



TÜRK SAĞLIK - SEN GENEL MERKEZİ

TÜRK HEKİMLİĞİNİN SORUNLARI VE TÜRK HEKİMLERİNİN TALEPLERİ

(Türk Sağlık-Sen II. Hekim Çalıştayı: Tespitler ve Çözüm Önerileri)



Birlikte Güçlüyüz

TÜRK HEKİMLİĞİNİN SORUNLARI VE TÜRK HEKİMLERİNİN TALEPLERİ

(Türk Sağlık-Sen II. Hekim Çalıştayı: Tespitler ve Çözüm Önerileri)

TÜRK SAĞLIK SEN GENEL MERKEZİ YAYINLARI

©Türk Sağlık Sen Genel Merkezi, 2023

Türk Sağlık Sen Genel Merkezi yayınlarının tamamının veya bir kısmının yayıncının yazılı izni olmadan herhangi bir yolla çoğaltılması yasaktır.

Yayınların fikri sorumluluğu ve imla tercihi yazarlarına aittir.

Türk Sağlık-Sen Genel Merkezi yayınlarında yer alan başka kaynaklardan alınmış tablo, resim ve benzeri şeylerin yasal kullanım sorumluluğu yazarlarına aittir.

Çalıştay Raporları Dizisi

Hekim Çalıştayı

Editör

Prof. Dr. Yılmaz YEŞİL

ISBN

978-625-99740-9-5

Dizgi ve Tasarım

Bilal BERBER

İletişim Adresi

Türk Sağlık-Sen Genel Merkezi

Erzurum Mahallesi Talatpaşa Bulvarı No:160 Kat:5 Cebeci/ANKARA

Tel: 0312 424 22 22 | Faks: 0312 424 22 29

Genel Ağ: <http://www.turksagliksen.org.tr>

e-posta: genelmerkez@turksagliksen.org.tr

Baskı - Cilt

Arslanoğlu Matbaacılık

İvedik Organize Sanayi Sitesi

1354. Cad. Fora İş Merkezi No: 138/28 Yenimahalle/Ankara

arslanoglu.mat@gmail.com | Sertifika No:46164

Ankara-2026

SUNUŞ

Çalışma hayatında karşılaşılan sorunların doğru bir şekilde tespit edilmesi, bu sorunlara yönelik kalıcı ve uygulanabilir çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve geleceğe dönük sağlıklı bir yol haritasının oluşturulması; ancak sorunların doğrudan muhatabı olan çalışanların sürece etkin biçimde dâhil edilmesiyle mümkündür.

Sahada görev yapan, uygulamanın içinde yer alan ve sorunları bizzat tecrübe eden çalışanların bilgi, birikim ve deneyimlerinin karar alma süreçlerine yansıtılması, yürütülecek çalışmaların hem niteliğini hem de başarısını belirleyen temel unsurlardan biridir. Bu anlayış, katılımcı ve çözüm odaklı bir sendikal yaklaşımın vazgeçilmez bir gereğidir.

Gücünü üyelerinden alan ve meselelere her zaman çalışanların perspektifinden bakan Türk Sağlık-Sen, sağlık çalışanlarının sorunlarına yüzeysel değerlendirmelerle değil; sağlık camiası ile birlikte, onların bakış açısı ve ihtiyaçları doğrultusunda derinlemesine yaklaşmayı sendikal mücadelesinin temel ilkelerinden biri olarak benimsemiştir. Bu ilkeyi de sendikacılığı için önemli bir değer haline getirmiştir.

Sendikamız açısından bu yaklaşım yalnızca bir yöntem değil, aynı zamanda sendikal duruşumuzu ve mücadele anlayışımızı şekillendiren temel bir niteliktir.

Bu çerçevede sağlık çalışanlarının talepleri, çalışma hayatında karşılaşılan yapısal ve idari aksaklıklar, uygulamaya geçirilen düzenlemelerde ortaya çıkan sorunlar ve bu sorunların giderilmesine yönelik çözüm önerileri sistematik bir biçimde ele alınarak kapsamlı çalışmalar yürütülmüştür.

Söz konusu çalışmalardan en önemlilerinden biride sağlık ve sosyal hizmet kolunda görev yapan meslek mensuplarını bir araya getirdiğimiz Çalıştaylarımız olmuştur.

Elinizdeki bu eser, söz konusu anlayışımızın somut bir yansıması olarak hayata geçirilen II. Hekim Çalıştayı'mızın ürünüdür. Türkiye'nin dört bir yanından, farklı uzmanlık alanlarında ve farklı kurumlarda sağlık hizmeti sunan kıymetli hekimlerimizin katılımıyla gerçekleştirilen çalıştayda; Türk hekimliğinin güncel sorunları, mesleki geleceği, sağlık sisteminin işleyişi ve hekimlik mesleğinin karşı karşıya bulunduğu yapısal meseleler çok boyutlu bir perspektifle görev yaptıkları kurumların özellikleride değerlendirilerek ele alınmıştır.

Çalıştay süresince gerçekleştirilen yoğun ve nitelikli tartışmalar neticesinde ortaya konulan görüş, değerlendirme ve çözüm önerileri, oluşturulan komisyonlar marifetiyle sistematik hale getirilmiş ve raporlaştırılmıştır. Raporlar

akademisyenlerimiz tarafından değerlendirilmiş ve sendikal bakış aımızla bu eserde bir araya getirilmiştir.

Bunun yanı sıra, sendikamız tarafından hekimlerimiz arasında gerçekleştiren kapsamlı bir anket çalışmasına da bu eserde yer verilmiştir. Anketten elde edilen veriler aracılığıyla Türk hekimlerinin çalışma koşulları, beklentileri, sorun algıları ve çözüm talepleri nesnel veriler işığında ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Bu yönüyle eser, yalnızca nitel değerlendirmelere değil, aynı zamanda nicel verilere dayanan bütüncül bir analiz sunmaktadır.

Hekim alıştayı kapsamında yürütülen tüm bu çalışmaların kalıcı, erişilebilir ve başvuru kaynağı niteliği taşıması amacıyla yayına dönüştürülmesi hedeflenmiştir.

Zengin içeriği ve çok yönlü değerlendirmeleriyle bu kitap; Türk hekimliğinin mevcut durumu, sorunları, beklentileri ve çözüm önerileri hakkında bilgi edinmek isteyen tüm paydaşlar için önemli ve kalıcı bir kaynak olma özelliği taşımaktadır. Aynı zamanda sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sunacak bilimsel ve kurumsal bir başvuru eseri niteliğindedir.

Bu vesileyle; Hekim alıştayımıza katılarak bilgi, birikim ve tecrübeleriyle bu eserin ortaya çıkmasına katkı sağlayan, anket çalışmamıza içtenlikle cevap vererek değerli verilerin elde edilmesini mümkün kılan tüm hekimlerimize, alıştayı planlanmasında, yürütülmesinde ve bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen başta kıymetli akademisyenlerimiz olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarımıza teşekkürlerimi sunuyorum.

nder Kahveci
Genel Başkan

SÖZ BAŞI

Türk sağlık sistemi, kökleri devlet geleneğimiz kadar eskiye uzanan; insan hayatını merkeze alan güçlü bir kurumsal hafızanın ürünüdür.

Türk tarihinde “hekimlik”, yalnızca bir meslek değil, aynı zamanda toplumun huzurunu ve devletin dirliğini ayakta tutan temel bir sorumluluk alanı olarak görülmüştür. Selçuklu döneminde darüşşifalarla şekillenen vakıf temelli sağlık anlayışı; tedaviyi ilimle, merhameti disiplinle birleştiren bir medeniyet tasavvurunun somut yansımasıdır.

Bu yaklaşım Osmanlı’da bimarhaneler, şifahaneler, tıp medreseleri ve askeri sağlık teşkilatlanmalarıyla daha da güçlenmiş; hekimler hem sarayın hem ordunun hem de halkın sağlığını koruyan, devletin en kıymetli insan kaynağı arasında yer almıştır.

Cumhuriyet döneminde ise sağlık alanında kurumsallaşma ve yaygın hizmet anlayışı, modern tıp eğitimi ve kamu sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle yeni bir ivme kazanmıştır.

Hekimler, Türkiye’nin dört bir yanında zor koşullarda dahi fedakârca görev yaparak yalnızca tedavi sunmamış; aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleriyle toplum sağlığının güçlenmesine öncülük etmiş, salgınlardan afetlere kadar her kritik süreçte milletimizin yanında olmuştur.

Bugün de Türk hekimleri; bilgi, tecrübe ve yüksek sorumluluk bilinciyle sağlık sistemimizin belkemiğini oluşturmaya devam etmektedir.

Türk Hekimliğinin bugünkü durumu ve Türk hekimlerimizin çalışma hayatında karşılaştıkları sorunlar ve beklentileri en iyi tespitin yolunun ise hekimlerimizle bir araya geldiğimiz çalışmalarda ortaya çıktığı aşikar bir gerçektir.

Sendikamız bu amaçla Kasım 2022’de “Birlikte Güçlüyüz” temasıyla gerçekleştirdiğimiz Hekim Çalıştayımızın ardından Kasım 2025’de yeni bir değerlendirme metoduyla ikinci hekim çalıştayımızı gerçekleştirdik.

İlk çalıştayımızda komisyonlarımızın sorunlar çerçevesinde oluşturmuş ve hekimlerimizin değerlendirmesini almıştık. İkinci çalıştayımızda komisyonlarımızı hekimlerimizin görev yaptığı sağlık kuruluşlarına göre oluşturduk. Sadece asistan hekimlerimizi bir araya getirerek ayrı bir komisyon meydana getirdik.

Komisyonlar marifetiyle yapılan çalışmalarımız iki günde kapsamlı bir biçimde gerçekleştirildi. Her fikir tartışıldı. Her öneri değerlendirilerek Türk Hekimliğinin tüm meselelerinin derinlemesine bir analizi yapıldı.

Hekim Çalıştayını Danışma Kurulumuz; Prof. Dr. Temel Çalık, Prof. Dr. Yılmaz Yeşil, Prof. Dr. Muhammet Koçak, Prof. Dr. Seyfullah Yıldırım, Prof. Dr. Hayati Beşirli ve Doç. Dr. Latif İltar’a,

Çalıştayımıza katılan Azerbaycan Sıhhiye İşçileri Sendikası'nın Genel Başkanı Dr. Elnara Muradova ve hekim heyetine, Hekim Komisyonu Başkanımız Uzm. Dr. Ünal Polat ve Komisyon üyelerimize, yoğun bir emeğin ortaya konduğu komisyonlarımıza başkanlık eden, Prof. Dr. Ali Ümit Yener, Prof. Dr. Akcan Akkaya, Prof. Dr. Hakan Oğuztürk, Doç. Dr. Rezan Karaali, Doç. Dr. Hüseyin Aydoğmuş, Uzm. Dr. Hasan Azmi Hacifettahoğlu, Dr. Ömer Ufkun Yıldırım, Dr. A. Cem Çerkeş, Dr. Yavuz Altınbaş, Asist. Dr. Oğuzhan Seçilir ve Asistan Dr. Ali Hüseyin Demir başta olmak üzere katkı ortaya koyan tüm hekimlerimize teşekkür ediyorum.

Komisyon çalışmalarımız daha sonra Genel merkezimizde akademisyenlerimizle birlikte detaylıca incelenerek rapor formatında hazırlandı. Anket çalışmamızın sonuçları, Türk Hekimliğinin kısa bir tarihine bakışın olduğu bir çalışma ile birlikte kitabımız hazırlandı.

Elinizdeki bu kitap, hekimliğin bu tarihsel ve stratejik öneminin günümüz koşullarında daha güçlü bir zemine taşınması amacıyla düzenlenen Hekim Çalıştay'ının birikimini okuyucuya sunmaktadır. Çalıştay süresince gerçekleştirilen anket çalışmalarıyla hekimlerimizin sahadan aktardığı tespitler sistematik biçimde derlenmiş; asistan hekimlerden birinci basamağa, eğitim-araştırma hastanelerinden üniversite ve şehir hastanelerine kadar farklı kurum türlerinde yaşanan meseleler bütüncül bir perspektifle ele alınmıştır.

Bu kapsamda çalışma güvenliği, şiddetin önlenmesi, eğitim-hizmet dengesi, nöbet ve dinlenme düzeni, mali ve özlük haklar, hukuki güvence ve yönetim süreçleri gibi başlıklar; sadece sorunların tespitiyle sınırlı kalmadan, uygulanabilir çözüm önerileriyle birlikte değerlendirilmiştir. Böylelikle bu eser, sağlık yönetimi açısından bir "tespit" metni olmanın ötesinde, sahadan beslenen bir "çözüm ve politika" rehberi niteliği kazanmıştır.

Bu vesile ile; öncelikle tensipleriyle çalıştayımızın gerçekleşmesini sağlayan Genel Başkanımız Sayın Önder Kahveci'ye, Çalıştayın her aşamasında katkı sunan Genel Başkan Yardımcısı arkadaşlarıma, çalıştayımıza katılarak görüş, öneri ve tecrübeleriyle bu kıymetli birikime katkı sunan tüm hekimlerimize tekraren, bilimsel derinlik ve akademik titizlikle süreci yönlendiren Akademik Kurulumuza, kıymetli hocalarımıza ve çalıştayın planlanmasından yürütülmesine, raporlanmasından kitaplaştırılmasına kadar her aşamada emek veren tüm çalışma arkadaşlarımıza gönülden teşekkür ediyorum. Bu kitabın, Türk hekimlerinin mesleki itibarını, çalışma barışını ve hizmet üretimindeki verimliliğini güçlendirecek düzenlemelere vesile olmasını; nihayetinde de aziz milletimizin nitelikli sağlık hizmetine erişimini daha da pekiştirmesini diliyorum.

Mustafa Köse
Türk Sağlık-Sen
Genel Başkan Yardımcısı

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ	3
SÖZ BAŞI	5
Şifa Veren Eller:	
Türk Hekimliğinin Tarihi ve Kahramanlık Tarihi	9
İslamiyet Öncesi Dönemde İlk Türk Hekimleri.....	10
Kökler ve İlk Işıklar	13
Amasyalı Şerefeddin Sabuncuoğlu:	
İlk Cerrahi Minyatürler ve Deneysel Tıp	18
Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane: Modern tıp eğitiminin başlangıcı.....	22
Vatan Savunmasında Tıbbiyeliler (Savaş ve Kahramanlık)	27
Sivas Konresi'nde Tıbbiyeliler.....	28
HEKİM ÇALIŞTAYI	29
Türk Sağlık-Sen II. Hekim Çalıştayı (30 Ekim-2 Kasım 2025)	31
Hekim Çalıştayı Hazırlık Anketi Sonuçları	33
<i>Bölüm 1: Demografi ve Çalışma Sistemi</i>	33
<i>Bölüm 2: Ekonomik Durum ve Mesleki Gelecek</i>	35
<i>Bölüm 3: Mesleki Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık</i>	38
<i>Bölüm 4: Çalışma Şartları</i>	49
Sonuç ve Değerlendirme:	59
KOMİSYON RAPORLARI	63
Asistan hekimler komisyonu raporu	65
Birinci basamakta hekimlik komisyonları raporları	71
Devlet ile eğitim ve araştırma hastanelerinde hekimlik komisyonları raporları	93
Şehir hastanelerinde hekimlik komisyonu raporu	127
Üniversite hastanelerinde hekimlik komisyonu raporu	136
ÇALIŞTAY ALBÜMÜ	145

Şifa Veren Eller: Türk Hekimliğinin Tarihi ve Kahramanlık Tarihi



Türklerin hem savaş zamanlarında hem de gündelik hayatlarında hekimler, kamlar ve şamanlar daima önemli bir yer tutmuştur. Bunun temel nedeni, “iyi olma” ve “sağlıklı kalma” hâlinin yalnızca bireysel bir mesele olarak görülmemesi; aksine ailenin, obanın ve nihayetinde bütün milletin geleceğini belirleyen bir güç olarak kabul edilmesidir. Çünkü üretmek, çalışmak, göç etmek, hayvanları korumak, çocukları büyütmek ve gerektiğinde yurdu savunmak; ancak bedenen ve ruhen güçlü bir toplumla mümkündür. Bu sebeple sağlık bilgisi, erken dönem Türk topluluklarında hayatın tam merkezinde yer almış; bu bilgiye sahip olan kişiler de toplumun en çok ihtiyaç duyduğu, en çok saygı gösterdiği insanlar arasına girmiştir. Savaş alanı, hekimliğin değerinin en açık biçimde görüldüğü yerlerden biridir. Ok yaraları, kılıç darbeleri, kırıklar, çıkıklar, kanamalar ve enfeksiyonlar, ordunun gücünü doğrudan etkileyen meselelerdir. Bir savaşın kaderi yalnızca kılıç kullananların cesaretine değil, yaralıyı hızla ayağa kaldıran, ağrıyı dindiren, kanı durduran, gerektiğinde dağlama ve benzeri yöntemlerle müdahale eden “sağaltıcı”ların becerisine de bağlıdır. Bu nedenle hekimler, yalnızca tedavi eden kişiler değil; ordunun sürdürülebilirliğini sağlayan, askerî düzenin görünmeyen ama vazgeçilmez unsurları olarak görülmüştür.



Barış zamanında ise hekim, kam ve şamanların rolü daha da çeşitlenir. Göçebe ya da yarı yerleşik yaşam koşullarında iklim, beslenme, salgın hastalıklar, doğum süreçleri, çocuk hastalıkları ve hayvanların sağlığı toplumun hayat ritmini belirler. Bu alanlarda bilgi sahibi olan kişiler; şifalı otlardan yararlanma, yarayı temizleme, ağrıyı azaltma, ateşi düşürme gibi pratiklerle gündelik yaşamı güvence altına alır. Öte yandan kam ve şamanlar,

yalnız bedeni değil, insanın ruh hâlini de ayakta tutan bir işlev görür: korku, kaygı, yas, travma ve belirsizlik dönemlerinde topluma moral veren, anlam çerçevesi sunan, birlik duygusunu güçlendiren figürler hâline gelirler. Türk tarihinde hekimler, kamlar ve şamanlar; savaşta yarayı saran, barışta düzeni koruyan, bedenin sağlığını ve ruhun direncini birlikte önemseyen kişiler olarak değer görmüştür. Sağlığın, milletin devamlılığıyla doğrudan ilişkili olduğu düşüncesi, onları sadece meslek sahibi insanlar değil; toplumun kadeherine etki eden, sorumluluk üstlenen ve saygıyla anılan önemli aktörler hâline getirmiştir.

İslamiyet Öncesi Dönemde İlk Türk Hekimleri



İslamiyet öncesi Türk tarihi söz konusu olduğunda “tıp” denince akla çoğu zaman yalnızca kamların/şamanların yaptığı törensel uygulamalar gelir. Oysa elde yazılı belge az olsa da, Çin ve Tibet kaynaklarına düşen kayıtlar ile arkeolojik bulgular bir araya getirildi-

ğinde, erken Türk dünyasında deneyime ve bilgi birikimine dayalı “daha sistemli” bir hekimlik çizgisinin de var olduğu görülür. Bu yaklaşım, hastalığı sadece kötü ruhlarla açıklayan dar bir çerçeveyi aşar; gözlem, tedavi yöntemleri, hatta kimi zaman başka kültürlerle bilgi alışverişiyle beslenen bir “pratik tıp” ufku açar.

Bu çerçevede karşımıza çıkan en çarpıcı isimlerden biri, Çin’de erken Budist dönemde adı geçen Hun rahip-hekim Chü-ch’ü Chin-sheng’dir. Kuzey Liang Hun devletinin yönetici ailesinden gelen Chin-sheng, Budizm’i kabul etmiş, manastır eğitimleri görmüş ve en önemlisi “Meditasyon Hastalıklarının Tedavisinde Ezoterik Temeller Sutrası” adlı tıbbi içerikli metni kendi tıbbi bilgi ve tecrübeleriyle yorumlayarak Çinceye çevirmiştir. Kaynakların vurgusu nettir: Bu çeviri, yüzyıllar boyunca Orta ve Uzak Asya’da başvurulan bir tıp kitabı niteliği kazanmıştır. Bu örnek, erken Türk çevrelerinde hekimliğin yalnızca “ritüel tedavi” olmadığını; metin, yorum ve uzmanlık gerektiren bir bilgi alanı olarak da karşılık bulabildiğini düşündürür.

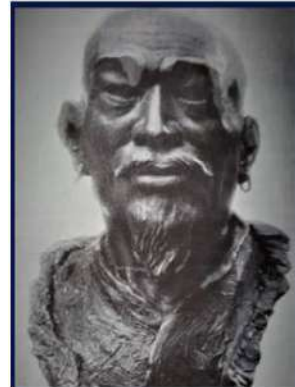


İkinci güçlü örnek ise, bu kez yazılı kaynaklardan değil, mezar buluntularından karşımıza çıkar: Göktürk dönemine tarihlenen Kuray Kurganı’nın sahibi Sangun (komutan) Otacı Akkün. Arkeolojik veriler, Akkün’ün hem komutan hem de hekim kimliğini birlikte taşımış olabileceğini gösterir. Özellikle kemer üzerindeki yazıt çok dikkat çekicidir: “Otçı Akkün sengün kuşak” ifadesindeki “otçı” kelimesi, “efendi/bey” diye yorumlansa da “otacı (hekim)” olarak okunmasının daha isabetli olabileceği belirtilir; bu durumda yazı “Bu kuşak Otacı General Akkün’ündür” anlamına gelir. Mezar buluntularındaki küçük ama anlamlı ayrıntılar da hekimlik izini güçlendirir: Kemerine bağlı ipek torbada diş ağrısına karşı muska olduğu düşünülen insan dişleri ve ağrıya iyi gelecek otlar taşıdığı kaydedilir.



Türklerin askerî karakteri düşünüldüğünde, Akkün'ün “bildiğimiz en erken askerî hekimlerden biri” olarak görülebilmesi bu yüzden şaşırtıcı değildir. Üçüncü isim, Türk tıp tarihini daha da geniş bir coğrafyaya bağlar: Tibet kaynaklarının kaydettiği Sengdö Ochen. Kayıtlara göre o, Göktürk Kağanlığı'nın başhekimidir; üstelik yalnız insan hekimliğiyle sınırlı kalmayan, veterinerlikle de ilişkilendirilen bir figürdür. Daha da önemlisi, 728 yılında Tibet Devleti'nin çevre ülkeleri kapsayan bir uluslararası tıp sempozyumunu düzenlediği, İran, Hindistan, Nepal, Roma ve Çin gibi merkezlerden uzmanları çağırdığı; Sengdö Ochen'in de “dru-gu” diye anılan Göktürklerden bir başhekim olarak bu toplantıya davet edildiği belirtilir.

Aynı kayıtlar, Göktürklerin özellikle demirle dağlama konusunda çok tecrübeli olduklarını; hayvan ve insan tedavilerinde bu yöntemi kullandıklarını ve ayrıca tedaviler sırasında kan alma iğnelerinden yararlandıklarını aktarır. Bu anlatı, erken Türk hekimliğinin yalnız “yerel” değil, dönemin bilim ve tedavi dolaşımına temas eden uluslararası bir etkileşim boyutu da taşıdığını gösterir. Bu üç örnek bir araya geldiğinde ortaya çıkan tablo şudur: İslamiyet öncesi Türk dünyasında, kötü ruh kovma ya da belayı savuşturma gibi inanç temelli pratiklerin yanında, tecrübe ve araştırmaya dayalı daha “bilimsel” bir tıp anlayışının filizlendiği anlaşılmaktadır. Üstelik hayvancılığa dayalı



Resim: 1
Akkün'ün cesedinin
etlendirilmiş hâli

yaşam, hayvan hastalıklarını tedavi etme çabası üzerinden anatomi bilgisini keskinleştirmiş; bu birikim muhtemelen insan hastalıklarına yaklaşımı da etkilemiştir. Ayrıca Budizm ve Hint tıbbının etkisi de bu tarihsel arka planda önemli bir yer tutar. Kısacası “ilk Türk hekimleri”, yalnızca efsanelerin değil; metinlerin, mezar yazıtlarının ve farklı medeniyetlerin kayıtlarının içinden ses veren, gerçek tarihî figürler olarak karşımızda durmaktadır.

Kökler ve İlk Işıklar

Türk-İslâm tarihinin tıp sahasındaki en belirgin sıçramalarından biri, Selçuklu dünyasında “hekimliğin” kurumsal bir yapıya kavuşmasıyla yaşandı. Bu dönüşümün kökleri daha erken dönemlere uzanır: Türkler bilinen ilk çağlarda şifa arayışlarını din adamı sayılabilecek kamlar üzerinden yürütürken, Uygurlar devrinde din ile tıbbın ayrışması hekimliğin bağımsız bir uzmanlık alanı olarak belirginleştiğini gösterir. Selçuklular ise bu birikimi İslâm tıp geleneğiyle birleştirerek, tedaviyi “kişisel maharet” olmaktan çıkarıp “toplumsal hizmet” ve “eğitim” alanına taşıdılar. Bu dönem aynı zamanda Dünya tıp tarihine Türk Hekimliğinin damgasını vuran İbn-i Sina'nın dönemi olmuştur.



İbn Sînâ (Avicenna) (980/981-1037)

Orta Çağ'ın en etkili hekim ve bilginlerinden biridir. Buhara yakınlarındaki Eşşene'de (Afşana) doğan İbn Sînâ, Hemedan'da vefat etmiştir. Türk-İslam coğrafyasının yetiştirdiği bu büyük tıp âlimi, özellikle El-Kânûn fi't-Tıbb (Tıbbın Kanunu) adlı eseriyle yüzyıllar boyunca hem Doğu'da hem Batı'da tıp eğitimine yön vermiştir. Hastalıkları yalnızca belirtiler üzerinden değil; nedenleri, seyri ve tedavi ilkeleriyle birlikte ele alması, onu döneminin çok ötesine taşır. Nabız, ateş ve idrar incelemesi gibi klinik gözlemleri sistemli biçimde kullanmış; ilaçları sınıflandırmış, hekimlikte ölçülülük ile etik sorumluluğu vurgulamıştır. Onun yaklaşımı akıl yürütmeyi tecrübeyle birleştirir: teşhis dikkat, tedavi ise sabır ve titizlik ister. İbn Sînâ'nın mirası, tıbbi bilimsel bir disiplin olarak kurumsallaştıran büyük bir medeniyet birikiminin simgesidir.





Hüzünlü bir aşk hikâyesinden doğmuş dünyanın ilk tıp fakültesi.

Büyük Selçuklu Devleti, kuruluşundan itibaren İslâm tıp ilmine dâhil olmuş, devlet güçlendikçe tıbbî çalışmalara ve bu alanda çalışan Müslüman-gayrimüslim bilginlere verilen destek artmıştır. Sağlık hizmetlerinin ana omurgası bîmâristanlar, dârü'ş-şifâlar ve kervansaraylar üzerinden örgütlenmiştir. Bu kurumlaşma, yalnızca hastaları iyileştirmeyi değil, tıbbî bilginin üretilmesini ve aktarılmasını da hedefleyen bir devlet aklının işaretidir. Nitekim Selçuklu devrinde yetişen hekimlerin eserleri hem Osmanlı medeniyetine rehberlik etmiş hem de Avrupa'da uzun yıllar ders kitabı olarak okutulmuştur.

Selçukluda “ilk hekimlik” uygulamasını gözle görülür kılan sahnelerden biri seyyar hastanelerdir. Sultan Melikşâh döneminde orduda cerrahların, göz hekimlerinin, hasta bakıcılarının ve “cerge” adı verilen seyyar hastane çadırlarının bulunduğu aktarılır. Bu sistem, yalnızca bir çadırdan ibaret değildi; doktorlar, yardımcı personel, ilaçlar ve tüm malzemelerle birlikte yüzlerce develik bir kervanla taşınabilen kapsamlı bir sağlık organizasyonuydu. Böylece sefer şartlarında yaralıya hızlı müdahale, Selçuklu askeri gücünün görünmeyen ama hayati bir tamamlayıcısı hâline gelmişti.



Selçuklular savaşlarda harap olmuş hastaneleri tamir ettirmişler, ordu için seferlerde deve ile taşınan seyyar hastaneler kurmuşlardır.

Kurumsallaşmanın hızlanmasının arkasında iki temel ihtiyaç öne çıkar: Birincisi Selçuklu dünyasında güçlü bir sosyal da-

yanışma ve kamu hizmeti anlayışının bulunması, ikincisi ise geniş coğrafya ve canlı ticaret yolları nedeniyle salgınların hızla yayılma riskidir. Bu yüzden dârü'ş-şifâlarda temizlik ve düzen yalnızca "hijyen" değil, doğrudan tıbbi bir tedbir olarak görülmüştür. Hastaların kıyafetlerinin yıkanması, yatakların ve çarşafların temiz tutulması, bakım hizmetlerinin belirli bir disiplinle yürütülmesi özellikle vurgulanır.



Bugünkü tıp başarımız ile Selçuklu etkisi.

Dönemin en önemli dönüm noktalarından biri, tıp eğitiminin hastane merkezli biçimde kurumsallaşmasıdır. Tuğrul Bey döneminde bir hastanenin onarılıp hekim sayısının artırılması ve burada yoğun bir tıp tedrisinin başlatılması, Selçukluların hastaneyi aynı zamanda bir "öğrenme mekânı" olarak düşündüğünü gösterir. Ardından Nizâmü'l-Mülk'ün Nîşâbü'r'da ilk Selçuklu hastanesini inşa ettirmesi, bu çizginin devlet politikası hâline geldiğine işa-

ret eder. Bağdat'ta Nizâmiye Medresesi külliyesi içinde bîmâristan bulunması ve derslerin uygulamalı biçimde işlenmesi, teorinin pratikle bir arada yürütüldüğü bir eğitim anlayışını ortaya koyar.

Anadolu'da Türkiye Selçukluları devrinde ise bazı kurumlar "ilk"lerin simgesi



Nizâmiye Medresesi külliyesi içinde bîmâristan da bulunmaktadır.

Bey'in yaptırdığı dârü'ş-şifâ da sağlık kurumlarının Anadolu şehirlerinde bir ağ hâlinde yaygınlaştığını gösterir.

Selçuklu hekimliğini tarihî açıdan özgünleştiren bir başka eşik, vakıf temelli sosyal hizmet modelidir. İhtiyaç sahiplerine ve yolculara belirli bir müddet ücretsiz tedavi sunulması, sağlık hizmetinin bir "sadaka" değil, kurumsal bir



Sivas'ta I. İzzeddîn Keykâvus'un dârü'ş-şifâsında "Şifâiyye".

kamu görevi olarak görüldüğünü hissettirir. Kervansaraylarda üç gün boyunca ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi; hekimlerin kervansarayda bulunması ya da yakın şehirden çağırılması; hekim ve ilaç giderlerinin vakıftan karşılanması; hatta vefat edenlerin kefen masrafinin dahi vakıfça üstlenilmesi, bu modelin ne kadar kapsayıcı olduğunu anlatır. Ayrıca Selçuklu eczanelerinde ilaç yapımı için uzak coğrafyalardan ürün getirilebilmesi, dönemin eczacılık ve tedarik kapasitesini ortaya koyar.

olur. 1206 yılında Gevher Nesibe Sultan adına yaptırılan Gevher Nesibe Hatun Dârü'ş-şifâsı, hem en eski Selçuklu hastanelerinden biri hem de tıp öğretiminin sistemli biçimde yürütüldüğü erken örneklerden biri olarak anılır. Sivas'ta I. İzzeddîn Keykâvus'un dârü'ş-şifâsında "Şifâiyye" adlı tıp medresesinin bulunması ve Tokat'ta Pervâne

kamu görevi olarak görüldüğünü hissettirir. Kervansaraylarda üç gün boyunca ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi; hekimlerin kervansarayda bulunması ya da yakın şehirden çağırılması; hekim ve ilaç giderlerinin vakıftan karşılanması; hatta vefat edenlerin kefen masrafinin dahi vakıfça üstlenilmesi, bu modelin ne kadar kapsayıcı olduğunu



Selçuklu eczanelerinde ilaç yapımı da kurumsallaşmaya başlamıştır.

Selçuklu tıbbında hekimlik yalnızca kurum duvarları içinde kalmamıştır: Hekimlerin çarşı-pazarda seyyar şekilde hastaları tedavi ettikleri, bazı hekimlerin evlerini tıp ilmine vakfederek kütüphane oluşturduğu rivayet edilir. Tedavide cerrahi ve müdahale temelli uygulamalar da görülür; iltihabın boşaltılması, kan alınması gibi yöntemler dönemin klinik pratiklerine örnek teşkil eder. Bunun yanında dua/telkin ve bitkisel uygulamalar gibi tamamlayıcı yöntemler de toplum hayatında yer bulmuştur. Hatta bazı şifahanelerde müzikle tedaviye başvurulduğu; kimi yerlerde müziğe su sesinin de eşlik ettiği, özellikle ruhsal ve zihinsel rahatsızlıklarda bu yöntemlerin kullanıldığı aktarılır.

Son büyük dönüm noktası ise tıbbî bilginin dili ve sürekliliğidir. Türkiye Selçukluları döneminde tıp literatürünün Türkçeleşmeye başlaması, bilginin daha geniş çevrelere aktarılmasına zemin hazırlamıştır. Selçuklu tıbbî yöntemlerinin Osmanlılarda uzun süre devam etmesi ve vakıf sisteminin sağlık kurumlarının inşası ile işleyişinde sürdürülebilir bir model hâline gelmesi, Selçuklu hekimliğinin kalıcı mirasını açıkça gösterir. Böylece Selçukluda hekimlik, hem savaş meydanından kervansaraya, hastaneden medreseye uzanan bir hizmet ağı kurmuş; hem de sonraki yüzyılların sağlık anlayışını besleyen güçlü bir medeniyet damarına dönüşmüştür.

Amasyalı Şerefeddin Sabuncuoğlu: İlk Cerrahi Minyatürler ve Deneysel Tıp

Amasyalı Şerefeddin Sabuncuoğlu, Anadolu'da hekimliğin kurumsallaştığı, dârü'ş-şifâ geleneğinin güç kazandığı bir dönemde cerrahiyi yalnız uygulayan değil, aynı zamanda öğreten ve yazıya geçiren en etkili isimlerden biridir. Onu özel kılan şey, cerrahiyi sadece kelimelerle anlatmakla yetinmeyip “göstererek” öğretmeyi seçmesidir. Bu yaklaşım, tıp tarihinde dönüm noktası sayılabilecek bir yeniliğe kapı aralar: Cerrahî müdahaleleri ve kullanılan aletleri resimlerle anlatmak. Bu yüzden Sabuncuoğlu, “ilk cerrahi minyatürler” denildiğinde akla gelen isimlerin başında gelir; çünkü resim, onun eserlerinde süsleme olmaktan çıkar, doğrudan eğitim aracına dönüşür. Cerrahinin doğ-



Sabuncuoğlu Serefeddin Tip ve Cerrahi Tarihi Müzesi, Amasya.

ğası gereği uygulamalı bir alan olduğunu bilen Sabuncuoğlu, bir hekimin el hareketini, bıçağın yönünü, kesi yerini ve aletin kullanım biçimini metinle sınırlamanın yetersiz kalacağını fark etmiş; bu eksikliği çizimlerle tamamlayarak bilgiyi daha güvenli ve anlaşılır hâle getirmişti.

Sabuncuoğlu'nun yetiştiği coğrafya ve çalışma ortamı, onun bu ufkunu besleyen en önemli unsurlardandır. Amasya, hem kültür ve ilim hayatı canlı bir şehir hem de sağlık kurumları bakımından güçlü bir merkezdir. Amasya Dârü'ş-şifâsı etrafında oluşan hekimlik dünyası, sadece hastaların tedavi edildiği bir yer değil, aynı zamanda usta-çırak ilişkisiyle bilginin aktarıldığı bir okul gibidir. Sabuncuoğlu uzun yıllar bu ortamda çalışmış, hem pratik tecrübe edinmiş hem de öğrenci yetiştirmiştir. Bu kurum iklimi, onun eserlerine “hastaya temas eden”, “sonucu gören” ve “hatalardan ders çıkaran” bir hekim dili kazandırır. Zaten Sabuncuoğlu'nun metinlerinde, sahada karşılaşılan sorunlara dönük pratik öneriler ve ayrıntılı uygulama tasvirleri belirgin bir şekilde yer alır.



