



Araştırma Makalesi

Bir İlkel Birikim Stratejisi Olarak Yargı İctihatları: SGK Tarafından Karşılanmayan Tedavi Giderlerinin Dava Edilebilirliği

Aynur DEMİRLİ¹

ORCID 0000-0003-0352-067X

Öz

Bugün kanser hastalığı tüm dünyada hızla yaygınlaşırken, kanser tedavisinde sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim de şiddetle artıyor. Buna karşın kimi kanser türlerinin tedavisinde kullanımı tıbben yaygın biçimde tavsiye edilen ve hastalığın tedavisinde yaşamsal bir gereklilik oluşturan yüksek bedelli akıllı ilaçlar, hükümetin sınırsız bir takdir yetkisi çerçevesinde hazırladığı Sağlık Uygulama Tebliği kapsamına alınmadıkları gerekçesi ile sosyal güvenlik kapsamı dışında bırakılmaktadırlar. Bu uygulama neticesinde sağlık ve hatta yaşam hakkı alanında yaşanan ihlallerin önüne geçilmesi ise, yakın zamana kadar SGK'ya açılan ilaç bedeli tahsiline ilişkin davalar üzerinden sürdürülen hak mücadelesi yoluyla dahi olsa, bir biçimde mümkündü. Ancak SGK kapsamına alınmayan ilaç bedellerinin yargı yoluyla Kurum'a ödetilebilmesi, Yargıtay'ın yakın zamanda yaptığı içtihat değişikliğiyle fiilen imkânsız hale gelmiş; bu durum, sağlık hakkının bireysel hukuk mücadelesi yoluyla dahi devletin sorumluluk alanı içinde kabul edilmesini engelleyen bir etki yaratmıştır. Bu çalışmanın amacı; sözü edilen Yargıtay içtihat değişiminin, ilkel birikimin sürekliliği tartışmaları çerçevesinde, bir sermaye stratejisi olarak ele alınıp alınamayacağının tartışmaya açılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hakkı, İlkel Birikim, Metalaşma, Genel Sağlık Sigortası, Yargıtay İctihatları

1. Arş. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi, aynurdemirli90@gmail.com



Judicial Precedents as a Primitive Accumulation Strategy: The Enforceability of Treatment Costs Not Covered by the Social Security Institution

Abstract

Today, as cancer is rapidly spreading worldwide, the need for healthcare services in cancer treatment is also increasing dramatically. However, high-cost smart drugs, which are medically recommended for the treatment of certain types of cancer and are essential for the treatment of the disease, are excluded from social security coverage on the grounds that they are not included in the scope of the Health Implementation Communiqué prepared by the government within the framework of its unlimited discretionary authority. Until recently, it was possible to remedy the losses incurred in the area of health and even the right to life as a result of this practice, albeit through a struggle for rights pursued through lawsuits filed against the Social Security Institution for the collection of drug costs. However, the possibility of recovering the costs of medications not covered by the Social Security Institution through legal proceedings has become practically impossible due to a recent change in precedent by the Supreme Court of Appeals. This situation has created an effect that prevents the right to health from being recognized as falling within the state's sphere of responsibility, even through individual legal action. The aim of this study is to open up the debate on whether the aforementioned change in the Supreme Court's jurisprudence can be considered a capital strategy within the framework of discussions on the continuity of the accumulation of principles.

Keywords: Right to Health, Primitive Accumulation, Commodification, Universal Health Insurance, Supreme Court Precedents.

Giriş

Sağlık, toplumun tamamını ilgilendiren, yaşamsal öneme sahip kapsamlı bir sosyal politika alanıdır ve temel insan haklarının da başında gelmektedir. Pozitif bir statü hakkı olarak değerlendirilen sağlık hakkı; “toplumda sağlığı koruyucu koşulları” talep etme hakkı olarak tanımlandığı ölçüde, ulusal ve uluslararası temel insan hakları belgelerinde de devletin bu alandaki pozitif yükümlülüklerine vurgu yapılarak ele alınmaktadır (Kanadoğlu & Bozkurt, 2021). Buna karşılık 1980’ler itibarıyla hegemonik hale gelen neoliberal politika setleri kapsamında sosyal politika alanının finansallaşması süreçleri; sağlık hizmetleri başta olmak üzere, toplumsal yeniden üretime yönelik olarak sağlanan kamusal güvencelerin ortadan kaldırılmasına ve sosyal taleplerin tümüyle piyasalara terk edilmesine sebep olmuştur. Küreselleşme söylemi altında Türkiye’ye de dayatılan bu süreçlerle birlikte sağlık alanında yaşanan kolektif hak kayıpları, 2000’li yılların başlarında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gündeme gelmiş ve kamuoyunda hararetle bir muha-



lefet dalgasıyla karşılanmıştır. Tüm bu toplumsal tepkilere karşın, sağlığın metalaştırılmasına yönelik uygulanan kararlı politikalar neticesinde, sağlık hakkının korunmasına ilişkin devlet sorumluluğu, sistemli biçimde ortadan kaldırılmaktadır.

Bu çalışma, pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de Keynesyen refah devleti döneminde –en azından bir kısmı– meta ilişkilerinin dışına çıkarılmış olan sağlık hizmetlerinin yeniden metalaştırmaya başlanmasını, kapitalist üretim tarzına içkin bir kavram olarak ele alınacak olan ‘ikel birikimin sürekliliği’ tezi odağında değerlendirmeyi önermektedir. 1980’ler itibariyle devlet yönetiminde egemen bir paradigma haline gelen neoliberal politikaların; doğal kaynaklar ile kamuya ait ortak kaynakları ve bu kaynaklara erişim hakkı biçiminde beliren kamusal güvence altındaki sosyal hakları, piyasalara yeni yatırım olanakları sunma hedefinde metalaştırmaya girişmesi; hali hazırda akademik yazın içerisinde sermayenin yeni bir çitleme dalgası olarak değerlendirilmektedir. Buradan hareketle bu makalenin esas odağı ise, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmayan ilaç bedellerinin dava edilebilirliğini fiilen engellemiş bulunan Yargıtay’ın yakın zamanlı içtihat değişikliğinin, bir ikel birikim stratejisi olarak ele alınıp alınamayacağının tartışmaya açılmasıdır.

Türkiye’de sağlık sisteminin Dünya Bankası politika önerilerine uyumlu biçimde piyasalara terk edilmesi ve genel sağlık sigortası rejimi altında finansallaştırılması kapsamında; tedavi giderlerinin önemli bir kısmı temel sağlık güvencesi dışında bırakılmış ya da katılım bedeli talep edilerek kısmi ölçüde karşılanır hale gelmiştir. Sağlık güvencesinin tümüyle bireysel sorumluluk alanına bırakılması hedefinde ilerleyen neoliberal politika setleri, devletin bilhassa sağlık harcamaları alanında küçülmeye gitmesini ve sağlık alanında kamusal-özel sınırların aşınması dolayısıyla ortaya çıkan boşluğun ise özel sağlık sigortası fonlarının teşviki üzerinden giderilmesini salık verir. Buna karşılık, özellikle SGK tarafından karşılanmayan kimi kanser ilaçlarının bedellerini kurumdan tahsil etmek adına, SGK’ya karşı alacak davası açma yoluna gitmenin toplumda yaygınlaşmış bir pratik haline geldiği görülmektedir.

Her ne kadar sağlığın bir hak olması ile ancak talep edildiğinde ve yargı yoluna başvurulduğunda sağlanan bir hizmet haline dönüşmesi arasında derin farklar olsa dahi, özellikle SGK tarafından karşılanmayan kanser ilaçlarının bedellerini tahsil etmeye yönelik dava yoluyla bireysel bir hak arama mücadelesine girmenin toplumda yaygınlaşarak adeta kanserle mücadelenin yapısal bir parçası haline gelmiş olması dikkat çekicidir. Bir hak mücadelesi biçiminde yine kamusal sorumluluk alanına dahil edilen bu yaşamsal tedavi giderlerinin SGK tarafından ödetilmeye devam edilmesi ise, yukarıda da değinildiği üzere Yargıtay tarafından değiştirilen içtihat ile fiilen imkânsız hale getirilmiş durumdadır. Şu durumda Yüksek Mahkeme’nin sözü edilen yeni içtihadının, sermaye hareketine içkin biçimde değerlendirilmesi önerilen ikel birikim hareketi dahilinde bir strateji olarak kavranıp kavranamayacağı tartışmaya değer bir soru olarak ortaya çıkmaktadır. Sözü edilen bu tartışmanın yürütülebilmesi için bu çalışmada ilk olarak ikel birikimin sürekli-



liği tezi ve bu teze katkı sunan teorisyenler, ardından ise özellikle 2000'li yıllarda neoliberal gündemle uyumlu biçimde Türkiye'de uygulanan sağlık reformları ele alınarak kısaca serimlenecektir. Son olarak ise, Yargıtay'ın karşılanmayan ilaç bedellerinin SGK'ya ödetilmesi davalarında sergilediği ve bu konuya ilişkin önceki yıllardaki içtihatları ile bir hayli tutarsız olan yeni içtihadı bir ilkel birikim stratejisi olarak tartışmaya açılacaktır.

İlkel Birikim Hareketinin Güncelliği Üzerine Düşünmek

"(...) insanlar, ancak, bütün üretim araçlarından ve eski feodal düzenin kendilerine sağladığı bütün yaşama güvencelerinden yoksun bırakıldıktan sonra, kendi kendilerinin satıcıları durumuna gelir. Ve onların mülksüzleştirilmesinin öyküsü, insanlık tarihine kandan ve ateşten harflerle yazılmıştır."

(Marx, 2014: 688)

Marx *Kapital* I'nın ilkel birikim kavramını tartışmaya ayırdığı bölümünde (bkz. Marx, 2014: 686 vd.), burjuva ekonomi politikçilerinin 'doğal' bir geçiş süreci olarak ele aldıkları kapitalizmin doğuşuna ilişkin barış ve refah vadeden anlatılarını eleştirerek; kapitalist sermaye birikiminin gerçekte nasıl da fetih ve zora dayalı el koyma süreçlerinden geçmiş olduğunu etkileyici biçimde gözler önüne serer. Marx'a göre sermaye ilişkisini ortaya çıkaran süreç olarak ilkel birikim, esas olarak bağımsız üreticilerin zor yoluyla ücretli işçilere dönüştürülmesi anlamına gelir. Bu süreçte üreticiler, bir yandan serflikten ve lonca düzeninin kısıtlayıcı kurallarından özgürleşirken, öte yandan mülksüzleşerek feodal düzenin sağladığı tüm yaşamsal güvencelerden de mahrum bırakıldılar. Böylece hem üretim araçlarından hem de geçim araçlarından koparılmış oldular. Marx'a göre burjuva tarihçileri, bu dönüşümün yalnızca özgürleşme boyutunu vurgulamakta ve mülksüzleşme boyutunu ise, özellikle görmezden gelmektedir. Oysa ilkel birikim süreci; Avrupa'da köylülerin topraklarından koparılımları, kilise mülklerinin talan edilmesi, devlet arazilerinin çeşitli hilelerle ele geçirilmesi ve ortak kullanım alanlarının çitlemeler yoluyla özel mülkiyete tahvili süreçlerini içermektedir.

