

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ**SAĞLIK, AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL İŞLER KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA**

Konu: 25 Kasım 2024 tarihinde TBMM Başkanlığı'na sunulan Kanun Teklifi.

25 Kasım 2024 günü TBMM Başkanlığı'na sunulan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifinin toplumu ve hekim meslektaşlarımızı yakından ilgilendiren maddelerine ilişkin görüşlerimiz aşağıda sunulmaktadır.

1. Teklifin 2. maddesi ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na yeni bir madde eklenmekte; Ek Madde 19'da sağlık hizmetinin verilmesi, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve maliyetlerin hesaplanması amacıyla Bakanlığın, sağlık hizmeti almak üzere, kamu veya özel sağlık kuruluşları ile sağlık mesleği mensuplarına müracaat edenlerin, sağlık hizmetinin gereği olarak vermek zorunda oldukları veya kendilerine verilen hizmete ilişkin kişisel verileri işleyebileceği belirtilmektedir.

Düzenleme, herhangi bir ölçüt içermemekte, hastaların adından başlayarak her türlü verisinin Bakanlık tarafından işlenebileceği gibi bir anlam taşımakta olup özel hayatın gizliliğini ihlal ettiği gibi özel nitelikli kişisel verilerin korunmasına ilişkin temel kuralları da ihlal etmektedir. Bu haliyle teklif edilen düzenleme, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 8. maddesi, Anayasa'nın 20. maddesi, Türkiye'nin taraf olduğu 108 sayılı Kişisel Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Bireylerin Korunması Sözleşmesi ve Avrupa Birliği Genel Veri Koruması Tüzüğü'ne aykırıdır.

Öte yandan yapılan düzenleme, mesleki deontoloji kurallarına aykırı şekilde, hekimin yükümlülüğü olan hasta mahremiyetinin ihlali sonucunu da doğurmaktadır. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 4. maddesi uyarınca *“Tabip ve dış tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez.”* Buna paralel bir düzenleme TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 9.maddesinde de yer almaktadır.

2002 yılında Roma'da kabul edilen Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü'ne göre (madde 6) *“Bir bireyin sağlık durumuna veya ona uygulanan tıbbi/cerrahi tedaviye ilişkin bilgi ve veriler gizli olmalı ve öyle muhafaza edilmelidir (korunmalıdır)”*.

Amsterdam Bildirgesi'ne göre (madde 4/6) *“Hastanın tanı, tedavi ve bakım için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe, hastanın özel ve aile hayatına girilmez.”*

Lizbon Bildirgesi'ne göre (madde 4) *“Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.”*

Bütün bu düzenlemeler, hastanın sırrının ve mahremiyetinin her koşulda korunması gerekliliğini göstermektedir. Mevzuatta bahsedilen “özel kişisel veriler”, hekimlerce korunması gereken “hasta mahremiyeti” kapsamındadır. Mahremiyet; özel yaşam, beden, mülkiyet, cinsellik gibi birçok kavramla doğrudan ilişkili olmakla birlikte, sadece gizlenecek şeyi değil kişinin özerkliğinin korunmasını da içerir. Kimliği belirli veya belirlenebilir kişiye ait her türlü bilgi “kişisel veri” olarak

tanımlanırken kişinin sağlığı, kişiye sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili veriler ise “özel nitelikli kişisel veri” olarak kabul edilir ve bunların özel olarak korunması gerekliliği vurgulanır. Birey ile hekim arasındaki ilişkinin temel dayanağı güvendir. Güvenin tesisi, sağlık hakkının korunması ve sürdürülmesi açısından temel bir gerekliliktir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkının korunması zorunludur. (24 Kasım 2019 tarihinde TTB Olağanüstü 71. Büyük Kongre’sinde kabul edilen “Mahremiyet Hakkının Korunmasına İlişkin Bildirge”ye (<https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etikbildirgeler2020.pdf> internet adresinden erişilebilir.)

Düzenleme yapılırken hastanın rızasının alınmasının koşul olarak gösterilmemesi başlı başına hukuka aykırıdır. Öte yandan 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun 4. maddesine göre kişisel verilerin, hukuka ve dürüstlük kurallarına uygun olarak belirli, **açık ve meşru amaçlar için işlenmesi** ve işlendikleri **amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü** olması gerekmektedir. Bu koşullar bulunmadığı halde hastalara ait özel nitelikli kişisel bilgilerin anonimleştirme şartı da aranmaksızın Bakanlıkça oluşturulan sistemlere aktarılmasına ilişkin yapılan düzenleme bu kural ile uyumlu değildir. Zira bu verilerin toplanma amacı olarak gösterilen kişinin tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi için bu verilerin Sağlık Bakanlığı tarafından kaydedilmesi gerekmemektedir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve maliyetlerin hesaplanması gerekçesiyle işlenecek kişisel sağlık verileri için, yapılacak çalışmaya göre kiminde cinsiyet, kiminde yaş gibi bilgilere gerek olmayabilir. Gösterilen bu amacın gerçekleştirilmesi için hastaların adlarına ise hiçbir biçimde ihtiyaç yoktur. Kamu sağlığının korunması amacıyla bildirim yapılacak hastalıklar ve bildirim usulleri de zaten 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda düzenlenmiştir.

