

# MADDE 72

DR. ÖGR. ÜYESİ BAŞAK GÜNEŞ

## SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖDENECEK BEDELLERİNİN BELİRLENMESİ

MADDE 72- (Değişik birinci fıkra: 17/4/2008-5754/44 md.) 65 inci madde gereği ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkilidir. Komisyon, tıp eğitimi, hizmet basamağını, alt yapı ve kaynak kullanımı ile maliyet unsurlarını dikkate alarak sağlık hizmeti sunucularını fiyatlandırmaya esas olmak üzere ayrı ayrı sınıflandırabilir. Komisyon, 63 üncü madde hükümlerine göre finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye yetkilidir.

(Değişik ikinci fıkra: 21/5/2013-6486/3 md.) Komisyon; Bakanlık, Maliye, Sağlık ve Kalkınma bakanlıkları, Hazine Müsteşarlığı, üniversite sağlık hizmeti sunucuları ile özel sağlık hizmeti sunucularını temsilen Bakanlıkça belirlenecek birer üye ve Kurumu temsilen iki üye olmak üzere toplam dokuz üyeden oluşur. Komisyon kararlarını salt çoğunluk ile alır. Komisyon kararları Resmî Gazete’de yayımlanır. Komisyonca gerekli görülen hâllerde sağlık hizmetlerinin türlerine göre birden fazla

**alt komisyon kurulabilir. Komisyonun sekretarya işlemleri Kurumca yerine getirilir.**

**Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna iştirak edenlere, ayda iki defadan fazla olmamak üzere katıldıkları her toplantı günü için (3000) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpılarak bulunacak tutarı üzerinden toplantı ücreti ödenir. Komisyon çalışmaları ile ilgili her türlü giderler Kurumca ödenir.**

**(Değişik dördüncü fıkra: 17/4/2008-5754/44 md.) Kurum, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile dernek, vakıf, federasyon, konfederasyon ve kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının görüşlerini alabilir.**

**Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun çalışmasına, görev ve yetkileri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Komisyon üyesi kurumların görüşleri alınarak Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.**

**(Ek fıkra: 10/9/2014-6552/48 md.) Bu maddenin üçüncü fıkrasında belirtilenler hariç olmak üzere 63 üncü maddede belirtilen komisyonlara iştirak edenler ile bilimsel ve akademik nitelikleri dikkate alınarak Kurum tarafından bilimsel nitelikli komisyonlarda veya tıbbi inceleme, tıbbi değerlendirme, tıbbi uygunluk onayı verme gibi iş ve işlemlerle ilgili yürütülen çalışmalarda; üniversitelerden görevlendirilen öğretim üyelerine, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından görevlendirilen tabip, diş tabibi ve eczacılara (6.500) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarı geçmemek üzere ödeme yapılır. Bu ödemenin usul, esas ve miktarı ile diğer hususlar Kurum ve Maliye Bakanlığınca müştereken belirlenir.**

**İLGİLİ MEVZUAT: Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği, Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Sağlık Uygulama Tebliği**

#### **KAYNAKÇA**

Açıkgöz, İ. (2021), "Tıbbi Malzeme Tedarik Sürecinde Özel Hastane- Tedarikçi-Sosyal Güvenlik Kurumu İlişkisi", *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Sayı 8 (1), İstanbul, 167-181.

- Atatanır, H. (2023), "İptal Kararları Odağında Sağlık Uygulama Tebliği", *Tıp Hukuku Dergisi*, Sayı 24, İstanbul, 229-264.
- Atilla, İ.; Gülay, A. (2022), "Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği İçin Zorunlu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli Önerisi", *Akdeniz Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 4, Sayı 1, Antalya, 17-40.
- Aydın, U. (2017), "Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Türleri", *Yargıtay'ın İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Kararlarının Değerlendirilmesi 2015*, Seminer, İstanbul 25-26 Kasım 2016, On İki Levha, İstanbul, 557-868.
- Caniklioğlu, N. (2014), "Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Türleri Açısından Yargıtay'ın 2012 Yılı Kararlarının Değerlendirilmesi", *Yargıtay'ın İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Kararlarının Değerlendirilmesi 2012*, Kamu İşletmeleri İşverenleri Sendikası, Ankara, 377-531.
- Gülşen, M. A.; Yıldırım, M. (2017) "Mali Regülasyon Olarak Sağlık Regülasyonlarının Sağlık Kurumlarına Etkisi: Türkiye'de Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Uygulama Tebliği", *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt 13, Yıl 13, Sayı 1, Bolu, 23-44.
- Güzel, A.; Okur, A. R.; Caniklioğlu, N. (2021), *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 19. Bası, Beta, İstanbul.
- Kabakçı, M. (2022), "Sağlık Uygulama Tebliğinde Sağlık Hakkı", *Çalışma ve Toplum*, Cilt 3, Sayı 74, İstanbul, 1769-1796.
- Sözer, A. N. (2024), *Türk Genel Sağlık Sigortası*, 4. Bası, Beta, İstanbul.
- Sözer, A. N. (2008), "Genel Sağlık Sigortasında Sunulan Edimler: Kapsam ve Yararlanma Koşulları", *Sicil İş Hukuku Dergisi*, Sayı 10, İstanbul, 146-157 (Sunulan Edimler).
- Aydın, R. (ed.) (2022), *Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT) Gerçekleri Çalıştayı*, Hiperlink, İstanbul.
- Tuncay, A. C.; Ekmekçi, Ö.; Gülver, E. (2023), *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, 22. Bası, Beta, İstanbul.

## ANLATIM PLANI

### Giriş

#### I. Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna İlişkin Temel Esaslar

##### A) Komisyonun Oluşumu Ve Çalışma Esasları

##### B) Sağlık Uygulama Tebliği Ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Kararlarının İlişkisi

##### C) Genel Olarak Komisyonun Görevleri

##### D) Komisyonun Görevlerini İfa Ederken Uyması Gereken Temel İlkeler

- II. Komisyon Tarafından Kurumca Finansmanı Karşılanacak Sağlık Hizmetlerinin Bedellerinin Belirlenmesi
- III. Komisyon Tarafından Kurumca Finansmanı Karşılanacak İstisnai Sağlık Hizmetlerinin Belirlenmesi
- IV. Komisyon Tarafından Yurt Dışından Temin Edilecek İlaçların Belirlenmesi
- V. Komisyon Tarafından Eşdeğer İlaç Uygulamasında Pazar Payının Belirlenmesi
- VI. Komisyon Tarafından Kurumca Finansmanı Karşılanacak Gündelik, Yol Ve Refakatçi Giderlerinin Belirlenmesi
- Sonuç

## **AÇIKLAMA**

### **GİRİŞ**

5510 sayılı Kanun'un "Mali ve Çeşitli Hükümler" başlıklı dördüncü bölümünün ilk maddesi olan 72. maddede, genel sağlık sigortasından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile buna ilişkin giderlerde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanacak bedellerin nasıl belirleneceği düzenlenmiştir. Maddenin ilk fıkrasında bu hususta Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun yetkili olduğu ortaya konmuş, diğer fıkralarda ise Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna ilişkin temel esaslar öngörülmüştür. Aşağıda öncelikle Komisyona ilişkin temel esaslar, sonrasında ise Komisyonun görevleri açıklanmıştır.

### **I. SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONUNA İLİŞKİN TEMEL ESASLAR**

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri<sup>1</sup> ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri için Kurumca ödenecek bedelleri belirleyen komisyondur [Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği (GSSUY)<sup>2</sup> m.4/f.1-ff]. Komisyona ilişkin temel esaslar 5510 s. K. m.72 dışında, ilgili madde uyarınca çıkarılan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'te<sup>3</sup> (SHFKY) de öngörülmektedir.

<sup>1</sup> Sağlık hizmetleri, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere 5510 s. K. m.63 gereği finansmanı sağlanacak tıbbi ürün ve hizmetlerini ifade etmektedir (5510 s. K. m.3/f.1-22).

<sup>2</sup> RG S. 28976, T. 18.04.2014.

<sup>3</sup> RG S. 26976, T. 23.08.2008.

### A) Komisyonun Oluşumu ve Çalışma Esasları

5510 sayılı Kanun'un ilk halinde, Komisyonun, Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını ve Sosyal Güvenlik Kurumunu temsilen toplam beş üyeden oluşacağı ve kararlarını merkezî yönetim bütçesi yönünden Maliye Bakanlığının görüşünü almak suretiyle vereceği düzenlenmekteydi; ancak 2008 yılında 5754 sayılı Kanun<sup>4</sup> m.44 ile maddede yapılan değişiklikle Komisyonun, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını, Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını temsilen birer üye ve Kurumu temsilen iki üye olmak üzere toplam yedi üyeden oluşacağı öngörülmüş ve Maliye Bakanlığından görüş alınmasına ilişkin ilke maddeden çıkarılmıştır. Değişiklik yapan madde hükmünün gerekçesinde Komisyonda Maliye Bakanlığının temsilcisinin olması nedeniyle tekrar Maliye Bakanlığının görüşünün alınmasının mükerrerlik yarattığı ve bu nedenle madde metinden çıkarıldığı; ayrıca Komisyona Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı temsilcisinin de eklendiği ve Sosyal Güvenlik Kurum Başkanı ile Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürünün temsil edilebilmesi için Kurumun üye sayısının iki olarak belirlendiği belirtilmiştir<sup>5</sup>. 2013 yılında 6486 sayılı Kanunla<sup>6</sup> maddede tekrar değişiklik yapılarak Komisyonun, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Maliye, Sağlık ve Kalkınma Bakanlıkları, Hazine Müsteşarlığı, üniversite sağlık hizmeti sunucuları ile özel sağlık hizmeti sunucularını temsilen Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca belirlenecek birer üye ve Kurumu temsilen iki üye olmak üzere toplam dokuz üyeden oluşacağı hüküm altına alınmıştır<sup>7</sup>. Değişikliğin gerekçesi ise, sağlık hizmeti için Kurumca ödenecek bedellerin belirlenmesinde, sağlık hizmeti satın alınan üniversiteler ile özel hastanelerin de katkılarının sağlanması ve karar mekanizmasının şeffaflığının artırılması olarak ifade edilmiştir<sup>8</sup>. Kalkınma Bakanlığı kaldırıldığı için Komisyonun mevcut üye sayısı sekizdir.

Doktrinde haklı olarak Komisyonda işçi, bağımsız çalışan ve kamu görevlisi konumundaki sigortalılar ile sağlık ve ilaç sektörü temsilcileri gibi diğer sosyal tarafların temsil edilmemesi eleştirilmekte ve Kurumun özerkliğine uygun olmadığı ifade edilmektedir<sup>9</sup>.

Komisyonun olağan toplantıları altı ayda bir gerçekleşmektedir. Öte yandan Komisyon, komisyon başkanının veya üyelere en az üçünün teklifi üzerine

<sup>4</sup> RG S. 26870, T. 08.05.2008.

<sup>5</sup> <https://mevzuat.tbmm.gov.tr/Kanun/KanunDetay?YasamaKanunId=f72877be-1280-037b-e050-007f01005610&kanunNumarasi=5754#step-2>, E.T. 01.02.2024.

<sup>6</sup> RG S. 28661, T.29.05.2013.

<sup>7</sup> Her bir kurumun Komisyondaki asıl üyesi kadar en az daire başkanı düzeyinde yedek üye de belirlemelidir. Komisyonun asıl üyelerinin toplantıya katılmadıkları durumlarda yerlerine yedek üyeler aynı yetkilerle toplantılara katılmaktadır (SHFKY m.4/f.3).

