



SADE

Sağlıkta Denetim Dergisi

Sağlık Müfettişleri Derneği

Yıl: 3 - Sayı: 6 Ocak - Aralık 2025

ISSN: 2822-6437

FETAL ANOMALİLERDE HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Performans DENETİMİ



BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Hasta-Doktor Arasındaki
Münasebetler
Nasıl Olmalıdır?



SADE

Sağlık Akademi Dergisi

Sağlık Akademisyenleri Derneği

Yıl: 2 - Sayı: 5 - Temmuz - Aralık 2024

ISSN: 2822-6437

**YAPAY ZEKA,
ÖNGÖRÜCÜ KOLLUK VE
ADALET İLİŞKİSİ**

**DENETİM
BİR İNSAN HAKKIDIR**



**SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDA
STRES
YÖNETİMİ**

**TÜRKİYE YÜZYILI
PERSPEKTİFİ VE TERÖRSÜZ TÜRKİYE
ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME**

Sağlık Akademisyenleri Derneği

www.saglikakademisyenleri.org

İmtiyaz Sahibi:
Sağlık Müfettişleri Derneği Adına
Nesip DELİBALTA

Genel Yayın Yönetmeni
Ömer YÜREKLİ

Yazı İşleri Müdürü
Sinem AYTEKİN ÖĞE

Dernek Yönetim Kurulu
Nesip DELİBALTA / Dernek Başkanı
Celal Gürol BİÇER / Başkan Yardımcısı
Harun AKBAŞ / Genel Sekreter
Duygu KARA / Sayman
Mustafa BUYRAZ / Y. Kurulu Üyesi
Umut Buğra DEMİR / Y. Kurulu Üyesi
Ünsal AKGÜL / Y. Kurulu Üyesi

Yayın Kurulu
B. İzzet TAŞÇI
AFAD Rehberlik ve Denetim Başkanı

Celal Gürol BİÇER
Teftiş Kurulu Başkan Yardımcısı
Nurullah Cemal KEMALOĞLU
Başmüfettiş

Necip Feyzayi UYGUN
Başmüfettiş

Bülent ŞAHİN
Başmüfettiş

Şahin SAVAŞ
Başmüfettiş

Birol TAŞDEMİR
Başmüfettiş

Yusuf ADIGÜZEL
Başmüfettiş

Serdar ERBAŞ
Dr. -Başmüfettiş

Çağrı ÖZYİĞİT
Başmüfettiş

Abdullah SAVAŞKAN
Dr. -Başmüfettiş

Mustafa Said YILDIZ
Doç. Dr., İç Denetçi

Grafik Tasarım
Grafikchi www.grafikchi.com

Baskı
Atalay Matbaası 0312 384 41 82

İrtibat
0553 330 07 59

İÇİNDEKİLER

SADE Editörden	3
PERFORMANS DENETİMİ Salih SERBEST	4
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ Nevzat KOÇ	14
FETAL ANOMALİLERDE HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜĞÜ B. İzzet TAŞÇI	26
KÜRESEL SAĞLIK DİPLOMASİ Mehmet Sait ULUĞ	31
HASTA-DOKTOR ARASINDAKİ MÜNASEBETLER NASIL OLMALIDIR? Nesip DELİBALTA	37
4924 SAYILI KANUNA TABİ SÖZLEŞMELİ SAĞLIK PERSONELİNDE İHTAR CEZASI: BİR HUKUKİ ANALİZ Ömer YÜREKLİ	41
ÜRETKEN YAPAY ZEKA VE “DEEPFAKE” TEHLİKESİ HAKKINDA HUKUKİ DEĞERLENDİRME Gülbüz YÜKSEL	47
OMUZ AĞRISININ HİKÂYESİ: EN YAYGIN NEDENLERİ, TEDAVİLERİ VE BİLİNMESİ GEREKENLER Baran SARIKAYA	52
İLİM BAHSİNDE TAKVİM YAPRAKLARINDA RAST GELDİKLERİM Tekin AVANER	56
SAĞLIK EĞİTİMLERİNDE KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ VE YALIN YAKLAŞIM: YETKİNLİK, SÜREÇ VE DEĞER ÜRETİMİ EKSENİNDE BÜTÜNLEŞİK (ENTEĞRE) BİR MODEL Oğuz POYRAZOĞLU	58
TERSİNE DÜŞÜNMEK Neslihan YAHŞİ	66
KONUMUZ MİZAH OLURSA... Durdu GÜNEŞ	54
TEFTİŞ ANILARI Nesip DELİBALTA	68
ÖRNEK YARGI KARARI Halil İbrahim BİLEN	74
DERNEKTEN HABERLER Ünsal AKGÜL	82
SADE Yayın İlkeleri	92



"Yaptıkları işin doğruluğuna
inanan insanlar,
çalışmalarının denetlenmesinden,
karşı fikirler ortaya atılmasından
ve tercihleri üzerinde münakaşa
yapmaktan zevk alırlar."

K. Atatürk

SADE

Editörden



Merhaba değerli okurlarımız,

Orta Doğu coğrafyası, tarihin en kritik ve en kırılgan eşiklerinden birinden geçmektedir. İsrail'in uzun süredir giderek belirginleşen genişlemeci politikaları; Gazze'den Lübnan'a, Suriye'den İran'a uzanan saldırgan güvenlik anlayışıyla bölgesel istikrarı ve barışı derinden sarsmaktadır. Buna ilave olarak, Amerika Birleşik Devletleri ile İsrail'in İran'a yönelik doğrudan askeri saldırıları, zaten hassas dengeler üzerinde duran bölgeyi daha büyük çatışma riskleriyle karşı karşıya bırakmıştır. Katar'dan Körfez hattına, Doğu Akdeniz'den Mezopotamya'ya kadar uzanan geniş coğrafyada gerilim tırmanmaktadır. Özellikle terör örgütlerine verilen açık ya da örtülü desteklerin, vekâlet savaşlarının ve siyasi mühendislik girişimlerinin bölgeyi parçalama stratejisinin bir unsuru olduğu artık inkâr edilemez bir gerçekliktir. Böylesi bir tablo karşısında kararlı duruş sergilemek; yalnızca askeri veya siyasi bir zorunluluk değil, aynı zamanda adaletin, insan onurunun ve bölgesel barış idealinin gerektirdiği vicdani bir sorumluluktur.

Bu kaotik ortamda, devletimizin kararlılıkla sürdürdüğü "Terörsüz Türkiye" hedefi, sadece sınırlarımızın güvenliği için değil, tüm bölgenin huzuru için hayati bir önem taşımaktadır. Terörden arınmış bir Türkiye; Suriye'de, Irak'ta ve diğer Orta Doğu ülkelerinde barışın, istikrarın ve refahın teminatı olacaktır. Terörün gölgesinin kalktığı bir coğrafyada, halkların kardeşçe yaşaması çok daha mümkün olacaktır.

SADE ailesi olarak sivil toplumun ve mesleki dayanışmanın gücüne olan inancımız tamdır. Bu vesileyle, Sağlık Müfettişleri Derneği'nin 10 Şubat 2026 tarihinde gerçekleştirilen Olağan Genel Kurulu'nun camiamıza hayırlı olmasını temenni ediyorum. Görevi devralan yeni Yönetim ve Denetim Kurulu üyelerini yürekten tebrik ediyor, çalışmalarında üstün başarılar diliyorum. Bugüne kadar derneğimize ve mesleğimize büyük emek veren, kıymetli katkılar sunan eski yönetim kuruluna da şahsım ve dergimiz adına şükranlarımı sunarım.

Kıymetli SADE okurları,

Altıncı sayımızla yeniden sizlerle buluşmanın heyecanını yaşıyoruz. Bu sayının hazırlanmasında emeği geçen, kalemleriyle bizlere ufuk açan değerli yazarlarımıza, hocalarımıza ve bizleri hiçbir zaman yalnız bırakmayan siz sadık okurlarımıza teşekkür ederiz.

Bu sayıda yer alan makale ve yazıların, alan yazınına ve tartışmalara katkı sağlamasını dileriz.

Sağlıkla, muhabbetle kalın.

Ömer YÜREKLİ
Genel Yayın Yönetmeni

performans DENETİMİ

Salih SERBEST*



1. GİRİŞ

Ülkemizde kaynakların ne şekilde, hangi amaçlar doğrultusunda kullanıldığını sorgulayan performans denetimiyle ilgili temel çalışmalar 1990'lı yıllarda başlamıştır. Özellikle 1996 yılı performans denetimi açısından bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Bu yılda Sayıştay'a performans denetimi yetkisi verilmesi ve ardından 2003 yılında yürürlüğe giren 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu gibi yasal düzenlemeler, yönetim ve denetim anlayışında performansın önemini vurgulamaktadır. Sayıştay Kanununda yapılan değişikliklerle birlikte performans denetiminin Sayıştay tarafından

yürütüleceği belirtilmiştir. Fakat bu konuda bazı önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Özellikle verimlilik, etkinlik ve tutumluluk gibi performans denetiminin temel unsurlarının doğru bir şekilde tanımlanması ve kamu yönetiminde uygulanabilir olması gerekmektedir. Çünkü performans denetiminin özü bu kavramlara dayanmaktadır.

2. PERFORMANS DENETİMİ

Performans denetimi, ortaya çıktığı 1940'lı yıllarda işletmelerin klasik denetim yaklaşımındaki kaynakların maliyeti yerine, yönetimin ve işlevlerin maliyet ve başarılarına odaklanan, 1960'lı yıllarda klasik bütçe yaklaşımından sıyrılarak program

* Dr., İç Denetçi, T.C. Sağlık Bakanlığı

çıktılarına ve mali planlamaya evrilen, 1970'li yıllarda mali içerikli kabuğunun kırılarak daha geniş boyutlara taşınarak gelişen, 1977 tarihinde ise Uluslararası Sayıştay Kuruluşları Birliğinin (International Supreme Audit Institutions-INTOSAI) Lima Kongresi'nde yeniden tanımlanarak yönetim faaliyet ve süreçlerini ekonomiklik, verimlilik ve etkinlik performansına yöneltilen, 1992 yılında Washington Kongresinde de standartları geliştirilmiş olan modern denetim anlayışıdır (Kubalı, 1999, ss. 34-35).

Performans denetimi, klasik denetim anlayışına ek olarak gelişen bir olgu olarak öne çıkmaktadır (Güven, 2012, s. 9). Performans denetimi, klasik kontrolde “ne, ne kadar, nasıl yapıldı?” soruları yerine **“ne yapıyoruz, niçin yapıyoruz, daha iyi nasıl yapabiliriz?”** (Özer ve İrdem, 2018, ss. 43-44) sorularını cevaplamaya çalışarak yönetsel faaliyetlerde ekonomikliği, üretim faktörlerinin verimliliği ile kurumsal amaç ve hedeflere ulaşma etkinliğini kapsar (Kebeli, 2020, ss. 13-14). Performans denetimi planlama, uygulama, raporlama ve izleme kademeleri olan bir süreç içerisinde gerçekleştirilmektedir (Savlı ve Akın, 2021, ss. 39-40; Kubalı, 1999, s. 45). Performans denetiminin gerçekleştirilebilmesi için yasal dayanağın bulunması ve iç denetçinin denetim alanıyla ilgili olarak yetkili kılınması gereklidir. Denetimin gereği gibi yerine getirilmesi için iç denetçinin, denetim sahası ile ilgili gerekli bilgileri edinmesi, bilgilerin güvenliğini sağlaması, denetim hedefini netleştirilmesi, yaşanan sorunların ortaya konulması, varsa önceden yapılan denetimlerin değerlendirilmesi, alanla ilgili toplanılacak bilgi ve belgelerin belirlenmesi, denetim takvimi oluşturma ve etkili denetim tekniğinin tespiti gibi hususlarda planlama yapması kaçınılmazdır. Denetçi, denetlenen birimi gerektiği ölçüde açık, seçik ve net bir şekilde bilgilendirmelidir. Denetçinin toplayacağı belgelerin açık ve net olması, ispat edilebilir, doğru, yeterli ve konuyla ilgili olması, sözlü bilgiye itibar edilmemesi, gizli bilgilerin korunması, bulguların güncel, belgelerin orijinali ile güvenilir bulguların somutlaştırılması zaruridir.

Performans denetim sonuçları denetçi tarafından tarafsız, bütüncül, ilgili, kısa, öz, açık, ikna edici, yapıcı ve doğru biçimde belli standartlara uygun formatta raporlanmalı ve sonuçlar takip edilmelidir (Sandal, 2016, ss. 42-47).

Günümüzün değişen ve ilerleyen dünyasında, Türk kamu yönetiminin bu değişimlere uyum sağlaması ve yeni yapılanmalara adapte olması hayati önem taşımaktadır. Kamu kurumlarının ve kamu temsilcilerinin sorumluluğu gereği, yöneticilerin daha iyi ve kaliteli hizmet sunabilmeleri için kurumların düzenli denetime tabi tutulması kaçınılmazdır. Dolayısıyla kamu kurumlarının etkinliklerinin ve verimliliklerinin artırılması, başarı ve etkinlik gibi kriterlerin değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Performans denetimi, kurumların belirlenen hedeflere ne ölçüde ulaştığını ve planlanan programların ne kadar başarılı bir şekilde gerçekleştirildiğini değerlendirmeyi içermektedir. Bu değerlendirme sürecinde, kaynakların etkili ve verimli bir biçimde kullanılması da göz önünde bulundurulmalıdır (Kerimoğlu, 2007, s. 25).

Kamu sektöründe rekabet eksikliği ve dolayısıyla sunulan hizmetlerin alternatifinin olmaması, performansın uzun süre boyunca ciddi bir öncelik olmamasına neden olmuştur. Ancak son dönemlerde ortaya çıkan ekonomik zorluklar, hükümetleri kamu harcamalarını azaltmaya ve daha az kaynakla daha fazla hizmet sunmaya

Kurumların belirlenen hedeflere ne ölçüde ulaştığını ve planlanan programların ne kadar başarılı bir şekilde gerçekleştirildiğini değerlendirmeyi içermektedir.

yönlendirmiştir. Bu durumun, hizmet kalitesinin artmasına ve kamu kurumlarının daha verimli hale gelmesine katkıda bulunması öngörülmektedir (Aydin, 2007, s. 17).

Performans denetimi, kamu kurumlarının etkin bir şekilde denetlenmesinde önemli bir araç niteliğindedir. Bu tür denetim, incelenen kurumun kaynaklarının verimli, etkin ve tutumlu bir şekilde kullanılıp kullanılmadığını belirlemeyi ve bu çerçevede gereken özenin gösterilip gösterilmediğini değerlendirmeyi içermektedir (Özer, 1992, s. 31). Performans denetimi tek bir tanımla sınırlı değildir. Aslında bu denetim yöntemi, bir kurumun, bir programın veya bir faaliyetin yönetim kriterlerini değerlendirerek hesap verme sorumluluğunun ne ölçüde yerine getirildiğini inceleyen bir süreçtir. Mali ve insan kaynaklarının etkin yönetimiyle hesap verebilirlik mekanizmasının işleyişini değerlendirmektedir. Bu denetimler; tarafsızlık, başarı veya başarısızlık unsurlarını belirleme ve gelişim önerileri sunma gibi ortak özelliklere sahiptir (Kubalı, 1998, s. 30).

Performans denetimi, kamu yönetiminin önemli bir kaynağı olan kamu çalışanlarının etkinliğini artırmak için en sık başvurulan yöntemler arasında yerini almıştır. Çalışanların performanslarına dayalı olarak ödüllendirilmesi veya cezalandırılması mekanizmalarının geliştirilmesi, idarelerin kurumsal ihtiyaçlarını karşılamak için performans yönetimine dayalı bir denetim sisteminden yararlanmalarını gerektirmektedir (Ceylan, 2009, s. 45). Performans denetimi, kamu kurumlarının kurumsal ve bireysel performanslarını içermektedir (Köseoglu, 2019, s. 512).

INTOSAI'nin denetim standartları, devlet denetiminde düzenlilik ve performans denetimini içermektedir. Performans denetimi şunları kapsamaktadır:

- İdari faaliyetlerin ekonomisinin, sağlam idari ilkelere ve uygulamalara ve yönetim politikalarına

uygun olarak denetlenmesi.

- Bilgi sistemlerinin, performans ölçümlerinin ve izleme düzenlemelerinin incelenmesi ve denetlenen kuruluşlar tarafından tespit edilen eksikliklerin giderilmesi için takip edilen prosedürler de dâhil olmak üzere insan, finans ve diğer kaynakların kullanımının etkinliğinin denetimi.

Performans denetimi tek bir tanımla sınırlı değildir.

- Denetlenen kurumun objektifliğine ulaşılmasıyla ilgili performansın etkinliğinin denetimi ve faaliyetlerin fiili etkisinin amaçlanan etkiyle karşılaştırıldığındaki denetimi.

Performans denetimi, yasama organının aldığı kararlara veya belirlediği hedeflere dayanmaktadır ve tüm kamu sektörü genelinde uygulamak mümkündür (INTOSAI, 2004, s. 11).

6085 sayılı Sayıştay Kanununa göre performans denetimi, idarelerin belirlediği hedefler ve göstergeler doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlerin sonuçlarının ölçülmesini içeren bir denetim sürecidir. Performans denetimi, kurumların belirlediği hedeflere ulaşma düzeyini ölçen bir denetim türüdür ve bu denetimde amaç, kurumların performansının istenilen standartlara ne derecede uygun olduğunu değerlendirmektir. Bu denetimin sağladığı geri bildirimler, kurumların performanslarını iyileştirmek için gerekli adımları atmasına olanak tanımaktadır (Kara ve Karakılıçık, 2016, s. 730; Altıntaş, 2008, s. 4).

İç kontrol, idarenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olan bir yönetim aracıdır ve genellikle yönetim kontrolü olarak adlandırılır. İç kontrol, idarenin amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlamak için kullanılan yönetim araçlarının tümünü kapsar. Bu sistem ve araçlar, idareye ve yöneticilere zorunlu kılınan kurallara değil, yöneticilerin hedeflerini gerçekleştirmeleri için gerekli olan destek mekanizmalarıdır. Bu nedenle, etkili bir yönetim aracı olarak iç kontrol, özellikle üst yöneticilerin olumlu bir yaklaşımını



gerektirir. Uluslararası Sayıştaylar Birliği (INTOSAI) tarafından Kasım 2004'te Kamu Sektörü İçin İç Kontrol Standartları Rehberi yayımlanmıştır. INTOSAI'ye göre iç kontrol; kurum yönetimi ve personeli tarafından tasarlanıp uygulanan, idarenin hedeflerine ulaşmasını sağlamak amacıyla riskleri değerlendiren ve makul bir güvence sunan bütüncül bir süreçtir. Bu süreç, şu genel hedeflerin gerçekleştirilmesine göre olmalıdır:

- Faaliyetlerin etik kurallara uygun, ekonomik, etkin ve etkili bir şekilde yürütülmesi.
- Hesap verme sorumluluğunun yerine getirilmesi.
- Kanun ve diğer düzenlemelere uyum sağlanması ve kaynakların zarar görme, kötü kullanım ve kayıplardan korunması.

İç kontrol sisteminin temel bileşenlerinden biri iç denetim faaliyetidir. Uluslararası İç Denetçiler Enstitüsü'ne (IIA) göre iç denetim, bir kurumun faaliyetlerini iyileştirmeyi ve değer katmayı amaçlayan bağımsız ve objektif bir güvence ve danışmanlık hizmetidir. İç denetçiler, iç kontrol sistemini gözden geçirir, değerlendirir ve iyileştirme önerileri sunar. Bu kapsamda, iç denetçiler;

- Mali ve faaliyet bilgilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini değerlendirir.
 - Faaliyetlerin mevzuat, plan ve kontrol prosedürlerine uygunluğunu inceleyen mekanizmaları araştırır.
 - Varlıkların güvenliği ve korunmasıyla ilgili işlemleri gözden geçirir.
 - Kaynakların verimli kullanımını değerlendirir.
 - Faaliyetlerin plan ve programlara uygunluğunu kontrol eder.
 - Uygulama sonuçlarının amaç ve hedeflerle uyumlu olup olmadığını inceler ve faaliyetleri değerlendirir.
- İdarenin yöneticileri ve iç denetçiler dışında kalan personel de görevlerini yerine getirirken

kontrol faaliyetlerini yürütmekle ve belirlenmiş kontrol prosedürleri ile mevzuata aykırı durumları ilgili mercilere bildirmekle yükümlüdür (Arcagök, 2006, ss. 144-150).

2.1. Performans Denetiminin Unsurları (VET)

Performans denetiminin temel unsurları, verimlilik, etkinlik ve tutumluluktur, kısaca VET olarak ifade edilir. Verimlilik, belirli kaynaklarla en yüksek düzeyde ürün elde etmeyi ve belirli girdilerle maksimum çıktıyı sağlamayı hedefler. Bu, kullanılan kaynaklar ile elde edilen çıktılar arasındaki ilişkiyi gösterir ve belirli bir miktar girdi ile en yüksek çıktıyı elde etmek veya belirli bir çıktı için en az girdi kullanımını ifade eder. Bu değişimler, daha fazla çıktı elde etmek için belirli bir miktar kaynak kullanımı, daha az kaynak kullanımıyla sabit bir çıktı sağlama ve çıktı artışının kaynak artışına oranla daha fazla olması şeklinde gözlemlenebilir, bu da verimliliğin artışı gösterir (Köseoglu, 2019, s. 512; Akal, 2000, s. 25).

Etkinlik kavramı, bir kurumdaki gereksiz veya tekrarlanan faaliyetleri ve hizmetleri tespit eden bir performans denetim unsuru olarak hizmet vermektedir. Etkinlik, kaynakların verimsiz

kullanımını engelleyerek ve aynı hedefe veya çıktıya daha az maliyetle ulaşılmasını sağlayarak kurum için rehberlik sağlar. Etkinlik, gereksiz veya etkisiz programların tanımlanması ve ortadan kaldırılmasına olanak tanır. Bu da tutarlı veya çatışan hedeflerin ve çıktıların belirlenmesi ile çıktıların

hedeflerle karşılaştırılabilirliği açısından önem taşır. (Falay, 1997, ss. 20-21). Etkinlik, program sonuçlarının istenilen yönlerini yansıtan üç ana bileşenden oluşmaktadır:

- Uygunluk: Sunulan hizmetler, kullanıcıların ihtiyaçlarıyla uyumlu mu?
- Erişilebilirlik: Hizmetlerden yararlanmak isteyenler, bu hizmetlere kolayca ulaşabiliyor mu?

İç kontrol, idarenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olan bir yönetim aracıdır.

Bir kurumun faaliyetlerini iyileştirmeyi ve değer katmayı amaçlayan bağımsız ve objektif bir güvence ve danışmanlık hizmetidir.

- Kalite: Sunulan hizmetler, gereken standartları karşılıyor mu? (Engin, 2015, ss. 71-72).

Tutumluluk kavramı, belirlenen hedeflere ulaşmak için gereken kaynakların uygun kalitede, uygun miktarlarda ve en uygun maliyetle temin edilip kullanılmasını ifade eder. Tutumluluk unsuruyla yapılan denetim, kamu kaynaklarının etkili bir şekilde kullanılıp kullanılmadığını değerlendirir ve aynı hedefe ulaşmak için mevcut alternatiflerin karşılaştırılmasıyla kaynak tasarrufu sağlanabilecek alanları belirler. Kamu idarelerinin faaliyetlerine odaklanan ekonomiklik unsuru, performans denetimi içinde diğer unsurlarla birlikte veya ayrı olarak uygulanabilir. Performans denetimi, kamu kaynaklarının verimli kullanılıp kullanılmadığını anlamak ve maliyet tasarrufu sağlanabilecek alanları belirlemek gibi hedeflerle ele alındığında, ekonomiklik unsuru da değerlendirilebilir. Tutumluluk unsuru için önerilen temel sorular şunlardır: Kamu kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilir. Hedeflere ulaşmayı engelleyebilecek kaynak israfı olup olmadığı araştırılır. Var olan kaynakların daha düşük maliyetle temin edilip edilemeyeceği incelenir. Benzer kalitede, ancak daha uygun maliyetli seçeneklerin olup olmadığı araştırılır. Satın alımlarda düşük maliyetin yanı sıra uygun kalite kriterlerine uyulup uyulmadığı değerlendirilir. Kullanılan kaynakların ihtiyaç duyulduğu zaman temin edilip edilmediği gözden geçirilir (İç Denetim Koordinasyon Kurulu, 2016,

ss. 21-22).

Bazı yazarlar, bu unsurlara ek olarak “eşitlik” unsurunun performans denetimlerine eklenmesini önermektedir. Bu öneri, sadece tüketici perspektifinin değil, aynı zamanda kamu hizmetlerinden hangi grupların yararlanacağını belirlenmesini de içerir. Bazı yazarlar, bu unsurlara erişilebilirlik (availability), farkındalık (awareness), kapsamlılık (extensiveness) ve kabul edilebilirlik (acceptability) gibi unsurların da dâhil edilmesi gerektiğini öne sürmektedirler (Bilge, 2006, s. 14).

2.2. Performans Denetiminin Amaçları

Kamu yönetiminde performans uygulamalarının gerekliliği, kamu kurumlarının kurumsal sorumluluk anlayışını benimsemesi gerekliliğinden kaynaklanmaktadır. Bu çerçevede, kamu kurumları faaliyetlerinde, kaynakların verimli ve yerinde kullanımından başlayarak hizmetlerin kurumun amaçları doğrultusunda sunulup sunulmadığına kadar her aşamada sorumluluk taşır.

Performans denetimi, ekonominin en temel sorunu olan kısıtlı kaynakların etkin bir şekilde kullanılması gerekliliğinden doğmuştur. Mali açıdan etkin ve verimli kaynak kullanımını teşvik etmek amacıyla, daha objektif kriterlere dayalı anlayışların geliştirilmesine yol açmıştır. Bu yeni anlayışlar, kamu kurumlarında performansın denetlenmesini gerektirmiştir. Kamu sektöründe uygulanan performans denetimi, yönetim süreçlerinin etkinliğini artırmayı ve kaynakların etkin kullanımını sağlamayı amaçlamaktadır (Güven, 2012, s. 14).

6085 sayılı kanunun 34. maddesi, denetimin amaçları arasında şunları belirtmektedir:

Kamu idarelerinin faaliyet sonuçlarına dair TBMM ve kamuoyuna güvenilir ve yeterli bilgi sağlanması, kamu idarelerinin performansının değerlendirilmesi, hesap verme sorumluluğunun ve saydamlığın teşvik edilmesi ve yaygınlaştırılmasıdır (T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2014, s. 6).



2.3. Performans Denetiminin Özellikleri

Performans denetimi, belirli gereksinimlere veya beklentilere sıkı sıkıya bağlı olmayan esnek bir denetim türüdür ki bu mali denetimden farklıdır. Mali denetim genellikle sabit standartlara dayanırken, performans denetimi konu, nesne, yöntem ve görüş seçiminde daha esnekler. Resmleştirilmiş bir denetim değildir ve özel denetim kökenlerine sahip değildir. Tekrarlanmayan bir temelde yapılan bağımsız bir incelemedir. Geniş kapsamlıdır ve yargıya ve yoruma açıktır. Farklı araştırma ve değerlendirme yöntemlerine sahip olmalı ve geleneksel denetimden farklı bir bilgi tabanına dayanmalıdır. Kontrol listelerine dayalı bir denetim türü değildir. Performans denetimi, farklı ve karmaşık soruları ele alır. Yasal yetkisi dâhilinde, tüm hükümet faaliyetlerini çeşitli açılardan inceleme özgürlüğüne sahiptir. Performans denetimi ile mali denetim arasındaki iş birliğini zayıflatmak her türlü işlemlerden kaçınılmalıdır. Performans denetiminin temelini belirleyen bazı düşünceler bulunmaktadır. Birincisi, tüm hükümet faaliyetlerinde ekonominin, verimliliğin ve etkinliğin değerlendirilmesinin önemli olduğu ve bu amaçla bu konuların incelendiği ve değerlendirildiği, daha iyi hükümet harcamalarına ve kamu hizmetlerine katkıda bulunabilecek bir denetim ihtiyacı olduğudur. İkincisi, güvenilir ve bağımsız bilgiye sahip olmanın önemli olduğudur. Kamu yararını temsil eden bir denetçinin varlığı gereklidir; özgür bir şekilde düşünebilme ve hareket edebilme yeteneğini ortaya koymak ve sorgulamak. Son olarak ise hükümet faaliyetlerine genel bir bakış açısı ve iç görü ile performansını etkileme ve iyileştirme yeteneğinin önemli olduğudur. Bu rolü yerine getirebilecek, öğrenmeyi ve değişimi teşvik eden ve karar verme süreçlerini iyileştiren yetkin bir denetçiye ihtiyaç vardır (INTOSAI, 2004, ss. 12-13).

Performans denetimi, farklı ve karmaşık soruları ele alır.

Performans denetiminin özelliklerini özetlemek gerekirse:

- Faaliyetlerin VET ilkelerine uygunluğunu değerlendirir.
- Bir kurumun veya programın tamamını veya bir kısmını inceler.
- Yargısal bir karara varmaz ve dünya genelinde benzeri bulunmamaktadır.
- Geniş bir kapsama sahip olup merkezi yönetim ve belediyelerde uygulanabilir.
- Yönetimdeki zayıflıkları tespit ederek gelişmeye katkıda bulunur.
- Siyasi yargı içermez ve politikaların uygulanma biçimini inceler.

• Karmaşık, zaman alıcı ve maliyetlidir. Ancak sağladığı faydalar oldukça önemlidir (Aydın, 2007, ss. 63-64).

3. KAMU MALİ YÖNETİMİNDE PERFORMANS DENETİMİ VE KAPSAMI

Performans denetimini; denetlenen kurum, örgüt ve işletme kaynaklarının verimlilik, etkinlik ve ekonomiklik esaslarına göre idare edilip edilmediğini tespit için faaliyetlerin ve işlemlerin bağımsız bir şekilde değerlendirilmesi olarak tanımlamak mümkündür (Candan, 2007, s. 50).

Kamu İç Denetçileri İçin Performans Denetim Rehberinde kamu mali yönetiminde performans denetimi; “Bir kamusal faaliyet, program, proje ve sürecin etkinliğini, ekonomikliğini ve verimliliğini belirlemek amacıyla yapılan icraatların ve geçirilen aşamaların sistematik ve objektif bir değerlendirmesidir.” şeklinde tanımlanmaktadır. Burada hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek, kamu kaynaklarının hesap verme sorumluluğu çerçevesinde yerli

yerinde etkin, ekonomik ve verimli olduğunu ortaya koymak yönetimin gelişiminin ve kalitesinin artmasına da katkı sağlayacaktır (İç Denetim Koordinasyon Kurulu, 2016). 5018 sayılı Kanunun 64 üncü maddesinin (b) bendinde İç Denetçilerin görevleri arasında “Kaynakların etkili, ekonomik ve verimli kullanılması bakımından incelemeler yapmak ve önerilerde bulunmak.”, (d) bendinde “İdarenin harcamalarının, mali işlemlere ilişkin karar ve tasarruflarının, amaç ve politikalara, kalkınma planına, programlara, stratejik planlara ve performans programlarına uygunluğunu denetlemek ve değerlendirmek.” sayılmış yine İç Denetçilerin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte performans denetimi: “Yönetimin bütün kademelerinde gerçekleştirilen faaliyet ve işlemlerin planlanması, uygulanması ve kontrolü aşamalarındaki etkililiğin, ekonomikliğin ve verimliliğin değerlendirilmesidir.” şeklinde tanımlanmıştır. Söz konusu tanımlar İç Denetim Mesleki Uygulama Standartlarına göre yapılan tanım paralelindedir. Ekonomiklik ilkesi, denetlenen kurumun hizmetlerinin zamanında, yeterli kalite ve miktarda, uygun bedelle sunulmasını; etkinlik ilkesi, kullanılan kaynaklar ile elde edilen sonuçlar arasındaki en ideal bağlantıyı; etkililik ilkesi ise amaçları çıktılarına ulaşıp arzu edilen sonuçların elde edilebilmesini ifade etmektedir (Nangır, 2014, s. 526).

Yüksek Denetim Kurumları Örgütü-International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI)’ye göre performans denetimi Kamu İç Denetçileri Performans Denetim Rehberi’ndeki tanıma yakın olarak; “Kamu kurum ve kuruluşlarına ait girişim, sistem, işlem, program, faaliyet veya organizasyonların ekonomiklik, verimlilik ve etkinlik ilkeleri doğrultusunda yürütülüp yürütülmediği ve iyileştirmeye gerek olup olmadığının bağımsız, tarafsız ve güvenilir şekilde incelenmesidir.”

şeklinde tanımlanmaktadır. (Sayıştay Başkanlığı, 2021).

3.1. Kamu Mali Yönetiminde Performans Denetiminin Öne Çıkmasının Nedenleri

Kamu klasik denetiminde mali denetim ve mevzuata uygunluk denetimi esas olup bütçe bakımından gelirlerin toplanması, giderlerin yapılmasına temel teşkil eden belgelerin aritmetik kontrolünden oluşur. Doğruluk, kanunilik ve düzenlilik temel olarak dikkate alınan unsurlardır. Performans denetimi ile birlikte denetimin kapsamı genişlemiştir. Bu denetim türü 1940’lı yıllara dayanmaktadır. Özel sektör kuruluşlarının sanayi standartlarına göre verimliliklerinin ölçülmesi bakımından yapılan işlem denetiminin önem kazanması ile denetim türleri arasına girmiştir. 1949 yılında ABD’de de Hoover Komisyonu’nda performans denetimine değinilmiştir. Denetimin ilgi alanı kaynak kullanımı, yürütmenin faaliyetleri, maliyetleri, etkinliği, ekonomikliği, performansına göre değişim geçirmiştir. Özellikle 1970’li yıllarda klasik denetim usullerinin yeterli olmaması sonucu ABD, İsveç ve Kanada gibi sanayileşmiş ülkelerin yüksek denetim kurumları performans denetimini tanımlamışlardır. 1997 Lima Konferansı’nda INTOSAI performans denetimine vurgu yapılmıştır. Buna göre; “kamu idaresinin performansına, etkililiğine, iktisadiliğine ve etkinliğine yönelik bir başka denetim türü daha vardır. Bu denetim sadece bir takım özel hususları değil, organizasyon ve idari sistemleri içeren geniş idari faaliyetleri de kapsar.” vurgusu yapılmıştır. Konferansa müteakip ülkeler performans denetimi içerecek şekilde mevzuat düzenlemesi yaparak denetim alanlarını genişletmişlerdir (Kubalı, 1998, ss. 12-13, s. 81). Ülkemizde de gerek Sayıştay Başkanlığı’nın yayımlamış olduğu gerekse de İç Denetim Koordinasyon Kurulu’nun yayımlamış olduğu

Karmaşık, zaman alıcı ve maliyetlidir. Ancak sağladığı faydalar oldukça önemlidir.



performans denetim rehberleri mevcuttur.

3.2. Türkiye’de Kamu Denetiminde Performans Denetimini Öne Çıkaran Değişim Süreci

Ülkemizde çeşitli raporlarda ve kalkınma planlarında yönetimdeki değişim ve gelişim bağlamında performans denetimine de yer verilmiştir. Dünyada yukarıda bahsedilen yönetim ve denetimdeki gelişmeler, Türkiye’de de gerek bu gelişmelere paralel gerekse de iç ihtiyaçlar doğrultusunda yapılan reformlar sonucunda performans denetimi kamu mali yönetiminde yerini almıştır. Kurallara uygunluk denetiminin yeterli olacağı anlayışının yerine performans ölçümünün, verimlilik, etkinlik temelli denetimin de olması gerekliliği ülkemizde de zamanla kabul edilmiştir.

4. PERFORMANS DENETİMİ UYGULAMALARI

Denetim uygulamalarını ülkelerin yönetim kontrol sistemleri üzerinden ikili bir ayrıma tabi tutulan Kuzey ve Güney modeline göre ele alabiliriz. Kıta Avrupası denilen güney modelinde Fransa, Portekiz, İspanya gibi ülkeler var iken Anglo-Sakson denilen Kuzey Modelinde İngiltere, ABD, Yeni Zelanda gibi ülkeler vardır. Güney Modelinde üç taraflı ön kontrol anlayışı her bir kurumun kendi personel ve denetim elemanlarınca değil, ayrı bir kurum tarafından yerine getirilir. Örneğin Fransa’da bu kurum Maliye Bakanlığı’dır ve bu sistemde temel gerekçe bağımsızlığın daha iyi sağlanacağı anlayışıdır. Kuzey Modelinde yönetim sorumluluğu esas olup her bir kurumun kendi personeli denetim elemanları vasıtasıyla iç mali kontrol sistemleri yürütülür. Performans denetimi uygulamaları bakımından Kuzey Modelinde gelişim daha iyi sağlanmış iken Güney Modelinde

gelişim sınırlı kalmıştır. Kıta Avrupası ülkesi Fransa örnek alınarak kamu idare teşkilatı oluşturulmuş Türkiye’de özellikle 5018 sayılı Kanun vasıtasıyla kamu mali yönetim sistemi bakımından Kuzey Modeline doğru yönelme olduğu görülmektedir (Gönülaçar, 2021).

5. SONUÇ

Dünyada 1980’li yıllardan itibaren hâkim olmaya başlayan Yeni Kamu Yönetimi anlayışıyla birlikte kamu mali yönetiminde etkinliğe, verimliliğe ve performansa verilen değerlerde artış yaşanmıştır. Mali saydamlık, hesap verebilirlik ve performans yönetimine yönelik olarak ülkeler, kamu mali yönetim sistemlerinde düzenlemeler yapmışlardır. Ülkemizde de bu yeni anlayış doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır.

Türkiye’de Osmanlı döneminden günümüze gelinceye kadar kamu mali yönetiminde değişimler yaşanmıştır. Buna paralel olarak denetimde de mali ve uygunluk denetiminden performans denetimine doğru değişimler olmuştur.

5018 sayılı Kanun ile beraber 2006 yılından bu yana kamu mali yönetimimizde performans esaslı bütçeleme sistemi uygulanmaktadır.

Mali saydamlık ve hesap verme sorumluluğu çerçevesinde kamu idarelerinin stratejik planını, performans raporunu ve faaliyet raporlarını yayımlaması gerekmektedir. Performans denetim kriterlerinin ilk değerlendirme kriteri mevcudiyet kriteridir. Kamu idarelerinin ilgili dokümanı hazırlamış ve de yayımlamış mı sorusuna cevap aranmaktadır. Dolayısıyla mevcudiyet kriteriyle aslında mali saydamlık ve

hesap verme için gerekli olan raporlamanın yapılıp yapılmadığı sorgulanmaktadır. Sayıştay performans denetiminde kullandığı diğer

Performans denetimi, ekonominin en temel sorunu olan kısıtlı kaynakların etkin bir şekilde kullanılması gerekliliğinden doğmuştur.

kriterlerle de idarenin faaliyet sonuçlarını ölçmemektedir. Performans raporlarındaki bilgilerin doğruluğunu ve güvenilirliğine ilişkin kamuoyuna Sayıştay tarafından güvence verilmektedir.

