

# KAMU HASTANELERİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE UZMANLIK EĞİTİMİ “SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS HASTALIKLARI EAH DENEYİMİ”

Osman ELBEK\* Haluk Celaledin ÇALIŞIR\*\*

**Öz:** Türkiye’de tıp alanında kamudaki uzmanlık eğitimi, Yüksek Öğretim Kurulu’na bağlı tıp fakülteleri ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından yürütülmektedir. Bu çalışma, 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında kamu hastanelerinin neoliberal yönetim anlayışıyla yeniden yapılandırılmasının, tıpta uzmanlık eğitimi üzerindeki olumsuz etkilerini incelemektedir. Araştırma, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin yirmi yılı aşkın süreyi kapsayan deneyimini temel alarak, dönüşüm öncesi ve sonrası dönemleri karşılaştırmalı olarak analiz etmektedir. Uzmanlık eğitimi programı; akademik, mesleki ve bilimsel özerklik boyutları üzerinden değerlendirilmiş olup, eğitim standartlarının hastanenin yapısal ve idari dönüşümüyle doğrudan ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Bu çerçevede çalışma, sağlık politikalarının makro düzeydeki yönelimlerinin, eğitim ortamındaki mikro düzey yansımalarını anlamayı amaçlamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın en belirgin etkilerinden birisi, klinik şefliklerin görelî özerkliğinin ortadan kalkması, ekip sürekliliğinin ve ekol oluşumunun zayıflamasıyla birlikte idari otoritenin (başhekimlik) güçlenmesidir. Bunun yanı sıra; ekip aidiyetinin dağılması, ortak öğrenme ve tartışma kültürünün zayıflaması, eğitim etkinliklerinin mesai saatleri dışına itilmesi ve asistanların holistik hasta takibi yerine parçalı, hız odaklı poliklinik işlemi ve işlem odaklı hizmet sunumuna yönlendirilmesi gibi değişimler kamu hastanelerindeki dönüşüm sürecinin uzmanlık eğitimi üzerinde yarattığı başlıca tahribatlar olarak tespit edilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ekonomik Liberalizasyon, Uzmanlık Eğitimi

## *Transformation of Public Hospitals and Specialist Training “The Experience of Süreyyapaşa Chest Diseases Training and Research Hospital”*

**Abstract:** In Türkiye, specialist training in the field of medicine in the public sector is conducted by medical faculties affiliated with the Council of Higher Education (YÖK) and by training and research hospitals affiliated with the Ministry of Health. This study examines the negative impacts of the restructuring of public hospitals under a neoliberal management approach within the framework of the Health Transformation Program (HTP), which was launched in 2003, on specialty training in medicine. The research is based on the more than twenty-year experience of Süreyyapaşa Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, and comparatively analyzes the periods before and after the transformation. The specialty training program has been evaluated in terms of academic, professional, and scientific autonomy dimensions, revealing that educational standards are directly related to the hospital’s structural and administrative transformation. In this context, the study aims to understand the micro-level reflections in the training environment of macro-level orientations in health policies. One of the most prominent effects of the Health Transformation Program has been the elimination of the relative autonomy of clinical chief positions, accompanied by a weakening of team continuity and the formation of schools of thought, alongside the strengthening of administrative authority (chief physician). In addition, changes such as the dissolution of team belonging, the weakening of a shared learning and discussion culture, the relegation of educational activities outside regular working hours, and the redirection of residents from holistic patient follow-up to fragmented, speed-oriented outpatient procedures and procedure-focused service delivery have been identified as the main damages created by the transformation process in public hospitals on specialty training.

**Key words:** Health Transformation Program, Economic Liberalization, Specialty Training

## Giriş

Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlik Kurulu tarafından yayınlanan “Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Eğitim Programı”nda göğüs hastalıkları uzmanlık eğitiminin verileceği kurumlar; ulusal otorite tarafından tanınan, nitelik ve nicelik olarak yeterli hasta çeşitliliği olan, bina alt yapısı açısından eğitime uygun bulunan, mortalite toplantısı başta olmak üzere çeşitli eğitim etkinliklerine sahip ve ekip çalışmasıyla

hizmet sunulan yerler olarak tariflenmektedir (**Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlik Kurulu, Tarihsiz**).

Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) da 12.10.2017 tarihli 1026 numaralı karar ile, “uzmanlık öğrencisinin eğitimini öncelikleme” vurgusu yaparak eğitim kurumunun genel, yapısal ve eğitim sürecine ait standartları tanımlamıştır (**Tıpta Uzmanlık Kurulu, 2017**).

\*Doç. Dr., Süreyyapaşa Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi Eğt. ve Arşt. Hastanesi (ORCID No: 0000-0002-8968-2436)

\*\*Doç. Dr. Bezmîâlem Vakıf Üniversitesi Göğüs Hastalıkları A.D. (ORCID No: 0000-0003-4807-8600)

Geliş Tarihi / Received : 25.02.2026

Kabul Tarihi / Accepted : 29.03.2026

Uzmanlık eğitiminde gerek alanın yeterlik kurulu, gerekse TUK'un belirlediği standartlar statik olmadığı gibi eğitim verilen hastanelerin yapısal dönüşümü ile de doğrudan ilişkilidir. Toplum ve Hekim Dergisi'nin dosya konusu bağlamında bu makalede bir göğüs hastanesi deneyimi aracılığıyla kamu hastanelerinde yaşanan dönüşümün uzmanlık eğitimi üzerine olan olumlu ve olumsuz etkilerinin tartışılması hedeflenmektedir. Böylesi bir yöntemin tercih edilme nedeni bugüne kadar uzmanlık eğitiminin ağırlıklı müfredat bazında makro bir çerçeveden tartışılmış olmasıdır. Oysa deneyimi dikkate alan bir analiz, makro değişimlerin eğitim ortamındaki mikro yansımaları hakkında daha derinlikli bir çerçeve sunma potansiyelini içerir. Sözü edilen bu potansiyel, dosya editörünün de vurguladığı gibi "dönüşümün pratik görünümünü sergileme" amacına da karşılık gelmektedir (Üçkuyu, 2026). Bununla birlikte her deneyim gibi, bünyesinde kişisel ve kurumsal olarak kendisine özgü nitelikler taşıdığı için bütünüyle genellenemez.

Uzmanlık eğitimi veren bir kurumda tıpta uzmanlık eğitimine başlayan uzmanlık öğrencisinin eğitimi, belirli bir süre boyunca, alanın bilgi, beceri ve tutum hedeflerini harmonize biçimde iç içe almanın yanı sıra aynı zamanda iş gücü olarak sürece bizzatli katılımı da içeren pratik ve teorik süreçlerin bütünüdür. Eğitim sürecinin sonunda, adayın, ilgili uzmanlık alanının gerektirdiği önemli becerileri ve bilgi birikimini elde etme, hastalara zarar vermeyecek biçimde en uygun kararı verebilme ve hasta onuruna saygılı bir şekilde uzmanlık alanının gereklerini tek başına uygulayabilme düzeyine erişmesi hedeflenir. Bu makale, kamu hastanelerinin dönüşümü öncesi ve sonrasına ait iki farklı zaman diliminde, aynı kurumda, iki farklı eğiticinin eğitim ortamı deneyim ve gözlemlerine dayanmaktadır. Başka bir ifadeyle; önce Sosyal Sigortalar Kurumu bünyesinde olan, sonrasında da Sağlık Bakanlığı'na bağlanan Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi (Süreyyapaşa EAH)'nin yirmi yıl önceki durumu ile son üç yıllık tablosu göğüs hastalıkları uzmanlık eğitimi yönünden analiz edilecektir. Aynı kurumun zaman içerisinde eğitim ve çalışma ortamı yönünden geçirdiği değişimleri izlemek, sağlıkta dönüşüm programı öncesi, geçiş dönemi ve sonrası konusunda fikir verecektir.

### Kamu Hastanelerinin Dönüşümü

Türkiye'de kamu hastanelerinin dönüşümü çerçevesinde hayata geçirilen sağlık hizmet sunumunun piyasa koşulları çerçevesinde "işletmecilik" mantığıyla sunulması, müşteri odaklı yönetim, kazanmaya odaklı "girişimci" yönetim, pazara/piyasaya yönelik

yönetim-işleyiş, performansa dayalı ödeme ve döner sermayenin ağırlığı, SSK hastanelerinin devri, Kamu Hastane Birlikleri, kamu özel işbirliğiyle şekillenen şehir hastaneleri ve sağlık hizmet tüketiminin artışı ancak kamunun bunu karşılayamaması (Yenimahalleli Yaşar G, 2026) uzmanlık eğitim ortamına doğrudan etkili olan temel faktörlerdir.

### Süreyyapaşa Eğitim Araştırma Hastanesi

Kamu hastanelerinin yaşadığı dönüşümün eğitim alanındaki etkisini izleyeceğimiz Süreyyapaşa EAH'nin de özgün yönlerini de vurgulamak dönüşümün daha iyi anlaşılabilmesi açısından yararlı olacaktır. Söz konusu hastane, 30 Kasım 1951'de 100 yataklı olarak Süreyyapaşa Sanatoryumu biçiminde hizmete başlamış ve 22 Mart 1962'de SSK Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Merkezi ismini alarak 1600 yatak kapasitesine ulaşmıştır. İsmi, 1995'de Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi olarak değişen hastane, 19 Şubat 2005'te Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve adı Sağlık Bakanlığı İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi olmuştur (Türker, 2023). Kamusal hastane dönüşümü çerçevesinde 2005 yılında kapatılan Heybeliada Sanatoryumu'nun insan gücünü de bünyesine katan hastane, 2016 yılında 503 yatağıyla Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH olarak adlandırılmıştır (Türker, 2023). 2018 yılında kendi arazisi içerisinde bulunan İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi'ni de kendisine dahil ederek genişleyen, ancak 2023 yılında deprem güçlendirme gerekçesiyle ana blokları kapatılan hastane, halen önemli ağırlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Prof. Dr. Asaf Ataseven Ek Hizmet Binası ile Sultanbeyli Devlet Hastanesi'nde olmak kaydıyla değişken bir yatak sayısı ile dört ayrı binada hizmete devam etmektedir.