Sabuncuoğlu'nun çizimiyle hekimin dikkat ve özenini anımsatan dokuz ayrıntı.

Sabuncuoğlu'nun eserleri, onun hekimliğinin üç temel boyutunu gösterir: ilaç bilgisi, cerrahi pratik ve tecrübe/deney temelli gözlem. Farmakoloji alanındaki çalışmaları, cerrahinin sadece ameliyattan ibaret olmadığını; hazırlık, müdahale sonrası bakım, pansuman ve ilaç desteğinin tedavinin ayrılmaz parçaları olduğunu hatırlatır. O dönemde ilaçların hazırlanması, saklanması ve doğru hastaya doğru dozda verilmesi, hekimliğin en hayati sorumluluklarından biridir. Sabuncuoğlu'nun bu konudaki emeği, cerrahin aynı zamanda iyi bir "ilaç ustası" olması gerektiğini gösterir; çünkü ameliyatın başarısı kadar, ameliyat sonrası iyileşme süreci de doğru bakım ve doğru ilaçla mümkündür.

Fakat Sabuncuoğlu'nun adını asıl kalıcı kılan, cerrahî eseridir. Cerrahîyetü'l-Hâniyye, onun cerrahi bilgisini sistematik biçimde topladığı, adım adım anlatımın yanında çizimleri de kullandığı büyük bir kılavuzdur. Bu eser, kendisinden önceki büyük cerrahi geleneğin bir devamı olmakla birlikte, Anadolu'daki pratik ihtiyaçlara göre yeniden düzenlenmiş, Türkçe bir anlatımla hekimlerin elinin altında olacak şekilde kurgulanmıştır. Buradaki en çarpıcı yenilik, cerrahî müdahalelerin resimlerle desteklenmesidir. Bazı



bölümlerde kesi yerinin nereye yapılacağı, hangi aletin hangi açıyla uygulanacağı, hangi dokudan nasıl kaçınılacağı, hastanın nasıl yatırılacağı gibi ayrıntılar, resimler sayesinde daha kolay kavranır. Bu, tıp eğitiminde görsel düşünmenin erken ve güçlü bir örneği sayılabilir. Sabuncuoğlu'nun amacı yalnızca bilgi göstermek değil, aynı zamanda güvenlik sağlamaktır: Yanlış kesiyi, hatalı alet kullanımını, gereksiz derinliği ya da eksik müdahaleyi önleyebilmek için bilgiyi mümkün olduğunca somut hâle getirmek.

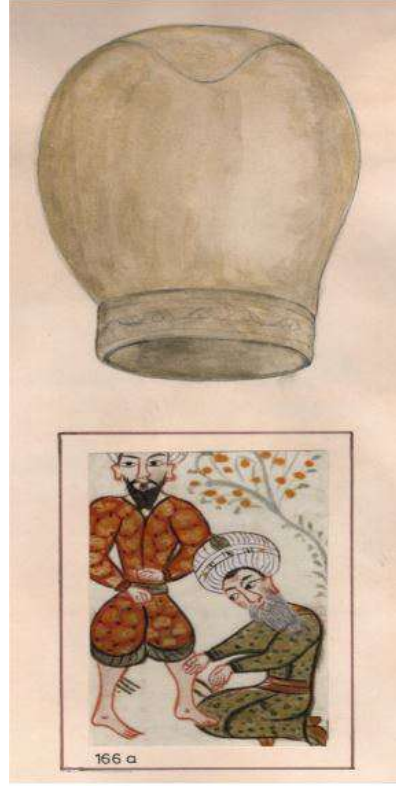


Sabuncuoğlu'nun çizimiyle Sulu Uyuz'un dağlama yöntemiyle tedavisi.

Bu eser, farklı nüshalarıyla da dikkat çeker. Bazı nüshalarda resimlerin düzeni, metnin akışı ve çizimlerin yoğunluğu, eserin zaman içinde nasıl okunduğunu, kopyalandığını ve dolaşıma girdiğini gösterir. Bir tıp kitabının saray çevresinden başlayıp farklı coğrafyalara ulaşması, Sabuncuoğlu'nun değerinin yalnız yerel bir çerçevede kalmadığını; geç de olsa geniş bir ilgi alanı bulduğunu düşündürür. Üstelik eserin eksik kopyalarının bile var olması, onun bir dönem hekimler arasında kulla-

nıldığını ve pratikte işe yarar görüldüğünü gösteren bir işarettir. Cerrahi-yetü'l-Hâniyye'nin üç büyük bölümden oluşması, onu yalnız dar bir uzmanlık metni olmaktan çıkarır; farklı hastalık gruplarına, farklı girişim türlerine ve çeşitli cerrahi aletlere uzanan kapsamlı bir cerrahi dünyası kurar. Resimlerin sayıca fazla olduğunu bilmek bile, Sabuncuoğlu'nun eğitim hedefini ne kadar ciddiye aldığını göstermeye yeter: O, cerrahiye bir "usta yanında izleyerek" öğrenenler için değil, aynı zamanda yazı ve resim üzerinden öğrenmek zorunda kalanlar için de erişilebilir kılmak ister.

Sabuncuoğlu'nun "deneysel tıp" çizgisi ise Mücerreb-Nâme ile daha belirginleşir. Bu eser, adından da anlaşılacağı gibi "tecrübe edilmiş" bilgiler üzerine kuruludur. Sabuncuoğlu burada ilaçların etkisini raporlar; bazı durumlarda bizzat denediğini, bazı durumlarda hastalar üzerinde gözlediğini, hatta hayvanlar üzerinde denemeler yaptığını anlatır. Bu yönü, onu sadece nakleden bir yazar olmaktan çıkarır; sonuçları gözleyerek hüküm veren, yani tecrübe üzerinden ilerleyen bir hekim kimliğine taşır. Zehirlenmelere karşı kullanılan tiryak gibi bileşimler üzerinden kendi üzerinde deneme yapması ya da bir hayvan üzerinde testen söz etmesi, bugünkü anlamıyla sistematik laboratuvar bilimi olmasa da, "etkiyi görmeden hüküm vermeme" hassasiyetini yansıtır. Yine bazı uygulamalarda farklı yöntem arayışına girmesi, tedaviyi tek bir kalıba sıkıştırmayan, dönemi içinde yenilikçi sayılabilecek bir zihniyetin göstergesidir. Bu yaklaşım, cerrahiyle de tamamlanır: Cerrah, yalnız el becerisiyle değil, yöntem geliştirme ve sonucu takip etme disipliniyle de büyür.



Sabuncuoğlu'nun çizimiyle üstte: cam vantuz, altta: sülük çekme.



Sabuncuoğlu'nun hazırladığı tiryakın etkisini kanıtlamak amacıyla yaptığı yılan deneyi. (Mücerreb-Nâme'deki tanıma göre Dr. İlter Uzel kompozisyonu, İlter Uzel Tıp ve Diş Hekimliği Müzesi-Adana)



Mücerreb-Nâme'nin yeni bulunan bir nadir nüshasındaki tiryak bölümü (s.1b.)

Sabuncuoğlu'nun mirası iki cümlede özetlenebilir: Cerrahiye resimle görünür kılarak öğretilirliği artırmış; tedaviyi tecrübe ve gözleme dayandırarak güvenilirliği güçlendirmeye çalışmıştır. Anadolu Türkçesiyle yazması ise bu mirası daha da genişletir; çünkü bilgi yalnız seçkin bir çevrenin elinde kalmaz, pratikte çalışan hekimlere ve cerrahlara ulaşır. Böylece Sabuncuoğlu, Selçuklu ve beylikler çağından devralınan şifahane kültürünün içinde, cerrahinin “ilk görsel dili”ni kuran isim olarak öne çıkar. Onun çizdiği cerrahi minyatürler, sadece geçmişin estetik unsuru değil, bir eğitim felsefesinin belgesidir: Bilgiyi anlat, göster, dene, sonucu kaydet ve bir sonraki nesle daha güvenli bir yol bırak. Bu yüzden Amasyalı Sabuncuoğlu, hem cerrahî öğretiminin hem de deneysel yaklaşımın Anadolu'daki erken ve güçlü temsilcilerinden biri olarak anılmayı hak eder.

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane: Modern tıp eğitiminin başlangıcı

Osmanlı'da hekimlik geleneği yüzyıllar boyunca darüşşifalarda, medrese çevrelerinde ve usta-çırak ilişkisi içinde gelişti. Ancak 18. yüzyılın sonlarından itibaren ordunun ihtiyaçları, salgın hastalıkların yaygınlaşması, savaş şartlarının ağırlaşması ve hekim sayısının yetersizliği, tıp eğitiminin daha düzenli, programlı ve dönemin anlayışıyla uyumlu biçimde yeniden örgütlenmesini zorunlu kıldı. İşte bu zorunluluk, Osmanlı'da modern tıp eğitiminin başlangıcı sayılan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane çizgisini doğurdu.

Bu sürecin ilk ve en kritik adımı, Sultan II. Mahmut döneminde atıldı. Dönemin hekimbaşısı Mustafa Behçet Efendi'nin girişimleriyle, ülkede “marifetli ve bilgili hekim” yetiştirecek bir kurumun kurulması fikri olgunlaştı ve padişahın onayıyla resmîyet kazandı. Böylece 14 Mart 1827 tarihinde Tıphane-i Âmiri adıyla eğitim faaliyetleri başladı. Bu tarih, yalnızca bir okulun açılışı değil; Türk tıp tarihinde modern anlamda kurumsal tıp öğretiminin dönüm

noktasıdır. Nitekim daha sonraki yıllarda 14 Mart'ın "Tıp Bayramı" olarak anılması da bu başlangıcın sembolleşmiş ifadesidir.



سأية ترقبواية حناب بادشاهبده الشاآقى وسبده خنام اولان مكآب طبة عسكرية شاهانه بناى عالينك رسم كنادى
L'inauguration de la nouvelle école Impériale de Médecine de Halîzar-Pacha

Mekteb-i Tıbbiye'nin açılışında dua eden devlet erkânı, askerler, mektep hocaları ve ahali.

Kuruluşun taşıdığı yenilik ruhu, daha ilk yıllarda eğitim yaklaşımında kendini gösterdi. Program, dönemin geleneksel hekimlik anlayışını aşarak anatomi, fizyoloji ve farmakoloji gibi temel bilimlerin sistematik biçimde okutulmasına dayanıyordu. Cerrahi eğitiminde ise "kurşun çıkarma", "damar bağlama" gibi sahaya dönük uygulamalar öne çıkarılıyordu. Bu da tıbbın yalnız teorik bilgiyle değil, klinik ve cerrahi pratikle birlikte öğrenilmesi gerektiği fikrini güçlendirdi. Bir diğer önemli yenilik, öğrencilerin çağdaş tıp literatürünü takip edebilmesi için yabancı dil eğitimine yer verilmesiydi. Fransızca ve İtalyanca dersleri, Batı'daki tıp metinlerine erişimi kolaylaştıran bir köprü rolü gördü. Eğitimini tamamlayanların hastanelerde pratik yapması planlanarak okul-hastane bağının kurulması hedeflendi; bu yaklaşım, günümüz "klinik eğitim" anlayışının erken bir örneği olarak değerlendirilebilir.



Mekteb-i Tıbbiye ve kliniklerinin maket fotoğrafı.

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin tarihsel yolculuğunda en güçlü sembollerden biri, Haydarpaşa'daki görkemli Tıbbiye binasıdır. 19. yüzyılın sonlarına doğru daha büyük, daha donanımlı ve çağın ihtiyaçlarına uygun bir eğitim mekânı kurma düşüncesi ağırlık kazandı. Böylece Haydarpaşa'da, hem mimari hem kurumsal anlamda iddialı bir yapı ortaya çıktı. Binanın inşasında dönemin ünlü mimarlarının ve mühendislerinin imzası bulunur; yapı, yalnız dersliklerden ibaret bir okul değil, aynı zamanda tıp eğitiminin laboratuvar, idare, disiplin ve kurum kültürüyle bütünleştiği bir "külliye" gibi tasarlanmıştır. Haydarpaşa dönemi, tıp eğitiminde düzenin sıkılaştığı, öğrenci yetiştirme anlayışının kurumsal bir disipline kavuştuğu ve tıbbiyelik kimliğinin güçlendiği yıllar olarak anılır.

Bu kurumsallaşmanın en önemli boyutlarından biri, yayıncılık ve kütüphane geleneğidir. Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane yalnız hekim yetiştiren bir okul olarak kalmamış; aynı zamanda tıp bilgisinin üretilip yayıldığı bir merkez hâline gelmiştir. Okula bağlı matbaa ve yayımlanan ders kitapları, öğrencilerin standart bir literatür üzerinden eğitim görmesini sağladı. Kütüphane, hem yerli üretimi destekledi hem de çeviri ve telif eserlerle tıbbın kavram dünyasını genişletti. Bu sayede "tıp kültürü", yalnız uygulamada değil, metin ve kaynak üzerinden de inşa edilmeye başladı. Yani kurum, hekim yetiştirmenin yanında, bilimsel bilgi biriktiren ve bunu kuşaktan kuşağa aktarabilen bir hafıza oluşturdu.

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin toplumsal hafızadaki yeri ise yalnız eğitimle sınırlı değildir. 14 Mart 1919'da Tıp Bayramına vatan ve millet adına da bir özellik eklenmiştir.



Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane

Tıbbiyeliler okulun kuruluş yıldönümü olan 14 Mart'ı birlikte kutlama kararı aldılar; asıl hedefleri ise işgal güçlerine karşı bir tepki ortaya koymaktı. O gün, Tıbbiye'nin 3. sınıf öğrencisi Hikmet Bey'in öncülüğünde büyük bir yürüyüş ve protesto düzenlendi; okulun iki kulesi arasına kocaman bir Türk bayrağı asıldı. İşgal kuvvetleri müdahale etmeye çalışsa da bu gösteriyi engelleyemedi. Bu gün 14 Mart, tıp camiasının emperyalist güçlere karşı açıkça duruş sergilediği günün yıldönümü olarak kabul edilmiş; günümüzde kutlanan Tıp Bayramı'nın da tarihsel gerekçesini oluşturmuştur. Bu gelenek, daha sonra Tıp Bayramı olarak kalıcılaşmış; hekimliğin yalnız meslek değil, aynı zamanda toplum yararına adanmış bir sorumluluk alanı olduğunu hatırlatan bir ortak gün hâline gelmiştir.



14 Mart Tıp Bayramı Kutlaması ve Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'den: Tıbbiyeli Hikmet Boran.

Cumhuriyet'e gelindiğinde, tıp eğitimi daha geniş bir perspektifle yeniden şekillenmiştir. Halk sağlığını temel alan, bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyi öncelleyen, çocuk ölümlerini azaltmayı ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmeyi hedefleyen bir yaklaşım benimsenmiştir. Tıp kongreleri, bilimsel toplantılar ve yeni kurumlaşmalar, tıbbın “yalnız hastayı tedavi eden” bir meslek olmanın ötesine geçerek “toplumu koruyan ve sağlığı inşa eden” bir bilim alanı olarak görülmesine katkı sağlamıştır. 1933 Üniversite Reformu ile birlikte tıp eğitimi üniversite sistemine daha güçlü biçimde bağlanmış; kurumun mekânsal ve idari yapısında değişimler yaşanmış; Haydarpaşa'daki dönem kapanırken, tıp fakültesi ve üniversite tıbbi yeni bir düzleme taşınmıştır.

Bugün “Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane” ifadesi, tek bir ad değişiminden ibaret değildir; Türkiye'de modern tıp öğretiminin köklerini, kurumsal aklını ve sürekliliğini temsil eden tarihsel bir mirastır. 1827'de atılan adım, tıbbın eğitiminde bilimsel program, yabancı dil üzerinden literatüre erişim, klinik uygulama ve yayın-kütüphane desteği gibi temel ilkeleri yerleştirmiştir. Bu ilkeler, daha sonra Osmanlı'nın son dönemindeki modernleşme hamlelerine, Cumhuriyet'in üniversite reformlarına ve günümüz tıp fakültelerinin eğitim anlayışına uzanan büyük bir çizgi oluşturmuştur.

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, Türk tıbbına üç büyük yenilik kazandırmıştır: Birincisi, hekim

yetiştirmeyi sistemli bir öğretim programına bağlayarak modern tıp eğitimini kurumsallaştırmıştır. İkincisi, okulun çevresinde oluşan matbaa, yayıncılık ve kütüphane geleneğiyle tıp bilgisinin üretim ve aktarımını güçlendirmiştir. Üçüncüsü, 14 Mart geleneği gibi simgesel miraslarla hekimliği toplumsal sorumluluk ve ortak hafıza boyutuyla pekiştirmiştir. Bugün Tür-



Okulun İçinden Görüntü.



Okulun Laboratuvarından Görüntüler.

kiye’de tıp fakültelerinin sahip olduğu akademik disiplin, klinik eğitim anlayışı ve bilimsel üretim kültürü, büyük ölçüde bu tarihsel başlangıcın açtığı yolda olgunlaşmış ve gelişmiştir.

Vatan Savunmasında Tıbbiyeliler (Savaş ve Kahramanlık)

Birinci Dünya Savaşı’ndan Kurtuluş Savaşı’na, Bosna’daki insanlık dramından sınır ötesi TSK operasyonlarına kadar tıbbiyeliler, cephe gerisinde değil gerekirse cephede, çoğu zaman ateş hattının hemen yanında görev aldı. Çanakkale’de Türk milletinin destansı fedakârlığını anlatılırken, Tıbbiye’nin öğrencilerinin 1915’de ordu emrine alınması nedeniyle bir yıl kapalı kaldığı ve şehit olan evlatları nedeniyle “mezun veremediği” nasıl unutulur.



“Tıbbiye
işgal
edilebilir
ama teslim
edilemez”

Çanakkale’de Tıbbiyeliler.

14 Mart 1919 ve Tıbbiyeli Hikmet Boran: İşgale karşı tıbbiyelilerin direnişi.

Siperlerde yaralıları omuzlayan, salgınlarla boğuşan, imkânsız şartlarda ameliyat yapan bu hekimler ve sağlıkçılar, “önce hayat” diyerek canını ortaya koydu. Afrin ve Fırat Kalkanı’nda da aynı ruhla; kurşun altında triyaj yapan, ambulans hedef alınsa da geri çekilmeyen tıbbiyeliler, vatan savunmasının görünmeyen kahramanları oldu.

14 Mart 1919’da İstanbul, işgalin ağır gölgesi altındayken Tıbbiye yalnız bir okul değildi; milletin kalbi ve vicdanıydı. Genç tıbbiyeliler, beyaz önlüklerinin cebinde ders notları kadar hürriyetin ateşini de taşıyordu. O gün, Tıbbiyeli Hikmet Boran’ın öncülüğünde yükselen irade “Biz buradayız!” diye haykırdı. Okulun iki kulesi arasına çekilen al bayrak, bir kumaş parçasından çok daha fazlasıydı: Boyun eğmeyen bir milletin onuru, bağımsızlığa duyulan sarsılmaz inanç, emperyalizme karşı dimdik duran bir yürek...



14 Mart 1919 İşgale karşı tıbbiyelilerin direnişi.

İşgal kuvvetleri engellemeye kalktı; ama o bayrak, o kararlılık, o susmayan ses indirilemedi. Çünkü tıbbiyeliler can kurtarmayı meslek edinmişken, o gün bir milletin ruhunu da ayakta tutmaya ant içmişti. Korkuyu değil, cesareti seçtiler; bilimin vakarını yurt sevgisinin iradesiyle birleştirdiler. 14 Mart bu yüzden yalnız bir kuruluş yıldönümü değil; hekimliğin şifa kadar haysiyet, merhamet kadar direnç olduğunu dünyaya ilan eden bir direniş günüdür. Hikmet Boran ve arkadaşları, tarihe “şifa”nın yanına “istiklal”i de yazdı.

Sivas Konresi’nde Tıbbiyeliler



Atatürk ve Askeri Tıbbiyeliler Derneği Üyeleri.

Kongrede manda tartışmalarının iyice kızıştığı ve delegelerin çoğunun manda fikrine yönelmeye başladığı kritik anlarda, Mustafa Kemal’e ve onunla aynı çizgide duranlara güç ve kararlılık kazandıran en sert karşı çıkışlardan biri, her zaman ileri ve inkılapçı düşüncelerin öncüsü olan Tıbbiye’nin delegesi Hikmet Bey’den geldi. Mazhar Müfit

Kansu, Tıbbiyeli Hikmet’i; “İstanbul efendi ve paşalarına vatanseverlikte, memleketçilikte, milliyetçilikte rehber ve örnek olacak ölçüde doğru düşüncenin, milli inan, heyecan ve imanın sahibi” olarak ifade etmiştir.



HEKİM ÇALIŞTAYI

30 Ekim - 2 Kasım 2025 / Ankara

Türk Sağlık-Sen II. Hekim Çalıştayı (30 Ekim-2 Kasım 2025)

Türk Sağlık Sen'in düzenlemiş olduğu Hekim Çalıştayı, sahadan gelen gerçek ihtiyaç ve beklentileri doğrudan merkeze alarak çözüm üretmeyi amaçlayan; veriye dayalı, katılımcı ve sonuç odaklı bir yapıda kurgulanmıştır. Bu nedenle çalıştayın yöntemsel karşılığı en doğru biçimde "karma yöntemli (mixed-method) katılımcı politika geliştirme ve çözüm üretme çalıştayı" olarak ifade edilebilir. Çalıştay, yalnızca sorunların dile getirildiği bir toplantı olmanın ötesine geçerek sorunların sistematik biçimde ortaya konduğu, doğrulandığı, sınıflandırıldığı, mevzuat ve literatürle desteklenerek analiz edildiği ve uygulanabilir çözüm önerilerine dönüştürüldüğü bütüncül bir süreç olarak yürütülmüştür.

Bu çalıştayın karma yöntemli niteliği, nicel ve nitel veri toplama tekniklerinin birbirini tamamlayacak biçimde kullanılmasıyla belirginleşmektedir. Sürecin ilk aşamasında, çalıştaydan önce hekimlerin sorunlarını ve taleplerini geniş bir örneklem üzerinden görmek amacıyla yaklaşık 1347 kişiye yönelik kapsamlı bir anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Bu anket, sorun alanlarının yalnızca "izlenim" düzeyinde değil, ölçülebilir ve karşılaştırılabilir biçimde ortaya konmasını sağlamış; hangi konuların daha yaygın, daha yakıcı ve daha öncelikli olduğu nicel verilerle belirginleşmiştir. Böylece çalıştayın gündemi rastlantısal biçimde değil, sahadan gelen verilerle şekillenen bir "ihtiyaç analizi" zeminine oturtulmuştur. Anket bulguları aynı zamanda çalıştay tartışmalarının çerçevesini çizmiş; komisyonların odaklanacağı başlıklar somut, kanıtlanmış ve sahici bir problem haritasına dayandırılmıştır.

İkinci aşamada ise çalıştay, katılımcı bir tasarımla yapılandırılmış ve hekimlerin doğrudan katkı sunduğu nitel bir derinleşme süreci işletilmiştir. Hekimlerden gelen sorunlara göre toplam on komisyon kurulmuş; her komisyonda bir komisyon başkanı, bir akademik danışman ve bir raportör görevlendirilmiştir. Bu yapılanma, çalıştayın kurumsal hafızaya dönüşmesini ve üretilen çıktıların raporlaşılabilir bir niteliğe kavuşmasını sağlamıştır. Komisyon toplantılarında katılımcılar önce sorunlarını ayrıntılı biçimde dile getirmiş, ardından bu sorunların nasıl çözülebileceğine ilişkin görüşlerini ve önerilerini paylaşmıştır. Bu yönüyle süreç, "kolaylaştırılmış grup çalışması" ve "çözüm odaklı çalışma grubu" yaklaşımını yansıtmaktadır.

Özellikle asistan komisyonunda yürütülen süreç nitel veri toplama açısından ayrı bir önem taşımaktadır. Asistan hekimler, sohbet ortamında bire bir söz alarak tüm sorunlarını teker teker dile getirmiş; bu oturum, doğası gereği odak grup görüşmesine benzeyen, güvenli ve açık bir paylaşım zemini oluşturmuştur. Ardından ifade edilen sorunlar tematik biçimde tasnif edilmiş;

benzer başlıklar altında gruplanarak sistematik bir problem seti oluşturulmuştur. Bu aşama, nitel verinin “tematik analiz” mantığıyla işlenmesine ifadelerin tekil şikâyetler olarak görülmesinden çıkarılıp ortak sorun kümelerine dönüştürülmesine imkân sağlamıştır.

Çalıştayın üçüncü aşaması ise, toplantı sırasında ortaya çıkan nitel bulguların bilimsel ve hukuki bir çerçeveye oturtulmasıdır. Komisyonlarda dile getirilen sorunlar yalnızca not edilmemiş; ilgili tüm mevzuat, yönetmelikler ve uygulama düzenlemeleri taranarak, sorunun hangi normatif zeminden kaynaklandığı ya da hangi boşluklardan doğduğu ortaya konmuştur. Bununla birlikte literatür taraması yapılarak dünyadaki uygulamalar ile Türkiye’deki uygulamalar karşılaştırılmış; uluslararası örnekler ve iyi uygulama modelleri üzerinden çözüm önerileri güçlendirilmiştir. Böylece rapor, yalnızca “talep listesi” olmaktan çıkmış; giriş, gelişme ve çözüm bölümleri olan, kanıta dayalı, karşılaştırmalı ve uygulanabilir bir politika belgesine dönüşmüştür.

Raporlama sürecinde ayrıca Türk Sağlık-Sen’in önceki yayınlarından, Sağlık Bakanlığı’nın istatistik ve mevzuat kaynaklarından ve ilgili resmi dokümanlardan yararlanılmış; gerekli görülen yerlerde atıflar yapılarak kurumsal bilgi birikimi ve resmi veriler rapora entegre edilmiştir. Çalışmaya yaklaşık 500 civarında hekimin katılımıyla yürütülen tartışmalar, anket bulgularının sahadaki deneyim ve tanıklıklarla yeniden doğrulanmasına imkân vermiş; nicel bulguların nitel anlatılarla desteklenmesiyle yöntemsel tutarlılık güçlenmiştir.

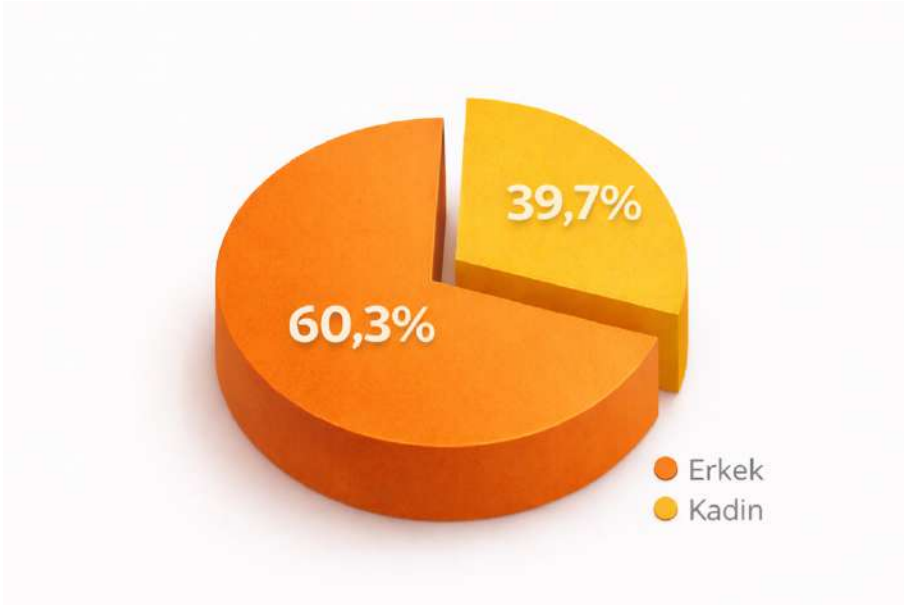
Son olarak, çalıştayda ortaya çıkan sorunlar çözüm yollarına göre üçlü bir sınıflama ile raporlaştırılmıştır: “görüşmelerle çözülebilecek sorunlar”, “mevzuat değişikliği ile çözülebilecek sorunlar” ve “kanun değişikliği gerektiren sorunlar.” Bu sınıflama, sorunların uygulanabilirlik ve yetki düzeyine göre ayrıştırılarak gerçekçi bir yol haritası oluşturulmasını sağlamıştır. Böylece öneriler, yalnızca ideal hedefler olarak değil; hangi kurumla, hangi araçla ve hangi hukuki düzeyde çözülebileceği belli olan somut politika adımlarına dönüşmüştür. Tüm bu özellikleriyle çalıştay, ardışık karma desenle yürütülen nicel ihtiyaç analiziyle başlayan, nitel komisyon çalışmalarıyla derinleşen ve mevzuat-lisanslı çözüm üretimiyle rapora dönüşen kapsamlı bir katılımcı politika geliştirme süreci olarak değerlendirilebilir.

Hekim Çalışmayı Hazırlık Anketi Sonuçları

Türk Sağlık-Sen tarafından Hekim Çalışmayı Öncesi 1347 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen geniş kapsamlı anket çalışmasının verileri ışığında aşağıdaki rapor hazırlanmıştır. Veriler; hekimlerin demografik yapısını, çalışma şartlarını, ekonomik durumlarını ve mesleki tükenmişlik düzeylerini, kamuda hekimlerin çalışma koşulları ve bunların nasıl iyileştirilebileceğini analiz etmektedir.

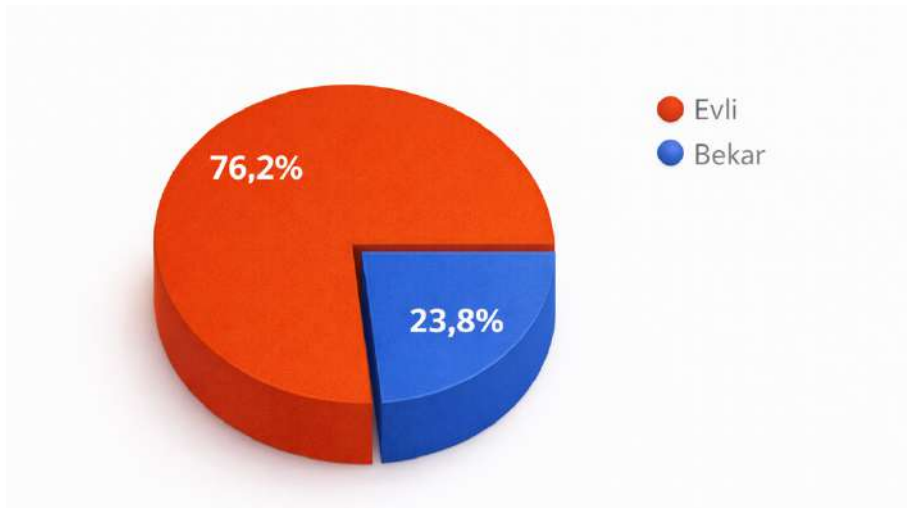
Bölüm 1: Demografi ve Çalışma Sistemi

Soru 1: Cinsiyet



Hekimlerin büyük çoğunluğunu erkek hekimlerin oluşturduğu görülmektedir.

Soru 2: Medeni Durum



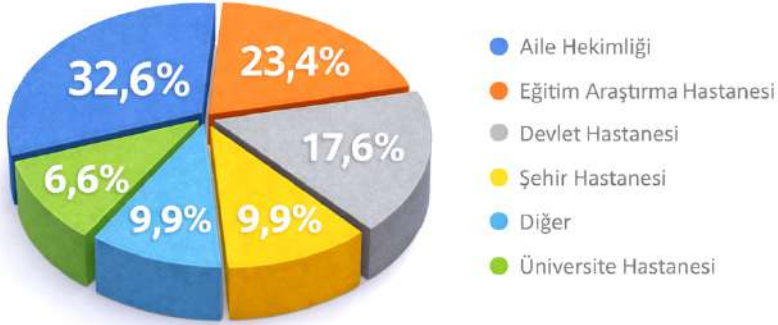
Hekimlerin üçte ikisinden fazlası evli olup, aile sorumluluğu taşıyan bir katılımcı profili görülmektedir.

Soru 3: Görev Süreniz



Hekimlerin büyük bir kısmı (%44,3) meslekte 20 yılını doldurmuş kıdemli hekimlerdir. Bu durum, anket sonuçlarının tecrübeli bir perspektifi yansıttığını göstermektedir.

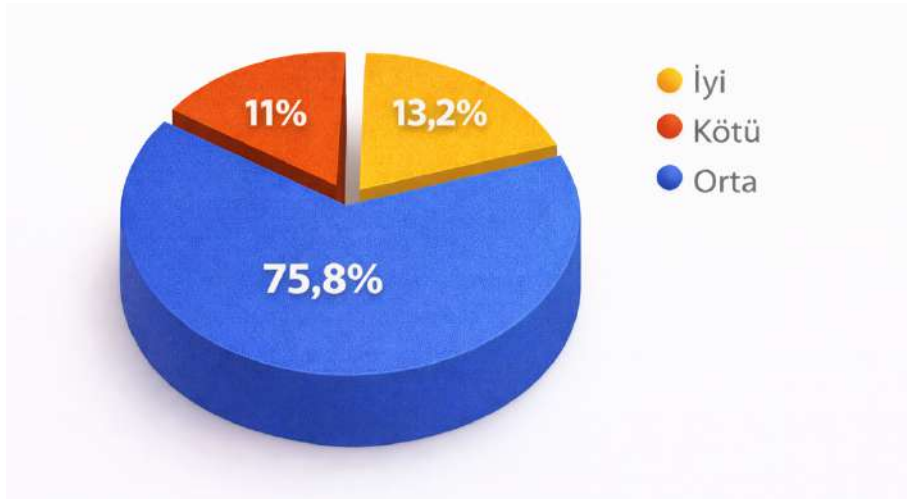
Soru 4: Görev Yaptığınız Kurum



Hekimlerin arasında en büyük payı Aile Hekimleri ve Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanları oluşturmaktadır.

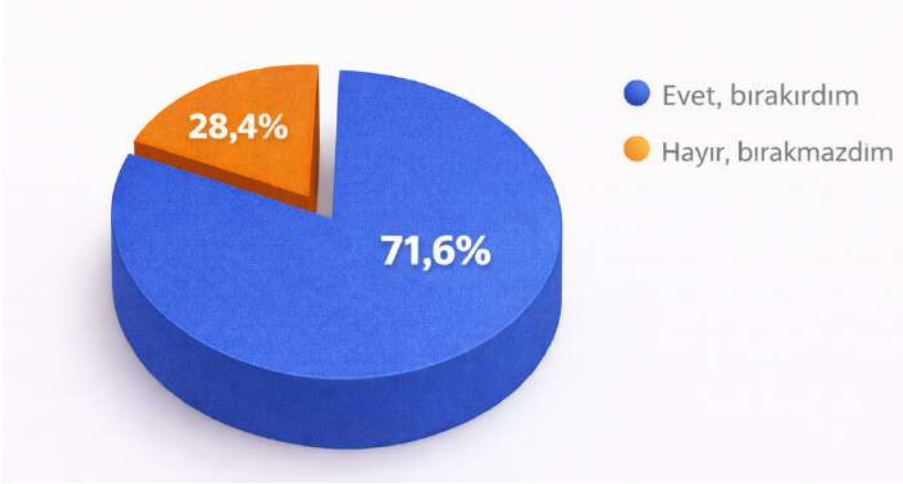
Bölüm 2: Ekonomik Durum ve Mesleki Gelecek

Soru 5: Ekonomik durumunuzu nasıl görüyorsunuz?



