

Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlıkta eşitsizlikler

Prof. Dr. Temmuz Göncü Şavran



İstanbul'da doğan yazar lisans, lisansüstü eğitimini Anadolu Üniversitesinde tamamladı. Anadolu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü'ndeki görevine 2001 yılında başladı ve hâlen devam ediyor. Çeşitli uluslararası ve ulusal yayınları ve projeleri bulunan Göncü Şavran'ın akademik çalışmaları sağlık sosyolojisi, beden sosyolojisi, çalışma sosyolojisi ve toplumsal cinsiyet alanlarında yoğunlaşmaktadır.

Dr. Ayşe Güliz Dirimen Arıkan



İstanbul'da doğan yazar, lisans eğitimini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 1996 yılında, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimini ise 2004 yılında tamamladı. Artvin, Bursa ve İstanbul illerinde Devlet Hastaneleri, Entegre İlçe Devlet Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Semt Poliklinikleri, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması (AÇS-AP) Merkezi gibi sağlık sisteminin farklı basamaklarında uzman doktor olarak çalıştı. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Moleküler Tıp programında ikinci doktora eğitimini 2017 yılında tamamladı. Akademik yaşamına Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğretim üyesi olarak başlayan Dr. Arıkan, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), Avrupa Aile Hekimleri Birinci Basamak Araştırma Ağı (EGPRN), Türkiye Obezite Araştırma Derneği, Afet Araştırmaları Derneği ve Avrupa Hipertansiyon Derneği gibi ulusal ve uluslararası derneklere üyedir. 2021 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesinde öğretim üyesi olarak görev yapan yazar, Tıp Eğitimi ve Aile Hekimliği Ana Bilim Dalları Başkanlıklarını yürütmektedir.

Çöp Yolu'nda, davul dengi dengine lafını, "Kanı kurşunlu yiğide, ciğeri tozlu gelin" lafı karşılardı. Bu laf akü işçisi gençlerin peş peşe iplik işçisi kız almasından sonra ortaya çıkmıştı. Akü fabrikasında iki üç yıl çalışan erkeklerin kanına kurşun işler, kanı kurşunlu yiğit iktidarsızlığa düşer, evlenip Çöp Yolu'na çıkamazdı. Bu işçilere bir tek sarım soluk iplik işçisi kızlar varırdı.

(Latife Tekin, Berci Kristin Çöp Masalları)

Sağlık, toplumun en temel kaynaklarından biri. Nasıl ki adalet yalnızca mağdurlar için değil, toplumun tamamının varlığı için gerekliyse; sağlık da yalnızca hastalara özgü bir mesele değil, toplumun tüm üyeleri için ortak bir kamusal gereksinim. Bu nedenle, sağlıklı olma hakkı pek çok anayasa ve uluslararası sözleşmede temel bir insan hakkı olarak tanımlanıyor. Sağlık hizmetlerinin herkese eşit, adil ve nitelikli biçimde sunulması, çağdaş toplumların temel hedeflerinden biri olarak kabul edilmekte. Ancak hukuki tanım ve normatif kabul, fiili eşitlik anla-

mına gelmemekte. Özellikle yoksullar, kadınlar ve göçmenler gibi gruplar hem sağlıklı yaşam koşullarına hem de sağlık hizmetlerine erişim açısından sistematik ve önlenebilir dezavantajlara sahip. Bu durum sağlık eşitsizlikleri olarak kavramsallaştırılmakta. Sağlık eşitsizlikleri, yalnızca bireysel durumların değil; toplumsal yapıların, ekonomi politikalarının ve ataerki ilişkilerin ürettiği yapısal sonuçların birer yansıması.

Günümüzde sağlık sorunları, medya ve kamu politikaları aracılığıyla sıklıkla hareketsiz yaşam tarzı, kötü beslenme ya da sigara kullanımı gibi bireysel tercihlere

indirgenmekte. Bu söylemler, sınıfsal farklılıkları görmezden gelerek sağlık sorunlarını sadece bireylerin kişisel seçimlerinin sonuçları gibi sunmakta. Oysa yetersiz beslenme, obezite ya da tütün kullanımının sosyoekonomik dağılımı üzerine yapılan araştırmalar bu risk faktörlerinin sınıf temelinde dağıldığını göstermekte. Bazı insanların kendilerine daha az dikkat ettikleri için hasta, diğerlerinin sağlıklı seçimler yaptıkları için sağlıklı oldukları yönündeki bireyci söylem hastayı suçlamakla hatta etiketlemekle kalmıyor, aynı zamanda sağlığın sosyal belirleyicilerini görünmez kılıyor. Oysa sağlıklı olmak ya da sağlık



hizmetine ulaşabilmek çoğu zaman bir tercih değil; bireyin doğum yeri, sosyoekonomik konumu, cinsiyeti, etnik kimliği ya da konuştuğu dil tarafından belirlenen bir ayrıcalıktır.

