



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Betül IŞIKLAR KARAKAYA

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARININ, KAMU
HASTANELERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN İSTİHDAM VE ÜCRETLENDİRME
AÇISINDAN ÇALIŞMA KOŞULLARINA OLUMSUZ ETKİLERİNİ ANLAMAYA
YÖNELİK ÇALIŞMA

İşletme Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2019



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Betül IŞIKLAR KARAKAYA

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI UYGULAMALARININ, KAMU
HASTANELERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN İSTİHDAM VE ÜCRETLENDİRME
AÇISINDAN ÇALIŞMA KOŞULLARINA OLUMSUZ ETKİLERİNİ ANLAMAYA
YÖNELİK ÇALIŞMA

Danışman

Doç. Dr. Janset AYTEMUR

İşletme Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2019

T.C.
Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Betül IŞIKLAR KARAKAYA'nın bu çalışması, jürimiz tarafından İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Miraç Savaş TURHAN (İmza)

Üye (Danışmanı) : Doç. Dr. Janset AYTEMUR (İmza)

Üye : Doç. Dr. Servet AKYOL (İmza)

Tez Başlığı: "Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının, Kamu Hastanelerinde Çalışan Personelin İstihdam ve Ücretlendirme Açısından Çalışma Koşullarına Olumsuz Etkilerini Anlamaya Yönelik Çalışma"

Onay: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 17/06/2019

Mezuniyet Tarihi : 11/07/2019

(İmza)
Prof. Dr. İhsan BULUT
Müdür

AKADEMİK BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının, Kamu Hastanelerinde Çalışan Personelin İstihdam ve Ücretlendirme Açısından Çalışma Koşullarına Olumsuz Etkilerini Anlamaya Yönelik Çalışma” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

Betül IŞIKLAR KARAKAYA



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
BEYAN BELGESİ



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	Betül IŞIKLAR KARAKAYA
Öğrenci Numarası	20118504009
Enstitü Ana Bilim Dalı	İşletme
Programı	Tezli Yüksek Lisans
Programın Türü	(X) Tezli Yüksek Lisans () Doktora () Tezsiz Yüksek Lisans
Danışmanın Unvanı, Adı-Soyadı	Doç. Dr. Janset AYTEMUR
Tez Başlığı	Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının, Kamu Hastanelerinde Çalışan Personelin İstihdam ve Ücretlendirme Açısından Çalışma Koşullarına Olumsuz Etkilerini Anlamaya Yönelik Çalışma
Turnitin Ödev Numarası	1148949854

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 98 sayfalık kısmına ilişkin olarak, 03/07/2019 tarihinde tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nda belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve ekte sunulan rapora göre, tezin/dönem projesinin benzerlik oranı;

alıntılar hariç % 13

alıntılar dahil % 14'tür.

Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir:

(X) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylarım.

() Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esasları'nda öngörülen yüzdelik sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.

Gerekçe:

Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımda yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

03/07/2019

Doç. Dr. Janset AYTEMUR

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR LİSTESİ	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	iv
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE İŞ YAŞAMINI DÜZENLEYEN MEVZUAT

1.1. Türkiye Çalışma Hayatında İş Kanununun Ortaya Çıkışı	3
1.1.1. Cumhuriyet Dönemi ve 1930 Sonrası İş Kanunu Düzenlemeleri	3
1.1.2. 1970 Sonrası İş Kanununda Düzenlemeler	6
1.1.3. 2003 Sonrası İş Kanununda Düzenlemeler	7
1.2. Kamu Personel Sistemi ve 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa Göre Kamuda İstihdam Şekilleri	8
1.2.1. Kamu Personel Yönetimi Süreci	9
1.2.2. Küresel Aktörler ile Etkileşim: Dünya Bankası ve IMF	11
1.3. Çalışma Hayatının Yeniden Yapılanması ile Çalışmanın Yeni Halleri	15
1.4. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü.....	19

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Kamu Sektöründe Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü.....	26
2.2. SDP ile Türkiye’de Sağlık İşgücü Politikalarının Sağlık Çalışanlarını Etkilediği Alanlar	29
2.2.1. İstihdam Biçiminde Dönüşüm	30
2.2.1.1. Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamı	33
2.2.1.2. Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı İstihdamı	34
2.2.1.3. Vekil Ebe ve Hemşire Statüsü	36
2.2.1.4. Yabancı Sağlık Meslek Mensupları.....	36
2.2.1.5. Tam Gün Yasası	36

2.2.1.6. Hizmet Satın Alma: Kamu Sağlık Kurumlarında Taşeron Statüsüne Geçiş	39
2.2.2. Personel Ücret Ödemelerinde Değişim	41

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SDP UYGULAMALARININ KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN İSTİHDAM VE ÜCRETLENDİRME AÇISINDAN ÇALIŞMA KOŞULLARINA OLUMSUZ ETKİLERİNİ ANLAMAYA YÖNELİK ÇALIŞMA

3.1. Araştırmanın Kapsamı ve Amacı	46
3.2. Araştırmanın Yöntemi	47
3.3. Veri Seti Analizi	48
3.4. Araştırma Bulguları	53
3.4.1. İstihdam	53
3.4.1.1. Yetersiz İstihdam.....	53
3.4.1.1.1. Hekim Başına Düşen Hasta Sayısının Artması	54
3.4.1.2. Farklı Statülerde İstihdam	60
3.4.1.2.1. Çalışanlar Arası Gelir ve Özlük Haklarında Farklılıklar.....	61
3.4.1.2.2. Döner Sermayeden Karşılanan İstihdam	63
3.4.1.2.3. Tam Gün Yasası	65
3.4.2. Ücretlendirme	67
3.4.2.1. Performansa Dayalı Ücretlendirme	67
3.4.2.1.1. Hekimler Arası Rekabet Ortamı	68
3.4.2.1.2. Yapay Taleple Artan İş Yüğü	69
3.4.2.1.3. Hekim ve Hasta İlişkisinin Değişmesi	71
SONUÇ	75
KAYNAKÇA.....	79
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 Türkiye’de Sağlık Personeli Sayıları	29
Tablo 2.2 Yıllara Göre Sağlık Personel Sayıları	32
Tablo 3.1 Araştırmanın Veri Setini Oluşturan Dokümanlar	49
Tablo 3.2 Veri Yorumlamada Kullanılan Kategori ve Temalar	52
Tablo 3.3 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı.....	54
Tablo 3.4 Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları	54
Tablo 3.5 Yıllara ve Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bilgisayarlı Tomografi Cihazı Görüntüleme Sayısı	70
Tablo 3.6 Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayısı	70
Tablo 3.7 Yıllara Göre Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanı Sayısı	74

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BAĞ-KUR	Esnaflık ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BDP	Barış ve Demokrasi Partisi
BK	Bakınız
BSB	Bağımsız Sosyal Bilimciler
CHP	Cumhuriyet Halk Partisi
DB	Dünya Bankası
DİSK-AR	Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu Araştırma Enstitüsü Bülteni
DMK	Devlet Memurları Kanunu
DPB	Devlet Personel Başkanlığı
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HDP	Halkların Demokratik Partisi
IMF	Uluslararası Para Fonu
KHB	Kamu Hastane Birlikleri
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
MHP	Milliyetçi Hareket Partisi
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PTT	Posta ve Telgraf Teşkilatı Anonim Şirketi
RG	Resmi Gazete
SAĞLIK-SEN	Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası
SASAM	Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHTK	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
SSGSS	Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSK	Türk Silahlı Kuvvetleri
TTB	Türk Tabipleri Birliği
WTO	Dünya Ticaret rgt



ÖZET

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türkiye sağlık sistemine neoliberal politikalar ekseninde önemli yapısal değişiklikler ve düzenlemeler getirmiş olması nedeniyle bir dönüm noktası özelliği taşımaktadır. Neoliberal zeminde gerçekleşen reformlar, kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerini piyasalaştırmıştır. Sağlık çalışanlarının koşulları, sağlık sisteminin içinde sosyal ve ekonomik yapının dönüşüm etkilerinden uzak kalamayacaktır. Sağlık işgücünün kadrolu istihdam biçimi, sözleşmeli istihdam biçimine doğru değişmiş, güvencesiz ve birbirinden farklı birçok kadro ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının ücretlendirme biçimlerindeki düzenlemelerle performans dayalı ücretlendirme uygulaması getirilmiş, hasta merkezli anlayış kaybolmuş, müşteri anlayışı ortaya çıkmıştır. Bu araştırmanın amacı, SDP düzenlemeleri ile kamu hastanelerinde çalışan sağlık iş gücünün çalışma koşullarına istihdam biçimleri ve ücretlendirme açısından yansıyan etkilerin, nitel alan araştırması ile saptanmasıdır. Meclis tutanakları, Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) ve Türk Tabipler Birliği (TTB) yayın ve raporlarından oluşan dokümanların analizi yapılmıştır. SDP'nin istihdam ve ücretlendirme açısından kamu hastane çalışanlarının çalışma ortamına etkisi “yetersiz istihdam”, “farklı statülerde istihdam” ve “performansa dayalı ücretlendirme” kategorilerinde incelenmiştir. Araştırma sonucunda, SDP'nin hekimin değersizleşmesi, tükenmişlik, şiddet, örgütsel adaletsizlik, hekimlerin işçileşmesi, gelir güvencesizliği, iş barışının bozulması vb. olumsuz sonuçları olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık iş gücü çalışma koşulları, istihdam, ücretlendirme

SUMMARY

**A STUDY TO UNDERSTAND THE NEGATIVE IMPACTS OF HEALTH
TRANSFORMATION PROGRAM PRACTICES ON THE WORKING CONDITIONS
OF THE PUBLIC HOSPITAL PERSONNEL BY CONSIDERING EMPLOYMENT
AND REMUNERATION METHODS**

Health Transformation Program is a milestone due to the healthcare system in Turkey have brought significant structural changes and regulations in the axis of neoliberal policies. Neoliberal reforms led to the opening of health service to the market. It cannot be said that the conditions of healthcare workers will not be affected by the transformation of social and economic structure within the health system. The permanent employment of the health workforce has switched to contractual employment, and many precarious situations and different health staff have emerged. Performance-based salary has been introduced through arrangements in the salary system of healthcare workers, therefore patient-centered understanding has been lost and patients has been treated as if they are customers. In this thesis, it has been studied to determine how HTP regulations affect the working conditions, employment methods and wages of healthcare employees working in public health care hospital by using qualitative field research method. Data analysis has been made by using the documents and reports composed of the SAGLIK-SEN Strategic Research Center (SASAM) and Turkish Medical Association (TTB). The impact of the HTP on the working environment of public hospital employees in terms of employment and remuneration has been examined in the categories of inadequate employment, employment in different statuses and performance based remuneration. As a result of this study, it has been determined that HTP has negative consequences reflected to the working environment such as depersonalization of physicians, exhaustion, violence, organizational injustice, income insecurity, deterioration of work peace etc.

Keywords: Health Transformation Program (HTP), health work force working conditions, employment, performance based salary

TEŞEKKÜR

Tez konusunun belirlenmesinden bitişine kadar tezin tüm aşamalarında; ince emeğini ve desteğini hiç esirgemediği, bilgeliği ve gösterdiği sabrı ile heyecanımı paylaşarak güçlendirdiği için ve uzunca bir döneme yayılan yüksek lisans sürecimde bana hep inandığı ve her zaman motive ederek yola devam etmeme yardımcı olduğu için sevgili danışmanım Doç. Dr. Janset Aytemur’a teşekkürlerimi sunarım.

Tezimi okudukları, önerileri ile katkıda bulundukları ve yön gösterdikleri için değerli hocalarım Doç. Dr. Servet Akyol ve Dr. Öğr. Üyesi Miraç Savaş Turhan’a teşekkür ederim.

Beni büyük bir sabırla dinleyerek desteklerini benden hiç esirgemedikleri için, sevgili dostlarım Zeynep Karsavuran ve Özlenen Özdiyar’a teşekkür ederim.

Ayrıca varlıklarını ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim sevgili dostlarım Hacer Çelik, Periman Genç, Özlem Güngör, İnayet Güneşer ve Alev Akça iyi ki varsınız!

Yaşamımın her aşamasında bana destek olup hiçbir zaman yalnız bırakmayan ve varlıklarından hep güç aldığım canım anneme, babama ve kardeşlerime desteklerinden dolayı, sonsuz teşekkürlerimi ve minnetlerimi sunarım. Verdiği önemli desteğiyle bu zor dönemi kolaylıkla atlatmamı sağladığı, gösterdiği sonsuz sabır ve anlayışı ile kızıma bu süreci hissettirmemek adına elinden gelen gayreti fazlasıyla gösterdiği için sevgili eşim Ekim Karakaya’ya teşekkür ederim. Bu yoğun süreçte kocaman yüreğiyle gösterdiği anlayış için en çok da canım kızım Nisan’a teşekkür ederim.

GİRİŞ

Türkiye’de sağlık sistemi, 1980 yılından başlayarak neoliberal politikaların yoğun etkisinde yapısal olarak ciddi bir dönüşüme uğramıştır. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak adlandırılan reform paketi ile gerçekleştirilen dönüşüm, kamu sağlık hizmetlerinin finansmanı, organizasyonu ve sunumundan başlayarak sağlık iş gücü ve politikalarını derinden etkilemektedir (Yenimahalleli-Yaşar vd., 2017). Bu dönemde, kamu sağlık hizmetleri sunumunu sağlayan iş gücü kaynakları, iş güvencesi olmayan farklı istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır. Piyasa unsurlarının kamu sağlık hizmetleri ile iç içe geçmesi ve devletin sağlık hizmeti sunumundan vazgeçmesi, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını belirleyen politikaların, piyasa koşullarına göre yeniden düzenlenmesine neden olmuştur. İş gücü maliyetlerini düşürme eğiliminde olan politikalar, farklı statülerde istihdam ve ücretlendirme politikalarında değişiklikleri gündeme getirmiştir. Kamu sektörü çalışanı iş güvencesi avantajını kaybetmiş ve özel sektör çalışanlarının çalışma koşullarına yaklaşmıştır (Etiler, 2011: 10-11). Sağlık alanındaki ücretlendirme politikalarındaki değişimin önemli bir sonucu olarak performansa dayalı ücretlendirme ile yeni bir çalışma düzeni oluşturulmuştur. Hekimler arasında rekabeti getiren bu uygulama, hekim hasta ilişkisinin, hekimlik mesleği algısının değişmesine neden olmuştur (Kart, 2013).

Bu araştırmada SDP’nin yol açtığı dönüşümü, kamu hastaneleri çalışanlarının çalışma koşulları üzerindeki olumsuz etkileri istihdam ve ücretlendirme açısından anlamaya yönelik olarak tasarlanmıştır “SDP’nin getirdiği düzenlemeler, sağlık çalışanlarını en çok hangi açılardan etkilemiştir?” ve “SDP ile yaşanan dönüşüm süreci içinde, sağlık çalışanları, ne gibi olumsuzluklarla karşılaşmışlardır?” soruları araştırmanın odağına işaret etmektedir. Bu çalışmada, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık alanı sosyal ve ekonomik yapıdan bağımsız ele alınmamıştır. SDP ile birlikte gözlemlenen dönüşümün iş gücü üzerindeki etkisi, ekonomik, siyasal ve sosyal devlet politikaları ile bütünlüklü bir ilişki içinde olduğu göz önünde bulundurularak, makroekonomik politikalar bağlamında açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışma üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde, Türkiye’de iş yaşamını düzenleyen yasal mevzuat, tarihsel bir dönemleştirme ışığında sunulmuş; sağlık politikalarının değişimi dönemlere göre aktarılmıştır. İkinci bölümde, sağlık alanında önemli yapısal değişikliklere neden olan SDP’nin etki alanı, istihdam ve ücretlendirme politikaları açısından incelenmiştir. Son bölümde, SDP uygulamalarının kamu hastanelerinde çalışan personelin çalışma koşullarına olumsuz etkileri, istihdam ve ücretlendirme süreçleri açısından ele alınmıştır. Nitel araştırma

tasarımı ile yürütülen araştırmada, TBMM tutanakları ve sendika/meslek örgütlerinin yayınlarından oluşturulan veri seti doküman analizi ile yorumlanmıştır. Bulgular ‘yetersiz istihdam’, ‘farklı statülerde istihdam’ ve ‘performansa dayalı ücretlendirme’ alt başlıkları çerçevesinde son bölümde aktarılmıştır. ‘Çalışanlar arası gelir ve özlük haklarındaki farklılıklar’, ‘hekimler arası rekabet ortamı’, ‘hekim ve hasta ilişkisinin değişmesi’, ‘yapay taleple artan iş yükü’ vb. pek çok kritik unsura ilişkin anlamlı sayıda ve dikkat çekici bulguya yer verilen çalışmanın ortaya koyduğu önemli bir sonuç da, yönetim ve organizasyon alanında sağlık sektöründe yapılan mikro düzey araştırmanın ancak arka plan bağlam bilgisi göz önünde bulundurulduğu durumda derinlemesine ve güçlü bulgular ortaya koyabileceğidir.



BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE İŞ YAŞAMINI DÜZENLEYEN MEVZUAT

Türkiye'de çalışma hayatı, çalışanların hakları ve çalışma koşulları mevzuatla düzenlenmektedir. Bireysel veya takım iş sözleşmeleri, tüzükler, genel sözleşme, toplu iş sözleşmesi, yönetmelikler, Bakanlar Kurulu'nun teşmil kararnamelemleri ile çalışanların çalışma koşullarını düzenlemeye yönelik kararları, kanun hükmünde kararnamelemler (KHK), kanunlar, Anayasa ve Anayasa'nın 90. maddesine göre doğrudan uygulanabilirlik kazanmış evrensel sözleşmeler, çalışma hukukunu düzenleyen mevzuatın temelini oluşturmaktadır. Türkiye'de farklı istihdam biçimleri bulunmakta belirli dönemlerde çalışanların statüleri değişikliğe uğramaktadır. Günümüzde iş sözleşmesine dayalı olarak çalışanların büyük bir kısmı, 4857 sayılı İş Kanunu'na tabidir. Devlet memurlarının çalışma koşulları ise 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu (DMK) ile belirlenmiştir. Bunların dışında, kamuda istihdam edilen diğer çalışma biçimleri için özel düzenlemeler de bulunmaktadır¹ (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2011: 114-115).

