

# Sağlık Hizmetleri Dönüşürken Hekim Emeği Nasıl Dönüştü: Proleterleşme, Şiddet ve Göç

Çağla ÜNLÜTÜRK<sup>1</sup>

ORCID:0000-0002-4589-5659

DOI: 10.54752/ct.1364610

**Öz:** Türkiye’de 1980’li yıllarda neol-liberal politikalarla şekillenmeye başlayan sağlık hizmetlerindeki dönüşüm Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ete kemiğe büründü. Bu süreçte hekim emeği açısından çok sayıda dönüşüm de ortaya çıktı. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının ve hekimlerin örgüt temsilcileriyle gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler ışığında hekim emeğine ilişkin başlıca sorun alanları irdelenmiştir. Başlıca sorunlar hekimlerin toplumsal konumlarındaki ve mesleki itibarlarındaki aşınma, temel gelirlerindeki düşüş, sağlıkta şiddet ve bu gelişmelerin sonucunda hekimlerin göçe yönelmesi olarak ortaya konmuştur. Hekimler geleneksel olarak kutsallaştırılmış, yüksek mesleki itibara, yüksek gelire ve meslekleri üzerinde yüksek düzeyde denetime sahip bir hizmet alanının mensupları iken sağlık hizmetlerinde meydana gelen dönüşüme paralel olarak proleterleşmişlerdir. Eş zamanlı olarak çok sayıda sağlık mesleği profesyonelleşme mücadelesi vermeye başlamıştır. Bu durum piyasalaşma dinamikleriyle beslenerek sağlık hizmeti sunan ekibin içinde yoğun çatışma ve ayrışmalara yol açmıştır. Bir başka etki ise hekim- hasta arasındaki ilişkinin dönüşümü olmuştur. Paternalist bir ruha sahip olan hekim hasta ilişkisi bir piyasa ilişkisine dönüşmüştür. Şiddetin sıradanlaştığı bir dönemde sağlıkta şiddet ise hastalar için fayda maksimizasyonunun bir yolu haline gelmiştir. Bu keskin dönüşümler hekimlerde bireysel ve toplu mücadele eğilimleri yaratmıştır. Kamuda meslek sendikacılığının önü yasal olarak kapalı olmasına karşın hekim sendikaları kurulmuş ve çok sayıda hekim eylemi gerçekleştirilmiştir. Bazı hekimler kamu sağlık kurumlarından istifa ederken bazıları ise göç etmeye başlamıştır.

<sup>1</sup> Prof. Dr., Pamukkale Üniversitesi İ.İ.B.F. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü. [caglau@gmail.com](mailto:caglau@gmail.com)

ÜNLÜTÜRK, Ç. (2023) “Sağlık Hizmetleri Dönüşürken Hekim Emeği Nasıl Dönüştü: Proleterleşme, Şiddet ve Göç”, *Çalışma ve Toplum*, C.4, S.79. 3311-3332

Makale Geliş Tarihi: 09.12.2022 - Makale Kabul Tarihi: 09.01.2023

**Anahtar Kelimeler:** sağıkta dönüşüm, hekim göçü, hekim örgütleri, hekim emeği, hekimlerin proleterleşmesi

**How Doctors' Labour Transformed During the Transformation of Health Services: Proletarianisation, Violence and Migration**

**Abstract:** The transformation in health services in Turkey, which started to be shaped by neoliberal policies in the 1980s, took flesh and bones with the Health Transformation Programme. In this process, many transformations have also emerged in terms of doctors' labour. In this study, in the light of semi structured in-depth interviews with representatives of health workers' and doctors' organisations, the main problem areas regarding physicians' labour are examined. The main problems are the erosion in the social and professional positions of doctors, the decline in their basic income, violence in health care and the emigration of doctors as a result of these developments. While doctors were traditionally members of a sanctified service field with high professional prestige, high income and a high level of control over their profession, they have become proletarianised in parallel with the transformation in health services. Simultaneously, many health professions began to struggle for professionalisation. This situation, fuelled by the dynamics of marketisation, has led to intense conflicts and divisions within the healthcare team. Another effect was the transformation of the relationship doctors and patients. The doctor-patient relationship, which had a paternalistic spirit, has turned into a market relationship. In a period when violence has become commonplace, violence in health has become a way of benefit maximisation for patients. These sharp transformations have created individual and collective struggle tendencies among doctors. Although occupational unionisation in the public sector is legally banned, doctors' unions have been established and many doctors' demonstrations have been organised. While some some resigned from public health institutions, others started to emigrate.

**Keywords:** Transformation in health, doctors' emigration, doctors' organisations, medical labour, proletarianisation of doctors

## Giriş

Türkiye'de 1980'li yıllarda neol-liberal politikalarla şekillenmeye başlayan sağık hizmetlerindeki dönüşüm Sağıkta Dönüşüm Programı ile ete kemiğe büründü. Özel sağık sunumu yaygınlaşıp, kamuda sağık hizmetleri metalaşırken ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılırken, istihdam yapısından ödeme sistemlerine kadar tüm uygulamaların piyasa benzeri hale gelmesinin iş

yoğunlaşması, kıskırtılmış talep, sağlık hizmet mekanlarının dönüşümü, iş tanımlarının dönüşümü, eleman ve araç-gereç yetersizliği, sağlık ve güvenlik yoksunluğu, farklı istihdam statüleri oluşturulması, düşük ücretler gibi çok sayıda sonucu oldu. Sağlık ekibi içinde otorite ve özerklik arasında bir çelişki varken piyasalaşma ile bu ilişkinin içine yeni aktörler (sigorta şirketleri, döner sermaye, tıbbi cihaz şirketler, ilaç şirketleri vb.) ve piyasa dinamikleri eklenmeye başladı. Bu süreçte hekim emeği açısından çok sayıda dönüşüm de ortaya çıktı. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin 2. Fazı ile hayata geçen ve bir tür kamu-özel ortaklığı olan şehir hastaneleri de sağlık emeğini ve sağlık hizmeti sunum biçimlerini değiştirdi. Sağlık çalışanlarının pek çoğu kapanan hastanelerinden kent merkezlerine uzak biçimde konumlanan şehir hastanelerinde görevlendirildiler. Daha az çalışanla hizmet sunmaya çalışan bu mega hastanelere geçişle birlikte sağlık çalışanlarının iş yükleri daha da arttı (Kablay, 2021: 88). Yeni kuşak sağlık çalışanlarının kayda değer bir bölümünü önceki kuşakların meslekte elde ettiklerinin daha azına mahkûm eden bir dönüşüm söz konusu oldu. Hekimlerin yalnızca ücretleri değil, toplumsal itibarları da her geçen gün zayıfladı. Hekimler "kutsallaştırılmış" bir hizmet alanının işçileşmiş mensuplarına dönüştüler. Öte yandan hekimlik proleterleşirken eş zamanlı olarak çok sayıda sağlık mesleği profesyonelleşme mücadelesi vermeye başladı. Bu durum piyasalaşma dinamikleriyle beslenerek sağlık hizmeti sunan ekibin içinde yoğun çatışma ve ayrışmalara yol açtı. Bir başka etki ise hekim- hasta arasındaki ilişkinin dönüşümü oldu. Geçmişte, hekim- hasta arası ilişki hekimin hastanın yalnızca şimdiki konumunu değil geçmişini, ailesini ve yaşadığı çevreyi bildiği geçmiş ve derinliği olan bir ilişkiydi. Günümüzde bu ilişki taksi şoförü ile yolcusu arasındaki ilişkiye benzedi (Potter ve McKinlay, 2005: 465).

Özelleştirmeler, yalnızca mülkiyetin kamudan özele geçtiği bir sektörel dönüşüm yaratmadı, aynı zamanda neo-liberalizmle uyumlu biçimde sorumlulukların kamusal otoriteden bireylere veya ailelere aktarılmasına yol açtı. Bu süreçte ortaya çıkan yeni müşteri yurttaş kategorisi kişisel faydası için girdi talep eden ve faydasını maksimize etmeye çalışan birey olarak konumlandırıldı. Paternalist bir ruha sahip olan hekim hasta ilişkisi bir piyasa ilişkisine dönüştü. Şiddetin sıradanlaştığı bir dönemde sağlıkta şiddet fayda maksimizasyonunun bir yolu haline geldi (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Covid 19 Pandemisinin sağlık sektöründe yol açtığı yük söz konusu sorunları daha da derinleştirdi.