<sup>8</sup> <https://mevzuat.tbmm.gov.tr/Kanun/KanunDetay?YasamaKanunId=f72877be-1280-037b-e050-007f01005610&kanunNumarasi=5754#step-2>, E.T. 01.02.2024.

<sup>9</sup> Sözer, 2024: 99.

olağanüstü toplantıya da çağrılabilir (SHFKY m.5/f.3) ve gerektiğinde komisyon başkanının daveti ile olağanüstü toplantı yapılabilir (SHFKY m.5/f.1).

Toplantı yeter sayısı üye salt çoğunluğudur (SHFKY m.5/f.3). Kararlar da salt çoğunlukla alınmakta (5510 s. K. m.72/f.2, SHFKY m.5/f.4) ve Resmî Gazete'de yayımlanmaktadır (5510 s. K. m.72/f.2, SHFKY m.5/f.6)<sup>10</sup>.

Belirtmek gerekir ki Komisyonun ilgili Daire Başkanlığı<sup>11</sup> tarafından teklif edilen veya Komisyonca gerekli görülen hâllerde sağlık hizmetlerinin türlerine göre birden fazla alt komisyon kurması da mümkündür (SHFKY m.8).

Komisyonu iştirak edenlere, ayda iki defadan fazla olmamak üzere katıldıkları her toplantı günü için üç bin gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpılarak bulunacak tutarı üzerinden toplantı ücreti ödenmektedir. Komisyon çalışmaları ile ilgili her türlü giderler de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaktadır (5510 s. K. m.72/f.3, SHFKY m.11).

## **B) Sağlık Uygulama Tebliği ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Kararlarının İlişkisi**

5510 sayılı Kanun'un 63. maddesinde Kurum tarafından hangi sağlık hizmetlerinde finansman sağlanacağı düzenlenmektedir. Kanun'un 64. maddesinde de finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri açıklığa kavuşturulmuştur. Kanun'un 65. maddesinde ise, esasen sağlık hizmeti olarak görülmeyen, ancak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmaları için ihtiyaç duydukları yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin Kurum tarafından karşılanma koşullarına yer verilmiştir. Görüldüğü gibi Kanun'da m.63 ve m.64 ile genel sağlık sigortası kapsamında Kurumca finansmanı sağlanacak ve sağlanmayacak sağlık hizmetleri birbirini tamamlayan bir yapıda düzenlenmiştir<sup>12</sup>. Bununla birlikte 63. maddenin ikinci fıkrasında, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis, tedavi yöntemleri ile teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usul ve esaslarını belirlemek hususunda Kuruma da yetki tanınmıştır. Maddede öngörülen söz konusu yetki, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile hayata geçirilmiştir<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> Komisyon kararlarının Resmî Gazete'de yayımlanmaksızın salt Kurum'un internet sitesinde duyurulması 5510 s. K. m.72'ye aykırıdır (Bkz. Danıştay 15D 06.02.2018 E. 2013/8367 K. 2018/1190).

<sup>11</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının görev dağılımı hakkında bkz. 2010/65 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Genelgesi.

<sup>12</sup> Kabakcı, 2022: 1775.

<sup>13</sup> Kabakcı, 2022: 1775; Açıkgöz, 2021: 172-173.

Bu doğrultuda sağlık hizmetleri hususunda fiyat regülasyonu esasen SUT ile sağlanmaktadır<sup>14</sup>. SUT, SGK'nin kapsama aldığı hizmetler için belirlediği ve bu hizmetleri sunan sağlık kurumlarına ödediği, işlem ve paket bazında tespit edilen detaylı bir fiyatlandırma uygulaması olarak değerlendirilmektedir<sup>15</sup>. Fiyatlandırma süreçleri ise, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından yürütülmektedir<sup>16</sup>. Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Komisyon tarafından belirlenen bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır (SUT m.2.2/f.15)<sup>17</sup>. Dolayısıyla Komisyonun, temel görevinin fiyat belirlemek olduğu ve bu belirleme yetkisinin SUT ile somutlaştığını söylemek yanlış olmayacaktır. Öte yandan, SUT'un Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu kararlarından ibaret olduğu da düşünülmemelidir. Zira SHFKY'de de ifade edildiği üzere, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri ile ödenecek gündelik, yol, yatak, refakat ve yemek giderlerinin verilmesine ilişkin usul ve esaslar Kurumca tespit edilmekte, tespit edilen sağlık hizmetlerinin ve diğer hakların Kurumca ödenecek tutarları ise Komisyonca belirlenmektedir (SHFKY m.12). SUT kapsamındaki hususlarda yegâne yetkili komisyon Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu değildir. İlgili hususlarda yetki sahibi İlaç Geri Ödeme Komisyonu<sup>18</sup>, Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Alternatif Geri Ödeme Komisyonu<sup>19</sup>, Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu<sup>20</sup> gibi komisyonlar da mevcuttur<sup>21</sup>. Nitekim GSSUY'de de SUT'un, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin neler olduğunu, bu hizmetlerin teşhis ve tedavi yöntemleri ile ödeme usul ve esaslarını, teşhis ve tedavi için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini,

<sup>14</sup> Gülşen-Yıldırım, 2027: 28.

<sup>15</sup> Gülşen-Yıldırım, 2027: 28; Atilla-Gülay, 2022: 26.

<sup>16</sup> Atilla-Gülay, 2022: 26.

<sup>17</sup> SUT ve eki listelerde yer almayan teşhis ve tedavi yöntemlerinin bedellerinin Kurumca karşılanabilmesi için ise Kurum tarafından uygun olduğunun kabul edilmesi ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından Kurumca ödenecek bedellerinin belirlenmesi gerekmektedir (SUT m.2.2/f.1).

<sup>18</sup> İlaç Geri Ödeme Komisyonu, Kurumca finansmanı sağlanan/sağlanacak beşeri tıbbi ürünlerin/beşeri ilaçların ödeme usul ve esaslarının belirlenmesi amacıyla Kurum tarafından oluşturulan komisyonu ifade etmektedir (SHFKY m.3/f.1-f).

<sup>19</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Alternatif Geri Ödeme Komisyonu, Kurumca finansmanı sağlanan/sağlanacak olan sağlık hizmetleri ile ilgili alternatif geri ödeme modelleri ve bunlara ilişkin ödeme usul ve esasları ile sözleşme taslak metinleri hazırlamak amacıyla Kurum tarafından oluşturulan ve bu sağlık hizmeti bedellerinin belirlenmesinde Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından yetkilendirilen komisyonu ifade etmektedir (SHFKY m.3/f.1-1).

<sup>20</sup> Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu, ilaçlarla ilgili olarak yapılan başvuruları inceleyip görüş ve/veya karar veren komisyonu ifade etmektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği m.3/f.1-ü).

<sup>21</sup> Nitekim gerek GSSUY m.17'de gerekse SUT m.2.2/f.2'de Kurumca ihtisas komisyonları kurabileceği ifade edilmiştir.

Kurumca finansmanının sağlanmasına ve ödenmesine ilişkin usul ve esaslarını, Kanun'un 65. maddesi gereği ödenecek yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmasına ilişkin usul ve esaslarını, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu kararlarını ve Kurumca uygun görülen diğer hususları kapsadığı ifade edilmiştir (m.45).

Belirtmek gerekir ki SUT, kapsama aldığı hususlar bakımından sık sık değişikliğe uğramaktadır. Doktrinde bu husus haklı olarak öngörülen esasların takibini ve sağlık hizmetlerinin iyi işlenmesini zorlaştırdığı için eleştirilmektedir<sup>22</sup>. 5510 sayılı Kanun'un kabulünden sonra 2007 yılı<sup>23</sup>, 2008 yılı<sup>24</sup>, 2010 yılı<sup>25</sup> ve 2013 yılı<sup>26</sup> Sağlık Uygulama Tebliği yürürlüğe girmiştir. Şu anda yürürlükte bulunan 2013 yılı SUT üzerinde dahi 2023 yılı itibarıyla doksan dört değişiklik yapılmıştır.

### C) Genel Olarak Komisyonun Görevleri

SHFKY'de Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun görevleri, Kurumca tespit edilen finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri ile ilgili raporları değerlendirerek Kurumca ödenecek bedellerini belirlemek; fiyatlandırmaya yönelik oluşturulan alt komisyonlar tarafından hazırlanan raporları değerlendirerek karara bağlamak; genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt içinde veya yurt dışına yapılan sevkleri nedeniyle ödenecek gündelik, yol, yatak, refakat ve yemek giderlerinin tutarını belirlemek; hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususları göz önüne alarak, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden *istisnai sağlık hizmetlerini belirlemek* ve takip eden yıl için geçerli olmak üzere her yıl kasım ayı sonuna kadar tamamlanacak şekilde Kurumca ödenecek sağlık hizmetleri ile ödenecek gündelik, yol, yatak, refakat ve yemek giderlerinin tutarlarına ilişkin çalışmaları tamamlamak şeklinde sayılmıştır (SHFKY m.6/f.1)<sup>27</sup>. SUT da ise, yurt dışından temini halinde bedeli ödenecek olan ilaçlara ilişkin "Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi"nde (EK-4/C) yer almayan ilaçların *listeye ilave edilerek ödenmesine karar verilmesinde* Komisyonun yetkili olduğu ortaya konmuştur (SUT m.4.3/f.9). Bunun yanı sıra, 5510 s. K. m.73/f.2'de genel sağlık sigortalıları yahut bakmakla yükümlü oldukları kişilerin kullandıkları ilaçlarla eşdeğerde olanların da Komisyon tarafından tespit edileceği ortaya konmuştur, ancak aşağıda açıklanacağı üzere eşdeğer ilaçlara ilişkin söz konusu yetki esasen pazar payının belirlenmesine ilişkin-

<sup>22</sup> Tuncay ve diğ., 2023: 620; Atatanır, 2023: 238.

<sup>23</sup> RG S. 265532, T. 25.05.2007.

<sup>24</sup> RG S. 27012, T. 29.09.2008.

<sup>25</sup> RG S. 27532, T. 25.03.2010.

<sup>26</sup> RG S. 28597, T. 24.03.2013.

<sup>27</sup> Komisyonun, İlaç Geri Ödeme Komisyonuna veya Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Alternatif Geri Ödeme Komisyonuna yetki devri yapması mümkündür (SHFKY m.6/f.2).

dir. Dolayısıyla her ne kadar Komisyonun temel görevi bedel tespiti olsa da istisnai sağlık hizmetleri ve yurt dışından temin edilecek ilaçlar bakımından Kurum tarafından karşılanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesi noktasında da bazı yetkileri mevcuttur. Komisyonun söz konusu görevleri, aşağıda, karar sürecinde uyması gereken temel ilkelere yer verildikten sonra detaylıca incelenmiştir.