Süreyyapaşa EAH, alanın uzmanlık derneği olan Türk Toraks Derneği'nin de ifade ettiği gibi, İstanbul'da sağlık hizmet alanında kısıtlı olan sağlık alt yapısının önemli bir kurumu olmanın ötesinde, "kadim bir sağlık kurumu" olarak "bir ekol ve okuldur" (Türk Toraks Derneği, 2023). Zamanında tam teşekküllü mutfağı, marangozhane ve atölyeleri ile hastane bünyesinde 360 kişilik bir sinema salonu olan, öğle tatillerinde voleybol ve masa tenisi oynatabilen, hizmet sunduğu yerleşkede bulunan 8 bin dönümlük ormanında yürüyüşler yapılan ve çalışanlara yönelik servis, kreş ve hemşireler için lojmanı bulunan hastanede 1974 yılından itibaren girişimsel işlemler yapılmakta ve 1976 yılından itibaren onkoloji servisi bulunmaktaydı (Türker H, 2023).

Göğüs hastalıkları dışında kulak burun boğaz, psikiyatri, diş hekimliği ve çocuk hastalıkları alanında da hizmet veren hastanede 1998 yılında ilk koroner anjiyo, 2001 yılında ise ilk açık kalp ameliyatı gerçekleştirilmiştir (Türker, 2023). 2016 yılında uzmanlık alanının yeterlik kurulu tarafından uzmanlık yeterlilik belgesi de verilen hastane, allerji, tüberküloz, yoğun bakım ve uyku alanları başta olmak üzere göğüs hastalıkları alanında gerçekleştirdiği yayın, toplantı ve konferanslar sayesinde göğüs hastalıkları alanında köklü ve saygın bir konumdadır. Öte yandan deprem riski nedeniyle başka sağlık kurumlarının binalarına taşınmadan önce İstanbul'un yatak sayısı bakımından en yüksek tüberküloz ve palyatif servislerine ve kamu hastaneleri açısından en yüksek kapasiteli uyku ve yüksek yatak kapasitesine sahip bir yoğun bakım merkezine sahipti (Türk Toraks Derneği, 2023). Hastanenin göğüs hastalıkları alanında aylık 45 bin poliklinik, 1.500'e yakın yatan hasta ve 450 bronkoskopik işleme ulaşan girişim sayısı, İstanbul'un Anadolu yakasındaki hiçbir hastanenin erişemeyeceği bir hizmet kapasitesine karşılık gelmekteydi (Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulu, 2023). Bununla birlikte bir dezavantaj olarak; 2018 yılından itibaren yine deprem riski nedeniyle başka bir merkeze taşınan göğüs cerrahisi hizmetini kendi hastanesinde sunamıyordu (Türk Toraks Derneği, 2023).

**Uzmanlık Eğitimi İçin Temel İlkeler ve Yapılanma**  
Türk Dil Kurumu (TDK) "klinik" sözcüğünü, "hastanın bakıldığı, muayene edildiği yer, hekim olacak öğrencilerin hasta başında uygulamalı olarak ders gördükleri hasta koğuğu" olarak tanımlanmaktadır (TDK Sözlük, Tarihsiz).

Eğitim araştırma hastanelerinde genellikle bir klinik şefi idaresinde olan bölümler de "klinik" ya da "şeflik" olarak adlandırılmaktadır -tıp fakültelerinde bu yapının karşılığı "anabilim dalı" olarak tanımlanır ve EAH'nin aksine tıp fakültelerinde anabilim dalı başkanı seçimle değişir. TDK sözlüğünden de anlaşılacağı üzere kliniğin ikili bir işlevi bulunmaktadır ve klinik, "hizmet" ile "eğitim" olarak tanımlanabilecek işlevlere göre yapılandırılır. Bu yapılandırma çerçevesinde her bir ayrı klinik farklı mekânlarda hizmet verirken, genel bilimsel toplantılar ise hastanenin bileşenlerini buluşturmaktadır. Ayrıca her bir kliniğin kendi içerisinde ve/veya gönüllülük temelinde birkaç kliniğin bir araya gelerek düzenledikleri haftalık eğitim toplantıları da yapılabilmektedir. Klinik içi ya da ortak toplantılarda klinik bir sorun üzerine, farklı kliniklerin deneyimlerinin farklı görüşler eşliğinde tartışılarak görüş alışverişi yapılması eğitim açısından uygun bir ortam sağlamaktadır.

Mezuniyet sonrası tıp eğitiminin sadece bilgi ve beceri aktarmakla sınırlı kalmaması önemlidir. Meslek etiği başta olmak üzere tutum konusunun da davranışlara etki edecek tarzda eğitimin bir parçası haline getirilmesi gerektiği için, klinik yapılanma, bu yetkinliklerinin tümünü karşılayacak düzeyde planlanmalıdır. Klinik ve poliklinik ortamında şekillenen hasta takipleri, klinik ekibinin dahil olduğu bir düşünme sürecinde planlanmalı ve kullanıcıların geri bildirimleri çerçevesinde dinamik biçimde güncellenmelidir. Takip dosyaları, hem hastaların sağlık hakkı hem de veri bazlı araştırmalara olanak sağlayacak biçimde korunmalıdır. Bu sayede pratiğin/praksisin, ortak hafızayı inşa etme konusunda bir araç olması sağlanmalıdır.

Eğitim araştırma hastanesinde uzmanlık eğitimi alan asistanlar, öncelikle kıdemli akranlarıyla, sonrasında bir zincir dahilinde uzman hekim, başasistan ve ilgili kliniğin şefiyle birebir çalışma olanağına kavuşmalı; farklı hocaların/şeflerin yaklaşımlarını deneyimlemeli ve alan içi ve dışı rotasyonlarla yetkinliklerini geliştirmelidirler. Klinik ortamında sabah ve akşam yapılan vizitler, meslek etiği zemininde tutumu da içerecek tarzda, yeterli sürede ortamın bir parçası olarak şekillendirilmelidir. Asistanlar hastaları önce kendileri değerlendirmeli, ardından uzman hekim ve hocalarla yapacakları temaslarda kendi sorularına yanıt aramaya çalışmalıdırlar. Akademik merak ve içsel motivasyon bu sürecin temel tetikleyici gücü olmalıdır. Böylesi bir zemini var edebilmek için gün içerisinde mesai saatlerinde bağımsız öğrenme zamanının da tanımlandığı bir işleyiş ve kurumsal habitusun hizmet ile eğitim ve araştırmayı buluşturan, hiçbirisini bir diğeri için gözden çıkarmayan bir kültürde olması sağlanmalıdır. Asistanlar, klinik içi, kurum içi ve kurumlar arasında sunum yapmaya, görüşlerini açıklamaya teşvik edilmelidirler. Sürekli mesleki gelişim, gerek klinik içi gerekse kurumsal kültürün bileşeni olarak dikkat edilmesi gereken bir kavram olmalıdır. Konferans türü didaktik eğitimlerin etki güçlerinin zayıf olması dikkate alınarak; problem/vaka bazlı, eşitlikçi, diyalogik ve karşılıklı etkileşimli eğitime izin veren; soru ve tartışmalarla zenginleşen; teknolojinin akılcı kullanıldığı ve eğitici drama benzeri yollarla transformatif öğrenme oluşturmayı hedefleyen eğitim etkinlikleri biçiminde gerçekleştirilmelidir. Klinik ve kurum içi oluşturulan habitus zemininde ekoller gelişirken tutuculaşp statükoya evrilmemesi için mutlaka klinik ve kurum dışı eğitimcilerle kurumsal zeminde ilişkiler kurulmalı ve eğitsel faaliyetler düzenlenmelidir. Düzenli biçimde kurum dışı eğitimcilerin katkı sunduğu bu eğitim faaliyetleri, klinik ve/veya kurum içi kültürel ve sosyal

müdahalelerle desteklenerek aidiyet gelişimi sağlanmalıdır. Eğitim ortamında tartışılan konu hakkında o anda klinikte izlenen hastaların verilerinden yararlanılmalı ve böylelikle hem hastalara sunulan hizmetin niteliği yükseltilmeli hem de hizmet ile eğitim arasında köprüler inşa edilmelidir. Uzmanlık alanı bünyesinde yeterince ilgi duyulmayan öksüz konular gerçekleştirilen eğitim faaliyetleri arasında öne çıkarılmalı; tedavi konusu önceliklendirilmeden koruma, esenlendirme ve hastalık gelişim yolları/yolakları, sağlığın sosyal belirleyicilerini de dikkate alan bir çerçeveden programa dahil edilmelidir. Uzmanlık alanı için temel olan metinler klinik ve kurum içi oluşturulan okuma/tartışma toplantılarında gözden geçirilmeli, temel okuma metinlerinin herkese ulaşması sağlanmalıdır. Araştırma metodolojisi ve eleştirel makale okuma eğitimleri sağlanarak hem bilimsel literatüre katkı hem de literatürün zayıf yönlerinin farkına varma sağlanmalıdır. Tüm uzmanlık öğrencilerinin alanlarındaki yetkin bilimsel toplantı, okul, kurs ve kongrelere katılması önceden belirlenmiş kurumsal ilkeler zemininde sağlanmalı ve izlenmelidir. Tüm asistanların gelişimi portfolyo ile izlenmeli ve düzenli geri bildirimler sorumlu eğiticisi tarafından verilmelidir.

