

 ILE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİNDE 9 NİSAN 2026 TARİHLİ DEĐİŐİKLİKLERE İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

9 Nisan 2026 tarihli Resm  Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile aile hekimliği uygulamasının birçok temel alanında değişiklik yapılmıştır. Yapılan değişiklikler yalnızca teknik ve idari güncelleme niteliği taŐımamakta; aynı zamanda aile hekimliği sisteminin hukuki statüsü, çalışma biçimi, yerleştirme mekanizmaları, taŐra teŐkilatıyla iliŐkisi ve aile hekimlerinin fiilî mesleki özerkliği üzerinde doğrudan sonuç doğurabilecek nitelik taşımaktadır. Değişiklikler bütüncül biçimde değerlendirildiğinde, aile hekimliği sisteminin giderek daha fazla merkezî idareye bağlandığı, uygulamanın esnek değil daha çok hiyerarşik ve denetim odaklı bir çerçeveye çekildiği, buna karşılık sahadaki yapısal sorunlara kalıcı ve hakkaniyetli  oz mler üretilmediği görülmektedir.

1. EĞitim aile sağlığı merkezlerine ilişkin hükümlerin kaldırılması

Yönetmelikte eğitim aile sağlığı merkezleri ve eğitim aile hekimliği birimlerine ilişkin hükümlerin kaldırıldığı görülmektedir. EĞitim aile sağlığı merkezleri ile ilgili düzenlemeler EĞitim Aile Sağlığı Merkezleri Yönetmeliği’nde yer almakta olup mevcut yönetmeliğin kapsamından çıkarılmıştır. EĞitim aile sağlığı merkezlerine ilişkin düzenlemelerin ayrı mevzuata bırakılması, aile hekimliği sisteminin kendi bütünlüğü içinde değerlendirilmesini zorlaŐtırabilir, uygulamada parçalı ve dağınık bir normatif yapı doğurma riski oluŐurmaktadır.

2. Tanımlarda ve idari yapıda yapılan değişiklikler

Tanımlamalar açısından yapılan değişikliklerle birlikte, eski dönemde “Kurum” eksenli yürüyen yapıdan uzaklaŐılmıŐ; Bakanlık ve il sağlık müdürlüğü odaklı yeni terminoloji g c lendirilmiŐtir. “Müdürlük” tanımının il sağlık müdürlüğü olarak yeniden kurulması, toplum sağlığı merkezinin kurulmadığı ilçelerde il e sağlık müdürlüğüne ayrıca yer verilmesi ve eski kurumsal tanımların metinden çıkarılması; aile hekimliği uygulamasının merkez ve taŐra teŐkilatı bakımından daha sıkı bir idari bağ içine alınmak istendiğini göstermektedir. Bu değişiklikler, yalnızca teŐkilat yapısının güncellenmesi olarak görülmemelidir; aynı zamanda aile hekimliği sistemine ilişkin karar alma süreçlerinde merkezî hiyerarŐiyi kuvvetlendiren ve taŐradaki idari baskıyı artıracak bir yönelim olarak da değerlendirilmelidir.

Aile sağlığı merkezinin “sağlık kuruluŐu” yerine “kamu sağlık kuruluŐu” olarak tanımlanması da ayrıca dikkat çekicidir. Bu ifade, Bakanlık tarafından aile hekimliği sisteminin kamusal görünümünü g c lendirme ve yapıyı daha doğrudan kamu hizmeti organizasyonu içine yerleştirme iradesi olarak okunabilir. Ancak bunun altı özellikle çizilmelidir ki, aile sağlığı merkezinin “kamu sağlık kuruluŐu” olarak tanımlanması, aile hekiminin hukuki statüsünü kendiliğinden deĐiŐtirmez. Aile hekimi hâlen klasik anlamda 657 sayılı Kanuna tabi bir kamu personeli değildir; sözleşmeli, kendine özgü ve sui generis bir statüde çalıŐmaktadır. Dolayısıyla idarenin, aile hekimliği sistemini kamusal yapı içinde tanımlayıp buna karşılık aile hekimlerine kamu görevlisine özgü güvenceleri tanımaksızın yalnızca yükümlülük ve hiyerarşik denetim alanını geniŐletmesi, hukuken de hakkaniyet bakımından da tartıŐmalıdır.