#### **D) Komisyonun Görevlerini İfa Ederken Uyması Gereken Temel İlkeler**

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından bedellerin belirlenmesine ilişkin temel ilkeler, 5510 s. K. m.72'de öngörülmüştür. 2008 yılında 5754 sayılı Kanunla yapılan değişiklik öncesinde 5510 s. K. m.72'de gerek m.63 gerekse m.65 kapsamında Kurumca yapılacak ödemelerin bedelleri belirlenirken Komisyon tarafından esas alınması gereken ortak kıstaslar düzenlenmiş ve Komisyonun sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamakları<sup>28</sup>, sağlık hizmetlerinin maliyetini, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonları, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmamasını, kanıta dayalı tıp uygulamalarını, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütlerini ve genel sağlık sigortası bütçesini dikkate alması gerektiği ifade edilmişti. 5754 sayılı Kanunla yapılan değişiklikle ise gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin belirlenmesinde ilgili kıstaslara yer verilmemiş, ancak Komisyonun tıp eğitimini, hizmet basamağını, alt yapı ve kaynak kullanımı ile maliyet unsurlarını dikkate alarak sağlık hizmeti sunucularını fiyatlandırmaya esas olmak üzere ayrı ayrı sınıflandırabileceği ifade edilmiştir (5754 s. K. m.44). Değişiklik yapan hükmün gerekçesinde, aynı basamaktaki sağlık hizmeti sunucuları arasında maliyete yansıyan farkların olabileceği dikkate alınarak Komisyonun sağlık hizmeti sunucularını sınıflandırmasına imkân tanındığı belirtilmiştir<sup>29</sup>.

5754 sayılı Kanunla yapılan değişiklikten sonra da, öncesinde olduğu gibi Kurum tarafından m.63 kapsamında finansmanını sağlayacağı sağlık hizmetleri bakımından Komisyonun, yukarıda yer verdiğimiz ölçütleri dikkate alması gerektiğine ilişkin ilke korunmuştur (5510 s. K. m.72/I). Bununla birlikte, hükümde 5754 sayılı Kanunla yapılan değişiklik ile Komisyona her sınıf için tek tek veya gruplandırma yaparak bedelleri belirleme yetkisi tanınmıştır.

SUT'un yasal dayanağını oluşturan 5510 s. K. m.63/f.2'de "Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usul ve esaslarını Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının

<sup>28</sup> Sağlık hizmeti sunucuları, Sağlık Bakanlığı tarafından birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak basamaklandırılmaktadır (5510 s. K. m.70).

<sup>29</sup> <https://mevzuat.tbmm.gov.tr/Kanun/KanunDetay?YasamaKanunId=f72877be-1280-037b-e050-007f01005610&kanunNumarasi=5754#step-2> , E.T. 01.02.2024.

görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Ancak, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının görüşünün alınması (f) bendinde belirtilen ortez, protez ve diğer iyileştirici nitelikteki araç ve gereçlerin miktarını, standartlarını, sağlanmasını, uygulanmasını, kullanma sürelerini ve garanti süresi sonrası bakım, onarım ve yenilenmesi hususlarını kapsar. Kurum, bu amaçla komisyonlar kurabilir, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir. Komisyonların çalışma usul ve esasları Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.” hükmü yer almaktadır. Komisyonun, görevleri dikkate alındığında, ilgili hükümden, karar almadan önce, mevcut ismiyle Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının görüşünün alınmasının gerek olmadığı sonucu çıkmaktadır. Komisyonun, Sağlık Bakanlığının görüşünü alması gerekip gerekmediği ise tartışılması gereken bir husustur. Danıştay, Komisyonun eş değer ilaç uygulamasına yönelik düzenlemesinin iptaline ilişkin bir kararında, 5510 sayılı Kanun m.63/f.2’den yola çıkarak Komisyonun düzenleme yapmadan önce Sağlık Bakanlığının görüşünü almak zorunda olduğunu ifade etmiş ve “dava konusu değişikliğin yapılmasına karar verilen Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunda temsilcisinin de yer aldığı ileri sürülmüş, ayrıca dosyaya anılan Komisyona katılan temsilcisinin kaşe ve imzası bulunan “10.06.2014 SHFK Değerlendirmesi” başlıklı, resmi niteliği haiz olmayan bir belge sunulmuş ise de; bu durum mevzuat hükmünün emrettiği şekilde görüşünün alındığı anlamına” gelmediği sonucuna ulaşmıştır<sup>30</sup>.

Belirtmek gerekir ki 5510 sayılı Kanun’un ilk halinde Kurumun, Komisyon adına çalışmalarına başlamadan önce Yüksek Öğretim Kurulunun, Türk Tabipleri Birliğinin, Türk Dış Hekimleri Birliğinin, Türk Eczacıları Birliğinin, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinin, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliğinin, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip ilk üç işçi ve kamu çalışanları konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip Optisyenlik Derneğinin, Türkiye Esnaf ve Sanatkârları Konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip özel sağlık kurum ve kuruluşları dernekleri veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip özel polikliniklerin dernek veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip özel tıbbî malzeme üretici veya ithalatçıları dernekleri veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip tıp uzmanlık derneklerinin ve Komisyonca uygun görülecek diğer kurum ve kuruluşların görüşlerini alacağı, ilgili kurumların bir ay içinde görüşlerini göndermek zorunda olduğu ve Komisyonun çalışmalarının başlangıcında, bu kurumların temsilcilerinin katılımı ile oluşturulacak toplantıda görüşlerini sözlü olarak da dinleyeceği öngörülmekteydi; ancak 2008 yılında 5754 sayılı Kanunla maddede yapılan değişiklik ile Kurumun, “ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile dernek, vakıf, federasyon, konfederasyon ve kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının” görüşlerini alabileceği öngörülmüştür (5510 s. K. m.72/f.4). Maddede değişiklik yapan m.44 hükmünün gerekçesinde dördüncü fıkrada yapılan düzenleme ile madde metninde Komisyon çalışmalarına katılacak veya görüş

<sup>30</sup> Danıştay 15D. 28.11.2017 E. 2014/7670 K. 2017/7002.

alınacak olanların tek tek sayılması yerine gruplama yapılarak genel ibarelere yer verildiği belirtilmiştir<sup>31</sup>. Öte yandan yapılan değişiklik basitçe fıkranın daha yalın hale getirilmesinden ibaret değildir. Öncelikle Komisyonun söz konusu kurum ve kuruluşlara danışma yükümlülüğü ortadan kaldırılmış ve bu husus tamamen Komisyonun inisiyatifine bırakılmıştır. Bunun yanı sıra, Komisyona danışacağı kurum ve kuruluşları dilediği gibi seçme olanağı da tanınmıştır<sup>32</sup>.

Kanaatimizce ilgili değişiklik, hem yukarıda ifade edilen kurum ve kuruluşların Komisyonun alacağı kararlardan önceden haberdar olması hem de Komisyon kararlarının daha katılımcı bir çerçevede alınması imkanını ortadan kaldırdığı için yerinde değildir. Nitekim doktrinde de örneğin Komisyonun karar sürecinde engellilere ilişkin çalışmalar yapan sivil toplum örgütlerinin görüşünün alınmamasının, erişim konusunda hak savunuculuğu yapılmasına engel teşkil ettiği ifade edilmektedir<sup>33</sup>. Komisyonda ağırlıklı olarak ilgili Devlet kurumları ile sağlık hizmeti sunucularının temsil edildiği ve bu şekilde karar mekanizmasının, salt örgütlenmeyi ve finansmanı sağlayan Devlet teşkilatı ile hizmet sunumunu gerçekleştiren hastanelere özgülendiği de dikkate alındığında söz konusu değişikliği isabetli bulmak mümkün değildir. Öte yandan Danıştaya bir kararında şu ifadelerle yer vermiştir: “*Gerek Komisyonun oluşumunda, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye, Sağlık ve Kalkınma bakanlıkları ile Hazine Müsteşarlığı, üniversite sağlık hizmeti sunucuları ile özel sağlık hizmeti sunucularını temsilen Bakanlıkça belirlenecek birer üye ve Kurumu temsilen iki üye olmak üzere toplam dokuz üyeye Komisyonda yer verilmesi, gerek Kurumun, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile dernek, vakıf, federasyon, konfederasyon ve kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının görüşlerini alabileceğinin belirtilmesi nedeniyle Komisyon kararlarının alınması sürecinde konunun her yönüyle değerlendirilmesinin istendiği sonucuna ulaşılmıştır.*”<sup>34</sup>. Aşağıda değindiğimiz kararlardan da anlaşılacağı üzere, her ne kadar kanun değişikliği ile Komisyonun ilgili kurum ve

<sup>31</sup> <https://mevzuat.tbmm.gov.tr/Kanun/KanunDetay?YasamaKanunId=f72877be-1280-037b-e050-007f01005610&kanunNumarasi=5754#step-2>, E.T. 01.02.2024.

<sup>32</sup> Bununla birlikte, belirtmek gerekir ki Komisyon toplantılarına Kurum dışından alanlarında uzman olan öğretim üyeleri ile tabip, diş tabibi ve eczacıların da katılımı da mümkündür. Nitekim 72. maddeye 2014 yılında 6552 sayılı Kanunla eklenen son fıkrada Kurum tarafından bilimsel nitelikli komisyonlarda veya tıbbi inceleme, tıbbi değerlendirme, tıbbi uygunluk onayı verme gibi iş ve işlemlerle ilgili yürütülen çalışmalarda; üniversitelerden görevlendirilen öğretim üyelerine, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından görevlendirilen tabip, diş tabibi ve eczacılara altı bin beş yüz gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarı geçmemek üzere ödeme yapılacağı ve bu ödemenin usul, esas ve miktarı ile diğer hususların Kurum ve Maliye Bakanlığınca müştereken belirleneceği öngörülmüştür. Öte yandan Komisyon toplantılarına ilgili uzmanların katılımının sağlanması yönünde bir zorunluluk bulunmamaktadır.

<sup>33</sup> SUT Kapsamında Teknolojiye Erişim Hakkı Çalışma Grubu Raporu, Aydın, 2022: 60.

<sup>34</sup> Danıştay 15D 05.02.2016 E. 2014/3532 K. 2016/610.

kuruluşlara danışması yükümlülük olmaktan çıkarılmış olsa da Danıştay karar sürecinde Komisyonun kapsamlı bir araştırma yapması gerektiği görüşündedir.

## **II. KOMİSYON TARAFINDAN KURUMCA FİNANSMANI KARŞILANACAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN BEDELLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yukarıda da ifade edildiği üzere, Komisyon tarafından sağlık hizmetlerinin bedellerinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken kriterler 5510 s. K. m.72'de öngörülmüştür. Bunlar; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayatî öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesidir. Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmeti bedellerinin belirlenmesinde ilgili kriterlerin gözetilmesi gerektiği GSSUY m.34/f.1'de de hükme bağlanmıştır. Komisyonun karar sürecinde bütün bu hususları gözetmesi yasal zorunluluktur<sup>35</sup>.

Daha önce de belirtildiği gibi, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Komisyon tarafından belirlenen bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır (SUT m.2.2/f.15). Bu doğrultuda, Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin Komisyon tarafından belirlenen bedellerine ilişkin uyumsuzluklar genelde SUT hükümlerinin iptali davalarına konu olmakta ve ilgili uyumsuzluklar idari yargıda çözüme kavuşturulmaktadır.

Danıştay kararlarında sıklıkla ifade edildiği üzere, “Anayasanın 2. maddesinde, Devletin nitelikleri sayılmış ve Türkiye Cumhuriyeti Devletinin sosyal bir hukuk Devleti olduğu vurgulanmış; 5. maddesinde, kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak Devletin temel amaç ve görevleri arasında sayılmıştır.

