

TBMM
HALKLARIN EŞİTLİK VE DEMOKRASİ PARTİSİ
GRUP BAŞKANLIĞI

Sayı : 17372

Tarih : 08.04.2026

10/4012

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Türkiye’de sağlık alanında son yirmi yılı aşkın süredir uygulanan neoliberal politikalar sağlık hizmetlerinin finansman yapısı, hizmete erişim, kamu kaynaklarının kullanımı ve sağlık emekçilerinin çalışma koşulları üzerinde yarattığı etkiler ciddi tartışmalara neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasa odaklı bir yapıya dönüşmesi, cepten harcamaların artması, bölgesel ve sınıfsal eşitsizliklerin derinleşmesi, anadilde sağlık hizmetine ulaşımın engellenmesi ve sağlık emekçilerinin giderek ağırlaşan çalışma koşulları, mevcut sistemin sürdürülebilirliğini tartışmalı hale getirmiştir. Bununla birlikte sağlıkta şiddet vakalarının artışı, sendikal ayrımcılık, liyakat ilkesine aykırı idari uygulamalar ve kamu kaynaklarının kullanımına ilişkin ortaya çıkan sorunlar, sağlık sisteminin bütüncül bir şekilde ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda; sağlık hizmetlerinin finansman yapısının, Genel Sağlık Sigortası uygulamasının yarattığı sonuçların, özel hastaneler ve kamu-özel işbirliği projeleri kapsamında aktarılan kamu kaynaklarının, yurttaşların cepten ve dolaylı sağlık harcamalarının, bölgesel, dil temelli ve sosyoekonomik eşitsizliklerin, sağlık emekçilerinin çalışma koşullarının, özlük haklarının ve maruz kaldıkları şiddet ile mobbing uygulamalarının tüm yönleriyle araştırılması ve gerekli yasal-idari düzenlemelerin belirlenmesi amacıyla Anayasa’nın 98’inci ve TBMM İçtüzüğü’nün 104 ve 105’inci maddeleri uyarınca Meclis Araştırması açılmasını arz ve talep ederiz.

Hüseyin OLAN

Bitlis Milletvekili

GEREKÇE ÖZETİ

AKP iktidarıyla birlikte 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerini güçlendirme iddiasıyla başlatılmış, ancak geçen süre içerisinde sağlık hakkını piyasa mekanizmalarına tabi hale getiren yapısal bir dönüşüme yol açmıştır. Sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması “eşitlik” söylemiyle sunulsa da, Genel Sağlık Sigortası modeli özellikle prim ödeme gücü olmayan kesimler açısından sağlık hizmetine erişimi zorlaştırmıştır.

Sağlık sisteminde niceliksel büyüme dikkat çekici boyutlara ulaşmış, yıllık hastane başvuru sayıları katlanarak artmıştır. Ancak bu artış, sağlık hizmetinin niteliğinin yükseldiğini değil, sistemin aşırı başvuru üreten ve sürdürülebilirlikten uzak bir yapıya dönüştüğünü göstermektedir. Hastane sayısındaki artışa rağmen uzman hekim eksikliği, sevk zinciri ve bölgesel eşitsizlikler nedeniyle yurttaşlar sağlık hizmetine gerçek anlamda erişememekte, sağlık hizmeti fiilen maliyetli hale gelmektedir.

Öte yandan cepten sağlık harcamalarının yeniden artış eğilimine girmesi, özel hastanelerde alınan yüksek ilave ücretler ve kamu kaynaklarının şehir hastaneleri başta olmak üzere özel sektöre aktarılması, sağlık sisteminin piyasalaşma düzeyini açıkça ortaya koymaktadır.

Bu süreç yalnızca yurttaşları değil, sağlık emekçilerini de derinden etkilemiştir. Personel yetersizliği, ağır çalışma koşulları, performans baskısı, güvencesiz ve parçalı ücret sistemi, sendikal ayrımcılık, mobbing uygulamaları ve idari keyfiyet sağlık çalışanlarının çalışma barışını ortadan kaldırmıştır. Ayrıca sağlıkta şiddet vakalarının yaygınlığı ve bu alandaki veri şeffaflığının bulunmaması, sağlık hizmeti sunumunu güvencesiz hale getirmiştir.

Tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde; sağlık sisteminin finansman yapısından çalışma koşullarına, bölgesel eşitsizliklerden kamu kaynaklarının kullanımına kadar çok boyutlu sorunlar içerdiği görülmektedir. Bu nedenle sağlık alanındaki mevcut yapının tüm yönleriyle incelenmesi ve gerekli yapısal düzenlemelerin belirlenmesi amacıyla bir Meclis Araştırması açılması zorunludur.

GEREKÇE

AKP iktidarıyla birlikte 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerini güçlendirme iddiasıyla başlatılmış, ancak geçen 20 yılı aşkın sürede bu program, sağlık hakkını piyasa kurallarına tabi hale getiren kapsamlı bir dönüşüme yol açmıştır.

2002 yılında SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı olmak üzere üç ayrı yapı üzerinden yürütülen sağlık sistemi, 2006 yılında SGK çatısı altında birleştirilmiştir. Bu değişim “eşitlik” söylemiyle sunulsa da getirilen Genel Sağlık Sigortası modeli, prim ödeme gücü olmayan milyonlarca yurttaş açısından sağlık hizmetine erişimi zorlaştırmıştır. Özellikle genç işsizler ve küçük esnaf, prim borçlarını ödeyemediği için sistem dışında kalmakta, çoğu yurttaş ise borçlu olduğunun dahi farkında olmadan sağlık hakkından mahrum bırakılmaktadır.

AKP döneminde sağlık sisteminde niceliksel büyüme öne çıkarılmıştır. 2002 yılında 208 milyon 966 bin olan yıllık hastane başvurusu sayısı, 2010’da 295 milyona, 2024 yılı itibarıyla ise %401 artışla 1 milyar 47 milyon 877 bine ulaşmıştır. Kişi başına yıllık hekim başvurusu OECD ortalaması 6,5 iken Türkiye’de 12,2’ye çıkmıştır. Ancak bu artış, sağlık hizmetine erişimin iyileştiğini değil, sistemin aşırı başvuru üreten, nitelikten uzak ve sürdürülemez bir yapıya dönüştüğünü göstermektedir. Nitekim doğumda beklenen yaşam süresi OECD ortalaması 81,1 yıl iken Türkiye’de 77,3 yıldır.

AKP iktidarı, sağlıkta “erişim” söylemini hastane sayısındaki artış üzerinden kurmuştur. Ancak bugün gelinen noktada açıkça görülmektedir ki hastanenin varlığı, sağlığa erişim anlamına gelmemektedir. Türkiye’nin birçok ilinde yurttaşlar, buldukları şehirde hastane olmasına rağmen uzman hekim eksikliği nedeniyle başka illere sevk edilmektedir. Bu durum, sağlık hizmetine erişimin bir hak olmaktan çıkıp fiilen bir “maliyet” haline geldiğini göstermektedir. İktidar “sağlık ücretsizdir” iddiasını sürdürürken, yurttaşlar yalnızca katkı payı ödemekle kalmıyor, yol, konaklama ve zaman kaybı gibi dolaylı maliyetlerle de karşı karşıya kalıyorlar.

TÜİK verilerine göre 2025 itibarıyla hanelerin %56,3’ü sağlık harcamalarının yükünü hissetmektedir. Bu oran en yoksul kesimlerde %65’in üzerine çıkmaktadır.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı 2002’de %19,8 iken 2009’da %14,1’e düşmüş, ancak 2022 itibarıyla yeniden %18,5’e yükselmiştir. Bu tablo aynı zamanda bir başa dönüşü de göstermektedir.

