



Rıdvan UZ
Çanakkale Milletvekili
TBMM Kâtip Üyesi

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞI'NA

Türkiye’de aile hekimliği sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların nedenlerinin araştırılması; aile hekimi başına düşen nüfusun, aile sağlığı merkezlerinin fiziki koşullarının, ebe, hemşire ve aile sağlığı çalışanı eksikliklerinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin, aşılama, gebe-bebek-çocuk izlemi, kronik hastalık takibi, kanser taramaları, evde sağlık yönlendirmeleri, yaşlı ve engelli izlem hizmetlerinin, randevu ve hastane yoğunluğuyla birinci basamak arasındaki ilişkinin, aile hekimlerinin sözleşme, ödeme, performans, cari gider, güvenlik, mobbing, iş yükü ve tükenmişlik sorunlarının, kırsal ve dezavantajlı bölgelerde hizmete erişim eşitsizliklerinin ve kamu kurumları arasındaki koordinasyon eksikliklerinin tespit edilmesi; yurttaşların nitelikli, erişilebilir, koruyucu ve sürekli birinci basamak sağlık hizmetine kavuşmasını sağlayacak etkin, bilimsel, adil, şeffaf ve bütüncül politikaların belirlenmesi amacıyla Anayasa’nın 98’inci ve İçtüzüğü’nün 104. ve 105. maddeleri uyarınca bir Meclis Araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz. 09/06/2026



Rıdvan UZ
İYİ Parti Çanakkale Milletvekili



Rıdvan UZ
Çanakkale Milletvekili
TBMM Kâtip Üyesi

GEREKÇE

Aile hekimliği sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin giriş kapısıdır. Vatandaşın ilk başvuru noktası olan aile sağlığı merkezleri; koruyucu sağlık, erken tanı, kronik hastalık takibi, aşılama, gebe-bebek-çocuk izlemi, yaşlı ve engelli izlem hizmetleri, sağlık danışmanlığı ve hastanelere gereksiz başvuruların azaltılması bakımından hayati öneme sahiptir. Birinci basamak güçlü değilse hastaneler dolar, aciller tıkanır, randevu krizi büyür ve sağlık sistemi tedaviye sıkışır.

Türkiye’de aile hekimliği sistemi yıllar içinde yaygınlaşmış olsa da mevcut yapı, nüfus yükü, personel eksikliği, fiziki şartlar, cari giderler, performans baskısı ve artan hasta talepleri nedeniyle ciddi sorunlar yaşamaktadır. Sağlık Bakanı Kemal Memişoğlu’nun 2026 yılında yaptığı açıklamada Türkiye’de yaklaşık 30 bin aile hekiminin bulunduğu ve bu sayının 40-45 bin bandına çıkarılmasının planlandığı belirtilmiştir. Bu açıklama, aile hekimi sayısının mevcut nüfus ve hizmet yükü karşısında artırılması gerektiğinin kamu otoritesi tarafından da kabul edildiğini göstermektedir.

Aile hekimliği yalnızca reçete yazma, rapor düzenleme veya hastayı hastaneye yönlendirme görevi değildir. Aile hekimi, toplum sağlığını koruyan, hastalığı ortaya çıkmadan önce önlemeye çalışan, bireyi ve aileyi uzun süre izleyen, riskleri erken fark eden, kronik hastalıkları düzenli takip eden ve sağlık sisteminin yükünü azaltan temel sağlık aktörüdür. Ancak aile hekimliği sistemi, koruyucu sağlık yerine yoğun başvuru, kısa muayene, rapor, reçete, tetkik ve idari işlem yükü altında ezilirse asli görevini yapamaz.

OECD’nin Health at a Glance 2025 Türkiye değerlendirmesine göre Türkiye’de nüfusun yüzde 99’u temel sağlık hizmetleri kapsamında güvence altındadır. Buna karşılık kaliteli sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinden memnuniyet oranı Türkiye’de yüzde 41 iken OECD ortalaması yüzde 64 olarak belirtilmiştir. Bu veri, sağlık güvencesi kapsamının geniş olmasına rağmen hizmete erişim ve kalite algısında ciddi bir memnuniyet sorunu bulunduğunu göstermektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin zayıflaması, doğrudan hastanelerde randevu krizine yol açmaktadır. Vatandaş aile hekimliğinde yeterli zaman, takip, tetkik, yönlendirme ve danışmanlık alamadığında hastanelere başvurmakta; hastanelerde randevu bulamayan vatandaş ise acil servislere yönelmektedir. Bu zincir kırılmadıkça Merkezi Hekim Randevu Sistemi üzerindeki baskı azalmaz. Sağlık sisteminin kapısı aile hekimliği ise, bu kapının sağlam, güvenilir ve erişilebilir olması gerekir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan Aile Hekimliği Rehberi 2025, aile hekimliği uygulamasının gebe, bebek, çocuk, ergen, yetişkin, yaşlı, kronik hastalık, bağışıklama, kanser taramaları ve toplum sağlığı hizmetleri bakımından geniş bir görev alanına sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu kadar geniş görev alanı olan bir sistemin