Yine Anayasanın “Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı” başlıklı 17. maddesinde, herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu belirtilmiş; “Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması” başlıklı 56. maddesinde, Devletin; 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 düzenleyeceği ve bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getireceği öngörülmüş; “Sosyal güvenlik hakkı” başlıklı 60. maddesinde, herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve Devletin, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacağı ve teşkilatı kuracağı kuralına yer verilmiş, “Devletin iktisadi ve sosyal ödevlerinin sınırları” başlıklı 65. maddesinde de “Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına

<sup>35</sup> Danıştay 15D 05.02.2016 E. 2014/3532 K. 2016/610.

*uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.” düzenlemesine yer verilmiştir.*

*Değınilen Anayasa hükümlerinin birlikte değerdendirilmesinden, tüm yurttaşların yaşama haklarının, Devlet güvencesi ve onun pozitif yükümlülüğü kapsamı içinde koruma altında olduğu anlaşılmaktadır. Anayasa'nın 17. maddesinde düzenlenen “yaşama hakkı” yalnızca yaşamını sürdürmek anlamında değil “sağlıklı yaşama hakkı”na sahip olmak anlamındadır. İşte bu nedenle kişilerin sağlıklı olma hakkı, kamusal korumaya tabidir.*

*Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bir ekonomik ve sosyal hak olup, bu yönüyle kamuya ya da Anayasada geçen biçimiyle Devlete belli yükümlülükler getirmektedir. Devlet bu anayasal yükümlülüğün gereğini yerine getirmek ve herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması için her türlü tedbiri almak, kişilerin sağlık hizmetlerinden gıcimeksizin yararlanmasını sağlamak durumundadır.*

*Anayasa Mahkemesi de 22.11.2007 günlü, E:2004/114, K:2007/85 sayılı kararında, sağlık hizmetlerinin nitelikleri gereği diğer kamu hizmetlerinden farklı olduğunu, sağlık hizmetlerinin temel hedefi olan insan sağlığı sorununun ertelemesiz ve ikame edilemez nitelikte bulunduğunu belirterek sağlık hizmetinin insan ve toplum yaşamındaki önemine değinmiştir.*

*Sosyal güvenlik, bireylerin istek ve iradeleri dışında oluşan sosyal risklerin, kendilerinin ve geçindirmekle yükümlü oldukları kişilerin üzerlerindeki gelir azaltıcı ve harcama artırıcı etkilerinin en aza indirilmesini, ayrıca sağlıklı ve asgari hayat standardının güvence altına alınmasını ifade eder. Bu güvencenin gerçekleştirilebilmesi için sosyal güvenlik kuruluşları oluşturularak, kişilerin yaşlılık, hastalık, malüllük, kaza ve ölüm gibi sosyal risklere karşı asgari yaşam düzeylerinin korunması amaçlanmaktadır.”<sup>36</sup>*

*Danıştay tarafından da belirtildiği gibi, Komisyon kendisine tanınan fiyat belirleme yetkisini, hastanın sağlık hizmetine erişim hakkını engelleyecek veya hastanın ödeyemeyeceği ağır bir maddi yük altında bırakacak şekilde kullanılmamalıdır. Aksi yönde bir yaklaşım, sağlıklı yaşam hakkına ve sosyal devlet ilkesine aykırılık oluşturacaktır<sup>37</sup>. Bununla birlikte Yüksek Mahkeme, Anayasa'nın 65. ve 5510 sayılı Kanun'un ilgili hükümleri uyarınca Sosyal Güvenlik Kurumunun sosyal güvenlik kapsamındaki kişilerin tüm sağlık giderlerini ödeme gibi bir yükümlülüğü bulunmadığını; Kurumca düzenleme ve belirleme yapılırken, sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği ile sağlık*

<sup>36</sup> Danıştay 15D 18.12.2015 E. 2013/2671 K. 2015/9004; Danıştay 15D 05.02.2016 E. 2014/3532 K. 2016/610; Danıştay 15D 11.3.2016 Yürütmemeyi Durdurma Kararı (YDK) E. 2015/10163; Danıştay 15D 20.9.2017 YDK E. 2017/1122; Danıştay 15D 07.11.2018 E. 2015/10163 K. 2018/7399; Danıştay 15D 07.02.2018 E. 2017/323 K. 2018/1282; Danıştay 15D 18.12.2015 E. 2013/8854 K. 2015/9003.

<sup>37</sup> Danıştay 10D 31.12.2010 YDK E. 2010/670; Danıştay 15D 18.12.2015 E. 2013/2671 K. 2015/9004; Danıştay 15D 18.12.2015 E. 2013/8854 K. 2015/9003; Danıştay 15D 11.3.2016 YDK E. 2015/1016; Danıştay 15D 07.11.2018 E. 2015/10163 K. 2018/7399.

hizmetine erişim hakkı arasında makul bir dengenin gözetilmesi gerektiğini de ifade etmektedir<sup>38</sup>.

Danıştay Komisyon kararlarının iptaline ilişkin davalarda Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca göz önüne alınan ölçütlerin sorulması ve ödenecek tutarın nasıl ve ne şekilde tespit edildiğinin açıklanması, ödenecek tutarın belirlenmesinde yapılmış bir inceleme ve araştırma var ise buna ilişkin tüm bilgi ve belgelerin istenilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu belirlemeler yapılırken hangi ölçütlerin esas alındığının açıklanmaması halinde ise ilgili kararın hukuka ve kamu yararına uygun olmadığı sonucuna ulaşmaktadır<sup>39</sup>. Yüksek Mahkeme, Komisyonca tedavi giderlerinde bedel tespitine ilişkin verilen bir kararın, sağlık hizmetinin, tıp biliminin öngördüğü biçimde yerine getirilmesini engelleyici ve hastanın tedaviye erişimini güçleştirici nitelikte olduğunu tespit ettiği örnek bir kararında, “*salt sağlık harcamalarında tasarruf sağlamak, sağlık kurum ve kuruluşlarına yapılan ödemeler noktasında ortaya çıkan denetim noksanlığını gidermek*” amacının, kararın hukuka uygun kabul edilmesi için yeterli olmadığı sonucuna ulaşmıştır<sup>40</sup>. Danıştaya göre, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz vs. materyallerin fiyatların belirlenmesinde *kişilere en çok yarar sağlayan* ve uygun bedelli olan cihazlara ilişkin piyasa araştırması yapılmalı<sup>41</sup> ve kararların iptaline ilişkin dava aşamasında haklılığını ortaya koyacak somut gerekçeler sunulmalıdır<sup>42</sup>.

Öte yandan, Yargıtay 10. Hukuk Dairesi 2012 yılında verdiği bir kararında, Kurum tarafından karşılanması gereken bedelin belirlenmesine ilişkin Danıştaydan farklı bir yaklaşım sergilemiştir<sup>43</sup>. Karara konu olayda davacı Parapodium (ayakta dik pozisyonlama) cihazının 12.019,00 TL olan bedelinin Kurumdan tahsili talebinde bulunmuştur. İlgili cihaz için SUT'ta öngörülen bedel 3.000 TL'dir; ancak SUT'un buna ilişkin hükmü hakkında Danıştay tarafından yürütmeyi durdurma kararı verilmiştir<sup>44</sup>. Yargıtay söz konusu kararı dikkate alarak Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında son bir yıl içerisinde farklı en az beş hastanenin fiyatı olacak şekilde tespit edilen ve davaya konu tıbbi cihazla benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte, aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden itibaren son bir yıl içerisinde *en ucuz beş fiyatın ortalaması alınması* suretiyle fatura tutarını geç-

<sup>38</sup> Danıştay 15D 21.11.2017 E. 2015/679 K. 2017/6784.

<sup>39</sup> Danıştay 15D 18.12.2015 E. 2013/2671 K. 2015/9004. Aynı yönde bkz. Danıştay 15D 05.02.2016 E. 2014/3532 K. 2016/61.

<sup>40</sup> Danıştay 15D 05.02.2016 E. 2014/3532 K. 2016/610.

<sup>41</sup> Danıştay 15D 07.02.2018 E. 2017/323 K. 2018/1282; Danıştay 15D 11.3.2016 YDK E. 2015/10163. Aynı yönde bkz. Danıştay 15D 18.12.2015 E. 2013/8854 K. 2015/9003; Danıştay 15D 07.11.2018 E. 2015/10163 K. 2018/7399; Danıştay 15D 07.02.2018 E. 2017/323 K. 2018/1282.

<sup>42</sup> Danıştay 15D. 05.02.2016 E. 2014/3532 K. 2016/610.

<sup>43</sup> Y 10HD 30.04.2012 E. 2012/3817 K. 2012/7509.

<sup>44</sup> Danıştay 10D 31.12.2010 YDK E. 2010/670.

memek üzere ödenmesi; Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında fiyat tespiti yapılamazsa, piyasa araştırması yapılarak, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen *en ucuz malzeme bedeli esas alınarak*, fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenmesi gerektiği sonucuna ulaşmıştır. Yargıtayın bu yaklaşımı cihazın kalitesi, dayanıklılığı ve bu özelliklerin hastaya sağlayacağı fayda gibi hususların gözetilmemesi anlamına gelmektedir ve doktrinde haklı olarak eleştirilmiştir<sup>45</sup>.

Bununla birlikte, Yargıtay Hukuk Genel Kurulu 2019 yılında verdiği konuya ilişkin bir kararı Danıştay kararları ile paralellik arz etmektedir<sup>46</sup>. Karara konu olayda davacı, kızının her iki kulağında da yaşadığı işitme kaybı nedeni ile işitme cihazı kullanmasının sağlık raporu ile zorunluluk taşıdığına tespit edilmesi sonucunda 6.000,00TL tutarında iki adet kulak arkası işitme cihazı almak zorunda kalmış; bu cihazlar için ödediği 6.000,00TL'nin katılım payı düşüldükten sonra kalan 4.800,00 TL'sinin sağlık harcaması olarak iadesi için Kuruma müracaat etmiş; ancak Kurum tarafından SUT hükümleri gereği sadece 672,00TL ödeme yapılmıştır. Aradaki farkın Kurumdan tahsili için açılan davanın Hukuk Genel Kuruluna taşınması sonucu Yüksek Mahkeme, Anayasa'nın 2., 5., 17., 56., 60., 61. ve 65. maddelerine atıf yaptıktan sonra kararında şu ifadelere yer vermiştir: *"Belirtilen Anayasa hükümleri birlikte değerlendirildiğinde, tüm yurttaşların yaşama haklarının, Devlet güvencesi ve onun pozitif yükümlülüğü kapsamı içinde koruma altında olduğu anlaşılmaktadır. Anayasa'nın 17. maddesinde düzenlenen "yaşama hakkı" yalnızca yaşamını sürdürmek anlamında değil "sağlıklı yaşama hakkı"na sahip olmak anlamındadır. İşte bu nedenle kişilerin sağlıklı olma hakkı, kamusal korumaya tabidir.*

*Sağlıklı yaşama hakkı diğer bir ifadeyle sağlık hakkı sağlıklı kalmayı, sağlığın devam ettirilmesini; sağlığın bozulması hâlinde ise iyileştirmeyi, tedaviyi sağlayan bir hak olup belirtildiği gibi yaşama hakkı, maddi ve manevi varlığını geliştirme hakları ile yakından ilgilidir.*

*Bozulan sağlığın yeniden kazanılması, hastalıkların tedavi edilmesi bakımından sağlık hakkının sosyal güvenlik hakkı ile de yakın bir ilişkisi bulunmaktadır (Arıcı, s. 408).*

*Sağlık hakkının gerçekleşmesi sağlık hizmetleri yoluyla olur. Sağlık hakkı soyut, sağlık hizmetleri ise somut bir kavramdır. Sağlık hizmetleri, insanların yaşam sürelerini, güç ve dirençlerini, enerji ve canlılıklarını etkileyen tüm faaliyetleri kapsar. (Güzel, A./Okur, A. R./Caniklioğlu, N.: Sosyal Güvenlik Hukuku, 16. Bası, İstanbul 2016, s.702). Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bir ekonomik ve sosyal hak olup bu yönüyle kamuya ya da Anayasa'da geçen biçimiyle Devlete belli yükümlülükler getirmektedir. Devlet bu anayasal yükümlülüğün gereğini yerine getirmek ve herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması için her türlü tedbiri al-*

<sup>45</sup> Caniklioğlu, 2014: 472.