Madde gerekçelerinde bu madde için, “*Her hastanın müracaat, şikâyet ve dava hakkını kullanabilmesi ve sağlık hizmeti sunumunda yer alan paydaşların savunma haklarını etkin bir şekilde kullanabilmesi için tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz tutulması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, sağlık personelinin hareketleri ve istihdam durumlarının bildirilmesi, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde planlanması ve yürütülmesini sağlayacaktır.*” şeklinde gösterilen gerekçenin ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması gerekçesinin de ilgisiz olduğu, bu hususların kişisel verilerin Sağlık Bakanlığı tarafından kuralsız kaydedilmesine haklı bir gerekçe oluşturmadığı değerlendirilmektedir.

2. Teklifin 5. maddesi ile 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununda değişiklik öngörülmektedir. 5.maddenin 2. fıkrasına eklenen “*Yabancılarla sunulan hizmetler, mesai dışında sunulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile özel amaçlı raporlardan Bakanlıkça belirlenenler, hariç olmak üzere aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir.*” cümlesinden, aile hekimleri tarafından mesai saatleri dışında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yapılacağı anlaşılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “geleneksel tıp”, “*açıklanabilir olsun ya da olmasın, sağlığın sürdürülmesi yanı sıra, fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, tanı konması, iyileştirilmesi ya da tedavisinde kullanılan; farklı kültürlere özgü kuram, inanç ve deneyimlere dayalı bilgi, beceri ve uygulamalar bütünü*” olarak tanımlanmaktadır. “Tamamlayıcı tıp” ise DSÖ ve UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi tarafından “*genel anlamda bir ülkenin yürürlükte olan sağlık sistemi içinde yer almayan, geleneklerinin ya da modern tıbbın bir parçası olmayan bir grup sağlık hizmeti uygulaması*” olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda hangi uygulamanın, hangi tanım içinde görüleceğinde netlik yoktur.

Ancak hangi tanım içine girerse girsin, birer sağlık uygulaması olan bu uygulamaların etkililiği ve güvenilirliği üzerine yeterli bilgi ve güvenilir veri yoktur. Bu nedenle bu yöntemlerin “yasal, öyleyse güvenli” ya da “doğal, öyleyse zararsız” olarak kabul edilmesi hatalıdır. Yapılan bu uygulamaların

olumlu etkilerinin yanı sıra olumsuz etkilerinin söz konusu olduğu da bilindiğinden bu yöntemlere, sorgulamayan/duygusal yargılar yerine, bilimsel kuşkuculukla yaklaşılmalıdır.

“Her tıbbi uygulama riskler içerir; ancak birey ve toplum sağlığını herhangi bir tıbbi uygulama ile riske atabilmek için, o uygulamanın yararının bilinen zararlarından daha fazla olduğu, risklerin neler olduğu ve ne dereceye kadar kabullenilebilir/kontrol altına alınabilir olduğu görece en güvenilir bilgi olan bilimsel bilgiye dayalı olarak biliniyor olmalıdır. Dolayısıyla herhangi bir tıbbi uygulamanın etkili ve güvenli olduğu bilimsel yöntemlerle gösterilmemişse ya da tersi gösterilmişse o uygulamanın kullanılması haklı çıkarılamaz.