Sağlık hizmetleri bir yandan kârlı bir alan olarak hızla piyasalaşırken, diğer yandan da geniş halk kitlelerinin onayını almak için popülist politikaların bir aracı haline gelmiştir. Bu koşullarda hekimlerin çalışma koşulları, gelirleri ve toplumsal itibarları hızla bozulmuş, sağlık ve sosyal hizmet işkolu sendikalarında örgütlenme düzeyleri görece düşük seyreden hekimler, hekim sendikalarında hızla örgütlenmeye başlamış ve art arda iş bırakma eylemleri gerçekleştirmişlerdir. Bu örgütlü tepkilere ek olarak hekim göçleri ve hekim istifaları da dikkate değer düzeyde artmıştır (Çınar, 2022). Söz konusu eylem ve eğilimlere iktidar tarafından verilen ilk tepkiler, örgütlenme, istifa ve göç eğilimlerini pekiştirmiştir. Örneğin

hekimlerin kamu hastanelerinden özel hastanelere geçişleri ve uluslararası göçleri medyada yer almaya başladıktan sonra, Cumhurbaşkanı Erdoğan "Doktorlar az para aldıkları için ayrılıyorlarmış, varsın gidiyorlarsa gitsinler. Buralar boş kalmayacak. Doktorluk gibi bir mesleği sadece paraya dayamak insani değildir" açıklamasını yapmıştır (Medimagazin, 2022). Ne var ki hekim eylemlerinde, istifa ve göçlerdeki artışla birlikte hekimlerin çalışma koşullarında görelî iyileştirmeler sağlayacak düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. 27 Mayıs 2022'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerini caydırıcı düzenlemeler içeren Türk Ceza Kanunu Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 15 Haziran 2022'de Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem Ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına Ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik, 12 Ağustos 2022'de hekimlere yönelik performansa dayalı ödemelerin yükselmesini sağlayan Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği, 3 Eylül 2022'de asistan hekimlerin çalışma koşullarında iyileştirici düzenlemelere yer veren Tıpta Ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Ayrıca Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ile verilen randevu aralıkları 5 dakikadan 10 dakikaya yükseltilmiş, hekimlerin mesai sonrasında da hizmet vermesinin önünü açan bir uygulama hayata geçirilmiştir. Sözü edilen düzenlemeler Beyaz Reform olarak adlandırılmıştır. Bu düzenlemelerin ardından hekim eylemlerinden vazgeçilmiş olmakla birlikte, düzenlemeler hekimlerde kalıcı bir hoşnutluk yaratmaktan uzak görünmektedir.

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinde 2000'li yılların başında sistematik ve programlı biçimde hayata geçirilen dönüşümün, 2022 yılında hekim emeği açısından yol açtığı başlıca sorunlar ortaya konmaya çalışılacaktır. İlgili literatürün incelenmesinin yanı sıra Hekim-Sen, Tabip-Sen, Hekim Birliği; SES, Genel Sağlık-İş, Türk Tabipler Birliği, AHE-SEN ve Forum Sağlık 2023 temsilcileri ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin analiziyle en çok dile getirilen sorun alanları çözümlenmeye çalışılmıştır. Hekimlerin çalışma koşullarına ve sağlık hizmet üretimine ilişkin sorunlar bir bildiri metninin kapsamını aşacak kapsamda ve çok boyutludur. Bu nedenle çalışma kapsamında ilgili sağlık örgütleri tarafından en çok öne çıkarılan mesleki itibar kaybı, ücretlerde aşınma, şiddet ve göç sorunları ele alınmıştır. Öncelikle hekimlerin proleterleşmesi ve profesyonellik kaybına ilişkin bir kavramsal tartışma yürütülmüş, ardından sağlıkta şiddet ve hekim göçü konuları ilgili literatür ışığında incelenmiştir. Son bölümde ise hekim ve sağlık örgütlerinin temsilcileriyle gerçekleştirilen görüşmelerin analizine yer verilmiştir.

## Çalışmanın Metodolojisi

İlgili literatürle hekim emeğine yönelik yasal ve yönetsel düzenlemelerin ve sağlık mevzuatı dönüşümünün incelenmesinin yanı sıra Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanları Kamu Sağlık ve Sosyal Hizmetler Sendikası (Hekim-Sen), Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Tabip-Sen), Hekim Birliği sağlık ve sosyal hizmetler

çalışanları sendikası (Hekim Birliği), Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Genel Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Çalışanları Sendikası (Genel Sağlık-İş), Türk Tabipler Birliği (TTB) Aile Hekimliği Çalışanları Sendikası (AHE-SEN) ve Forum Sağlık 2023 temsilcileri ile gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmelerin betimsel analizle hekim emeğindeki dönüşümün serencamı gözler önüne serilmeye çalışılmıştır. Sözü edilen görüşmeler 45 dakika ila 82 dakika arasında sürmüş, görüşmelerin beşi katılımcıların izniyle kayda alınmıştır. Türk Sağlık-Sen ve Sağlık-Sen'e görüşme talebiyle defalarca başvurulmuş ancak randevu alınamamıştır. Söz konusu araştırma için Pamukkale Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından E-93803232-622.02-403878 sayılı kararlar izin verilmiştir.

## **Hekimlik Mesleğinin Toplumsal Konumunda Aşınma, Proleterleşme ve Profesyonellik Kaybı**

1970'li yıllardan bu yana uluslararası yazın, hekimlik mesleğinin profesyonel meslek özelliklerindeki aşınmaya ve/veya hekimlerin proleterleşmesine geniş bir yer vermektedir (Haug, 1975; Larson, 1980; McKinley ve Arches, 1985; Scarpaci, 1990). Kirk (2007:14) bir profesyonel mesleğin temel özelliklerini, teorik bilgi, eğitim ve öğretime dayalı becerilere sahip olmak; ileri bir eğitim aldıktan sonra özel bir grubun üyesi olmak, yetkinliklerin bir sınavı geçme yoluyla güvence altına alınması; mesleki etik davranış kurallarının mevcudiyeti; mesleği politik alanda ilerleten aktif bir mesleki birliğin varlığı gibi başlıca özelliklere dayandırmaktadır. 1970'lerde başlayan tıpta profesyonellik kaybı tartışmaları halen güncelliğini korumaktadır. Haug (1975), bilgi tekelinin aşınması, hizmetten yararlananların güvenlerinde kırılma, özerklik ve otoritenin sorgulanmaya başlaması, teknolojiye dönüşüm gibi etkilerin özel olarak hekimlikte, genel olarak profesyonel mesleklerde profesyonelliğin yitirilmesine nasıl yol açtığını açıklama çabasına girişmiştir. Haug (1975, 1988)'e göre, kamusal eğitim veren tıp okullarının artışının yanı sıra halka sağlık alanında bilgi veren kitaplar, dergiler, gazete yazıları, radyo ve televizyon programlarının artışı profesyonel bilgi tekelinin kırılmasına yol açmıştır. Zaman ilerledikçe, sağlık sektöründe karlılık kriteri giderek daha önemli bir hale gelmiştir. Bu da hekimler üzerinde sağlık hizmetleri üzerindeki mali otoriteyi kabul etmeleri yönünde artan bir baskı yaratmış, böylece mesleki egemenliklerine yönelik tehditlerin artmasına neden olmuştur: Bu tehditler üç ana alanda yoğunlaşmıştır: i) Hekimlerin mesleki bağlılıklarının yerini kendilerini istihdam eden kuruma olan bağlılığa bırakmasıyla ortaya çıkan ekonomik yabancılaşma. ii) Üretkenlik ve verimliliği artırmaya odaklanan hiyerarşi içinde hekimlerin idari gözetimini de içeren örgütsel yabancılaşma iii) Hastaları için teşhis ve tedavi seçeneklerine karar verme yetilerini kaybetmelerine neden olan teknik yabancılaşma (Salmon ve Thompson, 2021:122). Sağlık öyküsü alımında otomasyona geçilmesi, ultrasonografi, bilgisayarlı tetkik cihazları gibi teknolojik gelişmeler sayesinde,

herhangi bir tıbbi uzmana başvurulmadan izlenebilecek tedavi sürecini gösterebilecek bir sistemin geliştirilmesi mümkün hale gelmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Günümüzde tüm bu gelişmelere bir de yapay zekâ eklenmiştir.