<sup>46</sup> Y HGK 18.06.2019 E. 2015/3898 K. 2019/693.

*mak, kişilerin sağlık hizmetlerinden gecikmeksizin yararlanmasını sağlamak durumundadır.”*

Hukuk Genel Kuruluna göre, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından, genel sağlık sigortası prim gelirlerinin kurumca sunulan sağlık hizmetinin finansmanında etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla tanınan fiyat belirleme yetkisinin, hastanın sağlık hizmetine erişim hakkını engelleyecek veya hastanın dolayısıyla genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödeyemeyeceği ağır bir maddi yük altında bırakacak şekilde kullanılması sağlıklı yaşam hakkına ve sosyal devlet ilkesine aykırılık teşkil etmektedir. Kararda ifade edildiği üzere, “Doktor veya sağlık kurulu raporu ile hastanın tedavisinde kullanılması zorunlu görülen ve hasta tarafından bedeli mukabilinde piyasadan temin edilen ortez, protez, iyileştirme araç ve gereç bedelinin, komisyonca piyasa araştırmaları yapılarak kişilere en çok yarar sağlayanın ve uygun bedelli olanın tespit edilmesi, sonrasında geri ödenecek bedelin belirlenmesi gerekirken Kurumca bu şekilde bir belirleme yapılmaksızın soyut olarak öngörülen bedel üzerinden ödeme yapılması, öngörülen bedel ile de cihaz alınabileceği ortaya konulmaksızın, cihaz bedelinin büyük oranda hasta ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin üzerinde bırakılması mümkün değildir. Bu durumda hastanın tedavisinde kullanılan malzeme bedelinin denetlenip, faturadaki hâliyle ödenecek nitelikte olup olmadığı ve buna bağlı olarak Kurum tarafından karşılanabilir miktarının rayiç fiyat esas alınarak belirlenmesi gerekir.”

Belirtmek gerekir ki Danıştay, SUT'ta yapılan değişikliklerle hücre nakli ve kordon kanı nakli işlemleri için belirlenen işlem puanının düşürülmesi suretiyle tanıya dayalı işlem listesinde azaltılan fiyatlar belirlenmesine ilişkin bir kararında, Komisyon tarafından karar öncesi yapılan inceleme ve analizler ile sunulan gerekçeleri yeterli bulmuş ve oybirliği ile kararın uygun olduğu sonucuna ulaşmıştır. Karara konu olayda davacı dernek tarafından; SUT'taki dava konusu değişiklik yapılmadan önce SGK tarafından yapılan ödemeler dikkate alınarak dernek üyelerince kemik iliği transplantasyon merkezi açıldığı, dava konusu değişiklik sonrasında ise SGK tarafından yapılan ödemelerin %16 ila %30 oranında düştüğü, mevzuat uyarınca kemik iliği nakillerinde hastalardan ilave ücret alınmasının yasak olduğu, bu nedenle tek gelir kaynağı SGK tarafından yapılan ödemeler olan kemik iliği nakil merkezinin gelirlerinin ciddi oranda düştüğü ve faaliyetinin sürdürülebilmesinin imkansız hale geldiği, davalı Kurumun başlangıçta organ nakli merkezlerinin fiyatlandırmasını adil ve maliyetleri dikkate alarak planladığı, bunun da özel sağlık hizmeti sunucularının ciddi yatırımlar yaparak başarılı organ nakil merkezlerini açmasının önünü açtığı, devam eden süreçte davalı Kurumun maliyet ve enflasyon artışlarını dikkate alarak paket fiyatlarında artış yapması beklenirken aksine 2008 yılından itibaren SUT'ta değişiklik yaparak paket işlem fiyatlarının iki kez düşürdüğü, dava konusu paket fiyatlar belirlenirken, özel sağlık sektörüne ait giderlerin dikkate alınmadığı, özel hastanelerin sabit giderlerinin bir kısmı genel bütçeden karşılanan kamu hastaneleri ile aynı maliyet hesabına dahil edildiği, bunun da sabit maliyetleri, personel ve sarf

malzeme giderleri sürekli artan özel sağlık hizmet sunucularının mali açıdan zor duruma düşürdüğü, buna karşılık SGK tarafından anılan maliyet kalemleri kapsamında özel sağlık kuruluşlarına yapılan ödemelerde 2008 yılından bu yana herhangi bir artışın yapılmadığı ifade edilmiştir. Yüksek Mahkeme ise kararında şu ifadeler yer vermiştir: “*Dava dosyasının incelenmesinden; davalı Sosyal Güvenlik Kurumu’nun talebi üzerine diğer davalı Sağlık Bakanlığı’nca “Kemik İliği Nakil İşlemleri Maliyet Analizi” çalışmasının yapıldığı, anılan maliyet analiz çalışmanın ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yapılan toplam kemik iliği nakillerinin %97’ sinin gerçekleştirildiği 3 sağlık tesisine veriler ile bu sağlık tesislerinde kemik iliği nakli yapılan 251 hastaya ait veriler dikkate alınarak yapıldığı, dokuz gruba ayrılan maliyet unsurlarından dört adedinin işçilik giderlerine ilişkin olduğu, söz konusu işçilik giderlerinin çalışmanın yapıldığı kamu hastaneleri bakımından genel bütçe veya döner sermaye bütçesinden karşılanması hususu dikkate alınarak “Maaş ve Ek Ödeme Tavandan” , “Maaş ve Ek Ödeme Türkiye Ortalaması” ve “Maaş hariç Ek Ödeme Türkiye Ortalaması” olmak üzere 3 farklı alternatif hesaplamanın yapıldığı, yurt dışından temin edilen ilaç bedellerinin Sağlık Uygulama Tebliği uyarınca ayrıca karşılandığı gerekçesi ile bu bedellerin maliyet analiz çalışmasına dahil edilmediği, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu’nun 01/04/2015 tarih ve 2015/3 sayılı toplantısında, “Gündem-2: SUT eki EK-2/C listesinde yer alan Kemik iliği nakli işlemlerine ait işlem puanlarının karar eki Liste-1’ de şekilde düzenlenmesine ve izniyle şahsi tedavi amacıyla yurt dışından getirilen ilaçların paket harici ayrıca faturalandırılması yönünde açıklama kısmının değiştirilmesine” şeklinde karar alındığı, alınan karar ile yurt dışından temin edilen ve Kurumca ayrıca ödemesi yapılan ilaç bedellerinin paket fiyatı dışında tutulduğu ve buna ilişkin açıklamanın SUT EK-2/C “Tanya Dayalı İşlem Puan Listesi” dava konusu işlem puanlarına ilişkin kısmına eklendiği, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından dava konusu işlem puanları belirlenirken “Kemik İliği Nakil İşlemleri Maliyet Analizi” çalışmasının “Maaş ve Ek Ödeme Türkiye Ortalaması” maliyet hesaplamasının dikkate alındığı anlaşılmıştır.*

Davacı tarafın iddiaları yukarıda yer verilen mevzuat hükümleri ve açıklamalar çerçevesinde değerlendirildiğinde; dava konusu işlem puanları belirlenirken işçilik ve diğer maliyet unsurları bakımından “Maaş ve Ek Ödeme Türkiye Ortalaması” hesaplamasının benimsenmesinin özel sağlık kuruluşlarının maliyet unsurlarının da gözetildiğini gösterdiği, işlem puanlarındaki azalmanın nedeninin daha önce maliyet hesabına dahil olan yurt dışından temin edilen ilaç bedellerinin hesaplama dışı tutulması olduğu, söz konusu ilaç bedellerinin Sağlık Uygulama Tebliği uyarınca şahıslara ayrıca ödendiği, benimsenen yeni hesaplama metodunun idarenin takdir yetkisi kapsamında kaldığı ve davacı aleyhine sonuç doğurmayacağı, yine işlem puanlarında yapılan indirimin, hastaların sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı, sağlık hizmetinin niteliği, maliyet etkinlik ölçütleri, Kurum bütçesi, sağlık hizmeti sunucularının asgari personel ve cihaz durumları ile yasada öngörülen diğer kriterler dikkate alınarak getirildiği anlaşıldığından, dava konusu işlem puan-

ları nedeniyle özel sağlık hizmet sunucularının haksız olarak zarara uğrayacakları yönündeki iddialara itibar edilmemiştir.

Bu durumda, üst hukuk normları, kamu yararı ve hizmet gereklerine uygun olduğu anlaşılan dava konusu düzenlemelerde hukuka aykırılık bulunmamaktadır.”<sup>47</sup>

### III. KOMİSYON TARAFINDAN KURUMCA FİNANSMANI KARŞILANACAK İSTİSNAİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN BELİRLENMESİ

Yukarıda da ifade edildiği üzere, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun görevleri arasında Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden istisnai sağlık hizmetlerini belirlemek de yer almaktadır (5510 s. K. m.73/f.4, SHFKY m.6/f.1). İstisnai sağlık hizmeti kavramı 17.4.2008 tarihli 5754 sayılı Kanunla 5510 sayılı Kanun kapsamına alınmıştır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin talepleri doğrultusunda sağlık hizmeti sunucuları tarafından, istisnai sağlık hizmeti sunulması durumunda, bu hizmetler için Kurumca bedeli en düşük alternatif üzerinden ödeme yapılmaktadır (GSSUY m.28/f.3). Bunun yanı sıra, bir sağlık hizmetinin istisnai sağlık hizmeti kapsamına alınması, ilave ücret uygulaması bakımından farklılık yaratmaktadır. Hem özel sektör hem de kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları istisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret talep edebilmektedir. İlave ücretin tavanı ise bu hizmetler için Kurum tarafından belirlenen bedelin üç katıdır (5510 s. K. m.73/f.3)<sup>48</sup>.

İstisnai sağlık hizmetleri, SUT eki “İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi”nde (EK-1/C) yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin istisnai sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilmesi için, Komisyon tarafından hayati önemi haiz olmaması ve alternatif tedavi yönteminin bulunması gibi hususlar göz önüne alınmalıdır (5510 s. K. m.73/f.4, GSSUY m.28)<sup>49</sup>. Söz konusu düzenleme eleştiriye açıktır. 5510 sayılı Kanun’da ve GSSUY’de Komisyonun istisnai sağlık hizmetlerini belirlerken dikkate alması gereken kriterler örneksime yoluyla sayılmıştır. Bunun yanı sıra ilgili kavramlar yeterince açık olmadığı için

<sup>47</sup> Danıştay 15D 13.12.2018 E. 2015/5621 K. 2018/8287.

<sup>48</sup> Detaylı bilgi için bkz. MADDE 74, II. İLAVE ÜCRET UYGULAMASI, C) Otelcilik Uygulamaları ve İstisnai Sağlık Hizmetleri İçin İlave Ücret Uygulaması.

