

BİRLİK VE DAYANIŞMA SENDİKASI

AİLE HEKİMLİĞİ RAPORU

ŞUBAT 2026

İÇİNDEKİLER

1. HAKKIMIZDA	2
2. AİLE HEKİMLİĞİ RAPORU ÖZETİ.....	3
3. SAĞLIKTA ŞİDDET.....	3
4. ÖZLÜK HAKLARI	4
5. DİSİPLİN UYGULAMALARI	5
6. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN FİZİKİ VE TEKNİK DONANIM SORUNLARI.....	6
7. AİLE HEKİMLİĞİ İŞLEYİŞ VE GÖREV TANIMINDA SORUNLAR	6
8. HUKUKİ SORUNLAR	8
9. ÜCRETLENDİRME	8
10. ÇÖZÜMLER	10
11. DİĞER TEMEL ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	10
12. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (DEVAM)	11
13. HİZMET PLANLAMASI VE DESTEK BİRİMLERİ	12
14. SONUÇ	12

1. HAKKIMIZDA

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel görevi, **koruyucu sağlık hizmetleridir**. Bu bağlamda **Aile Hekimliği**; halkımız tarafından kapsamlı, yaygın tercih edilen ve kolay ulaşılan bir sağlık hizmeti olmasıyla, toplum sağlığına sunduğu katkılar sayesinde sağlık hizmetlerinin temel ögesidir.

Aile Hekimliği uygulaması ülkemizde **2007** yılında başlamış, **2010** yılından itibaren ise ülke geneline yayılmıştır. Biyo-psiko-sosyal ve bütüncül bir bakış açısıyla sunulan bu hizmet, sağlık sisteminin temel taşlarından biri haline gelmiştir. Bununla birlikte birinci basamağın ülkemizdeki tüm sağlık sisteminin koordinasyonundaki önemi de artmıştır.

Aile hekimlerinin hizmet verdiği nüfusun toplumun bir kesitini oluşturması, hizmetin sürekliliği ve çeşitliliği; buna karşılık Aile Sağlığı Merkezlerinin fiziki yetersizlikleri, Aile Hekimliği uygulamasının dayandığı yönetmelik ve kanunlar, yerel idarelerce yapılan farklı yorumlar, standart olmayan keyfi uygulamalar, mobbing ve yaptırımlar pek çok mesleki, hukuki ve sosyal sorunu beraberinde getirmiştir. Öyle ki bu sorunların birçoğu hem yönetmelikleri çıkaranlar tarafından hem de mevcut hak arama örgütlerince sistem yeterince tanınmadığı için anlaşılamamış ve yeterince gündem olamamıştır.

Ayrıca yönetmelik hukuka aykırı olduğu için defalarca değiştirilmiş; hukuka aykırı maddeler Danıştay ve Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesine rağmen, Bakanlık tarafından kelimelerin yerleri değiştirilerek tekrar tekrar yayımlanmıştır. Dolayısıyla Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Ebe/Hemşirelerinin çalışma motivasyonları azalmış ve mağduriyetleri giderek artmıştır.

Bu haksızlık, hukuksuzluk ve zorluklar; ayrı bir mücadele gereksinimini doğurmuş, Aile Hekimliği çalışanlarının haklarını aramak için yeni bir örgütlenme ihtiyacı ortaya çıkmış ve dayanışma platformu oluşmuştur. Bu platform, kısa süre içinde mesleki ve ekonomik hak mücadelesinin yasal zeminde daha kuvvetli, daha örgütlü ve daha geniş bir yapıya kavuşması gerektiği düşüncesiyle hareket etmiş ve **14 Mart 2014** tarihinde **Birlik ve Dayanışma Sendikası** kurulmuştur.

Sendikamız, kurulduğu ilk günden itibaren mesleki ve ekonomik hakları savunma noktasındaki taleplerini her zaman açık ve net biçimde ifade etmiştir. Halkın tıbbi ihtiyaçlarına bilimsel standartlara uygun, eşit ve ücretsiz şekilde ulaşmasını savunur.

Birlik ve Dayanışma Sendikası'nın Temel Hedefleri

- *Hekim, diğ hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve sağlık emekçisi tüm çalışanların can ve iş güvenliğini öncelemek.*
- *Özellikle Aile Sağlığı Merkezinde (Birinci Basamakta) çalışan ebe, hekim ve hemşirenin emekliliğe yansıyan ve emeğinin karşılığını alabildiği temel ücret talebi (Herhangi bir pozitif/negatif performans kriterine dayanmayan, emekliliğe yansıtacak hekimler için yoksulluk sınırının iki katı, ebe hemşireler için en az bir katı temel ücret).*
- *Çalışanların depreme dayanıklı, güvenli ve insanca çalışma ortamları sağlanmasını.*
- *Aşırı iş yükü, baskı, mobbing ve tehditlerin ortadan kaldırılması.*

Bu amaçla çözüm önerilerini ortak akılla sunabilecek kapasiteyle mücadelesini kararlılıkla sürdürmektedir.

