

Araştırma Makalesi

# Türkiye’de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Aile Hekimlerinin Sosyal Sigortalılık Statülerine İlişkin Uygulaması Hakkında Bir Değerlendirme<sup>1</sup>

Emre YAYIN<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0003-0127-2596

Yusuf ALPER<sup>3</sup>

ORCID: 0000-0003-4007-6758

DOI: 10.54752/ct.1241213

**Öz:** Cumhuriyet tarihi boyunca sağlık hizmetlerini geniş halk kitlelerine ulaştırmaya yönelik çabalar birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda, 5258 sayılı Kanun ile hayata geçirilen aile hekimliği modeliyle sürdürülmektedir. Ancak gerek hekimlik gerekse yönetsel vazifeleri dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan aile hekimlerinin, 5258 sayılı Kanun’dan kaynaklanan önemli sorunları bulunmaktadır. Bu sorunların bir kısmı, kanun ve idarenin düzenleyici işlemleri vasıtasıyla birinci basamakta hekimlik görevini ifa eden bir kamu görevlisi grubuna alışılmamış görev, yetki ve sorumlulukların yüklenmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Bir diğer kısmı ise söz konusu hekimlerin, aile hekimliği hizmeti içerisindeki hukuki statülerinin tartışmalı niteliğinden ileri gelmektedir. Özellikle bu hususun, öncesinde kamu görevlisi olmayıp, aile hekimliği hizmet

<sup>1</sup> Değerli hocamız Prof. Dr. Pir Ali KAYA’nın aziz hatırasına...

<sup>2</sup> Arş. Gör. Bursa Uludağ Üniversitesi, İİBF, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, emreyayin@uludag.edu.tr

<sup>3</sup> Prof. Dr. Bursa Uludağ Üniversitesi, İİBF, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, yalper@uludag.edu.tr

YAYIN, E., ALPER, Y. (2023) “Türkiye’de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci Süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Aile Hekimlerinin Sosyal Sigortalılık Statülerine İlişkin Uygulaması Hakkında Bir Değerlendirme”, *Çalışma ve Toplum*, C.1, S.76. s. 121-158

Makale Geliş Tarihi:09.11.2022- Makale Kabul Tarihi: 08.01.2023

*Çalışma ve Toplum*, 2023/1

sözleşmeleri ile hizmete giren hekimler üzerinde yoğunluk kazandığı görülmektedir. Bu alanda yaşanan sorunların sosyal güvenlik hukukuna yansması ise Sosyal Güvenlik Kurumu'nun hekimlerin sosyal sigortalılık statüsüne ilişkin uygulamaları üzerinden gerçekleşmektedir. Nitekim Kurum, 2013/11 sayılı Genelgesinin ilgili bölümünde gerekçesi belli olmayan bir yorumlamayla öncesinde kamu görevlisi olmayan aile hekimlerinin sosyal sigortalılık statüsünü, m. 4/I-a kapsamındaki sigortalılık olarak değerlendirmektedir. Halbuki idari hizmet sözleşmelerine dayalı bir şekilde istihdam edilen bu kişilerin 5510 sayılı Kanun'un açık hükmü karşısında m. 4/I-c kapsamındaki sigortalılıklarının kabulü gerekir.

**Anahtar kelimler:** Aile hekimi, Sosyal sigorta statüsü, Aile sağlığı merkezi

### **Transition to Family Medicine Model in Turkey and An Evaluation of the Social Security Institution's Practice on the Social Insurance Status of Family Physicians**

**Abstract:** Throughout the history of the Republic, efforts to deliver health services to large masses of people have been carried out with the family medicine model introduced by Act No. 5258 in the provision of primary health care. However, family physicians who are at the center of primary health care services due to both their medical and managerial duties, have important problems arising from the Act No. 5258. Some of these problems arise from the unconventional duties, powers and responsibilities assigned to a group of public servants performing the duty of medicine in primary care through the law and circulars. Another part is due to the questionable nature of the legal status of aforementioned physicians within the family medicine service. It is seen that this issue has intensified especially on physicians who were not public servants before, but who entered into service with family medicine service contracts. The reflection of the problems experienced in this field on the social security law is realized through the practices of the Social Security Institution regarding the social insurance status of physicians. As a matter of fact, the Institution evaluates the social insurance status of family physicians, who were not public officials before, as insurance within the scope of 4/I-a, with an interpretation of which the rationale is unclear in the relevant section of its Circular No. 2013/11. However, in the face of the explicit provision of the Law No. 5510, the insurance coverage of these people, who are employed on the basis of administrative service contracts, must be accepted within the scope of 4/I-c.

**Keywords:** Family physician, Social insurance status, Family medicine

## Giriş

2020 yılı itibarıyla, Türkiye'de faaliyet gösteren 26.594 aile hekimliği birimi, hekime müracaat sayısı bakımından, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatın % 97'si, bütün sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatların % 41,1'ini karşılamaktadır. 247 milyonu aşan müracaat sayısı ile aile hekimliği birimleri ve bu birimlerde hizmet veren aile hekimleri Türk sağlık hizmetleri sisteminin en önemli basamağını oluşturmaktadır (SB, 2022f: 149).

Sağlık hizmeti sunan birim olarak aile hekimliğinin temelleri, Osmanlı'ya kadar uzanan bir geçmişe sahiptir. Kuruluş, gelişme ve yükselme döneminde vakıf niteliğindeki darüşşifalarla geniş toplum kesimlerine yönelik ücretsiz sağlık hizmeti verme uygulaması, 19'uncu yüzyıldan itibaren yoksullara yönelik sağlık (halk sağlığı) hizmetleri şeklinde devam ettirilmiştir. Toplum sağlığını bütün olarak tehdit eden kolera, sıtma ve çiçek hastalıkları gibi salgın hastalıklarla mücadelede kullanılan yöntemler, kurulan müesseseler ve kullanılan insan gücü, Osmanlı sağlık sisteminin temelini oluşturmuştur (Özbek, 2006: 89vd.). Benzer politikalar Cumhuriyet döneminde de devam ettirilmiş, bütün nüfusa yönelik tedavi edici sağlık hizmetleri ile birlikte koruyucu ve önleyici halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmiştir. Hedef geniş toplum kesimlerine yönelik hizmet sunumu olunca sağlık sisteminin taşraya ve kırsal kesime yönelik örgütlenmesi önem kazanmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında oluşturulan sağlık merkezleri, sağlık ocakları, sağlık evleri, hükümet tabiplikleri ve buralarda görevlendirilen sağlık memuru, ebe ve seyyar sağlık görevlileri ile bu amaç gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. 5.1.1961 ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'la oluşturulmak istenen sağlık sistemi Türkiye'de devletin sağlık politikalarının temel yaklaşımını oluşturmuştur.

Terminoloji olarak aile hekimliğinin Türk sağlık sisteminde yer almasının 40 yıllık bir geçmişi vardır. Nitekim, aile hekimliği ilk defa 1983 yılında tıp eğitimi alanı olarak Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almış, 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'deki eğitim hastanelerinde aile hekimliği uzmanlığı eğitimi başlamış, 1993 yılında ise tıp fakülteleri bünyesinde aile hekimliği anabilim dalı kurulmuştur (Top, 2016). Aile hekimliği, 1990'lı yıllardan itibaren nüfusun geneline yönelik birinci basamak temel tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra koruyucu ve önleyici toplum sağlığı hizmetlerini sunacak birim olarak sağlık politikalarının odağında yer almaya başlamıştır. Yine 1990'lı yıllardan itibaren Kalkınma Planları ve hükümet programlarında yer verilen aile hekimliğinin hayata geçirilmesi 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın genel sağlık sigortası ile birlikte en önemli iki ayağından biri olan aile hekimliği, yasal ve kurumsal altyapısı

tamamlandıkça kademeli olarak hayata geçirilmiş, 2010 yılı sonu itibarıyla bütün Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır (Top, 2016).

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve 2013 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY), aile hekimlerine; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine uzanan geniş bir sağlık hizmeti sunma görevi, yetki ve sorumluluğu yüklemiştir. Bu geniş görev, yetki ve sorumluluk alanı içinde; birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini sunma, toplum sağlığı hizmetlerine yardımcı olma, sağlık hizmet sisteminin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik kayıtları tutma ve bildirimlerde bulunma, sağlık sistemi tarafından kişiye yönelik her türlü rapor, sevk evrakı ve reçete düzenlenme gibi görevler aile hekimlerine yüklenmiştir. Bu görev, yetki ve sorumluluk alanlarının niteliği aile hekimliği birimleri tarafından sunulan hizmetleri dışsal faydası çok belirgin olan bir kamu hizmetine dönüştürmekte, aile hekimlerini de kamu görevlisi statüsüne getirmektedir.

Aile hekimliği müessesesinin çok yönlü sorunları vardır. Bu sorunların kamuoyunda ağırlıklı olarak tartışılan yönleri, sağlık hizmet sunumu sürecinde aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları gibi konular üzerine yoğunlaşmış görünmekte ve bu tartışmalarda aile hekimi özne olarak alınmamaktadır. Daha az ve daha dar bir çerçevede tartışılan sorun alanları ise aile hekimlerine odaklanan; aile hekimlerinin hukuki statüsü, çalışma ve istihdam şartları, ücretleri, işveren niteliklerinin olup olmadığı konuları ile ilgili sorunlardır. Neredeyse hiç tartışılmayan ve “uygulanan şekli ile doğru olduğu kabul edilen” sigortalılık statüleri ise aile hekimleri ile ilgili bir diğer sorun alanını teşkil etmektedir. Bu çalışma, aile hekimlerinin sigortalılık statüsü ile ilgili olarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından iç düzenleme işlemleri ile sonuçlandırılan uygulamalarının doğru olmadığı kabulü ile yapılmaktadır. Belirtelim ki; bu yöndeki tartışmalar çalışmanın ikinci bölümünde yapılacak olup, öncesinde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişim seyri ile birlikte aile hekimliği modeline ilişkin genel bilgilere yer verilecektir. İlk bölüm, içerdiği kronolojik ve tanımlayıcı bilgilerle ikinci bölümdeki aile hekimlerinin hukuki statüsü ile ilgili tartışmalara temel teşkil edecek bilgileri içermektedir.

## **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sisteminin Tarihsel Gelişimi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği**

2003 yılında hayata geçirilmeye başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla sağlık politikalarında sağlık sektörünün insan gücü ve fiziki altyapısının geliştirilmesi, organizasyonu, finansmanı ve hizmet sunum süreçleri ile ilgili kapsamlı değişiklikler yapılmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programının en önemli ayaklarından birini oluşturan aile hekimliği uygulamasının, Türk sağlık sisteminin tarihsel gelişim süreci içinde yaşadığı tecrübelerin ve geleneğin devamı olduğu dikkat çekmektedir. Bu bağlantının ve tarihsel sürecin aile hekimliği üzerindeki etkilerini vurgulamak için sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi kısaca ele alınacaktır.

## Cumhuriyet Öncesi Dönemde Türk Sağlık Sistemi

Tarihsel gelişim süreci içinde sistemleşmiş sağlık hizmeti sunumunu, Anadolu Selçukluları ile başlatmak yanlış olmayacaktır. Nitekim, Anadolu Selçuklu döneminde 12’nci yüzyılın ilk çeyreğinden itibaren din, dil ve ırk farkı gözetmeksizin halka yönelik tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulduğu vakıf kültürü ile oluşturulan Darüşşifalar (şifahane-şifa yurdu), sağlık hizmetleri yanında tıp eğitimi verilen ve bitkisel ilaçların geliştirildiği merkezler olarak fonksiyon görmüştür (Arslan, 2017/kitaptarih.com). Selçuklu darüşşifa kültürü miras olarak Osmanlı’ya geçmiş ve geliştirilerek zenginleştirilmiştir. Mimari olarak külliye anlayışı ile oluşturulan geniş mekanlarda verilen halk sağlığı hizmetlerinin yanı sıra çalışanların ve halkın ibadet (cami), temizlik (hamam) ve beslenme (imarethane-aşevi) ihtiyaçlarını karşılayacak birimler bulunuyor, yoksullar, yetimler ve yolculara ücretsiz sağlık, barınma ve beslenme hizmetleri veriliyordu (Arslan, 2017/kitaptarih.com).

Büyüme, genişleme ve yükselme döneminde devletin doğrudan dahil olmadığı ve vakıf kültürü üzerine inşa edilen bir sistemle geniş toplum kesimlerinin ve yoksulların sağlık ihtiyacını karşılayan Osmanlı’da devlet gerileme döneminde (19.yüzyılın başından itibaren) doğrudan sağlık hizmetleri sisteminin kurulmasına yönelik girişimlerde bulunmuştur. Bir sanayileşme tecrübesi yaşamamış olan Osmanlı devleti, kendisine bir “sosyal devlet” niteliği kazandıracak belirgin ve tanımlayıcı bir özelliğe sahip olmamakla birlikte ana ekseninde toplumsal dayanışma fikrini temel alan “*yoksullara yönelik sosyal yardım uygulamalarının ve nüfusun nitel ve nicel olarak geliştirilmesine yönelik sağlık (halk sağlığı) politikalarının*” yer aldığı bir “sosyal alan” yaratmıştır (Özbek, 2006: 19). Osmanlı dönemi sağlık sisteminin gelişimi, savaşların ve salgın hastalıkların halk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik mücadele pratikleri ile gerçekleşmiş, salgın hastalıklarla mücadele için alınan önlemler kalıcı sağlık örgütlenmesinin ilk ve temel adımlarını oluşturmuştur (Özbek, 2006: 52). Nitekim 19’uncu yüzyıl boyunca önemli bir problem olan kolera salgını ile mücadele amacıyla 1831 yılında İstanbul’da görülen kolera salgını ile oluşturulan “karantina idaresini”, aynı yıl ülke dışından gelecek bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı koruyucu sağlık önlemlerinin alındığı “tahaffuzhanelerin” (karantina sürelerinin geçirildiği sağlık kuruluşları) kuruluşu takip etmiştir (Özbek, 2006: 53). Osmanlı’da sağlık hizmet kurumlarının yatay genişlemesi bu tahaffuzhaneler ile gerçekleşmiş, 19’uncu yüzyıl boyunca hemen

hemen ülkenin her yöresinde kurulan bu tesislerin yanında dezenfeksiyon istasyonu fonksiyonu gören “tedbirhaneler” oluşturularak (Özbek, 2006: 54), entegre sağlık hizmeti vermeye yönelik yapılanma sürecinin ilk adımı atılmıştır.