Son olarak gerek klinik içi gerekse kurumsal eğitim ortamı ve faaliyetleri, medikal endüstrinin ticari çıkarlarından ve etkisinden korunmalıdır. Eğitim yapılan kurumun bir kamu kurumu olduğu dikkate alınarak medikal endüstrinin eğitime dahil olmaması, eğitici ya da kurum yöneticilerinin katkı sunduğu endüstri "eğitim" toplantılarının kurumda gerçekleşmemesi sağlanmalıdır. Kurum dışında yapılacak kongre benzeri bilimsel toplantılar için alınacak sponsorluk desteği, önceden belirlenmiş ilkeler zemininde, açık, şeffaf ve kişi yerine kuruma yapılan destekler olarak tanımlanmalıdır. Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu, katılımcı, şeffaf ve hesap verebilir bir çerçevede kuruma verilen sponsorluk desteklerini yapılandırılmış bir sistem dahilinde liyakat ölçüsünde dağıtmalıdır. Uzmanlık eğitimi alan asistanlar medikal endüstri ile hizmet, eğitim ve araştırma alanlarında çıkar çatışması bulunduğunu fark edecek ve bunu davranış modeline dönüştürecek tarzda kurumsal bir habitus içerisinde korunmalıdırlar.

### **Eğiticilerin Yetkisi ve Kliniğin Özerkliği**

Altı yıllık tıp eğitimin ardından ve mecburi hizmet tamamlandıktan sonra zorlukları açısından dünyanın önde gelen eleme sınavlarından birisi olan Tıpta Uzmanlık Sınavı'nın geçilmesiyle uzmanlık eğitimi başlamaktadır. Bu bağlamda tıp eğiticisi, uzmanlık

eğitiminde dünyanın önde gelen eleme sınavından birisini geçmiş bir hekim grubunun eğitimi ile karşı karşıya gelmektedir.

Kamu hastanelerinin dönüşümünden önce tıp fakültelerinde sürdürülen uzmanlık eğitiminde bir uzmanlık öğrencisi yaklaşık 5-7 öğretim üyesiyle birlikte çalışırdı. Uzmanlık alanı içi ve dışı rotasyonlar uzmanlık eğitimi yapılan hastanenin olanakları nisbetinde gerçekleştirilirdi. Ancak tüm aşamalarda uzmanlık eğitimi alan kişi o bölümdeki öğretim üyeleriyle her zaman birebir çalışma olanağına sahipti. Tez aşaması ise uzman olmaya yaklaşan öğrencinin ağırlıkla kendisinin sürdürdüğü bir süreçti. Ancak uzmanlık öğrencisine verilecek tezler o dönemin akademik teamülleri gereği eğitim alınan kürsünün hocalarının ortak yönlendirmesi ve kolaylaştırıcılığında kararlaştırılır ve bir öğretim üyesinin sorumluluğunda yürütülürdü. Tezler ya da kürsülerde yapılan diğer araştırmalar henüz gelişmekte olan ulusal kongrelerde sunulur ve ağırlıkla ulusal dergilerde yayınlanırdı. Araştırma ve yayın sürecinde özellikle kongreler öncesinde eğitim ekibinin ve araştırma görevlilerinin tamamının katıldığı toplantılarda veriler sorumlu araştırma görevlisi tarafından sunulur ve eğitim görevlileri geliştirilecek yönler konusunda görüşler belirtirlerdi. Sürecin kendisi, eğitim kurumunun birlikte eylediği ve düşündüğü bir yapıya karşılık gelirdi. Her asistan, belirli bir süre bir eğitim görevlisi hoca ile çalışıp onun deneyim ve üslubundan yararlanırken, klinikteki düzenli vaka toplantıları, makale saatleri, seminer saatleri ile ortak bir eyleme ortamını yaşayabilme deneyimine sahipti. Tıp fakültesi olmasının getirdiği bir başka olanak da tıp fakültesi öğrencilerinin de eğitim kliniğinin ayrılmaz bir parçası olmasıydı. Her bir öğretim üyesine paylaştırılan öğrenciler, ortak (bilimsel) toplantılar ve "hoca vizitleri" dışında stajları boyunca kliniklerde asistanların gözetiminde eğitim alırlardı. Asistanlar, öğrencilere hem pratik hem de teorik olarak alanın bilgilerini doğrudan aktarıcı sorumluluğunu üstlenirlerdi. Tıp öğrencilerine eğitim aldıkları alanın temel bilgi ve becerilerini çoğunlukla asistanlar tarafından anlatılır ve yaptırılırdı. Bu bağlamda uzmanlık eğitimi alan asistanlar, hem öğrenci hem de eğitici gibi ikili bir pozisyonda çalışırlardı.

Eğitim ve araştırma hastaneleri (EAH)'nde dönüşüm öncesi sürdürülen uzmanlık eğitiminde ise kimi farklılıklar mevcuttur. Öncelikle EAH de, tıp fakültelerindeki bir uzmanlık alanında bulunan anabilim dallarına benzer biçimde ayrı kliniklerden oluşmaktaydı. EAH'de bulunan her bir klinik, tıp fakültelerindeki

bir anabilim dalı gibi çalışmaktaydı. Asistanlar, EAH Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı tarafından bu kliniklerden birisine yönlendirilmekteydi. Asistan, uzmanlık eğitimi boyunca uzmanlık alanı içi ve dışı rotasyonlar hariç eğitime başladığı klinikteki uzman, başasistan ve şef yardımcılar eşliğinde eğitimini sürdürmekte ve hizmet sunmaktaydı. EAH'de tıp fakültelerinden farklı olarak tıp fakültesi öğrencisi yoktu ancak uzman hekimler mevcuttu. Bu kurumlarda eğitim gören asistanlar, öğrencilerin olmamasının getirdiği dezavantajın yanı sıra uzman hekimin bulunmasının avantajına sahiptiler. Kamu hastanelerindeki dönüşüm öncesinde poliklinik hizmeti uzman hekimler tarafından verilmekteydi. Asistanlar ise hemen daima klinikte yatan hastaların takibiyle eğitimlerini tamamlamaktaydı. Tıp fakültelerinden farklı olarak uzman hekimler de -başasistanlarla birlikte- klinikte yatan hastalara sağlık hizmeti sunmaktaydı. Asistanlar, tıpkı tıp fakültelerinde olduğu gibi hem akran öğrenme olanağına, hem de tıp fakültelerinden farklı olarak uzman hekimlerin meslek gelişimlerine yaptıkları katkı zeminine sahiptiler. Tıp fakültelerinden farklı olarak öğrenci ile temasa ve farklı hocaların deneyimlerinden birebir yararlanma imkânına sahip değildiler. EAH bünyesinde her kliniğin kendine özgü bilimsel faaliyetleri olduğu gibi, o kurumdaki tüm eğitim görevlilerinin ve uzmanlık eğitimi alan asistanların katıldığı bilimsel toplantılar sayesinde kurumsal hafıza ve deneyim oluşturuldu. Tıpkı tıp fakültelerinde olduğu gibi hem eğitimin kurumunun hem de ilgili kliniğin tıbbi birikimi ile bir *medikal habitus* ve *ekol* oluşurdu. Asistanlar, tıpkı tıp fakültelerinde olduğu gibi oluşturulan bu *habitus* ortamında örtük eğitimin müfredat bilgisi ve deneyimini içselleştirirdiler. Kuşkusuz tıp fakültelerinden farklı olarak birden fazla kliniğin kendi iç *habitus* ve *ekolüne* de maruz kalırlardı. Ancak buna rağmen özellikle dal hastanesi bağlamında kurumsal bir aidiyetin şekillenmesi de mümkün olurdu.

Bu noktada gerek tıp fakültelerinde gerekse EAH'de oluşan *medikal habitus* ve *ekol* vurgularına özel bir olumlu ya da olumsuz anlam yüklediğimizi özellikle vurgulamak isteriz. Çünkü söz konusu *habitus* ve *ekollerin*, eğitim açısından olumlu yönleri olduğu kadar, eşitsizliğe ve tahakküme yol açan ve hatta mutlak doğruyu tekelinde gören olumsuz deneyimlerine de tanığız. Öte yandan olumsuz bu deneyimlerin tamamının da tıp eğitimi açısından vazgeçilmemesi gereken bir unsur olan kolektif çalışma ve öğrenme ortamına zemin sağlayan ve eğiticinin şahsı özelinde kliniğin özerkliğini güvenceye alan yapısal nedenlere de bağlı olmadığını düşünmekteyiz. Çocukluktan başlayarak anti demokratik

bir ülke ortamında yetişen, eğitimini böylesi bir ortamda tamamlayan ve yaşamın her alanında lider kültürünün övüldüğü bir habitusta şekillenen herkesin, uhdesindeki yetkileri her zaman ideal olarak demokratik tutum yönünde -istese de- kullanamayacağını farkındayız. Daha önemlisi "şeflik sistemi"ni tahakküm yaratan bir zemin olarak tanımlayıp, "şeflerin yetki gücü"nü azaltacak adımları atan idari yönetimin ve dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'nın da; şeflerin yetiştiği kültürel habitusta var olduğunu ve hatta bu toprakların bir yaşanmışlığı olarak, bireylerden ziyade devlet otoritesi bağlamında daha fazla tahakküm üreten bir yapı olduğunu da biliyoruz. Bu farklılığı fark edemeyenlerin ise kamu hastanelerinin dönüşümü sonrasında *yıkılan* şeflik düzeniyle özgür ve demokratik bir işleyişe kavuşmadığı, aksine klinik özerkliğinin tümüyle sona erdiği bir varoluşu deneyimlediklerini de görüyoruz.