2. AİLE HEKİMLİĞİ RAPORU ÖZETİ

2010 yılında ülke genelinde uygulanmaya başlayan Aile Hekimliği, 16 yıllık sürecinde idari, hukuki, mali ve özlük hakları gibi konularda artan sorunlarıyla birlikte işleyişine dair pek çok eksiklik ve problemle devam etmektedir.

Bu raporda, Aile Hekimliğinde yaşanan sorunlar sahadaki birebir gözlemler ve geri dönüşlerle derlenerek başlıklar halinde ele alınmış ve çözüm önerileri sunulmuştur.

3. SAĞLIKTA ŞİDDET

Sağlık alanının tüm basamaklarında olduğu gibi Aile Hekimliğinde de sözel, fiziksel ve psikolojik şiddet, sorunların en başında yer almaktadır. Güvenli çalışma ortamlarının sağlanması, sağlık gibi kritik öneme sahip bir hizmetin yürütülmesinde en temel koşuldur.

Mesleki sorumluluk ve yükümlülüğün en üst düzeyde olduğu bu iş kolunda, şiddete maruz kalma durumu giderek artmakta; bu durum hizmetin etkin, gerekli ve nitelikli bir şekilde yürütülmesini zorlaştırmaktadır.

Şiddete Neden Olan Başlıca Faktörler:

- Bakanlık tarafından sistemdeki tüm eksiklik ve aksaklıkların politik olarak çalışanlara mal edilmesi, özellikle aile hekimliği çalışanlarının bozulmuş sağlık sistemi ile hasta arasında tampon görevine zorlanması
- Sağlık okuryazarlığının düşük olması ve Bakanlığın bu konuda hiçbir adım atmaması,
- Kısıktırılmış sağlık talebi,
- Başvuru yoğunluğu ve randevu bulamama,
- Sağlık talebinin karşılanmasını imkânsız hâle getiren kısa muayene süreleri ve bu konudaki bakanlık baskısı,
- Uygunsuz ilaç ve rapor talepleri,
- Hekim kanaatine uymayan tetkik ve tedavi talepleri,
- Hekim ve sağlık çalışanlarından kaynaklanmayan işleyiş ve idari uygulamalar,
- Zedelenmiş mesleki itibar,
- Sağlık profesyonellerinin değersizleştirilmesi; bilgi ve deneyimlerini yok sayan sağlık politikaları.

- ALO 184 Şikayet hattının uygunsuz kullanımı ve yapılan şikayetlerin herhangi bir süzgeçten geçirilmeden, adeta *Demoklesin* kılıcı gibi çalışanların üzerinde bir baskı unsuru olarak kullanılması; vatandaş bilgilendirilmeden her şikayetin politik kaygılarla doğrudan ciddiye alınması çalışanlar üzerinde baskı, vatandaşlar içinde çalışanları tehdit edebileceği bir yapıya dönüşmesine sebep olmuştur.

Yetersiz güvenlik önlemleri ve caydırıcı olmayan yaptırımlar, şiddet olasılığını artırmakta; failler, tek sorumlu olduklarını düşündükleri hekim ve sağlık çalışanlarına kolayca ulaşabilmekte ve amaçlarına hızla erişebilmektedir.

Güvenli Çalışma Ortamları İstiyoruz

4. ÖZLÜK HAKLARI

Aile hekimliği çalışanlarının tek taraflı sözleşme usulü ile kamudan ücretsiz izinli olarak çalıştırılması, özlük hakları açısından pek çok mağduriyete neden olmaktadır. Her ne kadar sözleşme taraflarından biri aile hekimliği çalışanları olsa da kendilerine ait bir aile hekimliği kanunu bulunmaması ve yönetmeliklerle düzenlenen görev tanımı, sorumluluk ve ücretlendirmelerde söz sahibi olmamaları yasal olmayan bir durumu beraberinde getirmektedir.

Aile hekimliği çalışanlarının gerçekte ücretli yıllık izin, hastalık izni, ölüm izni, evlilik izni gibi izin hakları yoktur. Çalışanların yerine vekalet edecek bir meslektaş bulamaması durumunda, ücretlerinden ciddi kesintiler yapılmaktadır. Bu durumun ne kamuda ne de özel sektörde örneği vardır.