Oysa modern tıp dışı yöntemler hakkındaki bilimsel bilgi düzeyi dikkate alındığında; bazılarının etkililik ve güvenilirliği üzerine bilginin yeterli olmadığı, bazılarının etkililik ve güvenliliğinin bilinmediği, bazılarının ise etkin ve/veya güvenli olmadığı bilindiği görülmektedir. ‘The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine’ isimli kitapta yer alan 685 modern tıp dışı yöntem hakkındaki kanıtları inceleyen bir çalışmada; bu uygulamaların sadece %7,4’ü hakkında bir dereceye kadar güvenilir bilgi olduğu, bunların yaklaşık üçte birinin egzersiz, diyet, domates, lifli gıda, masaj ve grup terapisi gibi klasik önerilerden oluştuğu, dolayısıyla bu oranın bile çok iyimser bir rakam olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. (Ernst,2011) Homeopati üzerine Britanya Parlamentosu’na kurulan Bilim ve Teknoloji Komitesi’nin hazırladığı raporda; bu yöntem üzerine yapılan araştırmaların yeterli düzeyde olduğu, Homeopati uygulamasının bilimsel olarak haklı çıkarılmadığı, çünkü etkisinin plasebodan daha fazla olmadığı saptanmıştır.(House of Commons, 2010) Raporda bu bilgilere dayanarak hükümete şu önerilerde bulunmaktadır: ‘Hükümet bu ürünlere lisans verip eczane raflarında bulunmalarını sağlayarak, homeopatinin etkili bir tıbbi yöntem olduğunu onaylamış olmaktadır. Hastaların güvenini tesis etmek, güvenliğini sağlamak ve seçim hakkının gereğini yerine getirmek için hükümet homeopati de dahil olmak üzere hiçbir plasebo yöntemin kullanılmasını desteklememelidir.’ Bu örnekler modern tıp dışı ve bazıları oldukça popüler yöntemlerin aslında bilimsel açıdan zayıf temellere dayandığını ve bu yöntemlerin kullanılmaması gerektiğini göstermektedir.” (Prof. Dr. M. Murat Civaner; Toplum ve Hekim, Mayıs 2017-Ankara, s.12)

Bu cümlelerde de vurgulandığı üzere, sağlık alanında uygulanacak yöntemlerin etkililiği ve güvenilirliğinden vazgeçilemez. Bunun ortaya koyulabilmesi ise ancak yapılacak klinik araştırmalar ile mümkündür. Ülkemizde uygulanabilir geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının hangilerinin olduğu, 27.10.2014 tarih 29158 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinde sayılmış, 15 uygulama gösterilmiştir. Bu uygulamalara ilişkin insanlar üzerinde bilimsel araştırma yapılmasının usul ve esaslarına yönelik Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik de ayrıca hazırlanarak 09.03.2019 gün ve 30709 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur.

Söz konusu klinik araştırmaların yapılmasının temel sebebi, bu kapsamdaki uygulamaların etkililik ve güvenilirliğini ortaya koymak, etkili ve güvenilir olmayanların uygulanmasına izin vermemektir. BİYOTIP Sözleşmesinin 4. maddesi uyarınca “Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.” Bir tıbbi müdahalenin standartlara uygun yapılabilmesi için uygulama öncelikle standardize edilmelidir. Bu standardizasyonun sağlanabilmesi ise ancak kuralına uygun bilimsel çalışmaların yapılmasıyla mümkündür. Diğer klinik araştırmaların daha katı kurallarından azade kılınması ayrıca eleştirilmekle beraber, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına dair endikasyon, doz, yan etki, güvenlilik ve etkililik gibi klinik araştırma çalışmalarına dair bilgiler halen yeterli düzeyde yoktur.

Hekimlerin bilimselliği kanıtlanmış tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaları, mesleki deontoloji kuralıdır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının bilimselliğinin kanıtlandığından söz etmek mümkün görünmediğinden, teklif edilen düzenleme ile hekimlerin meslek kurallarına aykırı davranışlarına zemin yaratılması söz konusu olacaktır.

Güvenilir ve üst düzey kanıtları olmadığı halde, genel tababet prensipleri de göz ardı edilerek uygulamalara izin verilmiş olmasıyla beraber, ne yazık ki uygulama örnekleri oldukça yaygın biçimde karşımıza çıkar olmuştur. Bilimsel tanı tedavi yöntemleri arasında olmadığından SGK tarafından bedeli ödenmeyen bu uygulamaların aile sağlığı merkezlerinde yapılmasına olanak sağlanması kendi içinde çelişkilidir. Nitelikli ve görece daha yüksek maliyetli sağlık hizmetine erişim olanağı olmayan hasta grubunun, etkililiği belirsiz bu yöntemlere kamu eliyle yönlendirilmeleri, toplum sağlığına zarar verebilecek bu uygulamalara duyulan güveni yersiz bir biçimde artıracak gibi, sosyal devlet ilkesine ve devletin sağlık hakkını koruma yükümlülüğüne aykırı olacaktır.

Ayrıca mesai sonrasında herhangi bir çalışmanın yapılması, aile hekimlerinin dinlenme hakkını ihlal edecek, mesai saatleri içinde verilen hizmetin niteliğini de azaltacaktır. Çalışma süresinin tedricen azaltılmasına ilişkin taahhütlere de aykırıdır.