<sup>49</sup> 2928 sayılı Karayolları Trafik Kanunu m.98 uyarınca, “Trafik kazaları sebebiyle üniversitelere bağlı hastaneler ve diğer bütün resmî ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sundukları sağlık hizmet bedelleri, kazazedenin sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılanlar için belirlenen sağlık hizmeti geri ödeme usul ve esasları çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır. Ancak, Sosyal Güvenlik Kurumu, bu kapsama girenler yönünden genel sağlık sigortalısı sayılanlar için belirlenen sağlık hizmetlerine ilave sağlık hizmetlerini belirler, protez ve ortezler için farklı birim fiyatı tespit eder. Bu sağlık hizmetleri sağlık uygulama tebliğindeki istisnai sağlık hizmetleri kapsamına dâhil edilmez.”.

düzenleme belirsizlik içermektedir<sup>50</sup>. Dolayısıyla Komisyon, istisnai sağlık hizmetleri serbestçe tespit edebilmektedir<sup>51</sup>. Nitekim doktrinde de Komisyonun, Kurum giderlerinin azaltılması için örneğin tüm protez ve mikrocerrahi uygulamalarını ve diğer bazı tedavi türlerini bu kapsam içine alarak genel sağlık sigortalılarına daha fazla harcama yaptırmaya yöneltebileceği<sup>52</sup> ve sağlık hizmeti sunucularına hayati önem ölçüsünden yola çıkarak olağan tıbbi hizmetler için ilave ücret isteme yolunun açılmasının Anayasa ile güvence altına alınan sağlık hakkını etkisizleştirebileceği<sup>53</sup> ifade edilmektedir.

#### IV. KOMİSYON TARAFINDAN YURT DIŞINDAN TEMİN EDİLECEK İLAÇLARIN BELİRLENMESİ

Yurt dışından temini halinde Kurum tarafından bedeli ödenecek olan ilaçlar SUT'un "Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi"nde (EK-4/C) öngörülmüştür. Daha önce de ifade edildiği üzere, bu ilaçların belirlenmesi de Komisyonun görevleri arasındadır. Komisyon kapsamında konuya ilişkin Yurtdışı İlaç Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu isimli bir alt komisyon oluşturulmuştur.

Bir ilacın SUT EK-4/C listesine alınabilmesi için Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler için gerekli görülmesi, ilacın yurt içinden sağlanmasının mümkün olmaması ve kullanılmasının zorunlu olduğunun Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanarak ilaç teminine izin verilmesi gerekmektedir<sup>54</sup>. EK-4/C listesinde yer almayan ilaçların bu listeye alınmasına yönelik başvuruların değerlendirmeye alınabilmesi için ise üçüncü basamak resmi sağlık hizmet sunucularında düzenlenmiş sağlık kurulu raporu ile reçetenin Kuruma ibraz edilmesi gerekir (SUT m.4.3).

Uygulamada ilgililer tarafından yurt dışından temin edilecek ilaçların Kurum tarafından karşılanması için yapılan başvuruların reddedilmesi üzerine açılacak

<sup>50</sup> Güzel ve diğ., 2021: 857, dipnot 165; Tuncay ve diğ., 2023: 637. *Sözer*, "alternatif tedavilerin bulunmaması" ibaresi ile daha çok geleneksel doğal bitkileri kullanarak bitki karışımlarıyla elde edilen ilaçlarla tedavi etme yöntemi olan alternatif tıptan yararlanma olanağının ifade edildiğini belirtmiştir (Sözer, 2008: 154-155). Kanaatimizce bu ibare ile doğrudan alternatif tıp kastedilmemiştir. İstisnai sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlemeyi, 5510 s. K. m. 73 kapsamına alan 5754 sayılı Kanun m. 45'in gerekçesinde bu yönde açıklık bulunmamaktadır (Bkz. <https://mevzuat.tbmm.gov.tr/Kanun/KanunDeta y?YasamaKanunId=f72877be-1280-037b-e050-007f01005610&kanunNumarasi=5754 #step-2, E.T. 01.02.2024>). Yazar alternatif tıbbın 5510 s. K. m. 64'te yapılan değişiklikle bedeli karşılanmayan sağlık hizmetlerine alındığını, ancak istisnai sağlık hizmeti unsuru olmaktan çıkarılmadığını ifade etmiştir (Sözer, 2024: 425). Kanaatimizce söz konusu husus da kanun koyucu tarafından "alternatif tedavilerin bulunması" ibaresi ile doğrudan alternatif tıbbi kastedmediğini ortaya koymaktadır.

<sup>51</sup> Güzel ve diğ., 2021: 849.

<sup>52</sup> Sözer, 2024: 425.

<sup>53</sup> Sözer, 2008: 155.

<sup>54</sup> Sağlık Bakanlığınca, yurt dışından getirilebilecek ilaç listesinin yayımlanması halinde listede yer alacak ilaçlar için ayrıca onay aranmamaktadır (SUT m.4.3).

davalarda adli yargının mı yoksa idari yargının mı görevli olduğuna ilişkin te-reddüt doğmaktadır. Uyuşmazlık Mahkemesi, bir dermek tarafından, akondroplazi hastalarının tedavisinde kullanılan “vosoritide” etken maddeli ticari adı “V.” olan ilacın SUT EK-4/C listesine eklenmesi ve akondroplazi tanısı konan hastalara hekimler tarafında reçete edildikçe bedelinin Kuramca karşılanması talebiyle yapılan başvurunun, Kurum tarafından zımnen reddine ilişkin uyuşmazlıkta hem iş mahkemesinin hem de idare mahkemesinin görevsizlik kararı vermesi üzerine, bir kamu kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumunun konuya ilişkin kararlarının tek yanlı irade beyanı ile kamu gücü kullanılarak tesis edilmiş olmasına karşın, işlemin yasal dayanağının 5510 sayılı Kanun olduğu ve bu Kanun hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili ortaya çıkan uyuşmazlıkların, Kanun’un 101. maddesi kapsamında adli yargı yerince çözümlenmesi gerektiği sonucuna ulaşmıştır<sup>55</sup>.

Öte yandan konuya ilişkin görev hususu tartışılmaksızın idari yargı tarafından verilen kararlar da mevcuttur. Danıştay 2017 yılında konuya ilişkin verdiği örnek bir kararında, “*Dosyanın incelenmesinden, primer progressif multipl skleroz hastası olan davacının tedavisi için, tedaviyi yürüten hekim tarafından uygun görülen tetrahidrokannabinol (THC)+kannabidiol (CBD)*” etkin maddeli ‘*Sativex oromucosal spray*’ isimli ilacın kullanımı ve yurtdışından ithali için yurt dışı ilaç kullanım başvurusu yapılması üzerine, Sağlık Bakanlığı tarafından ilgili uzman hekim ve üniversite hocalarından görüş alınarak ve bilimsel yayınlar incelenerek ilacın kullanımının ve yurt dışından ithalinin uygun görüldüğü, ilacın bedeli mukabilinde davacı tarafından piyasadan temin edildiği, ardından ilacın EK-4/C Yurtdışı İlaç Fiyat Listesine dahil edilmesi istemi ile Sosyal Güvenlik Kurumuna başvuru yapıldığı, başvurunun Yurtdışı İlaç Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu’na değerlendirilerek anılan ilacın EK-4/C listesine dahil edilmesine yönelik “*Oybirliği ile olumsuz*” karar alındığı anlaşılmakla birlikte, müdavi hekimce reçete edilen ve kullanımı ve yurtdışından ithali Sağlık Bakanlığı’na uygun görülerek ithaline izin verilen ilacın, tıbbi ve mali etkinliğine ilişkin herhangi bir bilimsel veri ortaya konulmaksızın yurtdışı ilaç fiyat listesine eklenmemesi hastanın sağlık hizmetine erişim hakkının engellenmesi veya ağır bir maddi yük altında bırakılması anlamına geleceğinden sağlıklı yaşam hakkına ve sosyal devlet ilkesine aykırıdır.” şeklinde ifadeler bulunmuştur<sup>56</sup>.

Yargıtay Hukuk Genel Kurulu da oy çokluğuyla verdiği konuya ilişkin bir kararda benzer bir yaklaşım sergilemiştir<sup>57</sup>. Karara konu olayda davacı duchenne musküler distrofi (DMD/kas erimesi) teşhisi sebebiyle tedavi görmekte, rahatsızlığı sebebiyle ayak uçlarına basabilmekte ancak yürüyememektedir. Tedavisini yapan doktor tarafından translara isimli ilacın kullanımı amacıyla Sağlık Bakanlığından izin talebinde bulunulması üzerine sözü edilen ilacın davacı durumundaki hastalarda etkinliği ve güvenirliliği olmadığı gerekçesiyle başvuru reddedilmiş; ancak Sağlık Bakanlığının kararına karşı İdare Mahke-

<sup>55</sup> Uyuşmazlık Mahkemesi Hukuk Bölümü 17.04.2023 E. 2023/250 K. 2023/277.

<sup>56</sup> Danıştay 15D 20.9.2017 YDK E. 2017/1122.

<sup>57</sup> Y HGK 22.03.2023 E. 2019/697 K. 2023/254.

mesinde açılan iptal davasında önce yürütmenin durdurulması, sonra da iptal kararı verilmesi üzerine ilaç kullanım izni ve onayı verilmiştir. Bunun üzerine Türk Eczacılar Birliği Merkez Heyeti Başkanlığınca ilaç bedelinin ödenmesi için Sosyal Güvenlik Kurumuna başvurulmuş; ancak Kurum tarafından ilaç bedelinin ödenmesinin uygun olmadığı belirtilerek talep reddedilmiş ve davacı tarafından Kurum kararının iptali için dava açılmıştır. İlgili davada Sosyal Güvenlik Kurumu translara isimli ilacın yurtdışı ilaç fiyat listesinin Ek-4/C kapsamına alındığını, bu ilacın kullanımı için Kurum tarafından koşulların belirlendiğini, ilacın Kurum tarafından karşılanabilmesi için 60 ay ve üzeri yaşta olan ve başkasının desteği olmadan bağımsız yürüyen hastalar tarafından belirli bir prosedür uygulanarak alınan sağlık kurulu raporuna dayanılarak nöroloji uzmanı tarafından ilacın reçete edilmesi gerektiğini, davacının ilgili koşulları taşımadığını, zira hiç yürüyemediğini ve ilacın yürüyemeyen hastalarda etkinliği ve güvenilirliği olmadığını belirtmiştir. İlk Derece Mahkemesince dosya kapsamında bulunan doktor raporlarına göre translara isimli ilacın kullanımının davacının yaşayabilmesi için gerekli olduğu, davacı bakımından söz konusu ilacın kullanılmasının hayati önem arz ettiği gerekçesiyle davanın kabulü ile Kurum işleminin iptaline karar verilmiştir. Bölge Adliye Mahkemesi tarafından da davacıya ilişkin sağlık raporunda davacının söz konusu ilacı kullanmasının uygun olduğunun belirtildiği, tedavinin planlanmasının, uygulanacak ilacın belirlenmesinin ve sorumluluğun tedaviyi uygulayan doktorda olduğu, Kurum yaptığı değerlendirmeye yaşam hakkını sınırlandıramayacağı, sağlık raporlarında söz konusu ilacın davacının sağlığına kavuşmasına katkı sağlayacağı belirtilmesine göre Kurum tarafından saptanan ilaç kullanım kriterlerine uygun olmadığı yönündeki değerlendirmesinin isabetli bulunmadığı gerekçesiyle davalı Kurum vekilinin istinaf başvurusunun esastan reddine karar verilmiştir. Bununla birlikte Yargıtay 10. Hukuk Dairesi öncelikle söz konusu ilacın kullanım usul ve esaslarının nasıl belirlendiğinin tespitinin gerektiğini ifade etmiş ve davacıya reçete edilen ilacın idare tarafından listeye alındığı anlaşılmakta ise de, hastanın bir üniversite araştırma hastanesi ilgili Ana Bilim Dalı Başkanlığına sevki ile mevcut durumu, bu ilaçtan ne derece faydalanabileceğine dair heyet raporu alınmadan karar verilmiş olmasının usul ve yasaya aykırı değerlendirilerek kararı bozmuştur<sup>58</sup>, ancak İlk Derece Mahkemesi, sağlık kurulu raporlarına göre translara isimli ilacının kullanılmasının davacının sağlığına kavuşmasına katkısı olduğunun anlaşıldığı, yargılama sırasında davacı vekili tarafından davacının söz konusu ilacı kullanması nedeniyle iyileşme durumuna ilişkin fotoğraf sunulduğu, davacının velisinin aynı duruşmada altı ayda bir ilaç kullanım raporu aldıklarını beyan ettiği ve son ilaç kullanım raporunu sunduğu, söz konusu ilacın kullanılmasından davacının fayda gördüğü ve sağlığı için gerekli olduğu, ilacı kullanmadığı takdirde ölüm tehlikesi

