

KAMUCU SAĞLIK

Türkiye'nin yükselen sendikal gücü...

EYLÜL 2026 | SAYI 2 | www.genelsaglikis.org.tr

*Piyasacı ve çağ dışı
Sağlıksız Dönüşüm'e karşı*

Bilimsel Kamucu Halkçı Sağlık



Ankara Merkez Hıfızısıhha Müessesesi



GENEL SAĞLIK-İŞ

Genel Sağlık-İş
Kamu-İş
Konfederasyonu
üyesidir.

KAMUCU SAĞLIK

GENEL SAĞLIK-İŞ SENDİKASI DERGİSİ

#02 Eylül
2026

Genel Sağlık-İş Yönetim Kurulu

Dr. Derya Uğur
Veli Can Karabacak
Gazi Çeliker
Özcan Arslan
Yalçın Çiftçi
Ali Kemal Akgül
Kazım Boyacıoğlu

Yayın Koordinatörü

Doç. Dr. Mehmet Atilla Güler

Bilim Kurulu

Prof. Dr. Vedat Bulut
Prof. Dr. Zeki Erdut
Prof. Dr. Hatice Erol
Prof. Dr. Recep Kapar
Prof. Dr. Bülent Kılıç
Prof. Dr. Sadık Kılıç
Prof. Dr. Ercan Küçükosmanoğlu
Prof. Dr. Çağla Ünlütürk
Prof. Dr. Gamze Yücesan Özdemir
Doç. Dr. Denizcan Kutlu
Doç. Dr. Serter Oran
Av. Dr. Mehmet Öget
Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Seza İnal

Editörler Kurulu

Önder Demiraslan
Veli Can Karabacak

Tasarım ve Dizgi

Kerim Can Kara

Kapak Fotoğrafı

Ankara Merkez Hıfzıssıhha
Müessesesi – Bakterioloji ve Kimya
muayene ve tahlil şubesi.

[Google Gemini ve Adobe Firefly ile restore
edilmiştir.]

Genel Sağlık-İş Adına Sahibi

Dr. Derya Uğur

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Ali Kemal Akgül

ISSN 3108-8252

Yönetim Merkezi ve İletişim

Kızılay Mah. Fevzi Çakmak-1 Sok.
No: 24-5 Daire: 21, 22, 23, 24
Çankaya | Ankara

iletisim@genelsaglikis.org.tr

BU SAYIDA

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜME NEDEN KARŞIYIZ?

DR. DERYA UĞUR



12

ALİ KEMAL AKGÜL
SAĞLIKTA PİYASA
VAHŞETİNE KARŞI
SINIF MÜCADELESİNİ
VE KAMUSAL SAĞLIĞI
SAVUNUYORUZ!

PROF. DR. GAMZE YÜCESAN ÖZDEMİR
ÖRGÜTLENMEK:
DÖNÜŞÜME KARŞI
SAĞLIKTA BİR YOL



22

PROF. DR. BÜLENT KILIÇ
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM
PROGRAMI'NIN HALK
SAĞLIĞI ALANINA
ETKİLERİ

DOÇ. DR. MEHMET ATILLA GÜLER
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE HEKİM GÖÇÜ

26

34

PROF. DR. O. ALP ERGÖR
SOSYAL DEVLETİN ÜÇLÜ YAPISINDAN PİYASACI ÇALIŞMA REJİMİNE
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK EMEKÇİLERİ

AV. DR. MEHMET ÖGET

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİNİN
SAVUNMACI BİR REFLEKSİ OLARAK
DEFANSİF TIP**

42

50

DR. ÖMÜR ÇETİNKAYA

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NI
YAŞLILIK ÜZERİNDEN YENİDEN
DÜŞÜNMEK**



**BİR GECE
VARDİYASINA SIĞAN
SAĞLIK SİSTEMİ**

60

SENDİKA OKULU

**TEMSİLCİ EĞİTİMLERİ
DEVAM EDİYOR!**

64

BASINDAN

65

— • SENDİKAMIZ • —

GENEL SAĞLIK-İŞ

16 YAŞINDA!



GENEL SAĞLIK-İŞ



www.genelsaglikis.org.tr



iletisim@genelsaglikis.org.tr



0312 230 66 64

0552 871 01 92





SAĞLIKTA DÖNÜŞÜME NEDEN KARŞIYIZ? SAĞLIK HAKKI, KAMUSAL SORUMLULUK VE DÖNÜŞÜMÜN GERÇEK YÜZÜ



DR. DERYA UĞUR

GENEL SAĞLIK-İŞ SENDİKASI GENEL BAŞKANI

Sağlık hizmeti, herhangi bir mal gibi alınıp satılabilecek bir **piyasa ürünü** değildir. İnsan yaşamı, beden ve ruh bütünlüğü, insan onuru ve sosyal devlet ilkesiyle doğrudan bağlantılı temel bir haktır.

Bu nedenle sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceği, hangi önceliklere göre planlanacağı ve nasıl finanse edileceği teknik ya da idari bir mesele değildir. Verilen her karar, toplumun nasıl bir sağlık düzeninde yaşayacağını belirleyen siyasal ve anayasal bir tercihtir.

Anayasa'nın 56. maddesi devlete, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama görevi verir. Bu görev, hastalık ortaya çıktıktan sonra tedavi sunmakla sınırlı değildir. Koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek, hizmete eşit erişimi sağlamak, kaynakları toplumun gerçek gereksinimlerine göre planlamak ve sağlık emekçilerinin güvenli, güvenceli koşullarda çalışmasını temin etmek de devletin sorumluluğundadır.

2003 yılından bu yana uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'na itirazımız tam da burada başlamaktadır. Program, sağlık hizmetinin kamusal niteliğini güçlendirmek yerine performans, rekabet, maliyet ve işlem sayısını sistemin merkezine yerleştirmiştir. Hastaneler giderek işletme mantığıyla yönetilirken sağlık emekçisi puan ve hedeflerle değerlendirilen bir çalışana, yurttış ise hizmet satın alan bir müşteriye dönüştürülmüştür.

Oysa bir sağlık sisteminin başarısı, kaç işlem yapıldığıyla değil; hastalıkları ne ölçüde önlediği, eşitsizlikleri azaltıp azaltmadığı ve herkese zamanında, nitelikli hizmet sunup sunamadığıyla ölçülmelidir.

Piyasa Mantığı Sağlığın Önceliklerini Değiştiriyor

Piyasa, ölçülebilen ve gelir getiren hizmete yönelir. Toplum sağlığı açısından en değerli çalışmaların önemli bir bölümü ise **kısa vadede gelir üretmez**. Aşılama, gebe ve bebek izlemleri, kronik hastalıkların önlenmesi, işçi sağlığı, çevre sağlığı, ruh sağlığı, yaşlı ve engelli bireylere yönelik destek, salgınlara hazırlık ve sağlık eğitimi bunların başında gelir.

İşlem sayısını esas alan sistem, sağlık kurumlarını daha fazla muayene ve daha kısa sürede daha fazla işlem üretmeye zorlar. Bunun bedelini hem hasta hem sağlık çalışanı öder.



Yoğun hasta yükü, personel eksikliği ve kısa muayene süreleri; hastayı dinlemeyi, doğru tanı için gerekli değerlendirmeyi yapmayı ve tedavi seçeneklerini birlikte ele almayı güçleştirir. Sağlık emekçisi mesleğini özenle yapmak ister; sistem ise ondan hız ister.

Elbette kaynaklar etkili kullanılmalı, sağlık hizmeti sunumu doğru planlanmalıdır. Ancak **verimlilik, daha az çalışanla daha fazla hastaya bakmak anlamına gelemmez**. Gerçek verimlilik; gereksiz başvuruları azaltan, hastalıkları önleyen, erken tanıyı güçlendiren ve sağlık çalışanının mesleki niteliğini koruyan bir düzen kurabilmektir. **İnsan yaşamını maliyet hesabının altına yerleştiren hiçbir model, iyi yönetildiği iddiasıyla savunulamaz.**

Şehir Hastanelerinde Mesele Bina Değil Model

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en tartışmalı uygulamalarından biri şehir hastaneleridir. Kamu özel iş birliği yöntemiyle kurulan bu hastaneler yüksek yatak kapasitesi, ileri teknoloji ve büyük kampüslerle tanıtıldı. Fakat bir sağlık yatırımının değeri binanın büyüklüğüyle ölçülemez. Toplam kamu maliyeti, sözleşmelerin koşulları, şirketlere yapılan **uzun vadeli ödemeler, hastanenin kent içindeki konumu, çalışma düzeni ve yurttaşın hizmete erişimi** birlikte değerlendirilmelidir.

Kent merkezlerinden uzakta kurulan **dev kampüsler** özellikle yaşlılar, engelliler, düşük gelirli yurttaşlar ve düzenli tedavi gören kronik hastalar için ulaşım sorununa dönüşebiliyor. Üstelik şehir hastanesi açılırken kent merkezindeki kamu hastanelerinin kapatılması ya da işlevlerinin azaltılması, yerleşik sağlık kapasitesini zayıflatıyor.

Sağlık sistemi bir tek yeni ve büyük binalarla güçlenmez. Mahalle ölçeğindeki birinci basamak kurumlarından ilçe ve devlet hastanelerine, eğitim ve araştırma hastanelerinden üniversite hastanelerine kadar bütün basamakların birbirini tamamlaması gerekir.

Kamu kaynaklarının önceliği; uzun yıllara yayılan kira ve hizmet bedelleri değil, kamuya ait sağlık kapasitesi olmalıdır. Mevcut hastanelerin bakımı, cihaz eksiklerinin giderilmesi, sağlık emekçisi açığının kapatılması, yoğun bakım ve acil servislerin güçlendirilmesi doğrudan kamu yatırımıyla yapılmalıdır. Sağlık yatırımının kamu yararı yerine yandaş şirketlerin düşünülmesine itirazımız var.

Sağlık Emekçisinin Hakkı Toplumsal Sağlık Hakkıdır

Bir sağlık sistemi binalardan, cihazlardan ve yazılımlardan ibaret değildir. Hizmeti; hekimden hemşireye, ebeden sağlık teknikerine, laboratuvar çalışanından temizlik ve güvenlik görevlisine kadar sağlık kurumunda emek veren insanlar üretir. Buna rağmen sağlık çalışanları personel eksikliği, uzun çalışma saatleri, düşük ücret, sözleşmeli istihdam, taşeronlaşma, şiddet ve sürekli değişen mevzuatla karşı karşıyadır.

Güvencesiz çalışma çalışanın özlük sorunu değildir. Dinlenemeyen, tükenen ve geçim kaygısı taşıyan bir sağlık emekçisinden **kesintisiz dikkat ve mesleki özen** beklenemez. Çalışma koşullarındaki her bozulma, hizmetin niteliğine ve hasta güvenliğine yansır. Bu nedenle kadrolu istihdam, yeterli ücret, makul çalışma süresi ve güvenli işyeri, toplumun sağlık hakkının da güvencesidir.

Sağlıkta şiddeti ceza maddeleriyle açıklamak ve çözmek de mümkün değildir. Uzun bekleme süreleri, personel yetersizliği, randevu sistemindeki tıkanmalar ve karşılanamayacak beklentiler, sistemin yarattığı gerilimi sağlık çalışanına yöneltiyor.

Etkili mücadele; caydırıcı **hukuki önlemlerin yanında** yeterli personel istihdamını, iş yükünün azaltılmasını, güvenli çalışma ortamını ve kamuoyunun doğru bilgilendirilmesini gerektirir.

Genel Sağlık-İş'in yürüttüğü hukuki mücadele bu bütünün bir parçasıdır. Sağlık çalışanının iradesi dışındaki olaylar nedeniyle cezalandırılması ya da gelir kaybına uğratılması; hukuk devleti, ölçülülük ve çalışma hakkı bakımından denetlenmek zorundadır.

Mesleki bağımsızlık çalışanın hakkı olmaktan ziyade, hastanın bilimsel ve etik ölçütlere göre hizmet almasının da güvencesidir.

Nasıl Bir Sağlık Sistemi İstiyoruz

Savunduğumuz sistemin hareket noktası piyasa talebi değil, toplumun sağlık gereksinimidir. Koruyucu hizmetlere ve birinci basamağa öncelik verilmeli; sağlık emekçileri kadrolu ve güvenli çalıştırılmalıdır. Ücret, işlem sayısına göre değil; emek, kıdem, uzmanlık, görev ve sorumluluk temelinde belirlenmelidir. Sağlık kurumları da başvuru sayısı üzerinden değil, toplum sağlığı göstergeleri ve hizmetin niteliği üzerinden değerlendirilmelidir.

Kamu hastaneleri güçlendirilmeli, sağlık yatırımlarının sözleşmeleri ve kamuya toplam maliyeti açıklanmalıdır. **Hizmet, insanların yaşadığı yerlerden uzaklaştırılmamalıdır.** Karar süreçlerine çalışanların, sendikaların, meslek örgütlerinin, hastaların ve toplum temsilcilerinin katılması sağlanmalıdır.

Sağlıkta Kamusal Yeniden Yapılanma

Genel sağlık-ış; **bilimsel gelişmenin, yeni teknolojilerin ve çağdaş tedavi yöntemlerinin** sağlık hizmetine kazandırılmasını savunur. Karşı çıktığımız; sağlık hakkının piyasa kurallarına teslim edilmesi, kamu kaynağının şirketler için uzun vadeli gelir alanına çevrilmesi ve sağlık emekçisinin performans baskısıyla mesleğinden uzaklaştırılmasıdır.

İhtiyacımız olan, hastalık ortaya çıktıktan sonra işlem üreten bir düzen değil; hastalığı önleyen, eşitsizlikleri azaltan ve herkesin gereksinim duyduğu anda nitelikli hizmete ulaşabildiği kamusal bir sağlık sistemidir.

Yurttaşın geliri, yaşadığı kent ya da sosyal statüsü **sağlık hizmetine erişimin ölçüsü olamaz.** Sağlık emekçisinin emeği de bütçede azaltılması gereken bir maliyet kalemi olarak görülemez.

Genel Sağlık-ış olarak mücadelemizi bu anlayışla sürdürüyoruz. Kamucu, bilimsel, eşitlikçi ve erişilebilir bir sağlık sistemi mümkündür. Bunun yolu, sağlık hizmetini yeniden kamusal sorumluluk olarak kurmaktan ve bu hizmeti üretenlerin haklarını güvence altına almaktan geçiyor.



2023
ERKİ.

**CUMHURİYET BAYRAMIMIZ
KUTLU OLSUN**



SAĞLIKTA PİYASA VAHŞETİNE KARŞI SINIF MÜCADELESİNİ VE KAMUSAL SAĞLIĞI SAVUNUYORUZ!



ALİ KEMAL AKGÜL

GENEL SAĞLIK-İŞ SENDİKASI
BASIN YAYIN VE EĞİTİM SEKRETERİ

Sermayenin Sağlık Alanındaki İşgali

Kapitalizmin dünya ölçeğinde derinleşen krizi, sermayenin gözünü doğrudan kamusal alanlara ve halkın en temel kazanımlarına dikmesine neden olmuştur. Türkiye’de yirmi yılı aşkın süredir “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında yürütülen politikalar, bu sınıfsal saldırının en vahşi halkalarından biridir.

Sağlık, insan yaşamının devamlılığı için **anayasal ve devredilemez bir yurttaşlık hakkı** olması gerekirken; uluslararası tekellerin ve yerli sermaye gruplarının kâr hırsına kurban edilmiştir.

Genel Sağlık-İş olarak, sağlık sisteminin ticarethaneye, hastaların müşteriye ve sağlık emekçilerinin köleye dönüştürüldüğü bu düzeni kökten reddediyoruz. İşçi sınıfının payına sömürü, halkın payına ise niteliksizleşen sağlık hizmeti

*Dört nala gelip Uzak Asya’dan
Akdeniz’e bir kısrak başı gibi uzanan
bu memleket, bizim.*

*Bilekler kan içinde, dişler kenetli,
ayaklar çıplak
ve ipek bir halıya benziyen toprak,
bu cehennem, bu cennet
bizim.*

*Kapansın el kapıları, bir daha
açılmasın,
yok edin insanın insana kulluğunu,
bu dâvet bizim....*

*Yaşamak bir ağaç gibi tek ve hür
ve bir orman gibi kardeşçesine,
bu hasret bizim...*

Nazım Hikmet Ran

düşen bu abluka karşısında, örgütlü sınıf mücadelesini büyüteceğimizi ilan ediyoruz.

“Sağlık, piyasanın insafına bırakılamaz; hastaneler ticarethane, hastalar müşteri değildir!”

Sigortacılık Zulmü: Emekçinin Sırtındaki Vergi ve Prim Kamburu

Bugün yürürlükte olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve özel sigortacılık modelleri, işçi sınıfına yönelik açık bir ekonomik gasp mekanizmasıdır. Fabrikada, tarlada, büroda alın teri döken; dolaylı ve doğrudan vergilerle devlet bütçesinin ezici çoğunluğunu sırtlayan **işçi sınıfı**, sıra sağlık hizmeti almaya geldiğinde bir kez daha soyulmaktadır.

- * **Çifte Sömürü Düzeni:** Halkımız, brüt ücretinden kesilen prim yetmezmiş gibi hastane kapısında “katkı payı”, “katılım payı”, “öğretim üyesi farkı” ve “ilave ücret” adı altında “deli dumrul vergileriyle” karşı karşıya kalmaktadır.
- * **Müşteri Değil Yurttaş:** “Paran kadar sağlık” mantığı, parası olmayanın ölüme terk edildiği sınıfsal bir ayrımcılıktır. Sigortacılık sistemi, vergi yükü altında ezilen halkın boğazına sıkılan bir ekonomik kementtir ve açık bir zulümdür.