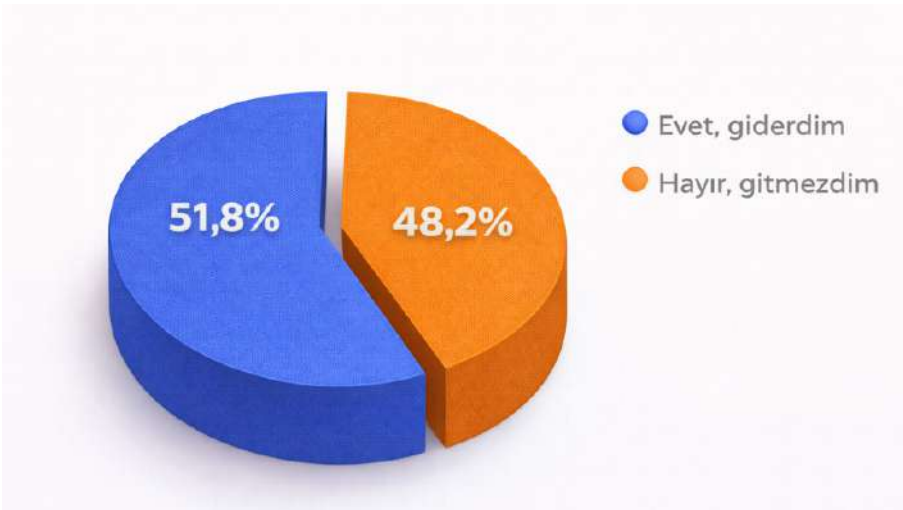
Hekimlerin ezici çoğunluğu ekonomik durumunu "orta" olarak tanımlamaktadır. Eğitim ve sorumluluk düzeyi düşünüldüğünde, "iyi" diyenlerin oranının düşüklüğü dikkat çekicidir.

Soru 6: Şu an daha iyi şartlara (para, refah, çalışma şartları vb.) sahip bir iş olsa hekimliği bırakır mıydınız?



Hekimlerin %71'inden fazlası fırsat bulduğu takdirde mesleği bırakmaya meyillidir. Bu, mesleki motivasyonun kritik seviyede düşük olduğunu göstermektedir.

Soru 7: Şu an daha iyi şartlara sahip yurt dışı bir iş olsa bırakıp gider miydiniz?



Hekimlerin yarısından fazlası yurt dışına gitme düşüncesindedir. Bu durum beyin göçü riskinin ciddiyetini rakamlara yansıtmıştır.

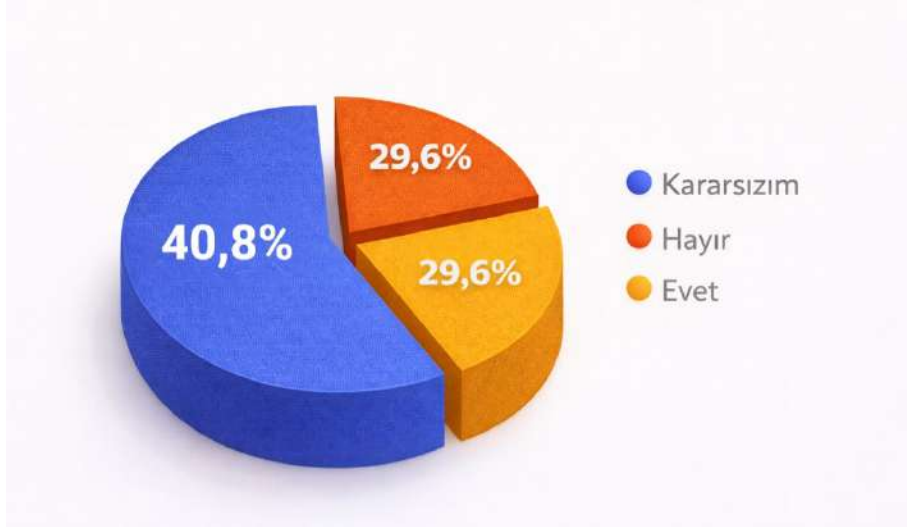
Soru 8: Size göre sağlık sisteminin en büyük sorunu nedir? (En fazla 3 seçenek)



Hekimlerin görüşüne göre sistemin en temel sorunu "değersizlik" hissi ve ekonomik kaygılardır. Devamında ücret yetersizliği ve aşırı iş yükü gelmektedir.

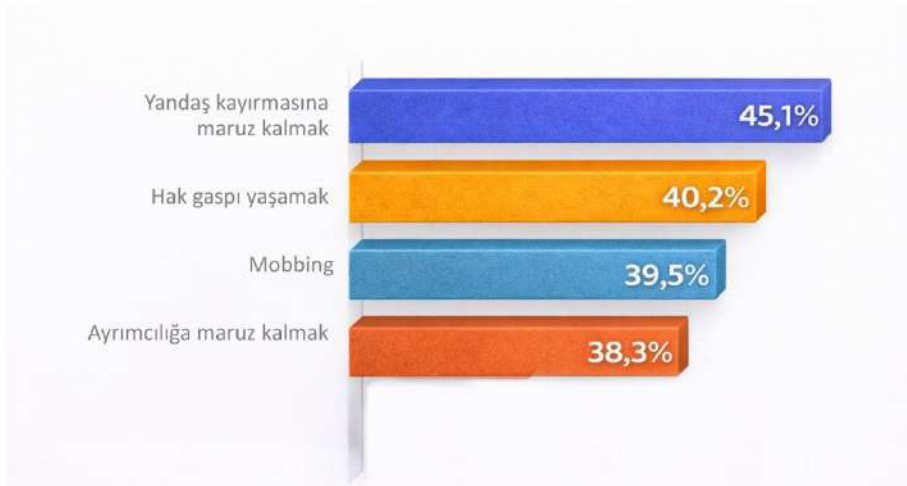
Bölüm 3: Mesleki Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık

Soru 9: Tekrar meslek seçecek olsaydınız hekim olmak ister miydiniz?



Hekimlerin sadece %29,6'sı "Evet" diyebilmektedir. Geri kalan büyük çoğunluk pişmanlık ya da derin bir kararsızlık içindedir. Bu da mesleki doyum ve tatmin düzeyi açısından tehlike çanlarının çaldığının göstergesi olarak değerlendirilmelidir.

Soru 10: Hekimlik mesleğiyle ilgili yaşadığınız en olumsuz durum nedir? (en fazla 3 tane seçeneği işaretleyiniz.)



Hekimlerin mesleklerini icra ederken en çok adaletsizlik ve yöneticilerin taraflı tutumlarından şikayetçi olduklarını ifade etmektedir.

Soru 11. Mesleğinizi icra ederken karşılaştığınız zorlu yaşam durumlarında psikolojik sağlamlığınızı korumak için aşağıdakilerden hangisini yapıyorsunuz? (Birden fazla seçim yapabilirsiniz.)



1) En baskın eğilim: “Kontrol bende kalsın” yaklaşımı

“Kontrolümü elimde tutmaya çalışıyorum” %71,2. Bu oran hekimlerin zorlayıcı durumlarda en çok problem odaklı ve kontrol/planlama temelli baş etme stratejilerine yöneldiğini gösteriyor. Sağlık hizmetinin doğası gereği (hızlı karar, sorumluluk, belirsizlik) bu sonuç şaşırtıcı olmamakla birlikte “Kontrol edersem dayanırım” refleksinin güçlü olduğunu göstermektedir.

Bu durumun avantajı krizde işlevselliği korur, hızlı çözüm üretmeyi desteklerken olumsuz tarafı ise Sürekli kontrol ihtiyacı nedeniyle “her şeyi ben taşımalıyım” duygusundan dolayı tükenmişliği artırabilir.

2) İkinci güçlü eğilim: İşe daha çok odaklanarak baş etme

“Yaptığım işe daha fazla odaklanmaya çalışarak...” %45 bu oran zorlanma anlarında dikkati işe kanalize ederek duyguyu regüle etme eğilimini gösterir. Bir tür “işe sığınma / görev moduna geçme” gibi düşünülebilir. Bu durumun avantajı kısa vadede performansı ve “ayakta kalmayı” desteklerken, olumsuz tarafı ise uzun vadede duyguları ertelemek, dinlenmeyi ve yardım aramayı geciktirmek; aşırı çalışma ile tükenmişliği beslemek gibi durumların ortaya çıkmasına mahal verebilmektedir.

3) Dikkat çeken oran: Kaçınma/ bastırma eğilimi

“Unutmaya çalışıyorum” %34,3 bu oran daha çok kaçınma odaklı bir baş etme biçimini işaret eder. “Üzerini kapatayım, geçsin” yaklaşımı kısa vadede rahatlatıcı olsa da, uzun vadede stres birikimi, uyku sorunları, iritabilite ve duygu taşması gibi sonuçlara gidebilir.

4) Profesyonel destek alma: Görece düşük ama kıymetli

“Profesyonel yardım alıyorum” %11,4 bu oran, hekimlerin bir kısmının destek aldığını ama genel tabloya göre daha az destek almaya başvurulduğunu gösteriyor. Bunun nedeni olarak “zaman yokluğu”, “gizlilik endişesi”, “ben hallederim bakış açısı” gibi etkenler rol oynayabilmektedir.

Bu seçeneğin yaygınlaşması için kurumsal düzeyde gizlilik güvenceli, kolay erişilebilir destek mekanizmaları (psikolog/psikiyatri, EAP benzeri çalışan destek birimleri) güçlendirilirse bu oran artabilir.

5) “Hiçbir şey yapmıyorum” diyen grup:

Risk göstergesi olarak değerlendirilmelidir. “Hiçbir şey yapmıyorum” %8,5 bu oran iki şekilde okunabilir: Birincisi gerçekten baş etme repertuarı zayıf / umutsuzluk (riskli) barındırıyor.

İkincisi “Bir şey yapmıyorum çünkü zaten baş etmek zorundayım” gibi normalleştirme görüşü hakim.

Her iki durumda da bu grup, psikolojik dayanıklılık eğitimleri, süpervizyon (mesleki denetim ve rehberlik) /debriefing (bilgi alma / vaka sonrası değerlendirme), akran desteği gibi uygulamalardan en çok fayda görebilecek hekim grubu olarak düşünülmalıdır.

6) “Zor durumla karşılaşmıyorum” %1,8 gibi çok düşük bir oranla bu seçeneğin tercih edilmesi hekimlikte zorlayıcı durumların yaygın olduğunu dolaylı biçimde doğrulamaktadır.

Genel olarak toparlayacak olursak bu soru ve ona verilen cevaplar neticesinde oluşan tablo, hekimlerin ağırlıklı olarak kontrol ve işe odaklanma ile ayakta kaldığını; hatırı sayılır bir bölümün de “unutma/kaçınma”ya kaydığını; profesyonel desteğin ise görece düşük olarak tercih edildiğini göstermektedir.

12. Soru: “Hekimlik sürecinde stres yaşadığınızda aşağıdakilerden hangisi ile karşılaşıyorsunuz? (Birden fazla seçim yapabilirsiniz)”



Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenebildiği için oranlar yanında seçeneklerin birbirini desteklediği gerçeği de göz ardı edilmemelidir. Yani hekimler stresi yaşarken aynı anda birkaç duyguyu birlikte yaşadığını ifade edebilmektedir.

Hekimlerin işaretlediği tepkiler sırasıyla aşağıda belirtilmektedir.

Hekimlerin tercih ettiği bu üç seçenek stresin hekimlerde en çok iç huzuru bozma, motivasyon/enerji düşüşü ve mesleğe karşı isteksizlik olarak kendini gösterdiğini ifade etmektedir.

İkinci yoğun tercih kümesi ise;

Hekimlerin bu seçenekleri işaretlemesi ise stresin duygusal geri çekilme ve geleceğe dair karamsarlık boyutu öne çıkarmaktadır.

Hekimlerin duygusal yük belirtilerine yönelik işaretledikleri seçeneklerde az değildir. Bu durum, Üzüntü yaşıyorum %34,1,

Yaşama sevincim kayboluyor %33,3 oranları ile yaklaşık her 3 hekimden 1'inin stresle birlikte belirgin moral çöküşü yaşadığını göstermektedir.

Bu soruda Hekimlerin daha düşük oranla tercih ettiği ama takip edilmesi gereken seçenekleri ise Ani duygu değişimleri %13,7 / Kabuslar %3,3 / Sürekli ağlama hissi %1,9 oranları ile dikkat çekicidir.

TÜRK HEKİMLİĞİNİN SORUNLARI VE TÜRK HEKİMLERİNİN TALEPLERİ

Ankete katılan hekimlerden “İş stresi yaşamıyorum” diyenler %3; “Hiçbirini hissetmiyorum” diyenler %1,9 olarak görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğimizde stresin neredeyse hekimlerin tamamında farklı yoğunluklarda hissedildiğini düşündürmektedir.

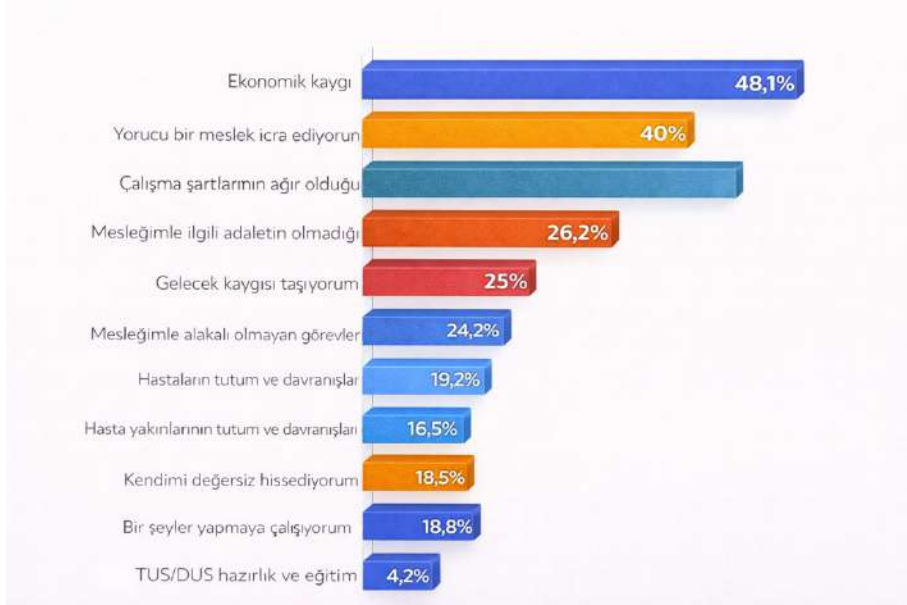
Bütün verileri bir arada değerlendirmek daha sağlıklı bir sonuca ulaşmaya imkân verecektir. Hekimlik sürecinde stres yaşandığında hekimlerin en sık dile getirdiği durumlar huzursuzluk (%58,1), heyecan/motivasyon kaybı (%57,4) ve hekimlikten soğuma (%53,7) olup, bu bulgular stresin hekimlerde öncelikle içsel gerilim, işe yönelik enerji düşüşü ve mesleki yabancılaşma olarak yaşandığını göstermektedir. Buna ek olarak çevreye ve işe karşı soğuklaşma (%45,9) ile umudun kaybolması (%45,2) oranlarının yüksekliği, stresin yalnızca anlık bir rahatsızlık değil, aynı zamanda duygusal geri çekilme ve geleceğe dair karamsarlık boyutuna da taşındığını düşündürmektedir. Yaklaşık her üç hekimden birinin üzüntü (%34,1) ve yaşama sevincinde azalma (%33,3) bildirmesi, psikolojik yükün anlamlı bir kesimde belirginleştiğini ortaya koyarken; ani duygu değişimleri (%13,7), kabus görme (%3,3) ve sürekli ağlama hissi (%1,9) gibi daha ağır belirtiler daha düşük oranlarda görülse de izlenmesi gereken uyarıcı göstergeler olarak dikkat çekmektedir. Öte yandan “stres yaşamıyorum” diyenlerin %3, “hiçbirini hissetmiyorum” diyenlerin %1,9 düzeyinde kalması, hekimlik pratiğinde stresin büyük ölçüde yaygın ve çok boyutlu bir deneyim olduğuna işaret etmektedir.

Soru 13: Mesleki tükenmişlik yaşadığınızı düşünüyor musunuz?



Hekimlerin %90'ı tam veya kısmen tükenmişlik hissetmektedir.

14. Soru: “Mesleki tükenmişlik yaşamamanın olası nedenlerini işaretler misiniz? (En fazla 3 tane işaretleyiniz)”



Bu soruda ankete katılan hekimler en fazla 3 neden işaretlediği için seçeneklerin birbirini desteklediği gerçeği de göz ardı edilmemelidir. Burada en güçlü neden açık ara ile birinci sırada olan ekonomik kaygı: %48,1 oranla öne çıkmaktadır.

İkinci sırada %40 oranla “Yorucu bir meslek icra ediyorum” seçeneği mesleğin genel yıpratıcılığını vurgulamaktadır.

Üçüncü büyük başlık %30 oranla “Çalışma şartlarının ağır olduğu” seçeneği ile çalışma koşullarına dikkat çekmektedir.

Sisteme/işleyişe dair nedenler de yüksek olarak işaretlenmiştir. Buna göre;

“Mesleğimle ilgili adaletin olmadığı” %26,2

“Gelecek kaygısı taşıyorum” %25

“Mesleğimle alakalı olmayan görevler” %24,2

İletişim/insan ilişkileri kaynaklı yük orta düzeyde işaretlenmiştir. Buna göre;

“Hastaların tutum ve davranışları” %19,2

“Hasta yakınlarının tutum ve davranışları” %16,5

Daha düşük görülenler de aşağıdaki oranlarda tercih edilmiştir.

“Kendimi değersiz hissediyorum” %18,5

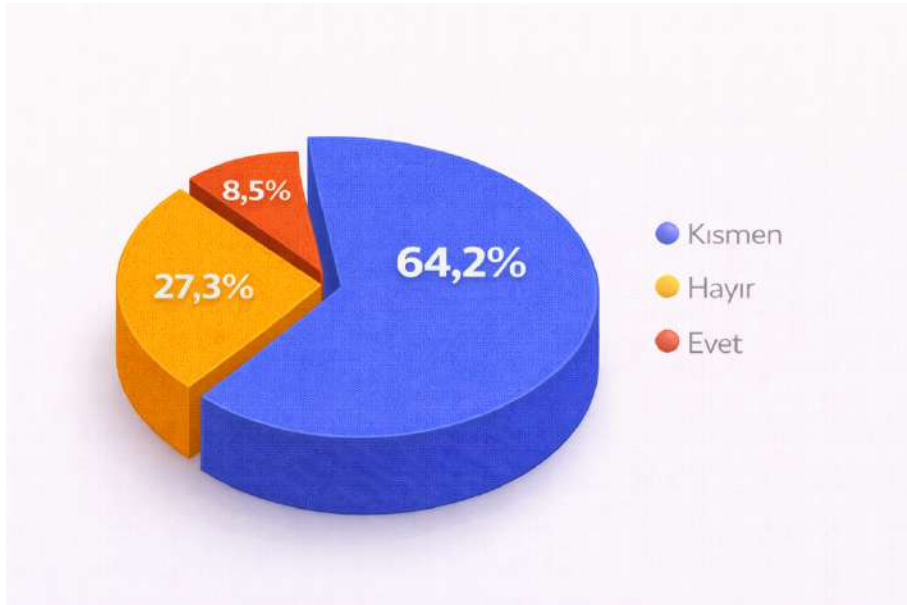
“Bir şeyler yapmaya çalışıyorum...” %18,8

“Kendimi hekimlik kurumuna ait hissetmiyorum” %5

“TUS/DUS hazırlık ve eğitim” %4,2

Bu tablo tükenmişliğin hekimlerde en çok ekonomik belirsizlik ve iş yükü/çalışma koşulları ile adalet/işleyiş sorunları etrafında toplandığını ifade etmektedir. Hasta ve hasta yakını tutumlarının ise ikincil ama önemli bir stres kaynağı olduğunu göstermektedir.

15. Soru: “Sizce, günümüzde hekimlik mesleği toplum tarafından saygın bir meslek olarak kabul ediliyor mu?”



Hekimlerin yalnızca %8,5'i “Evet” demiştir. Büyük çoğunluk %64,2 ile “Kısmen” yanıtını vermiştir. %27,3 “Hayır” demiştir.

Hekimlerin çok büyük bölümünün hekimliğin toplumdaki saygınlığını tam ve güçlü bir kabul olarak görmediğini, daha çok “kısmen var ama belirgin biçimde zayıfladı” şeklinde değerlendirdiğini göstermektedir. “Hayır” oranının da yüksek olması, saygınlık algısında ciddi bir aşınma hissedildiğine işaret etmektedir.

16. Soru: “Bakanlık Merkez Teşkilatında en çok sorun yaşadığınız konu nedir?”



Hekimlerin cevabına göre en büyük sorun başlığı “Alandan kopuk, uygulanamayacak kararlar”: %41,9 birinci sırada yer almaktadır.

İkinci sırada “Bir kısım liyakatsiz yöneticilerin tutum, davranış ve uygulamaları”: %33 oranla görülmektedir.

Diğer başlıklar daha düşük oranlarda kalmaktadır.

İletişimsizlik: %8

Hiçbir sorun yaşamıyorum: %6

Bürokrasi: %4

Ayrımcı/ego'lu idareciler: %3

İlgisizlik: %3

diğer:%1,1

Merkez teşkilatta sorun algısı en çok iki noktada yoğunlaşmıştır. Sahadan kopuk karar üretimi (uygulanabilirlik sorunu) ve Yönetici niteliği/liyakat ve yönetsel tutumlar olarak ifade edilen bu tablo, problemin sadece “iş yükü” ya da “prosedür” değil; doğrudan yönetim kalitesi ve kararların sahaya uygunluğu ile ilişkili görüldüğünü, buna bağlı olarak iletişim ve bürokrasi gibi unsurların da ikincil ama tamamlayıcı sorun alanları olduğunu göstermektedir.

17. Soru: “Görev yaptığınız kurumunuzda en çok sorun yaşadığınız konu hangisidir?”



Hekimlerin görev yaptıkları kurumda en çok sorun yaşadıkları konu olarak “Bir kısım liyakatsiz yöneticilerin tutum, davranış ve uygulamaları” %40,3 oranla en büyük sorun olarak göze çarpmaktadır. Bundan sonra

İletişimsizlik: %20,5

Hiçbir sorun yaşamıyorum: %14,6

İlgisizlik: %12,7

Ayrımcı/egolu idareciler: %8,6

Mobbing: %3,3 oranlarıyla sıralanmaktadır.

Hekimlerin bakış açısı ise kurumdaki sorun algısı en çok yönetici tutumu/liyakat ve iletişim başlıklarında yoğunlaşmaktadır. “Hiçbir sorun yaşamıyorum” diyenlerin %14,6 olması, kurumlarda tamamen olumsuz bir tablo olmadığını gösterir gibi olsa da genel resimde sorunların ağırlıkla yönetim ve iletişim kalitesi etrafında toplandığını göstermektedir.

18. Soru: “Sağlıkta Şiddet ve Mobbing’in önlenmesi için aşağıdakilerden hangisi öncelikli sorun olarak görülerek çözülmelidir?”



Hekimlerin en çok işaretlediği öncelik “Şiddet ve mobbingi önlemek için caydırıcı çalışmaların yapılması” %29,9 oranla öne çıkmaktadır.

İkinci sırada iki seçenek eşit olarak yer almaktadır.

“Hukuki düzenlemelerin uygulamaya dönüşmesindeki sorunların çözülmesi” %23,8

“Sağlıkta şiddet sıfır tolerans projesinin ısrarla takip edilmesi” %23,9

Daha sonra:

“Cezaların artırılması” %13,4

“SABİM’e gelen şikâyet ve taleplerin süzgeçten geçirilmesi” %9

Hekimler bu bölümde öncelikli olarak tek başına “cezaı artırmak”tan ziyade, sahada etkili olacak caydırıcılık, mevcut hukukun gerçekten uygulanması ve sıfır tolerans yaklaşımının kararlılıkla sürdürülmesini öncelikle işaretlemiştir. Bu da sorunun “kanun var/yok”tan çok uygulama ve etkinlik boyutunda görüldüğünü ifade etmektedir..

Bu sorunun “Diğer” yanıtlarının toplu değerlendirmesi ise aşağıda belli başlıklar altında toplanarak tasnif edilebilmektedir.

1) Caydırıcılık ve yaptırımın gerçekten uygulanması

Cevapların en güçlü ortak noktası, “ceza var ama uygulanmıyor / etkisi görünmüyor” algısıdır. “Caydırıcı cezalar”, “ağır yaptırım”, “kamuyuyla paylaşılması”, “cezaların uygulama eksikliği” gibi ifadeler, hekimlerin önceliğinin yasanın kâğıt üzerinde kalmaması olarak görüldüğünü göstermektedir. Burada talep edilen şey yalnızca ceza artırımı değil; hızlı süreç, kesin uygulama, görünür sonuç (ör. kararların duyurulması) ile caydırıcılığın güçlendirilmesidir.

2) Sağlık hizmetine erişim/SGK üzerinden yaptırım önerileri

“Sağlıktan men”, “SGK/sigorta iptali”, “ücretli işlem”, “kara liste”, “acil dahil iptal” gibi öneriler sıkça tekrar edilmektedir. Buradaki bazı yanıtlar, şiddet uygulayan kişinin sağlık hizmetinden yararlanmasının kısıtlanmasını doğrudan caydırıcı araç olarak görmektedir. Bu öneriler, hekimlerin “şiddetin bedeli somut olsun” beklentisini yansıtırken sağlık hakkı ve acil hizmet gibi alanlar nedeniyle pratikte hukuki/etik sınırları tartışmalıdır. Yine de bu cevapların varlığı, mevcut cezaların “hissedilir” bulunmadığını güçlü biçimde göstermektedir.

3) Kurumsal sahiplenme ve siyasi/toplumsal iklim

“Bakanlık personelinin yanında yer almalı”, “siyasiler bizi değerli görmeli ki vatandaş örnek alsın”, “toplum bilinçlendirilmeli” gibi cümleler; sorunun sadece bireysel saldırganlık değil, üst dil / kamu mesajı / toplumsal tutum ile de ilgili algılandığını göstermektedir.

4) Medya ve kamuoyu iletişimi

“Şiddet içeren dizi/program/haberler kaldırılmalı”, “kamu spotları”, “basında daha fazla değinilmesi” gibi öneriler, şiddetin normalleşmesinde medyanın etkisine vurgu yapmaktadır. Hekimler, caydırıcılığın sadece adliyeyle değil; kamu kampanyaları ve kullanılan dilin düzelmesiyle de güçleneceğini düşünmektedir.

5) Liyakat, yönetim kalitesi ve kurum içi adalet

“Ana sorunumuz liyakat”, “yalaka yöneticiler gerçek sorunları yansıtmıyor”, “liyakatli yönetici atanırsa sorun azalır”, “disiplin süreçlerinde soruşturmacılara sorumluluk” gibi yanıtlar; şiddet ve mobbingin arka planında kurum içi adalet, yönetici niteliği ve denetim problemlerinin görüldüğünü göstermektedir. Bu grup cevaplar, mobbingin ve çatışmanın sadece “hasta kaynaklı” değil, kurumun iklimi ve yönetim pratikleri ile de beslendiği kanaatini yansıtmaktadır.

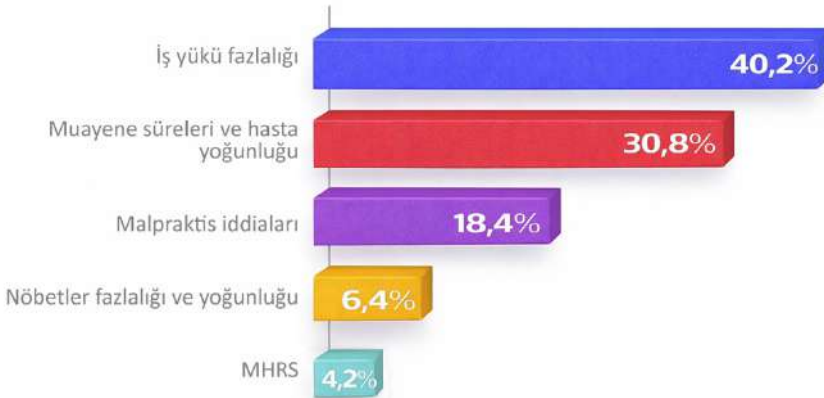
6) Mobbing için özel denetim ve önleyici mekanizmalar

“Mobbing hususunda özel denetlemeler”, “önleyici ve caydırıcı uygulamalar” gibi ifadeler, mobbingin ayrı bir başlık olarak sistematik izleme/denetim gerektirdiği beklentisini ortaya koymaktadır.

“Diğer” yanıtları, şiddet ve mobbingin önlenmesinde hekimlerin önceliğinin caydırıcılığı artırmaktan çok, yaptırımların hızlı ve görünür biçimde uygulanması olduğunu göstermektedir. Katılımcılar ayrıca SGK/sağlıktan men gibi somut bedel doğuran yaptırımlar, bakanlığın çalışanı açık biçimde sahiplenmesi, siyasetin ve medyanın diliyle toplumun bilinçlendirilmesi, liyakatli yönetim ve kurum içi adaletin güçlendirilmesi ile mobbing için özel denetim mekanizmaları kurulmasını öne çıkarmaktadır. Bu bütün tablo, şiddetin yalnızca bireysel bir sorun değil; toplumsal iklim, kurumsal yönetim kalitesi ve uygulama zafiyeti ile birlikte ele alınması gereken çok boyutlu bir problem olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Bölüm 4: Çalışma Şartları

19. Soru: “Hekim olarak çalışma şartlarınızı değerlendirdiğinizde öncelikli olarak hangi soruna çözüm üretilmelidir?”



Hekimler bu sorunun cevabı olarak %40,2 oranla en öncelikli sorun olarak “iş yükü fazlalığı”nı görürken diğer seçenekler ve oranları sırasıyla aşağıda yer almaktadır.

Muayene süreleri ve hasta yoğunluğu: %30,8

Malpraktis iddiaları: %18,4

Nöbetler fazlalığı ve yoğunluğu: ≈%6,4

MHRS: ≈%4,2

Hekimlerin öncelik sıralaması, çalışma koşullarında en acil çözüm ihtiyacının iş yükü ile hasta yoğunluğu ve muayene süresi ekseninde toplandığını göstermektedir. Malpraktis kaygısı da hatırı sayılır bir oranla üçüncü başlık olarak öne çıkarken, nöbet yükü ve MHRS daha düşük oranlarla ifade edilmesine rağmen önemli bir sorun olarak görülmektedir.

Bu soruyla ilgili sorun olarak gördüğünüz diğer hususlar ve çözüm önerileri başlığı altında verilen cevapları da aşağıdaki şekilde gruplayarak yorumlayabiliriz.

“Diğer” yanıtlarının belirli başlıklar altında gruplanarak değerlendirilmesi

1) İş yükü–personel yetersizliği–standart eksikliği

Yanıtların önemli bir kısmı, iş yükünün yalnız hasta sayısından değil; personel azlığı, altyapı hazır olmadan işin artırılması, ayrıca “bir hekim kaç hastaya bakar” gibi standartların net olmamasından kaynaklandığını vurgulamaktadır.

2) MHRS, randevu aralıkları ve sevk zinciri (1. basamağın güçlendirilmesi)

“Diğer” yanıtlarında MHRS ve randevu düzeni çok net biçimde öne çıkıyor: muayene aralıklarının dar olması, yüksek randevu yoğunluğu, çözüm olarak da kademeli sevk/1. basamağa yönlendirme önerileri dikkat çekmektedir.

3) Performans/teşvik sistemi ve “nicel değerlendirme” eleştirisi

Bir diğer güçlü tema: yapılan işin nitelikten çok nicelikle ölçülmesi, performans–teşvik sisteminin adaletsizlik üretmesi ve buna bağlı olarak motivasyon/mesleki tatminin düşmesi. Çözüm olarak “performansın kaldırılması/yeniden tasarlanması, kaliteyi ödüllendiren yaklaşım” beklentisi vardır.

4) Ücret, ekonomik kaygılar, gelir adaletsizliği (tek kalem maaş vb.)

Yanıtlar; maaşın yetersizliği, cari ödeneklerin erimesi, vergi yükü, kurumlar arası ücret farkı ve tek kalem/öngörülebilir maaş beklentisini sıkça dile getiriyor. Ekonomik kaygının iş yükünü daha da ağırlaştırdığı hissedilmektedir.

5) Yönetim kalitesi, liyakat, kayırmacılık ve kurum iklimi

“Liyakat” ve “yönetici tutumu” teması burada da çok güçlü: adaletsiz/ego odaklı yönetim, kayırmacılık, sahadan kopuk kararlar; hekimlerin çalışma şartlarını doğrudan kötüleştiren faktörler olarak görülmektedir.

6) Sürekli mevzuat değişimi, gereksiz bürokratik yük ve hak kaybı

Bazı yanıtlar, “her yönetmelik değişiminde iş yükü artıyor” ve “hak kaybı oluyor” vurgusuyla; sorunu yönetmeliklerin sık değişmesi/uygulanamaz mevzuatlar üzerinden tarif edilmektedir.

7) Malpraktis ve şikâyet mekanizmaları

Malpraktiste “tek sorumlu hekim” algısı, hekimleri baskılayan bir unsur olarak ifade ediliyor; “sağlık ekip işidir” yaklaşımıyla kurum/hastane sorumluluğu gibi öneriler gelmektedir.

8) Çalışma yaşamı hakları ve fiziki koşullar

İcap nöbeti sonrası dinlenme hakkı, yıllık izin koşulları, geçici görevlendirmelerden doğan kayıplar ve temel fiziki imkânlar (dinlenme alanları vb.) gibi konular “diğer” yanıtlarında ayrı bir başlık olarak toplanmaktadır.

9) Talep yönetimi: “acil”in suistimali ve kışkırtılmış sağlık talebi

Stresin bir kısmı da sistemin talebi yönetememesine bağlanıyor: “acil olmayanın acile rahat ulaşması”, “kışkırtılmış/isteğe bağlı sağlık talebi” gibi ifadeler bulunmaktadır.

10) Katılımcı politika yapımı (sahanın sesinin duyulması)

Bazı yanıtlar çözümü “sahadan kopuk kararlar yerine; hekim örgütleri, sendikalar ve saha paydaşlarıyla geniş katılımlı planlama/çalıştay” yaklaşımında görmektedir.

11) Alan-spesifik örnek öneriler (ör. 112 ekipman/organizasyon)

Az sayıda yanıt daha teknik bir noktaya inerek, acil/112 süreçlerinde ekipman ve organizasyon önerileri (ör. LUCAS cihazı gibi) sunmaktadır.

“Diğer” seçeneği altında verilen ve yukarıda 11 başlıkta gruplanarak değerlendirilen yanıtlar, 20. soruda görülen iş yükü ve hasta yoğunluğu önceliğini desteklemektedir ilaveten hekimler bunun arkasında özellikle MHRS/randevu sistemi ile sevk zinciri eksikliği, performans/teşvik baskısı, ücret ve gelir adaletsizliği, liyakat-yönetim sorunu yanında mevzuat yükü gibi daha “temel” nedenler olduğunu açıkça söylemektedir.

20. Soru: “Çalışma ortamı ve sağlık kurumlarının iyileştirilmesi kapsamında hangi kurumlarda öncelikli olarak iyileştirme yapılmalı veya destek olunmalıdır?”



Hekimlerin bu soruya verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde %32,5 oranla 1. öncelik, Aile hekimliklerinin kira ve bina sorunları çözülmeli olarak öne çıkmaktadır. Bunun devamında ise aşağıdaki iyileştirme seçenekleri ve oranları yer almaktadır.

Dinlenme alanlarının ihtiyaç ve çağın gerekliliklerine uygun hale getirilmesi: %24,5

Tıbbi cihaz ve malzeme eksikliğinin giderilmesi: %16,2

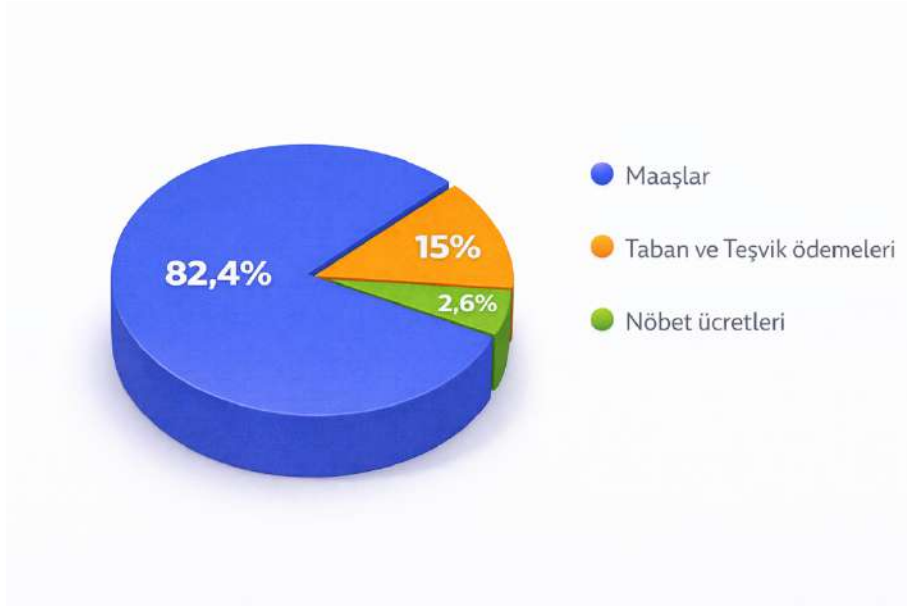
Üniversite hastanelerinin sorunları çözülmeli: %15,1

Şehir hastaneleri fiziksel imkânları iyileştirilmeli: %6,0

İhtiyaç alanları (yemekhane, otopark vb.): %5,7

Hekimler, iyileştirme ihtiyacını en çok birinci basamakta (aile hekimliği binaları/kira) ve doğrudan çalışma verimini etkileyen dinlenme alanlarında görmektedir. Ardından malzeme-cihaz eksikliği ve üniversite hastanelerinin sorunları gelmektedir; şehir hastanelerinin fiziksel imkânları ile yemekhane/otopark gibi ihtiyaç alanları ise daha düşük öncelik düzeyinde kalmış olmasına rağmen bu konuda da önemli bir talep olduğu görülmektedir.