Aynı mağduriyet hastalık veya kaza gibi sebeplerle istirahat gerektiğinde de yaşanmaktadır. Eğer vekalet edecek kimse bulunamazsa maaşlardan yine ciddi kesintiler yapılmaktadır. ASM’de çalışan ebe, hekim ve hemşireler; hastalık veya kaza durumlarında mağduriyet yaşamakta, buna maaş kesintileri de eklenerek çifte mağduriyet oluşmaktadır.

Alınan ücretlerin yalnızca %30-32’si temel (emekliliğe yansıyan) ücrettir. Geri kalan kısım ise 18-20 parametreden oluşan pozitif/negatif performans ödemeleridir. Üstelik bu performans parametreleri çalışanın kontrolünde olmayan kriterlerden oluşmaktadır.

ASM çalışanlarının performans kriterleri:

- Aile Hekiminin reçete ettiği antibiyotik, ağrı kesici, PPI denilen mide koruyucu ilaçlar (*her biri ayrı değerlendirilir*)
- Bebeklerin ve çocukların aşıları, izlemleri, (*her biri ayrı değerlendirilir*)
- Gebe ve lohusa izlemleri (*her biri ayrı değerlendirilir*)
- Kanseri tarama uygulamaları (*her biri ayrı değerlendirilir*)
- Hastanın e-nabız sisteminde hekimi (birimi) puanlaması, (memnuniyet ödemesi)
- Destek ödemesi,
- Teşvik ödemesi,
- Bakılan hasta sayısı,

- Hastanın başka sağlık kurumuna gidip gitmemesi, (başvuru ödemesi)
- Kronik hastalık takibi (HT Tarama/izlem, DM tarama/izlem, KAH tarama/izlem, obezite tarama/izlem, yaşlı sağlığı izlem, otizm izlem.)
- Kaza sonrası bacağı kırılan veya operasyon geçirip istirahat verilen bir hekim veya hemşire, raporlu olduğu ayda yalnızca temel ücreti alır. Bu da normal zamanlarda aldığı maaşın yaklaşık üçte biri kadardır.

Aile sağlığı merkezinde yoksulluk sınırının yarısı kadar maaşla çalışan bir ebe ya da hemşire, yerine vekalet edecek kimse bulamadığı 1-2 aylık hastalık durumlarında asgari ücretin altında ücret almakta; temel insani ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma düşmektedir.

“Asgari ücretin altında çalıştırılmaz” ilkesi bizzat yönetmelikle ihlal edilmiştir.

180 günü aşan hastalık durumlarında ise doğrudan sözleşme feshi yapılmaktadır. Bu da řu anlama gelmektedir: Aile Sağlığı Merkezinde çalışıyorsanız kansere veya ağır bir hastalığa yakalanmamalısınız; yakalanırsanız sözleşmeniz feshedilecektir.

Engelli çocuğu olan ASM çalışanlarına izin veya işleyiş konusunda hiçbir pozitif destek sunulmamaktadır. Evlilik, doğum, ölüm gibi mazeret durumlarında da aynı kesintiler yaşanmaktadır. Aile hekimliği çalışanlarının insani ve yasal haklarını kullanmaları, vekalet şartına bağlanarak kısıtlanmakta ve engellenmektedir.

Kadın çalışanlar doğum nedeniyle ücretsiz izin kullandıklarında görev yaptıkları birimden ayrılmak zorunda bırakılmakta, iş devamlılığı engellenmektedir. Ayrıca süt izni haklarının kullanımında da sorunlar yaşanmaktadır.

Yıllık izin veya istirahat raporu durumlarında vekalet eden meslektaşlara ikinci bir birimin iş yükü yüklenmekte, buna rağmen hiçbir ek ödeme yapılmamaktadır.

5. DİSİPLİN UYGULAMALARI

Aile hekimliğinde çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin imzaladıkları sözleşmede 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na tabi oldukları belirtilmiştir. Ancak Bakanlık, ceza verirken çalışanları devlet memuru; izin süreçlerinde ise sözleşmeli personel gibi değerlendirmektedir.

Sözleşme şartları; hasta memnuniyeti puanı gibi subjektif kriterlere bağlanmış, ayrıca HYP gibi performans kriterlerinin karşılanmaması hâlinde uyarı, kınama, aylıktan kesme ve sözleşme feshi cezası getirilmiştir. **Anayasal iş güvencesi yönetmelikle ortadan kaldırılmıştır.** Sağlık Bakanlığı, bu tür uygulamalar nedeniyle Danıştay’da defalarca dava kaybetmesine rağmen her yeni yönetmelikte aynı maddeleri tekrar getirmektedir.

Bakanlık, Danıştay ve Anayasa Mahkemesi kararlarını dolaylı biçimde tanımamakta; hukukun etrafından dolaşarak uygulamalarını sürdürmektedir. Bu durum kamu çalışanlarının adalet duygusunu ciddi şekilde zedelemektedir.

6. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN FİZİKİ VE TEKNİK DONANIM SORUNLARI

Aile Sağlığı Merkezlerinin çoğunluğu kamu binalarında bulunmakla birlikte, çok sayıda ASM şahıslardan kiralanmakta ve tüm koşullar hekimler tarafından sağlanmaktadır. Bu tür birimler “sanal ASM” olarak adlandırılmaktadır. Sanal ASM’lerde kira bedelleri çok yüksek olup, alınan cari gider ödeneği ile karşılanması imkânsız hâle gelmiştir. Pek çok ASM bina sahipleriyle davalık olmuş, bazıları bu nedenle boşaltılmak zorunda kalmıştır.

Ayrıca birçok ASM deprem yönetmeliklerine uygun değildir. İstanbul’daki ASM’lerin üçte biri 1999 öncesi yapılmıştır. Öte yandan birçok ASM’de özellikle ebe ve hemşirelerin görev yaptığı birimler penceresiz, karanlık, izbe ve son derece küçük alanlardır.

Görevdeki sağlık bakanı, 2025 sonuna kadar 1000 aile sağlığı merkezi yapacağını ifade etmesine rağmen bugüne kadar bir tane bile ASM yapılmamıştır. *(Bakanlık tarafından tüm Türkiye’de 302 ASM açıldığı açıklanmıştır- Şubat 2026.)* Bunun yerine, Bakanlık ortalama birim nüfusunu düşük göstermek amacıyla kâğıt üzerinde “sıfır nüfuslu” yaklaşık 2.500 sahte birim açmıştır. Bu birimler üzerinden Maliye’den bütçe alınmakta; ancak kaynak aile hekimliği hizmetlerine aktarılmak yerine Bakanlığın döner sermayesinde kullanılmaktadır.

Deprem bölgesinde 10 milyon kişinin hizmet aldığı alanda yalnızca 5 (beş) aile sağlığı merkezi yapılmıştır. Bölgedeki pek çok hekim ve aile sağlığı çalışanı halen konteynerlerde hizmet vermektedir.

Kamu binalarında çalışan hekimlerden dahi kira bedeli alınmaktadır.

ASM’lerin elektrik, doğalgaz, su, hijyen ve sarf malzemeleri ile gruplandırma kapsamında çalıştırılan ek personelin maaş ve SGK giderleri de hekimler tarafından karşılanmaktadır. Oysa bu personelin gerçek işvereni Sağlık Bakanlığıdır. Bu durum mahkeme kararlarıyla defalarca sabitlemesine rağmen, son yönetmelikle *(Eziyet Yönetmeliği)* kıdem tazminatı sorumluluğu yine aile hekimlerine yüklenmiştir.

Aile Sağlığı Merkezi hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından son derece önemli olan bu durum, hekimlere mesleki yükümlülüklerinin dışında fazladan görev ve sorumluluk yüklemekte; cari ödeneklerin artan enflasyon karşısında yetersiz kalması nedeniyle hizmetlerin devamını zorlaştırmaktadır.

Kamu hizmeti yürütüyoruz; bu hizmeti depreme dayanıklı fiziki şartları uygun kamu binalarında, insanca çalışabileceğimiz ortamlarda sunmak istiyoruz.

7. AİLE HEKİMLİĞİ İŞLEYİŞ VE GÖREV TANIMINDA SORUNLAR

Aile hekimliğinde verilen sağlık hizmetleri bir tıp disiplini olarak bütüncül ve geniş kapsamlıdır. Dolayısıyla ASM’lerde gerçekleştirilen sağlık hizmetinin çok yönlü ve yoğun olduğu açıktır. Birincil amacı olan koruyucu sağlık hizmetleri dışında, çalışanlar ve STK’lar ile fikir alışverişi yapılmadan

yıllar içinde eklenen yeni görevler ile birinci basamak sağlık hizmetlerini amacından uzaklaştırmaktadır.

Halen hekim başına düşen nüfusun yüksek olması (ortalama 3500 kişi), günlük başvuru ve muayene sayılarının fazlalığı nedeniyle poliklinik hizmetlerinin ağırlık kazanmasına sebep olmaktadır. Bu durum aile hekimliği çalışanlarının başışıklama, koruyucu sağlık hizmetleri, kanser taramaları, kronik hastalık izlem ve diğer birincil görevlerine yeterince zaman ayırmasını engellemektedir.