Kamu personel sistemi, ücretler, emeklilik, kamuda çalışan işçilerin statüsü vb. açılardan yapılan yasal düzenlemelerle, önemli değişikliklere uğramıştır. 1926 yılında 788 sayılı Memurin Yasasını takiben, 1927'de çıkarılan 1108 sayılı Maaş Yasası ve 1936'da çıkarılan 3008 sayılı İş Yasası bu önemli değişikliklere örnek olarak gösterilebilir (Öktem, 1992: 86). Çalışanlar yalnızca hammaddeleri ürüne dönüştürerek üretime katkı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda yönetimle ve birbirleriyle olan toplumsal ilişkileri de üretirler. Çalışma hayatına ilişkin bilgi, ancak onun içine gömülü olduğu toplumsal ilişkiler, politika ve devlet yapısı ile birlikte açıklanabilir. Çalışma hayatına, çalışma ilişkilerini yapısal olarak belirleyen yasalar çerçevesinde bakmak, daha gerçekçi bir anlam kazandırmaktadır (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 13).

1.1. Türkiye Çalışma Hayatında İş Kanununun Ortaya Çıkışı

1.1.1. Cumhuriyet Dönemi ve 1930 Sonrası İş Kanunu Düzenlemeleri

Osmanlı İmparatorluğu mirası üzerinde 1923 yılında kurulan Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucuları, siyasal anlamda bağımsızlığın, sağlam ve güçlü bir ekonominin kurulması ile sürdürülebileceğinin bilincindeydiler. Ancak henüz ekonominin geliştirileceği temeller yeterince güçlü değildi ve ülkede sanayi neredeyse yok gibiydi; ülkenin girişimcilere ihtiyacı

¹ 399 sayılı KHK ile kamu kurum ve kuruluşlarında geçici mahiyette çalıştırılan personel, 02.04.2018 tarihinde sözleşmeli personel statüsüne geçirilmiştir.

vardı ve henüz girişimci zihniyet yetişmemişti. O dönemde kişi başına düşen gelir, yoksulluk düzeyinde ve asgari geçim standartlarının altındaydı (Ertuna, 2004: 6). Cumhuriyetin kurulduğu ilk yıllarda ekonomik bağımsızlığın gerçekleşmesinin ancak ulusal bir burjuvazi önderliğinde, liberal bir ekonomi anlayışı içerisinde sanayileşmek ve hızlıca kalkınma ile mümkün olacağına inanılmaktaydı. O dönemde devlet tarafından korunan yerli sermaye kendisinden bekleneni gerçekleştirememiş ve ülkenin kalkınmasında liderlik rolü üstlenememişti. Bu şartlarda, sanayileşmek ve büyümek isteyen yeni iktidar rejiminin liderleri için, devletin öncülük edeceği sanayileşme hamlesi dışında bir seçenek kalmamıştı. Devlet, 1932 yılı itibariyle yürürlüğe giren yasalar ve yeni kurulan devlete ait işletmelerle, ülke ekonomisini güçlendirmeye yönelik liderlik rolü üstlenmiş ve ülkenin en büyük işvereni yerine geçmişti. Devletin öncülük ettiği ekonomi politikası beraberinde işgücü ihtiyacını da doğurmuştu (Akçay, 2010: 43-44). 1930’lardan itibaren tam anlamıyla uygulanmaya başlanan devletçi sanayileşme tercihiyle sanayi üretiminde ciddi ilerlemeler sağlanmış ve sermaye birikiminin önü açılmıştı (Boratav, 2006: 13-14). İlk iş kanununun çıkarılması devletçi sanayileşme modelinin tam olarak işlemeye başladığı bu döneme rastlamaktadır. İş Kanunu, iş sözleşmesinden doğan hakları işçi ve işveren arasındaki ilişki çerçevesinde düzenleyen temel metindir. İş Kanunu, iş sözleşmesi ve iş sözleşmesi türleri ve sözleşme fesih işlemleri, çalışma karşılığı ücret, yapılacak işin düzenlenmesi, çalışma saatleri, ücretli izinler, vb. başlıkları içermektedir. 5 Haziran 1937 tarihinde kabul edilen 3008 Sayılı İş Kanunu, sermaye birikiminin görece zayıf olduğu bir dönemde hazırlanmıştır (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 106). 1936 yılına kadar düzenlenen yasalar çalışma ilişkilerini bütünüyle kapsayan bir düzenleme amacı gütmeyen ve belirli konulara ilişkin hükümler getiren yasalardı; 1961 Anayasasından sonra İş Kanunu’nda yapılan düzenlemeler 1980 sonrası değişiklikler ile kıyaslandığında, 1980 sonrasında yapılan mevzuat değişikliklerinin, işçi ve işveren dengesini, işçi aleyhine değiştirdiği gözlenmektedir (Şafak, 2004: 111). İlk İş Kanunu, devletçi sanayileşme modelinin rayına oturmasıyla birlikte çıkartılmıştır. Sermaye birikim sürecinin düzgün çalışmasına yönelik olarak işçi sınıfının çalışma koşullarını düzenlemek, İş Kanunu’nun amaçlarından biridir (Akpınar, 2014: 147-148).

1937 yılında yürürlüğe giren 3008 Sayılı ilk İş Yasası; “bir iş akti dolayısıyla, başka bir şahsın işyerinde, bedenlen veyahut bedenlen ve fikren çalışan” kişileri tanımlıyordu. 1967 yılına kadar yürürlükte kalan bu yasa grevi yasaklamıştı ve grev yapmanın hafif para cezası bedeli vardı. Kamu hizmeti veren kurumlarda grev yapılması halinde de hafif hapis cezası yaptırımını bulunmaktaydı. Grev eğer siyasal kararlara müdahale etmek için yapıyor ise bu durumda cezalar ağırlaşıyordu. Bunun yanında, kıdem tazminatı uygulaması ile temel

haklarda bir takım düzenlemeler getirmişti ve işçinin işten çıkarılması durumunda çalışma süresine göre değişen oranlarda günlük ücreti üzerinden tazminat öngörülmüştü. Yasa kapsamında bulunan hakların büyük bir kısmı yalnızca kamu kurumlarında uygulanabilmiştir. 1946 yılından itibaren kurulan sendikaların en önemli çalışma alanı, 3008 sayılı İş Yasası ve onu bağlayan yasaların işçilerin lehinde düzenlenmesinde etkin rol almaktı: 3780 sayılı Milli Korunma Yasası ile İş Yasası'nda yeni düzenlemeler yapılarak bazı haklar askıya alınmış ve ücret karşılığı çalışma zorunluluğu “ücretli iş mükellefiyeti” getirilmiştir. İş Yasasının uygulama alanı, günlük 10 işçi çalıştıran işyerlerini kapsamış; bu kapsam ancak 1950 yılından sonra değişikliğe uğrayarak genişletilmiştir (Koç, 2003: 27-28).

Sanayileşme süreci içinde devletçi politikaların, en çok üzerine gittiği kesim işçi sınıfı ve tarım sektörü çalışanları olmuştur. 1930'lu yıllarda tarımdan sanayiye kaynak transferinin esas olarak buğday üreticisi üzerinden gerçekleştiği görülmektedir. Sanayileşme sürecinin sorumluluğu en başta köylüler (özellikle buğday üreten köylüler) olmak üzere, işçi sınıfı ile aralarında paylaştırılmıştır (Boratav, 2013: 79-80).

Yürürlüğe giren ilk İş Yasasında, henüz ortada sanayi ve bunun yaratacağı işçiler yokken dahi, özel kesim tarafınca, işçi haklarının verilmesi için henüz vaktin erken olduğu düşünülmüştür. Sayıca az bilinen işçilere, o güne kadar onların lehine verilmiş hakların olması, sermaye çevrelerine göre fazladır (Çakmak, 2007: 166). İşçilerin örgütlenme aracı olan sendika yerine iş odalarının gündeme alınması da, henüz sınıf bilinci oluşmadan onu önleme yoluna gidildiği şeklinde değerlendirilebilir (Tekeli, 1981: 307).

Ülkenin henüz kapitalizmin gelişme aşamasında olduğu düşünüldüğünde buradaki temel amacın, iş kanunu ile kırsal kökenli işçileri kapitalist üretim sistemine bağlayarak sürekli bir işçi sınıfı yaratmak olduğu belirtilmektedir. Sürekli ancak sınıf bilinci olmayan bir işçi kadrosu oluşturmak temel amaçtır. İşçilere sosyal güvenlik haklarının sağlanması işçi kadrosu oluşturabilmenin bir koşulu olmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, Batıda Keynesyen ekonomi politikaları baskınken, Türkiye’de uygulanan politikaların amacının, kırsalla bağlarını sürdürmekte olan işçi kesimini, devletçi sanayileşme modeli içinde, kapitalist üretimi canlandırmaya yönelik tam zamanlı işçi sınıfı yaratmak ve işgücünü yeniden üretebilir hale getirmek yönünde olduğu söylenebilir (Akpınar, 2014: 149). Çalışma ilişkilerinin hukuki kapsamı, doğal olarak ülkenin mevcut siyasal rejimine uygun şekilde oluşturulur; bu sayede çalışma ilişkilerinin işçi ve işveren tarafları rejim çizgisinde tutulurlar. Sonraki yasalar için öncülük edecek 1936 tarihli İş Kanunu da bu doğrultuda hazırlanmıştır (Çakmak, 2007).

1950 yılına varıldığında, iktidarda olan Demokrat Parti, özel sektöre dayalı bir sanayileşme niyetiyle liberal ekonomi kuralları uygulamayı vaat etmiştir. Bu dönemde özellikle ABD kaynaklı kredilerden de yararlanılarak, sanayileşme hamleleri başlatma eğilimi gösterilmiştir (Ertuna, 2004: 8). Dolayısıyla bu yılların, sermaye birikim sürecinin dış yardım destekli yerele dönük üretimin başladığı, özel sermaye destekli fabrikaların sayılarının arttığı, sanayi sermayesinin büyüdüğü, büyük işletmelerde otomasyon kullanımının gündeme geldiği bir dönem olduğu görülmektedir (Koçak, 2008: 76).

1.1.2. 1970 Sonrası İş Kanununda Düzenlemeler

1970'li yıllara kadar uygulanan Keynesyen politika temelinde, hem özel hem kamu yatırımları sayesinde sosyoekonomik yönden gelişim sağlanmıştır. II. Dünya Savaşından sonra devletler eğitim, sağlık ve çalışma koşulları gibi alanlarda sosyal politikalar üretme eğiliminde olmuşlardır. Bu dönemde ortaya çıkan küresel kriz, sosyal devlet uygulamalarından tavizler verilmesine neden olmuştur (Koçak ve Tiryaki, 2011: 57).

1970'li yılların başında kar oranlarında yaşanan düşüşle birlikte, kapitalizmin birikim süreçleri tıkanmaya başlamış ve krizi hafifletme çözümü olarak, toplum refahına öncelik veren sosyal devlet politikalarından vazgeçilmeye başlandığı görülmüştür. Bu tercih, 1980 sonrasında özellikle sosyal güvenlik alanında yaşanacak dönüşümlerin de habercisi olmuştur (Yenimahalleli-Yaşar, 2011: 164). 1970'lerin başından itibaren gelişmiş ve de gelişmekte olan ülkelerde, iş organizasyonunu etkileyen istihdam politikalarında büyük değişimler yaşanmıştır. Bu değişimlerden biri alt işverenliğin ("özel ya da kamu sektörü işvereni ile üretimin veya hizmetin dışında, bir başka işveren veya birey ile yapılan sözleşme") artışıdır (Quinlan ve Bohle, 2008). 25 Ağustos 1971 tarihinde kabul edilen 1475 Sayılı İş Kanunu selefine nazaran üretimin sosyal demokratik söylemine daha açıktır ve 2003 yılına kadar yaklaşık yirmi beş yıl yürürlükte kalmıştır (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 106).

1970'li yılların ortalarına kadar, siyasal düzlemde sosyal devlet uygulamaları sayılabilecek bir parantez dönemi içerisinde, sistemi korumak isteyen sermayenin, işçilere tanınan haklara katlanmak zorunda olduğu bir dönem yaşandığı söylenebilir (Özveri, 2008: 109). 1980 sonrası döneme bakıldığında, İş Kanunu'nda yapılan değişikliklerin, daha çok işveren lehine olduğu görülmektedir. 1936 tarihli İş Kanunu, her daim emek ve sermaye arasında kurulmaya çalışılan uyum konusunda, bugün yürürlükte olan 4857 sayılı İş Kanunu'na yön verdiği söylenebilir. 1936 tarihli İş Kanunu'nu 1947 tarih ve 5018 sayılı Sendikalar Kanunu'nun çıkarılması takip etmiştir. Hemen sonrasında, Çalışma Bakanlığı, resmi İş Bulma, İşçi Sigortalar Kurumu vb. kuruluşlar kurulmuştur. Özel iş mahkemeleri,

1950 yılında İş Yasası'nda yapılan değişiklikler kapsamında kurulmuştur. 1961 Anayasası'nın, grev hakkı ile sendika ve toplu pazarlık haklarını tanıması, yeni sosyal hakları dile getirmesi, birçok demokratik kurumu ülkemize kazandırması ile yeni bir iş kanunu gereğini doğurmuştur. 931 Sayılı İş Kanunu böyle bir zeminde 1967 yılında yürürlüğe girmiştir. Ülke tarihinde, ikinci İş Kanunu olarak bilinen bu yasa, daha sonra Anayasa mahkemesi tarafından şekil yönünden iptal etmiştir. Yapılan yeni düzenlemelerle, 1475 sayılı İş Kanunu yürürlüğe konmuştur. Aynı kanun 2003 yılında yürürlükten kaldırılmış ve yerine 4857 Sayılı İş Kanunu yürürlüğe konmuştur. 4857 Sayılı İş Kanunu, işçi haklarını azaltan, işverenden yana olan, dolayısıyla emek ve sermaye arasındaki dengede bozucu etki yapan bir düzenlemedir (Çakmak, 2007: 128-167).

1990 sonrası hizmet üretimi politikalarının kamucu anlayışı, yavaş yavaş özel sektör veya kamu dışı(ticari) anlayışlarla yer değiştirmiştir. Sermaye çevrelerinin temsilcileri tarafından “özel sektör artık kendi ayakları üzerinde durabilir, devlete ihtiyaç kalmadı” şeklinde yorumladıkları bu süreç, sadece devletin petrol, demir-çelik, çimento gibi ekonomik değeri olan ürünlerin üretiminden çekilmesiyle sınırlı kalmamış; sağlık ve sosyal güvenlik gibi temel vatandaş haklarına kadar yayılmıştır. Süreç Kamu Personel Rejimi ile yapılan yasal düzenlemelerle, kamu hastanelerinde ‘devlet memuru’ statüsüyle çalışma zorunluluğunu ortadan kaldırarak sözleşmeli statüde personel uygulamasına kadar devam etmiştir. Kamu hizmet sunumuna, taşeronun da dahil edilmesi ile süreç bu şekilde işlemeye devam etmiştir (Sertlek, 2008: 309-310).

1.1.3. 2003 Sonrası İş Kanununda Düzenlemeler

2000’li yıllarda Türkiye’de, iş sözleşmelerini belirleyen ilkelerin çerçevesi, dünya üzerinde iş sözleşmelerini belirleyen ilkelerin çerçevesiyle önemli ölçüde benzerdir. İş hukuku öğretisinde üretimdeki “işçiyi koruyucu hüküm ve yorum sosyal demokrat söyleminden” dünya genelinde yavaş yavaş vazgeçilmektedir. Son yıllarda, dünya üzerinde iş yasalarının, üretimde egemen olan neoliberalizm² ile uyumlu olarak düzenlendiği gözlemlenmektedir. İş yasalarının kapsamına alınan, çalışma saatleri ve çalışma haftaları, yıllık ücretli izinler, sözleşmenin feshine dair düzenlemeler, kıdem ve emeklilik düzenlemeleri, çalışma koşulları, işsizlik ödeneği ve işçi sağlığı ve güvenliği vb. başlıklarda neoliberalizmle uyumlu olarak düzenlendiği görülmektedir (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 91-92). 4857 sayılı İş Kanunu, bireysel iş hukukunu yeniden düzenlemek adına emeği

² Bu çalışmada neoliberalizm Harvey’in yaklaşımı ile bireysel refahı artırmanın; serbest piyasa koşulları, özel mülkiyet hakları ve bireysel girişimci serbestliği yolu ile mümkün olabileceğini öneren ekonomi politik uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (Harvey, 2005: 2).

üretim maliyetine dahil edilerek hesaplanabilir basit bir metaya indirgeyen, emek ve sermayeyi neoliberal politikalarla uyumlu hale getiren bir yasadır. Esneklik ve insan kaynakları yönetimini yan yana getirerek sağlanan bu uyum 4857 sayılı İş Kanunu'nda, işçilerin yükümlülüklerinde, bireysel iş hukukunun temel kavramlarında ve iş sözleşmesinin temel metninde önemli değişiklikler yaratmıştır (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 106).