Sağlık harcamalarının finansmanı, sermaye sahiplerinin kârlarından alınacak artan oranlı vergilerle oluşturulacak merkezi bütçeden karşılanmalıdır. Sağlık hizmeti, eşit, ücretsiz, nitelikli ve ulaşılabilir bir kamusal hizmet olarak yeniden inşa edilmek zorundadır.

Sağlık Emekçileri: İş Yükü ve Performans Kısılacında Güvencesizleştirme

Sermaye düzeni, sağlık sistemini piyasalaştırırken en büyük darbeyi üretici güce, yani sağlık emekçilerine vurmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın yarattığı kısıktılmış sağlık politikaları, hastaneleri ciro yapma yarışına sokan işletmelere dönüştürmüştür.

- * **Tükenmişlik ve Kölelik Koşulları:** Yetersiz istihdam nedeniyle bir hemşirenin, bir hekimin veya bir sağlık teknisyeninin sırtına binen iş yükü insani sınırları çoktan aşmıştır. 24 saat kesinti-

siz nöbetler, angarya işler ve dinlenme hakkının gaspı, sağlık emekçilerini fiziksel ve ruhsal olarak tüketmektedir.

* **Performans Dağıt ve Yönet:** Sınıf bilincini yok etmek amacıyla dayatılan “performansa göre ücretlendirme” sistemi, sağlık emekçilerini birbirinin rakibi haline getirmeyi hedefleyen bölücü bir hamledir. Güvenceli ve insani yaşam koşullarını karşılayacak yoksulluk sınırı üzerinde temel ücret yerine, emekliliğe yansımayan teşvik oyunları ile iş barışı baltalanmaktadır.

* **Şiddetin Sınıfsal Kaynağı:** Piyasacı sistemin tıkanıklıkları, ilaç bulunamaması, randevu alınamaması gibi yapısal krizlerin faturası doğrudan sağlık çalışanına kesilmektedir. Kısırtılan popülist dil, sağlıkta şiddeti yapısal bir sömürü aracı haline getirmiştir.

Talebimiz Netdir:

Performans oyunları ile iş barışını bozanlara karşı, güvenceli iş ve insan onuruna yaraşır yaşam koşullarını karşılayacak yoksulluk sınırı üzerinde tek temel ücret!

“Kurtuluş yok tek başına, ya hep beraber ya hiçbirimiz!” yalnızca bir slogan değil **toplumsal bir reçetedir...**

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ne halka şifa getirmiş ne de sağlık emekçisine huzur vermiştir. Bu program, sermaye sınıfının cebini doldururken işçi sınıfının canını alan bir sömürü çarkıdır. **Hastanelerin adeta holding, başhekimlerin CEO olduğu** bu talan düzeni yama tutmamaktadır. Tıkanan bu sistemi yamamak yerine, kökten değiştirecek iradeyi sağlık emekçilerinin örgütlü gücünde görüyoruz.

Genel Sağlık-İş, sadece bir hak arama örgütü değil; emeğin sermayeye karşı yürüttüğü tarihsel kavganın sağlık cephesindeki neferidir. Fabrikadaki işçinin sağlığı, hastanedeki sağlık emekçisinin emeğiyle ve mücadelesiyle ortaktır. Sınıfsal dayanışmayı fabrikalardan madenlere, hastanelerden sokaklara, iş yerlerinden meydanlara taşımak tarihsel görevimizdir.

Sağlık hakkı mücadelesini, **emeğin kurtuluşu mücadelesinden** bağımsız görmüyoruz. Tüm sağlık ve sosyal hizmet emekçilerini, sarı sendikaların uzlaşmacı hatlarını kırarak, Genel Sağlık-İş safalarında örgütlü mücadeleyi büyütmeye, insani yaşam ve halkçı sağlık düzenini omuz omuza kurmaya davet ediyoruz!

21 EKİM 1999



AHMET TANER KIŞLALI

**UNUTMADIK,
UNUTTURMAYACAĞIZ!**



GENEL SAĞLIK-İŞ

GENEL SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET KOLU KAMU ÇALIŞANLARI SENDİKASI

ÖRGÜTLENMEK: DÖNÜŞÜME KARŞI SAĞLIKTA BİR YOL

PROF. DR. GAMZE
YÜCESAN ÖZDEMİR

ANKARA ÜNİVERSİTESİ



Sağlıkta dönüşüm sağlığın tüm boyutlarında büyük tahribat yarattı: Hastaneler, sağlık hizmetlerinin finansmanı, yurttaşın sağlık hizmetine ulaşımı...

Tüm bunların yanında en büyük tahribatı ise sağlık emekçileri deneyimledi.

Hekimin, hemşirenin, teknisyenin, asistanın, laborantın çalışma koşullarını, mesleğiyle kurduğu ilişkiyi, hastayla karşılaşmasını ve sağlık emekçilerinin birbiriyle ilişkisini **köklü biçimde** değiştirdi. Bu nedenle bugün sağlık emekçilerinin örgütlenmesi üzerine düşünmek, sağlıkta dönüşümün emek cephesinde yarattığı tahribatı görmek ve buna karşı çıkış yollarını aramaktır.

Dönüşümün en önemli sonuçlarından biri **sağlık emekçisinin yalnızlığı sürüklenmesidir**. Performans sistemi, ücret farklılıkları, sözleşmeli ve güvencesiz çalışma, taşeronlaşma, artan iş yükü, uzun çalışma saatleri ve meslekler arasındaki hiyerarşiler sağlık emekçilerini ortak bir yaşamın özneleri olmaktan uzaklaştırıyor. Aynı hastanenin koridorlarında çalışanlar giderek birbirlerinden ayrılıyor, herkes kendi ücretinin, kendi nöbetinin, kendi performans puanının peşine düşmek zorunda kalıyor.

Bu yalnızlaşma tesadüf değildir.

Piyasa yalnızca sağlık hizmetini metalaştırmaz, emeği de parçalar. Emekçileri birbirleriyle rekabet eden bireylere dönüştürür, ortak sorunların üzerini örter ve ortak talepleri görünmez kılar.

Oysa hastanenin kapısından içeri girdiğimizde gördüğümüz gerçek çok daha yalın. Sağlık hizmetinin temelinde kolektif emek var. Sağlık hizmeti, hekimden hemşireye, teknisyenden temizlik işçisine, laboratuvar çalışanından ambulans emekçisine **kolektif emeğin ürünüdür**. Piyasa sağlık emekçilerini birbirinden ayırırken sağlık hizmetinin kendisi onları her gün yeniden yan yana getirir. Örgütlenmenin maddi zemini de tam burada, sağlık hizmetinin bu kolektif niteliğinde ortaya çıkıyor.

Parçalanan Emek, Ortaklaşan Hayatlar

Sağlık alanında yeni bir örgütlenme hattı kurmanın en güçlü zemini, sağlık emekçilerinin giderek ortaklaşan çalışma ve yaşam koşullarıdır. Sağlık emekçileri arasındaki mesleki statünün, eğitimin ve hiyerarşinin yarattığı farklılıklar örgütlenmenin de sınırlarını çizer.

Sağlıkta dönüşüm ise bu farklılıkların ötesinde başka bir ortaklığı daha görünür hale getirdi: Sağlık çalışanlarının çok büyük bir bölümü hayatını **emeğini satarak** sürdüren ücretlilerdir.

Sağlıkta dönüşüm, sağlık hizmetini piyasanın kurallarına göre yeniden düzenlerken sağlık emekçilerinin çalışma ve yaşam koşullarını da piyasanın gereklerine tabi kıldı.

Çalışma sürelerinin uzaması, performans baskısı, ücretlerin aşınması, ağırlaşan iş yükü, sağlıkta şiddet ve güvencesiz istihdam biçimlerinin yaygınlaşması sağlık emekçilerinin geniş bir bölümünü benzer sorunlarla karşı karşıya bırakıyor.

Hekimden hemşireye, asistandan teknisyene kadar sağlık alanında çalışanlar ücret, çalışma süresi, iş güvencesi ve çalışma koşulları etrafında giderek daha fazla ortaklaşıyor. Emekçilerin çalışma ve yaşam koşulları hakkında söz ve denetimlerinin azalması, farklı sağlık çalışanlarının deneyimlerini birbirine yaklaştırıyor.

Sağlık emekçilerinin örgütlü gücü tam da bu ortaklık üzerinden kurulabilir.

Ortaklaşan sorunları ortak taleplere, ortak talepleri ortak mücadeleye dönüştürmek örgütlenmenin maddi zemini. Ücret, çalışma süresi, güvenceli istihdam, insanca çalışma koşulları, sağlıkta şiddet-

tin sona ermesi ve nitelikli kamusal sağlık hizmeti farklı sağlık emekçilerini aynı mücadele zemininde buluşturabilir.

Ortaklaşmadan Örgütlenmeye

Örgütlenmeyi yalnızca sendikaya üye olmak olarak düşündüğümüzde siyasal gücün asıl kaynağını gözden geçiriyoruz. Örgütlenmek **bir üyelik formu doldurmanın ötesinde** birlikte düşünmek, birlikte karar almak ve birlikte hareket edebilmek aslında. Bir hastanede çalışanların kendi çalışma koşulları üzerine söz söyleyebildiği, taleplerini birlikte oluşturduğu ve birlikte mücadele ettiği her deneyim örgütlenmenin hayat bulmasıdır. Sendikalar da ancak bu gündelik ortaklaşmanın üzerinde yükseldiklerinde gerçek bir toplumsal güce dönüşür.

Bu nedenle sağlık emekçilerinin örgütlenmesinin ağırlık merkezini yeniden işyerlerine taşımak gerekiyor. Nöbet çizelgesinden çalışma süresine, ücretlerden sağlıkta şiddete, yemekhaneden kreşe, personel eksikliğinden hastaya ayrılan süreye kadar tüm sorunlar örgütlenmenin gündemidir.

“Benim sorunum” denilen yerde **“bizim sorunumuz”** denmeye başlandığında örgütlenmenin dili değişmeye başlar.

Sendika emekçi adına konuşan uzak bir kurumdan, emekçinin kendi sözünü kolektif bir güce dönüştür-

düğü bir örgüte dönüştüğü ölçüde güçlenir. Örgütlü olmak tam da budur: Kendi hayatının ve çalışma koşullarının **seyircisi olmaktan çıkıp** onları değiştirecek kolektif iradenin parçası olmak.

Sağlık Emeginden Sağlık Hakkına

Sağlık emekçilerinin örgütlenmesinin en güçlü toplumsal dayanağı, onların çalışma koşullarıyla toplumun sağlık hakkının birbirinden ayıramamasıdır. Sağlık emekçisinin baktığı hasta sayısının artması onun çalışma koşullarını ağırlaştırmakla kalmaz, hastanın aldığı **sağlık hizmetinin niteliğini** de zedeler.

Bir hekimin birkaç dakikada hasta bakmaya zorlanması hekimin iş yükünü artırmakla kalmaz, toplumun nitelikli sağlık hizmetine ulaşmasını da engeller. Personel eksikliği, uzun nöbetler, performans baskısı ve güvencesiz çalışma aynı anda hem sağlık emekçisini hem sağlık hizmetini aşındırır.

Bu nedenle sağlık emekçilerinin mücadelesini yalnızca “özlük hakları” başlığına sıkıştırmak mümkün değil. Ücret, çalışma süresi, güvenceli istihdam, yeterli personel ve insanca çalışma koşulları için verilen mücadele aynı zamanda **nitelikli, eşit ve kamusal sağlık hizmeti için verilen mücadeledir.**

Sağlık emekçisinin iyi çalışma koşulları ile yurttaşın iyi sağlık hizmeti alma hakkı yan yanadır.

Sağlık hizmetini her gün kendi emeğiyle üretenlerin kamucu sağlık mücadelesinin merkezinde olması gerekir.

Dönüşüme Karşı Başka Bir Yol

Sağlıkta dönüşüm programı yaklaşık çeyrek yüzyıldır kurumları, çalışma biçimleri ve ilişkileri biçimlendirirken sağlık emekçisini de biçimlendirmeye çalıştı: Daha fazla çalışan, daha fazla performans göstermesi beklenen, daha güvencesiz, daha yalnız ve kendi meslektaşıyla daha fazla rekabet eden bir sağlık emekçisi. Bu nedenle sağlıkta dönüşüme karşı mücadele **yalnızca geçmişte sahip olunan hakları koruma mücadelesi** olamaz. Başka bir sağlık düzeninin toplumsal gücünü de bugünden yaratmak gerekir.

Bugün sağlık alanında dağınıklık, yorgunluk, umutsuzluk ve örgütlerden uzaklaşma var.

Ama aynı koridorlarda yürüyen, aynı nöbetleri tutan, aynı şiddet tehdidini yaşayan, aynı performans baskısıyla çalışan yüz binlerce insan da var. Piyasanın parçaladığı yerde kolektif emek birleştiriyor, piyasanın yalnızlaştırdığı yerde ortak sorunlar yeni dayanışmaların imkanını yaratıyor.

Gün hekimin hemşireyle, hemşirenin teknisyenle, sağlık emekçisinin hasta ve yurttaşla ortaklığını yeniden kurma, mesleki farklılıkların üzerine ortak sınıfsal talepleri yerleştirme, **sendikaları emekçilerin gündelik hayatının gerçek mücadele zemini kılma günüdür.**

Sağlıkta gerçek bir dönüşüm olacaksa bu kez yönü piyasadan kamuya, rekabetten dayanışmaya,

güvencesizlikten güvenceye, yalnızlıktan örgütlülüğe doğru olacak. Bu dönüşümün gücü de sağlık hizmetini her gün yeniden üretenlerin yan yana gelmesinden doğacak. Çünkü sağlık emekçisinin yalnızlığı piyasanın sonucudur, yan yana gelişi ise kamucu sağlığın başlangıcıdır.

"Cumhuriyet düşüncesi; yüksek insani vasıflara, fazilete dayanan bir idaredir."

K. Atatürk

CUMHURİYETE VE EMEĞİNE
SAHİP ÇIKMAK İÇİN...

**GENEL SAĞLIK-İŞ'TE
ÖRGÜTLEN!**





**GENEL
SAĞLIK-İŞ**

Genel Sağlık ve Sosyal Hizmet
Kolu Kamu Çalışanları Sendikası

genelsaglikis.org.tr

BEĞEN - PAYLAŞ TAKİP ET

NEDEN GENEL SAĞLIK-İŞ?

İnsan onuruna yaraşır iş ve yaşam koşulları için



Sağlık emekçilerinin saygınlığını yeniden kazanmak için



En düşüğü yoksulluk sınırının üstünde tek kalem maaş için



Sağlık emekçilerine yönelik şiddetin son bulması için



Maddi kaygılardan uzak, yıllık izin kullanabilmek için



Sağlık emekçilerinin göçünü engellemek için



**ÜYE OL,
GÜÇLÜ
OL!**

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN HALK SAĞLIĞI ALANINA ETKİLERİ



PROF. DR. BÜLENT KILIÇ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

Türkiye’de 2003 yılından itibaren uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık sisteminin örgütlenmesi, finansmanı ve hizmet sunumunda kapsamlı değişikliklere yol açmıştır.

Programın uygulandığı dönemde **özel sağlık** sektörünün sağlık sistemi içindeki ağırlığı artmış; sağlık kaynaklarının önemli bir bölümü **tedavi edici hizmetlere** yönelmiş; buna karşılık birinci basamak sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetlerinin yeterince güçlendirilemediği görülmüştür.

Sağlık Bakanlığı ise SDP döneminde temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler sağlandığını ve programın başarılı olduğunu savunmuş; buna karşılık, başta Türk Tabipleri Birliği ve sağlık alanındaki emek örgütleri olmak üzere çeşitli kurumlar SDP’nin sonuçlarına yönelik eleştiriler geliştirmiştir.

SDP’nin halk sağlığı alanındaki

başlıca etkileri aşağıda beş başlık altında değerlendirilmektedir.

1. Aile Hekimliği Uygulamasının Sınırlılıkları

2004 yılında kabul edilen Aile Hekimliği Kanunu sonrasında Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde **bölge tabanlı sağlık ocağı** modelinden **liste tabanlı aile hekimliği modeline** geçilmiştir. Yeni modelde koruyucu sağlık hizmetlerinin sorumluluğu aile hekimliği birimleri ile toplum sağlığı merkezleri arasında paylaştırılmıştır.

Bununla birlikte, koruyucu hizmetlerin bir bölümünün performans göstergeleriyle sınırlandırılması ve hizmetlerin değerlendirilmesinde **hasta memnuniyetinin öne çıkarılması**, toplum yönelimli birinci basamak yaklaşımı açısından tartışmalara neden olmuştur.

Her iki sistem (sağlık ocağı ve aile hekimliği) döneminde de çalışmış sağlık personelinin görüşlerini inceleyen araştırmalarda, aile hekimliği uygulamasının **ekip çalışması, topluma yönelik hizmet sunumu, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ev ziyaretleri, çevre sağlığı ve aile planlaması hizmetleri** bakımından önemli sınırlılıklar taşıdığı, kırsal bölgelerde yaşayanların laboratuvar olanakları, saha ziyaretleri ve ulaşım gibi hizmet bileşenlerinde sorunların arttığı belirtilmiştir.

Çağdaş birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden biri, hizmetlerin multidisipliner bir ekip anlayışıyla sunulmasıdır. Aile hekimliği modelinde ise hizmet sunumunun büyük ölçüde **hekim merkezli** biçimde örgütlenmesi ve ekip yapısının iki kişiyle sınırlı kalması, kapsamlı ve toplum yönelimli birinci basamak yaklaşımının uygulanmasını güçleştirmiştir.