Öte yandan tüm bu olanak ve sorunlara rağmen uzmanlık eğitiminin temelini, gerek tıp fakültelerinde gerekse EAH'de oluşan bu görece özerk *habitus* ve *ekol* tarafından oluşturulduğunu ve bu ortamın şekillenmesinin hastanelerin idari yapılarından ziyade eğitim ortamını şekillendiren eğiticilerden kaynaklandığını özellikle vurgulamak istiyoruz. Bu bağlamda, kamu hastanelerindeki dönüşüm öncesinde eğiticilerin yetki alanının oldukça geniş ve etkili olduğunun bir kez daha altını çizmek isteriz. Hatta Toplum ve Hekim Dergisi'nde kamu hastanelerindeki dönüşümün tartışıldığı yuvarlak masa toplantısında sayın Sabahattin Aydın'ın, "Ben İstanbul'da (...) 2001-2002 yılları arasında Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yaptım. O zaman eğitim hastanelerine sağlık müdürünün giremediğine şahit oldum. Bırakın yönetmeyi, bırakın sözünün geçmesini..." (Aydın, 2026) ifadesini dikkat çekici bulmaktayız.

Gerçekten de kamu hastanelerinin dönüşümünden önce tıp fakültelerinin anabilim ve EAH'nin klinik kadrolarında çalışan eğitim görevlileri ve özellikle "hoca/şef"ler mutlak yetkiye sahip olacak konumdaydılar. Bu yetki, aynı zamanda kişisel olmanın ötesinde bir kliniğin mesleki ve bilimsel özerkliğini de görece olarak güvenceye alıyordu. Öte yandan eğiticilerin yetkisi hakkında geliştirilen bu tür söylemlerin, sağlıkta hedeflenen dönüşüm hakkında toplumsal rıza oluşturmak için de ifade edildiği ve bu bağlamda kamu sağlık hizmet sunumunun *hantal* ve *verimsiz* olduğunu iddia eden söylemlerle benzer bir işlevselliğe sahip olduğu da gözden kaçırılmamalıdır. Bununla birlikte klinik sorumluluğunu üstlenen insanların, kendi yetkinlikleri ve demokratik tutumları oranında bu geniş ve etkili yetkilerini olumlu

kullanabildikleri gibi, kendi sorunları ve zafiyetleri bağlamında olumsuz yönde kullanabildikleri de bir gerçektir. Ancak her şeye rağmen bir hakikat var ki; şefler özelinde eğitici ekibin yetkisinin genişliğinin meşruiyeti, eğitim ve hizmet ortamının akademik, mesleki ve bilimsel (görelî) özerklik mantığına dayanıyordu. Kimi ya da çoğu şefin bu yetkiyi kötüye kullanmış olması, fikriyat olarak özerkliğin yanlış olduğu sonucuna götürmemelidir. Aksine yaşanmış deneyimler, meşru fikrîsel temelde şekillenen bu (klinik) özerklik yetkisinin kişisel planda *tahakküm* yaratmaması için gerekli denge mekanizmalarının eksikliğini ortaya koymaktadır. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulayıcıları, sağlık hizmet alanının diğer konularında olduğu gibi, uygulamadaki kimi yanlışlıkları yapısal bir hata olarak algılayarak özerkliği ortadan kaldırmayı hedeflemiş ve bugün itibarıyla başarmışlardır.

### Hizmet Yüğü

Kamu hastanelerinin dönüşümü öncesinde EAH'de şef sayısının azlığı nedeniyle eğitici konumundaki kişilerin sorumluluğundaki yatak sayısı tıp fakültelerinden daha fazlaydı. Benzer biçimde poliklinik hizmet yükü de EAH'de tıp fakültelerine göre her zaman daha ağırdı. Bu ağırlık, kısmen tıp fakültelerinde olmayan uzman hekim istihdamı ile karşılanmaktaydı. EAH'deki uzmanlık eğitimi de benzer biçimde uzman hekimler, başasistanlar ve klinik şefleri tarafından sürdürülmekteydi. Kliniklerde çalışacak uzman hekim ve asistan dağılımı ise kurumun eğitim planlama komitesi başkanı tarafından yapılmaktaydı. Asistan hekimler, polikliniklerde tek başlarına sorumluluk üstlenerek hastaya hizmet sunmazlardı.

Özelinde referans merkezi olması dolayısıyla Süreyyapaşa EAH'nin hasta çeşitliliği fazlaydı. Asistanlar sıklıkla bu tür komplike hastaların takiplerini yaparak hem hizmetin bir parçasını oluştururlar, hem de eğitimlerini alırlardı. 2002-2012 döneminde hastanenin yatak kapasitesi ve insan gücünün azalması ilk değişen durum oldu. 2002-2012 döneminde Süreyyapaşa EAH'de yatak kapasitesi yüzde 65, uzman hekim sayısı yüzde 129, asistan hekim sayısı yüzde 67 oranında azaltıldı (**Çalışır, 2012**). Bu politikanın bir sonucu olarak aynı dönemde uzman başına yapılan poliklinik sayısı yüzde 197, uzman ve asistan başına yatan hasta sayısı ise yüzde 149 oranında arttı -tıp fakültelerinde ise zaten uzman hekim istihdamı yoktu. Ancak aynı dönemde asistan sayı azlığı benzer biçimde tıp fakültelerinde de yaşandı. Mevcut daralmanın bir sonucu olarak EAH'deki her bir klinikteki toplam hekim sayısı azaldı. 2012 yılı itibarıyla her bir klinik 5-8 doktora kadar sayıca geriledi.

Artık bir eğitim kliniği; şef, varsa şef yardımcısı, varsa başasistan, uzman ve çok az sayıda asistandan oluşan doktor ekibiyle birlikte 5-7 arası hemşireden oluşmaktaydı. Azalan bu insan gücü ile yılda ortalama 15 bin poliklinik, yüzde 69'u 60 yaş üzeri olmak kaydıyla 1.500-1.800 arasında yatan hasta ve ayda ortalama 43 bronkoskopi işleminin yapılması (**Çalışır, 2012**) bireylerin üzerindeki hizmet yükünü ağırlaştırdı. Asistan sayısının düşmesi akran eğitimini olanaksızlaştırırken, "performans" sistemi de hem ekip barışını bozdu hem de hizmet yükünü dayanılmaz boyutlara taşıdı.

### "Bir ufka vardık ki artık..."

2002-2012 döneminin eğitim yönünden tufanın öncül habercisi olduğunu kimse bilemezdi elbette. 2026'dan dönüp o günlere bakarsak; artan hizmet yükünün eğitim ortamını bu oranda tahrip edeceğini öngörmek mümkün değildi. Ancak 2012-2026 döneminde her geçen gün ve her geçen yıl bir önceki günü ve yılı aratarak geçti. 2002 yılında 3,1 olan kişi başı hekime başvuru sayısı 2012 yılında 8,2'ye (**Sağlık Bakanlığı, 2014**), 2024'te 12,2'ye (**Sağlık Bakanlığı, 2025**) yükseldi. Kışkırtılmış sağlık hizmet tüketiminin bir sonucu olarak *patlayan* bu sağlık hizmetinin ağırlıklı yükünü ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumları üstlendi. 2010'lu yıllarda iki bin sınırlarına kadar düşürülen asistan sayısı 2018'de *meceburen* altı bine yükseldi, 2021'de ise on bin sınırlarını aştı. 2016 öncesinde TUS kontenjanları, az sayıda ve ağırlıkla üniversite kadrosu olarak tanımlanırken; 2017 sonrasında hem asistan sayısı artırıldı hem de kışkırtılmış sağlık hizmeti nedeniyle artan yükü ağırlıkla üstlenen eğitim - araştırma hastaneleri olduğu için bu kurumların asistan payı yüzde 60'ların üzerine çıkartıldı. Çünkü artık asistan sayısını akademik beklentiler ve geleceğin insan gücü planlaması değil, günün hizmet yükü belirlemekteydi. Eğitim araştırma hastanelerinin alt yapı ve eğitici insan gücü ise artan asistan sayısının hak ettiği eğitim ihtiyacını karşılayabilecek durumda değildi. Çoğu asistanın eğitim almasını bırakın oturacağı bir yer dahi yoktu. Artan asistan yoğunluğu, ağır hizmet yükü ile de birleşince asistanların eğitimini izlemek ve yapılandırmak olanaksızlaştı.

Öte yandan dönüşen sağlık ortamında sayıları artan özel hastaneler, tıp fakülteleri ve eğitim araştırma hastanelerinin eğitimcilerinin bir bölümünü istihdam ettiler. Tıp fakülteleri ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitim ortamını olumlu ve sorunlu yönleriyle var eden/etkileyen ve onları bir ekole çeviren hoca ve şeflerin özel hastanelere geçmesi kamu kurumlarındaki eğitim fikriyatını sarstı.

