



**T. C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**YABANCI HEKİM İSTİHDAMININ HEKİM VE HASTA
PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Nesrin ÇOLDUR
1630232126**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Osman Kürşat ACAR**

Isparta, 2019



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Nesrin ÇOLDUR	
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
Tez Başlığı	SAĞLIK BAKANLIĞI PERSONEL POLİTİKALARINDA İTHAL HEKİM TARTIŞMALARININ YERİ: HEKİM PERSPEKTİFİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ	
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	Yabancı Hekim İstihdamının Hekim ve Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi	
<p>Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında jürimiz 06/08/2019 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU²</p> <p>ile aşağıdaki kararı almıştır.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez KABUL edilmiştir. <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ³ kararlaştırılmıştır. <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin REDDEDİLMESİ⁴ kararlaştırılmıştır.</p>		
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Osman Kürşat ACAR / Süleyman Demirel Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Ramazan ERDEM / Süleyman Demirel Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul BAYER /Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi	

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 28-(4) Tezi hakkında DÜZELTME kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrenci, yeni tez konusu belirler.



T. C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “*Yabancı Hekim İstihdamının Hekim ve Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi*” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim

Nesrin ÇOLDUR
06.08.2019

A handwritten signature in blue ink, corresponding to the name Nesrin Çoldur.

ÇOLDUR, Nesrin, *Yabancı Hekim İstidamının Hekim ve Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2019

ÖZET

Sağlık politikalarının oluşmasında dönemin içerisinde meydana gelen olay ve olguların etkisi önem arz etmektedir. Bunun örnekleri arasında gösterebileceğimiz, 2006 yılındaki Avrupa Birliği ile temasların gerçekleşmesi, değişime ve dönüşüme açık olabilecek alanlarda tartışmaları beraberinde getirmiştir. Bu doğrultuda sağlık alanında yabancı hekim istihdamı gündeme gelmiş ve bu konu birden çok kurum ve kuruluşun tepkisini çekmiştir. Sonuca ulaşamayan ve askıda kalan yabancı hekim istihdamı konusu zaman zaman tartışmalar arasında yer almaya devam etmektedir.

Bu çalışmada konuya ilişkin iki grubun da bakış açılarının öğrenilmesi hedeflenmiştir. Araştırmanın evrenini Isparta ve Burdur il merkezindeki 18 yaş ve üzerindeki hasta ve hekimler oluşturmaktadır. Araştırmada 515 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taraması yapılarak geliştirilen Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Hasta/Hekim Tutum Anketi kullanılmıştır. İki kısımdan oluşan ankette kişilerin tutumunu ölçen maddeler beşli Likert ölçeğine göre değerlendirilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, hekimler, hastalara oranla yabancı hekim istihdamında kültürel uyumsuzluğun daha fazla yaşanacağını düşünmektedirler. Ayrıca hekimler, hastalara oranla yerli hekimi daha fazla tercih etmektedir. Hastalar, hekimlere oranla yabancı hekimin sağlık sistemine katkısının fazla olacağını düşünmektedirler. Bu çalışmanın önemli bir sonucu da katılımcıların; yerli hekime önem verdiğini göstermekte ve yerli hekimlerin çalışma şartlarına gerekli iyileştirmelerin yapılmasına özen gösterilmesi vurgusu ön plana çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yabancı Hekim İstihdamı, Sağlık Politikası, Yerli Hekim, Kültürel Uyumsuzluk, Sağlık Sistemine Katkı

ABSTRACT

The effects of events and phenomena that occur during the period are important in the formation of health policies. The contacts with the European Union in 2006, which we can show as examples of this, brought about discussions in areas that could be open to change and transformation. In this context, the employment of foreign physicians in the field of health has come up and this issue has attracted the reaction of multiple institutions and organizations. The issue of unsuccessful and suspended foreign physician employment continues to be among the discussions from time to time.

In this study, it is aimed to learn the perspectives of both groups. The population of the study consists of patients and physicians aged 18 and over in Isparta and Burdur. In this study, 515 people are reached. In this study, patient-physician attitude questionnaire for foreign physician employment which is developed by making literature review is used as data collection tool.

In the two part questionnaire items measuring the attitude of individuals are evaluated according to the five point likert scale. According to the results of the study, physicians think that cultural incompatibility in foreign physician employment will be experienced more than the patients. In addition, physicians prefer local physicians more than patients. The patients think that foreign physicians contribution to the health system will be better more than the local physicians. An important result of this study is that; the participants; and emphasized that local physicians attach great importance to the improvement of working conditions of local physicians.

Keywords; Employment of Foreign Physician, Health Policy, Local Physician, Cultural Incompatibility, Health System Contribution

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	1
KISALTMALAR DİZİNİ	3
TABLolar DİZİNİ	4
ŞEKİLLER DİZİNİ	5
ÖNSÖZ.....	6
GİRİŞ	7

BİRİNCİ BÖLÜM KAMU PERSONEL POLİTİKALARI

1.1. Personel Politikaları Gelişimi.....	11
1.1.1. ABD ve İngiltere’de Personel Politikaları Gelişimi	11
1.1.2. Türkiye’de Personel Politikaları Gelişimi.....	13
1.1.2.1. Osmanlı Dönemi	13
1.1.2.2. Cumhuriyet Dönemi.....	14
1.1.2.3. 1960-1980 Dönemi ve Günümüz	17
1.2. Sağlıkta Personel Politikaları.....	19
1.2.1. Sağlık Politikası Kavramı	20
1.2.2. Sağlık Politikaları Gelişimi	21
1.2.2.1. Dünya’da Sağlık Politikaları Gelişimi	21
1.2.2.2. Türkiye’de Sağlık Politikaları Gelişimi	25
1.2.2.2.1. 1920-1946 Dönemi.....	26
1.2.2.2.2. 1946-1980 Dönemi.....	26
1.2.2.2.3. 1980-2003 Dönemi.....	28
1.2.2.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sonrası	29

İKİNCİ BÖLÜM SAĞLIK İNSAN GÜCÜ VE İTHAL HEKİM

2.1. SAĞLIK İNSAN GÜCÜ	33
2.1.1. Dünyada Sağlık İnsan gücü Planlaması Çalışmaları.....	34
2.1.2. Türkiye’de Sağlık İnsangücü Planlaması.....	35
2.2. YABANCI HEKİM İSTİHDAMI.....	38
2.2.1. Türkiye’de Mevcut Yabancı Hekimler ve Yasal Mevzuat	41
2.2.2. Dünyada Yabancı Hekimler	42

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
YABANCI HEKİM İSTİHDAMININ HEKİM- HASTA PERSPEKTİFİ
ÜZERİNE BURDUR-İSPARTA İLLERİNDE BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
3.1.1. Amaç ve Önem.....	45
3.1.2. Problem Cümlesi.....	45
3.1.3. Varsayımlar.....	46
3.1.4. Sınırlamalar.....	46
3.1.5. Evren ve Örneklem.....	46
3.1.6. Veri Toplama Aracı.....	46
3.1.7. Analiz Yöntemi.....	47
3.1.8. Araştırmanın Hipotezleri.....	48
3.2. BULGULAR.....	48
3.2.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	48
3.2.1.1. Hekimlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	48
3.2.1.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	50
3.2.2. Katılımcıların Ankette Yer Alan Diğer İfadelere İlişkin Bulguları.....	51
3.2.2.1. Hekim Katılımcıların Ankette Yer Alan Diğer İfadelere İlişkin Bulguları.....	51
3.2.2.2. Hasta Katılımcıların Ankette Yer Alan Diğer İfadelere İlişkin Bulguları.....	52
3.2.3. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular.....	52
3.2.4. Faktör Analizi Sonuçları.....	54
3.2.5. Boyutların Psikometrik Özellikleri.....	56
3.2.5.1. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin Boyutların Psikometrik Özellikleri.....	57
3.2.5.2. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin Boyutlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	58
3.2.5.2.1. Hekim Perspektifinde Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Boyutlarının Aldığı Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	58
3.2.5.2.2. Hasta Perspektifinde Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Boyutlarının Aldığı Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	64
3.2.5.3. Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Boyutlarının Hasta ve Hekim Açısından Karşılaştırılması.....	70
3.2.6. Hipotezlerin Kabul/Reddi.....	71
3.3. TARTIŞMA.....	72
SONUÇ.....	76
KAYNAKLAR.....	80
EKLER.....	88
Ek-1. Hekimlere Yapılan Anket Formu.....	89
Ek-2. Hastalara Yapılan Anket Formu.....	91
Ek-3. Etik Kurul Onayı.....	93
Ek-4. Uygulama İzni.....	95
ÖZGEÇMİŞ.....	97

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devleti
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
MEHTAP	Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi
DPD	Devlet Planlama Dairesi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
GSS	Genel Sağlık Sigortası
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SB	Sağlık Bakanlığı
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. SDP Sonrası Sağlık Regülasyonları.....	32
Tablo 2. Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye.....	37
Tablo 3. Yabancı Uyruklu Asistan Hekim Sayılarının Hastane Dağılımları	41
Tablo 4. Sağlık Personeli Hareketinin Yıllara ve Ülkelere Göre Dağılımı.....	43
Tablo 5. Hekim Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 6. Hasta Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	50
Tablo 7. Hekimlerin Ankette Yer Alan Diğer İfadelere İlişkin Bulguları	51
Tablo 8. Hasta Katılımcıların Bir Yılda Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sayısına İlişkin Bulgular	52
Tablo 9. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımı	53
Tablo 10. İfadelerin Faktörlere Göre Dağılımı	56
Tablo 11. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin Boyutların Psikometrik Özellikleri	57
Tablo 12. Hekim Perspektifinde Kültürel Uyumsuzluk Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	59
Tablo 13. Hekim Perspektifinde Yerli Hekim Tercihi Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	60
Tablo 14. Hekim Perspektifinde Sağlık Sistemine Katkı Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 15. Hekim Perspektifinde Finansal Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 16. Hasta Perspektifinde Kültürel Uyumsuzluk Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 17. Hasta Perspektifinde Yerli Hekim Tercihi Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 18. Hasta Perspektifinde Sağlık Sistemine Katkı Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	68
Tablo 19. Hasta Perspektifinde Finansal Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	69
Tablo 20. Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Boyutlarının Hasta ve Hekim Açısından Karşılaştırılması	70
Tablo 21. Hipotezlerin Kabul-Red Durumları	71

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma	21
Şekil 2. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2016.....	38



ÖNSÖZ

Üniversite hayatım boyunca hem lisansta hem de yüksek lisans sürecinde başını şişirmekten çekinmediğim, desteğini her zaman hissettiğim, ne olursa olsun her daim arkamda olduğuna inandığım, hayattaki duruşunu ve yaklaşımını kendime örnek aldığım ve her zaman onun öğrencisi olduğum için kendimi şanslı hissettiğim, bir hocadan ziyade babam olarak gördüğüm kıymetli hocam Prof. Dr. Ramazan Erdem'e bu süreçte her daim yanımda olduğum için çok ama çok teşekkür ediyorum.

Bu süreçte bana sonsuz güvenen ve cesaretlendiren danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Osman Kürşat Acar'a, her daim desteğini esirgemeyen, tüm anlarıma şahit olan ve elimden tutan bana danışman dostluk yapan kadim dostum Betül Sarı'ya ve ayrıca bu süreçte bizim nazımızı çeken eşi Ali Sarı'ya çok ama çok teşekkür ediyorum. İyi ki varsınız.

Bana her şeyden önce iyi bir insan olmayı öğütleyen ve ben ne yaparsam yapayım her daim arkamda hissettiğim,, bu yaşıma kadar benim için canla başla didinen, evlatları olduğum için gurur duyduğum babam Salim Çoldur'a ve annem Fatma Çoldur'a, süreç boyunca beni destekleyen ve inanan kardeşlerim Yeşim Çoldur ve Berkay Çoldur'a çok ama çok teşekkür ediyorum. İyi ki varsınız.

Tanıdığım andan bu yana beni kendilerinden daha çok düşünen ve harekete geçiren canım ablalarım Gülsüm Çınar'a ve Nilay Yılmaz'a, tez sürecim boyunca destek ve katkıları ile bana yardımcı olan İbrahim Çelik'e ,İbrahim Şahin'e, Burdur İl Sağlık Müdürlüğü Personellerine, Valilik Özel Kalemli Mehmet Macit abime, Yeşilay Isparta Şubesi Ailesine, kıymetli hekimimiz Cem Dönmez'e,değerli hocalarıma ve sahada anket çalışmasında benimle koşturan yer alan tüm arkadaşlarıma çok ama çok teşekkür ediyorum.

GİRİŞ

Sağlık, insanların yaşam kalitesini arttıran ve her canlının sahip olduğu bir haktır. Kişinin ruhsal ve bedensel olarak kendini zinde hissetmesi ve iyilik halinin sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerine erişilebilir olması gerekmektedir. Toplumdan topluma değişiklik gösteren bu hizmetler dönemin olaylarına göre belirlenen sağlık politikaları çerçevesinde şekillenmektedir. Geçmişten günümüze sağlık politikaları üzerine çalışılmış ve birden fazla faktörden etkilendiği gözlemlenmiştir.

1950'li yıllar ile birlikte birçok OECD ülkesi sağlık politika tasarımı, planlaması, araştırılması ve geliştirilmesi hususunda bir yaklaşıma yönelmiştir. Sağlık politikasının sağlık hizmetleri ile birlikte çevresel ve sosyo-ekonomik faktörlerinde etkisi altında olduğu kanısına varılmış ve sağlıkta devlet yaklaşımı benimsenmiştir. (İleri vd, 2016: 177).

Sağlık sistemlerini, hizmetini ve finansmanını düzenlemeyi kapsayan sağlık politikası, sağlık üzerinde etkisi olan tüm kamu, özel ve gönüllü tüm paydaşlarını kapsayan genel bir kavramdır. Bir başka açıdan bakıldığında sağlık politikası sağlık hizmetini oluşturan yaklaşım ve stratejileri birleştiren bir ağ olarak tanımlanmıştır (Atabey, 2012: 22). Ülkelerin sağlık politikaları incelendiğinde birbirlerinden farklı olduğu görülmektedir. Tüm bu farklılıklara rağmen ortak paydada sağlığın örgütlenmesi, harcamaları ve insan gücü ön plana çıkmaktadır (Akdur, 2006: 17-22). Küreselleşmenin etkisiyle birlikte insangücü ve insan kaynağına verilen önem artmış ve her alanda insan faktörü ön plana çıkmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılında insan kaynağının sağlık sektöründe en önemli girdi olduğu vurgusu yapılmıştır. “Herkes için Sağlık” hedefleri doğrultusunda sağlık insan gücü geliştirmelerine yönelik adım atılmıştır (WHO,2000). 2003 yılında hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sağlık personeli istihdamı önem teşkil etmiştir. Bu program ile sağlık hizmetleri örgüt yapısında meydana gelen

değişiklikler ile Sağlık Bakanlığı “planlayıcı ve denetleyici” bir şekle bürünmüştür. Sağlık harcamalarının yapılandırıldığı programda sağlık personelinin, yüksek bilgi ve beceri ile donanmış, motivasyonlu sağlık çalışanı hedeflenmiştir (Akdağ, 2007:17) 2006 yılında Dünya Sağlık Raporunda sağlık insan gücü yetersizliği ile karşı karşıya kalındığı ve çoğu ülkenin kaliteli sağlık hizmeti alamadığı belirtilmiştir. Bu durum doktor, hemşire ve ebe yetersizliğinden oluştuğu öngörülmektedir (WHO, 2006)

Dünya sağlık örgütü ve Türkiye İstatistik Kurumu verileri incelendiğinde Türkiye’de hekimler noktasında bir personel açığının var olduğu söylenebilir. Bu açık yeterli sayıda hekimin olmamasından kaynaklanmakta ve bu durumun iyileştirilmesi hususunda çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmalar kapsamında ön plana çıkan başlıklardan biri de yabancı personel istihdamı olmaktadır. Avrupa Birliği ülkeleri incelendiğinde yabancı hekimlere yer verildiği gözlemlenmiştir. Türkiye’de var olan hekim açığının giderilebilmesi amaçlı yabancı hekim istihdamına yönelik alternatif bir çözüm önerisi yankı bulmuştur. Öneri olarak ortaya çıkan ve AB ile temaslar doğrultusunda bu yeni kavram ve çözüm önerisi kurum ve kişileri korkutmuş, farklı tepkilerin oluşmasına sebep olmuştur. Yasa ve yönetmeliklerde yer almayıp çerçevesinin belirlenmediği yabancı istihdama karşı sert tepkiler ortaya çıkmış lakin bu tepkiler medyanın yansıtması ve ağırlaştırması olarak kalmıştır.

Yukarıda bahsi geçen olaylar doğrultusunda çalışmanın birinci bölümünde kamu, personel, kamu politikası, kamu personel politikaları kavramları açıklanmıştır. Kamu personel politikaları kapsamında; temel kavramlar, personel politikaların gelişimi, Amerika ve İngiltere’de ve Türkiye’de personel politikaları gelişimi, sağlıkta personel politikaları, sağlık politika gelişimine yer verilmiştir. Öncelikle insan gücünün politikalarla günümüze kadar nasıl yer aldığı çerçevesi ele alınmıştır.

Çalışmanın ikinci kısmında sağlık insan gücü ve yabancı hekim istihdamı perspektifi anlatılmıştır. Sağlık insangücü kapsamında personel yetersizliğinin verilerine yer verilmiş ve sebeplerine değinilmiştir. Yabancı hekim istihdamı ile de başlangıç noktası ele alınmıştır. Ayrıca Dünya’da nasıl bir istihdam modelleri uygulanmaktadır örnekleri ile bahsedilmiştir.

Çalışmanın son kısmında ise Isparta ve Burdur il merkezinde yaşayan hastalar ve Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Burdur Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan hekimlere “Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Hekim/Hasta Tutum Anketi” uygulaması yapılmıştır. Yabancı hekim istihdamına yönelik hekim ve hastaların tutumlarının ölçüldüğü araştırmaya yer verilen bu kısımda çalışmanın amacı, yöntemi, sınırlamalarına, hipotezleri ile analiz tablolarına, boyut karşılaştırmalarına yer verilmiş ve toplanan verilerin analizi tartışılmıştır. Çalışmanın yine bu bölümünde analizlerin sonuçlarına ilişkin öneriler oluşturulmuştur.



BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU PERSONEL POLİTİKALARI

Kurumların ve sektörlerin işleyişinin mihenk taşı olarak görülen personel kavramının önem arz etmesi, zamanla yeni bir şekle bürünmüş ve hal almıştır. Buradan hareketle ‘kamu’, ‘personel’, ‘kamu politikası’ ve ‘kamu personel politikaları’ kavramları üzerinde durulacaktır.

Kamu kavramı bilinen eski adıyla ‘amme’ sözcüğü sözlükte “bir ülkede halkın bütünü” anlamına gelmektedir. Personel kelimesi ise Fransızca ‘personel’ kelimesinden Türkçeye yerleşmiş ve ‘bir hizmet veya kuruluşun görevlileri, bir iş yerinde çalışanların tümü ya da devlet ve diğer kamu kuruluşlarında çalışan, etkinliğe çeşitli görevleriyle katılan gerçek kişiler” olarak tanımlanmıştır (TDK)¹. Türkçe kökenli olmayan ‘personel’ sözcüğü Fransızcadan türemiş ve iki n ile yazılan kelimenin tek n’si düşürülerek çoğulluğu anlatan bir sözcük olarak karşımıza çıkmıştır (Güler, 2005: 10).

Kamu personeli, kurumlarda farklı isimlerde de geçmiş ve “kamu görevlisi”, “kamu hizmeti görevlileri” gibi kavramlar olarak da kullanılmıştır. 1982 anayasası ile kamu personeli kavramı “kamu hizmeti görevlileri” olarak belirtilmiştir (Eryılmaz, 2012: 330). Kamu personeli olarak belirtilen kavram dar ve geniş olmak üzere birbirinden farklı anlamlarda kullanılmıştır. Dar anlamda kamu personeli 1982 Anayasasının 128. Maddesinde şu şekilde tanımlanmaktadır: “Devletin kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer tüzel kişilerin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevleri yürüten personeldir”. Geniş anlamda ise kamu personeli kamuda görev yapan ve hukuki farklılıkları bulunan tüm görevlileri ifade etmektedir (Eryılmaz, 2012: 330-331). 657 sayılı kanuna göre (madde 4/A)² kamu personeli (memur) “*mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın, devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre*

¹ Bkz:

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b4f5825a75437.87447653

² Bkz: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>

yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler” olarak tanımlanmaktadır.

Kamu personel politikası tanımını verebilmek için kamu politikasına değinmek gerekir. Birden fazla tanıma sahip olan kamu politikası tanımları şu şekilde ifade edilebilir.

Kamu yönetiminin uğraş alanı olarak görülen kamudaki sorunların belirlenip, çözüm ve politikalarıyla birlikte devlet politikası olarak onaylanması ve eyleme dönüşmesi olarak belirtilmiştir (Nohutçu, 2010: 11). Dye (1987: 2) kamu politikasını “devletin yaptığı her şeydir” olarak ifade etmiştir. Anderson (1984: 6), kamu politikasını yasama, yürütme ve yargı organları ile birlikte kamu çalışanlarının faaliyetler ya da hizmet hususundaki çalışma ve kararlar ilişkisi olarak belirtmiştir. Çevik (1998: 105)’e göre de kamu politikaları birden ortaya çıkmayan, hükümetler ve kamu kurumları tarafından geliştirilerek eyleme geçirilen faaliyet zinciri olarak tanımlanmıştır.

Kamu personel politikası hizmete ilişkin politikaların belirlenmesi, ekonomik ve sosyal gelişme ile insan gücü arasındaki ilişkileri inceleyen, düzenleyen makro düzeydeki politikalar olarak ifade edilmiştir (Eryılmaz, 1997: 237-238). Bu perspektiften ele alındığında kamu personel politikası dediğimiz olgu kamu hizmetlerinde görevlerini yürüten personele yönelik alınan kararlar ve çalışma şeklinin faaliyete geçirilmesi ve bu hususta yöntemlerin belirlenmesi olarak tanımlanabilir.

1.1. Personel Politikaları Gelişimi

Bu bölümde kamu personel politikalarının Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Türkiye’de ki gelişimi ele alınacaktır. İlk kısımda ABD ve İngiltere’deki personel politikaları gelişimi incelenecek ve ikinci kısımda Türkiye’deki bu durumu açıklanacaktır.

1.1.1. ABD ve İngiltere’de Personel Politikaları Gelişimi

Dünyadaki personel politikaları ele alındığında üç eğilimin ön plana çıktığı ve bunun en güzel yansımalarının ABD ve İngiltere’de olduğu görülmektedir. İlk eğilim

ABD’de 1829 yılında başkan Jackson ile anılan ganimet sistemi iken ikinci eğilim 1854 Northcote Trevelyan raporuyla benzerlik gösteren, İngiltere ve ABD’de uygulanan, liyakat sistemi olmuştur. Üçüncü eğilimde ise işletmecilik ön plana alınmış ve esnek bir kamu personel sistemi oluşmuştur. Bu sistem 1968 Fulton Raporu ile ortaya çıkmış olsa da ilk 1978’de ABD’de Kamu Hizmeti Reform Yasası’nda uygulanmıştır (Şener, 2013: 567)

ABD Başkanı Jackson ile başlayan bu dönemde kamu personelinin temel ölçütünü karakter uyumunun oluşturduğu ve uygun karakter olarak görülen kişilerin toplumda saygın kişilerden oluştuğu düşüncesi kamu personeli atamasının temel prensibi olmuştur (Şen, 1995: 79). Kamu kurumlarında çalışacak olan kişide yeterli bir donanım beklenmez. Önemli olan hususun güven olduğu belirlenerek bir sistem kurulur (Önder, :6). 1820 yılında Dört Yıllık Memuriyet Süresi Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun ile kamu görevlileri 4 yılda bir değişikliğe uğramakta ve yenilerinin atanması sürecini kapsamaktadır (Ateş, 1995: 52). 1881 yılında Başkan Garfield’ın memuriyete giremeyen İtalyan asıllı bir kişi tarafından öldürülmesi ile bu sistemin kaosların ve değişimin gerçekleştirilmesi gerektiğine karar verilmiştir (Güran, 1980: 95; Şener, 2013: 569).

ABD’de 1883 yılında Pendleton Kanunu çıkarılmış ve personel atamalarında siyasi etki azaltılmıştır. Yayınlanan bu kanun ile bir mekanizma sistemi oluşturmak temel prensip olmuş ve sınıflandırma, sınav ile alım gibi faktörler ön plana çıkmıştır. 1900’lü yıllarda kadro sınıflandırma sisteminin temeli atılmaya başlanmış ve bu dönemden sonra da etkin bir personel düzenleme sistemi benimsenmiştir. General Schedule-GS olarak bilinen sınıflandırma ile liyakat sistemine geçiş sağlanmış ve böylelikle niteliklerine yönelik alımlara dair bir çalışma prensibi izlenmiştir (Demirci, 2009: 22-24).

İngiltere’de ise sistemini oturtmadan önce personel alımları Kral ya da Kral bakanlarının emri ile mümkün olmuştur. Yapılan atamalar şahsi ilişkilere dayandığı için iktidarın değişmesi personelin de değişmesine sebep olmuştur. Devlete zarar verileceği düşünüldüğü için zaman ile hizmet esaslı bir görüş benimsenmiştir. 16 yüzyılda adımları atılmış olan bu yeni görüşün oturması 18. yüzyıl sonlarında gerçekleşmiştir. 19 yüzyıl itibari ile daha uygun seçimler yapılabilmesi için

uygulamalara geçiş sağlanmıştır (Amanvermez, 1981:5) 1968’de Fulton Raporu ile temel sorunlarını inceleyen ve araştıran İngiltere, insan gücü sorununu ele almıştır. Bu rapor kamu personel yapısını, işleyişini, devlet memurluğunun işe alınmasından eğitimine kadar tüm süreci kapsayan önemli bir rapor olmuştur (Tutum, 1969)

1.1.2. Türkiye’de Personel Politikaları Gelişimi

1.1.2.1. Osmanlı Dönemi

Ülkemizde personel yönetimi tarihi gelişim süreci Osmanlı İmparatorluğu ile başlamış olup Osmanlı İmparatorluğunda devlet teşkilatının yanı sıra personel yönetimine de önem verilmiştir. İşlerin personel tarafından gerçekleştirildiği ve belli bir sınıflandırma düzeninin olduğu görülmüştür. Aynı zamanda işlerin yapılabilmesi için belli bir birikim uzmanlık olması gerektiği ele alınmış ve personel seçimi ve yetiştirilmesi hususunda adımlar atılmıştır (Özdemir, 2001: 98-113). Osmanlı döneminde gelişen personel yönetim sistemini merkeziyetçi, mevzuatçı, gelenekçi ve memurluğa değer verici bir sistem olarak özetlemek ve personel sisteminin bu anlayıştan etkilendiğini söylemek mümkündür. Seçkin personel yetiştirme özelliği de bu varsayımı kanıtlamaktadır (Tutum, 1976: 14).