Yapılan düzenlemede yanı sıra yabancılara sunulan hizmetler, mesai dışında sunulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile özel amaçlı raporlardan elde edilecek gelirlerin il sağlık müdürlüklerin döner sermaye işletmelerinde bu amaçla açılacak olan hesaba yatırılacağı, toplanan gelirlerin sağlık hizmet sunumu için harcanma kriterleri, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanına dağıtılabilecek miktar ve usulünün Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Bakanlıkça belirleneceğinin belirtilmesi ile yetinilmiştir. Oysa verilecek döner sermaye payına ilişkin çerçeve çizilmeden Bakanlığa bırakılması Anayasa'nın kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işlerinin kanunla düzenleneceğine ilişkin 128. maddesine aykırıdır. Nitekim Anayasa Mahkemesi'nin 2022/102 E. sayılı kararında da yasama yetkisinin devredilemezliğinin, esasen kanun koyma yetkisinin TBMM dışında başka bir organca kullanılamaması anlamına geldiği, türevsel nitelikteki düzenleyici işlemler bakımından yürütmenin düzenleme yetkisinin sınırlı, tamamlayıcı ve bağımlı bir yetki olduğu, Anayasa'da kanunla düzenlenmesi öngörülen konularda genel ifadelerle yürütme organına düzenleme yapma yetkisi verilmesinin yasama yetkisinin devredilmezliği ilkesine aykırılık oluşturabildiği, mali yükümlülüklerin konması ve memurların atanması, özlük hakları gibi münhasıran kanunla düzenlenmesi öngörülen konularda kanunun temel esasları, ilkeleri ve çerçeveyi belirlemiş olması gerektiği, yasama organının temel kuralları saptadıktan sonra uzmanlık ve idare tekniğine ilişkin hususları yürütmenin türevsel nitelikteki işlemlerine bırakabileceği ifade edilerek benzer şekilde çerçevesi belirlenmeden düzenleme yapma yetkisinin idareye bırakılmasına ilişkin 209 sayılı Yasa hükmünün iptaline karar vermiştir.

3. Teklifin 11. maddesinin genel gerekçesinde kişilerin genel sağlık sigortasından sağladıkları faydayı her hizmet aşamasında fark etmelerinin sağlanması ve bu şekilde sistemi sahiplenme düzeylerinin artırılması amacından ve kişilerin sağlık kurumlarına başvuru oranlarından bahisle ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payının artırılması ve her yıl 214 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranında güncellenmesi öngörülmektedir.

Anayasa'nın Devletin temel nitelikleri arasında saydığı sosyal niteliği, bireylerin sağlıklı olmak ya da sağlıklı kalmak için gereksinim duydukları sağlık hizmetlerinin herhangi bir parasal koşula

bağlanmaksızın verilmesini gerekli kılar. Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınması, Anayasa'da öngörülen sosyal devlet ilkesi ile bağdaşmamaktadır. Bu nedenle katkı payı uygulamasının bütünüyle kaldırılması gerektiği düşüncemiz her fırsatta dile getirilmektedir. Ülkemizin içinde bulunduğu ekonomik koşullar dolayısıyla toplumun önemli bir kesiminin katkı payını ödeyememesi söz konusu olabilecektir. Her ne kadar madde gerekçesinde aksi temenni edilse de bu durum sağlık hizmetine erişimin önünde engel oluşturabileceğinden, Anayasa'nın 17. maddesindeki yaşam hakkı, 56. maddesindeki sağlığın korunması hakkı ve 60. maddesinde düzenlenen sosyal güvenlik hakkının ihlali mahiyetindeki katkı payı alınmasından vazgeçilmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Hastalıkların önemli bir bölümünün birinci basamakta tanı ve tedavi edilebildiği dikkate alındığında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki gereksiz yığılmayı azaltacak olan sevk zincirinin bir an önce hayata geçirilmesi, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumu için şarttır. Ancak sevk zincirinin Teklifte belirtildiği şekilde birinci basamaktan sevk edilenlerden katkı payının yarı oranında alınması yoluyla dolaylı biçimde hayata geçirilmeye çalışılması, sevk talebi ile gelen hastalar ile hekimi karşı karşıya getirecektir. 1 Kasım 2024 tarihinde yürürlüğe giren Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği'nde bir yandan sevk edilen hasta sayısının çok olması durumunda hekimin gelirinden kesinti yapılmasına ilişkin düzenleme yapılmışken, bir yandan ikinci ve üçüncü basamağa doğrudan gitmek istediği halde katkı payını az ödemek için aile hekimine başvuran hasta sayısını artıracak bir düzenleme önerilmesi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artıracaktır. Bu durum aile hekimleri tümüyle değersizleştirecek, aile hekimliği sistemini bir bürokrasi kademesi haline getirecektir.

4. Bütün bunlardan başka Teklifin 8, 10 ve 13.maddelerine tıpta uzmanlık eğitimi alan yabancı uyruklu hekimlerin de dahil edilmesi önerilmektedir.

Bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Prof. Dr. Alpay Azap
TTB Merkez Konseyi
Başkanı