2018 yılında doçentlik jüri yüz yüze sınavının kaldırılması ve eğitici vasfının sadece yayın puanına indirgenmesi ise tıp fakülteleri ve eğitim – araştırma hastanelerinin kaybettiği bu nitelikli eğitici kaybını karşılayamadı. Daha önemlisi; eğitim alanında yetkinlik sahibi olmanın akademik makale yayınlamakla eşdeğer bir noktaya indirgenmesi eğitim ortamını ve habitusunu daha çok yıprattı. Mevcut tahribat yetmezmiş gibi, eğitim araştırma hastanelerinin tıp fakültelerinden olumlu farklılığı olan uzman hekim istihdamı, artan hizmet yükü ve performans cazibesi nedeniyle hizmet ile sınırlandı. İlerleyen zaman içerisinde uzman hekimler kliniklerden ve eğitim faaliyetlerinden hemen tümüyle çekilmek zorunda kaldılar. Uzman hekimlerin görev tanımı, birinci basamakta çözülebilecek sorunlarla üçüncü basamağa başvuran hastalara poliklinik hizmeti sunmaya indirgendiydi. Bu durum asistan hekimlerle uzman hekimler arasında olması gereken olumlu otoritenin gelişememesine neden oldu. Uzman hekim olma yolunda mesleki gelişimlerini tamamlamaya çalışan asistanlarla uzman hekim olmuş kişiler arasında karşılıklı saygı ve güvene dayanan bu olumlu otorite ortamı, eğitim araştırma hastanelerinde klinik şefler özelinde yaşanan statünün dışında bir varoluşu sağlamaktaydı. Dönüşüm öncesinde asistan hekimlerin hasta takipleri sırasında karşılaştıkları krizlerin çözümü amacıyla uzman hekimlerle kurulan ilişkisel sosyal bağlar aslında mesleki yaşamdaki işbirliğinin temelini var ediyordu. Uzman hekimlerin, yarının uzman hekimlerine, onların özerkliğini yok etmeden ve şefin göreliliğini uzaklığının aksine hasta güvenliğini de sağlayarak asistanlara rehberlik edebilmesi ve onların sorumluluk üstlenmesini sağlayabilmesi, aynı zamanda asistanlar özelinde kurumsal aidiyeti de güçlendiriyordu. Ancak dönüşen sağlık ortamında idarenin isteği ve performans politikasının kışkırtmasıyla poliklinik hizmeti ile sınırlandırılan uzman hekimler uzmanlık eğitimindeki bu rollerini ağırlıkla kaybettiler.

Öte yandan dönüşen sağlık ortamının kışkırttığı hizmet yükünü hemen tümüyle poliklinik hizmetine yönelen/yönlendirilen uzman hekimler de karşılayamadı ve uzmanlık eğitimi alan asistanlar, eğitim araştırma hastanelerinin polikliniklerinde tek başlarına sorumluluk üstlenmeye yöneltildiler. Kamu hastanelerinin dönüşümü öncesi tahayyül edilemeyecek olan bu durum zamanla kanıksandı. Asistanlar, erken dönemde üstlendikleri poliklinik faaliyetleri sayesinde, eğitim aldıkları uzmanlık alanlarında alanın bilgi ve becerisini derinleştirmekten ziyade hastaları yönetme ve yönlendirme deneyimi kazandılar. Oysa geçmişin önemli bir eksikliği olan poliklinik deneyim eksikliği, hizmet

yükünün ağır basmadığı koşullarda asistanlar için eğiticileriyle birlikte önemli ve yeni bir eğitim zeminini var edebilirdi. Ancak bu olumlu dönüşüm sağlanamadı. Bugün itibarıyla pek çok kamu sağlık kurumunda asistanlar, aslında üçüncü basamak hastanelerin polikliniklerinde birinci basamak hizmeti vermekteler. Bu durum birinci basamağın “kapı tutuculuk” fonksiyonunun işlev görmemesine ve başta görüntüleme olmak üzere tetkik yükünün daha da artmasına yol açtı. Hizmet satın alma modelinin getirdiği yanlış raporlama, raporlayan hekime ulaşamama ve onlarla hastayı tartışamama gibi yapısal sorunlar görüntüleme alanındaki sorunları içinden çıkılmaz hale dönüştürdü.

Kamu hastanelerinin dönüşüm sürecinde hastalara hizmet sunma aslında herkes için cazip hale getirildi. “Performans” adı altında eğiticiler de dahil olmak üzere herkesin “hizmet başı ödeme” sistemine dahil edilmesi, uzman hekimler kadar eğitici kadro için de sağlık hizmeti sunmayı ağırlıklı biçimde öne çıkardı. Zaten çıplak maaş geçinmeye izin verecek düzeyi çoktan kaybetmişti. Yıllar içerisinde döner sermaye katkısı temel maaş kadar vazgeçilemeyecek bir ödeme kalemi haline dönüşmüştü. Şekillendirilen “performans” sistemi ise maaş ve döner sermaye payının çok üzerinde bir ücreti tahayyül ettirir olmuştur. “Performans” sisteminde tanımlanmış eğitim ve araştırma puanları ise hizmet getirisinin yanında kayda değer bir ağırlıkta değildi. Sistem buysa, artık hekimlik de bu yönde dönüşecekti (Elbek, 2010). Eğitim ve araştırma, özellikle bakanlığın hastanelerinde, hizmetten zaman buldukça yapılmaya çalışılan bir faaliyete indirgenecekti.

Asistan, uzman hekim, eğitim görevlileri ve şefler performans sisteminin şekillendirdiği zeminde bireysel olarak hizmete yöneldi. Hoca kaşelerinin asistanların ellerinde dolaşması, kamuda istihdam edilen klinisyen hekimlerin yüzde 90'ının özel muayenehanelerinin olması (Ayдын, 2026) dolayısıyla yaşanan mesleki etik sorunlar ya da performans sonrası kapatılan muayenehanelerden hastanelere dönen hocaların/şeflerin güçlerini kullanarak performans puanı yüksek olan hastayı kendileri için seçmeleri, eğiticilerin saygınlığını onarılmaz biçimde zedeledi. Klinikler, kliniğin bir ekip olarak eğitim ve hizmeti birlikte sürdürdüğü bir yer olmaktan çıktı, aksine bir şefin, bir ya da birkaç asistanla hizmet verdiği bir duruma dönmüştü. Herkesin yetişmesi gereken randevuları ve işleri vardı. Zaten zaman hız çağıydı; durmak, düşünmek, sorgulamak değil, tek başına iş yapmak geçer akçeydi. Sağlık hizmet sunumu ise tümüyle müşteri memnuniyeti ekseninde kurgulanıyor,

SABİM-CİMER başvuruları hekimlere *sarı zarflar* içerisinde soruşturmalar olarak dönüyordu. Performans, herkesi tek bir kişi olarak puanlıyor, hastaneler verimli ve verimsiz doktorlarını listeler halinde açıklıyor, ayın en çok işlem (bronkoskopi) yapan hekimlerini büyük bir *değer* olarak hastane kamuoyuna duyuruyorlardı. Böylesi bir metalaştırılan hizmet ortamında dünün *dokunulmaz* şefleri bir anda *verimsiz* hekimlere dönüştüler. Kuşkusuz onlar da *verimsiz* ve *değersiz* sayılmamak için sistemin istediği eksende dönüşüme uğradılar. Bu çerçevede “performans” olarak adlandırılan hizmet başı ödeme sistemi sadece sağlık hizmetlerini puanlandırmakla kalmadı, aksine niteliği ve kaliteyi göz ardı ederek kurum içerisindeki değer yargılarını metalaştırdı: Artık hasta *bakmak*, çok işlem *yapmak*, çok puan kazanıp para *kazanmak* ve hastaneye *kazandırmak* bir değer haline gelmişti.

Bu dönemde şeflerin sarsılan otoritelerinin yeri başhekimlikler tarafından hızla dolduruldu. Ülke genelinde “parti devlet” aygıtının kurumsallaşması, hastane idari yönetimlerine de aynen yansıdı. Dünün sağlık sisteminde sağlık müdürünün dahi giremediği eğitim araştırma hastanelerinde artık başhekimlerin tahakkümü hüküm sürmekteydi. Başhekimler, kendi uzmanlık alanlarında olmasa dahi, “acillerde bekleyen hastalara yer açabilmek” gerekçesiyle şeflerin kliniklerinde “endikasyon vizitleri” yapar hale geldiler. Hangi hastanın hangi endikasyonla yattığını, neden halen yatmaya devam ettiğini ve yatağı boşaltmanın mümkün olup olamayacağını öğrenmek/sorgulamak istiyorlardı. Dünyada örneği olmayan Sağlık Bilimleri Üniversitesi yapılanması ise başhekimlerin gücünü daha da arttırdı. Sayın Sabahattin Aydın’ın da ifade ettiği gibi, “Sağlık Bakanlığı’nın eğitim hastanelerindeki doçentlerin profesör olamaması” (Aydın, 2026) nedeniyle yaşanan özlük hak sorununu ortadan kaldırmak için geliştirilen bu uygulama, zaman içerisinde arzu edilen ya da edilmeyen tahakküm sorunlarına yol açtı. Eğitim araştırma hastanelerinde çalışan eğitimcilerin haklı taleplerini, onların akademik bilimsel özerkliklerini tanıyarak karşılamak yerine; sözleşmelerin başhekimlerin sorumluluğunda tanımlanması, eğitimciler karşısında idari yapıya büyük bir güç kazandırdı. Başhekimler bu güçle hastanelerinde uygun gördükleri eğitimcileri üniversite kadrosundan yararlandırma ya da azletme imkânına kavuştular. Tıpkı dönüşüm öncesi olduğu gibi böylesi bir güce ulaşan insanlar, kendi yetkinlikleri oranında bu geniş ve etkili yetkilerini olumlu veya kendi sorunları bağlamında olumsuz yönde kullandılar.