Sayıştay, kamu idarelerinin performans denetimi sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılması performans denetiminin mali saydamlık boyutunu oluşturmaktadır.

Mali saydamlık var olan mali bilginin raporlanması için gerekli alt yapının oluşmasını sağlayarak denetim için önem arz etmektedir. Denetim öncesi gerçekleştirilen doğru raporlama için mali saydamlık gereklidir. Hesap verme sorumluluğu ise denetim sonuçlarından elde edilen veriler aracılığıyla gerçekleşmektedir.

Dolayısıyla Sayıştay'ın gerçekleştirmiş olduğu performans denetimi, bir mali saydamlık ve hesap verebilirlik aracı olabilir. Fakat performans denetiminde kullanılan kriterler performans bilgisinin denetimi olarak mali saydamlığa hizmet etmektedir. Sayıştay'ın gerçekleştirdiği performans denetiminde, performans değerlendirilmesi yapılmadığı için performans hesap verebilirliği göz ardı edilmektedir. Gerçekleştirilen denetimler iyi işleyen bir kamu mali yönetimi için önemli fakat yeterli değildir.

KAYNAKÇA

Akal, Z. (2000). *İşletmelerde performans ölçüm ve denetimi* (4. Baskı). Milli Prodüktivite Merkezi (MPM) Yayınları.

Altıntaş, A. (2008). *Mahalli idarelerde performans yönetimi ve riskleri*. Sayıştay Dergisi, 19(69), 3-16.

Arcagök, M. S. (2006). İç kontrol. C. C. Aktan (Ed.), *Kamu mali yönetiminde stratejik planlama ve performans esaslı bütçeleme* (1. Basım, s. 141-160) içinde. Seçkin Yayıncılık.

Aydın, S. (2007). *Belediyelerde performans denetimi ve mali denetim*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.

Bilge, S. (2006). *Yerel yönetimlerde performans ölçümü ve dışsal faktörlerin yerel*

yönetimlerin performansına etkisi üzerine bir araştırma. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi.

Candan, E. (2007). *Türk Bütçe Sisteminde Performans Denetimi*. Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.

Ceylan, Z. (2009). *Performansa dayalı ücretlendirme modelleri ve Türkiye açısından bir değerlendirme*. Sayıştay Dergisi, 74-75, 45-72.

Engin, R. (2015). *Belediyelerde performans denetimi ve Türkiye'deki durumun değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi.

Falay, N. (1997). *Denetim, verimlilik/etkinlik/tutumluluk (vet) ve Sayıştay*. Sayıştay Dergisi, 8(25), 18-30.

Güven, A. (2012). *Belediyelerde performans denetimi ve algılanması üzerine bir araştırma*. Yayımlanmamış Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi.

Gönülaçar, Ş. (2021). İç Denetimin Bürokratik Serencamı. https://www.academia.edu/5352334/%C4%B0%C3%A7_Denetimin_B%C3%BCrokratik_Serencam%C4%B1, 11.12.2021

INTOSAI. (2004). *Implementation guidelines for performance auditing. Standards And Guidelines For Performance Auditing Based On INTOSAI's Auditing Standards And Practical Experience*.

İç Denetim Koordinasyon Kurulu. (2016). *Kamu iç denetçileri için performans denetimi rehberi*. Ankara: İç Denetim Koordinasyon Kurulu.

Kara, H. ve Karakılçık, Y. (2016). 5018 sayılı kanun kapsamında yerel yönetimlerin denetimi: Getirdiği yenilikler, uygulamalar ve karşılaşılan eksiklikler. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 6(3), 730-731.

Kebeli, A. (2020). *Kamu iç denetiminde performans denetiminin yeri*. Denetişim, 10(20), 5-34.

Kerimoğlu, B. (2007). *Yerel yönetimlerde mali kontrole yaklaşım*. YYVD, 12, 21-26.

Köseoğlu, Ö. (2019). *Türk kamu yönetiminde*



yönetim ve hizmet usulleri, Ateş, H. (Ed.), Türk kamu yönetimi (s. 495-519) içinde. Savaş Yayınevi.

Kubalı, D. (1999). Performans denetimi. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(1), 31-62.

Kubalı, D. (1998). Performans Denetimi Kavramlar, İlkeler, Metodoloji, Uygulamalar, İnceleme. Ankara: Sayıştay Başkanlığı.

Nangır, E. (2014). Performans Bütçeleme Uygulamada Olmadan Performans Denetimi Yapılabilir mi? H. Kırıl içinde, *İç Denetim* (s. 521-533). Ankara: İç Denetim Koordinasyon Kurulu.

Özer, H. (1992). Performans denetimi. *Sayıştay Dergisi*, 7, 30-40.

Özer, M. A. ve İrdem, İ. (2018). Türkiye'de kamu kuruluşlarının performansı denetleme ve

değerlendirme zorunluluğu. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 35-55.

Sandal, A. (2016). Avrupa birliğinde performans denetimi. *Denetişim*, 8, 41-48.

Savlı, P. ve Akın, O. (2021). Muhasebe denetiminde iç kontrol ve iç denetimin önemi: Antalya ilinde faaliyet gösteren sanayi işletmelerinde bir uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Dergisi*, 5(1), 31-58.

Sayıştay (2021). https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/95906369/files/mevzuat/Standartlar/ISSAI_1003.pdf, 04.04.2021

T.C. Sayıştay Başkanlığı. (2014). Performans denetimi rehberi. Ankara: Sayıştay Başkanlığı.



BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

“Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi,
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi”

Nevzat KOÇ*



GİRİŞ

Kurtuluş savaşımızın (1919-22) devam ettiği günlerde, “Güçlü bir gelecek, sağlıklı nesillerin omuzlarında yükselir” düsturundan hareketle, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışından hemen sonra, 03 Mayıs 1920 tarihinde kabul edilen 3 sayılı kanun ile Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş ve günümüzde Sağlık

Bakanlığı adını almıştır. Gerek savaş gerekse barış ortamında Genç Türkiye Cumhuriyeti, bir taraftan reformlarla kurumsallaşmaya çalışırken, diğer taraftan uzun süren savaş ve salgın hastalıkların ağır sonuçlarını iyileştirmeye ve ortadan kaldırmaya yönelmiştir. Nitekim her alanda başlatılan kıyasıya çalışmalar, sağlık alanında da yoğun bir şekilde sürdürülmüştür. Salgın hastalıklarla mücadele gereği tedavi

* E. Başmüfettiş (Sağlık Bakanlığı), Yazar



edici sağlık hizmetleri öncelenirken, zamanla koruyucu sağlık hizmetlerini içeren Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, temel mevzuat üzerinden şekillendirilmeye devam edilmiştir. Bu bağlamda, 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde de "Tüm bireylerin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı" güvence altına alınmıştır. Böylece devlet, tüm bireylerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşam sürmelerini sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması ile yükümlü kılınmıştır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri, özellikle Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren köklü reformlar, gelişim ve değişim süreçleri yaşamıştır. Bu süreçler toplum sağlığını iyileştirmeyi, hizmete erişimi artırmayı ve sistemi daha etkin hale getirmeyi amaçlamıştır.

Sağlık hizmetlerinde gelişim ve dönüşüm aşığıdaki başlıklar altında toplanabilir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında (1923-1950) savaştan başarıyla çıksa da yorgun ve yoksulluk içindeki ülkemiz sağlık alanında ilk yıllardan itibaren salgın hastalıklarla (sıtma, verem, frengi) mücadele öncelik kazanmıştır. Sağlık hizmetleri daha çok koruyucu sağlık hizmetleri üzerine yoğunlaşmıştır. Kırsal alanlara sağlık hizmeti götürmek için gezici ekipler oluşturulmuştur.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesi Hakkında Kanunun uygulama döneminde (1961-1980), sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir olması amaçlanmış, dolayısıyla da birinci basamak sağlık hizmetleri desteklenmiştir. Böylece sağlık ocakları sistemi yaygınlaşmıştır. Bu kapsamda verem ve sıtma ile mücadele, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri yanında aşılama çalışmaları da gelişmiştir.

1980 Sonrası dönemde serbest piyasa anlayışının etkisiyle sağlıkta özel sektörün rolü artmıştır. Dolayısıyla da özel hastaneler yaygınlaşmış, ancak sağlık hizmetleri sunumunda eşitsizlikler ortaya çıkmıştır. Sosyal güvenlik kurumları (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı) arasında hizmet farkları oluşmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı dönemde (2003 ve Sonrası), sağlık sisteminde reform sayılabilecek köklü değişimler yaşanmıştır. Bunlardan önemli olanlar şöylece sıralanabilir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulmuş, Aile Hekimliği Sistemi getirilmiş, birinci basamak hizmetler yeniden yapılandırılmış, Devlet ve SSK hastaneleri tek çatı altında toplanmış, hastanelerde randevu sistemi (MHRS) ve dijital sağlık uygulamaları geliştirilmiştir.

Günümüzde sağlık hizmetleri, sağlıkta dönüşümün 2. aşaması olarak nitelendirilen şehir hastaneleri ile devam ettirilmiştir. Yüksek maliyetli, ileri teknolojiye sahip bu sağlık komplekslerinin anavatanı olan İngiltere ile iş birliği yapılarak, Kamu Özel Ortaklığı 'KÖO' şeklinde uygulaması başlatılmış (İngiliz sağlık sistemini zora sokan bu şehir hastaneleri uygulaması ülkemizde iyileştirilerek uygulamaya sokulmuş olup, ayrı bir makalede ele alınması yerinde olacaktır), dijital sağlık (e-nabız, tele-sağlık) uygulamaları yaygınlaşmış, koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı programları önem kazanmıştır.

Gelişen ve modernleşen sağlık hizmetleri; Koruyucu Sağlık Hizmetleri (Toplum sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini amaçlayan hizmetler bütünüdür). Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri (Hastalığın veya yaralanmanın etkilerini azaltmak ya da tamamen ortadan kaldırmak için yapılan faaliyetler bütünüdür) Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri (Tedavi sonrası hastanın normal yaşama dönmesini kolaylaştırmak için sunulan fizik tedavi gibi hizmetler bütünüdür) olmak üzere 3 ana başlık altında toplanmaktadır.

Bu makalemizde, 1960'lı ve 2000'li yıllarda köklü değişikliklere uğratılan I. Basamak Sağlık Hizmetleri ele alınıp, değerlendirilmiştir.

1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ, BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI

Birbirinden farklı kavramlar olsa da ülkemizde genelde aynı veya benzer anlamda kullanılmaları nedeniyle bu hizmetlerin tanımlarının yapılması yerinde olacaktır.

1.1.Temel Sağlık Hizmetleri: Koruyucu sağlık hizmetleriyle evde ve ayakta tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmet basamağını ifade etmektedir. Bu nedenle bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalıkları önlemek, tedavi etmek ve genel refahlarını artırmak için sunulan öncelikli sağlık hizmetlerinin bütünüdür. Bu hizmetler erişilebilir, uygun maliyetli ve kapsamlı olmak zorundadır.

1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Bireylerin sağlığına yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunan bu sistem; sağlık eğitimi, danışmanlık, ayaktan tedavi ve rehabilitasyon gibi birçok bileşenleri içermektedir. Bu hizmetler geçmişte; sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve verem savaş dispanserleri tarafından verilmekte iken sağlıkta dönüşüm reformları çerçevesinde aile hekimliği ile birlikte, toplum sağlığı merkezleri aracılığıyla sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış olup, genel sağlık sigortası kapsamında hizmet alabilmeleri sağlanmaktadır. Bu hizmetler sağlıkla ilgili riskleri belirleyerek, bunların düzeltilmesi ve önlenmesi için çalışmalar yürüterek, toplum sağlığına katkıda bulunur. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları genelde ayakta tedavi veren kurumlardır.

1.3. Koruyucu Sağlık Hizmeti: Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indiren veya engellen, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip, tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Nitekim, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanmakta olup, aile hekimleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ile verem savaş dispanserlerince verilmektedir.

Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere, Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Temel Sağlık Hizmetleri içinde yer alan bir grup sağlık hizmetinin adıdır. Zira

Temel Sağlık Hizmetleri; hastalıkların önlenmesi, bireylerin sağlıklarının korunması ve toplum sağlığının sürdürülebilir şekilde geliştirilmesi gibi tasarlanmış stratejileri içermektedir. Bu hizmetler, bireylerin yaşam kalitesini artırırken, sağlık sistemi üzerindeki yükü de hafifletmeyi hedeflemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ise hastalıkların oluşumunu engellemek, erken teşhis etmek ve sağlığı geliştirmek için tasarlanmış stratejileri kapsamaktadır.

2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM ÇALIŞMALARI

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, toplum sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini amaçlayan hizmetler bütünüdür. Yukarıda sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi, tedavi, rehabilitasyon ve benzeri pek çok alanda sağlık hizmetlerinin birinci basamakta verildiği belirtilmişti.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de mevcut sağlık sisteminin ana unsuru olarak uzun bir gelişim sürecine sahiptir. Osmanlı döneminde, ordu merkezli bir sağlık sistemi mevcut iken halka yönelik sağlık hizmetleri daha çok serbest hekimler aracılığıyla gerçekleştirilmekteydi. Toplumun sosyoekonomik düzeyi düşük kesimi sağlık hizmetlerini daha çok külliye şeklinde oluşturulmuş vakıf hastaneleri ve büyük şehirlerdeki darüşşifalar aracılığıyla alabilmekteydi ve devletin bu alandaki rolü o dönemin diğer ülkelerinde olduğu gibi günümüze kıyasla oldukça sınırlıydı.

Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren bir taraftan tedavi hizmetlerine ağırlık verilirken, diğer taraftan sağlık hizmetleri tek elden ve merkezi bütçe ile yönetilmeye ve bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine erişebilmesi amaçlanmıştır. Nitekim Hükümet tabipliklerince, koruyucu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, il sağlık müdürlüklerince de yataklı tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmuştur. Sağlık hizmetleri, 1928’de Türkiye Cumhuriyeti Merkez



Hıfzıssıhha Müessesesi, 1930'da 1593 sayılı "Umumî Hıfzıssıhha Kanunu ve 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu ile geliştirilmiş ve kurumsallaşmalar sağlanmıştır.

1960 sonrası sosyal devlet anlayışından kaynaklı sosyalizasyon çalışmaları ve 2000 yılını müteakip de sağlıkta dönüşüm çalışmaları ile reform olarak değerlendirilebilecek değişiklikler gerçekleştirilmiştir. İşte makale konusu Sağlık Ocağı ve Aile Sağlığı Merkezleri uygulamaları bu reformlarla getirilen uygulamalar olup, aşağıda geniş olarak irdelenmiştir.

2.1. Sağlık Ocağı Uygulamaları

Sosyalleştirme yasası tam bir sosyal devlet anlayışının sonucudur ve ilk defa ikinci dünya savaşıdan sonra Avrupa'da kapitalist rejimin bir formu olarak uygulanmaya başlamıştır. Ülkemizde de ihtilal sonrası benzeri çalışmalara hız verilerek, sağlık hizmetlerinin devletle ortaklaşa finanse edilmesi esasına dayalı bu sistemin kurulmasına çalışılmıştır. Nitekim 05 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmiş ve 1963 yılında ilk defa Muş'ta uygulanmaya sokularak, yaygınlaştırılmıştır. Sistemin esasları sağlık giderlerinin; sigorta primleri, sigortasız vatandaşların sağlık ödemeleri ve devlet katkısından oluşan genel bütçe fonundan finanse edilen ulusal sağlık sistemine dayanmaktadır.

Böylece, tam gün uygulaması adı altında sosyalleştirilmiş bölge ve kurumlarda çalışan kamu sağlık personeli tam gün çalışacak ve serbest meslek icra edemeyecektir (madde 3). Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvuran

hastalar ise sunulan her tür sağlık hizmetinden parasız yararlanabilecektir (madde 14). Yine sosyalleştirilen bölgelerde basamaklı sevk hizmeti ve sevk sitemi geliştirilerek, en uçtan merkeze doğru sağlık evleri, sağlık ocakları ve hastaneler olmak üzere yapılandırılmıştır. Yani hizmetten yararlanacaklar öncelikle bağlı oldukları sağlık evi ya da sağlık ocağına başvuracak, tıbbi zorunluluk olmaksızın hastaneye sevk edilmeyeceklerdir (madde 3). Bu sistemde, bir ebinin görev yaptığı sağlık evleri ile doktor, ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve şoförün birlikte ekip hizmeti verdiği sağlık ocakları birinci basamak, hastaneler ise yeterlilik düzeylerine göre ikinci ve üçüncü basamak kurumlar olarak tanımlanmıştır (madde 10).

Sağlık ocakları 5000-10000 kişilik köyler grubu, kasaba ya da şehirlerde belirlenmiş bir alanda geniş kapsamlı (entegre) sağlık hizmeti sunabilmektedir (madde 2). Hastaneler tedavi edici hizmetlerin yanı sıra kendilerine verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek ve sağlık ocaklarındaki personelin mesleki gelişimine yardımcı olmak zorundadırlar (madde 12). Bu sistemde, özellikle mahrumiyet

bölgelerinde sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmedikçe o bölgede sosyalleştirmenin uygulanamayacağı hüküm altına alınmıştır (madde 17). Sosyalleştirilmiş bölgelerde toplumun hizmetin planlama, üretim ve denetimine katılımını sağlamak için sağlık merkezlerinde ve illerde sağlık kurulları oluşturulmuştur (madde 23). 224 sayılı yasanın öngördüğü sistem ve uygulamayı

1960 sonrası sosyal devlet anlayışından kaynaklı sosyalizasyon çalışmaları ve 2000 yılını müteakip de sağlıkta dönüşüm çalışmaları ile reform olarak değerlendirilebilecek değişiklikler gerçekleştirilmiştir.

gerçekleştirmek için gerekli duyulan hemen her konuda gerekli tebliğ, yönetmelik ve genelge türü hukuki metinler de yayınlanmıştır. 224 sayılı yasa uygulandığı sürece, 1978 yılında yayınlanan ve Temel Sağlık Hizmetleri anlayışının formüle edildiği Alma Ata Bildirgesi, 1984 yılında Avrupa Bölgesi için belirlenen 2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri ve 1998 yılında oluşturulan Sağlık 21 Hedeflerine uyumuna özen gösterilmiştir.

2.2. Aile Sağlığı Merkezleri Uygulaması ve Aile Hekimliği

Sosyalizasyon kanunu uygulaması zaman içinde yozlaşmış gerek mevzuat gerekse uygulama yönünden yetersiz kalması sonucu, 1990 yılı sonrasında dünyada uygulamaya konan sağlıkta dönüşüme paralel olarak ülkemizde de gerekli reform çalışmaları başlatılmıştır. Bu dönüşümde; genel sağlık sigortasının oluşturulabilmesi için sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması, sağlık işletmesi ve aile hekimliği kavramlarıyla birlikte kamu sağlık kurumlarından yararlananlardan katkı payı alınması, kâr amacı gütmeyen kurumlar, özel hekim, eczacı gibi hükümet dışı kaynakların etkili kullanımı, sağlık hizmetlerinin yerinden yönetime kaydırması, yeni vergiler konulması, özel sektörün teknik ve finansman açısından desteklenmesi şeklinde reform esasları belirlenmişti. Nitekim ülkemizde dönüşüme katkı amacıyla ilk uygulama 15 Mayıs 1987’de yayımlanan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile başlatılma kararlığı gösterilmiştir (Bu kanun tasarısı o yıllarda Personel Genel Müdürlüğü Eğitim ve İhtisas Daire Başkanlığına vekalet ettiğim dönemde ilgili genel müdür yardımcısı ve başkanlığıma kişiye özel gönderilmiş ve kanun çıkarma çalışmaları sekreteryası tarafımdan yürütülmüştü. Bu toplantılarda mevzuatı ve özel sektör uygulamalarını yakından bilen biri olarak; kanun tasarısının ihtiyaca göre taşrada tartışılarak olgunlaştırılması ve diğer kurum ve kuruluşların katkılarıyla tasarı haline getirilmesinin daha doğru olacağı, ayrıca yönetmeliklerde yer

alması planlanan sağlık işletmeleriyle ilgili özlük hakları vb. hususların kanunda yer alması gerektiği tarafımdan itiraz edilmişti. Ancak bu tasarının ivedilikle kanunlaştırılması gerektiği emredildiğinden, önerilerim dikkate alınmamıştı. Tabii kanun yürürlüğe girdikten sonra yapılan itiraz üzerine Anayasa Mahkemesi’nce bazı maddeler iptal edilmişti). Ancak, Anayasa Mahkemesi’ne müracaat ve bazı maddelerde yaşanan iptaller, hükümet istikrarsızlıkları ve krizler sonucu sağlık alanındaki reformlar bir türlü gerçekleştirilememiştir.

2002 yılı genel seçimlerinde, Ak Parti tek başına iktidara gelmesinin ardından ilan edilen “Acil Eylem Planı”nda “**Herkesin Sağlık**” başlığıyla temel ilkeleri belirlenen ve bir takvime bağlanan reformlar, 2003 yılında Sağlık Bakanlığı’nın “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile uygulanmaya başlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel amacı; “**Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetinin, etkili, kaliteli, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulması**” olarak tanımlanabilir. Program her ne kadar Türkiye’nin sağlık sorunlarını çözmek amacıyla gündeme gelmiş olsa da programa gerek bilgi gerekse finansal açıdan Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün katkılarıyla ilerletilmiştir.

Sağlıkta dönüşümün uygulama süreci; ön taslak çalışmalarını içeren **kavramsallaştırma, yasallaştırma, kontrollü yerel uygulamalar ve Türkiye geneline yaygınlaştırma** olmak üzere 4 aşamada gerçekleştirilmiştir.

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından (Aile hekimleri veya aile doktorları gibi) yürütülmesi, Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları arasında yer almaktadır. Nitekim bu hizmetler; sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur. Dünyada aile



hekimî uzmanlığı 1973'lü yıllarda uygulamaya konmuş olup, ülkemizde de bu hekimliğe dair uzmanlık eğitimleri konuşulur olmuştur. Nitekim 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne alınarak bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmişti. Ancak bu uzmanlık dalı gerekli ilgiyi görmemiş, dolayısıyla da aile hekimliği uygulamasına geçildiğinde; gerek sağlık ocakları uygulamasıyla bilgi ve tecrübe sahibi olan, gerekse kısa süreli eğitimden geçirilen pratisyen hekimler büyük oranda görev almıştır.

Dönüşüm çalışmaları sonucu sağlık ocaklarının kişiye yönelik sağlık hizmetleri Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli Aile Hekimlerine, topluma ve çevreye yönelik görevleri ise Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) verilmiştir.

Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili olarak; Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (Kanun No:5258, RG:09.12.2004/25665), Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (06.07.2005/25867), Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (RG:12.08.2005/25904), Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezi Kurulması ve Çalıştırılmasına dair Yönerge, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (RG:25.01.2013/28539) yayımlanmış ve ihtiyaca göre gerekli değişikliklere uğratılmıştır. Ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Ekim 2005 tarihinde pilot uygulama şeklinde Düzce'de başlanmış ve 2011 yılından itibaren de tüm illerde uygulanarak, sağlık ocağı uygulamaları sonlandırılmıştır. **2025 yılı itibariyle ülkemizde 8230 Aile Sağlığı Merkezinde, 26743 Aile Hekimi hizmet vermektedir.**

Aile Hekimi başına ortalama 3000 kişi olacak şekilde aile hekimliği birimleri planlanmıştır (Uygulamada 3.500-4000). Aile Sağlığı merkezi bulunmayan kimi yerleşim yerinde sağlık evlerinde diğer sağlık personeli ile sağlık hizmeti verilmesi sağlanmış ve sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak

mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti tanımı yapılarak, aile hekimî ve aile sağlığı çalışanınca söz konusu yerleşim yerlerine periyodik aralıklar ile ulaşılarak hizmet verilmesi sağlanmıştır. Gezici sağlık hizmeti uygulaması mobil eczane uygulaması ile desteklenmiş, eczane bulunmayan yerleşim yerlerinde yaşayan kişilerin tedavisi için düzenlenen reçetelerin, eczacı odaları ve il sağlık müdürlükleri tarafından kurulacak sistem dâhilinde reçete sahibine ulaştırılması sağlanmıştır.

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde belirtilmiş olup özetle ve genel hatlarıyla (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, RG: 25.01.2013/28539, Md:4,6/2, 7, 10/3 ve 5, 24/5):

2.2.1. Birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, kayıtlı kişilere kapsamlı ve devamlı olarak vermek,

2.2.2. Çalışma bölgesinde toplu olarak yaşanan, cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi tabibi olmayan kurumlar varsa ve talep ederse, yerinde sağlık hizmeti vermek,

2.2.3. Bağışıklama hizmetlerini yürütmek,

2.2.4. Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışmak,

2.2.5. Adli tıbbi hizmetleri yürütmek (Görev paylaşımına uygun olarak),

2.2.6. Ölü muayenesi ve defin ruhsatı hizmetlerini yerine getirmek (Görev paylaşımına uygun olarak) şeklinde ifade edilebilir.

Toplum Sağlığı Merkezi (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Md:3) ise bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve



bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşlarıdır.

3. SAĞLIK OCAĞI ve AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ UYGULAMA FARKLILIKLARI

Ülkemizde, Sağlık Ocağı ile Aile Sağlık Merkezleri sıkça birbirlerine karıştırılmakta. Hatta aynı görevi yaptıkları yaygın bir kanaat olarak yerleşmiş bulunmaktadır. Ancak, Aile Sağlığı Merkezi, Sağlık Ocağı değildir. **Bu kuruluşlar arasındaki farklar, maddeler halinde aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.**

3.1. Sağlık ocakları için sosyalleştirmenin bir gereği olarak sağlık hizmetini halkın ayağına götürme prensibine dayalı olarak, 5.000-10.000 kişilik nüfus esas alınmıştır. Hekim, Halk Sağlığı Hemşiresi, Sağlık Memuru, Tıbbi Sekreter, Köy Ebeleri, Şoför, Sıtma Sürveyans Memuru ve Hizmetlilerden oluşan sağlık ocağı ekipleri bölge tabanlı hizmet sunmakta idiler. Zaman içinde siyasi saiklerle çok küçük nüfuslu yerleşim yerlerinde ya sağlık ocakları açılmış ya da buralardaki sağlık evlerinde, sağlık ocağı hizmeti verilmişti. Bu uygulama sayesinde köylerde mevcut cami ve imamlara ek olarak, ilkokul ve sağlık ocağı götürülerek, öğretmen, doktor ve sağlık personeli yönünden donanımlı hale getirilmiştir. Bu görevliler sayesinde köylüler gerek danışma, eğitim ve sağlık hizmetlerine kavuşmuş, ayrıca üretimlerini de satma imkânı bulmuştur. Böylece köylerin sosyoekonomik ve kültürel yönden ihtiyaçları karşılandığından, göçler de büyük ölçüde yavaşlatılmıştı. Aile Sağlığı Merkezleri ise daha çok nüfusu kalabalık ve imkanları geniş büyük yerleşim alanlarında kurulduğundan, hizmet de bu merkezlerde vermeye başlanmıştır. Bugün 3.000 nüfustan düşük yerleşim merkezlerine ebe ve aile hekimi ve elemanları gönderme uygulaması devam ettirilse de yeterli olmamaktadır.

3.2. Sağlık ocağında ailelerin ve bireylerin

sağlık durumlarının değerlendirilmesi yapılmakta, aile sağlığı merkezlerinde ise kronik hastalıkların yönetiminden gebelik takibine kadar geniş bir yelpazede hizmet sunulmaktadır.

3.3. Her iki sistemde de sevk zinciri uygulanmamakla birlikte, aile sağlığı merkezlerinde e-nabız ve MHRS gibi projeler yardımıyla kişilerin sağlık durumları yakından takip edilebilmektedir.

3.4. Sağlık ocağında görevli doktorlar, gerek devlet hizmeti yükümlülüğü (DHY) gerekse eş, sağlık ve normal tayin gibi nedenlerle sık sık değişmekte, dolayısıyla da bireylerin sabit bir doktoru yoktu. Halbuki sağlıkta dönüşümle birlikte uygulamaya konan aile sağlığı merkezlerinde bireylerin doktorunu tanıma ve seçme hakkı bulunmaktadır.

3.5. Sağlık ocağına ait binalar genellikle devlet tarafından inşa edilmiş, bazıları diğer kamu kurum ve kuruluşlarından protokollerle kullanılmış ya da bağış veya kiralık olarak sahiplenilmişti. Aile hekimleri tarafından kurulan aile sağlığı merkezleri ise bakanlıkça uygun görülen kamuya ait binaların ya da özel hukuk kişilerine ait taşınmazların kiralanması suretiyle faaliyete geçirilmiştir.

3.6. Sağlık ocaklarında görevli personeli kamu görevlisi iken, aile sağlığı merkezlerine çalışan personel, aile hekimleri tarafından seçilen veya muvafakatle kamudan temin edilerek sözleşmeli çalıştırılan sağlık personelidir.

3.7. Sağlık ocaklarında kullanılan tıbbi cihaz, malzeme ve büro araç gereçleri kamu malı iken, aile sağlığı merkezlerinde kamu malı bulunmamaktadır (*Aile hekimlerince satın alınmaktadır*). Sadece, Maliye Bakanlığı'nın, 28/06/2010 tarih ve 08894 sayılı Taşınır Devri ve Satışı konulu yazısı ile 5 yılını doldurmamış demirbaş malzemelerin, Aile Hekimlerine satılmasına izin verilmiştir.

3.8. Sağlık ocaklarında personele ait herhangi bir tıbbi cihaz, malzeme ve büro araç gereçleri bulunmadığından, ilgililere herhangi



bir ödeme yapılmamakta, Aile Hekimlerine ise kurmuş oldukları ASM giderleri (*Kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekreteryaya ve tıbbi sarf malzemeleri vb*) için Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği uyarınca, her ay gerekli ödeme yapılmaktadır.

3.9. Sağlık ocağı personeli ekip hizmeti şeklinde görev yaptığından eğitimde devamlılık ve yeterlilik kısıtlı olsa da uygulama becerileri yönünden ileri seviyede oldukları muhakkaktır. Ancak günümüzde dijital iletişim ve geniş eğitim olanakları sayesinde aile sağlığı merkezi personeli daha donanımlı bir seviyeye ulaşmıştır.

3.10. Sağlık ocağı, genellikle acil durumlar ve hızlı tıbbi müdahale gerektiren durumlar için tercih edilirken, aile hekimliği daha çok koruyucu sağlık hizmetleri ve kronik rahatsızlıkların takibi için tercih edilmektedir.

3.11. Sağlık ocakları genellikle hızlı tıbbi müdahale gerektiren durumlarda başvuru bir sağlık kuruluşu iken, aile sağlığı merkezleri hastanın tıbbi geçmişini detaylı bir şekilde takip etmekte ve hastalıkların erken teşhis edilmesine yardımcı olmaktadır.

4. AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ SORUNLAR VE ÖNERİLER

Her yenilik ve reform hareketlerinin mutlak bir yararı yanında eleştirilecek bazı sorunları bulunduğu da muhakkaktır. Ancak, her değişikliğin mutlaka uygulama ve deneyimleme sonuçlarına göre alınacak geri dönüşlerin iyileştirme sürecini müteakip değerlendirmeye tabi tutulmaları yerinde olacaktır. İşleyiş genellikle içsel bir mantık içerir ve belirli bir sonuca ulaşmaya çalışır. Bu süreç genellikle belirli kurallar ve yönergeler çerçevesinde gerçekleşir. İşleyişin doğru bir şekilde çalışması için tüm adımların doğru sırayla ve doğru prosedürlere uygun olarak gerçekleştirilmesi gerekir. Bu nedenle sağlıkta dönüşümün bir gereği olarak uygulamaya sokulan aile hekimliği de zaman ve düzeltme aşamaları sonrasında

daha iyi değerlendirilebilecektir. Burada sadece mesleğim gereği edindiğim bilgiler ve taraflarca ortaya konan irade ile eleştiriler doğrultusunda öneriler getirilmiştir.

4.1. Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Sorunlar

Aile hekimliği ile ilgili sorunlar öncelikle mevcut personelin statüsünden ve mevzuat yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle aile sağlığı merkezlerinde mevcut hekimler ve bu hekimlere bağlı sağlık çalışanları arasındaki sorunlar zaman zaman kontrolden çıkmakta, disiplinsizlik ve hiyerarşik sorunlar sıklıkla inceleme ve soruşturma konusu olmaktadır. Mevcut personel arasındaki sorunlara kısaca vurgu yapıldıktan sonra, hastalarla ilişkilerde yaşanan sorunlara kısaca göz gezdirelim.

4.1.1. Empati ve iletişim becerilerinde görülen eksiklikler nedeniyle doktorlar hastalara sıcak ve kibar davranmamakta, bu da hastalarda moral bozukluğu ve güven sorunu yaratmaktadır.

4.1.2. Büyük ölçüde zaman sorunundan kaynaklansa da hastaya yeterince konuşma ve sağlık sorununu anlatma fırsatı verilmemekte veya soru sorduklarında sözleri sürekli kesilmektedir.

4.1.3. Doktorlar genellikle tıbbi terimler kullandıklarından, hastalar çoğunlukla sorunlarını ya da uygulanacak tedaviyi anlamamakta ama anlamış gibi gözükmektedirler. Bu nedenle doktorların basit ve anlaşılır bir dil kullanmaları yerinde olacaktır.

4.1.4. Hastalar genellikle tedavilerine etkin olarak katılmak istemektedirler. Bu nedenle katılımcı yöntemle tedavi uygulanan hastalar tıbbi bakımdan hoşnut kalmakta, tedaviye daha istekli olmakta ve iletişime daha hazır hale gelmektedir.

4.1.5. Bazı doktorlar, hastalardan gelen, rapor ve aşırı ilaç yazma taleplerini kestirip atmaları, hastalarda keyfi bir davranış gibi yorumlanmakta ve moral bozukluğu yaratmaktadır. Bu nedenle taleplerinin niçin ve hangi mevzuat gereğince karşılanamadığı anlatılacağı şekilde anlatılmalıdır.

4.1.6. Aile sağlığı merkezi personelinin bazı keyfi davranışları ve mesai problemleri de hastalarla problem yaşanmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle merkezlerin periyodik denetimlerinin yapılması yerinde olacaktır.

4.2. Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Öneriler

4.2.1. Aile hekimliği uygulamasında, sadece aile sağlığı merkezi personelinin eğitilmesi yeterli olmamakta, bu hizmetlerde etkinlik ve sürdürülebilirlik, bireylerin ve toplumun doğru sağlık bilgisine sahip olmasının da gerektirmektedir. Bunların başında da hak ve sorumluluklarının iyi bilinmesi hususu gelmektedir. Dolayısıyla da bu bilgiler, “e-sağlık” çözümleri ile dijital sağlık temel sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde kapsanmasını teşvik ederek, sağlık hizmeti sunumundaki boşlukları giderebilecektir.

4.2.2. Hekim başına kayıtlı kişi sayısının yüksek olması, bunlar yanında misafir hastalar ve kısa süreli izin kullanmak zorunda kalan aynı merkez hekimleri hastalarına bakma gibi durumlar nedeniyle, aile hekimleri sadece poliklinik yapabilmekte, koruyucu sağlık hizmeti için zaman ayırmasını imkânsız kılmaktadır. Bu nedenle aile hekimi başına kişi sayısının 2.500’e düşürölmesi ve bu hekimlerin görevlerinde sadeleştirmeye (Örnek: *Evde bakım hizmetleri ve adli ve defin nöbetleri gibi*) gidilmesi yerinde olacaktır.

4.2.3. Aile sağlığı merkezleri arasında mevcut mekân ve dizayn farklılıklarının giderilmesi, ayrıca aile sağlığı merkezleri yerleşim planları konusunda da bir standart getirilmesi, gerektiğinde tümünün A sınıfı ASM olarak yeniden planlanması yerinde olacaktır.

4.2.4. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde, mevcut sözleşmeli aile hekimleri için bazı kolaylıklar sağlanmalı ve bir an önce tüm aile hekimlerinin uzman olmaları gerçekleştirilmelidir.

4.2.5. Aile hekimleri tarafından reçete edilen ilaçlarda sınırlamaya gidilmesi, kota aşımında

kesinti yapılması ve benzeri engellerin ortadan kaldırılması, bu hekimlerin prestijlerinin ve hasta haklarının korunması açısından yerinde olacaktır. Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde mesai saatleri içinde yaşanan kopuklukların önlenmesi, aile hekimlerinin kişilerin sağlık bilgilerine ulaşmada mevcut sorunların ortadan kaldırılması yerinde olacaktır.

4.2.6. Aile hekimleri için günlük muayene hedefi 75 iken, koruyucu hekimlik hizmeti vermek, kayıtlı hastaların tansiyon, şeker, obezite, yaşlılık vb. takiplerini yapmak, aksi halde teşvik alamamak ve sözleşme feshi gibi müeyyidelerle karşılaşmak, aile hekimlerine antibiyotik, ağrı kesici ve mide koruyucu yazmada kota uygulanması, yine çocuk ve asker gibi kayıtlı kişiler de dahil olmamak üzere, yılda 2 kez aile hekimine müracaat etmeme durumunda teşvikten yararlanamaması, yılda 7 den fazla bir sağlık kuruluşuna müracaat eden kayıtlı bireyleri için yine teşvik kesintisi yapılması, buna karşın sevk zincirinin bir türlü uygulamaya geçirilmemesi yaman bir çelişkidir. Çalışan memnuniyetinin, hasta memnuniyetinin bir parçası olduğu ve bütünlük içinde planlanıp uygulanması gerektiği unutulmamalıdır.

4.2.7. Birinci basamak sağlık hizmetinde evde bakım hizmeti gerektiği gibi yürümektedir. Kaldı ki Hastanelerde böyle bir uygulama mevcutken, bu mükerrer uygulamanın yerleşmesi de mümkün görülmemektedir. Zira birinci basamak sağlık hizmeti, ileri tetkik ve tedavi gerektirmeyen hizmetlerdir. Bu nedenle zaten ateş, nabız, tansiyon ve kan alma gibi hizmetleri aşmayan bu hizmetler aile hekimliği uygulaması için angarya olacak çoğu kez de verilemeyecektir. Bu nedenle acil sağlık hizmetleri ve hastanelerin evde bakım birimlerince yürütölün bu hizmetlerin aile hekimlerinin üzerinden alınması yerinde olacaktır.