<sup>58</sup> Y 10HD 15.01.2019 E. 2018/103 K. 2019/98.

ile karşılaşacağı gerekçeleriyle direnme kararı vermiştir. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu ise, İlk Derece Mahkemesinin kararını oy çokluğuyla onamıştır<sup>59</sup>.

Karara yazılan karşı oy yazıları dikkat çekicidir. Karşı oy yazılarından birinde Avrupa İlaç Ajansının da ilacın onaylanmasında Kurum ile aynı kriterleri kabul ettiği; ilgili ilacın pahalı bir ilaç olmasından ötürü, Kurum gelirlerinin şifa bulmayacak hastaya verilmesinin israf olduğu ve ilacın, gerçekten şifa bulacak, etkisinin kanıtlandığı hastalara verilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Diğer karşı oy yazısında ise, bir ilaca Sağlık Bakanlığı tarafından kullanım izni verilmesinin ilaç bedelinin SGK tarafından ödenmesi gerektiği anlamına gelmediği, Yargıtay 10. Hukuk Dairesinin söz konusu bozma ilâmında, davacının kullandığı ilacın bedelinin davalı SGK tarafından ödenmesinin gerekli olup olmadığı noktasında kesin belirleme yapılmadığı, bozma ilâmında, ilaç bedelinin davalıya ödenip ödenmeyeceği hususunda derece mahkemelerince yapılan araştırmanın yeterli olmadığı ve davacının durumunun ve ilaçtan ne derecede faydalanacağına bir üniversite araştırma hastanesinin Ana Bilim Dalı Başkanlığı tarafından rapor düzenlenmesi gerektiğinin işaret edildiği belirtilmiştir.

Doktrinde haklı olarak ifade edildiği üzere, sağlık hakkı yaşamın güvencesidir ve sağlık için yapılacak hiçbir harcama yersiz olarak görülemez<sup>60</sup>. Tıbbın sürekli bir değişim ve gelişim halinde olduğu<sup>61</sup> dikkate alındığında tıpta hekimin tercihine üstünlük tanınması ilkesi gözetilmelidir<sup>62</sup>. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından hekimin önceliğine ve inisiyatifine müdahale edilebileceğinin kabul edilmesi, aynı zamanda Kurumun bu yoldan sağlık hizmetlerinde, hizmet sunumu ve ilaç kullanımında sınırlayıcı ve kısıtlayıcı müdahaleler yapabileceğinin kabul edilmesi anlamına da gelmektedir<sup>63</sup>. Somut olayda davacıya altı ayda bir ilaç kullanım raporu verilmiştir. Nitekim Sağlık Bakanlığının ilaç kullanımına izin verilmemesi yönündeki işlemi Danıştay kararı ile iptal edilmiştir<sup>64</sup>. Davacının ilaçtan fayda sağladığı da hem sağlık kurulu raporları ile hem de süreci gösteren fotoğraflarla ortaya konmuştur. Bu doğrultuda çoğunluk kararının yerinde olduğu ifade edilmelidir.

## **V. KOMİSYON TARAFINDAN EŞDEĞER İLAÇ UYGULAMASINDA PAZAR PAYININ BELİRLENMESİ**

5510 s. K. m.73/f.2'ye göre, "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen eşdeğer ilaçların, azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ve optik için tavan uygulanmaz ve bu fıkra kapsamında değerlendirilmez." İlgili hükmün lafzından eşdeğer ilaçların Komisyon tara-

<sup>59</sup> Y HGK 22.03.2023 E. 2019/697 K. 2023/254.

<sup>60</sup> Kabakcı, 2022: 1782.

<sup>61</sup> Güzel ve diğ., 2021: 786; Kabakcı, 2022: 1772.

<sup>62</sup> Kabakcı, 2022: 1772.

<sup>63</sup> Güzel ve diğ., 2021: 831.

<sup>64</sup> Danıştay 15D 04.05.2016 E. 2016/2671 K. 2016/3165.

fından belirleneceği anlamı çıkmaktadır; ancak eşdeğer ilaç uygulaması bakımından esasen Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği (BTÜRY)<sup>65</sup> dikkate alınmalıdır. İlgili Yönetmelik uyarınca eşdeğer ilaç ruhsatı, BTÜRY m.9'da öngörülen koşulların sağlanması kaydıyla Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından verilmektedir.

SUT'ta, eşdeğer ilaç uygulamasında pazar payının her bir ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesi ile bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesinde Komisyonun yetkili olduğu öngörülmüştür (SUT m.4.4.2/f.2-b). Dolayısıyla her ne kadar 5510 s. K. m.73/f.2'de eşdeğer ilaçların Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirleneceği ifade edilse de esasen Komisyonun eşdeğer ilaç uygulaması bakımından yetkisi de temelde pazar payına ilişkindir.

BTÜRY'ye göre, referans tıbbi ürün, bilimsel olarak kabul edilebilir etkililik, kalite ve güvenliliğe sahip olduğu kanıtlanmış, etkin madde/maddeler açısından Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Uluslararası Harmonizasyon Konseyi kurucu veya daimi üyesi yetkili otoriteleri, Avustralya Ulusal İlaç Otoritesi veya İngiltere Ulusal İlaç Otoritesi tarafından idari, kalite, klinik dışı ve klinik veriler ile birlikte tam dosya ile ruhsatlandırılmış veya izin verilmiş beşeri tıbbi ürünü (m.4/f.1-çç); eşdeğer tıbbi ürün ise, etkin madde/maddeler açısından referans tıbbi ürün ile aynı kalitatif ve kantitatif terki-be ve aynı farmasötik şekle sahip olan ve biyoeşdeğerliğinin uygun biyoyararlanım çalışmaları ile kanıtlandığı tıbbi ürünü ifade eder (m.4/f.1-i). İlgili Yönetmelik'te ilaç ibaresi yerine onunla aynı anlama gelecek şekilde "beşeri tıbbi ürün" kavramı tercih edilmiştir<sup>66</sup>.

SUT'a göre ise, eşdeğer ilaç uygulaması, sınırlandırılmış bir terapötik eşdeğerlik olarak, aynı ya da benzer endikasyon için kullanılacak etken maddede/maddeleri içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırması esasına dayanmaktadır (SUT m.4.4.2/f.1).

2016 yılında SUT'ta değişiklik yapılarak eşdeğer ilaç uygulamasının yanı sıra "eşlenik ilaç uygulaması" kabul edilmiştir. İlgili değişikliğin iptaline yönelik davada Danıştay yerinde bir kararla "eşlenik ilaç uygulamasının hangi bilimsel ölçütlere dayandırıldığı ve nasıl uygulandığı, ilaç geri ödeme listesinde eşlenik ilaçların belirlenmesinde hangi teknik, tıbbi ve hukuki gerekçelerin göz önünde bulundurulduğu, bu konuda yapılmış bilimsel bir çalışma olup olmadığı, var ise bu çalışma yapılırken Sağlık Bakanlığının görüşünün alınıp alınmadığı hususlarının ... tarihli ara karar ile sorulduğu, davalı Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından, etken maddelerin değerlendirme işlemlerinin diğer ilaçlarda olduğu gibi Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç Geri Ödeme Yönetmeliği doğrultusunda yürütüldüğü, Kurumun görev tanımı içerisinde bilimsel çalışma yapılmasının yer almadığı ve herhangi bir çalışma yapılmadığı, bu nedenle Sağlık Bakanlığının da görüşünün bulunmadığı-

<sup>65</sup> RG S. 31686, T. 11.12.2021.

<sup>66</sup> Bkz BTÜRY m.4/f.1-b.

nın belirtildiği, diğer davalı Sağlık Bakanlığı tarafından ise, dava konusu düzenleme hakkında verilmiş herhangi bir görüşlerinin bulunmadığının bildirildiği; bu durumda eşlenik ilaç uygulamasının bilimsel ve hukuki temeli olmayan bir uygulama olduğu, aynı zamanda davalı idarenin provizyon sistemi vasıtası ile eşdeğer grubunda olmadıkları halde bazı ilaçların eşdeğer ilaç gibi değerlendirmesinden kaynaklı fiili bir durum yarattığı, bu durumun, hekimin mesleğinin gereği koyduğu teşhise, eczacının bilimsel tercih hakkına müdahale oluşturan, hastanın ilaca erişimini engelleyen ve şifa bulmasına engel olan bir uygulama olduğu,” belirtilerek SUT değişikliğini iptal edilmiştir<sup>67</sup>.

## **VI. KOMİSYON TARAFINDAN KURUMCA FİNANSMANI KARŞILANACAK GÜNDELİK, YOL VE REFAKATÇİ GİDERLERİNİN BELİRLENMESİ**

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlık hizmeti sunulurken gerekli görülen hallerde refakatçi ve yolluk giderleri vb. kapsamında tamamlayıcı nakdi edim sunumu da söz konusu olmaktadır<sup>68</sup>. Yukarıda da ifade edildiği üzere, 5510 sayılı Kanun’un 65. maddesinde bu husus ortaya konmuştur.

Madde uyarınca, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında yanlarında, hekimlerin tıbben göreceği lüzum üzerine refakatçi kalıyor ise, bir kişi ile sınırlı olmak kaydıyla bu refakatçinin yatak ve yemek giderleri Kurum tarafından karşılanır (f.4). Yine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, hekimlerin tıbben göreceği lüzum doğrultusunda, sağlık hizmetinden yararlanmaları için, muayene ve tedavi edildikleri yerleşim yeri dışına sevk edilirlerse ayakta tedavilerde kendilerinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş yol gideri ile gündelikleri, yatarak tedavilerde ise gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri Kurum tarafından karşılanmalıdır (f.2). Maddenin dördüncü fıkrasında, sürekli iş göremezlik veya malullük durumlarının tespiti, kontrolü veya periyodik sağlık muayenesi amacıyla yapılan sağlık hizmeti giderleri ile yol ve gündelik giderlerin de bu madde hükümlerine göre ödeneceği düzenlenmiştir. 5510 sayılı Kanun m.65/f.3 uyarınca yurt içinde veya yurt dışına yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin tutarı da Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir.