Ancak kesin bir gerçek vardı ki dönüşüm başarılıydı. Artık eğitim kurumlarında, güçlenen idari yapı vesilesiyle tümüyle Sağlık Bakanlığı’nın tahakkümü yürürlükteydi.

Kamu hastanelerinin hizmet sunumunun işletmecilik mantığıyla sunulması, performans adı altında puan/para kazanmaya ve kazandırmaya yönelik işleyiş ve bu zeminde gelişen sağlık hizmet tüketiminin artışı karşısında kamunun bu hizmet yükünü kaldıramaması -dünün ve bugünün istisnalarını ve iyi niyetlerini dışarıda tutarsak, dünün sağlık sistemiyle kıyaslanamayacak ölçüde uzmanlık eğitimine büyük zarar vermiştir. Çünkü mevcut sistem dahilinde eğitim araştırma hastaneleriyle sınırlı kalacak biçimde hekimlerin değer yargıları değişmiştir. Başta tıp eğitimi olmak üzere kimi mesleklerin altruistik ve hümanist değerlerle harmanlanmış olması, açık ve örtülü eğitim programını etkileyen tarihsel koşullardan azade değildir, aksine bizatihi onun sonucu ve ürünüdür. Günümüzün tarihi koşullarını belirleyen ise neoliberalizmdir. Belirleyici bu etki doğrultusunda kamu hastanelerinin *işletmecilik* ve *girişimcilik* ekseninde yaşadığı dönüşüm, sadece onların hizmet sunumunu metalaştırmakla kalmamış, eğitim ortamının habitusunu da altruistik değerlerden ziyade rasyonel akıl çerçevesinde ekonomik ve yarara dayanan bir perspektifle başkalaştırmıştır. Eğitim ortamında biteviye tekrarlanan ya da hiç ifade edilmese de ortama hükmünü nakşeden “maliyet”, “performans”, “verimlilik”, “fayda”, “çıkar” gibi kavramlar, özünde insani bir hizmet olması gereken hekimliği ve ticari çıkarlardan mutlak korunması gereken eğitimi de ekonomik bir çıktıya indirgemıştır. Artık her yerde herkesin değerini belirleyen fiyat/ücret olmuştur. Kamu hastanelerinin dönüşümü, uzmanlık eğitiminin verildiği kurumları ve eğitimcileri böylesi bir değer skalasına tabi tutmuş ve tıpkı uzmanlık alanı tercihlerinde gözlemlendiği gibi “yükte hafif pahada ağır” kurumların ve hekimlerin öncelenmesine yol açmıştır.

Bununla birlikte zaman içerisinde Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitimci kadrodan/şeflerden başhekimlerle temsil edilen Sağlık Bakanlığı’na gücün ve tahakkümün geçmesi hizmet ile eğitim arasındaki kurulması gereken dengenin piyasa yönelimli, kısırlanmış ve metalaştırılmış hizmet yönüne doğru ağırlık kazanmasına yol açmıştır. Çünkü sayın Sabahattin Aydın’ın da liderlik kültürü kapsamında ifade ettiği gibi, “İster istemez Sağlık Bakanlığı hizmet odaklı, vatandaş odaklı, “vatandaşının ihtiyacı görülmelidir” diyor. Üniversite diyor ki, “bizim akademik görevlerimiz var, bizim asli görevimiz vatandaşın hizmetini

görmek değil, daha iyi eğitim vermektir” diyor, “araştırma yapmaktır” diyor vesaire. Bu öncelikler de çatışma alanı haline geldi.” (Aydın, 2026). Hiç şüphe yok ki benzer yönelimlerin yarattığı çatışma sadece tıp fakülteleri ile Bakanlık arasında yaşanmamıştır. Aksine eğitim ve araştırma hastaneleri de eğitici ekip ile idare arasında da benzer bir gerginlik ve çatışmaya sahne olmuştur. Doğası gereği idare Sağlık Bakanlığı'nın hizmet odaklı yaklaşımı dahilinde kurumu sağlık hizmetine yönlendirmeyi isterken, akademik ve tarihsel birikiminden gelen bir yönelimle eğitici ekip ise eğitimi (ve kendi güçlerini sürdürmeyi) öncelemek istiyordu –en azından hizmetin eğitimi göz ardı etmemesini ve kendi güçlerinin tümüyle yok olmamasını. Ancak eğitim araştırma hastanesindeki eğitimcilerin akademik özgürlük sınırının, hem tarihsel olarak üniversite kadar gelişkin olmaması hem de Sağlık Bilimleri Üniversitesi gibi yollarla tümüyle idarenin tasarrufuna tabi olması nedeniyle çatışma uzun sürmedi ve nihai zafer idarenin oldu -bir süre sonra benzer zafer üniversiteler özelinde de yaşanacaktı.

Son olarak yaşanan dönüşüm sadece geleceğin hekimlerinin yetiştiği eğitim ortamını tahrip etmenin ötesinde hastalara da olumlu bir çıktı sağlamadı. Evet geçmişe kıyasla daha çok muayene olma ve tetkik yaptırma olanağına kavuştular ve bu dönüşüm bir kısım sağlık sorunlarının çözülmesini de sağladı. Ancak kamuya mührünü vuran kısırlanmış hizmet sunumu, hastaları bir hastaneye yatıncaya ya da bir poliklinikten randevu alıncaya kadar kıymetli sayıyor. Ancak hastalar yattıkları anda bir başka hastanın yatmasını engelleyen bir sorun haline dönüşüyor ve ne zaman o yatağın boşalacağı merak edilmeye başlanıyor. Benzer biçimde randevu sorununun kalmadığının en yetkili ağızlardan dile getirildiği bir sağlık ortamında randevu alma şansına ulaştıkları anda çok kısa bir zaman sürecinde hemen tamamen uzmanlık eğitimi alan asistanların hizmet sunumuyla karşı karşıya kalıyorlar. Birinci basamakta çözülebilecek sağlık sorunlarını yaşayan çoğu hastalar için bu durum büyük bir sorun değil. Ama gerçekten hasta olan, ciddi sağlık sorunları bulunan ve sorunlarını ancak tıp fakülteleri ya da eğitim-araştırma hastanelerinde çözebilecek olan hastalar, halen geç ve güç olarak muhataplarına ulaşıyor ya da hiç ulaşamıyorlar. Daha kötüsü, tüketim çılgınlığının her alanda yaşanması nedeniyle bu hastalar için elzem ve öncelikli olan tetkiklerin

randevuları yoğunluk nedeniyle günlerce sonraya ancak verilebiliyor, hizmet satın alma nedeniyle nitelikli görüntüleme tetkikleri yapılamıyor ve başta kanser hastaları olmak üzere yapılan biyopsiler haftalarca – aylarca sonuçlanmıyor.

Uzmanlık öğrencileri açısından ise var olan durum eğitim hakkının ihlaline denk düşmektedir. Çünkü bilimsel etkinliklerin sıklığı, çeşitliliği ve sürekliliği zaman içerisinde azaldı. Eğitim faaliyetleri sıklıkla mesai dışı saatlere alınmaya başlandı. Gün içerisinde bağımsız öğrenme zamanları hemen hiç kalmadı. Hizmet ve işlem ağırlıklı olarak poliklinik çalışmalarının öncelenmesi, Süreyyapaşa EAH örneğinde yaşandığı gibi yaşlı bir nüfusun komplike sorunlarına ağırlıklı hizmet verilen kurumlardaki uzun süreli yatışları *verimsiz* olarak tanımladı, palyatif servisler gibi hem hizmet hem eğitim açısından kritik servisler kapandı. Tüberküloz ya da meslek hastalıkları gibi alanlar gözden düştü ve değersizleşti. Piyasada değer/para yapan “girişimsel işlemler” gibi alanlar ve teknik beceriler, alanın gerektirdiği derinlikli bilgi ve özenli tutuma ulaşmadan hızla gerçekleştirilmek istendi. Ülke genelinde yaygınlaşan sertifikasyon programları, birkaç günlük eğitimlerle hekimleri bu tür cazip alanlar için yetkili kıldı.

Günümüz itibarıyla halen uzmanlık eğitimi alan asistanlar, adeta hızla dönen bir üretim bandında/çarkında hızla yatan, hızla işlem yapılan ve hızla eve gönderilen hastaları *seyretme* seçeneğiyle karşı karşıya kalmış durumdadır. Geciken randevular ve uzayan biyopsi sonuçları, asistanların bir hastayı başvurudan hastalığın tanı ve sonucuna kadar giden sürecini izleyememesine yol açıyor. Parçalanmış bir hizmet sürecinde, her bir seferinde tanı ve takibin sadece bir bölümüne tanık olarak eğitimlerini sürdürmeleri, hastanın ve hastalığın bütünselliğini içselleştirememelerine neden oluyor. Uzmanlık alanlarındaki alt ileri uzmanlıklar ise hastaya yaklaşımı daha da parçalayarak hastayı da, hekimi de bütünsellikten tümüyle koparıyor.

Belki de en kötüsü ülkenin sağlık sistemi; hastaya holistik yaklaşan, onu bütünüyle ve tüm var oluşuyla değerlendiren, sağlığın sosyal belirleyicilerini hastasının özelinde gören hazık ve nazik bir hekimi değil; sadece piyasayı iyi koklayarak kariyerine yatırım yapan, mesleki faaliyetleri kapsamında reçete yazabilen ve kimi teknik becerileri yapabilen bir tıp doktorunu yeterli addediyor.

