma gibi rekabetçi ve ticarileşmiş yöntemlerle ciddi şekilde aşınmaktadır.

5. Kamusal Denetimin Zayıflatılması

Sağlık hizmeti sunma yetkisinin ekonomik temelli açık artırmalarla devredilmesi, kamu otoritesinin düzenleyici ve denetleyici gücünü özel sektöre teslim etmesi anlamına gelir. Bu da sağlık sisteminde şeffaflık, hesap verebilirlik ve kamu denetimini zaafa uğratar. Ayrıca bu tür uygulamalar, siyasi ve ekonomik çıkar gruplarının sağlık sistemi üzerindeki etkisini artırarak, sağlıkta çeteleşme ya da bölgesel tekelleşme gibi riskleri de beraberinde getirir.

6. Toplumsal Güvensizlik ve Hasta Hakları

Vatandaşların sağlık sistemine olan güveni, sağlık kuruluşlarının kamusal ilkelere uygun biçimde hizmet sunduğu inancına dayanır. Ancak lisansların “kim daha çok öderse o alır” anlayışıyla verilmesi, hasta ile sağlık kurumu arasındaki ilişkiyi bir hak temelli sistemden çıkarıp, piyasa temelli bir ilişkiye dönüştürecektir. Bu da özellikle düşük gelirli yurttaşlar için sistematik bir dışlanma ve güvensizlik duygusu yaratacaktır.

Kanun teklifinin 25. maddesi, sağlık hizmetlerinin doğasına, Anayasa'nın temel ilkelerine, kamu yönetimi etiğine ve sosyal devlet anlayışına aykırıdır. Bu maddeyle getirilen düzenleme, halk sağlığını planlama esasından koparır, hizmet sunma yetkisini ekonomik güçle ilişkilendirmektedir. Bu yaklaşım yalnızca teknik bir düzenleme değil; uzun vadede Türkiye'nin sağlık sistemini piyasa mantığına teslim edecek yapısal bir dönüşümün parçasıdır. Bu nedenle söz konusu madde teklif metninden çıkarılmalı, ruhsatlandırma süreçleri kamusal planlama, eşitlik ve kamu yararı ilkelerine uygun şekilde yeniden ele alınmalıdır.

MADDE 26- Madde ile 663 sayılı KHK'ya ek bir madde eklenerek sözleşmeli sağlık personelinin disiplin işlemleri düzenlenmektedir. Madde ile sözleşmeli olarak istihdam edilen personelin işlemleri olduğu disipline aykırı fiil ve hallerde 657 sayılı Kanunun hükümleri uygulanacağı düzenlenmekte ve Kademe ilerlemesinin durdurulması cezasının uygulanmasında devlet memurluğundan geçmeyen sözleşmeli personel için bunun ücret kesme brüt ücretin (1/6-1/4) arası kesinti yapılması şeklinde uygulanacağı düzenlenmektedir.

Anayasanın 38. Maddesi ile 128. Maddesi gereğince cezaların kanuniliği ilkesi doğrultusunda Bir kanun hükmünün, muhataplarının hangi eylemin disiplin suçu teşkil ettiğinin ve bu eyleme bağlanan yaptırımın ne olduğunun, belli bir açıklık ve kesinlikte öngörebilmelerine imkân verecek şekilde kaleme alınmış olması, kanunilik ilkesinin sağlanması bakımından gereklidir. Ülkemizde kamu görevlileri için öngörülen disiplin suç ve cezaları, 657 sayılı Kanuna tâbi görevliler için Kanun'un 125. maddesinde; 657 sayılı Kanun'a tâbi olmayan yargı organı, üniversite ve silahlı kuvvetler mensupları gibi ayrı personel kanunları bulunanlar için, kendi personel kanunları ve ilgili yönetmeliklerde; 657 sayılı Kanun' a tâbi olmakla birlikte, özel disiplin mevzuatı bulunan görevliler içinse bu mevzuatta düzenlenmiştir. Dolayısıyla farklı statüde olan kamu görevlileri açısından bunların eylem ve davranışlarına yönelik uygulanacak disiplin cezalarının da açık bir biçimde ilgili kanunlarında düzenlenmesi gerekir.

Statü açısından devlet memuru olmayan sözleşmeli olarak istihdam edilen sözleşmeli sağlık personelinin eylemlerine ilişkin disiplin hukukunun da bu çerçevede özel olarak belirlenmesi gerekir. Ancak getirilen düzenleme ile Sağlık Bakanlığı bünyesindeki devlet memurlarına uygulanan 657 sayılı Kanun hükümlerinin doğrudan bunlara uygulanmasına yönelik düzenleme, kanunilik ilkesini zedeleyici bir düzenlemedir.

MADDE 27- Maddeyle, Sağlık Bakanlığı teşkilatında sözleşmeli personel pozisyonuna bağlı olarak istihdam edilen uzman personelin, ilçe nüfusu yüz binin üzerindeki ilçe sağlık müdürlüklerinde de görevlendirilebilmesi amaçlanmaktadır.

GEÇİCİ MADDE 1- Kanunu teklifinin Geçici 1'inci maddesi ile; 15 Mart 2025 tarihinden önce İlaç Takip Sistemi (İTS)'ne yapılan bildirimlerdeki fiilî stok uyumsuzluklarının giderilmesi ve bu süreçte ilgili idari yaptırımların uygulanmaması öngörülmektedir. Madde genel itibarıyla teknik bir sorun çözümüne yönelik gibi görünse de uygulamada adalet, şeffaflık ve öngörülebilirlik ilkeleri açısından bazı önemli eksiklikler ve riskler barındırmaktadır. Bu çerçevede;

1. Geriye Dönük Tarihin Sabitlenmesi Anlamsız ve Yetersizdir

Madde, 15 Mart 2025 tarihini esas almakta ve bu tarihten önceki bildirimler üzerinden fiilî stok eşleştirmesine imkân tanımaktadır. Ancak bu tarihin belirlenme şekli idari kolaylık ve

suistimal endişeleriyle gerekçelendirilmektedir. Bu yaklaşım, Hukuki belirlilik ilkesine aykırıdır. Teknik olarak İTS sisteminin arızaları, yazılımsal hatalar ve entegrasyon sorunları gibi geçmişe dönük çok sayıda aksaklığı dikkate almamaktadır. Stok kaydı uyumsuzluklarının çok daha geriye dayandığı durumları dışladığı için eczanelerin eşitlik ilkesine aykırı şekilde mağdur olmasına neden olacaktır. Bu nedenle, düzenlemenin kanunun yayım tarihi esas alınarak uygulanması hem daha adil hem daha işlevsel olacaktır.

2. İTS'deki Sistemsel Arızalar ve Uyuşmazlıklar Görmezden Gelinemez

Bugüne kadar; İlaç Takip Sistemi'nde yaşanan kesintiler, veri akışında yaşanan duraksamalar ve entegrasyon sorunları nedeniyle, eczacılık yazılımlarında otomatik bildirim hataları oluşmuş, İTS kayıtları ile eczane fiili stokları arasında yaygın uyumsuzluklar doğmuştur. Bu uyumsuzluklar eczacılardan kaynaklı değil, kamu idaresinin teknik yetersizliğinden kaynaklanan bir sonuçtur. Dolayısıyla eczanelere dönük yaptırım tehdidinin bu geçici madde kapsamında tamamen kaldırılması gereklidir.

3. Kontrole Tabi İlaçlarda Kapsam Genişletilmelidir

Madde kapsamı dışına çıkarılan “kontrole tabi ilaçlar” listesi; sadece uyuşturucu ve psikotrop maddeler değil, yaygın olarak kullanılan grip ilaçları ve öksürük şurupları gibi ürünleri de kapsamaktadır. Bu ilaçlar:

- Eczanelerde günlük olarak yüksek hacimde işlem görmektedir.
- Sisteme bildirimlerinde geçmişte teknik aksaklıklar yaşanmıştır.
- Bu nedenle bir sefere mahsus olmak üzere, bu gruptaki ilaçların da kapsam içine alınması hem kayıt sisteminde bütünlük sağlayacak hem de eczacıların mağduriyetini önleyecektir.

4. Stoktan Düşülen Ürünlerde Vergi Mağduriyeti Doğmamalıdır

Stoktan düşülen ürünler ile ticari kayıtlar arasında doğabilecek uyumsuzluklar, eczaneler açısından vergi denetimlerinde ciddi sıkıntılar yaratacaktır. Bu nedenle;

- Geçici maddeye açıkça vergi muafiyeti düzenlemesi eklenmelidir.
- Sadece İTS uyumsuzluğu nedeniyle gelir vergisi veya KDV yönünden cezai yaptırımlara maruz kalınmasının önüne geçilmelidir.
- Komisyon aşamasında önerge ile de sunduğumuz gibi, bir defaya mahsus olmak üzere bu işlemlere yönelik vergi muafiyetinin düzenlenmesi, hem kamu maliyesi açısından düşük risk taşımakta hem de sağlık hizmet zincirinin ilk halkasını oluşturan eczaneler için yaşamsal önemdedir.

Sonuç olarak; Geçici Madde 1; eczacılık mesleğinin icra edildiği zemindeki teknik ve hukuki gerçeklikleri tam anlamıyla yansıtmamaktadır. Yukarıda sıralanan gerekçelerle maddenin;

- Geriye dönük tarih sınırlamasının kaldırılması,
- Kapsam dışı bırakılan kontrole tabi ilaçların madde kapsamına alınması,
- Vergi yönünden muafiyet hükmünün açıkça düzenlenmesi gerekmektedir.

Bu değişiklikler yapılmaksızın yürürlüğe girmesi halinde; eczacıların iyi niyetli çabaları cezalandırılacak, mesleki uygulamalarda ise yeni idari ve mali mağduriyetler doğacaktır. Bu

kapsamda uyumsuzlukların giderilmesi hâlinde, ilgili kanunlarda belirtilen yaptırımlar uygulanmayacaktır.

MADDE 27- Yürürlük maddesidir.

MADDE 28- Yürütme maddesidir.

Bu kanun teklifinde yer alan düzenlemeler yurttaşların sağlık alanındaki sorunlarını çözmekten ve ihtiyaçlarını karşılamaktan uzaktır.

Kanun teklifinde bazı olumlu düzenlemeler bulunmakla birlikte, genel olarak, toplumun sağlık sorunlarına çözüm getirmekten uzak, sağlığın bir sermaye birikim alanı olarak piyasalaşmasını ve özel sektörün kar maksimizasyonunu teşvik eden, bazı maddeleriyle toplum sağlığı risklerini artıran ve ülkemizdeki temel sağlık sorunlarını görmezden gelen bir düzenleme olduğu görülmektedir.

Gerek teklifin geneli gerekse de maddeleri üzerinde yaptığımız değerlendirmelerde açıkladığımız gibi; sağlık alanında çeşitli düzenlemeler getiren bu kanun teklifini yurttaşların yararına olmadığı için reddediyoruz.

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

Kayıhan Pala

Bursa

Serkan Sarı

Balıkesir

Aylin Yaman

Ankara

Mühip Kanko

Kocaeli

Ali Karaoba

Uşak

Selma Aliye Kavaf

Manisa

MUHALEFET ŞERHİ

GENEL DEĞERLENDİRME

Sağlık, sadece tedaviye erişimi değil, yaşam hakkını, toplumsal eşitliği ve kamusal adaleti doğrudan etkileyen temel bir insan hakkıdır ve bu hakkın güvencesi, sosyal devletin asli görevlerinden biri olan kamusal sağlık sistemidir. Ancak Türkiye’de yirmi yılı aşkın süredir uygulanan sağlık politikaları, bu kamusal anlayışı sistematik olarak tasfiye etmiş; sağlık sistemini piyasa koşullarına, özel sektörün kar odaklı mantığına ve kısa vadeli siyasi hedeflere göre biçimlendirmiştir. Zira sağlık, yalnızca bireysel bir durum olmaktan çok, toplumun en geniş kesimlerinin sağlığını ve ihtiyaçlarını merkeze alması gereken toplumsal bir olgudur; sağlıklı olma halini belirleyen tüm nedenler ve etmenlerle birlikte ele alınmalı, altında yatan toplumsal, siyasal, ekonomik, ekolojik, kültürel ve eril tahakküm gibi nedenler göz ardı edilmeden, fiziksel, bedensel ve sosyal iyilik halinin eşitlik, özgürlük ve demokrasiyle doğrudan ilişkili olduğu unutulmamalıdır. 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm” politikalarıyla birlikte sağlık hizmeti, hak temelli bir anlayıştan uzaklaştırılarak hizmet sunumu ve altyapı planlaması başta olmak üzere neredeyse tüm sağlık sisteminin işleyişi, ticari akıl doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Bu yaklaşım, yalnızca hizmetin organizasyonunu değil, aynı zamanda sistemin felsefesini, önceliklerini ve değer temelini de dönüştürmüştür. Sağlık, artık kamu tarafından yürütülmesi gereken bir hizmet değil, yatırım yapılacak, kar elde edilecek bir sektör olarak tanımlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri yapısal olarak değişmiş, koruyucu sağlık hizmetlerinin kamusal ve bütüncül niteliği zayıflamıştır. Bu süreçte, birinci basamak hizmetleri bireysel performansa dayalı, sözleşmeli aile hekimliği modeline devredilmiş, böylece ekip temelli çalışmadan uzaklaşılarak hizmet sunumu parçalanmıştır. Aile hekimliklerinde yaşanan personel eksikliği, artan bürokratik yük, güvencesiz çalışma koşulları ve performans baskısı, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelik olmaktan çıkmasına yol açmıştır. Aşılama, gebe-bebek izlemleri ve kronik hastalık takibi gibi temel görevler yeterince sürdürülemez hale gelirken, kamusal sağlık anlayışı yerini bireysel sorumluluk vurgusuna bırakmıştır. Bu dönüşüm, toplum sağlığını tehdit eden yapısal bir gerilemeye işaret ederken, sağlık sisteminin odağı korumaktan çok hastalıkları tedavi etmeye kaymıştır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sistemli biçimde zayıflatılmasıyla eş zamanlı yürürlüğe konan şehir hastaneleri modeli, sağlık hizmetinin yerinden, ulaşılabilir ve bütüncül sunumunu kesintiye uğratmıştır. Ulaşımı zor, kent merkezlerinden kopuk bu dev yapılar; büyük binalar, büyük odalar ve büyük bütçelerle inşa edilmesine rağmen, içinde parçalanmış, etkisizleştirilmiş sağlık emekçileriyle nitelikli hizmet üretmekten uzaklaşmıştır. Yılların birikimiyle hizmet sunan ekiplerin bu merkezlere taşınması, halkın sağlık hizmetine erişimini zorlaştırmakla kalmayarak; ekip temelli, sürekli ve koruyucu hizmet anlayışını da dağıtmıştır. Üstelik bu modelin temelinde yer alan kamu-özel iş birliği uygulamalarıyla, kamusal olması gereken sağlık hizmetleri çok büyük kaynaklarla özel sermayeye devredilmiştir. Böylece halk sağlığı için ayrılması gereken bütçeler, yüksek kira ve hizmet bedelleri üzerinden uzun vadeli borç yüklerine dönüşmekte; bu dönüşüm, sağlık sistemini korumaktan çok şifaya, kamudan çok piyasaya, bütünlükten çok gösteriye odaklayan yapısal bir kırılmaya sebep olmaktadır.

Bu süreçte sağlık sistemi, emek-sermaye çelişkisi bağlamında yeniden yapılandırılmış, kamu sağlık hizmetleri özel sektör mantığına göre dizayn edilmiştir. Devlet, yurttaşlarına hizmet götüren bir kamusal yapı olmaktan çıkarılıp sermaye birikimini destekleyen bir aygıt hâline getirilmiştir. Böylece sağlık alanı, doğrudan sermayenin yeniden üretim alanlarından biri haline gelmiştir. Hekimden hemşireye, hasta bakıcıdan teknisyene tüm sağlık emekçileri, üretim bantlarında çalışan işçiler gibi denetlenen, performans kısı kacına alınan, angarya çalışma biçimlerine mahkûm edilen bir iş gücüne dönüştürülmüştür.

Bu politikaların en çarpıcı sonuçlarından ve bugün sistemin tamamen tıkanmasına sebep olan, sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısındaki keskin artıştır. 2002’de kişi başına yıllık hekime başvuru 3 civarındayken bugün bu sayı 9’u aşmıştır. Ancak bu artış, sistemin etkinliğini değil, “kışkırtılmış sağlık talebi” olarak tanımlanan yapay bir tüketim modelinin yaratıldığını göstermektedir. Bu talep, performansa dayalı ödeme, kısa süreli muayene, gereksiz tetkik-reçete artışı, hasta memnuniyeti skorlarına dayalı değerlendirme gibi yapılarla beslenmektedir. Yurttaşlar sağlık sisteminde hak sahibi değil, müşteri olarak konumlandırılmış; sağlık, tüketilecek bir hizmete dönüştürülmüştür. Yurttaşlarımız, sağaltan değil hasta eden bir sağlık sistemine mahkûm edildi. Sağlık hakkı, giderek piyasa kurallarına indirgenmiş; yurttaşların sağlıkla kurduğu ilişki, reklamlar, skorlar ve uygulamalar üzerinden yönlendirilen bir tüketici davranışına evrilmiştir.

Bugün kamu hastaneleri, adeta özel şirket gibi yönetilmekte; hastadan “müşteri”, hekimden “verimlilik makinesi” yaratılmaya çalışılmaktadır. Muayene sürelerinin 5 dakikaya indirildiği, tetkik sayısının tıbbi gereklilikten çok performans puanı için artırıldığı bu düzende sağlık hizmeti, nitelikten yoksun, mekanik bir işlem haline getirilmiştir. Hekimlik, artık sayı ve skor üretmeye indirgenmiştir. Performansa dayalı ücretlendirme, taşeronlaşma, sözleşmeli çalışma gibi uygulamalar, sağlık emekçisini piyasanın acımasız kurallarına terk etmiş; mesleki özerklikleri yok edilmiştir.

Korunmayan ve Muayene Edilemeyen Halk, Susturulan Hekim ve Sağlık Emekçileri: Çöken Bir Sağlık Sistemi

Sağlık sisteminde yaşanan yapısal sorunlar, derin bir kriz halini almıştır. Yurttaşlar en temel sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorlanmaktadır; hastanelerde randevu bulmak günler, hatta haftalar sürebilmekte; kimi branşlarda aylarca randevu bulunamamakta, sağlık hakkı fiilen ortadan kaldırılmaktadır. Birinci basamak hizmetlerin zayıflatılması ve koruyucu yaklaşımın geri plana itilmesi ise hem maliyeti artırmış hem sistemi işlevsizleştirmiştir. Kişi başına başvuru sayısının artması tanı sürelerinin kısılmasına, hasta başına düşen zamanın azalmasına, tıbbi hata risklerinin ve sağlık emekçileri üzerindeki baskının artmasına neden olmuştur. Bu tablo, sağlıkta şiddet olaylarının artışıyla birleşerek çalışma barışını bozan bir krize de dönüşmüştür. Ayrıca bu yapay talep, kamu bütçesini ve bireysel harcamaları artırmış; buna rağmen toplumun genel sağlık düzeyinde anlamlı bir iyileşme sağlanamamıştır. Koruyucu hizmetlerin ihmal edilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlığını artırmıştır. Oysa gerçek bir iyileşme, hizmet tüketimini artırmakla değil, başvuru sayılarını düşüren sağlıklı yaşam koşullarını yaratmakla mümkündür.

Kamu hastanelerindeki kapasite sorunu ve hekim açığı nedeniyle acil servisler olağanüstü bir yük altına girmiş, bu durum da sağlık hizmetinin niteliğini ve hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemiştir. Merkeze uzak bölgelerde ise bu problem daha da derinleşmekte ve birçok tıbbi branşta uzman hekim bulunmamaktadır. Basına yansıyan Şırnak’ta çocuk immünoloji uzmanının yalnızca bir ay görev yapıp ardından bölgeyi terk etmesi bu krizin çarpıcı bir

örneğidir. Bir diğer güncel ve can yakıcı örnek ise 2024 yılında Beytüşşebap'ta doğum için hastaneye başvuran Dilan Durmuş'un kadın doğum uzmanı olmamasından kaynaklı, hayatını kaybetmesi, uzman eksikliğinin doğrudan yaşam hakkını tehdit eden boyutunu gözler önüne sermiştir. Ayrıca bu ve benzeri durumlarda çevre illerde uygun boş yatak bulmanın da çok zor olduğunu belirtmek gerekir. Yalnızca immünoloji ya da kadın doğum değil; onkoloji, psikiyatri gibi pek çok alanda da uzman yoksunluğu kronikleşmiş durumdadır. Bu tablo, yurttaşların tedavi için şehirlerarası yolculuk yapmak zorunda kalmasına, tanı ve tedavi süreçlerinin gecikmesine ve sağlık hizmetinin niteliğinin ciddi biçimde düşmesine neden olmaktadır. Bölgesel eşitsizliklerin giderek derinleştiği bu yapı içinde sağlık hakkı, anayasal bir hak olmaktan çıkarak mekansal ve sınıfsal bir ayrıcalığa dönüşmektedir.

Sağlık emekçileri açısından da sistem sürdürülemez hale gelmiştir. Performansa dayalı ücretlendirme sistemleri, hekimleri ve sağlık çalışanlarını nitelikten çok niceliğe zorlamakta; bilimsel karar alma süreçlerini hasta memnuniyet skorlarına ve işlem sayısına indirgemektedir. Uzun nöbetler, güvencesiz istihdam biçimleri, artan iş yükü ve şiddet riski sağlık emekçileri üzerinde ciddi fiziksel ve psikolojik baskı yaratmaktadır. Genç hekimlerin yurtdışına göçü, sistemin insan kaynağını kaybetmesine ve bilgi birikiminin yurt dışına aktarılmasına neden olmaktadır. Son yıllarda on binlerce sağlık çalışanının yurt dışına çıkmak üzere resmi belge talep etmesi, bu kitlesel tükenişin açık göstergesidir. Bu yapay talep yalnızca hizmet alanları değil, sunanları da olumsuz etkilemektedir.

Üniversite hastaneleri ise maddi imkânsızlıklar nedeniyle işlevsizleşmiş, tıp fakültelerinde altyapı ve akademik kadro eksiklikleri artmıştır. Bu durum hem hizmet kalitesini hem de sağlık emekçilerinin yetişmesini olumsuz etkilemektedir.

İlaç ve eczacılık alanındaki sorunlar da bu tabloya dahildir. Son yıllarda yaşanan ilaç tedarik krizleri, fiyatlandırma politikalarının keyfiligi, yerli üretimin zayıflığı ve yurttaşların birçok hayati ilaca erişememesi, sağlık hizmetinin yalnızca sunum değil, içerik açısından da aksadığını göstermektedir. Eczaneler ekonomik baskı altına alınmış, mesleki özerklik zedelenmiş ve kamusal eczacılık anlayışı neredeyse tamamen terk edilmiştir. İlacın piyasalaşması, halk sağlığını doğrudan tehdit eden bir boyuta ulaşmıştır.

Sağlık Bakanlığınca, tüm bu problemlere dair hazırlanan soru önergelerine yanıt verilmemesi, istatistiklerin geç açıklanması, verilerin gizlenmesi ve denetim mekanizmalarının etkisizliği, kamu yönetiminde hesap verebilirliğin zayıfladığını göstermektedir. Kamuya ait kurumların özel sektör çıkarlarına göre dönüştürülmesi bu yapının başka bir boyutudur. Sağlık alanında özerk ve bilimsel olduğu iddia edilen bazı yapılar, gerçekte demokratik denetimden uzak, siyasi müdahalelere açık bir işleyişe sahiptir. Bu kurumlar aracılığıyla kamu kaynakları şeffaflıktan uzak şekilde özel sektörle iş birliği adı altında şirketlere aktarılmakta; aşı ve ilaç gibi kritik stratejik alanlarda kamusal üretim yerini ticarileşmiş projelere bırakmaktadır.

Sağlık sisteminin bu noktaya gelmesinde yalnızca uygulanan politikaların değil, aynı zamanda karar alma süreçlerinin de demokratik ve katılımcı olmaması belirleyici olmuştur. Sağlık alanında çalışan meslek örgütleri ve sendikalar, yıllardır sistemin bu biçimiyle sürdürülemez olduğunu ifade etmiş; özellikle kamusal hizmet anlayışından uzaklaşmanın, koruyucu sağlık hizmetlerinin geriletilmesinin, sağlık çalışanlarının güvencesizliğe mahkûm edilmesinin ve hizmetin niteliğinin düşürülmesinin büyük bir kriz yaratacağına dikkat çekmiştir. Ancak bu uyarılar sistematik biçimde görmezden gelinmiş, sağlık politikaları siyasi iktidarın dar kadrolarının ve danışmanlık firmalarının insafına bırakılmıştır.

Anadilinde Sağlık Hizmetleri, E-Devletle Onam, Eşitsizliğin Derinleştirilmesi

Türkiye'deki sağlık sistemi, mevcut politikalarla derinleşen bölgesel eşitsizlikler ve anadilde anamnez alamama gibi ciddi sorunlarla mücadele etmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıklar, özellikle Kürt yurttaşların yoğunlukta yaşadığı coğrafi ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde sağlık hakkını kısıtlamaktadır. Bu durum, sağlık sisteminin toplumsal bir olgu olduğu ve eşitlik, özgürlük ve demokrasiyle yakından ilişkili olduğu ilkesine tamamen ters düşmektedir. Anadilde anamnez alamamak, hekim-hasta iletişimini temelden sekteye uğratan ve nitelikli bir sağlık hizmeti sunumunun önündeki en büyük engellerden biridir. Hastanın kendi dilinde kendini ifade edememesi, şikayetlerini ve tıbbi geçmişini doğru aktaramamasına, dolayısıyla doğru tanı ve tedaviye ulaşılamamasına yol açmaktadır. Bu durum, özellikle anadili Türkçe olmayan vatandaşlar için hem sağlık hizmetlerine erişimde ek bir bariyer oluşturuyor hem de hekimlerin klinik kararlarını hastanın gereksinimine göre değil, eksik ya da yanlış bilgiye dayanarak almasına neden oluyor. Performansa dayalı ücretlendirme ve kısalan muayene süreleri gibi uygulamalar da bu iletişim sorununu daha da derinleştirerek, hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisini zedeliyor ve her ikisini de sağlık hizmetlerinin nesnesine dönüştürmektedir. Sonuç olarak, bu türden eşitsizlikler ve iletişim engelleri, kamusal sağlık hizmetlerinin metalaşmasına ve toplumsal fayda yerine kar odaklı bir sisteme dönüşmesine zemin hazırlamaktadır. Mevcut politikalarla hem Türkçe bilmeyen hem de dijital okur yazar olmayan yurttaşlar açısından daha da derinleşmiş bir eşitsizlik yaratmaktadır.

Dijitalleşme sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, hızlı ve etkili sunumu açısından büyük olanaklar taşıyor. e-Devlet ve e-Nabız gibi sistemler, sağlık geçmişine ulaşma, randevu alma, test sonuçlarını izleme gibi işlemleri kolaylaştırarak kamusal hizmeti teknik olarak geliştirebilir. Ancak bu olanaklar, sadece belirli bir kullanıcı profiline hitap ettiğinde, var olan eşitsizlikleri pekiştiren bir yapıya dönüşür. Türkiye'de milyonlarca yurttaş hala anadilinde sağlık hizmeti alamazken; anamnez veremeyen, hekime derdini ifade edemeyen bireylerden şimdi bir de dijital sistemleri kullanarak onam vermeleri beklenmektedir. Dijital okuryazarlığı olmayan ya da teknolojik altyapıya erişemeyen milyonlarca yurttaş, bu sistemler içinde hem pratikte dışlanmakta hem de sağlık hakkını kullanamaz hale gelmektedir.

Dahası, yasalaşması planlanan düzenlemeyle birlikte onam formlarının e-Devlet üzerinden alınması, bu eşitsizliği kurumsallaştırma riski taşımaktadır. Onam, kişinin tedaviye ilişkin bilgileri anlayarak ve özgür iradesiyle karar verdiğini gösteren etik bir teminattır. Dijital ortamda teknik bilgiye erişemeyen, haklarını bilmeyen, sistem kullanımında desteğe ihtiyaç duyan yurttaşlardan onam alınması; gerçek bir bilgilendirme değil, biçimsel bir rıza üretimi anlamına gelir. Üstelik, bu sistemin işleyişi için temel ön koşul olan veri güvenliği konusunda da devletin yeterli siber altyapıya sahip olup olmadığı belirsizdir. 85 milyon kişinin kişisel verisinin pandemi döneminde sızdırıldığı ve bu verilerin dijital platformlarda satıldığı artık kamuoyunca bilinmektedir. Sağlık ve nüfus bilgilerinin yeterince korunamadığı bir ortamda, yurttaşın kişisel verisini dijitalleştiren sistemler sadece güvensizlik üretir. Dijital sağlık sistemleri ancak güçlü bir veri güvenliği altyapısıyla, anadil hakkı gözetilerek, dijital okuryazarlık seferberliğiyle ve kamusal eşitliği esas alan bir yaklaşımla birlikte uygulanırsa anlam kazanabilir.

Mevcut Kanun Teklifindeki Maddelere Dair Genel Değerlendirme

Mevcut kanun teklifi, teknik düzenlemeler içerdiği izlenimiyle sunulmakla birlikte; sağlık alanında uzun süredir biriken yapısal sorunları derinleştiren, halk sağlığını öncelemekten uzak ve piyasacı yaklaşımı pekiştiren bir anlayışla hazırlanmıştır. Teklifte yer alan düzenlemeler, sağlık sisteminin kamusal niteliğini güçlendirmek yerine, hizmetlerin piyasalaşmasına zemin

hazırlamaktadır. Ruhsat devri ve özel sektörün hizmet sunumundaki ağırlığının artırılması gibi hükümler, kamu kaynaklarının özel sermayeye aktarılmasının önünü açmaktadır. Şehir hastaneleri uygulamasında yaşanan denetimsizlik, maliyet şeffaflığı eksikliği ve kamu-özel iş birliği adı altında sermayeye sağlanan ayrıcalıklar bu anlayışı örneklemektedir. Bu yapılarla birlikte devlet, yurttaşlarına hizmet götüren bir yapı olmaktan çıkıp sermaye birikimini destekleyen bir aygıt dönüşmüştür.