ASM işleyişini olumsuz etkileyen başlıca sorunlar şunlardır:

- Tamamen randevulu çalışma sistemine izin verilmemesi, Bakanlık tarafından randevulara müdahale edilmesi
- Muayene sayılarının fazla olması ve muayene süresinin kısalığı *(en az 20 dakika olacak şekilde düzenlenmesi gerekir)*
- Aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmeti ile ilgisi olmayan sağlık raporlarının ASM'ye yönlendirilmesi
- E-Nabız, Reçetem, Mernis, E-Rapor ve SGK uygulamalarındaki aksaklıkların iş yükünü artırması
- 2 ve 3. basamak sağlık hizmetlerine erişimde giderek artan zorluklar *(MHRS ve randevu krizi)*
- Özel sağlık kurumlarında artan ücret talepleri
- Randevu krizini çözemeyen Bakanlığın, aile hekimlerini randevu sekreteri gibi kullanmaya çalışması

Tüm bu etkenler ASM'lerdeki iş yükünü karşılanamaz hâle getirmiştir.

Bireyin sağlık bakımının yanı sıra sosyal ve bakım ihtiyaçlarına yönelik beklentilerin de ASM'ye yüklenmesi işleyişi daha da zorlaştırmaktadır. Tüm tıbbi görevlerin dışında ASM'de gerekli tadilatların planlanması, yapılması, kurumun yönetimi gibi süreçler tamamen hekimlere bırakılmıştır. Hekimler mesleki görevlerinin yanında işletmeci, idareci, elektrikçi, su tesisatçısı, satın alma sorumlusu, muhasebeci, insan kaynakları sorumlusu ve hatta tıbbi sekreter gibi roller üstlenmeye zorlanmaktadır.

Ek İş Yükleri:

- *Aile hekimleri, ebe ve hemşireler ASM'de soğuk zincir sorumluluğu ve 7/24 icap nöbeti yükü altındadır. Herhangi bir ücret almamaktadır. Soğuk zincir kırılmalarında (çalışmayan ATS cihazları, uygun olmayan aşı imhaları gibi Bakanlık sorumluluğundaki durumlarda bile) faturanın çalışanlara kesilmesi kabul edilemez. ATS cihazları bozulduğunda aylarca cihaz*

değiştirilmemekte; buna karşı herhangi bir soğuk zincir kırılması yaşanması üzerine aşı ücretleri orada çalışan hekim ve hemşirelerden tahsil edilmektedir.

- **REDES** üzerinden poliklinik baskısı kurulmakta, KVKK ve Hasta Haklarına aykırı biçimde hekimlere hasta verilerinin gösterilmesi için sözlü baskı yapılmakta; uymayanlara usulsüz soruşturmalar ve mobbing uygulanmaktadır.
- **DEN-İZ** denetimlerinde yönetmelikte zorunlu olmadığı hâlde HYP sayılarına bakılmaktadır. Yine iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorumluluklar işveren olarak gördükleri aile hekimine yığılmaktadır.
- *Mobile giden Aile Hekimliği çalışanlarının uygun çalışma ortamı olmaması ve güvenlik problemleri*
- *Aile hekimlerine ek olarak belediyelerin ve adli tabipliklerin görevi olan adli-defin nöbetleri ve entegre hastanelerdeki nöbetler yüklenmekte; bu görevler kendi birimindeki hizmeti aksatmakta, nöbet izni verilmemesi ise çalışan haklarının açık ihlalidir.*

8. HUKUKİ SORUNLAR

Aile hekimliği kanun ve yönetmeliklerle yürütölmeye çalışılmakta; ancak bu metinler oluşturulurken Anayasa, iş kanunu ve uluslararası sözleşmeler ve sahadaki uygulamalar dikkate alınmadığından birçok hukuki sorun doğmaktadır.

Sözleşme usulüyle çalışan aile hekimliği çalışanları; özlük hakları, maddi haklar ve iş güvencelerinden yoksun bırakılmakta; yerel idarelerin keyfi ve hukuksuz tutumlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu uygulamalar mesleki gerekçelerle olabileceği gibi, sendikal faaliyetler, uygunsuz hasta şikâyetleri veya çalışandan kaynaklanmayan idari aksaklıklarla da ilişkilendirilebilmektedir.

Aile hekimliğinde ceza, maaş kesintisi, sözleşme feshi ve özellikli izlemler gibi birçok konuda hukuka yansımış ve kazanılmış davalar mevcuttur. Buna rağmen idareciler keyfi tehdit ve yaptırımlarına devam etmekte; mahkeme kararlarına rağmen aynı uygulamalar tekrar edilmektedir. Bakanlık ve bağılı müdürlüklerin yaptığı usulsüz, hukuksuz uygulamalar ile devlet milyonlarca tl dava ve vekalet masrafı ödemekte ve zarara uğramaktadır.