Marx ilkel birikim süreçlerinin, piyasanın süregelen ve sessiz zorunun yanı sıra işleyen, ekonomi-dışı ve genellikle de egemen sınıflarca devlet aygıtı aracılığı ile uygulanan bir zor aracılığı gerçekleştiğini ortaya koyar. Zaten ilkel birikimi sermayenin olağan birikiminden ayıran da tam olarak budur. İlkel birikim süreçlerine içkin olan bu ekonomi-dışı zora dayalı yöntemler ise *"her şey olabilir, ama saf ve temiz olmadıkları kesindir"* (Marx, 2014: 687). Üstelik sözü edilen bu ekonomi-dışı zorun muhatabı da muhtelif: topraklarından koparılan köylüler olabileceği gibi, sömürge topraklarındaki yerli halklar ya da buralara getirilen Afrikalı köleler de olabilir. Dolaysız üreticileri ücretli işçilere ve toplumsal geçim ve üretim araçlarını ise sermayeye dönüştüren bu geçiş sürecinde önemli işlevler üstlenen zor sahiden de çok çeşitli suretlerde ortaya çıkabilir: fetih ve boyunduruk altına alma



vasıtasıyla zorla el koyma şeklinde görülebileceği gibi, “toprak beylerinin halka ait toprakları kendi kendilerine hediye etmelerini” sağlayan müştereklerin çitlenmesine yönelik yasalar vasıtasıyla yani “*yağmanın parlamenter biçimi*” olarak da biçimlenebilir (Marx, 2014: 696).

Marx’ın ikel birikim anlayışı, 20. yüzyılın başlarındaki emperyalizm tartışması bir kenara bırakılacak olursa, literatürde yaygın olarak salt kapitalist üretim biçiminin ortaya çıkış sürecine içkin şekilde ele alınmış ve kapitalizmin kökeninde aranması gereken tarihsel bir olgu olarak değerlendirilmiştir (bkz. Fine, 2001: 444-445). Özellikle Maurice Dobb ve Paul Sweezy tartışmasının başını çektiği feodalizmden kapitalizme geçiş tartışmaları ve sonrasında da Brenner ekolü ile Dünya Sistemi yaklaşımının bu tartışmaya sundukları teorik katkılarda ‘ikel birikim’ kavramının sermayenin yeniden üretimi süreçlerine dışsal ve kapitalizmin tarihsel kökeni ile sınırlı olarak kullanıldığı görülmektedir (bkz. Aston & Philpin, 1995; Sweezy, ve diğerleri, 1978; Wallerstein, 2011). Fakat Marksist yazındaki bu genel eğilimin aksine, 20. yüzyılın başlangıcında Rosa Luxemburg (2003); ‘kapitalizmin en yüksek aşaması’ olarak emperyalizmi açıklarken analitik bir araç olarak kullandığı ikel birikim kavramı ile, ikel birikimin sürekliliği tezinin temellerini atmıştır. Marx’ın ortaya koyduğu kapitalizmin kriz eğilimlerinin, hammadde sömürüsü ve artı-değerin yeniden yatırımı süreçleri biçiminde, kapitalist olmayan bölgelerin sürekli olarak işgal edilmesini beraberinde getirdiğini ileri süren Luxemburg; böylelikle ikel birikimi, tarihsel olarak geride kalmış bir geçiş momentini olarak değil de sermaye birikiminin kalıcı ve yapısal bir ilişkisi biçiminde kavramış olur.

Neoliberalizmin zaferini ilan ettiği 1980’li yıllar ve sonrasına gelindiğinde ise ikel birikimin ‘tarihsel bir dönem mi olduğu’ yoksa sermaye ilişkisinde ‘yapısal bir unsur olarak mı bulunduğu’ tartışması alevlenecektir (Göztepe, 2014: 20). Bugün için gelişmiş kapitalist coğrafyalarda ortaklaşılabilir varlıkların el değiştirmesi, metalaştırma, işgücünün değersizleşmesi ve vasıfsızlaşması bakımından yeniden-işçileştirme ve yoksullaştırma politikaları dolayısıyla ‘ikel birikimin sürekliliği’ tezi faydalı bir tartışma zemini sunmakta; üstelik zorla el koyma süreçlerinin pre-kapitalist yapılarla sınırlı olmadığını göstermektedir (Özügür, 2014: 39). İkel birikimin sürekliliği tezi, Luxemburg’un emperyalist dönemin kurucu ve süreklilik arz eden bir özelliği olarak tartıştığı anlamıyla ikel birikim kavramını yeniden gündeme taşımıştır. Luxemburg’un kapitalizmin var olabilmesi için halihazırda kapitalist olmayan –yani dışarıda kalan– üretim biçimlerine muhtaç olduğu tespitinden hareketle David Harvey (2019), ikel birikim kavramını “mülksüzleştirme yoluyla birikim” başlığı altında yeniden tartışmaya sokacaktır. Harvey kapitalizmin genişlemiş yeniden üretimden doğan aşırı birikim sorunlarına bir çözüm olarak sistematik biçimde ‘el koyma yoluyla birikim’in kullanıldığını ileri sürmektedir. Buna göre, kapitalizmin 1973 yılı sonrasında girdiği kronik aşırı birikim krizini çözmenin bir yolu olarak yürürlüğe konan neoliberal politikalar; Marx’ın tasvir ettiği ikel birikim mekanizmalarından bazılarını, bugün geçmişe nazaran çok daha saldırgan biçimde harekete geçirmiş durumdadır (Harvey, 2019: 131). Neoliberal çağda ikel birikimin



aldığı biçimler; Harvey'nin (2019: 139) 'mülksüzleştirme yoluyla birikimin en ileri hali' olarak nitelediği kamulaştırılmış endüstrilerin özelleştirilmesinden, Marx'ın üreticilerin üretim ve geçim araçlarından şiddetle ayrılması olarak tanımladığı el koyma süreçlerinin hala devam eden örneklerine dek uzanır.

Harvey "mülksüzleştirme yoluyla birikim" kavramıyla, ilkel birikimi kapitalizmin krizlerini aşmak ve genişleme imkânlarını sürdürmek için sürekli olarak başvuru- lan bir strateji olarak ele alırken; Werner Bonefeld (2014) ise ilkel birikimi, sermaye- nin adeta varlık koşulu olarak konumlandırır. Bonefeld'in ilkel birikim analizleri, servetin sermayeye dönüştürülmesindeki temel mekanizma olan üretim/geçim araçlarından "ayırma" olgusunu daha geniş bir düzleme taşır. Ona göre bu süreç, yalnızca geçim araçları ve üretim etkinliklerinin toplumsal bağlamından koparıl- masını değil, genel anlamda insan etkinliğinin kendi koşullarından ayrıştırılmasını ifade eder. İlkel birikimdeki koparma ve kapatma dinamikleri, sermayenin genişle- yen yeniden üretiminde canlı emeğin nesnel koşullarından ayrılarak bağımsız bir değer biçiminde görünmesiyle içsel bir bağ kurar. İlkel birikimi sermayenin geniş- leyen birikim sürecindeki yerini "*durgunluk içindeki dinamizm*" olarak niteleyen ve böylelikle de bu iki süreç arasındaki ilişkiyi ardışık bir nedensellik ile değil de eşzamanlı bir bütünlükle açıklayan Bonefeld (2014: 85), ilkel birikimin sürekliliğini vurgulayan diğer yazarlar ile karşılaştırıldığında, daha radikal bir konumda dur- maktadır. Zira onun analizi, ilkel birikimi sermayenin tarihsel önkoşulu ve kurucu unsuru olarak ele almanın yanı sıra, kapitalist toplumsal ilişkilerin ancak ilkel bi- rikimin üretim/geçim araçlarından ayırma mantığını temel alarak gelişebileceğini ileri sürmektedir (Bonefeld, 2014: 83-84).

İlkel birikimin sürekliliği tezinin önemli temsilcilerinden bir diğeri olan Mas- simo De Angelis (2014) ise bu dinamiği toplumsal karşı-hareketler ve direniş im- kanları çerçevesinde ele alan stratejik yaklaşımıyla dikkat çekmektedir. De Ange- lis (2014: 104) ilkel birikimin 'sürekli' olan karakterini; Marx'ın "kapitalist ilişkinin çelişkili doğası" olarak tarif ettiği, Polanyi'nin ise "ikili hareket" olarak adlandırdığı, sermaye ilişkilerinin toplumsallığı parçalamaya dönük genişleme eğilimi ile top- lumun piyasa kurallarının uygulanmasından kendini korumak için duyduğu do- ğal arzunun sürekli birlikteliği üzerinden açıklamaktadır. Ona göre ilkel birikim süreçleri, yalnızca modern çitlemeler üzerinden değil, aynı zamanda toplulukların müşterekleri yeniden kurma ve kolektif olarak sahiplenme mücadeleleriyle birlikte değerlendirilmelidir. De Angelis'e (2014: 111-112) göre; ilkel birikimin çağdaş form- ları İngiltere'deki çitleme hareketi ya da Atlantik köle ticareti gibi erken kapital- ist birikim süreçlerinden farklı tarihsel bağlamlarda ortaya çıkmaktadır. Ancak bu farklılığa rağmen, söz konusu süreçlerin ortak yönlerini vurgulamak, Marx'ın işaret ettiği üzere, sermayenin toplumsal ilişkileri sürekli olarak yeniden yapılandırın karakterini anlamak açısından belirleyicidir. Günümüzde sosyo-ekonomik hak- ların önemli bir kısmı tarihsel sınıf mücadelelerinin ürünü olarak kazanılmıştır; fakat neoliberal yeniden yapılanma süreci, kapitalizmin 'altın çağı' olan refah döneminde kurumsallaşmış olan tam istihdam politikaları ve devletin vatandaşlık



bağı üzerinden sunduğu sosyo-ekonomik güvencelerden oluşan müştereklerin özelleştirme, piyasalaştırma ve kuralısızlaştırma yoluyla tasfiyesine yönelmiş durumdadır. Dolayısıyla neoliberal proje, geçmiş mücadelelerin kazanımı olan toplumsal müşterekleri hedef alarak, modern bir “yeni çitleme” biçimi altında ilkel birikimin sürekliliğini temsil etmektedir. Böylelikle De Angelis, mülksüzleştirme ve müşterekleştirme arasındaki diyalektik ilişkiyi kapitalizmin sürekliliği açısından merkezi bir gerilim hattı olarak ortaya koymaktadır.