Rıdvan UZ
Çanakkale Milletvekili
TBMM Kâtip Üyesi

yeterli insan kaynağı, fiziki altyapı, zaman, veri sistemi ve saha desteği olmadan sağlıklı işlemleri mümkün değildir.

Aile hekimi başına düşen nüfus, sistemin niteliğini belirleyen en önemli göstergelerden biridir. Nüfus yükü arttıkça hekimin hastaya ayırabildiği süre azalmakta, kronik hastalık takibi zayıflamakta, koruyucu sağlık hizmetleri ikinci plana düşmekte ve aile sağlığı çalışanlarının iş yükü artmaktadır. Özellikle büyükşehirlerde, hızlı göç alan ilçelerde, kırsal bölgelerde ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı mahallelerde aile hekimliği birimleri daha ağır bir nüfus baskısı altında kalabilmektedir.

Aile sağlığı merkezlerinin fiziki koşulları da ayrıca araştırılmalıdır. Bazı aile sağlığı merkezlerinde muayene odaları, bebek izlem odası, gebe izlem alanı, aşı odası, bekleme alanı, engelli erişimi, mahremiyet, havalandırma, güvenlik, laboratuvar imkânları ve tıbbi donanım yetersiz olabilmektedir. Sağlık hizmetinin ilk basamağı, kiralık dükkân mantığıyla değil, kamusal sağlık tesisi ciddiyetiyle ele alınmalıdır. Vatandaşın ilk kapısı güçlü değilse, sistemin tamamı sallanır.

Aile sağlığı çalışanlarının durumu da sistemin merkezindedir. Ebe, hemşire ve diğer aile sağlığı çalışanları; aşılama, gebe-bebek izlemi, kronik hasta takibi, kayıt, eğitim, danışmanlık ve saha koordinasyonunda önemli görevler üstlenmektedir. Ancak personel eksikliği, yüksek nüfus yükü, idari işlerin fazlalığı, ücret ve sözleşme sorunları bu hizmetlerin niteliğini doğrudan etkilemektedir. Birinci basamak ekip işidir; aile hekimliği sadece hekimden ibaret değildir.

Aşılama hizmetleri, birinci basamağın en kritik görevlerinden biridir. Aşı tereddüdü, göç, nüfus hareketliliği, kayıt sorunları, yanlış bilgi, sosyal medya dezenformasyonu ve personel eksikliği aşılama oranlarını etkileyebilir. Çocukluk çağı aşıları, gebe aşılması ve erişkin bağışıklaması düzenli takip edilmezse önlenemez hastalıklar yeniden risk hâline gelebilir. Koruyucu sağlıkta küçük bir ihmal, toplum sağlığında büyük bir bedel doğurabilir.

Kronik hastalık takibi de aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesi gereken alanlarından. Diyabet, hipertansiyon, obezite, kalp-damar hastalıkları, KOAH, astım, böbrek hastalıkları ve kanser riskleri düzenli birinci basamak izlemiyle daha erken fark edilebilir ve daha düşük maliyetle yönetilebilir. Ancak aile hekimleri hasta yoğunluğu, zaman darlığı ve performans baskısı nedeniyle gerçek anlamda izlem yapmak yerine başvuru karşılamaya sıkışırsa, kronik hastalık yükü hastanelere taşar.

Kanser taramaları, gebe-bebek izlemleri, yaşlı izlem hizmetleri ve evde bakım yönlendirmeleri de bu kapsamda özel olarak incelenmelidir. Birinci basamak, yalnızca hastalanan kişinin geldiği yer değil; hastalanma riski olan kişinin zamanında fark edildiği yerdir. Bu görev güçlü yürütülmediğinde, hastalıklar geç teşhis edilir, tedavi maliyetleri artar, vatandaş daha ağır sağlık sorunlarıyla karşılaşır.