Sağlık sisteminin piyasalaştırılması en açık biçimde özel hastaneler üzerinden görülmektedir. 2009 yılında özel hastanelerin alabileceği ilave ücret SGK tarifesinin %30’u ile sınırlıyken, bu oran 2013’te %200’e çıkarılmış ve halen yürürlüktedir. Böylece yurttaşlar, prim ödedikleri halde sağlık hizmeti alabilmek için ikinci kez ödeme yapmak zorunda bırakılmıştır.

Kamu kaynaklarının özel sektöre aktarımı da sistematik hale getirilmiştir. Şehir hastaneleri ve Kamu-Özel İşbirliği Projeleri üzerinden sağlık bütçesi özel şirketlere yönlendirilmekte, SGK fonları bu projelerin finansmanında kullanılmaktadır. OECD ülkeleri sağlık hizmetlerine ortalama GSYİH'nin %9,3'ünü ayırırken Türkiye'nin bu oranı %4,7'de kalmaktadır. Buna karşın cepten harcamaların oranı yüksektir.

Sağlık sistemindeki bu dönüşüm, bölgesel eşitsizlikleri daha da derinleştirmiştir. Bebek ölüm oranı ülke genelinde binde 9 iken, bazı bölgelerde binde 14'e çıkmaktadır. Sağlık hizmetine erişimde dil, coğrafya ve gelir temelli engeller devam etmekte, anadilinde sağlık hizmetine erişim ise güvence altına alınmamaktadır.

Mevcut sağlık sistemi, koruyucu sağlık hizmetlerini geri plana itmiş, sağlık hizmeti adeta reçete yazımına indirgenmiştir. OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin %39'u hastanelerde sunulurken Türkiye'de bu oran %58'dir. Bu durum hem maliyetleri artırmakta hem de halk sağlığını zayıflatmaktadır.

Sağlık alanında yaşanan yapısal dönüşüm, yalnızca hastalar açısından değil, sağlık hizmetini üreten emekçiler açısından da derin bir kriz yaratmıştır. Sahadan gelen veriler, meslek örgütlerinin tespitleri ve mevcut sistemin işleyişi birlikte değerlendirildiğinde, sağlık alanındaki sorunların kalıcılaştığı açıkça görülmektedir.

Öncelikle sağlık kurumlarında yaşanan personel yetersizliği, hizmet kalitesini doğrudan düşüren temel sorunların başında gelmektedir. Türkiye'de kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısı OECD ortalamasının gerisinde kalırken, mevcut personel aşırı iş yükü altında çalıştırılmaktadır. Bu durum hem fiziksel hem de psikolojik yıpranmaya yol açmaktadır. Hastalara ayrılan sürenin 5-10 dakikaya kadar düşmesi, sağlık hizmetinin niteliğini ciddi biçimde zayıflatmaktadır.

Çalışma koşullarının ağırlığı bu tabloyu daha da derinleştirmektedir. Uzun mesai saatleri, yoğun nöbet sistemi ve yetersiz dinlenme süreleri, sağlık emekçilerini tükenmişlik noktasına getirmektedir. Performansa dayalı sistem, ekip çalışmasını zayıflatmaktadır. Rekabeti artırarak çalışma barışını bozmakta ve sağlık hizmetini nitelik yerine nicelik üzerinden şekillendirmektedir.

Bu ağır çalışma rejimi yalnızca iş yüküyle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda idari istikrarsızlık ve keyfi yönetim pratikleriyle daha da derinleşmektedir. Başhekimlik görevlerinde kısa aralıklarla, kimi zaman üç ay gibi sürelerde yapılan değişiklikler ve idari kadrolardaki sık rotasyonlar, sağlık çalışanlarının kurumsal işleyişe uyumunu zayıflatmakta, hizmet sürekliliğini ve organizasyonel verimliliği olumsuz etkilemektedir.

Bununla birlikte usulsüz ve geçici görevlendirmeler yoluyla personelin kadro dışı alanlara çekildiği, görev dağılımında liyakat ve ihtiyaç yerine keyfi uygulamaların belirleyici olduğu yönünde ciddi bulgular bulunmaktadır. Sağlık emekçilerinin rızası olmadan, mesai saatleri dışında alınan kararlarla görevlendirilmesi, bu görevlendirmelerin çoğu zaman tebliğ edilmeden fiilen dayatılması, çalışma hukukunun açık ihlali niteliğindedir.

