**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**EMEKLİLİK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ’NE,**

**Başvuruda Bulunan:** Dr. ……………………………... (TC Kimlik No: ………………………..)

**Adres :**

**Konu :** Emekli aylıklarına yapılan ilave ödeme hakkında.

**Açıklamalar :**

Kurumunuzdan ………sicil numaralı dosyadan emekli aylığı alan hekimim.

7146 sayılı Kanun’un 4. maddesi ile 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu’na “Ek Madde 84” eklenmiştir. Bu düzenleme uyarınca, Emekli Sandığı mensubu olarak makam tazminatı almaksızın emekli olan hekimler, herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna tabi olarak çalışmadıkları sürece ilave ödemeden yararlanabilecektir.

 İlgili madde, 01.01.2019 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Maddede belirtilen kapsamda yer alanların emekli aylıklarına 1.500-2.000 TL tutarında ilave ödeme yapılmaya başlanmıştır. Ancak emekli sandığından emekli olduktan sonra işyeri hekimliği yapmaya başladım. Emekli hekimlere yapılacak ilave ödeme ile ilgili yasal düzenleme Anayasa’ya aykırı bir şeklide sadece belli bir grup hekimi kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. İşyeri hekimliği yapıyor olmam dolayısıyla, Emekli Sandığı emeklisi olmama rağmen tarafıma ilave ödeme yapılmamıştır.

 Oysa 7146 sayılı Kanun’un 4. maddesinin gerekçesinde;

“Tabip ve diş hekimi emeklilerinin emekli aylıkları, aldıkları eğitimlerle ve yürüttükleri hizmetle mütenasip olmaktan çok uzaktır ve muadillerinin çok gerisindedir. Örneğin, öğretim üyesi, hakim, subay gibi meslek mensuplarının emekli aylıklarının yaklaşık yarısı kadar emekli aylığı almaktadırlar. Bu sebeplerle tabip ve diş hekimi emeklilerine, emekli aylıklarına ilaveten ek bir ödeme yapılması öngörülmektedir”

denilmiştir.

 Emekli aylıklarına ilave ödeme yapılırken, emekli hekimler arasında ayrım yapılmasının haksız ve adaletsiz sonuç doğuracağı, böyle bir ayrımın 7146 sayılı Kanun’un amacıyla da bağdaşmayacağı açıktır. Bu nedenlerle, emekli hekim olduğum gözetilerek 7146 sayılı Kanun’un 4. maddesi ile getirilen ilave ödemenin tarafıma da yapılmasını talep ediyorum. Saygılarımla. …../…../2019

Dr. …………………… İmza