1.2. Kamu Personel Sistemi ve 657 Sayılı DMK'ya Göre Kamuda İstihdam Şekilleri

Devlet, yürüteceği kamu hizmetinde ihtiyaç duyduğu personeli belli usullere göre almakta ve çalıştırmaktadır. Mesleğe başlangıcından, meslekle ilişkisinin bitmesine kadar olan süreçte, kamu istihdam sistemini biçimlendiren mevzuat, kamu personelinin çalışma düzenini oluşturur (Acar, 2012: 32). Kamu personeli “hizmete alınmaları yönünden, kendilerine uygulanan hukuk dalları yönünden, ücret yönünden, asli ve yardımcı olmaları yönünden ve hizmet süreleri yönünden” gruplandırılabilir (Gözübüyük ve Tan, 1998). Türkiye’de uygulanan kamu personel sisteminde idari, akademik, askeri ve adli alanda çalışan personelin çalışma düzeni, özel personel kanunlarıyla belirlenmektedir. İdari personel 657 sayılı DMK’ya; askeri personel 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) Personel Kanunu’na; akademik personel 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanunu’na; Hâkimler ve Savcılar 2802 sayılı Hâkimler ve Savcılar Kanunu’na tabi olarak çalışmaktadır. Ülkemizde özel personel kanunu ile çalışma alanlarının düzenlenmesi devlet geleneğidir; Söz konusu kanunlar kapsamında çalıştırılan personelin yönetimi, personel grupları arasında büyük farklılıklar göstermektedir (Özkal-Sayan, 2005: 6-89).

657 Sayılı DMK’ya göre kanundaki istihdam biçimleri şu şekilde gruplandırılabilir:

“Memurlar³: Kamu hizmetleri mevzuat dahilinde, memurlar, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçilerle gördürülebilir. Mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın, Devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler DMK'nın uygulamasında memur sayılırlar”.

“Sözleşmeli Personel⁴: Kalkınma Planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işlerliği için şart olan, zaruri ve istisnai hallere münhasır olmak üzere özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde, Bakanlar Kurulunca belirlenen esas ve usuller çerçevesinde kurumun teklifi ve Devlet Personel Başkanlığı'nın görüşü üzerine Maliye Bakanlığı'nca vizelenen

³ 657 sayılı DMK 4/A md.

⁴ 657 sayılı DMK 4/B md.

Bk. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> (erişim tarihi: 26.02.2019).

pozisyonlarda, mali yılla sınırlı olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu hizmeti görevlileri sözleşmeli personel olarak kabul edilir”.

“Geçici Personel⁵: Bir yıldan az süreli veya mevsimlik olduğuna Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığı'nın görüşlerine dayanılarak Bakanlar Kurulunca karar verilen görevlerde ve belirtilen ücret ve adet sınırları içinde sözleşme ile çalıştırılan ve işçi sayılmayan kimseler de geçici personel sayılırlar”.

“Geçici İşçiler⁶: Tüm bu sayılanların dışında kalan ve ilgili mevzuatı gereğinde tahsis edilen sürekli işçi kadrolarında, belirsiz süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan sürekli işçiler ile mevsimlik veya kampanya işlerinde ya da orman yangınıyla mücadele hizmetlerinde ilgili mevzuatına göre geçici iş pozisyonlarında altı aydan az olmak üzere belirli süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan geçici işçiler de bu kanun kapsamındadır. Bu kanuna tabi olan kurumlar bu dört istihdam şekli dışında personel çalıştıramaz”.

1.2.1. Kamu Personel Yönetimi Süreci

Kam personelini tanımlamak gerekirse; kamu hizmetleri sürekli kadrosuna ömür boyu bağlanmış olan memurlardan, devletin verdiği yetki ile iş gören noter gibi serbest meslek mensuplarına ve kamu hizmeti imtiyaz ya da sözleşme hakkını kamudan alan yüklenicilere kadar uzanan geniş bir çerçeveden bahsetmek gerekir. Kamu personel yönetimini açıklayabilmek, değişim süreci içinde ele almakla mümkündür (Ayman- Güler, 2003a):

a) 1970 Öncesi Dönem: 1926 tarihli ve 788 sayılı Memurin Kanunu'nun çıkarılması Cumhuriyet döneminde yaşanan en önemli gelişmedir. Bu kanunda, memurlar ve hizmetliler ayırımına yer verilmiş memurları kamu hizmetinde asil eleman olarak tanınmış ve hizmetliler “müstahdem” de kamu hizmetinin yardımcı elamanları olarak kabul edilmiştir. 1927 yılında çıkarılan 1108 sayılı Maaş Kanunu ve 1929 yılında çıkarılan 1452 sayılı Devlet Memurlarının Maaşlarının Tevhid ve Teadülüne Dair Kanun ile memur maaş hesaplamalarına standart getirilmeye çalışılmıştır. İkinci Dünya Savaşından sonra kamu yönetiminin yeniden düzenlenmesi konusu gündeme gelmiştir. Savaş sonrası ülkede önemli bir takım değişikliklerin meydana gelmesi, personel sisteminin de yetersizliğini ortaya koymuştur⁷. Bu yasa, 1924 Anayasa içeriğinde tüm memur için öngörülen hakları içermekte; memur hak ve görevleri, memurların görevde yükselmeleri, ödenen ücret ve ödenekleri, atanmaları veya işten çıkarılmaları gibi başlıklarda özel bir düzenleme getirilmesi amacını taşımaktadır (Öktem, 1992: 86).

⁵ 657 sayılı DTK 4/C md.

⁶ 657 sayılı DTK 4/D md.

Bk. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> (erişim tarihi: 26.02.2019).

⁷ <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/kurumsal/tarihce/tarihce-ve-sunus> (erişim tarihi: 01.03.2017).

Geçiş dönemi ve yabancı uzman raporları dönemi olarak tanımlanabilecek bu dönemde kamu personel reform talebi, 1945'ten sonra ön plana çıkmıştır. 1950'den hemen sonra hızlanan personel reformuna ilişkin çalışmalarda, konuyla ilgili yabancı uzmanlarca hazırlanan raporların yoğun olduğu dikkati çekmektedir. Bu dönemde personel sisteminin düzenlenmesi arayışıyla, yerli ve yabancılara uzman raporları hazırlanması planlanmıştır.

1949-1958 yılları arasında hazırlanan raporlardan bazıları şunlardır;

- Az memur, yeterli maaş ilkesini öneren, “Devlet Daire ve Müesseselerinde Rasyonel Çalışma Esasları Hakkında Rapor (Neumark Raporu 1949)”,
- Türkiye'nin ekonomik durumunu eleştiren; “işçi ücretlerinin düşüklüğü ve iyi yetişmiş yönetici gereksinimine yönelik yeterli ve öğrenim ilkesini öneren, M.W. Thornburg Raporu 1950”,
- Merkezi bir personel kurumu planlanması, personelin kariyer düzenlemesi, personelin siyaset sisteminin dışında tutulması, personele hizmet içi eğitimi uygulanması, tarım, eğitim ve sağlık alanlarında nitelikli personel yetiştirilmesi ve bunlar için yapılacak harcamaların yatırımlardan karşılanmasını öneren “Barker Raporu 1951”,
- Merkezi bir personel dairesi kurulması, memur niteliğinin yükseltilmesi, kamu yararı gözetilerek memurları memnun etmek üzere gerekli tedbirlerin alınması, kamu hizmetlerinin sınıflandırılması, adil bir maaş sistemi kurulması, personelin moral durumunun ihmal edilmemesi önerileri ile “(1951) J. W. Martin - F. C. E. Cush Raporu”, yabancı uzmanlarca hazırlanmış raporlardan bir kısmıdır (Öktem, 1992: 88-89; Ayman-Güler, 2003a: 48).

Hazırlanan raporların etki ettiği bu dönemde, personel sistemi reformu konusunda atılan en önemli adım, 12.12.1960 tarihinde 160 sayılı Kanunla Devlet Personel Dairesi Başkanlığının kurulması olmuştur (Tutum, 1970: 13). Devlet memurlarının çalışma haklarını düzenleyen bir reform adımı olarak sayılabilecek 657 sayılı DMK ise 23.07.1965 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanun personel sistemine yönelik olarak daha önceleri çıkarılan kanun ve diğer düzenlemelere göre daha detaylı ve düzenli bir kanun olarak kabul edilebilir. Günümüzde de düzenlenmiş olan tüm personel kanunlarının temel kamu personel mevzuatı olarak önemini korumaktadır⁸.

b) 1970-2000 Arası Dönem: 657 sayılı DMK, çıkartıldığı yıldan bu yana karşılaştığı direncin etkisiyle birçok kanun ve kanun hükmünde kararname ile pek çok değişikliğe uğramıştır. Değişikliklerle DMK'nın özgün içeriği değişmiş ve eklenen ya da çıkarılan yeni

⁸ <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/kurumsal/tarihce/tarihce-ve-sunus> (erişim tarihi: 01.03.2017).

hükümlerle kanunun bütünlüğü bozulmuştur (Akgüner, 2001: 17). Örneğin kamu hizmetlerinin sürekli kadrosu olarak yerleşmiş olan çalışma biçiminin yerine sözleşmeli personel çalıştırılmasının önünü açacak yeni düzenlemeler getirilmiştir. 1978 yılında Bakanlar Kurulu Kararı ile “Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar” kabul edilmiştir. Kamu personel sistemi için planlanan reformu gerçekleştirmek amacıyla kurulan Devlet Personel Dairesi 1984 yılına gelindiğinde yeniden düzenlenmesi öngörülmüştür. 08.06.1984 tarih ve 217 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Devlet Personel Dairesi, yeniden düzenlenmiş; Devlet Personel Başkanlığı ile Başbakanlığa bağlı bir yapı olarak yeniden kurulmuştur⁹.

c) 2000 Yılı Sonrası Dönem: 2000’li yıllarda personel sisteminin revize edilmesi, kamu reformu adına yürütülen çalışmaların önemli bir ayağı olmuştur. Personel sisteminde yapılacak değişikliğin esas amacı, kadrolu memur statüsü yerine sözleşmeli statünün getirilmesidir. Bu değişiklikle reformun devlet yapılanmasına da büyük değişiklik getirmesi planlanmıştır. Yeni devlet yapılanması ile ulusal ve sosyal devlet büyük oranda tasfiye edilmiş olacak küresel ekonominin ve sermaye sınıflarının yönetimine açık hale getirecektir. Bundan böyle yeni yapıda kamu ve özel sektör çalışanı konum olarak farksız hale getirilecektir. Çalışma hakkı, iş güvencesi gibi konularda karar verme noktasında kamu sürece dahil edilmeyerek dışında tutulacak ve haklarından yoksun bırakılacaktır. Bu noktada üretilen politikaların arkasında Uluslararası Para Fonu’nun (IMF) ve Dünya Bankası’nın (DB) olduğunu söylemek mümkündür (Ayman-Güler, 2003b: 33-34).

Türkiye’de kamu personeli sistemindeki aksaklıklara çözüm bulma sürecinde yapılan anlaşmalara bakıldığında, uluslararası aktörler tarafından sağlanan desteğin etkisinin ulusal aktörlerin etkisinden daha fazla olduğu ifade edilebilir. Türkiye’nin kamu yönetim sistemindeki reform süreci, uzun bir dönemden bu yana uluslararası aktörlerin etkisi altında gerçekleşmektedir. Reform sürecinin küresel aktörleri olarak sayılan Avrupa Birliği (AB), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) gibi örgütlerin yanında IMF ve DB bu süreçte daha etkin olarak değerlendirilmektedir (Altan, 2016: 387).

1.2.2. Küresel Aktörler ile Etkileşim: Dünya Bankası ve IMF

II. Dünya Savaşı sonrası, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İngiltere yeni küresel bir ekonomi sistemi yaratmak üzere Dünya Bankası ve IMF’yi kurmuştur. (Zabcı, 2002: 154). 1 Temmuz 1944’te ABD’nin New Hampshire eyaletinin Bretton Woods şehrinde 44 ülkenin katılımıyla gerçekleşen bir konferans ile kurulan ve bu nedenle Bretton Woods örgütleri

⁹ <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/kurumsal/tarihce/tarihce-ve-sunus> (erişim tarihi: 01.03.2017).

olarak anılan Dünya Bankası ve IMF, uluslararası finans kuruluşlarının en başında gelmektedir. II. Dünya Savaşı sonrası, savaşın ekonomi üzerinde bıraktığı olumsuz etkileri onarmak, küresel anlamda ticari ilişkilerde ekonomi ortaklığı yaratmak, ülke ekonomilerinin çok taraflı ve işbirliği içinde düzeni sağlamak, önemli kuruluş amaçlarından sayılmaktadır. Savaş sonrası Avrupa ekonomisinin yeniden kurulmasına destek olmak, her iki kuruluş için de varlık nedenidir. Önemli başka bir neden ise, 1930'lardaki "Büyük Bunalım"ın yol açtığı olumsuz ekonomik koşulları oluşturan politikaların bu dönemde yeniden uygulanmasını önlemektir (Usal, 2008: 233).

1990'lı yılların başından itibaren, ulusal politikaların giderek artan düzeyde küresel kapitalizmin baskın kuruluşlarınca oluşturulduğu gözlenmektedir. Bu kuruluşlar, gelişmekte olan ülkeler için ulusal düzeyde ekonomik alanda büyüme hedeflerini ve programlarını belirlemekle kalmayıp doğrudan siyasi alanlarına müdahale edip bu ülkelerin hukuki yapılarını da küresel ekonomi çerçevesinde, yeniden biçimlendirmektedir (Zabcı, 2002: 152).

DB özellikle Üçüncü Dünya ülkeleri üzerinde "Hindistan'daki bir sulama projesinden, Guatemala'daki bir yoksulluğu azaltma projesine; Türkiye'ye belli bir süre için karşılıksız ve uzun vadeli verilen bir borçtan, Afrika'da iç savaşlar sonrası yeniden yapılanma programlarına kadar", dokunmadığı bir alanın neredeyse bulunmadığı, dünya nüfusunun çoğunluğunun geleceği ile yakından ilişkili olduğu bir kurumdur. Ayrıca, 90'lardan itibaren özellikle akademik hayatta yaygın olarak kullanılan kavramların, araştırma için seçilen konuların gerek biçimlendirilmesinde, gerekse dolaşıma sokulmasında diğer uluslararası kurumlarla kıyaslanamayacak kadar etkin bir rol üstlenmiştir. Bankanın "yönetişim" kavramı ve "yoksulluk" sorununa yönelik ilgisi, sürecin içinde öncü rol üstlenmesini gerektirmiş ilgili kavramların içeriğini belirlemekle kalmayıp gündem konularını da oluşturmaya neden olmuştur. Banka kredi sağlayan, borçlandırıran, aynı zamanda politika üreticisi konumunda yer almaktadır. Devlet dışındaki aktörler için, özellikle de sivil toplum örgütlerinin faaliyet alanlarının ve projelerinin yönlendiricisi olmuştur. Aynı zamanda bir bilgi üreticisi rolü bulunmaktadır. Öyle ki, "bilgi rejimi" yaratan DB, üretilen bilgiden, uluslararası sistem içinde -iktidarda olan için- iktidarın devamlılığını sağlayacak stratejilere nasıl katkı sağlanabileceğinin benzersiz bir örneğidir. Özetle politikaların nasıl çalıştırıldığını, stratejik yöntemleri ve ideolojik yapılanmayı anlayabilmek için göz önünde bulundurulması gereken önemli bir uluslararası aktör olduğu belirtilmelidir (Zabcı, 2009).

Küresel ekonominin dinamiği, uluslararası sermayenin olmazsa olmaz kâr güdüsüne dayalıdır. Sermaye, az maliyetle kâr sağlanabilecek yerlere doğru akmaktadır. 1999'da

Washington’da IMF tarafından yapılan bir toplantıda söylenenler, yeni küresel ekonomi anayasacılığının siyasal ve ekonomik amaçlarını ortaya koymaktadır:

“Bir dünya ki, pazarda yer alanlar ve hükümetler şeffaflık ve yönetim yüksek standartlarına göre çalışacaktır... Bir dünya ki, yerli veya yabancı olsun öncelikle özel sektöre dayanacaktır... Bütün bunlar, içinde pazarın verimli işleyebildiği, riskin gerçekçi bir biçimde değerlendirildiği ve başarının ödülleri ile başarısızlığın maliyetlerinin adaletli bir biçimde dağıtıldığı bir dünya olacağı anlamına gelir” (Zabcı, 2002: 156-157).

1990’lı yıllara gelindiğinde dünyada, temelinde iletişim ve bilişim teknolojisi alanlarındaki gelişimlerin yattığı, hızlı bir küreselleşme yaşanmaya başlanmıştır. Ayrıca, Sovyetler Birliğinin dağılması ile birlikte ekonomik dönüşüm ile yeni bağımsız devletler ortaya çıkmış ve iki kutuplu dünyanın dengesi tek kutuplu dünyaya dönüşmüştür (Seyidoğlu, 2003: 141, 156). Günümüzde küresel ekonomik güçlerin egemenliğinin artması ulusal politika ve kurumların güçlerinin zayıflamasına neden olmaktadır. Bugünün küresel ekonomik koşullarına eklenmek tüm toplumlar için gereklilik haline gelmiştir. Ulus devletler artık standartlarını küresel ekonomi gereklerine uydurmak zorunda kalmakta ve toplumlarını IMF, Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların talepleri doğrultusunda yönlendirmektedirler (Yıldız, 2008: 31). IMF ve Dünya Bankası tarafından; özellikle sağlık çalışanlarının ücretlendirilmelerine yönelik kamu harcamalarının azaltılması ve sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi şartıyla hükümetleri korumak niyetiyle bir borç verme ve borçları yeniden finanse etme konusu gündeme gelmiştir. 1970’lerin başında sağlık sektöründe bu rolle işe başlayan DB, 1990’lara gelindiğinde dünyanın en büyük, sağlık sektörüne borç veren kuruluşu olmuştur (Homedes ve Ugalde, 2005: 142-156).