Kolera salgınının önlenmesinde sağlanan başarı, diğer salgın hastalıklarda da benzer örgütlenmeyi beraberinde getirmiş ilk defa 1845 yılında İstanbul’da görülen çiçek hastalığı ile mücadele kapsamında çiçek aşısı üretim merkezleri ve “telkinhane” (çiçek aşısı istasyonları) kurulmaya başlanmıştır (Özbek, 2006: 56). Çiçek aşısını salgın görülen her yere götürmek ve aşılama hizmeti vermek için “aşıcı” ve “aşıcı muavini” ismi verilen sağlık personeli oluşturulmuştur (Özbek, 2006: 56). Kolera salgını ile aynı yıllarda etkisini gösteren sıtma hastalığı Osmanlı’da aşı üretim merkezi olarak fonksiyon gören “bakteriyolojihanelerin” kurulmasını tetiklemiş ve Osmanlı birçok bulaşıcı hastalık ve salgınla ilgili aşı üretimine başlamıştır. Salgınlar, merkezi devlet tarafından kurulan hastanelere ve sağlık teşkilatına yerel yönetimler bünyesinde (belediyeler) oluşturulan sağlık işleri müdürlüklerinin eklenmesini sağlamıştır (Özbek, 2006: 58). Osmanlı sağlık sisteminin yaygın örgütlenmesine yönelik bir faktör de zührevi hastalıklar (özellikle frengi) ile mücadele kapsamında yürütülen faaliyetler olmuştur. Osmanlı’da salgınlarla mücadele kapsamında atılan en önemli adım Birinci Dünya Savaşı başında Sıhhiye Nezareti’nin (Sağlık Bakanlığı) kurulması olmuş, bütün salgın hastalıklarla mücadele bu bakanlık bünyesinde yürütülmüş, Bakanlık taşra teşkilatı olarak vilayet sağlık müdürlükleri ile kaza (ilçe) “hükümet tabiplikleri” kurulmuştur (Özbek, 2006: 59). Sonuç olarak Osmanlı’da 19’uncu yüzyıldan itibaren geniş toplum kesimlerine ücretsiz koruyucu ve önleyici sağlık hizmet sunumuna öncelik veren bütün bu faaliyetler, ülke genelinde “yatay bir sağlık sistemi örgütlenmesini” beraberinde getirmiş, sağlık hizmetleri sunumunda halk sağlığı anlayışının kökleşmesine katkıda bulunmuştur.

## Cumhuriyet Döneminde Türk Sağlık Sistemi

Cumhuriyet dönemi Türk sağlık sisteminin gelişim süreci yaygın olarak 1920-23; 1923-37; 1937-60; 1960-83; 1983-2003 (Akdağ, 2007: 13; Top, 2016: 70; Korkusuz, Doğan, 2011: 70-77) ve 2003’den günümüze alt dönemleri içinde ele alınmaktadır. Cumhuriyet dönemi sağlık sistemi Osmanlı sağlık sisteminin kurumları üzerine inşa edilmiş, ancak sistemin sorunları da bu inşada etkili olmuştur. Yeni sağlık sisteminin taşra teşkilatlanması bakımından Cumhuriyet’in Osmanlı’dan devraldığı sistem “sağlık müdürlüğü-hükümet tabipliği” sistemi olmuştur (Aydın, 2002: 187). Cumhuriyet ilan edilmeden, 2 Mayıs 1920 tarihinde 3 numaralı Kanunla 10 bakanlık kurulmuş, bu bakanlıklardan biri de “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti” (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) olmuştur (Top, 2016: 76). Uzun yıllar süren savaşlar dolayısıyla nüfusun azalması ve sağlık sorunları dolayısıyla mevcut nüfusun üretkenlik kapasitesinin düşük olması (Özbek, 2006: 91), devam eden

salgın hastalıklarla birlikte Cumhuriyet yönetimini halk sağlığını önceleyen koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine yönelik sağlık politikaları geliştirme tercihlerini ve zorunluluklarını birlikte getirmiştir. Doğal olarak sağlık hizmeti sunan hastanelerin merkez ve taşra birimlerinin fiziki kapasitelerinin artırılması, sağlık insan gücünün geliştirilmesi ile birlikte sağlık sistemi kurulmasına yönelik yasal ve kurumsal alt yapının oluşturulması çabaları ağırlık kazanmıştır.

Devletçi bir anlayışın belirgin şekilde hakim olduğu 1950’li yıllara kadar Türk sağlık sisteminin yapılanmasına yönelik yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılırken (Top, 2017: 76), sağlık hizmet politikası tercihlerinde; nüfus artış hızını yükseltme amacıyla kadınlara ve çocuklara öncelik veren koruyucu sağlık düzenlemeler yapılması, salgın hastalıklarla mücadeleyi güçlendirecek önleyici ve koruyucu sağlık hizmeti sunan birimlerin fiziksel kapasitelerinin geliştirilmesi ve sağlık insangücü alt yapısının güçlendirilmesi amaçları öne çıkmıştır. 1924 yılında Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü’nün kurulması, 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu bu dönemde Cumhuriyet yönetiminin halk sağlığına verdiği önemin göstergeleri olarak kabul edilmiş (Özbek, 2006: 90-91), bütün ülke genelinde sağlık hizmet sunumunda dengenin sağlanması amacıyla zorunlu sağlık hizmeti uygulamasının başlatılması, sağlık hizmeti sunumunda model olmak üzere şehir merkezlerinde numune hastanelerinin kurulması diğer önemli gelişmeleri oluşturmuştur (Özbek, 2006: 91-94; Top, 2017: 77-81; Akdağ, 2007: 13-15). Tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde yerel yönetimlere yol gösterici olmak üzere coğrafi yapı dikkate alınarak kurulan numune hastanelerinin (Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi) yanında kırsal kesime yönelik sağlık hizmetleri için oluşturulan “sağlık merkezleri” ve “sağlık ocakları” ile her ilçede oluşturulan “hükümet tabiplikleri”, dönemin sağlık politikasının “halk sağlığı” odaklı olma özelliğini güçlendirmiştir. Bu dönemde sıtma, verem, zührevi hastalıklar ve içki bağımlılığı ile ilgili halk sağlığına yönelik sağlık politikaları yaygın olarak uygulanmış, köylere sağlık hizmetinin götürülmesine yönelik çalışmalara ağırlık verilmiştir (Özbek, 2006: 95-99). Oluşturulmaya çalışılan yeni sağlık hizmetleri sistemi ile koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve taşra ile kırsal kesime sağlık hizmeti götürülmesine yönelik personel/hizmet birimi sağlık alt yapısının geliştirilmesi hedefleri birlikte gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (Aydın, 2002: 189).

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönem; sağlıkta “Milli Sağlık Politikası” oluşturma çalışmalarının başladığı, sağlık hizmet sunumunda merkezden taşraya dikey bir örgütlenme yapısının benimsendiği, sağlık hizmetlerinin yönetiminde merkezleşmenin başladığı ve bu çerçevede tedavi edici sağlık hizmetlerinin belediyelerden alınıp Sağlık Bakanlığına devredildiği, kırsal kesim için nüfus yoğunluğu dikkate alınarak güçlü bir sağlık hizmetleri örgütlenmesinin amaçlandığı, her köye bir sağlık memuru ve ebe görevlendirilmesinin hedeflendiği, Türkiye’nin 7 sağlık bölgesine ayrılarak sağlık hizmeti sunan birimlerin (hastaneler, doğumevleri,

çocuk hastaneleri, sanatoryumlar vb) bütüncü bir sağlık hizmet sunumu için yapılandırılmasının amaçlandığı bir dönem olarak dikkat çekmiştir (Akdağ, 2007: 14; Top, 2017: 81-84). Sağlık sisteminin olabildiğince merkezileştiği bu dönemde İşçi Sigortaları Kurumunun kendi sigortalıları için sağlık hizmeti sunan tesisler yapmaya başlaması ve sağlığın primle finansmanı yöntemine geçilmesi Türk sağlık sistemindeki yapısal değişikliklerin başladığı kilometre taşlarından birini oluşturmuştur.

1960 sonrası dönemin sağlık politikalarının çerçevesini belirleyen 1961 Anayasası olmuş, Anayasanın Sağlık Hakkı başlıklı 49. maddesi ile sağlık hakkının gereklerini yerine getirme devlet görevi olarak kabul edilmiş ve birinci maddesinde İnsan Hakları Evrensel Beyannamesine atıf yaparak sağlık hizmetlerinin sosyal adalete uygun şekilde ifasını sağlamayı amaçlayan 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Anayasa’nın bu maddesi gerekçe gösterilerek hazırlanmıştır (Top, 2017: 87). Kanun gereği, sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu süreci fiilen 1963 yılında Muş ilinde pilot uygulama ile başlamış ve gecikmelere rağmen 1983 yılı itibarıyla bütün ülkeye yayılmıştır. Yeni sistemle sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir sağlık hizmet sunum sistemi oluşturulmuş ve sağlık evleri, sağlık ocakları ile ilçe ve il hastanelerini temel olarak alan bir yapılanmaya gidilmiş, geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesinin yerine dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı getirilmiştir (Sted, 2001, Akdağ, 2007: 16). Sosyal devlet anlayışına uygun şekilde hazırlanan 224 sayılı Kanun; finansmanla ilgili olarak karma finansman modelini benimsemiş (vergi, prim ve cepten ödemelerle finansman) örgütlenme ile ilgili olarak ise; sağlık personeli bakımından tam gün uygulamasını, basamaklı hizmet ve sevk sistemini, entegre sağlık hizmeti sunumunu, nüfusa orantılı hizmet yapılanmasını, ekip hizmetini, sözleşmeli personel istihdamını ve toplum katılımını ilkelerini benimsemiştir (Sted, 2001). Yeni sistemin en uç noktadaki sağlık hizmet sunucusu en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinden oluşan sağlık ocakları olarak belirlenmiş (m. 10), hastalara yönelik tedavi edici hizmetlerin yanı sıra her türlü koruyucu hekimlik hizmetlerinin sunulması ve sağlık sicillerinin tutulması görevleri de ilçe bazında örgütlenen sağlık ocaklarına verilmiştir (m. 11).

1980 sonrası dönem sağlık politikasının genel çerçevesi 1982 Anayasası’nın “Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması” başlıklı 56. maddede çizilmiştir. Buna göre, *“Herkes, sağlıklı ve dengeli ve bir çevrede yaşama hakkına sahiptir... Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler...Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir”* Aynı maddede, Devletin sağlık hizmetleri sunumunu kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak ve denetleyerek yerine getirir hükmü de yer almıştır. Bu düzenlemeler organizasyon bakımından sağlık sisteminde merkezileşme arayışlarını içermektedir.



1983 sonrası dönem sağlık hizmetlerinde özellikle sağlık hizmet arzı bakımından çok başlıklı dönemdir. Nitekim sağlık hizmetleri arzı Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yanı sıra Sosyal Sigortalar Kurumuna (SSK) ait hastaneler, araştırma geliştirme hastaneleri olarak açılan ancak bölgelerinde yaygın klinik ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan üniversite hastaneleri, Silahlı Kuvvetlere ait askeri hastaneler başta olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlara ait hastaneleri ve yeni gelişmeye başlayan özel sektör sağlık kuruluşları ile bireysel hekim muayenehaneleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmeti arzındaki çok başlıklı sağlık sisteminde “kapsayıcı sağlık sistemi tipinden refah yönelimli sağlık sistemi tipine kayma dönemi” başlamıştır (Top, 2016: 99). Bu yönelim tedavi edici sağlık hizmetlerinin öne çıkmasına, sağlık hizmetlerine erişimde cepten harcamaların artışı beraberinde getirmiştir. Sağlık hizmet sunumundaki çok parçalı yapı reform arayışlarını da beraberinde getirmiş, sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenleyen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu bu arayışların ürünü olarak yürürlüğe girmiştir. Bu dönemde uluslararası kuruluşlar tarafından hazırlanan raporlar (Top, 2016:101), milli sağlık raporu ve ulusal sağlık kongrelerinde geliştirilen öneriler esas alınarak “Milli Sağlık Politikası” nihai dökümanı oluşturulmuş, (Top, 2016:102, Akdağ, 2007:17), 2000 yılı “Herkesin Sağlık” hedefinin gerçekleştirilmesine yönelik milli politika yaklaşımı içinde “koruyucu hekimlik hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi” programın politika amaçlarından biri olarak benimsenmiştir (Top, 2016:103). Genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesine yönelik çalışmalar hızlanarak, 1992 yılında 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun ile genel sağlık sigortası yürürlüğe girinceye kadar düşük gelirli kişilere “yeşil kart” verilerek sağlık hizmetlerine ücretsiz erişimleri sağlanmıştır. Türk Sağlık sisteminde 2000’li yıllara kadar olan dönemde gerçekleştirilen reformist çalışmalarda iki konu öne çıkmıştır. Bunlar; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası’nın kurulması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesidir (Akdağ, 2007: 17).

## **Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Türk Sağlık Sistemi ve Politikaları**

2003’de hayata geçirilmeye başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), bütün Cumhuriyet tarihi boyunca sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik çabaların devamı olarak, geçmiş dönem sağlıkta reform ve projelerinin birikimi ile ancak yeni bir anlayışla sağlık politikalarının belirlenmesi ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması programı olarak kabul edilmiştir (SB, 2003: 7-8). SDP, Türk sağlık sisteminin “sil-baştan” yeniden yapılandırılması olmayıp, mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe ulaşmaya yönelik olarak geniş katılımı tüm tarafların

sahipleneceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisi ile dönüştürme programıdır (SB, 2003 :24). Program; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasına yönelik (SB, 2003: 24) bütüncü bir politikalar esası üzerine dayandırılmıştır. Programın temel ilkeleri; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir (SB, 2003: 24-25).

SDP, her biri birbiri ile ilişkilendirilmiş 8 ana bileşenden oluşmuş ve bu bileşenler: (1) Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, (2) herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, (3) yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü bir sağlık hizmet sistemi, (4) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, (5) sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, (6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, (7) akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, (8) karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi; olarak belirlenmiştir (SB, 2003: 26-37; Akdağ, 2007: 17). Bu 8 bileşenden finansmanla ilgili 2 nolu “herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası” bileşeni ile sağlık hizmet arzı sistemi ile ilgili 3 nolu “yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi” bileşeni, dönüşüm programının ana eksenini oluşturmuştur. Dönüşüm programının en kapsamlı çalışması sağlık hizmet arzı ile ilgili 3 nolu bileşenle ilgili olarak yapılmış ve bu bileşen altında üç alt başlığa yer verilmiştir. İlk alt başlık; “güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği”, ikinci alt başlık “etkili ve kademeli sevk zinciri”, üçüncü alt başlık ise “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri” olarak ele alınmıştır (SB, 2003: 30-32).