Bu yazıda, sağlıkta eşitsizliklerin farklı boyutları ve sosyal belirleyicileri ele alınacak; kırsal-kentsel sağlık farklılıklarının sonuçları üzerinde durulacak; dezavantajlı gruplar (mülteciler, engelliler, yaşlılar vb.) bakımından sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar incelenecektir. Ayrıca "kimseyi geride bırakmama" prensibinin, politika tasarımlarına nasıl yansıtılabileceğine dair çözüm önerileri de sunulacaktır.

Sağlığa Erişimde Kırılma

Sağlık eşitsizlikleri sağlıklı bir yaşamı mümkün kılan sosyal, kültürel ve ekonomik koşulların eşitsiz dağılımının bir sonucu olarak düşünülebilir. Bu eşitsizlikler, bireylerin sağlık durumlarını baştan belirleyen ve devam ettiren toplumsal dışlanma rejimlerinin bir parçası. Yoksullar ve işsizler, genel sağlık sigortası primlerini ödeyemedikleri için küresel olarak kamu sağlık sisteminin dışında kalabiliyor; bu da özellikle kronik hastalıkların erken tanı ve düzenli izlem gerektirdiği durumlarda büyük bir eşitsizlik yaratıyor. Kaçak ya da kayıt dışı göçmenler yasal konumları olmadığı için sağlık kuruluşlarında reddedilebiliyorlar veya tedavi süreçlerinde sürekli bir belirsizlik ve korku yaşayabiliyorlar. Mevsimlik tarım işçileri ve çocuk işçiler

gibi güvencesiz gruplar ağır ve sağlıksız koşullarda çalıştıkları hâlde ne iş sağlığı hizmetlerinden ne de temel koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyorlar. Kırsal alanlarda yaşayanlar için sağlık kuruluşlarına erişimde mekânsal uzaklık ve ulaşım eksikliği büyük bir engel iken; düşük eğitim düzeyine sahip bireyler sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını geliştirme ya da tedavi planlarını anlama ve uygulama konusunda dezavantajlıdır. Dil bariyeri, özellikle mülteciler ve göçmenler için yalnızca iletişimsel değil; aynı zamanda güvenlik, mahremiyet ve tedaviye katılım açısından da ciddi sonuçlar doğuruyor. Bazı gruplar ise [örneğin HIV pozitif bireyler, farklı cinsel yönelimi olan (LGBTQI+) bireyler] hem sağlık kurumlarında hem toplumda damgalama ve ayrımcılığa maruz kalabildikleri için ya hizmet almaktan çekinebiliyorlar ya da nitelikli hizmete erişemiyorlar. Bürokratik karmaşıklık ve dijitalleşmenin getirdiği yeni uygulamalar da özellikle kırılma grupları için sağlık sistemini daha erişilmez kılabilir. Birçok dijital sağlık işlemi e-randevu sistemleri, teletıp platformları ve sağlık bilgi portalı gibi teknolojik araçlar üzerinden yürütülürken; yaşlılar, düşük dijital okuryazarlığa sahip bireyler veya dil bariyeri yaşayanlar bu araçları kullanmakta zorlanabiliyorlar. Toplumsal cinsiyet de sağlık eşitsizliklerini derinleştiren temel değişkenlerden biri olarak karşımıza çıkıyor. Kadınlar, özellikle bakım emeğinin yükünü taşıyanlar, sağlık hizmetlerine zamanında ulaşmada ciddi engellerle karşılaşabiliyorlar; üreme

Sağlık eşitsizliklerinin bir yanı sıra sağlıklı bir yaşam sürmek için gerekli kaynaklara erişememekle ilgiliyken diğer yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde karşılaşılan sistematik sorunlarla ilgilidir. Diğer bir deyişle sağlık hizmetlerine erişim, yalnızca hizmetin varlığı ve sunum biçimiyle değil, aynı zamanda bu hizmeti kullanacak bireylerin sosyoekonomik, kültürel ve demografik özellikleriyle de şekillenmekte.