Sağlık alanında yaşanan denetimsizliğe dair önleyici bir çalışma da teklifte yer almamaktadır. Yeni açılan hastanelerde yaşanan teknik eksiklikler, tıbbi hataların artışı, niteliksiz personelin sorumsuzca görevlendirilmesi, hasta güvenliğinin ciddi biçimde tehlikeye atıldığını göstermektedir. Son yıllarda gündeme gelen diyaliz skandalları, yeni doğan çetesi, yoğun bakımda taciz vakaları, usulsüz akreditasyon süreçleri ve denetimsiz özel hastane uygulamaları, bu çöküşün sistemsel olduğunu ortaya koymaktadır. Üstelik bu yapıların birçoğu kamu adına faaliyet yürütüyor gibi görünmesine rağmen ne şeffaflığa ne de demokratik denetime açıktır.

Sağlıkta dijitalleşme adı altında geliştirilen uygulamalar da hizmetin daha erişilebilir hale gelmesini sağlamamış; aksine dijital eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Yukarıda ayrıntılı bir şekilde anlatılan anadili Türkçe olmayan ve dijital okur yazar olmayan yurttaşlarla beraber özellikle yaşlı nüfusun dijital platformları kullanamaması, sağlık hizmetine erişimde yeni bir bariyer oluşturmıştır. Ayrıca yaşanan veri sızıntıları, yurttaşların mahremiyetinin korunamadığını ve dijital sistemlerin altyapısının halkın güvenliğini sağlayacak ölçüde kurulmadığını göstermiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu kadar tanıtımı da ticarileşmiştir. Özel sağlık kuruluşlarının tanıtım faaliyetlerine getirilen sınırlamalar yetersiz kalmakta, sağlık hizmetlerinin bir reklam nesnesine dönüşmesi engellenememektedir. Rekabet ve müşteri memnuniyeti odaklı sağlık anlayışı, toplumsal eşitlik ve kamu yararı ilkeleriyle bağdaşmamaktadır.

Mevcut sistem ayrıca eğitim alanına da müdahale ederek, sağlık fakültelerinde görev yapan akademik kadroların güvencesini zayıflatmakta, bilimsel özerkliği ortadan kaldırmaktadır. Kısa vadeli istihdam politikaları, geçici ve sözleşmeli öğretim elemanlığı uygulamaları, akademik yeterliliğin düşmesine ve sağlık eğitiminin nitelik kaybına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık meslek liselerinde gençlerin sağlık sektörüne "yardımcı personel" adıyla sokulması, çocuk emeğinin sağlık alanında sistematik biçimde kullanılmasına zemin hazırlamaktadır. Bu durum hem hasta güvenliğini hem de genç bireylerin psikolojik ve mesleki gelişimini riske atmaktadır. Özellikle çocuk yaşta sağlık meslek liselerinden mezun gençlerin hastanelerde çalıştırılması, çocuk hakları ve hasta güvenliği açısından ciddi sakıncalar taşımaktadır.

Ayrıca teklifte yer alan disiplin düzenlemeleri, sağlık emekçileri üzerinde baskı kuracak ve meslek örgütlerinin dışlandığı keyfi süreçlerin önünü açacaktır. Bu yaklaşım, hem mesleki özerkliği hem de anayasal hakları zedelemektedir. Yeşil alanlara sağlık tesisi açılması gibi düzenlemeler, şehirlerin afetlere karşı direncini zayıflatmakta ve yaşam alanlarını daraltmaktadır. Özellikle parkların imar planı değişikliğine gerek kalmaksızın yapılaşmaya açılması, kamusal alanların geri dönülemez biçimde kaybedilmesine neden olacaktır. Bu tür uygulamalar şehircilik ilkelerine, çocuk sağlığına ve afet yönetimi prensiplerine aykırıdır.

Tüm bu tabloya rağmen hazırlanan kanun teklifinin, sağlık sistemindeki bu temel sorunlara çözüm getirmek yerine, mevcut piyasacı yapıyı daha da pekiştirmeyi hedeflediği görülmektedir. Teklif, halk sağlığını, sağlık emekçilerinin haklarını ve hizmetin kamusal niteliğini göz ardı etmekte; yerine disiplin hükümleri, denetimsiz dijital sistemler, yeşil alanların yapılaşmaya açılması ve özel sektörü teşvik eden yeni düzenlemeleri getirmektedir.

Bu yönüyle teklif, teknik değil ideolojik bir tercihin ürünüdür: Sağlığı bir hak olmaktan çıkarıp sermayeye devretme anlayışının devamıdır.

Sonuç olarak, Türkiye'nin sağlık sistemi artık sürdürülemez bir noktaya gelmiştir. Bu noktada ihtiyaç duyulan, yüzünü tekrar halk sağlığına dönen, koruyucu sağlık hizmetlerini merkeze alan, sağlık emekçilerini güvenceli hale getiren, ilaç ve tedaviye erişimi eşitleyen, toplumun tüm kesimlerinin katılımıyla demokratik biçimde inşa edilmiş bir kamusal sağlık sistemidir. Sağlık, kar için değil, yaşam için vardır. Kamu yararı, siyasi iktidarların değil toplumun ortak iradesiyle tanımlanmalı; sağlık hakkı, tüm yurttaşlara eşit, anadilinde, ücretsiz ve nitelikli biçimde sunulmalıdır.

Kamu Yararı ve Halk Sağlığı Esastır

Özel Sağlık Kuruluşlarının Tanıtım ve Reklam Faaliyetlerine İlişkin Düzenleme

Kanun teklifiyle, özel sağlık sektörünün reklam ve tanıtım faaliyetleri belirli düzenlemelere tabi kılınmakta; “insan sağlığını tehlikeye atan” ve “aldatıcı” tanıtımlar için para cezaları öngörülmektedir. Ancak bu yetersiz bir yaklaşımdır. İnsan sağlığının meta haline getirilmesini, sağlığın bir piyasa nesnesi olarak ticarileştirilmesini meşrulaştıran, nitelikli kamu hizmetini özel sektör eliyle düzenlemeye çalışan bu anlayış, kamu yararı ilkesine aykırıdır. Sağlık bir hak, sağlık hizmeti kamusal bir görevdir. Reklam sınırı getirmek yetersizdir; kamu hizmeti anlayışı esas alınmalıdır.

Eğitim Kalitesini Tehdit Eden Akademik Kadro Düzenlemesi

Kanun teklifi kapsamında, sağlık alanındaki fakültelerde ve yüksekokullarda görev yapacak öğretim elemanlarıyla ilgili akademik kadro düzenlemeleri değiştirilmiş; öğretim üyesi dışındaki öğretim elemanlarının (öğretim görevlisi, araştırma görevlisi vb.) görev süreleri, istihdam biçimleri ve görev alanlarına ilişkin yeni sınırlar getirilmiştir.

Sağlık Eğitiminin Ticarileştirilmesine Zemin Hazırlıyor

Bu düzenleme, nitelikli akademik kadronun zayıflatılması pahasına kısa vadeli çözümler üretmekte ve sağlık eğitiminin kamusal niteliğini aşındırmaktadır. Akademik yeterliliği tartışmalı, iş güvencesi düşük, sektöre endeksli personel istihdamı, sağlık eğitimi bir piyasa hizmetine dönüştürme eğiliminin parçasıdır.

Araştırma görevlilerinin görev sürelerinin sınırlanması, iş güvencesini ortadan kaldırmakta, eğitim alanında bilgi birikiminin kurumsallaşmasını engellemektedir. Bu durum, akademiye geçici ve esnek istihdam modelinin yaygınlaşmasına yol açarak, eğitimde niteliği düşürmektedir.

Kadroların kısa süreli, geçici ya da sözleşmeli hale getirilmesi, araştırma süreçlerini baskılamakta; öğretim elemanlarının bağımsız bilimsel faaliyet yürütme koşullarını ortadan kaldırmaktadır. Bu da eleştirel, özgür ve sorgulayıcı bir akademi ortamının altını oymaktadır.

Akademik kadroların yapısal olarak zayıflatılması ve rektörlük, YÖK gibi merkezi otoritelere bağlı hale getirilmesi, özerk, katılımcı ve demokratik üniversite ilkesine açıkça aykırıdır. Üniversitelerin yönetiminde akademik kurulların rolü azaltılmakta, siyasi müdahaleye açık hale getirilmektedir.

Kırsal bölgelerde veya küçük şehirlerdeki sağlık fakülteleri, nitelikli akademik kadro bulmakta zorlanacaktır. Yeni düzenleme, bu bölgelerdeki öğrencilerin daha düşük nitelikli eğitim almasına yol açacak ve eğitimde mekânsal adaletsizliği derinleştirecektir.

Ebe ve Hemşire Yardımcılığı Unvanlarının Kaldırılması

Kanun Teklifi ile ebe ve hemşire yardımcılığı unvanlarının kaldırılarak yerine “sağlık bakım teknisyeni” unvanının getirilmesi özellikle sağlık meslek liselerinden mezun olan 17-18 yaşındaki gençlerin “sağlık bakım teknisyeni” unvanı ile doğrudan hastaya temas edecek şekilde çalıştırılmaları, sağlık sistemini ve çocuk haklarını ilgilendiren çok boyutlu sorunlar barındırmaktadır.

Türk Hemşireler Derneği’nin raporuna göre, sağlık meslek liseleri öğrencileri henüz çocuk yaşıta olup gelişimsel olarak hastane ortamına uygun değildir. Çocuk yaşıta bireylerin hastanelerde staj ve çalışma adı altında ağır ve travmatik deneyimlere maruz bırakılması, hem kendi ruhsal ve fiziksel gelişimleri açısından zararlıdır, hem de bakım verdikleri hastalar açısından ciddi güvenlik riskleri oluşturmaktadır. Hastane ortamı, ölüm, yoğun bakım, travmatik yaralanma gibi yüksek düzeyde psikolojik yük içeren alanlardır. Henüz kendi gelişimini tamamlamamış bireylerden bu ortamda profesyonel bir sağlık hizmeti beklemek, işçileştirilen çocukların sağlık sektöründeki tezahürüdür.

Yine aynı raporda belirtildiği üzere, sağlık meslek liselerine halen “hemşire olunacağı” vaadiyle öğrenci alımı yapılmakta, özellikle özel sağlık meslek liselerinde sistematik bir yanıltma süreci yaşanmaktadır. Öğrenciler hem mesleki aldatmacaya uğramakta hem de eğitim sonrası düşük ücretli ve güvencesiz koşullarda çalıştırılmaktadır. Yeni getirilen “sağlık bakım teknisyeni” unvanı ise içeriği ve yetki sınırları itibarıyla belirsizdir. Bu belirsizlik hem sağlık hizmetlerinin niteliğini zedelemekte hem de sağlık çalışanları arasında görev karmaşasına neden olmaktadır.

Sağlık Bakanı Yardımcısı Şuayip Birinci’nin komisyon toplantısındaki “...Mezunlar sahada hemşire ve ebe olacak algısı oluşturuyor ve biz bunu da artık bu kadar lisans mezunu varken lise mezunu kişilere kadro açmayı haksızlık olarak da görüyoruz. Yani, bu konuda ciddi geri bildirim ve değerlendirme alıyoruz. İhtiyacımız da herkesin de büyük oranda kabul ettiği gibi, bu konuda lisans mezunu hemşirelerin değerlendirilmesi, istihdam edilmesidir.” açıklamasıyla, sağlık alanındaki istihdam politikalarının plansız ve öngörüsüz bir şekilde yürütüldüğünü açıkça ortaya koymaktadır. Zira söz konusu unvanlara ilişkin bölümler, yıllardır sağlık meslek liselerinde ve meslek yüksekokullarında teşvik edilerek binlerce öğrencinin bu alana yönelmesi sağlanmış, mezuniyet sonrası istihdam vaatleriyle tercih edilir hale getirilmiştir. Bugün bu unvanların bir gecede kaldırılması, bizzat devlet eliyle yaratılan bir mağduriyetin, sorumluluğu yine mağdurlara yüklenerek meşrulaştırılmaya çalışılmasıdır. Aynı şekilde kanun teklifiyle; diş protez teknisyeni ve nükleer tıp teknikeri unvanlarının yeniden düzenlenmesi, mamografi teknikerliği unvanlarının ise tamamen kaldırılması öngörülmektedir. Ancak bu düzenleme, sağlık alanında eğitim alan binlerce öğrencinin geleceği açısından ciddi çekinceler doğurmaktadır.

İktidarın yıllardır eğitimde planlama yapmadan ve istihdam kapasitesi hesaplamadan, rant odaklı açtığı üniversiteler ve bölümler de benzer bir yapısal sorunu büyötmektedir. Açılan bölümlerin yıllar sonra herhangi bir değerlendirme süreci olmaksızın kapatılması veya yeniden düzenlenmesi hem öğrencilere hem de kamu kaynaklarına zarar vermektedir. Nitekim örneğin mamografi teknikerliği kadrosu ilk kez 2011 yılında açılmış olmasına rağmen bu unvan

yalnızca on dört yıl sonra hiçbir yapısal çözüm üretilmeden kapatılmaktadır. Benzer şekilde, acil tıp teknisyenliği gibi diğer sağlık bölümlerinden mezun olan binlerce kişi atama beklemektedir. Sağlık meslek liseleri ve yükseköğretim programları aracılığıyla yetiştirilen tekniker ve teknisyen sayısı, ihtiyaç dikkate alınmadan belirlenmekte, bu da genç işsizliğine yol açmaktadır. Yükseköğretim mezunu sayısındaki artışa rağmen Türkiye’de üniversite mezunlarının istihdamına dair veriler ciddi bir çelişkiyi ortaya koymaktadır. 25-34 yaş aralığında yükseköğretim mezunu genç yetişkinlerin oranı 2016 yılında yüzde 30,5 iken 2023 itibarıyla yüzde 42,7’ye yükselmiştir. Bu 12,2 puanlık artışla Türkiye, OECD ortalaması olan yüzde 47,4’e yaklaşmış görünmektedir. Ancak OECD ortalamasına göre yükseköğretim mezunlarının yüzde 86,9’u istihdamdayken Türkiye bu alanda en düşük orana sahip ülkedir. Türkiye’de her 4 üniversite mezunundan biri çalışmamaktadır. Bu tablo, plansız şekilde açılan üniversite ve bölümlerin istihdamla uyumlu bir eğitim politikasıyla desteklenmediğini ve mezunlar açısından yapısal bir mağduriyet ürettiğini göstermektedir.

Sağlık bakım hizmetlerinde ihtiyaç duyulan şey, sürekli olarak yeni unvanlar icat etmek ya da mevcut unvanları ani kararlarla ortadan kaldırmak değildir. Ebe ve hemşire gibi temel sağlık mesleklerinin zaten lisans ve ön lisans düzeyinde yerleşik ve tanımlı eğitim programları bulunmaktadır. Bu nedenle, bir dönem teşvik edilen hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı gibi unvanların şimdi bir gecede kaldırılması yerine, bu unvanların görev tanımlarının netleştirilmesi ve mevcut mezunların liyakat temelinde istihdam edilmesi ve planlı şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Eğitim politikaları günlük ihtiyaçlara göre şekillendirilmemeli, sistemli ve uzun vadeli bir planlamayla yürütülmelidir. Yeniden teknisyenlik benzeri adlar altında geçici çözümler üretmek ya da tümünden yok saymak yerine, var olan insan kaynağını etkin ve adil biçimde değerlendirmek kamusal sorumluluğun bir gereğidir.

Bakan Yardımcısının gerekçesi, lise mezunlarına kadro açmanın “haksızlık” olduğu yönündeki değerlendirmeleri ayrımcı bir yaklaşım taşımakta, binlerce mezunun mağduriyeti ise görmezden gelinmektedir. Bu yaklaşım, planlama ve öngörü eksikliğinin ağır bedelini genç mezunlara ödetmekte, kamusal eğitim sisteminin güvenilirliğini de zedelemektedir.

Bu bağlamda ebe ve hemşire yardımcılığı unvanlarının kaldırılması geri çekilmeli, mevcut yardımcı personelin hakları korunmalı, yeni unvanlar yaratılacaksa, bu unvanlar bilimsel, pedagojik ve etik açıdan detaylı değerlendirmelere dayanmalı, sağlık meslek liselerine ilişkin şeffaf ve denetlenebilir bir sistem kurulmalı, özellikle çocuk yaşta bireylerin sağlık hizmetlerinde çalışmasının önüne geçilmelidir. Dolayısıyla kanun teklifi, sağlık hizmetlerinin nitelikli, güvenli ve eşitlikçi biçimde sunulması amacıyla sağlık emekçileriyle birlikte yeniden düzenlenmelidir.

Sözleşmeli Sağlık Personelinin Disiplin Rejimi

Sözleşmeli personel için öngörülen 657 sayılı Kanun’un disiplin kurallarının sözleşmeliye uygulanması, sosyal hukuk devleti ilkesine aykırıdır. Ceza uygulamaları orantısız ve keyfidir. Oda üyelik yükümlülükleri farklı meslek odalarıyla çakışmakta ve anayasal haklara aykırıdır. Bu durum, sağlık emekçisinin güvenli çalışma hakkını zedelemektedir. Disiplin süreçlerinin aynı fiil için mükerrer ceza anlamına gelecek ve keyfi uygulamalara açık olacaktır. Yönetmeliklerin Bakanlıktan görüş alınarak yürürlüğe girmesinin idarenin sayetini artırıcı nitelikte olacağı görülmektedir. Tüm disiplin süreçleri, meslek örgütlerinin denetiminde ve adil mekanizmalarla yürütülmelidir.

Optisyen-Gözlükçüler Odası ve AYM Kararının Aşılması

Kanun teklifinde, 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun'da Anayasa Mahkemesi tarafından daha önce iptal edilmiş olan düzenlemeler büyük ölçüde tekrar yasalaştırılmak istenmektedir. Bu yaklaşım, hukukun üstünlüğü ve yargı kararlarına saygı ilkelerinin açık ihlalidir.

Anayasa Mahkemesi, söz konusu düzenlemeyi iptal ederken şu temel gerekçelere dayanmıştır:

- Zorunlu oda üyeliği uygulaması, bireyin örgütlenme özgürlüğünü ihlal etmektedir.
- Meslek mensuplarına, kendi rızaları dışında bir yapıya katılma yükümlülüğü getirilmesi anayasal güvencelerle bağdaşmamaktadır.
- Oda organlarının yapısı, işleyişi ve özellikle disiplin mekanizmaları yeterince öngörülebilir, denetlenebilir ve demokratik değildir.

Ancak Komisyona sunulan bu yeni düzenlemede, Anayasa Mahkemesi'nin iptal gerekçeleri gözetilmeden, aynı mantık ve içerik yeniden yürürlüğe konmak istenmektedir. Bu durum, yargının etkisizleştirildiği, demokratik denetimden uzak bir yasa yapım süreciyle karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir.

Komisyonunda söz alan STK temsilcileri de şu noktalara dikkat çekmiştir:

- Oda yapısı eksik tanımlanmıştır. (Örneğin denetleme kurulunun bulunmaması),
- Para cezaları orantısız ve keyfi uygulamalara açıktır.
- Tip sözleşme dayatmasının sözleşme serbestisini ve çalışma özgürlüğünü ortadan kaldırmaktadır.
- Oda üyelikleri diğer meslek odalarıyla çakışmakta ve bu durum anayasal karmaşaya neden olmaktadır.

Ayrıca komisyon üyesi milletvekilleri tarafından, bu düzenlemenin eczacılık meslek örgütlerine kıyasla kurgulanmasının yanlış olduğu, iki meslek grubu arasında yapısal farklar bulunduğu ve bu tür bir aktarımın hukuki belirliliği zedelediği ifade etmişlerdir. Özellikle Komisyon üyesi milletvekilleri, meslek örgütlerinin bağımsızlığına müdahale edildiğini, yürütmenin vesayetinin artırıldığını ve bu yapıların demokratik meşruiyetini yitirdiğini vurgulamışlardır.

Bu düzenleme, yalnızca bir meslek grubunun iç işleyişini değil, aynı zamanda meslek örgütlenmesinin demokratik niteliğini, çalışma hakkını, örgütlenme özgürlüğünü ve hukuki öngörülebilirliği hedef almaktadır.

Sağlıkta Dijitalleşme:

Kanun teklifinde yer alan elektronik ortamda onam alınmasına ilişkin düzenleme, pratikte ciddi eşitsizlikler doğurma riski taşımaktadır. TÜİK verilerine göre, 2023 yılı itibarıyla 65-74 yaş grubundaki bireylerin yaklaşık yüzde 60'ı internet kullanmamaktadır. Bu durum, yaşlı nüfusun dijital sağlık hizmetlerine erişimini sınırlamakta ve uygulamanın kapsayıcılığı konusunda ciddi

soru işaretleri yaratmaktadır. Ayrıca hasta ile hekim arasında kurulması gereken yüz yüze iletişim, özellikle aydınlatılmış onam gibi hayati konularda dijital ortamlarda sağlıklı bir biçimde gerçekleşmemekte, bu da hastanın süreci anlamasını ve güven duymasını zorlaştırmaktadır.

Dijitalleşmenin sağlık hizmetlerinde yaygınlaştırılması hedeflenmektedir ancak mevcut sistemlerin altyapı ve kullanım sorunları vatandaşlar açısından ciddi mağduriyetlere yol açmaktadır. Merkezî Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden randevu almak isteyen birçok yurttaş randevu bulamamakta ya da sistem yoğunluğu nedeniyle işlem yapamamaktadır. Benzer şekilde, e-Nabız sistemine erişimde sık sık hatalar yaşanmakta ve hastalar sağlık verilerine zamanında ulaşamamaktadır. Ayrıca e-Nabız sisteminde yakın zamanda geçilen yeni arayüz, özellikle yaşlı bireyler açısından oldukça karmaşık bulunmakta ve binlerce kullanıcı bu konuda şikayet bildirmiştir. Arayüzün kullanıcı dostu olmaması, dijital okuryazarlık seviyesi düşük olan yurttaşların sisteme erişimini daha da zorlaştırmakta ve sağlık hizmetlerinden etkin yararlanma hakkını kısıtlamaktadır.

2023 verilerine göre Türkiye’de temel dijital beceriye sahip bireylerin oranı yalnızca %33’tür. Bu oran Avrupa Birliği ortalaması olan %56’nın oldukça altındadır. Dijital güvenlik becerilerinde ise Türkiye’de bireylerin sadece %53’ü en az temel düzeyde yeterli donanıma sahiptir. AB ortalaması ise %70’tir. Bu veriler, sağlık hizmetlerinin dijitalleştirilmesinin yalnızca teknik altyapıya değil aynı zamanda kullanıcıların dijital becerilerine de dayanması gerektiğini göstermektedir. Özellikle yaşlı bireyler ve dijital okuryazarlığı sınırlı olan yurttaşlar için elektronik onam gibi uygulamalar, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak yerine daha da zorlaştırmakta ve mevcut eşitsizlikleri derinleştirmektedir.

Öte yandan, 2024 yılı Eylül ayında ortaya çıkan büyük çaplı veri sızıntısıyla Türkiye’de yaşayan yaklaşık 85 milyon yurttaşın kişisel sağlık verilerinin “dark web” ortamında dolaşıma girdiği anlaşılmıştır. Daha da çarpıcı olan, Ulaştırma ve Altyapı Bakanı’nın bu veri ihlalinin kamuoyu önünde açıkça kabul etmiş olmasıdır. Bu açıklama yalnızca teknik bir zafiyeti değil, aynı zamanda siyasi iktidarın veri güvenliği konusundaki açık yönetim zaafını da ortaya koymaktadır. Dijitalleşmeyi bir başarı göstergesi olarak sunan siyasi iktidar, temel güvenlik altyapılarını kurmadan ve şeffaflık mekanizmalarını işletmeden milyonlarca yurttaşın kişisel verisini savunmasız bırakmıştır. Verilerin çalınması sadece gizliliğin ihlali değil, aynı zamanda ciddi bir güvenlik sorunudur. Kimlik numarası, anne ve baba adı, doğum tarihi, adres gibi bilgilerin sızmasıyla birlikte bu veriler dolandırıcılık faaliyetlerinde kullanılmakta, yurttaşlar sahte aramalar, kimlik hırsızlığı ve banka işlemleri gibi yöntemlerle mağdur edilmektedir.

Bu kapsamda, Ulaştırma Bakanı’nın kamuoyuna açık şekilde kabul ettiği veri sızıntısı, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında açık bir ihlal niteliği taşımaktadır. Zira söz konusu Kanun yalnızca özel şirketleri değil, kamu kurumlarını da kapsamakta ve tüm veri sorumlularına veri güvenliği yükümlülüğü getirmektedir. Bu durumda kamu kurumları ve yetkililerin sorumluluğu açıktır ve mevzuat gereği hem idari para cezası hem de adli yaptırımlar uygulanabilir. Ancak bugüne kadar bu açık ihlale rağmen hiçbir kamu görevlisi hakkında bir işlem yapılmamış, sorumluluk üstlenilmemiştir. Bu durum, KVKK’nın uygulanmasında kamu lehine fiili bir ayrıcalık yaratıldığını ve hukukun eşit uygulanmadığını göstermektedir.

Ayrıca yurttaşlara ait kişisel verilerin nasıl depolandığı da önemli bir sorundur. Yalnızca kişisel sağlık verileri değil, genel olarak tüm yurttaş verilerinin nerede, nasıl ve kimler eliyle saklandığı sorusu, hayati öneme sahiptir. e-Devlet, e-Nabız, MHRS ve benzeri sistemler aracılığıyla yurttaşlara ait kimlik bilgileri, adresler, sağlık geçmişi, dava dosyaları, eğitim ve mali kayıtlar gibi milyonlarca veri toplanmakta ancak bu verilerin hangi sunucularda barındırıldığı ve bu altyapının mülkiyetinin kime ait olduğu konusunda kamuoyuna açıklık getirilmemektedir.

Eğer bu veriler devlet kontrolü dışındaki özel şirketlerin veri merkezlerinde saklanıyorsa, bu kararı kimlerin aldığı, söz konusu şirketlerin sahiplerinin kim olduğu ve bu kişilerin siyasi iktidar, kamu yöneticileri veya yakın çevreleriyle doğrudan ya da dolaylı bağlantılarının olup olmadığı derinlemesine araştırılmalıdır. Verilerin depolandığı yer, buna kimin karar verdiği ve sürecin şeffaflığı, yurttaşların devlete olan güveninin sürdürülebilirliği açısından kritik bir noktadadır.

Parklar ve Yeşil Alanlara Sağlık Tesisi Açılması

3194 sayılı İmar Kanunu’na eklenmesi öngörülen “Ek Madde 12” ile toplam yüzölçümü 2.500 metrekareden büyük parklarda, imar planı değişikliği yapılmaksızın ve eşdeğer alan ayrılmaksızın, Sağlık Bakanlığı talebiyle parklara sağlık yapıları inşa edilmesinin önünü açan düzenleme, kamuya ait yeşil alanların yapılaşmaya açılması riskini doğurmaktadır. Düzenlemede yer alan “Bu madde kapsamında tahsis edilen yerler ile bu amaçla inşa edilen binalar devredilemez ve başka bir amaçla kullanılamaz. Bu yerlerin devredilmesi veya tahsis edilen amaca aykırı kullanılması halinde yapılan tahsis kaldırılır.” hükmü, ilk bakışta bir güvence sunuyor gibi görünse de aynı cümle içinde hem devredilemeyeceği belirtilip hem de devredilmesi halinde ne yapılacağı tarif edilerek aslında bu yasağın esnetilebileceğine dair açık bir zemin bırakmaktadır. Üstelik Türkiye’de geçmişte afet toplanma alanı olarak belirlenmiş pek çok kamu arazisinin AVM, otopark ve rezidans gibi yapılaşmalara açıldığı göz önünde bulundurulduğunda, yasal güvencelerin uygulamada nasıl kolaylıkla aşılabildiği de bilinmektedir. Dolayısıyla bu tür muğlak ve çelişkili ifadeler, kamusal yeşil alanların kalıcı olarak kaybedilmesine ve kentlerin afet direncinin zayıflamasına yol açabilecek ciddi bir risk barındırmaktadır. Türkiye’de ve özellikle İstanbul’da daha önce toplanma alanı olarak tanımlanmış birçok kamusal alanın yapılaşmaya açılması sonucunda, yurttaşlar deprem anlarında bu alanlara ulaşamamış, acil kaçış yolları ise işletmelere tahsis edilmiştir. Parklar yalnızca rekreasyon alanı değil, aynı zamanda afet toplanma noktası ve geçici barınma alanı olarak işlev görmektedir. Bu nedenle söz konusu düzenleme yalnızca şehircilik ilkelerine değil, afet yönetimi açısından da sakıncalı sonuçlar doğurabilecektir. Yeşil alanların imar planı değişikliği yapılmaksızın kalıcı yapılaşmaya açılması, hem kamusal alanların korunmasını hem de hem de deprem riski altındaki kentlerde yurttaşların can güvenliğini tehlikeye atmaktadır.

Nisan ayında Marmara Denizi Silivri açıklarında meydana gelen 6,2 büyüklüğündeki deprem sonrası medyada şu manşetler yer almıştır: *"İstanbul'da bazı vatandaşlar geceyi parklarda geçirdi"* Yurttaşların deprem sonrası kendini güvende hissettiği tek alan parklarken, siyasi iktidar çerçevesi net çizilmemiş ve muğlaklıklar içeren bu maddeyle parkları yapılaşmaya açma riskini gündeme getirmektedir. Oysa yapılması gereken, parkları yapılaşmaya açmak değildir. Mevcut eski Aile Sağlığı Merkezlerini (ASM) dönüştürmek hem sağlık çalışanları hem de yurttaşlar için depreme dayanıklı ve erişilebilir ASM’ler inşa etmektir.