21. Soru: “Hekim olarak ücretlerle ilgili düzenleme yapılması sırasında öncelikli olarak hangisi dikkate alınmalıdır?”



Hekimlerin bu soruya verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde %82,4 oranla çok açık ara 1. öncelik Maaşlar gelmektedir. Bunun devamında ise aşağıdaki düzenleme talepleri ve oranları öne çıkmaktadır.

Taban ve teşvik ödemeleri: %15,0

Nöbet ücretleri: %2,6

Hekimlerin ezici çoğunluğu, ücret düzenlemesinde önceliğin doğrudan maaşların artırılması/iyileştirilmesi olduğunu düşünmektedir. Teşvik-taban ödemeleri ikinci planda kalırken, nöbet ücretleri bu soruda en düşük öncelik olarak görülmüştür. Bu tablo, “gelirin ana omurgası” olan maaşın güçlendirilmesi beklentisinin çok net olduğunu göstermektedir.

Hekim olarak ücretlerle ilgili düzenleme yapılması sırasında öncelikli olarak hangisi dikkate alınmalıdır?” (Bu soruda çoğunluk “maaşlar” denmiştir.)

Bu sorunun altında yer alan ve açık uçlu olarak öncelikler dışında ücretlerle ilgili öneriler alınmıştır.

Önerilerin büyük kısmı 1’er kez söylenmiştir. hekimler “maaş” dışında ücret sisteminin farklı sorunlu parçalarına işaret etmiştir. En çok tekrar eden iki

“Diğer” öneri %4,7 oranla ise “Hepsinin emekliliğe yansıması” (gelir kalemlerinin emekliliğe yansıması / emeklilikte düşüşün önlenmesi) ve “Taban ve teşvik ödemeleri” (taban-teşvik yapısının düzenlenmesi) dir.

“Diğer” yanıtların ana temaları (gruplandırılmış yorumları) ise

Emekliliğe yansıyan, sade ve öngörülebilir ücret talebi:

“Hepsinin emekliliğe yansıması”, “tek kalem maaş” gibi ifadeler; hekimlerin prim/teşvik ağırlıklı, değişken gelir yerine kalıcı ve emekliliğe yansıyan bir ücret yapısı istediğini göstermektedir.

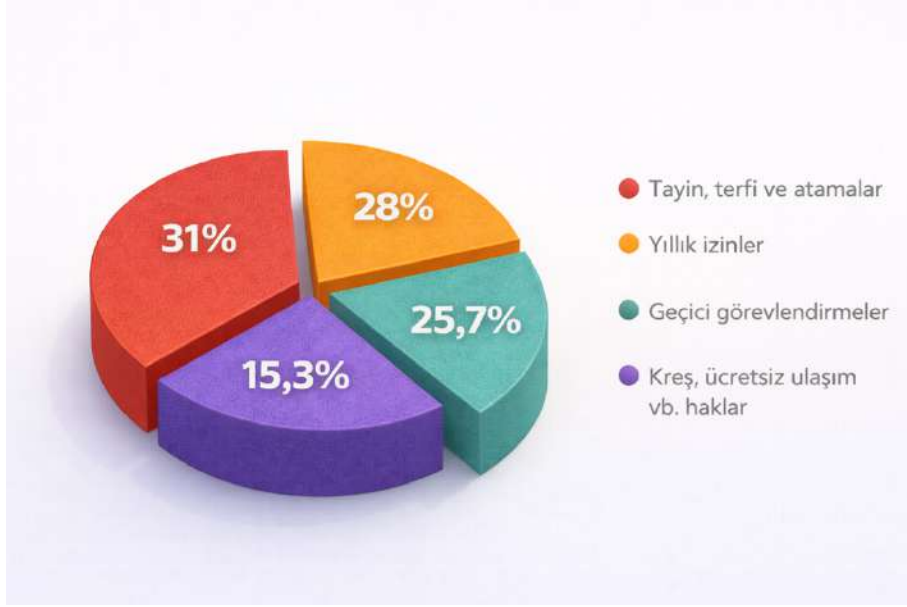
Teşvik-taban yapısında adalet ve sürdürülebilirlik talep edilmektedir. “Taban ve teşvik ödemeleri” vurgusu, maaş artışı kadar dağıtım adaleti ve kuralların netliği beklentisini yansıtmaktadır.

Birimler/branşlar arası ücret uçurumuna dikkat çekilmektedir. “Bölümler arası uçurum...” gibi ifadeler, aynı kurum içinde iş yükü-risk-sorumluluk ile uyumlu bir ücret dengesi talebini göstermektedir.

Nöbet/icap ve ek çalışma karşılığında dikkat çeken yanıtlar ise “Nöbet ücretlerinde...” türü öneriler, özellikle ek mesainin hakkaniyetli ve görünür şekilde ücretlendirilmesine işaret etmektedir.

Performans sistemine eleştiri yönelten “Öyle yanlış bir perf...” gibi ifadeler, ücretin performans baskısıyla niceliğe zorlanması yerine kaliteyi önceleyen bir sisteme ihtiyaç olduğunu ima etmektedir.

22. Soru: “Hekim olarak sosyal ve özlük hakları ile ilgili düzenleme yapılması sırasında öncelikli olarak hangisi dikkate alınmalıdır?”



Hekimlerin bu soruya verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde %31 oranla 1. öncelik “Tayin, terfi ve atamalar” olarak öne çıkarken bunun devamında ise aşağıdaki düzenleme talepleri ve oranları yer almaktadır.

Yıllık izinler: %28

Geçici görevlendirmeler: %25,7

Kreş, ücretsiz ulaşım vb. haklar: %15,3

Hekimler sosyal ve özlük haklarında önceliği, en çok kariyer ve yer değişikliği süreçlerinin (tayin-terfi-atama) adil ve öngörülebilir olmasına vermektedir. Bunu yıllık izinlerin iyileştirilmesi ve geçici görevlendirmelerin düzenlenmesi takip etmektedir. Kreş/ulaşım gibi destekler önemli görülse de, bu soruda diğer başlıklara göre daha düşük öncelikte kalmasına rağmen yine bu seçenek ciddi bir talep olarak yer almaktadır.

Bu sorunun altında açık uçlu değerlendirmelerde istenmiş hekimlerin sosyal-özlük hakları beklentilerinin birkaç ana talep etrafında toplandığını göstermektedir. İlk büyük grup, ücretin emekliliğe yansımaları ve izin dönemlerinde gelir kaybının önlenmesi üzerinde durmaktadır. “Temel maaşın artırılması”, “emekliliğe olumlu etki edecek maaş düzenlemesi”, ayrıca yıllık izin kullanıldığında taban/teşvik kesilmesi ve ücret düşmesi gibi uygulamaların kaldırılması istenmektedir. Bununla bağlantılı olarak aile hekimliğinde

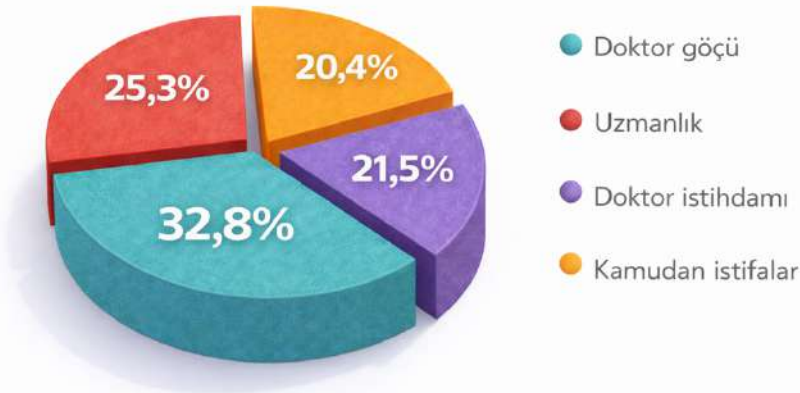
vekâlet sorunu, “vekaletsiz izin/rapor hakkı” talebi ve izin döneminde “yerine bakacak hekim bulunmadığı için ücret kesilmesi” gibi mağduriyetlerin giderilmesi öne çıkmaktadır. Özetle, hekimler izin hakkını “kâğıt üzerindeki bir hak” olmaktan çıkarıp gelir kaybı doğurmayan, fiilen kullanılabilir hale getirecek düzenlemeler beklemektedir.

İkinci büyük grup ise kurumsal düzen ve adalet başlığında birleşmektedir. “Hekimlik Meslek Kanunu çıkarılmalı” talebi, mesleğin hak, yetki, sorumluluk ve çalışma rejiminin daha net çerçeveye kavuşması isteğini yansıtmaktadır. Buna ek olarak tayin-terfi-atama süreçlerinde (özellikle eş durumu tayinleri) daha öngörülebilir ve hakkaniyetli uygulamalar; geçici/usulsüz görevlendirmelerin sınırlandırılması ve görevlendirmelerde “kişinin yaşam koşulları ve özel hayatı”nın dikkate alınması vurgulanmaktadır.

Bazı yanıtlar ayrıca işin niteliğine göre ayırım (branş/risk/sorumluluk farklarının gözetilmesi), beyaz kodun etkin işletilmesi ve hekim özlük haklarının diğer kritik kamu hizmetlerindeki düzeye yaklaştırılması gibi talepleri gündeme getirmektedir.

Genel olarak hekimlerin sosyal-özlük haklarında “tek başlık”tan ziyade, fiilen kullanılabilir izin hakkı, tek kalem ve kesintiye uğramayan ücret ile emekliliğe yansıyan gelir yanında adil, liyakatli personel yönetimi dörtlüsünü temel çözüm paketi olarak gördüğünü göstermektedir.

23. Soru: “Hekim eğitim ve istihdam sorunları ile ilgili düzenleme yapılması sırasında öncelikli olarak hangisi dikkate alınmalıdır?”



Hekimlerin bu soruya verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde %32,8 oranla Doktor göçü 1. öncelik olarak öne çıkarken bunun devamında ise aşağıdaki düzenleme talepleri ve oranları yer almaktadır.

Uzmanlık: %25,3

Doktor istihdamı: %21,5

Kamudan istifalar: %20,4

Hekimler, eğitim–istihdam alanında en acil başlığın doktor göçü olduğunu düşünmektedir. Bu, sistemin hekimi “elde tutma” merkezli talebin güçlü olduğuna işaret etmektedir. Ardından uzmanlık eğitimi ve istihdam planlaması gelmekte; kamudan istifalar da benzer düzeyde önemli bir sorun olarak görülmektedir. Bu tablo genel olarak, hekimlerin beklentilerinde önceliği “yeni hekim yetiştirmekten” çok, mevcut hekimi ülkede ve kamuda tutacak koşulların iyileştirilmesine verdiğini göstermektedir.

Bu sorunun alt başlığı olarak hekimlere eğitim ve istihdamla ilgili önerilerini açık uçlu olarak belirtilmesi istenilen soruya hekimlerimizi verdikleri cevapları üç başlık altında toplamak mümkün olmuştur.

İlk başlık nitelikli/hedeflenen insan kaynağını elde tutma ve hekimliğe değer verilmesi ihtiyacıdır: “yüksek kalitede hizmet verebilecek yetişmiş personelin korunması ve ayrıcalıklı tutulması”, “hak edene hak ettiği değeri vermezsek giderler”, “itibarın zedelenmesi, doktorların toplum önüne ‘yem’ gibi atılması” gibi ifadeler, göçün yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda saygınlık–onur–mesleki itibar boyutunun da olduğunu gösteren çarpıcı seçeneklerdir.

Bununla bağlantılı olarak emekliliğe yansıyan ücret/maaş düzenlemesi talebi de, hekimlerin uzun vadeli ücret güvencesi ve sürdürülebilir gelir beklentisini yansıtmaktadır.

İkinci başlık ise uzmanlık ve özellikle asistan hekimlik yanında cerrahi alanların geleceği ile ilgili kaygılardır. “Asistan hekimlerin çalışma koşulları ve şartları iyileştirilmeli”, “10 yıl sonra iyi bir cerrah kalmayacak”, “tercih edilmeyen bölümler cazip hale getirilmeli” gibi cümleler; hekimlerin hekim göçü kadar uzmanlıkta nitelik kaybı ve bazı branşlarda “yetişmiş hekim” krizi riskini de öngördüğünü göstermektedir. Bazı öneriler (ör. aile hekimliği çalışanlarının uzmanlığa geçişi gibi) ise kariyer yollarının daha net ve cazip hale getirilmesine dönük bir beklenti olarak okunabilmektedir.

Ayrıca “hekimlerin eğitim alırken ve çalışırken zihnen rahat olması” vurgusu, eğitim–istihdam düzenlemelerinin yalnız sayısal planlama değil, psikolojik güvenlik ve çalışma iklimi üzerinden de ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Üçüncü başlık ise yönetim, denetim ve planlama boyutudur. “Denetimler yetersiz, ihalelerde standart yok”, “hekimlerin sorunlarını paylaşabileceği ve

kararlarda söz sahibi olacağı platformlar” ve hatta “bu kadar hastane fazla-10 yıl hastane yapılmasın” gibi öneriler; sistemde nicelik odaklı büyümenin yerine standart, kalite ve katılımcı yönetim beklentisini göstermektedir. Genel olarak hekimlerin eğitim-istihdam başlığında temel hedefi “daha fazla hekim yetiştirmekten” çok, nitelikli hekimi ülkede tutacak; hekimliğin itibarını, çalışma koşullarını, uzmanlık eğitimini ve sistemin yönetişimini güçlendirecek bir dönüşüm olarak tarif ettiğini göstermektedir.

Sonuç ve Değerlendirme:

Türk Sağlık-Sen tarafından gerçekleştirilen Hekim Çalıştayı öncesinde 1347 hekimin katılımıyla tamamlanan bu geniş kapsamlı anket çalışması, Türk sağlık sistemini sağlık çalışanlarının tamamının dahil olduğu bir bütün olarak düşüsek de bu sistemin temel bileşenlerinden birisi olan hekimlerin içinde bulunduğu durumu, mesleki tatminsizliği ve sisteme dair derin endişelerini tüm çıplaklığıyla ortaya koymaktadır. Anket sonuçları, hekimlerin sadece ekonomik bir arayış içinde olmadığını; aynı zamanda mesleki onur, liyakat, uzmanlık ve güvenlik odaklı köklü bir değişim beklediklerini göstermektedir. Buna göre ankete verilen cevapları kendi için de gruplayarak farklı bakış açılarından toplu değerlendirecek olursak;

1. Demografik Yapı ve Kıdemli Bakış Açısı

Anket katılımcılarının %44,3'ünün 20 yılın üzerinde görev süresine sahip olması, ortaya çıkan tablonun "gençlik heyecanı" veya "yolun başındaki kaygılar" değil, sistemin içinde pişmiş, tecrübeli bir kitlenin olgun ve gerçekçi perspektifi olduğunu kanıtlamaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun evli (%76,2) olması, yaşanan ekonomik ve sosyal sorunların sadece bireyleri değil, geniş bir aile yapısını ve dolayısıyla toplumsal huzuru doğrudan etkilediğini göstermektedir.

2. Mesleki Tükenmişlik ve Psikolojik Durum: Bir İmdat Çağrısı

Anketin en çarpıcı ve belki de en üzücü kısımlarından biri mesleki tükenmişliğe dair verilerdir. Hekimlerin %90'ı tam veya kısmen tükenmişlik hissettiğini ifade etmektedir. Bu oran, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından ciddi bir risk sinyalidir.

Hekimlerin stresle baş etme yöntemleri incelendiğinde, %71,2'sinin "kontrolü elde tutmaya çalışarak" ayakta kaldığı, %34,3'ünün ise "unutmaya çalışarak" duygularını bastırdığı görülmektedir. Profesyonel yardım alma oranının %11 gibi düşük bir seviyede kalması, hekimlerin bu ağır yükü tek başlarına, kurumsal bir destek mekanizması olmaksızın omuzladıklarını göstermektedir. Stres anında hissedilen en baskın duyguların huzursuzluk, motivasyon kaybı ve "hekimlikten soğuma" olması, mesleki yabancılaşmanın boyutlarını belgelemektedir.

3. Saygınlık Kaybı ve Siyasal İklim

Hekimlerin yalnızca %8,5'i mesleğin toplumda hak ettiği saygınlığı gördüğüne inanmaktadır. Bu kaybın temel sorumlusu olarak hekimlerin %65,3'ü siyasilerin tutum ve davranışlarını işaret etmektedir. Hekimler, kullanılan siyasi dilin toplumsal algıyı bozduğunu ve kendilerini hedef haline getirdiğini

düşünmektedir. Bu durum, "hekimlikten soğuma" ve "yurt dışına gitme" eğilimini besleyen en temel motivasyon kaynağıdır. Öyle ki, hekimlerin %71,6'sı daha iyi şartlarda başka bir iş bulursa mesleği bırakmaya, %51,8'i ise fırsat bulursa yurt dışına gitmeye hazırdır.

4. Ekonomik Durum ve Ücret Adaleti

Hekimlerin %75,8'i ekonomik durumunu ancak "orta" olarak tanımlamaktadır. Ancak buradaki asıl sorun sadece rakamlar değildir. Hekimlerin ücret düzenlenmesinde öncelikli talebi %82,4 ile doğrudan maaşların iyileştirilmesidir. Mevcut "taban", "teşvik" ve "performans" gibi parçalı ödeme sistemleri, hekimler tarafından güvencesiz ve adaletsiz bulunmaktadır. Hekimlerin ortak talebi; emekliliğe yansıyan, tek kalem, öngörülebilir ve insanca yaşama imkân tanıyan bir ücret sistemidir. Performans baskısının niceliği (hasta sayısını) artırırken niteliği (tedavi kalitesini) düşürdüğü gerçeği, çözüm önerilerinde sıkça vurgulanmıştır.

5. Çalışma Şartları ve İş Yükü: MHRŞ ve Muayene Süresi Çıkmazı

Çalışma şartları değerlendirildiğinde, en büyük sorun olarak iş yükü fazlalığı (%40,2) ve buna bağlı olarak muayene sürelerinin kısalığı (%30,8) öne çıkmaktadır. MHRŞ sistemindeki yoğunluk ve sevk zincirinin olmaması, hekimleri "hızlı bakılan hasta" ile "kaliteli hizmet" arasında sıkıştırılmaktadır. Birinci basamağın (Aile Hekimliği) güçlendirilmesi, kira ve bina sorunlarının çözülmesi, sistemin yükünü hafifletecek en öncelikli çözüm önerisi olarak sunulmaktadır.

6. Yönetim ve Liyakat Krizi

Anketin belki de en kurumsal eleştirisi yönetim kademelerine yöneliktir. Kurumlarda yaşanan en büyük sorun "liyakatsiz yöneticilerin tutumları" (%40,3) olarak belirtilmiştir. Bakanlık merkez teşkilatında ise "alandan kopuk, uygulanamayacak kararlar" alınması (%41,9) hekimlerde ciddi bir güven kaybına yol açmıştır. Hekimler; idarecilerin ego odaklı, ayrımcı ve liyakatten uzak yaklaşımlarının mobbingi tetiklediğini ve çalışma huzurunu bozduğunu ifade etmektedir.

7. Şiddet ve Güvenlik: Caydırıcılık Talebi

Sağlıkta şiddetin önlenmesi konusunda hekimler artık sadece kanun çıkarılmasını değil, bu kanunların kararlılıkla uygulanmasını beklemektedir. "Sıfır tolerans" ilkesinin lafta kalmaması, şiddet uygulayanların SGK ödemeleri veya sağlık hizmetine erişim gibi alanlarda somut bedeller ödemesi (sağlık-

tan men, ücretli hizmet vb.) gibi radikal ama somut yaptırımlar talep edilmektedir. Ayrıca, medyadaki şiddet dili ve dizilerdeki hekim imajının düzeltilmesi de toplumsal dönüşüm için elzem görülmektedir.

8. Eğitim ve Gelecek Kaygısı: "Cerrahi Branşlar Yok Oluyor"

Geleceğe dair en büyük endişe "doktor göçü" (%32,8) olarak kaydedilmiştir. Ancak bu göç sadece coğrafi bir yer değiştirme değildir; nitelikli uzmanların kamudan istifası ve tıp öğrencilerinin cerrahi gibi zorlu branşları tercih etmemesi, "10 yıl sonra ameliyat yapacak cerrah bulunamayacağı" korkusunu tetiklemektedir. Burada malpraktis davaları ve bu süreçte hekimlerin yalnız bırakılması da çok ciddi bir etkidir. Hekimler, sistemin sadece sayısal büyümeye (yeni fakülteler, yeni hastaneler) değil, mevcut yetişmiş insan kaynağının kalitesini korumaya ve onları sistemde tutmaya odaklanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Hekim Çalışmayı Anket Sonuçları göstermektedir ki; hekimler ekonomik kaygı, değersizlik hissi, güvenlik ve ağır iş yükü kışkıracıdır. Çözüm önerileri şu üç temel saç ayağı üzerinde toplanmaktadır:

Ekonomik Güvence: Emekliliğe yansıyan, tek kalem ve adil bir maaş sistemi.

Yönetimsel Liyakat: Siyasi etkilerden uzak, sahanın gerçeklerini bilen liyakatli yönetim anlayışı ve meslek onurunu koruyan bir siyasi dil.

Çalışma Güvenliği ve Standart: Şiddete karşı gerçek caydırıcılık, muayene sürelerinin insanileştirilmesi ve fiziksel çalışma koşullarının (dinlenme alanları, otopark, sosyal alan, kreş vb.) iyileştirilmesi.

Bu anket, sadece bir şikâyet listesi değil, Türk sağlık sisteminin geleceğini kurtarmak için hazırlanmış bir reçetedir. Hekimlerin sesine kulak verilmemesi, sadece bu meslek grubunun kaybı değil, toplumun nitelikli sağlık hizmetine erişim hakkının da kaybı olacaktır.



KOMİSYON RAPORLARI

ASİSTAN HEKİMLER KOMİSYONU RAPORU

(HEKİM ÇALIŞTAYI – 6. KOMİSYON)

Komisyonun amacı ve çerçevesi

Asistan hekimler tıp alanında hem **öğrenen** hem de **hizmet sunan** olarak kritik bir konuma sahiptir. Bu ikili yapı; uzmanlık eğitiminin niteliği ile hastaya güvenli hizmet sunma sorumluluğunu aynı anda yönetmeyi zorunlu kılmakta, sahada ise çoğu zaman **eğitim-hizmet dengesinin bozulduğu** bir tablo doğurmaktadır. Komisyonun amacı; dahili, cerrahi ve temel bilim alanlarından, farklı kurum ve birimlerden gelen asistan hekimlerin ortaklaştığı sorun başlıklarını ve çözüm önerilerini derleyerek **uygulanabilir bir iyileştirme paketi** oluşturmaktır.

Giriş: Asistan hekimliğin sahadaki gerçekliği

Asistan hekimlik; hizmet üretimi ile eğitimin aynı anda yürüdüğü, nöbet ve acil yükünün ağır olduğu, klinik sorumluluğun giderek arttığı bir çalışma düzenidir. Asistan hekimler; hizmetin sürdürülebilirliği ve hasta güvenliğinin korunması için **şiddet, ücret/ekonomik karşılık, eğitim ve TUS kadro planlaması, mobbing, iş yoğunluğu, tayin ve aile birliği, konaklama-hekim evi-sosyal tesis, örgütlenme/temsiliyet** başlıklarında birikmiş sorun alanlarını özellikle vurgulamaktadır. Sorunların bir bölümü idari uygulamalarla hızla iyileştirilebilirken; bir bölümü ikincil mevzuatla standardizasyon, bir bölümü ise kanun düzeyinde kalıcı güvence gerektirmektedir.

1) Mevzuat değişikliğine gerek kalmadan (kurum içi düzenleme/uygulama) çözülebilecek alanlar

A. Şiddet sorunu: günlük işleyişte güvenlik açığı ve normalleşme

Asistan hekimler; hasta yoğunluğu ve iş yükü arttıkça gerilimin yükseldiğini, hekimlere yönelik değersizleştirmenin ve şiddetin “normalleştiği” algısının güçlendiğini belirtmektedir. Polikliniklerde güvenlik önlemlerinin eksikliği, muayene sürelerinin kısalığı, rapor/istek taleplerinin çatışmaya dönüşmesi ve sosyal medyada yayılan içeriklerin hasta beklentilerini gerçekçi olmayan biçimde yükseltmesi şiddet riskini büyütebilmektedir.

Asistan hekimlerin altını çizdiği temel ilke şudur: **Her hasta özeldir; hasta hekimine güvenmeli; hekime ısrarcı/ısrarla yönlendirici davranmamalıdır.**

Hızlı uygulanabilir öneriler (kurumsal):

- Poliklinik ve acil alanlarda güvenlik planının güçlendirilmesi; riskli birimlere görünür güvenlik varlığı ve etkin yönlendirme.
- Muayene süresi ve MHRS akışının sahaya uygun biçimde düzenlenmesi; randevu aralıklarına sapmaların olabileceğine dair bilgilendirmenin randevu aşamasında görünür kılınması.
- Rapor/istek taleplerinde çatışmayı azaltacak standart bilgilendirme metinleri, danışma yönlendirmesi ve iletişim eğitimi.
- Sağlık okuryazarlığına dönük kurum-toplum bilgilendirmesi, kamu spotları ve eğitim içeriklerinin güçlendirilmesi.

Not: Sosyal medyada uzmanı tarafından verilen tıbbi “öneri/tedavi” içeriklerinin hasta davranışını olumsuz yönlendirdiği özellikle ifade edilmiş; bu alanın düzenlenmesi/engellenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

B. Mobbing: görev tanımı belirsizliği ve kıdem baskısı

Asistan hekimler, görev tanımlarının net olmaması ve kıdemliler tarafından değersizleştirme davranışlarının mobbingi beslediğini vurgulamaktadır. Çalışma ortamında iş birliğine uygun atmosferin bozulması; ekip içi sinerjiyi, eğitim iklimini ve hizmet kalitesini zayıflatabilmektedir.

Hızlı uygulanabilir öneriler:

- Asistan görev tanımlarının klinik bazında yazılı hale getirilmesi; an-garya/görev dışı işlerin açıkça tanımlanması.
- Mobbing iddialarında kurum içi başvuru hattı ve denetim mekanizmasının işletilmesi; düzenli izleme.
- İletişim, empati, ekip çalışması ve mentorluk uygulamalarının yaygınlaştırılması; psikososyal destek kanallarının erişilebilir kılınması.

C. İş yoğunluğu: mesai sınırı yokluğu, izin süreçleri ve tükenmişlik

Asistan hekimler; polikliniklerde mesainin sınırının olmamasını, MHRS sürelerinin sahaya uygun olmayacak kadar kısa tutulmasını, izin hakkının klinik sorumlusu dışında etkin biçimde takip edilememesini önemli sorun olarak görmektedir. Ayrıca **hekimlerin muayene ettiği hastaya sonuç sırasının yine aynı hekim tarafından verilmesi gerekliliği** iş yükünü artırabilmektedir. İş yükü, idare baskısı ve mobbing birleştiğinde tükenmişlik tablosunun yaygınlaştığı; bu nedenle ruh sağlığı/psikososyal destek ihtiyacı doğduğu ifade edilmektedir.

Hızlı uygulanabilir öneriler:

- Poliklinik mesai bitiş saatleri ve hasta sayıları için klinik bazlı üst sınırların uygulanması.
- MHRS sürelerinin sahaya uygun revizyonu için hastane bazlı düzenli geri bildirim mekanizması.
- İzin haklarının takibinde dijital sistem kurulması; izin kullanımının kişisel inisiyatif olmaktan çıkarılması; izin süreçlerinin şeffaflaştırılmasında teknoloji destekli planlama/izleme yaklaşımının değerlendirilmesi.
- Psikososyal destek hattı ve düzenli tükenmişlik taramaları.

D. Konaklama-hekim evi-sosyal tesis ve kreş

Asistan hekimler, hekim evi/konaklama/lojman ve sosyal tesis ihtiyacının ivedilikle ele alınmasını; şehir hastaneleri başta olmak üzere kreş ve sosyal tesis eksikliklerinin giderilmesini talep etmektedir.

2) Yönetmelik/ikincil düzenleme ile çözülebilecek alanlar**A. Ücret ve ekonomik karşılık kaygısı**

Asistan hekimler, yoğun çalışma koşullarının yanında artan yaşam maliyetleri nedeniyle ekonomik baskının büyüdüğünü; maaş yapısının ise çoğu zaman **çok parçalı ve öngörülemez** bir görünüm arz ettiğini ifade etmektedir. Ek ödeme, taban ek ödeme, teşvik gibi kalemlerin dağılımındaki farklılıklar; hastaneler, branşlar, gelir getiren/getirmeyen birimler arasında belirgin gelir ayrışmaları oluşturabilmektedir. Ayrıca **farklı istihdam statülerinde** çalışan kamu görevlileri arasında ücret dengesizliği ve nöbet ücretlerinin yetersizliği de öncelikli sorun alanı olarak dile getirilmektedir.

Düzenleme önerileri (yönetmelik düzeyi):

- SUT'un güncellenmesi; iş yükü-risk-sorumluluk dengesinin güçlendirilmesi.
- Döner sermaye dağıtım kriterlerinin şeffaflaştırılması ve adalet mekanizması kurulması.
- Nöbet ücretlerinin artırılması; gece/hafta sonu/resmî tatil için katsayı/çarpan yaklaşımının güçlendirilmesi; acil/yoğun bakım katsayılarının artırılması.
- Fazla mesainin sistematik ve her koşulda ücretlendirilmesi.

B. Tıp eğitimi / TUS kadroları planlama

Asistan hekimler; aşırı hizmet yükünün eğitim zamanını daralttığını, eğitici sayısı ve eğitici-asistan ilişkisindeki sorunların eğitim iklimini zayıflatabildiğini; rotasyonlarda eğitim içeriği ve denetimin artırılmasına ihtiyaç bulunduğunu ifade etmektedir. Eğitim programlarının standartlaştırılması, eğitim saatleri ile hizmet yükü dengesinin kurulması ve klinik sorumlularının eğitici-lik yükümlülüklerinin açık/ölçülebilir şekilde tanımlanıp izlenmesi önerilmektedir.

Asistan hekimler ayrıca **eğitim karnesi uygulamasının** birçok yerde sadece beyan üzerinden yürüdüğünü; kurumlar arası büyük tutarsızlıklar bulunduğunu ve karnelerin çoğu zaman formaliteye dönüştüğünü; ulusal standartların etkin uygulanması gerektiğini belirtmektedir. Bunun yanında bazı branşlarda mezuniyet sınavlarının yetersiz kaldığı; aşırı iş yükünün eğitim niteliğini düşürdüğü; çekirdek müfredatın takvimle güvence altına alınmasının zorunlu olduğu ifade edilmektedir.

Düzenleme önerileri:

- TUS kadrolarının kapsamlı planlanması, insan gücü planlaması ile uyumlu norm kadro yaklaşımı.
- Asistan eğitimlerinin haftalık olarak denetlenmesi; çekirdek eğitim programlarının takvimle güvence altına alınması.
- Rotasyon eğitim içeriklerinin standartlaştırılması; denetimin artırılması.
- Klinik sorumlularının eğitici-lik yükümlülüklerinin ölçülebilir kriterlerle izlenmesi.

3) Kanun değişikliği gerektiren (kalıcı güvence) alanlar

A. Şiddetle mücadelede caydırıcılık ve yaptırımlar

Asistan hekimler, şiddete karşı caydırıcılığın artırılmasını; adli/idarî süreçlerin hızlandırılmasını ve şiddetin sonuçsuz kalmamasını sağlayacak daha güçlü bir yaptırım setini talep etmektedir. Bu kapsamda, şiddet uygulayanlara **acil durumlar dışında sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılma ve belirli süreyle bazı sağlık hizmetlerinin ücretli sağlanması** gibi ekonomik yaptırımların gündeme alınması önerilmektedir.

B. Nöbet ertesi çalışma ve nöbet sürelerine üst sınır

Asistan hekimler, çok uzun süreli nöbetler ve nöbet ertesi mesainin devam etmesini özellikle vurgulamaktadır. Çözüm olarak nöbet ertesi **izin kuralının**

istisnasız uygulanması; toplam nöbet sürelerine üst sınır konulması; acil/yoğun bakım gibi birimlere ek dinlenme ve personel takviyesi önerilmektedir.

C. Tayin/aile birliği ve devlet hizmet yükümlülüğünün net çerçevesi

Asistan hekimler, atamalarda aile birliğinin sağlanamamasının aile kurumuna zarar verebildiğini; aile birliği ve diğer atama halleri ile devlet hizmet yükümlülüğünün açık bir mevzuata bağlanmasını istemektedir.

D. Örgütlenme/temsiliyet

Asistan hekimler; asistanlar arası iletişim kanallarının güçlendirilmesini, sendikalarda asistan hekimlerin görevlendirilmesini, yeni kazanımlar için sendikal faaliyetlerin desteklenmesini vurgulamaktadırlar.

Asistan hekimlerin sahada öne çıkardığı “Temel Talepler”

Asistan hekimlerin talepleri uygulamaya dönük bir çekirdek paket halinde şu başlıklarda yoğunlaşmaktadır:

- **Nöbet süreleri/nöbet ertesi dinlenme:** Nöbet ertesi en az 8 saat kesintisiz dinlenme, toplam nöbete üst sınır, acil/yoğun bakımda ek dinlenme ve personel takviyesi.
- **Nöbet ücreti ve fazla mesai:** Katsayı/çarpanların artırılması; fazla mesainin her koşulda ücretlendirilmesi.
- **Ücret adaleti:** Şeffaf ücret skalası; görev–risk–sorumluluk esaslı dengeleme; performans dışı taban ücretin güçlendirilmesi.
- **İnsan gücü planlaması:** Norm kadro güncellemesi; acil/yoğun bakıma ek istihdam; adil nöbet çizelgesi otomasyonu.
- **Eğitim ortamı:** Eğitim saatlerinin korunması; çekirdek müfredatın takvimle güvence altına alınması; rotasyon standardizasyonu; eğitim karnesinin beyanla sınırlı kalmaması.
- **Şiddet ve mobbinge mücadele:** Güvenlik altyapısı, hızlı süreçler, caydırıcılık; kurum içi izleme/başvuru hatları; bağımsız inceleme mekanizmaları.
- **Sosyal destek:** Hekim evi/lojman, kreş ve sosyal tesislerin güçlendirilmesi; psikososyal destek.