Özellikle yetkili sendika üzerinden şekillenen idari yapı, sağlık emekçileri arasında açık bir ayrımcılık yaratmaktadır. Aynı kurum içinde farklı sendikalara üye olan sağlık emekçileri arasında görev dağılımı ve çalışma koşulları bakımından eşitsizlikler oluşmaktadır. Yetkili sendika üyeleri görece daha avantajlı alanlarda çalıştırılırken, diğer sendikalara üye emekçiler daha ağır ve dezavantajlı birimlerde görevlendirilmektedir. Bu durum sağlık kurumlarında bir mobbing düzeni yaratmakta ve çalışma barışını ortadan kaldırmaktadır.

Bu tablo aynı zamanda Anayasa'nın eşitlik ilkesinin (Madde 10) ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda yer alan liyakat ve kariyer ilkelerinin açık ihlali anlamına gelmektedir. Kamu yöneticilerinin yetkilerini keyfi değil, hukuka ve objektif ölçütlere göre kullanma yükümlülüğü bulunmasına rağmen, mevcut uygulamalar birçok durumda "görevi kötüye kullanma" ve "ayrımcılık" kapsamında değerlendirilebilecek niteliktedir.

Öte yandan sağlık emekçilerinin ücret ve özlük hakları da ciddi bir güvencesizlik içermektedir. Parçalı ücret sistemi nedeniyle maaşların önemli bir kısmı ek ödemelerden oluşmakta, bu ödemeler ise izin, rapor ya da benzeri durumlarda kesintiye uğramaktadır. Yıllık izin hakkını kullanan bir sağlık emekçisinin gelirinde ciddi düşüşler yaşanması, dinlenme hakkını fiilen kullanılamaz hale getirmektedir. Ayrıca seyyanen artışlar ve ek ödemelerin emekliliğe yansımaması, sağlık emekçilerini düşük emekli maaşına mahkûm etmektedir. Bu durum çalışanları ileri yaşlarda dahi çalışmaya zorlayan bir yapıya dönüşmektedir. Bu nedenle tek kalem, emekliliğe yansıyan güvenceli ücret sistemi bir zorunluluk haline gelmiştir.

Altyapı ve donanım eksiklikleri de sistemin bir diğer yapısal sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de milyon kişi başına düşen MR ve BT cihaz sayısı OECD ortalamasının altında olmasına rağmen, kullanım oranları OECD ortalamasının katbekat üzerindedir. Bu durum, hem gereksiz tetkiklerin arttığını hem de mevcut kapasitenin plansız ve verimsiz kullanıldığını göstermektedir. Aynı zamanda bu yoğunluk, kamu kaynaklarının sağlık hizmetini iyileştirmek yerine özel şirketlere aktarılmasına neden olmaktadır. Öte yandan özellikle BT tetkiklerinde maruz kalınan yüksek doz radyasyon ve MR tetkiklerinde kullanılan kontrast maddelerin gereksiz ve aşırı kullanımının uzun vadede halk sağlığı açısından riskler barındırdığı da görülmektedir.

Diğer bir yandan basına ve çeşitli kamuoyuna yansıyan iddialarda, Sağlık Bakanlığı bünyesinde belirli yapılar üzerinden kadrolaşma ve örgütlenme olduğu, bu yapıların sağlık hizmetlerine erişim önünde ciddi bir engel oluşturduğu yönünde değerlendirmeler yer almaktadır. Bu iddiaların açıklığa kavuşturulması, kamu yönetiminde şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri açısından zorunludur.