Hekim emeğinin dönüşümüne ilişkin bir başka kavramsallaştırma ise hekimlerin proleterleşmesidir. Proleterleşmenin temel özelliklerini Oppenheimer (1972) şöyle tanımlamaktadır: kapsamlı bir işbölümü içinde işçinin yalnızca bir ya da az sayıda görevi yerine getirdiği; çalışma temposunun, işyerinin özelliklerinin, hizmet veya ürünün doğasının, hangi amaçlarla kullanıldığının ve piyasa koşullarının işçi tarafından değil, yüksek otoriteler (özel ya da kamu bürokrasileri) tarafından belirlendiği bir çalışma biçimi; işçinin birincil gelir kaynağının bireysel yüz yüze pazarlıktan ziyade büyük ölçekli piyasa koşulları ve ekonomik süreçler (toplu pazarlık hariç) tarafından belirlenen ücreti olması; işçinin kötüleşen yaşam ve/veya çalışma standartlarına karşı durumunu korumak için bir şekilde toplu pazarlığa yönelmesi. Profesyonel mesleğin yukarıda sayılanlara zıt temel özelliklerini ise şöyle sıralamaktadır: işçinin bir resim, cerrahi bir operasyon, bir kitap gibi bütün bir ürünü ürettiği; çalışma temposunun, işyeri koşullarının, hizmet veya ürünün kullanım koşulları ve fiyatının büyük ölçüde işçi tarafından belirlendiği artizanal işler olması; gelir kaynağının, emek zamanının satışından ziyade, oldukça gevşek piyasa koşulları altında bir ürün veya hizmetin daha bireysel olarak düzenlenen satışına dayanması; gelirin neredeyse tamamının herhangi bir bürokratik aracı olmaksızın doğrudan işçiye gitmesi. Kısacası, profesyonel mesleği, o meslek mensubunun takdir yetkisinin olduğu, işin standartlaştırılmadığı ve yüksek düzeyde eğitimin gerekli olduğu iş olarak ifade etmektedir (Oppenheimer, 1972: 213). Oppenheimer'ın dikkat çektiği gibi proleterleşme kavramını yalnızca üretim araçları sahipliğinden kopartılma olarak değil, sağlık emek gücünün vasıfsızlaşması ve değersizleşmesini de içine alan bir süreç olarak ele alındığında, proleterleşmeyi mülksüzleşmeden hekimlerin ücret sistemi dışındaki alternatif geçim olanaklarından uzaklaştırılmaları, hekim emeğinin vasıfsızlaşması, değersizleşmesi ve emeğin yeniden üretim koşullarının metalaşması gibi daha geniş boyutlu bir kavram olarak değerlendirmek mümkün olmaktadır (Özüğurlu, 2002: 88-89). Bu boyutlarıyla proleterleşme, çalışma faaliyetinde bağımsızlıktan bağımlılığa, kendine yeterlilikten tabiiyete, nitelikli ve yüksek prestijli rollerden niteliksiz rollere, ekonomik refahtan yoksulluğa doğru yaşanan bir süreçtir. Hekimlerin proleterleşme sürecinde önemli bir dönüşüm de tıbbi hakimiyetin zayıflamasıdır. Tıbbi hakimiyet, tıbbi gücün farklı yönlerine atıfta bulunmak için çeşitli bağlamlarda kullanılmaktadır. Genel olarak toplumsal tıbbi hakimiyet mesleğin örneğinin neyin hastalık sayılacağını belirleme konusundaki kültürel otoritesini ifade etmektedir. Diğer iki veçhesi ise hastalar üzerindeki tıbbi hakimiyet ve giderek karmaşıklaşan sağlık hizmetleri işbölümünde ve politika oluşturma sürecinde diğer meslekler üzerindeki tıbbi hakimiyettir. 1980'lerin sonlarından bu yana, tıbbi özerkliğin geleceği ve daha genel olarak mesleki güç ve otoritesi sorgulanmaktadır. Bir yandan, hastalar tıbbi uzmanlığa ve tıbbi itibara pasif bir güveni reddetmekte ve tıbbi tüketicilik kültürü

belirgin bir biçimde yükselmektedir. Öte yandan hekim dışı sağlık mesleklerinin profesyonelleşme mücadelesi ile sağlık hizmetlerinde meslekler arası sınırlar bulanıklaşmış, sağlık hizmetleri alanındaki hekim hegemonyası sorgulanmaya başlanmıştır. Örneğin, hemşirelik uygulamalarında, hemşirelerin eğitimleri ve klinik becerileri giderek gelişmiş ve rolleri daha önce tıbbi sorumluluk olarak kabul edilen bazı alanlara doğru genişlemiştir. Benzer gelişmeler, fizyoterapi ve eczacılık gibi çok sayıda dağlık mesleğinde yaşanmıştır (Elson ve Gabe, 2013: 153).

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm süreci, sağlık hizmetlerinin yeniden metalaşması ile sağlık emek piyasasını dönüştürmüş ve hekim emeğinin proleterleşmesini hızlandırmıştır. Söz konusu proleterleşme tartışmaları içinde en çok yer verilen başlık döner sermaye ve performansa dayalı ücretlendirme uygulamaları olmuştur. Türkiye’de performansa göre ödemenin aslen 2007 yılı sonrası uygulandığı görölmektedir. 2007 sonrası uygulanan performansa dönük ödemenin uygulama dönemi Dünya Bankasının sağlık hizmetlerinde ücret rejimine yönelik politika önerileriyle aynı dönemde gerçekleşmiştir (Yalçınkaya, 2019: 838). Performansa dayalı ödeme sistemi bir ücret esnekliği modelidir ve hekimler için uzun yıllardır düşük seyreden ücret gelirlerini artırmanın tek yoludur. Böylece hekimler daha çok çalışarak ve daha yüksek sayıda işlem gerçekleştirerek ücret gelirlerini artırmaya çalışmaktadırlar. Bu durum, bir çeşit parça başı üretim karşılığında ücret elde etmeye başlayan hekimleri, hizmet üretim süreçlerine yabancılaştırmaya başladığı gibi, bütünlüklü tıbbi uygulamaları parçalamıştır (Kablay, 2021: 87). Performansa dayalı ücretlendirme özellikle Sağlıkta Dönüşüm Projesini ve Aile Hekimliğine geçişi cazip kılmak amacıyla bazı grupların ek ödemelerini yükselterek sağlık çalışanları arasındaki makasın çarpıcı düzeyde açılmasına yol açmıştır. Örneğin maaşları birbirine yakın olan pratisyen hekimlerin maaşları arasındaki görelî eşitlik 2003 sonrasında hastanelerde çalışanlar lehine bozulmuş ve bu kurumlardaki ücret yelpazesi açılmıştır. 2008 yılında aile hekimliğine geçişle birlikte hastanelerde görevli pratisyen hekimler 3.732 TL alırken sağlık ocağındaki pratisyenler 2.544 TL, aile hekimliğinde görevli pratisyen hekimler ise 4.906 TL gelir elde etmeye başlamıştır. 2010 yılında ise aile hekimliği uygulamasının hayat bulması için sürdürölen ücret politikası sistemi parçalı bir hale getirmiş, 2022 yılı başlarında ise çok sayıda aile hekiminin kiralarnı ödeyemez hale geldiği görölmüştür. Geline nokta da aile hekimliği uygulamasının finansman açısından sürdürülebilirliğini sağlamak anlamında yeni esnekleşme metotları uygulamaya konulmuştur. Yapılan düzenlemelerle mesai dışı çalışma, hafta sonu nöbet usulü çalışması, aile sağlığı personelinin o ildeki hastanelerde nöbete kalmasına yönelik düzenlemeler getirilmiştir. Başlangıçta performans sistemiyle sağlanan ek ödemeler reformların ve esnekleşme politikalarının hayata geçirilmesinde güdüleyici ve dönüşüme karşı hekimlerin direncini kırıcı bir etken olarak kullanılmış (Yalçınkaya, 2019: 835) ancak zaman içinde sağlık çalışanlarının ücret düzeyleri çarpıcı biçimde aşmıştır. Hekimlerin temel ücretlerinde sürekli aşınmaya yol açan kamu ücret politikası, çok sayıda hekimî kamu hastanelerinden istifa ederek kendi hesabına veya özel hastanelerde çalışmaya yönlendirmiştir. Öte yandan kamu

hastanelerinde bazı uzmanlık branşlarında hiç hekim bulunmamasına neden olan bu sürece toplumsal hoşnutsuzluk ve hekim eylemlerinin eklenmesiyle sağlıkta ücretlendirmeye ilişkin yeni yönetmelik düzenlemeleri aracılığıyla hekimlerin elde ettiği toplam gelirden görece bir iyileştirme sağlanmıştır. Ne var ki 12 Ağustos 2022’de Resmî Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği” ile adı teşvik olarak değiştirilmiş olmakla birlikte, performansla dayalı ücretlendirmenin temel mantığı aynı kalmış, hekimlerin toplam gelir düzeyindeki yükselişe karşın temel ücretleri düşük düzeyde tutulmaya devam edilmiştir. Hekim dışı sağlık çalışanlarının ücretlerinde değişiklik öngörmeyen bu düzenleme, farklı hekim grupları arasında da yüksek ücret farklılaşmaları yaratarak iş barışındaki bozulmayı daha da derinleştirmiştir. TTB (2022) düzenlemedeki asıl amacın, kâr odaklı sağlık politikalarının aynı biçimde devam ettirilmesi ve bu politikalara kritik alanlardaki hekimlerin ve toplumun rıza göstermesini sağlamak olduğunu öne sürmüştür. TTB (2022) 9 Kasım 2022 tarihinde, önceki yönetmelikle teşvik ödemesi verilmeyen veya çok düşük düzeyde verilen temel tıp bilimleri, il sağlık müdürlüğü, toplum sağlığı merkezi, kamu eczacıları gibi gruplara yönelik düzeltim amacıyla yayımlanan *Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*’e ilişkin yaptığı açıklamalarında yeni ek ödeme sisteminin sakıncalarına değinmiştir:

“Sistemin tıkanıklığının çözülmesi için hekimlerin, etik ve bilim dışı “ek randevu”, “yedek hasta” gibi yeni adlandırmalarla insanlık dışı çalışma koşullarına zorlandıkları görülmektedir. Son zamanlarda ek randevu ve mesai dışı çalışma gibi uygulamalarla hekimler üzerindeki baskının artırıldığı bilgisi tarafımıza iletilmektedir...4924 sayılı Kanuna Göre Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamı adı altında aynı işi yapan iki hekim arasında 10 bin liradan fazla fark oluşturulmakta ve adaletsizlik daha da derinleştirilmektedir”.