KAYNAKÇA

- International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International. (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/WHO.*
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2(2), 99-113.*
- World Health Organization. (2019). Health worker safety: A priority for patient safety. Geneva: WHO.*
- Türkiye Cumhuriyeti. (1965). Devlet Memurları Kanunu (Kanun No. 657).*
- Türkiye Cumhuriyeti. (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (Kanun No. 5510).*
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (t.y.). Sağlık Uygulama Tebliği (SUT).*
- Türk Sağlık-Sen. (t.y.). Hekimlerin özlük hakları, çalışma koşulları ve sağlıkta şiddetle mücadeleyle ilişkin kurumsal çalışmalar (kurumsal dokümanlar/basın açıklamaları).*

BİRİNCİ BASAMAKTA HEKİMLİK KOMİSYONLARI RAPORLARI

(HEKİM ÇALIŞTAYI 8. KOMİSYON)

Komisyonun amacı

Birinci basamak sağlık hizmetleri; erişilebilirlik, süreklilik ve koruyucu-önleyici yaklaşımın omurgasını oluşturmaktadır (WHO & UNICEF, 1978; WHO, 2018). Aile hekimliği modeli de, kayıtlı nüfusa dayalı takip ve hizmet sürekliliğini esas alarak, toplum sağlığının güçlendirilmesini hedefler (Aile Hekimliği Kanunu, 5258). Bu çerçevede komisyonun amacı; sahada görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının sıklıkla vurguladığı yapısal sorun alanlarını görünür kılmak, birinci basamağın temel prensiplerini zayıflatan uygulamaları tespit etmek ve çözüm önerilerini **mevzuat değişikliği gerektirmeyen, yönetmelik değişikliğiyle çözülebilecek ve kanun değişikliği gerektiren** başlıklar altında somutlaştırmaktır.

Giriş

Birinci basamakta güçlü bir sistemin ön koşulu; hekimin kayıtlı nüfusuna odaklanabildiği, hizmetin “parçalanmadığı”, görev tanımlarının net olduğu ve idari/finansal belirsizliklerin hekimlik pratiğini gölgelemediği bir çalışma düzenidir (Starfield, 1998; WHO, 2018). Sahada özellikle; birinci basamağın koruyucu-önleyici niteliğini aşındıran “tedavi edici-ağırlıklı” ek hizmet yükleri, hekim-çalışan iş güvencesini zedeleyen performans/puan tabloları, izin/vekâlet uygulamalarında hizmet sürekliliğini bozan boşluklar, cari giderlerin yetersizliği ve çalışma güvenliğini tehdit eden şiddet olgusu öne çıkmaktadır. Şiddetle mücadele için “Beyaz Kod” gibi mekanizmalar bulunmakla birlikte, sahada uygulamanın koruyuculuğunun güçlendirilmesi gerektiği sıklıkla dile getirilmektedir.

Aşağıda; sahada hekimler tarafından öncelikli görülen sorunlar ve çözüm önerileri, aynı içerik ve kapsam korunarak yeniden yazılmıştır.

A) Mevzuat değişikliğine gerek kalmadan çözülebilecek sorunlar

Sorun 1

Boş birime yapılacak cari ödemelerde, aile sağlığı merkezinin giderleri için harcamalardan doğan **fatura istenmesi** ve ödenmesi gereken cari tutarın **gecikmeli yatırılması**, birinci basamakta idari yükü artırmakta; hizmetin kesintisiz yürütülmesi için gerekli olan temel malzeme/işletme akışını zora sokmaktadır.

Çözüm: İlgili kurumlarla görüşülerek giderlerin **1 aylık süre içinde** ödenmesi sağlanmalıdır. Boş birimde de diğer birimlerde olduğu gibi, cari ödemede harcama giderlerine ilişkin **fatura istenmeden** cari ödeme **tam ve zamanında** yatırılmalıdır.

B) Yönetmelik düzenlenmesiyle çözülebilecek sorunlar

Sorun 1

Entegre sağlık hizmetleri; tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlıklı biçimde, sadece kayıtlı nüfusa değil bölgedeki tüm nüfusa ve zaman zaman acil sağlık hizmeti sunan bir yapı doğurmaktadır. Bu durum, aile hekimliğinin kayıtlı nüfus temelli izlem ve koruyucu-önleyici yaklaşım gibi temel prensipleriyle uyumsuz bir hizmet sunumuna yol açmaktadır.

Çözüm: Aile hekimliği sistemiyle uyumsuz olan entegre sağlık hizmeti uygulaması **tamamıyla kaldırılmalıdır**.

Sorun 2

Evde bakım hizmetlerinin yeni mevzuatta devlet hastanelerince yürütülmesi düzenlenmişken, aile hekimliği uygulamasını düzenleyen yönetmelikte gerekli güncellemelerin yapılmaması; uygulamada yeri olmamasına rağmen aile hekimlerine evde bakım yükümlülüğü atfedilmesine neden olmaktadır.

Çözüm: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği güncellenmeli; evde bakım hizmetleriyle ilgili maddeler kaldırılmalıdır.

Sorun 3

Aile hekimleri tam gün esasına göre belirli bir mekânda hizmet vermektedir. Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri bu tanıma uymamakta; bu hizmetlere ayrılan saatlerde kayıtlı nüfusun aile hekimliği biriminden yararlanmasını azaltmakta; ayrıca sahada uygun mekân tahsis edilmemesi nedeniyle hekimler uygunsuz koşullarda hizmet sunmak zorunda kalabilmektedir.

Çözüm: Aile hekimliği biriminde hizmetin aksamaması amacıyla gezici ve yerinde sağlık hizmetleri uygulaması kaldırılmalıdır.

Sorun 4

e-Nabız üzerinden aile hekimine kayıt sırasında iletişim bilgilerinin yetersiz kalması (hatta bazı durumlarda hiç bulunamaması), yeni kayıtlı hastaya hekimin ulaşmasını fiilen imkânsız hale getirmektedir.

Çözüm: e-Nabız kayıtlarında güncel iletişim bilgileri zorunlu tutulmalı ve ilgili aile hekimliğine bildirilmelidir.

Sorun 5

Şiddet olayı belgelendirilerek kişinin başka aile hekimine atanması halinde, ilgili kişinin aile üyelerinin atamadan muaf tutulması; refakat amacıyla ASM'ye gelen aile bireyleri üzerinden hekim ile şiddet uygulayan kişinin yeniden karşı karşıya kalmasına neden olabilmekte ve yeni bir risk alanı doğurabilmektedir.

Çözüm: Yalnızca şiddeti uygulayan kişinin değil, ailesinin de kaydı o aile hekimliğinden alınarak başka aile hekimliğine verilmeli; mümkünse aynı veya yakın mahalde bulunan başka bir ASM'ye yönlendirilmelidir.

Sorun 6

Aile hekimlerine nöbet yükümlülüğü getirilmesine yönelik düzenlemeler ve aile sağlığı merkezlerinde nöbet hizmetinin kayıtlı kişilere bakılmaksızın ifa edilmesinin öngörülmesi, aile hekimliğinin temel prensipleriyle çelişmektedir.

Çözüm: Aile hekimliğinin temel prensiplerine aykırı olan nöbet sistemi yönetmeliklerde yer almamalı; aile hekimleri nöbet tutmak zorunda bırakılmamalıdır.

Sorun 7

Yerinde ölü muayenesinin büyükşehirlerde belediye hekimlerince yapılması zorunlu iken; bazı yerleşim yerlerinde bu görevin aile hekimlerine verilmesi, birinci basamak görev alanının dışına taşın ve hizmeti aksatabilen bir uygulama olarak görülmektedir.

Çözüm: Yerinde ölü muayenesi tamamen belediyelerin sorumluluğunda olmalı; belediyeler personel teminine yükümlü tutulmalıdır.

Sorun 8

Askerlik/doğum gibi mazeretlerle görevden ayrılmada sözleşme feshi sonucunda; mazeret bitiminde dönmek isteyen aile hekiminin ilk kuraya katılıp seçim yapmak zorunda bırakılması, çalışma barışı ve süreklilik açısından sorun yaratmaktadır.

Çözüm: Aile hekimi, mazeret sonrası göreve döndüğünde **ilk yıl içinde** yapılacak **herhangi bir kuraya** katılabilmeli ve seçim yapabilmelidir.

Sorun 9

Aile sağlığı çalışanlarıyla sözleşme imzalanırken yalnızca ilk sözleşmede aile hekiminin görüşünün alınması; sözleşme yenilemelerinde hekim görüşünün dikkate alınmaması ekip uyumunu zayıflatmaktadır.

Çözüm: Aile sağlığı çalışanlarının sözleşmeleri yenilenirken de aile hekiminin görüşü alınmalıdır.

Sorun 10

İldeki boş aile hekimliği pozisyonuna yapılan görevlendirmelerin kısa olması; hekim ve aile sağlığı çalışanlarının sürekli değişmesine, performans takibinde ve hizmetin devamlılığında aksamalara yol açmaktadır. Ayrıca görevlendirmeye gidenler teşvik ödemesi alamamaktadır.

Çözüm: Yeterli personel varsa görevlendirmeler **en az 1 ay** olmalı; görevlendirmeye giden hekim **en az 1 ay** görev yaptığında hak ettiği teşvik ödenmelidir.

Sorun 11

Yönetici hekimin diğer hekimlere göre ilave idari sorumluluğu olmasına rağmen bunun mali karşılığının bulunmaması adalet duygusunu zedelemektedir.

Çözüm: Yönetici hekimin idari sorumluluğu nedeniyle tavan ücretin **en az %2'si oranında** teşvik ödemesi alması sağlanmalıdır.

Sorun 12

Gruplandırma kriterlerindeki esnek mesai uygulamasının efektif olmaması; Türkiye'de istatistiksel olarak esnek mesai saatleri içindeki poliklinik ortalamasının **1,2'de** kalması nedeniyle ayrılan ekstra mesai süresinde beklenen etkinliğin oluşmaması sorun teşkil etmektedir.

Çözüm: Esnek mesai uygulaması mutlak suretle kaldırılmalıdır.

Sorun 13

Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının sözleşme yenilenmesinde; esas puan tablosuna göre birimin toplam puanının **70 ve üzeri** olması şartı, aksi halde sözleşmenin yenilenmemesi; mesleki iş güvencesini zedeleyen bir baskı mekanizmasına dönüşmektedir.

Çözüm: Sözleşme yenilenmesinde puan tablosu dikkate alınmamalı ve tamamen kaldırılmalıdır.

Sorun 14

Süt izni döneminde yerine görevlendirme yapılmaması veya yarım gün çalışma düzeni nedeniyle hizmetin aksamaya uğraması; hastaların birimi değiştirmesine kadar varan sonuçlar doğurmaktadır.

Çözüm: Süt izni kullanan aile hekimi/ASC yerine geçici görevlendirme yapılmalı; bu süreçte kanuni hakkını kullanan personelin hak kaybı yaşamayacağı düzenlemeler getirilmelidir.

Sorun 15

Yönetmelikte görev başında bulunamama halleri arasında; anayasal hak olan sendikal eylemlere (iş bırakma, iş yavaşlatma vb.) katılımın yer alması hak kaybına yol açmaktadır.

Çözüm: Görev başında bulunamama halleri arasına sendikalar/meslek örgütlerince alınmış eylem kararları (iş bırakma vb.) eklenmeli; ayrıca sendikal şube/merkez yetkilisinin sendikal izin günü de bu maddelere dahil edilmelidir.

Sorun 16

Tek ya da birkaç birimli ASM'lerde izin kullanıldığında vekâlet edecek hekimin bulunamaması, hizmetin kesintiye uğramasına neden olabilmektedir.

Çözüm: Aynı mahalli çevrede bulunan farklı iki ASM'deki birim hekimlerinin de vekâlet edebilmesi sağlanmalıdır.

Sorun 17

Aile hekimi başına düşen hasta sayısının periyodik olarak düşürülmesi sonrasında ortaya çıkacak hak kayıpları çalışma motivasyonunu azaltabilmektedir.

Çözüm: Kayıtlı kişiler için ödenecek ücret katsayısı artırılmalı; ayrıca "son 12 ayda birimden hizmet almamış nüfus grupları için katsayının yarısının esas alınması" maddesi kaldırılmalıdır.

Sorun 18

Kronik hastalık takibinde gerekli yüzdeleri tutturamayan veya kronik takip yapmayanlara ilişkin negatif performans uygulaması, sahada "cezalandırıcı" bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir.

Çözüm: Negatif performans kaldırılmalıdır. Aksi durumda, performans değerlendirmesinde **0,90** olan katsayı negatif performans doğurduğu için **en az 1,00'a** yükseltilmelidir.

Sorun 19

Aile hekiminin kontrolünde olmayan, subjektif kriterler içeren; tüm kurumlara müracaat sayıları, vatandaş memnuniyeti ve akılcı ilaç uygulamalarına bağlanan teşvik kriterleri; sorumluluğu tek taraflı olarak aile hekimine yüklemektedir.

Çözüm: Bu kriterler ve teşvikler kaldırılmalı; yerine objektif, aile hekiminin doğrudan etkileyebileceği ve kendi imkânlarıyla gerçekleştirebileceği teşvik kriterleri getirilmelidir.

Sorun 20

Gruplandırma kriteri değişiklik talebinde yerinde değerlendirme için öngörülen **30 günlük** sürenin uzun olması, süreçleri uzatmaktadır.

Çözüm: Süre **10 güne** indirilmeli; üst gruba geçiş başvurularında **3 aylık süre sınırı** kaldırılmalıdır.

Sorun 21

Tek birimli ASM'de çalışan aile hekimlerinin kesintisiz yıllık izinlerinin **14 gün** ile sınırlı olması, sahada ciddi bir dinlenme/yenilenme sorunu doğurmaktadır.

Çözüm: Tek birimli ASM'de çalışanlara ücret kesintisi olmadan **30 gün** yıllık izin hakkı tanınmalıdır.

Sorun 22

Koruyucu hekimlik hizmetlerinde (aşılama, gebe, lohusa, bebek-çocuk takibi) başarı oranına göre uygulanan kesinti oranlarının yüksekliği, motivasyonu düşüren bir unsur olarak görülmektedir.

Çözüm: Kesinti oranları aşağıdaki şekilde düzenlenmelidir:

- | | | | | | | |
|----|--------------------|----------------------|---|------------|-----|----------------|
| a) | Aylık başarı oranı | %95 | - | %93 | ise | %2'si , |
| b) | Aylık başarı oranı | %93 | - | %90 | ise | %4'ü , |
| c) | Aylık başarı oranı | %90 | - | %85 | ise | %6'sı , |
| ç) | Aylık başarı oranı | %85 | - | %80 | ise | %8'i , |
| d) | Aylık başarı oranı | %80'den düşük | | | ise | %10'u . |

Sorun 23

Aile sağlığı çalışanlarının ödeme esasları kriterlerinin yetersizliği, ekip içi adalet algısını zedeleyebilmektedir.

Çözüm: Aile hekimlerine önerilen oranlar, aynı oranla aile sağlığı çalışanlarına da uygulanmalıdır.

Sorun 24

Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimine giden aile hekimlerine yapılan ödemelerde kesintiler, eğitim sürecini teşvik etmeyen bir sonuç doğurmaktadır.

Çözüm: Klinik rotasyonlar sırasında aile hekimlerinden herhangi bir ücret kesintisi yapılmamalıdır.

Sorun 24

ASM'ye gelmeyen vatandaşlar gerekçe gösterilerek aile hekimleri ve sağlık çalışanlarının gelirlerinden yapılan kesintiler hukuksuz ve kabul edilemez bir durumdur. Çalışanın iradesi ve performansı dışında gelişen bir durum nedeniyle cezalandırılması, hem hukuk devleti ilkesine hem de adalet duygusuna aykırıdır.

Çözüm: Vatandaş ASM'ye zorla getirecek bir mekanizma yokken, sorumluluğun sağlık çalışanına yüklenmesi açık bir mağduriyettir. Bu mevzuat ivedilikle sonlandırılmalıdır.

C) Kanun değişikliği ile Mecliste çözülebilecek sorunlar

Sorun 1

Aile hekimliği uzmanlarının hastanede çalıştığı dönemde daha yüksek ücret alırken, asıl görev yeri olması gereken ASM'de ücretinin düşmesi; hem hak kaybına hem de uzmanların birinci basamakta çalışma isteğinin azalmasına yol açmaktadır.

Çözüm: ASM'de çalışmayı teşvik için taban hak edişi etkileyen katsayılar **en az 1,5 kat** artırılmalı; aile hekimliği uzmanı için en yüksek brüt sözleşme ücreti **9 kat** olarak güncellenmelidir.

Sorun 2

Birimlere ödenen cari giderlerin enflasyon karşısında yetersiz kalması, hizmetin sürdürülebilirliğini zayıflatmaktadır.

Çözüm: Cari gider ödemeleri her mali yılda **asgari ücret artış oranına** veya **TEFE-TÜFE oranına** göre güncellenmelidir.

Sorun 3

“Eleman temin edilmezse bu hizmetler için görevlendirilir” yaklaşımı, personel teminindeki yapısal sorunları hekim/ekip üzerine yıkabilmektedir.

Çözüm: Aile sağlığı çalışanı temininde güçlük çekilen yerlerde bu hizmetler için **1 ay içinde** personel görevlendirilmesini zorunlu kılan düzenleme yapılmalıdır.

Sorun 4

Koruyucu hekimlik standartlarının eksik uygulanması halinde brüt ücretin **%20'sine kadar** kesinti öngörülmesi; vatandaş kaynaklı olumsuzluklarda da kesintinin yüksek kalmasına yol açabilmektedir.

Çözüm: Kesinti üst sınırı brüt ücretin **%10'u** olacak şekilde düzenlenmelidir.

Sorun 5

Gruplandırma kriterleri kapsamında sözleşme ile çalışmaya başlayan personel kamu hizmeti sunmasına rağmen mali haklardan aile hekiminin sorumlu olması, işverenlik ilişkisinde belirsizlik yaratmaktadır.

Çözüm: Bu personelin asıl işvereni **Sağlık Bakanlığı** olmalıdır.

Sorun 6

Disiplin cezaları nedeniyle destek ödemesinin kademeli kesilmesi, “çifte yaptırım” algısı doğurmaktadır.

Çözüm: Disiplin cezaları nedeniyle destek ödemeleri kesilmemelidir.

Sorun 7

Bakanlıkça belirlenen kriterler karşılanmadığında sözleşmenin yenilenmesi, hekimlikte süreklilik ve güven duygusunu zedeleyebilmektedir.

Çözüm: Koruyucu hizmet standartlarına ilişkin kriterler gerekçe gösterilerek sözleşmenin yenilenmemesini öngören hüküm kaldırılmalıdır.

Sorun 8

Bilirkişilik niteliği taşıyan sağlık raporlarının aile hekimliği uygulamalarına aykırılık oluşturması ve iş yükünü artırması sahada sıkça belirtilmektedir.

Çözüm: İşe giriş ve iş sağlığı-güvenliği raporları **işyeri hekimleri** tarafından verilmelidir.

Sorun 9

Aşı zincir sorumluluğu 7/24 devam eden, icap niteliğinde bir görev olmasına rağmen ek ücret verilmemesi hakkaniyet sorunu doğurmaktadır.

Çözüm: Aşı zincir sorumlusu olunan dönemlerde aile hekimlerine ek ücret verilmelidir.

Sorun 10

Yasal izin kullanıldığında, özellikle yerine hekim bulunmasa dahi hak edişten kesinti yapılması; izin hakkının fiilen kullanılamamasına neden olabilmektedir.

Çözüm: 657 sayılı Kanun kapsamındaki izinlerde yasal izin hakkı nedeniyle hak ediş kesilmemeli; vekâlet şartı aranmamalıdır.

Sorun 11

ASM kiralarında mülk sahibinin keyfi artışlarıyla karşılaşılması ve bunun ödeme zorluğu doğurması, birinci basamak altyapısını kırılgan hale getirmektedir.

Çözüm: ASM kiraları devlet güvencesiyle ödenmeli; aile hekimi ASM'nin kiracısı sıfatında olmamalıdır.

D) Komisyon gündemi dışında, toplantı sürecinde dile getirilen diğer konular**Sorun 1**

Eğitim aile sağlığı merkezlerinde benzer nüfus yoğunluklarında performans kriterlerini sağlayan/sağlamayan birimler arasında ödeme adaletsizlikleri doğabilmektedir.

Çözüm: Eğitim ASM kriterleri sözleşme ve ödeme yönetmeliğine benzer şekilde revize edilmeli; yeni mevzuatın doğurduğu eksiklikler incelenip tamamlanmalıdır.

Sorun 2

Aile sağlığı çalışanı sayılarının yetersiz kalması, hizmet kapasitesini ve ekip işleyişini olumsuz etkilemektedir.

Çözüm: Aile sağlığı çalışanlarının ASM'ye geçişini teşvik edecek düzenlemeler yapılmalıdır.

Sorun 3

Hastalık Yönetim Platformu (HYP) içinde, aile hekiminin sorumluluk alanı dışında kalan kriterlerin bulunması; performans ölçümünde adalet tartışmalarına yol açabilmektedir.

Çözüm: Kanser taramaları içindeki mamografi tarama kriteri aile hekimliği imkânları dışında olduğundan, bu kriter performans kriteri olarak kullanılmamalıdır. (HYP'nin kapsam ve işleyişi Sağlık Bakanlığı dijital sağlık uygulamaları içinde ele alınmaktadır.) mevzuat.gov.tr

Genel değerlendirme ve öncelik sıralaması

Sahada birinci basamak hekimlerinin en acil gördüğü alanlar;

- (i) aile hekimliğinin temel prensipleriyle uyumsuz **entegre hizmet** ve benzeri yüklerin kaldırılması,
- (ii) **şiddet riskini** azaltacak kayıt/atama tedbirlerinin güçlendirilmesi,
- (iii) hizmet sürekliliğini bozan görevlendirme-vekâlet-izin boşluklarının kapatılması,
- (iv) cari gider/ücret kesintileri gibi mali belirsizliklerin giderilmesidir.
- (v) ASM'ye gelmeyen kayıtlı vatandaşlar nedeniyle ücret kesintisinin yapılması uygulaması giderilmelidir.

Bu öncelikler, birinci basamağın koruyucu-önleyici omurgasını güçlendirme hedefiyle de doğrudan örtüşmektedir (WHO, 2018; Aile Hekimliği Kanunu, 5258).

KAYNAKÇA

- Aile Hekimliği Kanunu (5258 sayılı Kanun). (2004). T.C. Resmî Gazete / mevzuat metni.*
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). T.C. Resmî Gazete / mevzuat metni.*
- Astana Declaration. (2018). World Health Organization.*
- Beyaz Kod Uygulaması. (t.y.). Sağlık Bakanlığı / Beyaz Kod bilgilendirme sayfaları ve dokümanları.*
- Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press.*
- Türk Sağlık-Sen. (t.y.). Birinci basamak/aile hekimliği alanında ücret, sözleşme ve çalışma koşullarına ilişkin açıklamalar ve değerlendirmeler.*
- WHO & UNICEF. (1978). Declaration of Alma-Ata. World Health Organization.*
- World Health Organization. (2018). Primary Health Care / Astana sonrası birinci basamak yaklaşımı ve güçlendirme çerçevesi.*
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (Sağlıkta şiddete ilişkin hükümler dahil). (1987). Mevzuat metni.*

(HEKİM ÇALIŞTAYI 9. KOMİSYON)

Komisyonun amacı

Komisyonun amacı; sahada aile hekimleri tarafından sıklıkla ifade edilen dijital sağlık sistemlerine erişim kısıtları (e-Nabız), randevu sisteminin iş yüküne etkisi (MHRS), kronik hastalık izlem hedeflerinin gerçekçilik/uygulanabilirlik sorunları (HYP), GETAT uygulamalarında eğitim ve denetim ihtiyacı, aşı reddi/tedarik ve takip sorunları ile bilirkşilik niteliği taşıyan rapor yükünün birinci basamağa yığılması gibi başlıkları somutlaştırmak ve çözüm yollarını; “mevzuat değişikliği gerektirmeyen”, “yönetmelik düzenlemesiyle çözülebilecek” ve “kanun değişikliği gerektiren” biçimde sınıflandırmaktır.

Giriş

Hekimler tarafından dile getirilen ortak sorun alanlarından biri, dijital sistemlerin (e-Nabız, MHRS, HYP gibi) klinik karar için gerekli bilgiyi ve süreyi desteklemek yerine, kimi zaman erişim kısıtları ve hedef/puan baskısı ile hizmet süreçlerini zorlaştırabilmesidir. e-Nabız; kişisel sağlık verilerinin dijital yönetimini sağlayan bir sistemdir ve hasta onayı/erişim yetkileri ile kişisel sağlık verilerinin korunması çerçevesinde işletilir. MHRS’de 2025 yazı itibarıyla gündeme gelen yönlendirme/rezerv kontenjan uygulamaları da, doğru kurgulandığında sevki hızlandırabilecek; yanlış algılandığında ise aile hekimliği birimlerinde “yalnızca randevu için başvuru” kaynaklı iş yükünü artıracak bir etki doğurabilmektedir. HYP ise kronik hastalıkların yönetimi için tasarlanan bir platform olup, hedef kitle/izlem kurgusunun sahadaki zaman ve nüfus yüküyle uyumlu olması beklenir.

Diğer taraftan, birinci basamakta bilirkşilik niteliği taşıyan çok sayıda sağlık raporunun (işe giriş, sürücü olur, silah, sporcu vb.) tek hekim üzerinden talep edilmesi; hem hekim sorumluluğunu artırmakta hem de birinci basamağın koruyucu-izlem zamanını daraltmaktadır. Bu nedenle raporların “uygun yerde/uygun uzmanlıkla” düzenlenmesi, sevk ve hakem mekanizmalarının net işletilmesi sahada kritik bir ihtiyaç olarak görülmektedir.

A) Mevzuat değişikliğine gerek kalmadan çözülebilecek sorunlar

Sorun 1 – e-Nabız erişimi: Kişilerin bilgilerini kapatması nedeniyle hekimin hayati veriye ulaşamaması

Hekimler; kişilerin e-Nabız verilerini kapatabilmesi nedeniyle, aile hekiminin ilaç geçmişi gibi klinik açıdan hayati önem taşıyan bilgilere erişemediğini; bu durumun tanı-tedavi süreçlerinde risk doğurabildiğini belirtmektedir.

Çözüm: Aile hekimlerinin, kişilere ait ilaç geçmişi vb. hayati önemdeki bilgilere erişebilmesinin güvenli biçimde sağlanması gerekmektedir. (Kişisel sağlık verilerinin korunması ve erişim yetkileri, ilgili mevzuat çerçevesinde düzenlenmektedir.)

Sorun 2 – MHRs: Aile hekimliği biriminin “randevu alma aracı” gibi kullanılmasının iş yükünü artırması

Hekimler; MHRs’de randevu bulunamayan branşlar için “aile hekimlerine randevu alabilmek için başvurabilirsiniz” benzeri yönlendirmelerin, aile hekimliği birimlerinde zaten yüksek olan iş yükünü artırabildiğini; bunun koruyucu hizmetler için ayrılan zamanı daralttığını vurgulamaktadır.

Çözüm:

- Tedavi sonrası 2. basamak ihtiyacı görülen hastanın aynı gün ya da en yakın sürede muayene olabildiğini sağlayacak sevk sisteminin aktifleştirilmesi gerekmektedir.
- MHRs’de randevu bulunamayan branşlar için aile hekimlerine “randevu almak amacıyla başvurun” şeklinde algı doğuran uyarıların kaldırılması gerekmektedir. (MHRs’de yönlendirme/rezerv kontenjan uygulamaları kamuoyunda tartışılmıştır.)

B) Yönetmelik düzenlenmesiyle çözülebilecek sorunlar

Sorun 1 – “Hasta olmadan” rapor talebi ve hasta memnuniyetinin performans baskısına dönüşmesi

Hekimler; kişinin fiilen hasta olmadığı halde rapor talep etmesi ile oluşan gerilimde, “hasta memnuniyeti” üzerinden kurulan performans ölçütlerinin hekim üzerinde baskı oluşturabildiğini; doğru tıbbi kararın yerini “memnuniyet odaklı rapor yazma” beklentisinin alabileceğini ifade etmektedir.

Çözüm: Hasta memnuniyetinden kaynaklı olarak performans ödemesi kriterinin kaldırılması gereklidir.

Sorun 2 – HYP (Hastalık Yönetim Platformu) hedefleri ve uygulama yükü

Hekimler; HYP’de hedef kitle sayıları, randevu yoğunluğu, kayıtlı nüfus büyüklüğü ve modül karmaşıklığının bir araya geldiğinde, sistemin sahada **uygulanabilirlik sorunu** üretebildiğini belirtmektedir.

Çözüm önerileri (tamamı):

1. Mevcut HYP hedef kitle sayılarının **en az %50 azaltılması**,
2. Randevuların HYP yapılabilmesine uygun olacak şekilde **seyreltilmesi**,
3. **Kayıtlı hasta sayısının azaltılması**,
4. HYP modülünün **sadeleştirilmesi**,
5. “Sına HYP sayılarının” **günlük güncellenmesi**,
6. Altyapı problemleri nedeniyle yaşanan **obezite izlem merkezi** sorununun çözülmesi,
7. Belli sayının üstünde poliklinik yapan sağlık birimlerinde (örn. aylık ortalaması 70 kişi olan) HYP yapılmaya da **tam puan üzerinden değerlendirme** yapılması,
8. HPV smear işlemlerinin ASM’lerde yapılabilmesini sağlamak için aile sağlığı çalışanlarına **ilave teşvik ödemesi** yapılması veya onları ilgilendiren HYP katsayılarının **teşviği artıracak biçimde** düzenlenmesi.

(HYP’nin kronik hastalık yönetimi amacı ve modüler yapısı Bakanlık dokümanlarında tanımlanmaktadır.)

Sorun 3 – GETAT uygulamasında eğitim süresi, izin kolaylığı ve denetim ihtiyacı

Hekimler; GETAT eğitimlerinin uzun süreli olması nedeniyle izin süreçlerinde kolaylık sağlanması gerektiğini; ayrıca standart ve güvenli uygulama için **GETAT merkezleri** kurulmasını ve bu merkezlerin **Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmesini** önermektedir.

Çözüm: GETAT eğitim/izin süreçlerinin kolaylaştırılması; GETAT merkezlerinin kurulması ve Bakanlık denetiminin güçlendirilmesi gerekmektedir. (GETAT uygulamalarının usul ve esasları ilgili yönetmelikle düzenlenmektedir.)

Sorun 4 – Aşı: aşı reddi, takip sistemindeki sorunlar, tedarik ve kesinti uygulamaları

Hekimler; aşı reddi/aşı içerikleri konusundaki kaygıların büyüdüğünü; aşı takip sisteminde yaşanan sorunlar ve aşı tedarik problemlerinin sahada aksamalara yol açabildiğini; ayrıca aşı kesintilerinin yüksekliğinin motivasyonu ve hizmeti olumsuz etkileyebildiğini belirtmektedir.

Çözüm:

- Kamu spotlarıyla aşı reddi ve aşı içerikleri konusundaki kaygıyı azaltacak bilgilendirme çalışmalarının yapılması,
- Aşı takip sistemi sorunları ile aşı tedarik sorununun çözülmesi,
- Aşı kesintilerinin **makul seviyelere çekilmesi** gerekmektedir.

(Türkiye'nin bağışıklama programı ve aşılama çerçevesi Bakanlık kaynaklarında yer almakta; aşı reddi/aşı tereddüdüne ilişkin değerlendirmeler de çeşitli raporlarda ele alınmaktadır.)

C) Kanun değişikliği ile Mecliste çözülebilecek sorunlar

Sorun 1 – Uzmanlık gerektiren raporların (evlilik, işe giriş, hastalık, ehliyet, silah, sporcu lisans vb.) aile hekimlerine yüklenmesi

Hekimler; evlilik, işe giriş, ehliyet, silah ruhsatı, sporcu lisansı gibi farklı risk düzeyleri ve uzmanlık değerlendirmesi gerektiren alanlarda sağlık raporu düzenleme yükünün birinci basamağa yığılmasının; hem iş yükünü artırdığını hem de bilirkişilik sorumluluğunu ağırlaştırdığını ifade etmektedir.

Çözüm: Bu raporların ASM üzerinden alınarak, **daha kapsamlı sağlık hizmeti veren hastaneler ve ilgili uzman hekimler** tarafından düzenlenmesini sağlayacak mevzuat çalışmasının yapılması gerekmektedir. (Sürücü sağlık şartları gibi alanlar yönetmeliklerle; sağlık raporlarının usul-esasları ise yönergelerle çerçevelenmektedir.)

Genel değerlendirme ve önceliklendirme

Bu komisyon başlıklarında sahadan gelen mesaj nettir:

1. **Klinik karar için kritik bilginin** (ilaç geçmişi vb.) hekime güvenli ve sürekli akışını sağlayacak şekilde e-Nabız erişim çerçevesi netleştirilmeli; hasta güvenliği riski doğuran kör noktalar giderilmelidir.

2. MHRS/HYP gibi dijital sistemler, aile hekimliğini “randevu/puan” işlevine indirgemenen; **sevk zinciri ve kronik yönetimi** hedefini destekleyecek şekilde sadeleştirilmeli ve hedefler gerçekçi hale getirilmelidir.
3. GETAT ve aşılama gibi alanlarda eğitim, denetim, tedarik ve iletişim boyutları güçlendirilmelidir.
4. Bilirkişilik niteliği taşıyan rapor yükü “uygun basamak-uygun uzmanlık” ilkesine göre yeniden dağıtılmalı; birinci basamağın koruyucu hizmet zamanı korunmalıdır.

KAYNAKÇA

- Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. (t.y.). Hastalık Y¼netim Platformu (HYP) uygulaması.*
- İçişleri Bakanlığı. (2006, 26 Eylül). S¼r¼c¼ adayları ve s¼r¼c¼lerde aranacak sağlık Şartları ile muayenelerine dair y¼netmelik (Resmî Gazete, Sayı: 26301).*
- Kişisel Verileri Koruma Kurumu. (2021, 21 Eylül). e-Nabız sistemine erişim hakkında Kişisel Verileri Koruma Kurulu kararı (2021/962).*
- Sağlık Bakanlığı. (t.y.). e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi (e-Devlet hizmet sayfası).*
- Sağlık Bakanlığı. (t.y.). T¼rkiye'de Bağışıklama Programı.*
- Sağlık Bakanlığı. (t.y.). Hastalık Y¼netim Platformu (HYP) portalı.*
- Sağlık Bakanlığı. (2014, 27 Ekim). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Y¼netmelięi (Resmî Gazete).*
- Sosyal G¼venlik ve Sağlık Y¼neticileri Vakfı. (2022). Toplum sağlığında b¼y¼yen tehdit: Aşı reddi (Rapor).*
- T¼rkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (t.y.). Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) – vatandaş portalı.*
- WHO & UNICEF. (1978). Declaration of Alma-Ata. World Health Organization.*
- World Health Organization. (2018). Declaration of Astana. World Health Organization.*

(Birinci Basamakta Hekimlik/ 10. Komisyon)

Komisyonun Amacı

Birinci basamak sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetlerinin sürekliliği, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aşılama, anne-çocuk sağlığı izlemeleri ve kronik hastalık yönetimi gibi alanlarda sağlık sisteminin “en ön cephesi”dir (WHO, 1978; WHO, 2018). Bu nedenle aile hekimliği birimlerinin (ASM) **fiziki koşulları, güvenliği, insan kaynağı, teknik altyapısı ve finansal sürdürülebilirliği**, hizmetin niteliğini doğrudan belirlemektedir.

Sahada hekimlerin ve aile sağlığı çalışanlarının en çok üzerinde durduğu hususlar; **iş yükünün artması ve personel yetersizliği, ASM binalarının uygun/bağımsız olmaması, cari giderlerin yetersizliği, bakım-onarımın sahaya bırakılması, bölgesel risk ve afet koşullarına göre farklılaştırılmış destek ihtiyacı, gezici hizmetlerde araç-ekipman eksikliği ve sağlıkta şiddet** başlıklarında toplanmaktadır. Bu başlıkların önemli bir kısmı, mevcut mevzuatın sahada etkin uygulanması ve idari/organizasyonel iyileştirmelerle hızla ele alınabilecek niteliktedir. (Aile hekimliği uygulamasının dayanağı ve kapsamına ilişkin temel çerçeve için bkz. 5258 sayılı Kanun).

A) Mevzuat Değişikliğine Gerek Kalmadan Çözülebilecek Sorunlar

Bu bölümdeki başlıklar, sahada **doğrudan hizmet üretimini aksatan** ve çoğu zaman “aynı gün” etkisi görülebilecek türden sorunlardır. Ortak beklenti; il/ilçe düzeyinde koordinasyonun güçlendirilmesi, altyapı ve güvenlik desteğinin standartlaştırılması ve mevcut düzenlemelerin sahaya gerçek anlamda yansıtılmasıdır.