sağlığı hizmetlerine erişim konusunda da yapısal kısıtlamalar, kültürel tabular ve sağlık çalışanlarının tutumları belirleyici olabiliyor. Kadınların yaşadığı ayrımcılık, sıklıkla cinsiyet rolleriyle iç içe geçmiş şekilde hem toplumsal hem de kurumsal düzeyde yinelenmekte. Tüm bu farklı engeller, sağlık eşitsizliklerinin tesadüfi ya da bireysel eksiklerden değil, toplumsal yapının sistematik olarak bazı grupları dışarıda bırakan doğasından kaynaklandığını açıkça ortaya koymakta. Literatürde, sağlıklı yaşam için gerekli kaynaklara ve sağlık hizmetlerine erişimin sınıf, sosyal statü, meslek, toplumsal cinsiyet, vatandaşlık konumu, etnik köken, cinsel yönelim, eğitim düzeyi gibi çok sayıda değişken tarafından etkilendiğini ortaya koyan çalışmalar mevcut (Cabañero-Garcia et al., 2025; Bammert et al., 2024; Alemu et al., 2024).

Eşitsizliklerin Birikimselliği ve Kesişimselliği

Sağlık eşitsizlikleri, yalnızca tekil ve anlık dezavantajlardan değil, zaman içinde biriken ve birbirini pekiştiren yapısal koşullardan kaynaklanmakta. Dezavantajların birikimselliği kavramı, yaşam süreci boyunca karşılaşılan ve üst üste binen eşitsizliklerin bireylerin durumlarını giderek daha da kötüleştirdiğini ifade ediyor. Örneğin çocuklukta yetersiz beslenme ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, ilerleyen yaşlarda kronik hastalıkların görülme olasılığını artırırken, düşük sosyoekonomik konum nedeniyle bu hastalıkların tedavisinde de yetersizlik yaşanabiliyor. Yaşam süreci yaklaşımı da benzer şekilde bireylerin sağlıklarının yaşamın erken dönemlerinden itibaren şekillendiğini ve sosyal, ekonomik, çevresel faktörlerin zaman içinde sağlıkta kalıcı eşitsizlikler yarattığını vurgulamakta. Bu yaklaşım, sağlık eşitsizliklerinin sadece bugünkü koşullardan değil, geçmiş deneyimlerin ve uzun vadeli sosyal dışlanma süreçlerinin bir sonucu olduğunu gösteriyor. Diğer bir deyişle sağlıkta görülen farklar ve eşitsizlikler sadece bireysel tercihlerin ya da genetik faktörlerin değil, toplumsal yapıların ve politikaların uzun süreli etkilerinin birer yansımasıdır.

Öte yandan, sağlık eşitsizliklerini anlamak için yalnızca zamansal bir birikimden değil, aynı anda işleyen çoklu kimlik eksenlerinden kaynaklanan kesişimsel eşitsizliklerden de söz etmek önemli.

Kimberlé Crenshaw'ın (1989) ortaya koyduğu kesişimsellik kuramı, bireylerin yalnızca tek bir kimlik üzerinden değil; cinsiyet, ırk, sınıf, engellilik, cinsel yönelim gibi çoklu toplumsal konumlar üzerinden maruz kaldıkları ayrımcılık biçimlerinin iç içe geçtiğini ve bu birleşik etkilerin benzersiz bir dezavantaj yarattığını savunmakta. Patricia Hill Collins (2008) ise bu çoklu baskı sistemlerini "egemenlik matrisi" (matrix of domination) kavramıyla açıklayarak, sağlık gibi alanlarda da bu eşitsizliklerin yapısal düzeyde üretildiğini belirtmekte. Örneğin göçmen bir kadının sağlık hizmetlerine erişimi hem cinsiyetçi normlar hem ırk temelli ayrımcılık hem de düşük sosyoekonomik konum nedeniyle aynı anda kısıtlanabiliyor. Dolayısıyla kesişimsel analiz, sağlık eşitsizliklerini tek boyutlu değil, çok katmanlı bir biçimde değerlendirmeye olanak sağlıyor ve politika üretiminde daha adil ve kapsayıcı yaklaşımların geliştirilmesine zemin hazırlıyor.