4.2.8. Aile sağlığı merkezi personelinin, asli çalışmalarından kaynaklanmayan hizmetler için maaşlarından performans cezası kesintiyapılması, ilgililerin iş yükü yanında kesintilerin kaldırılması



yönünde yaptıkları girişimlerle zaman ve iş kaybına sebep olduğu açıktır. Bu gibi durumlarda, örneğin gebe ve bebek takiplerinde zorlayıcı ve ısrarlı takiplerin esnetilerek, gerektiğinde bildirimde bulunmayan bireyleri de kapsayacak şekilde genişletilmesi yerinde olacaktır.

4.2.9. Özellikle tek hekimle görev yapan birimlerde yıllık izin kullanımında meydana gelen ciddi ücret kesintilerini telafi edecek bir tedbir alınması ve izin konusunda 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununda kamu görevlilerine paralel düzenlemeye gidilmesi yerinde olacaktır.

4.2.10. Aile hekimlerince verilecek sağlık raporlarının sınır ve kapsamı belirlenmeli, angaryaya varan rapor işlemlerinden kurtulmaları sağlanmalıdır.

4.2.11. Aile sağlığı merkezi personeli için SABİM hattına gelen şikayetler için kimlik bilgileri istenilmesi ve doğru olmayan şikayetler için müeyyide getirilmesi yerinde olacaktır.

4.2.12. Muvafakat sorunun nedeniyle bu merkezlerde çalışan personel temininde güçlük yaşanmakta, özellikle periferde ve köylerdeki aile hekimliklerinde çalışacak kamu personeli temin edilememektedir. Bu sorunun ortadan kaldırılması için mahrumiyet bölgelerinde maaş ve sosyal haklar konusunda iyileştirmeler sağlanması yerinde olacaktır.

4.2.13. Kamu görevi yapan aile sağlığı merkezlerindeki personel için de zorunlu hallerde becayiş hakkı getirilmesi yerinde olacaktır.

5. SONUÇ

Ortalama insan ömrünün giderek yükseldiği ve yaşlı nüfusunun sayısal olarak arttığı bir dünyada yaşamakta olduğumuz bir gerçektir. Ortalama insan ömrünün yükselmesine; insanların

bilinçlenmeleri, sağlık ürünlerinin gelişmesi, tedaviye yardımcı teknolojik etmenler, sosyo-ekonomik değişimler ve sağlık iletişiminin doğru yapılması gibi birçok sebep gösterilmektedir. Kamu yönetiminin başarısızlıkları üzerinde en çok

ittifak edilen husus; “Türkiye her iktidar değişikliğinde, başlanmış proje, iş ve eylemleri, harcanan onca emek, zaman ve masrafları çöpe atarak sil baştan konuya eğilmeyi önceleyecek kadar zengin bir ülke” olduğu kanaatidir.

Her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de dünyadaki gelişmelere ayak uydurabilmek için ülkemizde hiçbir fedakarlıktan kaçınılmadığı yukarıdaki

anlatımlarda görülmektedir. Hal böyle iken niçin başarıya ulaşamadığımızın nedenlerini gerek konu ile ilgili görüş ve makaleler ile tarafımdan uzun yıllar boyunca yapılan gözlem ve tespitlerin ışığı altında aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

5.1. Ülkemizde siyaset ve adam kayırmacılığı

Ülkemizde başarısızlığın en önemli nedenidir. Zira bu durum,

5.1.1. İşe göre ehliyet ve liyakat sahibi yönetici ve eleman yerine, adama göre iş ve makam uygulamalarına, dolayısıyla da başarısızlıklara,

5.1.2. İhtiyaçlar tespit edilmeden, fizibilitesi hazırlamadan yapılan yatırımlar fahiş maliyetlere, gecikmeye, kaynak israfına ve düşük verimliliğe,

5.1.3. Kısa vadeli çıkarların uzun vadeli hedeflere baskın gelmesi. Siyasi baskılar ve popülist kararlarla seçim öncesi yapılan bütçe genişlemeleri, ekonomik gerçeklerle bağdaşmayan sosyal yardımlar veya stratejik önceliklerden uzak altyapı projeleri, devletin kaynaklarının israfına, sonrasında ise kemer sıkmaya, sonuçta da kamu politikalarının

istikrarının bozulmasına ve uzun vadeli planlamanın zayıflamasına, neden olmaktadır.

5.2. Asimetrik Bilgi Problemi

Kamu kurumları ile vatandaşlar arasındaki bilgi asimetrisi (bilgi seviyesi farklılığı) de karar süreçlerini bozmaktadır. Zira kamu yönetimi çoğu zaman vatandaşın ihtiyaçlarını tam olarak bilmez; vatandaş ise devletin plan ve önceliklerini anlayamaz. Bu durum hem beklentilerin karşılanmamasına hem de yanlış politika tasarımlarına neden olur. Bu nedenle yatırımlardan önce her iki taraf beklentilerinin ortaklaşması gerekmektedir.

5.3. Bürokratik engeller ve verimsizlik (Ağır işleyen mekanizmalar)

Kamu sektörünün en çok eleştirilen yönlerinden biri, bürokrasinin yavaş ve karmaşık yapısıdır. Çok katmanlı karar alma süreçleri, gereksiz prosedürler ve hantal yapılar projelerin zamanında ve etkin biçimde hayata geçirilmesini engeller. Nitekim Dünya Bankası'nın 2023 raporuna göre, kamu projelerinin yaklaşık %35'i belirlenen süre ve bütçeyi aşarak tamamlanıyor. Bu da verimlilik kaybının ciddi bir göstergesi. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bürokratik engeller, yatırım ortamını zayıflatıyor ve kamu hizmetlerinin kalitesini düşürüyor.

5.4. Yolsuzluk ve hesap verebilirlik eksikliği

5.5. Denetim Eksikliği

Sağlık Bakanlığında dönüşüm adı altında hizmet sunumu, örgütlenme ve özertleşme adı altında geliştirilmek istenen özel sektör pratikleri ve serbest piyasa yaklaşımları amaçlanarak çıkarılan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'de (11.10.2011) Sağlık Bakanı'na bağlı ve onun adına yürütülen Teftiş Kurulu Başkanlığı görevleri merkezde müsteşara bağlı Denetim Hizmetleri Başkanlığı'na, bağlı kuruluşlarda da Daire Başkanlığına devredilerek, unvan, yetki ve etkinlik yönleriyle zaafa düşürülmüştür. Uzun süren girişim ve çalışmalar sonucu yapılan

değişiklikle denetim hizmetleri Teftiş Kurulu Başkanlığı adı altında yeniden bakana bağlı olarak faaliyete geçirilmiştir (02.07.2018 KHK.703/25). Ancak eski etkinliği henüz sağlayamamıştır. Sözün özü, etkili denetim mekanizmalarının olmaması, başarısızlıkların en önemli nedenidir. Bu nedenle teftiş kurullarının iyi yetişmiş, disiplinli ve donanımlı müfettişlere sahip olması, siyasi etkiden uzak çalışmaları ve objektif karar verebilmeleri gerekmektedir.

5.6. Sistemde yer alan sevk zinciri uygulamasının işletilmemesi

Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimlilik, önemli ölçüde hastalığın uygun basamakta tedavisi ile mümkündür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinden, ileri tetkik ve tedavi kuruluşlarına sevkte, mevzuatta getirilen, yönetmelik ve genelgelerle de desteklenen sev zinciri mecburiyeti bulunmaktadır. Ancak bu sevk zincirinin gerek ileri tetkik ve tedavi merkezlerine, gerekse özel hastanelere başvurularda uygulanmadığı bir gerçektir. Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artmasında, muayene, tetkik ve tedavilerde yığılma ve maliyet artışlarında son derecede önem kazanmaktadır. Bunun da en önemli gerekçesi, özel sektörün desteklenmesi ve siyasi iktidarların oy kaygılarından kaynaklandığı bir gerçektir.

5.7. Kılık-kıyafet gelişigüze, iş disiplinin azalması ve empati yoksunluğu

Bugün kamu personelinin uygulamada hiçbir sınırlamaya tabi olmadan gelişigüzel kılık ve kıyafetinin, hasta ve yakınlarının sağlık personeline olan saygı ve güvenini azalttığı muhakkaktır. Empati eksikliği ve iş disiplinsizliği ise azalan güveni; tartışma, şiddet ve kavgaya taşımakta, şikâyet ve yargı aşamalarıyla zaman kaybı, moral bozukluğu ve cezalarla daha karmaşık hale sokulmaktadır.

Sonuç olarak, yukarıda sayılan olumsuzluklara karşın ülkemizde sağlık hizmetleri, Cumhuriyet'ten günümüze koruyucu hekimlikten



bütüncül ve teknoloji destekli sağlık sistemine doğru büyük bir dönüşüm geçirmiştir. Yapılan reformlar sağlık hizmetlerine erişimi artırmış, yaşam süresini uzatmış ve toplum sağlığını geliştirmiştir. Ancak sistemin sürdürülebilirliği için sürekli iyileştirme ve planlama gerekmektedir. Her iktidar döneminde bir “Master Plan” hazırlığı ve uygulaması başlatılsa, stratejik planlama süreci için yoğun çalışmalar yapılsa, hatta hükümet programlarına girse de her iktidar değişikliğinde sistem; öncesinde yapılan zaman, emek ve mali harcamalar büyük ölçüde heder edilerek parti programları doğrultusunda sil baştan şekillendirilmeye çalışılmaktadır. Bu nedenle acilen ülkede; Sağlık Bakanlığı, kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları, siyasi partiler ve uluslararası kuruluşların geniş paydaş katılımıyla üzerinde uzlaşılacak uzun vadeli bir “Sağlık Master Planı” hazırlanarak uygulamaya sokulmalıdır. Böylece sağlık sisteminde tekrarlanan zaman ve emek kaybı ile israf önlenmiş, geleceği planlayan bir kalıcılık sağlanmış olacaktır.

KAYNAKÇA

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi (Dr. M. Sait Değer-Dr. Zeynep Meva Altaş, 18-20

Sağlık Hizmetleri Tanımı, Sınıflandırılması, Evrensel Boyut (Prof. Dr. Ömer R. Önder) SKY 109. Halk Sağlığı Dergisi, 2-7

<https://sdplatform.com/wp-content/uploads/2025/02/image-png.webp>

<http://195.142.135.65/who/ALMAATA.HTM>

Birinci Basamak ve Bütünleşik Sağlık Hizmetleri Prof. Dr. Osman Hayran, <http://dergipark.org.tr/pub/bshr> 76-82

Temel Sağlık Hizmetleri Prof. Dr. Zafer Öztekin Toplum ve Hekim Ocak-Şubat 2021 Cilt:36, Sayı:1, 52-55

Dr. Ülhak Çimen Aile Hekimliği uygulamasının sağlık iletişimi bağlamında değerlendirilmesi ve Erzurum ili örneği (EKEV Akademi Dergisi, Yıl:24, Sayı:82, 465-466

Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi (Dr.

Özgür Altındağ, Dr. Ahmet Yıldız) Yıl: Haziran 2020, Cilt:10, Sayı:1, 157-184

Akdağ, R., Aydın, S., Buzgan, T., Demirel, H. & Gündüz, F. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara, 2008.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı Hizmet İçi Eğitim Materyali [Brifing Sunumu], 2024 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/>

Kara, F., Öztürk, İ. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Kıyaslama): Türkiye ve İspanya Örneği. Med J Batı Karadeniz. 2021;5(1),19-26.

Yılmaztürk, A. / Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. I, (2013): 176-188

Baykan Z., Çetinkaya F., Naçar M., Kaya A., Işıldak M. Ü., Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler, Türk Aile Hek. Derg. 2014;18 (2):121-132

Balcı, A. & Kırılmaz, H., 2007, “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları,” içinde Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, (der) C. C. Aktan & U. Saran, s. 134-165, Aura Kitapları, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017. SH 2.9.

WHO (1993) Health For All Targets: The Health Policy For Europe, Finland. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, 49-50

Sağlık Bakanlığı (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1.../saglikta-donusum-programi.html>

FETAL ANOMALİLERDE HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

B.İzzet TAŞCI*



1. GİRİŞ

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin sıkça karşılaştıkları sorunlardan bir tanesi de anne karnındaki fetüslerin anomalilerinin vaktinde tespit edilememesidir. Böyle bir durumda hekimlerin adli, idari ve mali sorumlulukları gündeme gelmektedir. Anne karnındaki fetüsün organlarının incelenmesi, hekimler tarafından belli radyolojik görüntülemeler ve testlerle

yapılmaktadır.

Hekimler, anne karnındaki fetüslerin gelişimini düzenli aralıklarla kontrol etmekte ve eğer bir anomali saptarlarsa “etik ilkeler” çerçevesinde bu durumdan aileyi haberdar etmektedirler. Ancak, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının prenatal dönemde “organ eksikliği veya fazlalığı” gibi anomalileri saptayamamaları, serebral palsy, mental retardasyon gibi kongenital



* AFAD Rehberlik ve Denetim Başkanı



sendromların farkına varamamaları durumunda, bu hususlar sıklıkla şikâyet konusu yapılmakta veya adli merciler nezdinde dava konusu edilmektedir.

Hekimler, verdikleri tıp hizmetini özenle yerine getirmek, mevzuata ve tıbbi bilimsel gereklere uygun davranmakla yükümlüdürler. Gebelere yapılan radyolojik görüntülemeler ve testlere rağmen bazı durumlarda yeni doğan bebeklerde çeşitli doğumsal anomalilere rastlanmaktadır.

Gerek hekimleri ve gerekse idareleri zor durumda bırakan bu istenmeyen durum, kendine mahsus bir malpraktis vakası olup, Dünya Tabipler Birliği, 1992 yılında gerçekleştirmiş olduğu 44. Genel Kurulunda, “malpraktis” kavramını; “Hekimin, tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya uygun tedavi verememesi neticesi oluşan zarar ” şeklinde tanımlamıştır.

Anayasanın 129/5 maddesinde “Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir.” denilmek suretiyle dava açılırken husumetin yöneltileceği tarafa işaret edilmiştir.

Devlet Memurları Kanunu’nun 13. maddesinde de “Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil, ilgili kurum aleyhine dava açarlar. Kurumun, genel hükümlere göre rücu hakkı saklıdır.” hükmü bulunmaktadır.

Bu çerçevede; kamuda çalışan hekimler açısından “doğrudan” hekimler aleyhine “tazminat veya ceza davası” açılmamaktadır. Kamuda çalışan hekimlerin, anne karnındaki fetüsün organlarındaki eksiklikleri zamanında ve önceden tespit edememeleri nedeniyle kişilere verdikleri zararların tazmini için öncelikle “ilgili idare” idari yargı mercilerinde dava edilmektedir.

3359 sayılı Kanun’un Ek 18. maddesi ikinci fıkrası gereği kamu kurum ve kuruluşları ve Devlet üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının

“sağlık mesleğinin icrası kapsamında” yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle “idare tarafından ödenen tazminattan dolayı” ilgisine rücu edilip edilmeyeceğine ve rücu miktarına, ilgilinin “görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumu” gözetilerek Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından karar verilmektedir. Ceza davası için ise 4483 sayılı Kanun ile 3359 sayılı Kanun’un Ek.18 maddesi ilk fıkrası “Yükseköğretim Kanununun 53 üncü maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar hariç olmak üzere, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle yapılan soruşturmalar hakkında 2/12/1999 tarihli ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun hükümleri uygulanır.” hükmü kapsamında soruşturma izni, aynı şekilde Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından verilmektedir. Cumhuriyet Savcılıklarınca ilgili Sağlık Mesleği mensubu hakkında Türk Ceza Kanunu veya ceza koyan diğer kanunlar çerçevesinde bir işlem tesis edilebilmesi için; Sağlık Bakanlığı Mesleki Sorumluluk Kurulunun 4483 sayılı Kanun çerçevesinde yaptıracağı Ön İnceleme neticesi yine Sağlık Bakanlığı Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından ilgili personel hakkında verilecek “Soruşturma İzni Verilmesi” kararı beklenmektedir.

Özel Hastanelerde çalışan hekimlerin ve özel hastanelerin malpraktis kaynaklı tazminat davaları adli mahkemelerde görülmektedir.

2. FETAL ANOMALİ KAVRAMI ve AİLEYE RAHİM TAHLİYESİ SUNMA SEÇENEĞİ

Fetüsün fiziksel görünümünü veya fetüsün mevcut organ ve yaşamsal sistemlerinin fonksiyonlarını sekteye uğratan her türlü

bozukluk “fetal anomali” kavramı içinde mütalaa edilir. Gebelik esnasında fetal anomaliye tesadüf edilme yüzdesi literatüre göre % 3-5 arasında değişmektedir.

Gebelerde “fetal anomali” taramaları temelde birkaç yöntemle yapılmaktadır. Biyokimyasal yöntemler ve ayrıntılı ultrasonografi (usg) yöntemleri “tarama testleri” olarak adlandırılır. Amniyosentez, korion villus örnekleme ve kordosentez yöntemleri ise kesin sonuç veren “tanı testleri” olarak kabul edilir.

Biyokimyasal bazı taramalar halk arasında ikili, üçlü, dördü test olarak da bilinmektedir. Bu testlerle, hamileliğin belli dönemlerinde gebenin kanındaki çeşitli hormonlara ve proteinlere bakılarak riskli fetüs analizi yapılmaktadır. Ayrıntılı ultrasonografi vasıtasıyla fetüsün gelişim haftasına göre fetüste herhangi bir anomali olup olmadığına bakılır. Fetal Antigen testi genellikle gebelik sırasında bebeğin kan grubuyla ilgili bazı riskleri değerlendirmek için yapılan bir testtir. Bu testle anne ile bebek arasında kan grubu uyumsuzluğu olup olmadığı da tespit edilebilir.

Fetal Ekokardiyografi ve Fetal Kalp Ultrasonu fetüste bir kalp anomalisi olup olmadığına yönelik olarak tıbbî işlemlerdir. NIPT (non-invaziv prenatal tarama) testi invaziv müdahale gerektirmeyen DNA tabanlı bir testtir. Bununla birlikte hiçbir tarama veya tanı yönteminin kesin olmadığını da vurgulamak gerekir. Bazı böbrek ve beyin gelişimi anomalilerinin gebeliğin geç döneminde ortaya çıktığı dikkate alındığında, her anomalinin “muayene zamanına” tesadüf etmeyebileceği de bilinmelidir. Hekimler şüpheli durumlarda ileri genetik analiz yöntemlerine de müracaat edebilirler.

Doğumsal ve yapısal anomalilerin birçoğu hekimler tarafından anne karnında saptanabilmektedir. Ancak, konjenital anomalilerin çoğu zaman sebebini tespit etmek ve önceden önlem almak mümkün değildir. Fetüste tespit edilen fetal anomaliler, yenidoğanda ciddi zekâ geriliklerine ve ağır sakatlıklara sebebiyet verebilir. Bu tip anomalilerin bir kısmı zamanında tespit edilebilirse fetüsün anne karnında tedavisi

mümkünken, tespit edilen fetal anomalilerin bir kısmında da rahmin tahliyesi aileye bir seçenek olarak sunulmaktadır.

18.12.1983 tarihli ve 18255 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük yasal rahim tahliyesinin sınırlarını çizmiştir.

Buna göre gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar, kadın sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde, “istek üzerine” rahim tahliye edilir. Gebelik süresi on haftayı geçen kadınlarda, rahim tahliyesi ilkesel olarak yapılamaz. Ancak, bu durumdaki kadınlarda, ancak, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük’e ekli (2) sayılı listede sayılan hastalıklardan birinin bulunması halinde, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından rahim tahliyesi yapılabilir. Rahim tahliyesine esas hastalığın, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile bu hastalığın ilişkin olduğu uzmanlık dalından bir hekimin birlikte hazırlayacakları, “kesin klinik ve laboratuvar bulgularına dayanan, gerekçeli raporlarla” saptanması yasal zorunluluktur. Derhal müdahale edilmediği takdirde kadının hayatını ya da hayati organlarından birini tehdit eden acil hallerde de rahim tahliyesi mümkündür.

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük’e ekli (2) sayılı listenin başlığı “On haftanın üzerindeki gebeliklerde rahim tahliyesini gerektiren, kadının hayatını ya da hayati organlarından birini tehdit eden ya da çocuk için tehlikeli olan hastalıklar ve durumlar” başlığını taşımaktadır. Bu listede “Down Sendromu” da rahim tahliyesine müsaade edilen anomaliler arasında sayılmıştır.

Pratikte, gebede yapılan testler sonrası fetüste “anensefali” gibi ağır beyin anomalileri, “trizomi 13 (patau sendromu)” veya “trizomi 18 (edwards sendromu)” gibi ağır kromozom anomalileri, kalpte yaşamla bağdaşmayacak “fallot tetralojisi” veya “hipoplastik sol kalp sendromu” gibi ciddi kardiyak sorunlar, “bilateral renal agenezi” gibi böbrek sorunları, “pulmoner



hipoplazi” gibi ağır akciğer yetersizliklerinin tespit edildiği durumlarda, ilgili branşlardan oluşan hekimlerin verecekleri “fetüsün rahimden tahliyesinin tıbben uygun olduğuna” dair verilen heyet raporlarına istinaden rahim tahliyeleri gerçekleştirilmektedir.

Anayasamızın 17. maddesi 2. fıkrası gereği “tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı hâller dışında”, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz. Dolayısıyla anne talep etmediği müddetçe sadece hekim kararıyla fetal anomali nedeniyle rahim tahliyesi mümkün değildir. Bununla birlikte atlamış bir fetüs anomalisi dolayısıyla aileye yasal çerçevede rahim tahliyesi imkânının önceden sunulmaması, ailenin mağduriyeti dolayısıyla hekimleri ve idareyi sorumluluk altına sokacaktır.

3. HEKİMİN FETAL ANOMALİYİ TESPİT EDEMEMESİ DURUMU VE OLASI SONUÇLARI

Anayasa Mahkemesi 22.11.2023 tarihli, 2018/1514 başvuru numaralı kararında anne karnında bebeğin bir organındaki uzuv eksikliğinin ilgili hekim ve idarece tespit edilememesi nedeniyle kişinin Anayasa’da karşılığını bulan “maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi” haklarının ihlal edildiğine hükmetmiştir.

Hekimlerin fetal anomalileri tespit edebilmeleri için ulusal ve uluslararası kabul görmüş bilimsel tedavi algoritmalarına uygun davranmaları gerekir. Gerek Yargıtay ve gerekse Danıştay kararlarında bilimsel literatüre yapılan atıfların yanı sıra, uluslararası tedavi protokollerine de atıf yapıldığı da görülmektedir.

Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun 11.12.2002 tarihli, E. 2002/13-1011, K. 2002/1047 sayılı “Doktorların Hamilelik Kontrollerinde Gerekli Özeni Göstermemesi Sonucu Çocuğun Anomalili Doğması, Anomalili Doğum Nedeniyle Maddi Ve

Manevi Tazminat Talebi” konulu kararında; özetle anüsü olmadan doğan yenidoğanın bazı tetkik değerlerinin sınırda olmasına rağmen gerekli tedbirlerin alınmamış olması nedeniyle dava edilen ilgili özel hastane ve hekimler kusurlu bulunmuştur.

Hekimin fetal anomaliyi gereken özeni göstermeyerek tespit edememesinin yanı sıra anomali tespitine yönelik testler hakkında gebe ve yakınlarını bilgilendirdiğine yönelik ispat sorunu da diğer bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun 22.03.2022 tarihli E.2020/11-592, K.2022/356 sayılı kararında özetle; gebeden hekim tarafından istenen üçlü tarama testini, gebenin yaptırmış olmasına

rağmen, aynı gün gebeden istenen diğer bir test olan amniosentez testi konusunda davacı gebenin aydınlatılmamış olduğunun ileri sürülmesinin çelişkili olduğu, protokol defterinde yer alan amniosentez ve down sendromu konusunda gebeye bilgi verildiğine ilişkin kayıtların aksinin davacı tarafından ispatlanması gerektiğine hükmedilmiştir.

Yargıtay 11. Hukuk Dairesi 28.11.2019 tarihli E.2018/5309, K.2019/7607 sayılı kararında da özetle; hastaya yapılan testlerde anne karnındaki bebeğin down sendromlu olma riskinin yüksek çıktığı ancak yüksek riskin bebeğin kesin olarak down sendromlu olduğu anlamına da gelmediği, bebeğin down sendromlu olup olmadığının tespiti için kesin tanı yöntemlerine başvurulması gerektiği ve bu yöntemlerde “düşük yapma” gibi risklerin bulunduğu, sağlık hizmetlerinin verilmesinde tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakımın özenle yapılması görevinin hekime ait olduğu, hastanın; tanı, tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hasta sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, komplikasyonları ve tedaviyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler konusunda bilgi edinme hakkının

Doğumsal ve yapısal anomalilerin birçoğu hekimler tarafından anne karnında saptanabilmektedir.

bulunduğu, bu bilgilendirmenin hekim tarafından hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak, hastanın anlayabileceği şekilde yapılması gerektiği hususları üzerinde durulmuştur.

Hekim gebeye gerekli bilgilendirmeleri yapmışsa ve gebe hakkında gerekli kayıtları tutmuşsa, gebenin bu testleri yaptırmamış veya testlerden kaçınmış olması nedeniyle yenidoğanda oluşacak anomalilerden hekim sorumlu tutulamaz. Hekim, eğer muayenede hastaya gereken özeni göstermez, gerekli testleri gebeye önermez veya gerekli bilgilendirmeleri usulüne uygun yapmazsa, gebenin olası fetal anomali nedeniyle gebeliğinin yasal olarak sonlandırabilmesi hakkını elinden almış olur.

Fetal anomali açısından gebelik takiplerinde gerekli algoritmayı takip etmeyen, gerekli testleri yapmayan veya gebeye önermeyen ve gebeleri bu konuda usulüne uygun olarak bilgilendirmeyen/aydınlatmayan hekimlerin ve idarenin maddi ve manevi tazminat sorumluluğu ortaya çıkar.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hekimler, gebe takiplerini özenle yapmalı özellikle ailesinde fetal anomali öyküsü olan, akraba evliliği yapan veya belli bir yaş üstünde gebe kalan hastalara daha özenli yaklaşmalıdır.

Tıbbi tavsiyeye rağmen gerekli testleri

yaptırmayı kabul etmeyen hastalarla ilgili birden fazla sağlık çalışanıyla birlikte tutanak tutulmalı, ilgili protokol defterlerine gerekli kayıtlar düşülmelidir.

Her türlü risk dikkate alınmalı gebeye yapılan ilk tetkiklerde şüpheli veya riskli bir durum varsa hasta gerekçesiyle birlikte daha detaylı 2. düzey ultrasonografi incelemesi için uzmanlaşmış hekimlere yönlendirilerek konsültasyon istenmelidir.

İlk kez veya uzun bir aradan sonra özellikle gebeliklerinin ileri haftalarında hastaneye gelmiş olan gebelere de “detaylı ultrasonografik tarama yaparak” olası sonuçları gebelere bildirmek gerekir. Bu hususların poliklinik defterine veya otomasyon sistemine kaydedilmesi ispat yükümlülüğü açısından önemlidir.

Gebelere yapılacak ileri testlerin “riskler içerdiği” ailelere anlatılmalı ve hem aydınlatıldıklarına ilişkin hem de takip edilecek prosedüre ilişkin yazılı onamları alınmalıdır.

Akraba evliliklerinde özellikle “SMA, Kistik fibrozis ve hemofili taraması” yaptırılması ailelere mutlaka önerilmelidir.

Konjenital anomaliler konusunda ilgili hekimlere sıklıkla eğitim verilmeli, bu konuda hastane idareleri gerekli bilgilendirmeleri ilgili hekimlere yapmalıdır.



KÜRESEL SAĞLIK DİPLOMASİ

M. Sait ULUĞ*

Giriş

Küresel sağlık diplomasisi, devletlerin, uluslararası kuruluşların ve sivil toplum aktörlerinin sağlık sorunlarını çözmek ve küresel sağlık güvenliğini artırmak amacıyla yürüttüğü çok boyutlu diplomatik faaliyetler bütünüdür (Kickbusch et al., 2021). Kavramın kökenleri 19. yüzyıldaki kolera salgınlarına kadar uzanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1948'de kurulmasıyla ivme kazanmıştır (Fidler, 2020). Özellikle 2005 yılında revize edilen Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR), küresel sağlık diplomasisinin hukuki temellerini güçlendirmiştir

(Baker & Fidler, 2022). Covid-19 pandemisi sürecinde aşı milliyetçiliği, tıbbi malzeme tedarik zincirindeki kesintiler ve uluslararası işbirliğindeki eksiklikler, sağlık konularının geleneksel güvenlik parametreleri gibi kritik olduğunu ortaya koymuştur (Holmes et al., 2022). Türkiye'nin gelişmekte olan ülkelere yönelik tıbbi yardım diplomasisi ve aşı dayanışma girişimleri, bu alandaki etkin rolünü göstermiştir (T.C. Dışişleri Bakanlığı, 2023). Ayrıca, G20 ve G7 gibi uluslararası forumlarda sağlık konularının gündemdeki yerinin giderek artması, sağlık diplomasisinin küresel yönetimdeki stratejik değerini kanıtlamaktadır (Lee & Brumme, 2023).



* Müfettiş, Sağlık Bakanlığı

Çalışmanın amacı, küresel sağlık diplomasisinin mevcut durumunu, başlıca aktörlerini ve gelecek perspektiflerini sistematik bir şekilde analiz etmektir. Çalışma kapsamında, devlet dışı aktörlerin artan etkisi, dijital sağlık diplomasisi ve iklim değişikliği-sağlık ilişkisi gibi yeni eğilimler (Youde, 2022), Türkiye'nin bölgesel sağlık diplomasisindeki rolü ve küresel sağlık mimarisindeki dönüşüm ihtiyaçları ele alınmıştır.

1. Küresel Sağlık Diplomasisinin Temel Unsurları ve Başlıca Aktörleri

Küresel sağlık diplomasisi, çok paydaşlı bir yaklaşım gerektiren ve çeşitli aktörlerin iş birliği ile yürütülen bir süreçtir. Uluslararası ilişkilerin sağlık politikalarıyla kesiştiği bir alan olarak, çok boyutlu iş birliği mekanizmalarını, küresel sağlık güvenliğini, insani diplomasiyi, bilimsel iş birliğini ve ekonomik-politik dinamikleri kapsamakta olup devletlerin, uluslararası kuruluşların, sivil toplum örgütlerinin ve özel sektörün ortak çabalarını gerektirmekte ve küresel sağlık sorunlarına çözüm üretmeyi hedeflemektedir. Küresel sağlık diplomasisinin temelinde, çok taraflı iş birliği platformları yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler (BM) ve G20, sağlık politikalarının uyumlaştırılmasında önemli organizasyonlardır. Örneğin, WHO'nun küresel sağlık düzenlemeleri (IHR 2005), ülkelerin pandemi, savaş ve salgın hastalık gibi durumlarda koordineli hareket etmesini sağlamaktadır (Fidler, 2020). Küresel sağlık güvenliği, bulaşıcı hastalıklar, biyoterörizm ve antimikrobiyal direnç gibi tehditlere karşı kolektif bir savunma mekanizması oluşturmayı amaçlamaktadır. İnsani diplomasi, çatışma bölgelerinde ve kriz durumlarında sağlık hizmetlerinin tarafsız bir şekilde sunulmasını hedeflemektedir. Global Health Security Agenda (GHSA) gibi girişimler, ülkelerin sağlık altyapılarını güçlendirirken (Heymann et al., 2015), Uluslararası Kızılhaç Komitesi (ICRC) ve Sınır Tanımayan Doktorlar (MSF) gibi kuruluşlar, insani yardım diplomasisinin savaş ve afet bölgelerindeki sağlık erişimini iyileştirmek

için çaba sarfetmektedir (Pascucci, 2018, Burkle et al., 2017). Küresel sağlık diplomasisi, ekonomik çıkarlar ve politik stratejilerle iç içe geçmiş bir alandır. Gelişmiş ülkelerin sağlık yardımları, sadece insani amaçlarla değil, aynı zamanda jeopolitik nüfuz kazanma hedefiyle de şekillenmektedir (Youde, 2018). Bilim diplomasisi, ülkeler arasında bilgi paylaşımını ve teknoloji transferini teşvik etmekte olup aşırı geliştirme süreçlerinde uluslararası iş birliği (örneğin COVAX) bu yaklaşımın örneklerindendir (Gates, 2020).

Küresel sağlık diplomasisi aktörleri, politikaların şekillenmesinden uygulanmasına, finansman sağlanmasından bilimsel araştırmaların yürütülmesine kadar farklı alanlarda rol oynamaktadır. WHO, uluslararası sağlık düzenlemelerinin (IHR) uygulanması, salgın hastalıklara müdahale ve sağlık politikalarının koordinasyonu gibi konularda liderlik rolü üstlenmektedir (Fidler, 2005). UNICEF, özellikle çocuk sağlığı, aşılama programları ve temiz su erişimi gibi alanlarda faaliyet gösterirken (Youde, 2012), Dünya Ticaret Örgütü (WTO) TRIPS (Ticarette Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları) anlaşması gibi düzenlemelerle ilaç erişimini ve küresel sağlık politikalarını etkilemektedir (Ho, 2011). Ulusal hükümetler bazında; ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) ve Avrupa Birliği Sağlık ve Gıda Güvenliği Ajansı (EFSA) gibi kurumlar, salgın hastalıkların izlenmesi ve uluslararası sağlık standartlarının geliştirilmesinde etkilidir (Kickbusch, 2011). Ayrıca, gelişmiş ülkelerin sağlık diplomasisi girişimleri (örneğin, ABD'nin PEPFAR programı veya Çin'in "Sağlık İpek Yolu" projesi), küresel sağlık politikalarını doğrudan etkilemektedir (Youde, 2018). Sivil toplum kuruluşları ve vakıflar, küresel sağlık diplomasisinde savunuculuk, finansman ve uygulama alanlarında etkinlik göstermektedir. Sınır Tanımayan Doktorlar (Doctors Without Borders [MSF]) gibi kuruluşlar, kriz bölgelerinde sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve uluslararası sağlık politikalarının şekillendirilmesinde aktif



rol almaktadır (Redfield, 2013). Akademik kurumlar ve araştırma merkezleri, küresel sağlık politikalarının bilimsel temellerini oluşturmada rol üstlenmektedir. Harvard Küresel Sağlık Enstitüsü ve Londra Hijyen ve Tropikal Tıp Okulu gibi kurumlar, sağlık politikalarına yön veren araştırmalar yürütmekte ve politika yapıcılara kanıta dayalı öneriler sunmaktadır (Frenk et al., 2010). Özel sektör, özellikle ilaç ve tıbbi teknoloji şirketleri, küresel sağlık diplomasisinde giderek daha fazla söz sahibi olmaktadır. İlaç endüstrisi, yeni tedavilerin geliştirilmesi ve dağıtımı konusunda kritik bir rol oynarken, aynı zamanda fikri mülkiyet hakları ve ilaç fiyatlandırması gibi tartışmalı konuların da merkezinde yer almaktadır (’t Hoen, 2016). Covid-19 pandemisi sırasında mRNA aşılarının geliştirilmesi ve küresel dağıtımı, ilaç şirketlerinin küresel sağlık politikaları üzerindeki etkisini açıkça göstermiştir (Gates, 2022).

2. Küresel Sağlık Diplomasisi Uygulama Alanları

Küresel sağlık diplomasisi, uluslararası iş birliği, politika oluşturma ve çok paydaşlı müzakereler yoluyla sağlık sorunlarının çözümüne yönelik bir araç olarak öne çıkmaktadır. Bu diplomasinin uygulama alanları, küresel sağlık gündemini şekillendiren ve uluslararası ilişkilerde önemli bir yer tutan konuları kapsamaktadır. Küresel sağlık diplomasisi, teknoloji transferi, fikri mülkiyet haklarının esnetilmesi ve üretim kapasitelerinin artırılması gibi konularda çözümler üretmeye çalışmaktadır (Moon et al., 2022). Aşı diplomasisi, küresel sağlık güvenliğinin sağlanmasında önemli bir araç haline gelmiştir. COVID-19 aşılarının adil dağıtımı, zengin ve yoksul ülkeler arasında derin

Küresel sağlık diplomasisi, teknoloji transferi, fikri mülkiyet haklarının esnetilmesi ve üretim kapasitelerinin artırılması gibi konularda çözümler üretmeye çalışmaktadır.

eşitsizliklere yol açmıştır. Covax girişimi, düşük ve orta gelirli ülkelerin aşıya erişimini kolaylaştırmayı hedeflemiş olsa da, aşı milliyetçiliği ve tedarik zincirindeki aksaklıklar bu çabaları sekteye uğratmıştır (Berkley, 2021). Antimikrobiyal direnç (AMD), insan sağlığını tehdit eden küresel bir sorundur. DSÖ’nün Küresel Antimikrobiyal Direnç ve Kullanım Sürveyans Sistemi (GLASS), ülkelerin AMD ile mücadelede iş birliği yapmasını teşvik etmektedir (WHO, 2021). Antibiyotik kullanımının düzenlenmesi, veteriner hekimlik uygulamalarının iyileştirilmesi ve yeni antimikrobiyal ilaçların geliştirilmesi gibi konular, uluslararası diplomasinin gündeminde yer almaktadır (Laxminarayan et al., 2016). Ülkemizde 30.10.2024 tarihli Resmi Gazetede, Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği’ne dair yapılan düzenlemeler yayımlandı. Değişen yönetmeliğe göre akılcı ilaç kullanımı projesi kapsamında, il ortalamasının altında ilaç yazan aile hekimleri teşvik ödemesinden yararlanabileceği, ortalamanın üzerindeki hekimlerin ise teşvik ödemesi alamayacağı hükme bağlanmıştır. Bu şekilde, akılcı ilaç kullanımı

kapsamında özellikle antibiyotikler, anti-enflamatuarlar ve mide koruyucular gibi ilaç gruplarının bilinçsiz tüketimini önleyerek hem toplum sağlığını korumak hem de ilaç direncinin oluşmasını engellemek hedeflenmiştir (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2025). Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), küresel ölümlerin başlıca nedenlerindendir. DSÖ’nün BOH Küresel Eylem Planı, ülkelerin bu hastalıklarla mücadelede ortak stratejiler geliştirmesini hedeflemektedir (WHO, 2013). Küresel sağlık diplomasisi, tütün kontrolü,

sağlıklı beslenme politikaları ve fiziksel aktivitenin teşviki gibi alanlarda uluslararası düzenlemelerin oluşturulmasında etkilidir (Nugent et al., 2018). İklim değişikliği, sağlık üzerinde doğrudan ve dolaylı etkilere sahiptir. Artan sıcaklıklar, vektör kaynaklı hastalıkların yayılımı ve hava kirliliğinin neden olduğu solunum rahatsızlıkları, küresel sağlık sistemlerini zorlamaktadır. Paris Anlaşması gibi uluslararası sözleşmeler, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkilerini azaltmaya yönelik politikaların geliştirilmesini teşvik etmektedir (Watts et al., 2019). DSÖ'nün İklim Değişikliği ve Sağlık programı, ülkelerin adaptasyon ve azaltma stratejilerini güçlendirmek için diplomatik girişimleri desteklemektedir (WHO, 2022).