Ülkemizde de 1955 Tasarısı ile 657 Reformu’nun arka planında yabancı uzmanlar olduğu ve 1990’ların Reform adımlarının yabancı kurumların etkisinde yürütüldüğü bilinmektedir. IMF-Türkiye ilişkileri bakıldığında 1994, 1999, 2002 yıllarında Niyet Mektupları adıyla ve bunlar üzerinde yapılan stand-by düzenlemeleri ile gerçekleşen kamu personel reformu, “Kamu Harcama Reformu” üzerinde etkili olmuştur. Personel lehine olmayan bazı hükümlerin oluşturulduğu bu süreçte, ücret düzenleme, işten çıkarma ve ücretlerin enflasyon oranı ile ilişkisini gözden geçirme konularında düzenlemeler gündeme gelmiştir. Bu düzenlemeler ‘personel işten çıkarma’, ‘ödemeleri enflasyona endekslenmekten vazgeçme’, ‘yeni personel almama’ gibi önkoşullar olarak kendisini göstermiştir. Örneğin, 2002 Nisan birinci gözden geçirme metninde önemli iki koşul bulunmaktadır: “Kamu kuruluşlarındaki atıl istihdamın belirlenmesi ve kadroların iptal edilmesi” ve “Memurların ve

kamu idarecilerinin görevlerini ifa ederken uyacakları etik görev ve uygulama esaslarına ilişkin kanunun 2002 yılı sonuna kadar çıkarılmasını içerecek bir şekilde kamu personel sisteminin iyileştirilmesi” (Ayman-Güler, 2003a: 51).

IMF’nin Türkiye ekonomi tarihinde uzun bir geçmişi olmasına karşın, ekonomi politikaları içindeki yeri, daha çok 1998 Yakın İzleme Anlaşması’ndan sonra belirginleşmiştir. Dünya kapitalizmine uyum politikalarına geçiş dönemi olarak kabul edilen 24 Ocak 1980 (24 Ocak Kararları) ekonomimizin yakın tarihindeki kritik bir dönemeçtir. 1998 yılına gelindiğinde Türkiye artık IMF, Dünya Bankası ve WTO gibi uluslararası finans kuruluşlarının, denetim ve gözetim kriterlerine uygun olarak kendi siyasi ve ekonomik kuruluşlarını biçimlendirmeyi onaylamış ve uluslararası ekonomik işbölümünde kendisine verilen yeni rolü kabullenmiştir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2006: 7). Rapora göre bu rol:

- a) İşgücü pazarını kuralısızlaştırma ve esnekleştirme şeklinde modelleyerek ucuz işgücü rezervi oluşturmayı, teknolojiye düşük değerli uzmanlık alanı yaratmayı ve sanayi sektörünü uluslararası şirketlerin taşeronu olarak geliştirmeyi,
- b) Kamu hizmetlerini ticarî bir metaya çevirerek hizmet alıcısı olan vatandaşları “müşteriye”, ayrıca kamu hizmeti sağlayan devlet kurumlarını “ticarî işletmeye” çevirmeyi;
- c) Kamu İktisadî Kuruluşlarını (KİT) yerli veya yabancı özel sermaye şirketlerine doğrudan değerinin altında satmayı vb. gerektirmektedir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2006: 8).

Son dönemde, uygulanan ekonomi programları ile bütünleşen IMF Stand-by düzenlemelerinin ve Dünya Bankası proje kredilerindeki koşulların kamu personel istihdamını yönlendirildiği görülmektedir (Ayman-Güler, 2003b: 18).

Neoliberal politikalar kamu personel sisteminde istihdamın özel sektör istihdam sisteminden daha üstün olmasını daha korumalı, güvenceli ve bir takım üstünlüklere sahip olmasını istememektedir; bu farklılıkları, özel sektör istihdam koşullarını yaygınlaştırarak ortadan kaldırmaya çalışmaktadır. Bu haliyle kamuda oluşturulmak istenen yeni sistemin özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

- a) Sözleşmeli istihdam
- b) Performansa dayalı ücret sistemi
- c) Esnek çalışma koşulları (İhalecilik ve taşeronlukla güçlendirilmiş haliyle)
- d) Toplam kalite yönetimi (Ayman-Güler, 2003b: 27).

2001 sonrası süreçte kamu personel rejimini etkileyen bir başka değişim ise, 2003 yılında esnek çalışma rejimi getiren 4857 sayılı İş Kanunu'nun kabul edilmesidir. Çalışmanın

esnekleşmesi iki koldan gerçekleşmekte, bir yandan memurluk statüsü erirken, diğer yandan da taşeronlaşmayla kamu personel rejimine dahil olmaktadır. Atıl istihdam yaratmayı önleyen kadro pozisyonu ile kamu kurumlarında hizmeti yerine getiren taşeron personel, kamu personel sisteminin yeni asli statüsü olarak görülmüştür (Arslan, 2005: 309, 391).

1.3. Çalışma Hayatının Yeniden Yapılanması ile Çalışmanın Yeni Halleri

Türkiye'nin seksenli yıllarla birlikte toplumsal değişimler, Türkiye'deki sermaye birikiminin dünya ekonomisine nasıl eklenilebileceği sorununu da ortaya çıkarmıştır. Bu sürecin başarısı, dünyanın gelişmiş ülkeleri ile benzer bir model seçilerek gerçekleşen bir dönüşüme bağlı olacaktır. Dünyanın gelişmiş ülkeleriyle paralellik gösteren model seçimi, verimliliğin artırılması için son teknolojinin kullanımını, rekabet edebilmek için maliyetlerin düşürülmesini gerektirmektedir. Kapitalist sistemin ülkede bu şekilde varlığını sürdürebilmesi ve üretim ilişkileri içinde yeniden var olması ancak bu sürece bağımlı olacak bir işgücünün yaratılması halinde gerçekleşecektir. Bu topluluğun varlığının sürekliliğinin sağlanması, sisteme her durumda uyum göstermesine bağlı olacak ve koşullar sürekli kendini yenileyecektir; kapitalist sistemin sürekliliği bunun devamlılığı üzerinden beslenmektedir. Kamu personel sistemi içinde çalışma koşullarını düzenleyen istihdam biçimleri, çalışma koşullarına yönelik düzenlemeler ve hizmet sektörünün yeniden düzenlenmesi gibi başlıklar ancak bu bağlamda değerlendirildiğinde anlamlı olacaktır. Zira bu başlıkların gündeme alındığı dönemler, kapitalist sistemin varlığının devamlılığı ile ilgili çıkmaza girdiği dönemlere denk gelmektedir (Süalp, 2014: 20-21). Bu süreçlerde ülkemiz dünya kapitalizmine ucuz ve sisteme uyumlu işgücü rezervi olarak eklenmektedir. Türkiye'de çalışma ilişkileri, üretim sürecinin ve sermaye birikiminin sürekliliğine göre biçimlenmektedir. Çalışma ilişkileri genel olarak değerlendirildiğinde, çalışma hukukunun çalışanı koruyan ilkelerinden ziyade, öncelikle üretim yerinin korunması gerekliliği yönündeki tutum görülmektedir. Türkiye'de üretim ve ekonomik yapının dönüşümü, çalışma ilişkilerinde yaşanan dönüşümü de kapsamaktadır. İşgücü piyasasına dönük politikalara bakış açısını da değiştiren bu durum, Türkiye'ye bir laboratuvar olma özelliği kazandırmaktadır (Kutlu, 2009: 2). İşgücü piyasasını düzenleyen politikalar, kanunlarla, kanun tasarıları ile ve yönetmeliklerle sürekli revize edilmektedir. Bu yöntemle, üretim organizasyonları, çalışma kurumları ve çalışma ilişkileri yeniden düzenlenmekte ve kabuk yenileyerek sürece uyumunu devam ettirmektedir (Koşar, 2009: 13).

20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren yaygınlaşan küreselleşme ve neoliberalizm etkisiyle gelişen “yeni” yaklaşımlar, kamu personel politikalarında önemli değişikliklere yol

açmıştır. Keynesyen devlet politikaları, minimal ve düzenleyici devlet politikalarına dönüşmeye başlamıştır. Bu dönüşüm aynı zamanda, devletin kamu hizmeti algısının piyasa eksenli bir dönüşümü anlamına da gelmektedir. Kamu hizmetinde sunumdan ziyade ekonomik ölçütün ön planda tutulması, hizmetin sunucusu olan personelin değişebilir saatlerde, işyerlerinde ve statülerde istihdamını gerektirmekte ve bu gerekliliğin karşılanması ancak kamu istihdamında esnekleşme politikalarıyla mümkün kılınmaktadır. Devletin kamu politikalarını piyasacı anlayışla yürütmeyi tercih etmesi, personel alanına da yansımıştır. Türkiye'de bu tercih doğrultusunda, 1980'li yıllarda özelleştirme ve taşeronlaşma uygulamalarıyla başlayan istihdamda esnekleşme hedefinin, 2000'li yıllarda da hükümetin politika belgelerinde yerini koruduğu gözlenmektedir. Esnekleşmede küresel örgütlerin etkisi yadsınmamakla birlikte, konunun sadece küresel bir dayatma ile değil, ulusal birtakım örgütlerin ve devletin de benimsediği politikalar ışığında şekillendirildiğini görmek önemlidir (Dülgar, 2014). İstihdam biçimlerinde uygulanan güvencesizlik istihdam politikaları içinde önemli bir boyuttur. Türkiye'de güvencesiz istihdam, kendi içinde çeşitliliği barındırmakla birlikte yaygın biçimde kullanılmaya başlanmıştır. Taşeron çalışma, sözleşmeli çalışma ve belirli süreli çalışma yaygın olarak tercih edilen istihdam biçimleri arasında sayılabilir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2015: 74).

Yeni istihdam biçimleri, bunların belirlenme zamanı ve yoğunluğu, yeni İş Kanunu tarafından iş sözleşmesi biçiminde tanımlanmış ve düzenlenmiştir. Aşağıda ayrıntılı şekilde aktarılan belirli süreli iş sözleşmeleri, sözleşmeli çalışma, taşeronluk, ev eksenli çalışma ve İş Kanununda yapılan son değişikliklerle geçici iş ilişkisi, çağrı üzerine çalışma, kısmi zamanlı çalışma gibi istihdam biçimleri, 4857 Sayılı İş Kanunu ve değişikliklerle eklenen esnek çalışma sistemleridir (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 109):

a) Belirli ve Belirsiz Süreli İş Sözleşmesi¹⁰: İş ilişkisinin bir süreye bağlı olarak yapılmadığı durumda sözleşme belirsiz süreli sayılır. Belirli süreli işlerde veya belli bir işin tamamlanması veya belirli bir olgunun ortaya çıkması gibi objektif koşullara bağlı olarak işveren ile işçi arasında yazılı şekilde yapılan iş sözleşmesi belirli süreli iş sözleşmesidir. Belirli süreli iş sözleşmesi, esaslı bir neden olmadıkça, birden fazla üst üste (zincirleme) yapılamaz. Aksi halde iş sözleşmesi başlangıçtan itibaren belirsiz süreli kabul edilir. Esaslı nedene dayalı zincirleme iş sözleşmeleri, belirli süreli olma özelliğini korurlar.

b) Kısmi Süreli İş Sözleşmesi¹¹: Bu sözleşme türü batı ülkelerinde yaygın biçimde kullanılan bir uygulamadır. Türkiye'de kısmi süreli çalışma ilişkisi 4857 sayılı İş Kanunu ile

¹⁰ 4857 sayılı İş Kanunu md. 11

¹¹ 4857 sayılı İş Kanunu md. 13

Bk. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf> (erişim tarihi: 26.02.2019).

düzenlenmektedir. İşsizlik sorununa çözüm bulması beklentisi, bu düzenlemenin yapılmasında etkili olmuştur (Koç ve Görücü, 2011: 150). 4857 sayılı İş Kanunun 13. maddesine göre, işçinin normal haftalık çalışma süresinin, tam süreli iş sözleşmesiyle çalışan emsal işçiye göre önemli ölçüde daha az belirlenmesi durumunda sözleşme kısmî süreli iş sözleşmesidir. Kısmî süreli iş sözleşmesi ile çalıştırılan işçi, ayırımı haklı kılan bir neden olmadıkça, salt iş sözleşmesinin kısmî süreli olmasından dolayı tam süreli emsal işçiye göre farklı işleme tâbi tutulamaz. Kısmî süreli çalışan işçinin ücret ve paraya ilişkin bölünebilir menfaatleri, tam süreli emsal işçiye göre çalıştığı süreye orantılı olarak ödenir”.

c) Geçici İş İlişkisi¹²: 22.05.2003 tarih ve 4857 sayılı İş Kanunu, 06.05.2016 tarihinde yapılan bir değişiklikle 7. maddeye “Geçici iş ilişkisi, özel istihdam bürosu aracılığıyla ya da holding bünyesi içinde veya aynı şirketler topluluğuna bağlı başka bir işyerinde görevlendirme yapılmak suretiyle kurulabilir” ifadesi eklenmiştir. Bu uygulama, çeşitli tartışmalara yol açmıştır. İş ilişkisinin genel tanımında bulunan işveren ve çalışan arasında bir iş ilişkisi doğmakta ve ortaya çıkan bu ilişkide hak ve yükümlülüklerin her iki tarafın da sorumlu olduğu kuralı geçerli sayılmaktadır. Bu durum geçici iş ilişkisinde ise işveren tarafında devreye üçüncü bir şahıs girmekte ve ilişki biraz daha karmaşıklaşmaktadır. Dolayısıyla bu durum taraf hak ve yükümlülüklerin de değişmesi sonucunu doğurmaktadır. Bu haliyle işçinin sorumluluk alanı genişlemekte ve işçinin sorumlu olduğu işveren sayısı da değişmektedir (Zeytinoğlu, 2004: 119).

d) Çağrı Üzerine Çalışma ve Uzaktan Çalışma¹³: Bu çalışma biçimi 4857 Sayılı İş Kanunu’nda sadece çağrı üzerine çalışma olarak tanımlanmış iken 06.05.2016 tarih ve 6715 sayılı Kanunun 2. maddesiyle değiştirilmiştir. Yazılı sözleşme ile işçinin yapmayı üstlendiği işle ilgili olarak kendisine ihtiyaç duyulması halinde iş görme ediminin yerine getirileceğinin kararlaştırıldığı iş ilişkisi, çağrı üzerine çalışmaya dayalı kısmi süreli bir iş sözleşmesidir. Hafta, ay veya yıl gibi bir zaman dilimi içinde işçinin ne kadar süreyle çalışacağını taraflar belirlemedikleri takdirde, haftalık çalışma süresi yirmi saat kararlaştırılmış sayılır. Çağrı üzerine çalıştırılmak için belirlenen sürede işçi çalıştırılsın veya çalıştırılmasın ücrete hak kazanır. İşçiden iş görme borcunu yerine getirmesini çağrı yoluyla talep hakkına sahip olan işveren, bu çağrıyı, aksi kararlaştırılmadıkça, işçinin çalışacağı zamandan en az dört gün önce yapmak zorundadır. Süreye uygun çağrı üzerine işçi iş görme edimini yerine getirmekle yükümlüdür. Sözleşmede günlük çalışma süresi kararlaştırılmamış ise, işveren her çağrıda işçiyi günde en az dört saat üst üste çalıştırmak zorundadır. Uzaktan çalışma; işçinin, işveren

¹² 4857 sayılı İş Kanunu md. 7

¹³ 4857 sayılı İş Kanunu md. 14

Bk. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf> (erişim tarihi: 26.02.2019).

tarafından oluşturulan iş organizasyonu kapsamında iş görme edimini evinde ya da teknolojik iletişim araçları ile işyeri dışında yerine getirmesi esasına dayalı ve yazılı olarak kurulan iş ilişkisidir (Ek fıkra: 06.05.2016-6715/2 md.).