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Çok Boyutlu Eşitsizlikler

Sağlık eşitsizliklerinin bir yanı sağlıklı bir yaşam sürmek için gerekli kaynaklara erişememekle ilgiliyken diğer yanı sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde karşıla-

Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsenen "Kimseyi Geride Bırakmama" ilkesi, evrensel kapsayıcılık ve eşitlik hedeflerini vurgulayan temel bir politika çerçevesi ve sağlık hizmetlerine erişimde hiçbir bireyin veya dezavantajlı grubun dışlanmamasını hedefliyor. Bu ilke özellikle marjinalize edilmiş (aykırılaştırılmış), yoksul, etnik azınlıklar, göçmenler, engelliler ve diğer kırılgan grupların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmeye odaklanıyor.

şılan sistematik sorunlarla ilgilidir. Diğer bir deyişle sağlık hizmetlerine erişim, yalnızca hizmetin varlığı ve sunum biçimiyle değil, aynı zamanda bu hizmeti kullanacak bireylerin sosyoekonomik, kültürel ve demografik özellikleriyle de şekillenmekte. Günümüzde erişim, sağlık sistemlerinin sunum kapasitesi ile kullanıcıların ihtiyaç, beklenti ve özellikleri arasındaki uyum derecesi olarak tanımlanmakta ve hem arz hem de talep yönlü dinamiklerin etkileşimiyle açıklanmakta. Bu nedenle etkin ve eşitlikçi bir sağlık hizmeti için, kullanıcıların karşılaştığı yapısal ve bireysel engellerin sistem düzeyinde göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim, ulaşılabilirlik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik, karşılanabilirlik, anlaşılabilirlik ve süreklilik boyutlarını karşılamalı. Şimdi dilerseniz her bir boyutu ayrı ayrı ele alalım.

Erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinin nice-liksel-niteliksel varlığı, personel sayısı ve altyapı gibi yapısal unsurları kapsar. Uzman doktor, hemşire ve teknisyen eksikliği ile donanım yetersizliği bu alanın temel sorunlarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sonrası hasta sayısı artsa da bazı uzmanlık alanlarında ve bölgelerde hizmet açığı sürüyor. Örneğin özellikle Kuzeydoğu, Güneydoğu ve Orta Doğu Anadolu'da hizmet kalitesinde ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler sürüyor, bazı hastalar katkı payı ve ilaç maliyetleri nedeniyle hizmetlerden tam olarak faydalanamıyorlar (Uğur & Turgil, 2021). Sayıları yıllar içinde artmış olsa da sağlık profesyonelleri doğu illerine ve kırsal alanlara kıyasla İstanbul, Ankara ve İzmir gibi metropollerde ve sosyoekonomik açıdan gelişmiş bölgelerde daha fazla yoğunlaşıyor (Çınaroğlu, 2021). Programla birlikte kamu hastaneleri performansa dayalı sistemle yönetilmeye başlandı, özel sektörün payı büyürken kamu hizmetlerinin kapsamı daraldı. Bu durum, sağlık sistemini kamu yararından çok piyasa mantığına göre şekillendirerek kamu-özel ayrımını artırdı. Neoliberal politikalar dünya genelinde sağlık hizmetlerini kısa süreli, tedavi odaklı hâle getirirken, koruyucu hizmetlerin ve sosyal belirleyicilere dönük müdahalelerin önemi azaldı (Szymborska & Szymborski, 2025; Gönç, 2017; Glasgow & Schrecker, 2016). Türkiye'de koruyucu hizmetlere ayrılan kaynakların sınırlılığı, sistemin ancak hastalık ortaya çıktığında devreye girmesine ve kronik hastalık yönetiminde yetersizliğe yol açıyor.



Ulaşılabilirlik, sağlık kurumlarına fiziksel erişimi ifade eder. Türkiye'de kırsal bölgelerdeki kurum eksikliği, ulaşım sorunları ve personel dengesizliği bu erişimi zorlaştırıyor (Pala, 2021). 2023 yılında yüz bin kişiye düşen hekim sayısı Türkiye ortalaması 239 iken İstanbul'da 368, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 155 (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025, s.224). Elbette bölge ortalamaları farklı değerlerin birleşiminden oluşuyor, örneğin uzman hekim sayısı İstanbul'da 24.601 iken üçü de Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan Şırnak'ta 270, Batman'da 471, Diyarbakır'da 1.600 (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025, s.253). Dolayısıyla ortalama değerler, hizmet sunumundaki gerçek kapasite farklarını maskeleyerek politika tasarımında yanıltıcı sonuçlar doğurabiliyor. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltan bir sistem olan aile hekimliği sistemi de bazı bölgelerde hâlâ zayıf işliyor. Örneğin Köse (2022) 2012-2019 yılları arasında İstanbul, Batı Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde aile hekimliği sistemin etkinliğinin düşük olduğunu ortaya koymuş, bir başka çalışmada ise illerin sosyoekonomik düzeyi arttıkça aile hekimliğinin etkinliğinin de arttığı belirtilmiştir (Keskin, 2018).