3. Geçici görevlendirme, eğitim ve uzaktan sağlık hizmeti

Geçici aile hekimi ve geçici aile sağlığı çalışanı tanımlarına “eğitim” ibaresinin eklenmiş olması, eğitim nedeniyle görev baŐında bulunulmayan hallerde de görevlendirme mekanizmasının açık biçimde iŐletileceĐini göstermektedir. Bu durum SAHU eğitimi ve il sağlık m d rl klerinca düzenlenen eğitimlerin devam edeceğini de desteklemektedir. Bu durum, eğitime katılımın sürekliliği bakımından olumlu yorumlanabilecek olmakla birlikte, sahada zaten yetersiz insan gücüyle yürüyen hizmetin daha fazla görevlendirme baskısı altında bırakılması riskini de artırmaktadır.

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarına “uzaktan sağlık hizmeti sunmak” hükmünün eklenmiş olması ise değişiklik paketinin en kritik başlıklarından biridir. Sağlık hizmetinin dijital araçlarla desteklenmesi ayrı bir mesele olmakla birlikte, klasik hekimlik uygulamasının temelinde muayene, değerlendirme, gözlem ve gerektiğinde fizik muayene yükümlülüğü bulunduğu açıktır. Bu yönüyle, uzaktan sağlık hizmetinin aile hekimliği pratiğine yönetmelik düzeyinde eklenmesi; tıp hukuku, mesleki sorumluluk ve hasta güvenliği bakımından yeni ve ciddi tartışmalar doğurmaktadır. Mevzuat düzeyinde düzenleme yapılmış olsa da, aile hekimliği pratiğinin niteliği itibarıyla uzaktan sağlık hizmetinin sınırlarının halen belirsiz olduğu, bu alanın açık ve yeterli kanuni dayanak ile değil idari düzenleme mantığıyla genişletilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu durum, ileride doğabilecek tıbbi ve hukuki sorumluluğun yükünü yine aile hekiminin omuzlarına bırakabilecek niteliktedir.

Ayrıca “vekâlet veya görevlendirme halinde bakmakla yükümlü olduğu birimin tüm işlemlerini yapmak” hükmü, yalnızca teknik bir görev tanımı değildir. Bu ifade ile aile hekiminin fiilen birden fazla birimin tüm iş ve işlemlerinden sorumlu tutulmasının önü açılmaktadır. Hâlbuki aile hekiminin asli sorumluluğu kendi biriminin hizmetini düzenli, sürekli ve nitelikli biçimde sunmaktır. Aynı çalışma saatleri içinde bir birimin polikliniği, diğer birimin yerinde sağlık hizmeti, izlem yükümlülüğü, kayıt işlemleri ve raporlama sorumluluğunun çakıştığı durumlarda bu hükmün eksiksiz uygulanması fiilen mümkün değildir. Bu nedenle söz konusu düzenleme, sahadaki iş yükü gerçeğini dikkate almayan, yerine getirilmesi çoğu durumda imkânsız olan ve olası hizmet aksaklıklarının sorumluluğunu doğrudan aile hekiminin üzerine bırakabilecek nitelikte ağır bir yük getirmektedir.