2. Halk Sağlığı Hizmetlerinde Entegrasyon Sorunu

Türkiye sağlık sisteminin önemli yapısal sorunlarından biri, aile hekimliği sistemi ile halk sağlığı hizmetleri arasındaki entegrasyonun yetersizliğidir. Sağlık ocağı sisteminin yerine uygulamaya konulan aile hekimliği modeli, ağırlıklı olarak **bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin** sunulduğu bir yapı

göstermektedir. Buna karşılık topluma yönelik halk sağlığı hizmetleri büyük ölçüde ilçe sağlık müdürlükleri bünyesinde yürütülmekte ve aile hekimliği hizmetleriyle yeterince bütünleştirilememektedir.

Bu ikili yapı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde işlevsel bir ayrışmaya yol açmakta; özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kanser taramaları, çevre sağlığı, okul sağlığı ve iş sağlığı gibi alanlarda koordinasyon ve hizmet sürekliliği sorunları yaratabilmektedir.

Aile hekimlerinin rolünün ağırlıklı olarak bireysel hasta izlemi üzerinden şekillenmesi, toplumun sağlık gereksinimlerinin nüfus temelli ve bütüncül biçimde değerlendirilmesini zorlaştırmakta ve koruyucu hizmetler açısından kaçırılmış fırsatlara yol açabilmektedir.

Etkili halk sağlığı politikalarının geliştirilebilmesi için sağlık yöneticilerinin **nüfus temelli bir bakış açısına**, sağlık verilerini analiz edebilecek epidemiyolojik yetkinliğe ve kanıta dayalı karar verme kapasitesine sahip olması gerekir.

Mevcut yapı değerlendirildiğinde, aile hekimliği ile halk sağlığı hizmetlerinin **entegrasyonunu** güçlendiren, disiplinler arası ve nüfus temelli bütüncül bir yaklaşımın geliştirilmesine gereksinim olduğu görülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması için görev ve sorumlulukların daha iyi bütünleştirilmesi ve toplum temelli, veriye dayalı bir sağlık politikası yaklaşımının benimsenmesi önem taşımaktadır.

3. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları ve Özlük Haklarına İlişkin Sorunlar

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının sözleşmeli statüde istihdam edilmesi, SDP dönemindeki çalışma ilişkileri bakımından önemli değişikliklerden biridir.

İlgili mevzuatta aile hekimlerine sağlık hizmetleri ve destek hizmetleri için personel çalıştırma ya da hizmet satın alma olanağı tanınması, aile hekimlerini aynı zamanda işveren konumuna getirmiştir. Ayrıca aile hekimlerinin hizmet sundukları binaları kamudan kiralayabilmeleri, kamu binasının bulunmadığı yerlerde ise özel binaların kiralanması, birinci basamak **hizmet sunumuna işletmecilik boyutu eklemiştir.**

Kamu hastanelerinde ise döner sermaye bütçesi üzerinden hizmet başına ödemeye dayalı performans sistemi uygulanmaya başlanmıştır. TTB Etik Kurulu tarafından yürütülen bir araştırmada, katılımcıların %80'i performansa dayalı ücretlendirme nedeniyle **çalışanlar arası rekabetin** arttığını belirtmiştir.

Bu bulgular, **performansa dayalı ödeme sistemlerinin** sağlık çalışanları arasındaki iş birliği ve mesleki dayanışma üzerindeki etkilerinin dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

4. Kamu-Özel Ortaklığı ve Şehir Hastaneleri

Kamu-özel ortaklığı (KÖO) modeli, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve altyapı yatırımlarında özel sektörün rolünü artıran önemli SDP uygulamalarından biridir.

Sağlık Bakanlığı bütçesinden şehir hastanelerinin kira giderleri için ayrılan tutar Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık %10'una karşılık gelmekte olup, sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği açısından ciddi bir baskı oluşturmaktadır.

Şehir hastaneleri modelinde kamuya ait taşınmazların uzun süreli olarak yüklenici şirketlere tahsis edilmesi ve Sağlık Bakanlığının bu şirketlere kullanım ve hizmet bedelleri ödemesi, kamu bütçesi açısından **uzun dönemli mali yükümlülükler** oluşturmuştur.

5. Sağlık Eşitsizliklerinin Sürmesi ve Derinleşmesi

Türkiye’de halk sağlığı açısından en önemli sorunlardan biri, bölgeler ve toplumsal gruplar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin sürmesidir.

Bebek ve çocuk ölümlerinde ülkenin farklı bölgeleri arasında **üç-dört kata ulaşabilen** farklılıkların bulunması, sağlık hizmetlerine erişimin yanı sıra gelir, eğitim, istihdam ve yaşam koşulları gibi sağlığın sosyal belirleyicileri bakımından da önemli yapısal eşitsizliklere işaret etmektedir.

Eşitsizliklerin önemli bir diğer boyutu toplumsal cinsiyet eşitsizlikleridir.

Kadına yönelik şiddetin yaygınlığı ve kadınların istihdama katılımındaki sorunlar, kadın sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen temel sosyal belirleyiciler arasındadır.

SDP döneminde aile planlaması hizmetlerinin zayıflaması, **en az üç**

çocuk söyleminin politika düzeyinde öne çıkması, istemli düşük hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler ve kadın izlemelerindeki azalma, üreme sağlığı ve üreme hakları açısından tartışmalı alanlar oluşturmuştur. Anne ve bebek ölüm hızlarının Avrupa ülkeleriyle karşılaştırılması yapıldığında SDP sonuçlarının iddia edilen başarıyı getirmediği görülmektedir.

Sonuç

SDP, Türkiye sağlık sisteminde hizmet sunumu, finansman, örgütlenme ve sağlık çalışanlarının çalışma biçimleri açısından köklü değişiklikler yaratmıştır. Bununla birlikte, programın halk sağlığı açısından değerlendirilmesi yapıldığında **sağlık eşitsizliklerinin arttığı**, birinci basamağın niteliğinin gelişmediği, koruyucu hizmetlerin azaldığı, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının güçleştiği, toplum katılımı ve sağlık sisteminin nüfus temelli gereksinimlere yanıt verme kapasitesinin de iyileşmediği görülmektedir.

Türkiye’nin doğu’da beklenen yaşam süresi, bebek ve anne ölümleri ile bazı bulaşıcı hastalık göstergeleri bakımından **AB ve OECD ülkeleri içindeki kötü konumu**, sağlık politikalarının başarısının yalnızca söylemler ve hizmet kullanım göstergeleriyle değil, ölçülebilir sağlık sonuçları ve eşitsizliklerin azaltılması üzerinden değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Kaynaklar: Bülent Kılıç. “Türkiye’de 2020-25 Döneminde Uygulanan Sağlık Politikalarının Analizi.” *Türkiye Sağlık Raporu 2025* içinde (s. 3-24). HASUDER Yayınları, Nobel Yayınevi, Ankara, 2025

Çevik C, Kılıç B. Change from health center to family physician period in Turkish health system: a qualitative study. *International Journal of Health Planning and Management*. 29 June 2018, e1022-1036.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE HEKİM GÖÇÜ



DOÇ. DR. MEHMET ATILLA GÜLER

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

Türkiye’den hekim göçünü daha yüksek ücret, daha iyi kariyer ya da kişisel gelecek arayışıyla açıklamak, son yirmi yılda sağlık hizmetinin örgütlenmesinde ve hekim emeğinde yaşanan dönüşümü gözden geçirir. Göç, giderek daha fazla hekim için **tekil bir tercih olmaktan çıkıp** çalışma rejimine, mesleki özerkliğe, güvenliğe ve gelecek kurma kapasitesine ilişkin bir hükme dönüşmektedir.

Bir sonuç olarak hekim göçü

Türkiye’de hekim göçü son birkaç yılda kamusal tartışmanın en görünür sağlık başlıklarından biri haline geldi. Konu çoğu zaman iyi hal belgesi başvurularının sayısı, tıp öğrencilerinin yurt dışında çalışma eğilimi ya da Almanya başta olmak üzere belirli ülkelerde çalışan Türk hekimlerin artışı üzerinden tartışılıyor.

Bu göstergeler önemlidir ancak tek başına bize hekimlerin neden gitmek istediğini, daha önemlisi gitme düşüncesinin hangi koşullarda fiilî bir göç kararına dönüştüğünü anlatmaz. Son dönemdeki araştırmalar kötüleşen çalışma koşulları, ağır iş yükü, ücret aşınması, sağlıkta şiddet, ekonomik gelecek belirsizliği ve mesleki saygınlık kaybı etrafında belirgin bir ortaklaşmaya işaret etmektedir¹.

Bu yazıda hekim göçünü, Türkiye’de sağlık hizmetinin son yirmi yılına damgasını vuran **Sağlıkta Dönüşüm** sürecinin hekim emeği üzerindeki etkileriyle birlikte ele alıyorum. Almanya’da çalışan 17 hekimle yapılan derinlemesine görüşmelerin gösterdiği temel nokta, göç kararının ani bir tepki olmadığıdır. Katılımcıların anlatılarında göç; kurumsal öngörülemezlik, performans ve hız baskısı, sağlıkta şiddet, mesleki saygınlık kaybı,

¹ bkz. Aydan, 2023; Eser vd., 2023; Ünlütürk, 2023; Yetişkin ve Uyanık, 2026.

gelir yetersizliği, kariyer ufkunun daralması ve iş-yaşam dengesinin bozulması gibi deneyimlerin zaman içinde birikmesiyle oluşan bir kopuş süreci olarak ortaya çıkmaktadır.

**Bu nedenle Sağlıkta
Dönüşüm ile hekim göçü
arasında kurulacak ilişkiyi
basit bir neden-sonuç
şemasına indirgemek doğru
değildir.**

Hekim göçünün ekonomik kriz, siyasal belirsizlik, uluslararası sağlık işgücü talebi, bireysel ve ailevi gelecek tasarımları gibi çok sayıda belirleyeni vardır. Bununla birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kurduğu çalışma rejimi, daha sonraki ekonomik ve toplumsal aşınmalarla birleşerek göç kararını besleyen **yapısal zeminin önemli bileşenlerinden biri** haline gelmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm: erişim genişlerken emek süreci nasıl değişti?

2003 sonrasında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin

örgütlenmesinde kapsamlı bir yenisinden yapılanmayı temsil etti.

Sağlık hizmetlerine erişimin genişlemesi, sigorta kapsamının bütünlleştirilmesi, hastane ve poliklinik kullanımının artması programın en görünür sonuçları arasındaydı. Bu gelişmeler, sağlık hizmetine ulaşım bakımından önemli bir genişleme yarattı. Fakat sağlık politikasını yalnızca hizmete erişim göstergeleriyle değerlendirmek, bu genişlemenin hangi emek rejimi üzerinden üretildiği sorusunu görünmez kılar.

Dönüşümün hekim emeği bakımından belirleyici unsurları performansa dayalı ödeme, hizmet çıktılarının ve hasta sayılarının öne çıkması, sevk zincirinin kaldırılması, hastane işleyişinin giderek daha fazla nicel göstergelerle değerlendirilmesi ve yönetsel denetimin artmasıdır.

Eleştirel sağlık politikası yazınında bu dönüşüm iş yükünün artması, mesleki özerkliğin daralması, hasta-hekim ilişkisinin değişmesi ve şiddete açık bir gerilim zemininin oluşması üzerinden tartışılmıştır².

Buradaki temel mesele, hekimlerin daha çok çalışması değildir. Hekimlik tarihsel olarak **yoğun emek**, yüksek sorumluluk ve uzun çalışma süreleri içeren bir meslektir. Sorun, çalışma yoğunluğunun hangi örgütsel mantık içinde kurulduğudur.

² Dedeoğlu, 2009; Yenimahalleli Yaşar ve Uğurluoğlu, 2010; Yücesan-Özdemir, 2016

Hizmet üretiminin hasta sayısı, işlem sayısı, **performans puanı ve hız üzerinden ölçülmesi**; hekimliğin klinik karar, gözlem, dinleme, açıklama, araştırma ve mesleki gelişim gibi zamana ihtiyaç duyan yönleriyle gerilim yaratmaktadır. Bu gerilim, nicelik ile nitelik arasındaki basit bir tercih olmaktan çok hekimliğin mesleki anlamının nasıl kurulduğuna ilişkin bir emek süreci sorunudur.

Performans ve hız baskısı: “iyi hekimlik” için zamanın daralması

Alan araştırmadaki hekim anlatılarında en sık tekrar eden temalardan biri, yoğunluğun zamanla **kalıcı bir hız baskısına** dönüşmesidir. Katılımcılar günlük hasta sayısının artmasını, mesai ve nöbet düzeninin ağırlaşmasını, bürokratik işlerin çoğalmasını ve performans hedeflerinin gündelik pratiğe nüfuz etmesini birlikte anlatmaktadır. Bu deneyimde önemli olan yalnızca fiziksel yorgunluk değildir. Hekim, mesleğin gerektirdiğini düşündüğü bakım ile kurumun kendisinden talep ettiği çıktı arasında sıkışmaktadır.

Bu durum Sağlıkta Dönüşüm tartışmasının merkezine konulması gereken bir ayrımı gösterir: **Hizmete erişimin artması ile nitelikli hizmet üretiminin koşulları aynı düzlemde değerlendirilemez.**

Bir sistem daha fazla başvuruya cevap verebilir, daha fazla muayene ve işlem üretebilir. Fakat bu artış hekim başına düşen zamanı, karar özerkliğini ve bakımın niteliğini aşındırıyorsa erişim genişlemesinin maliyeti sağlık emekçilerine aktarılmış olur. Hekim göçü de bu maliyet aktarımının uzun vadeli **sonuçlarından biri** olarak okunmalıdır.

Bu noktada ücret meselesinin de salt gelir düzeyi olarak ele alınmaması gerekir. Görüşmelerde ücret yetersizliği önemli bir tema olmakla birlikte, asıl vurgunun emek, sorumluluk ve karşılık arasındaki dengenin bozulmasına yapıldığı görülmektedir. Uzun eğitim, yüksek mesleki risk, nöbet, şiddet ihtimali ve ağır iş yükü karşısında gelirin reel olarak aşınması, bir yandan yaşam standardını düşürürken diğer yandan emeğin toplumsal ve kurumsal olarak değer görmediği algısını da güçlendirir.

Şiddet, itibarsızlaşma ve kurumsal güvensizlik

Hekim göçünü besleyen ikinci güçlü hat **sağlıkta şiddettir**. Şiddetin önemi, salt gerçekleşen saldırıların sayısı ile değerlendirilemez. Katılımcı anlatıları şiddetin sürekli bir ihtimal olarak çalışma ortamına yerleştiğini, bu ihtimalin hekimliğin gündelik icrasını tedirginlik içinde sürdürmeye yol açtığını göstermektedir.

Böyle bir ortamda güvenlik, kişisel bir korunma meselesi olmaktan çıkar ve kurumun çalışanını ne ölçüde koruduğuna ilişkin bir güven testine dönüşür.

Hasta-hekim ilişkisindeki dönüşüm de bu çerçevede önemlidir. Sağlık hizmetinin tüketici memnuniyeti, hızlı erişim ve yüksek hizmet hacmi üzerinden kurulması, hekimin mesleki otoritesini demokratikleştirmekten farklı bir biçimde, klinik bilginin değersizleştiği bir ilişki üretebilir. Hekimin kararının sürekli sorgulandığı, hizmet alanın beklentisinin sınırsızlaştırıldığı ve sistemin yarattığı aksaklıkların yüz yüze gelen sağlık çalışanına yöneldiği koşullarda **mesleki saygınlık aşınır.**

Mesleki saygınlık kaybı burada **sembolik bir hoşnutsuzluk** olarak görülemez. Hekimin klinik kararıyla, kurumsal hiyerarşiyle, hasta beklentileriyle ve şiddet riskiyle kurduğu ilişkinin tamamını etkiler. Ünlütürk'ün (2023) hekim emeğinin proleterleşmesi bağlamında dikkat çektiği süreç de tam olarak bu noktada önem kazanır: Mesleki özerklik daralırken hekim giderek daha fazla **yoğunlaştırılmış iş sürecinin, yönetsel denetimin ve performans ölçümünün nesnesi** haline gelir.

Göç kararı: tek bir kriz değil, birikimli kopuş

Almanya'da çalışan 17 hekimle yapılan görüşmeler, göç kararının çoğunlukla tek bir olayın ardından verilmediğini göstermektedir. Bir saldırı, bir ücret kaybı, bir nöbet ya da bir yönetsel çatışma kararın eşliğini hızlandırabilir ancak asıl belirleyici, farklı alanlardaki aşınmaların birbirini güçlendirmesidir.

Kurumsal belirsizlik güvenlik kaygısını, güvenlik kaygısı mesleki tükenmişliği, ekonomik aşınma gelecek kaygısını, kariyer olanaklarının daralması ise kalma kararının anlamını zayıflatmaktadır.

Bu nedenle hekim göçünü 'itici faktörler' listesine indirgemek de yetersizdir. Görüşmelerde ortaya çıkan tabloyu bir 'negatif değer alanı' olarak düşünmek daha açıklayıcıdır. Türkiye'de hekimlik giderek daha zor, daha yıpratıcı ve daha az öngörülebilir bir mesleki hayat olarak anlamlandırıldığında, göç artık daha iyi bir ücret arayışı olmaktan çıkar. **Kalmanın maliyetinin gitmenin maliyetini aştığı** bir eşikte, başka bir ülkede yeniden konumlanma stratejisine dönüşür.