e) Taşeron Çalışma: Taşeron çalışma biçiminin geçmişi, 3008 sayılı İş Kanununun yürürlüğe girdiği 1936 yılına kadar uzanmaktadır. Endüstride taşeron uygulamalarının çalışma yaşamında yaygınlaşması, 1980'lerle birlikte Türkiye'de yaşanan ekonomik ve siyasal dönüşümlerin de eşlik ettiği neoliberal politikaların sonucunda gerçekleşmiştir. Taşeronlaşma, işgücü maliyetlerinin düşürülmesi ile ucuz işgücü yaratmak ve bu yolla rekabet ortamı oluşturulması gibi temel nedenlere dayanmaktadır (Şafak, 2004: 111). Her geçen gün daha fazla tartışılan taşeronluk meselesi, ekonomik ve siyasi bağlamdan ayrı düşünülemeyecek boyutta, toplumsal ve kültürel etki alanıyla birlikte daha derinlikli bir analizle incelenmesi gereken bir konudur. Taşeron çalışma biçiminin ortaya çıkışı ve yayılması nedenleri ile birlikte incelendiğinde, bu meselenin arka planında neoliberalizmin baskın olduğunu göz ardı etmemek gerekmektedir (Güller, 2015: 94-95). Taşeron çalışma biçimi, 1980'li yılların başından itibaren, önce belediyelerin temizlik hizmetlerini taşeron şirketlere devretmeleriyle başlamıştır. Taşeron çalışma biçimi, özel sektörün de yaygın biçimde uygulamayı benimsemesiyle birlikte çalışan haklarını korumaktan yana olmayan bir uygulama olarak yola devam etmiştir. Bu şekilde taşeronlaşmanın yaygınlaşması, işçi hakları bakımından kaygının daha da arttığı yeni bir dönem başlatmıştır. Bu uygulama ile bir iş yerindeki işin toplamı, hizmet içeriği bakımından bölünebilecek en anlamlı küçük parçalara ayrılarak her bir parça hizmeti ayrı taşeronlara verilebilmektedir. Temel amacın işçilik maliyetlerinin düşürülmesi olduğu bu uygulama taşeron şirkete çalışanlara vereceği hakları kısıtlama imkanı vermektedir. Sendikal örgütlenme hakkı olmaksızın, toplu iş sözleşmesi düzenlenmeden, asgari ücrete tabi, bazen asgari ücretin dahi altında bir ücretle işçi çalıştırmaya müsaade etmektedir. Bu koşullarda işçi haklarını koruyan, sendikal örgütlenme hakkı bulunan, toplu iş sözleşmesi imkanı olan işverenler için haksız rekabet ortamı oluşturmakta ve onları da maliyetleri düşürme amacıyla taşeron çalıştırmaya zorlamaktadır (Şakar, 2010: 30). Taşeron çalışma yalnızca imalat sektöründe değil, çağrı merkezlerinde, hastanelerde, bankalarda, hatta belediye gibi kamusal alan hizmetlerinde de yaygınlaşan bir uygulamadır (Yücesan-Özdemir, 2008: 254). Sahadaki uygulamasında hukuki bir takım sorunlarla karşılaşmış ve yargı sürecinde çözümlemelerle edinilen tecrübeler, zaman içinde sorunların çözümüne yönelik düzenleme gereği doğurmuştur. Daha önce de ifade edildiği gibi, Türkiye'de yasal geçmişi 1930'lara kadar uzanan taşeron uygulaması, günümüze ulaşınca kadar birçok açıdan değişikliğe uğrayarak ayrıntılı bir yasal düzenlemeden

geçmiştir. 2003 yılında çıkarılan 4857 sayılı İş Kanununda taşeron çalışmaya ilişkin yer alan hükümler, 2008 yılında ayrıntılı ve somut hale getirilmesi için Alt İşverenlik Yönetmeliği ile yeniden düzenlenmiştir (Tozlu ve Eraslan, 2012: 46). Taşeronlaşma memurluk rejiminin daraltıcı olgularından biri olmuştur. Taşeronlaşma, 1988 yılında Yardımcı Hizmetler Sınıfında başlamış, 2000'lerde ise başta Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri ve Teknik Hizmetler Sınıfı olmak üzere memurluk rejimine yayılmıştır. Sağlık hizmetleri alanında 2003 yılında başlayan süreç sözleşmeli personel çalıştırma ve taşeronlaşmanın bakanlıklarda asli ve sürekli hizmetlere sıçramasının açık örneğini oluşturur. Ortaya çıkan düzenlemelerle, Sağlık Bakanlığı'na özgü sözleşmeli personel istihdam biçimi oluşturulmuştur. Böylece söz konusu bakanlıkta kadrolu memurluk statüsü yerine asli ve sürekli hizmetlerde istihdam biçimi değiştirilerek sözleşmeli istihdamın önü açılmış, diğer yandan bir bütün olarak Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı'nda taşeronlaşma uygulanmaya başlamıştır. Her iki durum da eş zamanlı olarak, sağlık hizmetlerinde esnek kamu personel rejimine doğru ilerlemeyi hızlandırmıştır (Arslan, 2005: 361-362).

Sağlık sektörü, ülkemizde kamu personel rejim değişikliklerinin ilk uygulama alanı olmuştur. Sağlık alanında uygulanmaya başlayan reformlardan performans değerlendirme ve ek ödeme sistemi ilk olarak Sağlık Bakanlığında uygulanmıştır. Ülkemizdeki sağlık sektöründe istihdam politikaları, devletin genel sağlık politikalarından etkilenmektedir. Devletin sağlık politikalarının tarihsel dönemlerde sağlık örgütlenme yapısı değişikçe istihdam politikaları da ona bağlı olarak değişim göstermektedir. Süreç içinde sağlık politikaları ve devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün ağırlığı değişebilmekte ve AB, DB ve IMF gibi uluslararası kuruluşlar da etkin rol almaktadır. Reform etkisiyle birlikte sağlık hizmetlerinin niteliğinde birçok değişiklik meydana gelmiştir. Sağlık personeli istihdamının yönünü kadrolu statüden sözleşmeli statüye doğru çevireceği ve Kamu Hastane Birlikleri (KHB) ile sağlık hizmetleri örgütlenme yapısında değişiklik yaratacağı, taşeron personel ve yabancı sağlık personeli vb. istihdam biçimleri ile ciddi değişim yaşanacağı kaçınılmazdır (Özkal-Sayan ve Küçük, 2012: 173).

1.4. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü

Sağlık, ülkelerin gelişmişlik düzeyine ilişkin bilgi veren, toplumların yaşam kalitesini ve standartlarını doğrudan etkileyen önemli bir alandır. Hükümetlerin görevleri arasında toplumun sağlık standartlarını yükseltmek her şeyden önce gelmektedir. Hükümetler bu önemli görevi, uyguladıkları sağlık politikaları üzerinden gerçekleştirmektedir. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yanında sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı, sağlık

hizmetini yürütecek işgücüne yönelik düzenlemeler, sağlık politikaları kapsamındaki önemli konu başlıklarıdır (Memişoğlu, 2016: 63). Toplumların sosyoekonomik olarak gelişimi sağlık alanı üzerinde değişimlere neden olmuştur; insan ömrünün ortalamasının yükselmesi, devletlerin sağlık alanına daha fazla yatırım yapmasını gerekli kılmıştır. Bu nedenle dünyada sağlık sektörü cazip bir yatırım alanı olarak tanımlanmaktadır ve devletler sağlık politikalarını düzenlerken küreselleşmeye bağlı ana aktörlerin etkisi altındadırlar (Uysal-Şahin ve Köleoğlu, 2018). Kapitalizmin gelişim sürecinde geçirdiği aşamalarda, sağlık önemli ve fazlasıyla müdahaleye açık bir kamusal alan olmuştur. Bu süreçte kapitalizmin döngüsel krizlerine tepki olarak sistemik olarak yeniden yapılanma sağlık sektöründe reform ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu nedenle sağlıkta önemsenen değişim konuları 1980 ve sonrası neoliberal yapılanma ile birlikte değerlendirilmelidir. Dünya genelinde sağlık sektöründe benzer dönüşüm süreçlerine girilmiş olup uygulanmak istenen yeni projelerin arka planında neoliberal politikaların belirleyici olduğu görülmektedir. Ülkemizde de sağlık alanında yaşanan dönüşümü neoliberal dönüşüm perspektifinden okumak gerektiği söylenebilir (Demirci, 2015: 123-124).

Ülkemizde sağlık politikaları düzenlenirken Osmanlı mirasından etkilenilmiş ve merkeziyetçi bir yaklaşım benimsenmiştir. Cumhuriyetin hemen ardından koruyucu sağlık hizmetlerinin önemsendiği ve 1960'larla birlikte sağlık sisteminde reform çalışmalarının başlatıldığı fark edilmektedir. Ancak Türkiye için sağlık sisteminde ciddi anlamda dönüşüm ve reformlar için 1980'li yıllardan sonrasına bakmak gerekir. Bu dönemden sonra Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşların etkisi altında, ciddi bir reform aracı olarak 2000'li yıllarla birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı ortaya çıkmıştır (Tufan-Emini, 2018: 2). Neoliberal ekonomi döneminin yeniden düzenlediği sağlık hizmetleri, piyasa dinamikleri etkisi altında ticari bir boyut kazanmıştır. Türkiye'de neoliberal politikaların uygulanmaya başlaması ile sağlık emek gücünde de dönüşüm yaşanmış ve sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, istihdam özellikleri gibi durumlarda dönüşüm yaşanmıştır (Etiler, 2011: 2). Kamuda istihdam edilen personelin sayıca fazla olması ve niteliğinin düşük olması gibi gösterilen gerekçelerle, memurluğun yerine sözleşmeli personel istihdam biçimi tercih edilmeye başlanmıştır. Sözleşmeli personel, memurluğa kıyasla iş güvencesi olmayan bir istihdam biçimidir. Özellikle 2002 yılından sonra Bütçe Kanunlarında yapılan düzenlemelerde kadrolu istihdama kısıtlama getirilerek sözleşmeli personel alımının önü açılmıştır. Bu uygulama ile kamu hastanelerine kadrolu memur dışında, dört farklı statüde sözleşmeli personel çalıştırma imkanı sağlanmıştır. Sağlık alanında, sağlık hizmetlerinde örgütlenme yapısındaki değişikliklerin bir sonucu olarak "aile hekimliği" ve "KHB", personel istihdamında

sözleşmeli statüsünün yaygınlaştırılmasını kolaylaştırılacak yeni yapılar olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetinin bir kısmının üçüncü şahıslar aracılığıyla gördürülmesi ve özel hukuk sözleşmelerine dayandırılması ise “taşeron personel” çalıştırmanın önünü açmaktadır. Tüm bu değişikliklerle birlikte, özel hastanelerin geliştirilmesi ve ihtiyaç duyulan işgücü açığını ucuz maliyetle çözebilmek için de “yabancı sağlık personeli” istihdamı gündeme gelmiştir (Özkal-Sayan ve Küçük, 2012: 172-173).

Dünya genelinde 1980 sonrasında sağlık reformlarının gerekliliği önemli bir gündem haline gelmiştir. 1970 sonrası yaşanan yapısal krizin ardından DB’nın sağlık reformu olarak tanımladığı süreçte bütün ülkeler için aynı koşulları planlamış olduğu, kapitalist ülkelerin sağlık hizmetlerinde geldiği noktadan anlaşılmaktadır. (Hamzaoglu, 2013: 172). Dünyada yaşanan yapısal kriz, devletlerin küresel piyasa koşullarında ve ekonomik problemleri çözmeye çalışırken maliyetler nedeniyle sağlık hizmetleri talebini karşılayamaması ile açıklanmaktadır. Maliyetleri azaltmak için sağlık harcamaları konusunda tasarrufa yönelmek gerektiği görüşü neoliberal dönemde yaygınlaşmıştır. Kamu bütçesini aşan sağlık harcamaları kısmını azaltma yoluna gidilmiştir. Devletler krize çözüm olarak, katlanarak artan sağlık harcamalarını finanse edebilmek amacıyla vergi ve prim toplama sistemini yeniden değerlendirmek ya da doğrudan kamu bütçesinden karşılamak gibi çözüm olasılıklarını tercih etmemişlerdir (Ağartan, 2013: 37-51).

Türkiye’de ekonominin neoliberal politikaların etkisi altında olduğu 1980 sonrası dönemi, dönüşümün hızı ve niteliği itibariyle alt dönemlere ayırarak ele almak mümkündür:

a) 1980-1988 Dönemi Sağlık Politikaları: 1980 öncesinde Türkiye’nin Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş bir sosyal devlet olduğunu söylemek mümkün olmasa da, 1980’den sonraki dönemle karşılaştırıldığında nispeten güçlü bir sosyal devlet olduğu söylenebilir (Soyer, 2003: 305). Türkiye’de, Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren 1982 yılına kadar sağlık hizmetlerinin sunumu, devletin sorumluluğu olarak kabul edilmiş ve 1961 Anayasasına hüküm olarak eklenmiştir. 1980 anayasası ile sağlık sisteminin değişimi “reform” adıyla atılan adımlarla gerçekleştirilmiş; 1982 Anayasasının 56. Maddesi ile sağlık hizmeti sunumu devletin sorumluluğundan çıkarılmış ve yeni düzenlemeye göre devlet, “sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle” görevlendirilmiştir (Pala, 2012; Akdur, 1999: 15). Türkiye’de sağlık sistemi, 24 Ocak 1980 kararları ve 12 Eylül 1980 sonrası anayasa değişiklikleri ile başlayan bir reform süreci geçirmiştir. Reform süreci daha sonrasında, sağlık hizmetlerinin sunumunda, kamunun yerine özel sektöre öncelik veren temel bir değişiklik getirmiştir. Sonuç olarak, küresel anlamda dünya kapitalizminin yaşadığı 1970’li yıllardaki sağlıkta neoliberal dönüşüm, ülkemizde 1982 Anayasasında yapılan değişikliklerle sağlıkta

özelleştirmeye yönelerek, devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi ile yaşanmıştır (Pala, 2017: 44). 12 Eylül 1980'deki askeri müdahalenin hemen ardından çıkarılan ve tarihe 24 Ocak Kararları olarak geçen kırılma ile sağlığın liberalleşmesini hedefleyen politik kararlar alınmıştır (Kasapoğlu, 2016: 142). 24 Ocak Kararları ile Türkiye'de IMF'nin yapısal uyum politikalarına uyum süreci başlamıştır. Kapitalizmin yapısal kriz çözümü, sosyal devlet politikalarından vazgeçilmesini, sosyal harcamaların azaltılmasını, kamunun özelleştirilmeye açılmasını, yabancı yatırımcıların haklarından yana politikaların üretilmesini gerektirmektedir. Politikaları gerçekleştirecek yasal düzenlemeler, ülkemize verilen borcun karşılığı bir beklenti olarak değerlendirilmiştir (Aksu-Tanık, 2014: 405).

Emek ile sermaye arasındaki denge ilişkilerinin belirgin bir biçimde emek aleyhine bozulduğu bu dönemde, kamusal sağlık hizmetleri önemli oranda aşındırılmıştır. 1961 Anayasası'nın "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır" (md- 49), hükmüyle sağlığın insan için en temel hak olduğu ve bu hakkın devletin güvence altına alma sorumluluğu anlayışı olan "sosyal devlet" anlayışı, devletin doğrudan sorumlu olmadığı, düzenleyici olduğu bir anlayışla değiştirilmiştir (Soyer, 2003: 303-305). Sağlık alanında kamunun gücünün azaltılması gerektiğini savunan neoliberal yeni anlayış, bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunumunda kamuya yeni bir rol tanımlamıştır. Sağlık hizmetlerinde kamuya verilen bu rol ile yerelin daha etkin duruma getirilmesi, merkezin ise politika belirleyicisi, planlama, koordinasyon ve denetimle sınırlandırılması hedeflenmiştir (Ergun ve Dericioğulları-Ergun, 2010: 34).

Milli Güvenlik Kurulu yönetim ekibinin "parasız hizmet olmaz" söylemleri ile kamu hizmetlerini yıkan ve özelleştirmeyi destekleyen ilk önemli kararlar bu dönemde alınmıştır. 1981 yılının sonlarına doğru sağlık alanına yatırımların teşvik kapsamına alınarak kamu fonlarının özel sektöre aktarılması dönemin önemli adımları olarak sayılmaktadır. Hemen arkasından Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda döner sermayenin kapsamının genişletilmesi de 1983 yılında gerçekleşmiştir. Bu uygulama kamu sağlık kurumlarına ayrılan bütçe payının azaltılması yoluyla kamu hastanelerinin ayakta kalabilmeleri için sundukları hizmetleri fiyatlandırarak, sağlık hizmetlerini paralı hale getirilebilecekleri anlamını taşımaktadır. Bu amaçları gerçekleştirmeye yönelik, halktan alınacak ek primlerle finansmanının sağlanabileceği bir genel sağlık sigortası sistemine giriş planlanmış ancak tamamlanamamıştır (Soyer, 2003: 305-306).

1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (SHTK), kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması, devletin sağlık alanındaki sorumluluğunun bitirilmesi, sağlık çalışanlarının çalışma ortamının piyasa mantığına göre düzenlenmesi için önemli bir yasal araç olmuştur; sonraki yıllardaki tüm yasal düzenleme tartışmalarının da zeminini oluşturmuştur. Cumhuriyet tarihi boyunca sağlığa en az bütçe payının ayrıldığı bu dönemde hükümet yetkilileri, sağlık hizmetleri ile ilgili sorunların kaynağı olarak ‘sağlık hizmetinin kamu tarafından sağlanıyor olmasını göstermiş’ ve ancak ‘özelleştirme ile çözüme kavuşturulacağını’ ifade etmişlerdir. Aynı zamanda sağlık kurumlarının ve sağlık personelinin hedef tahtasına oturtulmasına izin verilmiştir. Sağlık Bakanlığına “geçici ve daimi meslekten men etme yetkisi verilmesi, yabancı sağlık personeli çalıştırılmasına izin verilmesi, özel ya da kamu sağlık kuruluşlarında zorunlu hizmet yaptırma yetkisi” ile tüm sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi, SHTK’nın sağlık çalışanları için reform örnekleri olmuştur. Neoliberal politikaların uygulamalarına tepki göstererek izin vermek istemeyen sağlık çalışanları, bu dönemde ekonomik ve siyasi anlamda baskı altına alınmışlardır (Soyer, 2003: 307).

b) 1990-2002 Dönemi Sağlık Politikaları: 1980’lerin neoliberal politikalarına yönelik toplumsal tepkilerin ardından, dönemin Hükümeti DYP-SHP koalisyon hükümeti, Ocak 1992’de Ekonomik Paket olarak sunulan bir programla devletin sağlığa ayıracak yeterince bütçesinin olmadığı, bütçedeki açığın ve kamudaki yatırım boşluğunun özel sağlık sektörüne ayrılacak teşviklerle kapatılacağı, sağlık sektörünün yabancılara açılacağı gibi söylemlerle sağlık reformu tartışmalarını başlatmıştır (Soyer, 2003: 310). Dönemin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinin sağlık sistemlerine bakıldığında, giderek etkisini artıran “sağlık krizi” ve bu krizle baş etmek için reform adımları atıldığı görülmektedir (Ağartan, 2013: 37). Sağlık sektörü üzerinde fikirler geliştirildikçe, uluslararası politik gelişmelerle birlikte ekonomik anlamda refah seviyesinin yükseltilmesi için ülkelerin sağlık konusuna ayrıca önem vermeleri gereğine işaret edilmiştir. Zira ekonomik açıdan bakıldığında, ülke nüfusunun sağlık durumu, ulusal düzeydeki ekonomik gelişime girdi olarak düşünülmektedir. Buna ek olarak, düşük kaliteli sağlık ile hane halkının yoksulluğu arasında bağlantı olduğu da yapılan çalışmalarla desteklenmektedir. Özetle, sağlık hizmetinin gerek iyi bir sağlık düzeyi için gerekse genel olarak ülke gelişimi için önemli olduğu konusunda fikir birliği ortaya çıkmıştır (Roberts vd., 2002).