Micheal Perelman (2000: 34) ise, sözü edilen bu ‘süreklilik’ tartışmalarına, ilkel birikimin esasen halkın kendi geçimini üretme kapasitesini tahrip ederek onları ücretli emek ilişkisine dahil olmaya zorladığı vurgusu ile dahil olmaktadır. İkel birikim hareketi bu bağlamda, salt ekonomik dönüşümleri değil, aynı zamanda eski yaşam biçimlerinin zor yoluyla yıkımını da anlatır. O halde insanların ücretli emek sistemine bağımlı olmaksızın, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek öz yeterliliklerinin ortadan kaldırılması, kişileri piyasadan giderek daha fazla yeni hizmet satın almaya ve bu hizmetleri karşılayabilmek adına daha fazla emek satmaya zorladığı ölçüde ilkel birikimin sürekliliğinden bahsedilmelidir. Perelman (2000: 36) doğrudan üreticilerin üretim araçlarından ayrılmalari ile, geçimlik araçlarından ayrılarak bu ‘hizmetleri’ piyasadan satın almaya zorlanmaları arasında bir fark olmadığını vurgulayan bir ilkel birikim kavrayışı önerir. Örneğin ABD’de insanların kalabalık kent mekanlarına sıkıştırılarak, evlerinde kendi çamaşırlarını yıkayacak genişlikte bir alandan yoksun kalışlarının, onları çamaşırhanelere mahkûm ettiği ölçüde kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneklerini de azalttığını tespit etmek mümkündür. Bu doğrultuda *“çamaşır yıkamak için bir çalışma alanına sahip olmamak, bir hanenin bir zamanlar kendi gıdasını yetiştirdiği araziye sahip olmasından farklı değildir. Her iki durumda da belirli bir üretim aracına sahip olma, ücretli ve ücretsiz emeğin karışımında bir değişiklik yaratır”* diyen Perelman’a (2000: 35) göre, modern hanelerin yaşamındaki bu yeniden yapılanma doğrudan ilkel birikimin güncelliğine işaret etmektedir.

İkel birikimin sürekliliği tezi çerçevesinde sunulan bu farklı teorik yaklaşımlar genel olarak değerlendirildiğinde; ilkel birikimin Marx tarafından ana hatlarının çizilmiş olduğu haliyle doğrudan üreticilerin mülksüzleşerek emeğin özgürleşmesi biçimi ile sınırlı olarak tarif edilmediği görülmektedir. Bunların yanı sıra, kişinin geçimlik araçlarından koparılması, toplumsal yeniden üretim koşullarının metalaştırılması ve gündelik yaşamın idamesinin nakit para gelirine bağımlı hale getirilmesi de ilkel birikim süreçlerinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilir (Özügürlü, 2014: 50). Bu çerçevede küreselleşme söylemi altında, 1970’li yılların yapısal krizlerinin ardından biçimlendirilen yeni birikim stratejilerinin refah devleti modelinin ‘sürdürülemez’ olduğu iddiasıyla gündeme soktuğu özelleştirme, deregülasyon, kamu harcamalarının kısılması ve işgücü piyasalarının esnekleştirilmesi gibi talepler; birer ilkel birikim stratejisi olarak değerlendirilebilmektedir. Nitekim önceki birikim modelinden kalmış olan eğitim, sağlık, barınma ve emeklilik gibi kamusal düzlemde örgütlenmiş alanları özelleştirilerek sermayenin



dolaşım alanına katmayı hedefleyen bu talepler; hem toplumsal yeniden üretimi metalaştırdıkları hem de refah devletinin kurumsallaştırdığı bu müşterek alanları ekonomi-dışı zor kullanmak suretiyle piyasanın tahakkümüne açmış oldukları için birer ilkel birikim stratejisi olarak değerlendirilmeye uygundurlar. Dolayısıyla Türkiye’de 1980 sonrasında tartışmaya açılan fakat esas dinamizmine 2000’ler itibariyle kavuşan sağlık hakkının metalaştırılması yönündeki neoliberal tasavvur ve buna uygun gerçekleştirilen yasama faaliyetleri, Marx’ın (2014: 696) tabiri ile bir ilkel birikim yöntemi olarak “yağma”nın aldığı farklı görünümünün örnekleri olarak değerlendirilebilir.

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması:

Toplumsal Yeniden Üretimin “Çitlenme”si

1980’lerden itibaren tüm dünyada, refah rejimleri altında kamusal bir nitelik kazanmış olan sağlık, eğitim ve konut gibi sosyal politika alanları hızla piyasaya açılarak metalaştırıldı. Neoliberal söylem içerisinde adeta teolojik bir inanç olarak tekrarlanan “devletin sınırlandırılması” hedefi çerçevesinde yeni kamu işletmeciliği anlayışının eşlik ettiği bu dönüşüm; kamusal niteliği hızla aşınan sosyal hizmetlerin daha ‘verimli’, ‘etkin’ ve ‘etkili’ sunulacağı şeklindeki özel sektör değerleriyle kamuoyuna tanıtıldı. Neoliberalizme içkin bu “devlet müdahalesini sınırlandırma” söylemi; bir önceki birikim rejiminde kamusal düzeyde yurttaşlık ilişkisine içkin olarak düzenlenen sosyal politika alanlarına saldırgan müdahalelerde bulunulması, bu sektörlerin finansallaşmaya açılması ve emekçi sınıfların piyasa bağımlılıklarının arttırılması şeklindeki ilkel birikim süreçlerine bir paravan olarak kullanılmıştır. Nitekim Hayek’ten büyük ölçüde etkilenmiş olan neoliberal söylemin taşıyıcıları, katı bir bireyciliğe dönüş merkezinde kamu eliyle gerçekleştirilen düzenlemelerin kaldırılması ve müşterekleştirilmiş bir alan olan sosyal korumanın ise özelleştirilmesi gerekliliğini savunmaktadırlar. Neoliberalizmin sağlık sistemlerini dünya genelinde radikal bir dönüşüme zorladığı bu sürecin yanı sıra; artan işsizlik, çalışma koşullarının kötüleşmesi, gıda güvenliği, çevre, tarım, kentleşme ve beslenme gibi alanlardaki mevzuatların esnekleştirilmesi gibi faktörler de toplumsal sağlığın bozulmasında ciddi etkiler yaratmıştır (Gönç, 2017).

Bu süreçte sağlık hizmetlerinin de örgütlenme, sunum ve yönetiminde kamunun rolü yeniden tasarlanmış ve sağlık alanında egemen temel hizmet ilkeleri radikal biçimde değişime uğramıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kademeli olarak devletin sorumluluk alanı dışına taşınması, neoliberal ekonomi politikalarının bir sonucu olarak 1980’ler itibariyle “sağlık reformları” başlığı altında dile getirilmeye başlanmışsa da; bu dönüşüm talepleri esas olarak AKP’nin iktidara gelişinin hemen ardından 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile karşılanacaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlığın finansmanı ile sunumunun birbirinden ayrılması ve finansmanın genel sağlık sigortası üzerinden karşılanması, devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğunun azaltılması ve sağlık emekçilerinin mümkün olduğunca sözleşmeli personel olarak çalıştırılması şeklinde özetlenebilecek üç ayak üzerine



kuruludur (Pala, 2017: 45). Dünya Bankası reçeteleri ile son derece paralel çizgideki bu reform paketi ile sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık emekçilerinin istihdamı devlet sorumluluğundan çıkarılarak mümkün olduğunca serbest piyasalara terk edilmiş olur (Yaşar, 2017: 103). Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerindeki yeni rolünün “kürek çeken değil balık tutan bakanlık” olarak tanımlanmasından da anlaşılacağı üzere, Bakanlık açıklanan bu reform programı ile artık sağlık hizmetlerinin sunumunda yalnızca ‘planlayıcı’ ve ‘denetleyici’ roller üstleneceğini duyurmaktadır (Ulutaş, 2011: 175). Sağlık hizmetlerinin neoliberal paradigma çerçevesinde kökten yeniden yapılandırılmasını hedefleyen bu reform paketini daha sonraki yıllarda kamu-özel ortaklığı çerçevesinde kurulan şehir hastanelerinin inşası izleyecektir (bkz. Kayaduvar, 2023).

2003 yılında kamuoyuna duyurulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Bankası tarafından önerilen sağlık reformu stratejisinin temellerinden biri olan “zorunlu evrensel sosyal sağlık sigortası ve isteğe bağlı tamamlayıcı özel sigorta” unsurunu hayata geçirmektedir (Pala, 2017: 49). Nitekim sağlık reformu kapsamında 2006 yılında çıkarılan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası ile o zamana değin SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı olarak üç ayakla yürütülen sosyal güvenlik Türkiye’de ilk kez tek çatı altında toplanır. Aynı yıl çıkarılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile ise, ülkedeki tüm emeklilik ve sağlık finansmanı modeli kökten değiştirilir. Bu kanun ile tüm vatandaşların zorunlu olarak dahil olacakları, prim toplamaya dayalı, güvence kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin temel bir teminat paketi ile belirlendiği ve bu hizmetlerden faydalanabilmek için kullanıcıların katkı payı ödemesi gereken Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulur. Böylelikle kamusal sigortacılık sistemine cepten ödemeleri, katkı paylarını ve farkları da eklemleyen karma bir finansman modeli kurulmuş olur (Kayaduvar, 2023: 124).

GSS uygulaması açısından, daha önce sigortalı olarak çalışan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma koşullarında esaslı bir değişiklik olmamıştır; bu kişiler prim ödemeye devam ettikleri sürece sigortalılık statülerini korumaktadırlar. Ancak, herhangi bir zorunlu sigorta kapsamına daha önce dâhil olmayan bireyler açısından sistem yeni yükümlülükler getirmektedir. Bu kişilerin gelir düzeylerine göre belirlenen primleri kendilerinin ödemesi gerekmekte, böylece GSS’den yararlanabilmeleri doğrudan prim ödeme kapasitelerine bağlanmaktadır. Öte yandan, sağlık sigortasından yararlanmanın ön koşulu olarak prim borcunun bulunmaması gerekmektedir ki; özellikle düşük gelirli haneler açısından sorun tam da bu noktada ortaya çıkar (Koray, 2020: 184). Kişi başına düşen gelirin asgari ücretin üçte birinin altında olması yoksulluk sınırı olarak kabul edilerek, bu sınırın hemen üzerinde yer alan bireyler yoksul kategorisinin dışında tutulmakta ve prim ödemelerini kendilerinin karşılaması beklenmektedir. Oysa bu gelir düzeyinde yaşayan kesimlerin, temel ihtiyaçlarını karşılamakta dahi zorlandıkları açıktır. Benzer biçimde Bağ-Kur kapsamında çalışan fakat prim borçlarını ödeyemeyenler ile tarım, inşaat ve küçük esnaf gibi sektörlerde geçici ya da yevmiyeli olarak çalışanla-



rın önemli bir bölümü sigortasız ya da düzensiz sigortalı statüsünde yer almakta, bu da GSS kapsamı dışında kalan geniş bir nüfus kesiminin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Koray, 2020: 185). Dolayısıyla GSS sistemi, söylemsel düzeyde bir evrensellik iddiasında bulunuyor olsa da, fiiliyatta prim ödeme gücüne dayalı yapısı nedeniyle geniş halk kesimlerini sağlık hizmetlerine erişim açısından dışlayıcı bir etki yaratır. Hatta öyle ki 2026 yılı itibariyle Genel Sağlık Sigortası prim borcunu ödeyemeyen 10 milyon vatandaşın sağlık güvencesinden tümüyle yoksun kalacağı tahmin edilmektedir (Cumhuriyet, 2025).