Bu anlatı, göçün kariyer boyutunun da doğru okunmasını gerektirir. Hekimlerin başka bir ülkede bilimsel çalışma, uzmanlaşma ya da akademik gelişim olanakları araması, basit bir bireysel yükselme arzusu değildir.

Kaynak ülkede mesleğin bilimsel ve insani yönlerinin geri plana itildiği düşünülüyorsa, kariyer arayışı aynı zamanda hekimliği yeniden mesleğin kendi normlarına uygun biçimde yapabilme talebidir.

Almanya'yı çekici kılan ne? Daha az çalışma değil, öngörülebilirlik

Araştırmanın en dikkat çekici bulgularından biri, Almanya'nın katılımcılarından tarafından **kusursuz bir çalışma ortamı olarak tasvir edilmemesidir**. Hekimler orada da yoğun çalıştıklarını, bürokrasiyle, dil ve kültürel uyumla, kimi zaman yalnızlıkla karşılaştıklarını açıkça ifade etmektedir.

Farkı yaratan unsur,
sorunların tamamen
ortadan kalkmasından öte
kuralların öngörülebilir,
rollerin daha belirgin ve
itiraz mekanizmalarının
işler olmasıdır.

Bu karşılaştırma bizi önemli bir politika sonucuna götürmektedir. Hekim göçünü durdurmak için hedef ülkelerle ücret rekabetine girmek yeterli değildir. Ayrıca araştırma bulguları, meselenin ücret farkından daha geniş olduğunu göstermektedir. Kurumsal güven, mesai ve nöbet sınırlarının öngörülebilirliği, bilim-

sel gelişim için zaman, hiyerarşinin niteliği, çalışanı koruyan mekanizmaların işlerliği ve **sorunların çözülebilir olduğuna dair inanç**, göç kararında en az gelir kadar belirleyici hale gelebilmektedir.

Dil, denklik ve bürokrasi gibi başlangıçta güçlü engellerin zamanla **yönetilebilir maliyetlere dönüşmesi** de göçün neden hızla normalleşebildiğini açıklamaktadır. Daha önce göç etmiş meslektaşların deneyim paylaşımı, başvuru süreçlerinin standartlaşması ve bilgi ağlarının gelişmesi, gitme fikrinin belirsizliğini azaltmaktadır.

Bir hekimin çevresinde gidenlerin sayısı arttıkça göç radikal bir kopuş olmaktan çıkarak uygulanabilir bir meslek ve yaşam stratejisine dönüşmektedir.

Giden neden dönüyor?

Hekim göçü tartışmalarında sıkça gözden kaçan noktalardan biri göç sonrası deneyimdir. Göç kararı verildiğinde süreç bitmez; tersine yeni çalışma ortamında karar yeniden değerlendirilir. Araştırmadaki katılımcılar Almanya'daki çalışma yaşamını idealize etmemekle birlikte yoğunluk ile tükenmişlik arasında belirgin bir ayırım yapmaktadır. Kuralların, çalışma sürelerinin ve sorumluluk sınırlarının daha açık olduğu bir ortamda **yorgunluk sürmekte**, ancak sürekli tedirginlik ve kontrol kaybı hissi azalmaktadır.

Bu nedenle geri dönüş için mali teşvik önermek çoğu durumda yetersiz kalacaktır. Göç sonrası kurulan mesleki ağlar, çocukların eğitim düzeni, gündelik yaşam ve kurumsal güven duygusu zamanla **geri dönüş maliyetini yükseltir**. Daha önemlisi, hekim göç kararını geriye dönük olarak doğru bulmaya başladığında, kaynak ülkedeki koşullar yapısal olarak değişmedikçe geri dönüşün gerekçesi zayıflar.

Kamucu sağlık politikası açısından ne yapılmalı?

Hekim göçünü bir insan kaynağı açığı olarak görmek gerekir. Fakat eksilen hekim sayısını yeni tıp fakülteleri, daha fazla kontenjan ya da kısa vadeli istihdam önlemleriyle tamamlamak da yetersizdir. Bir sağlık sistemi yetiştirdiği nitelikli emeği elde tutamıyorsa sorun eğitim kapasitesinden önce çalışma rejiminin sürdürülebilirliğindedir.

Nitekim sağlık işgücünün sürdürülebilirliği eğitim, istihdam, dağılım, elde tutma ve mesleki gelişim politikalarının **birlikte işlemesini** gerektirir³.

Kamucu bir sağlık politikası bu nedenle hekim göçünü bireylerin sadakati, fedakârlığı ya da ülkeye bağlılığı üzerinden tartışamaz.

Kamusal olarak yetişmiş bir hekimin başka bir ülkeye gitmesi toplum açısından ciddi bir kaynak kaybıdır ancak bu kaybın sorumluluğunu göç eden hekime yüklemek, göçü üreten kurumsal koşulları görünmez kılar.

Asıl soru, kamunun yetiştirdiği sağlık emekçilerine neden kamusal bir sağlık sistemi içinde sürdürülebilir, güvenli ve saygın bir mesleki yaşam sunamadığıdır.

Bu çerçevede **ilk ihtiyaç, performans ve hizmet hacmi merkezli çalışma rejiminin yeniden değerlendirilmesidir**. Hasta sayısının ve işlemin tek başına başarı göstergesine dönüşmediği; muayene için yeterli zamanın, klinik karar özerkliğinin, ekip çalışmasının ve bakım kalitesinin ölçüldüğü bir örgütlenme gerekir.

İkinci olarak sağlıkta şiddet, çalışanı kurumsal olarak koruyan ve hizmetin örgütlenmesinden kaynaklanan gerilimleri azaltan bir politika alanı olarak ele alınmalıdır.

Üçüncü olarak ücret politikası öngörülebilir, emekliliğe yansıyan ve değişken performans ödemelerine bağımlılığı azaltan bir yapıya kavuşturulmalıdır.

³ WHO, 2010

Dördüncü olarak liyakate dayalı kariyer, bilimsel gelişim, uzmanlaşma ve akademik üretim olanakları güçlendirilmelidir.

Son olarak hekimlerin sağlık politikası ve kurum yönetimi üzerindeki söz hakkı artırılmalı, mesleki özerklik sağlık hizmetinin niteliğinin bir unsuru olarak korunmalıdır.

Bunlar hekimler için talep edilen mesleki ayrıcalıklar değildir. Hekimin hastasına yeterli zaman ayırabilmesi, şiddet korkusu yaşamadan klinik karar verebilmesi, dinlenebilmesi, bilgisini güncelleyebilmesi ve geleceğini öngörebilmesi doğrudan doğruya toplumun aldığı sağlık hizmetinin niteliğini belirler.

Hekim emeğinin korunması ile kamusal sağlık hizmetinin korunması bu nedenle aynı politika sorununun iki yüzüdür.

Sonuç: Göçü üreten sistemi konuşmak

Türkiye’den hekim göçü, sağlık sisteminin son yıllarda karşı karşıya kaldığı en önemli insan gücü sorunlarından biridir. Ancak bu sorunu salt kaç hekimin gittiği üzerinden izlemek, göçün gerisindeki yapısal dönüşümü eksik bırakır.

Alan araştırmasının gösterdiği üzere, **göç kararı çoğu hekim için tek bir hoşnutsuzluğun sonucu değildir.** Performans baskısı, ağır iş yükü, kurumsal öngörülemezlik, şiddet, mesleki saygınlığın aşınması, gelir kaybı, kariyer ufkunun daralması ve iş-yaşam dengesinin bozulması zaman içinde birbirini beslemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı bu tabloyu tek başına açıklamaz. Buna karşın hekim emeğini hizmet hacmi, performans ve hız üzerinden yeniden örgütleyen yapısı, bugünkü göç eğiliminin anlaşılmasında vazgeçilmez bir tarihsel ve kurumsal arka plan sunar. Ekonomik kriz ve toplumsal belirsizlik bu zemine eklendiğinde, hekimlik bazıları için giderek daha az sürdürülebilir bir mesleki yaşama dönüşmektedir.

Dolayısıyla hekim göçünü yavaşlatmanın yolu ‘gitmeyin’ çağrılarından, tek seferlik mali teşviklerden ya da daha fazla hekim yetiştirmekten geçmiyor. Kurumsal öngörülebilirliği güçlendiren, sağlıkta şiddete karşı etkili koruma sağlayan, çalışma yükünü azaltan, mesleki özerkliği koruyan, liyakate dayalı kariyer olanakları yaratan ve hekimliğin toplumsal saygınlığını onaran bir kamusal sağlık düzenine ihtiyaç var. Aksi halde göç, sağlık sisteminin kendi işleyişi içinde yeniden ürettiği kalıcı bir yönelim olarak devam edecektir.

Kaynaklar

- Aydan, S.** (2023). Hekim göçü açısından Türkiye'nin çalışma koşullarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 895-920.
- Dedeoğlu, N.** (2009). Dünya Sağlık Örgütü ve sosyal haklar. *I. Uluslararası Sosyal Haklar Kongresi Kitabı* içinde (ss. 194-198). Belediye-İş Sendikası Yayınları.
- Eser, E., vd.** (2023). Push and pull factors of why medical students want to leave Türkiye: A countrywide multicenter study. *Teaching and Learning in Medicine*.
- Filiz, M., Karagöz, M. B., & Karagöz, N.** (2022). Tıp fakültesi öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(27), 679-692.
- Forcier, M. B., Simoens, S., & Giuffrida, A.** (2004). Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health*, 2, 12.
- Toyin-Thomas, P., vd.** (2023). Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970-2022: A systematic review. *BMJ Global Health*, 8, e012338.
- Ünlütürk, Ç.** (2023). Sağlık hizmetleri dönüşürken hekim emeği nasıl dönüştü: Proleterleşme, şiddet ve göç. *Çalışma ve Toplum*, 4(79), 3311-3332.
- Ünlütürk, Ç.** (2026). Neoliberal sağlık krizinin gölgesinde küresel hekim göçü zinciri. *Mülkiye Dergisi*, 50(1), 1-29.
- World Health Organization.** (2010). WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel.
- Yenimahalleli Yaşar, G., & Uğurluoğlu, G.** (2010). Neoliberalizm, küreselleşme ve sağlık. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 1-10.
- Yetişkin, Y., & Uyanık, Y.** (2026). Türkiye'den yurtdışına hekim göçü: Göç eden ve göç etmeyen hekimlerin iten faktör algılarının karşılaştırmalı analizi. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 61(1), 713-734.
- Yücesan-Özdemir, G.** (2016). Dönüşümün köşe taşları: Kamu hizmeti ve sağlık emek süreci. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, (2), 8-11.



SOSYAL DEVLETİN ÜÇLÜ YAPISINDAN PİYASACI ÇALIŞMA REJİMİNE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK EMEKÇİLERİ



PROF. DR. O. ALP ERGÖR

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, HALK SAĞLIĞI AD
RİSK YÖNETİMİ DERNEĞİ (RISKYÖN)

Son otuz beş yıl içinde Türkiye sağlık sisteminde yaşanan dönüşümü yalnızca sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi üzerinden değil, çalışma yaşamı, emek piyasası ve sosyal politika araçlarıyla birlikte değerlendirmek daha açıklayıcıdır.

Kapitalist sistemin 1970'lerden itibaren yaşadığı krizlere verilen **neo-liberal yanıt**, kamu hizmetlerini de piyasa ilkeleri doğrultusunda yeniden düzenlemeyi hedeflemiştir.

Türkiye'de bu sürecin sağlık alanındaki hazırlıkları Dünya Bankası'nın 1987'de başlattığı ve 1990'da yürürlüğe giren Birinci Sağlık Projesi ile başlamış; **2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile kurumsal bir nitelik kazanmıştır.**

2007'de **224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un** fiilen işlevsizleşmesi, 2011'de 663 sayılı Kanun

Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ve 2017'de ilk şehir hastanelerinin açılması bu dönüşümün temel kilometre taşlarıdır. Böylece sağlık yalnızca örgütsel olarak değil, **emek süreçleri** bakımından da yeni bir çalışma rejimine taşınmıştır.

Üçlü Yapının Çöküşü

Sağlıkta dönüşümün sağlık sistemi ve emekçileri üzerindeki etkisini irdelerken bir üst katmana çıkıp sosyal devlet ve sosyal politikadaki değişiklikleri irdelemek sorunu daha net görebilmeye yardımcı olabilir.

Sosyal devletin en önemli kurumsal dayanaklarından biri **işçi-işveren-devlet üçlü yapısıdır.** Sistem içinde emeğin "haklarını koruyabilmesi" üçlü yapının dengesine bağlıdır.

Oysa ana hatlarıyla işçi ve memur olarak bölünmüş olan emeğin sendikal gücü zaman içinde giderek azalmış, günümüzde, **resmi verilerle %13 dolayında örgütlü emekten söz edilir** olmuştur.

Toplu iş sözleşmesi kapsamında iş gören emekçiler ise %10'un altındadır. DİSK-AR verileri bu oranların çok daha altında bir gerçekliği sergilemektedir. Bu, kapitalist sistem içindeki sosyal devlet modeline ait bir sosyal politika aracı olan üçlü yapının tümüyle sermaye lehine bozulduğunu göstermektedir.

Emek, sağlıklı çalışma ve yaşama da içinde olmak üzere **temel haklarını savunma gücünü** yitirmiştir.

Yapısal özellikler açısından bakıldığında tam da bu nedenle, "sağlık çalışanının sağlıklı ve güvenli çalışma hakkını savunacak zemin kalmadığı için" liberal-neoliberal politikalara ve dönüşüme karşı çıkmak gerekir.

Emeğin Yapısal Dönüşümden Etkilenişi

Sağlıkta dönüşüm, 2003-2007 arası "hekimini seçme özgürlüğü" olarak tanımlanan ve sağlık sisteminin doğası ile bağdaşmayan bir anlayışla kamuya tanıtılmıştır.

Sağlık hizmetinin örgütlenme ve sunulma biçimi tümüyle değişmiştir. Temel sağlık hizmetleri sunumunun önemi giderek azaltılmış, son derece merkezi bir yönetim anlayışıyla alanda çalışan **sağlık emekçilerinin özerklikleri**, mesleklerini uygulama biçimleri neredeyse zapturapt altına alınmıştır.

İyileştirici sağlık hizmetleri kutsanarak öne çıkarılmış, yapılan iş, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile giderek daha belirgin biçimde **"performans" adı verilen "daha çok hasta hizmeti"** üzerinden ücretlendirilir olmuştur. Bu durum basamaklar ve meslekler arası ücret farkını giderek artırmıştır.

Performans sistemi başlangıçta gelir artışı yaratmış görünse de zaman içinde temel ücretin yerine geçen değişken bir gelir modeline dönüşmüştür. Emekliliğe yansımayan, izin ve hastalık dönemlerinde ödenmeyen performans ödemeleri çalışanların ekonomik güvencesini zayıflatırken; aynı kurum içinde meslekler ve basamaklar arasındaki **gelir eşitsizlikleri** büyümüştür. Daha önemlisi ekip çalışmasının yerini rekabet almış ve iş barışı zarar görmüştür.

Sağlıkta dönüşüm sürecinde bir yandan özel sektör büyürken bir yandan kamu-özel ortaklığı modeliyle istihdam havuzu bölümlere ayrılmıştır. Aile hekimleri kısmen özerk bir statü kazanırken aynı zamanda birlikte çalışacakları sağlık çalışanlarının istihdam sürecinde

işveren vekili sorumluluğu üstlenmişlerdir. Şehir hastaneleri ise 657'ye tabi memurların, 4/D kamu işçilerinin, sözleşmeli personelin ve özel şirket çalışanlarının aynı işyerinde farklı haklarla çalıştığı karmaşık bir emek rejimi yaratmıştır.

Kısırtılmış Sağlık Tüketimi ve Yabancılaşma

Anayasa'da da açık olarak belirtildiği gibi kamu yönetimi, devlet, **yurttaşlarının sağlığını korumakla yükümlüdür.**

Daha fazla hasta bakımı ya da kamu-özel ortaklığında işletilen hastanelerde hasta garantili ihaleler üzerinden süreç yürütülmesi kamunun sağlık açısından Anayasal görevlerinden uzaklaştığını gösterir.

Hasta bakımı odaklı bu anlayış sağlıkta “tüketimi” artırmış, **sağlık hizmeti kullanımını yıllık kişi başı 13'e ulaşılarak OECD içinde ikinci en yüksek sıraya ulaşmıştır. Yıllık acil servis hizmeti kullanımı 140 milyon dolayındadır.**

Sağlık hizmetindeki bu **kısırtılmış tüketim** hizmet sunumunun her aşamasında yoğunluğu artırmış,

hizmet alanlarla sağlık emekçileri arasında gerilime, çatışmaya ve şiddete yol açmıştır. Bu yoğunluk sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmakla kalmamış; hasta ile sağlık emekçisi arasındaki gerilimi de beslemiştir.

Performans baskısı, SABİM ve benzeri şikâyet mekanizmalarının denetim aracı hâline gelmesi ve popülist siyasal söylemler sağlık çalışanlarının **toplumsal itibarını aşındırmış,** sağlık emekçilerini yabancılaşmaya, tükenmişliğe itmiştir.

Sağlıkta dönüşüme sağlık çalışanlarının emeklerinin değerinin toplum gözünde giderek yıpranmasına neden olduğu için karşı çıkmak gerekir.