4. Sağlıkta şiddet düzenlemesi

Sağlıkta şiddete ilişkin değişiklikte, aile hekimi veya aile sağlığı çalışanına şiddet uygulayan kişinin kaydının öncelikle farklı bir aile sağlığı merkezine aktarılması öngörülmüştür. Bu düzenleme, önceki hâle göre sağlık çalışanını korumaya yönelik daha belirgin bir müdahale içermektedir. Ancak düzenlemenin, sahadaki fiili güvenlik ihtiyacını tam olarak karşılayacak güçte olduğu söylenemez. Çünkü failin aile fertlerinin aynı merkezde kayıtlı olmaya devam etmesi, farklı merkeze yönlendirmenin her durumda mümkün olmaması veya aynı ASM içinde başka bir hekime kayıt yapılması ihtimali sebebiyle, şiddet uygulayan kişi ile şiddete uğrayan sağlık çalışanının tekrar aynı fiziksel çevrede karşılaşmasının önüne tamamen geçilememektedir. Bu nedenle yapılan değişiklik, sağlıkta şiddetle mücadelede sınırlı ve yetersiz bir adım niteliğindedir; sağlık çalışanını etkin ve bütünlüklü biçimde koruyan bir güvence rejimi kurmamaktadır.

5. Atama, yerleştirme ve görevlendirme esaslarında yapılan değişiklikler

Atama ve yerleştirme hükümlerinde yapılan değişiklikler bir bütün olarak değerlendirildiğinde, idarenin temel önceliğinin boş birimlerin mümkün olan en kısa sürede doldurulması olduğu; buna karşılık aile hekimlerinin hakları, tercih güvenceleri ve çalışma istikrarı bakımından koruyucu yaklaşımın zayıfladığı görülmektedir.

İl genelinde açılan aile hekimliği birimi yerleştirme kurasında A grubunda yer alan doğum ve askerlik sonrası öncelik hakkında getirilen yeni düzenleme ile, öncelik hakkı artık açık biçimde zaman ve yer bakımından sınırlandırılmıştır. “Terhis tarihinden itibaren bir ay” ve “doğum nedeniyle ücretli izin süresinin bitiminden itibaren iki yıl on beş gün” ibareleriyle başvuru süreleri daraltılmış; ayrıca bu hakkın yalnızca sözleşmenin feshedildiği ilde kullanılabilmesi hükmü altına alınmıştır.

Bedelli askerlik yapanlar bakımından, askerlik öncesi çalışılan sürenin hizmet puanı ve kıdem hesabında dikkate alınacağı açıklığa kavuşturulmuştur. Bu yönüyle olumlu bir netleştirme yapılmıştır.

Münhal aile hekimliği pozisyonlarına yerleştirme yapılamaması halinde bu pozisyonların Devlet Hizmeti Yükümlülüğü kurasında ilan edilerek doldurulabilmesi, idarenin boş birimleri hızla doldurma iradesini göstermektedir. Bu düzenleme bir yönüyle hizmetin sürekliliğini incelemektedir; ancak diğer yönüyle aile hekimliği sisteminin kendi iç yerleştirme mantığını ve mevcut öncelik mekanizmalarını ikinci plana itebilecek bir sonuç doğurmaktadır. Başka bir ifadeyle, aile hekimliği birimlerinin doldurulmasında mesleki tercih ve kazanılmış uygulama dinamikleri yerine merkezî atama refleksinin daha belirgin hale geldiği görülmektedir.

Aile sağlığı çalışanı bulunmayan pozisyonlar için 663 sayılı KHK'nin 45/A maddesi kapsamında aile sağlığı çalışanı istihdam edilebilmesi de aynı yaklaşımın devamıdır. Hizmetin aksamaması gerekçesiyle getirilen bu düzenleme, sözleşmeli çalışma rejiminin çeşitlenmesi ve görevlendirme modelinin kalıcılaştırılması sonucunu doğurabilecek niteliktedir. Bu durumun, ekip bütünlüğü ve iş güvencesi bakımından ilerleyen dönemde yeni sorunlar doğurması mümkündür.

İl dışındaki münhal aile hekimliği pozisyonlarına naklen yerleşme imkânı korunmuş olmakla birlikte, bu sürecin ayrıntılı usulü artık Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği içinde özel olarak düzenlenmemekte; doğrudan Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği'nin 16 ncı maddesinin ikinci fıkrasının (e) bendine gönderme yapılmaktadır. Böylece önceki metinde yer alan, aile hekimliğine özgü ayrıntılı koruyucu yapı kaldırılmış; konu genel atama mevzuatına bağlanmıştır. Eski metindeki “bir sözleşme dönemi” ölçütü yerine yeni sistemde “fiilen iki yıl görev yapmama” kriteri esas alınmıştır.