Türkiye’de küresel eğilimlere paralel olarak sosyal güvenlik rejiminde de yaşanan bu köklü dönüşüm neticesinde, sağlık hakkının kolektif-sosyal içeriğinin ağır bir tahribat geçirdiğini ileri sürmek mümkündür. Her ne kadar Türkiye’de hiçbir zaman tüm yurttaşları kapsayan ve giderleri vergiler üzerinden karşılanan, yani tümüyle meta ilişkileri dışına çıkarılmış bulunan bir sosyal güvenlik rejiminin varlığından söz edilemese dahi (Koray, 2020: 180); yaşanan bu neoliberal karşı saldırı sonrasında mevcut “yarı-sosyal refah devleti” de tümüyle ortadan kaldırılmış olur (Özdemir & Yücesan-Özdemir, 2011: 70). Özellikle 2000’li yıllarda kapsamlı olarak hayata geçirilen sağlık ve sosyal güvenlik alanlarındaki reformlardan sonra, özel sektörden ilaç alımı ya da sosyal hizmetlerin özelleştirilmesi gibi metalaştırma süreçlerini hızlandıran politika tercihleri sebebiyle Türkiye’deki refah rejiminin “*asgarici neoliberal bir refah rejimine*” dönüştüğü ileri sürülmektedir (Eder, 2010). Bu süreçte sağlık sektörü özel sermaye için karlı bir yatırım alanı haline getirilirken, sağlığa ayrılan kamu kaynakları da ‘tahsisle verimlilik’ gibi gerekçelerle azaltılmış ve böylelikle hane halkı tüketim harcamaları içerisinde sağlığın payı düzenli olarak artar hale gelmiştir (Yaşar, 2017: 137). Nitekim Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik cepten yapılan harcamaların oranının 2022 yılında %19’un üzerine çıkarak, 2003 yılında gerçekleştirilen sağlık reformu öncesindeki oranların seviyesine yükselmiş olması (Dünya Bankası, 2022); sağlık alanında yaşanan metalaşmanın bir çıktısı olarak okunabilir.

Sözü edilen neoliberal içerikli sağlık reformları ile sağlık hizmetleri sadece piyasalaştırılmamış, aynı zamanda da finansallaştırılmıştır. Böylelikle özel sağlık sigortaları, ilaç şirketleri ve yatırım fonları sağlık alanını kâr amaçlı birikim için yeni bir yatırım sahası haline getirirken; yurttaşların sağlığa erişimi doğrudan finans piyasalarının dalgalanmalarına ve ödeme kapasitesine bağımlı kılınır. Refah devleti döneminde sahip olunan ve işçi sınıfının pazarlık gücünü arttıran sağlık güvencelerinin piyasa şartlarına tabii kılınması ise, emekgücünün yeniden disipline edilmesinin yöntemlerinden biri olarak karşımıza çıkar. Dolayısıyla refah devleti döneminin kazanımları olarak sağlık hizmetlerinin kamusal finansmanı, hizmetlere eşit erişim gibi alanların çözülmesi ile sağlık; bir hak olmaktan çıkarak ücretli emek ve borç ilişkisine bağımlı hale getirilmiş olur. Bu bağlamdan bakıldığında refah devletine yönelik bu saldırı, klasik çitleme hareketleri aracılığıyla köylülerin ücretli emek gücü olmaya zorlanmalarından çok farklı



değildir. Nitekim neoliberal küreselleşme tahakkümü altında gerçekleşen de bireylerin kamu hizmetleri ve sosyal haklarından koparılarak benzer şekilde piyasa disiplininin merhametine terk edilmeleridir.

Sağlıkta piyasalaşma süreciyle birlikte sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi ve hizmet sunumunun finansman mekanizmalarından ayrıştırılması sonucunda, SGK hizmetlerin alıcısı konumuna gelirken, hastaneler sundukları hizmetin bedelini SGK'dan tahsil eden kurumlara dönüştürülür. Bu dönüşüm, sağlık sistemini iki kutuplu bir yapı haline getirir: Bir yanda mali disiplini sağlamak, usulsüz işlemleri engellemek ve harcamaları azaltmak amacıyla hareket eden SGK; diğer yanda ise gelir-gider dengesini korumak ve mümkünse SGK'dan en yüksek tahsilatı gerçekleştirerek kâr elde etmek isteyen hastaneler bulunmaktadır (Kayaduvar, 2023: 171). Bu yeni işleyiş çerçevesinde SGK ile Hazine ve Maliye Bakanlığı, sağlık hizmetlerine ilişkin ödemelerin kapsamını, koşullarını ve sınırlarını ayrıntılı biçimde belirleyen bir dizi düzenleme yayımlamıştır. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Bütçe Uygulama Tebliği (BUT), bu bağlamda temel olarak sağlık harcamalarını kontrol altına almak ve sistemdeki mali "kaçakları" önlemeyi hedeflemektedir. Ancak bu tebliğler aynı zamanda, hastaneleri gelir maksimizasyonu ve maliyet minimizasyonu doğrultusunda davranmaya zorlar. Hastaneler, zarar etmemek için SUT ve BUT hükümlerine uygun şekilde işlem yapmakta; kimi zaman da bu tebliğlerde görece daha yüksek geri ödeme tutarına sahip işlemleri önceliklendirmektedir. Ayrıca bu yapı, tıbbi karar alma süreçlerini mali rasyonaliteye tabi kılmakta, hekimlerin teşhis ve tedavi pratiklerinde önemli kısıtlar yaratmaktadır. Zira SGK tarafından finanse edilen hizmetlerin kapsamı, tedavi yöntemleri ve ilaçların ödeme koşulları bu tebliğlerle belirlenmiştir. İlaç ödemeleri yalnızca belirli tanı kodlarıyla ilişkilendirildiğinden, hekimler reçete ettikleri ilaçların bedelinin karşılanabilmesi için bazen tanıyı bu kodlarla uyumlu hale getirmek zorunda kalmaktadır. Sonuç olarak SUT ve BUT, sağlık hizmetlerinin tıbbi mantıktan ziyade finansal ve idari mantık çerçevesinde düzenlenmesine yol açarak, hekimlerin mesleki özerkliğini önemli ölçüde daraltmıştır (Ulutaş, 2011: 180).

Bu dönüşüm, sağlık alanındaki ilkel birikim süreçlerinin kurumsal düzeyde aldığı biçimi gözler önüne serer. SUT ve BUT, yalnızca mali disiplini sağlamayı amaçlayan teknik düzenlemeler değil, aynı zamanda sağlık hizmeti üretimini piyasa mantığına tabi kılan kurumsal çitleme araçlarıdır. Bu çerçevede sağlık hizmeti, kamusal bir hak olmaktan çıkarak finansal performans göstergeleriyle ölçülen bir meta haline gelmiştir. Hastaneler, "toplumsal müşterek" niteliğindeki sağlık hizmetlerini kâr-zarar hesabı temelinde organize ederken, yurttaşların bedenlerinin yanı sıra, hekim emeği de bu metalaşma sürecine dahil edilir. Hatta kimi hastalıkların hekimlerce gerekli görülen tedavi yöntemleri, fiyat-performans hesaplamaları dolayısıyla sağlık güvencesinin temel teminat paketleri haricinde bırakılır. Çizilen bu tablonun da ortaya koyduğu üzere; Türkiye'de sağlık hizmetleri ile finansmanını birbirinden ayıran sağlık reformu sadece "primini ödeyebilen" yurttaşın sağlık



hizmetlerine erişim sırasında “katkı payı” da ödemek koşuluyla ve kapsamı ancak “temel teminat paketi” ile sınırlı olmak üzere, sağlık hakkına erişimine müsaade etmektedir (Pala, 2017: 69). Asgari ücretin üçte birinden fazla geliri olan herkesin ancak prim ödemekle dahil olabildiği bu ‘genel’ sigorta sistemi nüfusun çok önemli bir bölümünü tümüyle sağlık güvencesinden mahrum şekilde yaşamaya mahkûm ederken; GSS sistemine dahil olabilen yurttaşlar için de sağlık hizmetlerinin kapsamı sağlık gereksinimlerine göre değil de SUT ve BUT isimli tebliğler aracılığıyla maliyet sınırlama politikalarına göre şekillendirilir. SUT ve BUT tarafından çizilmiş olan bu sınırların hastaların sağlık hakkına erişimini engelleyici biçimde çizilebiliyor oluşu, söz konusu sağlık reformu uygulamaya konduğu tarihten bugüne sağlık ve yaşam hakkının korunması odağında önemli tartışma başlıklarından birini oluşturmaya devam etmektedir. Nitekim SUT kapsamına alınmadığı için bedelleri SGK tarafından karşılanmayan kanser ilaçlarına yönelik yıllardır sürdürülen hukuk mücadelelerinin öyküsü de tam olarak burada başlar.

İlaç Bedellerinin Karşılanmasında Yargıtay İçtihatlarının Dönüşümü:

Ekonomi-Dışı Bir Zor Aracı Olarak Hukuk

Türkiye’de prim borçlarını ödeyemedikleri için her türlü sağlık güvencesinden mahrum biçimde yaşayan kesimler bir tarafa; GSS kapsamında sağlık güvencesine ödedikleri primler ve katkı payları yoluyla hak kazanmış olan bireyler açısından da erişilen sağlık güvencesinin sınırları, tedavi için hekim tarafından uygun görülen tedavi yönteminin, SUT isimli tebliğ kapsamında yer alıp almadığına göre belirlenmektedir. Özellikle kanser hastalığı teşhisi almış olan hastaların, hastalığın tedavisinde kullanımının tıbben ve fennen gerekli olduğu kanaatiyle reçete edilmiş olan kimi ilaçlara, sadece bu ilaçların SUT EK- 4/A listesi kapsamında -yani SGK tarafından bedeli ödenecek ilaçlar listesi kapsamında- yer almıyor oluşu dolayısıyla erişemiyor olmaları yıllardır ülkede süregiden bir hukuk mücadelesine kaynaklık etmektedir².