Karşılanabilirlik, hizmetin ekonomik olarak erişilebilir olmasını ifade ediyor. Katkı payları, reçete ücretleri ve özel hastane farkları düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetine ulaşmasını zorlaştırıyor.

Kayıt dışı çalışanlar ve göçmenler ise finansal engellerle karşılaşılıyor. Bu durum, sınıfsal ayrışmayı büyütüyor ve sağlık hakkının eşitsiz kullanılmasına neden oluyor. Türkiye’de sigorta yaygın ama prim borcu olanlar ve kayıt dışı çalışanlar hizmeti maddi nedenlerle erteleyebiliyor.

Anlaşılabilirlik ve kabul edilebilirlik, hizmetin bireyin bilgi düzeyine uygun, kültürel değerlere ve beklentilere duyarlı olmasını gerektiriyor. Düşük sağlık okuryazarlığı, özellikle yaşlı ve eğitimsiz bireylerde sağlık hizmetinden faydalanmayı zorlaştırıyor. Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyinin özellikle yaşlı ve düşük eğitimli bireylerde düşük ve eğitim seviyesi düşük olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığının yetersizliği sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımı zorlaştırıyor (Durusu Tanrıöver vd., 2014; Kozak & Aykul, 2021).

Özetle, sağlık hizmetine erişim sadece fiziksel değil; coğrafi, ekonomik, kültürel ve bilişsel boyutları da içeriyor. Sosyal devletin bu alandaki rolü zayıfladıkça, özellikle yoksullar, göçmenler ve dezavantajlı gruplar hizmetlerden yeterince yararlanamıyor ve sağlık eşitsizlikleri giderek derinleşiyor.

Neoliberalizm ve Sağlık Eşitsizlikleri

Sağlığın temel belirleyicilerinden olan yaşama ve çalışma koşullarını anlamak için, bu koşulları şekillendiren neoliberal

politikaların etkisini incelemek gerekir. Neoliberalizm, devletin ekonomik ve toplumsal alanlardaki rolünü azaltarak temel hizmetlerin piyasaya devrini savunur. Bu yaklaşım eğitimi, sağlığı ve konutu bireysel sorumluluğa indirgerken, devletin refahı önceleyen müdahalelerini ekonomik verimsizlik olarak görür. Neoliberal politikalar, sağlıklı beslenme ve beden sağlığı gibi belirleyiciler üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Uzun ve güvencesiz çalışma saatleri, düşük ücretli işler ve yoksulluk, sağlıklı gıdaya erişimi ve fiziksel hareketliliği kısıtlar. Düşük gelirli bireyler genellikle ucuz ve sağlıklı gıdalara yönelmekte, düzenli fiziksel aktiviteye zaman bulamamaktadır. Bu da obezite ve kronik hastalıkların yayılmasına yol açar. Neoliberal dönüşüm, sadece sağlık hizmetlerine erişimi değil, sağlıklı yaşam koşullarını da sınırlar.

1980 sonrası yükselen bu politikalar, refah devletinin sosyal işlevlerini zayıflattı ve sağlık hizmetlerinde köklü değişiklikler yarattı. Kamusal ve eşitlikçi sağlık anlayışı yerini piyasa mantığına, bireysel sorumluluğa ve performans ölçütlerine bıraktı. Sağlık, artık bir hak değil, bireysel tercihlerin sonucu olarak görülüyor ve birey, sistemin muhatabı değil, ödeme gücüne göre hizmete ulaşan bir “müşteri”ye indirgeniyor. Türkiye’de bu dönüşüm, 2003’te başlayan SDP ile somutlaştı. Kamu kurumları işletme mantığıyla yeniden yapılandırıldı, özel sektör teşvik edildi. Performansa dayalı ücretlendirme ve katkı payı uygulamaları

sağlık hizmetlerini ticarileştirdi, hizmetin niteliği ile bireyin ekonomik ve sosyal konumu arasındaki bağ belirginleşti. Bu süreçte koruyucu sağlık hizmetleri geri planda kalırken, dezavantajlı gruplar sistemin dışında kaldı.