## Sağlıkta Şiddet ve Hekimlik

Sağlık dönüşürken yurttaş temelli sağlık hizmetleri yerini müşteri odaklı sağlık hizmeti anlayışına bıraktı. Böylece, müşteri olarak konumlanan hastaların talep ve şikayetlerinde bir artış meydana geldi. Bu da sağlık çalışanlarının üzerindeki denetim ve baskıyı artırdı. Hastaları korumak için önemli bir araç olan “hasta hakları”, sağlık çalışanlarını denetleme ve kararlarına müdahale etme işlevi görmeye başladı. Hastaların şikâyet mekanizmasına sıkça başvurularıyla hastaların istekleri hekimlerin kararlarında artan bir rol oynamaya başladı. Tüketici rolünü üstlenen hastalar, sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan tüm aksaklıklardan sağlık çalışanlarını sorumlu tutmaya başladıkça sağlık profesyonellerine yönelen sözel ve fiziksel şiddet arttı. Örneğin muayene sırası beklemek, istenen ilacın yazılmaması, hastayı bizzat görmeden reçete yazmayı reddetmek veya hasta yakınlarının yoğun bakıma girişlerine konulan kısıtlamalar sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin başlıca nedenleridir (Kablay, 2021: 89).



Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel şiddet vakalarının artışı, beyaz kod sistemi üzerinden de görülebilmektedir. Sağlık çalışanlarının sözlü veya fiziksel şiddet eylemine maruz kaldıklarında yardım istemek için kullandıkları beyaz kod sistemi, 2022 yılının ilk altı ayında 11082 defa kullanılmış, bu olayların 6 bin 594'u yargıya taşınmıştır (Sputniknews, 2022).

Tanalı ve arkadaşları (2022: 5) tarafından pre-klinik ve klinik öğrencileriyle gerçekleştirilen araştırmada sağlık çalışanlarına şiddet nedeni olarak en fazla öne çıkan seçenekler şiddet uygulayan kişilere yaptırımların yetersizliği (%88,1), bütün sorunların sorumlusu olarak hekimin gösterilmesi (%79,3), toplumda genel olarak agresifliğin artması (%76,2), şiddetin bir tür hak arama yöntemine dönüşmesi (%75,3) olmuştur. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin engellenmesine yönelik yapılabileceklerle ilişkin en çok öne çıkan öneriler şiddetin uygun ceza ile cezalandırılması (%93,3) ve hekimlerin çalışma koşullarının düzeltilmesi (%80,3) olmuştur. Şiddete maruz kalan/tanık olan 32 pre-klinik öğrenciden hiçbirisi beyaz kod vermemiş veya yasal süreçleri başlatmamıştır (Tanalı vd, 2022: 8). Aynı biçimde Durak ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında da katılımcıların %85,6'sı şiddet sonrası bildirimde bulunmadığını ifade etmiştir. Şikâyetçi olmama nedenleri, adli yargılama sürecinin uzun olması (% 67,9), tehdit edilme korkusu ile zarar görme endişesi (%15,8), yapılan saldırıyı olağan bulma (%13,2) ve çevresel baskı(3,2%) olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada da diğer çalışmalarla benzer biçimde acil servis çalışanlarının diğer kliniklere oranla daha çok şiddet gördükleri ortaya konmuştur.

Hekimlerin %76, 2'sinin işyerinde şiddete maruz kaldığı bulgulanmıştır (Durak vd., 2014: 133).

## Hekim Göçü

Hekim göçü, son yıllarda hızlı bir yükselme eğilimindedir ve bu durum hem Türkiye'nin yetiştirdiği vasıflı emek gücünü kaybetmesi açısından, hem de sağlık hizmet sunumunda önemli roller üstlenen vasıflı hekimlerin sayıca azalması açısından kaygı vericidir. Tıp öğrencilerinde de göç eğilimi yüksek düzeyde seyretmektedir. Tıp Fakültesi öğrencileri Tıpta Uzmanlık Sınavları için dersanelere gitmeyi bırakıp Almanca kurslarına devam etmeye başlamışlardır (Çınar,2022).

2022 yılında Türkiye'deki 39 farklı tıp fakültesinden 9881 son sınıf tıp öğrencisinin katıldığı araştırmada Tıp Fakültesi öğrencilerinin % 70,7'sinin göç etme niyetine sahip olduğu bulgulanmıştır. Bunların yaklaşık % 60'ı yurtdışında kalıcı olarak kalmak istemektedir. Göç etme niyetiyle ilişkili başat itici faktör "ülkedeki çalışma koşulları" iken, "yurtdışındaki sosyal çevre ve yaşam tarzı" göç etme eğilimi için temel çekici faktördür. Ayrıca, tıp fakültelerindeki kalite sorunu da öğrencilerin kararları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bunlara ek olarak, uzun çalışma saatleri, gece nöbetleri, ağır iş yükü, stresli çalışma ortamı, yetersiz hastane kaynakları, hastalarla ve hasta yakınlarıyla çatışmalar ve ekonomik sorunlar gibi çeşitli zorluklar göç eğilimlerini beslemektedir (Eser vd, 2023). Bu çalışmanın da

ortaya koyduğu gibi, hekim göçü, Türkiye'deki sağlık ortamından memnuniyetsizliklerin bir göstergesidir. Hekim emeğinin ucuz işgücü olarak görülmesi ve alım güçlerinin her yıl biraz daha azalması ile sağlıkta şiddet, Türkiye'deki sağlık sisteminin "sağlık çalışanlarını yorgunluğa ve tükenmişliğe karşı daha duyarlı hale getirmektedir. Örneğin İstanbul'da otuzlu yaşlarındaki hekimler yüksek kiralari karşılayabilmek için bir araya gelerek aynı evi paylaşmak zorunda kalmaktadırlar. Mevcut koşullarda, göç eden hekim sayısı sağlıkta hizmet açığı yaratacak bir düzeyde olmamakla birlikte, bu eğilim aynı düzeyde devam ederse sağlık sistemi gelecek 10 yılda ciddi güçlüklerle karşılaşacaktır. Üstelik yalnızca yeni mezun hekimler değil, cerrahi, dahiliye, çocuk hastalıkları, anestezi ve oftalmoloji gibi alanlarda iyi yetişmiş kıdemli uzmanlar da son dönemde göç etmeye başlamıştır ve bu Türkiye sağlık sistemi için önemli bir kayıptır (Genç, 2022: 482-483).

Çınar (2022) tarafından hekim göçüne ilişkin olarak gerçekleştirilen araştırmada da ülkenin geleceğine ve kurumlarına yönelik güvenin zayıflaması, hekimlere yönelen şiddet vakalarındaki artış, kötüleşen çalışma koşulları, sağlıkta ticarileşme, ücretlerin düşmesi, güvencesiz istihdam biçimleri, ekonomik kriz ve satın alma gücünün azalması, hekimlerin uluslararası göçünün belirleyici nedenleri olarak ortaya çıkmaktadır. Hastaların "senin maaşını ben vergilerimle ödüyorum" biçimindeki sözleri, elde ettikleri gelirin sıkça gündem olması, malpraktis nedeniyle yüksek cezalarla karşılaşma riskleri, Sağlık Bakanlığı'nın hekimlerin yanında yer almadığını düşünmeleri de sıkça ifade edilen göç nedenleri arasında yer almıştır.

## **Hekim Örgütlerinin Başlıca Hekim Sorun Alanlarına İlişkin Görüşleri**

Görüşme gerçekleştirilen tüm katılımcılar hekimlerin günümüzdeki başlıca sorun alanlarını şiddet, gelir ve itibarda azalma, malpraktis ve mesleğini layıkıyla icra edememe olarak tanımlamışlardır. Hekim gelirlerindeki yoğun aşınma, hekimlerin hekim sendikalarında yüksek düzeyde örgütlenmeye başlamaları, hekim eylemleri, hekimlerin istifa ve göç süreçlerinin kamuoyunda yarattığı rahatsızlıklar gibi gerekçelerin sonucunda yayınlanan ek ödeme yönetmelikleriyle hekim gelirlerinde iyileştirme gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte tüm katılımcılar farklı hekim gruplarının ücret gelirlerinin arasında derin bir fark oluşturan bu uygulamadan rahatsızlıklarını dile getirmişlerdir.