1990’lı yılların başından itibaren sağlık reformu olarak tartışmalara bakıldığında birçok ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda; “finansman” ile “sunumun” birbirinden ayrılması yönünde tercih yapıldığı görülmektedir (Ağartan, 2013: 48-51). Bununla

birlikte aile hekimliği sistemi, koruyucu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak değerlendirilmiş; kamu hastanelerinin işletme haline dönüştürülmesi, GSS'nin sağlığın finansman kaynağı olarak uygulamaya geçirilmesi, sağlık çalışanlarının statülerinin sözleşmeli hale getirilmesi ve sağlık hizmeti sunumunda yerelin güçlendirilmesi gibi konular sağlık reformu kapsamında en çok tartışılan başlıklar olmuştur (Soyer, 2003: 310).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nin 1990-1994 dönemini içeren VI. Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık politikalarında yer alan bazı hususlar, sağlık kuruluşlarının özelleştirileceği hedefi olduğuna işaret etmektedir. Kalkınma planında “sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayacak kaynakları zenginleştirmek”, “sağlık hizmeti talebini karşılamak üzere özel sağlık sektöründen de yararlanmak için gerekli teşvikleri desteklemeye devam etmek” gibi ifadelerin bulunması gerçekleştirilmek istenen hedefi ortaya koymaktadır (DPT, 1990: 291).

1990 sonrası kamu hastaneleri personel yetersizliğini karşılamadaki kısıtlı bütçeleri nedeniyle, destek hizmetlerinden başlayarak, temizlik hizmetleri, yemek hizmetleri, bakım onarım hizmetleri, bilgi işlem hizmetleri vb. hizmet sunumunu kamu personeli dışına çıkarmıştır. Neredeyse tedavi hizmetleri dışındaki tüm hizmetler sözleşmeli statüde çalıştırılacak personel tarafından yaptırılmaya başlanmış, taşeronlaştırma kamu hastanelerinin çoğunlukla tercih ettiği bir istihdam yolu olmuştur. Kamu hastaneleri hizmet sunumunda yetersiz kalması sonucu, hizmetler bölünerek özelleştirilmiş; özel hastanelerin sayısının artması ile birlikte özel sektör güçlenmeye başlamıştır. 1988 yılında 115 olan özel hastanelerin sayısı, 2000 yılına kadar 261'i bulmuştur. Aynı dönemler içinde özel hastanelerin yatak sayısı toplam hastane yatak sayıları içinde payını %4,5'tan %8'e çıkarmıştır. Böyle bir artış hızıyla, özel hastaneler, kamu hastanelerine alternatif olarak sunulmuştur (Türk Tabipler Birliği, 2003: 16).

c) 2003 Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye'de sağlık politikalarında 2000'li yıllara gelindiğinde önceki yılların devamı niteliğinde ciddi değişimler gözlenmektedir. Bu değişimler dünya genelinde görülen değişimlere paralel neoliberal dönüşümün çarpıcı örneklerinden biridir. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile gündeme gelen dönüşüm özellikle Sağlık Bakanlığının yapısını önemli değişikliklere uğratmıştır. Bakanlığın görev ve yetki çerçevesinde başlayan köklü değişiklikler, sağlık hizmetlerinde basamak yapılanması, finansman kaynakları ve sağlık işgücü ile ilgili politikalara kadar uzanmaktadır. Bu değişikliklerin temelinde, uluslararası kuruluşlar tarafından tasarlanan standart çözüm önerileri bulunmaktadır. Dönüşüm adımlarının temel amacının, hizmet sunum finansmanının ve sağlık işgücü istihdamının devletin görevlerinden çıkarılarak, sağlık hizmeti sunumunun

mümkün olduğu oranda piyasa koşullarına devretmek olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır. Önceki hükümetlerin de sağlık reformları olarak ifade ettiği yapısal değişiklikler, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak gündeme getirilmiştir (Pala, 2017: 46-74; Yavuz, 2017: 76-102). Sağlık sisteminin sorunları ve reform ihtiyacı, önceki dönemlerde de üzerinde fikir birliğine varılan bir konu olmuş; özellikle 1990’lı yıllarda sağlık sisteminde ihtiyaç duyulan reform sürekli gündemde tutulmuştur. Ancak sorunların çözümüne yönelik reform ihtiyacının politikalara dönüştürülmesi, 2000’li yıllardan sonra mümkün hale gelmiştir (Memişoğlu, 2016: 73). SDP uygulamaları gerek ücretlendirme sisteminde gerekse istihdam modelinde çalışma biçimlerine getirdiği değişimle, sağlık emekçileri üzerinde ciddi etkiler yaratmıştır (Yavuz, 2016: 2).

Sağlıkta Dönüşüm ile başlayan sürecin ilk adımı olarak, sağlık ocaklarının kapatılması uygulamasını getiren 24.11.2004 tarihli, 5258 sayılı Kanun ile koruyucu sağlık hizmetleri Aile Hekimliği sistemine devredilmiştir. 19.01.2005’te 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun’un yürürlüğe girmesiyle, kamu hastaneleri arasındaki farklılıklar ortadan kaldırılarak tüm hastaneler devlet hastanesi olarak kabul edilmiştir. 16.05.2006 yılında yürürlüğe giren 5502 sayılı Kanun ile Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumundan (SSK) oluşan sosyal güvenlik sistemi tek çatı altında birleştirilmiştir. 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile de sağlık çalışanlarının çalışma biçimlerini etkileyen yasal düzenlemelerle dönüşüm süreci devam ettirilmiştir (Memişoğlu, 2016: 76-77).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Kamu Sektöründe Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü

SDP sağlık alanına çok önemli yapısal değişiklikler ve düzenlemeler getirmiş olması nedeniyle bir dönüm noktası özelliği taşımaktadır. SDP uygulamaları ile finansman sistemini tek çatı altında toplayacak yasal düzenlemeler getirilmiş; bu şekilde sağlık hizmetini finanse eden birimlerin farklılıkları giderilerek aralarındaki uyum ve koordinasyon sorunu giderilmiştir. Sosyal güvenlik sistemi böylece revize edilerek nüfusun tamamını kapsayan bir düzene kavuşturulmuştur. Diğer bir açıdan vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinden memnun olma düzeyini artırmak üzere adımlar atılmıştır. SDP, sağlık hizmetlerinin sunumundan finansmanına ve sağlık personeline kadar oldukça geniş bir alanda düzenlenen sağlık politikalarını temel almıştır (Memişoğlu, 2016: 65).

SDP'nin temelini üç ana strateji oluşturmaktadır; aile hekimliği sistemi, genel sağlık sigortası sistemi ve hastanelerin işletme haline dönüştürülmesi temelinde değişiklikler düzenlenmiştir (Belek, 2012: 22). 1946'da kurulan SSK'ya bağlı sağlık hizmeti sunan kurumlar 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SDP kapsamında yapılan devir işlemi ile hizmet sunumunun tek elden yapılması, genel sağlık sigortası sistemine ve aile hekimliği sistemine geçiş sürecinde atılan önemli adımlardan biri olarak değerlendirilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 118). Sağlıkta dönüşüm sürecinde, "Herkesin Sağlık" başlığı altında şu hedefler belirlenmiştir:

1. Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılması,
2. Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
3. Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
4. Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
5. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
6. Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
7. Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
8. Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
9. Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
10. Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

11. Sağlıkta e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi (Akdağ, 2008: 20).

Sağlık Bakanlığı 2003-2008 döneminin, “sağlıkta birçok taşın yerinden oynadığı” önemli bir dönem olduğunu vurgulamaktadır. 2003 yılı başında yapılan hazırlık programı kamuoyu ile paylaşılmış ve programda dünyada yürütülmekte olan başarılı sağlık reformu çalışmalarının örnek alındığı ifade edilmiştir (Akdağ, 2008: 21).

Geçmiş dönemlerde sağlık reformları olarak bilinen değişim, Sağlıkta Mega Proje ve son haliyle Sağlıkta Dönüşüm olarak zamanla adı değiştirilmiş bir projedir. Dünya Bankası ile bu dönemde yapılmış olan anlaşmalar ile sağlık sistemimizin yapısal olarak büyük bir değişime uğraması hedeflenmiştir. 2003 ve 2008 yılları arasında bu hedefin hızla hayata geçirilmesi için çalışıldığı bir dönem olduğu anlaşılmaktadır. Zira, aile hekimliği sistemi, genel sağlık sigortası sistemi, hastanelerin özerk idari yapıya dönüşmesi, personel için performansa dayalı ücretlendirme sisteminin oluşturulması ve personelin sözleşmeli statüde istihdam edilmeleri gibi başlıkların tümü 2003 sonrası dönemde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm’ün yasal anlamda tamamlanışı 2 Kasım 2011 tarihli 663 KHK ile olmuştur. Bu kararname ile yabancı hekim ve hemşirelerin Türkiye’de çalışabilmelerine olanak tanınmış, sağlık serbest bölgelerinin kurulması garantiye alınmış, kamu-özel ortaklıklarının yasal zemini hazırlanmış, hastaneler Kamu Hastaneler Birlikleri adıyla işletme haline getirilmiş, meslek örgütlerinin halkın sağlık hakkını savunma görevleri kısıtlanmıştır (Belek, 2012). SDP’nin sağlık sisteminde, hizmet sunumunun örgütlenmesi, sağlık finansman sistemi ve sağlık işgücü istihdam koşullarının dönüştürülmesi gibi alanlarda önemli yeni düzenlemeler getirdiği görülmektedir. 2002 yılından hemen sonra birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri alanına yapılan yatırımların artması dikkati çekmektedir. 2003 yılı sonrasında kararlı bir şekilde hayata geçirilen, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve sunulan sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak yasal düzenlemeler ülkenin siyasi ve ekonomik anlamda dönüşümüne eklenmiştir. Sağlık hizmetinin sunumunun tamamında sistematik bir dönüşüm yaşanmıştır (Ulutaş-Ünlütürk, 2011: 175-179). 2003 yılından bugüne SDP ile başlayan neoliberal dönüşümde dikkate değer bir yol alınmıştır. Programın yürütücüleri, mevcut sağlık sisteminin verimsiz, masraflı ve yeterli olmadığını vurgulayarak dönüşüm programından beklentilerini yükseltmişlerdir. SDP’nin dönüşüm sürecinin önemli bir adımı, 16.06.2006 tarihinde kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Yasasıyla kamu sağlık hizmetleri finansmanında dönüşüm sağlanmasıdır. Birinci basamaktaki kamusal alan sağlık ocağı sistemi yerine, birinci basamak sağlık sisteminin özelleştirilmesi anlamına gelen aile hekimliği sisteminin hayata geçirilişi ve kamu hastanelerini sağlık işletmelerine dönüştüren kamu hastaneleri birliklerinin kurulması ile

sağlık hizmetlerinin yönetiminin bütününde değişim gerçekleştirilmiştir (Erkoç-Yavuz, 2015: 83).

SDP kapsamında yürütülen projeler, Türkiye’de liberalleşme yönünde atılan adımların sağlık sektörüne yansımaları olarak kabul edilmektedir. 1980 sonrasında iktidara gelen tüm hükümetlerin planları, kamunun sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesini sağlayarak, özel sağlık sektörü ile kamudan boşalan alanı doldurmak için teşvikler vermek ve sağlık hizmetinin finansmanını prime esaslı olarak düzenleyen SSGSS’yi hayata geçirmeye çalışmak olmuştur. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik atılan ilk adım, 1990 yılında, DB ile Sağlık Projesi Kredi Anlaşmasının imzalanması olmuştur. Anlaşma hükümleri, koruyucu sağlık hizmetlerindeki kamunun rolünü kısıtlayarak, tedavi edici sağlık hizmeti ile birlikte özel sektörün sunumunu desteklemektedir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinde fiyatlandırmanın önünü açan birinci basamak sağlık kurumlarında döner sermaye işletmesi kurulması zorunlu hale getirilmiştir. Ayrıca, hastanelerin özelleştirilmesi gerekliliği, 1990 sonrası iktidara gelen bütün hükümetler tarafından vurgulanmış ve son olarak SDP içinde yerini almıştır (Sevim, 2006: 75, 102).

Türkiye’de Sağlık Sisteminde yaşanan dönüşümün temelini SSGSS Kanunu oluşturmaktadır. Sosyal sigortalar, sosyal yardım ve hizmetleri kökten değiştiren bu yaklaşımın temelini; özelleştirme, taşeronlaştırma, özel sigortacılık, bireyselleştirme, piyasalaştırma vb. neoliberal politikalar oluşturmaktadır. Bu dönüşümün ilk etkisi güvencesizlik olarak kendisini göstermektedir (Topak, 2009: 61).

Sağlığın ticarileşmesi¹⁴ sürecinde hastanelerin yönetim ve mali açıdan özelleştirilmesi ve bütünleştirilmeleri amacıyla KHB’lerin kurulması, SDP’nin temel düzenlemelerinden biri kabul edilmektedir. 2011 yılında yayımlanan 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı’nın organizasyon yapısı baştan ayağa değiştirilmiştir. KHB, kamu alanı için yeni tanımlanan “Kamu Özel Ortaklığı (KÖO)”nın hastane modeli olarak şehir hastanelerinin, ülke genelinde yayılmasını hedefleyen bir yapılanmadır (Yavuz ve Balcıoğlu, 2015: 403). KÖO bağlamında şehir hastaneleri, sözleşmeye dayalı olan ve sağlık hizmetlerini işletmecilik esasları temelinde sunan bir modeldir (Karasu, 2011: 217). İstihdam biçiminde çok daha esnek bir zemin sağlayan taşeron uygulaması ile KÖO-şehir hastaneleri küresel ekonominin bir modeli sayılmaktadır (Sayan ve Küçük, 2012: 192-193). Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulması, organize edilmesi ve finansmanının sağlanmasını merkeze alan

¹⁴ Bu çalışmada sağlığın ticarileşmesi; sağlığın özelleştirilmesi ile özel hastanelerin yaygınlaştırılması üzerinden sağlık hizmetinin olabildiğince kâr sağlama amacıyla sunulması anlamında kullanılmıştır (Belek ve Soyer, 1995: 76).

SDP, hedeflerini gerçekleştirme yolunda atılan adımlar, sağlık işgücü politikaları üzerinde de dönüşüm etkisi göstermektedir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2011: 187-188).

2.2. SDP ile Türkiye’de Sağlık İşgücü Politikalarının Sağlık Çalışanlarını Etkilediği Alanlar

Sağlık sektörü yoğun emek gücü gerektirdiğinden, büyük bir istihdam hacmine sahip olan gerek tedavi edici hizmetlerde gerekse yardımcı hizmetlerde çalışanların emeğiyle oluşan ve farklı meslek gruplarını içeren bir sektördür (Tablo 2.1). İhtiyaç duyduğu işgücü kaynaklarının miktarı açısından ve sağladığı istihdamın büyüklüğü bakımından ekonominin en önemli sektörüdür. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin üretimindeki verimsizlik, ülke ekonomisini doğrudan etkileyen bir süreci de beraberinde getirecek; yalnızca birey ve toplumun sağlığında olumsuz etkiler yaratmayacak aynı zamanda kaynak israfına da neden olacaktır (Belek, 2009: 44-46).

Tablo 2.1 Türkiye’de Sağlık Personeli Sayıları

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	42.726	14.415	23.810	80.951
Pratisyen Hekim	38.721	240	5.688	44.649
Asistan Hekim	8.817	15.580		24.397
Toplam Hekim	90.264	30.235	29.498	149.997
Dış Hekimi	9.768	2.505	15.616	27.889
Eczacı	2.855	348	25.309	28.512
Hemşire	112.074	24.261	29.807	166.142
Ebe	49.003	759	3.979	53.741
Diğer Sağlık Personeli	111.193	11.990	32.234	155.417
Diğer Personel Ve Hizmet Alımı	215.402	70.987	52.852	339.241
Toplam Personel Sayısı	590.559	141.085	189.295	920.939

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Sağlık hizmetleri, çok yönlü, çok çeşitli, çok farklı uzmanlık alanları ile ya da aynı meslekten farklı uzmanlık alanlarına sahip bir işgücü ile yerine getirilir. Örneğin hastanede yatan bir hasta için aynı anda çok farklı uzmanlık alanları olan hekim, hemşire, diyetisyen, laboratuvar teknisyeni, eczacı, temizlik işçisi, tıbbi sekreter, psikolog ve fizyoterapist hizmet sürecine dahil olabilmektedir. Bu durum meslek gruplarının belli oranda birbirlerine bağımlı olmasını gerektirmekte; ekip çalışması, dayanışma zorunlu hale gelmektedir. Sağlık hizmeti, içinde vardiya ve icapçı çalışmayı da gerektiren 24 saat kesintisiz süren bir hizmet biçimidir (Özkan, 2017: 383). Sağlık sektörünün istihdam ettiği emek gücü çeşitlilik gösterir; bir yanda

yüksek düzeyde eğitilmiş ve becerikli emek gücü, diğer yanda eğitimsiz, beceri niteliği düşük emek gücü aynı mekanda çalışmaktadır (Belek, 2009: 45).