Osmanlı Devletinin kuruluşundan Fatih Sultan Mehmet dönemine kadar tam anlamıyla gelişmiş bir personel yapısı yoktur. Bu sebepten dolayı daire ve personel sayısı az olmakla birlikte daha çok askeri bir yapılanma söz konusudur. Gerçek anlamda kurumlaşmanın olması Fatih Sultan Mehmet dönemiyle birlikte ortaya çıkmıştır (Özdemir, 2011: 39-40). Fatih döneminde yazılmış olan ‘Kanunname-i Ali Osman Kanunu’ ile devletin ileri gelenleri, devlet ve saltanat işlerinde yer alan personel usullerinin düzenlenmiş olduğu görülmüştür (Özcan, 2003: 21). Bu hususta Enderun Mektebi büyük önem arz etmektedir. II. Murat döneminde kurulmuş olup gelişimini Fatih Sultan Mehmet döneminde yaşayan kurum Osmanlı da yönetici yetiştiren bir kurum olarak öne çıkmaktadır (Günay, 2004: 129)

Osmanlı Devleti içinde bulunduğu koşulların askeri ve siyasi gelişmeler ışığında yapılanmış ve büyümüştür. Personelin eğitim gördüğü medreseler özellikle Fatih ve Kanuni dönemlerinde iki farklı ve büyük değişimler geçirmiştir. Bu yapı devletin son zamanlarına kadar sürekliliğini korumuştur. Osmanlı Devletinde personel

sürecine dâhil olmak için aranan tek şart Müslüman olmak olarak belirtilmiştir. Onun dışında zeki, yetenekli ve becerikli olan herkes bu yapının içinde yer alabilmiştir. Vakıf sistemi vasıtasıyla sağlanan finansal destek ile de iş imkânları sağlanmıştır. Devlet bu işleri vakıf sistemine bırakmış ve bu vakıflar kendi denetimlerini de sağlamıştır. Aynı zamanda devlet kendi işlerini yürütebilmek adına Enderun mektebini kurmuştur. Özel eğitimden geçen bu kişiler devlet yönetiminde yer almışlardır (Taşkın, 2008: 363)

Osmanlı'da Tanzimat'a kadar olan süreç boyutunda egemen bir sınıflandırma sistemi olduğu, ki bunların; Mülkiye, Kalemîye, İlmiye ve Seyfiye görülmüştür (Özdemir, 2001: 98). 1839 Tanzimat Fermanı ve akabinde 1856 Islahat Fermanı'nın ilan edilmesi kamu personel sisteminin zeminini oluşturması açısından önem arz etmektedir (Güler, 2013: 157). 1839 yılında ilan edilen Tanzimat Fermanı Türk tarihinde Batılılaşmanın ilk somut adımıdır (Ayıışı, 2014: 9-10). Fransız İhtilalı'nın yaymış olduğu fikir ve akımlardan korumak ve devlet düzenini sağlamak adına atılan bu adım personel sisteminde de değişikliklere sebebiyet vermiştir.

Özellikle Tanzimat Döneminin ikinci devri olan Islahat Fermanı Türk anayasalarına önemli giriş niteliği taşımaktadır. Personel sisteminde önem arz edecek olan ve fermanın da önemli maddelerinden biri olan Osmanlı tebaasında ayırım yapılmaksızın herkese memur olma hakkını vermiştir (Gümüş, 2008). 1879 yılında yürürlüğe giren Kanuni Esasi ile de toplum kanun önünde eşit kabul edilmiş ve 19. maddesiyle herkesin yetenek ve kabiliyetlerine göre uygun memurluklara yerleşebileceği dile getirilmiştir (Gözler, 1999: 30-63). Bunun yanı sıra 1883 yılında Memurin Mülkiye Terakki Tekaut Kararnamesi ile bir başka düzenleme yapılmış ve memuriyete alınmak için bazı şartların olması gerektiği dile getirilmiştir (DPB, 2014: 6) Osmanlı döneminde personel politikaları üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde personel sistemi noktasında adımlar atıldığını söylemek mümkündür. Lakin gelişmesi veya teşkilatlanması hususunda hiçbir adımın atılmadığı gözlemlenmiştir.

1.1.2.2. Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte yapılan ilk düzenlemelerin 1924 anayasasının 23. ve 93. maddeleri olduğu görülmektedir. 23. maddede milletvekilliği ile

memuriyetin bir kişide birleşmeyeceğine değinilmiştir. 93. madde ile de memurların haklarının belirlenmesi ele almıştır. Maddeler anayasada şu şekilde verilmiştir (1924 Anayasası):

“Madde 23.- Mebusluk ile Hükümet memuriyeti bir zat uhdesinde içtima edemez.”

“Madde 93.- Bütün memurların nitelikleri, hakları, görevleri, aylık ve ödenekleri, göreve alınmaları ve görevden çıkarılmaları, yükselme ve ilerlemeleri özel kanunla gösterilir.”³

1924 anayasasının 93. maddesinde belirtilen özel bir kanun uyarlaması dayanılarak 1926 yıllarında 788 sayılı Memurin Kanunu çıkarılmıştır (Öktem, 1992: 86). Bu kanun dönemin önemli gelişmesi olarak görülmekte ve temel ilkelerin benimsenmesi, kamu personelinin günün şartlarına göre sistematığının kurulmasında önemli rol oynamaktadır (Akgüner, 2001: 14; Şeylan, 2000: 25-26). 1927 yılında ise 1108 sayılı Maaş Yasası kabul edilmiştir ve 18.05.1929’da kabul edilen 1452 sayılı Devlet Memurlarının Tevhit ve Teadülüne Dair kanunla memuriyet dereceleri ayrılmış ve maaş tutarları derecelere göre belirlenmiştir. İlk defa “Barem sistemi” getirilerek devlet görevlileri aylıklarının derece ve tutarları incelenecek cetvelde belirtilmiş buna göre tayin ve terfiler düzenlenmiştir (Benlikol, 1972: 50-51). Kısa bir süre sonra ortaya çıkan 1929 yılı (Büyük Buhran) Dünya Ekonomik krizi ile personel yönetimi için düzenlenen kanunlar geçersiz duruma düşmüştür. Kadro dağılımı ve devlet bütçesi açıkları için eklenen yeni vergiler işçi ve memur arasındaki ücret dağılımını olumsuz etkilemiş ve farklar oluşturmuştur. İkinci dünya savaşı ile de birlikte kamuda düzenleme yapılması ihtiyacı ortaya çıkmış ve beraberinde yabancı raporlar döneminin başlamasına neden olmuştur (Yılmazöz, 2009: 295-296). Yine bu dönemde 1936 yılında 3008 sayılı iş hukuku yasası çıkarılmıştır. Çıkan bu yasa ile endüstriyel ilişkilerde yeni bir dönem başlangıcı başlarken “bireyci-liberal” olarak adlandırılan bu dönemde işçi-işveren ilişkilerinde hukuki bir genel çerçeve çizilmiştir (Güzel, 1986: 174-177). Dönemin cumhurbaşkanının emri ile, 1949 yılında Neumark, Thornburg, Barker, Martin ve Cush, Leimgruber ve Gıyas çalışmalar yaparak ortak sorun ve çözümlerde buluşmuşlardır (Şaylan, 2000: 109-112).

³ Bkz: <http://www.anayasa.gov.tr/icsayfalar/mevzuat/anayasalar/1924.html>

1950 yılıyla birlikte personel yönetimi alanındaki reform çalışmaları hızlanmış ve yabancı uzmanlarla hazırlanan raporlar yoğunlaşmıştır. Başlıca raporlar arasında Devlet Dairelerinin Rasyonel Çalışma Esasları Hakkında Neumark raporu, “Türkiye Nasıl Yükselir” başlıklı Thornburg raporu, 1951 yılında Barker, Martin-Cush, Leimgruber raporları, 1959 Dantel, 1962 Mook ve Fisher raporu yer almaktadır (Güler, 2003: 4).

Hazırlanan raporlar incelendiğinde en detaylı çalışmanın 1933 tarihli Türkiye'nin İktisadi Bakımdan Umumi Bir Tetkiki adlı rapor yer almakta ve raporda çoğunlukla iktisadi yönelimler söz konusu olsa da personel konusunda da öneride bulunmaktadır. Bu öneriler nitelikli personelin yetişmesine olanak sağlarken elverişli olmayan personelin işten uzaklaştırılması, tayinleri ve alımları hususundaki usullere dikkat çekmektedir (Yayman, 2005: 108-109). İlk en özgün çalışma olarak 1949 yılında Prof. Dr. Fritz Neumark'ın ‘Devlet Daire ve Müesseselerinde Rasyonel Çalışma Esasları Hakkında Rapor’ bilinmektedir. Bu raporda gelişmiş araştırma ve analizler söz konusu olup sistemin aksayan yönlerinin iyileştirilmesi gereken hususlarda tavsiyede bulunulmuştur. 1951 yılında da Barker Raporu olarak bilinen ve Barker tarafından hazırlanan Türkiye İktisadi Kalkınması Hakkında Rapor ile ortak bir personel politikası uygulaması önerilmiştir. Yine aynı yılda James W. Martin ile Frank C.E. Cush tarafından hazırlanan raporda ise merkezi bir personel dairesi kurulması fikri önerilmiştir. 1952 yılında Leimgruber ve Gıyas tarafından hazırlanan Akdeniz Raporlarında da kamu personeli ücreti, çalışma saati ve hakları noktasında önerilerde bulunulmuştur⁴

Bu dönem içerisinde 05.07.1958 yılında resmi gazetede yayınlanan 7163 sayılı kanun ile kamu ve personel yönetiminin gelişimi, personelin yetiştirilmesi ve bilimsel araştırmalar amacıyla Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE) kurulmuştur (7163 sayılı kanun).⁵

⁴ Bkz: <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/kurumsal/tarihce/tarihce-ve-sunus>

⁵ Bkz: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.7163.pdf>

1.1.2.3. 1960-1980 Dönemi ve Günümüz

27 Mayıs 1960 yılında Türkiye’de gerçekleşen askeri darbenin varlığı ile birlikte dönemde anayasal ve yasal değişiklikler çerçevesinde dernekleşme ve siyasi eylemlerinin ön plana çıkması, iş dünyasının da güçlenmesini sağlamıştır. 1961 anayasası çerçevesindeki yasal düzenlemeler ile daha sonrasında tanımlanan sendikal haklar ile iş dünyasının geliştiği görülmektedir (Buğra, 1997). Bu dönemde 160 sayılı kanunla Başbakanlığa bağlı Devlet Personel Dairesinin kurulması önemli gelişmeler arasında yer almakla birlikte kamu personel yönetimi için önem arz eden hala geçerliliğini sürdürülen 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu yayınlanmıştır (Akgüner, 2001: 15-17). 1960 yılı Devlet Personel Dairesinin (DPD)’de kurulmasıyla birlikte planlı bir döneme geçilmiştir.

Kamu yönetimi alanının düzenlenmesi gayesiyle kamu kurum ve kuruluşların hazırlamış oldukları raporlar bu dönemin önemli gelişmeleri olarak ön plana çıkmaktadır. 1961 yılında Devlet Planlama Teşkilatı öncülüğünde hazırlanan “İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor” ve Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü yönetiminin hazırlamış olduğu kısa adıyla “MEHTAP” (Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi) çalışmaları örnek olarak sunulabilir (Şaylan, 2000: 114). Mehtap Raporu, Türk idaresini inceleyen Türk uzmanlar tarafından ele alınmış geniş çaplı ilk araştırma olmuştur. Araştırma, Türk kamu yönetiminin önemli kısmını içermiştir. Bununla birlikte problemleri ortaya çıkarmış ve tartışma konusu yapılmasını mümkün kılmıştır. Bu değerleriyle araştırma “idareyi yeniden düzenleme” çalışmaları için öncü olmuştur (Kalağan : 2010: 72).

1962 yılında yabancı uzman V.Mook Rapor’unda birçok probleme değinerek iyileştirilmesi hususunda önerilerde bulunmuştur. İlk iki rapor personel konularına öncelik vermiş, üçüncü rapor ise üst düzey yöneticilere yönelik ve dördüncü rapor yönetici sınıfının oluşturulması üzerine hazırlanmıştır. Yine 1962 yılında J.F. Fisher Raporları hazırlanmış, bu raporda da yeterlilik ilkesi ve sınavlar üzerinde durulmuştur (Öktem, 1992: 91).

1963 yılında Milletlerarası Kalkınma Örgütü’nde kamu yönetimi danışmanı olarak çalışan Richard Podol tarafından hazırlanan raporda ise Türk kamu yönetimi

yöneticilerine yönelik değerlendirmeler yer almaktadır (Aykaç ve Altunok, 2014: 9). Yine bu dönem içerisinde 1964 yılı İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesinde Atilla Baransel tarafından hazırlanan doktora tezinde personel sözcüğüne yer verilmiştir (Üsdiken ve Wasti, 2002).

1965 yılında kabul edilen yasa incelendiğinde sınıflandırma, kariyer ve yeterlilik ilkelerinin temel alındığı ve bu kapsamda yasada hizmet biçimlerinden, çalışma saatleri, ilerlemelere, yükselmelere, alınma usullerine, sosyal haklar başta olmak üzere birçok konuya değinilmiştir (Öktem, 1992: 96). 1970'li yıllara gelindiğinde siyasallaşma vurgusunun ön plana çıkması ve her hükümetin öncekini tepki ile karşılaması sebebiyle bütüncül reformlarda sürdürülebilirliğin olmaması yanı sıra mevzuatlarda da değişiklikler gözlemlenmiştir (Şener, 2013:577-578). Dönemin etkili personel uygulamalarından bir tanesi olan 1971 yılında Personel Yöneticileri Derneği (PERYÖN)'nin kurulmasıdır (Erçek, 2004). 1978 yılında da günümüzde de devamlılığını sürdüren ve Bakanlar Kurulu kararı ile Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar kabul edilmiştir (DPT, 2014: 9).

1980 dönemi ülkenin temel sorunlarını ortaya koyan ve gerçekleşen askeri darbe dönemini kapsamaktadır (Eroğlu, 2010: 229). Bu dönemde kamu personel reformunun düzenlenmesi hususunda DPD'nin yapılandırılması öngörülmüştür. 1984 yılında da DPD Başkanlığı 217 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yeniden kurulmuştur (DPT, 2014: 9).⁶

Personel politikalarının gündemde olduğu bu dönemde ücretler, memur-işçi ayrımları ve istihdamların belirlenmesi gibi politika önerileri sunulmuştur. Özellikle 1998 yılı sonrasında IMF antlaşmaları uygulamaları da personel politikaları zeminini açıkça belirtmektedir. 1999 sonrası kamu politika önerileri ile uygulanabilirliği noktasında bir sürdürülebilirlik söz konusu olmuştur. 2 Şubat 1999 tarihli Bakanlar Kurulu ile kararı ile de önerilerde yer alan merkezi sınav uygulamalarına geçiş yapılmıştır (Şener, 2013: 581-582).

⁶ Bkz: <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/kurumsal/tarihce/tarihce-ve-sunus>

1990'lı yılların sonlarından itibaren çözüm üretemeyen 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu iyileştirmesine yönelik taslak çalışmalarına (1996,1999 ve 2005) başlanmıştır. Günümüzde de kamu personel politikaları değişiklikleri adından sıklıkla bahsedilir ve bu olgu üzerinde çalışmalar devam etmektedir (Yılmazöz, 2009: 299). 2000'li yıllarda kamu personel rejimi çalışmaları devam etmiştir. Bilgi Edinme Hakkı, Kamu Görevlileri Etik Kurul Kurulması, Elektronik İmza Kanunu, Kamu Mali Yönetimi, Kamu Denetçiliği Kurumu Kanunu gibi çalışmalar örnek gösterilmiştir. Türk kamu personel rejimi DMK üzerinde şekillenmektedir (Yıldız, 2017: 48).

2000 sonrası incelendiğinde etkin bir kamu personel politikası uygulanamamıştır. Bu dönemde her ne kadar kamu yönetim sistemi kanun tasarısı gibi politikalara yönelik harekete geçilse de önemli bir olgu gerçekleşmemiştir. Bu dönemin gelişmesi 15 Temmuz 2016 FETÖ darbe girişimi ön plana çıkmaktadır. Bu yapılan kalkışma sonrası memurların işine son verilmiş ve kamu personel sistemine yönelik güvensizlikler oluşmaya başlamıştır (Acar, 2019: 134). Buradan yola çıkarak personel yönetiminde meydana gelen bu değişikliklerin sağlık hizmetleri içerisinde nasıl bir yer tuttuğuna değinilecek ve çerçevesi çizilecektir.

1.2. Sağlıkta Personel Politikaları

Kamu personel sistemindeki değişikliklerin değişim ve dönüşüme açık alanlardan biri de sağlık sektörüdür. Personel yönetimine ilişkin meydana gelen değişikliklerin birçoğundan etkilenen ve uygulamaya ilk konulan alan olma özelliğini taşıyan sağlık sektörü, devletin sağlık politikası ve sağlığa bakış açısına göre şekillenmiştir. Tarihsel dönemlerde uygulanan politikalarla da sağlık örgütlenmesinde meydana gelen dönüşümler apaçık belirgin hale gelmiştir. Ayrıca Avrupa Birliği, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası aktörlerde süreçte ayrı yerlerini almıştır (Sayan ve Küçük, 2012: 172).

Bu noktadan hareketle, sağlık personel politikasının incelenmesi açısından sağlık sektöründe meydana gelen süreç ve olayların incelenmesi gerekmektedir. Bu kısımda sağlık politikalarına yer verilecektir.

1.2.1. Sağlık Politikası Kavramı

Sağlık hizmetini sürekli ve etkin kılabilmek için ülkelerin sağlık politikaları ve kurmuş oldukları sistemlerin sorunsuz hizmet verebilmesiyle mümkündür. Modern ve sağlıklı bir gelecek için ülkelerin sosyoekonomik ve siyasal yapı kazanması gereklidir. Bu da sağlık hizmetlerinin düzenli bir bütünü sağlamasıyla mümkün olabilmektedir (Gürsel, 2016: 20).

Sağlık politikasının, sağlık hizmetlerinin yanı sıra çevresel ve ekonomik faktörlerinden etkilenmesi sebebiyle 1950'li yıllardan itibaren OECD ülkelerinin birçoğu sağlık sistemleri politikasının tasarımları, araştırılması ve geliştirilmesi noktasında devletin rolünün doğrudan olması gerektiğini içselleştirmişlerdir (İleri vd., 2016: 176-186).

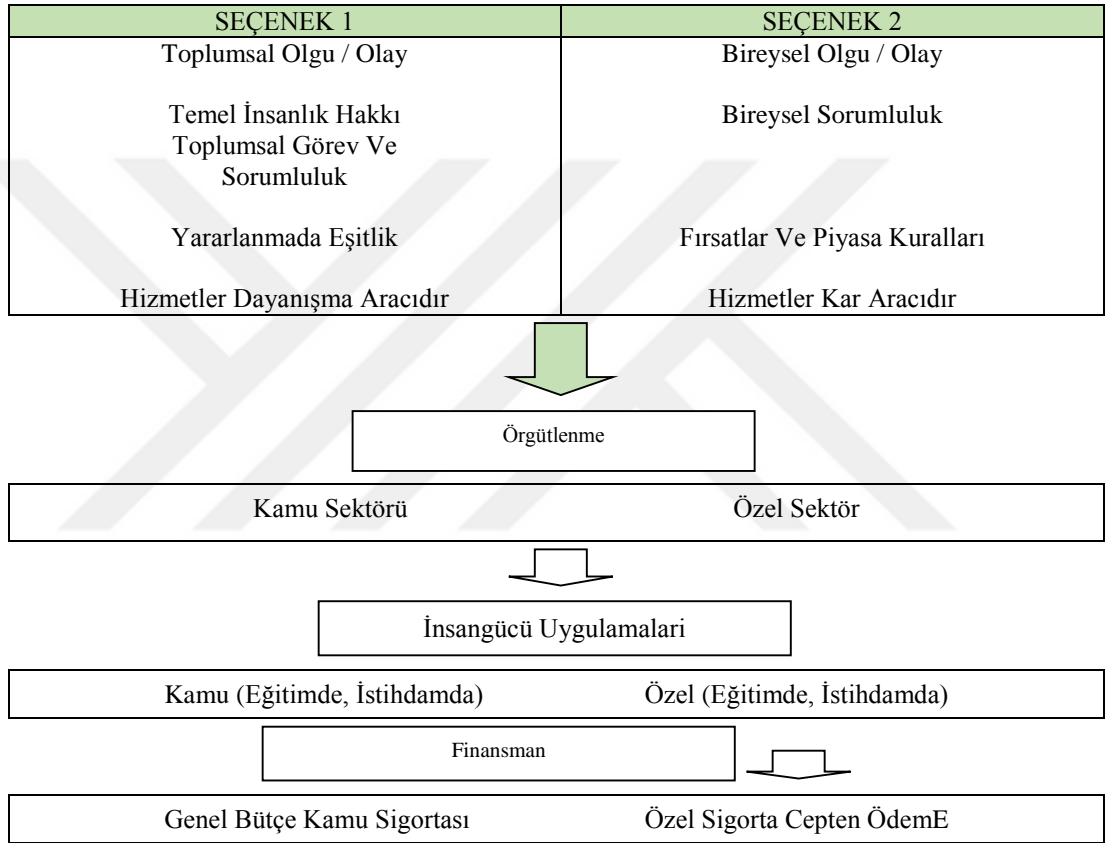
Sağlık sistemleri kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzeylerini etkileyen sağlık politikası; hükümetin ve toplumun diğer bireylerinin sağlıklarının iyileştirilmesine yönelik eylemler olarak tanımlanmıştır (Bayın ve Akbulut, 2012: 117). Sağlık politikası özel ve kamu alanı olmak üzere bir kapsam sunmaktadır. Politikanın genel çağrışımı olan hükümet uygulamaları sağlık politikasını açıklamak için yeterli olmamaktadır. Bu hususta sağlık politikası ülkede bir bütünlük içinde sağlık hizmetlerini meydana getiren tüm politikalardır. Sağlık politikaları konusunda başka bir konu ise politikaların belirlenmesinde pek çok sektörün (gıda, ilaç, endüstrisi, vb.) yer almasıdır (Buse vd., 2005: 6).

Fişek'e (1984) ⁷ göre sağlık politikası dar ve geniş olmak üzere iki açıdan irdelenir. Dar anlamda politika "tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici" hizmeti herkese sunmak olarak ifade edilirken geniş açıdan bakıldığında sağlığı etkileyen ve sağlıktan etkilenen her sektörü kapsayarak bir gelişimin sağlanması olarak tanımlanmıştır.

Sağlık politikaları incelendiğinde ülkelere göre farklılıklar olduğu görülmektedir. Bazı ülkelerin ayrı bölgelerinde farklı bir sağlık politikası olduğu görülebilir. Her ne kadar bu ayırım olsa da sağlık politikası temelde iki olguya

⁷ Bkz: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html

dayanmaktadır. Bu olguların ilki sağlığı “toplumsal olgu” olarak yani sağlığın doğuştan kazanıldığı görüşünde temel bir hak olarak ele aldığı için sağlıkta eşitliğin olmasını vurgulamaktadır. Diğer bir görüşte ise sağlık “bireysel olgu” içinde ele alınmakta ve insanın fırsatları kadar yararlanabileceği bir politika olarak ifade edilmektedir. Bu iki ifade sağlık politikası temelinde ve sektörün finansmanı, örgütlenmesi, insan gücü yapısını kısaca sektörün yapılanmasını belirlemektedir (Akdur, 2006: 17-22). Bu olgular aşağıdaki Şekil 1 de ifade edilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Politikaları ve Sağlık Hizmetlerinde Yapılanma (Kaynak: Akdur, 2006: 23)

1.2.2. Sağlık Politikaları Gelişimi

Sağlık politikaları gelişimi Dünya’da ve Türkiye’de olmak üzere incelenecektir.

1.2.2.1. Dünya’da Sağlık Politikaları Gelişimi

Tarih boyunca sağlık politikaları ülkelerin önde gelen önemli konularından olmuştur. Ülkelerin ortaya koydukları uygulama ve öneriler buldukları bölgenin tarih ve politikasına göre farklılıklar gösterse de ekonomik problemler noktasında

ortak paydada yer almıştır. Sağlık hizmetlerinde kaliteli ve verimli çıktıların elde edilmesi, kaynakların kullanımı, sağlık hizmeti kullanımının memnuniyeti gibi konular ortak sorunlardan olmuştur. Bu ilkeler ışığında ortak hareketler söz konusudur (Chernichovsk, 1995: 340).

Modern devletler incelendiğinde sağlık politikaları hususunda ilk adım olarak salgın hastalıklara yönelik başlatmış oldukları nüfus sayımları ön plana çıkmaktadır. Sosyal matematik kavramı olarak çıkan bu durumu Fransız siyasetçi Condorcet ortaya koymuş ve devlet ile halk sağlığı arasındaki ilişkiyi tanımlayan bir unsur olarak ele almıştır. Ortaya konulan bu yaklaşım sağlıklarına göre halkın sayılmasının devlet gücünü ölçen bir parametre olarak ele almıştır. Bu çerçevede 16. yüzyılda İtalya’da, 18. yüzyılda da İsveç’te bu kapsamda doğum, ölüm nedenleri ve sağlık problemleri noktasında bireyler hakkında veriler tutulmuştur. Benzer çalışmalar devam ederken 19.yüzyılda da Malthus’un teorisi de dönemin en büyük çalışması olmakla birlikte kamu sağlığı kavramı gelişimine destek vermiş ve katkıda bulunmuştur (Porter, 2005: 48).

İkinci Dünya Savaşının dünyaya yüklemiş olduğu tablo sonrası toplumlarda temel yaşam gereksinimlerinin ön plana çıkması sonrasında iyileştirilen Birleşmiş Milletler (BM) ile beslenme, barınma ve bakım gibi konular üzerine çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Yaşanan bu ortamların sağlık hizmeti noktasında noksanlığını gidermek ve ortaya çıkan gereksinimi karşılamak amacıyla 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) oluşturulmuş 1948’de Anayasası oluşturulmuştur. Merkezi Cenevre olan bu kuruluşun amacı ‘tüm insanların en üst sağlık düzeyine ulaşımını’ sağlamaktır (Aksakoğlu, 2003: 1). DSÖ’nün kurulması ile yeni bir dönem başlamış ve tüm dünyayı saran çalışmalara başlanılmıştır.