Sağlık Emekçilerinin İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmeti Alma Hakkı 6331 Sayılı Kanun ve 13 Yıllık Erteleme

Sağlık işkolunda hem sorunlar hem de istihdam açısından sağlık emekçileri arasındaki çeşitlilik giderek artmıştır. Özellikle şehir hastaneleri hem 657 sayılı Yasaya bağlı çalışanların hem 4/D kapsamında kamu işçilerinin hem taşeron şirketlerin mavi ve beyaz yakalı işçilerinin çalıştığı alanlar olarak **iş sağlığı ve güvenliği hizmet sunumunu güçleştirmiştir.**

Çok çeşitli tehlikeler ve risklerle karşı karşıya olan sağlık emekçileri hakları olan iş sağlığı ve güvenliği hizmetine çok geç ulaşabilmişlerdir.

Tüm çalışanlara yönelik iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sağlamayı taahhüt eden 155 ve 161 sayılı Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmeleri 2004 yılında Türkiye tarafından imzalanmış, sözleşmeler 2005’de TBMM’den geçerek yasallaşmıştır.

Bununla birlikte, tek parti iktidarına karşın 6331 sayılı Yasa’nın çıkarılması 8 yıl almıştır. Çeşitli sınırlılıklarla yürürlüğe giren 6331 sayılı Yasa çok eleştirilse de çok irdelenmesi gereken “yeni” İş Yasası (4857) emeğin esnek üretim ortam ve koşullarında çalışması için gereken vasatı hazırlamıştır.

Bu konuyu bir başka tartışmaya bırakarak iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin izini sürmekte yarar olacak; **6331’in kamuda uygulanması ertelenmiştir.**

Gerçekte erteleme yalnızca iş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunacak personelin istihdamı ile ilgili maddeleri kapsasa da kötü bir şaka gibi 2025 yılına kadar ardışık ertelemeler sürmüştür. Ülkede (görünürde) tüm emekçilerin iş sağlığı ve güvenliği hizmetine erişmesini hedefleyen

bir yasa çıkarılmış olmasına karşın kamu emekçilerinin bu yasanın sağladığı hizmetlerden yararlanması için TBMM engeli 13 yıl sürmüştür.

Bu tarihsel bir çelişkidir; devlet, özel sektöre zorunlu tuttuğu iş sağlığı ve güvenliği örgütlenmesini **kendi işyerlerinde on üç yıl boyunca uygulamamıştır.** Yaklaşık üç buçuk milyon kamu çalışanı ve bunların önemli bölümünü oluşturan sağlık emekçileri, kapsayıcı olduğu söylenen bir Yasanın kurumsal korumasından fiilen yararlanamamıştır.

Bu gecikmeyle kamunun bizzat kendisi, **sağlık emekçilerinin sağlıklı ve güvenli çalışma hakkını yıllarca ertelemiş;** biyolojik riskler, vardiyalı çalışma, ergonomik yük ve psikososyal tehlikeler altında çalışan emekçileri yeterli kurumsal korumadan yoksun bırakmıştır.

Sonuç

Günümüzde, sağlıkta dönüşüm programının sağlık işkolunda yarattığı tabloya bakıldığında görülen sorunları aşağıdaki 3 temel başlıkta derlemek olasıdır. Bu 3 başlık da “sağlıkta dönüşüm programına sağlık emekçilerinin sağlığı açısından neden karşı çıkılmalı?” sorusu için verilebilecek yanıtların ilk sıralarını oluşturur:

- * Kamunun sosyal politika kavramına yaklaşımında değişimle üçlü yapı temellerinden sarsılmış bunun yanında sağlık çalışanlarının parçalanmış yapısı **sendikal örgütlenmeyi güçleştirmiştir.**

- * **Popülist politikalarla kısıktılan sağlık hizmet kullanımı** emekçilerin iş yükünü artırmış, hizmet alan ve sunan arasındaki gerilimi yükseltmiş, emekçilerin sağlıkta şiddeti körüklemiştir.
- * Sağlık emekçilerin **iş sağlığı ve güvenliğı hizmetine erişimleri** çok gecikmiştir. Sağlık işkolunda iş sağlığı ve güvenliğı açısından “karşılanmayan gereksinimin” ne düzeyde olduğunu ortaya koyan kamusal bir veri yoktur.

Bir çıkış yolu var mı? Elbette, ancak sağlıkta dönüşüm programı bir anda “dönüştürülemeyecektir”.

Dönüşüm siyasal erkin değışimi ile olası görünüyor. Ancak bu süreçte sendikal örgütlenmeler çeşitli araç ve yöntemlerle emeğı korumak için mücadele etmeliler ve edecekler. Bu mücadele yollarından biri ve başta geleni de emeğın sağlık ve güvenliğini bir örgütlenme alanı olarak tanımlayarak çalışmak olmalıdır.

Kaynaklar

- Acar S, Suğur N.** Sağlıkta Dönüşüm Programının kamu istihdam süreçlerine etkileri üzerine bir alan araştırması. *"İŞ, GÜÇ" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 21(4); 47-70; 2019. 
- Başka Bir Sağlık Sistemi Mümkün! Türkiye'ye Özgü Sağlık Sistemi Önerisi. **TTB**, 2025. 
- Yavuz M.** Sağlıkta dönüşüm programı ve toplum sağlığına etkileri. *Toplum ve Hekim*, 30 (2); 83-85, 2015. 
- Çiçeklioğlu M, Şevik İ.** Sağlıkta dönüşüm programı'nın 20. yılında Birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri. *Toplum ve Hekim*, 38 (2); 133-144, 2023. 
- Kart E.** "Sağlıkta Dönüşüm" Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 3; 113-139; 2013. 
- Hamzaoglu O.** Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. *Toplum ve Hekim*, 28 (2); 172-180, 2013. 
- Ameso EA, Prince RJ, Amban E.** Striking health workers Precarity and healthcare in neoliberal Kenya. *ANTHROPOLOGY TODAY*, 38(4); 11-14; 2022. 
- Rotarou ES, Sakellariou D.** Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. *Health Policy* 121 (5) , pp. 495-503. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.03.005 
- Aye B.** Health Workers on the Frontline Struggle for Health as a Social Common. *Development (Rome)*, 10;63(2-4):244-248; 2020. doi: 10.1057/s41301-020-00271-z 
- Staffing Shortages in Public Healthcare: Neoliberal Policy and Its Consequences for Clinicians and Patients. *MISMEDICINE*, March 16, 2026; (Misdiagnosis Association & Research Institute) (Erişim: 10 Ağustos 2026) 
- Neo-liberal policies and relations with public health system, *International Network of Social Clinics (INOSC)*. (Erişim: 10 Ağustos 2026) 
- Etiler N.** (Eds. Lordoglu K, Keskin Demirer D, Siriner İ). The outcomes of neo-liberal policies on health workforce employment. In: *Labour Market & Employment*; 2012

"Cumhuriyet düşüncesi; yüksek insani
vasıflara,
fazilete dayanan bir idaredir."

K. Atatürk

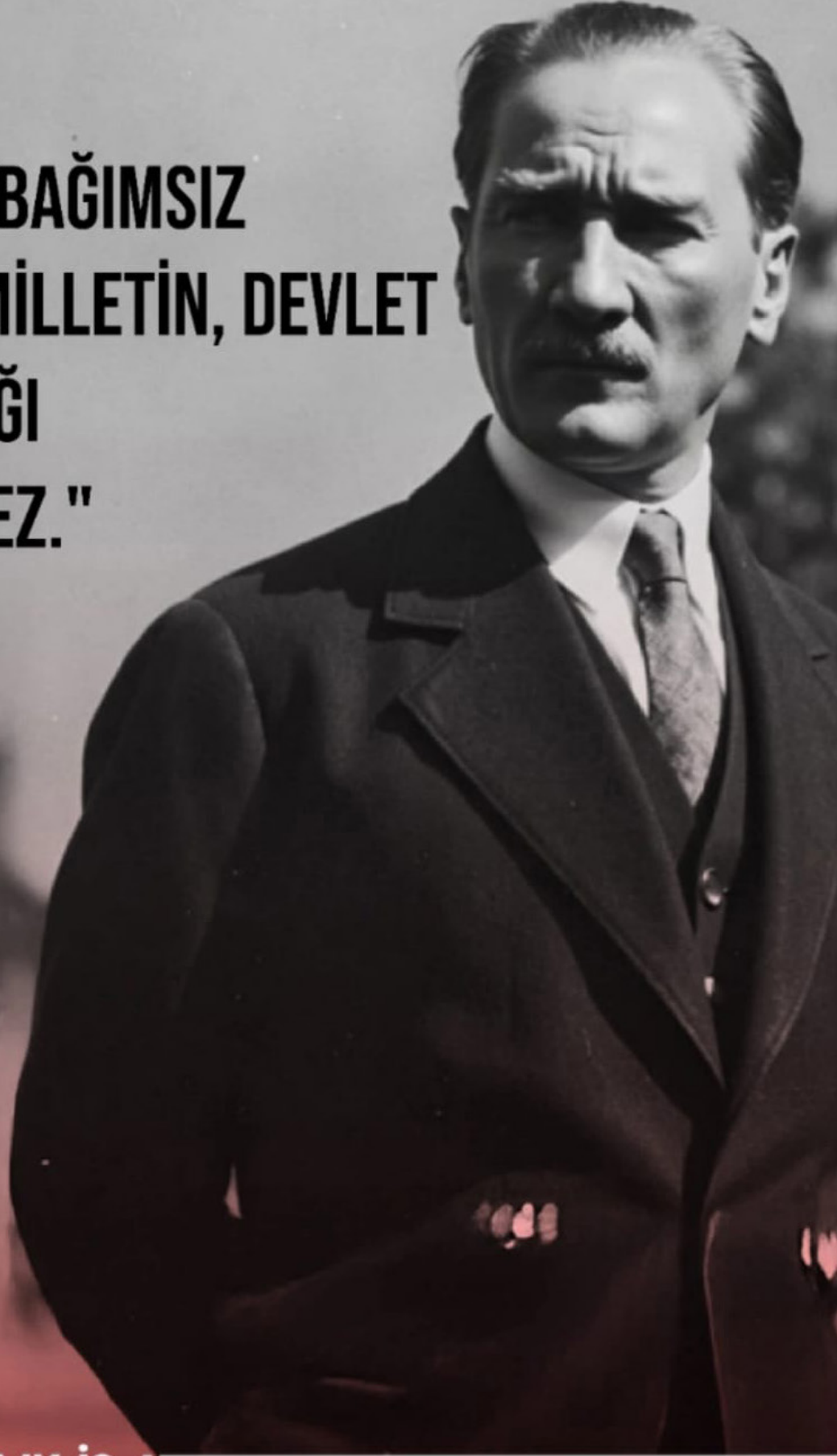
CUMHURİYETE VE EMEĞİNE
SAHİP ÇIKMAK İÇİN...
GENEL SAĞLIK-İŞ'TE
ÖRGÜTLEN!



GENEL SAĞLIK-İŞ
SENDİKASI



**"ADALET GÜCÜ BAĞIMSIZ
OLMAYAN BİR MİLLETİN, DEVLET
HALİNDE VARLIĞI
KABUL EDİLEMEZ."**



**GENEL SAĞLIK-İŞ
SENDİKASI**

 [genelsaglikis](#)

 [genelsaglikis](#)

 [GenelSaglikis](#)

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİNİN SAVUNMACI BİR REFLEKSİ OLARAK DEFANSİF TIP



AV. DR. MEHMET ÖGET

GENEL SAĞLIK-İŞ SENDİKASI HUKUK MÜŞAVİRİ

AVUKAT / İZMİR BAROSU

SAĞLIK HUKUKU DOKTOR (PhD), SOSYOLOG

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasının hemen ardından 3 Mayıs 1920'de "Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı)" adıyla kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın kurulması ile birlikte halen yürürlükte olan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun¹ (1928 yılı), 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu² (1930 yılı) ve 3153 sayılı Radyoloji Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun³ (1937 yılı) gibi kanunlar ihdas edilerek, Sağlık Bakanlığı'nın, **ülkedeki sağlık programlarını örgütlemesi**, programların uygulanması hususundaki görev ve yetkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1938-1960 yılları arasında **nüfusa dayalı olarak sağlık hizmeti sunumunda** yer alan sağlık merkezlerinin

sayısı artırılarak, hastanelerin yönetimi, yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.

1961-1980 aralığını kapsayan süreçte, 224 sayılı **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**⁴ 1961 yılında yürürlüğe girmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin yurt sathında yayılan, etkin, verimli, sürekli, entegre ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sunulması amaçlanmıştır. 1980-2002 döneminde ise, bireylerin sosyal sigorta ile sağlık hizmetlerine erişebilmeleri bakımından önemli anayasal haklar ihdas edilmesi ve sağlık alanında reform çalışmaları yapılmasından bahsedilmiş olmasına rağmen bu reformların hayata geçirilememesi söz konusudur.

3 Kasım 2002 seçimlerinin ardından ise, 58. Hükümet tarafından **"acil eylem planı"** adı altında **Sağlıkta**

¹ RG 14.04.1928, 863.

² RG 06.05.1930, 1489.

³ RG 28.04.1937, 3591.

⁴ RG 12.01.1961, 10705.

Dönüşüm Programı'nın ilk adımları atılmıştır⁵.

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı stratejisi incelendiğinde, Programın amaçlarının “sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması” şeklinde belirtildiği görülmektedir. Programın temel ilkeleri, “**insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desant-ralizasyon, hizmette rekabet**” olarak belirtilmiş olup; Programın hayata geçişinin “kavramsallaşma, yasalaşma, kontrollü yerel uygulamalar ve Türkiye geneline yaygınlaştırma” olmak üzere dört aşamada gerçekleşmesi planlanmıştır⁶.

Sağlıkta reform düşüncesi 2000'li yılların başından bu yana birçok ülkenin gündeminde yer almış ve sağlık ekonomisi literatüründe de önemli bir yere sahip olmuştur.

Dünya geneline bakıldığında, sağlık hizmetleri yönünde, 1980'lerin başından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli reform girişimlerinin bulunduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde uygulamaya konulmak istenen reformlar, iki grup olarak değerlendirilebilmektedir. Bunlardan ilki, Dünya Bankası ile IMF (Uluslararası Para Fonu) tarafından desteklenen “**piyasa temelli**” sağlık reformudur. Bu modelde sağlık hizmetleri, piyasa ekonomisi ile ilişkilendirilmektedir.

İkincisi ise, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile UNICEF'in desteklemekte olduğu “sosyal modeldir.”

Bu modelde de sağlık hizmetleri, bir ihtiyaç olarak dikkate alınmaktadır. Ayrıca belirtmek gerekir ki, her iki yaklaşımın da birlikte yer aldığı “yaklaşımların iş birliği” olarak adlandırılan üçüncü bir modelin de bulunduğunu söyleyebilmek mümkündür⁷.

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan acil

5 Seher Nur Sülkü, *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu*, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 2011/414 (Ankara: Hermes Matbaacılık, 2011), 3-5.

6 Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Aralık 2003, 24, 25, 37, 38. <https://www.saglik.gov.tr/TR%2C11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim: 05.07.2026)

7 Mahmut Fevzi Gün ve Demet Topal Koç, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Genel Değerlendirmesi, Ekonomik ve Yapısal Etkiler”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* 9, sy 1 (Nisan 2023), 50, 51.

eylem planında **“Herkes Sağık” başlığı altında sağık alanında yürütölmesi öngörölten temel hedefler** belirtilmiştir.

Bu hedeflerden başlıcaları, řu şekildedir:

1. Sağık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
2. Tüm vatandaşların genel sağık sigortası kapsamı altına alınması,
3. Sağık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
4. Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
5. Aile hekimliğı uygulamasına geçilmesi,
6. Anne ve çocuk sağığına özel önem verilmesi,
7. Koruyucu hekimliğın yaygınlaştırılması,
8. Özel sektörün sağık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
9. Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
10. Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağık personeli eksikliğinin giderilmesi
11. Sağık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi⁸.”

Sağıkta Dönüşüm Programı ile devam eden süreçte “kamu-özel ortaklıklarının yapılması, kamu hizmetlerinin özel sektör eliyle sunulması (taşeronlaşma), merkezi kurumların hem idari hem de mali yönden özerk hale getirilerek birer işletme haline getirilmesi, sözleşmeli istihdam modelinin benimsenmesi, finansman ile üretim ve sunum kısımlarının birbirinden ayrılması, birinci basamağın amacına uygun izleyici ve koruyucu aile hekimliğı yerine tedavi edici aile hekimliğı uygulamasının benimsenmesi, performansla dayalı ücretin yaygınlaştırılması, şehir hastaneleri üzerinden sağık hizmetlerinin, devlet eliyle özel sermayeye açılması, maaşın birden fazla kalem üzerinden ödemesi ve asıl maaş dışındaki kalemlerin emekliliğe yansımadağı bir dönemdeyiz⁹.

Sağıkta Dönüşüm Programı, **“kâğıt üzerinde”** belirtilen amaç, ilke ve planlamaya sahip olmuş ise de sağık hizmetlerinin sunum şeklini ve finansmanını düzenleyen idari bir değişiklikten daha öteye geçerek, sağık alanının yapısal dinamiklerini ve sağık hizmetlerindeki aktörlerin ilişkilerini olumsuz yönde tamamen değiştirmiştir.

8 Recep Akdağ, *Nereden Nereye Türkiye Sağıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002 - Haziran 2007*, 2. Baskı, T.C. Sağık Bakanlığı Yayın No: 713 (Ankara: Sağık Bakanlığı, 2007), 17.

9 Özen B. Demir, “Sağıkta Dönüşüm”den “Sağığın Ölümü”ne: Yapısal Zedelenmenin Klinik İzdüşümleri Üzerine Kuramsal Bir Değerlendirme”, *Toplum ve Hekim* 38, sy 6 (Kasım-Aralık 2023), 454.