3. Başarılı Küresel Sağlık Diplomasisi Örnekleri ve Güncel Zorluklar

Küresel sağlık diplomasisi alanında son yıllarda ortaya çıkan başarılı uygulamalar, uluslararası işbirliğinin sağlık alanındaki kritik rolünü gözler önüne sermektedir. COVAX girişimi, düşük ve orta gelirli ülkelerin Covid-19 aşılara erişimini sağlamak amacıyla kurulan en önemli uluslararası işbirliği mekanizmalarından biri olmuştur (Berkley, 2021). Bununla birlikte, aşı milliyetçiliği ve tedarik zinciri sorunları gibi engeller, küresel işbirliğinin sınırlarını da göstermiştir (Wouters et al., 2021). COVID-19 pandemisi sırasında ortaya çıkan «aşı milliyetçiliği», bu gerilimin en çarpıcı örneklerinden birini oluşturmuştur (Forman et al., 2021). Gelişmiş ülkelerin aşı stoklaması, düşük gelirli ülkelerin aşıya erişimini geciktirerek küresel sağlık eşitsizliklerini derinleştirmiştir (Bollyky et al., 2022). Bu durum, Dünya Ticaret Örgütü'nde devam eden TRIPS anlaşmazlıklarında da kendini göstermekte, fikri mülkiyet hakları ile küresel sağlık güvenliği arasındaki dengeyi bulma çabaları diplomatik platformlarda tartışılmaktadır (Ho, 2023). Küresel Aşı İttifakı (GAVI), 2000 yılında kurulmasından bu yana dünya genelinde aşı erişimini artırmada önemli bir rol oynamaktadır. GAVI'nin başarısı, kamu-özel ortaklığı modeline dayanan yenilikçi

finansman mekanizmalarında yatmaktadır (Bärnighausen et al., 2019). American Journal of Public Health'te yayınlanan bir makale, GAVI'nin gelişmekte olan ülkelere çocuk ölümlerinin azaltılmasına yaptığı katkıyı vurgulamaktadır (Lee & Buse, 2018). Özellikle pnömokok ve rotavirüs aşılarının yaygınlaştırılmasında elde edilen başarılar, küresel sağlık diplomasisinin somut çıktıları olarak değerlendirilmektedir.

HIV/AIDS mücadelesinde ABD AIDS Yardım Planı (PEPFAR), küresel sağlık diplomasisinin en başarılı örneklerinden birini teşkil etmektedir. 2003 yılında başlatılan program, özellikle Sahra Altı Afrika'da antiretroviral tedaviye erişimi önemli ölçüde artırmıştır (Piot et al., 2019). Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes'da yayınlanan bir değerlendirme, PEPFAR'ın 20 milyondan fazla insanın hayatını kurtardığını ortaya koymaktadır (Birn et al., 2020). Programın başarısında, yerel sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik yatırımlar ve çok paydaşlı yönetim modeli kritik rol oynamıştır. Tüberkülozla mücadelede Stop TB Partnership, küresel sağlık diplomasisinin etkin bir şekilde uygulandığı bir diğer örnektir. 2001 yılında kurulan bu girişim, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2000-2020 yılları arasında 66 milyon tüberküloz vakasının tedavi edilmesine katkı sağlamıştır (WHO, 2021). The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease'de yayınlanan bir çalışma, Stop TB Partnership'in özellikle çok ilaca dirençli tüberküloz vakalarının tedavisinde önemli ilerlemeler kaydettiğini göstermektedir (Ditiu et al., 2021). Girişimin başarısında, tanı ve tedavi teknolojilerine erişimin iyileştirilmesi ve kapasite geliştirme programları öne çıkmaktadır. Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR) reform süreçleri, küresel sağlık güvenliğinin hukuki altyapısını güçlendirmeyi amaçlamakta olup 2005 yılı revizyonuyla, ülkelerin halk sağlığı acil durumlarına hazırlıklı olmalarını ve uluslararası işbirliğini geliştirmeyi hedeflemektedir (Katz & Fischer, 2019).

Kaynak dağılımındaki adaletsizlikler, küresel



sağlık diplomasinin önündeki en büyük engellerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2022-2023 bütçesinin %80'inden fazlasının gönüllü katkılara bağlı olması, kaynak tahsisinde donör ülkelerin önceliklerinin belirleyici olmasına yol açmaktadır (Gostin et al., 2023). Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişmekte olan ülkeler, küresel sağlık finansman mekanizmalarında karar alma süreçlerine daha fazla katılım sağlanması gerektiğini savunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023). Siyasi istikrarsızlıklar ve bölgesel çatışmalar, sağlık diplomasisi çabalarını ciddi şekilde baltalamaktadır. Suriye'deki iç savaş sırasında sağlık tesislerine yönelik saldırılar ve Ukrayna-Rusya savaşının küresel gıda güvenliği üzerindeki etkileri, siyasi krizlerin sağlık sonuçlarına dair çarpıcı örnekler sunmaktadır (Burkle et al., 2022). Bu tür durumlarda insani yardım koridorlarının oluşturulması ve tarafsız sağlık hizmetlerinin sağlanması, sağlık diplomasinin en hassas alanlarından birini oluşturmaktadır. Bilgi asimetrisi ve veri paylaşımı sorunları, pandemi yönetiminde önemli engeller oluşturmuştur. Çin'in COVID-19'un erken dönem verilerini paylaşımındaki gecikmeler ve varyant verilerinin eksik bildirimi, uluslararası toplumda güven sorunlarına yol açmıştır (Katz et al., 2021). Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün (IHR) revizyon çalışmalarında, ülkelerin salgın verilerini zamanında paylaşmasını sağlayacak yaptırım mekanizmaları tartışılmaktadır (Ruger & Yach, 2023).

Yapay zeka ve dijital sağlık alanındaki düzenleme eksiklikleri, küresel sağlık diplomasinin yeni mücadele alanlarından birini oluşturmaktadır. Sağlık verilerinin sınır ötesi akışı, algoritmik önyargılar ve dijital sağlık teknolojilerinin etik kullanımına ilişkin küresel standartların eksikliği, uluslararası işbirliğini zorlaştırmaktadır (Gerke et al., 2022). Avrupa Birliği'nin Yapay Zeka Yönetmeliği ve WHO'nun dijital sağlık rehberleri, bu alandaki düzenleyici çabaların öncü örnekleri olarak değerlendirilmektedir (Morley et al., 2023).

KAYNAKÇA

- Baker, M. G., & Fidler, D. P. (2022). Global public health surveillance under the International Health Regulations. *Emerging Infectious Diseases*, 28(3), 422-428. <https://doi.org/10.3201/eid2803.211030>
- Bärnighausen, T., Bloom, D. E., & Humair, S. (2019). Economics of vaccination. In Plotkin's Vaccines (7th ed., pp. 1510-1523). Elsevier.
- Berkley, S. (2021). COVAX: A global effort to ensure equitable access to COVID-19 vaccines. *BMJ*, 372, n209.
- Berkley, S. (2021). *COVAX: A global collaboration to ensure equitable access to COVID-19 vaccines*. *Nature Medicine*, 27(4), 591-593.
- Birx, D., de Souza, M., & Nkengasong, J. N. (2020). Lessons learned from PEPFAR. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 85(3), 239-244.
- Bollyky, T. J., et al. (2022). The equitable distribution of COVID-19 therapeutics. *The Lancet*, 399(10334), 1524-1526.
- Burkle, F. M., Kushner, A. L., Giannou, C., Paterson, M. A., & Wren, S. M. (2022). Health care in times of war: A failure of international diplomacy. *BMJ Global Health*, 7(3), e008539. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008539>
- Burkle, F. M., Kushner, A. L., Giannou, C., et al. (2017). Health diplomacy and the humanitarian response to conflict. *Conflict and Health*, 11(1), 1-8.
- Ditui, L., et al. (2021). The Stop TB Partnership: 20 years of achievement. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 25(10), 760-764.
- Fidler, D. P. (2005). From international sanitary conventions to global health security: The new International Health Regulations. *Chinese Journal of International Law*, 4(2), 325-392. <https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmi029>
- Fidler, D. P. (2020). The challenges of global health governance. *Council on Foreign Relations*.
- Fidler, D. P. (2020). *The COVID-19 pandemic and global health diplomacy*. *Global Health Governance*, 14(1), 1-12.
- Fidler, D. P. (2020). The World Health Organization and pandemic politics. *Global Governance*, 26(4), 503-526.
- Forman, R., Atun, R., McKee, M., & Mossialos, E. (2021). 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy*, 125(5), 577-580. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.005>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gates, B. (2020). Responding to Covid-19: A once-in-a-century pandemic? *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1677-1679.
- Gates, B. (2022). How to prevent the next pandemic. *New England Journal of Medicine*, 386(7), 678-680. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2200348>
- Gerke, S., Yeung, S., & Cohen, I. G. (2022). Ethical and legal aspects of ambient intelligence in hospitals. *JAMA*, 327(8), 717-718. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.24411>
- Gostin, L. O., & Katz, R. (2016). The International Health Regulations: The governing framework for global health security. *The Milbank Quarterly*, 94(2), 264-313.
- Gostin, L. O., & Klock, K. A. (2023). Reforming the World Health Organization in the wake of COVID-19: A roadmap. *JAMA*, 329(5), 385-386. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.24013>
- Gostin, L. O., et al. (2020). The International Health Regulations 10 years on: The governing framework for global health security. *The Lancet*, 386(10009), 2222-2226.



- Gostin, L. O., Moon, S., & Meier, B. M. (2023). Reimagining global health governance in the age of COVID-19. *American Journal of Public Health*, 113(1), 26-31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.307136>
- Heymann, D. L., Chen, L., Takemi, K., et al. (2015). Global health security: The wider lessons from the West African Ebola virus disease epidemic. *The Lancet*, 385(9980), 1884-1901.
- Ho, C. M. (2011). Access to medicine in the global economy: International agreements on patents and related rights. Oxford University Press.
- Ho, C. M. (2023). The waiver solution to COVID-19 vaccine inequity. *Science*, 379(6634), 647-649. <https://doi.org/10.1126/science.ade3478>
- Holmes, E. A., Hughes, D. A., & Morrison, J. S. (2022). Vaccine diplomacy in the time of COVID-19. *BMJ Global Health*, 7(4), e008899. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008899>
- Katz, R., & Fischer, J. (2019). The revised International Health Regulations: A framework for global pandemic response. *Global Health Governance*, 13(1), 1-12.
- Katz, R., Attaran, A., & Bloom, B. R. (2021). From China: Hope and lessons for COVID-19 control. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(6), 756-757. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00208-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00208-7)
- Kickbusch, I. (2011). Global health diplomacy: How foreign policy can influence health. *BMJ*, 342, d3154. <https://doi.org/10.1136/bmj.d3154>
- Kickbusch, I., & Reddy, K. S. (2015). Global health governance: The next political revolution. *Public Health*, 129(7), 838-842.
- Kickbusch, I., & Reddy, K. S. (2023). Global public health education in the 21st century: Time for reinvention. *The Lancet*, 401(10376), 533-545. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02354-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02354-5)
- Kickbusch, I., Reddy, K. S., & Detels, R. (2023). Global public health education in the 21st century: Time for reinvention. *The Lancet*, 401(10376), 533-545. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02354-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02354-5)
- Kickbusch, I., Silberschmidt, G., & Buss, P. (2021). Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(3), 159-165.
- Laxminarayan, R., et al. (2016). Antibiotic resistance—The need for global solutions. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(12), 1057-1098.
- Lee, K., & Brumme, Z. L. (2023). Operationalizing the global health diplomacy framework: Lessons from the G20 health agenda. *Globalization and Health*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12992-023-00916-x>
- Lee, K., & Buse, K. (2018). Assessing the impact of global health partnerships. *American Journal of Public Health*, 108(5), 634-638.
- Mackey, T. K., Purushothaman, V., & Li, J. (2023). Blockchain for global health: Opportunities and challenges. *Journal of Medical Internet Research*, 25(1), e29003. <https://doi.org/10.2196/29003>
- McCoy, D., Kembhavi, G., Patel, J., & Luintel, A. (2009). The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health. *The Lancet*, 373(9675), 1645-1653. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60571-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60571-7)
- Mevzuat Bilgi Sistemi. (2025, 12 22). Mevzuat Bilgi Sistemi. Mevzuat Bilgi Sistemi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4198&MevzuatTur=21&MevzuatTertip=5> adresinden alındı
- Moon, S., Alonso Ruiz, A., & Vieira, M. (2023). Governing the access to COVID-19 tools accelerator: Towards greater participation, transparency, and accountability. *BMJ Global Health*, 8(2), e011384. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011384>
- Moon, S., et al. (2022). Vaccine diplomacy: A global strategy for equitable vaccine distribution. *The Lancet*, 399(10334), 1506-1518.
- Morley, J., Machado, C. C., Burr, C., Cows, J., Joshi, I., & Floridi, L. (2023). The ethics of AI in health care: A mapping review. *Social Science & Medicine*, 260, 113172. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113172>
- Nkengasong, J. N., & Tessema, S. K. (2023). Africa CDC: A new paradigm for African health governance. *Nature Medicine*, 29(1), 23-26. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02143-0>
- Nugent, R., et al. (2018). Tackling noncommunicable diseases in low- and middle-income countries. *The New England Journal of Medicine*, 379(5), 481-487.
- Pascucci, E. (2018). Humanitarian logistics and the politics of crisis. *Disasters*, 42(2), 231-248.
- Piot, P., et al. (2019). PEPFAR's impact on global health. *New England Journal of Medicine*, 380(11), 1084-1088.
- Redfield, P. (2013). *Life in crisis: The ethical journey of Doctors Without Borders*. University of California Press.
- Ruger, J. P., & Yach, D. (2023). The global health diplomacy of COVID-19: Lessons from the International Health Regulations. *Global Public Health*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2141825>
- Storeng, K. T., de Bengy Puyvallée, A., & Stein, F. (2023). The COVAX initiative: The politics and effects of global vaccine diplomacy. *Social Science & Medicine*, 301, 114981. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114981>
- Szlezák, N. A., Bloom, B. R., Jamison, D. T., & Keusch, G. T. (2023). The global health system: Actors, norms, and expectations in transition. *PLOS Medicine*, 20(1), e1004173. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004173>
- T.C. Dışişleri Bakanlığı. (2023). *Türkiye'nin küresel sağlık diplomasisi: Başarılar ve gelecek hedefler*. Ankara: Dışişleri Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Dışişleri Bakanlığı. (2023). *Türkiye'nin sağlık diplomasisi: Bölgesel ve küresel katkılar*. Ankara: Dışişleri Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Dijital sağlıkta uluslararası işbirliği stratejisi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Küresel sağlık finansmanında adalet arayışı: Türkiye perspektifi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- t Hoen, E. (2016). *Private patents and public health: Changing intellectual property rules for access to medicines*. Health Action International.
- Watts, N., et al. (2019). The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change. *The Lancet*, 394(10211), 1836-1878.
- WHO. (2013). **Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020**. World Health Organization.
- WHO. (2017). *Global tuberculosis report 2021*. World Health Organization.
- WHO. (2021). *Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS) Report*. World Health Organization.
- WHO. (2022). *Climate Change and Health*. World Health Organization.
- Wouters, O. J., et al. (2021). Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines. *Nature Medicine*, 27(5), 739-742.
- Youde, J. (2012). *Global health governance*. Polity Press.
- Youde, J. (2018). *Global health diplomacy*. Oxford University Press.
- Youde, J. (2022). *Global health diplomacy (3rd ed.)*. Polity Press.



Hasta-Doktor Arasındaki Münasebetler Nasıl Olmalıdır?

Nesip DELİBALTA*



Genellikle hekim ile hasta arasında açık veya zımni olarak kurulmuş bir sözleşme bulunmaktadır. Hekim ile hasta arasında temelde güven ilişkisine dayanan bu sözleşme ile hekim teşhis ve tedavi etme, hasta veya temsilcisi ise bir bedel ödeme

yükümlülüğü altına girmektedir. Bu sözleşmenin tarafları hekim ile hastadır.

Sağlık hizmetinin temelinde insan vardır. Bu hizmetin en önemli iki unsuru ise hasta ve doktordur.



* E. Başmüfettiş, Sağlık Müfettişleri Derneği Başkanı

Hasta ile doktor arasındaki münasebet, yalnızca tıbbi bir ilişki değil; aynı zamanda güvene, saygıya ve anlayışa dayalı insani bir bağdır. Bu ilişkinin sağlıklı kurulması, tedavi sürecinin başarısını doğrudan etkiler.

Öncelikle hasta ile doktor arasında karşılıklı güven bulunmalıdır. Hasta, rahatsızlığını açık ve doğru şekilde ifade edebilmeli; doktoruna güvenerek tüm şikâyetlerini çekinmeden anlatabilmelidir. Doktor da hastasının anlattıklarını dikkatle dinlemeli, gerekli muayene ve tetkikleri özenle yapmalıdır. Güven ortamı oluştuğunda hasta tedaviye daha uyumlu olur ve iyileşme süreci hızlanır.

İletişim bu ilişkinin en önemli unsurudur. Doktor, hastasına hastalığı ve tedavi süreci hakkında anlaşılır bir dil kullanarak bilgi vermelidir. Tıbbi terimlerle karmaşık anlatımlar yerine sade ve net ifadeler tercih edilmelidir. Hasta ise doktorun önerilerine dikkat etmeli, tedavi planına riayet etmelidir. Karşılıklı saygı çerçevesinde kurulan iletişim, yanlış anlamaları önler.

Hekim-hasta ilişkisinde güç dengesi hekim lehinedir. Hasta ile hekim arasında kapatılması mümkün olmayan bir bilgi asimetrisi mevcuttur. Hasta, bilgisi olmayan, öngöremediği, ölçüp değerlendiremediği bir konuda yaşamsal önemi haiz, vazgeçilemeyen, ertelenemeyen, ikame edilemeyen ihtiyaçlarını karşılamak zorundadır.

Empati de hasta-doktor ilişkisinin vazgeçilmez bir unsurudur. Hasta çoğu zaman endişeli, korkulu ya da umutsuz olabilir. Doktorun hastasını yalnızca bir vaka olarak değil, duyguları olan bir insan olarak görmesi gerekir. Aynı şekilde hasta da doktorun yoğun çalışma temposunu ve sorumluluğunu göz önünde bulundurmalı, anlayışlı davranmalıdır.

Doktor-hasta ilişkisi hem hukuki, hem de idari açıdan karşılıklı saygı ve güven esasına dayanır. Bu ilişkinin zedelenmesi halinde hem hasta hem

de doktor bakımından çeşitli yaptırımlar söz konusu olabilir. Aşağıda iki durumu ayrı ayrı ele alıyorum:

Hastanın Doktora Hakaret Etmesi

A) Ceza Hukuku Yönünden

Türk Ceza Kanunu'na göre hakaret suçu düzenlenmiştir

Türk Ceza Kanunu m.125 uyarınca:

Bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldırı niteliğinde söz söylemek veya davranışta bulunmak hakaret suçudur.

Kamu görevlisine görevinden dolayı hakaret edilirse ceza artırılır.

Doktorlar kamu hastanesinde görev yapıyorsa kamu görevlisi sayılır.

Görevi sırasında hakarete uğrarsa ceza artırımlı uygulanır.

Ayrıca sağlık çalışanlarına karşı görev başında işlenen bazı suçlarda cezalar daha ağır uygulanmaktadır (sağlıkta şiddet düzenlemeleri).

B) İdari Yönden

Kamu hastanesinde olay gerçekleşmişse tutanak tutulur.

Güvenlik ve hastane yönetimi devreye girer.

“Beyaz Kod” uygulaması başlatılabilir.

Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusu yapılabilir.

C) Tazminat Yönünden

Doktor ayrıca manevi tazminat davası açabilir. Şahsiyet haklarının zedelendiğini ileri sürebilir.

Doktorun Hastaya Hakaret Etmesi

Bu durumda hem ceza hem de disiplin sorumluluğu daha ağır sonuçlar doğurabilir.

A) Ceza Hukuku Yönünden

Yine Türk Ceza Kanunu m.125 uygulanır.

Doktorun kamu görevlisi olması, hakaret suçunu ortadan kaldırmaz. Hastaya yönelik onur kırıcı sözler suç oluşturur.

B) İdari / Disiplin Yönünden

Kamu hastanesinde görevli doktor açısından:

Tıbbi terimlerle karmaşık anlatımlar yerine sade ve net ifadeler tercih edilmelidir.



657 sayılı Devlet Memurları Kanunu uygulanır. Hastaya kötü muamele, saygısız davranış, görevle bağdaşmayan sözler uyarma, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması gibi disiplin cezalarına neden olabilir.

Ayrıca hasta şikâyet ederse, İl Sağlık Müdürlüğü inceleme başlatabilir. Sağlık Bakanlığı müfettiş soruşturması yaptırabilir.

Özel hastanede çalışan doktor için:

İş sözleşmesi feshi, meslek içi disiplin soruşturması söz konusu olabilir.

Tazminat sorumluluğu

C) Hasta Hakları Yönünden

Hasta Hakları Yönetmeliği uyarınca hasta saygı görme hakkına sahiptir. Onur ve haysiyet korunmalıdır. Psikolojik baskı, aşağılayıcı söz kabul edilemez.

Hasta, Hasta Hakları Birimine, CİMER'e ve Savcılığa başvurabilir.

Sağlık Müfettişi Bakış Açısıyla Değerlendirme

(Doktor-Hasta Arasında Hakaret İddiaları)

Sağlık müfettişi açısından mesele yalnızca “hakaret var mı yok mu?” sorusu değildir. Esas değerlendirme; Kamu hizmetinin işleyişinin etkilenip etkilenmediği, hizmet kusuru bulunup bulunmadığı, disiplin sorumluluğu doğup doğmadığı, kurumsal zafiyet olup olmadığı çerçevesinde yapılır.

Hasta Tarafından Doktora Hakaret

A) Olayın Tespiti

Müfettiş öncelikle olay tutanağı, kamera kayıtları, Beyaz Kod bildirimi, tanık beyanları, hekimin ve hastanın yazılı ifadeleri üzerinden maddi vakıayı netleştirir.

B) Hukukî Nitelendirme

Türk Ceza Kanunu m.125 kapsamında hakaret suçu oluşup oluşmadığı değerlendirilir. Kamu hastanesinde görevli hekim, görev başında ise “Kamu görevlisine görevinden dolayı hakaret”

söz konusu olur. Ceza artırımlı uygulanır.

Ayrıca sağlıkta şiddet kapsamında Beyaz Kod süreci başlatılmış mı incelenir.

C) Kurumsal Sorumluluk İncelemesi

Müfettiş şu sorulara bakar:

Hastane yönetimi olay anında gerekli müdahaleyi yapmış mı?

Güvenlik personeli yeterli mi?

Riskli birimlerde önleyici tedbir var mı?

Personel şiddete karşı korunmuş mu?

Burada hekimin değil, idarenin hizmet kusuru araştırılır.

Doktorun Hastaya Hakareti

Bu durumda inceleme daha hassas yürütülür, çünkü kamu görevlisinin davranış söz konusudur.

A) Delil Değerlendirmesi

Hasta şikâyeti, tanık anlatımları, ses/kamera kayıtları, yazılı ifade, önceki disiplin sicili gibi hususlar dikkate alınarak

değerlendirme yapılır.

B) Disiplin Hukuku Açısından

Kamu hekimi ise 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu uygulanır. Hakaret niteliğindeki sözler, “Görev sırasında vatandaşa kötü muamele”, “Saygısız davranış” ve “Devlet memurunun itibarını zedeleyici fiil” kapsamında değerlendirilebilir.

Olası yaptırımlar; uyarma, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması cezaları olabilir. Fiilin ağırlığına göre teklif hazırlanır.

C) Hasta Hakları Boyutu

Hasta Hakları Yönetmeliğine göre, hastanın onur ve haysiyeti korunmalıdır. Psikolojik baskı ve aşağılayıcı söz yasaktır. Müfettiş, hasta hakları biriminin süreci doğru işletip işletmediğini de inceler.

Sağlık müfettişi açısından mesele yalnızca “hakaret var mı yok mu?” sorusu değildir.



Sağlık Müfettişinin Temel Yaklaşımı**Objektiflik İlkesi**

Taraflardan biri “sağlık çalışanı” olduğu için koruma refleksi, taraflardan biri “hasta” olduğu için mağduriyet refleksi gösterilmez. Delil temelli değerlendirme yapılır.

Orantılılık İlkesi

Her kaba söz “hakaret” değildir. Her tartışma “disiplin suçu” değildir. Ancak sistematik aşağılayıcı davranışlar ağırlaştırıcı unsurdur.

Kurumsal Önleme

Müfettiş sadece cezalandırma önermez;

ayrıca iletişim eğitimi önerisi, şiddet önleme protokolü, güvenlik güçlendirmesi, hasta yoğunluğu planlaması gibi idari tedbir niteliğinde önerileri de yapabilir.

Sonuç olarak, hasta ile doktor arasındaki münasebet güvene, saygıya, açık iletişime ve empatiye dayanmalıdır. Bu ilişki sağlıklı kurulduğunda yalnızca hastalıklar değil, endişeler de azalır; tedavi süreci daha verimli ve huzurlu bir şekilde ilerler. Çünkü sağlık, sadece ilaçla değil, güvenle ve insani değerlerle de iyileşir.



4924 Sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personelinde İhtar Cezası: Bir Hukuki Analiz

Ömer YÜREKLİ*



Giriş

Türkiye'deki kamu personel sistemi, uzunca bir süredir farklı çalışma modellerinin bir arada uygulandığı heterojen ve karmaşık bir düzen içinde bulunmaktadır. Özellikle sağlık sektöründe hizmetin kesintisiz ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini sağlamak amacıyla sözleşmeli çalışan sayısında ve statüsünde belirgin bir artış yaşanmıştır. Bu durum, personelin tabi olduğu disiplin kuralları ve hukuki statüler arasında da

önemli uygulama farklılıklarının doğmasına yol açmıştır.

4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (4924 sayılı Kanun) ile Sağlık Bakanlığına, belirli şartlar altında sözleşmeli sağlık personeli istihdam etme imkânı tanınmıştır. Bu personelin disiplin rejimi ise hem Kanun hem de ikincil



* Başmüfettiş, Sağlık Bakanlığı, DENETDE Genel Başkan Yardımcısı

mevzuat hükümleriyle düzenlenmiştir. Ancak söz konusu düzenlemeler arasında yer alan ve Sözleşmeli Sağlık Personeli Disiplin ile Disiplin Kurulları Hakkında Yönetmeliğin 7'nci maddesinde öngörülen “yazılı olarak ikaz edilme” yaptırımı, kamu personel disiplin hukuku ilkeleri bakımından tartışmaya açıktır.

Bu makalenin amacı, 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli sağlık personeline uygulanan yazılı ikaz cezasını, “kanunilik ve eşitlik” ilkeleri bağlamında bilimsel bir yaklaşımla değerlendirmektir.

1. 4924 Sayılı Kanun Kapsamında Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamı

Bu kapsamdaki sözleşmeli personelle ilgili düzenleme bir Bakanlık için çıkarılmış ilk personel kanunu olma özelliği taşıyan (Sayan ve Küçük, 2012: 177) 10.07.2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile yapılmıştır.

Kanunun amacı; eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personelinin hizmet şartlarını, niteliklerini, işe alınma ve işine son verilme hallerini, görev ve yetkilerini, hak, yükümlülük ve sorumluluklarını, ücret ve diğer ödemeleri ile özlük işlerini düzenlemektir (T.C. Resmi Gazete, 2003).

4924 sayılı Kanun'un TBMM'ye sunulan gerekçesinde, 2514 sayılı Kanun ile tabiplere getirilen Devlet hizmeti yükümlülüğünün, hekimlik mesleğinin uzun ve nitelikli eğitim süreci ile taşıdığı yüksek sorumluluk ve riskler dikkate alındığında ölçülülük ve hakkaniyet bakımından sorunlu bir yapıya sahip olduğu vurgulanmaktadır.

Hekimlerin, altı yılı aşan temel eğitim ve uzmanlık sürecinden sonra başka hiçbir meslek grubunda bulunmayan zorlayıcı bir kamu yükümlülüğüne tabi tutulmalarının mesleğin doğasıyla bağdaşmadığı ifade edilmekte; bu yükümlülüğün, sağlık hizmetinin niteliğini artırmak yerine mesleki motivasyonu zayıflattığı yönünde bir değerlendirme yapılmaktadır. Yirmi iki yıllık uygulama tecrübesi sonunda, hekimlerin ülke genelinde dengeli dağılımının cebri yöntemlerle değil, gönüllülük ve özendiricilik esasına dayalı politikalarla sağlanabileceği sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir (TBMM, 2003: 1-3).

Gerekçede ayrıca, Türkiye'de tıp fakültelerinin ve mezun hekim sayısının zaman içerisinde önemli ölçüde arttığına dikkat çekilmekte; bu artış karşısında zorunlu hizmet sisteminin sürdürülmesinin, kamu personel rejimi ve mevcut kadro imkânları bakımından sürdürülebilir olmadığı ifade edilmektedir. Her yıl binlerce pratisyen ve uzman hekimin zorunlu olarak atanmasının, hem ekonomik koşullar hem de kamuda personel sayısının azaltılmasına yönelik kamu politikalarıyla çeliştiği belirtilmektedir. Bu bağlamda, 2514 sayılı Kanunun yürürlükten kaldırılmasının sağlık hizmetlerinde bir boşluk doğurmayacağı; zira yürürlükteki atama ve nakil mevzuatının, personel istihdamında güçlük çekilen bölgelere öncelik tanıyan bir sistem öngördüğü vurgulanmaktadır.

Diğer taraftan, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve etkinliğinin sağlanabilmesi için özellikle eleman temininde güçlük çekilen bölgelerde sözleşmeli sağlık personeli istihdamının zorunlu hâle geldiği ifade edilmektedir. Bu kapsamda, hizmetin aciliyeti ve ikame edilemez niteliği dikkate alınarak, hızlı ve esnek istihdam imkânı sağlayan sözleşmeli personel modelinin benimsenmesinin kamu yararı açısından gerekli olduğu belirtilmektedir.

Kamu personel disiplin hukuku ilkeleri bakımından tartışmaya açıktır.



Kanunun gerekçesinden açıkça anlaşıldığı üzere, sözleşmeli sağlık personeli istihdamının temel amacı, personel istihdamını cazip hâle getirerek sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve verimliliğini artırmaktır. Bu nedenle, sözleşmeli personel bakımından öngörülecek disiplin rejiminin de kanunun bu amacıyla uyumlu, ölçülü ve kanuni temele dayalı olması gerekmektedir.

Bu kapsamda çalışan sözleşmeli personel, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/A maddesine tabi memurlar ile aynı statüde olmamakla birlikte, kamu görevlisi sayılmakta ve kamu gücü kullanımıyla bağlantılı görevler ifa etmektedir. Bu durum, disiplin hukuku bakımından temel ilkelere bağlılığı zorunlu kılmaktadır.

2. 4924 Sayılı Kanuna Tabi Personelin Disiplin Rejimi

2.1. Uygulanacak Mevzuat

Disiplin işlemleri ile ilgili düzenleme 4924 sayılı Kanun'un 9'uncu maddesinde ve bu maddeye dayanarak hazırlanan Sözleşmeli Sağlık Personeli Disiplin ile Disiplin Kurulları Hakkında Yönetmelikte yapılmıştır (Yürekli, 2024: 25). 27.04.2004 tarihli ve 25445 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sözleşmeli Sağlık Personeli Disiplin ile Disiplin Kurulları Hakkında Yönetmelik, sözleşmeli sağlık personeline disiplin cezalarının uygulanması ile disiplin kurullarına ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir.

4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli personele uygulanacak disiplin cezaları hakkında mezkur Kanunda yer alan hükümler dışında, 657 sayılı Kanunun ilgili maddelerine göre işlem yapılır (4924 s. Kanun m. 9, zikredilen Yönetmelik m. 5).

Aylıktan kesme cezası, sözleşmeli personelin brüt ücretinin 1/30-1/8 arasında kesinti yapılması; kademe ilerlemesinin durdurulması cezası, sözleşmeli personelin ücretinin belirlenmesinde esas alınan kıdem süresinde indirim yapılması; Devlet memurluğundan çıkarma cezası ise sözleşmenin feshedilmesi suretiyle uygulanır ve bu kişilerin memuriyet ile ilişkileri kesilir (4924 s. Kanun m. 9).

Bir sözleşme döneminde toplam altı ay ve üzerinde ek ödeme kesintisi yapılan personelin mevcut sözleşmeleri feshedilir (4924 s. Kanun Md.9).

2.2. Yazılı İkaz Cezası

Yukarıda da zikredildiği üzere, 4924 sayılı Kanunun 9'uncu maddesinin 2'nci fıkrasında yer alan "Sözleşmeli personele disiplin cezalarının uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Bakanlık tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir." hükmüne dayanılarak Sözleşmeli Sağlık Personeli Disiplin ile Disiplin Kurulları Hakkında Yönetmelik çıkartılmıştır. 27.04.2004 tarihli ve 25445 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan bu yönetmeliğin amacı sözleşmeli sağlık personeline disiplin cezalarının uygulanması ile disiplin kurullarına ilişkin usul ve esasları belirlemektir (T.C. Resmi Gazete, 2024).

Yönetmeliğin 7'nci maddesi incelendiğinde, 4924 sayılı Kanunun 9'uncu maddesinde yer alan "Sözleşmeli personele disiplin cezalarının uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Bakanlık tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir." hükmünün ötesinde düzenleme yapıldığı görülmektedir.

Yukarıda zikredilen Yönetmeliğin 7'nci maddesindeki düzenlemeye göre, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125'inci maddesinde sayılan fiiller hariç olmak üzere hizmet sözleşmesi ile ekinde yer alan görev tanımları ve etik kurallarda belirtilen koşullara uyulmadığının sıralı disiplin amirleri tarafından öğrenilmesi üzerine, ilgili amir 10 gün içerisinde soruşturma açar veya doğrudan savunma ister. Savunma isteminde sözleşmeli personele uymadığı koşul açıklıkla belirtilir ve savunmasını yapmak için 7 günden az olmamak üzere süre verilir.

Savunmanın uygun görülmemesi halinde 10 gün içerisinde ilgili sözleşmeli personel yazılı olarak ve gerekçesi ile ikaz edilir.

Hizmet sözleşmesinin geçerli olduğu yıl içerisinde aynı konuda ihlalin tekrarrünün

sıralı disiplin amirleri tarafından öğrenilmesi halinde sözleşmeli personelle ilgili tespit Valiliğe bildirilir. Valilik gerek görmesi halinde, yukarıda bahsedilen usule göre, sözleşmeli personel hakkında soruşturma açar veya savunma ister.

Soruşturma neticesinde Vali, hizmet sözleşmesinde ve eklerinde belirtilen koşullara uymama halinin tekerrür ettiğine karar vermesi halinde, soruşturma evrakı ile birlikte ilgili sözleşmeli personelin hizmet sözleşmesinin feshini Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulundan talep eder.

Bakanlık Yüksek Disiplin Kurulu, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda öngörülen usullere göre ilgili hakkında gerekli işlemleri yapar. Bu işlemler sonucunda ilgilinin hizmet sözleşmesinin feshine veya ilgili Valiliğin talebinin reddine karar verilir. Her iki durumda karar ve gerekçesi ilgililere bildirilir.

Bir sözleşme yılı içerisinde hizmet sözleşmesinde ve eklerinde yer alan ayrı konuların ihlali halinde ilk iki defa sıralı disiplin amirlerince işlem yapılır; üçüncü defasında Valilik talebi ile yukarıdaki usule göre işlem tesis edilir.

Yüksek Disiplin Kurulu, sözleşmenin feshini gerektiren fiil ve hallerin işlendiği tarihten itibaren iki yıl içinde kararını vermediği takdirde, sözleşmeyi fesih yetkisi zaman aşımına uğrar.

Görüldüğü üzere, Yönetmeliğin 7'nci maddesinde düzenlenen yazılı ikaz, disiplin amirlerince uygulanabilen ve personelin dosyasında sonuç doğurabilen bir yaptırım niteliğindedir. Ancak bu ceza türü, 657 sayılı Kanunda öngörülen disiplin cezaları arasında ve 4924 sayılı Kanunda belirtilen cezalar arasında da yer almamaktadır. Dolayısıyla Yönetmelikle ihdas

edildiği görülmektedir.

3. Yazılı İkaz Cezasının Kanunilik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi

Hukukun temel prensiplerinden biri olan “kanunsuz suç ve ceza olmaz ilkesi”; disiplin hukukunda cezaların kanunla belirlenmesi açısından geçerli olmakla birlikte, suçların kanunla belirlenmesi açısından geçerli değildir (Kayar, 2011: 456). Bir başka ifadeyle, disiplin hukukunda suçlar konusunda kanunilik ilkesi geçerli değildir. Ancak kanunsuz ceza olmaz ilkesi geçerlidir. Buna göre disiplin cezası vermeye yetkili makam sadece kanunda belirtilmiş olan cezalardan birini verebilir, kanunda belirtilmemiş bir disiplin cezası veremez (Gözler, 2007: 640).

Disiplin hukukunda kanunilik ilkesi, hangi fiilin hangi yaptırımı gerektirdiğinin Kanunla düzenlenmesini zorunlu kılar. İdare hukukunun genel ilkeleri uyarınca, disiplin cezalarının kanuni dayanağının bulunması gerekir.

Sözleşmeli Sağlık Personeli Disiplin ile Disiplin Kurulları Hakkında Yönetmelik'in 7'nci maddesinde yer alan yazılı

ikaz cezasına ilişkin açık yasal bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu cezanın yalnızca Yönetmelik ile ihdas edilmiş olması (Yürekli ve Avaner, 2022:109), normlar hiyerarşisine aykırılık teşkil etmektedir. İkincil mevzuatın, kanunda öngörülmemiş yeni bir disiplin cezası ihdas etmesi mümkün değildir.

Bu nedenle yazılı ikaz cezası, kanunilik ilkesine aykırı bir yaptırım olarak değerlendirilmelidir.

4. Yazılı İkaz Cezasının Eşitlik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi

Anayasa'nın 10'uncu maddesinde güvence altına alınan eşitlik ilkesi, hukuk devletinin temel

Fiil ve hallerin işlendiği tarihten itibaren iki yıl içinde kararını vermediği takdirde, sözleşmeyi fesih yetkisi zaman aşımına uğrar.



yapı taşlarından birini oluşturmaktadır. Anılan maddeye göre, “Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.” Bu düzenleme, yalnızca şekli bir eşitliği değil; aynı zamanda hukuki sonuçlar bakımından nesnel, makul ve ölçülü bir farklılaştırma yapılmasını zorunlu kılan maddi eşitlik anlayışını da içermektedir.