DSÖ kuruluşundan sonra amaç ve faaliyetlere yönelik çalışmaları başlatmış ve 1948 yılında ilk Dünya Sağlık Meclisi (WHA) bir araya gelmiştir. Meclis Cumhurbaşkanı Dr. Andrija Stampar seçilmiş, komiteler ve alt komiteler oluşturulmuştur. İlk çalışma programı ve temel sağlık konuları ele alınmıştır. Sıtma, tüberküloz, zührevi hastalık, beslenme, çevresel temizlik ve çocuk sağlığı gibi kategorilere değinilmiş ve sonrasında da bulaşıcı hastalıkları başlıca önemli konularını

oluşturmuştur.⁸ Bu tarih ile 1958'e kadar olan süreç içerisinde DSÖ ilk on yılı planlamıştır (WHO, 1958: 1).

1960'lı yılların sonlarına doğru ekonomik krizlerin belirginleşmesi, petrol ve hammadde krizleri yoksul ülkelerin sömürülmesi ve kapitalizmin ağır bastığı bu dönemlerde, sömürüye uğrayan ülkelerin sağlık hizmetleri noktasında eksiklikleri ön plana çıkmıştır (Hamzaoğlu, 2002: 107) Aşırı yoksulluk, nüfus artışları ve kaynak yetersizliklerinden doğan ve ülkeleri bir hayli etkileyen bu durum sağlık düzeylerinin yetersizliğini gözler önüne sermiştir. 1970'li yıllara kadar süren yaşam süresinin düşüklüğü, bebek ölümlerinin yüksek olması, enfeksiyon hastalıkları, kötü beslenme gibi nedenler görmezden gelinmiştir (WB, 1980: 18-19). Bunun üzerine çalışmalar başlatılmış ve dünyanın birçok yerinde farklı çalışma tabloları ortaya çıkartılmıştır (Hamzaoğlu, 2002: 108).

Bu kapsamda problemler devam ederken 1970'lerde Kanada Sağlık ve Refah Bakanı Marc Lalonde'nın "Kanadalıların Sağlıkları Üzerine Yeni Bir Bakış Açısı" adlı raporu ile yeni bir sağlık dönüşümünün yaşanacağını ilk işareti oluşturulmuş ve sağlık alanı kavramı ile problemlerin çözüme kavuşturulmasında evrensel bir çerçeveye çizilmiştir (Lalonde, 1981: 63).

DSÖ ile sağlık noktasında en büyük gelişmeler 1978 yılında gerçekleştirilmiştir. Düzenlenen uluslararası toplantı ile Alma Ata bildirisinde Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) benimsenmiştir. Benimsenen TSH'nin çok kötü olduğu ülkelerde (Yugoslavya, Hindistan...) çalışmaların sağlık problemlerini çözmede yetersiz kaldığı öngörülmüş, Avrupa ve DSÖ da sosyal devlet ilkesinin vurgulandığı bu dönemde DSÖ'den beklentilerde değişmeye başlanmıştır (Soyer, 2002: 113; Hamzaoğlu, 2002: 108).

Alma Ata Bildirgesi: Temel sağlık hizmetlerine vurgu yapmak amacıyla 1978 yılında Kazakistan'ın Alma Ata Kentinde yayınlanmıştır. DSÖ, ülkelerin kötü sağlık sonuçlarına değinerek 'herkese sağlık' hedefini belirlemiştir. Bu bildirme önemli

⁸ Bkz: https://www.who.int/global_health_histories/first_world_health_assembly/en/

gelişmelerin olmasını sağlamıştır. Bununla birlikte çeşitli sağlık bildirgeleri de yayımlanmıştır. Şu şekilde değinilecek olursa (Kıvanç, 2015: 163):

Lizbon Bildirgesi: Hasta haklarını ele alan ve 1981 yılında yayınlanan bir bildirgedir. Hasta haklarını öngörür ki bunlar; hastanın hekim seçmesi, tedavi kabulü yada reddi, kişisel gizlilik vb.

Ottawa Şartı: Kanada Ottawa kentinde 1986 yılında toplanan 1.Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı çıktısında ‘Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı’ yayınlanarak “Herkes İçin Sağlık” sloganının ulaşılabilirliğine değinilmiştir.

Adelaide Tavsiyeleri: Avustralya’nın Adelaide 2. Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferasında “Sağlıklı Halk Politikası” belirlenmiştir. Halk sağlığının önem kazandığı ve eylem politikasında bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri hedeflenmiştir.

Kopenhag Bildirgesi: Kopenhag’da 1994 yılında sağlık politikaları hususunda bildirme yayınlanmıştır. Bu bildirmede sağlığa yöneltilen eleştirilere yer verilmiştir.

Amsterdam Bildirgesi: Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi 1995 yılında Lizbon Bildirgesinin eksik yanlarını tamamlamak adına yayınlanmıştır.

Bali Bildirgesi: 1995 yılında Endonezya’nın Bali kentinde “Dünya Tabipleri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi” daha önce yayınlanan Lizbon ve Amsterdam bildirgesi ile benzerlik göstererek ek olarak kaliteli bakım hakkı, bilgilendirme, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi gibi hakları da içeren bir bildirme olarak yayınlanmıştır.

Ljubljana Bildirgesi: Güneydoğu Avrupa’da sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması hususunda 1996 yılında yayınlanmıştır.

Jakarta Bildirgesi: 1997 yılında Endonezya’nın başkenti Jakarta’da düzenlenen, Sağlık Geliştirme konulu 4. Uluslararası Konferans’ Sağlıkta sosyal sorumluluğun daha ön planda olduğu, bu alandaki yatırımların artırıldığı ve sağlığın iyileştirilip geliştirilmesi noktası üzerinde durmuştur.

Halkların Sağlık Bildirgesi: Küresel sağlık krizi ile mücadele edebilmek için 2000 yılında Bangladeş Savar’da Halkların Sağlığı Meclisi bir araya gelerek bölgesel eylemlerin yapılması gerektiğini dile getirilmiştir.

Dubrovnik Sözleşmesi: 2001 yılında Hırvatistan’da sağlık stratejilerinin belirlenmesi ve kaynaklarının ele alınması ile ilgili olarak imzalanmıştır.

Bangkok Konferansı: 2005 yılında Bangkok’ta 6. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansında bir araya gelinmiş ve sağlıklı halk politikası oluşturma, sağlığın geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Tallinn Şartı: 2008 yılında Estonya’da daha güçlü bir sağlık sistemi için çerçeve oluşturmayı hedefleyen bir toplantı düzenlenmiştir. Hazırlanan raporda sağlığın özelleştirilmesini de kapsayan maddeler yer almaktadır.

Malta Belgesi: 2012 yılı 62 oturum olan WHO Avrupa Bölgesi Komitesi toplantısı Malta’da gerçekleştirilmiştir. 2020 hedeflerinin ele alındığı ve sağlıkta hakkaniyetin arttırıldığı, güçlü halk sağlığının oluşturulduğu, eşit ve yüksek kalitede insan odaklı bir sistemin oluşturulması hedeflenmiştir.

Petrol krizlerinin gelişmiş ülkelerde de görülmesi sebebiyle 1970’li yıllardan itibaren neoliberal politikalar ağırlık kazanmıştır. “Sağlık tüketicisi” kavramının doğuşuna sebep olan bu dönemde özel sektör devletin yanında yer almış ve bu dönemin bir geçiş dönemi olduğunu göstermiştir. 1984 sonrası dönemde küreselleşme ile bir çeşitliliğe yol açılmış ve STK’lar ve özel sektörde süreçte yerini almıştır. Uluslararası sağlık politikalarında katılımcı bir sağlık politikasına yönelik kısırlama söz konusu olmuştur. Neoliberal politikalar ve 2008 Küresel Ekonomik krizi sebebiyle sağlık harcamalarının artışı sağlıkta sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yol açmıştır (Topkaya, 2016: 718-719).

1.2.2.2. Türkiye’de Sağlık Politikaları Gelişimi

Bu kısım dört ana dönemde incelenmiştir.

1.2.2.2.1. 1920-1946 Dönemi

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışı ile birlikte 3 Mayıs 1920 tarihinde yürürlüğe giren, 3 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. SB'nin kurulmasıyla birlikte merkezi ve taşra teşkilatları düzenlenmiştir. Kurulan SB'nin ilk amacı; sağlık hizmetlerinin önceliklerini belirlemek, sağlık alanındaki kazanımları arttırmak ve kaynakların dağılımını belirlemek olmuştur. Belirlenen amaç doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetleri için hükümetler tabipliği ve sağlık müdürlükleri kurulmuştur. Belediyeler ve özel idareler tarafından tedavi hizmetlerinin sağlanması planlanmış ve yoksul hastaların devlet tarafından ücretsiz tedavi edilmesi sağlanmıştır (Akdur, 1923). Dönemin ilk Sağlık Bakanı da Dr. Adnan Adıvar olmuştur.⁹

Cumhuriyet Hükümeti'nin ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam, dönemi boyunca (1937 yılına kadar) ülkenin sağlık hizmetlerinin kuruluşu ve iyileştirilmesinde büyük katkılar sağlamıştır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin gelişmesinde etkili bir sağlık bakanı olmuştur (Akdur, 1999). Koruyucu sağlık hizmetlerine önem veren Saydam, Sağlık Bakanlığına bağlı Numune Hastanelerini (Sivas, Kayseri, Ankara, İstanbul, Erzurum ve Diyarbakır) kurmuştur. 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" ile 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunlarının hazırlanmasında öncü olmuştur. Sağlık politikalarının ilkelerini belirlemiştir. Böylelikle sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması, dikey örgütlenme, tıp fakültelerinin kurulumu ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi hedefleri belirlemiştir (Akdur,1999).

1.2.2.2.2. 1946-1980 Dönemi

Dr. Saydam Dönemi sonrasında sağlık politikası alanında önemli adımların atıldığı dönem 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz dönemi olmuştur. 1946 yılı Uz döneminde toplanan 9. Milli Tıp Kongresi ile "Birinci On Yıllık Sağlık Planı" yürürlüğe girmiştir. Bu planla sağlık hizmetlerinin tüm yurda entegre

⁹ Bkz: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>

edilmesi planlanmış ve hükümetin görev ve sorumluluğu tüm sağlık hizmetlerini kapsayacak hale getirilmiştir.¹⁰

Bu plana göre; ülke de sağlık bölgeleri kendi içerisinde ayrılacak ve 7 bölgede bir sağlık üssü oluşturulacaktır. Her kırk köy için on merkez oluşturulması planlanmıştır. Ayrıca planlanan bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, sağlık memuru ve hemşireler bulunması öngörülmüştür. Tamamlanan sağlık üssü bölgelerine de tıp fakültesi inşası yapılması olarak planlanmış lakin uygulama alanı bulunamamış ve yerine her ilçede sağlık merkezi açılmıştır (Dirican, 1970).

1954 yılında 6134 sayılı yasa ile belediye, vakıf ve il özel idarelerine bağlı hastaneler kamu hastanelerine bağlanmış ve yönetim tek elde toplanmıştır. Dönemin getirmiş olduğu liberal görüş sağlık alanında da etkili olmaya başlamasıyla birlikte özel sektör gelişimi de gündem konusu olmuştur. Sağlık politikasında ikilik yaratan bu durum kamu yatırımlarında da bir azalmayı beraberinde getirmiştir (Dirican,1970). Bu durum kurum ve kuruluşların kendilerine ait sağlık birimlerinin kurulmasına sebep olmuştur. Tedavi hizmeti ön planda olan çok merkezli ve birbirinden bağımsız yapıya dönüşmüştür.¹¹

1960 - 1980 dönemi sağlıkta sosyalizasyon çerçevesinde sağlık hizmetlerinin yaygın ve halkın ihtiyaçlarını karşılayabilecek boyutta sürekli gelişen bir hizmet olması hedeflenmiştir (Sülkü, 2011: 4). Bu dönem aralığında il ve ilçelerde hastaneleri kurulmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuş, bununla birlikte yeni sağlık kuruluşları da faaliyete geçmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 18).

Tek partili dönemden çok partili döneme doğru bir geçişin olduğu bu dönemde 1960 yılı askeri müdahale ile sonuçlanmıştır. Bu dönemin en önemli adımlarından birisi DPT'nin kurulmuş olmasıdır. DPT ile birlikte ülkenin beş yıllık kalkınma planları oluşturulmuştur. Sağlık başta olmak üzere sektörlere uyumlu çalışmalar yapılmıştır. Yürürlüğe giren 1960 anayasası ile sağlık ve sosyal güvenlik (48 ve 49.

¹⁰ Recep Akdur, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık:
http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE__T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf

¹¹ Recep Akdur, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık:
http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE__T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf

Maddeler) devletin ana görevi olarak belirlenmiştir. Dönemin Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek de 1961 yılında Milli Birlik Komitesinin desteğini de alarak hazırlamış olduğu “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” kanunu yürürlüğe devletin bu görevini gerçekleştirebilmesi için girmiştir (Fişek, 1983). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile halkın ihtiyaçlarını karşılayabileceği şekilde planlanmıştır. Sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastanelerinin de açılmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinde basamak zinciri oluşturan bir yapı gerçekleştirilmiştir (Aksakoğlu, 2008: 12-13).

1965’li dönemlere kadar sağlık hizmetlerinde birinci basamak; hükümetlerin önemini anlayamamasından kaynaklı niteliksiz görülen kurumlar olarak kalmışlardır. Beklenen olumlu sonuçlar bu sebeple alınamamıştır. Hekim dışındaki personelin yetiştirilmesi hususunda da adımlar atılamamış ayrıca yeterli finans kaynağı da sağlanamamıştır. Ayrıca bu dönem ve sonrasında sağlık yönetiminde eksiklikler gözlemlenmiştir (Fişek, 1983).

1970’li yıllar ile birlikte liberal görüşlerin yerini neoliberal görüşler almış ve ülke yönetiminde de hakim olan bu görüş ile önceki politikalardan uzaklaşmaya başlanmıştır. Bu hususta 224 sayılı yasa ile çelişen bir sağlık politikasının varlığı sosyalleşmesinin başarısına ket vurduğu gibi sağlık alanı içerisinde ikili bir çatışma ortamını oluşturmuştur (Öztek, 1992). Sağlık Personeli Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun 1978 yılında çıkarılmış ayrıca kamu personeli hekimlerin muayenehane açmasının yasaklanmıştır. Bu yasak 1980 yılında kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair kanun ile getirilmiştir (Sevinç ve Özer, 2016: 1378).

1.2.2.2.3. 1980-2003 Dönemi

12 Eylül 1980 de gerçekleşen askeri müdahale ile de 24 Ocak Kararları olarak bahsedilen ekonominin liberalleşmesi fikriyatı sağlığında liberalleşmesine yönelik kararları ortaya çıkarmıştır (Kasapoğlu, 2016: 142).

Bu dönemle önem kazanmaya başlayan sosyal bir devlet anlayışı sağlık politikalarında yenilik çalışmalarını beraberinde getirmiştir. Bu dönemde yapılan ana düzenlemeler ; yaygın bir sağlık hizmeti, koruyucu hizmetler, anne çocuk sağlığı ve

aile planlamasıdır. Bununla birlikte Genel Sağlık Sigortası, sağlık personeli çalışma prensipleri, hizmetin uygulanabilirliği de bu dönemde yer alan çalışmalar arasında yer almaktadır (İleri vd., 2016: 180). 1982 Anayasası ile de tüm vatandaşları kapsayan sosyal güvenlik hakkının varlığı ve imkânlar çerçevesinde GSS geçiş önemli bir nokta olmuştur (1982 Anayasası, md.56).¹² Bir başka gelişme 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Bu kanun sağlık politikalarının belirleyiciliği noktasında önem arz etmektedir. Kamu hastanelerinin bir işletme modeline dönüşeceğinin belirtilmesi ilk bu kanun dile getirilmiştir. Bu husus ile piyasa koşullarında kendine ait tüzel bir kişilik ile var olan bir sağlık kurumları hedeflenmiştir (Mamur Işıklı, 2016: 736).

Sağlığın sosyalleştirilmesi politikaları bu dönemde devam ederken bir yandan da 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu gibi yasal çerçevede düzenlemeler önemli nokta olduğu gibi DPT tarafından 1990 yılında hazırlanan master planı çerçevesinde 1992 yılında da Birinci Sağlık Kongresi gerçekleştirilmiştir (Lamba vd.,2014: 58). 1993 yılında da İkinci Sağlık Kongresi gerçekleştirilmiş bu kongre ile de Sağlık Bakanlığı merkezî yapılarının kaldırılması, bununla birlikte güçlü bir birinci basamak ayağı oluşumu, finansmanın düzenlenmesi ve insan kaynakları gibi alanlara yönelik iyileştirmeler dile getirilmiştir (Bulut, 2011: 117-118).

1.2.2.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sonrası

2003 yılı ile birlikte adını duyuran Sağlıkta Dönüşüm Programı Dünya Bankası ve Türk uzmanların katkıları ile hazırlanan "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu" (DB, 2003) raporuna dayanmaktadır. 3 Kasım 2002 seçimleri sonrası 16 Kasım 2002 tarihinde de açıklanan Acil Eylem Planı ile 'Herkesin Sağlık' sloganı başlığı altında Sağlık Bakanlığı, 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı' (SDP) uygulamaya başlamıştır (58. Hükümet Acil Eylem Planı). Bu program ile temel amaç herkesin erişebileceği hakkaniyetli ve nitelikli bir sağlık sistemini kurabilmek olarak hedeflenmiştir ve amaçları şu şekilde belirtilmiştir (Başol ve Işık, 2015:5)

¹² <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>

- a) Sağlık İdaresinin düzenlenmesi ve SB planlama ve denetim yapısında yer alması
- b) Maliyet etkinliği içerisinde sağlık hizmetlerine erişilebilirlik
- c) Sağlık hizmeti uygulayıcılarının idari ve yönetim serbestliğinin olması
- d) İlk basamak sağlık hizmeti bilincinin oturtulması ve Aile Hekimliğinin etkinliği sağlanarak sağlık hizmeti verimliliği sağlamak
- e) Teknoloji kullanımını sağlık sisteminde yaygınlaştırmak
- f) Tüm herkesi kapsayan genel bir sağlık sigortasının varlığı

Tüm bu hedefleri ile kamu yönetiminde yeniden yapılanmayı sağlayan SDP Aralık 2003 yılı itibariyle kamuoyu ile paylaşılan ve sağlık hizmetlerinde maximum verim ve eşit bir örgütlenmeyi kapsamaktadır. Belirtilen ilkeler ışığında programın çerçevesi çizilmiştir ve 8 bileşen program şu şekilde belirtilmiştir (SB, 2003 : 24-25),

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayacak genel sağlık sigortası
3. Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akıllı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemidir.

Sağlık ocakları yapısı da ‘aile hekimliği’ ışığında düzenleme ve iyileştirmeleri sağlanarak temel bir sağlık basamağını oluşturabilmektir. SB ‘na bağlı Kamu Hastaneler Birliklerinin kurulması öngörülmüştür. Düzce den pilot ili denemeleri ile

başlayan “Aile Hekimliği” uygulaması 5258 sayılı kanun kapsamında 2004 yılında yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (Erol ve Özdemir, 2014: 42).

SDP reformu ile birlikte tüm sağlık hizmeti sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumu çatısında toplanması sağlanmıştır. Kurumlar arası birliktelik ön plana çıkmıştır. Performansa dayalı sistemde bu dönemde uygulanmaya konulmuştur (Çiçeklioğlu, 2011: 67-68). 2006 yılı itibariyle TBMM de kabul edilen 5502 sayılı kanun ile genel sağlık sigortası üç sosyal güvenlik sigortasını (SSK-Bağ-kur-Emekli Sandığı) tek çatı altında toplamayı hedeflemiş ve Medula sistemi kurularak sağlık sigortaları bir standart haline getirilmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 39).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile (KHK) üçüncü bir reform olan Kamu Hastaneler Birliği 02/11/2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Bu reform ile bağımsız bir örgütlenme yapısı kamu hastaneler birliği çatısı altında toplanmıştır. Kaynakların daha etkin ve verimli kullanımını sağlamak için illerde açılacak olan kamu hastaneler birliklerine bağlı bir hastane işletme modeline geçilmiştir. Bu yeni düzenleme Sağlık Bakanlığını denetleyici bir kuruma dönüştürülmesine katkı sağlayacaktır (Lamba vd, 2014: 64; 663 sayılı KHK, 2014: 8). Yapılan bu değişim reformları ile sağlık hizmetinde iyileştirme hareketleri başlanmış ve SDP'nin amaç ilkeleri olarak verimlilik, maliyeti azaltmak ve en az kaynakla daha fazla çıktı elde etmek hedeflenmiştir (Akdağ,2008: 70). SDP kapsamında meydana gelen değişiklikler şu şekilde özetlenebilir (Gülşen ve Yıldırım, 2017: 164).

Tablo 1. SDP Sonrası Sağlık Regülasyonları

Regülasyon Adı	Yıl	Regülasyonun Konusu
Sağlıkta Dönüşüm Programı	2003	Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu ve finansmanı
Sosyal Güvenlik Kurumu	2006	Sosyal Güvenlik Kurumunun kuruluş, teşkilât, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. (5502 sayılı kanun) Sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılama yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir. (5510 sayılı kanun)
Sağlık Uygulama Tebliği	2007	5502 ve 5510 sayılı kanunlar çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve kapsam maddesinde olan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ödenecek bedellerin bildirilmesidir.
Aile Hekimliği	2011	2002’de pilot bölgede başlanan ve 2011 yılı itibarıyla Türkiye genelinde başlanan Aile Hekimliği modeli birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanmasını ifade etmektedir. (5258 sayılı kanun)

Kaynak: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/345593>

Yapılan reform ve çalışmalar sonrasında temel alınan OHAL sürecinde 694 sayılı kanun hükmünde kararname (KHK) çıkarılarak kazanılmış olan Kamu Hastaneler Birliği yapısında eski sisteme bir dönüş sağlanmıştır (Acar, 2018: 713). Yayınlanan 694 sayılı KHK madde 184 de Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneler Kurumu madde 185 de yer verilen görev özellikleri ile müdürlük adı altında il sağlık müdürlüklerine bağlanmıştır (694 Sayılı KHK).

Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemiyle birlikte sağlık alanında da değişikliğe gidilmiştir. SB ve bağlı kuruluşlarının yetki ve görevleri temel olarak aynı kalmış olmakla birlikte ilaç fiyatlarının belirlenmesi hususunda eski sistemde Bakanlar Kurulunca karar verilirdi. Yeni düzenleme ile Cumhurbaşkanlığınca düzenlenecektir. Sağlık Güvenlik Kurumunun bağlı olduğu bakanlık ismi “Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanlığı” olarak değiştirilmiştir. Ayrıca sağlık sektörü devletin ilaç alımları ve teknolojileri ilgili yapılacak harcama ve yatırımlar ile Strateji ve Bütçe Bakanlığına aktarılmıştır.¹³

¹³ <https://gun.av.tr/tr/yeni-cumhurbaskanligi-hukumet-sisteminde-saglik-sektoru-duzenlemeleri/>

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İNSAN GÜCÜ VE İTHAL HEKİM

2.1. SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

Bu bölümde sağlık insan gücü tanımlaması üzerinde durulmuş, önemi ve gerekçesine değinilmiştir. İnsan gücü planlamasında yer alan hekimlerin durumu incelendikten sonra konunun ithal hekim kısmına geçiş yapılmıştır.

2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan Dünya Sağlık Raporu'nda insan kaynağının sağlık sektöründeki en temel girdi olduğuna değinilmiş ve 'Herkes İçin Sağlık' hedefine ulaşabilme hususunda geniş kapsamlı bir sağlık insangücü geliştirmesine yönelik adımlar atılmıştır (WHO, 2000). Sağlık insangücü, 'kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamı' na verilen isimdir. Sağlık insan gücü planlaması 'topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün dağılımla, yerinde bir zamanlama ile doğru bir şekilde istihdam edilmesi' olarak tanımlanır (Hornby, 1992: 1-3).

Kılıç'a (2007: 501) göre sağlık sistemleri için "sağlık insangücü", sağlık insangücü için de "planlama" çok önem arz etmektedir ve tanımı şu şekilde vurgulanmıştır: "Sağlık insangücü planlaması, stratejik bir yaklaşım içerisinde toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri ve başvuruları göz önüne alınarak, sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam olarak istihdamı amacıyla yapılan planlamadır."

Sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde herkesin ihtiyaç duyduğu zaman diliminde verilmesinin sağlanması, bu hizmetleri yürütecek personelin çağdaş sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi, beceri ve tutumlarla birliktelik anlayışı içerisinde evrensel nitelikler ile ülke gerçeklerine göre yetiştirilmesi ve ülkede dengeli bir şekilde planlamasının ve istihdamının sağlanması gerekir (DPT, SB ve YÖK, 2010: 3).

DSÖ'nün 2006 yılında sunmuş olduğu Dünya Sağlık Raporunda da ülkeler incelenmiş ve 57'sinin sağlıkta insan gücü bakımından yetersiz olduğu belirtilmiştir (WHO, 2006). Sağlık hizmetlerinin iyileştirmesini esas alan çalışmalarda insan kaynağına önem verilmesi gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Buradan yola çıkarak insan kaynaklarında planlamaya duyulan ihtiyaç artmış ve bu alanda çalışacak olanların kalifiyeli olması hususu önem arz etmiştir. Etkili ve verimli bir hizmetin varlığından söz edebilmek adına sağlık personelinin doğru zamanda ve yerinde istihdamının sağlanmasının gerekmekte ve iyi bir planlama ve organizeye ihtiyaç duyulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007: XI).

Sağlık Sistemlerinin amaçlarını gerçekleştirebilmesi için insan kaynağını yeterli düzey ve sayıya ulaştırması gerekmektedir. Yalnız çoğu ülkelerde sağlık kaynağının yetersizliği ve dağılımında problemler yaşanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile insan kaynakları adına 10 yılda iyiye giden bir iyileşme söz konusu olsa da OECD verileri incelendiğinde ülkemizin Avrupa ortalamalarının çokça gerisinde olduğu görülmektedir (Yıldırım, 2013).

Belirtilen gerekçelerde de görüldüğü üzere etkin bir sağlık hizmeti sunumu için doğru planlanan insan gücü ihtiyacı ve ulusal düzeyde politikalara gereksinim söz konusudur. Sağlık insan gücünün geldiği noktayı irdelemek adına bugüne kadar yapılan çalışmaları incelemekte fayda vardır.