Neoliberal sağlık politikalarının en çarpıcı sonucu, eşitsizliklerin bireysel sorumluluk söylemiyle meşrulaştırılması oldu. Sağlıkla ilişkili risk faktörleri, yapısal nedenlerden çok bireyin tercihleri, bilgi düzeyi ve motivasyonu ile açıklanmaya başlandı; bu da sosyal belirleyicilerin (gelir, eğitim, istihdam, çevre, beslenme, barınma koşulları vb.) etkisini görünmez hâle getirdi. Türkiye’de, yoksul mahallelerde yaşayan bireylerin sağlıklı beslenme, obezite, diyabet ve solunum yolu vd. hastalıklara daha sık yakalanması gibi örnekler yalnızca kişisel sorumsuzlukla değil; aynı zamanda sistematik yoksulluk, mekânsal eşitsizlik ve sağlık okuryazarlığındaki farklılıklarla açıklanabilecek sosyal bir arka plana sahip. Ancak mevcut politikalar bu çok boyutlu eşitsizlikleri tanımak yerine, bireyleri “sağlık yatırımcısı” olarak konumlandırmakta ve sağlıklı yaşam tarzını sürdüremeyenleri dolaylı olarak “suçlu” ilan etmekte. Bu durum, sağlık sisteminin eşitlikçi işlevini zayıflatmakla kalmıyor, aynı zamanda yoksulların maruz kaldığı sağlık sorunlarını bireysel başarısızlık olarak yeniden üretiyor.

Sonuç olarak, neoliberal sağlık politikaları yalnızca eşitsizlikleri artırmakla kalmadı, aynı zamanda bu eşitsizlikleri bireysel yaşam tarzı söylemiyle örtbas eden bir ideolojik hegemonya üretti. Bu hegemonya, yapısal engellerle karşılaşan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim sorunlarını “kişisel tercih” ya da “bilinç eksikliği” ile açıklayarak, sağlık alanında sosyal adalet ve eşitliği zayıflatıyor.

Kimseyi Geride Bırakmamak Nasıl Mümkün?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından benimsenen “Kimseyi Geride Bırakmama” ilkesi, evrensel kapsayıcılık ve eşitlik hedeflerini vurgulayan temel bir politika çerçevesi ve sağlık hizmetlerine erişimde hiçbir bireyin veya dezavantajlı grubun dışlanmamasını hedefliyor. Bu ilke özellikle marjinalize edilmiş (aykırılaştırılmış), yoksul, etnik azınlıklar, göçmenler, engelliler ve diğer kırılgan grupların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmeye odaklanıyor. DSÖ, bu



grupların sağlık ihtiyaçlarının görünür kılınması ve sağlık sistemlerinin bu ihtiyaçlara uygun olarak güçlendirilmesi için stratejik rehberlik sağlamakta. İlke, sadece sağlık hizmetlerinin fiziki erişimi değil; ekonomik, kültürel ve bilgiye dayalı erişilebilirliği de kapsamakta.

Sağlık, yalnızca bireylerin biyolojik durumu değil, aynı zamanda vatandaşlık hakları, siyasal temsil ve toplumsal katılım biçimleriyle iç içe geçmiş bir toplumsal hak. Bu nedenle, sağlıkta adaleti sağlamak için, sağlık sisteminin işleyişinden çok daha geniş bir siyasal zeminde mücadele verilmeli. Diğer bir deyişle sağlık eşitsizliklerinin çözümüne yönelik yaklaşımlar yalnızca teknik ve sektörel müdahalelerle sınırlandırılmamalı; bu eşitsizliklerin beslendiği tarihsel, politik, kültürel ve yapısal ilişkilerin dönüşümünü hedefleyen kapsayıcı ve eleştirel bir demokratik tutum gerekli. Bu bağlamda radikal demokrasi yaklaşımı, özellikle de kesişimsel ve birikimsel sağlık eşitsizliklerinin çözümünde yalnızca reformist değil, kurucu ve dönüştürücü bir çerçeve sunuyor. Ernesto Laclau ve Chantal Mouffe’un (1985) geliştirdiği radikal demokrasi anlayışı, toplumsal taleplerin çoğulculuk temelinde bir araya gelerek hegemonik düzenin dışlayıcı normlarıyla mücadele edebileceğini ve bu yolla yeni bir eşitlik rejiminin kurulabileceğini savunur. Bu yaklaşım, homojen, nötr ve soyut bir yurttaşlık idealinin ötesine geçerek, farklılıkların – sınıfsal konum, etnik kimlik, cinsiyet, engellilik, göçmenlik