**Tablo 1.** Kamu Hastanelerinin Dönüşümün Uzmanlık Eğitimine Etkileri

Dönüşüm Öncesi	Dönüşüm Sonrası
Hizmet Yükünü Karşılatabilecek Sağlık İnsan Gücü	Kışkırtılmış Hizmet Altında Tükenmiş Sağlık İnsan Gücü
Yatak Kapasitesinin Hizmet Yükünü Tolere Edebilmesi	Hizmet Yüğü Karşısında Yetersiz Yatak Kapasitesi
Hastaların ve Hastalıkların Puan Olarak Görülmemesi	Hastaların ve Hastalıkların Puana Dönüştürülmesi Sonrasında Hastalar ve Hastalıkları Yerine Puanların "Değer" Olarak Kavramsallaşması
Hastadan Ağırlıkla İtaat Beklenmesi	Hasta ve Yakınlarından Korunmaya Yönelik Çekinik Hekimlik Reflekslerin Ağırlıkla Sergilenmesi
Çoklu Komorbiditeye Sahip Hasta Sorunlarıyla İlgilenme	"Yükte Ağır" Ancak Performans Puanında Düşük Hasta Gruplarının Takip Edilmesinden Kaçınılması
Klinik Şefin Ağırıklı Rolü	Klinik Şefinin Hemen Tüm Ağırlığını Kaybetmesi
Kliniğin Görelî Akademik, Mesleki ve Bilimsel Özerkliği	Kliniğin Tümüyle İdari Tasarrufa Tabi Olması - Boyun Eğmesi
Şefin Ağırılığı ve Kliniğin Görelî Özerkliği Sayesinde Hekim ve Hekim Dışı Sağlık Çalışanlarının Ekip Aidiyeti Oluşturması	Şeflik Sisteminin Değişimi ve Klinik Çalışanlarının İdari Tasarruflarla Hızlı Sirkülasyonu Nedeniyle Ekip Aidiyetinin Gelişmemesi
Uzun Süreli Birlikte Çalışma ve Eyleme Zeminin Yarattığı Tanıma ve Tanışma İle Oluşan Sinerji	Performans Sisteminin Bireysel Çalışmayı Zorunlu Tutması ve Artan Hizmet Yükünün Getirdiği Tükenme Nedeniyle Yabancılaşma
Hizmet ve Eğitimin Harmonizasyonu Nedeniyle Birlikte Öğrenme Ortamının Oluşması	Hizmetin Ağır Basan Yönü Doğrultusunda Uygulamanın Öncelenmesi, Öğrenme ve Tartışma Zamanının Kısıtlanması
Klinikte Uzun Süreli Çalışan Şef, Uzman ve Başasistanlar Dolayısıyla Kurumsal Ortak Hafızanın Oluşması	Hızlı Sirkülasyon, Bireysel Çalışma ve Artan Hizmet Yükü Nedeniyle Ortak Hafızayı Oluşturacak Buluşmaların Azalması
Birlikte Uzun Süreli Ekip Olarak Çalışmanın Getirdiği Yukarıdan Aşağı ve Aşağıdan Yukarı Yönlü Denetim	Kısa Süreli, Hızlı Sirkülasyonlu ve Artan Hizmet Yükünü Karşılamaya Yönelimli Çalışmanın Getirdiği "Serbestlik"
Şeflik Gücünün Kötüye Kullanılması ve Muayenehane Varlığının Yarattığı Etik Sorunlar	İdari Tasarrufun - Tahakkümün Varlığı ve Performans Sisteminin Yarattığı Etik Sorunlar
Portfolyo ve Geleneksel Yöntemlerle Asistanların Mesleki Gelişiminin İzlenmesi	Artan Hizmet ve Kapasitenin Üzerinde Artan Asistan Sayısı Nedeniyle Mesleki Gelişimin Yetkin Biçimde İzlenememesi
Şef, Uzman ve Başasistanların Yarattığı Olumlu Otorite Sayesinde Asistanlara Yönelik Rol Modelliğın Sağlanması	Ekibin Parçalanması ve Klinik Özerkliğın Kaybı Nedeniyle Olumlu Otorite Ortamının Kurulamaması
Şefler Başta Olmak Üzere Klinik Ekibinin Uzmanlık Eğitimine Gelen Asistanları Kendi Ekipleri İçerisine Alması ve Kliniğın Habitusuyla Temas Etmelerinin Sağlanması	Şeflik Sisteminin Olmaması, Bireysel Çalışma, Asistanların Hızlı Rotasyonu ve Artan Hizmet Yükü Nedeniyle Asistanların Belirli Bir Klinik Habitus İle Uzun Süreli Temas Edememesi
Kliniklerin Standardize Olmaması Nedeniyle Kısıtlı Sayıdaki Klinikle Temas Eden Asistanların Yaşadığı Avantaj/Dezavantaj	Çoklu Kliniklerle ve Farklı Eğiticilerle Yaşanan Kısa Süreli Temasın Sağladığı Avantaj/Dezavantaj
Paternalist Hekimlik Öğretisinin Baskın Olması	Tükenmenin Hekimlik Öğretisine Baskın Gelmesi
Sağlık Hizmet Sunumunun Bir Değer Olması	Puan, Verimlilik, Maliyet Eksenli Girişimciliğın Bir Değer Olması
Bireysel ve Uzmanlık Dernekleri Yoluyla Eğitim Vermenin Öncelikli Bir Değer Olması	Medikal Endüstri Tarafından Yapılan (Eğitim) Faaliyetlerinin Ağırılık ve Önem Kazanması

### Sözün Sonu

Yaşamını tıp fakültesi ve eğitim-araştırma hastanesinde eğitici olarak geçirmiş iki insanın kişisel deneyimlerinden süzülen, ancak hastane bazlı lokal sorunları gündemine almayan bu makale; dünkü sağlık sistemini idealize etmeden, kamu hastanelerindeki dönüşümün uzmanlık eğitimine getirdiği dezavantajı tanımlamaya çalışmaktadır. Bu tanımlama çabası, zaman içerisinde tıp ve bilim alanındaki bilgi, beceri ve teknolojik değişimleri ya da kurumsal alt yapı farklılaşmalarını göz ardı eden ya da önemsemeyen bir nostalji güzelleme değildir. Aksine, uzmanlık alanlarındaki ve genel olarak sağlık ortamındaki değişimin "kim için" ve "hangi amaçla" kullanılması gerektiği konusunu sorunsallaştırmaktadır.

Makalenin her iki yazarı da, yaşadığı olumlu ve sorunlu deneyimlerin ışığında, dünün sağlık sisteminde var olan ve özenle korunması gerekirken hoyratça tahrip edilen en önemli noktanın eğitim ve hizmet verilen kliniğin çok zorunlu olmadıkça değişmeyen hemşire, sağlık çalışanı ve hekimlerden oluşan bir ekip dahilinde birlikte *eylediği* bir süreç olmasında saklı olduğunu düşünmektedir. Bu öylesine bir güçlü süreçtir ki; sorumlu olduğu kliniğin yürütücüsü konumunda olan şefte uzmanlık öğrencisinin her şeyinden sorumlu olması gerektiği yönünde *mahalle baskısını* ve daha önemlisi içselleştirilmiş bir içsel basıncı var eder. Dünün sağlık sistemi şefler başta olmak üzere var olan klinik ekibini, kendi kliniklerinde uzmanlık eğitimine başlayan asistanların nerede oturduğu, nasıl yaşadığı ve hatta evlilik gibi sosyal olaylarını dahi meraka, ilgiye ve desteğe yönlendirirken; bugünün sağlık sistemi dahilinde oluşamayan ekip ve özerklik yetkinliği elinden alınmış şef, uzmanlık eğitimindeki asistanların yaşamından hemen tümüyle habersiz kalmaktadır. Benzer durum aslında ekibin diğer üyeleri için de geçerlidir. Kamu hastanelerinin dönüşümü öncesinde bir kliniğin sağlık personeli, hemşiresi ya da uzman hekiminin, o kliniğin sorumlu yetkilisi şefin onayı olmadan değişmesi mümkün değilken ve şefler kendi kliniklerinin ekiplerini idari tasarruflara karşı koruma ve güçlendirme kapasitesine sahipken; dönüşüm sonrası şekillenen klinik ortamında klinik sorumlusu konumundaki şeflerin bırakınız onayını, bilgisi dahi olmadan klinik personeli, hemşire, uzman hekim ve asistanlar konusunda idari tasarruflar uygulanabilmektedir. Kuşkusuz sözü edilen bu değişim, klinik bünyesinde özerkliğin olmamasının ötesinde

ekip ruhunun gelişmemesi ve aidiyetin sağlanamamasına yol açmaktadır.

Dünün sağlık sisteminde klinik özerklik ve ekip ruhu gerek birlikte yapılan hasta vizitleri sırasındaki bilimsel, gerekse de ortak klinik ortamları ve hastanenin olanak sunduğu mekânlardaki sosyal faaliyetlerle sağlanmıştır. Dünün hastanelerinde çalışanların buluşacağı ortak klinik ve sosyal ortamların bulunması, bahçelerinde spor – ormanlarında yürüyüşlerin yapılması, hastane bünyesinde kreş ve lojmanlarının bulunması bir tesadüf değildir. Tıpkı bugünün modern sağlık tapınakları olan Şehir Hastaneleri'nin hasta konsültasyonlarını fiilen gerçekleştiremeyecek kadar büyük kapalı mekânlara sahip olmasına rağmen çalışanların buluşabileceği alanlara sahip olmaması gibi...