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürürlüğe girmiş olan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu “*finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi*” başlıklı 63. maddesinde kişilerin hastalanmaları halinde SGK tarafından karşılanacak olan tedavi süreçlerini; hekim tarafından yapılacak muayene ile başlayan ve hekimce lüzumlu görülen tüm teşhis araçları ile tedavi yöntemlerini kapsayacak biçimde düzenlemiştir. Ancak bunu izleyen ve çokça ihtilafa sebep olan 64. maddede GSS kapsamı dışında bırakılan tedaviler sayılırken; estetik amaçlı sağlık hizmetleri, geleneksel/alternatif tıp uygulamaları, yabancı ülke vatandaşlarının GSS kapsamına dahil olmadan önceki kronik hastalıkları ve son olarak da “63. maddeye göre yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı

2. SUT kapsamında bedeli ödenecek ilaçlar listesinde bulunmamasına karşın, kanser tedavisinde hekimler tarafından yaygın şekilde reçete edilen Tecentriq, Keytruda, Opdivo, Verzenio, Lenvima, Spreycel, Cynamza, Yervoy gibi ilaçların SGK tarafından finansmanının karşılanmadığı kaydedilmektedir (Esemen, 2022: 756).



dışında bırakılan sağıık hizmetleri” SGK’nın sorumluluk alanı dışında bırakılmaktadır³. Belirtilen son fıkra ile 5510 s. Kanun, genel bir kural olarak vazettiğı karşılanacak tedaviye ilişkin “hekim tarafından lüzum görölme” kıstasını adeta yok saymakta ve tümüyle hekim kontrolünde yürütölmesi gereken bu süreci doğrudan SGK’nın müdahalesine açık hale getirmektedir. Bir ilacın hekimlerce lüzumlu görölmesine karşı SGK’nın SUT kapsamına almadığı gerekçesi ile bedelini ödemeyi reddetmesinden ileri gelen hukuki uyuşmazlıkların temelini oluşturan bu madde, literatürde de 5510 s. Kanun’un hekimin öncelik ve inisiyatifine SGK tarafından hiçbir tıbbi gerekçe olmaksızın müdahale ve kısıtlamanın önünü açtığı için tartışmalı bulunmaktadır (Güzel, Okur, & Caniklioğlu, 2021: 831). Nitekim sözü edilen bu madde ile, 5510 s. Kanun’un GSS kapsamına alınan teşhis ve tedavi yöntemlerine ilişkin getirdiğı genel kural ihlal edilmiş olmakta ve Kanun hukuki olarak tutarsız bir içerik kazanmaktadır. Üstelik uygulanacak olan tedavi yönteminin sınırlarının SUT tarafından çiziliyor oluşu, tıpta hekimin tercihlerine üstünlük tanınması ilkesi ve tıbbi deontolojiden kaynaklanan sorumluluklarla uyuşmadığı ölçüde de eleştiri konusu olmaktadır (Kabakcı, 2022: 1772).

SUT kapsamında sayılmayan her türlü tedavi giderini SGK’nın sorumluluk alanından çıkaran bu hükmün yasama faaliyetleri sırasında da TBMM komisyon raporlarında; “Sosyal Güvenlik Kurumuna, finansmanı sağlanacak ürün, malzeme ve ilaçlar ile tanı ve tedavi yöntemleri gibi sağıık hizmetlerinin belirlenmesinde sınırsız bir yetki tanındığı, bu nedenle hekimin vereceğı sağıık hizmetlerinde te-reddüte düşeceğı ve hastanın nitelikli bir hizmet almasının mümkün olamayacağı” gerekçesi ile çekinceli bulunduğu görölür (bkz. TBMM S. Sayısı: 113: 16). Fakat söz konusu maddenin gerekçesi yapılan tıbbi tedavilerin “mali etkililik ve verimlilik gibi yönlerden ele alınarak yapılan değerlendirme sonucunda” ödeme kapsamına alınması gerektiğini vurgulamakta (TBMM S. Sayısı: 113: 6); yani sağıık hakkına ilişkin getirilen sınırlamanın tek hedefinin maliyet kontrolü olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

SGK, özellikle 2007 yılı sonrasında artan sağıık ve ilaç harcamalarını azaltmak

3. 5510 s. Kanun’da finansmanı sağlanmayacak sağıık hizmetlerinin düzenlendiğı 64. Maddesine (d) fıkrası olarak eklenen “63. maddeye göre yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda Kurumca finansmanı sağlanacak sağıık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağıık hizmetleri” biçimindeki bu hüküm, aslında kanun metninin orijinalinde yer almamaktadır; 2012 tarih ve 6270 sayılı bir torba yasa ile 5510 sayılı Kanun’a sonradan eklenmiştir. Söz konusu kanun değişikliğinden önceki dönemde de Sağııkta Dönüşüm Programı kapsamında yukarıda da değinildiğı üzere, SUT ve BUT uygulamaları çerçevesinde SGK’nın mali açıdan kontrol altına alınmasına yönelik siyasa hayata geçirilmişti. Fakat SUT kapsamında olmadığı için SGK tarafından karşılanmayan tedavi ve ilaç giderlerinin Kurum’a ödetilmesi bahsiyle bu dönemde açılan davalar sonucunda Danıştay ve Yargıtay’ın sağıık hakkının yaşam hakkı ile olan ilişkisini vurgulayarak SUT’ta geçmeyen tedavi, ilaç ve cihaz bedellerinin SGK tarafından ödenmesi gerektiğı yönündeki içtihatları SUT’un uygulanma alanını daraltmış gibi görünmektedir (Kabakcı, 2022: 1780). Nitekim Yüksek Mahkeme kararlarında 5510 s. Kanun kapsamında tanınmış olan tedavi hakkının bir tebliğ ile ortadan kaldırılmasına imkân bulunmadığına hükmedildiğı, yani normlar hiyerarşisi dolayısıyla SUT’un Kanun hükümlerinin uygulanmamasına gerekçe olarak gösterilemeyeceğıne karar verildiğı görölmeaktadır (bkz. Y10HD, E. 2014/25789 K. 2015/3636). Sözü edilen bu yargısal denetim, hükümeti SUT çerçevesinde uygulamaya koymak istediğı mali sınırlamaya kanun metni içerisinde bir yasal dayanak oluşturmaya ve söz konusu fıkrayı 5510 s. Kanun metni içerisine yerleştirmeye yönelmiş gibi görünmektedir.



adına etkisi giderek artırılan bir seri maliyet kontrol politikasını gündemine almıştır (Eren-Vural, 2015: 142). Kurum tarafından geri ödenecek ilaçları içeren pozitif listelerin sırf maliyet gerekçeleri göz önünde tutularak oluşturulması da bu kontrol yöntemlerinin başında gelmektedir. Nitekim özellikle neoliberal dönemde gelişim gösteren fikri mülkiyet hakları rejiminin sebep olduğu siyasa değişiklikleri, ilaç sanayii özelinde geniş halk kitlelerinin teknoloji-yoğun ve yüksek kâr marjı getiren AR-GE çalışmaları ile üretilmiş yeni nesil ilaçlara erişimi önünde ciddi bir engel teşkil etmektedir (Eren-Vural, 2015: 128). İlaç ürünlerine yönelik fikri mülkiyet hakları rejiminin bu süreçte güçlendirilmesi, özellikle Türkiye gibi yeni ilaç formülleri geliştirme kapasitesi sınırlı olan gelişmekte olan ülkeler açısından, küresel sermaye taleplerinin halk sağlığının önünde konumlandırılması anlamına gelmektedir.

Neoliberal mali kemer sıkma politikalarıyla şekillendirilmiş SGK'nın yüksek bedelli kimi tedavi araçlarını güvence kapsamı dışında bırakmasından kaynaklanan ve sağlık hakkı ihlallerine sebep olan bu toplumsal çelişki; Türkiye'de uzun yıllardır hukuki uyuşmazlık görünümü altında, Anayasa Mahkemesi'nin sağlık hakkı bağlamında pek çok kararına konu olduğu gibi, her sene yenilenen SUT'a karşı Danıştay'da açılan iptal davaları ve Yargıtay'ın önüne getirilen sağlık harcamalarının tahsiline ilişkin alacak davaları ile bir hukuki içtihat külliyatı oluşmasına sebep olmuştur. Sözü edilen bu hukuki uyuşmazlıkların uygulamada izlediği yol kısaca özetlenecek olursa; ilk olarak, SUT kapsamında olmadığı için hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacın eczane ya da hastane tarafından temini esnasında SGK'ya fatura edilemediği ve bedeli hasta yahut hasta yakınlarınca karşılanarak alınması durumunda da ilaç bedeline ilişkin faturanın şahsa kesildiği görülmektedir. Genellikle düzenli kullanım gerektiren bu ilaçların kullanılmaya devam edilebilmeleri adına hasta ve hasta yakınlarının, karşılanmayan ilaç bedelinin ödenmesi talebiyle SGK'ya başvurmaları⁴ ve bu başvuru talebinin SGK tarafından reddedilmesi⁵ ise bu sürecin ikinci basamağını oluşturur. Ardından ise, SUT kapsamında karşılanmayan bu ilaç bedelinin hiçbir kesinti yapılmaksızın ve tedavi süresi boyunca SGK tarafından karşılanması ile halihazırda davacıların ödemiş oldukları ilaç bedellerinin tahsili istemine ilişkin olarak dava açılmaktadır. Sigortalı, sigor-

4. 7036 sayılı İş Mahkemeleri Kanunu'nun 4. maddesinde özel olarak belirtildiği üzere; SGK aleyhine açılan, hizmet tespit davaları hariç, tüm davaların açılmasından önce Kurum'a başvurma zorunluluğu getirilmiştir. Ancak Kurum'a yapılan başvurunun 60 günlük süre içerisinde reddedilmesi yahut Kurum'un sessiz kalması üzerine mahkemeye başvuru yapılarak dava açılabilir. SGK'yı mümkün mertebe açılması muhtemel davalardan korumak amacıyla getirildiği anlaşılan bu hükmün uygulamada zaten adalete erişimi engelleyici etkiye sahip olan uzun yargılama sürelerini daha da uzatmak dışında bir etkisinin olup olmadığı tartışmalıdır.

5. Süregelen davalarda SGK'nın ilaç bedellerinin tahsili için yapılan başvuruları genellikle Anayasa'nın 65. maddesi çerçevesinde finansal ölçüt kavramına dayanarak reddettiği görülmektedir (Tabak, 2024: 120). Anayasanın 65. maddesi "Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir" hükmünü barındırmakta ve dolayısıyla idarenin anayasal olarak güvence altına almış olduğu yaşam hakkını korumak adına gerçekleştirilmesi gereken pozitif edimleri gerçekleştirmemesinde hukuki bir dayanak sağlamaktadır.



tadan yararlanan ya da sigortalının mirasçıları tarafından SGK'ya karşı açılabilen bu dava; 1 Mayıs 2008 tarihinden önce Emekli Sandığı mensubu olanlar haricinde-ki tüm çalışanlar -işçi, memur ya da bağımsız çalışan gibi bir ayırım yapılmaksızın- adli yargı kolu içerisinde yer alan iş mahkemelerinde açılacaktır⁶.

Her ne kadar SGK ile yaşanan her türlü uyuşmazlıkta yetkili merci, 5510 s. Kanun'un 101. maddesinde adli yargı kolu içerisinde yer alan iş mahkemeleri olarak belirlenmiş olsa dahi; sosyal güvenlik hukuku çerçevesinde kurulan sigortalılık il-işkisi açıkça devletin taraf olduğu ve normları idari otoriteler tarafından belirlenen bir ilişki olduğundan, esasında kamu hukuku prensiplerinin geçerli olduğu bir alan olarak değerlendirilir (Güzel, Okur, & Caniklioğlu, 2021: 69). Nitekim Anayasa'nın 60. maddesinde idarenin sosyal güvenliği sağlamak adına gerekli tedbirleri almak ve teşkilatı kurmakla yükümlü kılınmasına karşın tüm yurttaşların sosyal güvenlik hakkının güvence altına alınması; sosyal güvenlik hukukunun kamusal veçhesini ortaya koymaktadır. Sosyal güvenlik hukukunun kamusal yönüne ilişkin çizilen bu çerçeveyi SGK ile yaşanan uyuşmazlıkları bir temyiz mahkemesi olarak ele alan Yargıtay'ın eski tarihli kararlarında izlemek mümkündür.