Sağlık emekçilerinin karşı karşıya kaldığı en ağır sorunlardan biri ise şiddettir. Sağlıkta şiddet vakalarına ilişkin veriler şeffaf biçimde paylaşılmamaktadır. Türk Tabipleri Birliği'nin beyaz kod verilerine doğrudan erişimi bulunmamakta, bu veriler yalnızca Sağlık Bakanlığı bünyesinde tutulmakta ve meslek örgütlerinin taleplerine olumsuz yanıt verilmektedir. Buna rağmen mevcut veriler ve saha gözlemleri durumun vahametini ortaya koymaktadır. TTB'ye göre her 10 hekimden 9'u meslek hayatı boyunca fiziksel, sözel ya da psikolojik şiddete maruz kalmaktadır ve bildirilmeyen vakaların sayısı, bildirilenlerin çok üzerindedir.

Sağlıkta şiddet yalnızca hastane içinde değil, sahada da ciddi bir güvenlik sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Acil sağlık hizmetlerinde görev yapan ekipler, olay yerine çoğu zaman kolluk kuvvetleri ve savcılık birimlerinden önce ulaşmakta, kimi durumlarda bu birimlerin gelmesi saatleri bulabilmektedir. Bu süreçte sağlık emekçileri doğrudan olayın taraflarıyla karşı karşıya kalmakta ve yaşanan her türlü gerilimin muhatabı haline gelmektedir. Olay yerinde yaşanan gecikmelerin sorumluluğu dahi sağlık çalışanlarına yöneltilmekte, bu da sağlık emekçilerini korunmasız ve güvencesiz bir ortamda çalışmaya zorlamaktadır.

Mevcut veriler incelendiğinde toplam 17.504 beyaz kod başvurusu olduğu, günlük ortalama 48 şiddet vakasının kayda geçtiği, yani yaklaşık her 30 dakikada bir sağlık çalışanının şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Bu başvuruların %83,2'si (14.563) sözel şiddet, %16,8'i (2.941) ise fiziksel şiddet vakalarından oluşmaktadır. Ayrıca 2021 ile 2025 Şubat ayı arasında kapsayan dönemde yaklaşık 147.321 mobbing başvurusu yapıldığı ifade edilmektedir. Bu tablo, sağlık sisteminin yalnızca hastalar açısından değil, çalışanlar açısından da güvensiz bir hale geldiğini açıkça göstermektedir.

Tüm bu sorunların temelinde, sağlık hizmetinin bir kamu hakkı olmaktan çıkarılarak piyasa mantığıyla yeniden düzenlenmesi yatmaktadır. Bu nedenle çözüm de parçalı değil, bütünlüklü olmak zorundadır. Öncelikle yeterli sayıda sağlık personelinin istihdam edilmesi, mevcut iş yükünün azaltılması ve nitelikli hizmet sunumunun sağlanması gerekmektedir. Bununla birlikte, sağlık emekçilerinin güvenceli çalışma koşullarına kavuşturulması, emekliliğe yansıyan adil ve tek kalem ücret sistemine geçilmesi ve performans baskısının ortadan kaldırılması zorunludur.

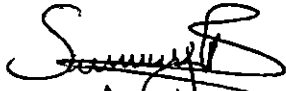
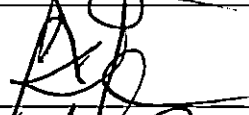



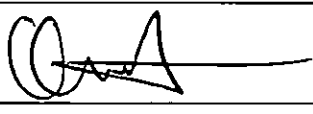
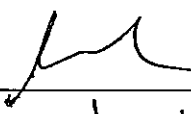
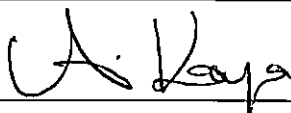
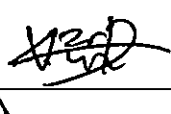
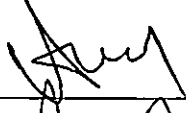
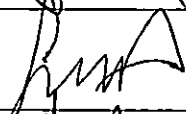
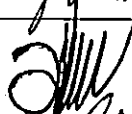
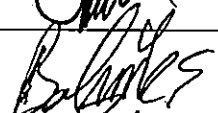


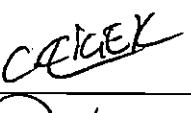



Ayrıca sağlıkta Őiddetin önlenmesine yönelik etkili ve caydırıcı yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi, çalışma ortamlarının güvenli hale getirilmesi ve Şiddet vakalarına ilişkin verilerin Şeffaf biçimde kamuoyu ile paylaşılması gerekmektedir. Altyapı yatırımlarının planlı bir şekilde artırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve koruyucu sağlık politikalarının yeniden merkeze alınması da bu dönüşümün vazgeçilmez unsurlarıdır.