Dünya Sağlık Örgütü, 1-5 yaş arası çocukların günde en az üç saat, 5-17 yaş arası çocukların ise her gün en az bir saat fiziksel aktivite yapmasını önermektedir. Ancak Türkiye’de bu ihtiyacın karşılanabileceği kamusal yeşil alanlar hem nicelik hem nitelik açısından son derece yetersizdir. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı verilerine göre, Türkiye’de kişi başına düşen yeşil alan miktarı 2024 yılı itibarıyla ortalama 12,63 metrekare olarak açıklanmıştır. İstanbul’da bu oran 7,7 metrekareye, İzmir’de ise yalnızca 2,2 metrekareye kadar düşmektedir. Bazı yoğun nüfuslu ilçelerde ise bu miktar 1 metrekarenin altına gerilemektedir. Üstelik bu hesaplamalara yurtaşların doğrudan kullanmadığı mezarlıklar, yol kenarları gibi pasif alanlar da dahil edilmektedir. Buna karşılık, Avrupa Birliği ülkelerinde kişi başına düşen aktif yeşil alan miktarı birçok kentte 20 metrekarenin üzerindedir ve çocuk dostu alanlar kent planlamasında yasal güvencelerle korunmaktadır. Türkiye’de 11-17 yaş arası çocukların yaklaşık yüzde 80’i fiziksel olarak yeterince aktif değildir.

Sağlık Hizmetlerinin Tanıtımı ve Reklamına İzin Verilmemesi

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenmesi öngörülen bu düzenleme ile özel sağlık kuruluşlarının tanıtım ve bilgilendirme sınırları yeniden çizilmekte, bu sınırların ötesine geçen faaliyetlerin “reklam” sayılarak idari para cezası ile cezalandırılması öngörülmektedir. Ancak “tanıtım”, “bilgilendirme” ve “reklam” gibi kavramlar arasında net bir ayırım yapılmamış, hangi içeriğin ne zaman sınırı aştığına ilişkin ölçütler somut biçimde tanımlanmamıştır. Bu durum uygulamada keyfi denetimlere, yorum farklılıklarına ve kural dışı rekabet avantajlarına zemin hazırlayabilir. Özellikle dijital mecralarda kamuya açık biçimde bilgi paylaşan sağlık çalışanları ya da kurumlar için sınırların belirsizliği hem ifade özgürlüğünü hem de halkın doğru bilgiye erişim hakkını riske atmaktadır.

“Yanılıcı, aldatıcı, insan sağlığını tehlikeye düşüren veya haksız rekabet ortamı yaratan fiillerde bulunanlar” ifadeleri çok geniş ve yoruma açık tanımlamalardır. Hangi davranışın cezayı doğuracağına ilişkin sınırın net olmaması, hukuki güvenlik ve belirlilik ilkeleri ile çelişmektedir.

YouTube, Instagram ve TikTok gibi dijital platformlarda hekimler ve sağlık çalışanları tarafından üretilen içeriklerin bu düzenleme kapsamında nasıl denetleneceği belirsizdir. Düzenleme yalnızca özel sağlık kuruluşlarına odaklanmakta, bireysel içerik üreticilerine dair açık bir hüküm içermemektedir. “Fenomen” haline gelmiş bazı sağlık çalışanları sosyal medya üzerinden hasta yönlendirme, işlem tanıtımı ya da ürün reklamı yaparken herhangi bir denetime tabi olmamaktadır. Bu durum, kurumsal düzeyde getirilen reklam yasaklarının bireysel mecralarda etkisiz kalmasına neden olabilmektedir. Ayrıca kişisel hesaplar üzerinden yapılan “dolaylı reklam” faaliyetlerinin kapsamı ve sınırı net şekilde tanımlanmadığından, uygulamada hem eşitsizlik hem de yorum farklılıkları ortaya çıkabilmektedir. Bu tür içeriklerin bilgilendirme mi yoksa reklam mı sayılacağına dair ölçütlerin belirgin olmayışı, düzenlemenin dijital ortamda etkili biçimde uygulanmasını güçleştirmektedir.

Daha da önemlisi, sağlık hizmetleri anayasa tarafından güvence altına alınmış temel bir haktır ve bu hizmetlerin sunumunda ticari mantığın değil, kamu yararının öncelik taşıması gerekir. Sağlık, piyasa kurallarıyla yönetilecek bir alan değil, toplumsal eşitlik temelinde yürütülmesi gereken kamusal bir hizmettir. Bu bağlamda sağlık alanındaki tanıtım ve iletişim faaliyetlerinin düzenlenmesi elbette önemlidir. Ancak asıl sorun, özel sağlık sektörünün büyümesiyle birlikte hizmetin bir “meta” haline getirilmesi ve hastaların “müşteri” gibi konumlandırılmasıdır. Bu

düzenlemenin, ticari sağlık alanında sadece görüntüyü denetlemeye çalışıp, yapısal sorunları göz ardı etmesi eleştiriyi açığırır.

TÜSEB ve Sermaye İlişkisi

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), 19.11.2014 tarih ve 29187 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile kurulmuştur. Merkezi İstanbul’da olan ve Sağlık Bakanlığına bağlı kamu tüzel kişiliğine, bilimsel ve idari özerkliğe sahip, özel bütçeli bir başkanlıktır.

TÜSEB, Sağlık Bakanlığı’na bağlı özerk bir kamu kurumu olarak tanıtılsa da işleyişi ve mevzuatla donatılmış ayrıcalıkları sayesinde, kamu denetiminden büyük ölçüde muaf, teknokratik bir “sağlık otoritesi” haline gelmiştir. TÜSEB, Sayıştay denetiminden tam olarak geçmeyen, faaliyet raporları ve mali harcamaları kamuoyuyla düzenli paylaşılmayan bir kurumdur. Bakanlık bünyesinde kurulu olmasına rağmen, karar süreçlerinde Meclis’in, kamuoyunun ya da sağlık emek-meslek örgütlerinin etkisi yoktur. Kurul üyeleri doğrudan Cumhurbaşkanlığı tarafından atanmakta, böylece siyasi iktidarın mutlak kontrolüne açık hale gelmektedir. Bu durum, kurumun özerkliği, demokratik ve toplumsal denetimi açısından önemli bir eleştiri konusudur. Hangi projelere ne kadar bütçe ayrıldığı veya hangi kurumlarla ne tür iş birlikleri yapıldığına dair ayrıntılı ve halka açık dokümanlar çok sınırlıdır.

TÜSEB hakkında yayınlanan Sayıştay denetim raporlarında, kurumun birtakım temel mali kurallara uymadığı, bazı kalemlerde belge eksikliği, usulsüz ihale ve iç kontrol yetersizlikleri bulunduğu tespit edilmiştir.

Kuruluş amacı olarak; tıbbi araştırmaları desteklemek, yerli sağlık teknolojilerini geliştirmek, biyoteknoloji ve aşı üretimi gibi stratejik alanlarda kamu gücünü artırmak gösterilmiştir. Ancak bugüne kadar işleyişine bakıldığında TÜSEB’in esas olarak, sağlık alanını piyasaya açma sürecinde sermayenin çıkarlarını koruyan, özel sektöre kaynak aktaran ve kamu sağlığının kamusal değil ticari kriterlerle düzenlenmesini sağlayan bir yapıya dönüştüğü görülmektedir.

TÜSEB, özel hastanelerin kalite ve yeterlilik değerlendirmelerini yapan kurullardan biri haline gelmiştir. Bu, kamu denetiminin piyasalaşma lehine yönlendirilmesi anlamına gelmektedir. Akreditasyon süreçlerinin bilimsel, etik ve toplumsal yarar odaklı değil, “hizmet verimliliği” adı altında müşteri memnuniyetine ve kâr getirisinin ölçülmesine göre yapılması, sağlık hizmetlerinin içeriğini şirket kriterlerine teslim etmektedir. TÜSEB bünyesindeki Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA), 2015’te kurulan bir yapı olarak Sağlık Bakanlığı’ndan almış olduğu protokolle kamu ve özel hastaneler için akreditasyon programları yürütmektedir.

Bu noktada TÜSEB, akreditasyondan doğrudan sorumlu değildir; bu görevi TÜSKA yürütmektedir. Fakat TÜSKA’nın tamamen TÜSEB içinde faaliyet göstermesi nedeniyle, bu süreçlerde TÜSEB’in sorumluluğu ve dolaylı denetim rolü kesinlikle vardır. TÜSEB’e bağlı TÜSKA, kalite ve akreditasyona dair kuralları belirleyip yürütmektedir. 2019’da başlayan özel hastane akreditasyonu, 2025’te zorunlu hale gelmiştir. Bu durum, kamusal sağlık hizmetlerinin teknik kriterlere bağlı olarak piyasalaşmaya açılması ihtimalini gündeme getirmektedir.

2024’te kamuoyuna yansıyan ve yenidoğan servislerinde haksız yatış, usulsüz fatura, SGK üzerinden milyonlarca liralık kamu zararına yol açan “yenidoğan çeteleri” skandalında, ilgili

hastanelerin akreditasyonlarının TÜSEB onayıyla alındığı ileri sürülmektedir. Yenidoğan çetesi skandalı, sağlık sisteminin piyasa odaklı yönetiminin ve denetimsizlik halinin somut bir göstergesidir. TÜSEB gibi yarı kamusal kurumların, şeffaflık ve hesap verebilirlikten uzak yapıları, bu tür usulsüzlüklerin önüne geçmeyi zorlaştırmaktadır. TBMM Bebek Ölümlerini Araştırma Komisyonunda TÜSEB Başkanı'ndan yenidoğan çetesinde yer alan hastaneye ilişkin: "Eksiklerini tamamladıktan sonra akredite ettik" demesi büyük tartışmalara neden olmuştur.

TÜSEB'in asli görevlerinden biri olan sağlık bilimlerinde kamu yatırımı yapma iddiası, çoğu zaman özel sektöre 'iş birliği' adı altında yürütülmektedir. İlaç ve aşı geliştirme süreçlerinde kamu bütçesinden yapılan yatırımların sonuçları, özel firmalarla yapılan protokollerle ticarileştirilmekte; bilgi, teknoloji ve üretim hakkı kamunun elinden çıkmaktadır. Örneğin Yerli COVID-19 aşısı olan TURKOVAK, TÜSEB destekli geliştirilmiştir. Ancak üretim süreci, patentler ve dağıtım süreçlerinde özel şirketlerle yapılan anlaşmalar öne çıkmıştır. Ayrıca TURKOVAK'ın sonuçları hala muammadır. TÜSEB 2018 yılında yayınladığı tanıtım filminde yerli aşının önemi ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığına karşı aşı geliştirme çalışmalarının devam edildiğine dair bir çalışmanın olduğu belirtilmiştir. Ancak 2025 yılının ilk 6 ayında 13 kişi yaşamını yitirmiştir ve bilinen bir aşı henüz yoktur.

TÜSEB aracılığıyla finanse edilen Ar-Ge projeleri, sıklıkla kamu bütçesinin özel sektörün patent ve üretim kontrolüne kaydırılmasına neden olmaktadır. Bu durum, kamu biliminin ticarileştirilmesinin ötesinde, sağlık bilimlerinin serbest piyasanın insafına terk edilmesi anlamına gelmektedir.

Kanun teklifiyle sağlık alanında faaliyet yürüten kamu idarelerinin TÜSEB ve sermayesinin yarısından fazlası TÜSEB'e ait şirketlerden ihale yapmaksızın mal, hizmet ve danışmanlık alımı yapabilmesinin önü açılmaktadır. Bu düzenleme kamu kaynaklarının kullanımında şeffaflık, denetlenebilirlik ve eşit rekabet ilkelerini zayıflatan ciddi bir ayrıcalık yaratmaktadır. Kamu alımlarında temel alınması gereken kamu yararı, uygun maliyet ve hesap verebilirlik ilkeleri bu tür istisnalarla açıkça ihlal edilmektedir. Teklif idareye geniş bir takdir yetkisi tanıyarak kaynakların belirli kişi, şirket ya da yapılara yönlendirilmesine olanak sağlamakta ve keyfiliğe açık, denetim dışı uygulamalara kapı aralamaktadır.

Tıbbi Kenevirin Piyasaya Açılması ve Eczacılık Yetkisi

Kenevir yetiştiriciliğine hasredilen ilaç etkin maddesi üretimi amacı; tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri elde etme amacıyla kullanılmalı ve Tıbbi kenevir ihtiva eden tüm ürünlerin kontrolünün sağlanması amacı ile sadece eczanelerce satılabilmesi, bu ürünlere ait tüm ruhsat ve satış süreçlerinin Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenmesi önerisi getirilmiştir.

Tıbbi kenevir ürünlerinin üretimi, ruhsatlandırılması ve takibinin Sağlık Bakanlığı uhdesine alınması; satışlarının ise yalnızca eczanelerden yapılması yönündeki düzenleme olumludur. Bu düzenlemeyle ilgili olarak, kamuoyunda paylaşılan bazı kaygılar ve görüşler de bulunmaktadır.

Bunlar, özellikle ürünlerin denetlenmesi, halk sağlığı açısından güvenlik ve uluslararası uygulamalarla paralellik gibi önemli hususları içermektedir.

Ancak tıbbi kenevir türevli ürünlerin yalnızca eczanelerden satışa sunulmasının temel gerekçeleri arasında, ürünlerin içerik denetlenebilirliği ve farmakovijilans (ilaç güvenliği

takibi) yer almaktadır. Reçeteye bağlı izlenebilirlik, uygun hasta bilgilendirmesi ve ilaç takip sistemine kayıt gibi uygulamalar, halk sağlığı açısından kritik önemdedir. Eczane dışındaki denetimsiz satış kanallarının hem sağlık hem de adli sonuçları olabileceği belirtilmesi, tüketicinin güvenliği açısından önemli bir hassasiyeti yansıtmaktadır. Bu açıdan, eczane satış tekeli, ilaç güvenliğinin ve hasta sağlığının korunması için mantıklı bir uygulama olarak görünmektedir.

Düzenleme küresel standartlarla uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Farmasötik danışmanlığın zorunlu olması da, hasta güvenliğinin ön planda tutulduğunu göstermektedir. Kenevir türevlerinin kronik ağrı, epilepsi, anksiyete gibi birçok klinik durumda etkinliği kabul görmüştür. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2018 raporundaki CBD’nin bağımlılık yapmadığı ve iyi tolere edildiği bilgisi, bu ürünlerin güvenli kullanımına dair önemli bilimsel dayanaklar sunmaktadır. Bu noktada, bilimsel danışmanlıktan kopmadan ve farmasötik etik içinde kullanılması gerektiği yönündeki vurgu, hasta sağlığını önceliklendiren önemli bir yaklaşımdır.

SONUÇ VE TALEP

Sağlık yalnızca bireyin değil toplumun bütünüyle ilgili; yalnızca tedavinin değil, yaşam hakkının ve sosyal adaletin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle sağlık hizmetleri, piyasa mantığına değil; kamusal sorumluluğa, toplumsal ihtiyaçlara ve insan onuruna dayanmalıdır. Ancak bu kanun teklifi, Türkiye’nin yıllardır içinde debelendiği piyasacı sağlık modelini daha da derinleştirmekte; sağlık hakkını bir ayrıcalığa, sağlık hizmetini ise bir ticari faaliyete dönüştürmeyi hedeflemektedir.

Teklifteki düzenlemeler, sağlık sisteminde yaşanan yapısal krizleri çözmek bir yana, bu krizlerin kaynağı olan politikaları kurumsallaştırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri göz ardı edilmekte; sağlık çalışanlarının emekleri değersizleştirilmekte, gençlerin geleceği plansız eğitim ve istihdam politikalarıyla belirsizliğe sürüklenmekte; halkın sağlık hakkı, reklam, performans, skor ve dijital platformlarla yönetilen bir “müşteri deneyimi”ne indirgenmektedir.

Anadilinde sağlık hizmetine erişim, kamusal yeşil alanların korunması, sağlık alanında demokratik katılım, veri güvenliği, meslek örgütlerinin özerkliği ve sağlık emekçilerinin güvenceli istihdamı gibi temel ilkeler bu teklifin hiçbir yerinde gözetilmemiştir. Bu haliyle teklif, teknik bir düzenleme değil, ideolojik bir tercihin ürünüdür: **Sağlığı toplumsal bir hak olmaktan çıkarıp, sermayeye devretme sürecinin yeni bir adımıdır.**

DEM Parti olarak bizler, bu teklife karşı çıkarken yalnızca maddelere değil, bu maddelerin temsil ettiği zihniyete itiraz ediyoruz. Bizim savunduğumuz sağlık sistemi:

- **Kamucudur:** Sağlık hizmetleri tüm yurttaşlara eşit, ücretsiz ve nitelikli biçimde sunulmalıdır.
- **Eşitlikçidir:** Dil, cinsiyet, yaş, bölge, sınıf ve dijital yeterlilik farkı gözetmeden herkesi kapsamalıdır.
- **Demokratiktir:** Sağlık politikaları, emek ve meslek örgütlerinin, üniversitelerin, sendikaların ve toplumun katılımıyla şekillenmelidir.

- **Anadilindedir:** Sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanabilmesi için, anadilde sağlık hizmeti anayasal bir hak olarak tanınmalı ve bu doğrultuda gerekli yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılmalıdır.
- **Koruyucudur:** Hastalıkları tedavi etmek kadar sağlıklı yaşam koşullarını inşa etmeyi hedeflemelidir.
- **Ekolojiktir:** Yeşil alanları korumalı, afetlere karşı dayanıklı sağlık altyapısı kurmalıdır.
- **Veri güvencelidir:** Yurttaşların kişisel sağlık verileri, şeffaf ve kamusal denetim altında güvence altına alınmalıdır.

Bu teklif Genel Kurul sürecinde halk sağlığını önceleyen, sağlık emekçilerine kulak veren, demokratik ve kamucu bir sağlık reformuna dönüşmelidir.

Hüseyin Olan
Bitlis

Ömer Faruk Gergerlioğlu
Kocaeli

MUHALEFET ŞERHİ

24/06/2025 Tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına havale edilen 2/3174 esas numaralı Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi; 27 madde, 1 geçici madde, yürürlük ve yürütme maddeleriyle birlikte toplam 30 madde olarak 26 Haziran 2025 ve 3 Temmuz 2025 tarihlerinde Sağlık, Aile, Çalışma Ve Sosyal İşler Komisyonunda görüşülmüştür.

Kanun Teklifi ile ;

- 984 sayılı Kanuna eklenen maddeyle, ecza ticarethanelerinin tıbbi ürünler ve özel amaçlı gıdaların tedarik zincirindeki hareketlerini takip sistemine bildirmesi zorunlu hale getirilmiştir. Aykırılık durumunda idari cezalar öngörülmüştür.
- 1219 sayılı Kanunun 12. maddesinde değişiklik yapılarak hekimlerin en fazla iki özel sağlık kuruluşunda çalışabileceği düzenlenmiş; SGK ve kamu ile sözleşmesi olup olmamasına bakılmaksızın çalışma hakkı tanınmıştır.
- 1219 sayılı Kanunun 70. maddesine, elektronik ortamda muvafakat alınmasına ve bu sürecin BTK görüşü alınarak Sağlık Bakanlığınca düzenleneceğine dair hükümler eklenmiştir.
- 1219 sayılı Kanunun ek 13. maddesinde diş protez teknisyeni/teknikeri tanımı güncellenmiş, yeni meslek grubu olarak “nükleer tıp teknikeri” tanımlanmış, bazı alt bentler yürürlükten kaldırılmıştır.
- 1219 sayılı Kanunun geçici 9. maddesinde süre uzatımı yapılmış, aile hekimliği uzmanlığı için özel şartlar belirlenmiş ve döner sermaye ödemelerine ilişkin düzenleme getirilmiştir.
- 1219 sayılı Kanuna eklenen geçici maddeyle, sağlık meslek liselerinde sadece belirli programlara yeni öğrenci alınabileceği düzenlenmiş, mevcut öğrencilerin hakları korunmuştur.

- 1219 sayılı Kanuna eklenen geçici maddeyle, özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin mevcut izinleri için 1/6/2026 tarihine kadar yeniden başvuru yapmaları zorunlu hale getirilmiştir.
- 1262 sayılı Kanuna eklenen maddeyle, ruhsat/izin sahiplerinin tedarik zincirini takip sistemine bildirim yapma zorunluluğu getirilmiş, aykırılık durumunda idari para cezaları düzenlenmiştir.
- 2313 sayılı Kanunun 23. maddesinde değişiklik yapılarak, kenevir ürünleri dâhil tıbbi ve kişisel bakım ürünlerinin kapsamı genişletilmiş; ruhsat, takip ve satış işlemleri Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır.
- 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanunun 24 üncü maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesine ibare eklenmek istenilmektedir.
- 6197 sayılı Kanunun 44 üncü maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.
- 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.
- 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanunun 14 üncü maddesi değiştirilmiş ve yeni fıkralar eklenmiştir.
- 3194 sayılı İmar Kanununa toplam yüz ölçümü 2.500 m²'den büyük parklarda sağlık tesisleri yapılabilmesine dair ek madde eklenmiştir.
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 11 inci maddesine, özel sağlık kuruluşlarının reklam sınırlarını belirleyen yeni fıkra eklenmiştir.
- 3359 sayılı Kanuna, sahte tıbbi cihazları piyasaya arz edenler ve kurallara aykırı satış yapanlara ilişkin ağır idari para cezalarını düzenleyen ek madde eklenmiştir.
- 3359 sayılı Kanuna, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun mali belge talep yetkisini düzenleyen ek madde eklenmiştir.
- 3359 sayılı Kanuna, Sağlık Bakanlığının sağlık bilişimi ve teknolojisi ürünlerini denetleme yetkisini içeren ek madde eklenmiştir.
- 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nda yapılan değişiklikle, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve ona bağlı şirketlerce sağlık alanında üretilecek mal ve hizmet alımları Kamu İhale Kanunu kapsamı dışına çıkarılmıştır.
- 5193 sayılı Kanunun 12. maddesi değiştirilerek optisyenlerin müessesesi kayıtlarını Bakanlık esaslarına göre tutmaları zorunlu hale getirilmiştir.

- 5193 sayılı Kanunun 15. maddesinde düzenleme yapılarak 6. maddeye aykırı hareket eden optisyenlere 100 bin TL’den 1 milyon TL’ye kadar ceza verilmesi ve tekrarında meslekten men uygulanması hükme bağlanmıştır.
- 5193 sayılı Kanunun ek 1. maddesi yeniden düzenlenerek odalara üyelik zorunluluğu getirilmiş; oda ve birlik yapıları, görevleri, seçim ve disiplin kurulları detaylı şekilde tanımlanmıştır.
- 5193 sayılı Kanuna eklenen maddeyle, optisyenler için disiplin cezaları (kınama, para cezası, meslek icrasını durdurma) belirlenmiş, uygulanma usulleri detaylandırılmıştır.
- 5193 sayılı Kanunun geçici 4. maddesinde, birlik organları ile ilgili seçim hükümleri kaldırılmış, diğer geçici düzenlemeler yürürlükten kaldırılmıştır.
- 663 sayılı KHK’nin mülga 57. maddesi yeniden düzenlenerek ruhsat, sertifika ve benzeri belgeler için alınacak ücretlerin sınırı, artış yöntemi ve istisnaları belirtilmiştir.
- 663 sayılı KHK’ye eklenen maddeyle, sözleşmeli personelin disiplin işlemlerinde 657 sayılı Kanun hükümlerinin esas alınacağı ve ceza türleri detaylandırılmıştır.
- 663 sayılı KHK’ye bağlı cetvelde değişiklik yapılarak uzman personelin görev alanı il sağlık müdürlüklerine ek olarak 100.000 nüfusu aşan ilçe sağlık müdürlüklerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir.
- Eczane, ecza ticarethaneleri ve ruhsat sahipleri için takip sistemi uyumsuzluklarının giderilmesine 3 ay süre verilmiş; bu süre içinde düzeltme yapılırsa idari ceza uygulanmayacağı hükme bağlanmıştır.

Genel Üzerine Değerlendirmeler

Sağlık, yalnızca hastalıkların tedavisiyle sınırlı olmayan; toplumun her bireyinin doğumdan ölüme kadar onurlu, erişilebilir, nitelikli ve eşit hizmet almasını garanti altına alan temel bir insan hakkıdır. Bu hak, çağdaş bir devletin en asli sorumluluklarından biridir. Bu bağlamda, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulan “Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi” ne yazık ki, sağlık sistemimizin yapısal sorunlarını çözmekten uzak, parça parça müdahaleler içeren, yer yer özensiz, yer yer de kamu yararı yerine sektörel çıkarları önceleyen bir düzenleme olmuştur.

Teklifin gerek hazırlanış biçimi gerekse içeriği, sağlık sisteminin ana damarlarında bir reform ihtiyacına yanıt vermemektedir. Oysa ülkemizin sağlık alanında ihtiyaç duyduğu şey, günü kurtaran yönetmelik değişiklikleri değil; şeffaf, kapsayıcı, bilimsel veriye dayanan, tüm paydaşların katılımıyla oluşturulmuş, stratejik bir reform anlayışıdır.

İlgili teklif görüşmeleri sırasında özellikle şu temel başlıklarda ciddi sakıncalar tespit edilmiştir:

- Özel hastanelerde tekelleşmenin önü açılarak serbest rekabet ortamının ortadan kaldırılması,
- Elektronik onam ve dijital dönüşüm süreçlerinde hasta güvenliğinin ve hekim sorumluluğunun açıkça tanımlanmaması,
- SAHU sisteminde olduğu gibi sağlık insan gücü planlamasında kısa vadeli çözümlerin uzun vadeli zararlara neden olabilecek nitelikte olması,
- Uyuşturucu ve benzeri maddelere ilişkin algı yönetiminin halk sağlığını tehdit edecek biçimde zayıf bırakılması,
- TÜSEB'in bağlı şirketleri dışında benzer kamu üreticilerine de aynı imkanlar tanınmalı tekelleşme engellenmelidir. Kamu İhale Kurum'un dışına çıkarılması, rekabetin ve şeffaflığın zayıflamasına neden olabilir.

Aynı şekilde, elektronik onam sistemine ilişkin maddeler de teknik bir dönüşüm olarak lanse edilse de; hekim-hasta iletişimini dijital bir formaliteye indirgeme riski taşımaktadır. Hekimin açıklayıcı, hastanın anlayarak onay verdiği bir süreç, yerini mekanik tıklamalara bırakmaktadır. Bu, ne hasta haklarıyla ne de hekimlik etiğiyle bağdaşır.

Öte yandan, birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğini doğrudan ilgilendiren SAHU modeli, sadece eğitim süresini kısaltarak bu alanı güçlendireceğini iddia etmektedir. Oysa sahadaki tablo çok nettir: pratisyen hekimlerimizin büyük çoğunluğu bu sisteme mesafeli

yaklaşmakta, uzman hekim oranı %13 gibi oldukça düşük bir seviyede kalmaktadır. Eğitim, sadece süresiyle değil, niteliğiyle değerlendirilmelidir.

Madde bazlı eleştirilerimiz ayrıntılı olarak şerhimizin ilgili bölümlerinde sunulmuştur. Ancak teklifin geneli değerlendirildiğinde ortaya çıkan tablo açıktır: bu düzenleme, bütüncül bir sağlık politikası vizyonu taşımamaktadır. Ne hekimlerimizin haklarını korumakta, ne hastaların nitelikli sağlık hizmetine erişimini güvence altına almakta, ne de sağlıkta dönüşümün sosyal yönünü göz önünde bulundurmaktadır.

İYİ Parti Grubu olarak önerimiz; bu kanun teklifinin geri çekilerek sağlık hizmetlerini şekillendirecek gerçek bir reformun, katılımcı bir anlayışla, tüm tarafların, hekimlerin, sağlık çalışanlarının, üniversitelerin, STK'ların, hasta temsilcilerinin katkısıyla yeniden yapılandırılmasıdır.

Sağlık, toplumun tamamını ilgilendiren bir haktır. Bu hak, ideolojik tartışmalardan ve sektörel pazarlıklardan bağımsız, insan onurunu esas alan bir sistemle korunmalıdır.

Usul Üzerine Değerlendirmeler

Görüşülmekte olan kanun teklifinin Komisyon aşamasındaki müzakere süreci, anayasal demokratik parlamenter sistemin temelini oluşturan kanun yapma usullerine ve yerleşik teamüllere aykırı bir biçimde yürütülmüş, bu durum teklifin meşruiyetine en başından gölge düşürmüştür. Bu çerçevede, usule ilişkin temel itirazlarımız aşağıda ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Toplumsal tamamını doğrudan ilgilendiren ve sağlık gibi temel bir hak alanında bu denli köklü ve çok katmanlı değişiklikler öngören bir kanun teklifinin Komisyon görüşmeleri esnasında, teklifin birinci dereceden sorumlusu ve uygulayıcısı olan yürütme organının temsilcisi konumundaki Sağlık Bakanı'nın hazır bulunmaması, parlamentonun denetim hakkının ve yürütmenin hesap verebilirlik ilkesinin esastan zedelenmesi anlamına gelmektedir. Milletvekillerinin, teklifin arkasındaki gerekçeleri, amaçlanan hedefleri ve olası sonuçlarını bizzat Sayın Bakan'dan dinleme, kendisine doğrudan sorular yönelterek kamuoyu adına denetim görevini etkin bir şekilde yerine getirme imkânı ortadan kaldırılmıştır. Bu durum, yasama faaliyetinin ciddiyetiyle bağdaşmayan ve teklifin içeriğine dair endişeleri daha da derinleştiren, demokratik bir hukuk devletinde asla kabul edilemeyecek son derece kritik bir usul eksikliğidir.