6. Birinci aşama uyum eğitimi

Birinci aşama uyum eğitiminin aile hekiminin yerleştiği tarihten itibaren en geç üç ay içinde tamamlanacağını hüküm altına alınması, eğitim sürecini süre bakımından netleştirmiştir.

7. Aile sağlığı merkezlerinin teknik donanımı ve ortak kullanım rejimi

Yönetmelikte aile sağlığı merkezlerinde bulundurulması gereken malzeme ve ekipman listesi genişletilmiş; pulse oksimetre, strip, intraket, atel, sargı bezi, sütür materyali ve benzeri sarf malzemeleri ile bilgi ve iletişim teknolojilerine ilişkin yükümlülükler artırılmıştır. Bu değişiklikler, birinci basamak hizmet sunumunun teknik kapasitesini güçlendirme iddiası taşımakla birlikte, sahadaki gerçeklikte mali yükün ve organizasyon sorumluluğunun önemli ölçüde aile hekimlerinin üzerine bırakılmaya devam ettiğini göstermektedir.

Bunun yanında ortak kullanım alanları ile bu alanlarda bulunan demirbaş, tıbbi cihaz, ekipman ve sair malzemenin “müşterek kullanım” kapsamında olduğu; bunlar üzerinde aynı veya şahsi herhangi bir hak iddia edilemeyeceği, bedel, katkı payı veya başka bir ad altında talepte bulunulamayacağı ve bunların devrinin istenemeyeceği düzenlenmiştir. Bu hüküm, özellikle aile hekimleri tarafından gider ödemesi veya kişisel katkı ile temin edilen taşınırlar yönünden son derece ağır sonuçlar doğurabilecek niteliktedir. Çünkü ASM'nin işleyişi için temin edilen malzemelerin, aile hekimi tarafından edinilmiş olması halinde bunlar üzerinde hekimin mülkiyet, zilyetlik ve tasarruf yetkisini tümüyle yok sayan bir yaklaşım benimsenmektedir. Burada yalnızca teknik bir ortak kullanım düzenlemesi değil; aile hekiminin fiilen temin ettiği malzeme üzerindeki tasarruf hakkını sınırlandıran, özel hukuk ilişkilerini görmezden gelen ve Borçlar Hukuku bakımından ciddi tartışmalar doğuran bir müdahale söz konusudur. Kamu binasında hizmet verilmesi dahi, taşınırların mülkiyetini otomatik olarak idareye geçirmez. Bu nedenle söz konusu hüküm, aile hekimlerinin malvarlığı hakları ve edinilmiş tasarruf yetkileri bakımından açık hak kaybı doğurabilecek bir düzenleme olarak değerlendirilmelidir.

8. Kayıt sistemi ve veri yönetimi

Kayıtların tutulması başlığı altında yer alan Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri ile ilgili hüküm değiştirilmiş, aile hekimlerinin Bakanlığa ait Sağlık Bilgi Yönetim Sistemini (SBYS) kullanmaları zorunlu hale getirilmiştir, değişim süreci ile ilgili usul esas ve takvimin Bakanlıkça belirleneceği söylenmiştir. Hüküm kapsamında veriler Bakanlıkça belirlenen sistemler dışında hiçbir ortama kaydedilemeyecektir. Böylece aile hekimleri, hem kullandıkları sistemler bakımından hem de veriyi işleme ve saklama biçimi bakımından bütünüyle Bakanlıkça belirlenen yapıya bağımlı hale getirilmektedir. Bu durum yalnızca teknik bir dönüşüm değil; aynı zamanda aile hekimliği uygulamasında mesleki işleyiş alanını daraltan, idarenin denetim kapasitesini artıran ve sahadaki bağımsız hareket kabiliyetini sınırlandıran bir düzenleme niteliği taşımaktadır.