durumu gibi – tanındığı, meşrulaştırıldığı ve siyasal olarak temsil edildiği bir kamusal alan hayal eder, ancak temsil tek başına yeterli olmaz. Sağlık politikalarının eşitlikçi hâle gelmesi ancak bu tür bir çoğulcu ve katılımcı siyasal düzende mümkün. Örneğin göçmenler, engelliler, cinsel yönelimi farklı (LGBTQI+) bireyler ve yoksullar gibi marjinalleştirilmiş (aykırılaştırılmış) grupların yalnızca temsili değil, karar alma süreçlerinde etkin bir özne olarak yer almaları sağlandığında sağlık eşitsizliklerinin kök nedenleriyle yüzleşmek mümkün hâle geliyor. Radikal demokrasinin sağlık politikaları alanına uygulanması, sadece hizmet sunumunun adil hâle getirilmesiyle sınırlı kalmayıp, sağlık hizmetlerinin nasıl üretileceğine, kimin ihtiyaçlarının önceleneceğine ve hangi toplumsal grupların bu süreçte söz sahibi olacağına dair sorulara da politik yanıtlar üretmeyi zorunlu kılmakta.

Radikal demokrasi, toplumsal talepleri sınırlı kaynaklar için rekabet eden sesler olarak değil, ortak bir adalet mücadelesinde buluşan dayanışma biçimleri olarak görür. Bu anlayış, sağlık hizmetlerine eşit erişimin ötesinde, sağlıklı belirleyen yapısal koşulların – barınma, eğitim, çevre, çalışma koşulları, sosyal dışlanma gibi – bütüncül biçimde ele alınmasını ve dönüştürülmesini gerektirmekte. Nancy Fraser’in (1997) adaletin üç boyutuna dair çerçevesi – maddi kaynakların adil dağılımı, toplumsal kimliklerin tanınması ve karar süreçlerine katılım – sağlık eşitsizliklerinin çok boyutlu doğasını

kavramak açısından açıklayıcı. Fraser'a göre adalet için yalnızca ekonomik eşitsizliklerin giderilmesi yeterli değil, kültürel görünürlük ve siyasal özneleşme de gerekir.

Bu çerçevede radikal demokrasinin "kimseyi geride bırakmama" ilkesi, sağlık politikalarının toplumsal eşitlik temelinde yeniden inşası için güçlü bir zemin sunar. Sağlığı piyasa malı ya da bireysel sorumluluk değil, kolektif bir hak olarak tanıyan bu yaklaşım; sosyal devletin güçlendirilmesini, kapsayıcı ve katılımcı kamusal sağlık hizmetlerinin inşasını zorunlu kılar. Bütün bunlara dayanarak farklı toplumsal grupların ihtiyaçlarını gözetken, eşit temsile dayalı ve karar alma süreçlerine katılımı esas alan demokratik bir sağlık sisteminin, yalnızca daha adil bir sağlık ortamı yaratmakla kalmayacağı, aynı zamanda toplumsal adaletin bütününe yönelik dönüşümün de temelini oluşturacağına şüphe yok.

Kaynaklar

Alemu, F.W., Yuan, J., Kadish, S. et al. (2024). Social determinants of unmet need for primary care: a systematic review. *Syst Rev* 13, 252.

Atılğan, E. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkileri. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 18(96), 8-23.

Bambra, C. (2011). Work, worklessness and the political economy of health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(9), 746-750.

Bammert, P., Schüttig, W., Novelli, A. et al. (2024). The role of mesolevel characteristics of the health care system and socioeconomic factors on health care use – results of a scoping review. *Int J Equity Health* 23, 37.

Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285-293.

Brown, W. (2015). *Undoing the demos: Neoliberalism's stealth revolution*. Zone Books.

Cabañero-Garcia, E., Martinez-Lacoba, R., Pardo-Garcia, I. et al. (2025). Barriers to health, social and long-term care access among older adults: a systematic review of reviews. *Int J Equity Health* 24, 72.

Collins, P. H. (2008). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). Routledge.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8> (Erişim Tarihi: 25.06.2025).

Çınaroğlu, S. (2021). Türkiye'de iller düzeyinde sağlık personeli dağılımı ve daha etkin politika ihtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 235-254.