Hukuki anlamda eşitlik ilkesi, benzer durumda bulunan kişilere benzer muamelenin yapılmasını, farklı durumda bulunanlar arasında ise farklılığın ancak meşru bir amaca dayanması, nesnel ölçütlerle belirlenmesi ve orantılı olması hâlinde kabul edilebileceğini ifade eder. Anayasa Mahkemesi de yerleşik içtihadında, farklı düzenlemelerin eşitlik ilkesine aykırılık oluşturabilmesi için “aynı hukuksal durumda bulunan kişiler arasında objektif ve makul bir nedene dayanmayan bir ayırımı” varlığını aramaktadır (Anayasa Mahkemesi, 2023). Bu yönüyle eşitlik ilkesi, keyfiliğe karşı bir güvence niteliği taşımaktadır.

Disiplin hukuku bağlamında eşitlik ilkesi, kamu hizmetinin bütünlüğü ve kamu görevlilerinin statü hukukunun ortak esaslara dayanması gerekliliği ile yakından ilişkilidir. 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli personel ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4/A maddesine tabi memurlar, kamu hizmetinin yürütülmesi, idareye bağlılık, sadakat yükümlülüğü ve disiplin sorumluluğu bakımından büyük ölçüde benzer hukuki konumda bulunmaktadır. Her iki personel grubu da kamu gücünün kullanılmasına katkı sunmakta ve idarenin hiyerarşik denetimi altında görev yapmaktadır.

Buna rağmen, yalnızca 4924 sayılı Kanuna

tabi personel bakımından öngörülen ve diğer kamu personeli statülerinde bulunmayan “yazılı ikaz” şeklindeki ilave bir disiplin cezasının varlığı (Yürekli ve Avaner, 2022: 110), eşitlik ilkesi açısından ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Zira bu farklılaştırmanın, kamu hizmetinin gerekleri, personelin görev niteliği ya da disiplinin sağlanması gibi nedenlerle zorunlu ve kaçınılmaz olduğu söylenemez. Başka bir ifadeyle, bu ayırımın dayandığı objektif ve makul bir neden ortaya konulamamaktadır.

Felsefi açıdan bakıldığında, eşitlik ilkesi Aristoteles’ten bu yana “aynı olanlara aynı, farklı olanlara farklı muamele edilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Modern anayasalarda ise bu anlayış, bireylerin hukuk düzeni karşısında eşit değere sahip olduğu düşüncesiyle pekiştirilmiştir. Bu bağlamda eşitlik, yalnızca biçimsel bir kurallar bütünü değil; adalet fikrinin somutlaşmış hâlidir. Rawls’ın adalet teorisinde ifade ettiği üzere, kamusal düzenlemelerin meşruiyeti, benzer durumdaki bireyler açısından öngörülebilir ve gerekçelendirilebilir olmasına bağlıdır. (Rawls, 2024).

Bu çerçevede, 4924 sayılı Kanuna tabi personel hakkında ilave bir disiplin cezası öngörülmesi, yalnızca normatif bir farklılık yaratmakla kalmamakta; aynı zamanda adalet ve hakkaniyet duygusunu da zedelemektedir. Disiplin hukukunda farklı statüler arasında ölçüsüz ve gerekçesiz ayrımlar yapılması, kamu personel rejiminin bütünlüğünü bozmakta ve Anayasa’nın 10’uncu maddesinde güvence altına alınan eşitlik ilkesinin ihlali sonucunu doğurmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışma kapsamında, 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli sağlık personeline uygulanabilen

Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.

yazılı ikaz cezası, disiplin hukuku ve anayasal ilkeler çerçevesinde incelenmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, söz konusu yaptırımın mevcut hukuki düzen içinde ciddi normatif ve anayasal sorunlar barındırdığı tespit edilmiştir.

Öncelikle, disiplin hukukunun temel dayanaklarından biri olan kanunilik ilkesi açısından yapılan incelemede; yazılı ikaz cezasının doğrudan bir kanuni düzenlemeye dayanmadığı, yalnızca ikincil nitelikte bir düzenleme olan yönetmelik hükmüyle ihdas edildiği görülmüştür. Oysa disiplin cezalarının, bireylerin statü hukukunu ve mesleki geleceğini doğrudan etkileyen sonuçlar doğurması nedeniyle, mutlaka kanunla açık, belirli ve öngörülebilir biçimde düzenlenmesi gerekmektedir. Bu yönüyle yazılı ikaz cezası, disiplin cezasının kanuniliği ilkesine aykırılık teşkil etmektedir.

İkinci olarak, söz konusu yaptırımın kamu personel rejimi içindeki yeri değerlendirildiğinde; 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli sağlık personeli bakımından, diğer kamu personeli statülerinde öngörülmeyle ilave bir disiplin yaptırımı niteliği taşıdığı anlaşılmaktadır. Bu durum, benzer hukuki konumda bulunan kamu görevlileri arasında farklı ve daha ağır bir disiplin rejiminin uygulanmasına yol açmakta; disiplin hukukunda statüler arası dengeyi bozmaktadır.

Bu bağlamda, yazılı ikaz cezasının eşitlik ilkesi bakımından da sorunlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anayasa'nın 10'uncu maddesinde güvence altına alınan eşitlik ilkesi uyarınca, aynı veya benzer hukuki durumda bulunan kişilere farklı muamele yapılabilmesi, ancak objektif ve makul bir nedene dayanması hâlinde mümkündür. Oysa yazılı ikaz cezasının yalnızca belirli bir personel grubuna özgülenmesini haklı kılan, kamu hizmetinin gerekleriyle doğrudan bağlantılı, zorunlu ve ölçülü bir gerekçe ortaya konulamamaktadır. Bu nedenle söz konusu düzenleme, eşitlik ilkesinin ihlali sonucunu doğurmaktadır.

Sonuç olarak, Sözleşmeli Sağlık Personeli Disiplin ile Disiplin Kurulları Hakkında Yönetmelik'in 7. maddesinde yer alan yazılı ikaz cezasının mevcut hâliyle hukuki meşruiyetini sürdürmesi mümkün görünmemektedir. Bu çerçevede, ya anılan yaptırımın disiplin mevzuatından tamamen çıkarılması ya da disiplin hukukunun temel ilkeleri gözetilerek kanuni düzeyde, açık, sınırlı ve öngörülebilir bir biçimde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Aksi hâlde, hem normlar hiyerarşisi hem de anayasal ilkeler bakımından süregelen bir hukuka aykırılığın varlığını koruyacağı açıktır.

KAYNAKÇA

Anayasa Mahkemesi (2023), Esas Sayısı : 2018/96, Karar Sayısı : 2023/222, Karar Tarihi : 27/12/2023 (R.G.Tarih-Sayı : 17/4/2024-32520).

GÖZLER, Kemal (2007). İdare Hukuku Dersleri, Ekin Kitabevi Yayınları, 6. Baskı, Bursa.

KAYAR, Nihat (2011). Kamu Personel Yönetimi, Ekin Yayınevi, 3. Baskı, Bursa.

RAWLS, John. (2024). Bir Adalet Teorisi, Çeviren Vedat Ahsen Coşar, Phoenix Yayınevi.

SAYAN, İpek Özkan ve KÜÇÜK, Aziz (2012). "Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği", Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 67(1), s. 171-203

TBMM (2003). Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Tasarısı ile Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler ve Plan ve Bütçe Komisyonları Raporları (1/611), <https://cdn.tbmm.gov.tr/KKBSPublicFile/D22/Y1/T1/DosyaKomisyonRaporunuVerdi/24a64b56-49d2-4d05-8262-bcb7ba03781c.htm>, Erişim Tarihi: 20.12.2025.

T.C. Resmi Gazete (2004), Sözleşmeli Sağlık Personeli Disiplin İle Disiplin Kurulları Hakkında Yönetmelik, 27 Nisan 2004 gün, 25445 sayılı.

T.C. Resmi Gazete (2003), Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 24 Temmuz 2003 gün, 25178 sayılı.

YÜREKLİ, Ömer, Avaner, Tekin (2022). Sözleşmeli Personelin Disiplin Hükümleri Üzerine Bir Değerlendirme, Vergi Raporu Dergisi, 278, s. 96-112.

YÜREKLİ, Ömer (2024). Sözleşmeli Personel Disiplin Mevzuatı (Power Point Sunum).



ÜRETKEN YAPAY ZEKA VE “DEEPPFAKE” TEHLİKESİ HAKKINDA HUKUKİ DEĞERLENDİRME

Gülbüz YÜKSEL*



kullanmak zorunda kaldığımız ilaçların iyileştirici, tedavi edici özelliklerinin yanında bir de yan etkileri söz konusudur. Yani dozunu iyi ayarlamaz ve doğru zamanlarda kullanmazsanız ilaç sizin için zehir olabilir.

Aynı paradigma teknoloji içinde geçerlidir; teknolojiyi dozunda ve doğru bir şekilde “etik” ve “hukuk” panzehirleriyle birlikte kullanmazsak kısa, orta veya uzun vadelere farklılıklar gösterecek şekilde öngöremeyeceğimiz pek çok zararlı durumlarla karşılaşmamız olasıdır. Bu nedenlerle tıpta

geçerli olan “Önce Zarar Verme” (Primum Non Nocere) ilkesinin Yapay Zeka (“YZ”) açısından da geçerli olması gerektiğini düşünüyorum. YZ öncelikle insan temelli olmalı; yani basit bir ifadeyle insana ve insanlığa fayda için var olmalıdır.

Son yıllarda viral olan ChatGPT gibi Üretken Yapay Zeka uygulamaları metin, görüntü, ses ve video oluşturabilen algoritmalar sayesinde yaratıcı üretim süreçlerinde devrim yaratmıştır. Bundan kaynaklı, kişilerin görüntüsünü veya sesini gerçeğinden ayırt edilmesi güç şekilde taklit eden deepfake teknolojisi, kişisel hak ve

1.Giriş

Bilişim çağındayız ve haklı olarak herkes teknolojinin hayatımızı nasıl kolaylaştırdığını anlamaya çalışmakta ve bununla ilgili gelişmeleri heyecanla paylaşmaktadır. Bende herkes gibi yeni teknolojilerin hayatımıza kattığı kolaylıkları ve özellikle sağlık ve hukuk alanındaki gelişmeleri heyecanla izliyorum. Diğer taraftan her yeni teknolojik gelişme beni endişelendiriyor. Zira, teknoloji ne kadar gelişmiş ise bir o kadarda risk içermektedir. Hiçbir teknoloji sıfır riskli değildir.

Bu durumu, şifa bulmak ümidiyle kullandığımız ilaçlara benzetmekteyim. Şöyle ki; ilgili uzman doktorun reçete ettiği ve şifa bulmak için

* Avukat, Bilişim Hukuku Uzmanı

özgürlükler ile toplumsal düzen açısından ciddi riskler doğurmaktadır.

Bu yazımda finansal dolandırıcılık, siyasi dezenformasyon, rızaya dayanmayan görüntüleme, hedefli taciz ve cinsel şiddet gibi kötü amaçlarla kullanılan deepfake teknolojilerinin zararları ve hukuki sonuçları üzerinde duracağım.

2. Üretken Yapay Zekâ (Generative Artificial Intelligence-GenAI) Nedir?

Üretken Yapay Zeka (ÜYZ), belirli bir girdiden yola çıkarak anlamlı içerikler üretebilen bir YZ çeşididir. ÜYZ geleneksel sistemlerden farklı olarak hızla yeni ve özgün içerikler üretebilme potansiyeline sahiptir. Bu modeller mevcut verilerden hareketle metin, resim, ses, video, yazılım kodu gibi içerikler üretebilirler. ÜYZ'nin en popüler olanları ise ChatGPT, GPT4, MidJourney, DALL.E, Microsoft Copilot, Bard uygulamalarıdır.

3. ÜYZ'nin Başlıca Faydaları

Metin, görüntü, ses, kod ve daha birçok içerik türünü otomatik olarak üretebilen ÜYZ modellerinin faydalarını dört başlık altında toplayabiliriz. Bunlar;

-Verimlilik ve Zaman Tasarrufu: Metin yazma, özet çıkarma, rapor hazırlama, eposta taslağı oluşturma gibi işleri çok hızlı yapar. Tekrarlayan ve rutin işleri otomatikleştirerek insanların daha yaratıcı ve stratejik işlere odaklanmasını sağlar.

-Eğitim ve Öğrenme Desteği: Konuları farklı seviyelerde (ilkokul, lise, üniversite) açıklayabilir. Kişiyi özel çalışma programı, soru-cevap, özet, quiz hazırlama gibi imkânlar sunar.

-Erişilebilirlik: Metni sese, sesi metne, görüntüyü metne dönüştürerek engelli bireyler için erişilebilirlik sağlar. Farklı dillerde içerik üretip çeviri yaparak dil engellerini azaltır.

-İçerik üretimi ve Yaratıcılık: Blog yazısı, sosyal medya gönderisi, ürün açıklaması, reklam metni ve görsel/video taslakları üretir; fikir üretimi, slogan bulma, senaryo/öykü yazma, tasarım önerileri gibi konularda alternatifler sunar.

4. ÜYZ'nin Belli Başlı Riskleri

ÜYZ büyük fırsatlar sunarken aynı zamanda önemli riskler de barındırır. Bu riskler doğru yönetilmediğinde kurumlar ve bireyler için ciddi sorunlara yol açabilir. Bunlar;

-Yanlış Bilgi ve Halüsinasyon Riski: Gerçeğe dayanmayan (yargı kararı gibi) içerikler üretebilir.

-Gizlilik ve Veri Güvenliği Riski: Eğitildiği veriler üzerinden istemeden hassas verilerin sızması.

-Telif Hakkı ve Fikri Mülkiyet Sorunları: Üretilen içeriklerin telif ihlali oluşturma riski gibi.

-Manipülasyon/Dezenformasyon: Sahte haber, sahte görüntü (deepfake) ve kamuoyunu aldatma.

-Yanlılık ve Ayrımcılık: Cinsiyet, ırk, etnik köken gibi konularda ayrımcı sonuçlar oluşabilir.

-Kontrol ve Güven Sorunları: Yanlış kullanımı tespit etmek zordur, güvenilirlik riski içerir.

-Etik Sorunlar: İnsan benzeri içerik üretimi, şeffaflığı azaltabilir, güven sorunları yaratabilir.

5. Derin Sahtecilik (Deepfake) Teknolojisi Nedir?

ÜYZ'nin görsel, video ve ses üretimindeki bir diğer uygulama alanı, deepfake teknolojisidir. Dijital çağın tehlikesi olarak nitelendirilen deepfake, ingilizce 'deep' yani 'derin' kelimesiyle, 'fake' yani 'sahte' kelimesinin birleştirilmesi ile oluşturulan bir kavram olup, var olan bir görüntü ve videoda yer alan kişinin, yapay sinir ağları kullanılarak bir başka kişinin görüntüsü ile inandırıcı şekilde değiştirildiği bir medya türüdür. Yani gerçek bir resim, video veya ses parçasının, kişinin yapmadığı bir şeyi yapıyor veya söylemediği bir şeyi söylüyormuş gibi görünmesini sağlayan sahte videolar üretilmesidir. Sonuçta gerçekte var olmayan içerikler oluşturularak kişiler hiç söylemedikleri ya da yapmadıkları eylemlerden sorumlu tutulabileceklerdir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda Deepfake'in mahremiyet ihlali, cinsel şiddet, siber şiddet, siyasi ve ekonomik manipülasyon gibi farklı boyutlarda kullanıldığı görülmektedir. Deepfake



videoları siber şiddet aracı olarak kullanıldığında kişi üzerinde psikolojik ve duygusal etkileri olmaktadır. Bu videolarda kurban olarak seçilen kişilerin itibarlarına zarar verildiği, mahremiyetlerinin ihlal edildiği ve kişilik haklarının zarar gördüğü duygusuyla ağır travma yaşadıkları görülmektedir.

Yakın zamanda Avustralya'da Noelle Martin isimli 18 yaşındaki bir hukuk öğrencisi Google'da görsel araması yaparken, yüzünün porno aktrislerin vücutlarına ve cinselleştirilmiş resimlere photoshopla yapıştırıldığını ve farklı ortamlarda paylaşıldığını görür ve dehşete düşer. Noelle, çıplak fotoğrafları asla çekmediğini ve paylaşmadığını ifadeyle, "Bu benim için tam bir şoktu" diyor ve bu durumun sosyal hayatını ve ruh sağlığını ciddi şekilde etkilediğini belirtiyor. Noella önce görüntüleri internetten kaldırmaya çalışıyor ve gördükleri her sitenin web yöneticisine e-posta göndererek görüntüleri kaldırmalarını istiyor. Ancak görüntüler sosyal medyada yayıldıkça mücadele etmesi daha da zorlaşıyor. Noelle, "bundan çok utandım, korktum ve paranoyaklaştım" diyor ve itibarını korumayı umarak bu uygulamaya karşı savaş açıyor.

Türkiye'de ise, deepfake ile yüzü pornografik fotoğraflara eklenen ve aylarca tehdit edilen Derya Kuş vakasını örnek olarak verebiliriz. 20 yaşındaki üniversite öğrencisi Derya Kuş, kimliği belirsiz bir internet kullanıcısı tarafından sistematik şekilde taciz edildiğini duyurdu. Fotoğrafının ve kişisel bilgilerinin pornografik sitelerde paylaşıldığını belirten Kuş, psikolojimi bozuldu, sokağa çıkmaya ve sosyalleşmeye korkuyorum. Psikolojik tedavi görmeye, ilaç kullanmaya başladım. Hayatım mahvoldu, okulum devam etmekte zorlanıyorum" şeklinde beyanları basında yer aldı.

Yine İspanya'da polis kısa süre önce, "derin sahte" çocuk istismarı materyali oluşturmak için ÜYZ görüntü yazılımını kullandığı iddia edilen bir adamı tutukluyor. Zanlı, çocukların cinselleştirilmiş 'sahte' görüntülerini oluşturmak için ÜYZ teknolojileri kullanmaktaydı. Polis

departmanından yapılan açıklamada, suçluların gerçek hayattaki çocukların yüzlerini ÜYZ tarafından oluşturulan karakterlerin çıplak vücutlarına yapıştırarak yarattıkları uygunsuz resimlerini 'derin sahte' videolar üretmek için 'deepfake' teknolojisini kullandıkları ifade ediliyor.

Maalesef bu sahte videolar sosyal medyada hızla yayılmakta ve yayılmasının önüne geçilememektedir. Bu vidolar belki de masum bir kişinin suçsuz yere hüküm giymesine, durum kanıtlanırsa bile itibarının zedelenmesine neden olabilecektir.

Pedofiller, çocuk istismarı görüntüleri oluşturmak ve çocukların uygunsuz resimlerini yapmak için ÜYZ teknolojilerini kullanıyorlar. Ayrıca geçmişte cinsel istismara uğramış çocuklar şimdi tekrar mağdur ediliyor ve istismar görüntüleri ÜYZ modellerini eğitmek için metalaştırılıyor.

Görüldüğü üzere, ÜYZ teknolojilerinin sayamayacağımız yararlarının yanında, kötü niyetli ellerde bir insanın tüm geleceğini, itibarını kaybetmesine neden olabilecek; çocukların sosyal medyada bir istismar metası olarak pazarlanacağı insanlık dışı, ahlak dışı "iğrenç" diyebileceğimiz zararlara yol açabilecek riskleri de içermektedir.

Dijital bir manipülasyon tekniği olan deepfake görüntülerin ağırlıklı olarak Instagram, Facebook ve Twitter'da yayınlandığı biliniyor. Sapıklar ayrıca, çocuklar arasında popüler olan TikTok'ta kullanıyor. Uzmanlar, çocukların cinsel istismarına yönelik materyallerin çevrimiçi olarak görüntülenmesi halinde çocuğun yaşayacağı travmanın kalıcı hasara neden olabileceğini ifade ediyorlar. Yine uzmanlar ÜYZ yapımı uygunsuz görüntülerin yaygınlaşmasının çocukların cinsel istismarını 'normalleştirme' riskini taşıdığını ifade etmektedirler. Bu sahte içeriklere sosyal medyada erişilebilir olması çocuklara yönelik cinsel şiddeti ve istismarı daha da körüklüyor.

Yukarıda yer verdiğim yaşanmış olaylar ÜYZ teknolojilerinin yıkıcı etkilerini göstermektedir. Gerçek hayatta her an benzer olayların yaşandığından şüpheniz olmasın. Bu olaylar

herkesin başına gelebilecek türden olaylardır ve eminim hiçbir birey kendisinin veya çocuğunun bu tür travmatik bir olayla karşılaşmasını istemeyecektir. Bu nedenlerle özellikle sosyal medyada kendimizle veya çocuklarımızla ilgili yapacağımız paylaşımların bizi hangi mecralara sürükleyeceğinin bilincinde olarak paylaşım yapmamız veya yapmamız gerekmektedir.

6. Deepfake Teknolojisi (İçerikleri) Hakkında Hukuki Değerlendirme

Bizim mevzuatımızda “Deepfake” teknolojisini yasaklayan özel bir düzenleme yoktur. Ancak sahte içerikler sebebiyle bireylerin hukuki değerleri ve kişilik hakları ihlal edebilmektedir.

6.1. Kişilik Haklarının İhlali Açısından

Türk Medeni Kanunu, Türk Borçlar Kanunu, Kişisel Verileri Koruma Kanunu, Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu kişilik haklarını koruma altına almıştır. Türk Medeni Kanunu’na göre kişilik hakkı; kişinin şeref ve haysiyeti, özel yaşamı, sesi, görüntüsü ve diğer kişisel değerlerini kapsar. Deepfake içerikler, hukuka aykırılık oluşturabilir ve kişilik haklarına saldırı kapsamında tazminat ve içerik kaldırma taleplerine konu olabilir.

6.2. Ceza Hukuku Açısından Sonuçlar

Deepfake teknolojisi ile oluşabilecek suçlar bakımından; 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun m.134’te “Özel hayatın gizliliğini ihlal” suçu, TCK m.135’te “Kişisel verilerin kaydedilmesi” suçu, TCK m.136’da “Kişisel verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme” suçu ve TCK m.138’de “Kişisel verileri yok etmeme” suçu düzenlenmiş olup, mağdur bireylere yönelik deepfake içerikleri bu suçlar kapsamında değerlendirilebilecektir.

Deepfake içeriğiyle bir kişiye hakaret edildiye TCK m.125’te düzenlenen “Hakaret

suçu”, iftiraya maruz kaldıysa TCK m. 267’de düzenlenen iftira suçu ve kişinin şeref veya haysiyetine zarar verecek nitelikte hususların açıklanacağı tehdidinde bulunulması halinde TCK m. 107/2’de yer alan şantaj suçu oluşabilecektir. İçeriği oluşturmak için başkasının bilişim sistemine hukuka aykırı biçimde girildiyse TCK m.243’te düzenlenen “Bilişim sistemine girme suçu” ve bu yola kişi dolandırıldıysa TCK m. 158’de “Nitelikli dolandırıcılık suçları oluşabilecektir. Cinsel içerikli ses ve görüntülerin mağduru çocuk ise, TCK m. 226’da düzenlenen “Müstehcenlik suçu” oluşacaktır.

7. Neler Yapılmalıdır?

Yukarıda sayılan suçlardan TCK’nın 135 ve 136’ncı maddeleri hariç, diğer suçların takibi şikâyeteye bağlı olup suçun öğrenilmesini takiben 6 ay içerisinde suça konu internet içeriklerini oluşturan ve yayanlar hakkında suçun mağduru tarafından, mağdur çocuk ise yasal temsilcisi tarafından Cumhuriyet Savcılığına Suç duyurusunda bulunulmalıdır.

Ayrıca internette işlenen suçlara ilişkin 5651 sayılı yasada düzenlenen katalog suçlar açısından içerik sağlayıcısına, içerik sağlayıcısına ulaşılamaması halinde yer sağlayıcısına başvurarak veyahut Sulh Ceza Hakimliğinden “içeriğe erişimin engellenmesi” veya “içeriğin yayından çıkarılmasını” talep etmek mümkün olabilecektir. 5651 sayılı Kanunda “İçerik sağlayıcı, internet ortamında kullanıma sunduğu her türlü içerikten sorumludur.” hükmü gereğince videoyu yayınlayan kişi sorumlu olacaktır.

Diğer taraftan tüm sosyal medya şirketlerinin ve içerik sağlayıcıların kendi platformlarında paylaşılan bu görüntülere ÜYZ ürünü olup olmadığına bakılmaksızın müdahale etmek ve onları engellemek için ahlaki, etik ve yasal

Türkiye’de ise, deepfake ile yüzü pornografik fotoğraflara eklenen ve aylarca tehdit edilen Derya Kuş vakasını örnek olarak verebiliriz.



sorumlulukları söz konusu olup, bu anlamda gerekli tedbirleri almaları gerekmektedir.

Burada ebeveynlere de önemli görevler düşmektedir. Pedofillerin eline malzeme vermemek için ebeveynlerin sosyal medyada çocuklarının fotoğraflarını paylaşırken bir kez daha düşünmelerini, çocuklarının internet kullanımlarını, sosyal medyadaki arkadaşlarının kimler olduğunu, kimlerle sohbet ettiklerini mutlaka takip etmeleri gerektiğini vurgulamak isterim. Ebeveynlerin de çocuğun çevrimiçi ortamda güvenliğini sağlamaya yardımcı olabilecek araçları ve uygulamaları nasıl kullanacağını öğrenmeleri açısından sorumlulukları vardır. Unutmayın! Sizin masumane niyetlerle ve gurur duyarak yaptığınız paylaşımlar gün gelir çocuklarınız için bir kabaşa dönüşebilir.

8. Sonuç ve Değerlendirme

Yukarıda kısaca değindiğim gibi ÜYZ teknolojileri sağlık, eğitim, hukuk, sanayi, tarım gibi pek çok alanda getirdiği yeniliklerle hayatımızı kolaylaştırmaktadır. Örneğin, sağlıkta teşhis ve tedavi süreçlerini hızlandırdı, aşı ve ilaç geliştirmelerinde önemli adımlar atıldı, tele-tıp, nesnelerin interneti gibi uygulamalar sayesinde hastaların evlerinde ve ev konforunda tedavi ve bakım imkanları kolaylaştı, zaman, emek ve maliyet tasarrufu sağlandı. Bunlar elbette ki kayda değer güzel gelişmelerdir. Ancak, teknolojinin sadece faydalarına odaklanmak ve bütün senaryoyu fayda üzerine kurmak eksik olacaktır. Teknolojik gelişmelerden doğru yararlanmak demek; faydaları yanında potansiyel riskleri de görmek ve iki parametre arasında denge kurmak demektir.

Sonuç olarak, heyecan verici fırsatlar sunan ÜYZ teknolojilerinden azami ölçüde yararlanmaya devam etmekle birlikte yukarıda örneklerle izah etmeye çalıştığım risklerinin de hesaba katılarak tüm süreçlerde gerekli idari ve teknik tedbirlerin alınması, bu kapsamda olmak üzere, teknolojiyle

birlikte ortaya çıkan yeni suç tiplerini kapsayacak şekilde yasal düzenlemelerin yapılması ve etik ilkelerin belirlenmesi gerekmektedir. ÜYZ modellerinin insan merkezli, güvenli, sorumlu ve toplumsal fayda sağlayacak şekilde dizayn edilmesi ve kullanılması sağlanmalıdır.

Bu tür videoları algılamak, tespit etmek ve kaldırmak için daha iyi ve hızlı mekanizmaların oluşturulması da önem taşımaktadır. Teknolojik gelişmelerin hızı dikkate alındığında, bu hususta ivedilikle çalışmalar yapılmalı ve gerekli yasal düzenlemeler bir an önce hayata geçirilmelidir.

Pedagojik olarak da çocuklarımıza, internetin yıkıcı etkilerinden korumak için ilköğretimle birlikte dijital okur

yazarlık eğitimi verilmesi zaruret halini almıştır. Bu eğitimler çocukların çevrimiçi olarak sosyal medyada neyi paylaşıp neyi paylaşmaması gerektiği hakkında bilinçli kararlar almasına yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1. tr.m.wikipedia.org
2. <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=dde4cc6e-db8b-4b71-8733-98453f5eb1b4>
3. <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=be791d54-9165-4233-b55a-4b9dad5d178d>
4. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-11719673/Twitch-stars-discover-faces-deep-fake-porn.html> E.T: 22.11.2025
5. <https://fastcompany.com/technology/are-chatgpt-powered-deepfakes-a-bigger-threat-to-middle-east-businesses/> E.T: 22.11.2025
6. <https://www.unicef.org/innocenti/generative-ai-risks-and-opportunities-children> E.T: 23.11.2025
7. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2490514> E.T: 23.11.2025
8. https://www.istanbulbarosu.org.tr/files/komisyonlar/yzcg/yzcg_deepfake.pdf E.T: 25.11.2025
9. <https://www.nvidia.com/en-us/glossary/generative-ai/> E.T: 24.11.2025
10. <https://www.sabah.com.tr/yasam/universite-ogrencisi-derya-kusa-sapik-kabusu-5860717>
11. https://www.istanbulbarosu.org.tr/files/komisyonlar/yzcg/yzcg_uretkenyzevehukukimeseleler.pdf E.T: 27.11.2025
12. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2062725> E.T: 28.11.2025

OMUZ AĞRISININ HİKÂYESİ: EN YAYGIN NEDENLERİ, TEDAVİLERİ VE BİLİNMESİ GEREKENLER

Baran SARIKAYA*



Omuz eklemi, insan vücudunun en geniş hareket açıklığına sahip eklemlerinden biridir. Kolun baş üstüne kaldırılması, uzanma, itme, çekme veya dönme gibi pek çok hareket omuz eklemi yardımıyla gerçekleştirilebilmektedir. Günlük yaşamın neredeyse her anında aktif olarak

kullanılan bu eklem, yüksek hareket kabiliyeti nedeniyle çeşitli yaralanma ve hastalıklara da oldukça açıktır. Klinik pratiğe bakıldığında ortopedi polikliniklerine başvuran hastalarda bel ve diz ağrısından sonra en sık görülen yakınmalardan birinin omuz ağrısı olduğu görülmektedir. Bu

Prof. Dr., Bilkent Şehir Hastanesi



durum omuz patolojilerinin toplumda oldukça yaygın olduğunu göstermektedir.

Omuz eklemi anatomik olarak incelendiğinde, kol kemiğinin başı ile kürek kemiği üzerinde yer alan küçük bir eklem yüzünün birleşmesiyle oluştuğu görülür. Bu iki kemik yapı arasında anatomik uyum oldukça sınırlıdır. Aslında bu uyumsuzluk, omuz ekleminin geniş hareket açıklığını sağlayan önemli bir özelliktir. Ancak bu durum aynı zamanda eklemin stabilitesinin büyük ölçüde çevresindeki yumuşak dokulara bağlı olduğu anlamına gelir. Omuz çevresindeki kaslar, tendonlar, bağ dokuları ve eklem kapsülü, bu eklemin stabilitesini sağlayan en önemli yapılardır. Dolayısıyla bu yapılarda meydana gelen herhangi bir problem omuz fonksiyonlarını doğrudan etkileyebilir.

Omuz hastalıkları hemen her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, ortaya çıkış mekanizmaları yaşa göre değişiklik gösterebilir. Genç bireylerde daha çok spor yaralanmaları ve travmatik olaylar ön plana çıkmaktadır. Günümüzde spor aktivitelerinin giderek yaygınlaşması, çocuk ve gençlerin erken yaşlarda sporla tanışması ve rekreatif sporların artması omuz yaralanmalarının görülme sıklığını da artırmıştır. Özellikle basketbol, voleybol, tenis ve yüzme gibi baş üstü hareketlerin yoğun olduğu spor dallarında omuz eklemi önemli yükler altında kalabilmektedir. Bu tür sporlar sırasında omuz çevresindeki kas ve tendon yapıları aşırı zorlanmaya maruz kalabilir.

Orta yaş grubunda ise omuz problemleri çoğunlukla aşırı kullanım ve mesleki zorlanmalarla ilişkilidir. Tarım, sanayi ve üretim sektörlerinde çalışan bireylerde kolun sık sık baş üstü pozisyonda kullanılması veya tekrarlayan hareketler yapılması omuz çevresindeki tendonlar

üzerinde sürekli stres oluşturabilmektedir. Bu durum zamanla tendon dokusunda yıpranma, inflamasyon ve fonksiyon kaybına yol açabilir.

İleri yaşlarda ise omuz patolojilerinin karakteri daha çok dejeneratif süreçlerle ilişkilidir. Vücudun diğer dokularında olduğu gibi omuz çevresindeki kas ve tendon yapılarında da yaşa bağlı değişiklikler meydana gelir. Tendonların elastikiyeti azalır, dokuların su içeriği düşer ve kas gücünde azalma ortaya çıkar. Bunun sonucunda

rotator manşet olarak adlandırılan tendon grubunda yırtıklar gelişebilir. Rotator manşet, omuz hareketlerinin koordinasyonunu sağlayan ve eklemin stabilitesine önemli katkıda bulunan dört temel tendonun oluşturduğu bir yapıdır. Bu tendonların hasar görmesi omuz ağrısının en önemli nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkar. Rotator manşet tendonlarında yıpranma ilerlediğinde zamanla kısmi veya tam yırtıklar gelişebilir. Özellikle orta yaş ve üzerindeki bireylerde bu

durum daha sık görülür. Hastalar çoğu zaman kolunu kaldırırken güçsüzlük yaşadıklarını, bazı hareketleri yaparken zorlandıklarını veya omuz ağrısının giderek arttığını ifade ederler. Rotator manşet yırtıkları bazen travma sonrasında ortaya çıkabilirken çoğu zaman uzun yıllar süren yıpranmanın sonucu olarak gelişir. Tedavi planı hastanın yaşı, aktivite düzeyi, yırtığın büyüklüğü ve şikâyetlerin şiddeti gibi birçok faktöre bağlı olarak belirlenir. Küçük yırtıklarda ve hafif şikâyetlerde fizik tedavi ve egzersiz programları ile başarılı sonuçlar alınabilir. Ancak büyük yırtıklar veya günlük yaşamı ciddi şekilde etkileyen güç kaybı durumlarında cerrahi tedavi gerekebilir. Günümüzde rotator manşet onarımlarının büyük bir bölümü artroskopik yöntemlerle yapılmaktadır.

Omuz ağrısına neden olan en sık klinik tablolardan biri de “omuz sıkışma sendromu”dur.

**Omuz hastalıkları
hemen her
yaş grubunda
görülebilmekle
birlikte,
ortaya çıkış
mekanizmaları
yaşa göre
değişiklik
gösterebilir.**

Bu durumda rotator manşet tendonları, çevresindeki yumuşak dokular ve kemik yapılar arasında sıkışmaya maruz kalır. Özellikle kolun baş üzerine kaldırıldığı hareketler sırasında bu sıkışma daha belirgin hale gelir. Hastalar çoğunlukla saç tarama, üst raflardan bir eşya alma veya kolu yukarı kaldırma gibi günlük aktiviteler sırasında artan ağrıdan yakınır. Zaman içerisinde bu sıkışma tendonlarda inflamasyon gelişmesine ve hatta yırtıklara kadar ilerleyebilen hasarlara yol açabilir. Bazen omuz kuşağında oluşan yırtıklar sonrasında meydana gelen omuz eklemiindeki stabilizasyon kaybının kendisi de sıkışma sendromuna yol açabilmektedir.

Omuz hareketlerini ciddi şekilde kısıtlayan bir diğer önemli hastalık ise donuk omuzdur. Bu hastalıkta omuz eklemi saran kapsül dokusu kalınlaşır ve sertleşir. Sonuç olarak omuz hareketleri belirgin şekilde kısıtlanır ve ağrı ortaya çıkar. Hastalar genellikle saçlarını taramakta, kıyafetlerini giymekte veya kollarını arkaya götürmekte zorlandıklarını ifade ederler. Donuk omuz çoğu zaman yavaş ilerleyen bir süreçtir ve tedavisi sabır gerektirir. Hastalık genellikle üç farklı evrede seyredir. İlk evrede ağrı ön plandadır, ikinci evrede hareket kısıtlılığı belirginleşir, son evrede ise yavaş yavaş hareketler geri kazanılmaya başlanır. Donuk omuz tedavisinde öncelikle ağrının kontrol altına alınması hedeflenir. İlaç tedavisi, fizik tedavi uygulamaları ve omuz hareketlerini artırmaya yönelik egzersiz programları tedavinin temelini oluşturur. Bazı durumlarda eklem içine yapılan enjeksiyonlar da faydalı olabilir. Eğer tüm bu tedavilere rağmen hareket kısıtlılığı ciddi şekilde devam ediyorsa artroskopik cerrahi ile gevşetme işlemi uygulanabilir.

Omuz hastalıkları içinde önemli bir diğer grup ise omuz çıkıklarıdır. Omuz eklemi geniş hareket kabiliyeti nedeniyle çıkığa en yatkın eklemlerden

biridir. Özellikle genç ve aktif bireylerde travma sonrasında omuz çıkıkları görülebilir. İlk çıkık genellikle düşme, çarpma veya spor yaralanması sonrası ortaya çıkar. Omuz bir kez çıktıktan sonra bazı hastalarda tekrarlayan çıkıklar gelişebilir. Bunun nedeni omuz stabilitesini sağlayan bağ ve kapsül yapıların zarar görmesidir. Tekrarlayan omuz çıkıkları özellikle genç sporcularda önemli bir sorun oluşturur. Her yeni çıkık atağı eklemde ilave hasara yol açabilir. Bu nedenle sık tekrarlayan çıkık durumlarında cerrahi tedavi önerilebilir. Artroskopik yöntemlerle yapılan cerrahi girişimler sayesinde omuz stabilitesini sağlayan bağ yapıları onarılabilir ve çıkığın tekrarlama riski önemli ölçüde azaltılabilir.

Omuz ağrısı değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri, her omuz ağrısının doğrudan omuz kaynaklı olmayabileceğidir. Boyun bölgesindeki sinir kökü basıları, özellikle boyun fıtıkları omuz ve kol

bölgesine yayılan ağrılara neden olabilir. Bunun yanı sıra bazı kardiyovasküler hastalıklar veya göğüs bölgesi patolojileri de omuz bölgesine yansıyan ağrılar oluşturabilir. Bu nedenle omuz ağrısı ile başvuran hastalarda ayrıntılı bir klinik değerlendirme yapılması büyük önem taşır. Hastanın öyküsü, fizik muayene bulguları ve gerektiğinde görüntüleme yöntemleri tanı sürecinin temel bileşenlerini oluşturur.