9. Gruplandırma kriterlerinde yapılan değişiklikler

Gruplandırma kriterlerinde yapılan değişikliklerle birlikte, aile sağlığı merkezlerinin fiziki yapısı, oda planlaması, teknik donanımı ve çalışma organizasyonu bakımından yeni sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda, aile sağlığı merkezinde en az 10 m² büyüklüğünde müstakil bir “aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası” ile “gebe izlemleri ve üreme sağlığı hizmetleri odası” oluşturulmasına ilişkin ölçüt korunmuş; ancak bu odaların gruplandırmaya esas sayısı her dört hekim için bir oda ölçütünden çıkarılarak her beş hekim için bir oda şeklinde yeniden düzenlenmiştir. Bu değişiklik ilk bakışta fiziki kriterlerde esneklik sağlanması olarak değerlendirilebilecekse de, uygulamada mevcut aile sağlığı merkezi alanları içerisinde daha fazla aile hekimliği birimi açılmasına yer oluşturma amacı taşıdığı anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, sahada hâlihazırda sınırlı fiziki alanla hizmet sunan merkezler bakımından bu düzenleme; oda kullanımı, birim yerleşimi, ortak alanların paylaşımı ve hizmet mahremiyetinin korunması yönünden yeni sorunlar doğurmaya elverişlidir. Özellikle gebe-bebek izlem alanları gibi niteliği gereği özel kullanım gerektiren alanların daha yoğun ortak kullanıma açılması, hem hizmet kalitesi hem de çalışma düzeni bakımından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir sonuç doğurmaktadır. Ayrıca, aile sağlığı merkezi girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülediği güvenlik kamera sistemi kriteri, daha önce yalnızca A, B ve C grupları için aranırken artık D grubu bakımından da geçerli hale getirilmiştir. Bu değişiklik güvenlik ihtiyacına işaret etmekle birlikte, teknik uyum ve mali yük bakımından sahaya yeni bir sorumluluk daha yüklemektedir.

Esnek mesai yönünden ise, uygulamada en çok tereddüt oluşturan hususlardan biri bunun tamamen kaldırılıp kaldırılmadığıdır. Burada özellikle altı çizilmelidir ki, esnek mesai tamamen kaldırılmamış, ancak gruplandırma kriterleri içinden çıkarılmıştır. Nitekim aile hekimlerinin çalışma saatlerine ilişkin temel düzenleme olan 10. madde varlığını korumaktadır. Buna göre aile hekimleri tam gün esasına göre çalışmakta; mesai saatleri ile günleri aile hekimi tarafından teklif edilmekte ve müdürlükçe uygun görülmesi halinde mesai planı onaylanmaktadır. Dolayısıyla aile hekiminin çalışma planını belirleme imkânı bütünüyle ortadan kaldırılmış değildir. Bu nedenle, özellikle SAHU eğitimi gibi süreçlerde aile hekimlerinin kendi çalışma programlarını hizmeti aksatmayacak şekilde planlayabilmeleri hukuken hâlen mümkündür. Başka bir ifadeyle, esnek mesainin gruplandırma kriterlerinden çıkarılmış olması tek başına eğitim süreçlerini ortadan kaldıran ya da aile hekiminin eğitim saatlerine katılımını imkânsız hale getiren bir sonuç doğurmamaktadır. Eski uygulamada da D ve C grubunda hizmet veren aile hekimleri eğitim süreçlerine katılım sağlayabilmekteydi.

Bu değerlendirme, Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği'nin 26 ncı maddesinin üçüncü fıkrası ile de uyumludur. Anılan hükme göre eğitime başlatılan sözleşmeli aile hekimlerine ilişkin eğitim süreçleri, eğitim aldıkları aile hekimliği anabilim dalları veya eğitim klinikleri tarafından yürütülmekte; klinik rotasyonlar dışında eğitim kurumunda verilecek eğitimler ise aile hekimliği hizmetlerini aksatmayacak şekilde, çalışma saatleri

dışında, en fazla iki farklı günde ve ayda sekiz saati geçmeyecek biçimde planlanmaktadır. Ayrıca, klinik rotasyon dışındaki eğitim süreçlerinde yüz yüze eğitim yerine diğer interaktif iletişim yöntemlerinin tercih edilebileceği de açıkça düzenlenmiştir. Bu nedenle, mevcut mevzuat çerçevesinde eğitim planlamasının hizmeti aksatmayacak biçimde yapılabilmesi hukuken mümkün olup, gruplandırma kriterlerindeki değişiklik bu imkânı doğrudan ortadan kaldırmamaktadır.