Kanun yapma tekniği açısından son derece sorunlu olan ve öngörülebilir, belirli ve tek bir konuya odaklanması gereken yasa yapma idealinden uzaklaşarak birbiriyle doğrudan hiçbir ilgisi bulunmayan çok sayıda düzenlemenin aynı metin içerisine sıkıştırıldığı "torba kanun" usulü, bu teklifte de maalesef bir kez daha karşımıza çıkmıştır. Hekimlerin özel sağlık kuruluşlarındaki çalışma koşullarından organ nakli koordinatörlerinin statüsüne, optisyenlerin meslek odası kurmasından belediyelere ait parklara sağlık tesisi inşa edilmesine olanak tanınmasına kadar onlarca farklı konunun, bütüncül bir yaklaşımdan uzak şekilde tek bir oylamaya sunulması, milletvekillerinin iradesini sakatlamakta ve her bir maddenin kendi özgül koşulları içinde etraflıca tartışılmasını imkânsız kılmaktadır. Bu yöntem, yasama organının yetkilerini etkin bir şekilde kullanmasının önünde ciddi bir engel teşkil etmekle kalmamakta, aynı zamanda kamuoyunun düzenlemeleri sağlıklı bir biçimde takip etmesini ve tartışmasını da engelleyerek yasama kalitesini ve şeffaflığı ciddi anlamda düşürmektedir.

Hazırlanan kanun teklifinde yer alan düzenlemelerden doğrudan ve dolaylı olarak etkilenecek olan hekimler, diş hekimleri, eczacılar, ebeler, hemşireler ve diğer tüm sağlık meslek mensuplarının çatı örgütleri olan Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, sendikalar ve hasta hakları dernekleri gibi temel paydaşların hazırlık aşamasında görüşlerine başvurulmamış olması, teklifin toplumsal meşruiyetini ve uygulanabilirliğini zayıflatan en temel eksikliklerden biridir. Sağlık politikaları gibi son derece teknik ve hayati bir alanda, sahanın gerçekliklerinden ve uygulayıcıların deneyimlerinden kopuk, sadece bürokratik bir bakış açısıyla hazırlanan metinlerin, var olan sorunları çözmek yerine yeni ve daha karmaşık problemlere yol açacağı aşîkârdır. Demokratik yönetişimin vazgeçilmez bir unsuru olan katılımcılık ilkesi, bu teklifin hazırlık ve müzakere sürecinde ne yazık ki tamamen göz ardı edilmiştir.

Teklifin geneli ve maddeleri üzerindeki görüşmelerin, demokratik bir müzakere ve olgunlaşma sürecinden ziyade, iktidar çoğunluğunun teklifi bir an evvel yasalaştırma aceleciliği içinde, son derece kısıtlı bir zaman diliminde ve yüzeysel bir şekilde tamamlandığı açıkça görülmektedir. Öyle ki kanun teklifinin Komisyon görüşmeleri, 26 Haziran 2025 tarihinde başlamıştır. Lakin anlaşılamayan sebeplerle ilgili kanun teklifinin Komisyon görüşmeleri başladıktan sonra 3 Temmuz 2025 Perşembe tarihine ertelenmiştir. Komisyon'un bu şekilde kesintiye uğratılarak çalışmasının hiçbir manası olmamış hatta süreci olumsuz etkilemiştir. Teklifin özellikle geneline ve usulüne ilişkin görüşmeler ile maddelerin görüşülmesi arasında kopukluk olmuştur. Ez cümle teklif bir bütün olarak değil parça parça görüşülmüştür. Bu da kanun görüşme usulüne aykırılık teşkil etmiştir.

Muhalefet milletvekilleri tarafından dile getirilen ve teklifin Anayasa'nın güvence altına aldığı çalışma hakkı ve özgürlüğü, mülkiyet hakkı, eşitlik ilkesi ve hukuk devleti prensipleriyle çelişme potansiyeli taşıyan maddelerine ilişkin ciddi anayasallık kaygıları, yeterli hukuki ve fiili tartışma zemini bulamadan geçiştirilmiştir. Böylesine önemli ve Anayasa'ya aykırılık potansiyeli yüksek bir teklifin, yeterli olgunluğa erişmeden ve üzerinde titiz bir anayasallık denetimi yapılmadan aceleyle yasalaştırılmaya çalışılması, yasama sürecinin ruhuna ve Anayasa'nın üstünlüğü ilkesine temelden aykırıdır. Bu sebeplerden ötürü ilgili teklifin usul yönünü kabul etmediğimizi belirtiyoruz.

Maddeler Üzerine Değerlendirmeler

Madde 3

Teklif ile hastanede hastalardan alınacak muvafakatin yalnızca fiziki olarak değil, elektronik ortamda da alınmasına imkân tanınması hedeflenmektedir. Dijitalleşme ve bürokratik işlemlerin azaltılması bakımından ilk bakışta olumlu gibi değerlendirilebilecek bu düzenleme, uygulamada birçok sakınca doğurma potansiyeli taşımaktadır.

Her şeyden önce, sağlık hizmeti alan bireylerin dijital okuryazarlık seviyesi homojen değildir. Özellikle yaşlılar, kırsal bölgelerde yaşayanlar veya teknolojik cihazlara erişimi olmayan bireyler açısından, elektronik ortamda alınacak muvafakatin gerçek ve bilinçli bir iradeyi yansıtır yansıtmadığı tartışmalıdır. Bu durum, rızanın geçerliliği konusunda ciddi hukuki belirsizlikler doğurabilecektir.

Daha da önemlisi, hekim ile hasta arasındaki yüz yüze bilgilendirme süreci, hasta haklarının en temel unsurlarından biridir. Hastaya uygulanacak tıbbi işlemin niteliği, olası riskleri, alternatif tedavi yöntemleri ve diğer kritik hususlara ilişkin bilgilendirme yükümlülüğü, ancak doğrudan iletişimle ve karşılıklı anlama esasına dayalı olarak yerine getirilebilir. Elektronik ortamda alınan muvafakatin, bu süreci yalnızca bir onay kutusuna indirgemesi riski oldukça yüksektir. Bu ise hem etik açıdan sakıncalı hem de hasta güvenliği bakımından tehlikelidir.

Ayrıca, söz konusu düzenlemenin hazırlanmasında hasta hakları savunucuları, tabip odaları, etik kurullar ve ilgili hukukçuların görüşlerinin alınmamış olması, sürecin demokratik meşruiyetini zayıflatmaktadır. Sağlık hizmetinin yalnızca teknik bir işlem değil, insani yönü ağır basan bir kamusal hizmet olduğu göz önünde bulundurulduğunda, böyle bir düzenlemenin bu yönü gözözetmeksizin hazırlanması kabul edilemez.

Bu nedenlerle, hastalardan elektronik ortamda muvafakat alınmasına imkân tanıyan söz konusu düzenleme gerek uygulamada yaratacağı hak ihlalleri gerekse sağlık hizmetlerinin niteliğini zayıflatacak yönleri itibarıyla tarafımızca uygun görülmemektedir. Maddenin teklif metninden çıkarılması gerektiği kanaatindeyiz. Bu sebeplerle vermiş olduğumuz önerge AK Parti ve MHP oylarıyla reddedilmiştir.

Madde 5

Teklif ile aile hekimliği sisteminde uzman aile hekimlerinin sayısının artırılması hedeflenmekte olup, bu hedef ilkesel olarak yerinde bir amaç taşımaktadır. Ancak bu amaca ulaşmak için geliştirilen uygulama yöntemi, sahadaki mevcut veriler ve paydaş görüşleri ışığında yetersiz kalmaktadır.

Sahada, Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapan hekimlerin %87'sinin pratisyen, yalnızca %13'ünün ise aile hekimliği uzmanı olduğu görülmektedir. Bu veriler, uzman aile hekimi yetiştirme politikasının istenen düzeyde işlemediğini açık biçimde ortaya koymaktadır. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (AHU) ile Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) sistemlerinin uygulama pratiğinde ortaya çıkan sorunlar, sistemin etkinliğini azaltmaktadır.

SAHU programı kapsamındaki hekimlerin süreçte yaşadıkları haklı sıkıntılar; eğitim niteliği, görev tanımı belirsizlikleri ve kariyer planlaması sorunları başta olmak üzere çok sayıda yapısal sorunu gündeme getirmiştir. Öte yandan, AHU programına devam eden hekimlerin de sistemdeki eksiklikler, uyumsuzluklar ve sahadan kopukluk gibi eleştirileri bulunmaktadır. Her iki gruptan da gelen olumlu öneriler dikkate alındığında, mevcut yapının hem akademik hem de pratik düzeyde yeniden değerlendirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmeti, koruyucu sağlık sisteminin temel direğidir. Bu alandaki eğitim ve istihdam politikalarının yalnızca eğitim süresine veya program yapısına indirgenmeden, sağlık sisteminin bütününe kapsayan stratejik bir anlayışla ele alınması gerekmektedir. Sağlık sisteminin ihtiyaçlarını gözeten, bilimsel esaslara dayalı, akademi-saha-vatandaş üçgenini merkeze alan ve ortak akılla şekillendirilmiş yeni bir modelin geliştirilmesi elzemdir.

Bu bağlamda, teklifin mevcut haliyle yasalaştırılması yerine; sürece taraf olan tüm paydaşların yani aile hekimleri, pratisyen ve uzman hekimler, tıp fakülteleri, meslek örgütleri, sivil toplum kuruluşları ve hasta temsilcileri katılımıyla istişare süreci yürütülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Ortak amaçlar net biçimde tanımlanmalı; hedefler, beklentiler ve uygulama yöntemleri üzerinde toplumsal ve mesleki uzlaşa sağlanmalıdır.

Bu gerekçelerle, ilgili maddenin yeniden düzenlenmesi ve teklifin bu haliyle kabul edilmemesi gerektiği görüşündeyiz. Bu sebeplerle vermiş olduğumuz önerge AK Parti ve MHP oylarıyla reddedilmiştir.

Madde 9

Teklif ile kenevir bitkisinin yalnızca ilaç üretiminde kullanılan etken maddesi amacıyla değil, aynı zamanda tıbbi ürünler, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri üretimi amacıyla da kullanılmasına yönelik yasal zemin oluşturulmaktadır. Bu genişletici düzenleme, kamu sağlığı, genç nüfusun korunması ve uyuşturucuyla mücadele politikaları açısından ciddi riskler içermektedir.

Bilimsel çevrelerde yaygın olarak kabul edildiği üzere, kenevir bitkisinden türetilen bazı bileşenler psikoaktif etkiler taşımaktadır. Bu bileşenlerin doğrudan ilaç olarak değil; sağlık destek ürünü, takviye edici gıda ya da kozmetik ürün içerikleri olarak yaygınlaştırılması, toplumda uyuşturucu maddelere karşı oluşmuş duyarlılığı zayıflatacak ve normalleştirme etkisi yaratacaktır. Bu durum, özellikle genç nüfus açısından psikososyal açıdan ciddi riskler doğuracaktır.

Düzenleme, ürünlerin yalnızca eczanelerde satılacağı şeklinde bir güvence sunsa da, uygulamada denetim mekanizmalarının zayıflığı göz önüne alındığında bu hüküm yeterli koruma sağlamaktan uzaktır. Uyuşturucuya karşı etkin mücadelede temel ilke, erişimin zorlaştırılması ve kullanım alanlarının daraltılmasıdır. Oysa bu düzenleme, dolaylı yoldan erişimi kolaylaştırmakta ve kullanım alanlarını yaygınlaştırmaktadır.

Ayrıca, kenevirin kullanım alanlarının bu denli genişletilmesi, arz-talep dengesini değiştirecek; üretim, işleme ve dağıtım süreçlerinde kontrolsüzlüğü artıracaktır. Bu da psikoaktif içeriklerin suistimal edilme riskini büyütecek ve madde bağımlılığı ile mücadelede geri dönüşmesi güç sonuçlar doğurabilecektir.

Bu nedenlerle, kamu sağlığının korunması ve genç nüfusun bağımlılıktan uzak tutulması bakımından son derece sakıncalı sonuçlar doğurma potansiyeli taşıyan söz konusu maddenin teklif metninden çıkarılması gerektiği kanaatindeyiz. Bu sebeplerle vermiş olduğumuz önerge AK Parti ve MHP oylarıyla reddedilmiştir.

Madde 19

Kamu İhale Kanunu, ülkemizde kamu harcamalarının şeffaf, etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini temin etmek amacıyla 2002 yılında yürürlüğe girmiş temel bir düzenlemedir. Bu Kanun'un ruhu ve temel ilkeleri; rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini, kaynakların verimli kullanılmasını ve ihtiyaçların uygun şartlarla, zamanında karşılanmasını sağlamaktır.

Ancak son dönemlerde, bazı kamu kurum ve kuruluşlarının bu Kanun kapsamı dışına çıkarılmasına yönelik düzenlemelerin giderek artması, ihale mevzuatımızın temel prensiplerine ciddi zararlar vermektedir. Gündemimizdeki kanun teklifinin ilgili maddesiyle Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) ile sermayesinin yarısından fazlası bu Başkanlığa ait şirketlerin ürettiği tıbbi ürünlerin, sağlık alanında faaliyette bulunan diğer kamu idareleri tarafından doğrudan alınabilmesi sağlanmaktadır. Bu düzenleme, Kamu İhale Kanunu'nun temel ilkelerine aykırıdır.

Yapılan bu muafiyetler neticesinde, aynı alanda faaliyet gösteren iki kamu kurumu arasında dahi farklı uygulamalar ortaya çıkmaktadır. Bir kurum kamu ihale kurallarına tabi tutulurken, diğeri bu kapsamın dışında bırakılmaktadır. Bu durum, anayasamızda güvence altına alınan eşitlik ilkesine açıkça aykırılık teşkil etmektedir. Kamu kurumları arasında dahi tesis edilen bu tür ayrımcılıklar, adil olmayan bir rekabet ortamı yaratmakla kalmayıp, piyasada haksız avantajlar doğurmakta ve serbest piyasa ekonomisinin işleyişine zarar vermektedir.

Kamu İhale Kanunu'nun en önemli işlevlerinden biri, kamu kaynaklarının verimli ve hesap verebilir bir şekilde kullanılmasını sağlamaktır. İhale süreçlerinin şeffaf olması, kamuoyunun denetimini mümkün kılar. Tekliflerin değerlendirme raporlarının yayımlanması ve itiraz mekanizmalarının açık olması, vatandaşın ve sivil toplumun denetim hakkını kullanabilmesini sağlamaktadır. Oysa muafiyet tanınan durumlarda bu denetim mekanizmaları ya hiç işletilememekte ya da tamamen şekli düzeyde kalmaktadır. TÜSEB ve şirketlerine tanınan bu muafiyet, kaynakların etkin kullanılıp kullanılmadığına dair şüpheler yaratmakta ve hesap verebilirlik mekanizmalarını zayıflatmaktadır. Bu durum, kamu zararına yol açma potansiyeli taşımaktadır.

İhale süreçlerinde şeffaflık ve denetim, yolsuzlukların ve usulsüzlüklerin önlenmesi için hayati öneme sahiptir. Kanun teklifindeki bu madde, TÜSEB ve bağlı şirketlerini kamu denetiminin dışında bırakarak, kamu alımlarının gizlilik perdesi altında yapılmasına zemin hazırlamaktadır.

Kamu kaynaklarının nasıl harcandığına dair kamuoyunun bilgi edinme ve denetleme hakkı bu düzenlemeyle kısıtlanmaktadır.

Yukarıda açıklanan gerekçelerle, söz konusu maddenin kanun teklifi metninden ivedilikle çıkarılması gerekmektedir. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ile sermayesinin yarısından fazlası bu Başkanlığa ait şirketlerin, tüm iş ve işlemlerinde Kamu İhale Kanunu kapsamına tabi olması hem eşitlik ilkesinin tesis edilmesi hem de kamu kaynaklarının şeffaf ve denetlenebilir bir şekilde kullanılması açısından elzendir. Komisyon görüşmelerinde maddenin teklif metninden çıkarılması amacıyla sunduğumuz önerge iktidar grubunun oylarıyla reddedilmiştir.

Sonuç

Yukarıda hem usule hem de esasa ilişkin olarak detaylıca izah ettiğimiz üzere, görüşülen “Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi,” demokratik hukuk devletinin en temel kanun yapma ilkelerini ve usullerini hiçe sayan bir anlayışla hazırlanmıştır. Teklifin birinci dereceden muhatabı olan Sağlık Bakanı’nın Komisyon görüşmelerine katılmaması, teklifin bir “torba kanun” şeklinde sunulması maddelerin etraflıca müzakere edilmesinin engellenmesi, hekimler, meslek örgütleri ve hasta hakları savunucuları gibi temel paydaşların sürecin dışında bırakılması, teklifin usul açısından ne denli sakat olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Esas yönünden incelendiğinde ise teklif, sağlık sisteminin kangren haline gelmiş sorunlarına çözüm getirmekten uzak olduğu gibi, yeni ve daha büyük sorunlara kapı aralamaktadır.

Tüm bu usul ve esasa ilişkin sakıncalar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, söz konusu kanun teklifinin kamu yararı taşımadığı, sağlık sistemini daha ileriye götürmeyeceği ve Anayasal ilkelere aykırılıklar barındırdığı net bir şekilde görülmektedir.

Açıklanan bu nedenlerle, Komisyon görüşmeleri sırasında sunduğumuz tüm yapıcı değişiklik önergeleri AK Parti ve MHP oylarıyla reddedilen bu teklifin bütününe karşı olduğumuzu ve “HAYIR” oyu kullandığımızı beyan ederek, işbu muhalefet şerhini Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin ve kamuoyunun takdirine sunduğumuzu saygıyla beyan ederiz.

Ahmet Eşref Fakıbbaba
Ankara

MUHALEFET ŞERHİ

Kanun teklifleri değerlendirilirken yalnızca içerdiği maddeler değil, aynı zamanda hangi sorun alanlarına temas etmediği de dikkate alınmalıdır. Bu açıdan bakıldığında, sunulan bu teklifin, sağlık alanında uzun süredir dile getirilen bazı yapısal sorunlara çözüm üretmediği; farklı kesimlerce ifade edilen temel beklentileri karşılamadığı görülmektedir.

Teklifte;

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine dair bütüncül, caydırıcılığı yüksek bir yasal mekanizma oluşturulmasına ilişkin herhangi bir düzenleme yer almamaktadır.
- TBMM Bebek Ölümleri Araştırma Komisyonu raporlarında da vurgulanan, belirli hastane gruplarına ilişkin denetim eksiklikleri ve suistimal iddialarını gidermeye yönelik herhangi bir yasal adım öngörülmemektedir.
- Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerin iş yükünü artıran ve hizmet sunumunu olumsuz etkileyen mevcut uygulamalara ilişkin herhangi bir iyileştirme önerisi sunulmamaktadır.
- Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan grup elemanlarının istihdam güvencesi, özlük hakları ve kadroya geçiş süreçlerine dair bir düzenleme teklifte yer almamaktadır.
- Randevu sistemine bağlı yaşanan erişim sorunlarını azaltacak veya sağlık hizmetlerine adil ve zamanında erişimi güçlendirecek bir değişiklik öngörülmemektedir.
- Nadir hastalıklarla yaşayan bireylerin tedaviye erişimi, sosyal destek mekanizmaları ve tanı süreçlerine ilişkin özel bir politika yaklaşımı ya da yasal düzenleme bu teklifte bulunmamaktadır.
- Sağlık alanında mezun sayısı artarken istihdam planlamasının yetersiz kaldığı, bu durumun atanamayan sağlık personeli sorununu büyüttüğü bilindiği hâlde, bu yapısal probleme ilişkin herhangi bir çözüm teklifi yer almamaktadır.
- Uzun süredir boş kalan uzmanlık dallarının tercih edilmesini destekleyecek şekilde Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) sistemi üzerinde yapısal bir düzenleme yapılmamaktadır.

Bu yönleriyle teklif, bazı teknik düzenlemeleri içermekle birlikte, sağlık sisteminin bütüncül ihtiyaçlarına yanıt verecek kapsamlı bir çerçeveden uzaktır. Aşağıda teklifin maddelerine ilişkin değerlendirmeler sunulmaktadır.

MADDE 2

Komisyon görüşmeleri neticesinde 1219 sayılı Kanunun 12. maddesinde yer alan “birden fazla” ibaresinin “en fazla iki” şeklinde değiştirilmiş olması, sağlık hizmetlerinin niteliği ve sağlık çalışanlarının iş yükü açısından belli ölçüde olumlu sonuçlar doğurabilecek bir müdahaledir. Hekimlerin birden fazla kurumda çalışmasından kaynaklanan dikkat dağınıklığı, hizmet kalitesindeki düşüş ve denetlenebilirlik sorunlarının azaltılması hedefi, yerinde bir hedef olarak değerlendirilebilir. Ancak bu değişiklik, içerdiği hukuki boşluklar ve maddede mevcut diğer düzenlemelerle oluşturduğu çelişkiler nedeniyle, amacı aşan sonuçlara yol açabilecek niteliktedir. Bakanlığın sağlık iş gücünü düzenleme yönündeki iradesi tek başına yeterli değildir; yapılan düzenlemenin hem mevcut yasal yapıyla tutarlı olması hem de uygulamada belirsizliğe yol açmaması gerekir.

Söz konusu değişiklik, bazı teknik ve hukuki belirsizlikleri beraberinde getirmektedir. Bu hususlara dikkat çekmek, düzenlemenin uygulamada sorun doğurmasını önlemek açısından elzemdir. Gündeme gelen düzenleme ile, tabiplerin, dış tabiplerinin ve uzman hekimlerin en fazla iki sağlık kurumunda çalışabileceği ve bu çalışmanın 5510 sayılı Kanunun 4/a bendi kapsamında sigortalı olarak yürütüleceği ifade edilmiştir. Öncelikle, 1219 sayılı Kanunun 12. maddesinde yer alan (a), (b) ve (c) bentlerine ilişkin “her biri kendi içinde olmak kaydıyla” ibaresi yürürlükte kalmaya devam etmektedir. Ancak aynı maddeye eklenen yeni cümlede, “Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi olup olmamasına bakılmaksızın” özel sağlık kuruluşlarında çalışmanın önü açılmaktadır. Bu durum, yukarıdaki “her biri kendi içinde olmak kaydıyla” ifadesiyle açık bir çelişki arz etmektedir. Yani, söz konusu bentler arasında geçişe izin vermeyen bir kural korunurken, alt fıkrada bu kuralı aşan bir düzenlemeye yer verilmiştir. Bu durum hukuki tutarlılık ilkesine aykırıdır ve ileride idari işlemlere yönelik itirazlara zemin hazırlayabilecek bir çelişki üretmektedir.

İkinci olarak, teklif metninde 4/a kapsamında sigortalı çalışma esas alınmakla birlikte, halen yürürlükte bulunan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nda serbest meslek uygulamalarına imkân tanıyan hükümler geçerliliğini korumaktadır. 7394 sayılı Kanun ile 2022 yılında yapılan düzenlemelerle,

sağlıyor gibi görünse de **vergi uygulamaları bakımından ciddi belirsizlikler doğurmaktadır.**

Nitekim halen yürürlükte olan **193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nun 66. maddesinin altıncı bendi**, tabiplerin, dış tabiplerinin ve diğer sağlık meslek mensuplarının, özel hastanelerde ya da muayenehanelerde sundukları sağlık hizmetlerini “**serbest meslek faaliyeti**” kapsamında değerlendirmektedir. Bu hüküm doğrultusunda, hekimlerin gelirleri **serbest meslek kazancı** olarak vergilendirilmekte ve bu nedenle **serbest meslek makbuzu düzenleme yükümlülüğü** doğmaktadır.

Bu durum, yeni yasa ile getirilen 4/a sigortalılık statüsüyle çelişmektedir. Çünkü hekim 1219 sayılı Kanuna göre bir işçi gibi sigortalı sayılmakta iken, **vergi denetimi sırasında Gelir Vergisi Kanunu hükümlerine göre serbest meslek erbabı kabul edilme riski** bulunmaktadır. Komisyon görüşmelerinde de ifade edildiği üzere, **vergi denetmenleri açısından 193 sayılı Kanun esas alınacağından**, bu çelişki hekimler açısından **hukuki ve mali riskler** doğuracaktır.

Bu nedenle, yalnızca sosyal güvenlik düzenlemelerinde yapılan değişikliklerin yeterli olmayacağı, **ilgili tüm mevzuatın birbiriyle uyumlu hâle getirilmesi gerektiği** açıktır. Hekimlerin hem sigorta statülerinde hem de vergi yükümlülüklerinde tutarlılık sağlanmadan yapılan düzenlemeler, uygulamada **çifte yükümlülük doğurabilir**; bu da hem hekimler hem de özel sağlık kuruluşları için ağır idari ve mali sonuçlar anlamına gelir.

Sonuç olarak, 4/a kapsamında sigortalı çalışmayı zorunlu hâle getiren düzenleme **ilkesel olarak desteklenebilir** olmakla birlikte, **193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu başta olmak üzere vergi mevzuatında gerekli değişiklikler yapılmadan** bu düzenlemenin uygulamaya konulması **yeni belirsizlik alanları yaratacak, yargıya taşınabilecek sorunlara neden olabilecektir**. Sağlık alanı gibi kritik bir sektörde mevzuat değişikliklerinin **parça parça değil, eşgüdüm içinde ve çoklu mevzuat bütünlüğü** gözetilerek gerçekleştirilmesi zorunludur.

Bununla birlikte; Düzenleme, hekimlerin yalnızca belirli kurumlarla sözleşme yapabilmesini zorunlu hâle getirerek, sağlık çalışanlarını serbest meslek mensubu kimliğinden uzaklaştırmakta, kimi durumlarda ise ekonomik bağımlılık ilişkisi doğurarak hekim emeği üzerinden kurumsal rant ilişkilerine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca, kurum sayısı yerine zaman

hekimlerin serbest meslek makbuzu düzenleyerek hizmet sunmaları mümkün kılınmışken, şimdi 4/a’lı sigortalı çalışmaya zorunluluk getirilmesi uygulamada ciddi bir karmaşa doğuracaktır. Bu noktada, ilgili tüm yasalarda bütüncül bir revizyona gidilmeden yapılacak değişikliklerin sağlık hizmet sunumunu sekteye uğratma riski bulunmaktadır.

Üçüncü olarak, düzenleme ile hekimlerin “en fazla iki” kurumda çalışabileceği hüküm altına alınsa da, mevcut durumda özel hastanelerde bir hekimin çalışabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan yönetmeliklerde belirlenen birtakım sınırlayıcı koşullar zaten fiili bir kısıt oluşturmaktadır. Örneğin bir hekimin bir özel hastanede hizmet sunabilmesi için aynı branşta en az üç kadrolu hekimin bulunması gerekmektedir. Bu şartı sağlayan kurum sayısı oldukça sınırlıdır. Dolayısıyla, yasal sınır getirilmiş olsa bile pratikte bu sınırın zaten aşılması mümkün değildir. Mevcut yönetmelikler yürürlükte kaldığı sürece getirilen değişikliğin sahada anlamlı bir karşılığı bulunmamaktadır.

Dördüncü olarak, düzenleme sonrasında yürürlüğe girecek yeni sistemin sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için, **Özel Hastaneler Yönetmeliği ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği** başta olmak üzere, bağlı tüm alt mevzuatlarda eş zamanlı değişiklik yapılması gerekmektedir. Bu konuda bir hazırlık yapılmadan yasalaşacak düzenleme, hem hekimler hem de özel sağlık kurumları açısından uygulama krizlerine neden olacaktır. Özellikle yaş haddini aşmış hekimler, yurt dışından dönen kadro muafiyeti olan hekimler ve belirli branşlarda kadro bulunmayan uzmanlar açısından ciddi belirsizlikler doğacaktır.

Son olarak, bu düzenlemenin kadro sınırlamaları ile ilgili uygulamalarda yeni sorunlara yol açabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, özel hastanelerde boş kalan kadroların belirli süre sonra Bakanlıkça iptal edilmesi, hastanelerin kısa süreli geçici hekim istihdamına yönelmesine ve bu durumun da sağlık hizmetinin istikrarı ile kalite standardı açısından zaaf oluşturmaya neden olabilir. Ayrıca, bazı yan dal uzmanlıklarına sahip hekimlerin, çalışabilecekleri kurumlarda uygun kadro bulunmadığı için farklı alanlarda görev alamamaları da yine hekimin mesleki haklarını kısıtlayacak başka bir sorundur.

Bir diğer önemli husus da, sağlık alanında yapılması planlanan bu düzenlemenin **vergi mevzuatıyla uyumsuzluğudur**. 1219 sayılı Kanuna eklenen ve hekimlerin özel sağlık kuruluşlarında **5510 sayılı Kanunun 4/a maddesi kapsamında sigortalı olarak çalışacaklarını** hükme bağlayan düzenleme, şeklen sosyal güvenlik mevzuatında bir netlik

esaslı bir sınırlamanın daha esnek ve uygulanabilir bir model oluşturacağı yönünde sahadan gelen görüşler göz ardı edilmiştir.

Tüm bu gerekçelerle, yapılan düzenlemenin mevcut mevzuatla uyumlu hâle getirilmeden ve tüm yönetmeliklerde gerekli değişiklikler yapılmadan yürürlüğe konulması, sağlık sisteminde geri dönüşmesi zor sorunlar doğurabilecektir. Sağlık alanında yasa yapım süreci, teknik bilgi kadar uygulama pratiğine hâkimiyet gerektirmektedir. Bu nedenle, ilgili düzenlemeler bir bütün olarak ele alınmalı, çelişkiler giderilmeli ve alan paydaşlarının görüşü dikkate alınarak yeniden değerlendirilmelidir.

MADDE 3

Elektronik ortamda muvafakat alınmasına imkân tanıyan bu düzenleme, sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin artması açısından ilk bakışta olumlu gibi görünmektedir. Ancak bu dönüşüm yalnızca teknik kolaylıklar çerçevesinde değerlendirilmemeli; hasta hakları, hekim sorumluluğu, rızanın mahiyeti ve kişisel verilerin güvenliği gibi çok boyutlu bir perspektifle ele alınmalıdır. Söz konusu değişikliğin bu yönleri ihmal ederek hazırlandığı kanaatindeyiz.