Omuz hastalıklarının tedavisinde ilk yaklaşım çoğu zaman konservatif tedavi olarak isimlendirdiğimiz cerrahi olmayan tedavi seçeneklerdir. Ağrının kontrol altına alınması, inflamasyonun azaltılması ve eklem fonksiyonlarının korunması tedavinin temel hedefleridir. Bu amaçla kısa süreli istirahat, ağrı kesici ve antiinflamatuvar ilaçlar, aktivite düzenlenmesi ve fizik tedavi uygulamaları kullanılabilir. Ancak omuz hastalıklarında uzun süreli hareketsizlik genellikle önerilmez. Çünkü

**Omuz ağrısına
neden olan
en sık klinik
tablolardan biri
de “omuz sıkışma
sendromu”dur.**



omuz çevresindeki kasların zayıflaması ve eklem hareket açıklığının azalması tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir.

Ağrı kontrolü sağlandıktan sonra rehabilitasyon süreci büyük önem taşır. Omuz çevresi kaslarının güçlendirilmesine yönelik egzersizler, eklem hareket açıklığını korumaya yönelik çalışmalar ve kas dengesini yeniden sağlamaya yönelik programlar tedavinin temelini oluşturur. Bu egzersiz programları genellikle fizyoterapistler eşliğinde planlanır ve hastanın durumuna göre kişiselleştirilir. Uygun rehabilitasyon programları ile hastaların önemli bir kısmında belirgin klinik iyileşme sağlanabilmektedir.

Son yıllarda omuz cerrahisinde artroskopik tekniklerin kullanımı belirgin şekilde artmıştır. Artroskopi, eklem içerisine küçük kesiler aracılığıyla yerleştirilen kamera ve özel cerrahi aletler yardımıyla gerçekleştirilen minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Bu teknik sayesinde eklem içerisindeki patolojiler doğrudan görüntülenebilmekte ve aynı seansta tedavi edilebilmektedir. Artroskopik cerrahinin en önemli avantajları arasında daha küçük cerrahi kesiler, daha az doku hasarı, ameliyat sonrası ağrının daha az olması ve hastaların günlük yaşamlarına daha hızlı dönebilmesi yer almaktadır.

Günümüzde rotator manşet yırtıkları, omuz sıkışma sendromu ve bazı instabilite problemleri artroskopik yöntemlerle başarıyla tedavi edilebilmektedir. Bu gelişmeler hem cerrahi sonuçların iyileşmesine hem de hastaların fonksiyonel olarak daha hızlı toparlanmasına katkı sağlamaktadır. Özellikle sporcular ve aktif yaşam süren bireyler için minimal invaziv cerrahi teknikler önemli avantajlar sunmaktadır.

Sonuç olarak omuz ağrıları toplumda oldukça sık görülen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde

etkileyebilen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Omuz eklemine karmaşık anatomisi ve geniş hareket kapasitesi, bu bölgeyi çeşitli patolojilere açık hale getirmektedir. Erken tanı, uygun konservatif tedavi yöntemleri ve gerektiğinde uygulanan modern cerrahi teknikler sayesinde omuz hastalıklarının büyük bir bölümü başarılı şekilde tedavi edilebilmektedir. Günümüzde ortopedi ve travmatoloji alanındaki gelişmeler, omuz patolojilerinin tanı ve tedavisinde daha etkili ve hasta dostu yaklaşımların uygulanmasına olanak sağlamaktadır. Bu sayede hastalar hem ağrılarından kurtulmakta hem de günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede geri dönebilmektedir.

Omuz ağrısı değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri, her omuz ağrısının doğrudan omuz kaynaklı olmayabileceğidir.



İLİM BAHSİNDE TAKVİM YAPRAKLARINDA RAST GELDİKLERİM

Tekin AVANER*

Her yerde ilim var. Algıda seçicilik bu olsa gerek. Kimi karın peşinde, içinde kimi de... Takvimin 22 Haziran 2025 Pazar yaprağının ön yüzündeki Hadis-i Şeriften bir örnek, ilme dair nasıl bir çağrışım yaptırabilir? “Mümin, her hasleti, huy edinebilir (tabiatında bazı kusurlar

olabilir); ancak hıyanet ve yalancılık müstesna.” Birçok kusurum var şükür ki bu ikisi yok diyebilir. Bu iki huya sahip bir ilim adamı olur mu ki? Neden olmasın, memleketin kahramanı da çok haini de vesselam. Makyavel yanlış anlaşılrsa da, anlaşıldığı kadarıyla amaç-araç ilişkisini herkes gibi ilim adamı da kurabilir ve zaafalarına yenilebilir. Bilim adamı-ilim adamı dikotomisinin de açıklanması gerekir. O yapar bu yapmaz mı? Kimdir bilim adamı, kimdir ilim adamı?

Aynı günün arkasında ise kalbin afetleri ayrıntılandırılmaktadır. İlim adamında da olabilecek bazı kötü huylar şunlar olabilir mi? Kibir, haset, kendini beğenmek, riya, cimrilik, israf, cehalet, nankörlük, Allah'ın hükmüne razı olmamak, sabırsız, endişeli, evhamlı olmak, zalimleri sevmek, salih kimselere buğzetmek, makam-mevki sevgisi, övülme isteği ve sevgisi, nefsin kötü arzularına uyma, körü körüne batıl da başkasını taklit etmek, sonu gelmeyen dünyalık istek ve arzular, tamah, Müslümanlara kin beslemek, intikam peşinde olmak, birinin başına gelen felaketten dolayı sevinmek, Müslümanlara düşmanlık beslemek, merhametsizlik, hıyanet ve zulüm etmek, verdiği sözden dönmek, başkaları hakkında kötü zanda



* Doç.Dr., Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi Güvenlik Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı



bulunmak, arsızlık, utanmazlık, insanlar arasında fitne fesat çıkartmak, dalkavukluk, hakkı kabul etmemekte inatçılık, hayrı az işlemek, nifak... Ne çok afet var. Yüzyılın afetinden daha şiddetli sanki... say say bitmiyor, hepimizde bunlardan olabilir, ilim adamında da. İlim adamının kalbindeki afetler neden önemli? Uykusu ibadetten daha değerli bir sınıfın üyeleri kalplerinde böylesi afetlerden barındırırsa ceremesi ne ola ki?

23 Haziran 2025 Pazartesi yaprağının ön yüzündeki Hadis-i Şerif bu kez ahlak üzerine: “Ey Allah'ım... Ahlakımı da güzelleştiriver.” İlim adamı ve ahlakı üzerine düşünmeye sevk ediyor sanki. Güzel ahlaklı insanların dostları da güzel huylu olursa birlikte güzellik çoğalacaktır. Birbirlerine dua edeceklerdir. İlim adamları cenahında birbirlerine dua edenler var mıdır acep? Etrafta acayip rekabet var. Rakipler birbirine dua ediyorlar mıdır günümüzde? Mert düşmana dua eden kaldı mı ki?

Neden ilim talebinde bulunulur? Etrafta cehalet baki kalmasın diye olsa gerek. Dini ihya etmek, İslam'a hizmet etmek, yaratıcısının rızasını kazanmak, akıl başta tüm nimetlere şükretmek için olsa gerek. Niyet böyleyse güzel, ya değilse? Bunu nasıl idrak etmek gerek? İlim talebesi bunu evinde, ailesinde, ilk mektepten itibaren biteviye nasıl ve ne zaman idrak edecektir? Eden var mı ki? İstisnalardan bahsetmiyorum. Ticaret derdinde çoğunluk gibime geliyor, o halde helak olacağız diyebiliriz. Bunları düşünen, yaşayan, dertlenenler ne durumda ki?

28 Haziran 2025 Cumartesi ön yüzündeki Hadis-i Şerif, “İlim talebesine, ilim tahsili sırasında ölüm erişirse şehit olarak ölmüş olur.” Boşuna etrafta ben hala öğreniyorum denmiyor. Koskoca ulema, hala öğrenme derdinde, belki de bu sırada bir kalp sektesi ve şehitlik mertebesi... kalbi bozmamak gerek. Kimin ne derdinde olduğunu nereden bileceğiz?

13 Temmuz 2025 Pazar yaprağı arka sayfasında, faziletli bir insan nasıl olmalıdır sorusu üzerinde duruluyor. İlim adamı da faziletin

peşinde koşmalı, o yolda olmalı kuşkusuz ancak bir husus bilhassa dikkate değer: “Mâlâyanî (dünya ve ahirete faydası olmayan şeyler) ile kendisi meşgul olmadığı gibi, meşgul olanlarla da oturup kalkmamalıdır.” Etrafta ne kadar boş beleş adam var ve vaktimizi çalıyorlar. Malin tipler, toksik ruhlar, daim kılûkal peşinde olanlar ne kadar çoklar. Hay huy içinde ilim yapılır mı ki? Sabah erken uyanmayınca, seher vaktini idrak etmeyince, aradığını bulmaya ne vakit kalacaktır? Ne arıyoruz ki? Trafik keşmekeşi aradığını değil kendini kaybettiriyor adama...

14 Temmuz 2025 Pazartesi takvimi Hadis-i Şerifle başlıyor: “Kim, (dinine ait faydalı bir) ilim öğrenmek maksadıyla (evinden) çıkarsa, onun için Cennet'e bir kapı açılır.” Hayırlısıyla akşam olsaydı diye evden çıkmak da bir şey tabi. Ancak gün içinde neden bir gizlin perdesini açan bir tevafuk olmuyor? Bir kitap okuyunca, biriyle tanışınca açılan kapılara ne oldu? Rastgele bir kitap okumak değil, doğru kitabı okumak, iş takipçisi biriyle tanışmak değil, ilham veren, yol gösteren biriyle karşılaşmak neden mümkün değil? Her selam verenin bir çıkarı var. Ve de sıradan bir şey oldu bu.

İlim tahsil edenlerin zahmet çektikleri konular maddi şeylerden ibaret. Bir hocanın ders meclisine, sınıfına, odasına varanların öyküleri genellikle bilinmiyor, emek ve zahmet çekenlerin fedakârlığına destek olanlar kaldı mı? İlim hevesi dereceler ve ücretler bahsinde ele alınıyor. Gençlerin risk alanları liyakat-ehliyet bahsine uzak kalanlar gibi.

15 Temmuz 2025 Salı takvim yaprağı ilim öğrenmek maksadıyla bir mekânı öne çıkaran Hadis-i Şerifle başlıyor: “... (ilim öğrenmek gibi maksatlarla) mescitte bulunma”. Böylesi ilim erkânı yaratıcısının muhafazası altında ise, mescide gitmeyen ilim erbabı serbestçe dolaşiyor demektir. Nasibini bekleyenler müstesna diyelim.



SAĞLIK EĞİTİMLERİNDE KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ VE YALIN YAKLAŞIM: YETKİNLİK, SÜREÇ VE DEĞER ÜRETİMİ EKSENİNDE BÜTÜNLEŞİK (ENTEĞRE) BİR MODEL

Oğuz POYRAZOĞLU*



“Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve toplumsal sağlık çıktılarının iyileştirilmesi, yalnızca hizmet sunumunun niteliğiyle değil; bu hizmeti üreten insan kaynağının nasıl yetiştirildiği, hangi kalite çerçeveleri içinde eğitildiği ve öğrenme süreçlerinin ne ölçüde değer ürettiği ile doğrudan ilişkilidir.”

Giriş

Sağlık sistemlerinde yaşanan yapısal dönüşüm, sağlık eğitiminin yalnızca bilgi aktaran bir alan olarak değil; sağlık hizmetinin niteliğini, hasta güvenliğini ve toplumsal sağlık sonuçlarını etkileyen stratejik bir sistem bileşeni olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu



* Dr., Gazi Üniversitesi Öğretim Üyesi, opoyrazoğlu@gazi.edu.tr, Gazete Ankara Dijital Haber Portalı Kurucu ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü, opoyrazoglu@gazeteanakara.com.tr

nedenle sağlık eğitimi artık yalnızca ders içeriği, müfredat yoğunluğu ya da mezuniyet yeterlilikleri üzerinden değil; kurumsal kapasite, öğrenme ekosistemi, ölçme-değerlendirme kalitesi, klinik uygulama bütünlüğü ve sosyal sorumluluk boyutlarıyla birlikte değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization-WHO) Academy Quality Management Framework belgesi, kaliteli sağlık eğitiminin güçlü bir öğrenme ekosistemi, kanıta dayalı eğitim, sosyal sorumluluk, sağlık etkisi ve öğrenen-paydaş memnuniyeti üzerinden kurulması gerektiğini açık biçimde ortaya koymaktadır.

Günümüzde Yetkinlik Temelli Eğitim (Competency-Based Education) yaklaşımının yaygınlaşmasıyla birlikte, sağlık eğitimi kurumlarından yalnızca öğretim sunmaları değil; ölçülebilir öğrenme çıktıları üretmeleri, klinik karar verme yetkinliği kazandırmaları, disiplinler arası iş birliğini geliştirmeleri ve değişen sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilecek esnek yapılar kurmaları beklenmektedir. WHO Academy Strategy 2024–2026 da yaşam boyu öğrenme kapasitesini artırmayı, öğrenmenin etki, erişilebilirlik ve ölçeklenebilirliğini geliştirmeyi stratejik hedef olarak tanımlamaktadır.

Ancak sağlık eğitiminde kaliteyi yalnızca Kalite Yönetim Sistemleri (Quality Management Systems- QMS) üzerinden açıklamak yeterli değildir. Standartlaşma, izlenebilirlik ve akreditasyon kadar; süreçlerdeki tekrarların azaltılması, öğrenme akışının iyileştirilmesi, değer üretmeyen adımların ayıklanması ve insan kaynağının daha verimli kullanılması da önemlidir. Bu noktada Yalın Düşünce/Yalın Yaklaşım (Lean Thinking), sağlık eğitimi için tamamlayıcı bir perspektif sunmaktadır. Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ), Yalın (Lean) yaklaşımını değere

katkı sunmayan süreç öğelerini ortadan kaldırarak akışı sadeleştiren sistematik bir yöntem olarak tanımlamaktadır.

Bu çalışmanın temel varsayımı şudur: Sağlık eğitimlerinde sürdürülebilir kalite, Kalite Yönetim Sistemleri ile Yalın Düşünce ilkelerinin bütünlüklü biçimde ele alınmasıyla daha güçlü biçimde kurulabilir. Başka bir ifadeyle, standartları güçlü ama akışı zayıf bir sistem ile akışı hızlı ama kalite güvencesi zayıf bir sistem tek başına yeterli değildir. Asıl ihtiyaç, kurumsal kalite altyapısını, yalın süreç yönetimini, öğrenen deneyimini ve sağlık etkisini aynı çerçevede buluşturan bütünlüklü (entegre) bir sağlık eğitimi yaklaşımıdır. WHO'nun kalite çerçevesi, AHRQ'nin yapı-süreç-sonuç mantığı ve WFME'nin standartları birlikte okunduğunda bu yaklaşımın hem kurumsal hem de uygulamalı düzeyde güçlü bir zemine sahip olduğu görülmektedir.

Kurumsal Çerçeve

Sağlıkta kalite literatürünün temel dayanaklarından biri Donabedian Model olarak bilinen Yapı-Süreç-Sonuç (Structure-Process-Outcome) yaklaşımıdır. AHRQ de sağlık hizmeti kalite ölçütlerini Yapı Ölçütleri (Structure Measures), Süreç Ölçütleri (Process Measures) ve Sonuç Ölçütleri (Outcome Measures) olarak sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırma, sağlık eğitime uyarlandığında, yapının akademik kadro, altyapı, dijital ortamlar ve yönetişi; sürecin müfredat, klinik uygulama, değerlendirme ve geri bildirimi; sonucun ise öğrenme çıktıları, mezun niteliği ve dolaylı sağlık etkisini kapsadığını göstermektedir.

Kalite Yönetim Sistemleri, kaliteyi tesadüfi değil; planlı, ölçülen, izlenen ve sürekli geliştirilen bir kurumsal pratik haline getirmeyi amaçlar. WHO Academy Quality Management Framework, kaliteyi yalnızca çıktı denetimi olarak

**Standartları güçlü
ama akışı zayıf bir
sistem ile akışı
hızlı ama kalite
güvencesi zayıf bir
sistem tek başına
yeterli değildir.**

değil; öğrenme değeri, kanıta dayalı içerik, sağlık etkisi, paydaş memnuniyeti ve organizasyonel uyum üzerinden değerlendiren kapsamlı bir çerçeve olarak sunmaktadır. Aynı belgede kalite yönetim sisteminin zaman içinde gelişen, çevik yaklaşım kullanan ve erken öğrenme değeri ile sürekli ürün ve süreç iyileştirmesine odaklanan bir yapı olması gerektiği vurgulanmaktadır.

Sağlık eğitiminde kalite güvencesinin en görünür araçlarından biri Akreditasyon (Accreditation) süreçleridir. WFME, tıp eğitiminin temel, lisansüstü ve sürekli mesleki gelişim aşamalarına yönelik standart setleri sunmakta ve bu standartları kalite geliştirme, öz değerlendirme ve dış değerlendirme için kullanılabilecek bir referans çerçevesi olarak tanımlamaktadır. Bu yönüyle akreditasyon, yalnızca uygunluk denetimi değil; kurumsal öğrenme ve kalite kültürü üretme mekanizmasıdır. Bununla birlikte akreditasyon süreçleri yalın süreç mantığıyla desteklenmediğinde aşırı belge üretimi ve bürokratik uygunluk riski taşıyabilir.

WHO perspektifi, sağlık eğitimi yalnızca sertifikasyon süreci olarak değil; yaşam boyu öğrenme, sağlık iş gücü kapasitesi ve toplumsal sağlık etkisi ile bağlantılı bir sistem olarak ele almaktadır. Quality Management Framework belgesinde Öğrenme Ekosistemi (Learning Ecosystem), Sosyal Sorumluluk ve Etki (Social Accountability and Impact), Nitelikli Eğitim (Quality Education), Örgütsel Uyum (Organizational Alignment) ve Operasyon Yönetimi (Operations Management) birlikte düzenlenmektedir. Bu yaklaşım, sağlık eğitimi kendi içine kapalı bir akademik faaliyet olmaktan çıkıp toplum sağlığıyla ilişkili bir etki sistemi haline getirmektedir.

Yalın Düşünce ise sağlık eğitimine süreç odaklı bir derinlik kazandırır. AHRQ'nin Yalın sayfasında bu yaklaşım, değere katkı sunmayan öğelerin ayıklanması ve akışın iyileştirilmesi olarak tanımlanmakta; bekleme, aşırı işlem, kusur ve gereksiz hareket gibi israf türleri sıralanmaktadır. Sağlık eğitimi bağlamında bu israflar; gereksiz tekrarlar, mükerrer raporlamalar, dağınık bilgi akışı, klinik uygulama beklemleri, rol belirsizliği ve öğrenme çıktısına katkı sunmayan eğitim yükleri olarak görünür hale gelebilir.

Bu nedenle sağlık eğitiminde etkili bir kalite paradigması, yalnızca standartlaşma ya da yalnızca verimlilik üzerinden kurulamaz.

Kalite Yönetim Sistemleri izlenebilirlik, kurumsal hafıza ve kalite güvencesi sağlar; Yalın Düşünce ise süreç içindeki sürtünmeyi azaltır, değeri görünür kılar ve öğrenme akışını güçlendirir. Bu iki mantığın birleştirilmesi, sağlık eğitiminde hem kalite hem de sürdürülebilirlik açısından daha güçlü bir zemin üretir.

Entegrasyon Modeli

Bu çalışma kapsamında önerilen Bütünleşik (Entegre) Yalın-Kalite Sağlık Eğitimi Modeli (Integrated Lean-Quality Health Education Model), sağlık eğitimi doğrusal bir öğretim faaliyeti olarak değil; girdileri, süreçleri, çıktıları ve etkileri olan çok katmanlı bir öğrenme-hizmet sistemi olarak ele almaktadır. Modelin temel varsayımı, sağlık eğitiminin niteliğinin yalnızca içerik kalitesiyle değil; kurumsal kaynakların yeterliliği, süreçlerin yalınlığı, geri bildirim mekanizmalarının işlerliği ve toplumsal sağlık öncelikleriyle uyumu sayesinde sürdürülebilir hale geldiğidir. WHO kalite çerçevesi ile Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (World Federation for Medical Education- WFME) standartları,

**Sağlık eğitimi
yalnızca
sertifikasyon
süreci olarak
değil; yaşam boyu
öğrenme, sağlık iş
gücü kapasitesi ve
toplumsal sağlık
etkisi ile bağlantılı
bir sistem olarak
ele almaktadır.**



bu yaklaşım için kurumsal meşruiyet sunarken AHRQ'nin süreç mantığı modele operasyonel derinlik kazandırmaktadır.

Modelin ilk katmanı Girdi Yapısı (Input Structure) düzeyidir. Burada Kurumsal Kapasite (Institutional Capacity), İnsan Kaynağı (Human Resources), Liderlik, Dijital Altyapı, Klinik Uygulama Alanları, Simülasyon Laboratuvarları ve Kalite Politikaları yer alır. AHRQ'nin yapı ölçütleri yaklaşımı ile WFME'nin Müfredat, Akademik Kadro, Eğitim Kaynakları, Kalite Güvencesi ve Yönetişim (Curriculum, Academic Staff, Educational Resources, Quality Assurance and Governance) başlıkları birlikte düşünüldüğünde, sağlık eğitiminde kaliteyi taşıyan ilk zemin kurumsal kapasitedir.

İkinci katman Eğitim Süreci (Educational Process) düzeyidir. Bu katmanda Müfredat Akışı, Ders Planlaması, Klinik Eğitim, Beceri Uygulamaları, Ölçme-Değerlendirme Sistemi ve Geri Bildirim Mekanizmaları (Curriculum Flow, Lesson Planning, Clinical Training, Skills Applications, Assessment System, and Feedback Mechanisms) bulunur. AHRQ'nin process measures yaklaşımı, burada asıl sorunun “neyin öğretildiği” kadar “nasıl öğretildiği” olduğunu gösterir. WHO kalite çerçevesi de kalite sisteminin öğrenme değerini erken üretmesi ve öğrenen-paydaş memnuniyetini artırması gerektiğini belirtmektedir.

Üçüncü katman Değer Analizi ve İsrafın Azaltılması (Value Analysis and Waste Reduction) boyutudur. Bu modelin ayırt edici yönü de burada belirginleşmektedir. Yalın yaklaşımın temel sorusu, hangi adımların gerçek değer ürettiği ve hangilerinin yalnızca zaman, emek ve dikkat tükettiğidir. Sağlık eğitimi bağlamında gerçek değer; yetkinlik kazanımı, etkili öğretim, verimli

kaynak kullanımı ve sağlık hizmetine dolaylı katkı ile tanımlanmalıdır. Gereksiz tekrarlar, aşırı bürokrasi, uyumsuz içerik yükü ve düzensiz klinik akış bu çerçevede israf alanları olarak görülmelidir.

Dördüncü katman Çıktılar ve Etkiler (Outputs and Impacts) boyutudur. Kısa vadede öğrenen memnuniyeti, öğrenme kazanımları ve süreç verimliliği; orta vadede mezun yetkinliği ve klinik karar verme kapasitesi; uzun vadede ise toplumsal sağlık ihtiyaçlarına daha uygun insan gücü, kurumsal saygınlık ve sürdürülebilir eğitim kapasitesi öne çıkar. WHO kalite çerçevesinin Öğrenci ve paydaşların sağlık üzerindeki etkisinden duydukları memnuniyet (learner and stakeholder satisfaction with health impact)

vurgusu, bu katmanın yalnızca teorik değil doğrudan kurumsal hedeflerle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Son katman Sürekli İyileştirme Döngüsü (Continuous Improvement Cycle) düzeyidir. Veri Toplama, Performans Göstergelerinin İzlenmesi, Geri Bildirimlerin Değerlendirilmesi, Zayıf Alanların Belirlenmesi, İyileştirme Planlarının Yapılması ve Yeniden

Uygulama bu döngünün temel bileşenleridir. WHO kalite belgesi kalite sisteminin çevik, gelişen ve sürekli iyileştirme odaklı olması gerektiğini; WFME de standartların kalite geliştirme ve öz değerlendirme için kullanılmasını öngörmektedir. Bu nedenle model durağan bir kalite sistemi değil; kendini öğrenen bir kurumsal yapı önermektedir.

Uygulama Alanları

Bu bütünleşmiş modelin ilk uygulama alanı Müfredat Tasarımı (Curriculum Design) dır. Sağlık eğitiminde müfredat, yalnızca konu listesi değil; öğrenme çıktıları, beceri gelişimi, değerlendirme mantığı ve profesyonel kimlik inşasını yöneten stratejik bir yapıdır. WFME standartlarının

Uzun vadede ise toplumsal sağlık ihtiyaçlarına daha uygun insan gücü, kurumsal saygınlık ve sürdürülebilir eğitim kapasitesi öne çıkar.

müfredat, değerlendirme ve kalite geliştirmeyi birlikte ele alması, müfredat tasarımı hem kalite güvencesi hem de yalın analiz yapılabileceğini göstermektedir. Bu sayede her ders ve uygulama için hangi yetkinliğe hizmet edildiği, bu yetkinliğin nasıl ölçüldüğü ve ilgili bileşenin gerçekten değer üretip üretmediği sorgulanabilir.

İkinci uygulama alanı Klinik Eğitim (Clinical Training) dir. Teorik bilginin saha, ekip ve hasta ile bulunduğu bu alan, sağlık eğitiminin en kritik boyutlarından biridir. Ancak klinik eğitim, yalnızca rotasyon takvimiyle değil; öğrencinin öğrenme akışı, rehberliğin niteliği, geri bildirimin zamanlaması ve güvenli öğrenme deneyimiyle değerlendirilmelidir. AHRQ'nin süreç mantığı ve süreç haritalama araçları, öğrencinin klinik beceri öğrenme yolculuğunun adım adım analiz edilmesine ve darboğazların görünür hale getirilmesine yardımcı olur.

Üçüncü alan Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri (Assessment Systems) dir. WFME'nin değerlendirmeyi temel standart alanlarından biri olarak ele alması, bu alanın kalite sisteminin merkezinde yer aldığını göstermektedir. Yalın perspektif burada süreçleri sadeleştirir; kalite yönetimi ise güvenilirlik, açıklık, izlenebilirlik ve geri bildirim kapasitesini güçlendirir. Böylece değerlendirme, yalnızca not verme değil; öğrenmeyi destekleyen ve kurumsal kalite döngüsünü besleyen bir mekanizmaya dönüşür.

Dördüncü alan Simülasyon Temelli Eğitim (Simulation-Based Education) ve beceri laboratuvarlarıdır. WHO kalite çerçevesinin Kanıta Dayalı Eğitim ve Öğrenci Memnuniyeti (Evidence-Based Education and Learner Satisfaction) vurgusu, simülasyon eğitiminde hem standardizasyonun hem de süreç

verimliliğinin önemli olduğunu göstermektedir. Simülasyon istasyonlarının planlanması, öğrenci akışının düzenlenmesi, geribildirim sürelerinin yönetilmesi ve ölçülebilir performans kriterlerinin kurulması, bütünleşmiş modelin burada güçlü biçimde uygulanabileceği alanlardır.

Beşinci alan Dijital Öğrenme Ortamları ve Veri Tabanlı Yönetim (Digital Learning Environments and Data-Driven Management) boyutudur. WHO kalite belgeleri, öğrenme ekosisteminin erişilebilir, kapsayıcı, çok dilli ve izlenebilir olması gerektiğini vurgular. Dijitalleşme bu nedenle yalnızca teknoloji kullanımı değil; kalite üretimi ve süreç sadeleştirme meselesidir. Öğrenci ve eğitici deneyimini zorlaştıran gereksiz tıklamalar, dağınık içerik yapısı ve tekrarlı veri girişleri Yalın analiziyle azaltılabilir; kalite yönetimi ise performans göstergeleri ve veri güvenilirliğini güçlendirebilir.

Son uygulama alanı Kurumsal Yönetişim ve Kalite Kültürü (Institutional Governance and Quality Culture) boyutudur. Sağlık eğitiminde sürdürülebilir kalite, yalnızca teknik araçlarla değil; liderlik, açık iletişim, veriye dayalı karar alma ve ortak kalite dili ile mümkündür. WFME'nin standartları ve WHO'nun kalite yaklaşımı, kalite kültürünün dış denetimden çok iç kurumsal dönüşüme dayanması gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle kalite yönetimi ile yalın yaklaşım kurum içinde iki ayrı dil olarak değil, ortak bir gelişim mantığı olarak benimsenmelidir.

Sonuç ve Değerlendirme

Bu çalışma, sağlık eğitimlerinde sürdürülebilir niteliğin yalnızca biçimsel akreditasyon ve standartlarla sağlanamayacağını; bunun aynı zamanda süreçlerin değer üretme kapasitesi, öğrenme akışının etkinliği ve kurumsal iyileştirme

Öğrenci ve eğitici deneyimini zorlaştıran gereksiz tıklamalar, dağınık içerik yapısı ve tekrarlı veri girişleri Yalın analiziyle azaltılabilir;



kültürü ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bakımdan Kalite Yönetim Sistemleri ile Yalın Düşünce arasında kurulan ilişki, iki ayrı yönetim mantığının yan yana gelişi değil; sağlık eğitiminin farklı katmanlarını birlikte yöneten bütüncül bir kalite mimarisidir. AHRQ'nin yapı-süreç-sonuç sınıflandırması, WHO'nun öğrenme ekosistemi ve sağlık etkisi vurgusu ile WFME'nin bağlama uyarlanabilir standart yaklaşımı bu mimariyi desteklemektedir.

Kuramsal açıdan bakıldığında, yalnızca kalite yönetim sistemlerine yaslanan yaklaşımlar güçlü kayıt ve standardizasyon üretebilir; ancak süreçlerdeki görünmeyen israf alanlarını yeterince görünür kılamayabilir. Buna karşılık yalnızca Yalın eksenli yaklaşımlar süreç verimliliği sağlayabilir; fakat kurumsal hafıza, dış kalite güvencesi ve formal değerlendirme bakımından sınırlı kalabilir. Bu nedenle sağlık eğitiminde etkili paradigma, bu iki yaklaşımı birbirinin alternatifi değil tamamlayıcısı olarak ele almaktır.

Stratejik ve Mesleki Öneriler

Sağlık eğitimi sunan kurumlar, kalite yönetimini ayrı bir idari yük olarak değil; Kurumsal Yönetişim (Institutional Governance) anlayışının merkezi unsuru olarak konumlandırılmalıdır. Kalite komisyonları, program geliştirme kurulları ve ölçme-değerlendirme birimleri arasında yapısal eşgüdüm kurulmalı; kalite göstergeleri yalnızca denetim dönemlerinde değil, düzenli karar süreçlerinde kullanılmalıdır. WHO kalite yaklaşımı ve AHRQ'nin sistem mantığı bu yönelimi desteklemektedir.

Müfredat geliştiriciler, her ders, uygulama ve değerlendirme aracının hangi yetkinliğe hizmet ettiğini açık biçimde tanımlamalıdır. Öğrenme çıktısı, öğretim yöntemi ve değerlendirme biçimi arasında görünür uyum kurulmalı; mükerrer içerik ve öğrenme çıktısına katkı sunmayan bileşenler Yalın analiziyle gözden geçirilmelidir.

Sağlık eğiticileri yalnızca alan uzmanı değil; Eğitim Süreci Tasarlayıcısı (Educational Process Designer) ve Sürekli İyileştirme Aktörü (Continuous Improvement Actor) olarak da

desteklenmelidir. Klinik eğitim sorumluları, öğrencinin öğrenme akışını süreç haritalarıyla analiz etmeli; bekleme, rol belirsizliği ve tekrar eden işlemleri azaltmalıdır. Ölçme-değerlendirme sistemleri ise yalnız notlandırma aracı olmaktan çıkarak öğrenmeyi destekleyen ve kurumsal kalite döngüsünü besleyen yapılara dönüştürülmelidir.

Dijital altyapı, yalnızca teknolojik modernleşme göstergesi olarak değil; kalite ve yalınlık üreten bir öğrenme ortamı olarak değerlendirilmelidir. Erişilebilirlik, izlenebilirlik, çok dillilik, veri güvenilirliği ve süreç sadeliği birlikte düşünülmelidir. Ulusal düzeyde politika yapıcılar da akreditasyon, kalite güvencesi, süreç verimliliği ve öğrenme değeri arasındaki ilişkiyi daha açık biçimde kuran çerçeveler geliştirmelidir.

Sonuç olarak sağlık eğitimlerinde kaliteyi sürdürülebilir kılmak, daha fazla düzenleme yapmaktan çok; daha anlamlı, daha izlenebilir ve daha değer üretici sistemler kurmak anlamına gelir. Bu çalışma kapsamında geliştirilen bütünleşmiş yaklaşım, kalite yönetim sistemleri ile yalın hizmet kültürünü karşı karşıya getirmek yerine onları ortak bir dönüşüm mantığı içinde birleştirmeyi önermektedir. Böylece sağlık eğitimi, denetlenen bir alan olmaktan çıkıp öğrenen, gelişen ve toplum sağlığına daha güçlü katkı veren bir sistem haline gelebilir.

Gelecek için

Bu bağlamda sağlık eğitiminde kalite yönetim sistemleri ile yalın yaklaşımın entegrasyonu, nitelikli insan kaynağı üretimi açısından kritik bir zemin sunmaktadır. Ancak bu yaklaşımın gerçek etkisi, doğrudan hizmet sunum alanında, yani sağlık kurumlarının operasyonel yapısı içinde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle yazımızın bir sonraki bölümünde, aynı kavramsal çerçeve sağlık hizmetleri bağlamında ele alınarak kalite, hasta güvenliği ve süreç verimliliği ekseninde bütüncül bir değerlendirme yapılacaktır.



Tersine Düşünmek



Neslihan YAHŞİ*

Baktığımız ve temasta olduğumuz şeylere yabancılaşmak bizi kendi saçmalıklarımızla tanıştırır. Bu bağlamda size sevdiğim bir yazar olan Matt Haig'in "İnsanlar" kitabını da önerebilirim, eminim bakış açınızı genişletecektir. Okuduğumda kanıksadığım

birçok şeyi sorgulayıp yeniden yapılandırmıştım.

Chris Rock da çok keyif alarak izlediğim bir stand-up'ında kedi-köpek gibi evcil hayvanlarla olan ilişkileri sorgularken, bu kitaptan esinlenilmiş olduğu hissini uyandırmıştı ben de...



* Dr., Algi Yönetimi ve İletişim Uzmanı, Gazete Ankara DHP Köşe Yazarı,
<https://www.gazeteankara.com.tr/writers/neslihan-yahsi/tersine-dusunmek-1949>



“Bir uzaylı gelse, köpekler bizim efendimiz biz de onların kölesiyiz falan zanneder” minvalinde komik ve düşündürücü cümleleri vardı. Hiç kimse için uyanmayacağıın saatte uyanıp köpeği dışarı çıkarmak vs. gibi evcil hayvanlara bakım verenlerin yaptığı rutin uygulamalardan bahsediyordu...

Geçen gün elinde 5 litrelik su taşıyan bir teyzeyi görünce aklıma ne kadar ilkel yaşadığımız düşüncesi geldi. Modernleştik sanayi kentleri olduk, teknoloji gelişti, akıllı evler yaptık, 24 saat sıcak suyumuz var, her türlü konfora sahibiz ama suyu damacana denen bidonlarla dışardan taşıyoruz!! Neden?!!

Sizce de bu işte bir tuhafılık bir absürtlük yok mu?

Mesela şu anda Türkiye'ye aynen kitapta olduğu gibi bir başka gezegenden biri gelse, musluklardan 24 saat su akarken neden para vererek ayrıca su satın alıp damacanalarla taşıyorsunuz da diye sorsa.... Cevabınız ne olurdu?

Üzerinde düşünmeye bile gerek yok, bence bu su meselesi, dünyanın en saçma ve en ilkel olayı...

Züğürt Ağa vb. tarzda filmlerdeki yaşamlar, çoğumuza çok eskilerde kalmış ilkelilikler gibi geliyor ama aslında düşünürsek şu anki yaşamlarımızın oradaki yaşamdan hiçbir farkı yok! orada hiç değilse suyu bildikleri bir yerden, köy çeşmesinden bidonlarına dolduruyorlardı.

Parası ayrı bir konu, taşıması apayrı bir konu... kaç kat 20 lt. su bidonu taşıyor, arabalarla yakıt yakılarak mahalle mahalle su taşıyor, düşününce gerçekten şaka gibi...

O kadar kanıksadık ki bu durumu sevgili siyasetçiler seçim vaadi olarak bile bize sunmaya gerek duymuyorlar (1-2 cılız sesi saymıyorum).

Yeter hocam hepimize bu sosyolojik konulardan fenalık geldi diyorsanız bu kanıksanmış refleks davranışları sorgulama işini bireyselleştirelim hemen...

Bu soru en çok sigara içenlere; tek cümlelik mantıklı bir cevap istiyorum. Neden sigara içiyorsunuz? Bir insan neden sigara içer? Yemek değil, su değil, süt değil vücudun bir ihtiyacı değil...

Sigaraya para vermek, para harcadığınız bir şeyin size zarar vermesi, üstünüzü başınızı leş gibi kokutması, dişlerinizi sarartmasına rağmen ona bağımlılığın kutsallaştırılması bana dünyanın en saçma davranışı geldiği için ben bu örneği verdim. Amacımı aşmak istemem, benim zaviyemden saçma bir davranış olduğunu vurgulamak istedim, sigara içenlere bir düşmanlığım söz konusu değildir.

Kanıksadığınız için size normal gibi gelen bazı saçma davranışlarınızı sorgulayabilirsiniz.

Biraz tersine mühendislik gibi... İnanın bu sorgulamaları oldukça keşifli ve keyifli... Tersine düşünmek sizi gereksiz enerji zayıfatından korur.

Aklınıza ilginç örnekler gelirse benimle paylaşmanızı çok isterim. Bana tüm sosyal medya araçlarından ulaşabilirsiniz.

Sizce de bu işte bir tuhafılık bir absürtlük yok mu?



KONUMUZ MİZAH OLURSA...

Durdu GÜNEŞ*

Zaman zaman mizah yazarlığı üzerine konuşmayapmak için davet ediliyim. Konuşmamda konunun tam anlaşılması için hikayelere ve sınıflandırmaya ağırlık veririm. Geçen bir yazarlık atölyesinde mizah konusunu anlatmam istendi. İki saatlik bir konuşma yaptım. Mizah konusunu

sınıflandırarak üçlemeler şeklinde anlattım ve detaylandırımdı. Mizaha ilgi duyanlar için özet olarak bu üçlemeleri paylaşıyorum.

İnsanı diğer canlılardan ayıran üç özellik nedir?

1-Düşünmek.



* E. Hukuk Müşaviri, Şair, Yazar

2-Konuşmak.