2002

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM ACİL EYLEM PLANI

Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması.

Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması.

Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması.

Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması.

Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi.

Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi.

Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması.

Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi.

Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri.

Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi.

Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Söz edilen yapısal dönüşümün **en sarsıcı ve fakat gizlenmeye çalışılan sonuçlarından birisi de** hekimlik ve sağlık hizmeti sunum pratiğinin temel dinamiklerinin değişmesi ile “defansif tıp (savunmacı sağlık hizmeti)” kavramının, sağlık sistemi bakımından olağan bir duruma gelmesidir.

Söz edilen olağanlaşma süreci, aslında bu yeni sistemin yarattığı idari baskı mekanizmalarının doğrudan bir sonucu görünümündedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hastayı adeta bir “tüketici”, sağlık hizmetini ise, bir “tüketim nesnesi” konumuna indirgemesiyle birlikte sağlık çalışanları sürekli bir “**dene-tim ve asılsız ihbar**” tehdidi altında bırakılmıştır.

Öyle ki, CİMER gibi idari şikâyet kanalları üzerinden sağlık çalışanları, “hastaya gülümsemedikleri” şeklinde son derece subjektif ve tıbbi gereklilikle ilgisi bulunmayan temelsiz gerekçelerle dahi şikâyet edilir hale gelmişlerdir. Baskı mekanizması prensibinde çalışan bu şikâyet sarmalı, sağlık çalışanlarını sürekli gözetim altında tutarak,

onları her an haklı veya haksız idari soruşturmalarla ve mesleki itibar zedeleyici davalarla yüzleşme endişesine sürüklemiştir.

Sistemin, bu olumsuz ve yıpratıcı etkilerini bertaraf etmek, ardı arkası kesilmeyen hukuki ve idari süreçlerin kısılcısından kurtulmak isteyen sağlık çalışanları ise, çareyi kendilerine mesleki bir güvence alanı yaratmakta, bir diğer ifadeyle defansif tıp uygulamalarına sığınmakta bulmuşlardır.

Defansif tıp, sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirdiği esnada ortaya çıkabilecek bir dava riskine karşı kendilerini güvence altına alma isteklerinden kaynaklanmaktadır.

Defansif tıbbın iki çeşidi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi olan **pozitif defansif tıp**, “**hastadan ek test ve tahliller istenmesi**” şeklinde ortaya çıkarken; **negatif defansif tıp ise**, “**yüksek risk taşıyan hastalara riskli bir müdahalede bulunulmasından imtina edilmesidir**¹⁰.”

Risk, tıbbi müdahalenin doğasında bulunmaktadır. Bu bağlamda çoğu tıbbi uygulamanın, ceza veya hukuk davalarına sebebiyet verebilecek riskler içerdiği söylenebilecektir. Defansif tıbbi uygulamaların artmasının temel sebebi de tam olarak dava riskinden kaçınılmasıdır.

10 Erdal Kalkan ve Bülent Kaya, “Defansif Tıp”, ed. Dilek Özcengiz, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi - Sağlık Hukukunda Güncel Konular* (Ankara: Türkiye Klinikleri, 2021), 27.

Sağlık çalışanlarını, attıkları her adımda dava riskiyle karşı karşıya getiren, aslında sistemin kendisidir. Bu nedenle, defansif tıp uygulamaları, bir bakıma sistemin, sağlık çalışanları üzerindeki dayatmasının bir sonucudur. Fakat defansif tıp uygulamaları, “pozitif veya negatif özellik gösterdiği her iki durumda da” bazı hallerde **hasta haklarına aykırı, tıbbi etik dışı ve yasal sorumluluk doğurucu** unsurları da ortaya çıkarabilmektedir.

Yani sağlık çalışanları, bir yandan sistemin, kendilerine dayattıklarından dolayı risklerden kaçınarak defansif tıba sığınırken, diğer yandan defansif tıbbın uygulanmasının hukuka ve tıp kurallarına aykırı olarak değerlendirilebilecek unsurlar içermesi nedeniyle bu bakımdan da baskı altında kalmaktadırlar.

Sağlık çalışanları, sistemin baskısını ortadan kaldırmaya çalışırken, söz edildiği üzere iki tarafı da çıkmaz bir yola girmek zorunda bırakılmakta, bu da büyük bir paradoksa neden olmaktadır.

Defansif tıp uygulamalarına, hukuki güvenliklerini sağlamak üzere başvuran sağlık çalışanları, bu kez de defansif tıptan kaynaklanan hukuki sorumlulukla karşı karşıya kalma riskini göze almaktadırlar. Nitekim olası bir tıbbi uygulama hatası riskiyle karşılaşmak istemeyen sağlık çalışanları, tıbbi endikasyon olmasına rağmen herhangi bir müdahalede bulunduklarında da tıbbi endikasyon olmasına rağmen tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmediklerinde de sorumlu olabilmektedirler¹¹.

Sağlıkta dönüşüm politikaları sonucunda, bugün geline aşamada sağlık çalışanları, şifa veren birer özne olmaktan çıkarılmaya çalışılmış, giderek artan hukuki ve idari cendere içerisinde kendi mesleki güvencelerini sağlamaya çalışan birer **“savunmacı aktöre”** dönüşmek zorunda bırakılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, hastayı bir “hak öznesi” ve birey konumundan çıkararak **“müşteri/tüketici”** konumuna indirgemıştır. Bu durumun görünümünden birisi de tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların, 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun¹² kapsamında alınarak, ihtilafların çözüm yeri olarak da Tüketici Mahkemelerinin görevlendirilmesidir.

¹¹ Büşra Şahin ve Özgü Alçalı, “Defansif Tıp Kavramı ve Defansif Tıbbi Uygulamaların Hekimin Hukuki Sorumluluğu Kapsamında Değerlendirilmesi”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, sy 41 (Ocak 2020), 506.

¹² RG 28.11.2013, 28835.

Bu bağlamda **“hasta, müşteri veya tüketici midir?”** sorusu akıllara gelmektedir. Hal böyle olunca, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın, sağlık hizmetini “piyasa koşullarında alınıp satılan bir metaya dönüştürdüğü” görülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın kâğıt üzerindeki görünümünün sahaya yansımaması; sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumunda yer aldıkları süreçte aslında sadece bir vakayı değil, aynı zamanda her defasında olası bir şikâyeti, CİMER başvurusunu, disiplin soruşturması riskini veya bir tıbbi malpraktis davasını karşılamak zorunda kaldığını gözler önüne sermektedir.

Sağlık çalışanları, sahaya bir türlü olumlu yansıyamayan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın olumsuz uzantıları nedeniyle günlük sağlık hizmeti sunumuna yönelik çalışmalarını, sürekli olarak her adımı **“hukuki bir delil olarak kayda geçirecek şekilde”** ifa etmek zorunda bırakılmışlardır.

Sağlık çalışanları, yoğun çalışma koşulları, fazla poliklinik sayıları, uzun çalışma ve nöbet saatleri, idari işler, sürekli değişen mevzuat ve hasta iletişiminin yanında Sağlıkta Dönüşüm Programı nedeniyle “dava riskiyle karşılaşmamak adına savaşı hale getirilmiştir.”

Bu durumun, yalnızca sağlık çalışanlarının kaygılarından ibaret olarak değerlendirilmesinin doğru bir durum olmadığı açıktır. Defansif tıbbin

özünde, idarenin kendi sorumluluk alanında sorumluluk yüklenmeyi reddederek, tüm yükün sağlık çalışanlarının omuzlarına yıkıldığı hususunun bulunduğu da önemle dikkate alınması gerektiği kanaatindeyiz.

Kötü işleyen Sağlıkta Dönüşüm Programı neticesinde kamuoyu nezdinde **itibar kaybettirilen, güvencesiz hale getirilen sağlık çalışanları**, “sistemin yarattığı yapısal krizlerin yegâne sorumlusu ilan edilerek” hukuki bir hedefe dönüştürülmektedir.

Bu durum, bir yandan sağlık çalışanlarının, kendi aleyhine açılan davalarla meşgul olmasına sebebiyet verirken, diğer yandan da sağlık çalışanlarına karşı şiddeti her geçen gün artırmaktadır.

Bu asimetrik düzen, sağlık çalışanlarını “doğrudan tıbbi endikasyona” değil, **risksiz bölge olan defansif tıbbı yönlendirmektedir**. Hal böyle olunca da kendilerini hukuki ve idari güvenceden yoksun hisseden sağlık çalışanları, her an bir dava, soruşturma, şikâyet vb. riski ile karşılaşmak yerine, bu yapısal baskıya karşı “pozitif ve negatif” olmak üzere “defansif tıp” gibi rasyonel bir uyum süreci geliştirmişlerdir.

Sistemin dayattığı güçlükler karşısında defansif tıbbi yönelim artmakta ise de bu durumun da ortaya çıkardığı risklerin hem sağlık çalışanları hem de idare tarafından önemle dikkate alınması gerekmektedir.

Şöyle ki, pozitif defansif tıp, fazladan tetkik (laboratuvar, radyoloji vb.) istenmesine sebebiyet verilebilmekte, hastayı gereksiz konsültasyonlara yönlendirebilmektedir. Negatif defansif tıp sonucunda ise, sağlık çalışanlarının, **komplikasyon riski yüksek olan cerrahi müdahalelerden, ağır vakalardan ve acil risk taşıyan hastalardan uzak durma eğiliminde olması** nedeniyle sağlık hizmetinin verilebilmesi mümkün olamamaktadır¹³.

Belirtilen durumlar bir bütün halinde değerlendirildiğinde, defansif tıbbın, sağlık çalışanlarının bireysel bir tercihi veya mesleki bir deformasyonu olmadığını özellikle belirtmek gerekir.

Bu bağlamda, defansif tıbbın; piyasalaşan, performans dayalı ve

sağlık çalışanlarını **hukuki güvenceden uzak bir şekilde** görevlerini yapmaya mahkûm eden Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının zorunlu bir tezahürü olduğu da açıktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık çalışanlarının özgür bir ortamda sağlık hizmeti verebilmelerini, özgür bir şekilde tanı koymalarını, tetkik yapmalarını engellemekte; mevcut sistemi, iyileştirmeyi değil, **kendini bir şekilde korumayı ödüllendiren**, idare nezdinde etkin ve verimli bir sağlık hizmeti verilmesi amacını gütmeyen bir yapı inşa etmiştir.

Sendikamız Genel Sağlık-İş'in savunduğu ve dergimize de ismini veren "Kamucu Sağlık" anlayışı, tam olarak bu noktada büyük önem arz etmektedir.

Çünkü pratikte karşılaşılmakta olup, yukarıda belirtilen sorunların çözümü, "sağlık hizmetinin piyasa dinamiklerinden arındırıldığı, idarenin hizmet kusurunu sağlık emekçisinin sırtına yüklediği, hastanın müşteri değil, birey olarak görüldüğü kamusal, güvenli ve eşitlikçi bir sağlık sistemini yeniden inşa etmektir." Aksi takdirde, **sağlıkta dönüşümün ağır faturasını**, şifa bulamayan hastalar ve yargılanma korkusuyla mesleğine yabancılaşan sağlık çalışanları ödemeye devam edecektir.

13 Aysun Yeşiltaş ve Ramazan Erdem, "Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bir Derleme", *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* 10, sy 23 (Şubat 2019), 139-141; **Fatma Mansur ve Ömer Ceylan**, "Defansif Tıp ve Defansif Tıp Konusunda Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Derleme", *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 23, sy 3 (Aralık 2021), 725-728.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NI YAŞLILIK ÜZERİNDEN YENİDEN DÜŞÜNMEK



DR. ÖMÜR ÇETİNKAYA
KIRŞEHİR AHI EVREN ÜNİVERSİTESİ

Yaşlanan Türkiye'de Sağlıkta Dönüşümü Yeniden Okumak

Türkiye'nin yaşlanması artık uzak geleceğe ilişkin bir nüfus projeksiyonu değildir. 65 yaş ve üzerindeki nüfus 2025 yılında 9 milyon 583 bine ulaşmış, toplam nüfus içindeki payı **yüzde 11,1'e çıkmıştır**. Beş yıl önce yüzde 9,5 olan bu oranın 2030'da yüzde 13,5'e, 2040'ta ise yüzde 17,9'a ulaşması beklenmektedir.

Nüfusun yaş yapısındaki bu değişim; emeklilik gelirlerinden sosyal güvenliğe, sağlık hizmetlerinden uzun dönemli bakıma kadar sosyal

politikanın temel alanlarını doğrudan ilgilendirmektedir.

Yaşlı nüfusun sağlık sistemiyle kurduğu ilişki diğer yaş gruplarından farklıdır. İleri yaşlarda kronik ve çoklu hastalıklar, düzenli ilaç kullanımı, rehabilitasyon gereksinimi, işlev kaybı ve bakım ihtiyacı daha belirgin hale gelir. **Sağlık hizmeti bu nedenle tek seferlik bir muayene ya da tedaviyle tamamlanmaz.**

Düzenli izlem, farklı uzmanlık alanları arasında koordinasyon, ilaca kesintisiz erişim, rehabilitasyon ve gerektiğinde sosyal bakım desteğinin devreye girdiği uzun süreli bir hizmet ilişkisi gerekir.

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021–2026'da rehabilitasyon, evde sağlık, evde bakım ve uzun dönemli bakı-

mın ayrı politika alanları olarak ele alınması da bu ihtiyacın politika düzeyinde kabul edildiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye'nin hızla yaşlandığı dönem, sağlık sisteminin son yirmi yılına damgasını vuran kapsamlı bir yeniden yapılanmayla da örtüşmektedir. 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık hizmetlerinin finansmanından örgütlenmesine, kamu hastanelerinin yönetiminden birinci basamağa kadar geniş bir alanı değiştirdi.

Aradan geçen yirmi yılı aşkın süre, programı yaşlı nüfus açısından daha açık bir soruyla değerlendirmeyi mümkün kılıyor: Sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilmek, yaşlıların ihtiyaç duyduğu sürekli, nitelikli, eşit ve mali açıdan erişilebilir sağlık ve bakım hakkına ne ölçüde karşılık geldi?

Bu yazının hareket noktası da bu ayrımdır. Yaşlılık, sağlık sisteminin başarısını **başvuru ve işlem sayılarının ötesinde** değerlendirmeyi gerektirir. Kronik hastalığın sürekliliği, bakım ihtiyacı, hareket kısıtlılığı, gelir düzeyi ve sosyal destek gereksinimi hesaba katıldığında temel mesele sağlık sistemine girebilmekten, ihti-

yaç duyulan sağlık ve bakım hizmetine yaşamın bütünlüğü içinde erişebilmeye doğru genişler.

Sağlıkta Dönüşüm: Erişimin Genişlemesi, Hizmetin Yeniden Örgütlenmesi

SDP'nin yaşlı nüfus açısından sonuçlarını değerlendirebilmek için öncelikle sağlık hizmeti kullanımında ortaya çıkan değişime bakmak gerekir. Sağlık hizmeti kullanımı bu dönemde belirgin biçimde artmıştır.

Alpaslan ve Çıraklı'nın 1975–2019 dönemini kapsayan ekonometrik analizi, SDP'nin uzun dönemde sağlık hizmeti kullanımını artıran bir etkisi bulunduğunu ortaya koymaktadır. Yaşlı nüfusa odaklanan Caner ve Cilasun ise **2004–2015 döneminde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının arttığını**, aile hekimliği sisteminin yaygınlaşmasıyla birinci basamak kuruluşlarını tercih edenlerin oranının yükseldiğini ve karşılanmamış sağlık ihtiyacının azaldığını saptamaktadır.

Bu bulgular, SDP sonrasında yaşlıların sağlık sistemiyle temasının arttığını söylemek için güçlü bir dayanak sunmaktadır.

Reformda sağlık hizmetlerinin yeni bir yönetim anlayışıyla örgütlenmesi de yer aldı.

Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi de programın başlangıçta açıklanan hedefleri arasındaydı. Böylece erişimin genişletilmesi ile sağlık hizmetlerinin yönetim ve finansman biçiminin değiştirilmesi aynı reform sürecinin parçaları haline geldi.

Bu süreçte **performans, verimlilik, maliyet etkinliği ve rekabet** sağlık yönetiminde daha fazla ağırlık kazandı; özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımı genişledi, kamu hastanelerinin yönetim modelleri yeniden düzenlendi ve kamu-özel iş birliği uygulamaları sağlık sektörünün önemli unsurları arasına girdi. Sağlık politikası yazınında “piyasalaşma” kavramının bu dönüşümle ilişkilendirilmesinin nedeni de burada yatmaktadır.

Piyasalaşma, kamu mülkiyetinin bütünüyle özel sektöre devredilmesinden daha geniş bir dönüşümü anlatır; kamu hizmetinin işletmecilik, performans, maliyet ve rekabet ölçütleri doğrultusunda yeniden örgütlenmesini de kapsar.

Bu dönüşüm yaşlılar açısından özel bir önem taşır. İleri yaştaki hastanın ihtiyacı çoğu zaman hızla tamamlanabilecek tek bir tıbbi işlem değildir.

Çoklu hastalıkların birlikte değerlendirilmesi, kullanılan ilaçların izlenmesi, farklı branşlar arasında **bilgi ve bakım sürekliliğinin sağlanması** ve kimi zaman sağlık hizmetinin sosyal bakım desteğiyle tamamlanması gerekir.

Hasta ve işlem sayısını öne çıkaran bir hizmet örgütlenmesi ile yaşlılığın gerektirdiği zaman, süreklilik ve koordinasyon arasında yapısal bir gerilim ortaya çıkabilir. Sağlık sisteminin yaşlı nüfus açısından başarısını yalnız hizmet hacmine bakarak değerlendirmek bu gerilimi görünmez kılar.