SDP’de, 3 nolu bileşenin gerekçeleri açıklanırken herhangi bir ülkede uygulanan programın aynen ülkemize aktarılamayacağı, ülkemizin sosyal-ekonomik ve coğrafi yapısının tekdüze “homojen” bir sistemin uygulanması bakımından gerçekçi olmadığı, “mezradan-dünya” kenti olmuş metropollerine kendine özgü çözümler bekleyen heterojen bir yapının olduğu, 1961 yılında 224 sayılı Kanun’la hayata geçirilen sağlık ocağı ve sağlı evi hizmet modelinin zamanın en gelişmiş ve modern sistemlerinden biri olmasına rağmen hedeflerin gerçekleşmediği vurgulanarak yapılması gerekenin 1960’lı yıllarda geliştirilen sistemin mantık yapısının 21’nci yüzyıl Türkiye’sinin değişen şartlarına uyarlamak olduğu, sosyalizasyon politikasının ülkeye kazandırdığı “sağlık ocağı ağını” güçlendirirken ülke kaynaklarının verimli kullanılmasını sağlayacak şekilde vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün sağlık hizmet ağına yer almasının amaçlandığı belirtilmiştir (SB, 2003: 29-30). Aile hekimliği bu yeni sağlık hizmet sunumu sisteminin merkezine oturtulmuş, bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireyin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmış ve doktor ve aile üyeleri arasında kurulacak yakın ilişkinin sağlık eğitiminin güçlendirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın düzeltilmesinde

önemli rol oynayacağı ifade edilmiştir (SB, 2003: 30). Aile hekimliği uygulaması sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılmasında önemli ilerlemeler sağlayacak (SB, 2003: 30), halk sağlığı hizmetlerinin daha etkin yürütülmesine zemin oluşturacaktır. Kısaca belirtmek gerekirse, SDP, “sil-baştan” yeni bir sistem kurmaktan ziyade 1960’lı yıllarda temeli oluşturulan sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu sistemini daha etkin kılmak için yeniden yapılandırarak ve güçlendirecek bir dönüşümü ifade etmektedir.

## **Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği Uygulaması**

SDP ile tedavi edici sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte geliştirilmesi ilkesi benimsenmiş (SB, 2022c), bütün ülke düzeyinde nüfusun tamamına yönelik sağlık hizmet sunumu ağının oluşturulması amaçlanmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin etkili ve kaliteli olarak sunumunu amaçlayan SDP’nin Türk sağlık sistemine getirdiği en önemli değişim alanını birinci basamak sağlık hizmetleri ve bu basamakta oluşturulan aile hekimliği oluşturmuştur (Dağlaraştı, 2020: 49). Entegre sağlık hizmeti örgütlenmesinin en basiti olarak değerlendirilen çağdaş aile hekimliği, sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılmasına imkân verecek bir değişiklik olarak kabul edilmiştir (SB, 2022c) ve bu politika tercihi Dünya Sağlık Örgütü’nün “Herkes için sağlık” anlayışına da uygundur. Türk aile hekimliği uygulaması, diğer ülke örnekleri ile birlikte ülke şartları ve ihtiyaçları dikkate alınarak Türkiye’ye has bir model olarak oluşturulmuştur (SB, 2022c).

Aile hekimliği, SDP’nin çok öncesinde Türkiye gündemine gelmiştir. Nitekim, bir tıp eğitimi alanı olarak aile hekimliğine ilk olarak 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer verilmiş, 1985 yılında ise Ankara, İstanbul ve İzmir’deki eğitim hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlamıştır (Taşdemir, 2021: 265). Aile hekimliğinin tıp fakülteleri bünyesinde anabilim dalı olarak kurulması YÖK tarafından 1993 yılında karar altına alınmıştır (Bulut, 2017: 71). Yine 1990 yılında kabul edilen “Ulusal Sağlık Politikası” çerçevesinde 1993 yılında oluşturulan “Ulusal Sağlık Politikası Stratejisinde” kırsal kesimde sağlık evlerinin, kentlerde küçük nüfus esasına dayalı genel pratisyen/aile hekimliği sisteminin oluşturulacağı, aile hekimlerinin bireylere yönelik koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetlerini vermekle sorumlu tutulacağı (Dağlaraştı, 2020: 64), planlanmıştır. Aile hekimliğinin mesleki olarak örgütlenmesi ise 1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneğinin kurulması ile gerçekleşmiştir (Bulut, 2017: 71).

Planlı dönemde aile hekimliği ile ilgili ilk düzenleme VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (BYKP) yer almış ancak Plan döneminde (1996-2000) hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Yasa Tasarısı Taslağı hayata geçirilememiştir (DPT, 2000: 35). Aile hekimliğinin ilk defa bir hükümet programında yer alması ise 1999 yılında 55. Hükümet programı ile

olmuştur. 2001-2005 dönemi için hazırlanan ve 2023 yılına yönelik uzun vadeli hedefler de içeren VIII. BYKP'da aile hekimliği, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek temel sağlık hizmetleriyle birlikte etkin şekilde hizmet verilmesi sağlanmasının kilit değişkenlerinden biri olarak değerlendirilmiş, birinci basamak sağlık hizmet kapasitesini geliştirecek aile hekimliğinin Plan döneminde hayata geçirilmesine yönelik düzenlemelerle ilgili hedeflere yer verilmiştir (DPT, 2000: 15, 88, 223). Yine aynı Planda, kırsal kesimde hizmet veren sağlık insan gücünün güçlendirilmesine yönelik olarak aile hekimliğinin oluşturulması hedefine de vurgu yapılmıştır (Dağlarastı, 2020: 64).

2003 yılında yayımlanan SDP, aile hekimliğinin hayata geçirilmesinin ilk adımını oluşturmuş, uzman aile hekimi sayısındaki yetersizlik dikkate alınarak bütün ülkede aynı anda uygulanması yerine pilot uygulama ile başlatılması ve kademeli olarak ülke çapında yaygınlaştırılması kararlaştırılmıştır. 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete 'de (RG) yayımlanarak yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve uygulaması ile ilgili 6.7.2005 tarih ve 25867 sayılı RG.'de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ve 12.8.2005 tarih ve 25904 sayılı RG'de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik ile uygulamanın yasal çerçevesi tamamlanmıştır. Yasal düzenlemelerin tamamlanmasını takiben ilk pilot uygulama 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce'de başlamıştır. 2006 yılında 6, 2007 yılında 7, 2008 yılında 17, 2009 yılında 4 ve 2010 yılında 46 il uygulama kapsamına alınarak 2010 yılının sonu itibarıyla aile hekimliği ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır (SB, 2022c). Bütün illerin kapsama alınmasından sonra 5258 sayılı Kanun'un ismi de 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı KHK ile Aile Hekimliği Kanunu (AHK) olarak değiştirilmiştir (Dağlarastı, 2017:65). Bu mevzuata aile hekimliği bütün ülkede uygulanmaya başladıktan sonra 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı RG'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ilave edilmiştir.

## Aile Hekiminin Tanımı ve Görevleri

5258 sayılı Kanuna göre; *“Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayarımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir”* (m.2), olarak tarif edilmiştir. Bu tanım, aile hekiminin kim olduğunu, vermekle yükümlü olduğu sağlık hizmetlerinin niteliğini, hekimlik görevlerinin kapsamını, hizmet vereceği kesimi, çalışma statüsünün niteliğini belirleyen kapsamlı bir tarif olarak dikkat çekmektedir.

Aile hekimleri tarafından sunulacak sağlık hizmetine erişim süreci ve hizmetin niteliği 5258 sayılı Kanun’un 5. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre; kişiler serbestçe aile hekimlerini seçerek kayıt yaptırabilecek ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen süre sonunda aile hekimini değiştirebilecektir. Aile hekimliği hizmetleri ücretsiz olarak, haftada 40 saatten az olmamak üzere sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde verilecektir. Her bir aile hekiminin hizmet sunacağı kişi sayısı coğrafi şartları ve sağlık hizmet planlaması gibi kriterler dikkate alınarak belirlenecektir. Aile hekimlerinin şahsi kayıtları ilgili il ve ilçe sağlık idare birimlerince tutulacak, aile hekimleri tarafından kullanılan kayıtlar, raporlar, sevk belgeleri ve reçete gibi belgeler resmi kayıt ve evrak niteliğinde kabul edilmiştir.

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları, bütün Türkiye’de uygulanmaya başladıktan 3 yıl sonra, 25 Ocak 2013 tarih ve 28539 sayılı RG’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Nitekim yönetmelikte, aile hekimi ile sağlık personelinin görev amacı; “*Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını belirlemek*” olarak düzenlenmiştir (m.1). Yönetmeliğin “Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları” başlıklı 4. maddesinde aile hekimlerine doğrudan sağlık hizmeti sunumunun ötesinde çok sayıda görev ve sorumluluk yüklemiştir. Buna göre; aile sağlığı merkezlerini yönetme, birlikte çalıştığı kişileri eğitme ve denetleme yanında kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunan aile hekimine 17 ayrı görev ve sorumluluk konusu yüklenmiş, sonuncu hükümde de “*kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak*” gibi ucu açık bir görev alanı belirlenmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde aile hekiminin hukuki statülerinin ve sosyal sigortalılık ilişkilerinin belirlenmesinde yol gösterici olacak bu görevler, yetkiler ve sorumluluk konuları aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır (AHUY, m.4).

Tedavi edici sağlık hizmeti sunumu ile ilgili olanlar:

- Kişiyeye yönelik koruyucu, sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri vermek,
- Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak

Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti verme ile ilgili olanlar:

- Kendisine kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- Periyodik sağlık muayenesi yapmak,

Toplum sağlığı ile ilgili olanlar;

- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.
- Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

Sağlık hizmetleri sisteminin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik olanlar;

- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
- İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
- Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

Çok açık bir şekilde görüldüğü gibi, AHUY’nin 4. maddesi ve Sağlık Bakanlığı’nın resmi internet erişim sayfasında belirtilen aile hekimlerinin görevleri ve aile hekimlerinden beklenenler (SB, 2022d), tedavi edici sağlık hizmeti sunumunun çok ötesindedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı, SDP’nin önemli bileşenlerinden biri olan aile hekimliğini, “sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumu olarak tanımlanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulama şekli” olarak kabul etmektedir (SB,

2022e). Aile hekimliği yalnızca birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten değil, Sağlık Bakanlığı teşkilat şeması içinde yer alan Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü birimi olarak yer alan Toplum Sağlığı Hizmetleri Başkanlığının üstlenmiş olduğu görevleri de yerine getirmektedir (SB, 2022b).

5.2.2015 tarih ve 29258 sayılı RG'de yayımlanan Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği esaslarına göre il ve ilçe düzeyinde kurulan ve “*Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşları*” (m. 4/n) olarak tanımlanan Toplum Sağlığı Merkezleri'nin (TSM) görevlerinin önemli bir kısmı aile hekimleri tarafından yerine getirilmektedir. Nitekim TSM, kendi görev konuları ile ilgili olarak hizmetlerin sunumu konusunda aile hekimliği merkezleri ve aile hekimleri üzerinde “*bölgesindeki aile hekimliği birimlerinin çalışmalarını izleme, değerlendirme ve kontrol ile ilgili*” çok yönlü denetim hakkına sahiptir.

Sağlık hizmet sunumu zincirinin en uç noktasında görev alan aile hekimlerinin tedavi edici birinci basamak hizmetlerinin dışında halk sağlığını ilgilendiren önleyici ve koruyucu hizmetlerin yürütümü yanında sağlık hizmet sunumunun organizasyonu ile ilgili görevleri de üstlenmiş olmaları (SB, 2022c), yürüttükleri hizmetin kısaca, devletin yürüttüğü kamu yararı öncelikli sürekli ve düzenli faaliyetler olarak tanımlanan kamu hizmeti özelliğini güçlendirmektedir. Aile hekimliği hizmetinin kamu hizmeti niteliğinin baskın olması, bu hizmetleri yürütmekle görevli aile hekimlerinin de statü olarak kamu görevlisi olma statülerini güçlendirmektedir.

Ancak, Türk aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer alan “*tanı, tedavi, koruyucu ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin*” tamamını kapsayacak şekilde oluşturulmakla birlikte, uygulamada çoğunlukla hatta bütünüyle klinik sağlık hizmetleri sunar hale geldikleri dikkat çekmektedir. Nitekim aile hekimlerinin mevzuatla kendilerine görev olarak tanımlanan kişi ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine zaman ayıramadıkları ileri sürülmekte, koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimliği birimi yerine TSM'ler tarafından yerine getirilmesi gerektiği savunulmaktadır (Bulut, 2017: 171).

## **Hekimlerin Aile Hekimliği Hizmetlerine Girme Usulleri**

Hekimlerin aile hekimliği hizmetlerine girme usulleri, 5258 sayılı Kanun'un “*Personelin statüsü ve mali hakları*” başlıklı 3. maddesinde düzenlenmiştir. Mezkûr maddenin birinci ve ikinci fıkraları incelendiğinde, hekimlerin iki ayrı işlemle görev başına gelebilecekleri anlaşılmaktadır. Hekimler ilk olarak, kanun ve ilgili mevzuat

çerçevesinde hazırlanan aile hekimi hizmet sözleşmelerini imzalayarak, aile hekimliği hizmetlerine dâhil olabilirler. Bunun dışında, belirli şartların vuku halinde hekimlerin doğrudan idare tarafından aile hekimliği hizmetlerinde görevlendirilmeleri de mümkündür. Görüldüğü üzere ilkinde, hekimin iradesine dayanan bir istihdam biçimi esas iken; ikincisinde istihdam, idarenin tek başına gerçekleştirdiği bir idari işleme dayanmaktadır.

Aile hekimleri ile imzalanan sözleşmelerin bir tarafında idare adına Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Zira Kanunun 3. maddesinin birinci fıkrasında bakanlık, bu konuda açıkça yetkilendirilmiştir. Fakat Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği'nin 6. maddesine göre bu yetki, bakanlık adına il sağlık müdürleri tarafından kullanılacaktır. Maddede, bakanlık adına sözleşmeyi feshetme yetkisi de yine il sağlık müdürlerine verilmiştir. Tekrar belirtelim ki; söz konusu bu yetkiler ilgili makamlar tarafından bakanlık adına kullanılmaktadır. Dolayısıyla sözleşmenin tarafı bizzat Sağlık Bakanlığı'dır.

Aile hekimliği hizmet sözleşmelerinin diğer tarafında ise aile hekimi olmaya gönüllü uzman hekim ya da hekim sıfatını haiz kişiler bulunmaktadır. Kanunun 3. maddesinde aile hekimliği hizmetlerine girmeye talip olan hekimler, hali hazırda sahip oldukları niteliğe göre ayrılmışlardır. Maddedeki ilgili düzenlemeler incelendiğinde, ayırımın hekimlerin sözleşme imzaladıkları sırada kamu görevlisi statüsünde bulunup bulunmamaları esasına dayandırıldığı anlaşılmaktadır. Buna göre Sağlık Bakanlığı ilk olarak; *“Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı çalışanı olarak çalıştırılacak sağlık personeli, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya (...) yetkilidir.”* (5258 s.K, m. 3/1). İhtiyaç duyulması halinde ise; *“Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı çalışanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları altmış beş yaşına kadar çalıştırılabilir.”* (5258 s.K, m. 3/2).