9. ÜCRETLENDİRME

Aile hekimliği çalışanlarının ücretleri Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği ile belirlenmektedir. Ancak çalışanlar bir ay sonra ne kadar maaş alacağını bilememektedir. Çünkü nüfus sayısı dışında yaklaşık 20 performans kriteri maaşa doğrudan etki etmektedir.

Ücretlendirme Sorunları:

- Maaşın yalnızca %30-32'si emekliliğe yansımaktadır. Kalan kısım aktif çalışma gününe bağılıdır.

- Aşı yaptırmak istemeyen veya izleme gelmeyen hastalar nedeniyle çalışanların maaşından kesinti yapılmaktadır. Hastaya sorumluluk verilmemesi ve aşı retlerinde Bakanlığın üç maymunu oynaması büyük adaletsizliktir.
- Kronik hastalık izlemleri ve taramalar günlük iş yükü nedeniyle uygulanamaz durumdadır. Buna rağmen yapılması şart koşularak ek ödeme vaat edilmektedir. Yapılmadığında ayrıca maaş kesintisi yapılmaktadır.
- Destek ödemeleri ceza ve ihtar puanlarına bağlanarak çalışanların sendikal haklarını kullanması engellenmekte, idarecilere keyfi baskı zemini oluşturulmaktadır. Birçok yerde sendikal izinler ancak mahkeme süreciyle kullandırılmaktadır.
- Teşvik ödemesi; bakılan hasta sayısını çalışılan güne bölerek belirlenmekte, niteliği olmayan muayene sayısı artışıdır. Halk sağlığına zararlıdır ve çalışan için de emek sömürsüdür. Ayrıca ASM’de çalışan ebe ve hemşireler teşvik ödemelerini çalıştığı hekimin çalışma performansına bağlı olarak almaktadır. Hekimi olmayan veya hekimi hasta veya izinde olduğu dönemlerde hiçbir şekilde bu ödemelerden yararlanamamaktadır.

Reçete müdahaleleri:

PPI, antibiyotik ve antiinflamatuvar ilaç kullanımını sözde Türkiye ortalamasının altında tutma teşviki hekimlik mesleğine müdahaledir. Kasım 2024’te çıkan yönetmelikte Danıştay tarafından iptal edilen bu madde, Temmuz 2025’te OECD ortalaması eklenerek yeniden getirilmiştir.

Yine ASM’ye 6 ay gelmeyen hastadan ücret kesintisi de Danıştay tarafından iptal edilmiş; ancak 2025’te süre 1 yıla çıkarılarak tekrar yönetmeliğe eklenmiştir. Bu durum hukuk tanımazlığın göstergesidir.

Pozitif performans kapsamında hasta memnuniyeti tamamen subjektif olup sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bir ülkede çalışanları aşağılayan, değersizleştiren bir uygulamadır. Çalışanları tükenmişliğe götüren bir yoldur. Hastanın başka kuruma gitmesiyle ilgili teşvik ise koruyucu sağlık hizmetiyle ilgisizdir.

Tavan Ücret Sorunu:

Aile sağlığı çalışanları için kanunda belirlenen tavan ücret, tüm ek ödemelerde sınır oluşturarak çalışanların gerçek emeğinin karşılığını almasını engellemektedir.

Aile sağlığı çalışanları için Aile Hekimliği Kanununun; Personelin statüsü ve malî haklar [4] başlığı altında:

“Madde 3- Sözleşme yapılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına, 657 sayılı Kanunun 4’üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için (6) katını, aile sağlığı çalışanı için (1,5) katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren on beş gün içerisinde ödenir.”

denmekte ve her türlü ek ödemede tavan ücret nedeniyle alabilecekleri ücret sınırlandırılmaktadır.