2.1.1. Dünyada Sağlık İnsan gücü Planlaması Çalışmaları

Sağlık insan gücü çalışmaları incelendiğinde ilk çalışmaların sosyalist ülkelerde olduğu görülmüştür. Dünya genelinde özellikle 1970'li yıllarda belirlenen sağlık ihtiyaçlarına yönelik eğitim çalışmaları planlanmıştır. Bu noktada Eski Sovyetler Birliği örnek olarak gösterilebilir. Batı'da ise bu durum daha farklı ele alınmış ve sağlık insan gücü planlaması olası durumlara ve krizlere karşı hazırlıklı olma gibi hedeflerle kullanılmıştır. 1970'li yıllarda daha sık kullanılan sağlık insan gücü kavramı yaygınlaşarak teknoloji ile birlikte de hızla geliştirilmiştir (İşlek, 2005: 13).

Tüm Dünya'nın etkisi altında olduğu II. Dünya Savaşı'nın ardından sağlık insan gücü planlaması önem arz etmiş ve sekiz gelişim evresi geçirmiştir.

1940-1960'lı yıllarda sağlıkta çalışacak (yer alacak) kişi sayısının arttırılması noktasında çalışmalar yapılmıştır. 1960'lı yılların ortasına gelindiğinde bu çalışmalar iki kolda görülmüştür. Bunlardan ilki sağlık personelinin eğitimini kapsamakta, ikincisi eşit ve hakkaniyetli eğitimler olarak görülmektedir. 1960-1970'li yıllarla birlikte çok amaçlı sağlık personelleri üzerinde durulmuştur. 1980'li yıllarda etkin bir sağlık insan gücü kullanımı ve sağlık hizmeti sunumu önem arz etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü için ise sağlık insan gücü 1976 yılında resmi politika halini almış lakin 1989 yılında ‘‘Uyumlaştırılmış Sağlık ve Sağlık İnsan gücü Gelişimi’’ kavramı olarak güncellenmiştir. Bu kavram da üç kurala dayandırılmıştır. Üretim ve yönetim ile birlikte sağlık insan gücü planlaması, sağlık hizmetinin ihtiyacını karşılama ve sağlık hizmetinin insanların ihtiyaçlarını karşılması belirlenmiştir (Kolehmainen-Aitken, 1993: 3).

2.1.2. Türkiye’de Sağlık İnsangücü Planlaması

Sağlık Bakanlığı insan kaynakları planlaması çalışmaları ilk kez Dr. Refik Saydam ile Cumhuriyetin ilanı sonrası görülmüştür. Dönemde kurulan sağlık personelini yetiştirmeye yönelik okullar öne çıkmaktadır.¹⁴

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında ‘‘15 yıl içinde sağlık personeli sayısı mevcut durumunun 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacaktır’’ ifadesi yer almıştır (DPT, 1963). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da eğitime önem verilmesi üzerinde durulmasıyla birlikte sağlıkta insan kaynağının eşit dağılımını sağlamak ifadesi ortaya çıkmıştır (DPT, 1968). Beşinci ve Altıncı Kalkınma Planına bakıldığında sağlık hizmetinde duyulan insan kaynağı personel sayısına dikkat çekilmiş ve arttırılması hususu ele alınmıştır. Yedinci Kalkınma Planında insan kaynağının dağılımındaki eşitsizlikler ele alınmış ve iş tanımları ve rollerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2002). Sekiz ve Dokuzuncu Kalkınma Planlarında personel sayısı yer almıştır (DPT, 2000).

¹⁴ <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı ile de sağlık personel sayısının iyileştirilmesi üzerinde durulmuştur (Resmi Gazete, 2013). Aralık 2003 yılında da kamuoyu ile paylaşılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile insan kaynaklarının dağılımı, verimliliği gibi faktörler üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda dönüşümün başarıya ulaşmasında uygun nitelikli bir insan kaynağı ihtiyacı olduğu vurgulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Son zamanlarda sağlıkta insan kaynağı planlaması önemli bir yer tutmakta ve yetersiz personel sayısı, eşitsiz dağılım gibi faktörler de Dünya Sağlık Örgütü'nün dikkat çektiği konular olarak belirtilmiştir (WHO, 2006: 22-26)

2000 yılında DSÖ tarafından yayınlanan Dünya Sağlık Raporu'nda insan kaynağının sağlık sektöründeki en temel girdi olduğuna değinilmiştir (World Health Organization, 2000). Yine DSÖ'nün 2006 yılında sunmuş olduğu Dünya Sağlık Raporunda da ülkeler incelenmiş ve 57'sinin sağlıkta insan gücü bakımından yetersiz olduğu belirtilmiştir (WHO, 2006). Sağlık hizmetlerinin iyileştirmesini esas alan çalışmalarda insan kaynağına önem verilmesi gerekliliği ön plana çıkmıştır. Buradan yola çıkarak insan kaynaklarında planlamaya duyulan ihtiyaç artmış ve bu alanda çalışacak olanların kalifiyeli olması hususu önemli bir konu haline almıştır. Etkili ve verimli bir hizmetin varlığından söz edebilmek adına sağlık personelinin doğru zamanda doğru yerinde istihdamının sağlanmasının gerekliliğinin yanı sıra iyi bir planlama ve organize ihtiyacı ortaya çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007: XI).

Emeğin ön planda olduğu sağlık hizmetlerinde temel etkenin hizmetin sunumu ile oluşan çıktılar (Karasioğlu ve Çam, 2008: 20) ve kalite algısını belirleyen etken olan sağlık çalışanları olarak belirtilmiştir (Kavuncubaşı, 2012: 351).

İnsan yaşamı ile ilişkili olan sağlık hizmetleri bünyesinde barındırdığı farklı meslek grupları ile uyum içerisinde çalışması ve bu ilişkileri doğru yönetilmesi hususu insan kaynaklarına olan önemi artmıştır (Gupta vd. , 2003: 9). Bakanlık tarafından ele alınan bu konular hakkındaki çalışmalar eski dönemlere kadar dayanmakta ve yapılan sağlık projeleri ile daha da değerli hale gelmiştir. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen çalışmalar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde geniş bir hal alarak devam etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Sağlıkta insan kaynağı planlaması eksikliğinin istihdam şekillerine de etkilerde bulunduğu söylenebilir. Sağlıkta sözleşmeli personel, alt işveren kavramları ile birlikte

yabancı hekim çalıştırma üzerine yapılan değişiklikler bazı sorunları beraberinde getirmiştir. Özellikle sağlıkta dönüşüm programı ile sağlıkta örgütlenme değişikliklerinin söz konusu olduğu bilinmekte personel istihdamında da ‘sözleşmelik’ esasına dayandırılmaktadır. Aynı zamanda hizmetin üçüncü kişilere özel hukuk ile yaptırılması ‘alt işveren kavramı (taşeronlaşma) gibi düzenlemeleri ve beraberinde özel hastanelerde ‘yabancı sağlık personeli’ istihdamı kavramlarını ortaya çıkarmıştır. (Sayan ve Küçük, 2012: 173).

Ortaya çıkan bu kavramlar sağlık personel sayısını arttırmaya yönelik hedefleri oluşturmakla beraber sağlıkta mevcut durumun incelenmesi gereklidir. Tablo 1’de yıllara göre toplam sağlık personeline yer verilmiştir.

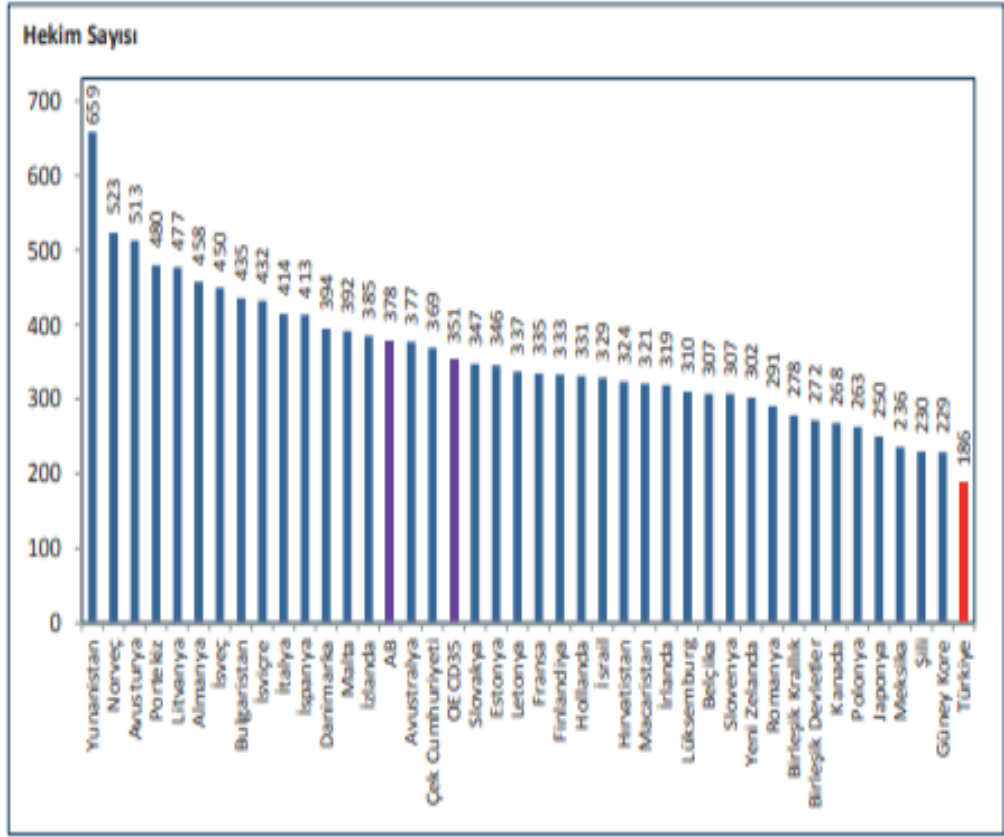
Tablo 2. Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Uzman Hekim	45.457	73.886	75.251	77.622	78.620	80.951
Pratisyen Hekim	30.900	38.572	39.045	41.794	43.058	44.649
Asistan Hekim	15.592	21.317	21.320	21.843	23.149	24.397
Toplam Hekim	91.949	133.775	135.616	141.259	144.827	149.997
Diş Hekimi	16.371	22.295	22.996	24.834	26.674	27.889
Eczacı	22.289	27.012	27.199	27.530	27.864	28.512
Hemşire	72.393	139.544	142.432	152.803	152.952	166.142
Ebe	41.479	53.427	52.838	53.086	52.456	53.741
Diğer Sağlık Personeli	50.106	131.652	138.878	145.943	144.609	155.417
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	224.618	229.625	241.897	321.952	339.241
Toplam Personel Sayısı	378.551	732.323	749.584	787.352	871.334	920.939

Kaynak: Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2017: 217

Türkiye’de 2017 yılı itibariyle sağlık sektöründe 920.939 personel görev yapmaktadır. Bunların 149.997 hekimlerden oluşmaktadır ve 80.951’ini uzman hekim, 44.649’nu pratisyen hekim ve 24.397’sini asistan hekim oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu¹⁵ verileri incelendiğinde hekim başına düşen hasta sayısının 539 olduğu görülmektedir. OECD Avrupa ülkeleri ile bir kıyaslama yapıldığında sağlıkta insan gücünün düşük olduğu görülmektedir.. Bu durum Şekil 2 de gösterilmiştir.

¹⁵ Bkz: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>



Şekil 2. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2016
(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017)

Mevcut bu durumların oluşması yabancı personel fikriyatını ortaya çıkarmış olup özellikle hekimler hususunda sıklıkla ithal hekim konusu gündeme taşınmıştır. Buradan yola çıkarak yabancı hekim istihdamı üzerinde durulacaktır.

2.2. YABANCI HEKİM İSTİHDAMI

Yabancı hekim istihdamı kavramını karşılayan ithal hekim kelime anlamı olarak incelemek gerekirse; Arapça idhal sözcüğüne dayanan ithal sözcüğü, başka ülkelerden alınan olarak ifade edilir. Bir ülkeye başka ülkeden gelen şeyler olarak Türk Dil Kurumunda da yerini alan bu sözcük; Arapça olan ve insanlardaki hastalıkları teşhis ve ilaçlarla tedavi eden kimse anlamına gelen hekim sözcüğü ile bir araya geldiğinde başka ülkeden gelen hekimleri tanımlamaktadır.¹⁶

¹⁶ Bkz: <http://sozluk.gov.tr/>

1990'lı yıllardan bu yana insangücünün ülkeler arası dolaşımının artması ile birlikte yetersiz insangücünün üstesinden gelebilmek ve eksikliğe çare olunabileceğini düşünme fikri yabancı doktor istihdamının ön plana çıkmasına sebep olmuştur (Bach, 2006: 13). Özellikle 2006 yılında Avrupa Birliği Türkiye ikili ilişkileri müzakerelerinin başlamış olması sağlıktan eğitime, ulaşımdan gıdaya birçok sektörde bir sürece girileceğinin göstergesidir. Bu dönemin Şubat ayı ortalarında dönemin Başbakanı Sayın Recep Tayip Erdoğan'ın "dışarıdan hekim ithal edeceğiz" söylemi ile kamuoyunda yankı bulan ithal hekim konusuna çevrelerden çok sayıda tepkinin gelmesi bu konunun tartışmaları için bir başlangıç oluşturmuştur (Yıldırım, 2016: 232-233).

Sağlık Bakanlığı aşağıda belirtilen gerekçe ile 27 Haziran 2006 yılında TBMM'ye 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı'nı sunmuştur.

Ülkemizdeki tabip sayısının ve dağılımının istenilen şekilde sağlık hizmeti verilmesine kâfi gelmediği bilinen bir gerçektir. Gerçekten, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre hâlen ülkemiz, tabip sayısı bakımından Avrupa bölgesindeki 52 ülke arasında sonuncu sırada bulunmaktadır. Tıp fakültelerinin bugünkü kapasitesi ile ülkemizdeki tabip açığının kapatılması ve Avrupa ortalamasına ulaşılması da mümkün bulunmamaktadır. Diğer taraftan, ülkemiz sağlık hizmetlerine ve tıp bilimine katkı sağlayacak yabancı tabiplerin ülkemizde sağlık hizmeti verebilmeleri de mevzuatımıza göre mümkün değildir. Ülkemizdeki hekim sayısının artmasına katkı sağlamak, başarılı yabancı tabiplerin ülkemizde çalışmalarının önündeki engelleri kaldırmak ve Avrupa Birliğine tam üyelik sürecinde kişi ve hizmetlerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılması amacına uygun olarak, Türkiye'de tababet icra edebilmek için Türk olmak şartının kaldırılması gerekmektedir (T.C. Başbakanlık; 2006 : 4)

Yasanın 15 Şubat 2007 yılında kabulü üzerine Türk Tabipler Birliği konuya ilişkin görüşlerini dile getirmiş ve her ne kadar gerekçe "*Avrupa Birliğine tam üyelik sürecinde, kişi ve hizmetlerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılması*

amacına uygun olarak, Türkiye’de tababet icra edebilmek için Türk olmak şartının kaldırılması gerektiği” olarak sunulmuş olsa da taslağın yetersiz olduğu üzerinde durmuşlardır. Ülkede çalışılmasına yönelik alınması gereken eğitim temelinin, olması gereken belgeler ve bunların denklikleri, kişi ve belgelerin nasıl inceleneceği, mesleki denetim hususunda nasıl bir yol izleneceğinin yanı sıra anlama konuşma ve yazma bilgisine yönelik kuralların belirtilmemiş olduğunu savunmuşlardır. Bu şekilde var olan bir tasarının kaosa sebep olacağını bu hali ile bilgi ve deneyimden fayda sağlanamayacağını dile getirmişlerdir. (TTB, 2008: 14-16).

Bilaloğlu (2008: 234), TTB’nin bu tutumunu haklı bir yaklaşım olarak görmektedir. Sergilenen bu tutumun bir hekime karşı olmadığını dile getirmiş ve yabancılık kavramının burada hekimlerin emeklerinin ucuz işgücü olarak pazarlanması ve sağlığın metalaştırılması süreçlerinin hekime yabancı olduğunu vurgulamıştır. Elbek (2018: 6) ise konuyu “yerli ve milli hekimlik” adı altında ele almış ve evrensel bir varoluş olması sebebiyle yerli ve milli yasalardan önce evrensel etik ilkelere dikkat çekmiştir. Hekimliğin ulusal çerçevesine değinen Elbek hekimin yerlisi ve millisi olmaz bir şekilde açıklamada bulunmuştur.

Yıldırım (2016: 232-235) tartışmalar ışığında gündemi ithal hekim olgusunun AB’de sağlık profesyonellerinin serbest dolaşımı ile ilişkilendirerek şu yaklaşımları ifade etmiştir.

1. AB eksenli siyasete yönelik çalışmalarda politikasını ya da gündemini belirlerken konunun içselleştirilmediğini dile getirmiştir. Buna da dayanak olarak Doğu ve Güneydoğu Bölgelerindeki yetersiz hekim açığını dışarıdaki potansiyel ile kapatma düşüncesi
2. Müzakere süreçleri içerisinde uygulayıcıların ve STK’ların sürece dahil edilmemesinin getirmiş olduğu problemler olduğunu ve sektörel yansımada ithal hekim tartışması görülen ilk ayağı oluşturmaktadır.
3. Sağlık profesyonellerinin dolaşımını iki açıdan da ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. İlki AB ilişkisi bazında, ikincisi üçüncü ülkelerden gelecek olanlar şeklindedir. İlki sürecin başladığı ve AB katılım sağlandığı takdirde kabul edilecek olan ve tartışmaların anlamının kalmayacağına vurgu

yapılmıştır. İkinci kısım ile alakalı olarak ise sağlık profesyonellerinin serbest dolaşımı çok yoğun olarak yaşanmamıştır.

Tüm bu çerçeveden bakıldığında başlamış olan siyasi bir sürecin tespit ve çıkarımlarından ve oluşturulan politikaların gündeme göre belirlenmesidir. Sağlam dayanaklara dayanmadığı için karşımıza çıkan bir tablo ve tartışmalarının olduğunu söylemek mümkündür. Her ne kadar sayıları çok olmasa da Türkiye’de şuan yer alan ve sağlık sistemine katkıda bulunan yabancı hekimlerde yer almaktadır.

2.2.1. Türkiye’de Mevcut Yabancı Hekimler ve Yasal Mevzuat

Türkiye’de son verilere göre asistan hekimler üniversite eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimine devam etmektedir. Bu kısmın bir bölümünü TUS ile eğitim hakkı kazanmış yabancı asistanlardan oluşmaktadır. 2018 TUS 2. Dönem Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Yabancı Uyruklu Puanlar incelendiğinde 189 kişinin yerleştiği görülmektedir. Hem üniversite hem de Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yer aldıkları gözlemlenmiştir.¹⁷

Hanalioğlu (2014: 2) hazırlamış olduğu derlemede Türkiye’de tıpta uzmanlık eğitimi alabilmek için yabancı uyruklu asistan hekimlerinde Türk vatandaşı meslektaşları ile aynı sınava (Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı- TUS) girmekte ve yabancı uyruklu kontenjanlara yerleşebilmektedirler. Yabancı uyruklu asistan hekim sayıları dikkate alınarak yabancı asistan sayısının 15 ve üzeri olan kurumlarla ilgili sayısal verileri şu şekilde sunmuştur.

Tablo 3. Yabancı Uyruklu Asistan Hekim Sayılarının Hastane Dağılımları

Üniversite Hastanesi	Sayı	Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	Sayı
İstanbul Üniversitesi	188	İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eah	33
Hacettepe Üniversitesi	87	İstanbul Eah	21
Marmara Üniversitesi	83	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eah	17
Ankara Üniversitesi	78	Ankara Numune Eah	16
Ege Üniversitesi	68		
Bezm-İ Âlem Vakıf Üniversitesi	25		
Dokuz Eylül Üniversitesi	15		

Kaynakça: Yabancı Asistan Hekimlerin Sorunları Çalışma Grubu Raporu, 2014

¹⁷ Bkz: <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2018/TUS2DONEM/MinMaxYU11102018.pdf>

1219 sayılı Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 1928 yılında yürürlüğe girmiş olan ve bugüne kadar geçerliliğini koruyan 1219 sayılı Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da, 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan değişiklik sonucunda kanunun birinci maddesinden Türkiye'de hekimlik yapmak için Türk olma şartı çıkartılmıştır. "Madde 1- (Değişik: Resmi Gazete: 02.11.2011-28103 (mükerrer); 663 sayılı KHK m.58) Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır. Bu değişiklikle birlikte yabancı uyruklu hekimler özel sektörde çalışmaya başlamıştır. Resmi Gazetede 22.02.2012 yılında yayınlanan "Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Yönetmelik" ile çalışma usulleri belirlenmiştir.¹⁸

2.2.2. Dünyada Yabancı Hekimler

Dünyada bu durum ülkeler arası antlaşmalara göre farklılıklar gösterebilmektedir. Uluslararası düzeyde İskandinav ülkeleri arasında 1965 yılında (Danimarka, İzlanda, Finlandiya, Norveç ve İsveç) sağlık insan gücü yetkileri karşılıklı anlaşma ile tanınmıştır. Bu ülkelerde hekim sayısının düşük sayıda olması yurt dışında yaşamakta olan hekimlerin istihdamını sağlamaktadır. Norveç aktif olarak yabancı hekim istihdamı sağlamıştır ve hala uzmanlık eksiklikleri devam etmektedir (WHO, 2005: 7)

OECD sağlık istatistikleri incelendiğinde ülkeler arası hekim göçlerinin yaşanmış olduğu görülmektedir. Bununla birlikte yabancı hekim dolaşımı noktasında öne çıkan ülkeler olarak Birleşik Krallık, Avustralya ve Fransa göze çarpmaktadır.

¹⁸ Bkz:

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=914:yabanci-salik-meslek-mensuplarinin-tuerkyede-ozel-salik-kurulularinda-calima-usul-ve-esaslarina-dar-yoenetmelik&catid=2:yamelik&Itemid=33

Tablo 4. Sağlık Personeli Hareketinin Yıllara ve Ülkelere Göre Dağılımı

YEAR Country	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Avustralya		14808	15348	17460			24892	23159	25694	27008	28283	29000	
Belçika	2636	3042	3490	3885	4380	5033	5708	6184	6732	6889	7370	7801	8062
Kanada	15276	16013	16883	18059	18732	19869	20739	21528	22279	22881	23569	24587	..
Çek Cumhuriyeti	1744	1805	1816	1841	1874	1984	2116	1967	2036	2556	2799	3058	3232
Danimarka	1293	1398	1545	1685	1808	1856	1871	1886	1953	2039	2111	..	..
Fransa	12261	13450	14364	14781	15903	17857	19048	20326	21840	23207	24420	25366	26048
Almanya	14703	15456	16741	18339	20029	22829	26034	28901	31857	34850	38247	41934	..
Yunanistan							8005	7997	7889	7754	7728	8367	..
İsrail	15342	15289	15222	15390	15528	15777	15910	15965	15964	16148	16319	16584	17133
İtalya	2488	2587	2692	2848	2985	3088	3175	3226	3227	3250	3262	3250	3378
Hollanda	941	993	1077	1186	1287	1352	1134	1142	1229	1288	1336	..	..
Norveç				6646	6902	7283	7639	7951	8462	8685	9180	9718	10248
Polonya			2529	2543	2487	2172	2203	2265	2302	2358	2451	2549	..
İsveç	6351	6894	7488	8014	8598	9106	9674	10334	11029	11715	14195	..	..
İsviçre			6477	6952	7304	7808	8609	9756	10478	11138	11900	12570	..
Türkiye	240	245	250	254	258	261	262	262	262	262	..	..	..
Birleşik Krallık			44050	46343	46276	46399	46518	48980	49160	45732	47905	49164	51115
ABD	166810	167647	171537	..	181145	195196	207691	214438	211771	213485	215630	..	..

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, Sağlık İnsan gücü Göçü
(https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_WFMI&lang=en)

Birleşik Krallık tabloda da görüleceği gibi yabancı doktor istihdamı sağlayan ülkelerden biridir. 1950’li yıllardan beri sağlık personeli hareketliliği süren Birleşik Krallık’ta insan gücü eksikliğine yönelik ihtiyaçlar için politika hareketliliği içermiştir. 2008 yılına kadar kolaylaştırıcı politikalar ile yabancı hekim istihdamına olanak sağlayan ülke çeşitli mevzuatlar ile sınırlayıcı politikalar yürürlüğe koymuştur (WHO,2011). DSÖ (2007: 53) göre ülkede hekim kayıtların üçte ikisi yabancı doktorlarına yönelik yapılmıştır. Ülkede kullanılan resmi dilin İngilizce olması da diğer ülkelerden hekim istihdamı sağlamayı etken kılan faktörlerden biridir.

Fransa eğitim sisteminden kaynaklı bir yabancı hekim istihdamı söz konusudur. Üniversite giriş sınavlarının olmadığı ülkede tıp fakültelerine başlayan öğrenci sayıları yeterli olmak ile birlikte ilk senenin sonunda yapılan sınavda birçok öğrencinin elenmesi ülkede yetersiz sağlık personeli sayısına sebep olmuştur. Bu durum Fransa da “tıbbi çöller” olarak adlandırılan sağlık personeli eksik bölgelerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Yabancı hekim istihdamına da bağlı bir ülke olması bu durum karşısında kaçınılmazdır.¹⁹

¹⁹ Bkz: <https://tr.euronews.com/2018/09/21/fransa-tasradaki-doktor-acigini-kapatmak-icin-zorunlu-tayini-tartisiyor>

1990 yılı sonrasında İspanya’da yabancı hekim istihdamı artmaya başlamış ve önceliği hekimler oluşturmak ile beraber hemşire, diş hekimliği, eczacılık çalışanlarında yabancı olduğu görülmüştür (WHO,2011).

Danimarka’da dönemsel olarak yabancı hekime ihtiyaç duyan ülkelerden biridir. 1970’li yıllardan itibaren tıp eğitimleri tüm lise mezunlarına açıkken ihtiyaç fazlası sebebiyle kontenjan sınırlamasına giden ülke sınırlama sonrası çalışma saatlerinde yapılan değişikliğinde etkileri ile hekim ihtiyacının arttırılmasına ihtiyaç duymuştur. ²⁰ Avustralya’da 1995 yılında Sağlık İnsan gücü Danışma Konseyi insan gücü çalışmalarını düzenleyerek kendi hekimlerinin yeteceği öngörüsünde bulunmuşlardır. 1996 yılı itibariyle uygulanan bu politika sonrasında doktor açığı ile karşılaşan ülke, politikalarını gözden geçirmiştir (Healy vd, 2006: 81-82). Tabloda da görüldüğü üzere dışarıdan gelen hekimlere açık (bağımlı) olan bir ülkedir.