3-Gülmek

Mizahı açıklayan üç kuram vardır:

1-Üstünlük kuramı; Kötü niyet, düşmanlık, alaycılık, aşağılama gibi kavramlar üstünlük teorisinde yer almaktadır. Aristo ve Platon bu nedenle mizahı tasvip etmemişler, ahlaki bulmamışlardır. Başkalarının gülünç durumu karşısında birdenbire duyulan gurura kapılmak olarak görülmüştür.

2-Uyumsuzluk kuramı: Beklentilerle gerçekleşen arasındaki uyumsuzluktan oluşur. Kant ve Schopenhauer ileri sürmüştür. Bu kuramda mizahın bilişsel ve sosyal yönü öne çıkar.

3-Rahatlama kuramı: Hayat çeşitli vesilelerle baskı ve gerginlik içindedir. Mizah rahatlama sağlar. Mizahın fizyolojik yönüne işaret eder. Kişide rahatlama ve memnuniyet oluşturur.

Mizahın üç işlevi:

1-Güldürür, eğlendirir.

2-Düşündürür.

3-Eleştirir.

Hayatımıza mizahı üç şekilde katabiliriz:

1-Mizah ürünlerini tüketerek: Mizah kitapları, dergileri okuyabiliriz. Stand-up gösterileri izleyebiliriz. Komedi film ve tiyatrolarına gidebiliriz.

2-Hayatın içinden mizahı yakalamak: Mark Twain "Cennette mizah yoktur" der. Yani eksiklik, aksaklık ve kusurların olduğu her yerde mizah vardır. İyi bir gözlem yaptığımızda bulunduğumuz ortamdaki komediyi, mizahı yakalarız.

3-Mizahı üreterek: Zihnin birbiriyle uyuşmaz şeyleri bir araya getirerek mizah üretebilir. Hayatta gülmek varsa onun hammaddesi mizah da vardır.

Mizah için üç unsur gereklidir:

1-Zekâ: Mizahın üreticisinin de tüketicisinin de zeki olması gerekir. Çünkü her mizahın içinde bir bilmece ve bulmaca vardır. Zeki insanlar o bilmeceyi ya da bulmacayı çözerek mizahı anlarlar.

2-Mizah tekniği: Mizah tekniğini bilerseniz mizah üretebilirsiniz. Bunun abartı, taklit, kinaye, beklentiyi boşa çıkarmak ve zihni ters köşeye

yatırmak gibi çeşitli yolları vardır.

3-Kültür, bilgi: Mizah çeşitli bilgiye ve kültüre gönderme yaparak gülmeyi sağlar. Eğer gönderme yapılan konuda bir bilginiz yoksa mizahı anlayamazsınız.

Şu üç alanda mizah yapılması doğru değildir:

1-Kişinin özeline, ailesi ya da mahrem alanına ilişkin.

2-Kişinin özrüne ilişkin. Yani kişi kendi elinde olmayan nedenlerle engelli olabilir. Görme engelli, ortopedik engelli, işitme engelli, zihinsel engelli. Kişinin değiştiremeyeceği şeyler.

3-Kişinin kutsallarını mizah konusu yapmak doğru değildir. Kişi kutsallığına inandığı şeylerin hafife alınmasını kabul edemez.

Tıpta mizah ne işimize yarar?

1-İletişimi kolaylaştırır. Sosyal ortamı yumuşatır. Stresi azaltır.

2-Hatırlamaya yardımcı olur. Öğrenmeyi kolaylaştırır.

3-Yaratıcılığı ve yeniliği geliştirir. İnsani gelişimimize yardım eder.

Bir şeyi mizaha dönüştürmek için üç soru sorabiliriz:

1-Bunun neresi komik? Beyin bizim verdiğimiz komutlara göre çalışır. Bu soru karşısında komik, absürt, mizahi bir bakış açısıyla nesneye, olaya kişiye yaklaşır.

2-Bu olay Nasreddin Hoca'nın, Cem Yılmaz'ın başına gelseydi, bundan nasıl bir mizah üretti şeklinde mizah kahramanlarının bakış açısıyla bakmak.

3-Bu neye benziyor? Benzeyen ve benzetilen arasında her zaman bir uyumsuzluk vardır. Hatta bir Alman Atasözü "Her benzetme yanıltır" der. Bu bakımdan benzetmeyle ilginç mizahi çıkarımlar yapabiliriz.

Mizahı; eleştirel düşünmede, neşeli olmada, stres gidermede, sosyal ortam oluşturulmasında, yaratıcılıkta, yenilikte kullanarak hayatımızı daha güzel ve kolay hale getirebiliriz.

TEFTİŞ ANILARI



Nesip DELİBALTA*

ARTVİN GENEL TEFTİŞİ

2002 yılında Teftiş Kurulu Başkanlığı'nın Genel Teftiş Programı vardı. O tarihlerde Türkiye üç ana bölgeye bölünmüştü: 1. Sahil Vilayetleri,

2. Doğu ve Güneydoğu Vilayetleri, 3. İç Anadolu Vilayetleri. Her üç yılda bir müfettişler, Genel Teftiş Programı çerçevesinde bir ilin tüm sağlık kuruluşlarını yaklaşık eşit şekilde denetlerdi.



* E. Başmüfettiş, Sağlık Müfettişleri Derneği Başkanı



Yukarıda bahsedilen program çerçevesinde Sahil Vilayetleri Genel Teftiş Programı kapsamında, Artvin ilinde bulunan sağlık kurumlarının denetimi tarafıma tevdi edilmişti. Hatta o yıl Başkan Yardımcılığı görevini yürüten ve programı belirleyen heyette bulunan Başmüfettiş Hasan Bey'in yanına gidip, "Hasan Bey, Artvin ne zamandan beri sahil kenti oldu?" dedim. Tabii hemen cevabı yapıştırdı: "Hopa Artvin'e bağlı değil mi? Sen sormadan ben cevabımı hazırlamıştım; üstelik memleketine de çok yakın, hafta sonları memleketine geçersin," diyerek latife yapmıştı. Gülüştük; bir isteğinin olup olmadığını sorup yanından ayrıldım.

Ertesi gün, Trabzon uçağı ile erken saatlerde Trabzon havaalanına, oradan da yaklaşık üç saat süren kara yolculuğu ile Artvin'e gidiyordum. O yıllarda Artvin - Trabzon arası yollar çok iyi değildi, uçurumlar vardı. Şoför biraz hızlanınca daha yavaş gitmesini rica ediyordum. "Tamam efendim," deyip 10 dakika sonra tekrar hızlanıyordu çünkü onlar bu yollara alışık. Bir ara bana hitaben, "Müfettiş bey korkmayın, Artvinli şoförler hayatlarında bir defa hata yaparlar, başka hata yapamazlar," deyince espriyi anlamıştım; çünkü hata yapan ya bir daha hata yapamaz ya da ebediyen yerinden kalkamaz, sakat kalır.

Sonunda Artvin iline varmıştım. Şoför bey beni Sağlık Müdürlüğü yerine Sağlık Ocağının önüne getirmişti. Orada, çalışkanlığı ve iyi bir insan oluşuyla hatırlayacağım Dr. Cemil Bey bizi karşıladı. "Yol yorgunluğuyla bugün göreve başlamayın, yarın sabah sizi ben alır, Sağlık Müdürlüğüne birlikte geçeriz," dedi. Bana da mantıklı gelmişti. Kalacağım yer, şehir merkezinde Sağlık Ocağının üst kısmında bulunan iki odalı bir lojman/misafirhaneydi. Misafirhaneye çıktık. Akşam yemek için beni gelip almayı teklif etti;

ısrar etse de kesinlikle kabul etmedim. İstirahat edeceğim, çalışmam lazım gibi bahanelerle reddettim. O zaman, "İlk sabah kahvaltısını birlikte yapalım," dedi. Ben de ısrarını kıramadım, "Peki," dedim.

Şoför İsmail Bey ve Dr. Cemil Bey'i gönderdikten sonra geçici olarak iki ay kalacağım bu misafirhaneye yerleştim. İhtiyaçları karşılayacak kadar mobilya ve eşya vardı. Biraz oyalandıktan sonra dışarı çıktım. Fazla uzaklaşmadan bakkaldan öteberi alıp döndüm; bilmediğim bir yer olduğu için hemen şehrin göbeğine dalmak istemedim. O akşam aparatif bir şeyler yedikten sonra kendime göre bir Genel Teftiş Planı yapmaya çalıştım.

Sabah saat 08.00 gibi zil çaldı; ben zaten hazırdım, hemen aşağı indim. Baktım araba falan yok, sadece Dr. Cemil Bey zile basmış bekliyor. Gün aydınlandıktan sonra, "Hadi kahvaltıya gidelim buyurun," diyerek aşağı doğru inen dar bir merdiveni işaret etti. Biraz şaşırmıştım ama yapacak bir şey yoktu. Daha 24 saat geçmemişti ve o anda kendimi misafir saydığım dan aklımıza gelen o sözü hatırladım: "Misafir ev sahibinin kölesidir." Yani ev sahibi ne getirirse yemek, ne derse uymak zorundasınız.

Dar merdivenleri indiğimizde buranın ana cadde olduğunu ve birçok iş yerinin bulunduğunu gördüm. İçimden, "Herhalde bir pastaneye gideceğiz," dedim ancak biraz yürüdükten sonra Dr. Cemil Bey bir dönercinin önünde durdu ve bana kapıyı göstererek buyur etti. "Misafir ev sahibinin kölesidir" atasözüne dayanarak mecburen içeri girdik. Bu sefer tekrar içimden geçirdim: "Herhalde çorba içeceğiz." Bir masaya oturduk, Dr. Cemil Bey bağırdı: "Bak Yaşar Usta, misafirimiz Ankara'dan; ona göre kızarmış, çapaklı taraflarından kes!"

Şaşırmıştım. “Sabah sabah döner yenir mi?” diye sölendim. “Müfettiş bey, burada adettir; döner sabah yenir. Döner kesim sonucu düzleşmeden çapaklı tarafı daha lezzetli olur. Buralarda köy ve kasabadan gelenler kahvaltı etmeden gelir, dönerini yer, işini görür; sonra köyüne ve kasabasına döner. Geç kalırlarsa aç kalırlar,” diyerek gülümseyerek laflar etti. Bu sırada dönerlerimiz yağlı pidelerle birlikte geldi. Ben de bir misafir olarak haddimi aşmadan, çok da sevdiğim döneri bir güzel yedim. İlk defa kahvaltıda döner yiyordum; üzerine de iki çay iyi gitmişti.

Daha sonra Sağlık Müdürlüğüne geçtik. Benim gözümde çok kıymetli, dürüst ve çalışkan biri olan (şu anda halen Rize ilinde hekimlik yapan) Sağlık Müdürü Dr. Ahmet Bey ile tanışıp görüş alışverişinde bulunduktan sonra Vali Bey’e uğrayarak geliş amacımızı bildirdik.

Genel denetime başlamıştım. İlk olarak Murgul ilçesinden başladım. Artvin’den Borçka ilçesine, oradan da yarım saatlik kara yolculuğundan sonra tabiatı çok güzel olan Murgul’a varmıştık. Ama burada şaşkına dönmüştüm; sokaklarda kimse yok, genç arasan bulamazsın. İlçe halkı mutsuz ve bezgin... Sağlık ocağı düzeyinde hizmet verilen yerdeki çalışanlar memnuniyetsiz, sessiz ve sakin; yani hareketsiz bir yer. Geneli Murgul bakır işletmelerinden emekli işçilerin ikamet ettiği bir ilçe burası. Murgul bakır madeni de verimsizleşmiş, eskisi gibi çalışan yok. Durum böyle olunca denetim de kısa sürdü. Sağlık ocağından farkı olmayan, uzman hekimi de bulunmayan Sağlık Merkezinin denetimi çabuk bitmişti. Genel görünüm ve evraklardaki ufak tefek hatırlatma ve tavsiyelerimizi Teftiş Defterine not ettikten sonra heyecansız ve mutsuz bir şekilde oradan ayrıldım.

Borçka ilçesine gelince insan kendini daha iyi hissediyor; çünkü orada şarıl şarıl akan baraj var, su sesi var. Suyun olduğu yerde hayat da var.

Murgul’un en önemli tabiat harikası Deliklikaya Şelalesi’dir. Daha çok yerli halk tarafından bilinen bu alana şoför bey tarafından götürüldüm. Murgul ilçesine bağlı Başköy’de, sarp ve ormanlık bir alanda bulunduğundan çoğu kişinin gözden kaçırdığı bir yer. Su, doğal oluşumlu bir ağızdan, tahminen 7-8 metrelik bir yükseklikten aşağıya dökülmekteydi. Ayrıca hemen hemen her yerde aynı adla anılan Karagöl burada da vardı; ancak yol üstü olmadığından oraya gitmek istemedim.

Artvin’e akşam kararmak üzereyken döndük. Yine yalnızlığımı yaşamak için misafirhaneye gitmeden önce, ilk gördüğüm marketten ihtiyaç maddeleri ve yemek yapmayı pek beceremediğimden daha çok kahvaltılıklar aldım. Misafirhaneye gelip buzdolabını yerleştirdikten sonra tekrar dışarı çıktım. Bildiğim kadarıyla bir aşağı bir yukarı yürüdüktan sonra gönlüme göre bir yemek yiyecek yer bulamadığımdan (daha doğrusu bilemediğimden) tekrar misafirhaneye döndüm. Kahvaltılıkların yanına bir güzel çay demledim; sanki bu durum daha güzel olmuştu. Daha sonraları birer ikişer gün arayla Hopa, Ardanuç, Arhavi, Borçka, Yusufeli, Kemalpaşa ve Şavşat ilçelerine gittim.

Hopa Devlet Hastanesi ile Yusufeli Devlet Hastanesi genel denetimi ikişer gün; Borçka, Arhavi ve Şavşat ilçeleri Devlet Hastanelerinin genel denetimi birer gün; Kemalpaşa ilçesinde de Sağlık Merkezi olduğu için bir gün sürmüştü. Çok önemli eksiklikler ve usulsüzlükler tespit edilememişti.

Yusufeli Devlet Hastanesinde ise; ilk gün hastaneye vardığımızda başhekimin ameliyatta

Murgul ilçesine bağlı Başköy’de, sarp ve ormanlık bir alanda bulunduğundan çoğu kişinin gözden kaçırdığı bir yer.



olduğunu öğrendim. Vakit kaybetmemek adına hastane müdürü ile hastane çevresini dolaştığımda, hastane bahçesi içerisine girmiş bir bölümde 8-10 civarında koyun ve kuzu gördüm. Herhalde hastaneye komşu olan yerleşim yeri sahiplerinindir diye düşündüm, o sırada sormadım. İki katlı hastane binasının iç kısmını ve yatan hasta servislerini dolaşarak hastalarla kısa konuşmalar yaptım; hastaların yaklaşık %90'ı genel cerrahi servisi hastalarıydı. Aşağı katta ameliyathaneye geçtik. Müsait olup olmadığını ameliyat hemşiresine sordum. “Tabii ki müsait, ameliyat bitti, havalandırıyorduk,” dedi. Şaşırmıştım. Genel bilgilerim ve daha önceki denetimlerimden bildiğim üzere ameliyathanelerin steril edilmesi, dışarı ile irtibatının olmaması, giriş çıkışların bile kontrollü olması gibi kural ve kaideler vardı. Oysa Yusufeli Devlet Hastanesi ameliyathanesinin penceresi bile vardı.

Hemşire hanıma nedenini sorduğumda; hem başhekim hem de genel cerrah olan ve birkaç yıl önce askeri sahra hastanesinde görev yapmış Op. Dr. Selami Bey'in ameliyathaneyi bu şekilde kullandığını, havalandırdıktan sonra bazı solüsyonlarla ameliyat masası ve malzemelerinin temizliğinin yapıldığını, ameliyatta kullanılan neşter, makas, pense gibi aletlerin ise etüv ve otoklavda steril edildiğini anlattı. Ben karşılık vermedim ve bu dolaşımdan sonra ameliyattan yeni çıkmış Başhekim Op. Dr. Selami Bey'in odasına geçtik. Hoşbeş ve çay faslından sonra sorunları ve önerilerimizi sıraladık. Bu arada Selami Bey'e ameliyathanenin durumunu sorduğumda, “Müfettiş bey, ben daha ağır şartlarda, çadırlarda ameliyat yaptım; bir şey olmaz, gerekli tedbirleri alıyoruz,” dedi. Bu konuyu kafamın bir köşesine yazmıştım.

Evrak ve belgeler üzerinde inceleme yapmak üzere müfettişliğim için hazırlanan odaya geçtim. Hastane müdürünü yanıma çağırdım ve kafama

takılan ilk soruyu sordum: “Müdür bey, hastane bahçesinin sonunda komşu vatandaşın ağıl gibi bir yeri var; bu arsanın paftası, şekli bu mudur, yoksa arsamızı işgal mi etmişler?” Müdür bey bana hitaben, “Müfettiş bey, bahçemiz içindeki o ağıl bize, yani hastanemize ait. Buradaki koyun ve kuzular da Başhekim Selami Bey'e gelen hediyelerdir. Şöyle ki; başhekim bey yaptığı ameliyatlar için para teklif edenleri reddeder. Buranın vatandaşları sakindir, yapılan iyiliklere karşılık vermek isterler ve kimseye borçlu kalmak istemezler. Ameliyat sonunda para alınmadığı için, hastalar ve yakınları tarafından başhekim beye koyun, kuzu, hatta tavuk ve yumurta bile getirilir. Zaman zaman bu hediyeleri hastane yemekhanesinde kullandığımız da olur. Bazen

de başhekim bu koyunlardan kestirip Yusufeli'nde ikamet etmeyen eşine gönderir; bu gördüğünüz koyun-kuzular da onlardan kalanlardır. Bunlar başhekimin talebiyle getirilmemiştir,” dedi.

İlk defa böyle bir bilgiye rastlıyordum. Soruşturma açsam, bu durumda kimden

nasıl ifade alacaktım? Şikâyetçi yok, ortada koyun kuzu var ama bunlardan zaman zaman hastalar, hastane personeli ve başhekimin kendisi yararlanıyormuş; üstelik vatandaşlar bunları zorla getirip bahçeye bırakıyormuş. Genel denetim sırasında bir soruşturma açsam, işin sonunda belki de orada fazladan kalmam gerekecekti. En iyisi genel denetim raporu yazarken bu konulara değinip Genel Cerrahi Uzmanının başka bir yerde görevlendirilmesini sağlamaktı. Bu düşünceyle soruşturma açmaktan vazgeçtim. Yaptığım denetim sonucunda Teftiş Defterine, yapılması gerekenler kısmına şu notu düştüm: “Ameliyathane şartlarının kurallara uygun şekilde iyileştirilmesi, ameliyathanede bulunan pencerenin kalıcı olarak duvarla kapatılması, koyun ve kuzuların hastane dışına çıkartılarak ağılın temizlenmesi ve alanın hastane bahçesine dahil edilmesi.”

Zaman zaman bu hediyeleri hastane yemekhanesinde kullandığımız da olur.

Başhekim ile bu hususları görüştüğümde, uygun görülmeyen noktaları kabul edip altına imza atması dışında, albay rütbesiyle emekli olan bu doktorun durumu pek de umursamadığını, bu hususların ona normal geldiğini fark ettim. Yine de nahoş bir olay yaşanmadan Yusufeli İlçe Devlet Hastanesi'nin genel denetimini bitirmiş oldum.

Sonra ne mi oldu? Yusufeli Devlet Hastanesi başhekimini hakkında hazırladığım genel denetim raporunda; başhekimin ameliyat hizmetlerini kendi kurallarına göre verdiğini, ameliyat ettiği kişilerden gelen koyun-kuzu gibi hediyeleri kesin bir dille reddetmediğini, kendisi istemese dahi bunları kabul etmemesi gerektiğini belirterek başka bir hastanede görevlendirilmesinin uygun olacağını yazdım. Bu rapora istinaden ve ihtiyaca binaen kendisini memleketim olan Ardahan Göle İlçe Devlet Hastanesi'ne atadılar. Yapacak bir şey yoktu. Sonradan öğrendiğime göre Göle halkı da bu doktordan pek memnun kalmış; çünkü ameliyatlık hastaları Erzurum veya Kars'a sevk etmeden kendi usulleriyle ameliyat ediyormuş. Ölen ölür, kalan sağlar bizimdir hesabı...

Bu arada Artvin harika bir yer. Bu vesileyle Hopa'yı, doğasına hayran kaldığım Kemalpaşa'yı, Kafkasör Yaylası'nı, Borçka Karagöl'ü, Yavuzköy'ü, Şavşat Laşet'i, Bülbülan Yaylası'nı, Arhavi Mençuna Şelalesi'ni, Murgul Deliklikaya Şelalesi'ni ve Borçka Camili Köyü'nü görme şansım oldu. Şavşat zaten bir doğa harikası, Ardanuç ise görülmeye değer bir yer. Genel denetimlerde biz müfettişlerin özel olarak gezip göremeyeceği yerleri görmek ve değerli insanları tanımak en büyük kazancımızdır.

Değerli insan demişken; bir vatansever, çalışkan ve halk tarafından çok sevilen, Borçka'da

pratisyen hekimken tanıştığımız, sonradan Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden başarısı nedeniyle Genel Cerrahi uzmanlığını bir yıl erken alan ve Artvin Devlet Hastanesi'nde başhekimlik yapmış Sayın Op. Dr. İsmail Bey'i; gerçek bir kültür, sanat ve doğa dostu olan merhum Şavşat Devlet Hastanesi Müdürü Erkan Dede'yi; Sağlık Müdürü Dr. Ahmet Bey ve Sağlık Müdür Yardımcısı Dr. Cemil Bey ile birlikte unutamadıklarım listesine ekledim.

Burada şahit olmadığım ama bana heyecanla anlatılan bir vakayı da anlatmadan geçemeyeceğim: 1998 yılında Artvin Merkez Sağlık Ocağına Yalçın isminde bir doktor atanır. Göreve başladığı andan itibaren vatandaşla iç içe yaşamaya başlar; kıraathanelere gider, sohbet eder, dini içerikli konuşmalar yapar, camileri ve esnafı tek tek dolaşır. Halkla öylesine haşır neşir olur ki Artvin halkına kendini çok sevdirebilir. Artık "ürün alma" zamanı gelmiştir; kendine bir muayenehane açar. Muayenehanesinde "kim ne verirse" uygulamasını başlatır. Zaten yaptığı cerrahi bir işlem yoktur; değişik markalarda mide koruyucular, ağrı kesiciler ve bazen de dini telkinlerle vatandaş memnun eder.

Bu arada maaşını da almaya devam eder. Sağlık camiasında "en sevilen hekim" unvanıyla her kuruma girip çıkar. Hatta Sağlık Müdürlüğü Personel Şube Müdürü onun hakkında şöyle demişti: "Müfettiş bey, müdürlüğümüze geldiğini öğrendiğimde hemen yanına gider, benimle aynı yaşta olmasına rağmen elini öpmeye çalışırdım. Aynı seviyede oturmamak için daha alçak bir sandalyeye oturmaya gayret ederdim. Bu mübarek kişi hem hekim hem de dini yönü çok kuvvetli biriydi; bilmediği hadis yoktu, her şeye bir hadisle cevap verirdi."

Bu doktor, muayenehanecilikle yetinmez;

Bu rapora istinaden ve ihtiyaca binaen kendisini memleketim olan Ardahan Göle İlçe Devlet Hastanesi'ne atadılar.



eşini de pratisyen hekim olarak Artvin'e tayin ettirir. Sağlık Müdüründen, "Eşim yıllardır hekimlik yapmıyor, müdürlükte idare edin, herhangi bir şubede çalışsın," diye ricada bulunur. Müdür de bu "ulvi" kişiyi kıramaz; Dr. Fatma Hanım, Valilik onayı ile Ruh Sağlığı Şube Müdürü olarak görevlendirilir.

Ancak Doktor Yalçın'ın gözü daha yüksek kazançtadır. Muayenehanede "gönlünden ne koparsa" mantığıyla para kazanırken, bir yandan da hastalarına Hipokrat yemini etmiş bir hekim gibi değil, adeta bir cinci hoca gibi yaklaşmaya başlar. Çocuğu olmayan kadınları muayene etmeye gerek duymadan "kerameti kendinden menkul" hocalara gönderir. Paranın ucunu görünce devletin sağlık ocağında muska yazmaktan bile çekinmez. İlaçlardan fayda görmeyen hastalara, "Senin dermanın Allah katındadır; sana Mısır'dan getirttiğim ceylan derisi üzerine, yine Mısır'da yetişmiş derin hocaların okuduğu mürekkeple muska yazmam lazım," ya da "İsveç'ten getirttiğim özel ilaçlar var ama sana biraz pahalya patlar," gibi kelime oyunları ile vatandaşları sömürür.

Bu arada, doktorluğundan şüphe duymayan ancak muska işine girmesine kızan bilinçli bir vatandaş, Türkiye çapında ünlü bir haberciye mektup yazar: "Ne hallere kaldık? Eğitimli bir hekim, bilimle halledemediği işi muska ile halledeceğini söyleyip vatandaşları sömürüyor," diyerek durumu ihbar eder. Bu yazı üzerine saygın gazeteci bir muhabir yollayıp muayenehanedeki olayları kayıt altına aldırır. Televizyonda (ARENA Programı) yayınlanacak bu durumdan Bakanlık da yayın öncesi haberdar olur.

Gazeteci, o günkü Sağlık Bakanı Osman Durmuş'u arayarak kuşkularını anlatır. Bakan konuyla yakından ilgilenir; Artvin'e müfettiş gönderdiği gibi Doktor Yalçın'ın sicil dosyasındaki tüm belgeleri inceletir. Böylece Yalçın ve eşinin yalanları birer birer ortaya çıkar. İlk bulgulara

göre Yalçın, Tıp Fakültesi mezunu bile değildir! Diploma yerine geçen çıkış belgesini, kendi itirafına göre Hacettepe Üniversitesi'nden para ile almıştır; eşinin durumu da aynıdır.

ARENA ekibinin Sağlık Bakanlığı yetkilileriyle yaptığı araştırmanın sonuçları Artvin Valiliği'ne iletilir. Hemen yakalanan Yalçın ve eşi Fatma, polisteki sorgularının ardından çıkarıldıkları mahkemece tutuklanır. Onlar tutukluyken ben de Artvin'deydim. İşin garibi, hapishanedeki mahkûmlar bu kişinin adını bilmezmiş ama "Doktor" deyince herkes tanımış. Sahte doktor çift, sorgularında düşündürücü itiraflarda bulunmuşlar. Örneğin Fatma'nın ilkokul, Yalçın'ın ise lise mezunu olduğu ortaya çıkmış. Sahte doktor Yalçın yakalanmasaydı, belki siyasete

atılır, yöresinde sevildiği için milletvekili seçilir, hatta bakan bile olabilirdi. Galiba onlara biraz haksızlık edilmiş! (Şaka bir yana...)

İşte Artvin ilinde yaklaşık 45 gün kaldıktan sonra, yukarıda belirttiğim

güzellikler ve garip olaylarla bir görevimi daha tamamlamış oldum. Sahte doktordan söz açılmışken, benzer bir olay da Adana Devlet Hastanesinde yaşanmıştı...

ÖRNEK YARGI KARARLARI

Düzenleyen: Halil İbrahim BİLEN*



Yargıtay 6. Hukuk Dairesi 2025/454 E. 2025/4460 K. sayılı ilamı;

Dava Konusu: Ayıplı olduğu ileri sürülen eser sözleşmesi niteliğindeki boyun germe ve orta yüz germe ameliyatları nedeniyle maddi ve manevi tazminat istemine ilişkindir.

Davacı dilekçesi: Alt yüzünün gevşemiş olması sebebiyle görüştüğü davalı doktorun bu operasyonu sorunsuz halledeceği, istediği sonuca ulaşacağı ve bir komplikasyon olmayacağı konusunda taahhütte bulunması üzerine davalıya

muayene olup yüz germe operasyonuna karar verdiğini, alt yüzle ilgili operasyon isterken doktorun daha iyi olacağı ve komplikasyon oluşmayacağı konusunda güvence vererek üst yüze de ikna ettiğini, ameliyat esnasında izinsiz gıdısının da alındığını, çenesinin altının boydan boya yarıldığını, ameliyat sonrasında üst dudağını rahat hareket ettiremediğini, taburcu olduktan sonra da yüzünün inanılmaz derecede şiştiğini ve iki ay kadar çiğneme yapamadığını, geçirdiği operasyona rağmen yüzünün hala gevşek olduğunu, yapılan işlemin hiçbir işe yaramadığını,



* Teftiş Kurulu Başkan Yardımcısı, Sağlık Bakanlığı

24 ay geçmesine rağmen hala yoğun his kaybı olduğunu, doktorun onamsız, izinsiz boyna müdahalesi yüzünden ağır mağduriyet yaşadığını ileri sürerek fazlaya ilişkin haklar saklı kalmak kaydıyla 22.000,00 TL maddi, 250.000,00 TL manevi tazminatın işlem tarihinden itibaren yasal faizi ile birlikte davalıdan tahsilini talep ettiği görülmektedir.

Davalı Dilekçesi: Davacıya ameliyatın riskleri ve olası komplikasyonların ayrıntılı bir şekilde anlatıldığını, ameliyat sırasında ve sonrasında herhangi bir tıbbi uygulama hatası veya komplikasyon yaşanmaksızın ameliyatın başarıyla gerçekleştirildiğini, yüz ve boyun bölgesindeki şikayetin giderildiğini, ameliyat ile ilgili olarak herhangi bir şikayette de bulunmadığını, davacının yüzüne gerek ameliyat öncesinde yaptırdığı gerek ise bu ameliyat sonrasında uzmanlık vasfı olmayan ve ehil olmayan kişilerce çok sayıda müdahale gerçekleştirildiğini, atfedilebilecek herhangi bir kusur bulunmadığından sorumluluk yüklenemeyeceğini savunarak davanın reddini istediği görülmektedir.

İlk derece mahkemesi kararı: Adli Tıp Kurumu ve üniversite bilirkişi heyetinden alınan raporlara göre; hasta dosyasında davacıya ameliyat öncesi yapılan bilgilendirme ve onam formunda, hem üst yüz hem de boyun germe ameliyatı yapılacağını yazılı olduğu, davacı tarafından onam formunun kendi el yazısı ile “okudum, anladım, kabul ediyorum” yazılarak imzalanmış olduğu görülmekle davalı hekimin yapılacak olan operasyonlara ilişkin aydınlatılmış onam ve bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirdiği, nitekim epikriz raporunda da işlem yapılacak alanların boyanarak anlatıldığı ve davacının genel olarak yüz yapısının gevşek olduğu bilgilendirmesinin yapıldığının not olarak yazıldığı, bu nedenlerle davacının boyun bölgesine rıza dışı müdahale edildiği iddiasının yerinde olmadığı, davalı hekim tarafından yapılan yüz ve boyun germe ameliyatı tekniğinin davacı hastanın taleplerine uygun olduğu, davacının yüz ile boyun bölgesinin gerektiği gibi gerilmiş olduğu, davacının yüzünde ya da boynunda

herhangi bir kalıcı sorun olmadığı ve ameliyatın sonucunun başarılı olduğu anlaşılmakla davalı hekime operasyon sürecine ilişkin herhangi bir kusur atfedilemediği, bununla birlikte neticeye ilişkin olarak davacının tüm cildin gergin olması beklentisinin tıbben mümkün olmadığı ve bu şekilde bir netice meydana gelemeyeceğinin onam formunda yazılarak davacıya açıklandığı, davacının da bunu kabul ederek ameliyat olduğu değerlendirildiğinde vadedilen neticenin gerçekleşmediği iddiasının yerinde olmadığı, davalı hekimin yaptığı işlemlerin ayıplı olmadığı, komplikasyon yönetiminin doğru yapıldığı, davacının bir kısım kişisel taleplerinin tıbben mümkün olmadığı gibi bünyesel özelliklerinden kaynaklandığı ve bu hususta davacının bilgilendirildiği gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiştir.

İstinaf ve Temyiz başvurusu: Bölge Adliye Mahkemesinin kararı ile istinaf başvurusunun esastan reddine karar verilerek ilk derece mahkemesi kararının doğru kabul edildiği, Temyiz başvurusunda ise davacının iddialarının kararın bozulmasını gerektirecek nitelikte görülmediği belirtilerek Bölge Adliye Mahkemesi kararının ONANMASINA karar verilmiştir.

Yargıtay 5. Ceza Dairesi 2020/4875 E. 2023/12391 K. sayılı ilamı;

Dava Konusu: Mutemetlik işlemlerinde oluşturulan parasal kaynağın mal edinilmesinde suç vasıflandırması.

İlk derece mahkemesi kararı: Suç tarihinde sanığın ... Devlet Hastanesinde mutemet olarak görev yaptığı, hastanede çalışan personelin maaş dışındaki ek ödemelerinin yapılması için Döner Sermaye Saymanlığına gönderilen listelere o tarihte hastanede görev yapmayan kişileri de ekleyerek bankadaki hastane hesabına fazladan para yatmasını sağladığı, daha sonra bankaya gönderdiği listelerden fazladan eklediği isimleri çıkartıp hastane hesabında fazladan para kalmasını sağladığı, paranın yanlış yatırılması sebebiyle sanığa iade edilmesi gerektiğini belirten ödeme talimatlarıyla toplam 216.892,46



TL'yi bankadan çekerek mal edindiği, ödeme talimatlarının altındaki imzaların çoğunun sanığa ait olduğu, bir kısmının da sanık tarafından başhekiye diğer belgelerin arasında imzalatıldığı kabul edilerek, zincirleme basit zimmet ve resmi belgede zincirleme sahtecilik suçlarından cezalandırılmasına karar verildiği anlaşılmıştır.

Temyiz: Değerlendirme ve Gerekçe

Sanık mutemet hakkında resmi belgede zincirleme sahtecilik suçundan kurulan mahkumiyet hükmü yönünden; temyiz isteminin reddedilerek, ilk derece mahkemesinin kararının ONANMASINA,

Sanık mutemet hakkında zincirleme basit zimmet suçundan kurulan mahkumiyet hükmü yönünden; Mutemet olarak görev yapan sanığın hastanede çalışan personelin maaş dışındaki ek ödemelerinin yapılması için Döner Sermeye Saymanlığına gönderilen listelere hastanede görev yapmayan kişileri de ekleyerek fazladan para yatmasını sağladıktan sonra bankaya gönderdiği listelerden fazladan eklediği isimleri çıkardığı ve banka hesabında oluşan fazla parayı, düzenlediği sahte talimatlarla bankadan çekerek mal edindiği şeklinde gerçekleşen eylemlerinde, suça konu paraların görevi dolayısıyla sanığa teslim edilmediği, bu nedenle de fiillerinde yasal tevdi unsurunun gerçekleşmediği, hileli ve yasal olmayan yollarla haksız olarak menfaat sağlandığı anlaşılmakla, sanığın fiillerinin zincirleme biçimde kamu kurum ve kuruluşlarının zararına olarak nitelikli dolandırıcılık suçunu oluşturacağı gözetilmeden suç vasfında hataya düşülerek zincirleme basit zimmet suçundan yazılı şekilde hüküm kurulması hukuka aykırı bulunarak ilk derece mahkemesi kararının BOZULMASINA karar verilmiştir.

Yargıtay 5. Ceza Dairesi 2024/10505 E. 2025/9261 K. sayılı ilamı;

Dava konusu: Hekimin görevi sebebiyle maddi menfaat temin etmesinde suç niteliğinin belirlenmesi.

İlk derece mahkemesi kararı: Üniversite Hastanesinde doktor olan sanığın, katılanın

kardeşini ameliyat etmek için 7.500,00 TL isteyerek katılanı para vermeye zorladığı, katılanın ise kardeşinin ameliyat olamayacağı endişesiyle sanığa istediği miktarı verdiği iddiasıyla açılan davada, icbar suretiyle irtikap suçunun olduğu belirtilmiştir.

İstinaf: Bölge Adliye Mahkemesince sanığın icbar boyutuna varan bir davranışı bulunmadığından bahisle atılı suçtan kurulan mahkumiyet hükmünün kaldırılarak sanığın görevi kötüye kullanma suçundan mahkumiyetine karar verilmiştir.

Temyiz: Değerlendirme ve gerekçe

Yargıtay Ceza Genel Kurulunun 30.03.2010 tarihli ve 2009/5-167-2010/70 sayılı kararında da açıklandığı üzere, icbar suretiyle irtikap suçunda mağdurun iradesini baskı altında tutmaya elverişli olmak koşuluyla, doğrudan doğruya veya dolaylı biçimde yapılan her türlü zorlayıcı hareketin icbar kavramına dahil olduğu, manevi cebirin, belli bir şiddete ulaşması, ciddi olması, mağdurun baskının etkisinden kolaylıkla kurtulma olanağının bulunmaması gerektiği, katılanın kardeşinin hayati tehlikesinin bulunmaması ve hastanede aynı branşta başka doktorların da görevli olması hususları göz önünde bulundurulduğunda sanığın öğretti ve uygulamada kabul edildiği üzere Kanun'un öngördüğü anlamda icbar boyutuna varan bir davranışı bulunmadığından icbar suretiyle irtikap suçunun yasal unsurlarının oluşmadığı, dosya kapsamından katılanın ilk görüşme sırasında sanığa 5.000 TL para verdiğinin sübuta ermediği, sanığın yapması gereken bir iş için para istemesi şeklinde sübut bulan eyleminin katılanın 2.500 TL'yi vermeden önce Cumhuriyet Savcılığına şikayette bulunup sanığı seri numaraları alınan paralarla yakalatmış olması da nazara alındığında rüşvet alma suçuna teşebbüs olduğu gözetilmeden, yanılığlı değerlendirme ile görevi kötüye kullanma suçundan mahkumiyet kararı verilmesi hukuka aykırı bulunarak, Bölge Adliye Mahkemesi kararının BOZULMASINA karar verilmiştir.



Yargıtay 5. Ceza Dairesi 2018/12727 E. 2022/14338 K. sayılı ilamı;

Dava konusu: Kantin Kiralama ihalesinde ihaleye fesat karıştırma suçunun sınırlarının belirlenmesi.

İlk derece mahkemesi kararı: 06/08/2013 tarihinde ... İl Kamu Hastaneleri Birliği tarafından yapılan Devlet Hastanesi Kafeterya ve Kantin Kiralama işi ihalesinde sanığın ihale koridorlarında toplu kişilerce gövde gösterisi yaptığı, katılanlardan tanık olarak dinlenen ...'nın rakamsal el işaretleri ile manipülasyon tekliflerinde bulunduğu, katılanın ihaleyi almasından sonra tanık ...'nın da bulunduğu ortamda "burada ekmek yedirtmem" şeklinde tehditte bulunmak suretiyle ihaleye fesat karıştırma suçunu işlediği kabul edilerek mahkumiyetine karar verilmiştir.