Aile hekimlerinin sözleşme ve ödeme sistemi de uzun süredir tartışma konusudur. Sağlık Bakanlığı, 30 Ekim 2024 tarihli Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği

Tel : 0.312.4206574 – 75

Faks : 0.312.4202300

E-posta : ridvan.uz@tbmm.gov.tr

Adres : Ana Bina E Blok 1.Kat Oda No: E120 TBMM/ANKARA



Rıdvan UZ
Çanakkale Milletvekili
TBMM Kâtip Üyesi

değişikliğini “değer bazlı yaklaşım” kapsamında duyurmuştur. Ancak bu düzenlemeye ilişkin hekim örgütleri ve sendikalar, performans kriterleri, hasta memnuniyeti, iş yükü, ödeme kesintileri ve koruyucu sağlık hizmetleri üzerindeki etkiler bakımından eleştiriler dile getirmiştir. Bu tartışmalar Meclis tarafından bütün yönleriyle değerlendirilmelidir.

Performans sistemi, doğru kurgulanmadığında aile hekimlerini koruyucu sağlık yerine sayısal hedeflere, memnuniyet puanına veya idari işlem baskısına yöneltebilir. Hasta memnuniyeti elbette önemlidir; ancak tıbbi kararlar bilimsel gereklilik yerine memnuniyet kaygısıyla şekillenirse sağlık hizmetinin niteliği zarar görür. Hekimin görevi her talebi karşılamak değil, doğru tıbbi kararı vermektir. Sağlık sistemi, hekimin bilimsel kararını korumalıdır.

Cari giderler de aile sağlığı merkezlerinin işleyişinde önemli bir sorundur. Kira, elektrik, su, ısıtma, temizlik, tıbbi sarf malzemesi, personel, bakım-onarım, güvenlik ve dijital altyapı giderlerinin nasıl karşılandığı; cari gider ödemelerinin gerçek maliyetleri karşılayıp karşılamadığı; aile hekimlerinin hizmet sunarken aynı zamanda işletme yöneticisi gibi davranmak zorunda kalıp kalmadığı araştırılmalıdır. Sağlık hizmeti, hekimin kira ve fatura hesabı yaptığı bir düzene sıkıştırılmamalıdır.

Aile sağlığı merkezlerinde güvenlik ve sağlıkta şiddet riski de ayrıca ele alınmalıdır. Rapor, ilaç, reçete, sevk, randevu veya memnuniyetsizlik nedeniyle aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalabilmektedir. Hastane acillerinde görülen şiddet riski, birinci basamakta da farklı biçimlerde yaşanmaktadır. Güvenli çalışma ortamı olmadan nitelikli sağlık hizmeti verilemez.

Kırsal bölgelerde aile hekimliği hizmetlerine erişim de özel bir sorundur. Dağınık yerleşim, ulaşım güçlüğü, yaşlı nüfus, mevsimlik işçiler, göçmen nüfus, köylerde kronik hastalık takibi, evde sağlık ihtiyacı ve aile hekimi birimlerine fiziki erişim farklılıkları kırsal sağlık hizmetlerini zorlaştırmaktadır. Kırsal vatandaşın sağlık hizmetine erişimi şehir merkezindeki vatandaşla aynı güvenceye sahip olmalıdır.

Göçmen nüfus, mevsimlik tarım işçileri, deprem bölgesi, yoksul mahalleler ve hızlı büyüyen kent çevreleri de aile hekimliği sistemi açısından ayrıca değerlendirilmelidir. Nüfus hareketliliği kayıt takibini zorlaştırmakta; aşı, gebe izlem, bebek izlem, kronik hastalık ve bulaşıcı hastalık takibi bakımından risk yaratmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti, toplumun en hareketli ve en kırılgan kesimlerine ulaşabilecek esneklikte olmalıdır.

Sağlık çalışanı dağılımı ve ekip dengesi de OECD göstergeleriyle karşılaştırmalı incelenmelidir. OECD Health at a Glance 2025 değerlendirmesinde Türkiye’nin hemşire-hekim oranı bakımından OECD içinde düşük oranlı ülkeler arasında yer aldığı belirtilmiştir. Birinci basamakta ekip temelli hizmet güçlendirilmeden, yalnızca hekim sayısını artırmak sorunu tek başına çözmeye yetmeyebilir.