Sağlık sisteminin temel kaynaklarından biri olan işgücü çalışma koşullarında, köklü bir değişim dönemine girmiştir. 1990'larla birlikte küresel kapitalizmin sağlığa etkisi, Türkiye'de sağlık reformunun genel çerçevesini çizmiştir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen DB sağlık projeleri, 2003 yılında başlanan SDP ile uygulamaya geçirilmiştir. Reformlarla birlikte, kamuda çalışan geleneksel memurluğun, farklı istihdam biçimleri ile statü değişikliğine uğradığı görülmektedir (Etiler, 2012: 25). İstihdam biçimlerinin çeşitlendirilmesiyle, aynı meslek grubundan aynı işi yapan çalışanlar farklı biçimlerde istihdam edilerek çalışma ilişkilerinin parçalanmasına ortam sağlanmaktadır. Kamu hastanelerinde memur statüsünde, sözleşmeli statüde ve taşeron şirketlerin işçisi olarak çalışan aynı meslek grubundan farklı statülerde istihdam edilen sağlık çalışanları olabilmektedir (Tüzün, 2009: 188). SDP, sağlık işgücünün istihdam biçimlerini dönüştürerek, çalışma ortamı ve koşulları üzerinde etkiler yaratmıştır.

2.2.1. İstihdam Biçiminde Dönüşüm

Sağlık sektöründe neoliberal zeminde gerçekleşen reformlar, sağlık çalışanlarının çalışma ortamı üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Kamu sağlığı hizmetlerine ayrılan payın azalması ve bunun ardından fonların özel sektöre aktarılması iş kaybına neden olmakta ve istihdam koşulları kötüleşmeye başlamaktadır. Kısmi zamanlı istihdama yönelme, maaş düzeylerinde düşme ve haklarda azalma söz konusu iken kurum maliyetlerini düşürme çabasına girildiğinden iş yükleri artmakta ve çalışma koşulları bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Neoliberal reformların etkisi arttıkça sağlık çalışanı açığı ortaya çıkmaktadır (Mancillas, 2008: 144). 1980 sonrası küçük adımlarla başlanan sonraki dönemlerde de ciddi yol alınarak istihdam alanı için planlanan güvenceli istihdamın yerine sözleşmeli personel istihdamının yaygınlaştırılması hayata geçirilmiştir (Kaygısız, 2017: 357). Günümüzde, kamu sektöründe esneklik arayışlarının en fazla yoğunlaştığı alan sağlık sektörü olduğundan, istihdamın esnekleştirilmesi ihtiyacı, temelde sağlığın kamu hizmeti olarak görülmesi anlayışının yerini büyük oranda serbest piyasaya bırakması nedeniyle gündeme gelmiştir (Tatlıcan, 2004: 214).

Sağlık sektöründe yaşanan neoliberal dönüşüm ile birlikte meydana gelen istihdamda esnekleşme, sağlık çalışanlarının kendi içinde tabakalaşmasına neden olmuştur. Sağlık çalışanlarının meslekleri gereği sürdürmeleri gereken dayanışma ve ekip çalışmasının yerine rekabet ve çatışmalı çalışma ortamları gözlemlenmektedir. Esnek istihdam, taşeron,

performansa dayalı ücretlendirme, hasta sayısının fazla olması, yoğun iş yükü vb uygulamalarla hasta ve sağlık çalışanı arasındaki ilişki olumsuz etkilenmektedir. Piyasalaşan ve ticarileşen ya da özelleştirilen sağlık sektörünün yarattığı çalışma yaşamı, sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanı ile hizmet verilen kişiler arasında şiddet vakaları görülmektedir (Özkan, 2017: 383). Sağlık alanında yaşanan esnek çalışma uygulama örnekleri olarak aile hekimliği sistemi, yardımcı sağlık hizmetlerinde hizmet satın alma ve toplam kalite uygulamaları verilebilir. Kamu hastanelerinde taşeron kavramı, hizmet alım yöntemi ile karşılanan temizlik, mutfak, güvenlik vb. hizmetlerinde karşımıza çıkmaktadır (Zencir, 2009: 183).

Kamusal sağlık hizmetlerinde esnek istihdam biçimi; kadroya dayalı güvenceli istihdam biçiminin dönüşümü üzerinden gerçekleşmektedir. Sağlık sistemi dönüşüm sürecinde, kamu sağlık çalışanlarının geleneksel devlet memurluğu statülerinin yerine farklı biçimlerde istihdam modellerinin getirilmesi önemli bir dönüşüm başlığıdır. 27 Temmuz 2003'te Resmi Gazete (RG)'de yayımlanan 4924 sayılı Kanun'da "eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli" şeklinde tanımlama yapılmıştır. Yürürlüğe giren bu kanunla 657 sayılı DMK'nın 36. Maddesine "III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı" bendinde değişiklik yapılarak "Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir." ifadesi eklenmiştir (Etiler, 2012: 25; Ulutaş-Ünlütürk, 2011: 197).

Tablo 2.2 Yıllara Göre Sağlık Personel Sayıları

	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	290.363	303.110	311.337	321.952	339.241
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	798.068	823.069	856.792	871.334	920.939

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Türkiye’de sağlık alanının istihdam politikalarındaki dönüşümü; kadrolu, sözleşmeli, taşeron ve yabancı personel (hekim ve hemşire) istihdam çeşitliliği üzerinden ele alıp incelemek gerekmektedir (Tablo 2.2). Sağlık Bakanlığında uygulanan vekil ebe/hemşirelik uygulaması da bu kapsama dahil edilebilir. Sağlık alanında istihdam edilen sözleşmeli statüsündeki yaklaşık 105 bin sağlık personeli, 04.06.2011 yılında 632 sayılı KHK ile kadroya geçirilerek, mevcut sözleşmeli statüdeki personel sayısı kadrolu statüye dahil edilmiştir. Ancak yeni istihdam edilecek personel için sözleşmeli personel istihdam politikası, 657 DMK 4/B statüsünde yerini korumuştur. Aile hekimliği sisteminde ve 663 Sayılı KHK ile oluşturulan KHB modellerinde, sözleşmeli statüde istihdam yöntemi kullanıldığı göz önünde bulundurulduğunda sözleşmeli statüde istihdamın sayıca artarak yola devam edeceği öngörülmektedir (Özkal-Sayan ve Küçük, 2012: 172-173).

SDP ile hayata geçirilen uygulamalarda, temel istihdam modelinde güvencesiz çalışma gündeme alınmıştır. Güvencesiz bir çalışma örneği olarak taşeronluk sisteminin en yaygın olduğu çalışma alanı sağlık alanıdır. Sağlık alanında aynı işi yapan çalışanlar 657 sayılı DMK’nın 4/A, 4/B, 4/C statüleri ile vekil ve taşeron gibi statülerde ve farklı gelir ve özlük haklarına tabi şekilde çalıştırılmaktadır. Bu durum çalışma barışını bozmakta ve çalışanları ekip ruhundan uzaklaştırmaktadır (Soyer, 2011: 16). Sağlık hizmetleri alanında 2003 yılında başlayan bu süreç, sözleşmeli personel çalıştırma ve taşeronlaşmanın bakanlıklarda asli ve

sürekli hizmetlere sıçramasının açık örneğini oluşturur. Sağlık sisteminde yeni dönemde yeni düzenlemelerle Sağlık Bakanlığına özgü belirlenmiş sözleşmeli personel alternatif istihdam biçimi yaratılmış, böylece memurluk statüsü yerine asli ve sürekli hizmetlerde sözleşmeli istihdamının önü açılmıştır (Arslan, 2005: 361). Sözleşmeli statüler üzerinde çeşitli yasal düzenlemeler yapılarak farklı sözleşmeli statüler oluşturulmuş ve hizmet alımı usulü ile taşeronlaştırma uygulamaları yaygınlaştırılmıştır. Sonuç olarak sağlık personelinin istihdamında çok parçalı bir sistem ortaya çıkmıştır. 657 Sayılı DMK 4/A hükmüne göre memur, aynı kanunun 4/B hükmüne göre sözleşmeli, 4924 sayılı kanuna göre sözleşmeli, aile hekimliği hizmet sözleşmesine dayalı çalışan sözleşmeli, hizmet alımı yoluyla gerçekleştirilen işlerde çalıştırılan personel, vekil ebe ve hemşire statülerinde çalıştırılan personel ile çok çeşitli istihdam biçimleri söz konusudur (Ulutaş-Ünlütürk, 2011: 196).

2.2.1.1. Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamı

Sağlıkta sözleşmeli statüsü, 4924 Sayılı Kanun ile 657 Sayılı DMK'nın 4/B maddesine göre, 663 Sayılı KHK'ye göre belirlenmiştir. Aslında aile hekimliği sisteminde var olan sözleşmeli statü de dahil edildiğinde sağlıkta sözleşmeli statüsünün dört farklı uygulama biçimi olduğunu söylemek mümkündür (Ulutaş-Ünlütürk, 2011: 197):

a) 4924 Sayılı Kanuna Göre Sözleşmeli İstihdam: “Çakılı Kadro” olarak bilinen 4924 sayılı “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”un 24.07.2003 tarih ve 25718 sayılı Resmi Gazete (RG)’de yayımlanmasıyla sağlık personeli istihdamında sözleşmeli çalışma dönemi başlamıştır (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006: 284-285). Bu düzenleme ile sağlık personelinin güvencesiz çalıştırılmasının önü açılmıştır. 4924 Sayılı Yasa ile sağlık personeli ile imzalanan sözleşme metninde sözleşme süresi bir yıl olarak belirlenmiştir. Sözleşme süresi dolmadan en geç bir ay öncesinden haber vermek koşuluyla, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme süresi sonunda, sözleşme gerekçesiz feshedilebilmektedir. Aynı zamanda Bakanlık norm kadro kontenjanında değişikliğe gidilmesi ya da çalışılan yerlerin kapatılması durumunda sözleşme feshedilebilmektedir. Sürekli sözleşmeli statüye geçirilme koşulu ise, on yıl boyunca hiç disiplin cezasının alınmamış olması ve sözleşmenin feshedilmesine herhangi bir gerekçe bulunmaması şeklinde ifade edilmiştir (Erdoğan, 2005: 61).

Sağlık Bakanlığı’nda 4924 sayılı yasa çerçevesinde sözleşmeli personel çalıştırma, memurluk statüsünün çözülmesinin başlangıcını oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığında “eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet alanlarında” idari hizmet sözleşmesi ile

personel çalıştırma olanağı yaratılmıştır. 4924 sayılı Yasa ile getirilen sözleşmeli personel istihdam biçimi, kamu personel rejiminde yer alan sözleşmeli personel alt istihdam kategorisine eklenen yeni bir türdür. 657 sayılı Yasada yapılan düzenlemelerle, diğer sözleşmeli personel çalıştırılmasına ilişkin uygulamalardan farklı olarak Sağlık Bakanlığına özgü bir sözleşmeli personel statüsü oluşturulmuştur (Arslan, 2005: 363).

b) 657 Sayılı Kanunun 4. maddesinin (b) Fıkrasına Tabi Sözleşmeli İstihdam: 20.10.2005 tarihinde kabul edilen ve 01.11.2005 tarih ve 25983 sayılı RG’de yayımlanan 5413 sayılı kanun ile sağlık personeli istihdamında yeni bir statü yaratılmıştır¹⁵. Yapılan düzenleme, sağlık çalışanlarının 657 sayılı DMK 4/A kadrolu memurluk statüsünün dışında, 4/B sözleşmeli personel statüsünde istihdam edilmelerini mümkün kılmıştır. Bu değişikliğin ardından kamusal alan istihdamında sıklıkla 4/B sözleşmeli statüsü tercih edilmiş ve bu durum kamu istihdamındaki sözleşmeli personel oranını artırmıştır. 04.06.2011 tarihli 632 sayılı KHK ile 4/B statüsünde çalışanlar ile 4924 sayılı Kanun ile çalışanlar 4/A statüsüne geçme hakkı kazanmışlardır (Etiler, 2012: 25-26). Aynı kanunda “kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde, ücretleri döner sermayeden karşılanmak kaydıyla 657 sayılı DMK’nın 36. maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki unvanlarda çalıştırılmak üzere merkezi sınav sonuçlarına göre 657 sayılı kanunun 4. maddesinin (b) fıkrasına tabi sözleşmeli personel çalıştırılabilir” ifadesi ek madde olarak eklenmiştir¹⁶. Bu düzenleme ile sağlık personelinin, ücretlerinin bu madde kapsamında genel bütçenin yanında döner sermaye gelirlerinden ödemek koşuluyla istihdam edildiği görülmektedir. 632 sayılı KHK hükmü gereği sözleşmeli personelin 4/A statüsüne geçirilmesi ile sözleşmeli istihdamın son bulmadığı, devletin kamu personel istihdam politikalarında, yeni atanacak personel için sıklıkla sözleşmeli statü tercih ediyor olmasından anlaşılmaktadır. Kamu personel istihdam politikalarının genel eğilimi çerçevesinde, yeni atamalarda da sözleşmeli tercih edilerek sözleşmeli statüde atamalar sürdürülmüştür (Özkal-Sayan ve Küçük, 2012: 179-182).

2.2.1.2. Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı İstihdamı

Aile Hekimliği sistemi, 09 Aralık 2004 tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile yapılan yasal düzenlemelerle hayata geçirilmiştir. Aile Hekimliği pilot uygulaması için 15.10.2005’te başlanmak üzere Düzce seçilmiş; 2011 yılından sonra ise tüm illerde uygulanmaya başlanmıştır (Aktaş ve Çakır, 2012: 24). Aile Hekimliği, sözleşmeli statüde çalışmanın sağlık alanındaki diğer bir uygulamasıdır. Sağlık

¹⁵ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/11/20051101M1-2.htm> (erişim tarihi: 20.03.2019).

¹⁶ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/11/20051101M1-2.htm> (erişim tarihi: 20.03.2019).

çalışanlarının Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) olarak tanımlanan birimlerde sözleşme yapılarak çalıştırılmaları uygun görülmüştür. ASM’lerde çalışan personelin, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sözleşme yapacağı, Sağlık Bakanlığı denetiminde olacağı ve “kendi hesabına çalışan” bir işyeri mantığı ile yardımcı personelin hekimin yanında çalışan personel durumuna geleceği bilinmektedir (Etiler, 2012: 25-28).

Aile Hekimliği sistemi DB’nin koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu için Türkiye’ye önerisidir. DB’nin “2004 Yılı Sağlık Türkiye Raporu”na göre, aile hekimliği sisteminin getirilmesi ülkemizde sağlık sisteminin özelleştirilmesinin en önemli adımı olarak kabul edilmektedir. Bu adımın gerçekleştirilebilmesi için Türkiye’ye DB tarafından 49,4 milyon Euro kredi sağlanmıştır (Özkal-Sayan ve Küçük, 2012: 183).

Düzce’de başlayan uygulama, aile hekimlerinin sağlık ocaklarında oda kiralaması ve kendi adlarına kayıt ettikleri hastalara hizmet vermesiyle başlamıştır. Düzce’yi takip eden illerde de aynı sistem benimsenmiştir (Hamzaoglu ve Yavuz, 2006: 284). Aile hekimlerinin sunduğu hizmetlerin performans açısından değerlendirilmesinde; verilen koruyucu sağlık hizmetleri ve hasta sevk oranları göz önüne alınmaktadır. Aile Hekimliği Kanunu ile düzenlenen uygulamada farklı bir istihdam şekli öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığı kadrosunda bulunan memurlar, ücretsiz izne ayrılarak “aile hekimi” veya “aile sağlığı elemanı” olarak sözleşmeli statüde çalıştırılmaktadır. Sözleşmeli statüde çalışırken personelin eski kadroları ile ilişkileri devam etmekte, sözleşmenin sona ermesi durumunda isterlerse eski görevlerine yeniden atanabilmekte ve sözleşmeleri süresince derece ve kademe veya kıdemlerinde herhangi bir hak kaybına uğramamaktadırlar. Bu haliyle, aile hekimliği istihdam modeli “kadro karşılığı sözleşmeli personel” olarak değerlendirilebilir. Bu uygulama “esnekleşme”, “yabancılaşma” ve “performansa dayalı sözleşmeli çalışma” vb. yeni durumların habercisi niteliğindedir (Yılmaz, 2009: 159-160).

Aile Hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek amacıyla, devletin koruyucu sağlık hizmetleri sunumundan çekildiğinin kanıtı gibidir. Bu sistemle, sözleşmeli statüde çalıştırılan personel denetimleri ve performansa dayalı denetim artırılmış ve sağlık çalışanlarının sayıca azaltılarak çok iş üstlenmesi ile iş yükü de artmıştır. Bu koşullarda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde rekabet ortamı yaratılmış ve sağlıkta güvenceli istihdam hakkı ortadan kaldırılmıştır (Ulutaş-Ünlütürk, 2011: 184-189). Aile Hekimliği uygulaması bir esnek çalışma örneğidir. İhtiyaç duyulandan daha az personelle çalışılmaktadır. Örneğin ebe hizmetlerinin aile hekimlerine kaydırılması ile iş çeşitliliği artmıştır. Aile sağlığı elemanı adıyla tanımsız hale getirilen personel ise ihtiyaç halinde ebe, hemşire ya da sağlık memuru gibi çalıştırılabilmektedir. Buna karşılık bahsedilen tüm

personel görevlerinin neredeyse tamamından ve hizmetli personelden beklenen işlerden sorumlu hale gelmişlerdir (Zencir, 2009: 183). Aile Hekimliği sistemi ile hekimler, gelirini sağlık piyasası koşullarından sağlayan bir girişimci rolü ile kamu görevlisi olma rolünden uzaklaştırılmıştır. Sistem, yardımcı personel için, aile hekimiyle düzenlenen bireysel iş sözleşmesine dayalı istihdam ile kamu görevliliğinin güvencesini kaybettiği yeni bir durum yaratmıştır. Esas olan, sağlık hizmetlerinde kurumsallaşmaya dayanan anlayışın yerine, hekim muayenehanesi temelli eski anlayışı geri getirmektedir (Ataay, 2008: 176).