Her şeyden önce, bu düzenlemeyle getirilen “**muvafakat elektronik ortamda da alınabilir**” ifadesi, oldukça muğlak ve riskli bir alana işaret etmektedir. Tıbbi müdahaleye onay anlamına gelen **aydınlatılmış onam**, sadece bir “kutucuğun işaretlenmesi” veya “görmeden onaylama” süreci değildir. Bu, hastanın kendisine uygulanacak işlemler, riskler, alternatif yöntemler ve sonuçlar hakkında hekim tarafından bilgilendirilmesi ve bu bilgileri anlayarak özgür iradesiyle karar verebilmesini sağlayan, hukuki ve etik temelleri olan bir süreçtir. Elektronik ortamda bu süreçlerin nasıl işletileceği, hekim-hasta iletişiminin nasıl tesis edileceği belirsizdir.

Özellikle belirtmek gerekir ki **elektronik ortamda alınacak muvafakat ile bilgilendirme süreci arasında bir boşluk bulunmaktadır**. Hekimle yüz yüze kurulan ilişkinin yerini, salt teknik bir prosedürün alması; sürecin mekanikleşmesi, hatta bankacılık işlemleri gibi standartlaştığı bir yapı yaratabilir. Oysa sağlık hizmetleri bireysel, hassas ve özgül bir alan olup; “aydınlatılmış onam”ın özü, hastayla birebir, açık ve anlaşılır bir diyalog kurulmasına dayanmaktadır.

Bunun yanı sıra, Türkiye’de **dijital sağlık okuryazarlığı** henüz istenilen düzeye ulaşmış değildir. Özellikle yaşlı, kırsalda yaşayan, akıllı cihazı olmayan veya kullanamayan bireylerin bu sistemden nasıl faydalanacağı, iradelerinin ne ölçüde özgür biçimde yansıtılacağı ciddi bir

sorun alanıdır. Dijital ortamda alınan muvafakatlerde **kimlik doğrulama, rıza beyanının sahlılığı, bilginin anlaşılır şekilde sunulup sunulmadığı, rızanın baskı altında olup olmadığı** gibi noktalar net biçimde düzenlenmeden böyle bir uygulamaya geçilmesi, hem hastaların hem de hekimlerin hukuki güvenliğini tehlikeye atacaktır.

Ayrıca, **kişisel verilerin korunması ve siber güvenlik** boyutu bu maddede yalnızca yüzeysel biçimde ele alınmıştır. Pandemi döneminde Sağlık Bakanlığı verilerinin “dark web” ortamında satıldığına dair çok sayıda iddia kamuoyuna yansımış ve dönemin Ulaştırma Bakanı bu konuda doğrudan açıklama yapmak durumunda kalmıştır. Elektronik onam sisteminin siber saldırılara açık olması, tıbbi verilerin güvenliğini zafiyete uğraması durumunda telafisi güç zararlar doğurabilecektir.

Ayrıca, düzenlemede **sorumluluk zinciri** belirsizdir. Bir hata veya ihlal durumunda sorumluluğun hastada mı, hekimde mi, sistem sağlayıcısında mı, yoksa Sağlık Bakanlığı’nda mı olduğu tanımlanmamıştır. Bu durum, hem hastaların adalet arayışını hem de hekimlerin mesleki güvenliğini zora sokacaktır.

Elektronik muvafakate dair usul ve esasların **Sağlık Bakanlığı tarafından, BTK’nın uygun görüşüyle belirlenecek olması**, düzenleyici çerçevenin kapalı devre ve idari olarak şekillendirileceğini göstermektedir. Ancak bu denli hayati bir konuda **bağımsız tabip odalarının, hasta hakları savunucularının, bilişim hukukçularının ve akademik kuruluşların görüşlerinin alınması** zorunludur. Sağlık hizmeti, teknik bir işlem değil, toplumsal bir hizmettir; onun etik ve hukuki temelleri yalnızca bürokratik düzenlemelerle belirlenemez.

Son olarak belirtmek gerekir ki, hekimler açısından bu düzenleme **malpraktis davalarında delil yetersizliği ve hukuki sorumluluk riskini artırabilir**. Mahkemelerin hâlihazırda ıslak imza dışında alınan rıza belgelerini geçerli saymadığı örnekler mevcuttur. Hekimin hastayı yüz yüze bilgilendirdiğini ispat etme yükümlülüğü, elektronik ortamda alınan muvafakatle zayıflayabilir ve bu da hekimleri ağır sonuçlarla karşı karşıya bırakabilir.

Sonuç olarak, teknolojik ilerlemeye karşı olmadığımızı vurgulayarak belirtmek isteriz ki, elektronik onam uygulamasının hayata geçirilebilmesi için öncelikle:

- Dijital sağlık okuryazarlığının toplum genelinde artırılması,

- Veri güvenliği ve kimlik doğrulama sistemlerinin uluslararası standartlara kavuşturulması,
- Rıza sürecinin etik, hukuki ve psikolojik boyutlarını gözeten bir çerçevenin oluşturulması,
- Bağımsız uzman görüşlerinin sürece dahil edilmesi gerekmektedir.

Bu koşullar sağlanmadan yapılan bu düzenleme, hasta haklarının ihlali, hekimlerin sorumluluğunun artması ve kamuoyunun sağlık hizmetlerine olan güveninin zedelenmesi gibi sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle Madde 3’e bu şekliyle karşı olduğumuzu belirtir, düzenlemenin daha bütüncül ve insan odaklı bir yaklaşımla yeniden ele alınması gerekmektedir.

MADDE 4

Teklifin 4. maddesiyle “dış protez teknikeri” ifadesi “dış protez teknisyeni/teknikeri” olarak değiştirilmekte, ayrıca nükleer tıp teknikeri unvanı için kapsamlı bir görev tanımı yapılmakta ve bazı bentler yürürlükten kaldırılmaktadır. Bu düzenleme ilk bakışta meslek tanımlarına netlik kazandırıyor gibi görünse de, gerek eğitim politikaları, gerek sağlık insan gücü planlaması açısından ciddi soru işaretleri ve yapısal sorunlar barındırmaktadır.

Öncelikle belirtmek gerekir ki, **“teknisyen/tekniker” ibaresinin eşdeğer biçimde kullanılmaya başlanması**, ön lisans düzeyinde eğitim almış sağlık personelinin emeğini değersizleştiren ve mesleki hiyerarşiyi bulanıklaştıran bir uygulamadır. Lise düzeyinde eğitim veren sağlık meslek liselerinin müfredatı ile ön lisans programlarının niteliği, kapsamı ve yeterlilik düzeyi birbirinden oldukça farklıdır. Bu iki farklı eğitim düzeyine sahip bireylerin aynı unvan altında değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde **nitelik kaybına ve görev tanımlarında belirsizliğe** yol açmaktadır. Nitekim, Sağlık Bakanlığı başka düzenlemelerde hemşire yardımcısı ve ebe yardımcısı unvanlarını kaldırma yönünde adım atarken, bu maddede lise mezunlarını aynı kefiye koyan bir yaklaşım benimsemesi **çelişkili ve tutarsız** bir tutumdur.

Dış protez teknisyenliği örneğinde olduğu gibi, birçok sağlık alanında **eğitim alan, mezun olan ve atama bekleyen on binlerce genç** varken, yeni unvanlar ve tanımlar üzerinden kadro istihdamı yaratma beklentisi, toplum nezdinde **boş umutlar ve beklenti balonları** doğurmaktadır. Bugün, kamuya atanamayan binlerce dış protez teknikeri ve acil tıp teknisyeni varken, var olan insan kaynağının değerlendirilmeden yeni mezunlar verilmesi, hem bireylerin

emeğini zayi etmekte hem de kamu kaynaklarının verimsiz kullanılmasına neden olmaktadır. Sağlık personeli eğitimi ve istihdamı arasında **ciddi bir planlama zaafı** olduğu açıktır.

Ayrıca, **nükleer tıp teknikeri** unvanının tanımı yapılırken kullanılan görev kapsamı son derece geniştir ve birçok farklı meslek grubunun sorumluluk alanlarını içermektedir. Tanımda, radyofarmasötiklerin hazırlanmasından hastaya uygulanmasına, görüntüleme süreçlerinden radyasyon güvenliğine kadar uzanan bir dizi görev bir kişiye yüklenmektedir. Bu durum, hem **hasta güvenliği açısından risk oluşturmakta**, hem de teknikerin maruz kalacağı **fiziksel ve mesleki riskleri artırmaktadır**. Sıcak oda laboratuvarları gibi özel alanlarda çalışmanın, sağlık fizikçileri, kimyagerler ve hemşireler gibi farklı disiplinlerin iş birliğini gerektirdiği bilimsel bir gerçekliktir. Oysa düzenlemede bu gerçeklik göz ardı edilmekte, iş gücü planlaması yalnızca mevzuat düzeyinde çözülmek istenmektedir.

Öte yandan, sağlık meslek liseleri ve üniversitelerden her yıl binlerce mezun verilmesine rağmen bu kişilere yönelik **hiçbir somut istihdam politikası geliştirilmemiştir**. İlgili bakanlıklar arasında koordinasyonsuzluk nedeniyle birçok bölümün mezunları istihdam edilemeden sistem dışına itilmektedir. Özellikle ebe yardımcılığı, hemşire yardımcılığı, mamografi teknikerliği gibi alanlarda mezun olan gençler atama beklemekte, fakat ihtiyaç fazlası gerekçesiyle istihdam edilememektedir. Bu durum, **insan kaynağının israfı ve genç işsizliğin derinleşmesi** anlamına gelmektedir.

Sonuç olarak;

- Ön lisans mezunu ile lise mezunu sağlık personelinin aynı unvan altında tanımlanması mesleki ayrımı bulanıklaştırmakta ve nitelik kaybına neden olmaktadır.
- Nükleer tıp teknikeri görev tanımı, hem uygulayıcıyı hem hastayı risk altına sokacak şekilde genişletilmiş; iş bölümü ve ekip temelli sağlık hizmeti anlayışı göz ardı edilmiştir.
- Sağlık meslek okulları ile istihdam arasındaki planlama eksikliği derinleşmekte; her yıl binlerce genç mezun umutla beklerken, yeni tanımlar üzerinden beklenti yaratılmaktadır.
- Sağlık sisteminde popülist değil, gerçekçi ve ihtiyaç odaklı insan gücü planlamasına duyulan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır.

Bu nedenlerle, söz konusu değişikliğin sağlık hizmetinin niteliğini artırmak yerine daha fazla belirsizlik ve plansızlık yaratacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda, **maddenin bu hâliyle yasalaşmasına karşı çıkıyor**, insan gücü planlaması yapılmadan, eğitim-istihdam dengesini gözetmeyen hiçbir düzenlemenin toplum sağlığına katkı sunamayacağını vurgulamak istiyoruz.

MADDE 5

1219 sayılı Kanunun geçici 9. maddesinde yapılan değişiklik ile sözleşmeli aile hekimlerine yönelik uzmanlık eğitimi süresinin bazı şartlarla kısaltulması, ilgili kişilerin rotasyon süresinde ek ödemelerden kısmen yararlandırılması ve düzenlemenin 2035 yılına kadar uzatılması öngörülmektedir. Ancak, bu düzenlemenin hem sağlık sisteminin ihtiyaçlarını hem de eğitim süreçlerinin kalitesini gözetmekten uzak olduğu, sahadan ve akademiden gelen çok sayıda eleştirisiyle de açıkça ortaya konmuştur.

Öncelikle, 2029 olarak öngörülen sürenin 2035’e uzatılması, mevcut sistemin planlama ve uygulama açısından ciddi zaafılar içerdiğini göstermektedir. Yeterli sayıda aile hekimi uzmanı yetiştirilememesinin temel nedenleri ele alınmadan yalnızca sürenin uzatılması, bu alandaki yapısal sorunların ötelenmesinden başka bir anlam taşımamaktadır.

Ayrıca, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde standardizasyonun göz ardı edilmesi dikkat çekicidir. Aile hekimliği gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan bir alanda, eğitim kalitesinin ve müfredatın bütüncül biçimde değerlendirilmesi gerekirken, eğitim süresinin bazı şartlarla kısaltulması pedagojik ve mesleki standartlarla bağdaşmamaktadır. Söz konusu değişiklik, uzmanlık eğitimi kalitesinin düşürülmesi riskini doğurmakta; uzun vadede toplum sağlığı ve hasta güvenliği açısından da tehdit oluşturmaktadır.

Ek olarak, "motivasyonun artırılması amacıyla yapılan ödeme hariç" ibaresiyle yapılan döner sermaye düzenlemesi, aynı görevi yapan hekimler arasında eşitsizlik yaratacak, iş barışını bozacaktır. Eğitim kurumlarında çalışan sözleşmeli aile hekimi uzmanlık asistanlarının büyük özveriyle yürüttükleri hizmetlere karşılık, bu kişilerin döner sermaye ve ek ödemelerden kısıtlı biçimde yararlandırılması adaletsiz bir uygulamadır.

Sahada görev yapan hekimlerin bu düzenlemeye ilişkin ciddi tereddütleri mevcuttur. Özellikle hâlihazırda dört yıllık sözleşmeli aile hekimliği geçmişi ile eğitime başlamış olanlar bakımından yeni düzenlemenin geçmişe etkili şekilde uygulanıp uygulanmayacağı belirsizdir.

Bu da hem öngörülebilirlik ilkesini zedeler hem de hekim motivasyonunu ciddi biçimde düşürür.

Diğer yandan, bu değişiklik yapılırken sahadaki hekimlerin, akademinin ve ilgili meslek kuruluşlarının görüşlerinin alınmaması da katılımcı bir yasa yapım sürecinden uzaklaşılmasının göstergesidir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi gibi sağlık sisteminin belkemiğini oluşturan bir süreçte, yasa yapıcının tarafsız ve bilimsel temellere dayalı bir yaklaşım benimsemesi beklenirdi.

Netice itibariyle, bu düzenleme ile sağlık sisteminin temel sorunlarına çözüm getirilmemekte, yalnızca mevcut tikanıklıkların üzeri örtülmeye çalışılmaktadır. Aile hekimliği sisteminin temel sorunları –özlük hakları, eğitim altyapısı, iş yükü ve hizmet kalitesi gibi konular– bütüncül bir biçimde ele alınmadan yapılan bu tür değişiklikler kalıcı iyileşme sağlamayacaktır.

Bunlara ek olarak; Maddeyle getirilen düzenleme, sahada çalışan sözleşmeli aile hekimlerinin (SAHU) uzmanlık sürecine erişimini kolaylaştırırken, halihazırda Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlamış (AHU) hekimlerle SAHU arasında ciddi bir eşitsizlik ve sistem içi çatışma alanı oluşturmaktadır. AHU’lar, tıp fakültesinden mezun olduktan sonra yüksek rekabet koşullarında TUS’a hazırlanmakta, üç yıllık uzmanlık eğitimi sürecini tamamlamakta ve ardından mecburi hizmet yükümlülüğünü yerine getirmektedir. Buna karşın SAHU kapsamında yer alan hekimler, merkezi yerleştirme dışında ve TUS’a tabi olmaksızın uzmanlık hakkı elde edebilmekte; bazı durumlarda eğitim süresi dört yıla indirilebilmekte ve sahada aktif çalışırken uzman unvanı alabilmektedir. Bu durum, uzmanlık eğitime erişim açısından farklı yollarla aynı unvana ulaşılmasını mümkün kılmakta; aynı meslek çatısı altında farklı düzeyde emek, zaman ve yükümlülükle eşdeğer statülerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Uzmanlık eğitiminde hakkaniyet, liyakat ve eşitlik ilkelerinin korunabilmesi adına, ya SAHU kapsamındaki uzmanlık sürecine yönelik dengeleyici düzenlemeler yapılmalı ya da AHU’lara özgü yükümlülüklerin (örneğin mecburi hizmetin) yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde bu farklılık, alanda çalışan hekimler arasında mesleki gerilimi tırmandıracak ve sağlık hizmetlerinin ekip ruhuna dayalı doğasını zedeleyecektir.

Aile hekimleri uzmanlık dernekleri başkanının komisyonda ifade ettiği verilerle birlikte değerlendirildiğinde ise;

SAHU sistemi ise 2014’ten beri uygulandığı hâlde uzman hekim açığını kapatamamış; bu sistemden mezun olanların önemli bir kısmı ikinci ve üçüncü basamaklara yönelmiştir. SAHU

sürecinde klinik rotasyonlara ağırlık verilmekte ancak aile hekimliği uzmanlığının temelini oluşturan saha eğitimi, çekirdek müfredatta yer alan temel beceriler ve usta-çırak ilişkisi ihmal edilmektedir. Bu durum hem uzman olmak isteyen hekimlerin motivasyonunu düşürmekte hem de aile hekimliği sisteminin geriye gitmesine neden olmaktadır. Tıpta uzmanlık eğitimi için halihazırda işleyen kurullar varken, bu tür alternatif yolların dayatılması tıp eğitiminin standardını zedelemektedir.

Bu nedenle; madde, hem eğitimde niteliğin düşürülmesi, hem eşitsizlik yaratması, hem de katılımcı süreçten uzak biçimde hazırlanması nedeniyle tarafımızca uygun bulunmamaktadır. Maddeden vazgeçilerek, ilgili tüm paydaşların katılımıyla yeniden düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

MADDE 6

Bu maddeyle, sağlık meslek liselerinde hemşire yardımcılığı ve ebe yardımcılığı programlarının sonlandırılarak bu alanlardaki mezunların ve öğrencilerin “sağlık bakım teknisyeni” unvanı altında birleştirilmesi öngörülmekte, ancak diş protez teknisyenliği programına öğrenci alımı devam ettirilmektedir. Öncelikle, sağlık alanında istihdam edilecek insan gücünün nitelikli, yeterli ve planlı biçimde yetiştirilmesi esastır. Lise düzeyindeki programlarla sağlık çalışanı yetiştirilmesi, sağlık hizmetlerinin niteliği açısından ciddi riskler taşımakta, aynı zamanda hemşirelik ve ebelik gibi mesleklerin mesleki özergiliğine ve akademik niteliğine zarar vermektedir. Bu yönüyle hemşire ve ebe yardımcılığı unvanlarının kaldırılması olumlu bir adım olarak görülse de, diş protez teknisyenliği programının hâlâ lise düzeyinde sürdürülmesi çelişkilidir. Bu durum, ilgili mesleğin statüsünü düşürmekte, yükseköğretim düzeyinde verilmesi gereken bir eğitimi lise düzeyine indirgemektedir. Öte yandan, sağlık meslek liselerinden mezun olan teknisyenlerin büyük çoğunluğu kamuda istihdam edilmemekte, sistem sürekli yeni teknisyen unvanlı işsizler üretmektedir. Sağlık insan gücü planlaması yapılmadan yalnızca unvan değişikliğiyle sistemin düzenleneceğini düşünmek yanıltıcıdır. Bu nedenle, hem eğitimin niteliği hem de istihdam politikaları açısından değerlendirildiğinde, sağlık meslek liselerinde yalnızca “sağlık bakım teknisyeni” ve “diş protez teknisyeni” gibi sınırlı unvanlarla eğitime devam edilmesi değil, lise düzeyinde sağlık personeli yetiştirilmesi anlayışının bütüncül biçimde gözden geçirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

MADDE 9

Bu maddeyle, 2313 sayılı Kanun’da yer alan “ilaç etkin maddesi” ibaresi genişletilerek “tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri” şeklinde değiştirilmekte ve kenevirden elde edilen ürünlerin üretimi ile satışı eczanelerle sınırlı tutulmaktadır. Ancak düzenleme, kamuoyunda “esrarın serbestleştirilmesi” algısını doğurabilecek nitelikte olup, bağımlılıkla mücadelede yıllardır yaşanan yapısal sorunları derinleştirme riski taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, madde kullanım oranı ciddi bir artış göstermekte ve bağımlılık yaşı giderek düşmektedir. Türkiye, uluslararası raporlarda sadece transit ülke değil, aynı zamanda hedef ülke konumuna da gelmişken; bu kadar geniş tanımlanmış bir düzenleme, tıbbi gerekçelerle bile olsa, halk sağlığı açısından kaygı vericidir. Kenevir özlü ürünlerin “kişisel bakım ürünü” adı altında piyasaya sürülmesi, denetimin eczanelerle sınırlı kalmayacağı, reklamlar ve serbest piyasa kanallarıyla yaygınlaşacağı ihtimalini güçlendirmektedir.

Mevzuat değişikliğinde yalnızca Tarım, İçişleri ve Sağlık Bakanlıklarının görüşüne yer verilmiş, bağımlılık tedavisinde doğrudan görev yapan psikiyatri uzmanlarının, bağımlılık alanındaki meslek birliklerinin ve sivil toplumun görüşü alınmamıştır. Oysa bu düzenleme, yalnızca bir tarım politikası değil, bir halk sağlığı politikasıdır. Bağımlılık tedavilerinde kullanılan temel ilaçlara ulaşımında hâlihazırda ciddi sorunlar yaşanırken, tıbbi gerekçelere dayandırılan bu düzenleme yeterli kurumsal hazırlık ve toplumsal farkındalık olmadan yürürlüğe girdiğinde, bağımlılıkla mücadelede telafisi zor sonuçlar doğurabilecektir.

Bu haliyle düzenleme, hem hekimleri reçete baskısına açık hale getirecek, hem de kişisel bakım ve destek ürünleri gibi denetimi zor alanlara kayarak toplumda kenevir kullanımına dair algıyı normalleştirecektir. Kanun metninin mevcut çerçevesiyle, uluslararası örneklerden farklı olarak, **“tıbbi kullanım” sınırını bulanıklaştırdığı ve bağımlılık riski olan ürünlerin yaygınlaşmasına zemin hazırlayabileceği** açıktır.

Bitkinin tarımsal üretiminin Tarım ve Orman Bakanlığı, ürün haline getirilmesinin ise Sağlık Bakanlığı denetimine tabi tutulmasıyla, üretim zincirinin başından itibaren kamu otoritesinin gözetimi sağlanmaktadır. Ancak etkili bir denetim ve izlenebilirlik için kenevir daha ekim aşamasındayken hangi amaçla yetiştirileceği net olarak beyan edilmeli ve bu amaç doğrultusunda denetlenmelidir. Bu sayede sadece ürün değil, bitkinin kendisi de üretim süreci boyunca izlenebilir hale gelecek ve suistimallerin önüne geçilebilecektir.

Özetle; kenevirin tıbbi ve sanayi amaçlı üretimi, ülkemizin geleceği açısından değerlendirilmeli; ancak bu üretimin her aşaması baştan sona şeffaf ve her zamankinden daha güçlü denetim altında olmalıdır. Bitkinin ne amaçla üretildiği daha ekim aşamasında net olarak beyan edilmeli, amacı dışına çıkan her türlü kullanıma karşı da caydırıcı yaptırımlar getirilmelidir. Bu nedenle, ilgili düzenlemenin; amacına uygun şekilde daraltılması, kişisel bakım ve destek ürünü gibi alanların kapsam dışı bırakılması ve yalnızca hekim reçetesiyle erişilebilecek tıbbi ürünlerle sınırlandırılması gerekmektedir. Ayrıca bağımlılıkla mücadelede görevli uzmanların da sürece aktif katılımıyla, kamu sağlığını önceleyen bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir.

Aksi halde, söz konusu düzenleme toplumda kenevir kullanımını normalize eden bir süreci tetikleyebilir ve bağımlılıkla mücadelede geri dönüşü zor sorunlara zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, kenevirin bu ülkenin geleceğine hizmet edecek alanlarda değerlendirilmesini destekliyor; ancak bu sürecin halk sağlığı, gençlerimizin korunması ve bağımlılıkla mücadele açısından son derece dikkatli ve hassas bir şekilde yürütülmesi gerektiğini düşünülmektedir.

MADDE 9

Bu maddeyle, 2313 sayılı Kanun’da yer alan “ilaç etkin maddesi” ibaresi genişletilerek “tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri” şeklinde değiştirilmekte ve kenevirden elde edilen ürünlerin üretimi ile satışı eczanelerle sınırlı tutulmaktadır. Ancak düzenleme, kamuoyunda “esrarın serbestleştirilmesi” algısını doğurabilecek nitelikte olup, bağımlılıkla mücadelede yıllardır yaşanan yapısal sorunları derinleştirme riski taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, madde kullanım oranı ciddi bir artış göstermekte ve bağımlılık yaşı giderek düşmektedir. Türkiye, uluslararası raporlarda sadece transit ülke değil, aynı zamanda hedef ülke konumuna da gelmişken; bu kadar geniş tanımlanmış bir düzenleme, tıbbi gerekçelerle bile olsa, halk sağlığı açısından kaygı vericidir. Kenevir özlü ürünlerin “kişisel bakım ürünü” adı altında piyasaya sürülmesi, denetimin eczanelerle sınırlı kalmayacağı, reklamlar ve serbest piyasa kanallarıyla yaygınlaşacağı ihtimalini güçlendirmektedir.

Mevzuat değişikliğinde yalnızca Tarım, İçişleri ve Sağlık Bakanlıklarının görüşüne yer verilmiş, bağımlılık tedavisinde doğrudan görev yapan psikiyatri uzmanlarının, bağımlılık alanındaki meslek birliklerinin ve sivil toplumun görüşü alınmamıştır. Oysa bu düzenleme, yalnızca bir tarım politikası değil, bir halk sağlığı politikasıdır. Bağımlılık tedavilerinde

kullanılan temel ilaçlara ulaşımında hâlihazırda ciddi sorunlar yaşanırken, tıbbi gerekçelere dayandırılan bu düzenleme yeterli kurumsal hazırlık ve toplumsal farkındalık olmadan yürürlüğe girdiğinde, bağımlılıkla mücadelede telafisi zor sonuçlar doğurabilecektir.

Bu haliyle düzenleme, hem hekimleri reçete baskısına açık hale getirecek, hem de kişisel bakım ve destek ürünleri gibi denetimi zor alanlara kayarak toplumda kenevir kullanımına dair algıyı normalleştirecektir. Kanun metninin mevcut çerçevesiyle, uluslararası örneklerden farklı olarak, “tıbbi kullanım” sınırını bulanıklaştırdığı ve bağımlılık riski olan ürünlerin yaygınlaşmasına zemin hazırlayabileceği açıktır.

Bitkinin tarımsal üretiminin Tarım ve Orman Bakanlığı, ürün haline getirilmesinin ise Sağlık Bakanlığı denetimine tabi tutulmasıyla, üretim zincirinin başından itibaren kamu otoritesinin gözetimi sağlanmaktadır. Ancak etkili bir denetim ve izlenebilirlik için kenevir daha ekim aşamasındayken hangi amaçla yetiştirileceği net olarak beyan edilmeli ve bu amaç doğrultusunda denetlenmelidir. Bu sayede sadece ürün değil, bitkinin kendisi de üretim süreci boyunca izlenebilir hale gelecek ve suistimallerin önüne geçilebilecektir.

Özetle; kenevirin tıbbi ve sanayi amaçlı üretimi, ülkemizin geleceği açısından değerlendirilmeli; ancak bu üretimin her aşaması baştan sona şeffaf ve her zamankinden daha güçlü denetim altında olmalıdır. Bitkinin ne amaçla üretildiği daha ekim aşamasında net olarak beyan edilmeli, amacı dışına çıkan her türlü kullanıma karşı da caydırıcı yaptırımlar getirilmelidir. Bu nedenle, ilgili düzenlemenin; amacına uygun şekilde daraltılması, kişisel bakım ve destek ürünü gibi alanların kapsam dışı bırakılması ve yalnızca hekim reçetesiyle erişilebilecek tıbbi ürünlerle sınırlandırılması gerekmektedir. Ayrıca bağımlılıkla mücadelede görevli uzmanların da süreçte aktif katılımıyla, kamu sağlığını önceleyen bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir.

Aksi halde, söz konusu düzenleme toplumda kenevir kullanımını normalize eden bir süreci tetikleyebilir ve bağımlılıkla mücadelede geri dönüşü zor sorunlara zemin hazırlayabilir. Bu nedenle, kenevirin bu ülkenin geleceğine hizmet edecek alanlarda değerlendirilmesini destekliyor; ancak bu sürecin halk sağlığı, gençlerimizin korunması ve bağımlılıkla mücadele açısından son derece dikkatli ve hassas bir şekilde yürütülmesi gerektiğini düşünülmektedir.

MADDE 10

6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanunun 24’üncü maddesinde yapılan değişiklik ile yalnızca “özel tıbbi amaçlı gıdaların” ilaç takip sistemine dâhil edilmesi, düzenlemenin hedeflediği kamu sağlığı koruması bakımından yetersizdir. Oysa ki halk sağlığını tehdit eden esas sorun alanı, sadece özel tıbbi amaçlı gıdalar değil, aynı zamanda **takviye edici gıdalardır**.

Bugün Türkiye’de takviye edici gıdalar, bilimsel dayanağı yetersiz sağlık beyanlarıyla yaygın biçimde pazarlanmakta; kontrolsüz, denetimsiz ve eczane dışı satış kanalları üzerinden halk sağlığını tehdit edecek boyutta dolaşıma girmektedir. Market raflarında, benzin istasyonlarında, kozmetik zincirlerinde ve özellikle internet ortamında kolaylıkla erişilebilen bu ürünler, yanlış dozlarda ve bilinçsiz kullanıldığında **karaciğer ve böbrek yetmezliği, ilaç etkileşimi ve hatta ölümle sonuçlanan** vakalara yol açabilmektedir.

Komisyon görüşmelerinde birçok milletvekili tarafından da dile getirildiği üzere, bu alanda yaşanan sorunlar yalnızca teknik bir izleme meselesi değil, aynı zamanda **bir halk sağlığı krizidir**. Üstelik mevcut düzenleme, taklit ve sahte ürünlerin yaygınlaşmasına açık kapı bırakmakta; gıda takviyesi adı altında sunulan bazı ürünlerin, ilaç gibi algılanmasına ve bu yolla tüketici nezdinde yanıltıcı bir etki yaratmasına da neden olmaktadır.