Komisyonun ilgili giderlerin bedellerini belirlerken hangi kriterleri esas alacağı 5510 sayılı Kanun m.72’nin lafzından anlaşılabilir. Zira madde de yer alan “Komisyon, 63 üncü madde hükümlerine göre finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması,

<sup>67</sup> Danıştay 15D 13.11.2018 E. 2016/10287 K. 2018/7508. Aynı yönde bkz. Danıştay İDDK 28.9.2020 E. 2019/518 K. 2020/1632.

<sup>68</sup> Sözer, 2024: 330.

*kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye yetkilidir.”* hükmü, sayılan kriterlerin sadece Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin bedellerinin belirlenmesinde esas alınacağı izlenimini yaratmaktadır. Öte yandan GSSUY m.34’te açıkça Komisyonun yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerini belirlerken de bu kriterleri esas alması gerektiği ortaya konmuştur.

Kurumca karşılanacak yol, gündelik ve refakatçi giderlerine ilişkin detaylar, yurtdışına sevkler bakımından SUT’un m.2.5.3.C hükümlerinde, yurt içinde yerleşim yeri dışındaki tedavi ve kontroller bakımından ise m.2.6 hükümlerinde öngörülmektedir.

Uygulamada özellikle yerleşim yeri dışındaki hastanelere sevk edilen ve sevk evraklarında özel araç ile refakatçi eşliğinde seyahat etmesi gerektiği belirtilen hastaların SGK’ye yaptıkları yol giderlerinin karşılanması taleplerinin tamamen ya da kısmen reddi üzerine açılan davalara sıklıkla rastlanmaktadır. Yargıtay ilgili uyuşmazlıklarda Kurumca karşılanması gereken tutarların Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna sorularak karar verilmesi gerektiğine hükmetmektedir<sup>69</sup>.

Bununla birlikte, Yüksek Mahkemenin, 2015 yılında hava ambulans ücretinin karşılanması talebine ilişkin verdiği bir karar incelemeye değerdir<sup>70</sup>. Karar konu olayda davacının “Sustainet Ventriküler Taşikardi + Dilate Kaydiyomyopati + ICD (İntrakardiyak Defibrilater)” tanısı bulunmakta olup “*Hastanın eşi refakatinde tam donanımlı bir merkeze ambulans uçakla sevki uygundur*” şeklinde sevkine karar verilmiştir. İlgili tarihte mevzuatta Kurum tarafından hava ambulansı ücretinin karşılanmasına ilişkin açık düzenleme bulunamamaktadır. Söz konusu tarihte yürürlükte olan Bütçe Uygulama Talimatında “*uygun görülen taşıt*” bedelinin Kurumca karşılanacağını belirtilmiştir; ancak Yargıtay daha sonra SUT’ta yapılan değişikliklerle “*hava ambulans ücretlerinin sadece Sağlık Uygulama Tebliğinin organ ve doku nakli tedavileri kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için ödeneceğine*”<sup>71</sup> ilişkin öngörülen hükümden yola çıkarak “*uygun görülen taşıt*” ibaresinin somut olayda hava ambulans ücretini kapsamadığı sonucuna ulaşmıştır. Yargıtay kararında davacının hava

<sup>69</sup> Y 10HD 26.03.2015 E. 2014/23507 K. 2015/5767; Y 10HD 12.10.2015 E. 2014/15293 K. 2015/16526; Y 10HD 11.10.2018 E. 2017/5758 K. 2018/7910; Y HGK 18.03.2021 E. 2016/1881 K. 2021/311.

<sup>70</sup> Y 10HD 13.01.2015 E. 2014/13636 K. 2015/206.

<sup>71</sup> SUT’un ilgili düzenlemesi de Danıştay tarafından, Anayasa ve tarafı olduğumuz uluslararası sözleşmeler gereğince, Devletin yaşam hakkının korunması bağlamındaki pozitif yükümlülüğü kapsamında, hayati tehlike taşıyan ve acil müdahale edilmemesi durumunda ağır sonuçlar doğurabilecek nitelikteki acil sağlık durumlarının, söz konusu kapsamı dışında tutulması ve düzenlemenin sadece hava ambulans ücretleri, organ ve doku nakli tedavileri ile sınırlanmış olması sebebiyle iptal edilmiştir. Bkz. Danıştay 15D 24.04.2017 E. 2013/2625 K. 2017/1912.

ambulansı ile nakledildiği tarih ve rapor tarihi arasında yaklaşık bir ay on beş günlük fark bulunduğu ve bu hususun araştırılmadığına da vurgu yaparak mahkemece sevk zorunlu olup olmadığına ilişkin gerekli araştırma yapılması ve sevk zorunlu olduğu kanaatine varılması halinde, kara ambulans ücretine hükmedilmesi gerektiğine karar vermiştir<sup>72</sup>. Doktrinde bazı yazarlarca da belirtildiği üzere, karar tartışmaya açıktır<sup>73</sup>. Kanaatimizce her ne kadar karara konu olayda hastanın rapor ve sevk tarihi arasında bir ay on beş günlük fark olsa da kara yoluyla seyahatin hava yoluna göre daha uzun olacağı aşıkardır ve sevk zorunlu olup olmadığına yanı sıra mahkemece davacının hastalığının kara yoluyla seyahate engel teşkil edip etmeyeceği yahut böyle bir seyahatin hastada katlanması beklenemeyecek bir ızdıraba yol açıp açmayacağı yönünden de inceleme yapılmalıdır.

## SONUÇ

5510 s. K. m.72’te genel sağlık sigortasından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri ile buna ilişkin giderlerde bedellerin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun tarafından belirleneceği öngörülmüş ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna ilişkin temel esaslara yer verilmiştir. Komisyonunun çalışma usul ve esasları hakkında ayrı bir yönetmelik de mevcuttur.

Komisyonunun görevleri, Kurumca finansmanının sağlanmasına karar verilen sağlık hizmetlerinin bedellerini belirlemek; Kurumca karşılanacak gündelik, yol, yatak, refakat ve yemek giderlerinin tutarını belirlemek; istisnai sağlık hizmetlerini belirlemek; Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesinde yer almayan ilaçların listeye ilave edilerek ödenmesine karar vermek ve eşdeğer ilaç uygulamasında pazar payını belirlemektir. Komisyon kararları Resmî Gazete’de yayımlanmakta ve SUT ile eki listelerinde yer almaktadır.

Komisyonun oluşumu incelendiğinde Komisyonunda ağırlıklı olarak ilgili Devlet kurumları ile sağlık hizmeti sunucularının temsil edildiği ve karar mekanizmasının, örgütlenmeyi ve finansmanı sağlayan Devlet teşkilatı ile hizmet sunumunu gerçekleştiren hastanelere özgülendiği görülmektedir. Başka bir ifadeyle Komisyonunda sigortalılar ile sağlık ve ilaç sektörü temsilcileri gibi diğer sosyal tarafların temsilcileri yer almamaktadır. Bunun yanı sıra, 5510 s. K. m.72’te Komisyonun karar almadan önce hükümde tek tek sayılan Türkiye Tabipler Bir-

<sup>72</sup> Doktrinde bir görüşe göre, Yüksek Mahkeme ilgili kararında, pozitif hukuka ve mevzuatın lafzına sadık kalmıştır; çünkü SUT’taki hükmün lafzi yorumundan, Kurumun hava ambulans bedelini karşılaması için organ ve doku nakli ile ilgili bir sağlık sorunu söz konusu olması gerektiği anlaşılmaktadır (Aydın, 2017: 829-830). Öte yandan karara konu olayda davacının hava ambulansı ile nakli 18.12.2008 tarihinde gerçekleşmiş olup SUT’ta yapılan hava ambulansına ilişkin değişikliğin tarihi 31.12.2008’dir. Dolayısıyla Yargıtay bu kararında esasen “uygun görülen taşıt” ibaresinin yorumunda, daha sonra yürürlüğe giren SUT hükümünden yararlanmıştı.

<sup>73</sup> Tuncay ve diğ., 2023: 604.

liği, en fazla üyeye sahip işçi ve kamu çalışanları federasyonu gibi kurum ve kuruluşlardan görüş alma yükümlülüğü mevcutken maddede değişiklik yapılarak hem danışma yükümlülüğü ortadan kaldırılıp tamamen Komisyonun inisiyatifine bırakılmış hem de Komisyona danışacağı kurum ve kuruluşları dilediği gibi seçme olanağı tanınmıştır. Bu doğrultuda Komisyon kararlarının katılımcı bir çerçevede alındığını söylemek mümkün değildir.

Komisyon Kurumca ödenecek bedelleri belirlerken sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamakları, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonları, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmamasını, kanıta dayalı tıp uygulamalarını, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesini dikkate almalıdır. İlgili hususlar mevzuatta öngörölmüştür; ancak Komisyonun görevleri Anayasa ile güvence altına alınan sosyal devlet ilkesi, kişilerin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı, sağlık hakkı ve sosyal güvenlik hakkı ile doğrudan ilişkilidir. Dolayısıyla Komisyonun kendisine tanınan fiyat belirleme yetkisini, yukarıda yer verdiğimiz yargı kararlarında da ifade edildiği üzere, hastanın sağlık hizmetine erişim hakkını engelleyecek veya hastanın ödeyemeyeceği ağır bir maddi yük altında bırakacak şekilde kullanmamalıdır. Bu bağlamda sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği ile sağlık hizmetine erişim hakkı arasında makul bir dengenin gözetilmesi gerekir.

Komisyonun temel görevleri fiyat tespitine ilişkin olsa da istisnai sağlık hizmetleri ve yurt dışından temin edilecek ilaçlar bakımından Kurumca karşılanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesi noktasında da yetkileri mevcuttur. Komisyon yurt dışından temin edilecek ilaçları belirlemeye ilişkin yetkisini kullanırken tıpta hekimin tercihine üstünlük tanınması ilkesini gözetmelidir. Bu ilkenin göz ardı edilmesi, bir başka deyişle hekimin önceliğine ve inisiyatifine müdahale edilebileceğinin kabul edilmesi, aynı zamanda Kurumun bu yoldan sağlık hizmetlerinde, hizmet sunumu ve ilaç kullanımında sınırlayıcı ve kısıtlayıcı müdahaleler yapabileceğinin kabul edilmesi anlamına da gelmektedir. Bunun yanı sıra, istisnai sağlık hizmetlerine ilişkin düzenleme de (5510 s. K. m.73/f.4, GSSUY m.28) eleştiriye açıktır. Zira istisnai sağlık hizmetlerini belirlerken Komisyon tarafından hayati önemi haiz olmaması ve alternatif tedavi yönteminin bulunması gibi hususların dikkate alınması gerektiği ifade edilmiştir; ancak örnekseme yoluyla sayılan bu hususlar yeterince açık değildir. Oysaki bir sağlık hizmetin istisnai sağlık hizmeti olarak belirlenmesi hem Kurumca karşılanacak bedel hem de genel sağlık sigortalıları tarafından ödenecek ilave ücretler bakımından farklılık yaratmaktadır. İlgili düzenleme Komisyon hayati önem ölçüsünden yola çıkarak olağan sağlık hizmetlerini istisnai sağlık hizmeti olarak belirleme imkânı yaratmaktadır. Böyle bir yaklaşım ise sağlık hakkını etkisizleştirebilecektir.