ABD yabancı sağlık çalışanları noktasında önemli ülkelerden biridir. 2010 yılında 11 milyon sağlık çalışanınin 2 milyonunu yabancı hekimler oluşturmuştur. Çoğunlukla hekim, terapist, hemşire, sağlık teknikeri, ebeler oluşturmaktadır (Okumuş vd, 2016: 10)

Almanya sağlık sektöründe göç eden sağlık personeli sebebiyle bir kayıp söz konusudur. Bu farkı kapatmak için yabancı sağlık çalışanlara kapılarını açan Almanya, dışarıdan gelenler için geliştirilmiş fırsatlar ve kolaylaştırıcı prosedürler sunmuştur (Hamburg Inst. Of International Economics, 2015).

Kanada’nın tarihsel süreci incelendiğinde de kırsal bölgelerdeki ihtiyacını yabancı hekimlerle karşıladığı görülmüştür. Bu süreç ile uluslararası sağlık çalışanlarının Kanada ile ilişkileri arz fazlalığını ve karmaşık bir süreç beraberinde getirmiştir. Birleşik Krallık, Güney Afrika, Hindistan, Polonya ve Filipinlilerden gelenler oluşturmakla beraber Almanya, Avustralya gibi ülkelerden de göç almaktadır. Yabancıların mesleki yeterliliği ve kolay prosedürlerine yönelik düzenleyici programları da mevcuttur (Okumuş vd, 2016: 9-10).

²⁰ Bkz: <http://www.satirk.gov.tr/images/pdf/ust/danimarka.pdf>

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YABANCI HEKİM İSTİHDAMININ HEKİM- HASTA PERSPEKTİFİ ÜZERİNE BURDUR-ISPARTA İLLERİNDE BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölüm kapsamında araştırmanın amacı ve önemi, hipotezleri, varsayımları, kısıtları, evren ve örnekleme, veri toplama aracı ve analiz yöntemine yer verilecektir.

3.1.1. Amaç ve Önem

Bu araştırma ile Isparta ve Burdur il merkezinde yaşayan hastalar ile Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Burdur Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan hekimlerin perspektifinden yabancı hekim istihdamına yönelik bakış açılarını belirlemektir. Araştırmanın amacı, Isparta ve Burdur ilindeki hastalar ve hekimler açısından durumun nasıl algılandığının ve her iki grubun konuya ilişkin düşüncelerinin ne doğrultuda olduğunun belirlenmesidir.

Yabancı hekim istihdamının bilinirliği üzerine hastaların ve hekimlerin bakış açılarına yönelik yapılan çalışmaların çok az olması ve somut olarak bu noktada toplumun bakış açısını yansıtmaması nedeniyle literatüre yapacağı katkı, çalışmayı önemli bir boyuta taşımaktadır.

3.1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi “Kamuoyunun ve hekimlerin yabancı hekim istihdamına dair görüşleri nasıldır?”, “Yabancı hekim istihdamı ile ilgili düşünceler çeşitli değişkenler arasından farklılık gösteriyor mu?” soruları oluşturmaktadır.

3.1.3. Varsayımlar

Araştırma kapsamında Isparta ve Burdur il merkezinde yaşayan hekim ve hasta katılımcıların veri toplama aracı olarak kullanılan anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

3.1.4. Sınırlamalar

Araştırma 2018-2019 yılı ile sınırlandırılmış ve 2018 yılının Mayıs-Haziran-Temmuz aylarında Isparta ve Burdur il merkezindeki hekimlere, 2019 yılının Şubat-Mart-Nisan aylarında Isparta ve Burdur da yaşayan hastalar üzerine yapılmıştır. Aynı zamanda araştırma yalnızca Isparta ve Burdur il merkezinde yaşayan hasta ve hekimleri kapsadığı için sonuçlar bu evrenin özelliklerini yansıtmaktadır.

3.1.5. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini Isparta ve Burdur il merkezinde ikamet eden hastalar ile SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Burdur Devlet Hastanesinde çalışan hekimler oluşturmaktadır. Evren büyüklüğünden hareketle iki il nüfusu 711.338 bireye denk gelmekte hata toleransı %5 ve güvenilirlik düzeyi %95 alındığında 384 bir örneklem yeterli olarak görülmektedir. Bu kapsamda 400 hastaya ulaşılmış olup 354 hastanın anketi değerlendirilmeye alınmıştır. Isparta ve Burdur illerinde yer alan toplam hekim sayısı 600 olup hata toleransı %5 ve güvenilirlik düzeyi %95 ele alındığında 161 hekim anketi değerlendirilmeye alınmıştır. Katılımcılar kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Araştırma için yüz yüze anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

3.1.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Hekim/Hasta Tutum Anketi” kullanılmıştır. Anket, literatürde konu ile ilgili olduğu düşünülen bilimsel çalışma ve kaynaklardan esinlenerek araştırmacının da yaptığı katkılarla geliştirilmiştir. Bu kaynaklar; Sezer ve diğerlerinin, (2009), “Türkiye’de Bir Kamu Politikası Sorunu Olarak Yabancı Doktor İstihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada Örnekleri”, Bilaloğlu’nun (2008), “Türkiyede İthal Hekim

Tartışmaları”, Yıldırım’ın (2016) ,“Sağlık ve Siyaset Yazıları”, Elbek’in (2018), “Yerli ve Milli Hekimlik”, Türk Tabipleri Birliği’nin (2008), “Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı Hakkında Türk Tabipleri Birliği Görüşleri” başlıklı çalışmalarıdır. Mevcut çalışmalar ışığında geliştirilen bu anket için öncelikli olarak literatür çalışması gerçekleştirilmiş olup, soru havuzu oluşturulmuş ve 56 soruluk bir anket hazırlanmıştır. Hazırlanan bu sorular uzman görüşe sunulmuş ve ardından alanla ilgili çalışmalar yürüten akademisyenlerin katılımı ile beyin fırtınası ile tartışılmıştır. Son aşama olarak anket 20 kişilik bir pilot uygulamasına tabi tutulmuş ve anlaşılması güç ifadeler de düzenlenerek son halini almıştır.

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların yabancı hekim istihdamına yönelik tutumlarına ilişkin ifadeler değerlendirilmiştir. Bu bölüm, çalışmaya dâhil olan katılımcıların görüşlerini nicel yönden belirleme amaçlı oluşturulmuş Likert tarzda tasarlanmış 34 ifadeden oluşmaktadır. Veri toplama aracı “Kültürel Uyumsuzluk”, “Yerli Hekim Tercihi”, “Sağlık Sistemine Katkı”, “Finansal Problemler” olmak üzere 4 boyut şeklinde oluşturulmuştur. Anketin ikinci kısmı ise demografik bilgilerden oluşmaktadır.

3.1.7. Analiz Yöntemi

Verilerin kodlanarak değerlendirilmesi bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ankette 5’li likert ölçeği kullanılmış ve elde edilen veriler standart sapma, aritmetik ortalama, frekans ve yüzde hesaplamaları yapılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın istatistiksel değerlendirmeleri bu puan ortalamaları dikkate alınarak yapılmıştır. Yabancı hekim istihdamına yönelik tutumların ifadeleri faktör analizine tabi tutulmuş ve faktör analizi sonucu ölçüm aracınının 4 faktöre ayrıldığı tespit edilmiştir.

Veriler normallik testine tabi tutularak, her bir boyutun basıklık ve çarpıklık değerleri bulunmuştur. Boyutların demografik değişkenlere göre karşılaştırmaları yapılırken parametrik testler kullanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında parametrik testlerden olan ‘iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi)’ ve üç ve üzeri grubun karşılaştırılmasında ise parametrik testlerden olan ‘varyans analizi

(ANOVA) (F testi)' kullanılmıştır. Varyans analizi sonucunda gruplar arasında fark bulunduğunda, farkın kaynağını tespit etmek üzere 'Tukey's-b testi' kullanılmıştır.

3.1.8. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacına uygun olarak aşağıdakiler hipotezler oluşturulmuştur.

H1: Hekimler hastalara oranla yabancı hekim istihdamında kültürel uyumsuzluğun daha fazla yaşanacağını düşünmektedir.

H2: Hekimler hastalara oranla yabancı hekim istihdamı yerine yerli hekimleri daha fazla tercih etmektedir.

H3: Hastalar hekimlere oranla yabancı hekim istihdamının sağlık sistemine olan katkısının daha fazla olacağını düşünmektedir.

3.2. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulguları verilmiştir.

3.2.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir miktarı, çalışma süresi ve yaşadığı ile ait bulgular Tablo 5 ve Tablo 6'da gösterilmiştir.

3.2.1.1. Hekimlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. Hekim Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	72	44.7
Erkek	89	55.3
Yaş (Yıl)		
18-25	18	11.2
26-45	119	73.9
46-65	23	14.3
Medeni Durum		
Evli	93	57.8
Evli Değil	67	41.6
Çalışma Süresi (Yıl)		
0-5 yıl	30	18.6
6-10 yıl	43	26.7
11-15 yıl	18	11.2
16-20 yıl	18	11.2
20 yıl ve üzeri	23	14.3
Yaşadığı İl		
Isparta	104	64.6
Burdur	57	35.4
Toplam	161	100.0

Tablo 5'te görülebileceği gibi katılımcıların %44.7'sini kadın hekimler, %55.3'ünü erkek hekimler oluşturmaktadır. Yaş grubuna göre katılımcı yüzdeleri incelendiğinde 18 ile 25 yaş arası hekimlerin %11.2, 26 ile 45 yaş arası hekimlerin %73.9 ve 46 ile 65 yaş arası hekimlerin %14.3'lük bir kısmı oluşturduğu görülmektedir.

Katılımcılardan %57.8'i evli olup %41.6'sı evli değildir. Katılımcıların çalışma süreleri incelendiğinde %18.6'sının 0 ile 5 yıl, %26.7'sinin 6 ile 10 yıl, %11.2'sinin 11 ile 15 yıl, %11.2'sinin 16 ile 20 yıl arası ve %14.3'ünün 20 yıl ve üzeri çalıştığı tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcılardan %64.6'sı Isparta ilinde, %35.4'ü Burdur ilinde ikamet etmektedir.

3.2.1.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 6. Hasta Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	172	48.6
Erkek	182	51.4
Yaş (Yıl)		
18-25	78	22.0
26-45	204	57.6
46-65	59	16.7
66 ve üzeri	12	3.4
Medeni Durum		
Evli	180	50.8
Evli Değil	174	49.2
Eğitim Durumu		
İlköğretim	61	17.2
Lise	66	18.6
Önlisans	41	11.6
Lisans	134	37.9
Lisansüstü	49	13.8
Aylık Gelir Miktarı		
0-1000 TL	31	8.8
1001-5000 TL	110	31.1
5001-10000 TL	93	26.3
10001 TL ve üzeri	45	12.7
Yaşadığı İl		
Isparta	276	78.0
Burdur	78	22.0
Toplam	354	100.00

Tablo 6’da görülebileceği gibi katılımcıların %48.6’sını kadın hastalar, %51.4’ünü erkek hastalar oluşturmaktadır. Yaş grubuna göre katılımcı yüzdeleri incelendiğinde 18 ile 25 yaş arası hastaların %22, 26 ile 45 yaş arası hastaların %57.6, 46 ile 65 yaş arası hastaların %16.7 ve 66 yaş ve üzeri hastaların %3.4’lük bir kısmı oluşturduğu görülmektedir.

Katılımcılardan %50.8’i evli olup %49.2’si evli değildir. Katılımcılardan %17.2’si ilköğretim mezunu, %18.6’sı lise mezunu, %11.6’sı önlisans mezunu, %37.9’u lisans mezunu ve %13.8’i lisansüstü eğitim durumuna sahiptir. Katılımcılardan %8.8’i aylık 0 ile 1000 TL arası, %31.1’i aylık 1001 ile 5000 TL arası,

%26.3'ü 5001 ile 10000 TL arası ve %12.7'si 10001 TL ve üzeri gelire sahiptir. Ayrıca katılımcılardan %78'i Isparta ilinde, %22'si Burdur ilinde ikamet etmektedir.

3.2.2. Katılımcıların Ankette Yer Alan Diğer İfadelere İlişkin Bulguları

Aşağıda hekim ve hasta katılımcıların ankette yer alan diğer ifadelerle ilişkin vermiş olduğu bilgilere dair bulgular yer almaktadır.

3.2.2.1. Hekim Katılımcıların Ankette Yer Alan Diğer İfadelere İlişkin Bulguları

Katılımcı hekimlerin sağlık politikalarını takip etme, sağlık politikalarında yabancı hekime yönelik tutum, çalışma ortamında yabancı hekimin varlığı, çalışma ortamında yabancı hekimi isteme durumu ve yabancı hekimin halkın hastane tercihini etkileme durumuna dair bulgular aşağıda yer almaktadır.

Hekimlerin %82'si (132) sağlık politikalarını takip etmekteyken %17'si (28) sağlık politikalarını hiç takip etmemektedir. Sağlık politikalarında yabancı hekime yönelik tutumu doğru bulup bulmadıklarına dair soruya hekimlerin %13.7'si (22) evet, %72.7'si (117) hayır yanıtını vermiştir.

Hekimlerin %16.8'inin (27) çalışma ortamında yabancı bir hekim bulunuyorken %82.6'sının (133) çalışma ortamında yabancı hekim bulunmamaktadır.

Hekimlerin %28.6'sı (46) çalışma ortamında yabancı hekimin bulunmasını isterken %68.9'u (111) çalışma ortamında yabancı hekimin bulunmasını istememektedir. Ayrıca hekimlerin %62.1'i (100) yabancı hekimin halkın hastane veya doktor tercihini etkileme üzerinde etkisinin olacağını düşünürken %36.6'sı (59) yabancı hekimin hastanın tercihi üzerinde herhangi bir etkisinin olmayacağını düşünmektedir.

Tablo 7. Hekimlerin Ankette Yer Alan Diğer İfadelere İlişkin Bulguları

İfadeler	Evet	Hayır
Hekimlerin sağlık politikalarını takip etme durumu	132	28
Sağlık politikalarında yabancı hekime yönelik tutum doğru mu	22	117
Çalışma ortamında yabancı hekimin bulunma durumu	27	133
Çalışma ortamında yabancı hekimi isteme / istememe durumu	46	111

3.2.2.2. Hasta Katılımcıların Ankette Yer Alan Diğer İfadelere İlişkin Bulguları

Katılımcı hastaların; meslekleri, yılda kaç kez hastaneye gittikleri, sıklıkla hangi hastaneyi tercih ettikleri, hekim tercihinde bulunma durumları ve herhangi kronik bir rahatsızlığa sahip olma durumlarına ilişkin veriler aşağıda yer almaktadır.

Katılımcıların %13.3'ü (47) özel sektör çalışanı, %18.4'ü (65) memur, %9'u (32) işçi, % 12.1'i (43) serbest meslek çalışanı, %4.2'si (15) emekli ve %30.8'i (109) hiçbir işte çalışmayan bireylerden oluşmaktadır. Ayrıca sınırlı sayıda özel sektör yöneticisi, çiftçi, mühendis ve esnaf birey de bulunmaktadır.

Tablo 8. Hasta Katılımcıların Bir Yılda Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sayısına İlişkin Bulgular

Yılda Ortalama Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sayısı	N	%
1-5 kez	206	58.2
6-10 kez	71	20.1
11-20 kez	40	11.3
20 ve üzeri kez	19	5.4

Katılımcıların %58.2'si (206) yılda 1 ile 5 kez, %20.1'i (71) 6 ile 10 kez, %11.3'ü 11 ile 20 kez arası ve %5.4'ü 20 kez ve üzeri sağlık kuruluşuna başvurmuştur. En fazla başvuru yapılan sağlık kuruluşları ise sırasıyla; devlet hastanesi, özel hastane ve şehir hastanesi olarak tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %79.7'sinin (282) herhangi bir kronik hastalığının bulunmadığı da belirlenmiştir.

Katılımcıların %67.5'i (239) hekim tercihinde bulunmakta, %13.3'ü (65) hiç hekim tercihinde bulunmamakta ve %18.4'ü (65) de bazen hekim tercihinde bulunmaktadır.

3.2.3. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların “Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Anketi” içerisinde yer alan ifadelerle vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımı

No	İfadeler	\bar{X}	SS
1	Yabancı hekimler hastalarla iletişim kurmakta sorun yaşar.	3.720	1.390
2	Yabancı hekimler teşhis ve tedavide hata yapabilir.	3.012	1.384
3	Yabancı hekimin kültürü tedavi sürecini olumsuz etkiler.	2.897	1.453
4	Yaşanılan yerin kültürünün bilinmemesi yabancı hekimi zor duruma sokar.	3.696	1.310
5	Yabancı hekimlerle iletişimde güven problemi oluşur.	3.455	1.402
6	Yabancı hekimlerin hastanın duygularını anlayamaması hastayı incitir.	3.480	1.363
7	Yabancı hekim hasta sorularına yeterli cevap verebilir.	2.803	1.346
8	Kültürel ve sosyal çevreye uyum sağlayan yabancı hekimler daha başarılı olur.	3.715	1.336
9	Yabancı hekimlerin iletişim kurmasında gülyüz yeterlidir.	2.464	1.326
10	İyi bir sağlık hizmeti sunumu için yeterli hekimimizin olmadığını düşünüyorum.	2.824	1.581
11	Yabancı hekimler nitelik noktasında yetersiz kalabilir.	2.998	1.316
12	Coğrafi bölgelerdeki düzensiz hekim dağılımı yabancı hekimlerle eşitlenebilir.	2.427	1.345
13	Ülkemizde etkili bir hekim istihdamı yapıldığını düşünmüyorum.	3.515	1.411
14	Yabancı hekimler yerine yerli hekimlerin imkanlarının arttırılması gerektiğini düşünüyorum.	4.142	1.232
15	Yabancı hekimler yerine yerli hekimlerin istihdamının sağlanması gerektiğini düşünüyorum.	4.082	1.291
16	Yabancı hekim yerine yerli hekim yetiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	4.280	1.124
17	Yabancı hekimler yerine uzun vadeli yerli hekim hedefi konmalıdır.	4.287	1.147
18	Yabancı hekimlerin tıp eğitimleri yetersiz ve eksik kalabilir.	3.000	1.358
19	Hastalar uyum sağladıkları hekimler ile daha açık konuşabilirler.	4.158	1.171
20	Tıp fakülteleri eğitimlerimizin araştırma ve sorgulamadan uzaklaştığını düşünüyorum	3.232	1.451
21	Yerli hekimlerin gereksiz iş yüklerinin azaltılması gerekmektedir.	3.752	1.410
22	Yabancı hekimlerin mesleki yeterlilikleri ülke standartlarına uymayabilir.	3.481	1.267
23	Ülkemizdeki yerli hekimlerin göçüne (kaybına) sebep olur.	3.447	1.402
24	Yabancı hekimler yerli hekimlere nazaran daha esnek çalışabilirler.	2.339	1.306
25	Yerli ve yabancı hekimler arasında büyük eğitim farklılıkları görülebilir.	3.342	1.286
26	Yabancı hekim sağlık insangücü verimliliğine pozitif katkıda bulunur.	2.762	1.269
27	Yabancı hekimlerle birlikte ihtiyaç duyulan bölgelerdeki istihdam problemleri çözülmüş olur.	2.570	1.331
28	Yetişmiş yabancı hekimler ülkemizde eğitim masraflarının en aza inmesine katkı sağlayacaktır.	2.266	1.285
29	Yerli-yabancı olarak hekimler ayrılmamalıdır.	3.104	1.555
30	Eğitimi Türkiye’de tamamlamış yabancı hekimlere sektörde yer verilmelidir.	3.632	1.347
31	Geldiği ülkeye göre yabancı hekime bakış açısı değişir.	3.346	1.480
32	Yabancı hekim ile birlikte finansal sorunlar meydana gelecektir.	3.222	1.430
33	Yerli-yabancı hekimler arasında rekabet oluşacaktır.	3.632	1.374
34	Yerli-yabancı hekim arasında ücret farklılığı ortaya çıkacaktır.	3.548	1.439

Tablo 9’da Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Anketi içerisinde yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalamasına ve standart sapma dağılımlarına yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında; 1, 4, 5, 6, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 30, 33 ve 33. maddelerin 3.40’ın üzerinde değer aldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların; yabancı hekimlerin hastalarla iletişim kurmakta sorun yaşayacağı (3.720), yaşanan yerin kültürünün bilinmemesinin yabancı hekimi zor duruma sokacağı (3.696), yabancı hekimlerle iletişimde güven probleminin oluşacağı (3.455), yabancı hekimlerin hastanın duygularını anlayamamasının hastayı inciteceği (3.480), kültürel ve sosyal çevreye uyum sağlayan yabancı hekimlerin daha başarılı olacağı (3.715), ülkemizde etkili bir hekim istihdamının yapılmadığı (3.515), yabancı hekimler yerine yerli hekimlerin imkânlarının arttırılması gerektiği (4.142), yabancı hekimlerin yerine yerli hekimlerin istihdamlarının sağlanması gerektiği (4.082), yabancı hekim yerine yerli hekim yetiştirilmesi gerektiği (4.280), yabancı hekim yerine uzun vadeli yerli hekim hedefinin konulması gerektiği (4.287), hastaların uyum sağladıkları hekimler ile daha açık konuşabileceği (4.158), yerli hekimlerin gereksiz iş yüklerinin azaltılması gerektiği (3.752), yabancı hekimlerin mesleki yeterliliklerinin ülke standartlarına uymayabileceği (3.481), yabancı hekim istihdamının ülkemizde yerli hekim göçüne (kaybına) sebep olabileceği (3.447), eğitimini Türkiye’de tamamlamış yabancı hekimlere sektörde yer verilmesi gerektiği (3.632), yabancı hekim istihdamının yerli ve yabancı hekim arasında rekabet oluşturacağı (3.632) ve yabancı hekim istihdamının yerli ve yabancı hekim arasında ücret farklılığı ortaya çıkaracağı (3.548) hususlarına dair algıların bulunduğu tespit edilmiştir.

Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Anketi ifadeleri arasında 17. sırada olan “Yabancı hekimler yerine uzun vadeli yerli hekim hedefi konmalıdır” ifadesi (4.287) katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, anketin 28. sırasında yer alan “Yetişmiş yabancı hekimler ülkemizde eğitim masraflarının en aza inmesine katkı sağlayacaktır.” ifadesi (2.266) katılım düzeyi en düşük ifade olmuştur.

3.2.4. Faktör Analizi Sonuçları

Katılımcıların yabancı hekim istihdamına yönelik tutumlarına ilişkin anket araştırmacı tarafından oluşturulduğu için faktör analizine tabi tutulmuştur. Faktör analizi yapılmadan önce, örneklemin büyüklüğünün yeterliliğini, verilerin faktör

analizine uygunluğunu ve değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığını test etmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testi yapılmıştır. Test sonucunda KMO değerinin 0.855 olduğu tespit edilmiş, örneklem büyüklüğünün analiz için yeterli olduğu anlaşılmıştır. Bartlett testine bakıldığında $p < 0.00$ düzeyinde değişkenler arasında korelasyonun anlamlı olduğu görülmektedir.

Faktör analizinde döndürme (varimax) yöntemi kullanılmış, faktör yükü 0.30'dan küçük ifadeler faktörlerden çıkarılmıştır. Faktör yükü 0.10'dan daha düşük farkla birden fazla faktöre dahil olan ifadeler çıkarılmıştır. Bu durumda; "Yerli-yabancı olarak hekimler ayrılmamalıdır.", "Yabancı hekimlerin mesleki yeterlilikleri ülke standartlarına uymayabilir.", "Yerli ve yabancı hekimler arasında büyük eğitim farklılıkları görülebilir.", "Kültürel ve sosyal çevreye uyum sağlayan yabancı hekimler daha başarılı olur.", "Yabancı hekimlerin tıp eğitimleri yetersiz ve eksik kalabilir.", "Geldiği ülkeye göre yabancı hekime bakış açısı değişir.", "Yerli hekimlerin gereksiz iş yüklerinin azaltılması gerekmektedir.", "Tıp fakülteleri eğitimlerimizin araştırma ve sorgulamadan uzaklaştığını düşünüyorum.", "Ülkemizde etkili bir hekim istihdamı yapıldığını düşünmüyorum." ve "Ülkemizdeki yerli hekimlerin göçüne (kaybına) sebep olur." ifadeleri olmak üzere 10 ifade çıkarılmıştır. Ayrıca "Eğitimi Türkiye'de tamamlamış yabancı hekimlere sektörde yer verilmelidir.", "İyi bir sağlık hizmeti sunumu için yeterli hekimimizin olmadığını düşünüyorum." ve "Yabancı hekim hasta sorularına yeterli cevaplar verebilir." ifadeleri de tek faktör de toplandığı için çıkarılmıştır.

Faktör analizi sonucu dört faktör elde edilmiştir. Bu dört faktör, toplam varyansın %54.813'ünü açıklamaktadır.

Tablo 10'da ifadelerin faktörlere göre dağılımı, her bir ifadenin faktör yükleri ve faktörlerle açıklanan varyans değerleri gösterilmektedir.