DSÖ. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution> (Erişim Tarihi: 23.06.2025).

DSÖ. (2025). Global strategy: Leave no one behind. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/mca/global-strategy---leave-no-one-behind> (Erişim Tarihi: 23.06.2025).

Durusu Tanrıöver, H., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, F. N., Çakır, B., & Akalın, E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları. <https://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cda186a2b33001a409.pdf>

Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160-1177.

Elbek, O., & Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Demeği Bülteni*, 12(1), 33-44.

Fraser, N. (1997). *Justice Interruptus: Critical Reflections on the "Postsocialist" Condition*. Routledge.

Glasgow, S., & Schrecker, T. (2016). The double burden of neoliberalism? Noncommunicable disease policies and the global political economy of risk. *Health & Place*, 39, 204-211.

Göç Araştırmaları Demeği (GAR). (2000). İstanbul'daki sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller ve çözüm önerileri. Göç Araştırmaları Demeği. https://gocarastimlari.demegi.org/wp-content/uploads/GAR_MSF_saglik.pdf.

Göncü, T. (2017). Neoliberal Politikaların Küresel Düzeyde Sağlık Üzerindeki Etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 159-178.

Göncü Şavran, T. (2014). Sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri: Eskişehir'de kırsal ve kentsel alanlarda kadın sağlığı. *Fe Dergi*, 6(1), 96-115.

Graham, H. (2009). *Understanding health inequalities* (2nd ed.). Open University Press.

Harris, B., Goudge, J., Ataguba, J. E., McIntyre, D., Nxumalo, N., Jikwana, S., & Chersich, M. (2011). Inequities in access to health care in South Africa. *Journal of Public Health Policy*, 32(1), 102-123.

Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.

Kaihanen, A. M., Virtanen, L., Buchert, U., Välimäki, T., Hietapakka, L., Hörhammer, I., & Terkamo-Moisio, A. (2022). Towards digital health equity: A qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era. *BMC Health Services Research*, 22, 188.

Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754.

Keskin, H.İ. (2018). Türkiye'de aile sağlığı merkezlerinin teknik etkinliğinin araştırılması: veri zarflama analizi ve süper ekinlik yaklaşımı. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(13), 173-185.

Kozak, F., & Çevik Akyıl, R. (2021). Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 122-132.

Köse, A. (2022). Aile Hekimliği Performans Sisteminin İstatistik Bölge Düzeyinde Etkinlik Analizi ile Değerlendirilmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* 13, 303-323.

Laclau, E., & Mouffe, C. (1985). *Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics*. Verso.

Latife Tekin, Berci Kristin Çöp Masalları, Adam Yayınları, 1. Baskı, 1984 s.42.

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18.

Mair, J. L., Hashim, J., Thai, L., Tai, E. S., Ryan, J. C., Kowatsch, T., Müller-Riemenschneider, F., & Edney, S. M. (2025). Understanding and overcoming barriers to digital health adoption: a patient and public involvement study. *Translational Behavioral Medicine*, 15(1), ibaf010.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.

Mouffe, C. (2000). *The Democratic Paradox*. Verso.

Navarro, V. (2007). Neoliberalism as a class ideology; or, the political causes of the growth of inequalities. *International Journal of Health Services*, 37(1), 47-62.

Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423-41.

Pala, K. (2021). Türkiye'de sağlık alanında eşitsizlikler (İstanPol Politika Raporu No. 2021-006). İstanbul Politik Araştırmalar Enstitüsü. <https://istanpol.org/Uploads/ContentManagementFile/2021-006-turkiyede-saglik-alaninda-esitsizlikler-1.pdf> (Erişim Tarihi: 23.06.2025).

Schrecker, T., & Bambra, C. (2015). How politics makes us sick: Neoliberal epidemics. *Palgra ve Macmillan*.

Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Global Public Health*, 3, 1-12.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health (Social Determinants of Health Discussion Paper 2, Policy and Practice). World Health Organization.

Szymborska, H., Szymborski, J. (2025). Public health outcomes and the neoliberal health system in Poland. *Rev Evol Polit Econ*.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklen-ti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>.

Uğur, Z.B., Tırgil, A. (2021). Regional health disparities in the aftermath of health systems reforms in Turkey. *JHESP*, 3, 137-169.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed.). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326568>.

Wu, J., Yang, Y., Sun, T., & He, S. (2024). Inequalities in unmet health care needs under universal health insurance coverage in China. *Health Economics Review*, 14, 2.