Yargıtay'ın sağlık hakkının korunmasına ilişkin verdiği görece olarak daha eski tarihli kararlarında; Türkiye'nin taraf olduğu sağlık, yaşam ve sosyal güvenlik hak-larını güvence altına alan uluslararası antlaşmalar ile Anayasanın ilgili hükümlerine atıfla; idarenin SUT isimli tebliği referans göstererek SGK kapsamında sigortalı bulunan kişilerin tedavilerinde gerekli görülen ilaç, protez ve cihazların finans-manını üstlenmekten kaçınamayacağını tespit ettiği görülür. Örneğin Yargıtay SUT kapsamında olmamasına karşın, hekimlerce yaşamsal öneme sahip bulunan ilaç salınımlı stentlerin Kurum'ca finanse edilmesi yönündeki istikrar kazanmış kararlarında; SUT dolayısıyla "*insan yaşamının kutsallığı ve temel insan hakların-dan olan, sosyal güvenlik hakkının özüne dokunacak sınırlamalar getirilemeyece-ği*" hususunu vurgulamaktadır (bkz. Y10HD., E. 2011/935 K. 2011/3828; Y10HD., E. 2011/934 K. 2011/1471; Y10. HD., E. 2009/12250 K. 2011/1060; Y21HD., 10/12/2013, E. 2012/20134, K. 2013/23480). Benzer biçimde SGK tarafından SUT kapsamı ha-rici bulunduğu için ödemesi yapılmayan protez masraflarının Kurum tarafından ödenmesine hükmeden Yüksek Mahkeme'nin, sosyal hukuk devleti ilkesi gereğin-ce SUT sınırlarını, kişilerin "*sağlığını kazanması ve tedavi için gerekli*" olan har-camalar ile genişlettiği görülmektedir (bkz. Y10HD, E. 2014/25789 K. 2015/3636).

6. Sağlıkta Dönüşüm Paket çerçevesinde o zamana değin SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı olarak üç ayakla yürütülen sosyal güvenlik, SGK altında birleştirilmiş ve ortak bir mevzuatla düzenlenmiştir. Fakat Anayasa Mahkemesi; 5510 s. Kanun'un o zamana değin kamu hukuku kurallarına bağlı olarak yürütülen Emekli Sandığı mensuplarının sosyal güvenlik kapsamındaki haklarının, kendileriyle aynı hukuksal konumda bulunmayan işçi ve Bağ-Kur'lularla bir fark gözetilmeden aynı sisteme tabi kılan tüm hükümlerini kazanılmış hakkın kaybı olarak değerlendirerek; bu hükümleri sadece memurlar ve diğer kamu görevlileri yönünden iptal etmiştir (bkz. AYM GK, E. 2006/111 K. 2006/112). Dolayısıyla Anayasa Mahkemesi'nin söz konusu kararından sonra 5510 s. Kanun'da gerekli değişikliklerin yapılması için çıkarılmış olan 5754 s. Kanun'un yürürlüğe girdiği 1 Mayıs 2008 tarihinden önce kamu görevlisi sıfatını haiz olanlar için SGK'nın tesis edeceği tüm işlem ve muamelelerin, idari birer işlem kabul edileceği ve bununla ilişkili olarak ortaya çıkan uyuşmazlıklarda da idari yargı yerlerinin görevli olacağı kabul edilmektedir.



Bedeli karşılanmayan iştirme cihazlarına ilişkin bir başka kararında Yargıtay, SUT tebliğinin oluşturulmasında idareye tanınan yetkiyi; “genel sağlık sigortası prim gelirlerinin Kurumca sunulan sağlık hizmetinin finansmanında etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla ilgili” olarak sınırladığı ve SGK’nın bu yetkisini “hastanın sağlık hizmetine erişim hakkını engelleyecek veya hastayı, dolayısıyla genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri ödeyemeyeceği ağır bir maddi yük altında bırakacak şekilde kullanması”nı sağlıklı yaşam hakkı ile sosyal devlet ilkesine aykırı bulmaktadır (bkz. YHGK., E. 2015/3898 K. 2019/693). 5510 sayılı Kanunun 73. maddesine göre acil haller dışında sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedellerinin SGK tarafından ödenmeyeceğine ilişkin açık hükme rağmen açılan bir başka davada; Yargıtay bu sınırın Kurum tarifesini aşan tutara ilişkin olduğuna ve aksinin kabulünün ise, sosyal güvenlik ilkelerine aykırı sayılacağına hükmetmektedir. Üstelik bu kararın devamında Yüksek Mahkeme, SGK’nın sağlık primi tahsil ediyor olmasına karşın sigortalı bireyler tarafından yapılmış olan sağlık harcamasına hiç katılmamasının sebepsiz zenginleşme oluşturacağını da tespit eder (bkz. Y10HD, E. 2012/23963 K. 2013/994). Son olarak ise, SUT kapsamında olmayan yüksek bedelli ilaçların SGK tarafından finanse edilmesi adına, sadece bilirkişi raporuyla bu ilaçların kullanımında ‘tıbbi gereklilik’ olduğunun tespitini aramakta ve bu koşul sağlandığı ölçüde ilaç bedellerinin Kurum’dan tahsilini uygun görmektedir (bkz. Y10HD, E. 2015/6605 K. 2015/10876; Y21HD, E. 2016/16101 K. 2018/2108).

Yargıtay’ın bu dönemde verdiği söz konusu kararlardan da anlaşılacağı üzere; Mahkeme’nin yaşam hakkının üstünlüğü ve sağlık hakkının korunması gerekliliği konusunda devlete düşen sorumluluğun SUT ölçüsünde salt mali gereklerle sınırlandırılmayacağı vurgusu belirgindir. Bu çerçevede ülkede egemen kılınan finansallaşmış sosyal sigorta rejimine rağmen, sağlık hakkına erişim için yargı yoluna başvurma, toplumda zorunluluktan kaynaklı bir yaygınlık kazandığı görülür. SGK tarafından karşılanmayan ve kimi zaman -kanseri ilaçları örneğinde olduğu gibi- yaşamsal öneme sahip tedavi yöntemlerinin Kurum’dan tahsil edilebilmesi adına dava açma yoluna başvurmak, hasta ve hasta yakınlarının zaten sağlık sorunları dolayısıyla yaşadıkları maddi ve manevi zorlukların yanına bir de ‘davacı’ olmanın getirdiği zorlukları eklese dahi; tedavi masraflarını yeniden-toplumsallaştırmanın tek yolu haline gelmiştir. Ülkedeki yargılama süreçlerinin gereğinden uzun olmasının getirdiği belirsizliği göğüsleyerek sürdürülen bu yargılama süreçleri ise bugüne kadar, nihai karar verilmesine değin geçecek olan sürede, ilk derece mahkemelerinin hastaların tedavilerine devam edebilmeleri için ihtiyati tedbir kararı⁷ almaları yoluyla aşılmıştır (bkz. Peksöz, 2023). Böylelikle doğrudan yaşam hakkının korunması için gerekli olan ilaca erişim henüz yargılama süreci davacı lehine sonuçlanmadan önceki bir aşamada dahi sağlanmış olmakta ve açılan bu

7. İhtiyati tedbir öğretide “kesin hükme kadar devam eden yargılama boyunca, davacı veya davalının hukuki durumunda meydana gelebilecek zararlara karşı öngörölmüş geçici nitelikte, geniş veya sınırlı olabilen hukuki korumadır” şeklinde tarif edilmektedir (Pekcanitez, Atalay, & Özkes, 2024: 714).



davalar ile korunmak istenen hukuki menfaatin geri dönülemez biçimde tahrip edilmesinin de önüne geçilmektedir.

Her ne kadar sözü edilen bu bireysel hak arama mücadeleleri sonucunda sağlık hakkının korunabilmesi adına SGK'nın yüklenmek zorunda bırakıldığı sağlık harcamaları, sosyal hak statüsüne kavuşarak genelleşmiyor ve sağlık alanının tümüyle meta-dışı ilişkiler içinde örgütlenmesine temel oluşturmuyor olsa dahi; yine de bu hukuk mücadelelerinin sistematik olarak sürdürülmesinin toplumsal etkilerinden söz edilebilir. Öncelikle SUT kapsamına alınmadığı için SGK tarafından karşılanmayan tedavi masraflarının tahsili yönünde açılmış olan dava sayısının fazlalığı göz önüne alındığında; söz konusu davalar, sağlık hizmetlerinin temel bir yurttaşlık hakkı olarak sunulması yönünde verilen bir mücadele alanı olarak anlam kazanacaktır. Nitekim sermayenin kamuya ait sağlık hizmetlerini özelleştirmek suretiyle bir yandan kamu kaynaklarının piyasalara aktarımını, diğer yandan ise emekçi sınıfların artan sağlık harcamaları dolayısıyla piyasa bağımlılıklarının artırılması hedeflerine karşın; bu dava yolu bir 'müşterekleştirme' pratiğini temsil etmektedir. Yani yurttaşların sağlık harcamalarını ulusal gelirin bir bölümünü yeniden dağıtmakla yükümlü olan devlete ödetebilmelerinin bir yöntemi olarak açtıkları bu davalar, toplumsal çitleme hareketlerine karşı verilen mücadele olarak okunabilir. Diğer taraftan ise, Yargıtay ve Danıştay'ın bu konuyla ilgili verdikleri kararlar neticesinde, hem SUT kapsamında olmadığı gerekçesiyle devletin yüklenmekten kaçındığı tedavi giderlerinin hem de dava masraflarının SGK'ya bir maliyet kalemi oluşturması ile birlikte, sözü edilen bireysel hak arama yönteminin SUT kapsamının içeriğini genişletici etkide bulunduğu da görülebilmektedir. Örneğin SGK tarafından karşılanmayan yüksek bedelli kanser ilaçlarına benzer biçimde, yine SUT kapsamında olmadığı gerekçesi ile bedeli ödenmeyen 'ilaç salınımlı stent', bu alanda yoğun biçimde açılarak kazanılan alacak ve iptal davaları sonucunda 2010 yılında SUT kapsamına alınmıştır (Kabakcı, 2022: 1772).