Görüldüğü üzere bakanlığın ilk etapta aile hekimliği hizmetleri için sözleşme imzalamaya yetkili olduğu kişiler, kendi bünyesinde ya da diğer kamu idarelerinde kamu görevlisi olarak çalışan hekimlerden oluşmaktadır. Ancak ihtiyaç duyulması ve hekimlerin yasada belirtilen bazı şartlara haiz olmaları durumunda, bakanlığın kamu görevlisi olmayan kişilerle de sözleşme imzalaması mümkündür. Nitekim bu husus, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 15. maddesinde yer alan; *“Bu madde çerçevesinde yerleştirme işlemi yapılmasına rağmen aile hekimliği pozisyonlarının doldurulamaması halinde valilik kamu görevlisi olmayan tabip ve uzman tabiplerden aile hekimi olarak çalıştırılmak üzere ihtiyaç duyulan sayıyı belirleyerek Kurumdan talepte bulunur.”* (f. 8)



düzenlemesiyle pekiştirilmiştir. Dolayısıyla hali hazırda kamu görevlisi olan hekimlerin aile hekimliği hizmetlerine girme bahsinde, kamu görevlisi olamayanlara karşı bir önceliğe sahip oldukları söylenebilir.

Bakanlık, sözleşme ile istihdam etmenin dışında kendi bünyesinde bulunan hekimleri de aile hekimliği uygulamalarında görevlendirmeye yetkilidir. Görevlendirme, sözleşme ile çalışan aile hekimlerinin boşluğunu doldurmak üzere yapıldığından bu yöntem, aile hekimliği sisteminin tali nitelikteki istihdam modelini oluşturmaktadır. Keza uygulamaya yön veren yönetmeliklerde bu şekilde istihdam edilen personel için “Geçici Aile Hekimi” kavramı kullanılmaktadır. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği’nde (AHSÖY), geçici aile hekimlerinin görevlendirilebileceği durumlar sayılmıştır. Buna göre; sözleşme ile çalışan hekimlerin zorunlu hizmet içi eğitimlere katılması; depresyon, sel, salgın vb. olağanüstü durumlarda görevlendirilmeleri; gözüaltı, tutukluluk ve hükümlük durumları; görevden uzaklaştırılmış olma, bulaşıcı ve salgın hastalığa yakalanmış olma ya da yakalanma riski taşıma hallerinde, belli bir süre için boşalan görevlere geçici aile hekimi görevlendirilebilmektedir (AHSÖY m. 16/1-a,b; m. 16/2-ç,d,e). Ayrıca sözleşmeli aile hekimi pozisyonlarının doldurulamaması (AHSÖY m. 16/5) ve aile hekiminin belirli sebepler dolayısıyla görev başında olamamaları ile birlikte kendi yerlerine vekalet edecek hekim bulamamaları hallerinde de yetkili makamlarca geçici aile hekimi görevlendirilebilmektedir<sup>4</sup>(Eleştiri için bkz.; Çakır, 2015: 143)

## Aile Hekimlerinin Hukuki Statüsü

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu, hekimlere bağımlı çalışma ilişkisi kuran iki ayrı sözleşmenin iki ayrı tarafında bulunma imkânı tanımaktadır. İlk olarak hekimler, örneği Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği ekinde bulunan Aile Hekimi Hizmet Sözleşmesi’ni imzalayarak, sözleşmenin bağımlı çalışan tarafında yer alma imkânına sahiptirler. Bu kişiler, mevzu bahis sözleşmeyi imzalamakla aile hekimliği görevini yürürlükteki mevzuata ve idarenin talimatlarına uygun bir şekilde üstlenmeyi kabul ederler. Öbür yandan; kanun koyucu, aile hekimi pozisyonunda çalışan hekimlere Aile Sağlığı Merkezlerinde istihdam edecekleri ilave sağlık ve yardımcı hizmet personeli bakımından işveren niteliğine sahip olma imkânı da tanımıştır. Nitekim bu doğrultuda Kanununun 3. maddesinin on birinci fıkrasına; “*Aile hekimleri jerden veya müştereken personel çalıştırabilir ve işveren olabilir.*” şeklindeki bir düzenleme, ilave edilmiştir.

<sup>4</sup> AHSÖY m. 16/3’e göre; “*Sözleşmeli olarak çalıştırılan aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı, birinci fıkranın (c) bendi ile ikinci fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen hallerde, 5 inci maddede belirtilen şartları taşıyan hekim ya da sağlık personeli ile anlaşarak vekaleten hizmetin görülmesini geçici olarak sağlar. Bu anlaşma, müdürlükçe uygun görülmesi halinde uygulanır.*”

Görüldüğü üzere aile hekimleri, bakanlık ile imzalanan hizmet sözleşmelerinin çalışan tarafını teşkil etmektedirler. Öbür taraftan bu hekimler, ASM'de ihtiyaç duyulan bazı hizmetlerin görülmesi amacıyla dışarıdan personel de istihdam edebilmektedirler. Fakat her iki durumda da hekimlerin intisap edecekleri statüler üzerinde farklı görüşler bulunmaktadır. Dolayısıyla çalışma konumuzu yakinen ilgilendiren bu tartışmalara değinmenin, gerekli olduğu kanısındayız.

## **T.C Sağlık Bakanlığı İle Aile Hekimleri Arasındaki İlişkinin Hukuki Niteliği**

Aile hekimlerinin hukuki statüsü, bu kişilerin tabi oldukları hukuk rejimini belirlemekten başka, buna bağlı birçok hususu etkileme potansiyelini barındıran önemli bir meseledir. Söz gelimi çalışma ilişkisine dayanan husumetlerde dava sürecinin hangi yargı kolunda izleneceği sorusuna verilecek yanıt, aile hekimlerinin statüsüne ya da bir başka deyişle bakanlık ile aile hekimi arasında kurulan ilişkinin hukuki niteliğine göre değişecektir. Aynı şekilde bu yanıt, çalışma ilişkileri bakımından aile hekimlerinin tabi olacağı hukuki rejimi de belirleyecektir (Çağlayan, 2016: 401; Çakır, 2015: 124 vd.). 5510 sayılı Kanun'da sosyal sigorta statüleri genel itibarıyla çalışma ilişkilerine ait rejimlere göre kategorize edildiğinden aile hekimlerinin hukuki statüsünün açıklığa kavuşturulması, bu çalışma kapsamında aranan yanıtlara ciddi katkılar sağlayacaktır.

5258 sayılı Kanun, aile hekimlerine bağımlı çalışma ilişkilerinde nadir görülebilecek birtakım görev ve yetkiler yüklemiştir. Hizmet sunumunda kullanılacak ASM'lerin kiralanması, buralara ait giderlerin bakanlık tarafından aile hekimlerine yapılacak ödemelerden aile hekimlerince karşılanması ve hekimlerin ASM'lerdeki bazı hizmetler için personel istihdam etmesi, bu hususta akla gelen ilk örnekleri teşkil etmektedir (m. 4; m. 3/7; m. 3/11). Fakat özerklik tanıyan bu yetkiler dolayısıyla aile hekimlerinin 5258 sayılı Kanun kapsamındaki faaliyetleri, serbest meslek icrası olarak değerlendirilmemelidir. Zira bu kişiler aile hekimliği hizmetlerinde kendi nam ve hesapları adına yer almamaktadırlar. Nitekim görevlendirme esasını dışarıda bırakırsak, bakanlık ile hekimler arasında niteliği üzerinde farklı görüşler bulunan bir hizmet sözleşmesi bulunmaktadır. Dolayısıyla aile hekimleri genellikle, hizmet sözleşmesine dayanan bir çalışma ilişkisinin iş görme edimini yüklenen tarafını oluşturmaktadırlar.

Bakanlık bünyesinde kamu görevlisi olarak bulunan ve görevlendirme işlemiyle aile hekimliği görevine gelen hekimlerin hukuki statüleri üzerinde bir tartışma bulunmamaktadır. Bunlar hali hazırda kamu görevlisi oldukları için aile hekimliği uygulamaları içerisindeki görevlerini de kamu görevlisi sıfatıyla yerine getirmeye devam ederler (Çakır, 2015: 119 vd.). Nitekim görevlendirme işlemi, hekimlerin mevcut statülerine halel getirecek bir etkiye sahip değildir. Buna karşın, Kanunun 3. maddesi uyarınca aile hekimi hizmet sözleşmelerini imzalayarak göreve

gelen hekimlerin durumu açıklanmaya muhtaçtır. Zira ne 5258 sayılı Kanun’da ne de ilgili diğer mevzuatta, söz konusu kapsamda bulunan hekimlerin tabi oldukları hukuki statü hakkında açık bir ifadeye rastlanmamaktadır. Ayrıca mezkûr kanunun bazı ifade ve tümcelerine yönelik açılan iptal davasında, Anayasa Mahkemesi üyelerinin de konu üzerinde fikir birliğine sahip olmadıkları görülmektedir. Çoğunluğun aksine karara ve gerekçeye muhalif olan üyeler, söz konusu hekimleri kamu görevlisi olarak değerlendirmemişlerdir<sup>5</sup>. Özellikle Kanunun 3. maddesinin ikinci fıkrasında yer alan “*kamu görevlisi olmayan tabip*” ifadesi, bu üyelere ait görüşlerin temelini oluşturmuştur (Çakır, 2016: 139). Halbuki 3. maddenin birinci ve ikinci fıkraları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, tartışmaya konu olan ifadenin hekimlerin sözleşme sonrasında intisap edecekleri statüye işaret etmediği anlaşılmaktadır. Bu ifade ile vurgulanmak istenen esas husus, fıkra kapsamındaki hekimlerin henüz hizmet sözleşmelerini imzalamadan önceki hukuki durumlarıdır.

Kanımızca, aile hekimi hizmet sözleşmesi imzaladıktan sonra intisap edilen statü bakımından aile hekimleri arasında bir fark bulunmamaktadır. Çünkü örneği Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği’nde bulunan bu sözleşmeler, konu ve içerik bakımından özdeş sözleşmelerdir. Haliyle, sözleşmelerin meydana getirdikleri hukuki ilişkiler de özdeş ilişkilerdir. Ayrıca hekimlerin sözleşme öncesindeki hukuki durumları, sözleşme ile kurulan ilişkiyi etkileme kabiliyetine de sahip değildir. Dolayısıyla biz, aile hekimlerinin hukuki statüsünü tetkik ederken hekimlerin sözleşme öncesindeki mevcut durumlarını göz ardı edeceğiz. Nitekim bu hususta odaklanılması gereken esas meselenin, sözleşmenin hukuki niteliği olduğu kanısındayız.

Aile Hekimi Hizmet Sözleşmesi adıyla anılan sözleşmelerin hukuki niteliğini açıklamaya girişmeden evvel son olarak, kamu hizmeti niteliğinde olan aile hekimliği hizmetlerine de değinmek gerekir. Zira Anayasa’nın 128. maddesinde, kamu hizmetlerinin tabi olduğu yönetim esasları ile bu hizmetlerde görevlendirilecek personelin hukuki niteliği arasında güçlü bir bağ kurulmuştur. Gerçekten Anayasa’nın 128. maddesine göre; “*Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür.*”

Konuya ilişkin Anayasa Mahkemesi ve Danıştay kararlarında aile hekimliği hizmetleri, genel idare esaslarına göre yürütülmesi gereken hizmetler arasında kabul edilmiştir<sup>6</sup>. Esasen Anayasa’nın 47. maddesinde yer alan hüküm dolayısıyla sağlık hizmetlerinin özel hukuk kişilerine devredilmesi ve bu hizmetlerin kamu hukukuna

<sup>5</sup> AYM, 21.02.2008, E. 2005/10, K. 2008/63; bkz. ([www.legalbank.net](http://www.legalbank.net))

<sup>6</sup> AYM, 21.02.2008, E. 2005/10, K. 2008/63; Dan. 5.D., 15.04.2009, E. 2007/6860, K. 2009/2011; bkz. ([www.legalbank.net](http://www.legalbank.net))

tabi olmayan personel tarafından yürütülmesi de mümkündür<sup>7</sup>. Fakat kanun koyucu 5258 sayılı Kanun’da aile hekimliği hizmetlerini doğrudan Sağlık Bakanlığı’nın uhdesine bırakarak, hizmetleri yasal statü içerisinde almıştır. Nitekim kanun ve ilgili mevzuat incelendiğinde bu hizmetlerin “genel idare esasları” dahilinde yürütüleceği de anlaşılmaktadır (Kavram için bkz. Gözler, 2009: 630 vd.; Gözübüyük ve Tan, 2016: 809; Günday, 2015: 582 vd.). Durum bu iken, aile hekimliği hizmetlerinin memurlar ya da diğer kamu görevlileri eliyle görülmesi, temeli anayasaya dayanan bir gerekliliğe denk düşmektedir. Atama yerine bir sözleşme ile göreve gelen aile hekimleri memur olamayacaklarına göre bunların, diğer kamu görevlileri kategorisinde buldukları kabul edilmelidir. Netice itibariyle, kamu görevlisi sıfatını haiz olmaları gereken aile hekimlerinin tabi oldukları sözleşmeler de kamusal, yani idari nitelikte olmalıdır<sup>8</sup>. İdari niteliği haiz olmakla birlikte konusu bir kamu hizmetinin gördürülmesi amacıyla kişiler ile idare arasında bağımlı çalışma ilişkisi kurmak olan bu türdeki sözleşmeler, idare hukuku literatürü içerisinde “İdari Hizmet Sözleşmeleri”; sözleşme imzalanan kişiler ise “Sözleşmeli Personel” şeklinde anılmaktadır. (İdari Hizmet Sözleşmeleri hakkında geniş açıklamalar için bkz.; Yeşilyurt Duran, 2017: 115-154) Ne var ki, 5258 sayılı Kanun’da aile hekimlerinin statüsüne ve dolayısıyla tabi oldukları sözleşmenin niteliğine işaret eden bir ifadeye rastlanmamaktadır. Durum bu olmakla birlikte sözleşmelerin tabi oldukları hukuksal rejimin yargısal ve bilimsel içtihatlarla dayanmak suretiyle tespit edilmesinin mümkün olduğunu belirtmek gerekir. Buna göre bir sözleşmenin idari nitelikte olabilmesi için; konusunun kamu hizmeti olması, taraflardan birinin idare olması ve sözleşmede idareye özel hukuku aşan üstünlükler tanınmış olması gerekmektedir (Akyılmaz vd., 2017: 512; Gözler ve Kaplan, 2022: 423 vd.; Sancaktar vd., 2021: 559 v.d). İdari hizmet sözleşmeleri de idari sözleşmelerin bir türü olduğuna göre idari sözleşmeleri karakterize eden bu unsurları idari hizmet sözleşmeleri için de kabul etmek gerekir. 5258 s. K m. 3 kapsamında imzalanan aile hekimi hizmet sözleşmeleri bu ölçütler çerçevesinde değerlendirildiğinde ise söz konusu sözleşmelerin idari hizmet sözleşmesi olarak nitelendirilebileceği anlaşılmaktadır (Aynı yönde bkz.; Çağlayan, 2016: 411; Çakır,