## **Hekimlik Mesleğinin İtibarsızlaşması, Proleterleşme ve Hekim Ücretleri**

Katılımcıların çoğu, hekimlerin proleterleşme sürecinde performansa dayalı ek ödeme sisteminin ve aşınan hekim gelirlerinin rol oynadığına, performansa dayalı ödemelerle şişirilmiş bir geliri değil tüm hekimler için hakkaniyetli, emekliliklerine yansiyacak bir temel ücret talep ettiklerini ifade etmişlerdir:

“Mevcut sistem diyor ki, ben seni açlık sınırında yaşatacağım ama çok performans alacaksın, ama o performansı almak için öyle çalışıyorsun ki artık hasta bakamaz hale geliyorsun”. (Hekim-Sen temsilcisi)

“Yeni Yönetmelikte de temel maaşı düşük tutup performanstan gelen bölümü üçe ayırmışlar. Bu kadar zor mu temel ücreti bölmeden vermek? Hangi meslek grubunda böyle bir uygulama var. Hekim maaşlarının bir tabip albay maaşına bir hakim maaşına eşit olması gerekir”. (Hekim Birliği temsilcisi).

“Tek kalem, insan onuruna yakışır bir maaş istiyoruz. Ek ödeme değil, tek ödeme istiyoruz”. (Genel Sağlık-İş).

“Bizim talebimiz her zaman eşit işe eşit ücret, kadrolu, insanca çalışılan bir istihdam biçimi... Ek ödeme yönetmeliğiyle hekimlerin cebine biraz para girmeye başladı ancak yarın verecek para kalmayınca ek ödeme yine düşecek, enflasyona terk edilince hekimlerin eline geçen temel maaş yine azıcık kalacak”.(SES temsilcisi).

“Son ek ödeme yönetmelikleri ile hekimler açısından görece bir rahatlama olsa da, iş kalemine göre ödenen, güvenceli olmayan ve emekliliğe yansımaya böyle bir düzenleme yetersizdir. Dahası temel maaşlarda iyileştirmenin yalnızca hekimler için değil tüm sağlık çalışanları için gerçekleştirilmesi gerekmektedir”. (ITB Temsilcisi).

Görece yükselen hekim ücretlerinin mevcut enflasyon koşullarında hızla eriyeceğine ilişkin kaygılar da sıklıkla ifade edilmiştir.

“Bir yandan kamuoyunu memnun etmek için 10 dakikada bir hasta bakmamızı bekliyorlar. Böyle olunca hasta hikayesi alnamıyor. Sürekli tetkik yapılması gerekiyor. Bu SGK açısından da mali bir kayıp. Göçler ve özele geçişler arttı. Daha fazla hasta bakmamız karşılığında ücretleri yükselttiler ama bunun çözümü daha fazla hastaya bakmak değil. Teşvik vermeli ama %75 temel ücret olacaksa ancak %25'i performansa dayalı ödeme olmalı. Temel taban ücreti de enflasyon oranında artmalı. Hekimler artıştan sonra 7-8 yıl boyunca aynı maaşı aldıklarında maaşları aşınıyor. Üstelik ek ödeme izin günlerinde kesiliyor. Hekim izin aldığında çok ciddi düzeyde maaş kaybı oluyor”. (Tabip-Sen Temsilcisi)

Özellikle hekim sendikalarının temsilcileri hekimlerin itibarlarındaki düşüşü çok temel bir sorun alanı olarak görmektedirler. Hekim-Sen ve Tabip-Sen temsilcileri hekimlerin aldıkları yoğun ve uzun süreli eğitim ile yerine getirdikleri kutsal görevin karşılığında yüksek ücret geliri elde etmelerinin, ayrı asansörleri kullanmak, yemekhanede sıra beklememek gibi ayrıcalıklardan yararlanmalarının gerektiğine ve hekimlerin sağlık hizmet ekibinin başında, hiyerarşik olarak üstte konumlanmaları gerektiğine vurgu yapmışlardır. Son dönemde gerek diğer sağlık profesyonelleriyle kurulan ilişkide gerekse yönetsel pozisyonlarda bu ayrıcalıklı

konumun zayıflamış ve/veya kaybedilmiş olmasından dolayı rahatsızlıklarını ifade etmişlerdir:

“Adliyelerde hakimler ayrı kapıdan giriyor, ayrı asansörle çıkıyor, yemekhanesi ayrı, gördüğü muamele ayrı, kimse bunu sorgulamıyor. Biz tüm fakültelerden 1,5 kat hatta ders içeriklerine bakıldığında çok daha ağır bir eğitim görmemize rağmen hekim söz konusu olduğunda niye herkes karşı çıkıyor?” (Hekim-Sen).

Diğer kurumların temsilcileri ise sağlık hizmet sunumunun bir ekip işi olduğuna ve ancak sağlık sisteminde bütüncül bir dönüşümün yaratılmasıyla ve tüm sağlık çalışanlarının koşullarının düzeltilmesiyle olumlu bir dönüşüm gerçekleşebileceği kanısındadırlar.

Tabip-Sen temsilcisi, yeni ek ödeme yönetmeliği ile mağduriyetlerin giderilmesinden memnun olduklarını ancak farklı hekim gruplarına yönelik farklı ek ödeme düzenlemeleri getirilmesinin hekim örgütlenmesini böldüğünü, yöntmelik sonrasında hekimlerin bir arada hak aramak yerine aile hekimleri, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) hekimleri gibi kendi özel whatsapp gruplarını kurarak taleplerini dile getirmeye başladıklarını ifade etmiştir.

AHE-SEN Temsilcisinin aile hekimlerinin gelirlerindeki ve mesleki itibarlarındaki kayıpla ilgili görüşleri diğer örgütlerin temsilcileriyle benzeşmekle birlikte aile hekimliği uygulamasının ruhuna içkin farklılaşan endişeleri bulunmaktadır. Çünkü aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerini kısmen özelleştiren, aile hekimini bir özel işyeri yöneticisi haline getiren bir uygulamadır. Öte yandan uygulamanın ilk başında, aile hekimlerine rahat bir çalışma ortamı ve yüksek gelir olanakları vaat edilmiştir. Zamanla aile hekimlerine sunulan bu olanaklarda dikkat çekici bir aşınma meydana gelmiştir. AHE-SEN temsilcisi aile hekimliği uygulamasını desteklemekte, ancak uygulamanın başında vaat edilen prestij ve gelir olanaklarının sağlanması ve nitelikli ve ayrıntılı bir kanunla haklarının koruma altına alınması gerektiğini düşünmektedir.

“Sistem ilk çıktığında bize dendi ki yer yetersiz, siz yer kiralayın dendi. Hiç elverişli olmayan yerlere aile hekimliği olması için izin verildi. Biz kamu binaları yapacağız, oraları size kiralayacağız dendi ama bu binalar inşa edilmedi. Biz koruyucu ve tedavi edici 1. Basamak sağlık hizmeti vereceğimizi beklerken bir de işletmeci olduk. Kırılan camlardan tutun aile sağlığı merkezinde (ASM) gördüğümüz herşeyin parasını biz vermeye başladık. İlk yıllarda gelirimiz işletme giderlerine yetiyordu. Bir işyeri cirosunu her yıl yalnızca memur zammı oranında artırırsa o işletme batar. Bizde de durum aynı. Son yıllarda kiralar yüzde yüz oranına artıyor, ASM’yi işletmek sıkıntı olmaya başladı. (...) İlk başta herkes aile hekimliği için can atarken şimdi acil hekimi olmak daha avantajlı. Artık mülk sahipleri aile hekimleriyle sözleşme yenilememeye başladı. (...) Aile Hekimliği ilk uygulama döneminde çok tercih ediliyordu ancak şu anda

işletme giderlerinin çok artması, hak edişlerimizin diğer basamaklara (2. Ve 3. Basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara) göre azalması ile aile hekimliğine talep müthiş azaldı ve özellikle kamu dışındaki binalarda kiracı olan arkadaşlarımızdan aile hekimliği sisteminden kaçış da başladı. Ev sahibi çıkartıyor arkadaşları, kirayı nasıl ödeyeceksiniz? Ödeyemezsiniz ki! Bir yandan kamu binalarında olanlarla özel binalarda kiracı olan aile hekimlerinin kira giderleri arasında da derin bir uçurum var. Bu eşitsizlikler çözülmediği takdirde çok güzel başlayan, bizim de çok hoşumuza giden bu uygulama artık başarılı olamayacaktır. (...) 2010'dan sonra aile hekimliği yaygınlaşıp popülerleştikten sonra bize başka işler, defin ve cenaze işleri, adli tabiplik işleri, ehliyet raporu vb. çok sayıda rapor işi yüklendi. Bunlar angarya haline geldi. Otomasyona geçildiği halde hem herşeyi sisteme girip hem herşeyi yazılı vermek zorunda kaldık. Zamanla aklınıza gelecek her angarya aile hekimlerine yüklendi. Eskiden sağlık ocakları iş görme merkezleriydi, şimdi de aile hekimliklerini bu hale getirdiler. Sağlık kurulu raporu, havuza girebilir raporu, avukatlık yapabilir raporu, spor merkezi raporları gibi işlerin görüldüğü bir yere dönüştü. (...) Çocuk aşıya gelmiyorsa, gebe izleme gelmiyorsa aile hekimi suçlanıyor hem bizim mesleki itibarımız zedelendi hem de bize çok yaptırım uygulanmaya başlandı". (AHE-SEN Temsilcisi)