Dolayısıyla, 10. madde kapsamında yalnızca özel tıbbi amaçlı gıdaların değil, **takviye edici gıdaların da açık biçimde ilaç takip sistemine dâhil edilmesi** ve bu ürünlerin **yalnızca eczanelerden, eczacı danışmanlığında satışına olanak verecek şekilde** düzenlenmesi gerekmektedir. Teklifin mevcut hâli **yetersiz bir müdahale** içermekte, sağlık sisteminin bütünlüklü işleyişiyle bağdaşmamaktadır.

Halk sağlığının korunması, sahte ve taklit ürünlerin engellenmesi, eczacılık mesleğinin mesleki sınırlarının korunması ve tüketici güvenliğinin sağlanması adına, bu maddenin ya tekliften çıkarılması ya da kapsamının **takviye edici gıdaları da kapsayacak biçimde genişletilerek yeniden düzenlenmesi** gerektiğini düşünüyoruz.

MADDE 11

6197 sayılı Kanunun 44. maddesinde yapılan değişiklikle, 24. maddenin birinci fıkrasına aykırılık hâlinde uygulanacak idari para cezaları yeniden düzenlenmiş; aykırılığa konu

ürünlerin toplam eczacı satış fiyatının iki katı tutarında ceza öngörülmüş ve aynı fiilin tekrarı durumunda bu cezanın artırılarak uygulanacağı hükme bağlanmıştır.

Düzenlemenin amacı, özellikle eczaneler arasında veya eczane dışı yerlerde gerçekleştirilen uygunsuz ilaç ve ürün satışlarının önüne geçilmesi ve denetim sisteminin etkinleştirilmesidir. Ancak, **"toptan satış" kavramının yasal olarak tanımlanmamış olması**, uygulamada ciddi mağduriyetlere ve belirsizliklere yol açabilecek niteliktedir.

Milletvekillerinin ve Türk Eczacıları Birliği'nin de altını çizdiği üzere, örneğin kırsalda yaşayan ve üç aylık ilaç alımı yapan bir hastanın tedarığı ile bir eczanenin ticari amaçla gerçekleştirdiği ürün stoklama veya dağıtım faaliyeti aynı şekilde değerlendirilmemelidir. Halihazırda perakende satış yapan ve yalnızca hastaların reçetelerine bağlı kalmak suretiyle ilaç sağlayan eczacıların, bu madde uyarınca **"toptan satış"** gerekçesiyle yüksek tutarlarda para cezalarına maruz kalması, **hem mesleki güveni zedeleyecek hem de sağlık hizmetine erişimi zorlaştıracaktır.**

Bu bağlamda, “toptan satış” ibaresinin **açık bir şekilde tanımlanmaması**, düzenlemenin keyfi veya ölçüsüz cezalandırmalara zemin hazırlayacağı endişesini doğurmaktadır. Hukuki güvenlik ilkesi gereği, cezai müeyyidelerin uygulanabilirliğinin sınırları açıkça belirlenmeli, denetim mekanizmasının objektif ve öngörülebilir bir çerçevede işlemesi sağlanmalıdır.

Ayrıca, cezanın miktarına esas teşkil eden “ecza satış fiyatları toplamının iki katı” ölçütü, özellikle yüksek fiyatlı ürünlerin bulunduğu durumlarda **ölçüsüz ve caydırıcılığın ötesine geçen** bir yaptırıma dönüşme riski taşımaktadır. Bu da anayasal orantılılık ilkesine aykırılık teşkil edebilir.

Bu nedenle;

- Madde metnine cezai yaptırım uygulanmadan önce **“toptan satış” kavramının açık bir şekilde tanımlanacağına** ilişkin bir hüküm eklenmesi,
- Perakende eczacılık faaliyetleri çerçevesinde gerçekleştirilen makul miktardaki satışların cezai kapsam dışında bırakılması,
- Cezanın alt ve üst sınırlarının belirlenerek **orantılılık ilkesine uygun şekilde** düzenlenmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Aksi hâlde bu düzenleme, kamusal yararı sağlamak yerine, eczacıların mesleklerini icra etmelerini zorlaştıracak, halk sağlığına erişimde yeni sorunlara yol açacaktır.

MADDE 13

Organ ve doku nakli, ülkemizde yaşamsal önemdeki bir sağlık hizmetidir. Ancak gerek donör eksikliği gerekse uygulamada karşılaşılan bürokratik ve toplumsal engeller, kadavradan nakil oranlarını artırmanın önünde ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Bu bağlamda 13. madde ile getirilen düzenleme; **kişilerin sağlığında verdikleri organ bağışı beyanlarının e-Devlet ve benzeri dijital sistemler üzerinden yapılabilmesini ve bu beyanların yakınlarının rızasına bağlı olmaksızın geçerli sayılmasını** mümkün kılmaktadır. Bu yönüyle, **organ bağışı iradesinin bağışçıya ait bir hak ve karar olarak tanınması bakımından önemli bir ilerleme** olarak değerlendirilmelidir.

Ancak, maddenin uygulanabilirliği ve kamuoyundaki meşruiyeti açısından bazı yapısal ve güvenlik odaklı eksikliklerin altının çizilmesi gerekmektedir. E-Devlet gibi sistemler her ne kadar yaygın ve pratik olsa da, **siber güvenlik açıkları** ile bireyin iradesinin kötüye kullanılması riski ciddiyetini korumaktadır. Bugün toplumda başkalarının e-Devlet bilgilerine erişim mümkündür; bu durum bağış beyanının üçüncü kişilerce yapılması ve sonrasında **organ ticareti veya suistimal** iddialarına kapı aralayabilir. Yalnızca güvenli kimlik doğrulama ile değil, aynı zamanda bu beyanların bir **sağlık otoritesi ya da tıp doktoru nezaretinde** yapılması gerektiği önerilmektedir.

Sağlık Bakan Yardımcısı tarafından her ne kadar kimlik verilerinin erişilemez olduğu belirtilmişse de, sistemdeki beyanların gizliliği, özellikle **beyin ölümü gerçekleşmeden önce** korunmalı ve bu verilerin yalnızca yetkili ve denetimli komisyonlarca erişilebilir olması sağlanmalıdır. Bu konuda açık bir düzenleme yapılmadığı sürece kamuoyunda oluşacak şüpheler, organ bağışına yönelik toplumsal güveni zedeleyebilir. Mevcut değişiklik, bireyin sağlığında vermiş olduğu organ bağışı kararının, vefat sonrası yakınlarının itirazına rağmen uygulanacağını öngörmektedir. Bu, birey iradesini önceleyen modern bir yaklaşım olmakla birlikte, özellikle **aile odaklı kültürel yapının hâkim olduğu toplumumuzda** ciddi sosyal ve etik tartışmalara neden olabilir. Uygulamada sağlık çalışanları ile aile bireyleri arasında çatışmalara yol açma riski bulunmaktadır. Bu sebeple, bağışçı beyanlarının geçerliliğini korumakla birlikte, **süreçte ailelerin bilgilendirilmesini ve uygun iletişim protokollerinin oluşturulmasını** sağlayacak yasal güvencelere ihtiyaç vardır.

Maddeyle getirilen "organı bağışlanan kişilerin birinci derece yakınlarına öncelik" ifadesi, olumlu görünmekle birlikte uygulamada birçok teknik ve etik sorunu beraberinde getirebilir. Bu tür bir önceliklendirme, tıbbi gerekliliklerin önüne geçmemeli; **tıbbi öncelik kriterleriyle çelişmemesi için** açık ve şeffaf kriterlerle desteklenmelidir.

Bu nedenlerle;

- Organ bağışı beyanlarının **sadece dijital ortamda değil, sağlık profesyoneli eşliğinde doğrulanacağı ikincil bir süreçle** desteklenmesi,
- Veri güvenliğine ilişkin **bağımsız denetim mekanizmalarının** yasal zemine oturtulması,
- Beyan sahibinin kararına öncelik verilirken, **ailelerin bilgilendirilmesini ve kararın sosyal açıdan yönetilmesini sağlayacak bir çerçevenin** çizilmesi,
- Öncelik uygulamasının **tıbbi etik ilkelerle uyumlu hale getirilmesi** ve ayrımcılık yaratmayacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

Bu düzenleme, mevcut haliyle organ bağışını artırma hedefine katkı sağlayacak potansiyele sahip olsa da; siber güvenlik, etik denge, toplumsal meşruiyet ve uygulama güvenliği konularında gerekli tedbirler alınmaksızın yürürlüğe konması hâlinde **fayda yerine kamu güveni ve bağış iradesinde gerilemeye neden olabilecektir**. Bu sebeple maddenin yeniden ele alınması, yukarıda belirtilen hususlar doğrultusunda geliştirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

MADDE 14

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve erişilebilirliğinin artırılması amacıyla park alanlarında aile sağlığı merkezleri ve acil sağlık hizmetleri istasyonlarının tahsis edilmesi önemli bir adım olmakla birlikte, mevcut uygulamalarda sağlık merkezlerinin bina giderlerinin finansmanında ciddi adaletsizlikler yaşanmaktadır. Mevcut sistemde aile hekimlerine verilen cari ödemeler, yalnızca personel maaşlarını karşılamakla kalmayıp, aynı zamanda bina kira ve diğer işletme giderlerini de kapsamakta; bu durum, özellikle kira maliyetlerinin yüksek olduğu bölgelerde sağlık hizmeti sunumunu sürdürülemez hale getirmektedir.

Örneğin, büyükşehirlerde ekonomik düzeyi yüksek semtlerde, bir aile sağlığı merkezi için aylık kira bedelleri çok yüksekken, belediyenin park içi konteyner tahsisiyle sağladığı yerlerde aynı kira bedeli çok daha düşük olacaktır. Bu fark, aile hekimlerinin ve sağlık merkezlerinin mali

yükünü ağırlaştırmakta, hizmetlerin devamlılığı ve kalitesi üzerinde doğrudan olumsuz etki yaratmaktadır. Dolayısıyla, bina kira giderlerinin cari ödemeler dışında değerlendirilmesi ve devlet tarafından karşılanması, hem adalet hem de sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından zaruri bir düzenleme olarak ortaya çıkmaktadır.

Yer tahsisi hususunda park alanlarının kullanımı gibi yenilikçi ve erişimi kolaylaştıran yöntemler teşvik edilmelidir; ancak bu yalnızca bazı bölgelere özgü bir imkân olarak kalmamalıdır. Kira giderlerinin farklılık göstermesi sebebiyle, diğer bölgelerdeki aile sağlığı merkezlerinin yüksek kira yüküyle karşı karşıya kalması, sağlık hizmetlerinin bölgesel eşitsizliğini derinleştirebilir. Bu durum, sağlıkta eşitlik ve erişilebilirlik ilkeleriyle çalışmakta, sağlık çalışanları ve vatandaşlar arasında adaletsizliğe yol açmaktadır.

Sonuç olarak, bu maddeyle getirilen yer tahsisi düzenlemesi önemli olmakla beraber, sağlık merkezlerinin bina ve işletme giderlerinin cari ödemelerden ayrılarak merkezi bütçeden karşılanması gerekliliği göz ardı edilmemelidir. Bu kapsamda, maliyetlerin devlet tarafından üstlenilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sürdürülebilirliği adına esaslı ve kalıcı bir çözüm olacaktır.

MADDE 15

Maddeyle, özel sağlık kuruluşlarının sağlık hizmetlerine yönelik tanıtım faaliyetlerine ilişkin sınırlar belirlenmekte ve bu sınırları aşan reklam niteliğindeki faaliyetler için idari para cezaları öngörülmektedir. Ayrıca, bu fiillerin tekrarı hâlinde idari para cezasının artırılması ve üçüncü ihlalde faaliyet durdurma yaptırımını getirilmiştir.

Reklam ve tanıtım alanında etik dışı uygulamaların önlenmesine yönelik düzenleme ihtiyacı yerinde olmakla birlikte, getirilen yaptırımların özellikle “**insan sağlığını tehlikeye düşüren fiiller**” bakımından yetersiz kaldığı kanaatindeyiz. İnsan sağlığını tehlikeye atan uygulamaların yalnızca para cezası ile karşılık bulması, caydırıcılıktan uzak olduğu gibi, bu fiilleri işleyen sağlık kurum ve kuruluşlarının aynı uygulamaları maddi yaptırımları göze alarak sürdürmesine imkân tanımaktadır.

Bir sağlık kuruluşunun reklam faaliyetleri yoluyla kamuoyunu yanıltması ve bu durumun insan sağlığını doğrudan tehdit edecek sonuçlar doğurması hâlinde, yalnızca idari para cezası verilmesi yeterli değildir. Bu tür fiillerin tekrarı hâlinde **ruhsat iptaline kadar gidebilecek** yaptırımların açıkça hükme bağlanması gerekmektedir. Aksi hâlde, maddede yer verilen para

cezaları, yüksek cirolara sahip özel sağlık kuruluşları için sembolik bir yaptırım niteliği taşımaktan öteye geçmeyecektir.

Ayrıca, gerekçede her ne kadar tıbbi deontoloji ve etiğe aykırı fiillerin önlenmesi hedeflenmiş olsa da, reklam faaliyetlerinin sağlık hizmeti sunumuna etkileri yalnızca haksız rekabet bağlamında değil, aynı zamanda **hastaların yanlış yönlendirilmesi, gereksiz işlem ve müdahalelere maruz bırakılması** ve kamu kaynaklarının israfı gibi çok daha geniş boyutlarda ele alınmalıdır.

Bu nedenle:

- **İnsan sağlığını tehlikeye atan reklam uygulamalarında** yalnızca para cezası verilmesi değil, ilk ihlalde uyarı, ikinci ihlalde faaliyet durdurma ve üçüncü ihlalde ruhsat iptali gibi **aşamalı ve caydırıcı bir yaptırım silsilesi** oluşturulmalıdır.
- Bu tür ihlallerin yalnızca “ihlal yapılan şube” ile sınırlı kalması, zincir hastane yapılarında sistematik ihlallerin cezasız kalmasına yol açabileceğinden, **müteselsil sorumluluğu dikkate alan daha geniş bir yaptırım düzenlemesi** yapılmalıdır.
- Nihayetinde, sağlık hizmeti bir ticari meta değil, kamu hizmetidir. Bu bağlamda, sağlıkta reklama dayalı teşvik mekanizmaları **kamu sağlığı ilkesine zarar vermektedir.**

Komisyon görüşmelerinde de dile getirildiği üzere, yakın zamanda yaşanan bazı örneklerde olduğu gibi, Sağlık Bakanlığının faaliyeti durdurma veya ruhsat iptali gibi yetkileri olsa da, bu yetkilerin keyfiliğe açık şekilde değil, **kanuni düzenlemeye dayanarak şeffaf ve denetlenebilir şekilde kullanılması** sağlanmalıdır. Dolayısıyla, düzenlemeye **açık, bağlayıcı ve kamuoyunu tatmin edecek caydırıcılıkta hükümler** eklenmesi elzemdir.

MADDE 16

Bu maddeyle, her türlü tıbbi cihazın sahte olarak piyasaya arzı, piyasada bulundurulması veya hizmete sunulması ile Bakanlıkça izin verilen yer ve usuller dışında satış, dağıtım ve teknik servis hizmetinin sunulması hâllerine yönelik idari para cezaları düzenlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihazların güvenliği, doğrudan halk sağlığıyla ilişkilidir. Bu nedenle sahte cihaz kullanımı, yalnızca ticari bir usulsüzlük değil, doğrudan **insan hayatını tehdit eden bir suçtur**. Nitekim geçmiş yıllarda sahte kateter, stent, implant gibi hayati öneme

sahip cihazların kullanımı sonucunda hastaların ciddi zarar gördüğü örnekler kamuoyunun hafızasındadır.

Bu kadar hayati bir konuda yalnızca **idari para cezası öngörülmesi**, caydırıcılık açısından yetersizdir. Özellikle yüksek kazanç sağlayan bazı şirketler için bu tür para cezaları, ihlali sürdürmek için ödenebilir bir maliyet olarak görülebilecektir. Komisyon görüşmelerinde de vurgulandığı gibi, **sahte tıbbi cihazın piyasaya arzı**, yalnızca bir mevzuat ihlali değil, çoğu zaman **kasten adam yaralama veya öldürme** gibi ceza hukukunu ilgilendiren sonuçlar doğurmaktadır.

Bu nedenle:

- **Sahte cihaz üretimi ve dağıtımı** durumlarında yalnızca idari para cezasıyla yetinilmemeli; bu fiillere ilişkin olarak **ceza hukuku kapsamındaki suçlar açısından Cumhuriyet Savcılığı'na bildirim zorunluluğu** açıkça düzenlenmelidir.
- Tekrar eden fiillerde uygulanacak yaptırımlar netleştirilmeli; **ruhsat iptali, kamu ihalelerinden men ve SGK sözleşmesinin feshi** gibi daha ağır idari yaptırımlar düzenlenmelidir.
- Suçun işlendiği kurum veya şirketin isim değiştirmek, el değiştirmek ya da lisans devri yoluyla sorumluluktan kaçmasını önlemek adına, **sorumluluğun tüzel kişi ve yöneticileriyle birlikte müteselsilen belirlenmesi** sağlanmalıdır.

Ayrıca maddede yer alan "**Bakanlıkça izin verilen yerler haricinde satış**" hükmü, iyi niyetli bireyleri ve küçük işletmeleri mağdur edebilecek bir şekilde geniş ve belirsizdir. İkinci el, kayıtlı ve orijinal tıbbi cihazların bireysel kullanıcılar veya sağlık çalışanları tarafından satışının hangi sınırlar içinde mümkün olacağı açık şekilde belirtilmemektedir. **Bu alanın gri bırakılması, kötüye kullanıma ve yurttaşların mağduriyetine yol açabilecektir.** Bu nedenle:

- **İkinci el cihazların satışı** gibi gri alanlar için net usul ve standartlar belirlenmeli, bunlar da kanun içinde tarif edilmelidir.
- Usulsüzlüklerin bireysel ve kurumsal sorumluluk ayırımına göre değerlendirilmesi sağlanmalı, özellikle sahte cihaz kullanımı gibi ağır ihlallerde **şikâyet mekanizmaları** açık ve ulaşılabilir kılınmalıdır.

Son olarak, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın koordineli biçimde çalışarak bu tür ihlallerin **ihbar alındığı anda tüm birimlere bildirildiği ve hızla ruhsat iptaliyle sonuçlandığı bir sistem kurulmalıdır**. Ancak bu şekilde, halk sağlığını tehdit eden yapılar kamu hizmeti alanından temizlenebilir.

Özetle, insan sağlığını tehlikeye atan sahte tıbbi cihaz faaliyetlerine karşı verilecek mücadelenin yalnızca para cezasına dayandırılması, **kamu yararına aykırıdır ve yetersizdir**. Konunun ceza hukuku, sağlık yönetimi ve tüketici güvenliği boyutları dikkate alınarak, çok daha kapsamlı ve caydırıcı bir düzenleme yapılması elzemdir.

MADDE 24

Maddeyle, uygulanma kabiliyeti bulunmayan hükümler, çerçeve 20. madde kapsamında ayrıca düzenleme yapıldığından ve uygulamada tereddüde yer verilmemesi amacıyla yürürlükten kaldırılmaktadır. Mevcut üyelerin yetki ve görev süreleri ile devam eden işlemlerin hukuki durumu açıkça geçiş maddesiyle düzenlenmesi gerekmektedir .Aksi halde idari işlemler ve alınan kararların geçerliliği bakımından hukuki belirsizlik oluşabilecektir.

Yapılan değişiklik, daha önce geçici olarak tanımlanmış bir kurumsal geçiş sürecini geri alarak ya da boşta bırakarak hem yönetim organlarının meşruiyeti hem de meslek örgütlenmesinin sürekliliği açısından ciddi belirsizlikler yaratmaktadır.

Geçici 4. madde kapsamında birlik ve oda organlarının (Merkez Yönetim Kurulu, Yüksek Disiplin Kurulu, Denetleme Kurulu) seçimini düzenleyen hükmün kaldırılması, bu yapıların nasıl, ne zaman ve kim tarafından oluşturulacağı sorusunu yanıtsız bırakmaktadır. Meslek örgütlenmesinin temel taşları olan bu kurulların seçimi düzenlenmeden hükmün yürürlükten kaldırılması, yönetim boşluğu ve keyfiyet riski doğurur.

Üçüncü ve dördüncü fıkraların yürürlükten kaldırılmasıyla birlikte, daha önce belirlenmiş olan geçici geçiş süreçleri, görev süreleri veya organlara ilişkin hükümler ortadan kaldırılmış ancak yerine net bir sistem getirilmemiştir. Bu durum, meslek mensuplarının sürece dahil olmasını zorlaştırır ve idarenin takdir yetkisini artırır.

Kurullara ilişkin seçim sürecinin kaldırılması, üyelerin örgüt yönetiminde söz hakkını ve demokratik katılımını sınırlandırır. Özellikle yeni kurumsal yapıların inşasında seçim ve temsil ilkelerinden uzaklaşılması, temsil krizine neden olabilir.

GENEL DEĞERLENDİRME

Sağlık alanında köklü ve yapısal sorunların yaşandığı bir dönemde, kamuoyunun ve sağlık çalışanlarının uzun süredir beklediği düzenlemelere dair adımların bu teklif metninde yer alması büyük bir eksiklik. Meclis gündemine taşınan bu kanun teklifi, halk sağlığını önceleyen bir perspektiften ziyade, bazı teknik alanlarda sınırlı düzenlemelerle yetinmekte; buna karşın, önemli riskler taşıyan maddelere alan açmaktadır.

Örneğin; bağımlılıkla mücadelede ciddi sonuçlar doğurabilecek kenevir türevli ürünlerin kişisel bakım ve destek ürünleri adı altında eczane dışına kayabileceği şekilde tanımlanması (Madde 9), takviye edici gıdaların hâlen ilaç takip sistemi dışında bırakılması (Madde 10) ve sahte tıbbi cihazlara karşı yalnızca para cezası ile yetinilmesi (Madde 16) gibi başlıklar, halk sağlığı açısından ciddi soru işaretleri barındırmaktadır.

Eczacılık uygulamalarıyla ilgili getirilen cezai hükümler, “toptan satış” gibi tanımsız ifadelerle eczacıları mağdur etme riskini taşımakta (Madde 11); organ bağıışı gibi son derece hassas bir konuda ise toplumda güven oluşturacak veri güvenliği ve etik çerçeve yeterince kurulmamaktadır (Madde 13).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hedeflenirken, bina giderleri gibi temel sorunlara çözüm getirilmemesi (Madde 14), sağlık kuruluşlarının reklam faaliyetlerine yönelik yaptırımların yetersiz kalması (Madde 15) ve mevcut yönetsel geçiş hükümlerinin belirsizlik yaratacak şekilde yürürlükten kaldırılması (Madde 24) da teklifin bütüncül bir sağlık reformu vizyonundan uzak olduğunu göstermektedir.

Bu teklifin, halk sağlığını güçlendirecek, sağlık çalışanlarını destekleyecek ve sağlık hizmetlerinin niteliğini artıracak biçimde yeniden ele alınması gerektiğine inanıyoruz. Sağlık, teknik bir alan olmanın ötesinde, kamusal sorumluluk ve toplumsal güven gerektiren bir hizmet alanıdır. Bu nedenle daha kapsayıcı, şeffaf ve katılımcı bir yaklaşımla yeni bir yasal düzenlemenin hazırlanması elzemdir.

Sema Silkin Ün
Denizli

BAYBURT MİLLETVEKİLİ ORHAN ATEŞ VE
İSTANBUL MİLLETVEKİLİ MÜŞERREF PERVİN
TUBA DURGUT İLE 108 MİLLETVEKİLİNİN
TEKLİFİ

**SAĞLIKLA İLGİLİ BAZI KANUNLARDA VE 663
SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMEDE
DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN
TEKLİFİ**

MADDE 1- 2/3/1927 tarihli ve 984 sayılı Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkanlara Mahsus Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 1- Ecza ticarethaneleri; beşeri tıbbi ürünlerin ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zinciri içindeki tüm hareketlerini Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak takip sistemine bildirir. Bu fıkra aykırı hareket edenlere, aykırılığa konu tüm ürünlerin aykırılığın tespit tarihindeki depocu satış fiyatları toplamının iki katı tutarında idari para cezası verilir. Aynı fiilin bir yıl içindeki ikinci tespitinde idari para cezası bir kat artırılarak uygulanır, üçüncü tespitte ecza ticarethanesinin ruhsatnamesi iptal edilir.

Ecza ticarethaneleri beşeri tıbbi ürünler, özel tıbbi amaçlı gıdalar ve etkin maddelerin muhafazası ve dağıtımını Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak yapar.”

MADDE 2- 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesinin üçüncü fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “birden fazla” ibaresi “en fazla iki” şeklinde değiştirilmiş ve fıkra birinci cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi olup olmamasına bakılmaksızın özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı olarak çalışır.”

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

**SAĞLIKLA İLGİLİ BAZI KANUNLARDA VE 663
SAYILI KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMEDE
DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN
TEKLİFİ**

MADDE 1- 2/3/1927 tarihli ve 984 sayılı Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkanlara Mahsus Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 1- Ecza ticarethaneleri; beşeri tıbbi ürünlerin ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zinciri içindeki tüm hareketlerini Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak takip sistemine bildirir. Bu fıkra aykırı hareket edenlere, aykırılığa konu tüm ürünlerin aykırılığın tespit tarihindeki depocu satış fiyatları toplamının iki katı tutarında idari para cezası verilir. Aynı fiilin bir yıl içindeki ikinci tespitinde idari para cezası bir kat artırılarak uygulanır, üçüncü tespitte ecza ticarethanesinin ruhsatnamesi iptal edilir.

Ecza ticarethaneleri beşeri tıbbi ürünler, özel tıbbi amaçlı gıdalar ve etkin maddelerin muhafazası ve dağıtımını Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak yapar.”

MADDE 2- 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesinin üçüncü fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “birden fazla” ibaresi “en fazla iki” şeklinde değiştirilmiş ve fıkra birinci cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi olup olmamasına bakılmaksızın özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı olarak çalışır.”

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

MADDE 3- 1219 sayılı Kanunun 70 inci maddesinin birinci fıkrasına ikinci cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümleler ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Bu fıkra kapsamında alınacak muvafakat elektronik ortamda da alınabilir. Elektronik ortamda alınacak muvafakat, bir bilişim veya elektronik haberleşme cihazı üzerinden gerçekleştirilecek ve ilgilinin kimliğinin doğrulama kabiliyetini haiz kimlik belgeleriyle veya biyometrik yöntemlerle ya da elektronik kimlik doğrulanmasına imkân verecek yöntemler kullanılarak alınır.”

“Bilişim veya elektronik haberleşme cihazı üzerinden alınacak muvafakatlarla ilgili usul ve esaslar Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumunun uygun görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir.”

MADDE 4- 1219 sayılı Kanunun ek 13 üncü maddesinin birinci fıkrasının (i) bendinde yer alan “Diş protez teknikeri” ibaresi “Diş protez teknisyeni/teknikeri” şeklinde değiştirilmiş, “ön lisans” ibaresinden önce gelmek üzere “sağlık meslek liselerinin ve” ibaresi eklenmiş, “sağlık teknikeridir” ibaresi “sağlık teknisyeni/teknikeridir” şeklinde değiştirilmiş, (u), (v) ve (y) bentleri yürürlükten kaldırılmış ve fıkraya aşağıdaki bent eklenmiştir.

“aa) Nükleer tıp teknikeri; ön lisans seviyesindeki nükleer tıp teknikleri programından mezun, nükleer tıp uzmanı tabip sorumluluğunda nükleer tıpta denetimli alanlarda bulunan sıcak oda laboratuvarlarında tanı ve tedavi amaçlı radyofarmasötikleri kullanıma hazır hale getiren, hastaya uygulayan, efor testi süreçlerinde yer alan, nükleer tıp görüntüleme yöntemleriyle görüntü elde eden, görüntü prosesi yapan, radyasyon güvenliği ve kalite kontrol süreçlerinde görev alan sağlık teknikeridir.”

MADDE 5- 1219 sayılı Kanunun geçici 9 uncu maddesinin birinci fıkrasında yer alan “1/1/2029” ibaresi “1/1/2035” şeklinde, “en az altı” ibaresi “en az altı yılda, eğitime başlamadan önce en az beş yıl sözleşmeli aile hekimliği yapanlar için ise en az dört” şeklinde değiştirilmiş ve fıkraya ikinci cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiştir.

MADDE 3- 1219 sayılı Kanunun 70 inci maddesinin birinci fıkrasına ikinci cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümleler ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Bu fıkra kapsamında alınacak muvafakat elektronik ortamda da alınabilir. Elektronik ortamda alınacak muvafakat, bir bilişim veya elektronik haberleşme cihazı üzerinden gerçekleştirilecek ve ilgilinin kimliğinin doğrulama kabiliyetini haiz kimlik belgeleriyle veya biyometrik yöntemlerle ya da elektronik kimlik doğrulanmasına imkân verecek yöntemler kullanılarak alınır.”

“Bilişim veya elektronik haberleşme cihazı üzerinden alınacak muvafakatlarla ilgili usul ve esaslar Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumunun uygun görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir.”

MADDE 4- 1219 sayılı Kanunun ek 13 üncü maddesinin birinci fıkrasının (i) bendinde yer alan “Diş protez teknikeri” ibaresi “Diş protez teknisyeni/teknikeri” şeklinde değiştirilmiş, “ön lisans” ibaresinden önce gelmek üzere “sağlık meslek liselerinin ve” ibaresi eklenmiş, “sağlık teknikeridir” ibaresi “sağlık teknisyeni/teknikeridir” şeklinde değiştirilmiş, (u), (v) ve (y) bentleri yürürlükten kaldırılmış ve fıkraya aşağıdaki bent eklenmiştir.