<sup>7</sup> “...sağlık hizmetleri nitelikleri gereği diğer kamu hizmetlerinden farklıdır... Anayasanın 47. maddesi ile 128. maddesi birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin bütünüyle devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti şeklinde nitelendirilmesi olanaklı değildir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin tamamının salt memur ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gerektiğinden söz edilemeyeceği gibi, 47. maddesinde öngörülen hizmet kapsamında bunun özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılabilmesi olanaklıdır...” (AYM, 22.11.2007, E. 2004/114, K. 2007/85; bkz. Sever, 2013:262)

<sup>8</sup> “İdareye kamu hukuku bağı ile bağlı olmanın” yanında “kamu idarelerinde mesleki bir sıfatla ücretli çalışıyor olmak”, doktrinde kamu görevlisi kavramını tanımlayan unsurlar olarak kabul edilmişlerdir. (Gözler, 2009: 637)

2016: 140; Taşdemir, 2021: 277). Zira aile hekimi hizmet sözleşmesinin konusu gerçekten bir kamu hizmeti olmakla beraber sözleşmenin bir ucunda Sağlık Bakanlığı, yani idare bulunmaktadır. Ayrıca sözleşmede, akde bağlı kalma hususunda idareye aile hekimi karşısında üstünlük tanıyan bazı yaptırımlar da mevcuttur<sup>9</sup>. Kanımızca tüm bu unsurlar, bakanlık ile aile hekimleri arasındaki bağın kamusal niteliğine işaret etmekle birlikte, aile hekimliği sözleşmelerinin idari hizmet sözleşmesi olarak değerlendirilmesine imkân tanımaktadır.

## **Aile Hekimleri İle İlave Sağlık Personeli ve Yardımcı Hizmet Personeli Arasındaki İlişkinin Hukuki Niteliği**

Aile hekiminin doğrudan tarafı olup olmadığı ve buna bağlı olarak statüsünün sorgulanabileceği bir diğer hukuki ilişkiyi de 5258 sayılı Kanun kapsamında kurulan iş ilişkisi meydana getirmektedir. 5258 s.K m. 3/11’e göre; “*Aile hekimleri ferdan veya müştereken personel çalıştırabilir ve işveren olabilir.*” Fıkra kapsamında istihdam edilecek personelin niteliği, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde açıklığa kavuşturulmuştur. Buna göre aile hekimleri ihtiyaç halinde sağlık hizmetlerine yardımcı olmaları amacıyla; “*...ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için ferdan veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.*” (m. 22/2). Yukarıda doğrudan sunulan bu düzenlemeler ile kanun koyucu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kamu görevlisi olarak görev yapan hekimlere ASM’lerdeki birtakım işler için personel çalıştırabilmelerine ya da bu yönde hizmet satın alabilmelerine olanak tanımıştır. Şayet bu düzenlemelerden, personelle kurulan iş ilişkilerinde aile hekimlerinin işveren konumunda oldukları yönünde bir sonuç çıkarmak gerekiyorsa, bu durumu kamu görevlisi sıfatıyla bağdaştırmanın pek de kolay olmadığını belirtmemiz gerekir.

Aile hekimlerinin personel çalıştırabilmelerine kapı aralayan ilk düzenleme, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 22. maddesinde yer almaktadır. 5258 sayılı Kanun’daki düzenleme, ek fıkra halinde maddeye sonradan ilave edilmiştir<sup>10</sup>. Şayet düzenleme öncesindeki gelişmeleri dikkate alırsak, kanun koyucuyu bu yönde faaliyete geçiren nedenler hakkında fikir yürütmemiz mümkün olabilir. Söz gelimi, yönetmeliğin “personel çalıştırabilir” ifadesine kıyasla “işveren” gibi daha net bir

<sup>9</sup> AHSÖY m. 9/1’e göre; “*Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri veya aile sağlığı çalışanları askerlik, doğum, emeklilik ve sair sebeplerle iki ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilirler. Müdürlük, şartların uygun olması durumunda, iki aylık süreyi beklemeden sözleşmenin sona erdirilmesini kabul edebilir. Müdürlüğün sözleşmenin sona erdirilmesi talebini kabul etmemesi halinde, iki aylık süreyi doldurmadan görevden ayrılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı, bir yıl süreyle sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olmak üzere başvuruda bulunamaz.*”

<sup>10</sup> Söz konusu fıkra, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu’nun 3. maddesine, 15.11.2018 tarih 7151 sayılı Kanun’un 26. maddesiyle eklenmiştir.

kavramla yasalastırma isteği, konunun yargı içtihatlarında çelişik bir görünüme bürünmesiyle güçlenmiş olabilir. Gerçekten de ilgili dönemde yönetmelik maddesi, yüksek mahkemenin farklı dairelerinde farklı şekillerde yorumlanmıştır. Yargıtay’ın 9. ve 22. Hukuk Daireleri, ilave sağlık ve yardımcı hizmet personeli ile kurulan iş ilişkilerinde aile hekimlerini işveren olarak nitelemekten<sup>11</sup>, 10. ve 21. Hukuk Daireleri hekimleri işveren olarak kabul etmiştir<sup>12</sup>. Aynı şekilde bu dönemde çeşitli Bölge Adliye Mahkemeleri’nden de aile hekimlerinin niteliğine ilişkin farklı kararlar çıkmıştır<sup>13</sup>. Dolayısıyla kanun koyucunun bu gelişmeleri takip ederek harekete geçmiş olması, güçlü bir ihtimal olarak karşımızda durmaktadır.

Bilindiği üzere “işveren” terimi iş hukukuna içkin bir kavram olup, bireysel iş ilişkileri kapsamındaki tanımına, konumuz açısından değerlendirilmesi gereken kanun olan 4857 sayılı İş Kanunu m. 2’de yer verilmiştir. Buna karşın 5258 sayılı Kanun’daki söz konusu fıkra ile aile hekimlerinin doğrudan İş Kanunu’nun işveren tanımına dâhil edildiklerini söylememiz güçtür. Esasen fıkra metninde yer alan “*personel çalıştırabilir ve işveren olabilir*” ifadeleri ile aile hekimlerine yalnızca ASM’deki bazı hizmetler için personel istihdam etme yetkisi tanınmıştır. Fakat aile hekimlerine böyle bir yetkinin tanınmış olması, onların işveren niteliğini haiz oldukları ya da olabilecekleri anlamına gelmez. Keza yüksek mahkemenin de

<sup>11</sup> “İş hukuku ve 4857 sayılı İş Kanunu yönünden değerlendirmede ise; ilgili hükümler değerlendirildiğinde bu işyerinde çalışan yardımcı elemanların sevk ve idare yönünden aile bekimlerine bağlı olmakla birlikte aile bekiminin işveren vekili konumunda kaldığı, işveren olan ...’nın temsilcisi konumunda olduğu kabul edilmelidir. Bu bakımdan somut olayda davacının Aile Sağlığı Merkezi bünyesindeki çalışmalarını yönünden de davalı Bakanlığa husumet yöneltilebileceği kabul edilmelidir.”; Bkz. Yarg. 9. HD., 09.11.2020, E. 2017/17912, K. 2020/15317; Bu yöndeki diğer kararlar için ayrıca bkz. Yarg. 9. HD., 08.07.2014, E. 2012/26342, K. 2014/23570; Yarg. 22. HD., 12.03.2019, E. 2016/13406, K. 2019/5774; Yarg. 22. HD., 07.06.2018, E. 2015/34994, K. 2018/1459; Yarg. 10. HD., 30.01.2015, E. 2014/26061, K. 2015/1668; bkz. ([www.legalbank.net](http://www.legalbank.net))

<sup>12</sup> “Davalıların aile bekimi olarak söz konusu kanun hükümlerine tabi çalışmalarını nedeniyle bu hükümlerin kendileri açısından geçerli olduğu, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında S.. B.nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkındaki Yönetmelik de dikkate alındığında aile bekimlerinin sağlık merkezini kendilerinin kiralayacakları, elektrik, su, yakıt gibi giderleri kendileri karşılayacakları, temizlik, büro malzemeleri gibi giderlerin kendileri tarafından karşılanacağı, ancak S.. B.nın her ay bunlar için ücret ödeyeceği düzenlemesine göre aile bekiminin tüm giderlerden kendisinin sorumlu olduğu, aile bekiminin temizlik elemanı, sekreter gibi kişileri çalıştırması halinde bununla ilgili giderlerin de kendisi tarafından karşılanmasının gerektiği, bu nedenle aile bekiminin çalıştıracağı işçi açısından işveren sıfatına haiz olacağı anlaşılmaktadır.”; bkz. Yarg. 10. HD., 20.10.2014, E. 2014/14785, K. 2014/20017; Bu yöndeki diğer kararlar için ayrıca bkz. Yarg. 21. HD., 24.02.2015, E. 2014/24411, K. 2015/3330; Yarg. 21. HD., 22.02.2018, E. 2016/8918, K. 2018/1608; bkz. ([www.legalbank.net](http://www.legalbank.net))

<sup>13</sup> Ankara BAM 9. HD., 17.04.2018, E. 2017/3205, K. 2018/1034; İstanbul BAM 33. HD., 06.07.2017, E. 2017/110, K. 2017/687; Ankara BAM 7. HD., 05.12.2017, E. 2017/1965, K. 2017/3117 bkz.; Legalbank

belirttiği gibi; “İşverenin kayden başka bir gerçek ya da tüzel kişi olarak görünmesi, ona işveren sıfatı vermez.”<sup>14</sup> Gerçekten de iş hukuku öğretisinde, kişilerin işveren sayılabilmeleri için iş sözleşmesinin unsurlarından kaynaklanan bazı ayırt edici özellikler aranmaktadır (İstisnaları için bkz.; Mollamahmutoglu vd., 2022: 195 vd.). İş sözleşmesinin taraflarının kim olduğunun duraksama yarattığı durumlarda yargı makamlarının da zaman zaman bu özelliklere başvurduğu görülmektedir. O halde aile hekimlerinin ASM’lerde istihdam edilen kişilerle kurulan iş ilişkilerinde işveren sıfatını haiz olup olmadıkları sorusuna, iş hukukuna ait açıklamalar ışığında yanıt aramak gerekir.

4857 s.K’nun 2. maddesine göre; “Bir iş sözleşmesine dayanarak çalışan gerçek kişiye işçi, işçi çalıştıran gerçek veya tüzel kişiye yahut tüzel kişiliği olmayan kurum ve kuruluşlara işveren...” denir. Görüldüğü üzere İş Kanunu’nda işveren kavramı, iş hukukunun esas süjesi olan işçi üzerinden tanımlanmıştır. İşçinin kanundaki tanımı ise doğrudan iş ilişkisini kuran sözleşmeye dayanmak suretiyle yapılmıştır. Bu söylenenlere ek olarak; iş ilişkisini meydana getirmekle iş hukukunun en temel kurumunu teşkil eden iş sözleşmesinin de yasal bir tanıma sahip olduğunu belirtmek gerekir. Kanunun 8. maddesinin birinci fıkrasına göre; “İş sözleşmesi, bir tarafın (işçi) bağımlı olarak iş görmeyi, diğer tarafın (işveren) da ücret ödemeyi üstlenmesinden oluşan sözleşmedir.”

Tanımdan da anlaşılacağı gibi iş sözleşmesi üç kurucu unsurdan oluşmaktadır. Bunlar; iş görme edimi, ücret ve iş sözleşmesini karakterize eden bağımlılık unsurudur. Bu unsurlardan yola çıkılan bir tanımla iş sözleşmesinin taraflarına ulaşmak mümkündür. Söz gelimi işveren, ücret karşılığında kendisine bağımlı bir şekilde yerine getirilecek iş görme borcunun alacaklısıdır, şeklinde tanımlanabilir. Esasen buna işveren kavramının kanundaki alternatif tanımıdır, demek de yanlış olmaz. Çünkü kanunda kelimesi kelimesine bu şekilde ifade edilmese bile işveren, işçi ve iş sözleşmesinin tanımlarından meydana gelen silsile bizi bu tanıma götürmektedir. O halde iş sözleşmesi gibi işveren ve işçi kavramlarına da temel oluşturan bu unsurlara yakından bakarak, aile hekimlerinin iş ilişkisindeki konumlarını tespit edebilmemiz mümkündür.

İş görme edimi ve ücret; eser, vekâlet vb. sözleşmelere de konu olabildiği için iş sözleşmesinin karakteristik unsurlarını oluşturmazlar. Bu iki unsurun bulunmadığı bir iş ilişkisi düşünülemese de bunlar, iş sözleşmelerinin ayırt edilmesinde öne çıkan unsurlar değildir. Buna karşın, doktrin ve yargıda bağımlılığa iş sözleşmesini karakterize eden bir unsur olarak özel bir önem atfedilmiştir (Çelik vd., 2022: 119; Eyrenci vd., 2020: 63; Demir, 2019: 75; Mollamahmutoglu, 2022: 339; Narmanlıoğlu, 2014: 167; Süzek, 2022: 235; Tunçomağ ve Centel, 2022: 73). Yukarıda belirttiğimiz esaslara dayanarak bu yaklaşımı, iş sözleşmesinin taraflarını

<sup>14</sup> Yarg. 22. HD., 07.06.2018, E. 2015/34994, K. 2018/14591; bkz. ([www.legalbank.net](http://www.legalbank.net))

tespit etmeye yönelik incelememize de teşmil etmemiz mümkündür. Bu nedenle ASM'lerde iş ilişkisi dâhilinde çalıştırılan personel bakımından aile hekimlerinin konumunu belirlemeye yönelik incelememizin odağına iş sözleşmesinin bağımlılık unsurunu yerleştirmek, kanımızca doğru bir yaklaşıma işaret eder.