Sorun 1 – Teknik bilgi ve destek yetersizliği

Sahada; bilgisayar, donanım, ağ/altyapı gibi konularda yeterli teknik desteğin bulunmaması, günlük işleyişi yavaşlatmakta ve zaman kaybı doğurmaktadır.

Çözüm: İl sağlık müdürlüğünün yeterli bilgiye sahip teknik personel (bilgisayar, donanım, altyapı vb.) sağlaması gerekmektedir.

Sorun 2 – ASM binalarının diğer birimlerle birlikte kullanılması

ASM’lerin farklı kurum/birimlerle aynı binada hizmet vermesi; mahremiyet, hasta akışı, güvenlik ve hizmet kalitesi bakımından çok sayıda pratik soruna yol açmaktadır.

Çözüm: ASM’lerin en az dört, en fazla sekiz hekimli hizmet verebilecek şekilde **müstakil** (diğer binalardan bağımsız) binalarda hizmet verebilmesi için Bakanlığa iletim yapılması; belediye ve Milli Emlak gibi kurumlarla sağlık alanı tahsisi ve bina yapım süreçlerinin hızlandırılması gerekmektedir.

(ASM'ler için fiziki şartlar ve erişilebilirlik vurgusu, aile hekimliği mevzuatında da yer alan bir yaklaşım çizgisidir.)

Sorun 3 – Artan iş yükünün karşılanamaması

Hekimler ve aile sağlığı çalışanları; artan nüfus yükü ve çeşitlenen görevler karşısında personel sayısının yetersiz kaldığını, bu durumun hem hizmet kalitesini hem de çalışma barışını zedelediğini vurgulamaktadır. **Çözüm:** Aile hekimliği uygulama mevzuatında yer alan “**her üç aile hekimliği birimine ilave bir sağlık personeli verilebilmesi**” imkanının sahada aktif şekilde işletilmesi gerekmektedir.

Sorun 4 – Cari giderlerin yetersizliği

Cari giderlerin güncel koşulları karşılamaması; temizlik, sarf, küçük bakım, kırtasiye/işletme ve benzeri zorunlu kalemlerde baskı oluşturabilmektedir. **Çözüm:** Cari giderlerin her mali yılın başında güncellenerek revize edilmesi gerekmektedir.

(Aile hekimliği ödeme/sözleşme düzenlemeleri ve güncellemelerinin sahaya etkisi sendikalarca da yakından izlenmekte, Türk Sağlık-Sen mevzuat değişiklikleri talepleri hakkında bilgilendirme notları yayımlamaktadır.)

Sorun 5 – Binaların ana bakım-onarım sorunu

Sahada; ana bakım ihtiyacının ASM ekiplerine bırakılması sürdürülebilir görülmemekte; güvenlik ve hizmet sürekliliği açısından kurumsal bir çözüm beklenmektedir.

Çözüm: ASM'lerin detaylı ana bakımlarının Bakanlıkça yapılıp öyle teslim edilmesi gerekmektedir.

Sorun 6 – İl/ bölge farklılıklarının göz ardı edilmesi

Güvenlik riski, afet riski ve nüfus yoğunluğu gibi değişkenlerin iller arasında farklılık göstermesine rağmen standart uygulamalarla ilerlenmesi; özellikle deprem bölgelerinde konteyner gibi geçici mekânlarda hizmet üretmeye çalışan ekipler açısından ek zorluklar doğurmaktadır.

Çözüm: Bölgelere göre güvenlik/afet/nüfus parametreleri dikkate alınarak il sağlık müdürlüklerine ek destekler verilmesi gerekmektedir.

Sorun 7 – Gezici hizmette fiziki ve ekipman eksikliği

Gezici hizmet verilen bölgelerde araç ve donanım eksikliği, hizmetin sürekliliğini ve erişimini sınırlandırabilmektedir.

Çözüm: Ambulans hizmetinden çıkarılmış araçların donanımlarının düzenlenerek gezici hizmet aracı olarak ASM'lere koordine edilmesi ve görevlendirilmesi gerekmektedir.

Sorun 8 – Sağlıkta şiddet

Hekimler ve sağlık çalışanları, şiddetin hâlen çözülememiş bir sorun olarak çalışma güvenliğini tehdit ettiğini; caydırıcılık, güvenlik önlemleri ve süreçlerin işletilmesi konusunda daha kararlı adımlar beklendiğini ifade etmektedir.

Çözüm: Şiddetin arttığı dönemlerde Sağlık Bakanlığınca güvenlik personeli sağlanması gerekmektedir.

(Beyaz Kod uygulaması ve sağlık çalışanına hukuki yardım süreçleri, mevzuat ve uygulama düzeyinde temel referanslardır.)

B) Yönetmelik Düzeyinde Düzenleme ile Çözülebilecek Sorunlar

Bu bölümde dile getirilen konular, çalışma düzeni ve ödeme adaleti bakımından doğrudan motivasyonu etkileyen; bu nedenle ikincil mevzuat/uygulama talimatlarıyla netleştirilmesi beklenen alanlardır.

Sorun 1 – Esnek mesai uygulamasında güvenlik riski

Esnek mesai kapsamında mesai saatlerinin yayılması ve personelin daha farklı zaman dilimlerinde yalnız kalabilmesi, sahada güvenlik kaygılarını artırabilmektedir.

Çözüm: Esnek mesainin kaldırılması gerekmektedir.

Sorun 2 – Aşı sorumlusu olarak ücretsiz nöbet

Aşı sorumlusu/yardımcısı görevlendirmelerinde ücretsiz nöbet uygulaması, hakkaniyet ve emek karşılığı bakımından sahada ciddi rahatsızlık oluşturmaktadır.

Çözüm: Aşı sorumlusu ve yardımcısına normal nöbet ücreti ödenmesi gerekmektedir.

Sorun 3 – Aile sağlığı çalışanlarının daha düşük ücret alması

Aile sağlığı çalışanlarının, Bakanlık bünyesinde aynı unvana sahip personele kıyasla daha düşük ücret aldığı algısı; motivasyonu düşürmekte, iş doyumunu ve ekip bütünlüğünü zayıflatabilmektedir.

Çözüm: Aile sağlığı çalışanlarının maaşlarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

(Ödeme/sözleşme yönetmeliği değişiklikleri sahada ücret ve teşvik dengesini etkilediğinden, değişikliklerin uygulama etkisi ayrıca izlenmelidir.)

Sonuç ve Öncelikli Öneriler

1. **Çalışma güvenliği ve şiddetle mücadele:** ASM'lerde güvenlik personeli/önlemleri, Beyaz Kod süreçlerinin erişilebilirliği ve hızlı işletilmesi birinci öncelik olmalıdır.
2. **İnsan kaynağı ve iş yükü dengesi:** “Her üç birime ilave personel” imkânının sahaya fiilen yansıtılması, birinci basamakta hizmet kalitesi için kritik görülmektedir.
3. **ASM altyapısı ve işletme sürdürülebilirliği:** Müstakil bina hedefi, ana bakım-onarımın kurumsallaştırılması ve cari giderlerin yıllık güncellenmesi birlikte ele alınmalıdır.
4. **Bölgesel farklılaştırılmış destek:** Afet ve güvenlik riski yüksek bölgelerde ek destek paketleri; süreklilik için zorunludur.
5. **Gezici hizmet kapasitesi:** Araç ve ekipman desteği güçlendirilerek hizmete erişim artırılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Dergipark. (n.d.). [Makale PDF indirme sayfası: "Hukuki yardım ve Beyaz Kod uygulaması"na ilişkin atıf içeren çalışma].*
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2004). Aile Hekimliği Kanunu (Kanun No: 5258). T.C. Sağlık Bakanlığı.*
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). Aile Hekimliği Rehberi 2025. T.C. Sağlık Bakanlığı.*
- Sağlık Bakanlığı. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (Resmî Gazete, 06.07.2005, Sayı: 25867).*
- World Health Organization. (2019). Declaration of Alma-Ata (1978) – Primary Health Care.*
- World Health Organization. (2018). Declaration of Astana.*
- Gülen, S. (2024). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Beyaz Kod uygulaması ve hukuki yardım.*

DEVLET İLE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE HEKİMLİK KOMİSYONLARI RAPORLARI

(Devlet ve EAH’lerde Hekimlik/1. Komisyon)

KOMİSYONUN AMACI

Devlet hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde (EAH) görev yapan hekimlerin çalışma koşullarını; hizmet sunumu, idari işleyiş, insan kaynağı, mali haklar, güvenlik ve kurumsal altyapı boyutlarıyla ele almak; sahada hekimler tarafından öncelikli olarak dile getirilen sorunları, çözüm yollarıyla birlikte somutlaştırmaktır. Bu yaklaşım, hekim emeğinin korunması, nitelikli sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği ve sağlık kurumlarının kurumsal kapasitesinin güçlendirilmesini amaçlamaktadır.

GİRİŞ

Devlet ve EAH’lerde hekimlik pratiği, yüksek hasta yükü, yoğun bürokratik süreçler, personel yetersizliği ve giderek karmaşıklaşan ödeme/performans mekanizmalarıyla birlikte yürütülmektedir. Hekimler, bir yandan klinik karar sorumluluğunu taşıırken diğer yandan randevu-evrak-veri girişleri gibi klinik dışı işlere zaman ayırmak zorunda kaldıklarını; bunun da tanı-tedavi süreçlerinin niteliğini ve mesleki doyumu olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır.

Diğer taraftan, hekimler tarafından dile getirilen parçalı/değişken ödeme yapısı (ek ödeme, döner sermaye, teşvik vb.) finansal planlamayı güçleştirebilmekte; özellikle emekliliğe yansımayan gelir kalemleri uzun vadeli güvenli gelir algısını zedeleyebilmektedir (Türk Sağlık-Sen, 2023). Hekimler tarafından özellikle belirtilen “şiddet sorunu”nun hâlen çözülememiş ve çalışan sağlığını/çalışma güvenliğini tehdit eden bir alan olduğu da gerçektir; ivedi olarak tedbir alınmalıdır. Bu alanda, Beyaz Kod mekanizması ve hukuki destek süreçleri gibi uygulamalar bulunsa da, caydırıcılığın artırılması ve süreçlerin hızlandırılması yönünde güçlü bir beklenti devam etmektedir.

Ayrıca, çalışma barışı ve kurumsal iklim açısından “mobbing” (psikolojik yıldırma) iddiaları, sağlık kurumlarında hem verimliliği hem de çalışanların ruh sağlığını etkileyen önemli bir risk alanı olarak görülmektedir (Büyüктаş Gayır & Özçelik, 2021; Kılıç, Çiftçi & Şener, 2016).

Aşağıda, hekimlerin öncelikli olarak üzerinde durduğu sorun alanları; mevzuat değişikliği gerektirmeyen uygulama iyileştirmeleri, yönetmelik düzeyindeki düzenlemeler ve kanun değişikliği gerektiren başlıklar şeklinde sınıflandırılarak sunulmuştur.

I. MEVZUAT DEĞİŞİKLİĞİNE GEREK KALMADAN ÇÖZÜLEBİLECEK SORUNLAR

Sorun 1: MHRS talebi olmadan şikâyet oluşturulması ve hekim üzerinde baskı

Hekimler, randevusuz başvuruların ve kontrolsüz şikâyet mekanizmalarının, “şikâyet tehdidi” üzerinden mesleki kararı baskıladığını; soruşturma süreçlerinin kimi zaman bir kalite aracı olmaktan çıkıp psikolojik yıpratma aracına dönüştüğünü ifade etmektedir. Bu durum, hekim-hasta ilişkisinde güveni zedeleyebilmekte ve hizmetin niteliğini dolaylı biçimde düşürebilmektedir.

Çözüm Önerisi:

- MHRS üzerinden randevu alınmadan (talep oluşturmadan) şikâyet oluşturulamamasına dönük bir yazılım/algortma kurgusu uygulanmalıdır.
- Dijital erişimi olmayanlar için 182 üzerinden, *MHRS randevu kaydıyla ilişkilendirilmiş* şikâyet başvurusu alınmalıdır.

Sorun 2: Bilgi edinme/başvuru süreçlerinde ölçsüz talepler ve “aynı platformda” karşı karşıya bırakılma

Hekimler, bilgi edinme hakkı ve benzeri başvuru kanallarının ölçsüz kullanımı nedeniyle; soruşturma süreçlerinde taraf durumundaki kişiyle aynı platformlarda muhatap edilmenin, gerilim ve baskıyı artırdığını belirtmektedir. Bu durumun, özellikle hassas olgularda “güvenli çalışma ortamı” ilkesini zedelediği ifade edilmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Şikâyet başvuruları, resmi kanallarda yazılı dilekçe üzerinden alınmalı; kimlik, olay ve talep unsurları netleştirilmelidir.
- Okuma-yazma bilmeyen veya özel durumdaki vatandaşlar için kurumsal başvuru birimleri aracılığıyla *tutanak* yöntemiyle başvuru alınmalı; hekimle doğrudan yüz yüze “hesaplaşma” atmosferi doğuracak uygulamalardan kaçınılmalıdır.

Sorun 3: Sağlık okuryazarlığının düşüklüğü ve iletişim krizleri

Hekimler, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük hasta profillerinde yanlış beklenti ve yanlış bilgiyle gelen taleplerin çatışmayı artırdığını; bunun da hem hizmet akışını bozduğunu hem de hekimi hedef haline getirebildiğini dile getirmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Sağlık okuryazarlığını artırmaya dönük kısa-eğitici içerikler hazırlanmalı; bekleme salonlarında video/afişlerle standart bilgilendirme yapılmalıdır.
- Kurum içi iletişim eğitimleri (hasta iletişimi, kriz yönetimi, çatışma çözümü) periyodik olarak uygulanmalıdır.

Sorun 4: Tıbbi altyapı ve malzeme eksikliklerinin hekim performansına yansması

Hekimler, tıbbi cihaz/altyapı yetersizliklerinin ve sarf-malzemesi eksikliklerinin, klinik hizmetin niteliğini doğrudan etkilediğini; buna rağmen sonuçların çoğu zaman “hekim performansı” gibi algılandığını vurgulamaktadır (Ör.: cerrahi malzeme eksikliği).

Çözüm Önerisi:

- Hastane altyapısı, cihaz parkı ve sarf-malzemesi tedarik zinciri; kalite ve süreklilik esaslı biçimde güçlendirilmelidir.
- Tedarik/altyapı kaynaklı gecikmelerin hekim performansı ile ilişkilendirilmesini önleyecek ölçme-değerlendirme prensipleri oluşturulmalıdır.

Sorun 5: Beyaz önlük ve mesleki otorite algısı

Hekimler, bazı kurumlarda beyaz önlük kullanımının fiilen geri plana itilmesinin, “mesleki otorite” ve “kurumsal temsil” algısını zayıflattığını; hasta ile iletişimde sınırların bulanıklaştığını ifade etmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Devlet ve EAH’lerde beyaz önlük/kimlik görünürlüğünü güçlendiren kurumsal standartlar getirilmelidir.
- Hekimlerin mesleki otoritesini destekleyen kurumsal iletişim dili (anons, yönlendirme, görsel standartlar) oluşturulmalıdır.

Sorun 6: Her polikliniğe tıbbi sekreter verilmemesi ve klinik dışı iş yükü

Hekimler, polikliniklerde tıbbi sekreter eksikliği nedeniyle; veri girişleri, onam/evrak süreçleri, rapor-istem düzeni, randevu akışı gibi işlerin büyük bölümünü kendilerinin yürüttüğünü; bunun hem muayene süresini hem de tıbbi karar sürecini olumsuz etkilediğini belirtmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Poliklinik iş akışına uygun sayıda tıbbi sekreter istihdam edilmelidir.
- İş tanımları netleştirilmeli; bu işler (idari veri/evrak süreçleri) hekim üzerinden alınmalıdır.

Sorun 7: Askeri Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanmasının yük artırıcı etkisi

Hekimler, askeri hastanelerin kaldırılması sonrası kamu hastanelerine düşen vaka yükünün arttığını; Harp cerrahisi, ateşli silah yaralanması gibi önemli uzmanlık alanlarında yoğunlaşma ve hizmet sürelerinde uzama yaşadığını ifade etmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Askeri hastanelerin yeniden açılması (askeri/sivil hibrit model dahil) değerlendirilmelidir.
- Kamu hastanelerindeki hizmet yükünü azaltacak yönetim ve kapasite planlaması yapılmalıdır.

Sorun 8: Sözleşmeli yöneticilik sistemi ve keyfiliğe açık uygulamalar

Hekimler, sözleşmeli yöneticilik modelinin uygulamada beklenen kurumsal başarıyı üretmediğini; keyfi/politik baskılara açık alanlar doğurduğunu; bunun da çalışma barışı, liyakat ve motivasyon üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğunu belirtmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Sözleşmeli yöneticilik uygulaması kaldırılmalı; liyakat, kıdem, eğitim ve performans dayalı kariyer basamakları güçlendirilmelidir.
- Yönetici atamalarında şeffaf kriterler ve denetlenebilir performans göstergeleri kullanılmalıdır. (Sağlık teşkilat yapısında yönetim ilkeleri çerçevesinde değerlendirme için bkz. 663 sayılı düzenleme.)

II. YÖNETMELİK DEĞİŞİKLİĞİ İLE ÇÖZÜLEBİLECEK SORUNLAR

Sorun 1: Nöbet yükü, mesai dışı çalışma ve izin dengesi

Hekimler, nöbet sayılarının fazlalığı ve nöbet sonrası dinlenme/izin uygulamalarının standart olmaması nedeniyle, fiziksel ve zihinsel yıpranmanın arttığını; bunun da hasta güvenliği açısından risk oluşturabileceğini belirtmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Nöbet sayıları azaltılmalı; nöbet sonrası izin uygulaması zorunlu ve standart hale getirilmelidir.
- Mesai dışı çalışma/nöbet ücretleri emekle orantılı biçimde güncellenmelidir.

Sorun 2: Yer değişikliği-tayin süreçlerinde öngörülebilirlik ve aile birliği

Hekimler, tayin/yer değişikliği süreçlerinde belirsizlik, kurumlar arası farklı uygulamalar ve aile birliği/sağlık mazereti gibi başlıklarda standardizasyon eksikliği olduğunu belirtmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Tayin ve yer değişikliği süreçleri; objektif, puan temelli ve öngörülebilir bir yapıya kavuşturulmalıdır.
- Aile birliği ve sağlık mazereti süreçlerinde uygulama birliği sağlanmalıdır.

Sorun 3: Performans sisteminin niteliği ölçememesi

Hekimler, mevcut performans/teşvik düzeninin çoğu zaman “nicelik” odaklı işlediğini; nitelikli hizmeti, hasta güvenliğini, ekip çalışmasını ve vaka ağırlığını yeterince yansıtmadığını ifade etmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Performans sistemi; kalite göstergeleri, vaka ağırlığı ve ekip katkısını içerecek şekilde revize edilmelidir.
- Hekimlerin mesleki kararını “hız baskısı” altında bırakmayacak koruyucu düzenlemeler yapılmalıdır.

Sorun 4: Kurumlar arası geçici görevlendirmede standart eksikliği

Hekimler, kurumlar arası geçici görevlendirmelerin kimi zaman keyfi biçimde yürütülebildiğini; bunun da aile düzeni, eğitim planı ve çalışma motivasyonunu bozduğunu dile getirmektedir. Bu başlıkta, sendikal düzeyde de “standart-kriter” ihtiyacının sıkça vurgulandığı görülmektedir (Türk Sağlık-Sen, 2023).

Çözüm Önerisi:

- Geçici görevlendirmelerin süre, gerekçe, rıza ve denetim kriterleri yönetmelikle netleştirilmelidir.
- Keyfilik azaltacak objektif ölçütler ve itiraz mekanizması tanımlanmalıdır.

III. KANUN DEĞİŞİKLİĞİ İLE MECLİSTE ÇÖZÜLEBİLECEK SORUNLAR

Sorun 1: Ek ödeme/döner sermayenin emekliliğe yansımaması

Hekimler, gelirlerinin önemli bölümünü oluşturan ek ödeme ve döner sermaye kalemlerinin emekliliğe yansımamasının, uzun vadeli gelir güvencesini zayıflattığını; emeklilik döneminde ciddi gelir kaybı yarattığını ifade etmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Ek ödeme ve benzeri kalemler, emeklilik hesabına dahil edilecek şekilde düzenlenmelidir.
- Emeklilikte gelir kaybını azaltan kademeli/dengeleyici modeller çalıştırılmalıdır.

Sorun 2: Fiili hizmet süresi zammı (yıpranma) ve adalet algısı

Hekimler, fiili hizmet süresi zammının kapsamı ve uygulamasında adalet duygusunu zedeleyen farklılıklar bulunduğunu; risk-yük sorumluluğu yüksek alanlarda daha dengeli bir yapı gerektiğini belirtmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Fiili hizmet süresi zammı, risk ve sorumluluk düzeyi dikkate alınarak daha adil biçimde yeniden düzenlenmelidir.
- Kapsam ve süreler; bilimsel risk değerlendirmesiyle belirlenmelidir.

Sorun 3: Vergi dilimleri nedeniyle yıl içinde net gelirin düşmesi

Hekimler, yıl içinde vergi dilimine girilmesiyle net gelirden düşüş yaşandığını; özellikle ek ödeme/döner sermaye gibi kalemlerin bu etkiyi büyüttüğünü ifade etmektedir.

Çözüm Önerisi:

- Sağlık hizmetinin niteliği ve çalışma koşulları dikkate alınarak hekim gelirlerine ilişkin vergi uygulamalarında iyileştirici düzenlemeler yapılmalıdır.
- Net gelirden ani düşüşleri önleyen kademeli/dengeleyici modeller geliştirilmelidir (Gelir Vergisi Kanunu çerçevesinde).

Sorun 4: Sağlıkta şiddetin cezai caydırıcılığı ve uygulama etkinliği

Hekimler, şiddet vakalarında süreçlerin uzaması ve yaptırımların caydırıcılığının yetersiz kalması nedeniyle risk algısının sürdüğünü; çalışma güvenliğinin güçlendirilmesini talep etmektedir. Sağlıkta şiddete ilişkin düzenlemelerin 3359 sayılı Kanun'a eklenen hükümlerle güçlendirilmesine rağmen, uygulama etkinliğinin artırılması ihtiyacı vurgulanmaktadır.

Çözüm Önerisi:

- Şiddet suçlarında cezai yaptırımların caydırıcılığı artırılmalı; süreçler hızlandırılmalıdır.
- Beyaz Kod ve hukuki yardım mekanizmalarının kurumsal kapasitesi güçlendirilmeli; tüm sağlık kurumlarında standart işletim sağlanmalıdır.

SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Devlet ve EAH'lerde hekimlerin dile getirdiği sorunlar; yalnızca bireysel memnuniyet başlığı değil, aynı zamanda hizmet kalitesi, hasta güvenliği, kurumsal sürdürülebilirlik ve toplumsal sağlık çıktılarıyla doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle çözüm yaklaşımı; (i) idari-uygulama iyileştirmeleriyle hızlı kazanımlar, (ii) yönetmelik düzeyinde standart ve öngörülebilir düzen, (iii) kanun değişikliği gerektiren mali haklar ve güvenlik başlıklarında kalıcı iyileştirme ekseninde eşgüdümlü yürütülmelidir.

Özellikle şikâyet mekanizmalarının rasyonelleştirilmesi, tıbbi sekreter desteğinin güçlendirilmesi, geçici görevlendirmede standartların netleşmesi, performans sisteminin niteliği ölçer hale getirilmesi; kısa vadede hekimlerin iş yükünü azaltacak ve hizmet akışını iyileştirecektir. Orta-uzun vadede ise

TÜRK HEKİMLİĞİNİN SORUNLARI VE TÜRK HEKİMLERİNİN TALEPLERİ

emekliliğe yansıyan gelir yapısı, adil yıpranma düzeni, vergi dilimi etkilerinin dengelenmesi ve sağlıkta şiddete karşı caydırıcılığın güçlendirilmesi; hekimlik mesleğinin saygınlığını ve kurumsal bağlılığı artıracaktır.

KAYNAKÇA

- Büyüktaş Gayır, G., & Özçelik, Z. (2021). Sağlık çalışanlarının mobbing algıları üzerine bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(4), 793-812.*
- Kılıç, T., Çiftçi, F., & Şener, Ş. (2016). Sağlık çalışanlarında mobbing ve ilişkili faktörler. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3(2), 65-72. (doi: 10.5222/SHYD.2016.065).*
- Türk Sağlık-Sen. (2023). Sağlık Meslek Mensupları Çalıştayı (Kitapçık).*
- T.C. Resmî Gazete. (2011, 2 Kasım). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK No. 663).*
- T.C. Resmî Gazete. (2020, 17 Nisan). Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Kanun No. 7243) (Sağlıkta şiddete ilişkin hükümler dahil).*
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016, 16 Mart). Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi (2016/3) (PDF).*

(Devlet ve EAH'lerde Hekimlik/2. Komisyon)

GİRİŞ (Bağlam ve temel sorun alanları)

Devlet hastaneleri ve EAH'lerde hekimlik, yüksek hasta yoğunluğu, kesintisiz hizmet zorunluluğu, karmaşık klinik karar süreçleri ve artan idari yüklerle birlikte yürümektedir. Hekimler bir yandan nitelikli tanı-tedavi üretmeye çalışırken, diğer yandan fizikî çalışma koşulları (otopark/ulaşım, dinlenme ve beslenme düzeni), kurumsal iletişim mekanizmaları (hasta iletişim/hasta hakları kanalları), mali ve özlük haklar (promosyon, performans/teşvik, nöbet/icap), eğitim-araştırma sorumlulukları (afiliye düzen, eğitim görevlilerinin rolü) ve mesleki riskler (şiddet, malpraktis, güvenlik zafiyetleri) gibi alanlarda çözüm bekleyen sorunlar yaşadıklarını ifade etmektedir. Bu tablo, sağlık hizmetinde performans/teşvik tasarımlarının çalışan motivasyonu ve hizmet kalitesi üzerindeki etkilerine dair tartışmalarla da örtüşmektedir.

Öte yandan, hekimlerin “malpraktis baskısı” olarak tarif ettiği risk iklimi; savunmacı tıp davranışları, gereksiz tetkik baskısı ve klinik karar süreçlerinde stres artışı gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Savunmacı tıbbın yaygınlığına işaret eden bulgular, hekimlerin bu başlığı neden “ivedi çözüm” alanı olarak gördüğünü destekler niteliktedir.

Aynı şekilde, sağlıkta şiddet ve güvenlik zafiyetleri; hastane giriş-çıkış kontrolünden poliklinik güvenliğine kadar çok katmanlı önlemler gerektirmekte; özel güvenlik hizmetlerinin yetki ve uygulama çerçevesi de bu tartışmanın önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

Bu çerçevede aşağıdaki başlıklar, **hekimlerin doğrudan dile getirdiği** somut sorunlar ve çözüm önerileri temel alınarak; **kısa vadede uygulanabilir adımlar + mevzuat/yönetmelik/kanun düzeyi ihtiyaçlar** şeklinde sistematikleştirilmiştir.

A) MEVZUAT DEĞİŞİKLİĞİNE GEREK KALMADAN ÇÖZÜLEBİLECEK SORUNLAR

1) Hasta İletişim Birimleri / Hasta Hakları birimlerinin işleyişi

Hekimler; bazı tesislerde hasta iletişim/hasta hakları birimlerinin yeterli mevzuat bilgisi ve iletişim yetkinliği olmaksızın çalışabildiğini, şikâyet süreçlerinde hekimlerin “peşinen hatalı” kabul edildiği bir dil oluşabildiğini ve bunun çalışma barışını zedelediğini dile getirmektedir.

Bu birimlerin, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin amaçladığı dengeyi güçlendirecek şekilde daha yetkin ve tarafsız işletilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Çözüm önerileri:

- Birimlerde görev alacak personelin **hasta hakları mevzuatı + sağlık hukuku temeli + iletişim/kriz yönetimi** alanlarında eğitim alması; mümkünse bu alanlarda uzmanlaşmış personel istihdamı.
- Şikâyet değerlendirmelerinde **tarafsızlık** ilkesini güçlendirecek standart iş akışları; “ön değerlendirme” mekanizmalarının güçlendirilmesi.
- Hekimlerin savunma süreçlerinin **makul süre, delile dayalı inceleme ve objektif ölçütlerle** yürütülmesi; kurumsal iletişim dilinin “çözüm odaklı” kurulması.

2) Yemek hizmetleri (zamanlama ve kalite)

Hekimler; nöbet ve yoğun çalışma düzeni nedeniyle yemek saatlerinin fiilen uyumsuz kaldığını, kimi kurumlarda yemek kalitesinin ve erişilebilirliğin yetersiz olduğunu, “yemek kartı/alternatif beslenme” gibi esnek çözümlerin ihtiyaç hâline geldiğini ifade etmektedir.

Çözüm önerileri:

- Nöbet/poliklinik/ameliyathane düzeni gözetilerek **yemek saatlerinin esnetilmesi** ve vardiya uyumlu planlama.
- Hizmet alımında kalite kriterlerinin sıkı denetimi; **standart menü-kalori/hijyen ölçütleri**.
- Uygun kurumlarda **yemek kartı/alternatif beslenme** modellerinin geliştirilmesi.

3) Otopark yetersizliği

Hekimler; hastane otoparklarının kapasite ve erişim bakımından yetersiz kaldığını, yoğun saatlerde işe giriş/çıkışın ciddi zaman kaybına ve stres yüküne dönüştüğünü, bazı tesislerde “hasta-yakını kullanımının” hekim ve sağlık çalışanı erişimini fiilen kısıtladığını ifade etmektedir.

Çözüm önerileri (uygulanabilir adımlar):

- Hastane yerleşkesinde **otopark kapasitesinin artırılması**, mümkün olan yerlerde **katlı/kapalı otopark** uygulamalarının planlanması.
- **Personel/hekim için ayrılmış kontenjan** ve erişim düzeni (kartlı/plaka okuma vb.) ile çalışanların mağduriyetinin azaltılması.
- **Servis güzergâhlarının** merkezi noktalardan planlanması; özellikle büyük şehirlerde belediyelerle iş birliği yapılarak **toplu taşıma kartı/ulaşım desteği** gibi kolaylaştırıcı modellerin uygulanması.

B) YÖNETMELİK DÜZENLEMESİYLE ÇÖZÜLEBİLECEK SORUNLAR

1) Performans/teşvik sistemi

Hekimler; performans/teşvik yaklaşımının nitelik yerine niceliği öne çıkarabildiğini, riskli branşların yükünü yeterince dengelemediğini ve çalışma barışını olumsuz etkileyebildiğini ifade etmektedir. Performansa dayalı ek ödeme uygulamalarının sahadaki etkilerine ilişkin çalışmalar da sistemin güçlü-zayıf yönlerinin birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Çözüm önerileri:

- Teşvik/ek ödeme tasarımı **branş riski, iş yükü ve hizmetin zorluk düzeyi** gibi parametrelerin ağırlığının artırılması.
- Eğitim-araştırma yükü olan birimlerde (EAH/afiliye) nitelik göstergelerinin ve eğiticilik faaliyetlerinin karşılığını göreceği düzenlemeler.
- Uygulama birliğini güçlendirecek, saha geri bildiriyle güncellenen **ikincil düzenlemeler**.

Not: Ek ödeme/teşvik uygulamaları, ilgili ikincil mevzuatla yürütüldüğünden; sahadan gelen bu dengeleme talepleri yönetmelik düzeyinde revizyonlarla karşılık bulabilir.

2) Nöbet ve icap ücretlerinin yetersizliği

Hekimler; nöbet ve icap hizmetinin yüksek risk ve sorumluluk içermesine rağmen ücretlerin yeterli bulunmadığını, özellikle icap uygulamalarında emeğin karşılığının güçlendirileceği bir modele ihtiyaç olduğunu belirtmektedir.

Çözüm önerileri:

- Nöbet ve icap ücretlerinde **brans-temelli risk + fiilî çalışma süresi** odaklı iyileştirme.
- İcap hizmetinde “çağrı sıklığı/fiilî müdahale”yi dikkate alan daha adil ödeme.

3) Afiliye hastanelerde rol/otorite karmaşası

Hekimler; afiliye yapılarda yönetim, görev tanımı, yetki-sorumluluk zinciri ve performans/teşvik gibi başlıklarda belirsizlikler yaşanabildiğini; bunun hem hizmet üretimini hem de eğitim-araştırma işleyişini zorladığını ifade etmektedir. Bu alan, “ortak kullanım ve iş birliği” çerçevesini düzenleyen mevzuatla doğrudan ilişkilidir.

Çözüm önerileri:

- Afiliye yapılarda **net görev tanımları** ve çift başlılığı azaltacak idari model.
- Eğitim-araştırma hedefleri ile hizmet hedeflerini birlikte taşıyan **ortak performans göstergeleri** ve şeffaf yönetim.

4) EAH’lerde eğitim görevlilerinin sorunları

Hekimler; EAH’lerde eğitim sorumluluğu olan hekimlerin (eğitim görevlileri/eğiticiler) klinik hizmet yükü içinde eğitim faaliyetlerinin “zaman ve teşvik” bakımından yeterince karşılık bulmadığını, eğiticilik rolünün görünür ve desteklenir hâle getirilmesi gerektiğini dile getirmektedir.

Çözüm önerileri:

- Eğitim faaliyetlerinin “görev tanımı + zaman planı + teşvik/puan” bileşenleriyle tanınması.
- Eğiticilik kalitesini güçlendirecek hizmet içi programlar ve eğitim altyapısı desteği.

5) Malpraktis: tazminat/teminat yapısı ve kurum katkısı

Hekimler; yüksek tazminat riskinin mesleki güvenlik algısını zedelediğini, sigorta teminatlarının güncel risk ve ekonomik koşullar karşısında yetersiz kaldığını, bu nedenle teminat/katkı mekanizmasının güncellenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Malpraktis alanında teminat ve kurum katkısına ilişkin düzenlemeler güncellenebildiğinden, bu başlıkta ikincil mevzuat iyileştirmeleri önem taşır.

Çözüm önerileri:

- Zorunlu mali sorumluluk sigortasında **teminat tavanlarının** güncel risk ve ekonomik gerçekliğe göre güçlendirilmesi.
- “Kurum katkısı” uygulamasının sahadaki ihtiyaca göre **gözden geçirilerek güncellenmesi**; hekim üzerinde biriken finansal baskının azaltılması.

6) Güvenlik: delici-kesici alet/silah girişleri ve arama yetkisi

Hekimler; bazı hastanelerde x-ray/kapı dedektörü, yeterli personel ve etkin kontrol mekanizmaları bulunmadığını; özel güvenliğin arama yetkisi ve uygulama sınırları nedeniyle “delici-kesici alet/silah” girişinin önlenemediği durumlar yaşanabildiğini ifade etmektedir. Özel güvenlik hizmetlerinin çerçevesi ve uygulama usulleri 5188 sayılı Kanun ve ikincil düzenlemelerle ilişkilidir.

Çözüm önerileri:

- Hastane girişlerinde **dedektör/x-ray** standartlarının ülke çapında yaygınlaştırılması.
- Özel güvenliğin yetki ve uygulama kapasitesini güçlendirecek, hastane özgüllüğünü dikkate alan **uygulama standartları** (iş akışı, eğitim, ekipman).
- Riskli alanlarda kollukla koordinasyon ve hızlı müdahale protokollerinin güçlendirilmesi.

C) KANUN DEĞİŞİKLİĞİ GEREKTİREN SORUNLAR

1) Hekimlik Meslek Kanunu ihtiyacı

Hekimler; mesleğin görev-yetki-sorumluluk çerçevesini, mesleki güvenceleri, çalışma koşullarını ve mesleki standartları bütüncül biçimde tanımlayacak bir “Hekimlik Meslek Kanunu”na ihtiyaç olduğunu belirtmektedir.

Çözüm önerisi:

- Hekimlik mesleğinin statüsü, mesleki bağımsızlık, meslek içi standartlar, hasta güvenliği ve mesleki sorumluluk alanlarını bütüncül ele alan bir temel kanun çalışması.

2) 4924 (sözleşmeli) – 657 (kadrolu) dengesizliği

Hekimler; aynı işi yapan kadrolu (657) ve 4924 kapsamındaki sözleşmeli hekimler arasında ücret/özlük hakları yönünden dengesizlikler oluşabildiğini; “eşit işe eşit ücret” ilkesinin güçlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Çözüm önerisi:

- 4924 kapsamındaki istihdamda ücret ve özlük haklarını, kadrolu istihdamla **uyumlaştıracak** yasal düzenleme; eşitlik ilkesini koruyan standartlar.