Temyiz: Değerlendirme ve gerekçe

Dava dosyasının incelenmesinde; 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 19/07/2007 tarihli ve 26557 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkındaki Yönetmelik hükümlerine uygun olarak gerçekleştirilen ihaleye 4 firmanın katıldığı, 5. turun sonunda ihalenin daha fazla uzamaması için teklif zarfları ile birlikte firmaların son tekliflerinin alındığı, sanığın yetkilisi olduğuSan.Tic.Ltd.Şti'nin teklifinin imzasız olduğu için değerlendirmeye alınmadığı, verilen geçerli son teklifler uyarınca ihalenin 203.000 TL ile en yüksek teklifi veren katılanın firmasına verildiği, söz konusu firma ile idare arasında 29/08/2013 tarihinde kira sözleşmesi imzalandığı anlaşılmıştır.

2886 sayılı Kanun'un 4. maddesi uyarınca ihale: "...işin istekliler arasından seçilecek birisi üzerine bırakıldığını gösteren ve yetkili mercilerin onayı ile tamamlanan sözleşmeden önceki işlemleri ifade eder" şeklinde tanımlanmış olup, ihale yetkilisinin onayından sonra gerçekleştirilen eylemlerin bağımsız tehdit suçunu oluşturacağı nazara alınarak, tehdit eyleminin, ihale sürecinde gerçekleşip gerçekleşmediğinin belirlenip, katılanın ihale sürecindeki işlemlere katılmasının engellenmesi amacıyla mı gerçekleştirildiğinin

tartışılması ve sonucuna göre sanığın hukuki durumunun takdir ve tayin edilmesi gerektiği gözetilmeden, eksik araştırma ile yazılı şekilde hüküm kurulması kanuna aykırı olduğundan, ilgili hükmün BOZULMASINA karar verilmiştir.

Anayasa Mahkemesinin 2022/90 E. 2023/201 K. sayılı kararı;

İptal davasının konusu: 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen Ek 18.madde içerisinde yer alan mesleki sorumluluk kurulu teşkilinin Anayasa'nın 10., 17., 36. ve 40. maddelerine aykırılığı.

İptal talebinin gerekçesi: Tıbbi hata iddialarına ilişkin olarak soruşturma izni verme yetkisine sahip Kurulun bağımsız ve tarafsız olması gerektiği ancak Kurulun dava konusu kurulla belirlenen atama usulü ve oluşumu itibarıyla tarafsız olamayacağı, bu durumun hekim ve diğer sağlık çalışanları ile mağdurun adil yargılanma ve etkili başvuru haklarını ihlal edeceği, hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında çeşitli saiklerle farklı kararlar alınabilmesine imkân tanınmasının da eşitlik ilkesiyle bağdaşmadığı belirtilerek kuralın Anayasa'nın 10., 17., 36. ve 40. maddelerine aykırı olduğu ileri sürülmüştür.

Anayasa'ya aykırılık sorunu:

1. Ek 18. Maddenin Birinci Fıkrası Yönünden İnceleme;

1) 3359 sayılı Kanun'un ek 18. maddesinin birinci fıkrasında, Kurulun fıkrada sayılan sağlık çalışanlarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamaları nedeniyle yapılan soruşturmalar hakkındaki izin yetkisi düzenlenmiştir.

2) Kurulun yapılan soruşturmalar hakkında izin verme yetkisi, sağlık mesleğinin icrası kapsamında yapılan muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalarla sınırlı tutulmuştur. Bu bağlamda Kurulun soruşturma iznine tabi kılınan fiillerin; sağlık hizmetlerinin sunumundan kaynaklanan organizasyon eksikliği ya da kasit veya ağır ihmale dayanmayan, tıbbi hata kapsamında kalan işlem ve uygulamalar

olduğu anlaşılmaktadır. Tıbbi hata kapsamındaki fiiller sebebiyle ceza soruşturmasının yapılması anayasal bir gereklilik taşımamaktadır. Bu itibarla ceza soruşturması yapılmasının Anayasa'nın 17. maddesi bağlamında zorunlu olmadığı durumlarda, bu kapsamdaki fiillerle ilgili yürütülecek soruşturmalar için Kurula yetki verilmesinin, yaşam hakkı ile maddi ve manevi varlığın korunması hususunda devlete yüklenen yükümlülüğün yerine getirilmesi bakımından önemli sonuçlar doğurmayacağı açıktır.

3) Kuralda, 2547 sayılı Kanun'da belirtilenler hariç olmak üzere sağlık çalışanlarının, sağlık mesleğinin icrası kapsamındaki işlemleri nedeniyle haklarında yürütülecek soruşturmalar bakımından izin vermeye yetkili kılınmış Kurulun oluşumu, başkanı ve bazı üyelerinin görev süresi düzenlenmiştir.

4) Kanunlarda yer alan istisnalar dışında sağlık hizmeti sunanların görevlerini yerine getirirken haklarında adli soruşturma yapıp yapılmayacağına, Bakanlık bünyesinde oluşturulacak uzman bir yapının ön değerlendirmesine bırakılmasının, bu konuda farklı kararların ortaya çıkmasının önlenerek uygulama birliğinin sağlanmasına ve böylelikle sağlık hizmetlerinin ülke genelinde kesintisiz bir şekilde sürdürülmesine katkı sunacağı açıktır. Buna göre kamu/özel ayrımı gözetilmeksizin sağlık çalışanlarına yönelik ceza soruşturmaları bakımından izin sistemi öngörülmesinin kamu yararı amacına yönelik olmadığı söylenemez.

5) Kurulda görev alan Bakanlık teşkilatındaki kamu görevlilerinin bu alanda yerine getireceği görev ve sorumlulukların kanunla düzenlenmesi ve Kurulda kamuda görev alma zorunluluğu olmayan ancak nitelikli uzmanlık birikimi gerektiren iki üyenin bulunması hususlarının keyfi uygulamaların önlenmesi amacıyla alınan tedbirler kapsamında değerlendirilmesi mümkündür.

6) Kurulun üye yapısının ağırlıklı olarak Bakanlık teşkilatında yer alan kişilerden oluşmasına ilişkin yapılacak değerlendirmede, Bakanlığa bu hususta yüklenen görevlerin

dikkate alınması gerekmektedir. Buna ek olarak meslek örgütlerinin veya uzmanlık alanlarının tamamının Kurulda temsil edilmesi gibi bir anayasal zorunluluk bulunmamaktadır.

7) Öte yandan Kurulun görev alanına giren konularda uzmanlık bilgisine ihtiyaç duyulması hâlinde danışma veya ihtisas komisyonları oluşturulabilmesinin önünde yasal bir engel bulunmamaktadır. Nitekim 15/6/2022 tarihli ve 31867 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'in 5. maddesinin (7) numaralı fıkrasında bu kapsamdaki ihtisas komisyonlarının oluşturulma usulü düzenlenmiştir.

8) 3359 sayılı Kanun'un ek 18. maddesinin gerekçesinde de belirtildiği üzere, özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde görev yapan sağlık çalışanları mesleğin icrası kapsamında yaptıkları tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle doğabilecek cezai sorumlulukları bakımından herhangi bir izin usulüne tabi tutulmadan haklarında başlatılan adli soruşturmalar nedeniyle zaman kaybına uğramakta, güvencesizlik hissiyatıyla motivasyonları düşmekte ve işlerinde verimsiz olabilmektedirler. Bu durum, sunulan hizmetin kalitesine de zarar vermektedir. Kurulun soruşturma izni verilmemesi yönündeki kararlarının yargı denetimine tabi olduğu ve ceza soruşturmasının nasıl başlatılacağı hususunda anayasal bir belirleme de yapılmadığı göz önüne alındığında, kamu görevlisi olmayan sağlık çalışanları bakımından soruşturma izni verme yetkisine sahip Kurulun oluşturulmasının kanun koyucunun takdir yetkisi kapsamında bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

9) Soruşturma izninin amacı; sağlık personelinin tıbbi uygulama, teşhis veya tedavi gibi eylem ve işlemleri kapsamındaki iddia ve şikâyetler nedeniyle gereksiz cezai ithamlarla karşılaşmalarının önlenerek her türlü korku ve endişeden uzak tutulmaları suretiyle sağlık



hizmetlerinin aksamaması için iddia olunan suçlar bakımından ceza soruşturmasına geçilmeden önce ön inceleme yapılmasını sağlamaktır. Bu süreç, ceza soruşturmasının gerekli olup olmadığını ortaya koyacak somut verileri belirlemek amacıyla yürütülür.

10) Soruşturma izni, ceza soruşturmasının bir parçası olup bu süreçte yapılacak hataların savcılık ve yargılama sırasında telafi edilmesinin mümkün olduğu açıktır. Ayrıca soruşturma izni verilmemesi hâlinde bu kararın yargı denetimine açık olduğu ek 18. maddenin birinci fıkrasının beşinci cümlesinde belirtilmiştir. Soruşturmaya izin verecek Kurulun oluşumuna ilişkin Anayasa'da bunların dışında özel bir güvenceye yer verilmediği de gözetildiğinde Kurulun yapısının belirlenmesinde Anayasa'ya aykırı bir yönün bulunmadığı anlaşılmaktadır.

2. Ek 18. Maddenin İkinci Fıkrası Yönünden İnceleme;

a-“Kamu Kurum ve Kuruluşları...” ibaresi yönünden;

1) Anayasa'nın anılan maddelerinde kusura ve haksız fiile dayalı tazminat yükümlülüğü bakımından rücu kararını verecek merci konusunda belirleme yapılmamıştır. Bununla birlikte Anayasa'nın 40. maddesinin üçüncü fıkrasında rücu konusunda karar verme yetkisinin devlete ait olduğu belirtilmiştir. Bu itibarla Anayasa'nın idari ve mali özerkliğini güvence altına aldığı kamu kurum ve kuruluşları dışında rücu kararını verme yetkisinin kamu yararı gözetilmek suretiyle kanunla kurulmuş başka bir merciye verilmesinde anayasal açıdan herhangi bir engel bulunmamaktadır. Ancak kanun koyucu tarafından bu konuda düzenleme yapılırken Anayasa'da güvence altına hukuk devleti ilkesinin gözetilmesi gerektiği açıktır.

2) Kurul kararlarının yargı denetimine tabi olmasının haricinde 3359 sayılı Kanun'un ek 18. maddesinin altıncı fıkrası uyarınca Kurul üyeleri, ilgisine rücu edilip edilmeyeceği ve rücu miktarına ilişkin kararları nedeniyle görevlerinin gereklerine aykırı hareket ettiklerinin kesinleşmiş

bir ceza mahkemesi kararıyla tespit edilmesi hâlinde mali ve idari yönden sorumlu olacaklardır. Ayrıca rücu kurumunun, rücu işlemine konu eylem nedeniyle zarar göreni doğrudan ilgilendiren bir yönü bulunmamaktadır. Zira rücu kararı verilmemesi mağdurun tazminat hakkı yönünden herhangi bir olumsuz sonuç doğurmamaktadır.

3) Anılan hususlar gözetildiğinde kuralla kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan hekim ve dış hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarına sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle idare tarafından ödenen tazminatın ilgisine rücu edilip edilmeyeceğine ve rücu miktarına, ilgilinin görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumu gözetilerek karar verme hususunda Kurula yetki verilmesinin Anayasa'ya aykırı bir yönü bulunmamaktadır.

b-“...Devlet Üniversiteleri...” ibaresi yönünden;

1) 3359 sayılı Kanun'un ek 18. maddesinin ikinci fıkrasında Kurulun devlet üniversitelerinde görev yapan hekim ve dış hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle idare tarafından ödenen tazminattan dolayı ilgisine rücu edilip edilmeyeceğine ve rücu miktarına, ilgilinin görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumu gözetilerek Kurul tarafından bir yıl içinde karar verileceği hüküm altına alınmıştır.

2) Devlet üniversitelerinde görev yapan hekim ve dış hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının mesleğin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle doğabilecek tazminat sorumluluğu, bu görevlilerin istihdam edildikleri üniversitelere yöneltilmektedir. Dolayısıyla ilgili kamu görevlisine rücu yetkisinin üniversitelerin idari ve mali özerkliği kapsamında ele alınması gerekmektedir.

3) Özerklik, kişi ve kuruluşların kanunla belirlenen sınırlar içinde kalmak şartıyla kendi faaliyetlerine ilişkin kararları alma ve uygulama konusunda gerekli yetkiyle donatılmış olması anlamına gelmektedir. Bu, aynı zamanda kurumların dış etkilere karşı korunmasını ifade eder. Kamu kuruluşlarına özerklik tanınmasının nedeni faaliyetlerini hizmetin gereklerine ve kamu yararına uygun bir şekilde sürdürmelerini güvence altına almaktır.

4) Üniversitelerin bilimsel özerkliği; üniversitelerde yürütülen eğitim, araştırma, yayın ve benzeri etkinliklerin planlanması, düzenlenmesi ve icra edilmesi aşamalarında yönetim yetkisinin serbestçe kullanılabilmesini, belirtilen faaliyetlerle ilgili üniversite kaynaklarının kullanımına yönelik kararların üniversite yönetim organlarıncaya serbestçe alınabilmesini gerektirmektedir. Bilimsel özerklik, idari ve mali özerlikle birlikte üniversitelerin bağımsızlığı için olmazsa olmaz nitelikte bir bütünün parçalarını oluşturur. Bu unsurlardan herhangi birine yapılacak müdahale diğer unsurların da olumsuz şekilde etkilenmesine neden olacaktır.

5) Anayasa'nın 130. maddesinde de belirtildiği üzere, anayasal düzeyde sahip olunan idari özerklik elbette üniversitelere sınırsız bir yönetim yetkisi tanımamaktadır. Nitekim anılan maddede merkezî idarenin üniversiteler üzerinde gözetim ve denetim yetkisinin bulunduğu açıkça hükme bağlanmıştır.

6) Bununla birlikte Anayasa'da üniversitelerin bütçelerinin kendileri tarafından hazırlanacağı açıkça belirtilmek suretiyle mali konularda anayasal sınırlar gözetilerek karar alma yetkisinin üniversitelere ait olduğu hüküm altına alınmıştır. Bu itibarla devlet üniversitelerinin bütçesinden ödenen tazminatın rücu edilmesine ilişkin karar verme yetkisinin de bizzat üniversitelere ait bir yetki olduğu hususunda şüphe bulunmamaktadır.

7) Buna göre kanun koyucu, üniversitelerin idari ve mali özerkliği kapsamındaki faaliyetlerine yönelik idari vesayet niteliğinde düzenlemeler yaparken hukuk devleti ilkesinin bir gereği olan ölçülülük ilkesiyle bağlıdır. Bu ilke ise elverişlilik,

gereklilik ve orantılılık olmak üzere üç alt ilkeden oluşmaktadır. Elverişlilik, başvuru önlemin ulaşılmak istenen amaç için elverişli olmasını, gereklilik başvuru önlemin ulaşılmak istenen amaç bakımından gerekli olmasını, orantılılık ise başvuru önlem ve ulaşılmak istenen amaç arasında olması gereken ölçüyü ifade etmektedir.

8) Devlet üniversitelerinde görev yapan sağlık çalışanlarına, sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle rücu edilmesine karar verme yetkisinin tek bir elden yürütülmesinin farklı ve çelişkili kararlar verilmesinin önüne geçilerek bu konuda uygulama birliğinin sağlanmasına hizmet edeceği açıktır. Bu bakımdan düzenlemenin kamu yararına yönelik meşru bir amacının bulunmadığı söylenemez.

9) İdari vesayet yetkisi, hiyerarşik denetimde olduğu gibi genel bir yetki niteliği taşımayıp kanunla çerçevesi çizilen sınırlar içinde kullanılması gereken istisnai bir yetkidir. İstisnailik ve kanunilik idari vesayetin en belirgin iki temel özelliğidir. Vesayet makamlarıncaya bu yetki yerinden yönetim kuruluşunun işlemlerini iptal, onama, erteleme, izin verme, tekrar görüşülmesini isteme, düzeltme şeklinde kullanılabileceği gibi bunların organlarının kararlarına karşı idari yargı mercilerinde dava açma şeklinde de kullanılabilir. Buna karşılık vesayet yetkisi ilke olarak merkezî idareye, yerinden yönetim kuruluşları yerine geçerek icrai karar alma yetkisi vermez.

10) Bu hususlar gözetildiğinde, söz konusu amaca ulaşma bakımından, idari ve mali özerkliğe sahip üniversitelerin yerine geçerek bu kurumların bütçe hazırlama yetkisi üzerinde doğrudan etki doğurabilecek nitelikte karar alma yetkisine sahip bir Kurulun oluşturulması merkezî yönetimin vesayet yetkisinin sınırlarıyla bağdaşmamaktadır. Dolayısıyla kuralın anılan amaca ulaşma bakımından elverişli olmadığı açıktır.

11) Açıklanan nedenlerle kural, ek 18. maddenin ikinci fıkrasında yer alan "...Devlet üniversitelerinde..." ibaresi yönünden Anayasa'nın 130. maddesine aykırıdır ve İPTALİ gerekir.





DERNEKTEN HABERLER

Ünsal AKGÜL*



SAĞLIK MÜFETTİŞLERİ DERNEĞİ SEÇİMİ TAMAMLANDI: YENİ YÖNETİM BELİRLENDİ



Sağlık Müfettişleri Derneği'nin Olağan Genel Kurul toplantısı, dernek tüzüğüümüz hükümleri doğrultusunda 10.02.2026 tarihinde geniş bir katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Derneğimizin en üst karar organı olan Genel Kurul, üyelerimizin yoğun ilgisi ve aktif katılımıyla demokratik bir ortamda icra edilmiş; derneğimizin mevcut durumu, faaliyetleri ve gelecek dönem hedefleri kapsamlı şekilde değerlendirilmiştir.

* Müfettiş Yardımcısı, Sağlık Bakanlığı

Toplantı süresince, geride bırakılan faaliyet dönemine ilişkin Yönetim Kurulu raporu, denetim raporları ve mali tablolar üyelerimizin bilgisine sunulmuş; yapılan değerlendirmeler neticesinde ilgili raporlar Genel Kurul'un onayına sunulurak ibra edilmiştir. Ayrıca, derneğimizin önümüzdeki dönemde gerçekleştirmeyi planladığı projeler, mesleki gelişim faaliyetleri ve sosyal etkinlikler hakkında üyelerimizle fikir alışverişinde bulunulmuş, öneri ve temenniler dikkatle dinlenmiştir.

Genel Kurul toplantısında ayrıca dernek tüzüğünde önemli değişiklikler yapılmıştır. Bu kapsamda, Genel Kurul toplantılarının yapılma süresi 2 yıldan 3 yıla çıkarılmış; bununla birlikte Yönetim Kurulu asıl üye sayısı 5'ten 7'ye yükseltilmiştir.

Genel Kurulunun akabinde Yönetim Kurulunun toplantısında derneğimizin Yönetim Kurulu Başkanı olarak Nesip DELİBALTA, Başkan Yardımcısı olarak Celal Gürol BİÇER, Genel Sekreter olarak Harun AKBAŞ, Sayman olarak Duygu KARA, Yönetim Kurulu Üyeliklerine ise Mustafa BUYRAZ, Umut Buğra DEMİR ve Ünsal AKGÜL oy birliği ile seçilmişlerdir.

Seçim süreci, dernek kültürümüze yakışır bir olgunluk ve dayanışma içerisinde tamamlanmış; üyelerimiz, yönetime seçilen isimlere duydukları güveni açıkça ortaya koymuştur. Yeni Yönetim Kurulu'nun, derneğimizin kurumsal yapısını daha da güçlendirecek, üyelerimiz arasındaki dayanışmayı artıracak ve mesleki alanda önemli çalışmalara imza atacak bir anlayışla görev yapacağına olan inanç tamdır.

Toplantı sonunda söz alan üyelerimiz, derneğimizin bugüne kadar göstermiş olduğu gelişimden duydukları memnuniyeti dile getirirken, yeni dönemde daha aktif, kapsayıcı ve üretken bir çalışma anlayışının sürdürülmesi yönündeki beklentilerini ifade etmişlerdir.



Genel Kurul Toplantısı'nın akabinde, yeni seçilen Yönetim Kurulu üyelerimiz tarafından Teftiş Kurulu Başkanımız Erkan HACIFAZLIOĞLU'na nezaket ziyareti gerçekleştirilmiştir. Söz konusu ziyarette, derneğimizin yeni dönem hedefleri, planlanan faaliyetler ve mesleki alandaki gelişmeler üzerine karşılıklı görüş alışverişinde bulunulmuş; kurumlar arası iş birliği ve iletişimin güçlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Samimi bir atmosferde gerçekleşen ziyaret, iyi niyet temennileri ve başarı dilekleri ile sona ermiştir.

Sağlık Müfettişleri Derneği olarak, Genel Kurul Toplantımıza katılım sağlayan tüm üyelerimize teşekkür eder; seçilen Yönetim Kurulu üyelerimize yeni görevlerinde başarılar dileriz. Derneğimiz, birlik ve beraberlik içerisinde, mesleğimizin gelişimine katkı sunmaya ve üyelerimizin hak ve menfaatlerini korumaya kararlılıkla devam edecektir.

SAĞLIK BAKANLIĞI TEFTİŞ KURULU BAŞKANLIĞI'NDA GELENEKSEL İFTAR PROGRAMI DÜZENLENDİ



27.02.2026 tarihinde, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanımız Sayın Erkan HACİFAZLIOĞLU'nun ev sahipliğinde Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından geleneksel iftar programı düzenlendi.

Yoğun katılımı ile gerçekleştirilen programa, Teftiş Kurulu Başkanlığı üyeleri ve aileleri ile birlikte katılım sağlandı. Ramazan ayının manevi atmosferinde gerçekleşen buluşma, kurum mensupları arasındaki birlik, beraberlik ve dayanışma duygularının pekişmesine vesile oldu.

Programda, mesleki dayanışmanın önemi ve kurumsal aidiyet bilincinin güçlendirilmesi

vurgulanırken, katılımcılar iftar sofrasında bir araya gelerek samimi bir ortamda sohbet etme imkânı buldu. Teftiş faaliyetlerinin etkinliği ve kurumsal gelişim hedefleri üzerine de karşılıklı görüş alışverişinde bulunuldu.

Teftiş Kurulu Başkanımız Sayın Erkan HACİFAZLIOĞLU, programda yaptığı değerlendirmelerde, Teftiş Kurulu'nun kamu hizmetinin etkinliği ve denetim mekanizmasının güçlendirilmesi açısından taşıdığı kritik role dikkat çekti. Ayrıca, birlik ve beraberlik içerisinde yürütülen çalışmaların kurumsal başarıya önemli katkı sağladığını ifade etti.



27.02.2026 tarihinde, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanımız Sayın Erkan HACİFAZLIOĞLU'nun ev sahipliğinde Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından geleneksel iftar programı düzenlendi.

Yoğun katılımı ile gerçekleştirilen programa, Teftiş Kurulu Başkanlığı üyeleri ve aileleri ile birlikte katılım sağlandı. Ramazan ayının manevi atmosferinde gerçekleşen buluşma, kurum mensupları arasındaki birlik, beraberlik ve dayanışma duygularının pekişmesine vesile oldu.

Programda, mesleki dayanışmanın önemi ve kurumsal aidiyet bilincinin güçlendirilmesi

vurgulanırken, katılımcılar iftar sofrasında bir araya gelerek samimi bir ortamda sohbet etme imkânı buldu. Teftiş faaliyetlerinin etkinliği ve kurumsal gelişim hedefleri üzerine de karşılıklı görüş alışverişinde bulunuldu.

Teftiş Kurulu Başkanımız Sayın Erkan HACİFAZLIOĞLU, programda yaptığı değerlendirmelerde, Teftiş Kurulu'nun kamu hizmetinin etkinliği ve denetim mekanizmasının güçlendirilmesi açısından taşıdığı kritik role dikkat çekti. Ayrıca, birlik ve beraberlik içerisinde yürütülen çalışmaların kurumsal başarıya önemli katkı sağladığını ifade etti.

SAĞLIK MÜFETTİŞLERİ DERNEĞİ İFTAR PROGRAMINDA BULUŞTU: DAYANIŞMA VE BİRLİK MESAJI VERİLDİ



Derneğimiz tarafından 06.03.2026 tarihinde düzenlenen geleneksel iftar programı, yoğun katılım ve büyük bir memnuniyetle gerçekleştirilmiştir. Mübarek Ramazan ayının manevi atmosferinde bir araya gelinen bu anlamlı organizasyona, Teftiş Kurulu Başkanımız Sayın Erkan HACİFAZLIOĞLU ile birlikte Sağlık Müfettişleri Derneği Yönetim Kurulu üyeleri de iştirak etmiştir.

İftar programımız, üyelerimiz arasındaki dayanışma ve kardeşlik bağlarının güçlendirilmesi açısından son derece verimli geçmiş, katılımcılar arasında samimi ve sıcak bir ortam oluşmuştur. Ramazan ayının birlik, beraberlik ve paylaşma ruhunu yansıtan bu buluşmada, üyelerimiz hem mesleki hem de sosyal anlamda bir araya gelme fırsatı bulmuştur. Yapılan sohbetlerde, derneğimizin faaliyetleri, gelecek dönem projeleri ve üyelerimizin beklentileri üzerine karşılıklı görüş alışverişinde bulunulmuştur.

Program süresince, ortak değerlerimiz

etrafında kenetlenmenin önemi bir kez daha vurgulanmış; özellikle Ramazan ayının manevi ikliminin, toplumsal dayanışmayı artırmadaki rolü üzerinde durulmuştur. Dernek Üyelerimiz, bu tür etkinliklerin dernek üyeleri arasındaki iletişimi güçlendirdiğini ve kurumsal aidiyet duygusunu pekiştirdiğini ifade etmişlerdir.

Öte yandan, program tarihinin Dünya Kadınlar Günü'ne denk gelmesi vesilesiyle, derneğimizin kıymetli kadın üyeleri de unutulmamış; kendilerine günün anlam ve önemine binaen çiçek takdim edilmiştir. Bu nazik jest, kadın üyelerimiz tarafından memnuniyetle karşılanmış ve etkinliğe ayrı bir anlam katmıştır. Kadınların hem mesleki hayatları hem de toplumsal yaşam içerisindeki değerli katkılarına dikkat çekilen bu anlamlı an, katılımcılar tarafından takdirle karşılanmıştır.

İftar yemeği boyunca, tüm üyelerimizin bir arada bulunması, derneğimizin güçlü ve köklü yapısının en güzel göstergelerinden biri olmuştur. Bu anlamlı organizasyon, sadece bir iftar programı



olmanın ötesinde; dostlukların pekiştirildiği, yeni bağların kurulduğu ve ortak hedefler doğrultusunda kenetlenmenin bir simgesi haline gelmiştir.

Derneğimiz, bundan sonraki süreçte de üyelerimiz arasındaki birlik ve beraberliği güçlendirecek sosyal ve mesleki etkinlikler

düzenlemeye devam edecektir. Bu vesileyle, iftar programımıza katılım sağlayarak bizleri onurlandıran başta Teftiş Kurulu Başkanımız Sayın Erkan HACİFAZLIOĞLU olmak üzere tüm üyelerimize teşekkür ederiz.

YETERLİLİKTE BAŞARI GÖSTEREN MÜFETTİŞ YARDIMCILARI MÜFETTİŞLİĞE YÜKSELDİ



07.02.2026 tarihinde yazılı sınavı yapılan, 24.03.2026 ile 27.03.2026 tarihleri arasında ise sözlü sınavı icra edilen yeterlilik sınavı neticesinde başarılı olarak müfettişliğe atanmaya hak kazanan müfettiş yardımcılarımız, derneğimiz camiası adına büyük bir gurur ve memnuniyet kaynağı olmuştur. Zorlu ve yoğun bir hazırlık sürecinin ardından elde edilen bu önemli başarı, mesleki azim, disiplin ve kararlılığın en somut göstergelerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık Müfettişleri Derneği olarak, müfettişlik unvanını almaya hak kazanan tüm meslektaşlarımızı gönülden tebrik ediyor; üstlendikleri bu önemli görevde üstün başarılar diliyoruz. Kamu hizmetinin etkin, verimli ve şeffaf bir şekilde yürütülmesinde kritik bir rol üstlenen müfettişlik görevinin, büyük bir sorumluluk bilinci ve yüksek etik değerler çerçevesinde icra edileceğine olan inancımız

tamdır. Yeni müfettişlerimizin sahip oldukları bilgi birikimi, mesleki donanım ve çalışma azmi ile Teftiş Kurulumuza önemli katkılar sunacaklarına yürekten inanıyoruz.

Öte yandan, yeterlilik süreci devam eden değerli müfettiş yardımcılarımızın da aynı kararlılık ve özveriyle çalışmalarını sürdürdüklerini görmekten memnuniyet duyuyoruz. Bu zorlu süreci en kısa zamanda başarıyla tamamlayarak aramıza müfettiş olarak katılacaklarına inanıyor; kendilerine başarılar diliyoruz.

Derneğimiz, mesleki gelişimi destekleyen, dayanışmayı ve tecrübe paylaşımını esas alan bir anlayışla tüm üyelerimizin yanında olmaya devam etmektedir. Bu vesileyle, mesleki dayanışmamızın her geçen gün daha da güçlenerek devam etmesini temenni ediyor; tüm meslektaşlarımıza görevlerinde başarılar diliyoruz.

MÜFETTİŞ YARDIMCILARINA SAHADA GÖREV YETKİSİ

14.04.2026 tarihi itibarıyla, Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU'nun olur ve tensipleri doğrultusunda, teftiş, denetim, inceleme ve soruşturmaları bağımsız olarak yürütmek üzere yetkilendirilen Müfettiş Yardımcılarımız önemli bir görevi üstlenmiş bulunmaktadır. Bu kapsamda, Büşra METE, Talip ATABEY, Tansu ÇALIŞKAN ve Serdar ESMER isimli meslektaşlarımızın sahada aktif görev alacak olmaları, hem Teftiş Kurulumuz hem de mesleğimiz adına memnuniyet verici bir gelişme olarak değerlendirilmiştir.

Söz konusu yetkilendirme, müfettiş yardımcılarımızın mesleki yeterliliklerinin, bilgi birikimlerinin ve sahadaki görevleri üstlenmeye hazır olduklarının önemli bir göstergesi niteliğindedir. Üstlenmiş oldukları bu sorumluluk çerçevesinde, kamu hizmetinin etkinliğini ve hesap verebilirliğini artırmaya yönelik önemli

katkıları sunacaklarına olan inancımız tamdır.

Sağlık Müfettişleri Derneği olarak, sahada görev alacak olan kıymetli meslektaşlarımıza yeni görevlerinde başarılar diliyor; görevlerini tarafsızlık, objektiflik ve yüksek sorumluluk bilinciyle yerine getireceklerine yürekten inanıyoruz. Kendilerinin gösterecekleri gayret ve özverinin, Teftiş Kurulumuzun kurumsal gücünü daha da pekiştireceği değerlendirilmektedir.

Bu vesileyle, Büşra METE, Talip ATABEY, Tansu ÇALIŞKAN ve Serdar ESMER'e yeni görevlerinin hayırlı olmasını temenni ediyor; meslek hayatlarında başarılarının daim olmasını diliyoruz. Derneğimiz, her zaman olduğu gibi meslektaşlarımızın yanında olmaya ve onların mesleki gelişimlerine katkı sunmaya devam edecektir.



16. DÖNEM MÜFETTİŞ YARDIMCILARI EĞİTİM VE STAJ PROGRAMI BAŞARIYLA SÜRDÜRÜLÜYOR



Halil İbrahim BİLEN, Hayati ÜNAL ve Tansu TANILMIŞ'ın koordinatörlüğünde yürütülen eğitim çalışmaları kapsamında, 2025/Nisan girişli 16. Dönem Müfettiş Yardımcılarının eğitim süreci planlanan program doğrultusunda başarıyla devam etmektedir.

Bu kapsamda müfettiş yardımcılara; temel eğitim, hazırlayıcı eğitim ve staj aşamalarını içeren kapsamlı bir eğitim programı uygulanmaktadır. Hazırlayıcı eğitim sürecinde "Uyum (Teşkilat Tanıtımı) Eğitimi" ile "Teftiş ve Denetim Faaliyetlerinin Tanıtılması Eğitimi" gerçekleştirilerek adayların kurumsal yapıya ve denetim sistemine uyumları sağlanmaktadır.

Staj döneminde ise "Mevzuat ve Mesleki Uygulama Eğitimi" ile "Uygulama Eğitimi (Saha Eğitimi ve Araştırma Projesi)" başlıkları

altında teorik bilgilerin sahaya aktarılması hedeflenmektedir. Bu süreçte müfettiş yardımcılarının, mesleki yeterliliklerini artırmaları ve denetim pratiği kazanmaları amaçlanmaktadır.

Öte yandan, 12 ay süreyle devam edecek uygulama döneminde yeni müfettiş yardımcılarını, 05 Ocak 2026 tarihi itibarıyla Başmüfettiş ve müfettiş refakatinde görev alarak sahada aktif deneyim kazanmaya başlamışlardır. Bu refakat sürecinin, bilgi birikiminin artırılması ve mesleki tecrübenin pekiştirilmesi açısından büyük önem taşıdığı vurgulanmaktadır.

Sağlık Müfettişleri Derneği olarak, eğitim sürecinde görev alan tüm koordinatörlere ve emeği geçenlere teşekkür eder; müfettiş yardımcılarının mesleki gelişim yolculuklarında başarılarının devamını dileriz.



B. İzzet TAŞÇI'ya Önemli Görev: AFAD'da Rehberlik ve Denetim Başkanlığına Atandı

Teftiş Kurulumuzun gelişimine ve kurumsal yapısının güçlenmesine uzun yıllar boyunca önemli katkılarda bulunan değerli meslek büyüğümüz Başmüfettiş B. İzzet TAŞÇI'nın, 17 Nisan 2026 tarihli ve 33227 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Cumhurbaşkanlığı Atama Kararı (2026/110) ile Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı bünyesinde açık bulunan Rehberlik ve Denetim Başkanlığı görevine atanmış olması büyük bir memnuniyet ve gururla karşılanmıştır.

Meslek hayatı boyunca sergilediği birikim, tecrübe ve örnek duruşuyla pek çok meslektaşımıza rehberlik eden B. İzzet TAŞÇI'nın, üstlendiği bu yeni ve önemli görevde de aynı özveri ve başarıyı göstereceğine olan inancımız tamdır.

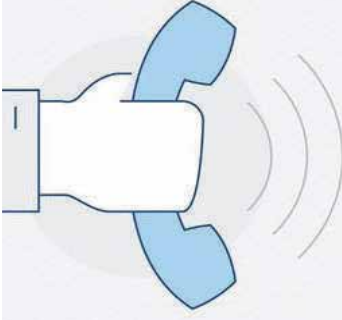
Sağlık Müfettişleri Derneği olarak, kıymetli büyüğümüzü yeni görevinden dolayı tebrik ediyor; görevinde üstün başarılar diliyoruz. Bu anlamlı görevlendirmenin hem kurumuna hem de ülkemize hayırlı olmasını temenni ediyor, başarılarının devamını diliyoruz.



SADE Yayın İlkeleri

- 1- Sağlıkta Denetim Dergisi Ocak ve Temmuz aylarında olmak üzere yılda iki kez yayımlanır.
- 2- Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların yayımlanıp yayımlanmayacağına Dergi Yayın Kurulu veya editörler karar verir. Yayın Kurulu veya editörler yazardan yazının kısaltılmasını ve düzeltme yapılmasını isteyebilir.
- 3- Editörler, yayımlanmasına karar verilen makalelerdeki yazım hatalarını düzeltebilir.
- 4- Gönderilen yazılar yayımlansın veya yayımlanmasın iade edilmez.
- 5- Dergiye gönderilecek yazılarda Türk Dil Kurumu Yazım Kılavuzuna uyulması esastır.
- 6- Yazıların Dergide yayımlanmış olması, yazarlara ait görüşlerin paylaşıldığı anlamına gelmez. Yazıların sorumluluğu yazarlarına aittir.
- 7- Yazarlar unvanlarını, görev yaptıkları kurumları, iletişim adresleri ile telefonlarını ve e-posta adreslerini bildirmelidir.
- 8- Yayımlanmak üzere gönderilen yazılardan inceleme, araştırma ve makale türü yazıların 10 sayfa; derleme, çeviri ve tanıtım türü vb. yazıların 6 sayfa geçmemesi tercih edilir.
- 9- Yazılar, "Microsoft Word" veya "Open Office" programlarının formatlarında kaydedilmiş bir taşınabilir bellek ile (yazı tipi Times New Roman, 12) teslim edilebilir veya Derginin e-posta adresine gönderilebilir.
- 10- Dergide yayımlanan yazılardan ancak kaynak gösterilmek suretiyle alıntı yapılabilir.
- 11- Makalelerde metin içerisindeki atıflarda ve kaynakça bölümünde kaynak yazımında Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığının hazırladığı Tez Hazırlama Kılavuzundaki yöntemi kullanmak esastır.
- 12- Yazarlar yapay zekâ araçlarından yalnızca dilbilgisi, yazım, noktalama, genel taslak oluşturma ve biçimsel düzenlemeler gibi yüzeysel işlemler için yararlanabilirler.





ÖNEMLİ TELEFONLAR



SABİM haftanın 7 günü, 24 saat kesintisiz bir şekilde hizmet vermektedir. Vatandaşlar "184 ALO SABİM" hattını arayarak sağlık sisteminin işleyişine yönelik her türlü konuda bilgi alabilir, sağlık sistemine yönelik talep, eleştiri ve önerilerde bulunabilir ve sağlık hizmetlerinden yararlanırken, sistemin herhangi bir aşamasında yaşadıkları sorunlarını iletebilirler.

MHRS; vatandaşların Sağlık Bakanlığına bağlı 2 ve 3. basamak Hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri için 182 MHRS Çağrı Merkezini arayarak canlı operatörlerden kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir uygulamadır.



ALO 191 ile uyuşturucu madde kullanan kişilere yakınlarına gerekli bilgiler verilerek tedavileri için en uygun merkezlere yönlendirme sağlanır.

ALO 171 SİĞARA BIRAKMA DANIŞMA HATTI



Olası bir afet durumunda (deprem, sel baskını, heyelan, çığ, kaya düşmesi, büyük yangın vb.) **122 "ALO AFAD"** acil çağrı numarasının aranması gerekir.

Sağlık çalışanına yönelik herhangi bir şiddet olayı gerçekleştiğinde kurum yöneticileri tarafından derhal "113" numaralı telefonla Beyaz Kod Birimine bildirim yapılması gerekmektedir.



112 ACİL ÇAĞRI MERKEZİ



SAĞLIK MÜFETTİŞLERİ DERNEĞİ

Dijital Dergi
Sayılarımız Yayında!



Web Sitemizi
Ziyaret
Edebilirsiniz...

www.saglikmufettisleri.org.tr