Tablo 10. İfadelerin Faktörlere Göre Dağılımı

No	İfade	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans
1. Faktör Kültürel Uyumsuzluk			
3	Yabancı hekimin kültürü tedavi sürecini olumsuz etkiler.	0.784	27.552
5	Yabancı hekimlerle iletişimde güven problemi oluşur.	0.706	
2	Yabancı hekimler teşhis ve tedavide hata yapabilirler.	0.704	
11	Yabancı hekimler nitelik noktasında yetersiz kalabilirler.	0.689	
4	Yaşanılan yerin kültürünün bilinmemesi yabancı hekimi zor duruma sokar.	0.683	
6	Yabancı hekimlerin hastanın duygularını anlayamaması hastayı incitir.	0.585	
1	Yabancı hekimler hastalarla iletişim kurmakta sorun yaşarlar.	0.543	
2. Faktör Yerli Hekim Tercih			
17	Yabancı hekimler yerine uzun vadeli yerli hekim hedefi konmalıdır.	0.780	12.517
15	Yabancı hekimler yerine yerli hekimlerin istihdamının sağlanması gerektiğini düşünüyorum.	0.779	
14	Yabancı hekimler yerine yerli hekimlerin imkanlarının artırılması gerektiğini düşünüyorum.	0.772	
16	Yabancı hekim yerine yerli hekim yetiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	0.757	
19	Hastalar uyum sağladıkları hekimler ile daha açık konuşabilirler.	0.583	
3. Faktör Sağlık Sistemine Katkı			
27	Yabancı hekimlerle birlikte ihtiyaç duyulan bölgelerdeki istihdam problemleri çözülmüş olur.	0.788	8.655
26	Yabancı hekim sağlık insan gücü verimliliğine pozitif katkıda bulunur.	0.750	
28	Yetişmiş yabancı hekimler ülkemizde eğitim masraflarının en aza inmesine katkı sağlayacaktır.	0.746	
12	Coğrafi bölgelerdeki düzensiz hekim dağılımı yabancı hekimlerle eşitlenebilir.	0.627	
9	Yabancı hekimlerin iletişim kurmasında güler yüz yeterlidir.	0.592	
24	Yabancı hekimler yerli hekimlere nazaran daha esnek çalışabilirler.	0.580	
4. Faktör Finansal Problemler			
34	Yerli-yabancı hekim arasında ücret farklılığı ortaya çıkacaktır.	0.791	6.090
33	Yerli-yabancı hekimler arasında rekabet oluşacaktır.	0.729	
32	Yabancı hekim ile birlikte finansal sorunlar meydana gelecektir.	0.623	

Bu doğrultuda araştırmada yabancı hekim istihdamına yönelik tutumlar 4 boyut çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bir sonraki bölümde boyutların aritmetik ortalama, standart sapma, normallik testi, cronbach alfa değerleri gibi psikometrik özelliklere yer verilmiştir.

3.2.5. Boyutların Psikometrik Özellikleri

Bu başlık altında katılımcıların yabancı hekim istihdamına yönelik tutumlarına ilişkin boyutların psikometrik özellikleri açıklanacaktır.

3.2.5.1. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin Boyutların Psikometrik Özellikleri

Araştırmada katılımcıların yabancı hekim istihdamına yönelik tutumu, kültürel uyumsuzluk, yerli hekim tercihi, sağlık sistemine katkı ve finansal problemler olmak üzere 4 boyut çerçevesinde değerlendirilmiştir. Her bir boyutun aldığı değerler Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin Boyutların Psikometrik Özellikleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Max/Min	Cronbach Alfa	\bar{X}	SS	Normallik Testi	
						Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Kültürel Uyumsuzluk	7	1-5	0.831	3.323	0.969	-0.487	-0.266
Yerli Hekim Tercihi	5	1-5	0.822	4.187	0.914	-0.736	-1.152
Sağlık Sistemine Katkı	6	1-5	0.764	2.472	0.887	-0.602	0.192
Finansal Problemler	3	1-5	0.669	3.473	1.098	-0.540	-0.341

Tablo 11’de gösterilen her bir boyuta ait bilgiler aşağıda verilmiştir.

Kültürel Uyumsuzluk: Bu boyut 7 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler; yabancı hekimlerin hastalarla iletişimde sorun yaşayabileceği, teşhis ve tedavide hata yapabileceği, hastanın duygularını anlayamayacağı ve bu durumun hastayı inciteceği, yabancı hekimin kültürünün tedavi sürecini olumsuz etkileyebileceği, yaşanan yerin kültürünün bilinmemesinin yabancı hekimi zora sokabileceği, yabancı hekimin nitelik hususunda yetersiz kalabileceği ve yabancı hekime güven probleminin oluşabileceği ile ilgilidir. Kültürel uyumsuzluk boyutunun aritmetik ortalaması 3.323 ve standart sapması 0.969 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.831 olarak güvenilir bulunmuştur.

Yerli Hekim Tercihi: Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler; yabancı hekim yerine yerli hekimlerin imkânlarının artırılması, yerli hekimlerin istihdamının sağlanması, yerli hekimlerin yetiştirilmesi ve uzun vadeli yerli hekim hedefleri konulması gerektiği ile ilgilidir. Bu boyutun aritmetik ortalaması 4.187 ve standart sapması 0.914 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.822 olarak güvenilir bulunmuştur.

Sağlık Sistemine Katkı: Bu boyut 6 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler; coğrafi bölgelerdeki düzensizliğin ve istihdam problemlerinin yabancı hekim ile

çözülebileceği, yabancı hekimlerin yerli hekimlerden daha esnek çalışabileceği, yabancı hekimin sağlık insangücü verimliliğine pozitif katkıda bulunabileceğine ve yetişmiş yabancı hekimin ülkemizdeki eğitim masraflarının en aza inmesine katkı yapacağı ile ilgilidir. Sağlık sistemine katkı boyutunun aritmetik ortalaması 2.472 ve standart sapması 0.887 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.764 olarak güvenilir bulunmuştur.

Finansal Problemler: Bu boyut 3 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler; yabancı hekim ile birlikte finansal sorunların oluşabileceği, yerli ve yabancı hekim arasında rekabetin meydana gelebileceği ve ücret farklılıklarının oluşabileceği ile ilgilidir. Finansal problemler boyutunun aritmetik ortalaması 3.473 ve standart sapması 1.099 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.669 olarak güvenilir bulunmuştur.

3.2.5.2. Katılımcıların Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutumlarına İlişkin Boyutlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Bu başlık altında hekim ve hasta perspektifinde yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarının aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

3.2.5.2.1. Hekim Perspektifinde Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Boyutlarının Aldığı Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarının aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular hekim perspektifinde Tablo 12 Tablo 13 Tablo 14 ve Tablo 15 'te gösterilmektedir.

Tablo 12. Hekim Perspektifinde Kültürel Uyumsuzluk Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	72	3.581	0.769	t=0.004 p=0.997
Erkek	89	3.582	0.841	
Yaş				
18-25	18	3.365	0.913	F=1.320 p=0.270
26-45	119	3.574	0.807	
46-65	23	3.776	0.718	
Medeni Durum				
Evli	93	3.683	0.766	t=1.893 p=0.060
Evli Değil	67	3.439	0.851	
Çalışma Süresi				
0-5 yıl	30	3.991	0.818	F=3.375 p=0.012
6-10 yıl	43	3.502	0.695	
11-15 yıl	18	3.261	0.935	
16-20 yıl	18	3.680	0.717	
20 yıl ve üzeri	23	3.795	0.628	
Çalışma Ortamında Yabancı Hekimin Varlığı				
Evet	27	3.286	0.854	t=-2.145 p=0.034
Hayır	133	3.647	0.787	
Çalışma Ortamında Yabancı Hekimin Olmasını İsteme Durumu				
Evet	46	3.054	0.661	t=-5.803 p=0.000
Hayır	111	3.808	0.771	
İl				
Burdur	57	3.613	0.781	t= 0.366 p=0.715
Isparta	104	3.564	0.824	

Tablo 12’de yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarından ilki olan kültürel uyumsuzluk boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Kültürel uyumsuzluk boyutu katılımcıların cinsiyetine (t=0.004, p=0.997), yaşına (F=1.320, p=0.270), medeni durumuna (t=1.893, p=0.060) ve yaşadıkları ile (t=0.366, p=0.715) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kültürel uyumsuzluk boyutunun katılımcıların çalışma sürelerine göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=3.375, p=0.012). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda aradaki farkın 0 ile 5 yıl çalışanların 11 ile 15 yıl çalışanlara göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı görülmektedir. Bu doğrultuda yabancı hekim istihdamına yönelik olarak katılımcılardan 0-5 yıl çalışanların 11-15 yıl çalışanlara oranla daha fazla kültürel uyumsuzlukların olacağını düşündüğü söylenilebilir.

Kültürel uyumsuzluk boyutunun katılımcıların çalışma ortamında yabancı hekimin varlığına göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=-2.145$, $p=0.034$). Çalışma ortamında yabancı hekim bulunmayan katılımcılar çalışma ortamında yabancı hekim bulunan katılımcılara oranla daha fazla yabancı hekim istihdamına yönelik kültürel uyumsuzlukların olacağını düşünmektedir.

Kültürel uyumsuzluk boyutunun katılımcıların çalışma ortamında yabancı hekimi isteme durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=-5.803$, $p=0.000$). Çalışma ortamında yabancı hekim olmasını istemeyen katılımcılar çalışma ortamında yabancı hekim olmasını isteyen katılımcılara oranla daha fazla yabancı hekim istihdamına yönelik kültürel uyumsuzlukların olacağını düşünmektedir.

Tablo 13. Hekim Perspektifinde Yerli Hekim Tercihi Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	72	4.431	0.672	$t=-0.566$ $p=0.572$
Erkek	89	4.364	0.793	
Yaş				
18-25	18	4.633	0.700	$F=1.221$ $p=0.298$
26-45	119	4.346	0.778	
46-65	23	4.435	0.545	
Medeni Durum				
Evli	93	4.383	0.711	$t=-0.144$ $p=0.885$
Evli Değil	67	4.400	0.786	
Çalışma Yılı				
0-5 yıl	30	4.473	0.818	$F=0.608$ $p=0.657$
6-10 yıl	43	4.377	0.728	
11-15 yıl	18	4.511	0.583	
16-20 yıl	18	4.244	0.793	
20 yıl ve üzeri	23	3.796	0.628	
Çalışma Ortamında Yabancı Hekimin Varlığı				
Evet	27	4.126	0.861	$t=-2.088$ $p=0.038$
Hayır	133	4.450	0.707	
Çalışma Ortamında Yabancı Hekimin Olmasını İsteme Durumu				
Evet	46	3.926	0.932	$t=-5.670$ $p=0.000$
Hayır	111	4.601	0.544	
İl				
Burdur	57	4.470	0.702	$t=0.969$ $p=0.334$
Isparta	104	4.352	0.760	

Tablo 13’de yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarından yerli hekim tercihi boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Yerli hekim tercihi boyutu katılımcıların cinsiyetine ($t=-0.566$, $p=0.572$), yaşına ($F=1.221$, $p=0.298$), medeni durumuna ($t=-0.144$, $p=0.885$), çalışma süresine ($F=0.608$, $p=0.657$) ve yaşadıkları ile ($t=0.969$, $p=0.334$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yerli hekim tercihi boyutunun katılımcıların çalışma ortamında yabancı hekim varlığına göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=-2.088$, $p=0.038$). Çalışma ortamında yabancı hekim bulunmayan katılımcılar, çalışma ortamında yabancı hekim bulunan katılımcılara oranla daha fazla yerli hekim tercihinde bulunmaktadır.

Yerli hekim tercihi boyutunun katılımcıların çalışma ortamında yabancı hekim isteme durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=-5,670$, $p=0.000$). Çalışma ortamında yabancı hekim istemeyen katılımcılar, çalışma ortamında yabancı hekim isteyen katılımcılara oranla daha fazla yerli hekim tercihinde bulunmaktadır.

Tablo 14. Hekim Perspektifinde Sağlık Sistemine Katkı Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	72	2.065	0.739	t=0.222 p=0.825
Erkek	89	2.092	0.789	
Yaş				
18-25	18	2.148	0.723	F=0.347 p=0.707
26-45	119	2.092	0.789	
46-65	23	1.964	0.705	
Medeni Durum				
Evli	93	1.970	0.728	t=-2.241 p=0.026
Evli Değil	67	2.241	0.795	
Çalışma Süresi				
0-5 yıl	30	2.006	0.742	F=0.445 p=0.724
6-10 yıl	43	2.109	0.800	
11-15 yıl	18	1.926	0.642	
16-20 yıl	18	1.870	0.760	
20 yıl ve üzeri	23	1.957	0.686	
Çalışma Ortamında Yabancı Hekimin Varlığı				
Evet	27	2.420	0.878	t=2.582 p=0.011
Hayır	133	4.450	0.707	
Çalışma Ortamında Yabancı Hekimin Olmasını İsteme Durumu				
Evet	46	2.692	0.778	t=-7.389 p=0.000
Hayır	111	1.829	0.615	
İl				
Burdur	57	1.912	0.729	t=-2.077 p=0.039
Isparta	104	2.172	0.773	

Tablo 14'te yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarından sağlık sistemine katkı boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Sağlık sistemine katkı boyutu katılımcıların cinsiyetine (t=0.222, p=0.825), yaşına (F=0.347, p=0.707) ve çalışma süresine (F=0.445, p=0.724) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sağlık sistemine katkı boyutunun katılımcıların medeni durumlarına göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-2.241, p=0.026). Evli olmayan bireyler evli olan bireylere oranla yabancı hekimlerin sağlık sistemine daha fazla katkı yapacağını düşünmektedir.

Sağlık sistemine katkı boyutunun katılımcıların çalışma ortamında yabancı hekim bulunması durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=2.582, p=0.011). Çalışma ortamında yabancı hekim bulunmayan katılımcılar çalışma ortamında yabancı hekim bulunan katılımcılara

oranla yabancı hekime yönelik istihdamın sağlık sistemine yapacağı katkıyı daha fazla bulmaktadır.

Sağlık sistemine katkı boyutunun katılımcıların çalışma ortamında yabancı hekim isteme durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-7.389$, $p=0.000$). Çalışma ortamında yabancı hekim bulunmasını isteyen katılımcılar çalışma ortamında yabancı hekim bulunmasını istemeyen katılımcılara oranla yabancı hekim istihdamına yönelik olarak bu durumun sağlık sistemine yapacağı katkıyı daha fazla bulmaktadır.

Sağlık sistemine katkı boyutunun katılımcıların ikamet ettikleri illere göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2.077$, $p=0.039$). Isparta ilinde yaşayan katılımcılar Burdur ilinde yaşayan katılımcılara göre yabancı hekim istihdamının sağlık sistemine yapacağı katkıyı daha fazla bulmaktadır.

Tablo 15. Hekim Perspektifinde Finansal Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	68	3.461	1.117	$t=-0.309$ $p=0.757$
Erkek	87	3.408	1.001	
Yaş				
18-25	16	3.063	1.521	$F=1.169$ $p=0.313$
26-45	116	3.464	0.961	
46-65	22	3.546	1.111	
Medeni Durum				
Evli	91	3.491	0.940	$t=0.929$ $p=0.354$
Evli Değil	63	3.331	1.196	
Çalışma Süresi				
0-5 yıl	29	3.609	0.992	$F=0.516$ $p=0.724$
6-10 yıl	41	3.504	0.904	
11-15 yıl	18	3.204	1.067	
16-20 yıl	18	3.444	1.010	
20 yıl ve üzeri	22	3.516	0.930	
Çalışma Ortamında Yabancı Hekimin Varlığı				
Evet	25	3.147	1.156	$t=-1.557$ $p=0.122$
Hayır	129	3.500	1.016	
Çalışma Ortamında Yabancı Hekimin Olmasını İsteme Durumu				
Evet	46	2.895	1.135	$t=-4.476$ $p=0.000$
Hayır	105	3.679	0.922	
İl				
Burdur	55	3.630	0.983	$t=1.763$ $p=0.080$
Isparta	100	3.322	1.074	

Tablo 15’te yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarından finansal problemler boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Finansal problemler boyutu katılımcıların cinsiyetine ($t=0.309$, $p=0.757$), yaşına ($F=1.169$, $p=0.313$), medeni durumuna ($t=0.929$, $p=0.354$), çalışma süresine ($F=0.516$, $p=0.724$), çalışma ortamında yabancı hekimin varlığına ($t=-1.557$, $p=0.122$) ve ile ($t=1.763$, $p=0.080$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Finansal problemler boyutunun katılımcıların çalışma ortamında yabancı hekimin olmasını isteme durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4.476$, $p=0.000$). Çalışma ortamında yabancı hekim bulunmasını istemeyen katılımcılar çalışma ortamında yabancı hekim bulunmasını isteyen katılımcılara oranla yabancı hekim istihdamının finansal problemlere daha fazla sebep olacağını düşünmektedir.

3.2.5.2.2. Hasta Perspektifinde Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Boyutlarının Aldığı Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarının aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular hasta perspektifinde aşağıda Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18 ve Tablo 19’de gösterilmektedir.

Tablo 16. Hasta Perspektifinde Kültürel Uyumsuzluk Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	172	3.181	0.968	t=0.440 p=0.660
Erkek	182	3.229	1.056	
Yaş				
18-25	78	3.120	0.859	F=1.976 p=0.117
26-45	204	3.149	0.988	
46-65	59	3.432	1.208	
66 yaş ve üzeri	12	3.593	1.225	
Medeni Durum				
Evli	180	3.332	1.087	t=2.396 p=0.017
Evli Değil	174	3.075	0.915	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	61	3.650	1.055	F=4.234 p=0.002
Lise	66	3.256	1.124	
Önlisans	41	3.090	1.048	
Lisans	134	3.046	0.866	
Lisansüstü	49	3.087	1.041	
Gelir				
0-1000 TL	31	3.175	0.766	F=1.422 p=0.237
1001-5000 TL	110	3.350	0.938	
5001-10000 TL	93	3.093	1.121	
10000TL ve üzeri	45	3.062	1.132	
İl				
Burdur	78	3.400	1.009	t=1.919 p=0.056
Isparta	276	3.151	1.001	

Tablo 16’da yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarından ilki olan kültürel uyumsuzluk boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Kültürel uyumsuzluk boyutu katılımcıların cinsiyetine (t=0.440, p=0.660), yaşına (F=1.976, p=0.117), gelir durumuna (F=1.422, p=0.237) ve il (t=1.919, p=0.056) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kültürel uyumsuzluk boyutunun katılımcıların medeni durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (t=2.396, p=0.017). Evli olan katılımcılar evli olmayan katılımcılara oranla yabancı hekim istihdamında kültürel uyumsuzlukların daha fazla yaşanacağını düşünmektedir.

Kültürel uyumsuzluk boyutunun katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (F=4.234, p=0.002). Yapılan Tukey's-b testine göre eğitim durumu ilköğretim olan bireylerin eğitim durumu önlisans, lisans ve lisansüstü olan katılımcılara göre daha yüksek puan almasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda ilköğretim mezunu katılımcıların yabancı hekim istihdamına yönelik önlisans, lisans ve lisansüstü katılımcılardan daha fazla kültürel uyumsuzlukların yaşanacağını düşündüğü söylenebilir.

Tablo 17. Hasta Perspektifinde Yerli Hekim Tercihi Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	172	4.198	0.883	t=-1.993 p=0.047
Erkek	182	3.993	1.036	
Yaş				
18-25	78	4.151	0.846	F=3.019 p=0.030
26-45	204	3.976	1.020	
46-65	59	4.319	0.934	
66 yaş ve üzeri	12	4.533	0.735	
Medeni Durum				
Evli	180	4.135	1.006	t=0.844 p=0.399
Evli Değil	174	4.048	0.929	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	61	4.268	0.994	F=1.575 p=0.181
Lise	66	4.167	0.880	
Önlisans	41	3.805	1.021	
Lisans	134	4.090	0.938	
Lisansüstü	49	3.087	1.041	
Gelir				
0-1000 TL	31	3.994	0.854	F=3.985 p=0.008
1001-5000 TL	110	4.285	0.846	
5001-10000 TL	93	3.811	1.140	
10000TL ve üzeri	45	4.102	1.028	
İl				
Burdur	78	4.418	0.920	t=3.410 p=0.001
İsparta	276	4.001	0.964	

Tablo 17'de yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarından yerli hekim tercihi boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Yerli hekim tercihi boyutu katılımcıların medeni durumlarına

($t=0.844$, $p=0.399$) ve eğitim durumlarına ($F=1.575$, $p=0.181$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yerli hekim tercihi boyutunun cinsiyete göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-1.993$, $p=0.047$). Kadın katılımcılar erkek katılımcılara oranla yabancı hekim yerine daha fazla yerli hekim tercihinde bulunmaktadır.

Yerli hekim tercihi boyutunun yaşa göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3.019$, $p=0.030$). Farkın kaynağı incelendiğinde 26-45 yaş grubu katılımcıların 45-65 yaş ve 66 yaş ve üzeri gruba nazaran puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Yerli hekim tercihi boyutunun gelire göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3.985$, $p=0.008$). Yapılan Tukey's-b sonucuna göre 1001-5000 TL gelire sahip katılımcıların 5001-10000TL arası gelir durumuna sahip katılımcılardan daha yüksek puan almasından kaynaklanmaktadır. Bu doğrultuda 1001-5000 TL gelire sahip katılımcıların 5001-10000 TL gelir durumuna sahip katılımcılara oranla yabancı hekim yerine yerli hekim tercihlerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Yerli hekim tercihi boyutunun ilere göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3.410$, $p=0.001$). Burdur ili katılımcıların Isparta ili katılımcılara göre yabancı hekim istihdamı tutumuna yönelik yerli hekim tercihi daha fazladır.

Tablo 18. Hasta Perspektifinde Sağlık Sistemine Katkı Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	172	2.613	0.886	t=0.764 p=0.445
Erkek	182	2.685	0.880	
Yaş				
18-25	78	2.621	0.779	F=0.164 p=0.921
26-45	204	2.659	0.865	
46-65	59	2.703	0.988	
66 yaş ve üzeri	12	2.542	1.287	
Medeni Durum				
Evli	180	2.750	0.932	t=2.173 p=0.030
Evli Değil	174	2.547	0.819	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	61	2.621	0.943	F=1.025 p=0.395
Lise	66	2.643	0.868	
Önlisans	41	2.910	0.961	
Lisans	134	2.599	0.804	
Lisansüstü	49	2.669	0.945	
Gelir				
0-1000 TL	31	2.489	0.803	F=2.153 p=0.094
1001-5000 TL	110	2.628	0.825	
5001-10000 TL	93	2.627	0.876	
10000TL ve üzeri	45	2.956	1.069	
İl				
Burdur	78	2.609	0.976	t=-0.470 p=0.639
Isparta	276	2.662	0.856	

Tablo 18’da yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarından sağlık sistemine katkı boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Sağlık sistemine katkı boyutu katılımcıların cinsiyetine (t=0.764, p=0.445), yaşına (F=0.164, p=0.921), eğitim durumuna (F=1.025, p=0.395), gelir durumuna (F=2.153, p=0.094) ve ile (t=-0.470, p=0.639) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sağlık sistemine katkı boyutunun medeni duruma göre karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (t=2.173, p=0.030). Evli katılımcılar evli olmayanlara oranlara yabancı hekimlerin sağlık sistemine yapacağı katkıyı daha fazla bulmaktadır.

Tablo 19. Hasta Perspektifinde Finansal Problemler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	165	3.504	1.130	t=-0.187 p=0.882
Erkek	167	3.481	1.117	
Yaş				
18-25	70	3.491	1.103	F=3.208 p=0.023
26-45	194	3.376	1.122	
46-65	56	3.801	1.080	
66 yaş ve üzeri	11	4.091	1.116	
Medeni Durum				
Evli	171	3.600	1.157	t=1.813 p=0.071
Evli Değil	161	3.378	1.075	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	58	3.799	1.105	F=2.754 p=0.028
Lise	63	3.598	1.157	
Önlisans	36	3.333	1.101	
Lisans	127	3.285	1.088	
Lisansüstü	45	3.644	1.120	
Gelir				
0-1000 TL	28	3.548	0.908	F=3.109 p=0.027
1001-5000 TL	103	3.706	1.025	
5001-10000 TL	87	3.439	1.125	
10001 TL ve üzeri	44	3.129	1.186	
İl				
Burdur	77	3.476	1.158	t=-0.145 p=0.885
Isparta	255	3.497	1.113	

Tablo 19’da yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarından finansal problemler boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Finansal problemler katılımcıların cinsiyetine (t=-0.187 p=0.882), medeni durumuna (t=1.813, p=0.071) ve yaşadıkları il ile (t=-0.145, p=0.885) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Finansal problemler boyutunun yaşa göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3.208, p=0.023). Yapılan Tukey’s-b testi sonucuna göre 26-45 yaş grubunda bulunan katılımcıların 46-65 ve 66 ve üzeri yaş grubunda bulunan katılımcılara oranla madde ortalamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Yabancı hekim istihdamına yönelik tutumda hasta katılımcılardan yaş grubu 26-45 olanların 46-65 ve 66 yaş ve üzeri yaş grubundakilere oranla finansal problemlerin yaşanacağını daha fazla düşündüğü söylenebilir.

Finansal problemler boyutunun eğitim durumuna göre karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=2.754$, $p=0.028$). Yapılan Tukey's-b testi sonucuna göre eğitim durumu ilköğretim olan katılımcıların eğitim durumu lisans olan katılımcılara oranla madde ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yabancı hekim istihdamının, katılımcılardan eğitim durumu ilköğretim olanların lisanslara oranlara daha fazla finansal problemlere sebep olacağını düşündüğü söylenebilir.

Finansal problemler boyutunun gelir düzeyi durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($F=3.109$, $p=0.027$). Yapılan Tukey's-b testi sonucuna göre farkın 1001-5000 TL gelir düzeyine sahip katılımcıların 10000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip katılımcılara oranla madde ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda katılımcılardan 1001-5000 TL gelir düzeyine sahip katılımcıların yabancı hekim istihdamının 10000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcılara oranla daha fazla finansal problemlere sebep olacağını düşünmektedir.

3.2.5.3. Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Boyutlarının Hasta ve Hekim Açısından Karşılaştırılması

Tablo 20. Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Tutum Boyutlarının Hasta ve Hekim Açısından Karşılaştırılması

Boyutlar	Hasta			Hekim			Test Değerleri
	N	X	SS	N	X	SS	
Kültürel Uyumsuzluk	354	3.206	1.013	161	3.582	0.807	t=4.148 p=0.000
Yerli Hekim Tercihi	354	4.093	0.969	161	4.394	0.740	t=3.507 p=0.000
Sağlık Sistemine Katkı	354	2.650	0.883	161	2.080	0.765	t=-7.082 p=0.000
Finansal Problemler	332	3.493	1.122	155	3.431	1.050	t=0.567 p=0.558

Tablo 20'de yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutlarının hekim ve hasta açısından karşılaştırılması yapılmıştır. Kültürel uyumsuzluk boyutunun hekim ve hasta açısından karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=4.148$, $p=0.000$). Hekimler hastalara oranla yabancı hekim istihdamında kültürel uyumsuzluğun daha fazla olacağını düşünmektedir.

Yerli hekim tercihi boyutunun hekim ve hasta açısından karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3.507$, $p=0.000$). Hekimlerin hastalara oranla yabancı hekim istihdamında yerli hekim tercihi daha fazladır.

Sağlık sistemine katkı boyutunun hekim ve hasta açısından karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-7.082$, $p=0.000$). Hastalar hekimlere oranla yabancı hekim istihdamının sağlık sistemine yapacağı katkıyı daha fazla bulmaktadır.

3.2.6. Hipotezlerin Kabul/Reddi

Araştırmada oluşturulan hipotezlerin kabul/red durumları Tablo 19'da gösterilmektedir.