Kıta Avrupası hukuk sisteminde, iş sözleşmesinin işçide işverene karşı kişisel ve hukuki bir bağımlılığı meydana getirdiği kabul edilir (Bağımlılık unsuru hakkında geniş açıklamalar için bkz.; Güzel, 1997: 83-126). Söz konusu anlayışa göre işçinin iş ilişkisindeki bağımlılığı, işçinin kişiliğine sıkı sıkıya bağlı olan işgücü üzerinde cereyan eder. Bu, bağımlılığın kişisel niteliği ile ilgilidir. Bağımlılığın hukukiliği ise bizatihi iş sözleşmesinden kaynaklanarak, işçinin iş görme borcunu işverene ait bağımsız bir iş organizasyonunda, onun emir ve talimatları altında yerine getirmeyi kabul etmesiyle tezahür eder (Süzek, 2022: 236). Kısacası burada işçi, iş sözleşmesini imzalayarak işverenin talimatlarına uymayı bir borç olarak üzerine alır. Bunun karşısında ise işverenin yönetim hakkı bulunmaktadır. Yönetim hakkı işverene, en üst düzeyde emir ve talimat verme, denetleme, disiplin yaptırımı uygulama, iş ve çalışma koşullarını düzenleme gibi çalışanlar ve kendisine ait iş organizasyonu üzerinde geniş yetkiler bahşeder (Dursun Ateş, 2019: 115; Erdemir, 2015: 49 vd.). Bunlardan aynı zamanda iş ilişkisinin işveren tarafını işaretleyen ölçütler, şeklinde bahsetmek de mümkündür (Aynı yönde bkz.; Taşdemir, 2021: 289).

SM'lerin kuruluşu, her ne kadar kamu hizmeti sunumuna ilişkin ilkeler bakımından tartışmaya açık bir konuyu teşkil etse de bunların, bakanlık teşkilatı içerisinde yer alan hizmet birimlerinden bazılarını oluşturdukları kabul edilmelidir<sup>15</sup>. Özetle, ASM'ler için; Sağlık Bakanlığı'nın mülki idareye bağlı taşra teşkilatları içerisinde yer alan ve bakanlığın birinci basamakta teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmakla görevli olan birimleridir demek, yanlış olmaz. Dolayısıyla ASM'ler ve personeli, kendilerine ait görevleri idare hukukuna hâkim olan hiyerarşik denetim içerisinde yerine getirirler. Nitekim 5258 s.K m. 6'a göre; *"Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülki idare ve sağlık idaresinin denetimine tâbidir."* Bu yöndeki esaslara, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği'nin ilgili maddelerinde de yer verilmiştir<sup>16</sup>. Bununla birlikte

<sup>15</sup> Devlet Teşkilatı Merkezi Kayıt Sistemi'nde (DETSİS), aile sağlığı merkezleri Sağlık Bakanlığı'nın "Mülki İdareye Bağlı Taşra Teşkilatları" içerisinde gösterilmiştir. Bkz.; <https://detsis.gov.tr/>; (02.09.2022)

<sup>16</sup> AHUY m. 33'e göre; *"Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Kurum, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tâbidir. Denetim yapmaya yetkili amir, ilgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılığı doğrudan kendisi tespit edebileceği gibi, tespiti yapmak üzere incelemeci veya soruşturmacı da görevlendirebilir. Bu denetimler Kurum tarafından belirlenen denetleme*



5258 sayılı Kanun'un 8. maddesinde bakanlığa, çalışma koşullarına ilişkin esas ve usuller de dâhil olmak üzere birçok alanda yönetmelik ile düzelleme yapma yetkisi verilmiştir<sup>17</sup>. İlgili mevzuat bir bütün olarak incelendiğinde ise aile hekimliği hizmetlerine ilişkin birçok hususun bakanlığın, mülki idarenin ve sağlık idaresinin onayına ya da uygun görüşüne tabi tutulduğu görülmektedir. Kanımızca tüm bu bahsedilenlerden çıkan sonuç, aile hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'na ait organizasyon ve hiyerarşi içerisinde bizzat bakanlığın emir ve talimatları altında yürütüldüğüdür. Hal böyle iken, ilave sağlık ve yardımcı hizmet personeli ile kurulan iş ilişkisinde, işverene has yönetim yetkilerinin esasen bakanlık tarafından kullanıldığı anlaşılmaktadır. Binaenaleyh, söz konusu iş ilişkisinde işveren sıfatını haiz olan taraf, devlet tüzel kişiliği içerisinde yer alan Sağlık Bakanlığı'dır. Aile hekimleri ise bu hukuki ilişkide işveren vekili konumundadırlar (Aynı yönde bkz.; Taşdemir, 2021: 290). Nitekim 5258 s.K m. 3/11'deki düzenlemenin kanuna eklenmesinden sonra yapılan bir istinaf incelemesinde, ASM'lerde iş ilişkisi kurulan personel bakımından bakanlığın işveren, aile hekimlerinin ise işveren vekili konumunda oldukları kabul edilmiştir<sup>18</sup>.

---

*formları ile gerçekleştirilir. Mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık tespit edildiği takdirde, Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirtilen hükümler çerçevesinde ilgililer hakkında işlem tesis edilir.”*

AHSÖY m. 14'e göre; “Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, asgari altı ayda bir, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tabidir. İlgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık halinde müdürlükçe/Bakanlıkça incelemeci veya soruşturmacı görevlendirilir. İlgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırı fiillerin tespit edilmesi halinde aykırılığın mahiyetine göre;

a) Adli yönden; 2/12/1999 tarihli ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun,

b) İdari yönden; 10 uncu ve 11 inci madde,

c) Kamu zararını oluşturan mali hususlar yönünden; 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, hükümlerine göre, gerekli işlemler tesis edilir.”

<sup>17</sup> 5258 s.K m. 8/1'e göre; “Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının çalışma usul ve esasları; çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralaması; aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemi ve sayıları; aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fizikî ve teknik şartlar; meslek ilkeleri; iş tanımları; performans ve hizmet kalite standartları; hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şekli ve içeriği, kayıtların tutulması ile çalışma ve denetime ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.”

<sup>18</sup> Gaziantep BAM 9. HD., 11.04.2009, E. 2018/1372, K. 2019/799; bkz. ([www.legalbank.net](http://www.legalbank.net))

## Aile Hekimlerinin Sigortalılık Statüsüne İlişkin Düzenlemeler

Yürürlükteki mevzuat incelendiğinde, aile hekimlerinin sosyal sigorta statüsüne ilişkin üç ayrı düzenlemeye rastlanmaktadır. Bu düzenlemelerden ikisi, farklı kanun metinleri içerisinde yer almakta iken biri, sigortalılığa ilişkin iş ve işlemlere ait süreçlerin belirlediği Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2013/11 sayılı Sigortalılık İşlemleri Hakkında Genelgesinde yer almaktadır. Söz konusu genelge etrafında Kurumun konuya ilişkin uygulaması tartışılmadan önce aile hekimlerinin sosyal sigorta statüsü hakkındaki düzenlemelere yer vermek, maddi hukuk anlamında konuya ait çerçevenin çizilmesinde bize yardımcı olacaktır.

### 5510 sayılı SSGSSK m. 4/I-c Özelinde Sigortalılık Statüsünün İncelenmesi

Türk sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması sürecinin nihayetinde yürürlüğe girmesiyle 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, sosyal sigorta sistemimizin temel kanunu haline gelmiştir (Güzel vd., 2021: 70; Alper, 2020: 21). Bu doğrultuda 5510 sayılı Kanun, çalışanların sigortalılık kapsamı da dâhil olmak üzere sosyal sigorta hukukuna ilişkin tüm konularda başvurulması gereken temel kanunu teşkil etmektedir. Dolayısıyla aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin sigortalılık statüsüne ilişkin yapılacak tespitler, öncelikle mezkûr kanunun ilgili hükümlerinin incelenmesini gerektirmektedir.

Öncesinde yer alan sosyal sigorta kanunlarının büyük ölçüde yürürlükten kaldırılmasının sonucu olarak 5510 sayılı Kanun'da sigortalılar genel olarak; hizmet akdi ile çalışan işçiler, bağımsız çalışanlar ve kamu görevlileri şeklinde ayrılan üç farklı statü içerisinde düzenlenmiştir (Güzel vd., 2021: 76; Tuncay ve Ekmekçi, 2021: 313). İdari hizmet sözleşmesine tabi çalışmaları dolayısıyla kamu görevlisi kapsamı içerisinde değerlendirilen aile hekimlerini de ilgilendirecek biçimde kamu idarelerinin kadro ve pozisyonlarında çalışıp, sigortalı sayılanlara kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde yer verilmiştir. Mezkûr bende göre;

“Kamu idarelerinde;

- 1) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendine tabi olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar,
- 2) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerine tabi olmayanlardan, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesi uyarınca açıktan vekil atananlar, sigortalı sayılırlar.”

Yukarıda yer verilen fıkra metninden de anlaşılabilirliği gibi m. 4/1-c kapsamında sigortalı sayılabilmenin bazı koşulları bulunmaktadır (Ayrıntı için bkz.; Sözer, 2021: 88). İlk olarak; m. 4/1-c kapsamında sigortalı sayılacak kişi, her şeyden evvel bir kamu idaresinde çalışıyor olmalıdır. Metinde geçen *kamu idareleri* ifadesinin tanımına kanunun 1. maddesinde yer verilmiştir. İlgili maddede yapılan tanım gereği, kanunda yar alan kamu idareleri ifadesinden; “10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen kamu idareleri ve kamu iktisadi teşebbüsleri ile bunların bağlı idare, ortaklık, müessese ve işletmeleri ve yukarıda belirtilenlerin ödenmiş sermayesinin % 50’sinden fazlasına sahip oldukları ortaklık ve işletmelerden Türk Ticaret Kanununa tabi olmayanlarla özel kanunlarına göre personel çalıştıran diğer kamu kurumlarını,” anlamak gerekir. 5018 sayılı Kanun’un 3. maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen Genel Yönetim Kapsamındaki Kamu İdareleri incelendiğinde bunların; merkezi yönetim kapsamındaki kamu idareleri, sosyal güvenlik kurumları ve mahallî idarelerden meydana geldikleri anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın merkezi yönetim kapsamındaki kamu idarelerinden biri olduğu ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı personeli oldukları dikkate alındığında, aile hekimleri bakımından m. 4/1-c kapsamında sigortalı sayılabilmenin ilk koşulunun sağlandığı söylenebilir.

Yukarıda doğrudan alıntılıdığımız düzenlemeye göre; kişilerin, m. 4/1-c kapsamında sigortalı olabilmeleri için ayrıca kamu idarelerinin kadro ve pozisyonlarında sürekli biçimde çalışıyor olmaları gerekmektedir. Kamu personeli rejimimizde *kadro* kavramı, genellikle atama usulüyle işbaşına gelen ve statü hukukuna tabi olan kamu görevlilerinin kamu idareleriyle kurdukları bağı ifade etmek için kullanılmaktadır<sup>19</sup> (Kayar, 2018: 132). Devlet memurları, hâkimler/savcılar, öğretim elemanları ve askerliği meslek edinmiş kişiler çalıştıkları kurumlara bu bağ ile bağlıdırlar. Kadro ile birlikte fıkra da geçen *pozisyon* kavramı ise kişilerin kamuya hizmet sözleşmeleri ile bağlı oldukları akde dayalı çalışma ilişkilerine işaret etmektedir. Özel hukuka tabi belirli süreli iş sözleşmeleri ve kamu hukukuna tabi idari hizmet sözleşmeleriyle kurulan bu iki ayrı çalışma ilişkisinin bir tarafını işverenler ve kamu idareleri oluştururken diğer tarafını sırasıyla; işçiler ile sözleşmeli personel statüsünde çalışanlar oluşturmaktadır. Fakat hemen belirtelim ki; kanun koyucu söz konusu (c) bendinin iki numaralı alt bendinde özel hukuk anlamında hizmet sözleşmesiyle çalışan sigortalıları hariç tutarak, m. 4/1-c kapsamında sigortalı olma durumunu yalnızca idari hizmet sözleşmeleriyle çalışan sözleşmeliler ile sınırlandırmıştır. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan sözleşmenin idari nitelikte olduğunun tespiti ile

<sup>19</sup> Bu durumun istisnasını kamu idarelerinin “sürekli işçi kadrolarında” belirsiz süreli iş sözleşmeleri ile çalışan işçiler oluşturmaktadır. İlgili kanunlarda bu kişiler ile idare arasındaki bağ, “kadro” kavramıyla ifade edilmiştir. Buna karşın aynı kanunlarda “geçici işçiler” için tercih edilen ifade “pozisyon” kavramıdır. Bkz.; 2 nolu CBK, m. 8; 657 s. DMK, m. 4/D

yukarıda belirttiğimiz; *kamu idarelerinin kadro ve pozisyonlarında sürekli biçimde çalışıyor olmak*, koşulunun aile hekimleri için gerçekleştiğini söylememiz mümkündür.

Aile hekimlerinin bir sözleşmeye tabi olarak çalışmalarının, yukarıda değinilen koşulun “*sürekli biçimde çalışıyor olmak*” kısmına muhalefet oluşturmadığını ayrıca belirtmek gerekir. Zira sözleşmenin fesih nedenlerini düzenleyen Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği'nin ilgili maddelerinde sözleşme süresinin sona ermesi, sözleşmenin feshini gerektiren nedenler arasında sayılmamıştır. Üstelik Yönetmeliğin 7. maddesinin birinci fıkrasında, sürenin sona ermesi halinde görevine devam etmek isteyen aile hekimlerinin sözleşmelerinin yenileceği, açık bir şekilde hükme bağlanmıştır<sup>20</sup>. O halde sözleşmeli olmaları dolayısıyla aile hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine geçici bir süre için katıldıkları iddia edilemez.

Son olarak; kamu idarelerinin kadro ve pozisyonlarında çalışan kamu görevlilerinin m. 4/1-c kapsamında sigortalı sayılabilmeleri için doğrudan doğruya mevzu bahis fıkranın (a) ve (b) bentleri kapsamında sigortalı sayılmamış olmaları ve özel kanunlarında (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmalarını gerektirecek düzenlemelerin bulunmuyor olması gerekmektedir. Özel kanunlarında m. 4/1-a kapsamında olanlar gibi sigortalı olması öngörülenlerin sigortalılık işlemleri, özel kanunlarında yer alan bu hükümler çerçevesinde yürütülecektir. 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanun'unda aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin m. 4/1-a kapsamında sigortalı olmalarını öngören açık bir hükme yer verilmediğine göre söz konusu kamu görevlilerinin sigortalılık niteliği, 5510 s.K m. 4/1-c kapsamında değerlendirilmelidir.