Bununla birlikte, esnek mesainin gruplandırma kriterlerinden çıkarılmış olmasının uygulamada hiçbir sonuç doğurmayacağını söylemek de doğru olmayacaktır. Bu değişiklik, müdürlükler tarafından daha dar yorumlara başvurulmasına, çalışma düzeni üzerinde daha fazla idarî müdahale kurulmasına ve aile hekiminin kendi hizmet planı üzerindeki hareket alanının fiilen daraltılmasına zemin hazırlayabilecek niteliktedir. Özellikle aile hekimliği mevzuatı yönünden doğrudan sorumluluğu bulunmayan ancak sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi yürüten eğitim kurumları ile aile hekimliği hizmetinin günlük idaresinden sorumlu müdürlükler arasında planlama farklılıkları doğması halinde, bu uyumsuzluğun yükü çoğu kez eğitime devam eden aile hekiminin üzerine binecektir. Bu durum, eğitim alan aile hekiminin bir taraftan eğitim kurumu, diğer taraftan idari otorite arasında sıkışmasına; eğitim planlamasında belirsizlik, baskı ve fiilî aksama yaşanmasına neden olabilecektir. Dolayısıyla değişiklik, görünürde yalnızca gruplandırma kriterlerine ilişkin teknik bir düzenleme gibi dursa da, uygulamada çalışma planlaması ve eğitim hakkı bakımından daha dar yorumlara açık, bu yönüyle de dikkatle izlenmesi gereken bir sonuç doğurmaktadır.

10. Yürürlük tarihi ve uyum süreci

Yönetmelik yayımı tarihi olan **9 Nisan 2026** itibarıyla yürürlüğe girmiştir. Ancak teknik donanım ile ilişkin yeni yükümlülükler ile EK-1'de yer alan gruplandırma kriterlerindeki değişiklikler bakımından aile hekimliği birimlerine **1 Eylül 2026 tarihine kadar uyum süresi** tanınmıştır. Bu yönüyle düzenleme derhal yürürlüğe girmiş olmakla birlikte, özellikle fiziki şartlar, ekipman, ortak kullanım alanları, kamera sistemi ve gruplandırmaya etkili bazı teknik unsurlar bakımından sahaya bir geçiş süresi verilmiştir.

Sonuç

9 Nisan 2026 tarihli yönetmelik değişikliği, yalnızca münferit maddelerde yapılmış teknik güncellemelerden ibaret değildir. Değişikliklerin ortak yönü; aile hekimliği sistemini daha merkezî, daha hiyerarşik, daha denetime açık ve daha fazla görevlendirme esaslı bir yapıya doğru çekmesidir. Buna karşılık aile hekimlerinin hukuki statüsüne, mesleki özerkliğine, çalışma güvencesine, ekip bütünlüğüne, malvarlığına ve iş yüküne ilişkin koruyucu güvenceler aynı ölçüde güçlendirilmemiştir. Bu nedenle söz konusu değişiklikler, sahada hizmet sunumunu kolaylaştırmaktan çok, birçok başlıkta hak kaybı riskini büyüten ve mevcut sorunları derinleştirebilecek bir içerik taşımaktadır. Aile hekimliği sistemi, kamu hizmeti görünümü altında daha sıkı idari denetime tabi tutulurken; aile hekimleri buna karşılık kamu personeline tanınan statü güvencelerinden mahrum bırakılmaya devam edilmektedir. Bu çelişki, yapılan değişikliklerin en temel sorunu olarak karşımızda durmaktadır.

Dr. Türkü Yağmur Nehir KİP
ANKAHED Hukuk Komisyonu Üyesi