## Giderek Şiddetlenen Bir Eğilim: Hekim Göçü

Uğuz (2023) tarafından göç eden ve göç kararı alan hekimlerle gerçekleştirilen araştırmaya katılan hekimler, sağlık sistemindeki aşırı yükün yanı sıra, hekim hasta ilişkisi, kişisel güvenlik kaygısı ve hekime yönelen şiddeti Türkiye'deki hekimlik pratiğinin en motivasyon kırıcı unsuru olarak ve göçe yönelten baskın bir gerekçe olarak ortaya koymuşlardır. Hastalardan yönelen şiddetin yanı sıra, hastaların etik dışı talepleri, hekimin becerisinin ve kararlarını sorgulanması da hekimler tarafından göç gerekçesi olarak dile getirilmiştir.

Çınar (2022) tarafından gerçekleştirilen hekim göçü araştırmasında meslekte ilerlemiş olanlar zayıflayan bağlara dikkat çekerken çalışmada yer alan genç hekimlerin hem ülkelerinden hem de mesleklerinden soğudukları ifade edilmiştir. Nitekim araştırmaya katılan hekimler arasında göç, kıdemli hekimler için daha uzak bir ihtimal olarak ifade edilirken, mesleğe yeni giren genç hekimlerin göç etme eğilimi daha yüksektir. Forum Sağlık 2023'ten iki kıdemli hekim katılımcı da hekimleri göçe iten temel sorun alanlarının yaş gruplarına, hangi basamakta ve nerede çalıştığına göre değiştiğine dikkat çekmişlerdir:

"Genç hekimler için hekimlikten beklentileri ile gerçekte yaşadıkları arasındaki uçurum çok arttı. Bu yaştan sonra artık bunun adı beklenti olmuyor. Umutsuzluk sözcüğüyle kristalize olan bir durum ortaya çıkıyor.

Kıdemli hekimler ‘artık tadı kalmadı’ diye düşünüyorlar çoğunluklai genç hekimler ise ‘beklediğimizi bulamadık’ diye..Örneğin genç hekimler mesleklerinin daha ilk 5 yılındayken şiddetle karşılaşınca hastadan, kendinden nefret ediyor... Genç hekimler için çok travmatik bir durum.Sözel şiddet çok sıradan, her gün küfreden vatandaşlar, kalabalık keşmekeş...Malpraktis riski, gelir yetersizliği de bu şiddete ekleniyor... Hiçbirinin tıp okurken hayalleri bu değildi. ‘Ya ben burada ne yapacağım’ diyorlar. Belli bir yaş üstü ise ülke geleceğine ilişkin öngörüsü nedeniyle, mal, can kaybı korkusu, çocuğunun geleceğini garanti altına alma kaygısıyla göç ediyorlar. Öğrenciler artık TUS dersanesi yerine dil kurslarına gidiyorlar”. (Forum Sağlık 2023 temsilcileri)

Uğuz’un çalışmasına katılan bazı hekimler, iktidarın “giderlerse gitsinler” açıklamasının ardından verdikleri göç kararının ne kadar doğru olduğunu anladıklarını ifade etmişlerdir. Hem hastalar hem iktidar tarafından suçlanan bir meslek grubu olmaktan yakınan katılımcılar için yurtdışında çalışmada başat çekici faktörler çalışma saatleri, huzurlu ve güvenli bir çalışma ortamı ile ücretler ve ek ödemelerdir (Uğuz, 2023). TTB ve Sendika temsilcileri tarafından yapılan göç nedenlerine yönelik yorumlarda da siyasi söylemin hekimler üzerindeki etkisi vurgulanmıştır:

“2012’de yılda ancak 30-50 civarı hekim göç ederken, 2015’ten itibaren bu rakam 900-1000 bandına yükseldi. Henüz 2022 yılı kapanmadan bu sayı 2500’ü aşmış durumda. Daha bugün 40 civarı belge imzaladım. Şubat sonrasında Cumhurbaşkanı’nın ‘giderlerse gitsinler’ açıklamasından sonra uzman hekimler ve akademisyen hekimlerin göçlerinde bir artış gerçekletti, uzman ve akademisyen hekim göçü oranı %55’ler civarına yükseldi. Göç kararında en önemli gerekçe sağlıkta şiddet. 40-50 yaş aralığında daha iyi gelir elde etme ve çocuklarının geleceğini garanti altına alma isteği önemli bir neden. Radika unsurlerin Türkiye’ye kayması ve Türkiye’nin demokratik yapısını kaybetmesi kıdemli hekimlerin göç kararında önemli rol oynuyor. En yoğun göç Almanya’ya, onu Kanada ve Amerika takip ediyor...Bir hekim yetiştirmenin maliyeti çok yüksek, batı bu maliyete katlanmadan kazanıyor”. (TTB Temsilcisi).

“Sayın Cumhurbaşkanı giderlerse gitsinler dediği gece 1500 hekim sendikamıza üye oldu” (Hekim Birliği Temsilcisi)

TTB Temsilcisi tarafından Türkiye’deki hekimlerin Avrupa’da tercih edilme nedenleri şu sözlerle ifade edilmiştir:

Bizim bir de avantajımız var, tıpta mezuniyet yaş ortalamamız Avrupa’dan düşük. Onlarda 32-33. Üstelik onlar ihtisas sürecinde sadece amliyatı seyrederek eğitim alırken bizde 27- 28 yaşında çok iyi ameliyat yapabilen uzman hekimler yetişiyor. Böylece Türkiye’den gidenler

Avrupa'da isim yapıyor. Böbrek transplantasyonu gibi ciddi işlere imza atıyorlar...Bir de heki göçü niye bu kadar hızlı dersiniz, 1950'lerde 60'lardaki Almanya'ya göç gibi önden giden diğerlerini çağırıyor veya çevresindekilere nasıl göç edip ne yapması gerektiği konusunda yol gösteriyor. (ITB Temsilcisi)

"Hekimlerin çoğunluğu ek ödemededen mutlu olsa da bu artışın hekimlerin göç etme eğilimini azaltacağı kanısında değilim". (SES Temsilcisi).

## Sağlıkta Şiddete İlişkin Görüşler

7406 sayılı Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un, 27 Mayıs 2022 tarihinde yürürlüğe girmesiyle sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu katalog suçlar arasında girmiştir. Katılımcılar bu düzenlemeden memnun olmakla birlikte yeterli bulmamakta, şiddeti yaratan koşulların dönüşmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Ayrıca yasanın uygulama sürecindeki yetersizliklere de dikkat çekmektedirler:

"Her ne kadar caydırıcı bir ceza düzenlemesi olsa da savcılar bu düzenlemeyi ciddiye almadılar. Hekimler de nasılsa serbest bırakılacak diye düşünerek beyaz kod vermekten imtina ediyorlar. Bir de yeterli koruma yok. İzmir'den bir hekim beyaz kod veriyor, saldırgan ifadeden sonra serbest bırakılınca şikayet tutanağından hekimin ev adresini öğrenip evde hehkime saldırıyor." (ITB Temsilcisi)

"Şiddet Yasası ile sağlıkta şiddetin katalog suçlar arasında sayılması çok önemli bir düzenleme ancak önemli olan şiddeti cezalandıran değil şiddeti doğurmayan koşullar yaratmak...Hekimi değersizleştiren değil, yücelten bir sistem oluşturmak." (Hekim Birliği temsilcisi)

"Sağlık sistemi böyle giderse, bilimsel, akılcı bir model kurulmadıkça, sağlık çalışanları dayak yemeğe devam edecekler." (Forum Sağlık 2023 temsilcisi).