## **5258 sayılı Aile Hekimliği Kanun'unda Yer Alan Düzenlemenin İncelenmesi**

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanun'unda aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin m. 4/1-a kapsamında sigortalı olmalarını öngören bir hükme yer verilmemiş olsa da kanunun, aile hekimlerinin sigortalılık statüsü hakkındaki bir düzenlemeyi bünyesinde barındırdığını belirtmemiz gerekir. 5258 s.K m. 3/6'a göre; “*Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Ancak, her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkra da belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır.*”

Dikkat edileceği üzere düzenlemede hekimlerin sigortalılık statüsü, bağlı olunan sosyal güvenlik kuruluşları ile ifade edilmeye çalışılmıştır. Bunun nedeni

<sup>20</sup> AHSÖY m. 6/4'e göre; “*Sözleşmenin süresi ve dönemi iki mali yıldır.*”

AHSÖY m. 7/1'e göre; “*Sözleşme süresi sonunda, aile bekimi ve aile sağlığı çalışanı olarak görevine devam etmek isteyenlerin sözleşmesi yenilenir.*”

5258 sayılı Kanun’un yürürlüğe girdiği tarihte henüz söz konusu sosyal güvenlik kuruluşlarının Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmamış olmasıdır. Fakat 5510 sayılı Kanun’un geçici 1. maddesi uyarınca; SSK’a tabi sigortalığı m. 4/1-a kapsamındaki sigortalılık, Bağ-Kur’a tabi sigortalığı m. 4/1-b kapsamındaki sigortalılık, T.C. Emekli Sandığı’na tabi sigortalılığı da m. 4/1-c kapsamındaki sigortalılık olarak değerlendirmek mümkündür. Hal böyleyken 5258 sayılı Kanun kapsamındaki aile hekimlerinin sigortalılık işlemleri mezkûr düzenlemeye göre tabi olunan son sigortalılık statüsü üzerinden yürütüleceğini söylemek gerekir. Daha açık bir ifadeyle, memur ve idari hizmet sözleşmesi kapsamında çalışan hekimlerin m. 4/1-c kapsamındaki sigortalılıkları, 5258 sayılı Kanun kapsamında çalışmaya başladıktan sonra da mevzu bahis kapsamda sürdürülmeye devam edecektir. Bu örnek, hizmet akdine tabi çalışan hekimler ile kendi adına bağımsız çalışan hekimler için de uyarlanabilir. Fakat burada hekimler, aile hekimi pozisyonunda çalışmaya başladıklarında önceki sigortalılık statülerine denk düşecek biçimde sırasıyla, m. 4/1-a ya da m. 4/1-b kapsamında sigortalı sayılacaklardır. Bu netice itibariyle 5258 s.K m. 3/6’nın uygulaması, aynı hukuki statüde aynı işleri yapan ve aynı sosyal sigorta risklerine maruz kalan aile hekimlerinin önceki durumlarına bağlı olarak farklı sosyal sigorta statülerine tabi olmaları yönünde beliren bir sonuç meydana getirmektedir. Kanımızca, önceki çalışmaları dolayısıyla sosyal sigortalara ilişkin hak ve yükümlülüklerini etkileyen böyle bir ayrımı, haklı kılacak gerekçe bulmak oldukça güçtür.

5258 sayılı Kanun’un 3. maddesinin altıncı fıkrasını 5510 sayılı Kanun’un bir önceki başlıkta ele alınan düzenlemesiyle birlikte değerlendirdiğimizde, düzenlemelerde yer alan iki ayrı kuralın birbirleri ile örtüşmedikleri anlaşılmaktadır. Dahası bu iki kural arasında birbirini tamamlayan bir uyumdan bahsetmek de mümkün görünmemektedir. Zira 5510 sayılı Kanun düzenlemesinden ortaya çıkan sonuç, aile hekimlerinin m. 4/1-c kapsamında sigortalı sayılmaları iken; 5258 sayılı Kanun düzenlemesinde bu sonuç, hekimlerin önceki sigortalılık durumlarına göre değişkenlik göstermektedir. Dolayısıyla aynı hususu düzenleyen bu iki kuralın kendi aralarında çatıştığını belirtmek gerekir. O halde aile hekimlerinin sosyal sigorta statülerinin tespitinde hangi düzenlemenin uygulama önceliğine sahip olacağı hususu, yanıtlanması gereken bir soru olarak ortada durmaktadır.

Bilindiği gibi normlar hiyerarşisi bakımından aynı seviyede olan kurallara ait çatışmaya, temeli Roma hukukuna kadar uzan iki ilke etrafında çözüm aranmaktadır. Bunlardan biri uygulamada en güncel hükme öncelik tanıyan “Lex Posterior” ilkesi iken diğeri, özel hüküm niteliğinde olana öncelik tanıyan “Lex Specialis” ilkesidir. Fakat bazen 5510 ve 5258 sayılı Kanun’ların mevzu bahis düzenlemelerinde olduğu gibi çatışma her iki ilkeyi de ilgilendirecek biçimde ortaya çıkabilir. Söz gelimi genel nitelikteki güncel hüküm, özel nitelikteki eski tarihli hüküm ile çatışıyor olabilir. Nitekim bu örnek, yukarıda mercek altına alınan 5510

s.K m. 4/1-c ile 5258 s.K m. 3/6 düzenlemeleri için geçerlidir. Bu gibi çatışmalar için üzerinde uzlaşma sağlanan bir çözüm yöntemi olmasa da ağırlık kazanan görüş, özel nitelikteki hüküm karşısında genel nitelikteki hükme hukukun genel mantığı gereğince öncelik tanınmayacağıdır (Gözler, 2016: 350; Güneş, 2020: 162). Ancak öncelik verilecek hükmün tercihinde yasa koyucunun bir iradesi mevcutsa, bunun uygulanması gerektiği konusunda bir şüphe bulunmamaktadır (Güriz, 2019: 156; Sözer, 2017: 127). Bu doğrultuda incelememize esas olan kanunları değerlendirdiğimizde, 5510 s.K m. 105 düzenlemesinde böyle bir iradenin varlığına rastlamaktayız. Zira mezkûr maddeye göre; “21/4/2005 tarihli ve 5335 sayılı Kanununun 30 uncu maddesi, 26/10/1990 tarihli ve 3671 sayılı Kanununun 4 üncü maddesi ile 10/7/1987 tarihli ve 285 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 5 inci maddesinin onbirinci fıkrası hariç olmak üzere, diğer kanunların bu Kanuna aykırı hükümleri uygulanmaz.” Düzenlemenin açık ifadesinden de anlaşılacağı üzere 5510 s.K m. 4/1-c karşısında 5258 sayılı Kanun’un ilgili düzenlemesine öncelik vermek mümkün görünmemektedir. O halde önceden de belirttiğimiz gibi aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerinin sosyal sigortalılıkları, 5510 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde değerlendirilmelidir.

## **Sosyal Güvenlik Kurumu’nun 2013/11 sayılı Genelgesinde Yer Alan Düzenlemenin İncelenmesi**

Kurum, sigortalılık iş ve işlemlerine ilişkin süreçleri ve uygulama esaslarını 2013/11 sayılı Genelgesinde düzenlemiştir. Genelgede, 5258 sayılı Kanun hükümleri uyarınca sözleşme ile ASM’lerde çalışan aile hekimlerinin sosyal sigorta statülerini açıklayan düzenlemelere de yer verilmiştir. Söz konusu kurum genelgesinin “1.17- Aile hekimliği” yan başlıklı kısmının üçüncü ve dördüncü paragrafına göre;

“... aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olması halinde bunlar aylıksız izinli veya ücretli izinli sayıldığından kadroları ile ilişkileri devam ettirilerek Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılıkları devam ettirilecektir.

Aile hekimliğinin ihtiyaç duyulması halinde 657 sayılı Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabipler arasından Sağlık Bakanlığının önerisi, Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile yaptırılması halinde bu durumdaki kişiler Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılacaktır.”

Görüldüğü üzere kurum, aile hekimlerinin sigortalık kapsamını hekimlerin göreve geliş biçimlerine göre ayrı ayrı ele almaktadır. Buna göre hekim, bakanlığın ya da diğer kamu kurum veya kuruluşlarının personeli iken 5258 sayılı Kanun kapsamında aile hekimliği pozisyonuna atanırsa, kişinin mevcut m. 4/I-c kapsamındaki sigortalılığı yeni pozisyonunda da sürdürülecektir. İhtiyaç duyulması halinde bakanlığın hali hazırda kamu görevlisi olmayan hekimlerle sözleşme imzalaması halinde ise bu kişiler, 5258 sayılı Kanun’a tabi çalışmaları dolayısıyla 4/I-a kapsamında sigortalı sayılacaklardır. Fakat 2013/11 sayılı Genelgede Kurum tarafından düzenlenen bu esasların 5510 s.K m. 4/I-c düzenlemesine olan uygunluğu, kanımızca sorgulanabilir niteliktedir.

## **Sosyal Sigorta Statülerinin Belirlenmesi Hususunda SGK’nın Aile Hekimleri Hakkındaki Mevcut Uygulamasının Eleştirisi**

Bir önceki başlıkta incelenen 2013/11 sayılı Genelgenin ilgili kısmı, Kurumun aile hekimlerinin sigortalılığı hakkındaki uygulamasının dayanağını oluşturmaktadır. Kurum, konuya dair iş ve işlemlerde oluşabilecek tereddütlere karşı “Aile hekimliği” alt başlığını ve bu başlığa dair açıklamaları, 2014/32 sayılı Genelge ile 2013/11 sayılı Genelgenin ilgili bölümüne ekleme ihtiyacı duymuştur. Fakat yukarıda ipuçlarını verdiğimiz üzere biz, mezkûr genelgenin aile hekimlerinin sigortalılığını açıklayan kısmının, 5510 s.K m. 4/I-c düzenlemesi ile uyum içerisinde olmadığı kanısındayız. Genelgede kamu görevlisi olmayan aile hekimlerinin sigortalılık kapsamına dair yapılan belirleme, konuya ilişkin uygulamada yaşanan sorunun odak noktasını oluşturmaktadır.

Genelgeye ait metnin ilgili kısmından çıkardığımız sonuca göre Kurum, aile hekimlerinin sigortalılık işlemlerini 5510 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde yürütmektedir. Eğer Kurum yorumunda 5258 sayılı Kanun’un konuya ilişkin düzenlemesine değer atfetseydi, hekimlerin mevcut durumlarını önceki sigortalılıkları kapsamında açıklayacak ve en azından bakanlık ile sözleşme imzalamadan önceki çalışmaları dolayısıyla m. 4/I-b kapsamında sigortalı olan aile hekimlerinden de bahsetmek mecburiyetinde olacaktı. Ne var ki 5258 s.K m. 3/6 düzenlemesinin esas alınması halinde meydana gelebilecek bu duruma, genelge metninde hiç yer verilmemiştir. Kanımızca, uygulamayı şekillendiren bu yaklaşımın temelinde 5510 sayılı Kanun’un 105. maddesindeki düzenleme bulunmaktadır. (Bkz. “5258 sayılı Aile Hekimliği Kanun’unda Yer Alan Düzenlemenin İncelenmesi”)

Esasen tabi oldukları kadroları ile ilişkileri sürdürülen, yani halihazırda kamu görevlisi olan aile hekimlerinin sigortalılığı konusunda bir sorun bulunmamaktadır. Genelgede de belirtildiği gibi bunların m. 4/I-c kapsamındaki sigortalılıkları aile hekimliği pozisyonunda görev yaptıkları sürece devam edecektir. Zira 5258 s.K uygulamasında bu kapsamda olanların mevcut sigortalılıklarını sona erdiren bir hal söz konusu değildir. Aile hekimliği yaptıkları sürede bunların kadrolarının

bulunduğu idarelerden aylıksız ya da ücretsiz izinli sayılmaları, mevcut sigortalılık durumlarını değiştirecek bir etkiye sahip değildir. Kaldı ki aksi mümkün olsa bile bu kişilerin yine m. 4/I-c kapsamında sigortalı sayılacaklarını kabul etmek gerekir. Çünkü 5510 sayılı Kanun'un 4. maddesinin gereği olarak; idari hizmet sözleşmesine tabi çalışmaları, onlara söz konusu bu sigortalılık niteliğini zaten kazandıracaktır. Nitekim bakanlık ile hekimler arasında imzalanan sözleşmelerin idari nitelikte olduğunu önceden de belirtmiştik. (Bkz. "T.C Sağlık Bakanlığı İle Aile Hekimleri Arasındaki İlişkinin Hukuki Niteliği")

Başlığın ilk paragrafında da ifade ettiğimiz gibi uygulamaya ilişkin sorun, öncesinde kamu görevlisi niteliğine sahip olmayan aile hekimlerinin sigortalılıkları hususunda ortaya çıkmaktadır. Kurum personeli bu yöndeki iş ve işlemlerini 2013/11 sayılı Genelgenin ilgili kısmına dayanarak gerçekleştirmekte ve söz konusu aile hekimlerini m. 4/I-a kapsamında tescil etmektedir. Aile hekimlerinin m. 4/I-a kapsamında sigortalı sayılacakları belirtilmiş olmasına rağmen genelge metninde bu değerlendirmeye ilişkin herhangi bir gerekçeye rastlanmamaktadır. Halbuki Kurumun 5510 s.K m. 4/I-c'nin açık hükmü karşısında kendi uygulamasına açıklık getirmesi, oluşabilecek tereddütleri gidermekle birlikte mevcut eleştirilerimizi doğrudan uygulamanın somut gerekçelerine yöneltebilmemize olanak sağladı.

5258 sayılı Kanun'da söz konusu hekimler için kullanılan "*kamu görevlisi olmayan aile hekimleri*" ifadesi, 2008 tarihli Anayasa Mahkemesi kararı aleyhine yazılan karşı oy gerekçelerinde olduğu gibi Kurum'un bu kişileri kamu görevlisi kapsamında değerlendirmemesine yol açmış olabilir. Dolayısıyla bakanlık ile hekimler arasında imzalanan sözleşmelerin Kurum tarafından özel hukuk sözleşmeleri şeklinde yorumlanması, ihtimal dahilindedir. Kurumun uygulamaya ilişkin dayanağını anlamak için sığındığımız bu varsayımda, hekimlerin iş sözleşmesine tabi şekilde çalıştıkları kabul edilmelidir. Keza 5510 s.K m. 4/I-c'nin hükmü karşısında mevcut uygulama, ancak böyle bir varsayım altında yasal dayanağa sahip olabilecektir. Aksi halde Kurumun bir iç düzen işlemleriyle ilk elden norm oluşturduğu anlaşılır ki, kuvvetler ayrılığını öngören hukuk düzenimiz içerisinde buna olanak tanımak mümkün değildir. Buna karşın, dayandığımız varsayım gerçekten Kurumun konuya ilişkin yaklaşımını belirlemiş olsa bile bizim söz konusu bu temellendirmeye katılmadığımızı belirtmemiz gerekir. Zira ister hâlihazırda kamu görevlisi olsun isterse olmasın, bakanlık ile hekimler arasında imzalanan sözleşmelerin kamu hukukuna tabi olduğu kanısındayız. Buna ilişkin gerekçelerimizi çalışmanın ilgili başlığında sıraladığımız için burada yineleme gereği duymuyoruz.