Yakın dönemde ise bireysel hak arama mücadelelerine dayanan bu müşterekleştirme pratiğinin Yargıtay'ın radikal biçimde değiştirdiği içtihadı ile ortadan kaldırıldığını görmekteyiz. Özellikle 2020 sonrasında verdiği kararlarında Yargıtay, SUT kapsamında olmadığı gerekçesiyle SGK'nın bedelini ödemeyi reddettiği kanser ilaçlarının tahsil istemine ilişkin davalarda daha önce aramadığı ölçüde zor ispat şartları aramaya başlamış ve bu yeni içtihadı çerçevesinde de ilk derece mahkemelerinin davacı tarafın taleplerini kabul ettiği kararlarını sistematik olarak bozma kararları almıştır. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun E. 2022/1216, K. 2023/1113 sayılı kararında; Kurum tarafından bedeli karşılanmayan kanser ilaçlarının hasta tarafından ödenen tutarının iadesi ve ilaç bedellerinin SGK tarafından karşılanması talepli davada, dava konusu ilacın söz konusu kanser hastalığının tedavisinde kullanılması ile sigortalının iyileşmesine katkıda bulunulması gerektiği belirtilmekte; üstelik iyileşme kavramından kast edilenin, sigortalı hastanın tümüyle sağ-



lığına kavuşması hususu vurgulanmaktadır⁸. Yargılama sürecinde üniversitelerin tıbbi onkoloji bilim dallarından alınan bilirkişi raporu ile ortaya konması gereken bu ilacın kullanılması durumunda “mutlak iyileşme” sağlanması kriteri ise hem tıbben garanti edilmesi zor bir husus olması bakımından, hem de bu tarz kanser ilaçlarından beklenen tek fayda sağlığı geri kazanma olmadığından uygulamada ciddi hak kayıpları yaratmaktadır.

Yargıtay’ın yeni içtihadı SUT kapsamında olmayan kanser ilaçlarının SGK tarafından karşılanabilmesi için sigortalı hastanın sağlığına kavuşmasını ve hastalığın tamamen iyileşmesini temel bir şart olarak aramaya başlamıştır. Böylelikle de tıbben kullanılması hekimlerce tavsiye edilmiş olan bir kanser ilacının; hastalığın ilerlemesini durdurup durdurmadığı, gerileme sağlayıp sağlamadığı, hastanın yaşam kalitesini artırıp artırmadığı veya yaşam süresini uzatıp uzatmadığı gibi etkileri artık sağlık hakkı kapsamında değerlendirmeye konu dahi edilmemektedir. Hastanın yaşam kalitesinin ve süresinin bireysel sorumluluklar alanına terk edildiği bir anlayıştan köken alan bu yaklaşım, “yoksulluğun yoksulların suçu olduğu” şeklindeki neoliberal düşünceyle tamamen uyum içerisindedir. Neoliberal anlayışın biçimlendirdiği söz konusu içtihadın yarattığı yaklaşım ise; Anayasa’da yer alan ‘sosyal devlet’ ilkesi ile çatıştığı ölçüde sağlık, yaşam ve sosyal güvenlik hakkı bakımından önemli hak ihlallerini beraberinde getirmektedir. Öncelikle, sağlık hakkı yalnızca hastalığın tamamen ortadan kaldırılmasını değil, bireyin en yüksek ulaşılabilir fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyine kavuşmasını güvence altına alan bir haktır. Dolayısıyla, hastalığın ilerlemesini durdurmak, ağrıyı hafifletmek, yaşam süresini uzatmak ya da yaşam kalitesini artırmak gibi tıbbi etkiler, sağlık hakkının özünü oluşturur. Yargıtay’ın bu kriterleri göz ardı eden yorumu, sağlık hakkını yalnızca “tam iyileşme” ölçütüne indirgerken, Anayasa’nın 56. maddesinde güvence altına alınan *“herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı”* ve devletin *“herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama”*

8. Yargıtay’ın kanser ilaçlarının bedelinin SGK’dan tahsili istemine ilişkin verdiği pek çok kararda, ilaç bedellerinin karşılanabilmesi için yargılama aşamasında yerine getirilmesini gerekli gördüğü şartlar şu şekilde belirlenmiştir: “davaya konu ilacın söz konusu kanser hastalığının tedavisinde hayati öneme haiz ve kullanılmasının zorunlu olup olmadığının, dolayısıyla kullanılmasının tıbben ve fennen sigortalının iyileşmesine katkıda bulunup bulunmayacağının, ilacın hangi tür kanser hastalarında hangi evrede ve hangi dozda kullanılacağına ve bu hususların nasıl belirleneceğinin, davaya konu ilaçla yapılacak tedavinin bilinen mevcut tedavi yöntemlerine göre daha etkin ve daha yararlı olup olmadığının üniversitelerin tıbbi onkoloji bilim dalından alınacak sağlık kurulu raporu ile saptanmalı, bu saptama yapılırken dosya içinde mevcut görüş, karar ve raporlarda irdelenip varsa çelişkiler giderilmeli, ayrıca bu belirleme yapılırken iyileştirme kavramından anlaşılması gereken sigortalı hastanın sağlığına kavuşması ve hastalığın iyileşmesi hususu olduğu göz önünde tutulmalıdır.

Bu kapsamda yapılacak araştırmalar sonucunda; davaya konu ilacın anılan hastalığın iyileşmesi için tedavisinde kullanılmasının hayati öneme haiz ve zorunlu olduğu sonucuna varıldığı takdirde ise ilaç bedelinin uygunluğu yönünden ve katkı payını da irdelleyecek biçimde denetime elverişli hesap raporu alınarak sonucuna göre karar verilmelidir.”

Yargıtay’ın bu doğrultuda verdiği kararları saymakla tükenmez fakat birkaç örnek için bkz. YHGK., E.2023/968, K.2023/1147; YHGK., E. 2022/1216 K. 2023/1113; YHGK., E. 2022/1137 K. 2023/1112; Y10HD, 31.03.2022, E. 2021/11547, K. 2022/4751; Y10HD, 22.10.2021, E. 2021/3843, K. 2021/12748; Y10HD, E. 2021/11803 K. 2022/4750; Y10HD, E. 2021/3843 K. 2021/12748; Y10HD, E. 2021/7196 K. 2022/4744; Y10HD, E. 2021/11803 K. 2022/4750; Y10HD, E. 2022/1688 K. 2022/4772.



yükümlülüğüyle çalışmaktadır.

Tüm bunların yanı sıra Yargıtay ortaya koyduğu bu “mutlak iyileşme” şartının bilirkişi raporlarının tespiti şartı ile ilk derece mahkemelerinin kararlarını, aslında bir takdiri delil olan ve kesin deliller gibi hakimi bağlayıcı nitelikte bulunmayan bilirkişi beyanlarına sıkı sıkıya bağlamış durumdadır. Oysa tanık ve bilirkişi beyanları gibi takdiri delillerin temel özelliği hakimın serbestçe takdirine açık olmalarıdır (bkz. Kuru & Aydın, 2023, s. 304). Bu anlamda Yargıtay, sadece kendi içtihatları ve anayasal ilkeler ile değil, aynı zamanda medeni usul hukukunun temel prensipleri ile de çelişir bir pozisyona girmekte ve hatta hakimın bağımsızlığını ortadan kaldırmaktadır.

Ayrıca sözü edilen içtihat, Yargıtay’ın yaşam hakkının üstünlüğü, sağlık ve sosyal güvenlik hakkının sadece finansman gerekleri ile sınırlanamayacak haklar oldukları yönündeki daha önceki kararları ile de tam bir uyumsuzluk içindedir. Hatta öyle ki Yargıtay 10. Hukuk Dairesi E. 2024/14741 K. 2025/2148 sayılı kararında “*Kanun tarafından tıbbi cihaz ve ilaçların finansmanı konusunda yetki verilen Kurumun yetkisini ortadan kaldıracak şekilde karar verilemez. Bu bakımdan yargı kararı ile bir ilacın ödenebilmesi (...) davalı Kurumun kabul edilebilir itiraz ve çekincelerinin bulunmaması halinde mümkün bulunmaktadır*” demek suretiyle Yüksek Mahkeme kendi kendisinin yargı denetimi yapma hakkından dahi, idare lehine vazgeçtiğini ilan eder. Dolayısıyla Yargıtay, toplumsal menfaati koruma görevinin ifaasından da kaçınmış olur. Bu karar, yargının sağlık hakkı ve sosyal güvenlik hakkı alanındaki koruyucu rolünü önemli ölçüde zayıflatan bir dönüm noktasına işaret etmektedir. Zira Yargıtay, bu kararıyla yalnızca SGK’nın düzenleyici yetkisini yargısal denetimin dışına çıkarmakla kalmamakta, aynı zamanda sağlık hakkının yargısal güvencesini de idari takdir alanına terk etmektedir. Bu çerçevede söz konusu karar, “idarenin teknik takdir yetkisi” argümanına sığınarak birey lehine denetimi askıya almaktadır.

Dolayısıyla Yargıtay’ın yüksek bedelli kanser ilaçlarının bedelini toplumsallaştırmak yönündeki bireysel hukuk mücadelelerini fiilen engelleyici etki doğuran bu içtihat değişikliği, salt bir yargısal yorum farkı olarak değerlendirilemez. Bu içtihat değişimi ancak kapitalist toplumsal ilişkilerin yeniden üretiminde hukukun kurucu rolü üzerinden, bir ilkel birikim stratejisi olarak okunduğunda anlam kazanacaktır. Hukuk, bu anlamda modern kapitalist toplumda “şiddetin görünmez biçimi”ni temsil eder: mülkiyetin kutsallaştırılması, sözleşme özgürlüğü, mali disiplin ya da düzenleyici kurumların teknik yetkisi gibi söylemler aracılığıyla, sermayenin birikim alanını genişleten ve meşrulaştıran bir araç haline gelir. Yargıtay’ın söz konusu içtihadı da bu bağlamda, hukukun görünürdeki “tarafsız” işlevi altında sermaye birikiminin mantığına uygun bir çitleme hareketi üretmektedir. Üstelik 1980’lerden bugüne varlığını daha ziyade kolektif sosyal haklara el koyma pratikleri üzerinden tartıştığımız ilkel birikim, bu sefer bireysel hak arama taleplerini de sermaye birikiminin önceliklerine göre yeniden düzenlemekte ve yaşam hakkını mali rasyoneliteye tabii hale getirmektedir.



Neoliberal karşı saldırı altında yapısal olarak devletin serbest piyasa düzeni ile ücret sistemine müdahale edemeyeceği ve yurttaşların artık sahip olmadıkları kolektif sosyal haklarına ilişkin taleplerini ancak bireysel haklar lisanına tercüme etmek suretiyle dile getirebilecekleri yönündeki okuma (Özdemir, 2006: 51) içerisinden bakıldığında dahi, sağlık hakkının talep edilebilirliğinin yaşadığı zemin kayması açıktır. Nitekim toplumsal yeniden üretim neoliberal çağda, daha önce hiç olmadığı ölçüde kapitalist birikim yasaları tarafından kuşatılmış durumdadır: aralıksız ve şiddeti giderek artan ‘el koyma’ hareketi 16. yüzyılda başlayan üretim araçlarına el koymanın yanı sıra bugün, geçimi garanti altına alan tüm kolektif ve bireysel haklara el koymaya doğru genişlemiştir (Dalla Costa, 2014: 152). Bu çerçevede yaşam hakkının üstünlüğü ve sağlığa ilişkin taleplerinin kolektif sosyal içeriğinin yasal korunma düzleminde fazlasıyla aşındığı, artık bu alana ilişkin bireysel haklar lisanına tercüme edilerek sıkıştırılmış taleplerin dahi engellendiği ilkel birikim süreçlerinde sermayenin yeni bir saldırısı ile karşı karşıya olduğumuz anlaşılmaktadır.