Daha Çok Başvuru, Daha İyi Erişim mi?

Sağlık kuruluşuna daha fazla başvurabilmek önem taşımakla birlikte yaşlılar açısından erişimin bütününe açıklamaz. Randevu alabilmek, tercih edilen hekime ulaşabilmek, bekleme süresinin yönetilebilir olması, ilacın temin edilebilmesi, sağlık çalışanıyla iletişim kurulabilmesi, sağlık kuruluşuna fiziksel olarak ulaşılabilmesi ve tesisin hareket kısıtlılığına uygun olması **aynı erişim zincirinin parçalarıdır.**

Türkiye’de yaşlıların sağlık hizmetine erişimini 2023 Türkiye Yaşlı Profili Araştırması mikro verileri üzerinden inceleyen Çebi Karaaslan ve arkadaşlarının bulguları bu ayrımı açık biçimde ortaya koymaktadır.

ilaç temininde güçlük, randevu alma, tercih edilen hekime ulaşma, bekleme süreleri, sağlık çalışanlarıyla iletişim, yaya ulaşımı ve sağlık kuruluşlarının asansör, merdiven ve sedye gibi fiziksel koşulları yaşlıların erişim güçlükleriyle ilişkili bulunmuştur. Sağlık durumu kötü olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar ve yalnız yaşayanlar açısından güçlüklerin daha belirgin olması ise erişimin **sosyal koşullardan bağımsız olmadığını** göstermektedir.

Bu nedenle yüksek başvuru sayısı ile etkin sağlık erişimini birbirinden ayırmak gerekir. Hareket kısıtlılığı bulunan, birden fazla ilaç kullanan, farklı branşlar arasında dolaşmak zorunda kalan veya yanında refakat edecek kimsesi olmayan bir yaşlı için sistem; zaman, ulaşım ve bakım bakımından oldukça yüksek bir maliyet yaratabilir. Bu maliyetlerin büyük bölümü sağlık hizmeti kullanım istatistiklerine yansımaz.

Burada **birinci basamağın rolü** belirleyicidir. Yaşlanan bir toplumun ihtiyacı, sağlık sistemini sürekli hastane başvurusu etrafında örgütlemekten çok; yaşlının kronik hastalıklarını düzenli izleyen, ilaç kullanımını takip eden ve gerektiğinde uzmanlık, rehabilitasyon, evde sağlık ve sosyal bakım hizmetleriyle bağlantı kuran güçlü bir birinci basamak yapısıdır. Bu bağlamda birinci basamağın yaşlıların sürekli ve bütünlüklü sağlık ihtiyacını karşılayabilecek zaman, personel ve kurumsal kapasiteyle güçlendirilmesidir.

Yaşlı sağlığı, hastalık ortaya çıktıktan sonra verilen hizmetin ötesine geçmeyi de gerektirir.

Düşmelerin önlenmesi, aşılama, yeterli beslenmenin izlenmesi, çoklu ilaç kullanımının değerlendirilmesi, fiziksel hareketliliğin korunması, kronik hastalıkların erken ve düzenli takibi, sosyal izolasyonun fark edilmesi ve işlev kaybının geciktirilmesi sağlıklı yaşlanmanın temel parçalarıdır. Güçlü bir kamusal sağlık sistemi, daha fazla hastane başvurusu üretmeden önce hastalık ve işlev kaybını önleyebilecek **birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerini** güçlendirmelidir.

Bu mesele sağlık emeğinin çalışma koşullarından ayrı düşünülemez. Çoklu hastalığı bulunan yaşlı bir kişiye nitelikli hizmet verebilmek, hekimin ve hemşirenin hastaya yeterli zaman ayırmasını; ilaçların ve farklı hastalıkların birlikte değerlendirilmesini, evde sağlık ekiplerinin nicelik ve nitelik bakımından güçlendirilmesini, rehabilitasyon, sosyal hizmet ve bakım personelinin yeterli olmasını gerektirir.

İş yükünün ve işlem baskısının arttığı bir sistemde yaşlı hastanın ihtiyaç duyduğu zaman ve koordinasyonu yaratmak güçleşir. Sağlık çalışanının çalışma koşulları ile hastanın aldığı hizmetin niteliği birbirinden ayrı değildir.

Sağlık Güvencesi Var, Mali Koruma Ne Kadar?

Sigortalı olmak ile sağlık ihtiyacının kişi ve hane **bütçesi üzerinde mali yük oluşturmaması** aynı anlama gelmez. Muayene ve ilaç katılım payları, tıbbi malzeme giderleri, kapsam dışında kalan kalemler ve özel sağlık kuruluşlarındaki ek ödemeler hanehalklarının doğrudan sağlık harcaması yapmaya devam ettiği bir yapı yaratmaktadır.

TÜİK verilerine göre hanehalklarının tedavi, ilaç ve benzeri amaçlarla yaptığı cepten sağlık harcaması 2024 yılında 442,4 milyar TL'ye ulaşmış ve toplam sağlık harcamasının yüzde 18,8'ini oluşturmuştur (TÜİK, 2025).

Bu veri bütün hanehalklarını kapsamaktadır. Ancak **sağlık harcamalarının yarattığı yük, gelir düzeyi ve sağlık ihtiyacına göre eşit dağılmaz.**

Yaşlı nüfusa ilişkin güncel çalışmalar bu noktayı daha açık hale getirmektedir. Yılmaz'ın (2026), TÜİK 2023 Hanehalkı Bütçe Araştırması verileriyle 65 yaş ve üzerindeki nüfus üzerinde yaptığı analiz, cepten sağ-

lık harcamalarının sağlık ihtiyacının yanı sıra gelir ve eğitim gibi toplumsal ve ekonomik koşullarla da yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Düşük gelir ve düşük eğitim düzeyindeki yaşlıların cepten harcama yapma olasılığı daha düşükken, harcama yapmak zorunda kaldıklarında ödenen tutarın artması dikkat çekicidir. Diş sağlığı, yatarak tedavi ve ilaç harcamaları mali yükün öne çıktığı alanlar arasındadır.

Düzenli ilaç kullanan, sağlık kuruluşlarına sık başvurmak zorunda kalan ve gelirinin önemli bölümü emekli aylığından oluşan bir yaşlı açısından tek tek küçük görünen ödemeler zaman içinde kalıcı bir bütçe yüküne dönüşebilir. Üstelik **düşük gelirli gruplarda sağlık harcamasının düşük görünmesi** her zaman daha iyi mali koruma anlamına gelmez. İhtiyaç duyulan hizmetin maliyet nedeniyle ertelenmesi veya hiç kullanılmaması da daha az harcama biçiminde istatistiklere yansiyabilir.

Bu sorun gelir eşitsizliklerinden bağımsız değildir. 2025 yılında yaşlı nüfusun yüzde 22,8'i yoksulluk veya sosyal dışlanma riski altında bulunurken oran yaşlı kadınlarda yüzde 23,6'ya çıkmaktadır (TÜİK, 2026). Mali korumanın gerçek ölçüsü kişinin sağlık sigortasına kayıtlı olup olmadığından daha geniştir. Sağlık ihtiyacı arttığında ilaç, yeterli beslenme, barınma ve ısınma arasında tercih yapmak zorunda kalmamak da sağlık hakkının parçasıdır.

Kamusal sağlık politikasının sorumluluğu, sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duyanların bu ihtiyaç nedeniyle ekonomik olarak **daha ağır bir yük taşımalarını** önlemektir.

Yaşlılıkta Sağlıktan Bakıma: Sistemin Görünür Sınırı

Yaşlılıkta sağlık politikasının en belirgin sınırı bakım ihtiyacı ortaya çıktığında görülür. Kronik hastalığın tedavisi, tansiyonun izlenmesi, reçetenin düzenlenmesi veya pansuman yapılması sağlık hizmetidir. Fakat kişi tek başına banyo yapamıyor, yemek hazırlayamıyor, alışverişe çıkamıyor, ev içinde hareket etmekte zorlanıyor ya da bilişsel kayıpları nedeniyle gündelik yaşamını sürdüremiyorsa tıbbi hizmet sorunun ancak bir bölümünü karşılar.

Türkiye’de “**evde sağlık**” ile “**evde bakım**” kavramlarının zaman zaman birbirinin yerine kullanılması bu ayrımı bulanıklaştırmaktadır. Evde sağlık, sağlık personeli tarafından sunulan tıbbi hizmetleri ifade ederken bakım; gündelik yaşam faaliyetlerinin sürdürülmesi, kişisel bakım, beslenme, hareket, sosyal destek ve gerektiğinde sağlık hizmetiyle bağlantının sağlanmasını içeren daha geniş bir alandır.

Sağlık personelinin eve ulaşması değerlidir. Ancak bu, yaşlı kişinin günlük bakım ihtiyacının karşılandığı anlamına gelmez.

Karşılanmamış bakım ihtiyacına ilişkin güncel araştırmalar sorunun boyutunu görünür kılmaktadır. Swearinger ve Aykut’un Türkiye Sağlık Araştırması verilerine dayanan çalışması, yaşlılarda özellikle banyo yapma, alışveriş ve ev işleri gibi gündelik ve araçsal faaliyetlerde karşılanmamış ihtiyaçların yaygın olduğunu; bu durumun kadınlarda, daha ileri yaştakilerde, eğitim düzeyi düşük olanlarda, emeklilik geliri bulunmayanlarda, kronik hastalığı olanlarda ve sağlık durumunu kötü olarak bildirenlerde daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Bakım alanındaki güçlükle, hizmetlerin **kurumsal olarak farklı kanallara dağılmış** olmasıyla daha da belirginleşir. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı, sosyal bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, çeşitli evde destek ve gündüzlü hizmetler ise yerel yönetimler tarafından yürütülmektedir.

Aile de bakımın önemli bir bölümünü fiilen üstlenmektedir. Kurumların farklı görev alanlarının bulunması tek başına sorun değildir. Asıl sorun, sağlık ile sosyal bakım arasında **yaşlının ihtiyacını izleyen sürekli ve bağlayıcı bir koordinasyonun** yeterince kurulamamasıdır. Yaşlı kişi ve ailesi, farklı hizmet alanları arasındaki bağlantıyı çoğu zaman kendileri kurmak zorunda kalmaktadır.

Bakım ihtiyacı kamusal hizmetlerle karşılanmadığında ortadan kalkmaz; hane içine taşınır.

**Geliri yüksek aileler
profesyonel bakım hizmeti
satın alabilirken gelir
azaldıkça bakım ücretsiz
aile emeğine daha fazla
dayanır.**

Bu emeğin büyük kısmını kadınlar üstlenir. Böylece kamusal bakım açığı bir yandan haneler arasındaki gelir eşitsizliğini derinleştirirken diğer yandan toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini yeniden üretir.

Aileye sağlanan parasal destek de bakım hizmetinin kendisiyle aynı değildir. Gelir desteği önemlidir; ancak eğitilmiş bakım personelinin, gündüzlü hizmetlerin, evde bakımın ve gerektiğinde kurumsal bakımın yerini tutmaz. Bakım hakkının gelir transferine indirgenmesi, bakımın fiili sorumluluğunu yine büyük ölçüde aileye bırakır.

Uzun dönemli bakım bu nedenle sağlık politikasının dışında tutulabilecek tali bir sosyal yardım alanı değildir. Dünya Sağlık Örgütü uzun dönemli bakımı, sağlık ve sosyal bakım sektörlerinin bütünleşmesi temelinde; evde, toplum içinde ve kurumsal ortamlarda süreklilik taşıyan bir sistem olarak evrensel sağlık kapsamının bir parçası kabul etmektedir.

Türkiye açısından ihtiyaç, evde sağlıktan evde bakıma, gündüzlü hizmetlerden kurumsal bakıma kadar

farklı kanallarda yürütülen hizmetleri yaşlının ihtiyacını merkeze alan ortak bir sistem içinde buluşturmak-tır. Sağlık hizmetinin nerede bittiği, bakımın nerede başladığı sorusunun yanıtını yaşlı kişinin ve ailesinin bulması beklenmemelidir.

Bu sistem bakım emeğini de hesaba katmalıdır. Bakımın aile içinde görünmez ve ücretsiz kadın emeğine bırakılması kadar, profesyonel bakımın düşük ücretli ve güvencesiz çalışma biçimleri üzerinden yürütülmesi de sürdürülebilir değildir. Kamusal bir bakım sistemi; eğitimli, yeterli sayıda ve güvenceli çalışanlardan oluşan bir bakım işgücünü gerektirir.

Yaşlılıkta Sağlık Eşitsizlikleri: Gelir, Toplumsal Cinsiyet ve Mekân

Yaşlı nüfus homojen bir toplumsal grup değildir. Aynı yaşta olmak aynı gelirle, aynı sağlık durumuyla, aynı aile desteğiyle veya aynı çevresel koşullarda yaşlanmak anlamına gelmez. Çalışma yaşamında, gelir dağılımında, eğitimde ve toplumsal cinsiyet ilişkilerinde yaşam boyunca biriken eşitsizlikler ileri yaşlarda ortadan kalkmaz; sağlık ve bakım ihtiyacının artmasıyla daha görünür hale gelir.

Yaşlılıkta karşılaşılan sağlık eşitsizlikleri de yaşlılıkla başlamaz. Uzun yıllar düşük ücretle veya güvencesiz çalışan, yeterli emeklilik gelirin

ulaşamayan, sağlıksız çalışma ve yaşam koşullarına daha fazla maruz kalan kişi ileri yaşlara aynı sağlık ve ekonomik kaynaklarla girmez.

Eğitim olanakları, gelir düzeyi, çalışma koşulları ve sosyal güvence yaşam boyunca birikir; bu birikim ileri yaşta hem sağlık durumunu hem de sağlık hizmetinden yararlanma imkânını belirler. Yaşlılıktaki eşitsizlik, yaşamın daha önceki dönemlerinde oluşan **sınıfsal ve toplumsal eşitsizliklerin** devamıdır.

Yalnız yaşamak bunun önemli örneklerinden biridir. TÜİK verileri, Türkiye’de tek başına yaşayan yaşlıların önemli bir bölümünün yakın çevresinde çocuklarının da bulunmadığını göstermektedir. Çebi Karaaslan ve arkadaşlarının (2026) yalnız yaşayan yaşlıların sağlık hizmetine erişim güçlüğü yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu saptaması, aile desteğinin sağlık sisteminin görünmeyen bir bileşenine dönüşebildiğine işaret etmektedir.

Mekân da erişimi belirler. Kırsalda veya küçük yerleşimlerde uzmanlık hizmetine ulaşmak için yapılması gereken yolculuk, hareket kısıtlılığı bulunan bir yaşlı açısından ciddi bir engeldir. Kentte ise toplu taşımanın yapısı, kaldırımlar, sağlık kuruluşunun uzaklığı, hastane içindeki mesafeler, asansörler ve bekleme alanları hizmetin fiilen kullanılabilir olup olmadığını belirler.

Benzer bir eşitsizlik dijitalleşme üzerinden ortaya çıkmaktadır. MHRS, e-Nabız ve diğer dijital sağlık

uygulamaları dijital becerisi, uygun cihazı, internet erişimi veya yardım alabileceği biri bulunmayan yaşlılar için yeni bir aracılık ve bağımlılık ilişkisi yaratabilir.

Eşit sağlık hizmeti **herkese aynı miktarda hizmet sunmak** değildir. Sağlık ihtiyacı daha yüksek, geliri ve hareket imkânı daha sınırlı gruplara daha fazla kamusal kaynak ayrılması gerekir. Yaşlı nüfusun yoğun olduğu bölgelerde birinci basamak, evde sağlık, rehabilitasyon, ulaşım ve sosyal bakım kapasitesinin nüfusun yaş yapısına göre planlanması eşitlik ilkesinin doğal sonucudur.

Sonuç: Yaşlanan Türkiye İçin Kamucu Sağlık ve Bakım

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı yaşlı nüfus açısından yalnız başarı ya da başarısızlık sözcükleriyle değerlendirmek ortaya çıkan tabloyu açıklamaya yetmez. Randevu, ilaç temini, ulaşım, bekleme ve fiziksel erişim güçlüklerinin sürmesi; genel sağlık güvencesine rağmen cepten ödemelerin özellikle **düşük gelirli ve yüksek sağlık ihtiyacı** bulunan kesimler üzerinde yük yaratması uzun dönemli bakım ihtiyacını karşılayacak kamusal kapasitenin sınırlı kalması bu ayrımın başlıca göstergeleridir.

Türkiye’nin yaşlanması sağlık politikasının ölçüsünü değiştiriyor. Yaşlı kişi açısından sağlık hakkı, hastalan-

dığında hekime ulaşmaktan ibaret değildir. Kronik ve çoklu hastalıklarının düzenli izlenmesi, ilaca kesintisiz erişmesi, hastalık ve işlev kaybını önleyici hizmetlerden yararlanmasi, gerektiğinde rehabilitasyon alması, hareket kısıtlılığının hizmete erişimini engellememesi, bakım gereksinimi ortaya çıktığında **ailesinin maddi ve fiziksel olanaklarına** terk edilmemesi ve sağlık harcamalarının gelirini aşındırmaması gerekir.

Kamucu sağlık burada somut bir içerik kazanır. Mülkiyet biçimi bu tartışmanın bir parçasıdır; ancak kamuculuk bundan daha geniş bir ilkeye dayanır: sağlık ve bakım hizmetlerinin piyasanın kârlılık ölçüsüne değil toplumsal ihtiyaca göre örgütlenmesi.