Şiddet yasasıyla hakaret ve tehdit nitelikli suçlar arasına alındı ama uygulamaya geçebilmesi gerekiyor. Aksi halde şiddeti uygulayan ifade verip dönüp daha büyük şiddet uyguluyor. Siz hizmet veremez hale geliyorsunuz, vatandaş da hizmetten yoksun kalıyor... Yıllar önce doktorun elini vatandaşın cebinde çıkaracağız diye bir açıklama yaptılar. Şiddetin sebebi, doktor ile vatandaş karşı karşıya getiren sağlıkta dönüşüm sürecidir. Sağlık sistemi tıkanıklıkları da doktorla vatandaş karşı karşıya getirmektedir. Örneğin hasta ameliyat olmak için uzak yoldan geliyor şehir hastanesine, diyorlar ki mazleme yok, ameliyata alamayız (Genel Sağlık-İş Sendikası temsilcisi)

Genel Sağlık-İş temsilcisine benzer şekilde SES Temsilcisi de “hekimin eli vatandaşın cebinde”; “bunlar iğne yapmasını bile bilmez” gibi siyasi söylemlerin hekimleri itibarsızlaştırdığı ve hastalarla hekimleri çatışma içine soktuğu kanısındadır. Temsilci son yirmi yılda iktidar tarafında hekimlerin planlı bir biçimde itibarsızlaştırıldığı kanaatini taşımaktadır. AHE-SEN temsilcisi de siyasi seçimleri sağlıkta şiddetle ilişkilendirmektedir:

Hasta uyduruk bir taleple geliyor, kabul etmeyince SABİM’e şikayette bulunuyor. Böyle bir şikayet şansı bulunca, bazen bizim yanımızda bile tehdit ederek SABİM’i arıyorum diyorlar. Popülizm uğruna bizi öyle halkın önüne attılar ki. “Ben o doktoru öldüreceğim, eczaneden aldığım ilaçları yazmadı” diyen çok sayıda vatandaş var. Bu hattın varlığı şiddeti artırıyor (...) Siyasetçilerin popülizm uğruna bizi yem etmemesi gerekiyor. Bizim de halkı bizim karşıımızdaki kişiler olarak görmemiz gerekiyor. (AHE-SEN Temsilcisi).

Katılımcılar aynı zamanda hekimlerin mesleklerini hakıyla icra edemediklerini, yüksek sayıda hasta bakmaya zorlandıklarını, görev yeri değişiklikleri ve randevu sistemi gibi uygulamaların hekimlerin karşı karşıya kaldıkları diğer zorluklar olduğunu ifade etmişlerdir. Hasta öyküsü ile dokunmaya ve dinlemeye dayanan geleneksel tıbbi muayene, hastayla fiziksel ve sözlü iletişim kurarak tanı koymayı sağladığı gibi hastayla karşılıklı güven inşa etmenin de bir yoludur. Ancak günümüzde giderek kısalarak 5-10 dakikayla kısıtlanan muayene süreleri bu imkanı ortadan kaldırmıştır. Hekimlerin pek çoğu hızı giderek artan tanı ve tedavi sürecinde memnuniyetsizdir (Çorbacıoğlu, 2021: 29). Hekim örgütlerinin temsilcileri de söz konusu memnuniyetsizliği yinelemişlerdir:

Bir hekim 100-120 hastaya varan sayılarda hasta bakamaz. Bu yalnızca hekim için değil, hasta açısından da sorunlu bir durum... Sayımız yetersiz, 500 bin kişiye bir hekim düşmesi gerekirken bizi küstürüyorlar... Sürekli geçici görevlendirmeler yapılıyor. Bir biyokimya uzmanı arkadaşım İzmir’den Hakkari’ye, iki arkadaşım Ağrı’ya gitti. İlçelere de sürekli geçici görevlendirme oluyor. İnsanlar evlerin, ailelerini bırakıp gitmek zorunda kalıyorlar... Üstelik öğretmenlerin öğretmenevi, hakimlerin hakimevi varken, bir tek hekimevi yok. Sağlık Bakanlığı bunu niçin düşünmez? (Hekim Birliği temsilcisi)

“MHRS sistemi yetmezmiş gibi bir de ek randevu sistemi getirdiler. Bu durum vatandaşla hekim arası gerginliği de artıracak” (Genel Sağlık-İş Temsilcisi)

TTB Temsilcisi çok sayıda hasta bakmaya zorlanarak hastasına ancak 5 dakika ayırabilen hekimlerin bu durumdan duydukları rahatsızlığa ek olarak kısa muayene sürelerinin hastalar için de sorun oluşturduğuna ve sağlık sistemi üzerinde ek yük yarattığına dikkat çekmiştir: “Bu uygulamayla insanlar bir nevi dolandırılıyor.



Niye bir hasta 11 defa hekime gidiyor? Çünkü 5 dakikalık muayene çarpı 11 hekimde tedavi için şans arıyor. Çünkü anamnez ve muayene için gerekli süreye ancak 11 defa gidince erişebiliyor.”

SES Temsilcisi Sağlıkta Dönüşüm Projesinin kolayca hayata geçebilmesi için farklı istihdam biçimleri ve farklı ödeme sitemleriyle sağlık çalışanları arasındaki iş barışının özellikle bozulduğunu ve bu organize saldırı sonucunda sağlık ekibi içindeki çatışmanın giderek derinleştiğini ifade etmiştir. Koruyucu hekimlik ve kamu yararına sağlık hizmetlerinden giderek piyasalaşmış ve tedavi edici sağlık hizmetlerine doğru kaymasının bir başka temel sorun alanı olduğu da ifade edilmiştir.

## Sonuç

Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Türkiye’de 1980’li yıllarda başlayan sağlık hizmetlerinin neoliberal ilkeler ekseninde reorganizasyonu eğilimini pekiştirmiş ve sağlıkta finansmandan hizmet sunumuna kadar her üç basamakta da köklü bir dönüşüm gerçekleştirmiştir. Söz konusu köklü dönüşüm, tüm sağlık çalışanlarının gelir düzeylerini, sağlık ekibi içindeki ilişkileri, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki ilişkileri, sağlık hizmetinin niteliğini, sağlık çalışanlarının örgütlenme ve dayanışma pratiklerini de dönüştürmüştür. Yakın dönemde bu dönüşümün olumsuz etkilerine karşı hekimler bireysel veya örgütlü çıkış yolları aramaya başlamışlar, kamudan istifa, göç ve hekim sendikalarında örgütlenme gibi yöntemlere başvurmaya başlamışlardır. Bu rahatsızlıkları yumuşatmak amacıyla iktidar tarafından şiddet, malpraktis, ücretlendirme gibi alanlarda yeni düzenlemeler yapılsa da hekimlerin tüm talepleri karşılık bulamamıştır. Bu çalışmada hekimlerin temel sorun alanları, konunun tarafı olan hekim örgütlerinin temsilcilerinin perspektifiyle analiz edilmeye çalışılmıştır. İlgili tüm taraflar farklılaşan siyasi tutumlarına karşın hekimlerin zayıflayan toplumsal konumlarının sağlık sisteminin mevcut koşullarıyla ilişkili olduğu kanısındadırlar. Gelir düzeyindeki görece iyileştirmeye karşın, bu iyileştirmenin performansa dayalı bir ödemeye gerçekleştirilmesinden memnuniyetsizdirler. Sağlıkta şiddet sorunun yasal düzenlemelerden çok hekimlerin itibarının geri kazandırılmasıyla, siyasi iktidarın hekimlere yönelik olumlu bir tutum takınmasıyla ve sağlık sistemindeki aksaklıkların düzeltilmesiyle mümkün olabileceği kanısındadırlar. Hekim hasta ilişkisindeki olumsuz dönüşüm, sağlıkta şiddet, artan hasta yükü, kısalan randevu süreleri, düşen gelir düzeyi ve hekimlerin itibarsızlaşması hekimleri göçe yönlendirmekte ve geleceğin hekimleri olan Tıp Fakültesi öğrencilerinin de göç eğilimini körüklemektedir.

## Extended Summary

The transformation in health services in Turkey, which started to be shaped by neoliberal policies in the 1980s, took flesh and bones with the Health Transformation Programme. In this process, many transformations have also

emerged in terms of doctors' labour. In addition to examining the legal and administrative regulations on doctors' labor and the transformation of health legislation with the relevant literature, a descriptive analysis of semi-structured in-depth interviews with representatives of the Doctors' and Other Health Workers' Public Health and Social Services Union (Hekim-Sen), Health and Social Service Workers' Union (Tabip-Sen), Doctors' Union Health and Social Services Workers' Union (Hekim Birliği), and Health and Social Service Workers' Union (SES), General Health and Social Workers' Union (Genel Sağlık-İş), the Turkish Medical Association (TİTB), the Family Medicine Employees' Union (AHE-SEN) and Forum Sağlık 2023 was conducted to reveal the trajectory of the transformation in physician labor. The interviews lasted between 45 and 82 minutes, five of which were recorded with the permission of the participants. Türk Sağlık-Sen and Sağlık-Sen were repeatedly contacted for interviews, but no appointment could be scheduled. In the light of semi-structured in-depth interviews, the main problem areas regarding physicians' labour are examined. The main problems are the erosion in the social and professional positions of doctors, the decline in their basic income, violence in health care and the emigration of doctors as a result of these developments.