Sonuç

Sosyal hak lisanından bireysel hak lisanına tercüme edilmiş haliyle dahi sağlık hakkının toplumsal artık ile karşılanmasının önüne set çekiliyor oluşu, neoliberal karşı saldırının ulaştığı hegemonik pozisyonun gücüne ve sermaye birikimi adına emekçi sınıfları geçim araçlarından koparma eyleminin yargı erkiyle de gerçekleştirilebileceğine işaret etmesi bakımından ürkütücüdür. Yargıtay’ın bu yeni içtihadı, devletin dönüşümü ile birlikte yürütmenin her kademesinde hâkim hale geldiği tartışılan neoliberal ortodoksinin, yargıyı da kaçınılmaz olarak etkisi altına almış olduğunu göstermektedir. Üstelik içeriği giderek boşaltılan ‘sosyal’ kavramının, sosyal hak nosyonu etrafında yargı üzerinden bir mücadele cephesi ile korunması ihtimalinin zayıflığını gösteren bu içtihat değişimi, ilkel birikim süreçlerinin sürekli karakterinin son derece güncel bir örneğini oluşturmaktadır. Nitekim bireysel hak arama mücadeleleri vasıtasıyla dahi olsa, işgücünün yeniden üretim maliyetini kamusal bölüşüm alanına yükleyen bu dava türünün, ekonomi dışı bir zor biçiminde –yani bir Yargıtay içtihadı aracılığı ile– engellenmiş olmasını bir mülksüzleştirme aracı olarak işlev görmektedir. Çünkü emekçi sınıfların kendilerini yeniden üretebilmelerinde en temel ihtiyaçları olan sağlık ve sosyal güvenliğin, kanser hastalığı gibi bir süreçte, tüm sorumluluğunu bireysel olarak üstlenmeleri ve bu anlamda bir zamanlar dava yoluyla dahi olsa bedelini devlete yükleyebildikleri bu geçim aracından koparılmalari anlamına gelmektedir.

Yargıtay’ın ilaç bedellerinin SGK tarafından karşılanmasını bilirkişi raporlarının güçlkle ortaya konabilecek ve katı teknik şartlara bağlanmış olan bir “mutlak iyileşme” kriterine bağlayan yeni içtihadı; anayasal sağlık ve hatta yaşam hakkının ihlaline yol açtığı ölçüde tartışmalı ve hatta acımasız görülebilir. Zaten kapitalist sermaye mantığına içkin ilkel birikim stratejileri, Marx’ın (2014: 688) tabiri ile ‘insanlık



tarihine kandan ve ateşten harflerle' kazanmış acımasız dinamikler olagelmıştır. Nitekim bilhassa neoliberal iktisat kurgusu emek gücünü salt meta olmaya indirgemiş ve dolayısıyla da tıpkı metalar gibi stoklanabilecek ve fazla olması halinde de vazgeçilebilecek –yani denize dökülebilecek– bir şey olarak ele almaktadır (Özdemir, 2006: 56). Yedek işgücü ordusunun bir parçası olarak dahi tahayyül edilmeyen, belki de tekrar piyasaya dönerek, emeklerini meta haline satamayacak olan kanser hastası insanların artık salt insan olmaktan ileri gelen temel hak ve hürriyetlerinin varlığından, bu tahayyül içerisinde söz edilemez. Dolayısıyla mutlak biçimde iyileşmeleri garanti edilmediği müddetçe tedavilerinin karşılanması olsa olsa SGK bütçesinde bir gedik yahut aktüeryal dengede bozukluk olarak okunmaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında Yargıtay'ın inceleme konusu edilmiş olan bu yeni içtihadı; anayasal güvence altındaki sağlık ve yaşam hakları ile çelişkili görünmeyeceği gibi, artık etik açıdan sorunlu ve hatta ahlaki açıdan acımasız olarak dahi değerlendirilmeyecektir. Aksine toplumun yeniden üretiminin kolektif sorumluluk olmaktan çıkarıldığı ve bireylerin salt piyasada satabildikleri metalaşmış emek güçlerine indirgendiği neoliberal tahayyül içerisinde, artık emeğini satamayacak durumda olanlar, başkalarının vergileri üzerinden geçinen 'işe yaramazlar'dır. Bu toplumsal kesimlerden ise her an vazgeçilebilir, hatta sayılarının fazla olması durumunda tıpkı diğer metalar gibi denize dökülebilir yani ölüme terk edilebilirler.

Kaynakça

- Aston, T. H., & Philipin, C. H. (1995). *The Brenner Debate: Agrarian Class Structure and Economic Development in Pre-Industrial Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bonefeld, W. (2014). *Critical Theory and the Critique of Political Economy On Subversion and Negative Reason*. New York: Bloomsbury.
- Cumhuriyet. (2025, 10 15). *Meclis gündemine taşındı! 1 Ocak itibarıyla 10 milyon kişi sağlık hizmetlerinden yararlanamayacak...* 10 17, 2025 tarihinde Cumhuriyet: <https://www.cumhuriyet.com.tr/turkiye/meclis-gundemine-tasindi-1-ocak-itibariyla-10-milyon-kisi-saglik-hizmetlerinden-yararlanamayacak-2443813> adresinden alındı
- Dünya Bankası. (2022). *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)- Türkiye*. 10 17, 2025 tarihinde World Bank Group Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2022&location=TR&start=2000&view=chart> adresinden alındı
- Dalla Costa, M. (2014). Kapitalizm ve Yeniden Üretim. Ö. Göztepe içinde, *İlkel Birikim Sermayenin Kaldırıcı* (s. 151-164). Ankara: NotaBene.
- De Angelis, M. (2014). Marx ve İlkel Birikim: Kapitalist "Çitleme"nin Sürekli Karakteri. Ö. Göztepe içinde, *İlkel Birikim Sermayenin Kaldırıcı* (s. 89-114). Ankara: NotaBene.
- Eder, M. (2010). Retreating State? Political Economy of Welfare Regime Change in Turkey. *Middle East Law and Governance*, 2(2), 152-184.
- Eren-Vural, İ. (2015). İlaç Sanayiinde "Fikri Mülkiyet Hakları Rejimi" ile İlgili Mücadeleler ve Devletin "Uluslararasılaştırılması". G. Y. Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler içinde, *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 125-172). Ankara: NotaBene Yayınları.
- Esemen, A. (2022). *Sosyal Güvenlik Davaları*. Ankara: Seçkin.
- Fine, B. (2001). Primitive Accumulation. T. Bottomore içinde, *A Dictionary of Marxist Thought* (s. 444-445). Oxford: Blackwell.

- Gönç, T. (2017). Neoliberal Politikaların Küresel Düzeyde Sağlık Üzerindeki Etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 159-178.
- Göztepe, Ö. (2014). Sermayenin Kaldırıcı: İlkel Birikim. Ö. Göztepe içinde, *İlkel Birikim: Sermayenin Kaldırıcı* (s. 15-36). Ankara: NotaBene Yayınları.
- Güzel, A., Okur, A. R., & Caniklioğlu, N. (2021). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. İstanbul: Beta Basım Yayın.
- Harvey, D. (2019). *Yeni Emperyalizm*. (A. N. Bingöl, Çev.) İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Kabakçı, M. (2022). Sağlık Uygulama Tebliğinde Sağlık Hakkı. *Çalışma ve Toplum*(3), 1769-1796.
- Kanadoğlu, K., & Bozkurt, K. (2021). *Uluslararası Hukuk, Avrupa Birliği Düzenlemeleri, Alım İçtihatları ve AYM Kararları Kapsamında Sağlık Hakkı*. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Kayaduvar, M. (2023). *Sağlık Emek Sürecinde "Modern Zamanlar" Şehir Hastaneleri*. İstanbul: NotaBene Yayınları.
- Koray, M. (2020). *Sosyal Politika*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Kuru, B., & Aydın, B. (2023). *İstinaf Sistemine Göre Yazılmış Medeni Usul Hukuku Ders Kitabı*. Ankara: Yetkin Yayınları.
- Luxemburg, R. (2003). *The Accumulation of Capital*. London: Routledge.
- Marx, K. (2014). *Kapital 1. Cilt*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Özdemir, A. M. (2006). Üretimin Söylemlerindeki Dönüşüm, Kolektif Hak Kavramı ve Emeğin Hukuku. *Çalışma ve Toplum*(2), 49-60.
- Özdemir, A. M., & Yücesan-Özdemir, G. (2011). Labour, Law and Society in Turkey: The New Labour Act in a Wider Social Context. *Critique of Political Economy*, 63-87.
- Özügürlü, M. (2014). Marksizm ve İlkel Sermaye Birikimi. Ö. Göztepe içinde, *İlkel Birikim Sermayenin Kaldırıcı* (s. 37-64). Ankara: NotaBene.
- Pala, K. (2017). Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. G. Y. Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler içinde, *Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa* (s. 43-74). İstanbul: NotaBene.
- Pekcanitez, H., Atalay, O., & Özkes, M. (2024). *Medeni Usul Hukuku Ders Kitabı*. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Peksöz, V. (2023). Kanser İlaçlarının Karşılınması Konulu İhtiyati Tedbirler (Uyuşmazlığın Esasını Çözer Nitelikte İhtiyati Tedbir Örneği). *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 72(4), 1759-1784.
- Perelman, M. (2000). *The Invention of Capitalism: Classical Political Economy and the Secret History of Primitive Accumulation*. Durham: Duke University Press.
- Sweezy, P., Dobb, M., Takahashi, K., Hilton, R., Hill, C., Lefebvre, G., . . . Merrington, J. (1978). *The Transition from Feudalism to Capitalism*. London: Verso.
- Tabak, M. A. (2024). Medeni Usul Hukuku Bakımından Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Karşılınmayan İlaç Bedellerine İlişkin Davalar. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Atılım Üniversitesi.
- TBMM S. Sayısı: 313. *Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı ile Cumhuriyet Halk Partisi Grup Başkanvekili İstanbul Milletvekili Mehmet Akif Hamzaçebi ve 2 Milletvekilinin, 5434 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun Bir Maddesinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Teklifi ve Bursa Milletvekili Hüseyin Şahin ile 9 Milletvekilinin, Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Teklifi ile Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu ile Plan ve Bütçe Komisyonu Raporları* (1/536, 2/35, 2/199), Yasama Dönemi: 24, Yasama Yılı: 2.
- Uluş, Ç. Ü. (2011). *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: NotaBene.
- Wallerstein, I. (2011). *Capitalist Agriculture and the Origins of the European World-Economy in the Sixteenth Century*. Berkeley: University of California Press.
- Yaşar, G. Y. (2017). AKP'li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası. G. Y. Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler içinde, *Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa* (s. 103-142). İstanbul: N