Rıdvan UZ
Çanakkale Milletvekili
TBMM Kâtip Üyesi

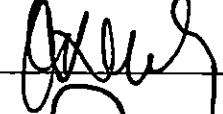
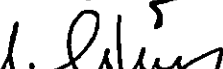
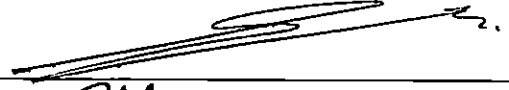
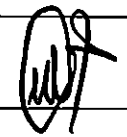
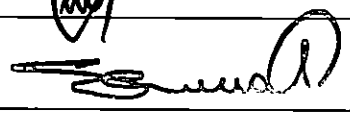
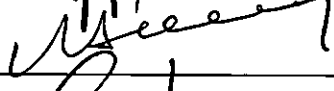
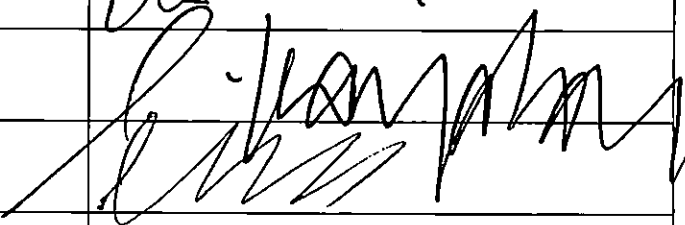
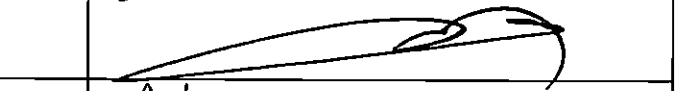
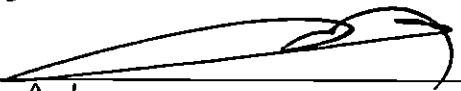
Bu kapsamda aile hekimi başına düşen nüfus, aile sağlığı merkezlerinin fiziki şartları, aile sağlığı çalışanı sayısı, kırsal ve kentsel hizmet farkları, aşılama oranları, gebe-bebek-çocuk izlem göstergeleri, kronik hastalık takip oranları, kanser tarama hizmetleri, sevk zinciri, hastane başvuru yükü, cari giderler, güvenlik, ödeme sistemi, performans kriterleri ve aile hekimlerinin tükenmişlik düzeyi Meclis tarafından bütün yönleriyle araştırılmalıdır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, il sağlık müdürlükleri, aile hekimleri, aile sağlığı çalışanları, sağlık sendikaları, tabip odaları, hasta dernekleri, belediyeler ve akademisyenlerin katılımıyla birinci basamak sağlık hizmetleri için yeni ve güçlü bir politika çerçevesi oluşturulmalıdır. Türkiye, hastaneleri büyüterek değil, birinci basamağı güçlendirerek sağlık sisteminin yükünü hafifletebilir.

Aile hekimliği sistemi, sağlık sisteminin kapısıdır. Kapı zayıfsa içerisi kalabalık olur; kapı güçlü ise hastalık erken fark edilir, vatandaş doğru yönlendirilir, hastaneler rahatlar, toplum sağlığı korunur. Sağlıkta gerçek güç, sadece büyük hastane binalarında değil, mahallenin aile sağlığı merkezinde başlar.

Türkiye’de aile hekimliği sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetleri sorununun tüm boyutlarıyla araştırılması; aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı sayısının, nüfus yükünün, fiziki koşulların, koruyucu sağlık hizmetlerinin, ödeme ve performans sisteminin, güvenlik ve iş yükü sorunlarının, kırsal ve dezavantajlı bölgelerde erişim eşitsizliklerinin tespit edilmesi; yurttaşların nitelikli, erişilebilir, koruyucu ve sürekli birinci basamak sağlık hizmetine kavuşmasını sağlayacak kalıcı politikaların geliştirilmesi amacıyla Meclis Araştırması açılması zorunludur.

Anayasa’nın **98’inci** ve İçtüzüğü’nün **104. ve 105.** maddeleri uyarınca bir Meclis Araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz.

ADI VE SOYADI	SEÇİM BÖLGESİ	İMZASI
Ömer KARAYAS	AYDIN	
Yaom ÖZTÜRK	Denizli	
Yüksel Arslan	ANKARA	
M. Cihan PAÇACI	İSTANBUL	M. Cihan Paçacı
AYYÜCE TÜRKERİTAŞ	ADANA	O. L.
Y. Selahut Türkoglu	Bursa	
Burhanettin Kocamaz	Mersin	B. Kocamaz
Turan Yaldir	Alşaray	
Şenel Sinat	Manisa	
Metin Engun	Mydya	M. Engun
M. Mustafa Çalçın	G. antep	
Buralık Dalgın	Balıkesir	
H. İsmen Kırkpınar	İzmir	
Yavuz Aydın	Trabzon	
Harun Toktaş	Bursa	
Mehmet Akalin	Edirne	
L. İzzet Kaya	Yazgat	
A. Sefik Çirkin	Haray	
Selam Tascı	Tetirkay	
A. Esref Pakıbaşı	Ankara	A. Esref Pakıbaşı