Kaynakların ihtiyaca göre dağıtılması, koruyucu hizmetlerin güçlendirilmesi, birinci basamağın sistemin merkezine yerleştirilmesi, hizmete erişimin gelirden bağımsız hale getirilmesi ve sağlık ile sosyal bakımın birbirini tamamlayan kamusal hizmetler olarak kurulması bu anlayışın temelini oluşturur.

Bunun için birinci basamağın yaşlı ve kronik hastalık izlemi bakımından güçlendirilmesi; geriatri ve rehabi-

litasyon hizmetlerinin yaygınlaştırılması, düşük gelirli yaşlıların üzerindeki cepten ödeme baskısının azaltılması; evde sağlık, evde bakım, gündüzlü bakım ve kurumsal uzun dönemli bakım hizmetlerinin ortak bir planlama içinde geliştirilmesi gerekir.

Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve yerel yönetimler arasında dağılmış hizmetlerin ortak bir kamusal sorumluluk anlayışıyla birbirine bağlanması, yaşlanan Türkiye'nin ertelenemez ihtiyaçlarından biridir.

Bu planlama yaşlıları ve bakım verenleri yalnız hizmetin alıcısı olarak görmemelidir. Sağlık ve sosyal hizmet emekçilerinin, meslek örgütlerinin, sendikaların, yaşlıların ve bakım verenlerin deneyiminin karar süreçlerine taşınması; hangi hizmete, nerede ve ne ölçüde ihtiyaç bulunduğu belirlenmesinde toplumsal katılımın güçlendirilmesi kamusal sağlık politikasının demokratik boyutudur.

Nitelikli yaşlı sağlığı ve bakım hizmeti yeterli personel olmadan, sağlık çalışanına zaman tanımadan ve bakım emeğini güvenceli istihdamın parçası haline getirmeden kurulamaz. Hizmet alanın hakkı ile hizmeti üretenin çalışma koşulları aynı kamusal sistemin iki yüzüdür.

Sorun insanların daha uzun yaşaması değildir. Sorun, daha uzun yaşamın gerektirdiği sağlık ve bakım hizmetlerinin nasıl, kim tarafından ve hangi ilkelerle örgütlendiğidir.

Sağlık ve bakım hakkı kişinin gel-
rine, yaşadığı yere veya ailesinde
bakım verecek birinin bulunma-
sına bağlı kalıyorsa mesele bir hiz-
met yetersizliğini aşar; sosyal hak
ve eşit yurttaşlık sorununa dönüşür.
Yaşlanan Türkiye'nin ihtiyacı, sağ-

lık ve bakım hakkını piyasanın satın
alma gücüne ve ailelerin imkânla-
rına bırakmayan; eşitliği, sürekliliği,
kamusal sorumluluğu ve toplum-
sal ihtiyacı esas alan bütünlüklü bir
sağlık ve bakım düzenidir.

Kaynaklar

Akkanat, Neslihan Z. "Neoliberalizm ve Sağlıkta Dönüşüm Politikaları Ekseninde Kamu Hastaneleri Birliği Reformu." *The Journal of International Scientific Researches*, C. 10, S. 3, 2025, ss. 400–412.



Alpaslan, M. N. ve Ü. Çıraklı. "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi: Ekonometrik Bir Analiz." *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, C. 15, S. 41, 2024, ss. 299–311.



Caner, A. ve S. M. Cilasun. "Health Care Services and the Elderly: Utilization and Satisfaction in the Aftermath of the Turkish Health Transformation Program." *Gerontology & Geriatric Medicine*, C. 5, 2019, ss. 1–15.



Çebi Karaaslan, K., H. Diğer, S. Ağgöl ve K. Aslanov. "Factors Associated with Perceived Healthcare Access Difficulties among Older Adults in Türkiye." *BMC Geriatrics*, 2026.



Swearingner, H. ve S. Aykut. "Aging and Unmet Daily and Instrumental Activity Needs in Turkey: Sociodemographic, Socioeconomic and Health Determinants." *Journal of Aging & Social Policy*, 2026, ss. 1–19.



T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara, 2003.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021–2026*. Ankara, 2021.



Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). *İstatistiklerle Yaşlılar*, 2025. Ankara, 2026.



World Health Organization (WHO). *Long-Term Care for Older People: Package for Universal Health Coverage*. Geneva, 2024.



BİR GECE VARDİYASINA SİĞAN SAĞLIK SİSTEMİ



Bir hastanenin nasıl işlediğini anlamak için kimi zaman büyük sağlık reformlarını, finansman modellerini ya da istatistikleri incelemek gerekir. Kimi zamansa **sekiz saat boyunca bir hemşirenin peşinden, hastane koridorlarında yürümek** yeterlidir.

Petra Volpe'nin Gece Vardiyası (Heldin/Late Shift) filmi tam olarak bunu yapıyor. Kamera, İsviçre'de bir hastanenin cerrahi servisinde çalışan **hemşire Floria'yı** bir vardiya boyunca izliyor ve sağlık hizmetinin gündelik gerçekliğini, herhangi bir büyük politik söyleve ihtiyaç duymadan görünür hale getiriyor.

Leonie Benesch'in canlandırdığı Floria deneyimli, dikkatli ve mesleğine bağlı bir hemşiredir. Vardiyası başladığında servis doludur; çalışan sayısı yetersizdir ve ekipten bir kişinin yokluğu **zaten kırılan olan iş organizasyonunu** daha da zorlaştırmıştır. Bir yanda ağır hastalar, diğer yanda tetkik sonuçlarını bekleyenler, ilaçlar, çağrı zilleri, hasta yakınları, kayıtlar ve sürekli değişen öncelikler vardır. Bütün bunların arasında Floria'dan beklenen yalnızca tıbbi görevlerini eksiksiz yerine getirmesi değildir. **Hastaların korkusunu yatıştırması**, onları dinlemesi, mahremiyetlerini koruması, kimi zaman birkaç dakikalığına yanlarında durması da gerekir.

Filmin en güçlü yanı tam burada ortaya çıkıyor. Sağlık hizmetinin yalnızca **teknik işlemler toplamından** oluşmadığını hatırlatıyor.

Bir ilacın doğru dozda ve doğru zamanda verilmesi kadar, korkan bir hastanın elini tutmak da bakımın parçasıdır. Ancak bakım zaman ister. Personel yetersizliği ise sağlık çalışanından sürekli olarak zamanı sıkıştırmasını talep eder. Bir hastaya ayrılan birkaç dakika, başka bir hastadan eksilen birkaç dakika anlamına gelmeye başlar.

Bu nedenle *Gece Vardiyası*, aslında bir zaman filmi olarak da okunabilir. Koridorlarda hızla ilerleyen Floria sürekli yetişmeye çalışmaktadır. Çağrı zilleri çalar, telefonlar devreye girer, yeni işler eskilerinin önüne geçer. Yapılacak işler listesi hiçbir zaman bitmez.

Sağlık emekçisinin çalışma zamanı ile hastanın ihtiyaç duyduğu bakım zamanı arasındaki mesafe giderek açılır.

Modern sağlık sistemlerinin temel gerilimlerinden biri de burada ortaya çıkar: **Daha az çalışanla daha fazla hizmet üretme** arayışı sağlık alanında doğrudan insan bedenine ve bakım ilişkisine çarpar. Bir fabrikada üretim bandının hızını artırmak ile bir hastanede hemşirenin sorumlu olduğu hasta sayısını artırmak aynı sonuçları doğurmaz.

Çünkü sağlık hizmetinde “verimlilik” adına sıkıştırılan her dakika, kimi zaman hastanın yaşamına, kimi zaman da sağlık çalışanının fiziksel ve ruhsal yüküne eklenir.

Film bunu dramatik bir kırılma noktasıyla gösteriyor. Floria hata yapıyor. Burada seyircinin önüne kolay bir ahlaki soru koymak mümkün: Hemşire daha dikkatli olabilir miydi? Oysa filmin esas sorusu başka yerde duruyor: Bir sağlık çalışanının **hata yapma ihtimalini** sürekli artıran çalışma koşullarını kim yaratıyor?

Bu soru sağlık politikası açısından son derece önemlidir. Sağlık hizmetlerinde hata çoğu zaman son halkadaki çalışanın üzerine yüklenir. Oysa hatanın arkasında uzun çalışma süreleri, eksik personel, kesintisiz iş baskısı, yetersiz dinlenme, artan hasta yükü ve giderek karmaşıklaşan görevler bulunabilir. Böyle bakıldığında bireysel hata olarak görünen olay, örgütsel bir sorunun sonucu haline gelir.

Gece Vardiyası kahramanlık anlatısına dönüşme tehlikesini de büyük ölçüde aşmayı başarıyor. Floria gerçekten olağanüstü bir çaba gösteriyor; ancak filmin seyirciye söylediği şey sağlık sistemlerinin fedakâr çalışanların olağanüstü çabaları sayesinde ayakta kalmasının kabul edilebilir olduğu değil. Tam tersine, **sistemin işleyebilmek için sürekli çalışanların özverisine ihtiyaç duyması** başlı başına bir sorundur.

Pandemi döneminde dünyanın pek çok ülkesinde sağlık çalışanları alkışlandı, “kahraman” ilan edildi. Salgın geride kaldıkça alkışların yerini yeniden personel açıkları, ağır çalışma koşulları ve maliyet baskıları aldı.

Volpe’nin filmi bu nedenle sağlık çalışanlarına yönelik romantik bir övgüden daha fazlasını sunuyor.

Yönetmenin filmi hazırlarken hemşirelerle uzun görüşmeler yapması, hastanede çalışarak iş akışını gözlemlemesi ve oyuncu Leonie Benesch’in hemşirelerin günlük uygulamalarını öğrenerek role hazırlanması filmin neredeyse belgesel düzeyindeki gerçekçilik duygusunu açıklıyor.

Filmin dikkat çekici başka bir unsuru özel hasta üzerinden kurulan karışıklık. Floria aynı anda farklı ihtiyaçları bulunan pek çok hastayla ilgilenirken özel hastanın talepleri **sağlık hizmetindeki eşitsizlik** meselesini de sessizce sahneye taşıyor. Hastalık karşısında insanların ihtiyaçları benzer olsa da sağlık sistemindeki konumları aynı değildir. Ödeme gücü, sigorta statüsü ve hizmete erişim biçimi, hastane kapısından içeri girildiğinde ortadan kalkmaz.



Kamucu sağlık anlayışı açısından filmin belki de en önemli çağrışımı burada aranmalıdır. Kamusal sağlık hizmetini yalnızca **hastanenin mülkiyet biçimi** üzerinden tanımlamak yeterli değildir. Bir sağlık sisteminin gerçekten kamusal olabilmesi için herkesin nitelikli hizmete eşit biçimde erişebilmesi kadar, bu hizmeti üretenlerin insanca koşullarda çalışabilmesi gerekir.

Yeterli sayıda sağlık çalışanı, güvenli çalışma süreleri, dinlenme hakkı ve hastaya ayrılacak yeterli zaman, sağlık emekçilerinin çalışma hakkının yanında hasta güvenliğinin de temel koşullarıdır.

Çünkü sağlık hizmetinin niteliğı ile sağlık çalışanlarının çalışma koşulları birbirinden ayrı düşünülemez. Sürekli hızlanan, personeli azaltılan ve çalışanlardan daha fazla işi daha kısa zamanda tamamlamalarını isteyen bir sistemin bakımın niteliğini aynı düzeyde tutması mümkün değildir.

Gece Vardiyası büyük laflar etmeyen bir film. Sağlık sisteminin

finansmanını anlatmıyor, hastane yönetim modellerini tartışmıyor, sağlık politikalarının tarihini açıklamıyor. Bunun yerine tek bir servisi, tek bir çalışanı ve tek bir vardiyayı gösteriyor.

Fakat o vardiyanın içine günümüz sağlık sistemlerine ilişkin pek çok temel tartışma sığıyor: personel yetersizliğı, yoğun emek, bakımın görünmeyen yükü, eşitsizlik, hasta güvenliğı, mesleki sorumluluk ve sağlık çalışanınin giderek daralan hareket alanı.

Filmin sonunda akılda kalan soru bu nedenle Floria'nın o gece başarılı olup olmadığı değildir. Daha temel bir soru geriye kalır: İyi bir sağlık hizmeti, onu üreten insanların **sürekli sınırlarını zorlamak zorunda kaldığı** bir çalışma düzeni üzerinde ne kadar sürdürülebilir?

Gece Vardiyası, bu soruya uzun bir yanıt vermiyor. Bir hastane koridorunda geçirilen doksan dakika boyunca yanıtı seyircinin görmesini sağlıyor.

GENEL SAĞLIK-İŞ SENDİKA OKULU TEMSİLCİ EĞİTİMİMİZ TÜM YURTTA DEVAM EDİYOR!

Örgütlenme sürecimizin önemli ayaklarından biri olan bu eğitim çalışması, temsilcilerimizin sendikal bilgi ve mücadele birikimini güçlendirmeyi hedeflemektedir.

Yaşasın Genel Sağlık-İş!

Yaşasın örgütlü mücadelemiz!

TARİH

► **TRABZON**

12 Genel Sağlık-İş Sendika Okulu
İş Yeri Temsilci Eğitimi
TRABZON

GENEL SAĞLIK-İŞ
www.genelsaglik-is.org.tr
0312 230 66 64
0552 871 01 82

TARİH

► **SAMSUN**

13 Genel Sağlık-İş Sendika Okulu
İş Yeri Temsilci Eğitimi
SAMSUN

GENEL SAĞLIK-İŞ
www.genelsaglik-is.org.tr
0312 230 66 64
0552 871 01 82

TARİH

► **ANTALYA**

14 Genel Sağlık-İş Sendika Okulu
İş Yeri Temsilci Eğitimi
ANTALYA

GENEL SAĞLIK-İŞ
www.genelsaglik-is.org.tr
0312 230 66 64
0552 871 01 82

TARİH

► **ADANA**

15 Genel Sağlık-İş Sendika Okulu
İş Yeri Temsilci Eğitimi
ADANA

GENEL SAĞLIK-İŞ
www.genelsaglik-is.org.tr
0312 230 66 64
0552 871 01 82

BASINDA GENEL SAĞLIK-İŞ

Basında **GENEL SAĞLIK-İŞ**



GENEL SAĞLIK-İŞ'TEN BAKANLIĞIN YENİ DÜZENLEMESİNE TEPKİ: "SAĞLIK HİZMETİ PERFORMANS PUANLARINA İNDİRGENEMEZ"



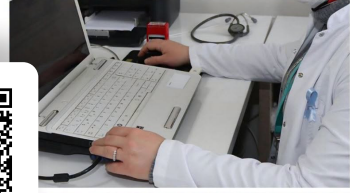
GENEL SAĞLIK-İŞ
GENEL SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET KOLU KAMU ÇALIŞANLARI SENDİKASI



Basında **GENEL SAĞLIK-İŞ**

Cumhuriyet

Genel Sağlık-İş 'dayatma' diyerek sisteme tepki gösterdi: Sağlık hizmetinin niteliğini tehlikeye atıyor



GENEL SAĞLIK-İŞ
GENEL SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET KOLU KAMU ÇALIŞANLARI SENDİKASI



Basında **GENEL SAĞLIK-İŞ**

soL HABER PORTALI

Genel Sağlık-İş'ten muayene süresi tepkisi: NATO Zirvesi için var olan irade, halkın sağlık hakkı için neden yok?



GENEL SAĞLIK-İŞ
GENEL SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET KOLU KAMU ÇALIŞANLARI SENDİKASI



**"Yalnız
taştan duvar
kalmaz"**

**Hak kayıpları karşısında
duvar gibi durabilmek için
Toplu sözleşme masasında
hakkın olanı almak için**

ÜÇLÜ OL! ÜYE OL GÜÇLÜ OL! ÜYE OL!

www.genelsaglikis.org.tr



GENEL SAĞLIK-İŞ

Genel Sağlık ve Sosyal Hizmet Kulu Kamu Çalışanları Sendikası

**Gücünü Çalışandan Alan
Türkiye'nin Yükselen Sendikal Gücü**

**Bir kalemin ucundan hislerimiz akınca
Bir ince yol onları sıkıyor, daraltıyor;
Beni anlayamazsan gözlerime bakınca
Göğsümü parçala bak kalbim nasıl atıyor.**

**Daha pek doymamışken yaşamının tadına
Gönül bağlanmaz oldu ne kıza, ne kadına...
Gönlüm yüz sürmek ister yalnız senin katına.
Senden başka her şeyi bir mangıra satıyor.**

**Sensin, kalbim değildir, böyle göğsümde vuran,
Sensin "Ülkü" adıyla beynimde dimdik duran.
Sensin çeyrek asırlık günlerimi dolduran;
Seni çıkarsam, ömrüm başlamadan bitiyor.**

**Hem bunları ne çıkar anlatsam bir dizeye?
Hisler kambur oluyor dökülünce yazıya.
Kısacası gönlümü verdim Ulu Gazi'ye.
Göğsümde şimdi yalnız onun aşkı yatıyor.**

SABAHATTİN ALİ



Mutlaka řu veya bu sebepler için milleti savaşa sürüklemek taraftarı değilim.

Savaş zorunlu ve hayati olmalıdır. Hakiki düşüncem şudur: Ulusu savaşa götürünce vicdan azabı duymamalıyım. 'Öldüreceğiz' diyenlere karşı, 'ölmeyeceğiz' diye savaşa girebiliriz. Ancak, ulusun hayatı tehlikeye girmedikçe, savaş bir cinayettir.

K. Atatürk



**ÜYE OL,
GÜÇLÜ OL!**

www.genelsaglikis.org.tr