“aa) Nükleer tıp teknikeri; ön lisans seviyesindeki nükleer tıp teknikleri programından mezun, nükleer tıp uzmanı tabip sorumluluğunda nükleer tıpta denetimli alanlarda bulunan sıcak oda laboratuvarlarında tanı ve tedavi amaçlı radyofarmasötikleri kullanıma hazır hale getiren, hastaya uygulayan, efor testi süreçlerinde yer alan, nükleer tıp görüntüleme yöntemleriyle görüntü elde eden, görüntü prosesi yapan, radyasyon güvenliği ve kalite kontrol süreçlerinde görev alan sağlık teknikeridir.”

MADDE 5- 1219 sayılı Kanunun geçici 9 uncu maddesinin birinci fıkrasında yer alan “1/1/2029” ibaresi “1/1/2035” şeklinde, “en az altı” ibaresi “en az altı yılda, eğitime başlamadan önce en az beş yıl sözleşmeli aile hekimliği yapanlar için ise en az dört” şeklinde değiştirilmiş ve fıkraya ikinci cümlesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki cümle eklenmiştir.

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

“Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alanlar eğitim kurumlarında geçirilen rotasyon sürelerinde, döner sermaye ek ödemelerinden motivasyonunun artırılması amacıyla yapılan ödeme hariç olmak üzere yararlandırılır.”

MADDE 6-1219 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 15- Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren, sağlık meslek liselerinin diş protez teknisyenliği ve sağlık bakım teknisyenliği haricindeki programlarına öğrenci kaydedilmez. Bu tarihe kadar hemşire yardımcılığı ve ebe yardımcılığı programlarına kaydı yapılmış olan öğrenciler eğitimlerini kayıtları yapılan programlarda tamamlar ve sağlık bakım teknisyeni meslek ünvanını kullanırlar. Sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı ve ebe yardımcılığı programlarından bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihe kadar mezun olanlar da sağlık bakım teknisyeni meslek ünvanını kullanırlar.”

MADDE 7- 1219 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 16- Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar; bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce 12 nci madde hükümleri uyarınca verilen çalışma izinleri için 1/6/2026 tarihine kadar yeni çalışma izni başvurusunda bulunur. Bu tarihe kadar başvuruda bulunmayanların çalışma izinleri iptal edilir.”

MADDE 8- 14/5/1928 tarihli ve 1262 sayılı İşpençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 8- Ruhsat veya izin sahipleri; beşeri tıbbi ürünlerin ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zinciri içindeki tüm hareketlerini Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak takip sistemine bildirir. Bu fıkra aykırı hareket edenlere, aykırılığa konu tüm ürünlerin aykırılığın tespit tarihindeki depoya satış fiyatları toplamının iki katı tutarında idari para cezası verilir. Aynı fiilin bir yıl içindeki tekerrüründe idari para cezası bir kat artırılarak uygulanır.”

“Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alanlar eğitim kurumlarında geçirilen rotasyon sürelerinde, döner sermaye ek ödemelerinden motivasyonunun artırılması amacıyla yapılan ödeme hariç olmak üzere yararlandırılır.”

MADDE 6- 1219 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 15- Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren, sağlık meslek liselerinin diş protez teknisyenliği ve sağlık bakım teknisyenliği haricindeki programlarına öğrenci kaydedilmez. Bu tarihe kadar hemşire yardımcılığı ve ebe yardımcılığı programlarına kaydı yapılmış olan öğrenciler eğitimlerini kayıtları yapılan programlarda tamamlar ve sağlık bakım teknisyeni meslek ünvanını kullanırlar. Sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı ve ebe yardımcılığı programlarından bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihe kadar mezun olanlar da sağlık bakım teknisyeni meslek ünvanını kullanırlar.”

MADDE 7- 1219 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 16- Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar; bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce 12 nci madde hükümleri uyarınca verilen çalışma izinleri için 1/6/2026 tarihine kadar yeni çalışma izni başvurusunda bulunur. Bu tarihe kadar başvuruda bulunmayanların çalışma izinleri iptal edilir.”

MADDE 8- 14/5/1928 tarihli ve 1262 sayılı İşpençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 8- Ruhsat veya izin sahipleri; beşeri tıbbi ürünlerin ve özel tıbbi amaçlı gıdaların tedarik zinciri içindeki tüm hareketlerini Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak takip sistemine bildirir. Bu fıkra aykırı hareket edenlere, aykırılığa konu tüm ürünlerin aykırılığın tespit tarihindeki depoya satış fiyatları toplamının iki katı tutarında idari para cezası verilir. Aynı fiilin bir yıl içindeki tekerrüründe idari para cezası bir kat artırılarak uygulanır.”

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

MADDE 9- 12/6/1933 tarihli ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunun 23 üncü maddesinin birinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “ilaç etkin maddesi” ibaresi “tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri” şeklinde, üçüncü cümlesinde yer alan “İlaç etkin maddesi üretimi” ibaresi “Tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri üretimi” şeklinde değiştirilmiş, “ve/veya işlenmesi” ibaresi madde metninden çıkarılmış, beşinci cümlesinde yer alan “İlaç etkin maddesi üretimi” ibaresi “Tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri üretimi” şeklinde, “kenevirin hasadı, işlenmesi, ihrarı, ihracı veya satışına” ibaresi “kenevirin yetiştirilmesi ve hasadına” şeklinde değiştirilmiş ve fıkra aşağıdaki cümleler eklenmiştir. “Kenevirden elde edilen tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünlerine yönelik ruhsatlandırma ya da takip sistemlerine kayıt işlemleri Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilir. Bu ürünler sadece eczanelerden satılabilir. Bu ürünlerin izin ve satışı ile kenevirin işlenmesi, ihrarı ve ihracına ilişkin usul ve esaslar, İçişleri Bakanlığı ve Tarım ve Orman Bakanlığının görüşü alınarak Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.”

MADDE 10- 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanunun 24 üncü maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesine “ilaçların” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve özel tıbbi amaçlı gıdaların” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 11- 6197 sayılı Kanunun 44 üncü maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“24 üncü maddenin birinci fıkrasının birinci veya ikinci cümlesine aykırı hareket edenlere, aykırılığa konu tüm ürünlerin aykırılığın tespit tarihindeki eczacı satış fiyatları toplamının iki katı tutarında idari para cezası verilir.

Bu madde kapsamında verilen idari para cezaları, aynı fiilin bir yıl içindeki tekrarründe bir kat artırılarak uygulanır.”

MADDE 9- 12/6/1933 tarihli ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunun 23 üncü maddesinin birinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “ilaç etkin maddesi” ibaresi “tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri” şeklinde, üçüncü cümlesinde yer alan “İlaç etkin maddesi üretimi” ibaresi “Tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri üretimi” şeklinde değiştirilmiş, “ve/veya işlenmesi” ibaresi madde metninden çıkarılmış, beşinci cümlesinde yer alan “İlaç etkin maddesi üretimi” ibaresi “Tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünleri üretimi” şeklinde, “kenevirin hasadı, işlenmesi, ihrarı, ihracı veya satışına” ibaresi “kenevirin yetiştirilmesi ve hasadına” şeklinde değiştirilmiş ve fıkra aşağıdaki cümleler eklenmiştir.

“Kenevirden elde edilen tıbbi ürün, sağlık ve destek ürünleri ile kişisel bakım ürünlerine yönelik ruhsatlandırma ya da takip sistemlerine kayıt işlemleri Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilir. Bu ürünler sadece eczanelerden satılabilir. Bu ürünlerin izin ve satışı ile kenevirin işlenmesi, ihrarı ve ihracına ilişkin usul ve esaslar, İçişleri Bakanlığı ve Tarım ve Orman Bakanlığının görüşü alınarak Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.”

MADDE 10- 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanunun 24 üncü maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesine “ilaçların” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve özel tıbbi amaçlı gıdaların” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 11- 6197 sayılı Kanunun 44 üncü maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“24 üncü maddenin birinci fıkrasının birinci veya ikinci cümlesine aykırı hareket edenlere, aykırılığa konu tüm ürünlerin aykırılığın tespit tarihindeki eczacı satış fiyatları toplamının iki katı tutarında idari para cezası verilir.

Bu madde kapsamında verilen idari para cezaları, aynı fiilin bir yıl içindeki tekrarründe bir kat artırılarak uygulanır.”

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

MADDE 12- 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 6- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşlarında ek ödeme almakta olan personelden Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına görevlendirilenler bu Kanun kapsamında ek ödmeden faydalandırılır.”

MADDE 13- 29/5/1979 tarihli ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanunun 14 üncü maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve maddeye birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını güvenli kimlik doğrulama araçlarını kullanarak e-Devlet Kapısı veya Sağlık Bakanlığınca kurulan bilişim sistemleri üzerinden beyan etmiş ya da resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamış ise ölüden organ veya doku alınır. Bağışçının sağlığında açıkladığı iradesinin yakınlarının hilafına olması halinde bağışçının iradesi esas alınır.”

“Birinci fıkrada belirtilen hallerin bulunmaması durumunda, sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisinin, bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölüden organ veya doku alınır.

Organları başkasına nakledilen bağışçıların eş ve birinci derece yakınlarına, organ nakline ihtiyaçları olması halinde acil hastalardan sonra gelmek üzere öncelik verilir.

Birinci fıkrada belirtilen usullerle yapılan organ bağışı beyanları, 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa uygun olarak Sağlık Bakanlığı merkezi kayıt sistemine kaydedilir.

MADDE 12- 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 6- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşlarında ek ödeme almakta olan personelden Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına görevlendirilenler bu Kanun kapsamında ek ödmeden faydalandırılır.”

MADDE 13- 29/5/1979 tarihli ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanunun 14 üncü maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve maddeye birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını güvenli kimlik doğrulama araçlarını kullanarak e-Devlet Kapısı veya Sağlık Bakanlığınca kurulan bilişim sistemleri üzerinden beyan etmiş ya da resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamış ise ölüden organ veya doku alınır. Bağışçının sağlığında açıkladığı iradesinin yakınlarının hilafına olması halinde bağışçının iradesi esas alınır.”

“Birinci fıkrada belirtilen hallerin bulunmaması durumunda, sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisinin, bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölüden organ veya doku alınır.

Organları başkasına nakledilen bağışçıların eş ve birinci derece yakınlarına, organ nakline ihtiyaçları olması halinde acil hastalardan sonra gelmek üzere öncelik verilir.

Birinci fıkrada belirtilen usullerle yapılan organ bağışı beyanları, 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa uygun olarak Sağlık Bakanlığı merkezi kayıt sistemine kaydedilir.

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

Organ bağıışı beyanları, beyan esnasında bağıışçı tarafından belirlenen kişilere bildirilir ve bu kişiler haricindekilere beyin ölümü tespitinden önce açıklanmaz.”

MADDE 14- 3/5/1985 tarihli ve 3194 sayılı İmar Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 12- Toplam yüz ölçümü 2.500 metrekareden büyük parklarda eşdeğer alan ayrılmaksızın ve imar planı değışikliği yapılmadan acil sağlık hizmetleri istasyonu, sağlıklı hayat merkezi ve aile sağlığı merkezi yapılması için Sağlık Bakanlığının talebi üzerine yetkili idare veya Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı tarafından yer tahsis yapılabilir.

Tahsis işlemi; yüz ölçümü 2.500 metrekareden 5.000 metrekareye kadar olan parklarda muvakkat yapı ölçülerini aşmamak, 5.000 metrekareden büyük parklarda ise 250 metrekare taban alanı, kat adedi 2 ve bina yüksekliği 7,50 metreden fazla olmamak kaydıyla yapılacak sağlık tesisleri için tahsis edilen alan büyüklüğü, taban alanının iki katını geçmeyecek şekilde Sağlık Bakanlığınca talep edilen yüz ölçümü kadar yapılır.

Bu madde kapsamında tahsis edilen yerler ile bu amaçla inşa edilen binalar devredilemez ve başka bir amaçla kullanılamaz. Bu yerlerin devredilmesi veya tahsis edilen amaca aykırı kullanılması halinde yapılan tahsis kaldırılır.”

MADDE 15- 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 11 inci maddesine dördüncü fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Özel sağlık kuruluşları, sağlık hizmetlerine yönelik tanıtım ve bilgilendirme sınırını aşan reklam niteliğindeki faaliyetlerde bulunamaz. Sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri; adres ve iletişim bilgileri, çalışma gün ve saatleri, hasta kabul edilen uzmanlık dalları, çalıştırılan sağlık meslek mensuplarının mesleki ve akademik ünvanları ve hizmet verilen sağlık alanıyla ilgili sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgiler ile sınırlıdır. Bu sınırları aşanlar ile yanıltıcı, aldatıcı, insan

Organ bağıışı beyanları, beyan esnasında bağıışçı tarafından belirlenen kişilere bildirilir ve bu kişiler haricindekilere beyin ölümü tespitinden önce açıklanmaz.”

MADDE 14- 3/5/1985 tarihli ve 3194 sayılı İmar Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 12- Toplam yüz ölçümü 2.500 metrekareden büyük parklarda eşdeğer alan ayrılmaksızın ve imar planı değışikliği yapılmadan acil sağlık hizmetleri istasyonu, sağlıklı hayat merkezi ve aile sağlığı merkezi yapılması için Sağlık Bakanlığının talebi üzerine yetkili idare veya Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı tarafından yer tahsis yapılabilir.

Tahsis işlemi; yüz ölçümü 2.500 metrekareden 5.000 metrekareye kadar olan parklarda muvakkat yapı ölçülerini aşmamak, 5.000 metrekareden büyük parklarda ise 250 metrekare taban alanı, kat adedi 2 ve bina yüksekliği 7,50 metreden fazla olmamak kaydıyla yapılacak sağlık tesisleri için tahsis edilen alan büyüklüğü, taban alanının iki katını geçmeyecek şekilde Sağlık Bakanlığınca talep edilen yüz ölçümü kadar yapılır.

Bu madde kapsamında tahsis edilen yerler ile bu amaçla inşa edilen binalar devredilemez ve başka bir amaçla kullanılamaz. Bu yerlerin devredilmesi veya tahsis edilen amaca aykırı kullanılması halinde yapılan tahsis kaldırılır.”

MADDE 15- 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 11 inci maddesine dördüncü fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Özel sağlık kuruluşları, sağlık hizmetlerine yönelik tanıtım ve bilgilendirme sınırını aşan reklam niteliğindeki faaliyetlerde bulunamaz. Sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri; adres ve iletişim bilgileri, çalışma gün ve saatleri, hasta kabul edilen uzmanlık dalları, çalıştırılan sağlık meslek mensuplarının mesleki ve akademik ünvanları ve hizmet verilen sağlık alanıyla ilgili sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgiler ile sınırlıdır. Bu sınırları aşanlar ile yanıltıcı, aldatıcı, insan

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

sağlığını tehlikeye düşüren veya haksız rekabet ortamı yaratan fiillerde bulunanlar, yüz bin Türk lirasından az olmamak üzere bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde ikisine kadar idari para cezası ile cezalandırılır.”

MADDE 16- 3359 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 20- Her türlü tıbbi cihazın sahtesini piyasaya arz edenler ile piyasada bulunduran veya hizmete sunanlar hakkında bir milyon Türk lirasından on milyon Türk lirasına kadar idari para cezası verilir.

Bakanlıkça izin verilen yerler ve belirlenen usuller haricinde tıbbi cihazların satış, reklam, dağıtım ve pazarlamasını yapanlar ile teknik servis hizmetini sunanlar hakkında beş yüz bin Türk lirasından beş milyon Türk lirasına kadar idari para cezası verilir.

Bu maddede belirlenen idari para cezaları, bir yıl içinde tespit edilen her bir tekerrür fiili için birer kat artırılarak uygulanır.

Bu maddede belirlenen idari para cezasını uygulamaya Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve mahallin en büyük mülki amiri yetkilidir.”

MADDE 17- 3359 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 21- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, görev alanına giren ürün ve hizmetlerin denetimi kapsamında, gerçek veya tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşlarından, elektronik ortamda düzenlenenler de dahil olmak üzere her türlü mali bilgi ve belgeyi talep edebilir.”

MADDE 18- 3359 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 22- Sağlık Bakanlığı ile bağlı ve ilgili kuruluşları;

a) Sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında kullanılan ürün ve hizmetlere ilişkin kriterleri belirler, bunların uygunluğuna karar verir.

b) İlgili mevzuatta öngörülen şartlar ve Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar dahilinde tıbbi cihazları, ürünleri, bilgi yönetim sistemlerini, bilgi yönetim sistemleri ile veri alışverişi yapabilen yazılımları ve sistemleri denetler.”

sağlığını tehlikeye düşüren veya haksız rekabet ortamı yaratan fiillerde bulunanlar, yüz bin Türk lirasından az olmamak üzere bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde ikisine kadar idari para cezası ile cezalandırılır.”

MADDE 16- 3359 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 20- Her türlü tıbbi cihazın sahtesini piyasaya arz edenler ile piyasada bulunduran veya hizmete sunanlar hakkında bir milyon Türk lirasından on milyon Türk lirasına kadar idari para cezası verilir.

Bakanlıkça izin verilen yerler ve belirlenen usuller haricinde tıbbi cihazların satış, reklam, dağıtım ve pazarlamasını yapanlar ile teknik servis hizmetini sunanlar hakkında beş yüz bin Türk lirasından beş milyon Türk lirasına kadar idari para cezası verilir.

Bu maddede belirlenen idari para cezaları, bir yıl içinde tespit edilen her bir tekerrür fiili için birer kat artırılarak uygulanır.

Bu maddede belirlenen idari para cezasını uygulamaya Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve mahallin en büyük mülki amiri yetkilidir.”

MADDE 17- 3359 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 21- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, görev alanına giren ürün ve hizmetlerin denetimi kapsamında, gerçek veya tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşlarından, elektronik ortamda düzenlenenler de dahil olmak üzere her türlü mali bilgi ve belgeyi talep edebilir.”

MADDE 18- 3359 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 22- Sağlık Bakanlığı ile bağlı ve ilgili kuruluşları;

a) Sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında kullanılan ürün ve hizmetlere ilişkin kriterleri belirler, bunların uygunluğuna karar verir.

b) İlgili mevzuatta öngörülen şartlar ve Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar dahilinde tıbbi cihazları, ürünleri, bilgi yönetim sistemlerini, bilgi yönetim sistemleri ile veri alışverişi yapabilen yazılımları ve sistemleri denetler.”

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

MADDE 19- 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinde yer alan “Tasfiye İşleri Döner Sermaye İşletmeleri Genel Müdürlüğünden” ibaresi “Tasfiye İşleri Döner Sermaye İşletmeleri Genel Müdürlüğünden, sağlık alanında faaliyette bulunan idarelerin Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ile sermayesinin yarısından fazlası bu Başkanlığa ait şirketler tarafından sağlık alanında bizzat üretilen mal, hizmet ve danışmanlık hizmetleri için bu kuruluşlardan” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 20- 22/6/2004 tarihli ve 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanunun 12 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“MADDE 12- Optisyenler, müessese faaliyetlerine ilişkin kayıtları Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak tutmak zorundadır.”

MADDE 21- 5193 sayılı Kanunun 15 inci maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, dördüncü fıkrasında yer alan “yasakların” ibaresinden sonra gelmek üzere “beş yıl içinde” ibaresi eklenmiş ve “uygulanır.” ibaresi “uygulanır ve bu süre içinde 6 ncı maddeye üçüncü defa aykırı davranan optisyen, ayrıca bir yıl süre ile meslekten men edilir.” şeklinde değiştirilmiştir.

“6 ncı maddeye aykırı hareket edenlere, yüz bin Türk lirasından bir milyon Türk lirasına kadar idari para cezası verilir.”

MADDE 22- 5193 sayılı Kanunun ek 1 inci maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki cümleler, birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkralar eklenmiş ve Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen mevcut ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Kamu kurum ve kuruluşları ile kamu iktisadi teşebbüslerinde asli ve sürekli kadrolarda çalışanlar ile geçici 2 nci madde kapsamında faaliyet yürüten eczacılar hariç olmak üzere odalara üye olmayan optisyen-gözlükçüler, mesleki faaliyette bulunamazlar. Optisyenlik müessesesi açıp işletmek isteyen gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri müesseselerini otuz

MADDE 19- 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (e) bendinde yer alan “Tasfiye İşleri Döner Sermaye İşletmeleri Genel Müdürlüğünden” ibaresi “Tasfiye İşleri Döner Sermaye İşletmeleri Genel Müdürlüğünden, sağlık alanında faaliyette bulunan idarelerin Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ile sermayesinin yarısından fazlası bu Başkanlığa ait şirketler tarafından sağlık alanında bizzat üretilen mal, hizmet ve danışmanlık hizmetleri için bu kuruluşlardan” şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 20- 22/6/2004 tarihli ve 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanunun 12 nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“MADDE 12- Optisyenler, müessese faaliyetlerine ilişkin kayıtları Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak tutmak zorundadır.”

MADDE 21- 5193 sayılı Kanunun 15 inci maddesinin ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, dördüncü fıkrasında yer alan “yasakların” ibaresinden sonra gelmek üzere “beş yıl içinde” ibaresi eklenmiş ve “uygulanır.” ibaresi “uygulanır ve bu süre içinde 6 ncı maddeye üçüncü defa aykırı davranan optisyen, ayrıca bir yıl süre ile meslekten men edilir.” şeklinde değiştirilmiştir.

“6 ncı maddeye aykırı hareket edenlere, yüz bin Türk lirasından bir milyon Türk lirasına kadar idari para cezası verilir.”

MADDE 22- 5193 sayılı Kanunun ek 1 inci maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki cümleler, birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkralar eklenmiş ve Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen mevcut ikinci fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Kamu kurum ve kuruluşları ile kamu iktisadi teşebbüslerinde asli ve sürekli kadrolarda çalışanlar ile geçici 2 nci madde kapsamında faaliyet yürüten eczacılar hariç olmak üzere odalara üye olmayan optisyen-gözlükçüler, mesleki faaliyette bulunamazlar. Optisyenlik müessesesi açıp işletmek isteyen gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri müesseselerini otuz

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

gün içinde bağlı bulundukları ticaret veya esnaf siciline tescil ettirmekle ve sicil gazetesinde ilan ettirmekle yükümlüdürler.”

“Sınırları içinde odaya kayıtlı en az yüz elli meslek mensubu bulunan her ilde bir oda kurulur. Odalar, kuruluşlarını Birlik Merkez Yönetim Kurulu aracılığı ile Sağlık Bakanlığına bildirmekle tüzel kişilik kazanırlar.

Optisyen-gözlükçüler odalarının organları şunlardır;

- a) Genel kurul,
- b) Yönetim kurulu,
- c) Disiplin kurulu.

Genel kurul, odaya kayıtlı üyelerin toplanması ile oluşur ve yılda bir defa eylül ayında toplanır. İlk toplantıda çoğunluk sağlanamaz ise ertesi gün mevcut üyeler ile toplantı yapılır.

Genel kurulun görevleri şunlardır;

- a) Yönetim kurulunun yıllık çalışma raporunu incelemek,
- b) Yönetim kurulunu ibra etmek, gerektiğinde sorumlu görülenler hakkında disiplin soruşturması başlatılmasına karar vermek,
- c) Bütçeyi tasdik etmek,
- ç) Yönetim kurulu asıl ve yedek üyelerini, Büyük Genel Kurula iştirak edecek asıl ve yedek temsilcileri, disiplin kurulu asıl ve yedek üyelerini seçmek,
- d) Oda adına amacına uygun işlerde kullanılmak üzere taşınmaz mal alınmasına veya satılmasına, taşınmazlar üzerine ipotek ve her türlü ayni hak tesisine karar vermek, bu konularda yönetim kuruluna yetki vermek,
- e) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Yönetim kurulu, genel kurulca seçilecek yedi asıl ve yedi yedek üyeden oluşur ve en az on beş günde bir defa toplanır.

Yönetim kurulunun görevleri şunlardır;

- a) Odanın gelir-gider bilânçosunu ve bütçesini hazırlayarak genel kurula sunmak,
- b) Disiplin kurulunun soruşturma yapmasına karar vermek, bu Kanun uyarınca verilen disiplin ve para cezalarının uygulanmasını sağlamak,

gün içinde bağlı bulundukları ticaret veya esnaf siciline tescil ettirmekle ve sicil gazetesinde ilan ettirmekle yükümlüdürler.”

“Sınırları içinde odaya kayıtlı en az yüz elli meslek mensubu bulunan her ilde bir oda kurulur. Odalar, kuruluşlarını Birlik Merkez Yönetim Kurulu aracılığı ile Sağlık Bakanlığına bildirmekle tüzel kişilik kazanırlar.

Optisyen-gözlükçüler odalarının organları şunlardır;

- a) Genel kurul,
- b) Yönetim kurulu,
- c) Disiplin kurulu.
- ç) Denetleme kurulu.

Genel kurul, odaya kayıtlı üyelerin toplanması ile oluşur ve yılda bir defa eylül ayında toplanır. İlk toplantıda çoğunluk sağlanamaz ise ertesi gün mevcut üyeler ile toplantı yapılır.

Genel kurulun görevleri şunlardır;

- a) Yönetim kurulunun yıllık çalışma raporunu ve denetleme kurulu raporunu incelemek,
- b) Yönetim kurulunu ibra etmek, gerektiğinde sorumlu görülenler hakkında disiplin soruşturması başlatılmasına karar vermek,
- c) Bütçeyi tasdik etmek,
- ç) Yönetim kurulu asıl ve yedek üyelerini, Büyük Genel Kurula iştirak edecek asıl ve yedek temsilcileri, disiplin kurulu ile denetleme kurulu asıl ve yedek üyelerini seçmek,
- d) Oda adına amacına uygun işlerde kullanılmak üzere taşınmaz mal alınmasına veya satılmasına, taşınmazlar üzerine ipotek ve her türlü ayni hak tesisine karar vermek, bu konularda yönetim kuruluna yetki vermek,
- e) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Yönetim kurulu, genel kurulca seçilecek yedi asıl ve yedi yedek üyeden oluşur ve en az on beş günde bir defa toplanır.

Yönetim kurulunun görevleri şunlardır;

- a) Odanın gelir-gider bilânçosunu ve bütçesini hazırlayarak genel kurula sunmak,
- b) Disiplin kurulunun soruşturma yapmasına karar vermek, bu Kanun uyarınca verilen disiplin ve para cezalarının uygulanmasını sağlamak,

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

c) Odaya yeni kaydolan, başka odalara naklini yapan ve odadan kaydı silinen üyeleri, en geç otuz gün zarfında Merkez Yönetim Kuruluna bildirmek,

ç) İki yıl içerisinde üyelik sorumluluklarını yerine getirmeyen üyelerin odaya üyelik kayıtlarını Merkez Yönetim Kurulunun kabulü hâlinde silmek,

d) Oda adına amacına uygun işlerde kullanılmak üzere taşınmaz mal alınmasına veya satılmasına, taşınmazlar üzerine ipotek ve her türlü aynı hak tesisine ilişkin konularda genel kurulun onayını alarak Merkez Yönetim Kurulunun onayına sunmak,

e) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Disiplin kurulu, beş asıl ve beş yedek üyeden oluşmak üzere, yurt içinde en az beş yıl mesleğini icra etmiş olanlar arasından seçilir.

Disiplin kurulunun görevleri şunlardır;

a) Bu Kanunun öngördüğü yükümlülükleri yerine getirmeyen meslek mensupları ile evrakı kendisine tevdi edilen üyelerin meslek adap ve haysiyetine aykırı olan fiil ve hallerinin niteliğine ve ağırlık derecesine göre, fiil ile ceza arasında adil bir denge gözeterek bu Kanun ile belirlenmiş disiplin cezalarını vermek,

b) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Birlik odalardan ve organlardan oluşur. Birliğin organları şunlardır;

a) Büyük Genel Kurul,

b) Merkez Yönetim Kurulu,

c) Merkez Denetleme Kurulu,

ç) Yüksek Disiplin Kurulu.

Büyük Genel Kurul, odaların genel kurullarında seçilen temsilcilerden oluşur. Odaların genel kurullarında, Büyük Genel Kurulda odayı temsil etmek üzere, meslekte fiilen beş yılını doldurmuş üyeler arasından; yüz elli üyesi olan odalar beş, üç yüze kadar üyesi olanlar beş temsilciye ilâveten yüz elliden fazla her tam yetmiş beş üye için birer, üç yüzden fazla üyesi olanlar ise yedi temsilciye ilâveten üç yüzden fazla her tam üç yüz üye için birer üye, Büyük

c) Odaya yeni kaydolan, başka odalara naklini yapan ve odadan kaydı silinen üyeleri, en geç otuz gün zarfında Merkez Yönetim Kuruluna bildirmek,

ç) İki yıl içerisinde üyelik sorumluluklarını yerine getirmeyen üyelerin odaya üyelik kayıtlarını Merkez Yönetim Kurulunun kabulü hâlinde silmek,

d) Oda adına amacına uygun işlerde kullanılmak üzere taşınmaz mal alınmasına veya satılmasına, taşınmazlar üzerine ipotek ve her türlü aynı hak tesisine ilişkin konularda genel kurulun onayını alarak Merkez Yönetim Kurulunun onayına sunmak,

e) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Disiplin kurulu, beş asıl ve beş yedek üyeden oluşmak üzere, yurt içinde en az beş yıl mesleğini icra etmiş olanlar arasından seçilir.

Disiplin kurulunun görevleri şunlardır;

a) Bu Kanunun öngördüğü yükümlülükleri yerine getirmeyen meslek mensupları ile evrakı kendisine tevdi edilen üyelerin meslek adap ve haysiyetine aykırı olan fiil ve hallerinin niteliğine ve ağırlık derecesine göre, fiil ile ceza arasında adil bir denge gözeterek bu Kanun ile belirlenmiş disiplin cezalarını vermek,

b) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Denetleme kurulu, genel kurulca seçilecek üç asıl ve üç yedek üyeden oluşur.