Tablo 21. Hipotezlerin Kabul-Red Durumları

No	Hipotez	Kabul/Red
1	Hekimler hastalara oranla yabancı hekim istihdamında kültürel uyumsuzluğun daha fazla yaşanacağını düşünmektedir.	Kabul
2	Hekimler hastalara oranla yabancı hekim istihdamı yerine yerli hekimleri daha fazla tercih etmektedir.	Kabul
3	Hastalar hekimlere oranla yabancı hekim istihdamının sağlık sistemine olan katkısının daha fazla olacağını düşünmektedir.	Kabul

Hekimler ve hastalar açısından yabancı hekim istihdamına yönelik tutum boyutları yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) sonucu kıyaslandığında; kültürel uyumsuzluk, yerli hekim tercihi ve sağlık sistemine katkı boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Analiz sonucunda; hekimlerin hastalara oranla yabancı hekim istihdamında kültürel uyumsuzluğun daha fazla olacağını düşündüğü, hekimlerin hastalara oranla yabancı hekim istihdamında yerli hekim tercihinin daha fazla olduğu ve hastaların hekimlere oranla yabancı hekim istihdamının sağlık sistemine yapacağı katkıyı daha fazla bulduğu tespit edilmiştir.

Bu doğrultuda; “Hekimler hastalara oranla yabancı hekim istihdamında kültürel uyumsuzluğun daha fazla yaşanacağını düşünmektedir.”, “Hekimler hastalara oranla yabancı hekim istihdamı yerine yerli hekimleri daha fazla tercih etmektedir.”, “Hastalar hekimlere oranla yabancı hekim istihdamının sağlık sistemine olan

katkısının daha fazla olacağını düşünmektedir.” hipotezi dâhil olmak üzere tüm hipotezler kabul edilmiştir.

3.3. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular, literatürde yapılmış olan çalışmaların bulguları ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; yabancı hekim istihdamına yönelik tutumların alt boyutlarından sırasıyla *kültürel uyumsuzluk* (3.323), *yerli hekim tercihine* (4.187), *sağlık sistemine katkı* (2.472) ve *finansal problemler* (3.473) olmak üzere değerlendirilmiştir. Anketin araştırmacı tarafından hazırlanması sebebiyle literatürde aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışma mevcut değildir bu sebeple literatürde yer alan çalışmaların boyutları yansıtması yönü ile ele alınacak olup karşılaştırılmasına yer verilecektir.

Kültürel uyumsuzluk boyutu incelendiğinde hekimlerin bu boyutta çalışma sürelerine göre, çalışma ortamında yabancı hekimin var olması isteme durumuna göre ve çalışma ortamında yabancı hekimin varlığı hususunda kültürel uyumsuzlukların oluşabileceği dile getirilmiştir. Aynı boyuta hasta perspektifinden incelediğimizde medeni durumlarına göre ve eğitim durumuna göre kültürel uyumsuzluklara bakış açısı değişmektedir.

Koch ve Turgut (2004) tarafından yapılan çalışmada; hasta ve hekim ilişkisinin gerçekleştiği kültür diliminde geçerli olan hekim davranışları, hekim rolü tanı ve tedavi yöntemleri, hasta ya da sağlık hizmetleri yürütülmesinde ve yönlendirilmesinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Mahmud’a (2009: 13) göre hekimin başarısı hastası ile kuracağı ilişki ile ölçülebilir. Bu hususta hekim hastası ile duygusal, kültürel ve entelektüel olmak üzere 3 seviyede iletişim kurabilmektedir. Kastedilen kültürel iletişim; hekimin hastası ile bulunduğu ortamda kültürel ve sosyal kuralların farkında olmasıdır. Hekimden kültüre hâkim olması beklenmektedir. Yapılan bu çalışmalar araştırmamızla eş değer olup hekimin bulunan ortamın kültürüne ayak uydurabilmelidir. Hasta ve hekim katılımcılar ortak payda da buluşmuştur.

“Hasta-Hekim İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma” başlığıyla 2012 yılında Atilla ve diğerleri tarafından S.D.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi’nde 10’u hekim, 10’u hasta olmak üzere toplamda 20 katılımcı ile ses ya da görüntü kaydı yapılmaksızın görüşmeler gerçekleştirilerek betimsel nitel araştırma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda hem hastalarla hem de hekimlerle yapılan görüşmeler sonrası hasta ve hekim arasında bir iletişim problemi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada ise hem hasta hem de hekim tarafından irdelenen sonuçta var olan bir uyumsuzluk, problem olduğu görülmüştür. Bu farklılığın çalışma sorularının yabancı hekimleri irdemesinden kaynaklı bir sebep olarak gösterilebilir.

“Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması” Yağbasan ve Çakan tarafından 2005 yılında Elazığ ilinde bulunan üç ayrı noktadaki hastanelerde (Araştırma, Harput ve Elazığ Devlet Hastaneleri) ve anket sayısı eşit şekilde üçe bölünerek (133+133+134 şeklinde) uygulanmıştır. Çalışma sonucunda doktor-hasta ilişkisinde dilsel bir sorunun yaşandığı söylenebilir. Diğer bir ifade ile bu araştırma sonucunda; “doktorların ne söylediklerini hastaların anlamadığı” sonucuna ulaşılmıştır. Hem hekimler hem hastalar yabancı hekim hususunda aynı düşünce paydaşında buluşmuşlardır. İstanbul Avrupa yakasında hizmet veren, hasta kapasitesi birbirine yakın üç farklı devlet hastanesinde görev yapan (Selimpaşa Devlet Hastanesi, Büyükçekmece Devlet Hastanesi, Silivri Devlet Hastanesi) toplam 45 hekim ve onların hastalarından oluşan (225 hasta) 270 kişi ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Çalışma sonucunda; hekimlerin %91,1’i hastalarının duygularını anladıklarında hastalarının kendilerini daha iyi hissedeceklerine inanmakta ve %80 oranında hekim ise hastaların fiziksel sağlık durumlarını sorgularken ve öykü alırken duygularına dikkat etmeye gerek olmadığını düşünmektedir. %44,4’ü ise tıbbi hastalıkların tedavisinde duyguların yeri olduğuna inanmaktadır. Yabancı hekimin istihdamına yönelik yapılan çalışmada ise bu durum kültürel uyumsuzluk başlığı altında irdelenmektedir ve Yağbasan ve Çakan araştırmasının aksine yabancı hekimin dili, kültürü bilmemesi hastayı incitmektedir.

“Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri” başlığı ile 2007 de Arda ve diğerleri tarafından

Şubat 2006 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde hekimlerin 110'una (%32,6) ve hemşirelerin 138'ine (%30,9) anket uygulanarak bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda hasta ve hekimler ile arasında iletişim problemi olduğu gözlemlenmiştir.

Yerli Hekim Tercihi boyutu incelendiğinde hekimlere göre çalışma ortamında yabancı hekim olma ve çalışma ortamında yabancı hekim isteme durumu hastalara göre ise medeni, yaş, gelir ve il durumları baz alındığında yerli hekim yönelik tercihler fazladır.

Türk Kardiyoloji Derneği Arşivine (2009: 3) göre hekim seçme hakkı insana verilen saygı ve değerlerden kaynaklanmaktadır. Dinsel veya düşünsel değerler hasta için önemli olabilir, bu sebeple tercihiine ilişkin seçenek sunulmalıdır.

Bildirgeler ve yasal hak süreçleri incelendiğinde ulusal ve uluslararası belgeler çerçeveyi net bir şekilde ifade etmiştir. Bunlar;

- “Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.” (Lizbon Bildirgesi,1981)
- “Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkân sağlanır.” (Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği, 1983: 8 inci Madde)
- 22 Madde kapsamında “Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür.” (Hekimlik Meslek Etiği Yönetmeliği, 2012)
- 17 Ekim 2007 tarih ve 9379 Sayılı Makam Oluruyla “Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge” yayınlanmıştır ve buna göre bu yönergenin 5 maddesinin a bendine göre;
- “Temel hasta haklarından olan, hastanın kendisine sağlık hizmeti verecek olan hekimi seçme ve değiştirme hakkının kullanılabilmesini sağlamak amacıyla, kurumlarda hastanın hekim seçmesine imkân tanınması”

Ulusal çalışmalar hastaların hekim seçme haklarına değinmiştir. Bu çerçevede belirtilen boyut yasal çerçevelere dayanmaktadır. Yapılan çalışmamızda da hastalar bu haklarını kullanarak yerli hekim isteme noktasında bir eğilim olduğunu söylemek yeterli olacaktır. Hekimler ise bu noktada mevcut hekimlerin yeterli olduğunu yabancı hekim yerine tercihen yerli hekimlerin durumlarının iyileştirilmesini ve imkânlarının artırılması gerektiğini düşünmektedir.

Sağlık sistemine katkı boyutu incelendiğinde hekimler perspektifinden yabancı hekimin sağlayacağı katkı bireylerin medeni durumuna göre, çalışma ortamında yabancı hekim bulunmasına, yabancı hekim bulunmasını isteyenler, ikamet ettikleri ile göre farklılık göstermişken hastalarda bu durum medeni duruma göre değişmektedir.

Finansal problemler boyutunda ise hastalar yaşa, eğitim düzeyine ve gelir düzeyine göre hekimler ise çalışma ortamında yabancı hekim bulunanlar bu noktada sorun yaşanacağını düşünmektedir.

Hasta ve hekimler boyutları hususunda karşılaştırıldığında; hekimler hastalara oranla yabancı bir hekimin daha çok kültürel uyumsuzluğa maruz kalacağını ve daha çok yerli hekim istihdamı olması gerektiğini düşünmektedir. Hastalarda hekimlere oranla yabancı hekimin sağlık sistemine katkı sağlayacağını düşünmektedir.

SONUÇ

Bu araştırmada Isparta ve Burdur illerinde hasta ve hekimlerin Sağlık Bakanlığı personel politikaları çerçevesinde yabancı hekim istihdamına hastaların ve hekimlerin perspektifinden yaklaşımının öğrenilmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda araştırmanın yapıldığı Isparta ve Burdur il merkezinde 515 kişiye ulaşılmış olup, 354 kişiyi hastalar 161 kişiyi hekimler oluşturmuştur. Ankette yer alan ilk 34 ifadeyle “kültürel uyumsuzluk”, “yerli hekim tercihine”, “sağlık sistemine katkı” ve “finansal problemler” alt boyutlar oluşturularak genel bakış açısı ölçülmüştür.

Araştırmada katılımcıların yabancı hekim istihdamına yönelik tutumlarına ilişkin ifadelerden aldıkları puanlar doğrultusunda sırasıyla en çok yerli hekim tercihi, finansal problemler, kültürel uyumsuzluk ve sağlık sistemine katkı boyutları ile incelenmiştir.

Araştırmada demografik değişkenlere göre inceleme yapıldığında kültürel uyumsuzluk boyutunda yabancı hekimin kültürü, iletişimi, niteliği noktasında; Hekim perspektifinde ele alındığında çalışma süresine göre anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Çalışma hayatının ilk beş yılında olan hekimler 10 yılı geçmiş hekimlere göre yabancı hekim istihdamında yaşanacak olan kültürel uyumsuzluğun daha çok olacağı endişesini taşımaktadır. Katılımcıların çalışma ortamında yer alan yabancı hekimin varlığına göre karşılaştırılması yapıldığında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farkın sebebi çalışma ortamında yabancı hekim bulunmayan hekimlerin yabancı hekim geldiğinde daha çok kültürel uyumsuzluk problemi yaşayacağını düşündükleri içindir. Çalışma ortamında yabancı hekim isteme durumunda da anlamlı bir fark tespit edilmiş olup yabancı hekim ile çalışmak istemeyen hekimler bu durumu yabancı hekimin daha çok problem yaşayacağını düşünmelerinden kaynaklanmaktadır.

Hasta perspektifinde ele alındığında katılımcıların medeni durumuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli olan katılımcılar yabancı hekimlerin kültürel uyumsuzluk problemini daha çok yaşayacaklarını düşünmektedir. Eğitim faktörüne göre de anlamlı fark bulunmuştur. Bu noktada ilköğretim mezunları yabancı hekim istihdamında önlisans, lisans ve lisansüstü katılımcılara göre daha fazla kültürel uyumsuzluk yaşayacağını düşünmektedir.

Yerli Hekim Tercihine göre mevcut hekimlerin istihdamının sağlanması, imkânlarının arttırılması ve iyileştirilmesine yönelik;

Hekimler perspektifinden, çalışma ortamında yabancı hekim varlığı ve çalışma ortamında yabancı hekim isteme durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Çalışma ortamında yabancı hekim bulunmayan katılımcılar daha fazla yerli tercihinde bulunurken, çalışma ortamında yabancı hekim istemeyen katılımcılar daha fazla yerli hekim tercihinde bulunmaktadır.

Hastalar perspektifinden cinsiyet, yaş, gelir ve il bazında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kadın hastalar erkek hastalara oranla daha fazla yerli hekim tercihinde bulunmaktadır. 26-45 yaş grubu katılımcılar ise 45-65 yaş ve 66 yaş üzerine göre daha düşük puanla yabancı hekime ılıman yaklaşmışlardır. Hasta katılımcıların gelir düzeylerine göre 5000 TL altında gelire sahip olan katılımcılar daha çok yerli hekim tercihinde bulunmaktadır. Isparta ve Burdur ili karşılaştırıldığında ise Burdur ilinde yer alan hastalar Isparta ilinde yer alan hastalara nispeten daha çok yerli hekim tercihinde bulunduğu tespit edilmiştir.

Sağlık Sistemine Katkıya göre gerek ihtiyaç duyulan bölgelerin istihdam problemlerini çözmeye yönelik, sağlık insan gücüne pozitif katkı sağlamak ve coğrafi dağılımı iyileştirmek adına;

Hekim perspektifinden medeni durum, çalışma ortamında yabancı hekim bulunması, çalışma ortamında yabancı hekim isteme ve illere göre anlamlı farklılık bulunmuştur.

Evli olmayan katılımcılar, çalışma ortamında yabancı hekim olmayan ve çalışma ortamında yabancı hekim olmasını isteyen katılımcılar yabancı hekimlerin sağlık sistemine daha çok katkı yapacağını düşünmektedir. İl bazında bakıldığında Isparta ilinde yaşayan katılımcıların Burdur ili katılımcılarına göre yabancı hekimin sağlık sistemine katkı sağlayacaklarını düşünmektedir.

Hasta perspektifinde medeni duruma göre anlamlı fark bulunmuştur. Evli katılımcılar evli olmayanlara oranla yabancı hekimin daha çok katkı sağlayacağını düşünmektedir.

Finansal Problemlere göre ücret, rekabet ve finansal sorunlar kapsamında incelendiğinde;

Hekim perspektifinden yabancı hekimin olmasını isteme durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma ortamında yabancı hekim bulunmasını istemeyenler yabancı hekimin finansal problemlere daha fazla sebep olacağını düşünmektedir.

Hasta perspektifinden yaş, eğitim ve gelir düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmuştur. 26-45 yaş aralığında bulunan katılımcılar yabancı hekimin daha çok finansal sorunu beraberinde getireceğini düşünürken, eğitim durumu ilköğretim olanlar lisanlara oranla, gelir durumu 5000 ve 10000 TL arasında olan katılımcılar finansal problemlerin de olabileceğini düşünmektedir.

Hekim –Hasta açısından genel karşılaştırma yapıldığında, hekimlerin hastalara oranla kültürel uyumsuzluğun daha çok ve yerli hekim boyutunda yine hekimlerin hastalara oranla daha çok yerli hekimi tercih ettiği gözlemlenirken, sağlık sistemine katkı boyutunda ise hastaların hekimlere oranla yabancı hekimin sağlık sistemine katkısını fazla bulmaktadır.

Çalışma sonuçlarından yola çıkarak öne sürülmüş olunan hipotezler, “hekimler hastalara oranla yabancı hekim istihdamında kültürel uyumsuzluğun daha fazla yaşanacağını düşünmektedir”, “hekimler hastalara oranla yabancı hekim istihdamı yerine yerli hekimleri daha fazla tercih etmektedir”, “hastalar hekimlere oranla yabancı hekim istihdamının sağlık sistemine olan katkısının daha fazla olacağını düşünmektedir” kabul edilmiştir.

Bu çalışmada, son yıllarda gündeme gelen yabancı hekim istihdamı konusu incelenmiştir. Buradan hareketle yabancı hekim istihdamının ülkedeki hekim sayısının arttırılması ve coğrafi bölgelerdeki düzensiz dağılımı dengelemek için bir alternatif olabilmesi mümkündür. Fakat bunun sağlanması için sağlık insan gücü üzerine politikaların ayakları yere daha sağlam basacak şekilde revize edilmesi gereklidir. Çünkü bu alanda bir planlama eksikliği göze çarpmaktadır.

Çalışma sonucu olarak hem hastalar hem de hekimler kendi perspektiflerinden ve belli başlı korkulardan ötürü –ki bunlar mesleki yeterlilik, dil, kültür, iletişim-yabancı hekime sıcak bakmamışlar ve daha milli bir politika izlemişlerdir. Sıklıkla Mustafa Kemal Atatürk’ün de dediği gibi “Beni Türk hekimlerine emanet edin” sözü ile katılımcılar çalışmada yer almışlardır. Fikri olarak buna sonuna kadar katılmakla birlikte ithal hekimi kavramı da sağlık turizmi noktasında belki arka plana atılmaması gerekmektedir. Fakat Türkiye yabancı hekime hazır olan bir ülke değil ve bu sebeple kendi milli değerlerimiz doğrultusunda politika yapıcılardan sınır ve çerçevesi daha belirgin bir tablo ile karşımıza çıkılmasını beklemenin daha doğru olacağı söylenilebilir. Kısa vadeli ve anlık politika üretmek yerine uzun soluklu hedefler ile sağlık alanının planlama ihtiyacı ve kendi hekimlerimizin şartlarının iyileştirilmesi, bu noktada eğitim araştırmaların nitelikli hale getirilmesi yönünde çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca coğrafi dağılımlara yönelik mecburi zorunlu hizmet planlaması yapılması da bir alternatif olmakla birlikte sağlıkta insan gücü hedeflerine yönelik çalışmalar arttırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Acar, O.K., (2019), Personel Yönetiminden İnsan Kaynakları Yönetimine: Cumhuriyet Dönemi Kamu Personel Yönetim Tarihçesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 24 (1): 119-146.
- Akdağ, R. (2007), Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın, No:713, Ankara.
- Akdur, R., (1999), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara.
- Akdur, R., (2006), Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, ATAUM Yayın No:25 (2.Basım), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akgüner, T., (2001), Kamu Personel Yönetimi, Der Yayınları, İstanbul.
- Aksakoğlu, G., (2003), Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Politikalarında Değişim, Sol, 199: 41-5
- Aksakoğlu, G., (2008), Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü, Memleket Siyasi Yönetim Dergisi, 8: 7-62.
- Amanvermez, Y., (1981), İngiltere’de Kamu Personel Rejimi, Maliye Bakanlığı Tetkik Kurulu Yayını, Ankara.
- Anderson, J., (1984), Public Policy Making: An Introduction, Second Edition, Houghton Mifflin Company, Winston.
- Arda, H., Ertem, M. ve Baran, G. (2007), Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 15 (59): 68-74.
- Argun, A., (2011), Türkiye’de Kamu Politikası Disiplinin Tarihsel İzleri, (içinde: Türkiye’de Kamu Yönetimi ve Kamu Politikaları, Ed. Filiz Kartal, TODAİE, Ankara.
- Atabey, S.E., (2012), “Sağlık Sistemleri ve Bazı Ülkelerde Uygulanmakta Olan Sağlık Sistem Modelleri, Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, Ed: Derya SARIKAYA, 1.Basım, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Atabey, S.E., (2012), Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Politikaları, Sağlık Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni, 2 (7).
- Ateş, M., (1995), Kamu Hizmetlerinde İşe Alma Sistemleri ve Türkiye’de Uygulanan Politikalar Üzerine Bir İnceleme, Devlet Planlama Teşkilatı Yayını, Ankara.

- Aykaç, B. ve Altunok, H., (2014), Türk Yönetim Sistemini Etkileyen Yabancı Uzman Raporları Üzerine Bir İnceleme: Mook ve Podol Raporlarında Yöneticilik, İGÜSBD
- Bach, S., (2006), International Mobility of Health Professionals, UNI-WIDER United Nations University-World Institute for Development Economics Research, <http://www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2006/rp2006-82.pdf>.
- Başol, E. ve Işık, A., (2015), Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler, IAAOJ, Social Science, 2 (2): 1-26.
- Bayın, G. ve Akbulut, Y., (2012), *Kanıtı Dayalı Yaklaşım ve Sağlık Politikası*, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (2): 115-132.
- Benlikol, S., (1972), Çeşitli Ülkelerde Kamu Personeline İlişkin Sorunların Karşılaştırmalı Çözüm Yolları. Ankara, Maliye Tetkik Kurulu Yayını.
- Birgül, A.G., (2005). Kamu Personeli: Sistem ve Yönetim, İmge Kitabevi, Ankara.
- Buğra, A., (1997), State and business in modern Turkey. New York: New York University Press.
- Bulut, A., (2011), Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi, (Ed) Keyder, Ç.; Üstündağ, N.; Ağartan, T. ve Yoltar, Ç., Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, İstanbul, İletişim Yayınları.
- Buse, K., Mays, N. ve Walt, G., (2005), Making Health Policy, Open University Press, London School of Hygiene & Tropical Medicine, New York.
- Chernichovsky, D., (1995), Health system reforms in industrialized democracies: an emerging Paradigm, The Milbank Quarterly: 339-372.
- Çiçeklioğlu, M., (2011), Türkiye’de Sağlık Reformları, Değerlendirme Ve Öneriler, IAAOJ, Social Science, 2015, 2 (2): 1-26.
- Devlet Planlama Başkanlığı, (2014).2013 yılı Faaliyet Raporu,
- Dirican, M.R., (1970), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi*, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni, 2 (7).
- Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007 – 2013), Ankara Erişim: <https://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf>
- DPT (1963). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)., Erişim Tarihi: 29.04.2014, [.http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf),

- DPT (1968). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)., Erişim Tarihi: 29.04.2014, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/8/plan2.pdf>,
- DPT (2000). Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)., Erişim Tarihi: 29.04.2014, Erişim:<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/2/plan8.pdf>
- Dye, T.R., (1987), Understanding Public Policy, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, Inc..
- Elbek, O., (2018), Yerli ve Milli Hekimlik?, Cumhuriyet Gazetesi, Pazar Eki (11.02.2018)
- Erçek, M., (2004), Aktör Ağları ve Eksik/ Öncül Kurumsallaşma: Türkiye'deki Mesleki Personel/İnsan Kaynakları Söyleminin Yeniden Kurgulanması 1960-1999, Yönetim Araştırmaları Dergisi, 4 (2): 129-195.
- Erdem, R., Atilla, G. ve Oksay, A., (2012), Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma, İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 43, 23-37.
- Eryılmaz, B. (1997) Kamu Yönetimi, Birleşik Yayıncılık, Üçüncü Baskı.
- Eryılmaz, B., (2012), Kamu Yönetimi, Umuttepe Yayınları, İzmit-Kocaeli.
- Fişek N. (1984), Türkiye'de Sağlık Politikası, Toplum ve Hekim, 6 (34), 30-31
- Fişek, N., (1983), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yazılar. (Kitaplaşmamış yazılar 1: Sağlık Yönetimi).
- Gupta, N., Diallo, K., Zurn, P. and Poz, M. R, (2003), Assessing Human Resources for Health: What can be Learned from Labour Force Surveys?, Human Resources For Health, 1 (5): 1-16.
- Güler, B.A., (2003), Türkiye'de Kamu Personel Rejimi Esasları, Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığı ve TUHİS, Türkiye'de Kamu Personel Rejiminin Yeniden Yapılandırılması Sempozyumu, Ankara.
- Gülşen M.A. ve Yıldırım, M., (2017), Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi, Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10 (4): 159-172.
- Gümüş, M., (2008), Anayasal Meşrûfî Yönetime Medhal: 1856 Islahat Fermanı'nın Tam Metin İncelemesi, bilig Ê Güz / 2008 Ê sayı 47: 215-240.
- Gürsel, A., (2016), Cumhuriyet Döneminde Sağlık Personeli ve İstihdamı Politikaları, ASIA Minor Studies- International of Social Sciences, 4 (8).

- Güzel, A., (1986), 3008 Sayılı İş Yasasının Önemi ve Başlıca Hükümleri, İ.Ü. İktisat Fakültesi Sosyal Siyaset Konferansları.
- Hamzaoğlu, O., (2002), Reel Sosyalizmin Çözülüşünün İpucu: Alma Ata Bildirgesi, Toplum ve Hekim, 17 (2): 107-110.
- Healy, J.; Sharman, E.; Lokuge, B. (2006), Australia Health system review, Health Systems and Policies European. 8 (5).
- Hornby, P., (1992), New Approaches to the Planning of Human Resources for Health. WHO Counsultation Report, 23-27 March 1992, Bangkok, s:1-3.
- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H., (2016), *Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi*, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, Sayı: 12.
- Karasioğlu, F. ve Çam, A.V., (2008), *Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması*, Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 1 (1): 15-24.
- Kasapoğlu, A., (2016), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü*, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 19 (2).
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2012), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., 2010), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kemal, G., (1999), *Türk Anayasaları*, Bursa, Ekin Kitabevi Yayınları.
- Kılıç, B., (2007), Türkiye için Sağlık İnsan gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, İzmir.
- Kıvanç, M.M., (2015), Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları, Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, 3 (2).
- Koch, E. ve Turgut T., (2004), Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 15 (1): 64-9.
- Kutlu, M., Çolakoğlu, N. ve Özgüvenç, Z.P., (2010), Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2 (2).
- Lalonde, M., (1981), A New Perspective on the Health of Canadians, a Working Document, Government of Canada, Minister of Supply and Services Canada.

- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M., Kerman, U., (2014), Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. Amme İdaresi Dergisi, 47 (1), 53-78. <http://docplayer.biz.tr/7977714-Saglik-bakanligi-nda-yeniden-yapilanma-yeni-kamu-yonetimi-acisindan-bir-degerlendirme.html>.
- Mahmud, A., (2009), Doctor –Patient Relationship, Pulse. Medical Journal of Apollo Hospitals Dhaka, July, 3 (1): 12-14.
- Mamur Işıkcı, Y., (2016), Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 46.
- Migrant Workers in the German Health Sector (2015), Hamburg Inst. Of International Economics, February.
- Mihcioğlu, C., (1957), Personel İdare ve İdarede Beşeri Münasebetler, Amme İdaresi, Cilt 12, Sayı 4.
- Nohutçu, A., (2010), Kamu Yönetimi, Savaş Yayınevi, Ankara.
- OECD Sağlık İstatistikleri, Sağlık işgücü göçü Erişim: https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_WFMI&lang=en.
- OECD ve Dünya Bankası, (2008), OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye.
- Okumuş, N.; Eğin, M.E.; Kosdak, M. ve Çipil, Z. (2016), Sağlık Çalışanlarının Uluslararası Göçü/İstihdamı, E-Bülten, Sayı 2.
- Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018), Ankara Erişim:[http://kkp.tarim.gov.tr/sp/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1\(2014-2018\).pdfm](http://kkp.tarim.gov.tr/sp/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1(2014-2018).pdfm)
- Öktem, M. K., (1992), Türk Kamu Personel Yönetiminin Gelişimi, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 25 Sayı 2.
- Özdemir, H., (2001), Osmanlı Devletinde Bürokrasi, Okumuş Adam Yayıncılık, İstanbul.
- Öztek Z. (1992) Nusret Fişek İle Söyleşi, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Tisemat Basım, Ankara
- Porter, D., (2005), Health, Civilization and the State, Routledge Taylor and Francis Group, London and New York.
- Sağlık Bakanlığı (2012), Stratejik Plan 2013-2017, Ankara Erişim: <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 20.05.2019.

- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Erişim:<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/153,atamayerdegistirmeyonetmeli gi2015pdf.pdf?0>
- Sağlık Bakanlığı, (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>.
- Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine Ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge Bakan Onayı: 17.10.2007 – 9379.
- Sait, G., (1980), Memur Hukukunda Kayırma ve Liyakat Sistemleri, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Sayan, İ.Ö., (2009), Türkiye’de Kamu Personel Sistemi: İdari, Askeri, Akademik, Adli Personel Ayrımı, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 64 (1), 201-245.
- Sayan, Ö. İ. ve Küçük, A., (2012), Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 67, No. 1.
- Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Ankara, Erişim:Http://Www.Bilgitoplumu.Gov.Tr/Wp-Content/Uploads/2015/01/Sekizinci_Kalkinma_Planı.Pdf
- Şener, H.E., (2013), Türkiye’deki Kamu Personeli Politikaları, Adres Yayınları, Ankara.
- Şeylan, G., (2000), Kamu Personel Yönetiminden İnsan Kaynakları Yönetimine Geçiş, TESEV Yayınları 18, İstanbul.
- Taşkın, Ü., (2008), Klâsik Dönem Osmanlı Eğitim Kurumları, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 1 (3), 343-366
- TC 58. Hükümet Acil Eylem Planı. (2003) (<https://www.linux.org.tr/wpcontent/uploads/2010/04/AcilEylemPlanı.pdf>),
- Topkaya, Ö., (2016), Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21 (2): 707-722.
- Tutum, C., (1969), Fulton Raporu, Erişim: <https://docplayer.biz.tr/6467758-Fulton-raporu-uyesi-cahit-tutum-todaie-ogretim.html>
- Tutum, C., (1976), Personel Yönetimi, Sevinç Matbaası, Ankara.
- Tutum, C., (1979), Personel Yönetimi, TODAİE Yayınları, Ankara.
- Türk Tabipleri Birliği (2012), Hekimlik Meslek Etiği Kuralları.

- Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, (2006), Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı,
<http://www.basbakanlik.gov.tr/docs/kkgm/kanuntasarilari/101-1274%20TBMM.doc>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tarihçe, (2019), Güncellenme Tarihi: 01/09/15
Erişim:<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, (2002)., Mevcut Durum Raporu Sağlık Reformu Projesi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2019), Erişim:
<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
- Türkiye ve Orta - Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Teşkilat Kanunu, (1958),
Erişim:<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.7163.pdf>
- WHO (2007) World Health Organization, World Health Report (2006),
http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf, (07.01.2008).
- WHO, (2005), Regulation and Licensing of Physicians in the WHO European Region,
<http://www.euro.who.int/document/e87789.pdf>
- WHO, (2005), Regulation and Licensing of Physicians in the WHO European Region,
<http://www.euro.who.int/document/e87789.pdf>.
- WHO, (2006), The World Health Report, Working Together For Health: 22-26.
- WHO, (2011), European Observatory on Health Systems and Policies, Health Professional Mobility and Health Systems; Evidence from 17 European countries.
- World Bank, (1980), Health Problem and Policies in Developing Countries, Washington, WB Staff Working Paper No. 412, 18-20.
- World Health Organization, (1958), The First Ten Years of World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization, (2000), The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.
- World Health Organization, (2006), The World Health Report 2006: Working together for Health. Geneva: WHO; 14-26.

- Yabancı Asistan Hekimlerin Sorunları Çalışma Grubu Raporu, (2014), Türkiye’de Tıpta Uzmanlık Eğitimi Alan Yabancı Uyruklu Asistan Hekimlerin Sorunları ve Çözüm Önerileri, Derleyen: Dr. Şahin Hanalioğlu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara. <http://azhd.org/wp-content/uploads/2016/04/Yabanc%C4%B1-Asistan-Hekim-Raporu-2014.pdf>.
- Yağbasan, M. ve Çakan, F., (2006), Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırma, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı 15.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (13.1.1983).
- Yayman, H., (2005), Türkiye’nin İdari Reform Politikası, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Yeginboy, Y., Sayın, Ş.K., (2008), “Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları Ve Sorunları”. 2.Ulusal İktisat kongresi, İzmir.
- Yıldırım, H. H., (2013), Türkiye’de Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. 1. Baskı. Mattek Matbaacılık. Ankara:43-54.
- Yıldırım, H. H., (2016), Sağlık ve Siyaset, İthal Hekim Projesinin Düşündürdükleri ve Bazı Saptamalar: Londra’dan Bir Bakış, ABSAM, Ankara.
- Yıldız, G., (2017), Gelişimi Üzerinden İşlevsel Bir Kamu Personel Rejimi, ÇOMÜ Uluslar arası Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (4).
- Yılmazöz, M., (2009), Türkiye’de Kamu Personel Yönetimi Sorunu, Maliye Dergisi, Sayı 157.
- 663 sayılı KHK Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Erişim:<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf>.
- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete Tarih:02.11.2011 Sayı: 28103.
- 694 Sayılı KHK, Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname; Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf>.



EKLER

Ek-1. Hekimlere Yapılan Anket Formu

Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Hekimlerin Tutum Anketi

Bu çalışma, hekimlerin ithal hekim tartışmalarına bakış açısı ve tutumunu belirlemek amaçlı hazırlanmıştır. Ankettten elde edilecek veriler bu alandaki çalışmalara ışık tutacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz objektif cevaplar çalışma için kıymetlidir. Hassasiyetiniz ve gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederim. Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Osman Kürşat ACAR danışmanlığında İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Nesrin ÇOLDUR tarafından yürütülmektedir. (İletişim: nesrin.94_coldur@yahoo.com)

1						5
Hiç Katılmıyorum	←-----→					Tamamen Katılıyorum
	1	2	3	4	5	
Aşağıdaki ifadelere katılma düzeyinizi ilgili kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.						
No	İfadeler					
1	Yabancı hekimler hastalarla iletişim kurmakta sorun yaşarlar.	1	2	3	4	5
2	Yabancı hekimler teşhis ve tedavide hata yapabilirler.	1	2	3	4	5
3	Yabancı hekimin kültürü tedavi sürecini olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
4	Yaşanılan yerin kültürünün bilinmemesi yabancı hekimi zor duruma sokar.	1	2	3	4	5
5	Yabancı hekimlerle iletişimde güven problemi oluşur.	1	2	3	4	5
6	Yabancı hekimlerin hastanın duygularını anlayamaması hastayı incitir.	1	2	3	4	5
7	Yabancı hekim hasta sorularına yeterli cevaplar verebilir.	1	2	3	4	5
8	Kültürel ve sosyal çevreye uyum sağlayan yabancı hekimler daha başarılı olur.	1	2	3	4	5
9	Yabancı hekimlerin iletişim kurmasında gülyüz yeterlidir.	1	2	3	4	5
10	İyi bir sağlık hizmeti sunumu için yeterli hekimimizin olmadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
11	Yabancı hekimler nitelik noktasında yetersiz kalabilirler.	1	2	3	4	5
12	Coğrafi bölgelerdeki düzensiz hekim dağılımı yabancı hekimlerle eşitlenebilir.	1	2	3	4	5
13	Ülkemizde etkili bir hekim istihdamı yapıldığını düşünmüyorum.	1	2	3	4	5
14	Yabancı hekimler yerine yerli hekimlerin imkanlarının artırılması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
15	Yabancı hekimler yerine yerli hekimlerin istihdamının sağlanması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
16	Yabancı hekim yerine yerli hekim yetiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
17	Yabancı hekimler yerine uzun vadeli yerli hekim hedefi konmalıdır.	1	2	3	4	5
18	Yabancı hekimlerin tıp eğitimleri yetersiz ve eksik kalabilir.	1	2	3	4	5
19	Hastalar uyum sağladıkları hekimler ile daha açık konuşabilirler	1	2	3	4	5
20	Tıp fakülteleri eğitimlerimizin araştırma ve sorgulamadan uzaklaştığını düşünüyorum	1	2	3	4	5
21	Yerli hekimlerin gereksiz iş yüklerinin azaltılması gerekmektedir.	1	2	3	4	5
22	Yabancı hekimlerin mesleki yeterlilikleri ülke standartlarına uymayabilir.	1	2	3	4	5
23	Ülkemizdeki yerli hekimlerin göçüne (kaybına) sebep olur.	1	2	3	4	5
24	Yabancı hekimler yerli hekimlere nazaran daha esnek çalışabilirler.	1	2	3	4	5
25	Yerli ve yabancı hekimler arasında büyük eğitim farklılıkları görülebilir.	1	2	3	4	5
26	Yabancı hekim sağlık insangücü verimliliğine pozitif katkıda bulunur.	1	2	3	4	5
27	Yabancı hekimlerle birlikte ihtiyaç duyulan bölgelerdeki istihdam problemleri çözülmüş olur.	1	2	3	4	5
28	Yetişmiş yabancı hekimler ülkemizde eğitim masraflarının en aza inmesine katkı sağlayacaktır.	1	2	3	4	5
29	Yerli-yabancı olarak hekimler ayrılmamalıdır.	1	2	3	4	5
30	Eğitimi Türkiye’de tamamlamış yabancı hekimlere sektörde yer verilmelidir.	1	2	3	4	5
31	Geldiği ülkeye göre yabancı hekime bakış açısı değişir.	1	2	3	4	5
32	Yabancı hekim ile birlikte finansal sorunlar meydana gelecektir.	1	2	3	4	5
33	Yerli-yabancı hekimler arasında rekabet oluşacaktır.	1	2	3	4	5
34	Yerli-yabancı hekim arasında ücret farklılığı ortaya çıkacaktır.	1	2	3	4	5

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:

.....

2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek () 2. Kadın ()

3. Medeni durumunuz: 1. Evli () 2. Evli değil ()

4. Uzmanlığınız:.....

5. Çalıştığınız Hastane :

6. Aylık geliriniz (TL):

7. Kaç yıldır çalışıyorsunuz?

8. Sağlık politikalarını takip ediyor musunuz? 1. Evet () 2.Hayır ()

9. Sağlık politikalarında yabancı hekimlere yönelik tutumu doğru buluyor musunuz? Kısaca açıkla mısınız?

1. Evet ()

2.Hayır ()

10. Çalışma ortamınızda yabancı hekim var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

11. Çalışma ortamınızda yabancı hekim olmasını ister miydiniz? 1.Evet ()

2.Hayır ()

12. Yabancı hekim halkın, doktor veya hastane tercihini etkilediğini düşünüyor musunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()

13. Yabancı hekim konusunda başka belirtmek istediklerinizi lütfen yazınız.

.....
.....
.....
.....
.....

Anket bitti, teşekkür ederiz.

Ek-2. Hastalara Yapılan Anket Formu

Yabancı Hekim İstihdamına Yönelik Hastaların Tutum Anketi

Bu çalışma, hekimlerin ithal hekim tartışmalarına bakış açısı ve tutumunu belirlemek amaçlı hazırlanmıştır. Anketten elde edilecek veriler bu alandaki çalışmalara ışık tutacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz objektif cevaplar çalışma için kıymetlidir. Hassasiyetiniz ve gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederim. Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Osman Kürşat ACAR danışmanlığında İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Nesrin ÇOLDUR tarafından yürütülmektedir. (İletişim: nesrin.94_coldur@yahoo.com)

1		5				
Hiç Katılmıyorum		Tamamen Katılıyorum				
		1	2	3	4	5
Aşağıdaki ifadelere katılma düzeyinizi ilgili kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.						
No	İfadeler					
1	Yabancı hekimler hastalarla iletişim kurmakta sorun yaşarlar.	1	2	3	4	5
2	Yabancı hekimler teşhis ve tedavide hata yapabilirler.	1	2	3	4	5
3	Yabancı hekimin kültürü tedavi sürecini olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
4	Yaşanılan yerin kültürünün bilinmemesi yabancı hekimi zor duruma sokar.	1	2	3	4	5
5	Yabancı hekimlerle iletişimde güven problemi oluşur.	1	2	3	4	5
6	Yabancı hekimlerin hastanın duygularını anlayamaması hastayı incitir.	1	2	3	4	5
7	Yabancı hekim hasta sorularına yeterli cevaplar verebilir.	1	2	3	4	5
8	Kültürel ve sosyal çevreye uyum sağlayan yabancı hekimler daha başarılı olur.	1	2	3	4	5
9	Yabancı hekimlerin iletişim kurmasında gülyüz yeterlidir.	1	2	3	4	5
10	İyi bir sağlık hizmeti sunumu için yeterli hekimimizin olmadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
11	Yabancı hekimler nitelik noktasında yetersiz kalabilirler.	1	2	3	4	5
12	Coğrafi bölgelerdeki düzensiz hekim dağılımı yabancı hekimlerle eşitlenebilir.	1	2	3	4	5
13	Ülkemizde etkili bir hekim istihdamı yapıldığını düşünmüyorum.	1	2	3	4	5
14	Yabancı hekimler yerine yerli hekimlerin imkanlarının artırılması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
15	Yabancı hekimler yerine yerli hekimlerin istihdamının sağlanması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
16	Yabancı hekim yerine yerli hekim yetiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
17	Yabancı hekimler yerine uzun vadeli yerli hekim hedefi konmalıdır.	1	2	3	4	5
18	Yabancı hekimlerin tıp eğitimleri yetersiz ve eksik kalabilir.	1	2	3	4	5
19	Hastalar uyum sağladıkları hekimler ile daha açık konuşabilirler.	1	2	3	4	5
20	Tıp fakülteleri eğitimlerimizin araştırma ve sorgulamadan uzaklaştığını düşünüyorum	1	2	3	4	5
21	Yerli hekimlerin gereksiz iş yüklerinin azaltılması gerekmektedir.	1	2	3	4	5
22	Yabancı hekimlerin mesleki yeterlilikleri ülke standartlarına uymayabilir.	1	2	3	4	5
23	Ülkemizdeki yerli hekimlerin göçüne (kaybına) sebep olur.	1	2	3	4	5
24	Yabancı hekimler yerli hekimlere nazaran daha esnek çalışabilirler.	1	2	3	4	5
25	Yerli ve yabancı hekimler arasında büyük eğitim farklılıkları görülebilir.	1	2	3	4	5
26	Yabancı hekim sağlık insangücü verimliliğine pozitif katkıda bulunur.	1	2	3	4	5
27	Yabancı hekimlerle birlikte ihtiyaç duyulan bölgelerdeki istihdam problemleri çözülmüş olur.	1	2	3	4	5
28	Yetişmiş yabancı hekimler ülkemizde eğitim masraflarının en aza inmesine katkı sağlayacaktır.	1	2	3	4	5
29	Yerli-yabancı olarak hekimler ayrılmamalıdır.	1	2	3	4	5
30	Eğitimi Türkiye’de tamamlamış yabancı hekimlere sektörde yer verilmelidir.	1	2	3	4	5
31	Geldiği ülkeye göre yabancı hekime bakış açısı değişir.	1	2	3	4	5
32	Yabancı hekim ile birlikte finansal sorunlar meydana gelecektir.	1	2	3	4	5
33	Yerli-yabancı hekimler arasında rekabet oluşacaktır.	1	2	3	4	5
34	Yerli-yabancı hekim arasında ücret farklılığı ortaya çıkacaktır.	1	2	3	4	5

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek () 2. Kadın ()

3. Medeni durumunuz: 1. Evli () 2. Evli değil ()

4. Eğitim Durumunuz: 1. İlköğretim () 2. Lise () 3. Ön lisans ()
4. Lisans () 5. Lisansüstü ()

5. Mesleğiniz:.....

6. Aylık geliriniz (TL):

7. Yılda kaç kez hastaneye gidiyorsunuz (ortalama)?

8. Sıklıkla hangi hastaneyi tercih ediyorsunuz? 1. Devlet Hastanesi () 2. Özel Hastane ()

3. Şehir Hastanesi () 4.Eğitim ve Araştırma Hastanesi () 5. Diğer

9. Hekim tercihinde bulunuyor musunuz? 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen ()

10. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? 1. Evet () 2. Hayır ()

11. Gittiğiniz hastanede yabancı hekim olmasını ister miydiniz? 1.Evet ()
2.Hayır ()

12. Yabancı hekimin olması hastane tercihinizi etkiler mi? 1. Evet () 2. Hayır ()

13. Yabancı hekime muayene olmak ister misiniz? 1. Evet () 2. Hayır ()

(Cevabınız evet ise kısaca nedenini açıklayınız.)

.....

14. Yabancı hekim konusunda başka belirtmek istediklerinizi lütfen yazınız.

.....

.....

.....

.....

Anket bitti, teşekkür ederiz.

Ek-3. Etik Kurul Onayı



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler
Etik Kurul Başkanlığı


Sayı : 87432956/050.99/ **190383**
Konu : Etik Kurul Onayı.

16 -07- 2018
16 -07- 2018

Sayın, Nesrin ÇOLDUR
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yürütücüsü olduğunuz, "Sağlık Bakanlığı Personel Politikalarında İthal Hekim Tartışmalarının Yeri: Hasta-Hekim Perspektifiyle Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmamız Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 13.07.2018 tarihli ve 56/5 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti yazımız ekinde gönderilmiş olup, başvurunuza cevaben bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr. Muhterem GULUPÇU
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

EKLER:
1- Zarf

Batı Yerleşkesi Rektörlük Binası 32260 ISPARTA
Telefon Nu.: (246) 211 11 05 Faks: (246) 237 04 31
e-Posta: zuhalbardak@sdu.edu.tr İnternet Adresi: www.sdu.edu.tr

Bilgi İçin : Zuhal BARDAK
Şef
Telefon Nu.: (246) 211 80 52

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal ve Beşeri Bilimler
Etik Kurul Kararları

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
13.07.2018	56	5

5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nesrin ÇOLDUR tarafından yürütülen “Sağlık Bakanlığı Personel Politikalarında İthal Hekim Tartışmalarının Yeri: Hasta-Hekim Perspektifiyle Değerlendirilmesi” konulu tez çalışması hk.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nesrin ÇOLDUR tarafından yürütülen “Sağlık Bakanlığı Personel Politikalarında İthal Hekim Tartışmalarının Yeri: Hasta-Hekim Perspektifiyle Değerlendirilmesi” konulu tez çalışmasının kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna,


Mevcutun oybirliği ile karar verildi.


Prof. Dr. Murat Ali DULUPÇU
Başkan


Prof. Dr. Murat OKCU
Üye


Prof. Dr. Emek SONGUR
Üye


Prof. Dr. Bilge HÜR MÜZLÜ KORTHOLT


Prof. Dr. Talat SAKALLI
Üye


Prof. Dr. Yüksel METİN
Üye

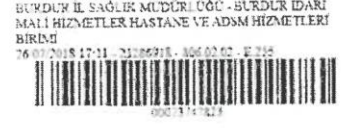

Prof. Dr. Nasuh GÜNAY
Üye


13.07.2018
Zuhal BARDAK
Raportör

Ek-4. Uygulama İzni



T.C.
BURDUR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 23286918-806.02.02
Konu : Uygulama İzni (Nesrin ÇOLDUR)

DAĞITIM YERLERİNE

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek lisans öğrencisi Nesrin ÇOLDUR'un "Sağlık Bakanlığı Personel Politikalarında İthal Hekim Tartışmalarının Yeri: Hekim-Hasta Perspektifiyle Değerlendirilmesi" konulu anket çalışması başvurusu incelenmiş olup, Bilimsel Araştırma Protokolü ve ekleri yazımız ekinde gönderilmiştir.

Burdur Devlet Hastanesi bünyesinde hizmeti aksatmayacak şekilde, araştırmaya katılımın gönüllük esasına göre, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilerek çalışmanın yürütülmesi hususunda:

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. M. Murat ERK
İl Sağlık Müdürü a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

EKLER: 1 Adet Bilimsel Araştırma Protokolü ve ekleri

DAĞITIM:

Burdur Devlet Hastanesi Başhekimliği
Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü
(Öğrenci İşleri Birimi)

Belgenin Aslı
E-İmzalıdır.
26.07.2018
ERKAN
Müdürü

Yeni Mah. İsmet İnönü Cad. No:42 Kat: 2 15050 Merkez BURDUR
Faks No:0248 233 35 21
e-Posta:asli.can2@saglik.gov.tr İnt Adresi: Aslı Can

Bilgi için:ASLI CAN
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0248 233 13 33

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5b6cc0af-cbb5-4ed9-a2e1-d3356f0fb9d4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Sayı : 23286918/806.02.02
Konu : Uygulama İzni (Nesrin ÇOLDUR)


TUTANAKTIR

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek lisans öğrencisi Nesrin ÇOLDUR'un "Sağlık Bakanlığı Personel Politikalarında İthal Hekim Tartışmalarının Yeri: Hekim- Hasta Perspektifiyle Değerlendirilmesi " konulu anket çalışması başvurusu Müdürlüğümüzce incelemiş olup, çalışmaların Sağlık Tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüze sunulması ve Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Burdur Devlet Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.

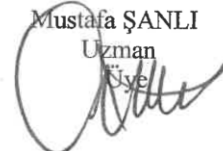
İş bu tutanak Klinik Araştırmalar İnceleme Komisyonu tarafından imza altına alınmıştır. 09/07/2018


Ufuk AYDEMİR
Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı
Üye


Dr. Sevinç ŞATLI
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
Üye


Bekir YÜREKLİ
Birim Sorumlusu
Üye


Dr. Musa Murat ERK
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı
Başkan


Mustafa ŞANLI
Uzman
Üye

ÖZGEÇMİŞ

NESRİN ÇOLDUR

Doğum Yeri : Çorlu
Doğum Tarihi : 26.05.1994
Medeni Hali : Bekar
Uyruğu : T.C
Sürücü Belgesi : Yok
Adres : Atatürk Mahallesi Işıl Sokak No:22 Daire:7 Ünye/Ordu
E-Posta : nesrin.94_coldur@yahoo.com
Tel : 0 545 657 2984

EĞİTİM

2012 Gazi Sosyal Bilimler Lisesi, Isparta
2016 Süleyman Demirel Üniversitesi Lisans, Sağlık Yönetimi Bölümü
2019 Süleyman Demirel Üniversitesi Yüksek Lisans, Sağlık Yönetimi
2018 (devam ediyor) Anadolu Üniversitesi, İşletme Bölümü

İŞ TECRÜBELERİ

2015 (Staj) Samsun Medicalpark / Anlaşmalı Kurumlar

- Yurtiçi ve yurtdışı sigortalı hasta kayıtlarının yapılması
- Faturanın kesilmesi ve provizyon işlemlerinin tamamlanması
- İşlem bitene kadar hastaya eşlik etmek
- Günlük rutin faturaların düzenlenmesi ve muhasebeye takdimi

2016 (Staj) Isparta SDÜ Eğitim ve Araştırma Merkezi

- Satın Alma (Hastane malzeme alımları ve ihale sürecinde yer alma)
- Yazı İşleri (Kurumun resmi yazışmalarını takip edip, yürütmek)
- Kalite Birimi (Kurum içi değerlendirmeler, standartların belirlenmesi ve önlemlerin alınması)
- Halkla İlişkiler (Hastalara eşlik etmek, anket çalışmalarında yer almak)

2016-2017 MEDDEM Hastanesi / Halkla İlişkiler

- Hastalara eşlik etmek , yardımcı olmak

- İstek,şikayet ve dilekleri takip etmek (sözlü ve kurumda bulunan kutuların takibi)
- Ayaktan, Yatarak ve Acil olmak üzere hasta memnuniyeti adına anket uygulamak
- Yatan Hastaların takibi, hasta ziyaretlerinde bulunmak
- Günlük rutin rapor hazırlamak
- Hastasını kaybeden hasta yakınlarının yanında bulunmak, ilgilenmek
- Rutin e-posta takibi sağlayarak hastaların isteklerine cevap vermek

2017-2018

SDÜ İİBF Sosyal Medya Sorumlusu

- SDÜ İİBF Web Sayfası takibi,güncellenmesi
- SDÜ İİBF Facebook-Twitter- Instagram hesaplarının takibi ,yönetilmesi

2017-2018

Dekan Sekreterliği (part-time)

2019 - (devam ediyor)

Yeşilay Isparta Şube Koordinatörü

YABANCIDİL

İngilizce – A2 seviye

Fransızca – A1 seviye

YAYINLAR

Çelik, R., Zeybek, M. ve Çoldur, N. (2017) , Çizgi Filmler İle Sağlık Kültürünün İnşası: Caillou Örneği , 6. International Congress on Current Debates in Social Science (CUDES), İstanbul.

Ünal, F., Acar, O.K. ve Çoldur, N. (2017), Türk Kamu Bürokrasisinde Eğitim: Dışişleri Bakanlığı Bürokratlarının Eğitimi Üzerinden Bir Değerlendirme, 6. International Congress on Current Debates in Social Science (CUDES), İstanbul.

Çoldur, N., Acar O.K. ve Ünal, F. (2017), Kamu Personel Politikaları İnsan Kaynağı Planlaması (zlığı) : Sağlık Bakanlığı Personel Politikaları Üzerinden Analiz, 6. International Congress on Current Debates in Social Science(CUDES), İstanbul.

Acar, O.K ve Çoldur N. (2017) , Yeni Kamu Yönetim Anlayışı Sonrası Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Yapısı: Isparta İl Sağlık Hizmeti Örgütü Üzerinden Nitel Analiz, RESSCONGRESS 1. Eğitim Bilimleri ve Sosyal Bilimler Kongresi, Bandırma.