Netice olarak, kamu görevlisi statüsünde yer aldıklarını tespit ettiğimiz aile hekimlerinin sosyal sigortalara ait iş ve işlemleri, göreve geliş biçimleri dikkate alınmaksızın m. 4/I-c kapsamında gerçekleştirilmelidir. Tüm eylem ve işlemlerini hukuka uygun şekilde yerine getirmekle yükümlü olan Kurumun, mevcut uygulamasını bu yönde değiştirmesi gerektiği kanısındayız.



## Sonuç

Kurumsallaşmaya dayalı bir anlayış esasında halk sağlığına ilişkin tecrübelerimize, zaman çizelgesi üzerinde bir mihenk noktası aramak gerekirse, bu husustaki çabaları 19. yy'ın ikinci yarısına yöneltmek faydalı olacaktır. Zira bu döneme kadar olan vakıf temelli girişimleri merkezi idarenin sorumluluk alanına denk düşürmek oldukça güçtür. Fakat Tanzimat'ın ilanımla başlayan çağdaşlaşma hareketi devletin sağlık anlayışında da etki yaratarak, devleti sağlık hizmetleri hususunda aksiyoner bir pozisyona sevk ettiği söylenebilir. Dönem boyunca eksik olmayan savaşlar ile geniş kapsamlı salgınlar, devletin özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermesine neden olmuştur. Tedavi edici hizmetler söz konusu dönem içerisinde koruyucu sağlık hizmetlerinin gölgesinde kalsa da bu yönde oluşturulan müesseseler, Cumhuriyet döneminin sağlık hizmetleri mirasını oluşturmuştur. Osmanlı'dan alınan bu miras, 1960'lı yıllara kadar yasal ve kurumsal alanda yapılan düzenlemelerle desteklenerek, büyütülmeye çalışılmıştır.

1961 Anayasası, ilk defa kişilerin ruh ve beden sağlığı içinde yaşama hakkını devlete ödev biçiminde yükleyen temel norm olarak dikkat çekmektedir. Kişilere tanınan sağlık hakkına ilişkin gerekliliklerin yerine getirilebilmesi amacıyla, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun kabul edilerek, sağlık hizmetlerinin sosyalizasyon süreci, bu dönem içerisinde fiilen uygulanmaya başlanmıştır. Keza birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülkemizdeki miladı olarak da kabul edilen Sağlık Ocağı uygulaması, mezkûr kanunun yürürlüğü ile hayata geçirilmiştir. Başarılı uygulamasıyla umut vadeden sağlık ocağı sistemi, kısa süre içinde kötü yönetim uygulamalarının kurbanı olarak, piyasa ve özelleştirme taraftarlarının hedefi haline gelmiştir. Akabinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenlerinden biri olan Aile Hekimliği Modeli, 09.12.2004 tarihinde yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile hayata geçirilerek birinci basamak sağlık hizmetlerimizin paradigmasını oluşturmuştur.

5258 sayılı Kanun'da verilen görev, yetki ve sorumluluklar göz önünde bulundurulduğunda, aile hekimlerinin yalnızca hekimliğe ilişkin pratikler üzerinden tanımlanması mümkün değildir. Zira kanun ve ilgili alt düzenlemelere göre aile hekimi; aile sağlığı merkezini kuran, işleten ve hatta ihtiyaç doğrultusunda personel dahi istihdam etmeye yetkili kişidir. Bu özellikleri dolayısıyla aile hekimlerinin haiz oldukları hukuki statü, muhtelif yönlerden tartışmalara konu olmuştur. Sağlık Bakanlığı ile aile hekimleri arasında imzalanan hizmet sözleşmelerinin hukuki niteliği, başka bir ifade ile kurulan ilişki içerisindeki hekimlerinin hukuki durumu, söz konusu tartışmaların birinci kaynağını oluşturmaktadır. Bu konuda aksi yönde iddialar bulunsa da aile hekimlerinin kamu görevlisi oldukları yönünde beliren görüş, zaman içerisinde ağırlık kazanmıştır. Esasen bu yöndeki tartışmaların belirli bir derecede olsa da kararlı bir noktaya erişmeye başladığını söylemek mümkündür.

Buna karşın, aynı durumu aile sağlığı merkezlerinde istihdam edilen işçi niteliğindeki personel ile aile hekimleri arasında kurulan hukuki ilişkinin niteliği üzerinde yapılan tartışmalar için iddia etmek güçtür. Gerçekten buradaki tartışmalar henüz geniş bir alana yayılmış değildir. Fakat aile hekimlerinin içerisinde buldukları çalışma ilişkisi dolayısıyla dahil olmak zorunda oldukları bir başka hukuki ilişki (sosyal sigortalılık ilişkisi) bulunmaktadır ki; bu husus nedenini anlayamadığımız bir şekilde gerekli ilgiyi üzerine çekebilmiş değildir. Halbuki SGK'nın aile hekimlerinin sosyal sigortalılıklarına ilişkin 2013/11 sayılı Genelgesine dayanan uygulaması, kanımızca bu konuda incelemeye değer bir alanı teşkil etmektedir. Genelgenin ilgili kısmındaki açıklamaya göre; hali hazırda kamu görevlisi olmayıp, aile hekimliği hizmetlerine sözleşme ile giren hekimlerin sosyal sigorta statüleri, m. 4/I-a kapsamındaki sigortalılık olarak değerlendirilmeli ve sigortalılık işlemleri bu doğrultuda yürütülmedir. Buna karşın biz; idare ile aralarındaki hukuki bağın niteliği nedeniyle kamu görevlisi statüsünde bulduklarına kani olduğumuz aile hekimlerinin 5510 sayılı Kanun'un yukarıda incelenen ilgili düzenlemesi karşısında m. 4/I-c kapsamında sigortalı sayılmaları gerektiği düşüncesindeyiz. Dolayısıyla tüm eylem ve işlemlerini hukuka uygun şekilde yerine getirmekle yükümlü olan Kurumun, söz konusu kapsamda çalışan aile hekimlerinin ciddi hak kayıplarına uğramalarına neden olabilecek bu uygulamasını terk etmesi yerinde olacaktır.

### Extended Summary

In the Circular on Insurance Transactions No. 2013/11 of the SGK, the social insurance status of family physicians is differentiated according to the previous employment status of the physicians. According to the circular, if the physician is appointed to the position of family physician within the scope of Act No. 5258 while he is a staff member of the ministry or other public institutions or organizations, the person's current insurance under 4/I-c will continue in his new position. In case of need, if the ministry signs a contract with physicians who are not currently public servants, these people will be deemed to be insured under 4/I-a due to their work subject to the Act No. 5258.

When the circular is examined as a whole, it is understood that there is no problem regarding the insurance of family physicians, whose relations with their staff are maintained, that is, they are currently public officials. As stated in the circular, their insurance within the scope of 4/I-c will continue as long as they serve in the family physician position. Because, in the Act No. 5258 application, there is no situation that terminates the current insurance of those who are in this scope. Being on unpaid or unpaid leave from the administrations does not have an effect that will change their current insurance status.

The main problem regarding the implementation of the SGK arises regarding the insurance of family physicians who did not have the qualifications of public officials before. The personnel of the SGK carries out their works and transactions in this direction based on the relevant part of the Circular No. 2013/11 and registers the aforementioned family physicians within the scope of 4/I-a. Although it has been stated that family physicians will be deemed to be insured under 4/I-a, there is no justification for this evaluation in the text of the circular.

In fact, family physicians, who are considered to be in the status of public servants due to the nature of the legal ties between them and the administration, should be deemed to be insured under 4/I-c against the explicit provision of Act No. 5510. Therefore, it would be appropriate for the SGK, which is obliged to fulfill all its actions and transactions in accordance with the law, to abandon this practice, which may cause serious loss of rights for family physicians working in this context.

### **Beyan**

“Türkiye’de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Aile Hekimlerinin Sosyal Sigortalılık Statülerine İlişkin Uygulaması Hakkında Bir Değerlendirme” başlıklı makalemizde herhangi bir kişi veya kurumla çıkar çatışmasının bulunmadığını beyan ederiz.

## KAYNAKÇA

- Akdağ, R. (2007) "Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kasım/2002-Haziran/2007", **T.C. Sağlık Bakanlığı**, Ankara.
- Akyılmaz, B., Sezginer M., Kaya, C. (2017) **Türk İdare Hukuku**, Ankara: Seçkin.
- Alper, Y. (2020) **Sosyal Sigortalar Hukuku**, Bursa: Dora.
- Arslan, Y. (2017) **Anadolu Selçuklu ve Osmanlı'da Darüşşifalar ve Faaliyetleri**, <http://kitaptarih.com/2017/06/24> (3 Kasım 2022)
- Aydın, E. (1997), "Türkiye'de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi", **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos, 1997/12, 21-44.
- Aydın, E. (2002) "Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri", **Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi**, 2002/31, 183-192.
- Bulut, S. (2017) **Aile Hekimlerinin Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, (Doktora Tezi), Hacettepe Üni. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Çağlayan, R. (2016) "Aile Sağlığı Merkezi Personelinin Hukuki Statüsü" **Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi**, 1/7, 399-415.
- Çakır, H.M. (2015) "Aile Hekimlerinin Hukuki Statüsü" **İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 2/2, 113-156.
- Çelik, N., Caniklioğlu, N., Canbolat, T., Özkaraca, E. (2022) **İş Hukuku Dersleri**, İstanbul: Beta.
- Dağlaraştı, C. (2020) **Türkiye'de Aile Hekimliği Kurumu: Aile Hekimliği Çalışanlarının Statüsü, Hakları, Yükümlülükleri ve Sorumlulukları**, Ankara: Adalet.
- Demir, F. (2019) **En Son Yargıtay Kararları Işığında İş Hukuku ve Uygulaması**, İzmir: Albi Yayınları.
- DPT (2000) **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı:2001-2005**, Ankara.
- DPT (2000), **Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı**, Ankara: DPT:2561, ÖİK:577.
- Ertürk, Ş. (2022) **İş Hukuku Dersleri: Bireysel İş Hukuku**, Ankara: Yetkin Yayınları.
- Eyrenci, Ö., Taşkent, S., Ulucan, D., Baskan, E. (2020) **İş Hukuku**, İstanbul: Beta.
- Gözler, K. (2009) **İdare Hukuku**, Bursa: Ekin.
- Gözler, K. (2016) **Hukuka Giriş**, Bursa: Ekin.
- Gözler, K., Kaplan, G. (2022) **İdare Hukuku Dersleri**, Bursa: Ekin.
- Gözübüyük, A. Ş. & Tan, T. (2016) **İdare Hukuku: Genel Esaslar**, Ankara: Turhan Kitapevi.
- Günday, M. (2015) **İdare Hukuku**, Ankara: İmaj Yayınevi.
- Güneş, A. M. (2020) **Hukuk Metodolojisi**, Bursa: Ekin.
- Güriz, A. (2019) **Hukuk Başlangıcı**, Ankara: Siyasal Kitapevi.

- Güzel, A. (1997) “Fabrikadan İnternet’e İşçi Kavramı ve Özellikle Hizmet Sözleşmesinin Bağımlılık Unsuru Üzerine Bir Deneme”, **Kamu-İş**, 4/2, 83-126.
- Güzel, A., Okur, A. R., Caniklioğlu, N. (2021) **Sosyal Güvenlik Hukuku**, İstanbul: Beta.
- Korkusuz, R. M., Doğan, B. B. (2011) "Sağlık Hakkının sosyal Güvenlik Sistemi İçindeki Yeri ve Önemi ile Gelişim Sürecindeki Eğilimler", **Dicle Üniversitesi İİBF Dergisi**, 2011/1, 65-83.
- Mollamahmutoğlu, H., Astarlı, M., Baysal, U. (2022) **İş Hukuku**, Ankara: Lykeion.
- Narmanlıoğlu, Ü. (2015) **İş Hukuku: Ferdi İş İlişkileri I**, İstanbul: Beta.
- Özbek, N. (2006) **Cumhuriyet Türkiye’sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar**, İstanbul: Emeklilik Gözetim Merkezi ve Tarih Vakfı.
- Pala, K. (2016) "Türkiye’de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci", **20. Pratisyen Hekimlik Kongresi**, 3-6 Kasım, 2016, Antalya.
- Sağlık Bakanlığı. (2003), **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2022a) **Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi-anasayfa> (3 Kasım 2022)
- Sağlık Bakanlığı. (2022b) **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html> (3 Kasım 2022)
- Sağlık Bakanlığı. (2022c) **Türkiye’de Aile Hekimliği**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html> (3 Kasım 2022)
- Sağlık Bakanlığı. (2022d) **Neden Aile Hekimliği?**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/neden-aile-hekimli%C4%9Fi.html> (3 Kasım 2022)
- Sağlık Bakanlığı. (2022e) **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri**, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html> (3 Kasım 2022)
- Sağlık Bakanlığı. (2022f) **Sağlık İstatistikleri Yılığ: 2020**, <https://www.saglik.gov.tr/TR,89801/saglik-istatistikleri-yilligi-2020-yayinlanmistir.html> (3 Kasım 2022).
- Sancaktar, O., Önüt, L. B., Us Doğan, E., Kasapoğlu Turhan, M., Seyhan, S. (2021) **İdare Hukuku Teorik Çalışma Kitabı**, Ankara: Seçkin.
- Sert, S. (2019) **Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı:2003-2019**, (Yüksek Lisans Tezi), Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sözer, A. N. (2017) **Hukukta Yöntembilim**, İstanbul: Beta.
- Sözer, A. N. (2021) **İşçi, Bağımsız Çalışan ve Kamu Görevlileri Bakımından: Türk Sosyal Sigortalar Hukuku**, İstanbul: Beta.

- Sted. (2001) **On Soru On Yanıt: 224 Nolu Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Mart-2001. <https://www.ttb.org.tr/sted/sted0301/9.html> ( 3 Kasım 2022)
- Süzek, S. (2022) **İş Hukuku**, İstanbul: Beta.
- Taşdemir, Y. (2021) "Türk Hukukunda Aile Hekimliği Sistemi ve Aile Hekiminin İşveren Sıfatına İlişkin Bir İnceleme", **Maltepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 2021/2, 261-296.
- Top, M. (2016) **Türk Sağlık Sistemi**, [https://www.academia.edu/2923094/T%C3%BCrk\\_Sa%C4%9Fl%C4%B1k\\_Sistemi\\_ve\\_Politikalar%C4%B1](https://www.academia.edu/2923094/T%C3%BCrk_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sistemi_ve_Politikalar%C4%B1) (3 Kasım 2022)
- Tuncay, A. C., Ekmekçi, Ö. (2021) **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, İstanbul: Beta.
- Tunçomağ, K. & Centel, T. (2022) **İş Hukukununun Esasları**, İstanbul: Beta.