10. ÇÖZÜMLER

- Tabip odaları, sendikalar ve meslek kuruluşları ile ortak istişare edilerek sağlıkta şiddeti ortadan kaldıracak etkin ve caydırıcı yasal tedbirler alınmalı; gerekirse TCK düzeyinde düzenlemeler yapılmalıdır.
 - Yapılan düzenlemelerin emniyet ve hukuk sağlayıcıları tarafından bilinmesi ve uygulanması sağlanmalıdır.
 - Beyaz Kod uygulamalarının etkinliği ve işlerliği artırılmalı; şiddete maruz kalan her sağlık çalışanının iş kazası kapsamına alındığı unutulmamalı ve hakları güvence altına alınmalıdır.
 - Sağlık çalışanlarını değersizleştiren, aşağılayan ALO 184 SABİM hattı kapatılmalıdır.
 - Sağlık sisteminde hekim, ebe ve hemşireyi değersizleştiren politikalara son verilmelidir.
 - Sağlık sistemindeki eksiklik ve aksaklıkların çalışanlara yüklenmesi Bakanlığın politik tercihi hâline gelmiştir; bu yaklaşım derhal terk edilmelidir.
 - Zorunlu Aşı Kanunu çıkarılmalı; aşı yaptırmayan kişilerin sorumluluğu ASM çalışanlarının üzerinden kaldırılmalıdır.
 - Halkın sağlık bilgi ve sorumluluk düzeyini artırmak için Bakanlık sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
 - Şiddet faileri için sosyal medya adaletine gerek kalmayacak şekilde Bakanlık en üst düzeyde takipçi olmalı ve failerin gereken cezayı almalarını sağlamalıdır.
 - Aile hekimliği çalışanlarının çalışma statülerinin Anayasa ve kanunlara aykırı düzenlemelerle belirlenmesi engellenmelidir.
 - Ücretli izin, hastalık raporu ve mazeret izinleri koşulsuz olarak kullanılmalı, yasal haklar vekalet şartına bağlanmamalıdır.
 - Kamu dışında çalışanlar için kadro güvencesi ve özlük haklarının yasalara uygun şekilde devamı sağlanmalı; vekalet zorunluluğu ve maaş kesintileri tamamen kaldırılmalıdır.
 - Vekalet eden çalışanlara artan iş yüküne uygun ek ödeme yapılmalıdır.
-

11. DİĞER TEMEL ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Aile hekimliği çalışanlarının Anayasa, kanun ve uluslararası sözleşmelere aykırı şekilde düzenlenen kanun ve yönetmeliklerle yönetilmelerine son verilmelidir. Kamu çalışanı statüsü dışında yaptırım ve cezalara maruz bırakılmamalı; iş güvencesi ve devamlılığı yerel idarelerin inisiyatifine bırakılmamalıdır.

Sözleşme süreleri iki yıl ile sınırlandırılmamalı; çalışanların kadrolu istihdamı sağlanmalı ve devamlılığı garanti altına alınmalıdır. Sözleşme tarafı olarak çalışanlar tanınmalı; düzenlemeler çalışan temsilcileri olan federasyon, dernek ve sendikaların görüşleri alınarak yapılmalıdır.

Aile Sağlığı Merkezlerinin tamamı deprem yönetmeliğine uygun, güvenli, yeterli fiziki koşullara ve standart donanıma sahip kamu binalarında hizmet vermelidir.

Gruplandırma uygulaması kaldırılmalı; tüm ASM'ler için insani ve tıbbi hizmet koşullarının sağlandığı standart bir yapı oluşturulmalı ve bunun için gerekli maddi ödenek ayrılmalıdır. Bu hem çalışanlar hem de hizmet alanlar için eşitlik ve adalet sağlayacaktır.

ASM'lerden kira alınmamalı; elektrik, doğalgaz, su gibi temel giderler kamu tarafından karşılanmalıdır. Hijyenik ve sarf malzemeleri giderleri için cari ödenek artan enflasyon karşısında güncellenmeli ve yeterli seviyeye çıkarılmalıdır.

ASM'lerde çalışan ebe, hemşire ve temizlik personeli kamudan sağlanmalı; hekimler işveren sorumluluğu altında bırakılmamalıdır. Bölgenin sosyodemografik özelliklerine göre her aile hekimliği biriminde en az iki aile sağlığı çalışanı bulunmalı; gerekli hâllerde daha fazla personel istihdam edilmelidir.

Mobil hizmet sunan aile hekimliği birimleri için gerekli muayene yerleri müdürlükler tarafından oluşturulmalı ve bu alanların sağlık hizmeti koşullarına uygunluğu sağlanmalıdır.

12. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (DEVAM)

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sınırları net olarak belirlenmeli, koruyucu sağlık hizmetlerinin uzun vadede sağlayacağı kazanımlar özenle dikkate alınmalıdır. Bu, sağlıklı bir toplumun inşasında hem geleceğin sağlıklı bireylerinin yetişmesi hem de sağlık kaynaklarının akılcı, etkin ve verimli kullanılması açısından büyük önem taşır.

Kronik hastalık ilaçlarının reçete edilmesi sadece ilaç temini olmaktan çıkarılmalı; bu hastaların ilgili uzmanlarca kontrol ve tekrar değerlendirilmesini mümkün kılan koordineli bir yöntem planlanmalıdır. Kronik hastalıkların her bir ilacı için hastanın tekrar tekrar başvuru yapmasına neden olan SGK kısıtlamaları gözden geçirilmelidir.

Aile hekimlerinin diğer basamaklarla koordineli çalışması sağlanmalıdır.