While doctors were traditionally members of a sanctified service field with high professional prestige, high income and a high level of control over their profession, they have become proletarianised in parallel with the transformation in health services. Simultaneously, many health professions began to struggle for professionalisation. This situation, fuelled by the dynamics of marketisation, has led to intense conflicts and divisions within the healthcare team.

The removal of doctors from alternative means of livelihood outside the wage system, the de-skilling and devaluation of doctors' labor, and the commodification of the conditions of reproduction of labor have led to the proletarianization of doctors. With the introduction of performance-based remuneration in the health transformation process, basic wages have decreased and doctors have tried to increase their wage income by working harder and performing a higher number of procedures. This situation not only alienated physicians, who started to earn wages in return for piecework production, from service production processes, but also fragmented holistic medical practices.

Another effect was the transformation of the relationship doctors and patients. The doctor-patient relationship, which had a paternalistic spirit, has turned into a market relationship. "Patients' rights", an important tool to protect patients, have begun to function as a means of supervising healthcare professionals and intervening in their decisions. As patients frequently resorted to the complaint mechanism, their wishes began to play an increasing role in the decisions of doctors. As patients, who assumed the role of consumers, began to hold healthcare professionals responsible for all failures in healthcare services, verbal and physical violence against healthcare professionals increased. For example, waiting in line for

an examination, not prescribing the requested medication, refusing to prescribe a prescription without seeing the patient in person, or restrictions on patient relatives' access to intensive care units are the main causes of violence against healthcare professionals.

These sharp transformations have created individual and collective struggle tendencies among doctors. Although occupational unionisation in the public sector is legally banned, doctors' unions have been established and many doctors' demonstrations have been organised. While some some resigned from public health institutions, others started to emigrate. This situation is concerning both in terms of the loss of Turkey's skilled labor force and the decline in the number of qualified doctors who play an important role in health service delivery. There is also a high level of migration among medical students. Medical students have stopped attending lectures for the Medical Specialization Examination and started to attend German courses. The migration of doctors is an indicator of physicians' dissatisfaction with the health environment in Turkey. The main reasons for migration are the perception of doctors' labor as cheap labor, the decrease in their purchasing power every year, the devaluation of physicians, the length of working hours and violence in health. It was also stated that the discourse of the political power that devalues physicians is also an important driving force in the migration of doctors.

## **Beyan**

Yazar herhangi bir kişi veya kurumdan katkı ve destek almamıştır ve herhangi bir kişi ve kurumla çıkar çatışması söz konusu değildir. Ancak araştırmaya katılan örgüt temsilcilerine teşekkürü bir borç bilirim.

## KAYNAKÇA

- Çınar, S. (2022) “International migration of Turkish physicians on the axis of neoliberal populist policies and authoritarianism”, **Authorea**, October 25, 2022.
- Çorbacioğlu, G. (2021) “Tıbbi Görüntüleme Cihazları Ve Hekimlerin Mesleki Bağımsızlığı: Çelişkili Bir İlişki”, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, 24 (1), 18-44.
- Durak, T. Ç., Yolcu, S., Akay, S., Demir, Y., Kılıçaslan, R., Değerli, V., Parlak, İ. (2014) “Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarına Hasta Ve Hasta Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Değerlendirilmesi”, **Genel Tıp Dergisi**, 24, 130-137.
- Elston, M., & Gabe, J. (2013) “Medical Autonomy, Dominance and Decline”. J. Gabe ve L.
- Monaghan (Der) **Key concepts in medical sociology** içinde, London: Sage, 151-155.
- Eser, E., Cil, E., Sen Gundogan, N.E., Col, M., Yıldırım Ozturk, E., Thomas, D.T., Ahmet Tevfik Sunter, Arslan, H.N., Cıtil, R., Onder, Y., Picakciefe, M., Dede, B., Demirel, C., Aydın, N., Çağlayan, C., Aker, A.A., Borlu, A., Durmus, H., Can, G., Siddikoglu, E., Sumer, E.H., Uygun, T., Alkoy, S., Aktas Aycan, K., Koruk, İ., Kuzan, R., Saltuk Demir, L., Hacilar, E., Sari, H., Kilinc, Z., Onal, O., Dogan, E., Emek, M., Terzioğlu, R., Yapici, G., Erdal, D., Eser, S., Akman, E.A., Kosan, Z., Yilmaz, S., Ayoglu, F.Z., Acikgoz, B., Musal, B., Suner, A.F., Erdogan, A., Cilburunoglu, A., Saygun, M., Daymaz, D., Arslantas, D., Onsuz, M.F., Beyhun, N.E., Ustundag, M.G., Ekuklu, G., Ozder Tas, F., Abacigil, F., Oncu, S., Hıdıroğlu, S., Ozaydin, N.O., Pirincci, E., Bulut, İ., Tozun, M., Eskiocak, M., Gunel, P., Torun, S.D., Yavuz, M., Hasde, M., Camur, D., Gunes, G., Kurt, B., Baysoy, N. G., Bakirci, N., Demir, F., Catak, B., Ozyurda, F., Turan, M. (2023) “Push and Pull Factors of Why Medical Students Want to Leave Türkiye: A Countrywide Multicenter Study”, **Teaching and Learning in Medicine**, doi: [10.1080/10401334.2023.2229810](https://doi.org/10.1080/10401334.2023.2229810).
- Genç, K. (2022) “Turkish doctors emigrate amid low pay and rising violence”, **The Lancet**, 400: 482-483.
- Haug, M (1975) “The Deprofessionalization of Everyone?”, **Sociological Focus**, 8 (3): 197-213.
- Kablay, S. (2021) Neoliberal Transformation of Turkey's Health Sector and its Effect on the Health Labour Force. Ç.E. Şahin ve M. E. Erol (ed). **The Condition of the Working Class in Turkey** içinde, London: Pluto Press.
- Kirk, L. M. (2007) “Professionalism in medicine: Definitions and Considerations for Teaching”, **Baylor University Medical Center Proceedings**, 20, 13–16.
- Larson, M. S. (1980) “Proletarianization and Educated Labour”, **Theory and Society**, 9(1), 131- 175.
- McKinley, J.B., Arches, J. (1985) “Towards The Proletarianization Of Physicians”, **International Journal of Health Services**, 15 (2): 161-95.

- Medimagazin (2022) “Cumhurbaşkanından doktorlara: Varsın gidiyorlarsa gitsinler!”, <https://medimagazin.com.tr/guncel/cumhurbaskanından-doktorlara-varsın-gidiyorlarsa-gitsinler-99637>.
- Oppenheimer, M. (1972) “The Proletarianization of the Professional”, **The Sociological Review**, 20, 213–227.
- Özüğurlu, M. (2002) **İşçi Sınıfının Oluşumu Üzerine Bir Çözümleme Çerçevesi: Anadolu'da Bir 'Küresel Fabrika'nın Doğuşu (Denizli Örneği)**, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.
- Salmon, J. W., Thompson, S. L. (2021) **The Corporatization of American Health Care**, Cham: Springer.
- Soyer, A. (1998) “Hekimlerin Toplumsal ve Sınıfsal Konumu Tartışmalarına Zoraki Bir Girişgâh Denemesi”, **Toplum Ve Hekim**, 13 (4): 262- 277.
- Sputniknews (2022) <https://sputniknews.com.tr/20220808/saglik-bakanliginin-raporu-alti-ayda-11-bin-82-siddet-olayi-icin-beyaz-kod-basvurusu-yapildi-1059655274.html>.
- Tanalı G, Peker Ü, Çopur Ç, Sahin BC, Önel B, Dalgı B, Yemez R, Sünbül F, Başaran BN, Gündüz NG, Karaosman EN, Erkaya R, Sivrikaya B, Çoban T, Başpınar A, Aksu K, Yıldırım MS, Özcebe H. (2022) “Sağlıkta Şiddet: Bir Tıp Fakültesinin Öğrencilerinin Bakış Açısıyla Nedenleri, Etkileri ve Çözüm Önerileri”, **SOYD**, 3(1):1-10.
- Scarpaci, J. L. (1990) “Physician Proletarianization and Medical Care Restructuring in Argentina and Uruguay”, **Economic Geography**, 66(4), 362-377.
- TTB (2022) Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği Değiştı; Sağlıksızlık Üreten Politikalar Yeni Yönetmelikte de Devam Ediyor, [https://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=b1205cc4-60ea-11ed-bf6b-ea4185d8abce](https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=b1205cc4-60ea-11ed-bf6b-ea4185d8abce) (06.09.2023).
- Uğuz, M. (2023) **Proceeding to the “Exit”: Medical Doctors' Emigration from Turkey: Profession Based Approach to the Migration Reasons**, Viyana: Central European University Yüksek Lisans Tezi.
- Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011) **Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü**, Ankara: Notabene.
- Yalçınkaya, K. (2019) “Türkiye’de 1980 Sonrası Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, 74(3): 811- 852.