D) KOMİSYON GÜNDEMİ DIŞINDA, HEKİMLERİN DİKKAT ÇEKTIĞİ DİĞER HUSUSLAR**1) Yatırım/altyapı planlamasında standartlaşma**

Hekimler; tesisler arası fizikî imkân farklarının (oda düzeni, dinlenme alanları, poliklinik altyapısı vb.) hizmet kalitesini ve çalışma koşullarını etkilediğini; planlama ve yatırım süreçlerinde standartlaşma ihtiyacını dile getirmektedir.

2) Turizm bölgelerinde mevsimsel nüfus artışı

Hekimler; turizm bölgelerinde mevsimsel nüfus artışının hizmet yükünü artırdığını, personel planlamasında bu dalgalanmanın dikkate alınması gerektiğini ifade etmektedir.

3) Kurumlar arası çalışma haklarında denge

Hekimler; bazı meslek gruplarının sağlık tesislerinde çalışma haklarında denge sorunları oluşabildiğini; hekimlerin çalışma hakkı/yer değişikliği/planlama başlıklarında daha adil bir çerçeve beklendiğini belirtmektedir.

4) SABİM ve şikâyet süreçlerinde “peşin suçluluk” algısı

Hekimler; SABİM/şikâyet kanallarında süreçlerin bazen “hekim peşinen hatalı” yaklaşımıyla yürüyebildiğini; bunun mesleki motivasyon ve çalışma barışını zedelediğini vurgulamaktadır.

Öneri:

- Şikâyet yönetiminde delile dayalı, tarafsız ve hızlı ön değerlendirme; hekim-hasta ilişkisinde güveni koruyan iletişim dili ve prosedürler.

SONUÇ (Önceliklendirilmiş uygulama paketi)

Hekimlerin sahadan aktardığı sorunlar, “hızlı kazanım” üretilebilecek alanlar (otopark-ulaşım, yemek düzeni, hasta iletişim birimlerinin niteliği) ile “yapısal düzenleme” gerektiren alanları (performans/teşvik dengesi, afiliye yönetişim, eğiticilik rolü, malpraktis teminat sistemi, güvenlik uygulama standartları, 4924-657 eşitlemesi ve meslek kanunu ihtiyacı) birlikte göstermektedir.

Bu raporun yaklaşımı; **hekimlerin çalışma güvenliği + mesleki saygınlık + adil gelir/özlük yapısı + nitelikli sağlık hizmeti** hedeflerini aynı çerçevede güçlendirmektir.

KAYNAKÇA

5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun. (2004). Türkiye Büyük Millet Meclisi (Kanun metni).

- Devlet Memurları Kanunu (Kanun No. 657). (1965, 23 Temmuz). T.C. Resmî Gazete (Sayı: 12056).
- Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve KHK'lerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (Kanun No. 4924). (2003, 24 Temmuz). T.C. Resmî Gazete (Sayı: 24178).
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). T.C. Resmî Gazete (Yönetmelik metni).
- Sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ortak kullanımı ve işbirliğine ilişkin usul ve esaslar (Ortak kullanım/afiliye çerçevesi). (2023). Sağlık Bilimleri Üniversitesi (PDF).
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293(21), 2609–2617.
- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (Güncel düzenleme). (2025). Türkiye Sigorta Birliği (PDF).
- İçbay, M. A., & Şevik, A. E. (2024). Workplace violence against health-care workers in Türkiye: Experiences, opinions, and suggestions. *Journal of International Health Sciences and Management*, 10(20), 160–173.
- Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin kamu sağlık hizmetlerine etkisi (Zonguldak örneği). (2020). *International Journal of Management and Economics and Business (IJMEB)*.

(Devlet ve EAH'lerde Hekimlik/3. Komisyon)

Komisyonun Amacı

Devlet ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde hekimlik pratiği; bir yandan yüksek hasta yükü ve acil hizmet baskısı, diğer yandan nitelikli tanı-tedavi, eğitim, ekip yönetimi, hasta güvenliği ve mesleki sorumlulukların eşzamanlı yürütüldüğü kritik bir alandır.

Sahada görev yapan hekimler, hizmetin sürdürülebilirliği ve nitelikli sağlık hizmetinin korunması için; **iş yükü-güvenlik-hukuki destek-ücret/özlük-planlama** başlıklarında birikmiş sorun alanlarını ve uygulanabilir çözüm önerilerini özellikle vurgulamaktadır. Bu rapor metni; hekimlerin dile getirdiği sorunları, çözüm yollarını ve öncelikli iyileştirme alanlarını, yürürlükteki mevzuat'a göre sınıflandırarak görünür kılmayı amaçlamaktadır.

Giriş

Hekimliğin kamu hastanelerindeki icrası, yalnızca klinik karar vermeyi değil; aynı zamanda hasta mahremiyeti, iletişim güvenliği, şiddetin önlenmesi, malpraktis riskinin yönetimi, ekip işleyişi ve kurum planlaması gibi çok katmanlı bir yönetişi gerektirir.

Sahada özellikle vurgulanan temel gerçek şudur: **hekimlik, güvenli ve destekleyici bir kurumsal iklim olmadan sürdürülebilir değildir**. Bu nedenle idari uygulamalar, insan kaynağı planlaması, acil süreç tasarımları, performans-ücret sistemi ve güvenlik mevzuatı; tek tek parçalardan ibaret değil, birbirini etkileyen bir bütün olarak ele alınmalıdır (WHO, 2002; Studdert, Mello, & Brennan, 2005).

Türk Sağlık-Sen'in hekimlik mesleğinin saygınlığını, çalışan güvenliğini ve özlük haklarını güçlendirmeye dönük sendikal çalışmalarıyla da paralel şekilde; sahada dile getirilen çözüm önerileri, hem **hekim motivasyonunu** hem de **hasta güvenliğini** aynı anda güçlendirecek "uygulanabilir adımlar" olarak değerlendirilmelidir.

1) Mevzuat Değişikliğine Gerek Kalmadan Çözülebilecek Sorun Alanları

Bu başlıktaki sorunlar; çoğu durumda **kurum içi organizasyon, insan kaynağı planlaması, iş akışı tasarımı ve idari kararlarla** hızlı şekilde iyileştirilebilecek alanlardır. Hekimler özellikle, hasta güvenliği ve kendi çalışma güvenliklerinin “günlük işleyişte” somut olarak güçlendirilmesini öncelikli görmektedir.

1. Hekim muayenelerinde yeterli ve kalifiye personel/tıbbi sekreter desteği olmaması

Hekimler, poliklinik muayenelerinde uygun ekip desteği olmadığında hem **mahremiyetin zedelendiğini** hem de **hasta-hekim güvenliği risklerinin arttığını** ifade etmektedir.

Öneriler: Muayenelerde mahremiyeti koruyacak ve güvenliği artıracak biçimde **personel** bulunması standarda bağlanmalıdır.

2. Konsültasyon sisteminin yetersizliği nedeniyle işlemlerin uzaması

Birden fazla branşa görünmesi gereken hastalarda, konsültasyon süreçlerinin uzaması hem hizmet kalitesini hem de klinik akışı bozmaktadır.

Öneriler: Konsültasyon işlemleri için **kota/kapasite** tanımlanmalı; konsültasyon hastalarının işlemleri **öncelikli** yürütülmelidir.

3. Malpraktis davalarında kurumsal hukuki destek eksikliği

Hekimler, malpraktis süreçlerinde kurumsal hukuki desteğin yetersizliğinin hem mesleki kaygıyı büyüttüğünü hem de riskli vakalardan kaçınmayı tetikleyerek hasta mağduriyeti riski doğurduğunu belirtmektedir.

Öneriler: Sağlık Bakanlığı bünyesinde **tıp hukukuna vakıf avukatlar** istihdam edilmeli; malpraktis davalarında hekimlere **etkin kurumsal hukuki destek** verilmelidir.

Adalet Bakanlığı ile eşgüdüm halinde Sağlık İhtisas Mahkemelerinin (SİM) kurulması sağlanmalıdır. Böylelikle yargılama süreçlerinin daha gerçekçi ve orantısız cezalardan uzak sonuçlanması sağlanmalıdır.

4. Beyaz kod sonrası hekimlere yeterli hukuki destek verilmemesi

Beyaz kod sonrası süreçte hukuki desteğin zayıf kalması, şiddetle mücadelede caydırıcılığı azaltmaktadır.

Öneriler: İl Sağlık Müdürlüklerindeki avukatlar bu alana **öncelikli** ağırlık vermeli; süreç, hızlı ve sonuç alıcı şekilde işletilmelidir.

5. Beyaz kod mağdurlarının çalışmaya devam etmek zorunda kalması

Şiddete maruz kalan hekimin aynı ortamda çalışmaya devam etmesi, hem psikolojik iyilik halini hem de çalışma güvenliğini zedeleyen bir durumdur.

Öneriler: Beyaz kod mağdurları **belirli süre idari izinli** sayılmalı, performansları bu sürede ortalamadan ödenmelidir.

6. Yoğun bakımlarda görüntülü görüşme taleplerinin mahremiyet ihlali riski

Yoğun bakımlarda toplu yatış düzeni varken görüntülü görüşme talepleri, hasta mahremiyeti açısından ciddi risk doğurmaktadır.

Öneriler: Yoğun bakım hastalarının **bağımsız odalarda** yatışı, mahremiyeti korurken hasta yakınlarının bilgi alma ihtiyacını da daha güvenli karşılayacaktır.

7. Ülke çapında planlama eksikliği nedeniyle cihazların atıl kalması

Hekimler, dövizle alınan bazı cihazların doğru planlama yapılmadığı için atıl kaldığını; bunun da kaynak israfına ve hizmet kalitesi kaybına yol açtığını belirtmektedir.

Öneriler: Nitelikli ve komplike işlemler **belirli merkezlerde** toplanmalı; hekim ve cihazların **etkin kullanımı** sağlanmalıdır.

8. Altyapısı olmayan hastanelerde spesifik/özel branş hekimlerinin görevlendirilmesi

Kalp damar cerrahisi, hematoloji gibi branşların altyapısız hastanelere görevlendirilmesi hekimleri atıl bırakabilmekte, hizmet verimliliğini düşürmektedir.

Öneriler: Nitelikli işlemler ve nadir branş uzmanları **belli bölgelerde/merkezlerde** toplanmalıdır.

9. Hastane planlamalarında yerel ihtiyaç ve uzun vadeli öngörünün dikkate alınmaması

Planlamanın yerelin ihtiyacını ve geleceğe dönük değişimleri hesaba katmaması, sistemik kapasite sorunları doğurmaktadır.

Öneriler: Yerelde çalışan sağlık yöneticilerinin görüşü alınmalı; ilgili yerlerin **en az 20 yıllık ihtiyaç projeksiyonu** belirlenerek yatırım yapılmalıdır.

10. Şehir hastanelerinin hayata geçirilmesiyle buralara personelin kaydırılması sonucu küçük hastanelerde hizmet aksaması

Şehir hastanelerinin devreye girmesiyle kadro kaydırmaları, yatak kapasitesi düşük hastanelerde hizmetin aksamasına yol açabilmektedir.

Öneriler: Vatandaş erişimi kolay **az yataklı hastaneler** desteklenmeli; şehir hastanelerinin kadro ihtiyacı **yeni atamalarla** karşılanmalıdır.

11. Ulusal medyada asılsız/olumsuz haberlerle hekimlerin hedef gösterilmesi

Hekimler, medyada genelleyici ve suçlayıcı yayınların hekimlik saygınlığını ve çalışma güvenliğini zedelediğini ifade etmektedir.

Öneriler: Asılsız haber yayımlayan kuruluşlara karşı **doğrudan hukuki işlem** tesis edilmesi; **tekzip** yayımlanması için etkin mekanizma kurulması sağlanmalıdır.

2) Yönetmelik Düzenlemesiyle Çözülebilecek Sorun Alanları

Bu başlıkta, sahada dile getirilen sorunların önemli bir kısmı; **performans-iş yükü-eğitim kalitesi-görevlendirme** ekseninde, yönetmelik ve ikincil mevzuatla iyileştirilebilecek niteliktedir. Amaç, sistemi hekim aleyhine “zorlayıcı” olmaktan çıkarıp, hasta güvenliğiyle uyumlu “dengeleyici” hale getirmektir.

1. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin gereksiz tetkike yönlendirmesi ve maliyet artışı

Hekimler, performans baskısının gereksiz tetkik istemini artırabildiğini ve maliyetleri büyütebildiğini vurgulamaktadır.

Öneriler: **Tek kalem maaş** uygulamasına geçilmeli; performansa dayalı ek ödeme sistemine **son verilmelidir**.

2. Acil servislerde yeşil alan iş yükünün aşırı yoğunluğu

Yeşil alan yükü, acil servisleri tıkamakta ve gerçek acil vakaların yönetimini zorlaştırabilmektedir.

Öneriler: Yeşil alan için **katılım payı** artırılabilir; hekim motivasyonu için sarı/kırmızı alanlarda **puanlar artırılabilir**.

3. Geçici görevlendirmelerde barınma sorunu ve turizm bölgelerinde fahiş fiyatlar

Geçici görevlendirmeler, özellikle turizm bölgelerinde hekimleri ciddi barınma maliyetiyle karşı karşıya bırakabilmektedir.

Öneriler: Turizm bölgelerine görevlendirmelerde **ücret düzenlemesi** yapılmalı; hekimler için **kalacak yer** planlanmalı; hastane bünyesinde konaklama imkânı oluşturulabilmelidir. Mevsimsel yoğunluklar görevlendirmelerde dikkate alınmalıdır.

4. Tıp ve hemşirelik eğitiminde kalite düşüşü; kalifiye olmayan mezunların sahaya etkisi

Hekimler, eğitim kalitesindeki düşüşün sahada sistem aksamasına yol açtığını özellikle vurgulamaktadır.

Öneriler: Yeterli sayıda eğitici bulunmayan fakültelere **öğrenci alımı yapılmamalı**; eğitim, yetkin eğitimcilerle ve **daha fazla pratik** içerecek biçimde güçlendirilmelidir.

5. Olası afet durumunda hastanelerin hazırlıksız olması

Afetlerde iletişimin kesilmesi ve hastane kapasitesinin devre dışı kalması, hizmet sürekliliğini kırabilmektedir.

Öneriler: Hastane ve 112 iletişimini sürdürecektir **ekipman** bulundurulmalı; hastanelerin kullanılmadığı durumlarda devreye girecek **sahra çadır hastanelerinin** kurulumu ve planlaması yapılmalıdır.

6. Görüntülemelerin (MR, tomografi vb.) hizmet alımıyla yapılması

Hizmet alımı modeli, denetim ve hata yönetimi açısından sahada kaygı doğurabilmektedir.

Öneriler: Görüntüleme işlemleri mümkün olduğunca **devlet memuru eliyle** yürütülmeli; hizmet alımı sürüyorsa denetim, hata raporlama ve **cezai müeyyide** mekanizmaları net ve işler hale getirilmelidir.

7. Hasta başına muayene sürelerinin yetersizliği

Yetersiz muayene süresi, hem tanısal kaliteyi hem hasta memnuniyetini hem de hekim tükenmişliğini olumsuz etkileyebilmektedir.

Öneriler: **Sevk zinciri** geri getirilmeli, branş hekimleri günlük ideal muayene sayılarını belirleyebilmeli, hekimler daha fazla hasta bakmak için zorlanmamalıdır.

8. CİMER/SABİM üzerinden tehditkâr aramalarda hekim güvenliğinin korunmaması

Tehdit içeren bildirimlerin yalnızca hekime iletilip başka işlem yapılmaması, hekim güvenliğini riske atabilmektedir.

Öneriler: Ölüm/yaralama tehdidinde **hukuki işlem** başlatılmalı; hekim güvenliği desteklenmeli; Doğrudan kamu tarafından yasal prosedür başlatılmalıdır. Emniyet birimleri olası şiddet durumlarında hekimi **koruma altına** almalıdır.

9. Acil/hükümlü-tutuklu hastalarda e-Nabız erişiminin SMS onayı nedeniyle aksaması

SMS onayı, bazı acil ve özel statülü vakalarda hekimi geriye dönük bilgiye erişemeyecek duruma düşürebilmekte, uygun tedaviyi zorlaştırabilmektedir.

Öneriler: Acil ve hükümlü/tutuklu hastalarda SMS onayı olmaksızın e-Nabız erişimi sağlanmalı; aynı hekim birimleri, hasta kendine kayıtlı olmasa da gerekli hasta bilgilerini görebilmelidir.

10. Rapor sürelerinin kısa olması nedeniyle gereksiz hasta yükü

Kısa rapor süreleri, rapor yenileme için gereksiz başvurulara ve özellikle az bulunan branşlarda hasta yüküne neden olabilmektedir.

Öneriler: Raporlar ilaç bazında değil **hastalık bazında** düzenlenebilmeli; ilaç değişikliğinde rapor yenilenmesi gerekmemeli; rapor süreleri **1-2 yıl** gibi daha uzun sürelerle belirlenmelidir. Evde bakım hastalarının raporları, evde bakım hekimleri üzerinden yenilenebilmelidir.

11. Geçici görevlendirmelerde ücret adaletsizliği (yurt dışı 24 saat, yurt içi mesai)

Aynı nitelikte görevlendirmelerin farklı ücretlendirilmesi, sahada adalet duygusunu zedeleyebilmektedir.

Öneriler: Geçici görevlendirmelerde mali ve özlük hakları **artırılmalı** ve uygulama standardize edilmelidir.

12. Branşlar arası performans puanlarında adaletsiz dağılım

Puanlama adaletsizliği branş tercihlerine, gelir farklarına ve hizmetin niteliğine yansiyabilmektedir.

Öneriler: SUT puanları ilgili branşlarla **daha adil** planlanmalı; puanları belirleyen komisyonda **her branştan hekim** bulunmalıdır. Vaka bazında ücretlendirme, temel ücretlerin artırılması, hastaneler arası ücret farkının kaldırılması ve atama yapılan hastanede branşın çalışma ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.

3) Kanun Değişikliği ile Mecliste Çözülebilecek Sorun Alanları

Bu başlık altında hekimler, sürdürülebilir çözüm için **kanun düzeyinde** açık, caydırıcı ve uygulanabilir düzenlemeler gerektiğini belirtmektedir. Özellikle şiddet, güvenlik yetkileri, emekliliğe yansımayan gelir ve fazla mesai rejimi; ikincil mevzuatla sınırlı kalmadan ele alınmalıdır.

1. Sağlıkta şiddette X-ray cihazları ve güvenlik yetkilerinin net olmaması

Bazı hastanelerde X-ray cihazlarının kurulmadığı; kurulan yerlerde de yetki-sorumluluk alanının netleşmediği ifade edilmektedir.

Öneriler: Silah/delici-kesici alet şüphesinde kurallar netleştirilmeli; “hastane polisi” gibi resmi görevlendirmelerle yetki ve sorumluluklar mevzuatta belirginleştirilmelidir. Güvenliğin şahsi eşyaya el koyma yetkisinin olmaması nedeniyle, Sağlık Bakanlığı ile emniyet birimleri arasında **protokoller** oluşturulmalı; bu alan için kapsamlı bir mevzuat yazılmalıdır.

2. Sağlıkta şiddetin hâlen çözülememesi ve cezaların caydırıcı olmaması

Hekimler, şiddet failinin çoğu kez yeterince caydırıcı yaptırımla karşılaşmadığını; bu nedenle riskin sürdüğünü vurgulamaktadır.

Öneriler: Maddi cezalar daha caydırıcı hale getirilebilir; acil dışı durumlarda belirli süre sağlık hizmetlerinden **ücretli yararlanma** gibi ekonomik yaptırımlar değerlendirilebilir.

3. Hekimlere yapılan ödemelerin tamamının emekliliğe yansımaması

Hekimler, gelir kalemlerinin emekliliğe tam yansımamasının uzun vadeli güvenlik algısını zedelediğini ifade etmektedir.

Öneriler: Hekime yapılan ödemelerin tamamı emekliliğe **yansıtılmalı**; temel ücret artırılarak izin/rapor dönemlerinde gelir kaybı önlenmelidir.

4. Fazla mesai/gece çalışması ücretlerinde eşitsizlik

İşçilerde fazla mesainin ve gece çalışmasının daha yüksek oranlarla ücretlendirildiği; sağlık çalışanlarında ise düşük kaldığı sahada güçlü biçimde dile getirilmektedir.

Öneriler: Eşitlik ilkesine uygun biçimde sağlık çalışanlarının fazla mesai ve gece çalışma ücretleri **yeniden düzenlenmelidir**.

Sonuç: Uygulama Öncelikleri (Sahada en çok vurgulanan eksenler)

Bu rapordaki öneriler bir bütün olarak ele alındığında, hekimlerin öncelikle şu dört eksenle somut iyileştirme beklediği görülmektedir:

1. **Çalışma güvenliği ve şiddetin önlenmesi** (beyaz kod sonrası destek, güvenlik yetkileri, caydırıcılık),
2. **Hukuki koruma ve malpraktis yönetimi** (kurumsal avukatlık ve hızlı süreç),
3. **İş yükü ve acil süreç tasarımı** (yeşil alan yükü, sevk zinciri, muayene süresi),
4. **Ücret-performans-emeklilik adaleti** (tek kalem ücret, adil SUT, emekliliğe yansımaya, fazla mesai).

KAYNAKÇA

- 4857 sayılı İş Kanunu. (2003). T.C. Resmî Gazete.*
- 5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun. (2004). T.C. Resmî Gazete.*
- 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. (2004). T.C. Resmî Gazete.*
- 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu. (2004). T.C. Resmî Gazete.*
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2006). T.C. Resmî Gazete.*
- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu. (1965). T.C. Resmî Gazete.*
- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. (2016). T.C. Resmî Gazete.*
- Sosyal Güvenlik Kurumu. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT). SGK Kurumsal Mevzuat Yayınları.*
- Studdert, D. M., Mello, M. M., & Brennan, T. A. (2005). Medical malpractice. New England Journal of Medicine, 350(3), 283–292.*
- World Health Organization (WHO). (2002). Workplace violence in the health sector: Country case studies (and related reports). Geneva: WHO.*

(Devlet ve EAH'lerde Hekimlik/4. Komisyon)

Komisyonun amacı ve çerçevesi

Devlet hastaneleri ve eğitim-araştırma hastaneleri (EAH), ülkemizde sağlık hizmetinin omurgasını oluştururken; hekimlik mesleği bu yapının hem klinik sorumluluğunu hem de eğitim/akademik niteliğini taşımaktadır. Sahada hekimler tarafından dile getirilen sorunlar; **idari süreçlerin keyfileşmesi, görev tanımı ve iş yükünün ağırlaşması, eğitim niteliğinin zayıflaması, SUT/MHRS kaynaklı baskılar, malpraktis ve hukuki riskler, ücret ve emekliliğe yansıma problemleri ile çalışma güvenliği ve sosyal imkânlar** etrafında yoğunlaşmaktadır. Türk Sağlık-Sen'in hekimlerin mesleki itibarını, çalışma güvenliğini ve özlük/ekonomik haklarını güçlendirmeye dönük sendikal hassasiyetleriyle de örtüşen bu başlıklar; hızlı uygulanabilir idari düzenlemelerden, yönetmelik revizyonlarına ve kanun değişikliklerine kadar farklı çözüm yolları gerektirmektedir.

Aşağıda, kurumlarla yapılan görüşmelerde hekimlerin **öncelikli olarak üzerinde durduğu** sorunlar ve çözüm önerileri; **bilgi eksiltmeden**, ancak daha akıcı ve "sahadan gelen talep" diliyle yeniden yapılandırılarak sunulmuştur.

A) Mevzuat değişikliğine gerek kalmadan çözülebilecek sorunlar

1) Soruşturma izninin tek bir idari amirin takdirinde kalması

Hekimler, soruşturma süreçlerinde **tek bir idari makamda geniş takdir alanı** oluşmasının hem adalet duygusunu zedelediğini hem de çalışma barışını bozduğunu belirtmektedir.

Çözüm olarak, soruşturma izninde **keyfi tek yetki yerine**, gerekiyorsa **kurul/komisyon temelli** bir değerlendirme mekanizması kurulması önerilmektedir.

2) İstek dışı yurt dışı görevlendirmeler

Sahada hekimler, yurt dışı görevlendirmelerin öncelikle **gönüllülük esasına** dayanması gerektiğini vurgulamaktadır. Zorunlu görevlendirmeler, hem aile düzenini hem de hizmet sürekliliğini olumsuz etkileyebilmektedir.

Çözüm olarak görevlendirmelerin **gönüllü katılımı**la yürütülmesi temel olarak ifade edilmiştir.

3) TSK personelinin acil tıp hizmetine erişim zorlukları

Hekimler, olası çatışma/yaralanma durumlarında TSK personelinin **acil tıbbi hizmete erişiminde** yetersizlikler yaşanabildiğini dile getirmektedir.

Çözüm, **askeri hastanelerin yeniden açılması** yönündeki açık taleple ortaya konulmuştur.

4) Üniversite hastanelerinde yabancı öğrenci kontenjanı

Hekimler, bazı üniversite hastanelerinde yabancı öğrenci kontenjanlarının **aşırı artmasının** eğitim dengesi ve hizmet kapasitesi üzerinde baskı oluşturduğunu ifade etmektedir.

Çözüm olarak, yabancı kontenjanların azaltılması konusunun **Sağlık Bakanlığı ve YÖK** düzeyinde ele alınması önerilmektedir.

5) Anestezi hekimlerinde “mavi kod + ameliyathane” çakışması ve çoklu görev riski

Özellikle anestezi hekimleri; aynı anda hem **mavi kod** hem **ameliyathane** sorumluluğu üstlenmenin, çakışan acil durumlarda hekimi **öncelik ikilemine** sürüklediğini belirtmektedir.

Çözüm olarak iki seçenek öne çıkmaktadır:

- Mavi kod eğitiminin **anestezi dışı branş hekimleri** ve **paramedik/anestezi teknikeri** gibi personele yaygınlaştırılması ve ilgili düzenlemelerin buna göre revize edilmesi,
- Bu mümkün olmazsa **sadece mavi koda bakan ayrı bir anestezi ekibi** oluşturulması.

B) Yönetmelik düzenlemesiyle çözülebilecek sorunlar

1) Ortopedi gibi branşlarda SUT kural ihlali riski (ekipman gereksinimi)

Ekipman bağımlı branşlarda hekimler; mevcut SUT katsayıları/puanlarının sahadaki tıbbi gerçeklikle uyuşmaması nedeniyle **kural ihlali** baskısı yaşadığını dile getirmektedir.

Çözüm, SUT katsayılarının ve puanların **yeniden hesaplanması** ve ilgili birimlerle **değişiklik yapılmasıdır**.

2) Bilirkişilik hizmetinin karşılıksız kalması ve işin aksamaması

Bilirkişilik yapan sağlık personelinin, bu hizmet karşılığında **ücret almaması** ve bu süreçte asli işlerin **aksaması** önemli bir adaletsizlik alanı olarak görülmektedir.

Çözüm, bilirkişilik hizmetine **maddi karşılık** tanınması ve konunun idareyle (Sağlık Bakanlığı) birlikte düzenlenmesidir.

3) Riskli branşların tercih edilmemesi, TUS puan düşüşü ve gelecek 10 yılda hekim açığı riski

Hekimler, riskli branşların yeni mezunlar tarafından daha az tercih edilmesi ve TUS puanlarının düşmesi nedeniyle, önümüzdeki dönemde **kritik branşlarda hekim sayısının azalacağı** kaygısını güçlü biçimde ifade etmektedir.

Çözüm; riskli branşların **SUT puanlarının ve teşvik ödemelerinin artırılması**, Maliye ve Sağlık Bakanlığı ile birlikte ele alınması, ayrıca puanlar iyileştirilerek branşların **tercih edilirliliğinin yeniden yükseltilmesidir**.

4) EAH'lerde bilimselliği artıracak personel eksikliği

Eğitim–araştırma hastanelerinin bilimsellikten uzaklaşmaması için hekimler; **bilgisayar mühendisi, yapay zekâ mühendisi, istatistik mühendisi ve yabancı dil uzmanı** gibi destek kadrolarının istihdamını talep etmektedir.

5) Yan dal uzmanlarına “iki kat sabit ödeme” yaklaşımının dengesizliği

Hekimler, tüm yan dalların aynı ödeme mantığıyla ele alınmasının adaletsizlik ürettiğini; risk/idame zorluğu farklı yan dalların farklı değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

Çözüm; her yan dalın SUT puanlarının **tek tipleştirilmemesi**, riskli/idamesi zor yan dalların puanlarının güncellenmesi; düşük riskli yan dallar için **kademeli artış planı** yapılmasıdır.

6) Yıllık izin idari amir inisiyatifinde kalması

Hekimler, yıllık izin hakkının keyfi biçimde sınırlandırılmasının tükenmişliği artırdığını vurgulamaktadır.

Çözüm; personel yetersizliği gibi gerçekten elzem durumlar dışında izin tarihini **personelin belirlemesi**, idari takdirin sınırlandırılmasıdır.

7) 112 Komuta Kontrol Merkezinin gereksiz meşgul edilmesi

112'nin amacı dışında kullanımı sahada ciddi iş yükü doğurmaktadır. Doğrudan 112 acile ulaşım yerine genel bir sekreter ulaşılması ona dert anlatmanın

ardından hizmetlerin yönetilmesi zamanla yarışılan vakalarda zaman kaybına neden olmaktadır.

Çözüm olarak, 112'yi amacı dışında kullananlara yönelik yaptırımların artırılması ve 112 birimindeki telefon karşılama personelinin bu konuda eğitilmesi talep edilmektedir.

8) Akademik unvan/yan dal nedeniyle nöbet tutmama

Hekimler; profesör, doçent ve yan dal uzmanlarında nöbet muafiyetinin, hizmet yükünü adaletsiz dağıttığını ifade etmektedir.

Çözüm; muafiyetin **unvana göre değil yaş gibi geçerli nedenlere göre** sınırlandırılmasını talep etmektedir. Bu konuda bir komisyon kurularak bütün kesimlerin üzerinde ittifak edeceği bir çözüm bulunması için çalışmalar yürütülmelidir.

9) Yıllık izinlerde ek ödeme kesintisi nedeniyle izin kullanamama

Hekimler, yasal izin haklarını ek ödeme kaybı yüzünden fiilen kullanamadıklarını belirtmektedir. Çözüm; izin süresinde **ek ödemenin kesilmemesi**, ek ödeme için hastane ortalaması ya da önceki yıl hizmet puanı ortalamasına göre gibi ödeme planlamaların yapılabilmesidir.

10) Riskli cerrahi branşların düşük ek ödeme alması ve defansif tıp eğilimi

Özellikle hastane ortalamasını geçemeyen riskli cerrahi branşlarda düşük ödeme, motivasyonu kırmakta ve defansif tıbbi artırabilmektedir.

Çözüm; cerrahi işlem puanı içinde **riskli girişimsel oranı yüksek** hekimlere **daha yüksek ek ödeme** verilmesiyle pozitif motivasyon sağlanmasıdır.

11) Afiliye üniversitelerde akademik kadroya atanma sorunu

EAH'den afiliye üniversitelere geçişte 657'ye tabi akademisyenlerin kadro sorunları bulunmaktadır. Çözüm; bu durumdaki hekimlerin afiliye üniversitelere kadroya geçişinde **öncelik** tanınmasıdır.

C) Kanun değişikliği ile Mecliste çözülebilecek sorunlar

1) Hekimlere özgü bir "Meslek Kanunu" eksikliği

Hekimler, mesleğin statüsü, hakları ve sorumlulukları için **Hekim Meslek Kanunu** çıkarılmasını talep etmektedir.

2) Maaşın çok kalemlı olması ve emekliliğe yansımaması

Parçalı ödeme yapısı, öngörülebilir gelir ve emeklilik güvenliği açısından sorun doğurmaktadır. Çözüm; maaşın **tek kaleme indirilmesi** ve bu kalemin de **emekliliğe yansıtılmasıdır**.

3) Liyakatsiz/kalifiye olmayan yöneticiler ve idari yetki sorunları

Hekimler, yönetici seçiminde liyakat sorununun kurumsal verimliliği zedelediğini ifade etmektedir. Çözüm; idari yöneticilerin **seçimle belirlenmesi**, bu sağlanamazsa yetkilerin **gözden geçirilip sınırlandırılması** ve yeni bir seçim/atama çerçevesinin oluşturulmasıdır.

4) Sağlık alanında ihtisaslaşmış mahkemelerin olmaması ve uzun soruşturma süreçleri

Hekimler, sağlık alanında uzmanlaşmış yargı birimleri olmadığında hak kaybı yaşandığını; hekimle ilgisi zayıf konularda dahi soruşturmaların yıllarca sürdüğünü ve bunun defansif tıbbı ittiğini belirtmektedir.

Çözüm; **ihhtisas mahkemeleri** kurulması, komplikasyon değerlendirmelerinin daha hızlı yapılması ve komplikasyonlar için **hekimlerden oluşan bir heyet** oluşturulmasıdır.

5) “Gerçek enflasyon + refah payı” ile ücret güncelleme ihtiyacı

Hekimler, ücret artışlarının hissedilen gerçek enflasyonu yakalamaması nedeniyle ciddi alım gücü kaybı yaşandığını dile getirmektedir.

Çözüm; maaşların gerçek enflasyon oranında artırılması ve **refah payı eklenmesi**; Maliye ve Sağlık Bakanlığı ile birlikte ele alınmasıdır.

6) Risksiz spor dallarında istenen sağlık raporlarıyla gereksiz iş yükü

Hekimler, risksiz spor dalları için istenen sağlık raporlarının gereksiz iş yükü ürettiğini ifade etmektedir.

Çözüm; bu alanlarda rapor istenmemesine dönük düzenleme yapılmasıdır.

7) Hasta başına hekim sayısı, niteliksiz eğitim riski, muayene süresinin kısalması ve malpraktis davaları

Hekimler, hekim sayısının yetersizliği ve bazı fakültelerde eğitim niteliğinin zayıflığı nedeniyle muayene sürelerinin kıaldığını, bunun da malpraktis riskini artırdığını belirtmektedir.

Çözüm paketi; nitelikli hekim sayısının artırılması, üniversite eğitimlerinin denetlenmesi, acile başvuru konusunda toplumun bilinçlendirilmesi, triajın

eğitilmiş kişilerce yapılması, acil olmayanların polikliniğe yönlendirilmesi ve bunun **kanunlaştırılması** için Sağlık Bakanlığı ve hukukçularla çalışma yürütülmesidir.

8) Maaş-malpraktis riski dengesizliği ve zorunlu sigorta primleri

Hekimler, aldıkları maaş ile malpraktis davalarının mali/psikolojik yükü arasında dengesizlik olduğunu; bunun aidiyet ve adalet duygusunu zedelediğini ifade etmektedir.

Çözüm; zorunlu mali ve mesleki sorumluluk sigortası primlerinin yükseltilmesi, her yıl güncellenmesi ve primlerin **tamamının Bakanlık tarafından ödenmesi** önerisidir.

9) 657 adaylık sürecinde idari amire bağlı ağır sonuçlar (56-57. maddeler)

Hekimler, idari amirle sorun yaşayan aday memurun idari takdirle memuriyetten men edilmesi ve üç yıl geri dönememesi riskinin ağır sonuçlar doğurduğunu belirtmektedir.

Çözüm; adaylıkta aylıktan kesme ve üzeri cezaların memuriyetten men nedeni olmamasını sağlayacak mevzuat değişikliğidir.

10) 4924'lü hekimlerde OHAL/afet/savaş yokken görevlendirme

4924 statüsündeki hekimlerin, OHAL/afet/savaş yokken valilik oluru ile görevlendirilmesi sorun olarak dile getirilmektedir.

Çözüm; mevzuatta yazılı haller dışında geçici görevlendirmelerin önüne geçilmesidir.

11) EAH afiliyasyon sisteminde açıklar: eğitim kalitesi, görev alanlarının belirsizliği, bilimselliğin zayıflaması

EAH afiliyasyonunda eğitim sorumlusu ve idari sorumlu ayrı olması nedeniyle çift başlılık, yönetilememe, eğitim yetersizliği, görev alanlarının belirsizliği ve yayın azlığı; hekimlerin güçlü eleştirisi getirdiği alanlardan biridir.