Yurttaşların sağlık hakkının korunması ve sağlık emekçilerinin insanca çalışma koşullarına kavuşması için mevcut sistemin bütünlüklü biçimde ele alınması gerekmektedir.

Sağlık alanında yaşanan tüm sorunlar birlikte ele alındığında ortaya çıkan tablo doğrudan doğruya AKP'nin 20 yılı aşkın süredir uyguladığı neoliberal sağlık politikalarının bir sonucudur. Sağlık hakkı piyasa koşullarına terk edilmiş, yurttaşlar gelirleri ölçüsünde sağlık hizmetine erişebilir hale getirilmiş, kamu kaynakları sistematik biçimde özel sektöre aktarılmıştır.

Bugün gelinen noktada yurttaşlar doktora ulaşabilmekte ancak sağlığa ulaşamamaktadır. Hastanelerin sayısındaki artış, sağlık hizmetine gerçek erişimi sağlamamakta, aksine sevk zincirleri, uzman eksikliği ve bölgesel eşitsizlikler nedeniyle yurttaşları daha fazla maliyet, daha fazla borç ve daha fazla mağduriyetle karşı karşıya bırakmaktadır. Aynı şekilde sağlık emekçileri, bu piyasa temelli sistem içerisinde tükenmişlik, güvencesizlik ve Şiddet sarmalına itilmiştir.

Bu nedenlerle; sağlık hizmetlerinin finansman yapısının, Genel Sağlık Sigortası sisteminin yarattığı mağduriyetlerin, özel hastanelere ve Şehir hastanelerine aktarılan kamu kaynaklarının, cepten ve dolaylı sağlık harcamalarının gerçek boyutunun, bölgesel, sınıfsal ve dil temelli eşitsizliklerin, sağlık emekçilerinin çalışma koşullarının ve maruz kaldıkları hak ihlallerinin tüm yönleriyle araştırılması sağlık hizmetlerinin yeniden kamusal, ücretsiz, nitelikli, anadilinde ve erişilebilir bir hak olarak düzenlenmesi amacıyla gerekli yasal ve idari adımların belirlenmesi için bir Meclis Araştırması açılması elzemdir.

1	SÜMEYYE BOZ ÇAKI	MUŞ	
2	AYTEN KORDU	TUNCELİ	
3	SERHAT EREN	DİYARBAKIR	
4	DİLAN KUNT AYAN	ŞANLIURFA	
5	GÜLCAN KAÇMAZ SAYYİĞİT	VAN	
6	NEVROZ UYSAL ASLAN	ŞIRNAK	
7	ÖMER FARUK GERGERLİOĞLU	KOCAELİ	
8	ADALET KAYA	DİYARBAKIR	
9	VEZİR COŞKUN PARLAK	HAKKARİ	
10	ALİ BOZAN	MERSİN	
11	SALİHE AYDENİZ	MARDİN	
12	GÜLDEREN VARLI	VAN	
13	BERİTAN GÜNEŞ ALTIN	MARDİN	
14	BERDAN ÖZTÜRK	DİYARBAKIR	
15	ZEYNEP ODUNCU KUTEVİ	BATMAN	
16	CENGİZ ÇİÇEK	İSTANBUL	
17	MEHMET KAMAÇ	DİYARBAKIR	
18	SABAHAT ERDOĞAN SARITAŞ	SİİRT	
19	GEORGE ASLAN	MARDİN	
20	MEHMET ZEKİ İRMEZ	ŞIRNAK	