Sağlık raporları, ilgili yönetmelik koşullarını karşılayan, tamamen aile hekimliği dışındaki özel birimler tarafından düzenlenmelidir. Sağlık raporu gerekliliği gerçek tıbbi ihtiyaçlara göre belirlenmeli; gerekirse başka ülke uygulamaları incelenmelidir. Örneğin sürücü belgesi raporları, uzman hekim ve tıbbi donanıma sahip ayrı bir birim tarafından düzenlenmelidir.

Askerlik muayeneleri, bu eğitimi almış hekimlerin görev yaptığı ayrı birimlerde yapılmalı; silah ruhsatı raporları ise ülkemizde yaşanan üzücü olaylar göz önüne alınarak "silahsızlanma politikası" çerçevesinde yeniden değerlendirilmelidir. Bu raporlar, ayrıntılı psikolojik değerlendirmelerin yapılabilirdiği ve adli sicil sorgulamalarının eşlik ettiği özel birimler tarafından verilmelidir.

Aile hekimi, ebe ve hemşirelerin biyopsikososyal açıdan kolaylıkla gözlemleyebildiği durumlar için ayrı hizmet birimleri oluşturulmalıdır. Yaşlı nüfusun önümüzdeki yıllarda %10'un üzerine çıkacağı düşünüldüğünde, aile hekimliği ile koordineli çalışan yaşlı sağlığı hizmetleri kurulmalıdır. Bu hizmet yalnızca sağlık bakımını değil; barınma, beslenme, temizlik, kişisel bakım ve sosyal ihtiyaçları da içermelidir.

13. HİZMET PLANLAMASI VE DESTEK BİRİMLERİ

Bu hizmetlerde sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, temizlik ve kişisel bakım personeli nüfusa uygun sayıda planlanmalı; yerel idare, gönüllü kuruluşları ve eğitilmiş gönüllü yardımcılar ile yürütülmelidir.

Sağlık bakım ihtiyacının tek bir hekim ve hemşire ile yürütülemeyeceği dikkate alınarak özellikli gruplara yönelik sağlık hizmetleri ayrı planlanmalıdır.

Adli ve defin nöbetleri, asli görevli kurumlar olan belediye ve Adalet Bakanlığı tarafından üstlenilmelidir.

Entegre hastanelerde aile hekimine ihtiyaç duyulmayacak şekilde hekim istihdamı sağlanmalıdır.

Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları, mesleki bilgi ve becerileri dışında olan, görev tanımında yer almayan angarya iş ve sorumluluklardan kurtarılmalıdır.

Denetim usul ve esasları yerel inisiyatife bırakılmamalı; usulsüz denetim yapan idareciler hakkında soruşturma yolu açık olmalıdır. Hukuken kazanılmış konularda ısrarla aynı ceza ve ihtar tutumunu sürdüren ve bu şekilde kamu kaynaklarının avukatlık ve dava ücretleri ile israfına neden olan idarecilere işlem yapılmalıdır. Bu masrafların ilgili idarecilere rücu edilmesi keyfi uygulamaları engelleyecektir.

Aile hekimliği çalışanlarının ücretlerinin emekliliğe yansımaları sağlanmalı; emeklilik döneminde gelir kaybı yaşanmamalıdır.

Herhangi bir performans kriterine bağlı olmayan, emekliliğe yansıyacak tek kalem bir ücret sistemi oluşturulmalıdır. Bu ücret; hekimler için yoksulluk sınırının en az iki katı, ebe ve hemşireler için ise yoksulluk sınırının üzerinde olmalı; mesleki risk, yıpranma ve sorumluluk dikkate alınarak düzenlenmelidir.

Kanunda aile sağlığı çalışanları için yer alan 1,5 kat sınırının en az 3 kat olarak düzenlenmesi için kanun teklifi verilmelidir.

14. SONUÇ

Yukarıda özetlenen sorunların yanı sıra, bölgenin sosyokültürel ve demografik özelliklerine göre değişen veya cezaevleri gibi özel birimlerde farklılaşan ek sorunlar bulunmaktadır.

Aile hekimliği, kişilerin sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır. Birey, aile ve topluma yönelik yaklaşım sunması; akut ve kronik hastalıkları eř zamanlı yönetmesi; koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermesi, sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarıyla ele alması; ayrıca sağlık kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasındaki kritik rolü nedeniyle çok yönlü bir değerlendirme gerektirir.

Daha iyi bir aile hekimliği sistemi için kapsamlı, toplum yönelimli ve bütüncül yaklaşım ilkelerini esas alan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması şarttır. Bu süreçte sahada uygulayıcı olan hekim, ebe ve hemşirelerin görüşleri, gözlemleri ve uyarıları dikkate alınmalı; detaylı inceleme, değerlendirme ve çalışmalar yapılmalıdır.

BİRLİK VE DAYANIşMA SENDİKASI

şUBAT 2026