Çözüm; eğitim sorumlusu -idari sorumluluk çift yapısına son verilmesi, yetkinin tek klinik şefinde toplanması, klinik şefin süre/garantiyle atanması, objektif verilerle denetlenmesi, sicil amirliği yetkilerinin netleştirilmesi ve afiliyasyon sisteminin revizyonu için **mevzuat değişikliği** yapılmasıdır.

D) Komisyon gündemi dışında dile getirilen diğer sorunlar ve çözüm önerileri

1) Onam formlarının hekimi tam korumaması; acil onamların hukuki geçerlilik sorunu

Hekimler, onam formlarının özellikle acil durumlarda hekimi yeterince korumadığını belirtmektedir. Çözüm; hukukçularla birlikte mevzuatın açık/koruyucu hâle getirilmesi, hasta bilgilendirmesi için kamu spotları ve eğitimler yapılması, onamların **dijital ortama taşınmasıdır**.

2) Aynı il içindeki hastaneler arası iletişim kopukluğu ve “ekol” oluşması

Hekimler, hastaneler arası kopukluğun branşlarda ortak yaklaşım/ekol oluşmasını engellediğini ve hasta yararını zedelediğini ifade etmektedir.

Çözüm; il sağlık müdürlükleri koordinasyonunda yıl içinde düzenli toplantılar yapılarak sorunların bu platformda ele alınmasıdır.

3) İlçe devlet hastanelerinde ekipman-ilaç-personel yetersizliği

Özellikle ilçe hastanelerindeki yetersizliklerin hizmet kalitesini düşürdüğü vurgulanmıştır.

Çözüm; ilçe hastanelerinin denetlenmesi, eksiklerin giderilmesi için **bir yıllık süre** tanınması, giderilmezse idari soruşturma sürecinin işletilmesidir.

4) Hekim evleri/lojman yetersizliği ve sosyal tesislere erişim

Hekimler, orduevi/polisevi/hâkimevi/öğretmenevi gibi yerlere erişimde dışarıda kalma, hekim evlerinin standart düşüklüğü ve lojman yokluğu sorunlarını dile getirmektedir. Çözüm; hekim evlerinin standardının yükseltilmesi, lojmanların yapılması ve bu sosyal tesislere girişin ilgili bakanlıklarla birlikte değerlendirilmesidir.

Genel değerlendirme:

Sahadan gelen taleplerin ortak paydası şudur: **hekimlik, yüksek sorumluluk ve yüksek risk üreten bir kamu hizmetidir; buna uygun bir hukuk, ücret ve yönetim mimarisi kurulmadıkça sistemin sürdürülebilirliği zorlaşır.**

Bu nedenle kısa vadede (yönetmelik/idari uygulama) hızlı kazanım üretecek başlıklar (SUT güncellemesi, izin/ek ödeme düzenlemeleri, bilirkişilik ücreti, EAH bilimsel destek personeli, intern eğitim denetimleri) gecikmeden ele alınmalı; orta-uzun vadede ise (kanun düzeyi) **tek kalem maaş + emekliliğe yansıma, ihtisas mahkemeleri, afilyasyonun yapısal revizyonu, hekim meslek kanunu** gibi temel çözümlere odaklanılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2(2), 99-113.*
- Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. The New England Journal of Medicine, 374(17), 1661-1669.*
- World Health Organization. (2019). Health worker safety: A priority for patient safety. WHO.*
- Türkiye Cumhuriyeti. (1965). Devlet Memurları Kanunu (Kanun No. 657).*
- Türkiye Cumhuriyeti. (2003). Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve KHK'larda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Kanun No. 4924).*
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (t.y.). Sağlık Uygulama Tebliği (SUT).*
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (t.y.). Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHR5) uygulama çerçevesi ve ilgili düzenlemeler.*
- Türkiye Cumhuriyeti. (1928). Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (Kanun No. 1219).*
- Türkiye Cumhuriyeti. (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (Kanun No. 5510).*

ŞEHİR HASTANELERİNDE HEKİMLİK KOMİSYONU RAPORU

(Hekim Çalıştayı /5. Komisyon)

Giriş: Sahadan Gelen Ortak Çerçeve

Şehir hastaneleri, yüksek hasta yükünü karşılayan; çok sayıda klinik birim, destek hizmeti ve idari kademeyi aynı kampüste toplayan büyük ölçekli sağlık kompleksleridir.

Bu büyüklük; hizmetin sürekliliği, hasta güvenliği, çalışan sağlığı ve işleyişin hızı açısından güçlü bir organizasyon ve güçlü bir insan kaynağı yönetimi gerektirir.

Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının dile getirdiği başlıklar incelendiğinde sorunların;

- (i) **idari/işletimsel düzenlemelerle hızlı çözülebilecek,**
- (ii) **yönetmelik ve uygulama uyumunun güçlendirilmesini gerektiren,**
- (iii) **kanun düzeyinde hakkaniyet ve güvence ihtiyacı doğuran alanlarda yoğunlaştığı görülmektedir.**

Aşağıdaki yapı; sahadan iletilen sorunları **mevzuat değişikliği gerektirmeyen, yönetmelik düzeyinde çözülebilecek** ve **kanun değişikliği gerektiren** başlıklar altında toplayarak, her bir sorun için uygulanabilir çözüm önerilerini rapor formatında ifade etmektedir.

I. Mevzuat Değişikliğine Gerek Kalmadan Çözülebilecek Sorunlar

Bu gruptaki sorunlar; **kurum yönetimi, hizmet alımı sözleşme yönetimi, denetim, planlama ve kaynak tahsisi** gibi araçlarla kısa vadede iyileştirilebilir niteliktedir. Etkisi doğrudan günlük işleyişe yansıdığı için, hızlı kazanım sağlayan “acil iyileştirme paketi” olarak ele alınmalıdır.

Sorun 1: Ulaşım güçlüğü (şehir merkezinden uzaklık)

Hekimler, sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları; şehir hastanelerinin şehir merkezine uzak konumu nedeniyle ulaşımında zaman kaybı ve erişim güçlüğü yaşadığını vurgulamaktadır. Bu durum; randevuya zamanında erişimi, acil başvurularda sevk/transfer akışını ve çalışanların vardiya devamlılığını olumsuz etkileyebilmektedir.

Çözüm:

- Hastane yönetimlerince **personel taşıma servis sistemi** kurulmalı/iyileştirilmelidir.
- Hasta ve hasta yakınları için **toplu taşıma sefer sayıları artırılmalı**, yeni hatlar planlanmalı; özellikle yoğun poliklinik saatleri ve vardiya giriş-çıkışlarına göre “pik saat” planlaması yapılmalıdır.

Sorun 2: Destek personelde deneyim ve sayı yetersizliği

Güvenlik, taşıma, hasta bakım, temizlik, bilgi işlem, sekreteryaya ve teknik servis gibi alanlarda istihdam edilen personelin **deneyimsiz ve yetersiz** olması; hizmetin aksamasına, gecikmelere ve klinik süreçlerde darboğazlara yol açtığı ifade edilmektedir.

Çözüm:

- Personel sayısı, hasta yükü ve kampüs büyüklüğüne göre artırılmalı; kritik birimlerde minimum kadro standardı uygulanmalıdır.
- Göreve başlayacak personelde **görev tanımına uygun sertifikasyon ve iletişim yeterliliği** kriterleri aranmalıdır.
- İşbaşı eğitim, klinik akışlara uyum ve kurum içi iletişim için standart “oryantasyon modülü” zorunlu hale getirilmelidir.

Sorun 3: Yemekhane koşulları ve yemek kalitesi

Tüm sağlık personelinin kullandığı yemekhanelerin fiziksel şartları ile yemeklerin lezzet ve besin değeri gibi kalite ölçütlerinin çalışanlar tarafından eleştirildiği belirtilmektedir.

Çözüm:

- Yemek hizmeti, kalite standartlarına göre **daha sık denetlenmeli**; uygunsuzluklarda caydırıcı yaptırım uygulanmalıdır.
- Menü planlaması; vardiyalı çalışma, yoğun nöbet düzeni ve sağlık çalışanının günlük enerji ihtiyacı gözetilerek revize edilmelidir.

Sorun 4: Hekimlerin dinlenme alanlarının yetersizliği

Hekimler, özellikle dinlenme mekân ve imkânlarının yetersizliğini çalışma motivasyonunu düşüren kritik bir konu olarak vurgulamaktadır.

Çözüm:

- Mevcut dinlenme alanları hızla iyileştirilmeli; nöbet odaları ve dinlenme mekânları için asgari standartlar uygulanmalıdır.
- Yeni yapılacak şehir hastanelerinde bu sorunların tekrar etmemesi için proje aşamasında “hekim dinlenme alanı” zorunlu kriter olarak ele alınmalıdır.

Sorun 5: Sosyal alanlarda (kantin/kafe/lokanta) yüksek fiyatlar

Çalışanlar ile hasta ve hasta yakınlarının zorunlu olarak kullandığı sosyal alanlarda fiyatların yüksek olduğu; bunun ciddi bir mali külfet doğurduğu ifade edilmektedir.

Çözüm:

- Fiyatlandırma politikaları sıkı denetime tabi tutulmalı; şehir hastanesi yönetimlerince **azami fiyat** uygulaması belirlenmelidir.
- Sosyal alan sözleşmelerinde “çalışan lehine fiyat dengesi” ve şeffaf tarife maddeleri yer almalıdır.

Sorun 6: Sağlık çalışanlarına ayrılmış otopark yetersizliği

Hekimler başta olmak üzere çalışanlara ait araç otoparklarının yetersizliği nedeniyle park yeri arayışı zaman kaybı yaratmakta; vardiya devri, acil çağrıya erişim ve hizmet sürekliliğini zorlaştırmaktadır.

Çözüm:

- Otopark kapasitesinin bir bölümü **çalışanlara tahsis** edilmelidir.
- Devam eden ve yeni projelerde otopark planlaması; personel sayısı ve vardiya yoğunluğu esas alınarak yapılmalıdır.

II. Yönetmelik Düzenlemesiyle Çözülebilecek Sorunlar

Bu başlık; şehir hastanelerinde **yönetim modeli, işleyiş-uygulama uyumu, performans katsayıları ve çalışanı destekleyen sosyal altyapı** gibi alanlarda yönetmelik düzeyinde standardizasyon ihtiyacını göstermektedir. Hekimlerin ortak beklentisi; sahaya uygun, istişareyle güncellenen ve uygulamada karşılığı olan düzenlemelerin güçlendirilmesidir.

Sorun 1: Sözleşmeli yöneticilikte ücret/riske göre karşılık yetersizliği

Şehir hastanelerinde sözleşmeli yöneticilerin ekonomik kaybının iyileştirilmiş olmasına rağmen halen yeterli görülmediği; bu nedenle yetenekli ve liyakatli hekimlerin yöneticilikten kaçındığı ifade edilmektedir.

Çözüm:

- Sözleşmeler; günün ekonomik koşullarına ve yöneticinin taşıdığı **risk ve sorumluluk** düzeyine göre revize edilmelidir.

Sorun 2: Yönetmelik-uygulama çelişkileri (örnek: acilde yatış süresi)

Hekimler; bazı klinik akışlarda yönetmelik hükümleriyle gerçek işleyiş arasında uyumsuzluklar olduğunu, örneğin acil tıp kliniklerinde belirli sürede yatış yapılması öngörülen hastaların pratikte daha uzun süre bekleyebildiğini belirtmektedir.

Çözüm:

- Yönetmelikler, “istişare kültürü” ile sahadan gelen veri ve geri bildirimle daha sık güncellenmelidir.
- Uygulamada gecikmeye neden olan darboğazlar için (yatak yönetimi, sevk, görüntüleme vb.) süreç bazlı performans hedefleri belirlenmelidir.

Sorun 3: Döner sermaye performans katsayılarının düşük kalması

Şehir hastanelerinin iş yoğunluğu ve zorluğuna rağmen döner sermaye performans katsayılarının düşük kaldığı; bunun da emek-ücret dengesi açısından motivasyonu olumsuz etkilediği ifade edilmektedir.

Çözüm:

- Performans katsayıları günün şartlarına uygun artırılmalı; hastane basamak ve yoğunluğa göre nöbet saatleri revize edilmelidir.

Sorun 4: Kule başhekimlikleri ile koordinatör başhekimlik arasında iletişim/işleyiş aksaklıkları

Kule başhekimlikleri ile koordinatör başhekimlik arasındaki işleyiş ve iletişimdeki eksikliklerin, bürokratik yazışmaları artırarak gecikmelere sebep olabildiği ifade edilmektedir.

Çözüm:

- Kule başhekimliklerinin işlevselliği güçlendirilmeli; gereksiz bürokratik döngüler azaltılmalıdır.

Sorun 5: Kreş ve anaokulu gibi sosyal destek yapılarının olmaması

Çalışan sayısı çok yüksek olan şehir hastanelerinde kreş/anaokulu gibi destekleyici sosyal kuruluşların bulunmaması; çalışanlara maddi ve manevi külfet yüklediği belirtilmektedir.

Çözüm:

- Tüm şehir hastanelerinde kreş ve anaokulu gibi sosyal donatıların yönetmelikle zorunlu hale getirilmesi; özellikle yapımı süren ve proje aşamasındaki hastanelerde bu kriterin derhal uygulanması gerekmektedir.

III. Kanun Değişikliği ile Mecliste Çözülebilecek Sorunlar

Bu gruptaki başlıklar; hekimlerin **mesleki risk, gelir adaleti, çalışma barışı ve psikososyal güvenlik** beklentilerinin kanun düzeyinde güvence altına alınması ihtiyacını göstermektedir. Türk Sağlık-Sen'in hekimlerin özlük hakları, şiddetin önlenmesi ve malpraktis yükünün dengelenmesi yönündeki sahaya dayalı mücadelesiyle de aynı eksende duran bu alanlar, kalıcı çözüm için kanun değişikliği gerektirmektedir.

Sorun1: Zorunlu mali sorumluluk sigortası teminatlarının yetersizliği (malpraktis)

Hekimler, tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası teminatının güncel ekonomik koşullar ve tazminat miktarları karşısında düşük kalabildiğini; bunun mesleki risk algısını yükselttiğini vurgulamaktadır.

Çözüm:

- Teminat limitleri güncellenmeli ve yıllık enflasyon oranında artırılmalıdır.

Bu yaklaşım; zorunlu sigorta sisteminin güncellenmesi ve teminat/prim dengesinin yeni koşullara uyarlanması gerekliliğiyle de uyumludur.

Sorun 2: Mobbing (psikolojik yıldırma) ve hekimlik meslek mevzuatının güncellenmesi ihtiyacı

Hekimler; yönetici-yönetici, yönetici-çalışan ve çalışan-çalışan ilişkilerinde mobbing düzeyinde sorunların devam ettiğini ve arttığını; bunun çalışma iklimini ve hizmet kalitesini zedelediğini vurgulamaktadır.

Çözüm:

- Sağlık çalışanlarına yönelik mobbing ile mücadeleyi ve refah içinde çalışmayı güvenceye alan yasal düzenlemeler ivedilikle hayata geçirilmelidir.
- Hekimlik meslek kanununun güncel zeminde, ortak akılla yeniden ele alınması büyük önem taşımaktadır.

Mobbingin çalışan sağlığı üzerindeki etkilerine ilişkin literatür, süreklilik gösteren psikolojik yıldırmanın iş doyumunu, tükenmişlik ve psikiyatrik belirtilerle ilişkisini güçlü biçimde ortaya koymaktadır.

IV. Toplantı Sürecinde Dile Getirilen Diğer Konular (Komisyon Gündemi Dışındaki Husular)

Sorun: Şikâyet mekanizmalarının (CİMER vb.) yoğunluğu ve motivasyon kaybı

Hekimler; CİMER başta olmak üzere çeşitli şikâyet mekanizmalarının artmasının, bir kısmı haklı gerekçelere dayansa bile çoğunlukla işyeri huzurunu ve çalışma motivasyonunu sarsabildiğini; ayrıca yoğun iş temposu içinde ciddi zaman kaybı yarattığını belirtmektedir.

Çözüm:

- Şikâyetler, ilgili birimlere iletilmeden önce **etkili bir süzgeç/ön değerlendirme** sürecinden geçirilmelidir.
- Hekimin mesleki itibarını zedeleyebilecek, kötü niyetli ve tekrarlı başvurularda; hasta hakları, etik kurullar ve idari süreçler arasında koordinasyon güçlendirilmelidir.

Genel Önceliklendirme:

- **Kısa vadede (0-3 ay):** Ulaşım-servis planı, yemekhane kalite denetimi, sosyal alan fiyat denetimi, otopark tahsisi, destek personel oryantasyonu.

- **Orta vadede (3-12 ay):** Yönetmelik-uygulama uyumu, performans katsayısı revizyonu, kule-koordinatör işleyişi, **kreş/anaokulu zorunluluğu**.
- **Uzun vadede (kanun değişikliği):** Malpraktis sigortası teminat güncellemesi, mobbing ve hekimlik meslek mevzuatının güncellenmesi.

KAYNAKÇA

- Bayram, B., Çetin, M., & Oray, N. C. (2017). *Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: A cross-sectional survey. BMJ Open, 7(6), e013568.*
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2011). *The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice (2nd ed., pp. 3–39). CRC Press/Routledge.*
- International Labour Organization (ILO). (2002). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme.*
- Leymann, H. (1996). *The content and development of mobbing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology, 5(2), 165–184.*
- Sabak, M., et al. (2021). *Workplace violence in emergency departments in Turkey. [Article in PubMed Central].*
- Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu. (2010). *Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1) (Resmî Gazete, 21.07.2010, Sayı 27648).*
- Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu. (2025). *Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin... Tebliğde Değişiklik (Resmî Gazete, 07.08.2025, Sayı 32979).*
- Talas, M. S., et al. (2011). *A survey of violence against staff working in the emergency department in Turkey. [Journal article on ScienceDirect].*
- Türkiye Cumhuriyeti. (1965). *Devlet Memurları Kanunu (Kanun No. 657).*
- Türkiye Cumhuriyeti. (2003). *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve KHK'larda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (Kanun No. 4924) (Resmî Gazete, 24.07.2003, Sayı 25178).*
- Türkiye Cumhuriyeti. (1987). *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (Kanun No. 3359).*

Türkiye Cumhuriyeti. (2020). Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Kanun No. 7243) (Resmî Gazete, 17.04.2020, Sayı 31102).

Türkiye Dişhekimleri Birliği. (2024). Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (Kanun No. 1219) [konsolide metin]. Türk Dişhekimleri Birliği

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE HEKİMLİK KOMİSYONU RAPORU

Hekim Çalıştayı/ 7. Komisyon)

Giriş

Üniversite hastaneleri; **hizmet sunumu, eğitim ve araştırma** misyonunu aynı anda yürütmesi beklenen üçüncü basamak kurumlardır. Bu çoklu misyon, güçlü bir klinik işleyiş kadar; **nitelikli uzmanlık eğitimi, akademik üretim, sürdürülebilir finansman ve güvenli çalışma ortamı** gerektirir. Saha-dan gelen geri bildirimlerde ise bu alanların birbirini beslemek yerine, çoğu zaman birbirini daralttığı; hekimin hem klinik yükünün hem idari baskısının arttığı; akademik üretim ve eğitimin “zaman kalırsa yapılan” bir faaliyete dönüştüğü vurgulanmaktadır. Birlikte kullanım/afiliasyon modellerinde de eğitim-araştırma sürekliliğinin korunması kritik görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Bu çerçevede komisyon görüşmelerinde gündeme getirilen sorunlar; **yönetmelik düzeyinde çözülebilecek** başlıklar, **kanun değişikliği gerektiren** yapısal alanlar ve toplantı sürecinde ayrıca dile getirilen **gündem dışı** konular olarak aşağıda bütüncül biçimde ele alınmıştır.

Kurumlarla Görüşme Sonucu Çözülebilecek Sorunlar

A) Mevzuat değişikliğine gerek kalmadan çözülebilecek sorunlar

Bu başlık altında, görüşmelerde **somut bir madde** ayrıca kayıt altına alınmamıştır.

Bununla birlikte aşağıdaki yönetmelik/uygulama maddelerinde görüleceği üzere; birçok sorun, kanun değişikliği olmaksızın **idari süreç iyileştirmeleri, denetim, ücretlendirme tasarımı ve eğitim planlaması** üzerinden hızla rahatlatılabilecek niteliktedir.

B) Yönetmelik düzenlenmesiyle çözülebilecek sorunlar

Sorun 1 – Yıllık izinlerin mecburi hizmet süresinden sayılmaması

Hekimler, yıllık izin hakkının fiilen kullanılmasının mecburi hizmet süresini uzatmasının motivasyonu düşürdüğünü ve izin kullanımını caydırdığını belirtmektedir. Bu durum, dinlenme hakkını zayıflatarak tükenmişlik riskini artırabilir.

Çözüm: Yıllık izin sürelerinin mecburi hizmet hesabına **dâhil edilmesi** gerekmektedir.

Sorun 2 – “Anne dostu hastane” yaklaşımının üniversite/3. basamakta uygulanabilirlik sorunu

Üçüncü basamakta daha komplike gebeliklerin ve zor sezaryen adaylarının yoğunluğu nedeniyle, “anne dostu hastane” kriterlerinin **zorunlu** biçimde dayatılmasının sahada kaygı doğurduğu; uygulamanın her kurum için aynı ölçüde gerçekçi olmadığı vurgulanmaktadır. (Programın hedef ve kriterlerinin kurum tipine göre uyarlanması ihtiyacı, program dokümanlarının doğasıyla da ilişkilidir; Sağlık Bakanlığı, t.y.).

Çözüm: “Anne dostu hastane” yaklaşımı, üniversite/3. basamakta **isteğe bağlı** hale getirilmeli; hekimlerin, kurumun, çalışanların ve bölge ihtiyaçlarının inisiyatifine bırakılmalıdır.

Sorun 3 – Emekli maaşında uzman-akademisyen dengesizliği

Uzman hekimlere yönelik emeklilik düzenlemelerinin, aynı zamanda doçent/profesör/doktor öğretim üyesi olan hekimleri **kapsamaması** nedeniyle; akademisyen hekimlerin uzmanlardan **daha düşük emekli maaşı** alır hale geldiği belirtilmektedir.

Çözüm: Akademik unvanlı hekimlerin, eğitim-AR-GE sorumlulukları da gözetilerek emeklilikte **hak kaybı oluşmayacak** biçimde dengeleme yapılmalıdır.

Sorun 4 – Kurum dışı hizmet alımı (özellikle radyoloji) raporlarının işlevsizliği

Hizmet satın alınan alanlarda, raporların ilgili kurum hekimlerince yazılması; raporların **işlevsiz** kalmasına, iş yükünün artmasına, kamu kaynağının boşa gitmesine ve tedavinin yanlış yönleneşine yol açabilmektedir.

Çözüm: Hizmet alınan kurumlara yaptırımların ağırlaştırılması, denetimlerin artırılması ve süreç takibinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Sorun 5 – Eğitim akreditasyonu olmadan öğrenci alımı ve eğitim yükü

Akreditasyon/altyapı hazırlığı tamamlanmadan öğrenci alınmasının, eğitimi zorlaştırdığı ve hekim yeterliliğini olumsuz etkileyebildiği ifade edilmektedir.

Çözüm: Öğrenci sayısının yalnızca merkezi kararlar değil, kurum içindeki eğitici yetkililerin kapasite değerlendirmesiyle belirlenmesi önerilmektedir. Nitelikli öğrenci kontenjanlarının YÖK kararlarıyla belirlenmesi uygulamada güçlü bir gerçekliktir ve kapasite-planlama tartışmalarını canlı tutmaktadır (TEPDAD, 2025).

Sorun 6 – Afiliasyonda eğitim/araştırma faaliyetlerinin aksaması

Birlikte kullanım/afiliasyon koşullarında akademisyenlerin araştırma ve eğitim için zaman bulamadığı; klinik faydanın eğitim-araştırma alanını gölgelediği dile getirilmektedir.

Çözüm: Afiliasyonlu hastanelerde akademisyene asistan eğitimi için **zaman ayrılmasını** güvenceleyen düzenleme yapılmalı; eğitim planlaması klinik hizmet kadar görünür ve zorunlu kılınmalıdır. Alternatif olarak, afiliasyon iptali de çözüm seçenekleri arasında değerlendirilmiştir.

Sorun 7 – Akademisyen hekim bulmada güçlük (ekonomik koşullar)

Uzman hekimlerin mali koşulları iyileştirilirken, akademisyen kimliği taşıyan hekimlerin şartlarının geri kalmasının eğitim hastanelerinde akademisyenleşmeyi zayıflattığı belirtilmektedir.

Çözüm: Akademisyenlik yürütecek uzmanların ekonomik şartları, diğer uzmanların altında kalmayacak şekilde revize edilmelidir.

Sorun 8 – İzinlerde performans kaybı (hastalık/mazeret/radyasyon)

İzin kullanan hekimlerin performans kaybına uğraması, izin haklarını fiilen baskılayan bir mekanizma olarak görülmektedir.

Çözüm: İzin dönemlerinde kesilen performansa dayalı ücret, kurum ortalaması üzerinden verilmelidir.

Sorun 9 – Üniversite hastanesinde pratisyen hekimlerin hak kaybı

Üniversite hastanelerinde pratisyen hekimlerin, diğer kurumlara kıyasla ekonomik ve özlük hakları bakımından kayıp yaşadığı ifade edilmektedir.

Çözüm: Üniversite hastanesindeki pratisyen hekimlerin durumunun, diğer kurumlarda çalışan pratisyenlerle **eşitlenmesi** gerekmektedir.

Sorun 10 – Akademisyen ders ücretlerinin ekonomik gerçeklerin altında kalması

Tıp fakültelerinde ders veren akademisyenlerin ders ücretlerinin güncel ekonomik koşulları karşılamadığı belirtilmektedir.

Çözüm: Yükseköğretimde ders ücretleri günümüz şartlarına göre revize edilmelidir.

Sorun 11 – İcap nöbetlerinin ücretinin ödenmemesi

İcap nöbeti yükünün karşılıksız kalmasının hem motivasyonu hem de iş barışını olumsuz etkilediği ifade edilmektedir.

Çözüm: İcap nöbet ücretleri tam ve zamanında ödenmeli; akademisyen hekimlere de icap nöbet ücreti ödenmesini sağlayan düzenleme yapılmalıdır.

Sorun 12 – Özel muayene ücretlerinin günümüz şartlarının altında kalması

Üniversite hastanelerinde özel muayene ücretlerinin düşük kalması, kurum gelirleri ve hekim motivasyonu açısından sorun olarak dile getirilmektedir.

Çözüm: Özel muayene ücretleri günümüz koşullarına uygun hale getirilmelidir.

Sorun 13 – Çok sayıda kurul görevi ve performans kaybı

Akademisyen hekimlerin etik kurul, döner sermaye/hastane kurulları gibi birden fazla kurulda görev alması; ciddi zaman kaybı ve performans kaybına neden olmaktadır.

Çözüm: Bu kurul görevleri ekonomik kayıp doğurmayacak şekilde ücretlendirilmelidir.

Sorun 14 – Akademik yayın teşviklerinin enflasyona ezilmesi

Akademik yayın teşviklerinin ekonomik gerçeklerin gerisinde kaldığı ve teşvik etkisini yitirdiği belirtilmektedir.

Çözüm: Teşviklerde gerekli fiyat güncellemeleri yapılmalıdır.

Sorun 15 – Büyük yatırım/cihaz alımında Bakanlık izni limiti

Üniversite hastanelerinin büyük yatırımlarında Bakanlık izni limitlerinin, il içindeki hastanelerle üniversite hastanesi arasında olumsuz hizmet dengesizliği doğurduğu dile getirilmektedir.

Çözüm: Kaynağını kendi bulan üniversitelerin, bu limitlere takılmadan yatırım yapabilmesi sağlanmalıdır.

Sorun 16 – CİMER/SABİM şikâyetlerinin filtresiz iletilmesi (zaman kaybı)

Hekimler, CİMER ve SABİM üzerinden gelen şikâyetlerin hiçbir filtreden geçmeden doğrudan iletilmesinin ciddi bir zaman/enerji kaybı doğurduğunu belirtmektedir.

Çözüm: Şikâyetler hekimlere yönlendirilmeden önce idari birimlerce incelenmeli; mümkün olanlar idare tarafından çözülmelidir.

Sorun 17 – Eğitim yetkisi olmayan uzmanların asistan eğitimi vermesi

Afiliasyonlu üniversite ve Bakanlık hastanelerinde, eğitim yetkisi olmayan uzmanların asistan eğitimine girmesinin iletişimi bozduğu ve eğitim kalitesini zayıflattığı ifade edilmektedir.

Çözüm: Eğitimler, eğitim verme yetkisi bulunan akademisyenler tarafından yürütülmelidir.

Sorun 18 – Tatil/hafta sonu dönemlerinde yoğun hasta sevki

Bazı bölgelerde merkez illere tatil ve hafta sonlarında yoğun sevk geldiği; bunun tüm sağlık personelinin aşırı yüklediği belirtilmektedir.

Çözüm: Etkili bir sevk zinciri oluşturulmalıdır.

Sorun 19 – Afiliasyonlu birimlerde üçlü idari yapı (çok başlılık)

Afiliasyonlu ana bilim dallarında “ana bilim dalı başkanı–idari sorumlu–eğitim sorumlusu” şeklinde üçlü yapı oluşmasının; asistan eğitimi ve hizmet üretimini ciddi aksattığı, çok başlılığın kurum içi çatışma doğurduğu ifade edilmektedir.

Çözüm: Bu çok başlılık ivedilikle ortadan kaldırılmalıdır.

(Birlikte kullanımın çerçevesi Resmî Gazete’de yayımlanan metinlerde yer almaktadır; Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sorun 20 – SUT fiyatlarının düşük kalması

SUT fiyatlarının düşük kalması, üniversite hastanelerinin mali sürdürülebilirliğini ve sunulan hizmetin gerçek maliyetiyle uyumunu zedeleyen temel alanlardan biri olarak vurgulanmaktadır.

Çözüm: SUT fiyatları her mali yıl başlangıcında günümüz şartlarına uyarlanarak güncellenmelidir. SGK’nın SUT değişiklik tebliğleriyle düzenli güncelleme yaptığı görülmekte olup, sahadaki beklenti güncelleme mekanizmasının “öngörülebilir ve maliyetle uyumlu” işletilmesidir (SGK, 2025).

Sorun 21 – Mesai dışı muayenede ekip payı ve adaletsiz dağılım

Mesai dışı özel muayene hakkını kullanan uzman hekimlerin, ameliyat ve müdahalelerde kendilerine eşlik eden sağlık meslek mensuplarının gerekli ekonomik teşvikleri alamaması nedeniyle; acil nöbetçi ekiplerin mesai dışı işlere katılımında sorun yaşandığı ifade edilmektedir. Gelirin emeğe göre eşit dağılması sorunun ana kaynağı olarak görülmektedir.

Çözüm: Sağlık meslek mensuplarının mesai dışı ücretlendirmedeki payları artırılmalıdır.

C) Kanun değişikliği ile Mecliste çözülebilecek sorunlar

Sorun 1 – Yoğun bakımlarda palyatif hasta yükü ve iş yükü krizi

Yoğun bakım yataklarında, gerçekten yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar yerine palyatif bakım gerektiren kanser/son dönem kronik hastaların yatmasının; hekim, hemşire ve tüm ekip için iş yükünü “kontrol edilemez” düzeyde artırdığı; yoğun bakımda kargaşa doğurduğu belirtilmektedir.

Çözüm: Yatak sayısının artırılması, üniversitelerde yoğun bakım branşlı hemşire yetiştirilmesi ve palyatif servis sayısının artırılması gibi yapısal adımlar önerilmektedir.

Komisyon gündemi dışında, toplantı sürecinde dile getirilen diğer konular

Gündem dışı Sorun 1 – Yoğun bakım yan dal uzmanının görevlendirilmesinde direnç

Yedi ana branştan yoğun bakım yan dal uzmanı yetişmesi mevzuaten mümkünken, bazı bölgelerde yöneticilerin bunu kabul etmemesi; yan dal uzmanlarını eski branş ünitelerinde çalışmaya zorlaması dile getirilmektedir.

Çözüm: Birim amirlerine, yan dal uzmanlarının ana branşı ne olursa olsun yoğun bakım yan dal uzmanı kimliğiyle üçüncü basamak hastaya bakabileceği hatırlatılmalı; doğru uygulama sağlanmalıdır.

Gündem dışı Sorun 2 – Afiliasyonlu hastaneye “ücret farkı” nedeniyle aşırı hasta akını

Birkaç ili kapsayan bölgelerde yalnızca bir ilde afiliasyonlu üniversite hastanesi bulunması halinde; afiliasyonlu hastanenin ücret talep etmemesi, diğer illerdeki üçüncü basamak üniversite hastanelerinin ücret talep etmesi nedeniyle afiliasyonlu hastaneye yoğun hasta akını olduğu; bunun iş barışını ve acil/ameliyathane/yoğun bakım hizmetlerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir.

Çözüm: Hastaneler il ihtiyaçlarına göre değil, bölge ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırılmalıdır.

Gündem dışı Sorun 3 – Olumsuz haberlerin tehzibinin medyada görünmesi

Hekimler ve kurumlar hakkında yazılı/görsel basında çıkan olumsuz haberlerin, sonradan tehzib edilse bile aynı ölçüde yer bulmamasının kurumsal itibar ve çalışan güvenliği algısını zedelediği ifade edilmektedir.

Çözüm: İl Sağlık Müdürlükleri konuyu takip etmeli; tehzibin aynı medya kuruluşunda benzer ölçekte yayımlanması sağlanmalı ve resmi yazıyla paydaşlara bildirilmelidir.

Sonuç ve bütüncül değerlendirme

Hekimlerin sahadan iletlediği başlıklar; üniversite hastanelerinde hekimliğin yalnızca klinik üretimle sınırlanmadığını, **eğitim-araştırma sorumluluğu** ile birlikte ele alınması gerektiğini net biçimde göstermektedir. Bu nedenle çözüm yaklaşımı üç eksenle eş zamanlı ilerlemelidir:

1. **Eğitim ve akreditasyon kapasitesi** ile kontenjan planlamasının uyumlandırılması,
2. **Afiliasyon modellerinde** çok başlılığın azaltılması ve eğitim/araştırmaya “zaman tahsisi”nin güvence altına alınması,
3. **Mali sürdürülebilirlik** (SUT, teşvikler, ders/icap/kurul ücretleri) ile **çalışma güvenliği** (şiddete karşı gerçek caydırıcılık ve etkin güvenlik) alanlarında hızlı ve görünür iyileştirme.

Bu adımların ortak amacı; üniversite hastanelerini hem hasta bakımında hem eğitimde hem bilim üretiminde yeniden “nefes alabilir” bir kurumsal düzeye taşımaktır.

KAYNAKÇA

Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı. (t.y.). 50 soruda CİMER.

Sağlık Bakanlığı. (2020, 4 Mart). Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar ile üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımı ve işbirliği usul ve esasları hakkında yönetmelik (Resmî Gazete).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (t.y.). Anne Dostu Hastane Programı.

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2025, 10 Aralık). SUT Değişiklik Tebliği işlenmiş güncel 2013 SUT.

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2025, 17 Ekim). Sağlık Uygulama Tebliği'nde değişiklik (Resmî Gazete duyurusu).

TEPDAD. (2025). Mezuniyet öncesi tıp eğitimi programlarının değerlendirilmesine ilişkin kurum kılavuzu.

Erkan, A. (t.y.). Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması [Rapor]. T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı.

Emmert, M., Eijkenaar, F., Kemter, H., Esslinger, A. S., & Schöffski, O. (2012). Economic evaluation of pay-for-performance in health care: A systematic review. The European Journal of Health Economics, 13(6), 755-767.

Samastı, M. (t.y.). Sağlıkta afilyasyonun hikâyesi [PDF].

Yürümez, Y. (t.y.). Türkiye'deki afilyasyon modelleri [PDF].



ÇALIŞTAY ALBÜMÜ







































































Birlikte Güçlüyüz



Erzurum Mh. Talatpaşa Bulvarı NO:160
Kat:5 Çankaya/ANKARA | 0312 424 22 22
genelmerkez@turksagliksen.org.tr
www.turksagliksen.org.tr