Denetleme kurulunun görevleri şunlardır;

a) Yönetim Kurulu bütçesinin uygulanması ile bütün iş ve işlemleri denetlemek,

b) Gelir ve giderleri, bunlara dair defterleri ve diğer evrakı incelemek ve yılda en az iki defa kasa sayımında bulunmak,

c) Yılda en az iki defa denetlemede bulunarak yürüttüğü görevlere ilişkin çalışmalar ile bütçe uygulamasını ve incelemesini ihtiva eden denetleme raporunu hazırlayarak Genel Kurula sunmak,

ç) Yönetim Kurulunun dağılması hâlinde Genel Kurulu olağanüstü toplantıya dâvet etmek,

d) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

Genel Kurul temsilcisi ve aynı miktarda yedek temsilci seçilir. Büyük Genel Kurul, iki yılda bir defa kasım ayında toplanır. Olağan toplantı dışında, Büyük Genel Kurul temsilcilerinin üçte birinin veya Merkez Yönetim Kurulunun yazılı talebi ile olağanüstü de toplanır. İlk toplantıda çoğunluk sağlanamaz ise ertesi gün mevcut temsilciler ile toplantı yapılır.

Büyük Genel Kurulun görevleri şunlardır;

a) Merkez Yönetim Kurulu ile Merkez Denetleme Kurulunu ayrı ayrı ibra etmek, sorumlu görülenler hakkında disiplin soruşturması başlatılmasına karar vermek,

b) Bütçeyi tasdik etmek,

c) Birliğin diğer organlarının asıl ve yedek üyelerini seçmek,

ç) Merkez Yönetim Kurulunca teklif olunan konuları müzakere etmek, karara bağlamak,

d) Birlik adına amacına uygun işlerde kullanılmak üzere taşınmaz mal alınmasına veya satılmasına, taşınmazlar üzerine ipotek ve her türlü ayni hak tesisine karar vermek, bu konularda Merkez Yönetim Kuruluna yetki vermek,

e) Merkez Yönetim Kurulunca hazırlanan yönetmelik taslaklarını Bakanlığın görüşünü aldıktan sonra onaylamak,

f) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Merkez Yönetim Kurulu, Büyük Genel Kurulca seçilecek on bir asıl ve on bir yedek üyeden oluşur ve on beş günde bir defa toplanır.

Merkez Yönetim Kurulunun görevleri şunlardır;

a) Odaların çalışmalarının ve işlemlerinin düzenli olmasını sağlamak, takip etmek ve denetleterek aksaklıkları görülenlere ihtarla bulunarak gerektiğinde oda organları hakkında adlî ve idarî makamlara bildirimde bulunmak,

b) Büyük Genel Kurulun toplanmasını sağlamak,

c) Kendi görev alanlarını ilgilendiren kanunların uygulanmasına yönelik yönetmelik taslaklarını hazırlayarak Bakanlığın görüşünü aldıktan sonra Büyük Genel Kurulun onayına sunmak, kabul edilenlerin Resmî Gazete’de yayımlanmasını sağlamak,

Birlik odalardan ve organlardan oluşur. Birliğin organları şunlardır;

a) Büyük Genel Kurul,

b) Merkez Yönetim Kurulu,

c) Merkez Denetleme Kurulu,

ç) Yüksek Disiplin Kurulu.

Büyük Genel Kurul, odaların genel kurullarında seçilen temsilcilerden oluşur. Odaların genel kurullarında, Büyük Genel Kurulda odayı temsil etmek üzere, meslekte fiilen beş yılını doldurmuş üyeler arasından; yüz elli üyesi olan odalar beş, üç yüze kadar üyesi olanlar beş temsilciye ilâveten yüz elliden fazla her tam yetmiş beş üye için birer, üç yüzden fazla üyesi olanlar ise yedi temsilciye ilâveten üç yüzden fazla her tam üç yüz üye için birer üye, Büyük Genel Kurul temsilcisi ve aynı miktarda yedek temsilci seçilir. Büyük Genel Kurul, iki yılda bir defa kasım ayında toplanır. Olağan toplantı dışında, Büyük Genel Kurul temsilcilerinin üçte birinin veya Merkez Yönetim Kurulunun yazılı talebi ile olağanüstü de toplanır. İlk toplantıda çoğunluk sağlanamaz ise ertesi gün mevcut temsilciler ile toplantı yapılır.

Büyük Genel Kurulun görevleri şunlardır;

a) Merkez Yönetim Kurulu ile Merkez Denetleme Kurulunu ayrı ayrı ibra etmek, sorumlu görülenler hakkında disiplin soruşturması başlatılmasına karar vermek,

b) Bütçeyi tasdik etmek,

c) Birliğin diğer organlarının asıl ve yedek üyelerini seçmek,

ç) Merkez Yönetim Kurulunca teklif olunan konuları müzakere etmek, karara bağlamak,

d) Birlik adına amacına uygun işlerde kullanılmak üzere taşınmaz mal alınmasına veya satılmasına, taşınmazlar üzerine ipotek ve her türlü ayni hak tesisine karar vermek, bu konularda Merkez Yönetim Kuruluna yetki vermek,

e) Merkez Yönetim Kurulunca hazırlanan yönetmelik taslaklarını Bakanlığın görüşünü aldıktan sonra onaylamak,

f) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Merkez Yönetim Kurulu, Büyük Genel Kurulca seçilecek on bir asıl ve on bir yedek üyeden oluşur ve on beş günde bir defa toplanır.

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

ç) Optisyenlik müesseselerinden sağlık hizmeti satın alacak bütün resmî ve özel kurum ve kuruluşlar ile anlaşmalar akdetmek, imzalanan protokollere uygun tip sözleşme metinlerini hazırlamak ve belirleyeceği bedel karşılığı optisyenlik müesseselerine dağıtmak,

d) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Merkez Denetleme Kurulu, Büyük Genel Kurulca seçilecek üç asıl ve üç yedek üyeden oluşur.

Merkez Denetleme Kurulunun görevleri şunlardır;

a) Merkez Yönetim Kurulu bütçesinin uygulanması ile bütün iş ve işlemleri denetlemek,

b) Gelir ve giderleri, bunlara dair defterleri ve diğer evrakı incelemek ve yılda en az iki defa kasa sayımında bulunmak,

c) Yılda en az iki defa denetlemede bulunarak yürüttüğü görevlere ilişkin çalışmalar ile bütçe uygulamasını ve incelemesini ihtiva eden denetleme raporunu hazırlayıp Merkez Yönetim Kuruluna ve toplandığında Büyük Genel Kurula sunmak,

ç) Merkez Yönetim Kurulunun dağılması hâlinde Büyük Genel Kurulu olağanüstü toplantıya davet etmek,

d) Odaları yetkisi çerçevesinde denetlemek,

e) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Yüksek Disiplin Kurulu, Büyük Genel Kurulca seçilecek dokuz asıl ve dokuz yedek üyeden oluşur.

Yüksek Disiplin Kurulu, oda disiplin kurullarından gelen evrakı ve kararları inceledikten sonra aynen veya düzelterek kabul ve tasdik edebilir. Mahallince verilen kararın uygun bulunmaması halinde, gerekçesiyle birlikte dosya ilgili disiplin kuruluna iade edilir. Oda disiplin kurulunun bu konuda vereceği ikinci karara itiraz üzerine Yüksek Disiplin Kurulunca verilecek karara yeniden itiraz edilemez. Kurul kararında, karar aleyhine başvurulacak yasal yollar belirtilir.

Birliğin ve odaların organları üye tam sayılarının salt çoğunluğu ile toplanır ve

Merkez Yönetim Kurulunun görevleri şunlardır;

a) Odaların çalışmalarının ve işlemlerinin düzenli olmasını sağlamak, takip etmek ve denetleterek aksaklıkları görülenlere ihtarla bulunarak gerektiğinde oda organları hakkında adlî ve idarî makamlara bildirimde bulunmak,

b) Büyük Genel Kurulun toplanmasını sağlamak,

c) Kendi görev alanlarını ilgilendiren kanunların uygulanmasına yönelik yönetmelik taslaklarını hazırlayarak Bakanlığın görüşünü aldıktan sonra Büyük Genel Kurulun onayına sunmak, kabul edilenlerin Resmî Gazete’de yayımını sağlamak,

ç) Optisyenlik müesseselerinden sağlık hizmeti satın alacak bütün resmî ve özel kurum ve kuruluşlar ile anlaşmalar akdetmek, imzalanan protokollere uygun tip sözleşme metinlerini hazırlamak ve belirleyeceği bedel karşılığı optisyenlik müesseselerine dağıtmak,

d) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

Merkez Denetleme Kurulu, Büyük Genel Kurulca seçilecek üç asıl ve üç yedek üyeden oluşur.

Merkez Denetleme Kurulunun görevleri şunlardır;

a) Merkez Yönetim Kurulu bütçesinin uygulanması ile bütün iş ve işlemleri denetlemek,

b) Gelir ve giderleri, bunlara dair defterleri ve diğer evrakı incelemek ve yılda en az iki defa kasa sayımında bulunmak,

c) Yılda en az iki defa denetlemede bulunarak yürüttüğü görevlere ilişkin çalışmalar ile bütçe uygulamasını ve incelemesini ihtiva eden denetleme raporunu hazırlayıp Merkez Yönetim Kuruluna ve toplandığında Büyük Genel Kurula sunmak,

ç) Merkez Yönetim Kurulunun dağılması hâlinde Büyük Genel Kurulu olağanüstü toplantıya davet etmek,

d) Odaları yetkisi çerçevesinde denetlemek,

e) Kanunlarla verilen diğer görevleri yapmak.

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

mevcudun salt çoğunluğu ile karar alır. Ancak Yüksek Disiplin Kurulu ve oda disiplin kurulları üye tam sayısı ile toplanır.

Birlik ve odaların genel kurullarında seçilen organların üyelerinin görev süreleri üç yıldır. Yeni üyelerin tamamının seçilmelerine kadar eski üyeler görevlerine devam eder.”

“Odalar ile Birliğin teşkili, faaliyetleri, organların görev ve yetkileri, toplantıları, seçimi, seçilme yeterlilikleri, seçimlerin yapılış usulü, mesleki yardımlaşma sandığının kuruluşu, mesleki sicil, idari ve mali denetime ilişkin bu Kanunda yer almayan hususlarda 25/1/1956 tarihli ve 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun ilgili hükümleri kıyasen uygulanır. Ancak giriş ve yıllık üye aidatı tutarları yürürlükteki brüt asgari ücretin yüzde onunu geçmemek üzere Birlik Büyük Genel Kurulu tarafından tespit edilir. Odaların topladığı aidatlar toplamının yüzde otuzu Birlik merkezi payı olarak oda yönetim kurullarınca Birlik hesabına gönderilir. Oda aidatlarının ve Birlik merkezi payının tahsilat usulleri yönetmelikle belirlenir.”

MADDE 23- 5193 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 2- Bu Kanun ve meslekle ilgili diğer mevzuatın kendisine yüklediği görevleri yerine getirmeyen, meslek onuruna uymayan eylem ve davranışlarda bulunan veya Genel Kurul kararlarına aykırı hareket eden meslek mensuplarına kınama, para cezası ve meslek icrasını durdurma cezaları uygulanır.

Yüksek Disiplin Kurulu, Büyük Genel Kurulca seçilecek dokuz asıl ve dokuz yedek üyeden oluşur.

Yüksek Disiplin Kurulu, oda disiplin kurullarından gelen evrakı ve kararları inceledikten sonra aynen veya düzelterek kabul ve tasdik edebilir. Mahallince verilen kararın uygun bulunmaması halinde, gerekçesiyle birlikte dosya ilgili disiplin kuruluna iade edilir. Oda disiplin kurulunun bu konuda vereceği ikinci karara itiraz üzerine Yüksek Disiplin Kurulunca verilecek karara yeniden itiraz edilemez. Kurul kararında, karar aleyhine başvurulacak yasal yollar belirtilir.

Birliğin ve odaların organları üye tam sayılarının salt çoğunluğu ile toplanır ve mevcudun salt çoğunluğu ile karar alır. Ancak Yüksek Disiplin Kurulu ve oda disiplin kurulları üye tam sayısı ile toplanır.

Birlik ve odaların genel kurullarında seçilen organların üyelerinin görev süreleri üç yıldır. Yeni üyelerin tamamının seçilmelerine kadar eski üyeler görevlerine devam eder.”

“Odalar ile Birliğin teşkili, faaliyetleri, organların görev ve yetkileri, toplantıları, seçimi, seçilme yeterlilikleri, seçimlerin yapılış usulü, mesleki yardımlaşma sandığının kuruluşu, mesleki sicil, idari ve mali denetime ilişkin bu Kanunda yer almayan hususlarda 25/1/1956 tarihli ve 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun ilgili hükümleri kıyasen uygulanır. Ancak giriş ve yıllık üye aidatı tutarları yürürlükteki brüt asgari ücretin yüzde onunu geçmemek üzere Birlik Büyük Genel Kurulu tarafından tespit edilir. Odaların topladığı aidatlar toplamının yüzde otuzu Birlik merkezi payı olarak oda yönetim kurullarınca Birlik hesabına gönderilir. Oda aidatlarının ve Birlik merkezi payının tahsilat usulleri yönetmelikle belirlenir.”

MADDE 23- 5193 sayılı Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 2- Bu Kanun ve meslekle ilgili diğer mevzuatın kendisine yüklediği görevleri yerine getirmeyen, meslek onuruna uymayan eylem ve davranışlarda bulunan veya Genel Kurul kararlarına aykırı hareket eden meslek mensuplarına kınama, para cezası ve meslek icrasını durdurma cezaları uygulanır.

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

Kınama; mesleki tutum ve davranışlarında kusurlu sayıldığı için meslek mensubuna yazıyla bildirilmesidir. Kınama cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır;

a) Mesleki faaliyetinde ortaya çıkan değişiklikleri, değişiklik tarihinden itibaren on beş gün içinde odaya bildirmemek,

b) Sağlık Meslekleri Kurulunca belirlenen mesleki etik ilkelerine aykırı fiil ve davranışlarda bulunmak,

c) Hastaya ve yakınlarına karşı taahhütlerini yerine getirmemek veya yanıltıcı bilgi vermek,

ç) Satışa arz edilen görmeye yardımcı tıbbi cihazların niteliği hakkında gerçeğe aykırı beyanda bulunmak,

d) Üyelik görev ve sorumlulukları ile ilgili yönetim kurulunca yapılan davet ve talebin gereğini, alınan kararları mazeretsiz olarak yerine getirmemek.

Para cezası; fiilin işlendiği tarihteki yıllık üyelik aidatının beş katına kadar verilecek para cezasıdır. Para cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır;

a) Kendisine reçete gönderilmesini sağlamak üzere kişileri, herhangi bir sağlık kurum ve kuruluşuna veya tabibe yönlendirmek ya da buralardan kendi müesseselerine hasta yönlendirmek, bunlara aracılık etmek,

b) Organ seçimlerinin düzen içinde ve sağlıklı biçimde yürütülmesi amacıyla hakim ve seçim sandık kurulunun aldığı tedbirlere uymamak,

c) Oda denetçileri tarafından yapılacak inceleme ve denetimlerde istenilen üyelik sorumluluklarına ilişkin bilgi ve belgeleri ibraz etmemek, inceleme ve denetime engel olmak,

ç) Mesleki sırlar ile hastalara veya hizmet alıcılara ait sırları yasal zorunluluk dışında açıklamak.

Meslek icrasını durdurma; meslek icrasının bir ay veya bir yıl süreyle durdurulmasıdır. Para cezasıyla cezalandırılan meslek mensubunun üç yıl içinde aynı cezayı gerektirecek yeni bir davranışta bulunması halinde meslek icrasını bir ay durdurma cezası verilir. Bir ay süreyle

Kınama; mesleki tutum ve davranışlarında kusurlu sayıldığı için meslek mensubuna yazıyla bildirilmesidir. Kınama cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır;

a) Mesleki faaliyetinde ortaya çıkan değişiklikleri, değişiklik tarihinden itibaren on beş gün içinde odaya bildirmemek,

b) Sağlık Meslekleri Kurulunca belirlenen mesleki etik ilkelerine aykırı fiil ve davranışlarda bulunmak,

c) Hastaya ve yakınlarına karşı taahhütlerini yerine getirmemek veya yanıltıcı bilgi vermek,

ç) Satışa arz edilen görmeye yardımcı tıbbi cihazların niteliği hakkında gerçeğe aykırı beyanda bulunmak,

d) Üyelik görev ve sorumlulukları ile ilgili yönetim kurulunca yapılan davet ve talebin gereğini, alınan kararları mazeretsiz olarak yerine getirmemek.

Para cezası; fiilin işlendiği tarihteki yıllık üyelik aidatının beş katına kadar verilecek para cezasıdır. Para cezasını gerektiren fiil ve haller şunlardır;

a) Kendisine reçete gönderilmesini sağlamak üzere kişileri, herhangi bir sağlık kurum ve kuruluşuna veya tabibe yönlendirmek ya da buralardan kendi müesseselerine hasta yönlendirmek, bunlara aracılık etmek,

b) Organ seçimlerinin düzen içinde ve sağlıklı biçimde yürütülmesi amacıyla hakim ve seçim sandık kurulunun aldığı tedbirlere uymamak,

c) Oda denetçileri tarafından yapılacak inceleme ve denetimlerde istenilen üyeliğe ilişkin bilgi ve belgeleri ibraz etmemek, inceleme ve denetime engel olmak,

ç) Mesleki sırlar ile hastalara veya hizmet alıcılara ait sırları yasal zorunluluk dışında açıklamak.

Meslek icrasını durdurma; meslek icrasının bir ay veya bir yıl süreyle durdurulmasıdır. Para cezasıyla cezalandırılan meslek mensubunun üç yıl içinde aynı cezayı gerektirecek yeni bir davranışta bulunması halinde meslek icrasını bir ay durdurma cezası verilir. Bir ay süreyle

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

meslek icrasını durdurma cezası verilen meslek mensubuna, üç yıl içinde para cezasını gerektirecek yeni bir davranışta bulunması halinde meslek icrasını bir yıl süreli durdurma cezası verilir.

Disiplin cezasını gerektirecek tutum ve davranışta bulunduğu iddiasıyla şikâyet edilen meslek mensubundan, oda yönetim kurulunca konu ile ilgili olarak en az on beş gün süre verilerek savunma istenir. Yapılan tebligata rağmen süresinde yazılı veya sözlü savunmasını yapmayan meslek mensubu, savunma hakkından vazgeçmiş sayılır.

Oda yönetim kurulu, şikâyet dilekçesini ve savunmayı ekleriyle birlikte oda disiplin kuruluna sevk eder. Oda disiplin kurulu, gönderilen dosyaları üç ay içinde karara bağlar.

Oda disiplin kurulunca verilen disiplin cezalarına, kararın tebliğinden itibaren on beş gün içinde yazılı olarak itiraz edilebilir. İtirazları Yüksek Disiplin Kurulu karara bağlar. Meslek icrasını durdurma kararlarına itiraz edilmese dahi karar, oda yönetim kurulunca Yüksek Disiplin Kuruluna gönderilir. Kesinleşen kınama ve para cezalarına dair kararlar ilgililerin kayıtlı olduğu odalarca, meslek icrasını durdurmaya dair kararlar Sağlık Bakanlığınca uygulanır.

Yukarıda sayılan ve disiplin cezası verilmesini gerektiren fiil ve hallere nitelik ve ağırlıkları itibarıyla benzer eylemlerde bulunanlara da aynı neviden disiplin cezaları verilir.”

MADDE 24- 5193 sayılı Kanunun geçici 4 üncü maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “ve dokuz üyeli Birlik Merkez Yönetim Kurulunun, beş üyeli Yüksek Disiplin Kurulunun ve üç üyeli Denetleme Kurulunun asıl ve yedek üyelerini seçer” ibaresi madde metninden çıkarılmış, üçüncü ve dördüncü fıkraları ve beşinci fıkrasının ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

meslek icrasını durdurma cezası verilen meslek mensubuna, üç yıl içinde para cezasını gerektirecek yeni bir davranışta bulunması halinde meslek icrasını bir yıl süreli durdurma cezası verilir.

Disiplin cezasını gerektirecek tutum ve davranışta bulunduğu iddiasıyla şikâyet edilen meslek mensubundan, oda yönetim kurulunca konu ile ilgili olarak en az on beş gün süre verilerek savunma istenir. Yapılan tebligata rağmen süresinde yazılı veya sözlü savunmasını yapmayan meslek mensubu, savunma hakkından vazgeçmiş sayılır.

Oda yönetim kurulu, şikâyet dilekçesini ve savunmayı ekleriyle birlikte oda disiplin kuruluna sevk eder. Oda disiplin kurulu, gönderilen dosyaları üç ay içinde karara bağlar.

Oda disiplin kurulunca verilen disiplin cezalarına, kararın tebliğinden itibaren on beş gün içinde yazılı olarak itiraz edilebilir. İtirazları Yüksek Disiplin Kurulu karara bağlar. Meslek icrasını durdurma kararlarına itiraz edilmese dahi karar, oda yönetim kurulunca Yüksek Disiplin Kuruluna gönderilir. Kesinleşen kınama ve para cezalarına dair kararlar ilgililerin kayıtlı olduğu odalarca, meslek icrasını durdurmaya dair kararlar Sağlık Bakanlığınca uygulanır.

Yukarıda sayılan fiil ve halleri işleyenler hakkında bu fiil ve hallerin işlendiğinin öğrenildiği tarihten itibaren altı ay içinde disiplin soruşturmasına başlanılmamış ise bu suçlarla ilgili disiplin soruşturması yapılamaz. Disiplin cezasını gerektiren fiil ve hallerin işlendiği tarihten itibaren en geç iki yıl içinde disiplin cezası verilmediği takdirde ceza verme yetkisi zamanaşımına uğrar.

MADDE 24- 5193 sayılı Kanunun geçici 4 üncü maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “ve dokuz üyeli Birlik Merkez Yönetim Kurulunun, beş üyeli Yüksek Disiplin Kurulunun ve üç üyeli Denetleme Kurulunun asıl ve yedek üyelerini seçer” ibaresi madde metninden çıkarılmış, üçüncü ve dördüncü fıkraları ve beşinci fıkrasının ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

MADDE 25- 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin mülga 57 nci maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“MADDE 57- (1) Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca düzenlenecek veya onaylanacak her türlü ruhsatlandırma, ürün üretim ve satış izin belgesi ve mesul müdürlük belgesi ile permi ve sertifikalar üzerinden iki milyon Türk lirasını geçmemek üzere Bakanlıkça belirlenecek tarifelere göre ücret alınır. Bu tarifeler her yıl bir önceki yıla ilişkin olarak 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanununun mükerrer 298 inci maddesinin (B) fıkrası hükmü uyarınca tespit ve ilan edilen yeniden değerlendirme oranında, takvim yılı başından geçerli olmak üzere artırılmak suretiyle uygulanır. Ancak Bakanlıkça alınması teşvik edilen belgelerden ücret alınmayabilir.

(2) Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca düzenlenecek, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının planlamaları çerçevesinde, gerçek veya tüzel kişilere sağlık alanında belirli bir hizmeti verebilme veya hastane ve benzeri sağlık kuruluşları açabilme yetkisi veren lisanslar açık artırma ile belirlenecek bedel karşılığında verilir. Lisans verilmesi ilgili faaliyet için gerekli olan izin veya ruhsat yerine geçmez. Lisans verilmesinin usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.

(3) Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında tahsil edilen tutarlar ilgisine göre genel bütçeye veya özel bütçeli bağlı kuruluşların bütçelerine; ikinci fıkrası kapsamında tahsil edilen tutarların %75’i Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketine, %25’i ise genel bütçeye gelir kaydedilir.”

MADDE 26- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 3- (1) Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin 42 nci maddesi kapsamında istihdam edilen sözleşmeli personele disipline aykırı fiil ve hâllerin gerçekleşmesi durumunda verilmesi gereken disiplin cezaları, disiplin cezası vermeye yetkili merciler ve disiplin kurulları ile disipline dair diğer hususlar hakkında bu Kanun

MADDE 25- 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin mülga 57 nci maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“MADDE 57- (1) Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca düzenlenecek veya onaylanacak her türlü ruhsatlandırma, ürün üretim ve satış izin belgesi ve mesul müdürlük belgesi ile permi ve sertifikalar üzerinden iki milyon Türk lirasını geçmemek üzere Bakanlıkça belirlenecek tarifelere göre ücret alınır. Bu tarifeler her yıl bir önceki yıla ilişkin olarak 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanununun mükerrer 298 inci maddesinin (B) fıkrası hükmü uyarınca tespit ve ilan edilen yeniden değerlendirme oranında, takvim yılı başından geçerli olmak üzere artırılmak suretiyle uygulanır. Ancak Bakanlıkça alınması teşvik edilen belgelerden ücret alınmayabilir.

(2) Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca düzenlenecek, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının planlamaları çerçevesinde, gerçek veya tüzel kişilere sağlık alanında belirli bir hizmeti verebilme veya hastane ve benzeri sağlık kuruluşları açabilme yetkisi veren lisanslar açık artırma ile belirlenecek bedel karşılığında verilir. Lisans verilmesi ilgili faaliyet için gerekli olan izin veya ruhsat yerine geçmez. Lisans verilmesinin usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.

(3) Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında tahsil edilen tutarlar ilgisine göre genel bütçeye veya özel bütçeli bağlı kuruluşların bütçelerine; ikinci fıkrası kapsamında tahsil edilen tutarların %75’i Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketine, %25’i ise genel bütçeye gelir kaydedilir.”

MADDE 26- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 3- (1) Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin 42 nci maddesi kapsamında istihdam edilen sözleşmeli personele disipline aykırı fiil ve hâllerin gerçekleşmesi durumunda verilmesi gereken disiplin cezaları, disiplin cezası vermeye yetkili merciler ve disiplin kurulları ile disipline dair diğer hususlar hakkında bu Kanun

(Bayburt Milletvekili Orhan Ateş ve İstanbul Milletvekili Müşerref Pervin Tuba Durgut ile 108 Milletvekilinin Teklifi)

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

Hükmünde Kararnamede yer alan hükümler dışında 657 sayılı Kanunun disiplin ile ilgili hükümleri uygulanır. Devlet memurluğundan çıkarma cezası Yüksek Disiplin Kurulunca verilecek karar sonrası sözleşmenin feshedilmesi suretiyle uygulanır ve bu kişilerin memuriyet ile ilişkileri kesilir.

(2) Ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli istihdam edilenlerden 42 nci maddenin on ikinci fıkrası kapsamına girmeyenler hakkında kademe ilerlemesinin durdurulması cezası, brüt ücretinin 1/6-1/4 arasında kesinti yapılması şeklinde uygulanır.”

MADDE 27- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye ekli (II) sayılı cetvelde yer alan “Uzman personel: İl sağlık müdürlüklerinde” ibaresi “Uzman personel: İl sağlık müdürlükleri ve ilçe nüfusu yüz binin üzerindeki ilçe sağlık müdürlüklerinde” şeklinde değiştirilmiştir.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Eczaneler, ecza ticarethaneleri ve ruhsat veya izin sahipleri; uyuşturucu, psikotrop ve kontrole tabi ilaçlar hariç olmak üzere, 15/3/2025 tarihinden önce takip sistemine bildirim yaptıkları halde fiili stoklarında bulunmayan ilaçlara ait kayıtları veya fiili stoklarında bulunduğu halde takip sistemine bildirim yapmadıkları ilaçlara ait kayıtları, bu maddenin yayımı tarihinden itibaren üç ay içinde takip sistemi üzerinde gerekli bildirimleri yapmak suretiyle fiili duruma uygun hale getirir.

(2) Bu madde kapsamında uyumsuzlukların giderilmesi hâlinde eczaneler için 6197 sayılı Kanunun 44 üncü maddesinde, ecza ticarethaneleri için 984 sayılı Kanunun ek 1 inci maddesinde ve ruhsat veya izin sahipleri için 1262 sayılı Kanunun ek 8 inci maddesinde belirtilen yaptırımlar uygulanmaz.

MADDE 28- (1) Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 29- (1) Bu Kanun hükümlerini Cumhurbaşkanı yürütür.

Hükmünde Kararnamede yer alan hükümler dışında 657 sayılı Kanunun disiplin ile ilgili hükümleri uygulanır. Devlet memurluğundan çıkarma cezası Yüksek Disiplin Kurulunca verilecek karar sonrası sözleşmenin feshedilmesi suretiyle uygulanır ve bu kişilerin memuriyet ile ilişkileri kesilir.

(2) Ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli istihdam edilenlerden 42 nci maddenin on ikinci fıkrası kapsamına girmeyenler hakkında kademe ilerlemesinin durdurulması cezası, brüt ücretinin 1/6 - 1/4 arasında kesinti yapılması şeklinde uygulanır.”

MADDE 27- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye ekli (II) sayılı cetvelde yer alan “Uzman personel: İl sağlık müdürlüklerinde” ibaresi “Uzman personel: İl sağlık müdürlükleri ve ilçe nüfusu yüz binin üzerindeki ilçe sağlık müdürlüklerinde” şeklinde değiştirilmiştir.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Eczaneler, ecza ticarethaneleri ve ruhsat veya izin sahipleri; uyuşturucu, psikotrop ve kontrole tabi ilaçlar hariç olmak üzere, 15/3/2025 tarihinden önce takip sistemine bildirim yaptıkları halde fiili stoklarında bulunmayan ilaçlara ait kayıtları veya fiili stoklarında bulunduğu halde takip sistemine bildirim yapmadıkları ilaçlara ait kayıtları, bu maddenin yayımı tarihinden itibaren üç ay içinde takip sistemi üzerinde gerekli bildirimleri yapmak suretiyle fiili duruma uygun hale getirir.

(2) Bu madde kapsamında uyumsuzlukların giderilmesi hâlinde eczaneler için 6197 sayılı Kanunun 44 üncü maddesinde, ecza ticarethaneleri için 984 sayılı Kanunun ek 1 inci maddesinde ve ruhsat veya izin sahipleri için 1262 sayılı Kanunun ek 8 inci maddesinde belirtilen yaptırımlar uygulanmaz.

MADDE 28- (1) Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 29- (1) Bu Kanun hükümlerini Cumhurbaşkanı yürütür.