Kamu hastanelerinin dönüşümü ve bu dönüşümün uzmanlık eğitimi üzerine olan etkileri için kesin bir *milat* tarihi yoktur. Zaten Ahmed Hamdi Tanpınar'ın ifadesiyle insan da, "Yekpâre, geniş bir ânın / parçalanmaz akışında" yaşar ve var olur. Ancak bilimsel yaklaşım, analiz ettiği konuyu anlayabilmesi ve anlamlandırabilmesi için zamanı *böler*. Bu bağlamda biz de uzmanlık eğitimindeki dönüşümü kronolojik kesin bir tarih tanımlamadan, ancak kamu hastanelerinin dönüşümü ile paralel olacak biçimde ve istisnaları da göz ardı edip hegemonik yapılarını dikkate alarak karşılaştırmak istiyoruz (*Tablo 1*).

Süreyyapaşa EAH deneyimi, özelinde Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan Sağlık Bakanlığı'na geçtiği dönemde çalışanların özlük haklarında ücrete indirgenemeyecek düzeyde gerilemenin yaşanmasının yanı sıra; hastanenin *işletmecilik* ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması, *müşteri memnuniyeti* çerçevesinde hasta şikayetlerinin incelemeden ve adil bir süzgeçten geçirilmeden çalışanlara baskı unsuru olarak yansıtılması, benzer bir basıncı yaratmak için işe giriş-çıkış zamanlarının dakikalar ile kontrol edilmesi ve olmadık nedenlerle *sarı zarflar* eşliğinde çalışanların uyarılması/cezalandırılmasının sadece çalışma barışını ve motivasyonunu yok etmekle kalmadığını, aksine pek çok eğiticinin emekli olmasına ya da kurum dışına çıkmasına yol açarak eğitim ortamını da olumsuz etkilediğini göstermiştir.

Öte yandan söz konusu dönüşüm sadece Süreyyapaşa EAH özelinde yaşanmamıştır. Aksine kamu hastanelerinin tamamında dönüşüm sonrasında iktisadi kavramlar eşliğinde sürdürülen sağlık hizmeti tartışmaları ve kurumların bu kavramlar

ekseninde yapılandırılması *işletmeleşen* kamu hastanelerinin tümünü sadece hizmet yönünden değil, eğitim açısından da derinden etkilemiştir. Böyle bir ortamda Richard Sennett'in, *Karakter Aşınması*'nda sorunsallaştırdığı gibi temel konu kısa vadeye endekslenmiş bir ekonomik ortamda kişisel kalıcı değer ve hedeflerin nasıl kazanılacağı ve her an parçalanana ya da sürekli yeniden yapılanan kurumlarda, kişinin kendi kimliğini ve yaşam öyküsünü nasıl oluşturabileceğidir (Sennett, 2002). Çünkü bilindiği üzere "insan karakteri, duygusal deneyimlerimizin uzun vadeli olması ve başkalarıyla girdiğimiz ilişkilere yüklediğimiz etik değerler üzerinden gelişir" (Sennett, 2002). Halbuki yeni ekonomik düzen, kâr ve kazanmak için ötekine güvenmemeyi, güçlü biçimde bağlanmamayı ve uzun vadeli planlar yapmayı öncelemektedir. Öte yandan modernite sonrası yaşamın bir yansıması olarak her türlü otoriteden kuşku duymak ve otoriteden mutlak kaçmak yükselen bir değerdir. Bu bağlamda kamu hastanelerinin iktisadi kavramlar eşliğinde dönüşümü; eğitimcileri, eğitim ortamını ve eğitim alanları Sennett'in tariflediği otorite sorunlarıyla da karşı karşıya bırakmıştır. Kişilerin, uzun süreli, kolaylıkla değişmez, yer yer statükocu olan ve kimi zaman şeflerin kötüye kullandığı ilişkiden ve bu türlü bir otoriteden uzaklara kaçma isteği; umut edilenin aksine özgürlükçü bir eğitim ortamı yaratamamış, aksine eğitim ve insan ilişkileri için gerekli uzun vadeli ilişkilerin gelişmemesine, ekollerin var edilememesine yol açmış ve yerini idari/Bakanlık tahakkümüne bırakmıştır. Oysa yapılması gereken işletme hastalığına kapılmamış bir toplumda (ve böylesi bir hizmet ve eğitim ortamında) (de Gaulejac, 2013); uzun vadeli ilişkileri geliştirmek ve farklı otoriteleri karşılıklı ve açık bir ilişki dahilinde daha az tahakküm edici bir pozisyonda konumlandırmaktır (Sennett, 2021). Bu bağlamda gücünün, bağımlılık ilişkisi beklemeden zayıf desteklediği, dayanıştığı ve onu güçlendirdiği; tek yönlü emir ve itaat yerine karşılıklı tanınmanın bulunduğu; güçlünün zayıf yanlarını sergilediği ve paylaştığı; duygulanımsal emeğin ve karşılığın dahil olduğu; tahakküm reddedilirken, güç asimetrisinin kabul edildiği; açık, şeffaf ve sorgulanabilir olumlu bir otoritenin gelişimi eğitim ortamının niteliğini yükseltecektir (Sennett, 2021). Ancak böylesi bir zemin, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın değer addettiği iktisadi kavramlar nedeniyle yıkıma uğrattığı sağlık ortamını *sağlık hakkı* kavramı üzerine ve ülkenin demokratik dönüşümü sonrasında şekillenecek yeni idari yapılanmayla kurumları kamu yararı doğrultusunda *olumlu* bir otorite temelinde yeniden inşa etmekle mümkündür.

Son olarak belirtmek isteriz ki; sağlık sistemine ve dolayısıyla eğitim ortamına yirmi yılı aşkın bir dönemde hükmünü nakşeden dönüşüm sonucunda toplumsal sağlık ölçütlerinde anlamlı bir iyileşme kaydetmemiş ve hatta sağlığı bozan risk faktörleri konusunda daha olumsuz bir noktaya evrilmiş olmamız, dönüşüm sürecini yeniden değerlendirmek açısından uyarıcı olmalıdır. Kanaatimizce, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında reforme edilmiş bir sağlık sistemi, hem de yirmi yılı aşkın bir zaman sonra, sadece hastalara yılda 1 milyardan fazla kez sağlık hizmet sunduğuyla övünmemeliydi (Anadolu Ajansı, 2026).

### Kaynaklar

- Anadolu Ajansı.** Bakan Memişoğlu: Senede 1 milyar kez insanlara sağlık hizmeti sunuyoruz. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/bakan-memisoglu-senede-1-milyar-kez-insanlara-saglik-hizmeti-sunuyoruz/3801616> (Erişim Tarihi: 28.02.2026).
- Aydın S, Bilaloğlu E, İlhan B, Pala K, Üçkuyu Y.** Türkiye'de kamu hastanelerinin dönüşümü. *Toplum ve Hekim.* 2026; 41 (1): 38-74.
- Çalışır HC.** HC. Eğitim ve araştırma hastaneleri ve performans (Kongre Sunumu). TTD. 15 Yıllık Kongresi. Antalya, 11-15 Nisan 2012.
- de Gaulejac V.** İşletme Hastalığına Tutulmuş Toplum. *Ayrıntı Yayınları*, 1. Baskı, İstanbul, 2013.
- Elbek O.** "Performans" ve hekimlik. *Toplum ve Hekim.* 2010; 25 (6): 432-47.
- Sennett R.** Karakter Aşınması -Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerindeki Etkileri-. *Ayrıntı Yayınları*, 1. Baskı, İstanbul, 2002.
- Sennett R.** Otorite. *Ayrıntı Yayınları*, 6. Baskı, İstanbul, 2021.
- T. C. Sağlık Bakanlığı.** Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Ankara, 2014.
- T. C. Sağlık Bakanlığı.** Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024. Ankara, 2025.
- Tipta Uzmanlık Kurulu.** TUK Eğitim Standartları hakkında (Karar No: 1026). Karar eki-1: Kurum ve Program Ortak Standartları. 2017. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklen-ti/14871/0/karar1026-tukstandartek1-ortakstandartlarpdf.pdf> (Erişim Tarihi: 28.02.2026).
- Türk Dil Kurumu (TDK).** Güncel Türkçe Sözlük. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 28.02.2026).
- Türk Göğüs Hastalıkları Yeterlik Kurulu.** Göğüs Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Programı. <https://tghyk.org/GogusHastUzmEgtProg.pdf> (Erişim Tarihi: 28.02.2026).
- Türk Toraks Derneği.** Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deprem Riski Nedeniyle Geçici Taşınması Hakkında Türk Toraks Derneği Görüşü. 29.03.2023. <https://toraks.org.tr/site/community/news/11346> (Erişim Tarihi: 28.02.2026).
- Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulu.** Kaygılıyız: Süreyyapaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ni Kaybetmek İstemiyoruz. *Toraks Bülteni.* Aralık 2023: 120-122. <https://toraks.org.tr/site/sf/books/2023/12/278519ca8bcd4edaf1c066272d-d841ef2b040318afc473aabda96cd0f9a19d0.pdf> (Erişim Tarihi: 28.02.2026).
- Türker H.** Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Tarihçe ve Geçmişte Yaşananlar. *Toraks Bülteni.* Aralık 2023: 126-130.
- Üçkuyu Y.** Türkiye'de kamu hastanelerinin dönüşümü. *Toplum ve Hekim.* 2026; 41 (1): 3-4.
- Yenimahalleli Yaşar G.** Türkiye'de kamu hastanelerinin idari ve mali dönüşümü. *Toplum ve Hekim.* 2026; 41 (1): 19-31.