2.2.1.3. Vekil Ebe ve Hemşire Statüsü

2005 yılında, 657 sayılı DMK'ya eklenen 86. madde ile halk arasında vekil ebe ve hemşire olarak bilinen yeni bir statü ortaya çıkmıştır. Vekaleten atandıkları kadro derecesinin 2/3'ü oranında ücretlendirilmekte olup diğer sözleşmeli personel arasında iş güvencesi bakımından en zayıf olan grup olarak sayılmaktadır. Aile hekimliği uygulamasının oturtulmaya çalışıldığı dönemde, doldurulamayan ve tercih edilmeyen yerlere istihdam sağlamak için kullanılan geçici bir uygulama olarak değerlendirilmiştir (Etiler, 2012: 26).

2.2.1.4. Yabancı Sağlık Meslek Mensupları

Türkiye'de 2012 yılına değin sağlığa ilişkin kanun hükümleri, sağlık hizmetlerinde yabancı personel çalışmasına izin vermemiştir. 22 Şubat 2012 tarihli "Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik" ile çalışmak için "T.C vatandaşı olmak" koşulu kaldırılmıştır. Amaç, Türkiye'de çalışmak isteyen yabancı sağlık meslek mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışabilme koşullarını sağlayacak usul ve esasları düzenlemektir. Yönetmelik diş hekimi, eczacı, ebe ve hastabakıcılar hariç olmak üzere özel sağlık kuruluşlarında çalıştırılacak olan tüm yabancı sağlık meslek mensuplarını kapsamaktadır (Bayık-Temel, 2013: 242-243).

2.2.1.5. Tam Gün Yasası

Tam süre ile çalışma, hekimlerin çalıştıkları kurumdan ayrı bir muayenehane açmadan, tüm emeklerini kamusal alanda hizmet vererek gerçekleştirmeleri olarak açıklanabilir. Hekimlerin bireysel çıkarlarından vazgeçmeleri çalışmalarının karşılığında, kamu kuruluşundan yeterli düzeyde ücret alabilmeleri durumunda mümkün olacaktır. Hekimlerin bu yöndeki taleplerine karşılık hükümet yetkililerinin aksi uygulaması, sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal ve ekonomik anlamda uyumu bozmaktadır (Atabek, 1978: 15). Tam süre çalışmanın, sağlık sektöründe hekim hasta ilişkileri açısından çok önemli bir dinamiği vardır. Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak kamu sağlık hizmeti kapsamında

hekimlerin çalışmaları özel çalışmalarıyla birlikte yürütülmüştür. Hekimlere özel bir ücreti içeren personel rejimi yerine mesai saatleri sonrası muayenehanelerinde çalışmaları şeklindeki çalışma biçimi kabul görmüş; bu çalışma biçimi hükümetler tarafından başlatılmış ve sürdürülmüştür. Hekimler çalışma karşılığı olarak aldıkları memur ücretlerini kabul etmiş ancak hükümetler de hekimlerin esas gelir kaynağı olan özel muayenehanelerinde çalışmalarına göz yummuştur; hatta hekimlere bu yolu, hükümetlerin göstermiş olduğunu söylemek mümkündür (Atabek, 2009: 239). Otuz yıl süreyle hekimlere tanınmış olan yarı zamanlı çalışma hakkının, kamu sağlık kuruluşlarında verimliliğe ve adalet algısına olumsuz yansımaları olmuştur. Hekim zaman, bilgi, beceri ve deneyimini içeren emeğini kendi kurumuna tam anlamıyla vermedikçe, sağlık hizmetlerinde adalet sağlanamamaktadır. Bir SDP uygulaması olarak tam gün yasası, hekimlerin tam süre ile istihdam edilmesini planlamıştır (Pala, 2008: 121).

Kamuoyunca Tam Gün Yasası olarak bilinen 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalıştırılmasına Dair Kanun, 21.01.2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir¹⁷. 2010 yılında sayıca yetersiz olan hekimlerin kamu ve üniversite hastanelerinde tam zamanlı çalışmalarını sağlayarak kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması hedeflenmiştir. Amaç, kamuda çalışıp serbest muayenehanede de çalışmanın önüne geçilmesidir (Atun vd., 2013: 79). SDP'den önce kamu hastanelerinde çalışan ve özel muayenehanesi olmayan az sayıda uzman hekim olduğu bilinmektedir. SDP ile birlikte düzenlenen “Tam Gün Yasası” vatandaşların özel muayenehanelere gitme ihtiyacını ortadan kaldırmak amacıyla hazırlanmıştır. Bu kanun kamuda çalışan sağlık personelinin çalışma esaslarını yeniden düzenlerken, aynı zamanda vatandaşların sağlık hakkına kolaylıkla ulaşabilmesi ve sağlık personelinin mesleki saygınlığına kavuşması yönündeki düzenlemeleri de amaçlamaktadır. Tam gün çalışan hekim oranı, 2003 yılında %11 iken, 2008'de %73'e yükselmiş, 2011 yılına gelindiğinde ise bu oran neredeyse %100'e çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 306).

Tam Gün Yasasının sağlık personelinin çalışma esaslarına ilişkin düzenlemeler incelendiğinde, yürürlük tarihinden altı ay ve bir yıl sonra olmak üzere kademeli olarak uygulaması planlanmıştır. İyonlaştırıcı radyasyon uygulama ortamında çalışan sağlık personelinin günlük çalışma süresinin 5 saatten 7 saate çıkarılması ve Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşları ile üniversitelerin sağlık kuruluşlarının birlikte kullanılmaya başlanması gibi düzenlemeler yürürlük tarihinden itibaren geçerli olmuştur. Yürürlük tarihinden altı ay sonra uygulamaya geçecek bazı düzenlemeler ise, “kamuda çalışan

¹⁷ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm> (erişim tarihi: 12.03.2019).

hekimlerin kamu dışında herhangi bir yerde çalışamayacağını”, “hekimlerin sözleşmeli olarak çalıştıkları işyeri hekimliği vb. işlerden ayrılmaları durumunda kıdem tazminatı haklarını kaybedeceklerini”, “vakıf üniversitelerinde çalışan hekimlerin üniversite dışında çalışabileceklerini ve mahalli idareler ile kurum tabipliklerinde çalışan ve döner sermaye ek ödemesi almayan tabiplerin kamu görevlerinin dışında yalnızca işyeri hekimliği yapabileceklerini”, “özel muayenesi olan hekimlerin SGK ile anlaşmalı olan bir sağlık kuruluşunda çalışamayacağını” belirten hükümleri ile gerçekleştirilmiştir. 2010 yılı sonunda uygulamaya geçmesi planlanan hükümler ise, hekimlerin yarı zamanlı çalışmalarına son vererek tam süre ile çalışmaları ve hastanelerin döner sermaye hesabına yatırılan ücret karşılığında, saat 14:00’ten sonra yapılan muayenelerin sonlandırılması şeklinde olmuştur (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2011: 200-201).

Yasa kısa süre içinde hekimlerin tepkisiyle karşılanmış; bir kısım hekim, üniversite hastanelerindeki işlerinden istifa etmişlerdir (Atun vd., 2013: 78-79). TTB'nin de girişimleriyle yasa, 2012 yılından itibaren 2016 yılı sonuna dek Anayasa Mahkemesi iptal kararları ile birçok değişikliğe uğramıştır. Değişikliklerin ardından uygulamadaki son duruma göre, Tam Gün Yasasından önce özel muayenehanesi bulunan ve henüz kapatmamış olan öğretim üyesi hekimler, üniversitedeki mesailerі sonrasında kamu üniversitelerindeki hizmetlerinin yanında özel muayenehanelerinde çalışabilmektedirler. Ancak kamu üniversitelerinde çalışan hekimlerin yeni muayenehane açma hakları bulunmamaktadır (Yılmaz, 2017).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2014/8 sayılı genelgesinde tam gün yasası uygulamasına ilişkin tıp fakültesi ve dış hekimliği fakültelerindeki öğretim üyeleri için düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeye göre, tıp fakültesi ve dış hekimliği fakülteleri kadrolarında bulunan öğretim üyelerine 17:00’den sonra kadrolarının bulunduğu kurumda veya özel hastanelerde çalışabilme olanağı sunulmuştur. Uygulama özel hastanelerde çalışabilecek hekimlerin nasıl belirlenebileceği ve hekim belirlenmesinde nasıl adil olunabileceği konularında belirsizlik içermektedir; üniversite hastanelerinde dengeyi, hastane içi sağlık hizmeti üretimini ve verimliliğin artışını olumsuz anlamda etkileyebilmektedir (Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi-SASAM, 2017: 12).

18.01.2014 tarihli RG’de yayımlanan “6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile “kamu üniversitesi profesör ve doçent kadrosunda olanlar, her bir anabilim dalındaki kadrolu profesör ve doçent sayısının yüzde 50'sini geçmemek, bir yıla kadar kurumsal sözleşme yapılmak ve geliri üniversite döner

sermayesi hesabına kaydedilmek şartıyla ve ilgilinin muvafakati ile mesai dışında özel hastaneler veya vakıf üniversitesi hastanelerinde çalışabilirler” şeklinde ek düzenleme yapılmıştır¹⁸.

2.2.1.6. Hizmet Satın Alma: Kamu Sağlık Kurumlarında Taşeron Statüsüne Geçiş

Türkiye’de taşeron çalışma biçimi, inşaat sektöründe yaygın olarak kullanılmakta olup, 4857 Sayılı İş Kanunu ile işlerin parçalara bölünerek belirli bölümlerin yönetim tarafından üçüncü bir şahsa belirli zaman diliminde tamamlanması için ihale edilmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir (Öngel, 2014: 38).

Türkiye’de kamu sektörü içerisinde taşeronlaştırma en yoğun sağlık sektöründe gerçekleştirilmiştir (Sertlek, 2008a). Genel olarak sağlık sektöründe, hastanelerdeki hizmetin kalitesinin, verimliliğinin ve etkinliğinin artırılması hedefleniyorsa, bu konuda yetkin bir işletmeden hizmet sağlama yoluna gidilmesi mümkündür. Hastanelerin temel hizmetlerini kendi kaynakları ile karşılamayı tercih ederek, temel hizmetlerin dışında kalan yardımcı hizmetler konusunda uzmanlaşmış diğer kurumlardan destek alma eğilimi artış göstermiştir. Bu durum kurum dışındaki kaynaklardan yararlanma (outsourcing) uygulamasını ortaya çıkarmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010: 5). Mutfak, temizlik ve güvenlik hizmetlerinin özelleştirilmesiyle başlayan süreç kısa zamanda, hasta bakıcı, hemşire, radyoloji teknisyeni, laborant, otomasyon ve tıbbi sekreterlik hizmetlerini de kapsayarak hekimlik ve kısmen hemşirelik hizmetleri dışındaki tüm alanlara yayılmıştır. Kamunun destek hizmetlerinden çekilmesiyle, kamu hizmeti parçalanmaya başlamış ve devlet sağlık alanından çekilme sürecine girmiştir (Sertlek, 2008a). Bu uygulamaların yaygınlaşması SDP’nin reform uygulamaları ile gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010: 5).

1988 yılında 318 sayılı KHK ile yasal hale getirilen taşeron uygulaması zaman içinde yaygınlaşmıştır. İlgili KHK, yardımcı hizmetler sınıfına giren personelin icra etmesi gereken hizmetler, kurumların temizlenmesi, tesisatın bakım ve onarım işlemleri vb. hizmetlerin üçüncü şahıslara ihale usulüyle gördürülmesine imkan sağlamıştır (Ulutaş-Ünlütürk, 2011). Taşeronun çalışma hayatına dahil olmasıyla birlikte Türkiye’de taşeron çalışan sayıları ile ilgili güncel ve sağlıklı verilere ulaşmak çoğu zaman sorunlu olmuştur. Soru önergelerine bakanların verdiği cevaplar bu konuda kaynak oluşturmaktadır. Örneğin eski Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik, CHP Milletvekili Veli Ağbaba’nın konuyla ilgili soru önergesine verdiği cevapta; “2014 yılı sonu itibariyle Türkiye’de 1 milyon 482 bin 690 taşeron işçi çalıştığını” açıklamıştır (Çolak, 2017: 1008). Taşeron uygulamasında belediyeler

¹⁸ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm> (erişim tarihi:15.03.2019).

ve sağlık sekt6r6 diğer alanlar arasında başı çekmektedir. Açıklanan rakam Türkiye'deki her 100 işçiden neredeyse 8'inin taşeron olduğunu ortaya koymaktadır¹⁹.

SDP yürürlüğe girdikten sonra taşeron personel istihdamında 6nemli bir artış g6zlenmektedir. Taşeron istihdam biçimi, diğer sekt6rlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de esnek istihdam modelini ve istihdam güvencesizliğini beraberinde getirmiştir. 2003 yılından 2011'e hizmet alımı sayısının 11 binden 120 bine yükseldiği ve yaklaşık 11 kat arttığı g6rlmektedir (6zkal-Sayan ve Küçük, 2012: 176).

Emekliliği gelen kadrolu memurun yerine yeni kadrolu memur alınmayarak yıllar içinde kamu hastanelerinde kadrolu çalışan sayısı yok denecek kadar azaltılmıştır. Maliyet unsurunu etkileyen en 6nemli fakt6r olarak hekim emeği de elbette bu sürecin dışında kalmamıştır. Performans uygulaması d6nemi hekimlere altın çağını yaşatsa da "Tam Gün Yasası" ve "Kamu Hastaneler Birliği Yasası" ile gerçek zemin oluşmuştur. Hastaneler kamu btcesinden beslenemediğinden hekim ücretlerinin ana payını oluşturan d6ner sermaye gelirleri ile 6ncelikle hastanenin giderleri (taşeron firma 6demeleri, elektrik, telefon, su vb sabit giderler) karşılanmakta, hekimlere ve diğer çalışanlara kalan miktar üzerinden 6deme yapılmakta; geriye kalan miktar ise gün geçtikçe azalmaktadır. Sonuç olarak hastane hizmetlerinin mali açıdan devamlılığını tehdit edecek olumsuzluklarla karşılaşma olasılığı artmaktadır (Sertlek, 2008a: 310).

Kamuda taşeron uygulaması, yasanın hükümlerine aykırı bir biçimde yaygın hale gelmiştir. Bu noktada kamu hizmetlerinde taşeron uygulama biçiminin neden olduğu sorunları 6zmek için yapılan yasal düzenlemeler de yeterli olmamıştır (Bakır, 2016: 999).

Taşeronlaşma süreci, 07.06.2015 genel seçimleri 6ncesinde taşeron çalışmanın kadrolu statüye geçirileceği ve taşeron işçilere "6zel s6zleşmeli personel" statüsü verileceği bir seçim vaadi olarak gündeme getirilene dek bu şekliyle devam etmiştir. Seçimlerden sonra kamu kurumlarında g6rev yapan taşeron işçilerin kadroya geçirilmesi ise 24 Aralık 2017'de "696 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile yaklaşık 850 bin taşeron işçinin, sürekli işçi kadrosuna geçirilmesi ile ilgili yapılan yasal düzenleme ile gerçekleştirilmiştir (Eriş ve Bucak, 2018: 724).

1 Ocak 2018 tarihli "Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel alıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı S6zleşmeleri Kapsamında alıştırılmakta Olan Işilerin Sürekli Işçi Kadrolarına veya Mahalli İdare şirketlerinde Işçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 Sayılı

¹⁹ <http://www.cnnturk.com/haber/ekonomi/bakan-celiktaseron-isci-sayisini-acikladi> (erişim tarihi: 10.12.2017).

Kanun Hükmünde Kararnamenin Geçici 23 ve Geçici 24. Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslar” ile taşeron işçilerin kadroya geçiş süreci açıklanmıştır²⁰.

Bu araştırma, taşeron çalışma biçimini, 02.04.2018 tarihine kadar olan dönem boyunca, çalışma ortamına yansıyan boyutuyla incelemiştir. Taşeron çalışanların kadroya geçirilmesinden sonra, süreç yeni haliyle devam ederken, 4/D kadrosu ile değişen yeni statünün çalışanlara istihdam ve ücretlendirme açısından yansımaları henüz gözlem düzeyinde bilinmektedir. Taşeron kadroya geçirilme sürecinden kısa bir süre sonra çalışma ortamına yansımalarına ilişkin ipuçları veren haberlerin yayınlanmaya başlanması, bu sürecin yakından izlenecek sonuçlarının araştırılmasını ve raporlanmasını gerekli kılacaktır²¹.

2.2.2. Personel Ücret Ödemelerinde Değişim

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2. ve 3. basamakta çalışanlar 1990’lı yıllardan itibaren maaşlarının yanı sıra döner sermaye gelirlerinden belli konularda yıllar içinde artış da gösteren ek bir ödeme almışlardır (birinci basamak daha sonra dahil edilmiştir). Ancak 1999-2002 yılları arasında döner sermaye tavanlarında düzenleme yapılmasından sonra, alınan maaş ile döner sermaye ek ödemeleri arasındaki oran küçülmüştür (Bilaloğlu, 2004: 230). 1980’den bu yana sağlık çalışanlarına uygulanan ücret politikası, çalışma karşılığı alınan temel ücretleri baskılamış ve bu şekilde emeklilik dönemine yansımayan ek ödemeler sağlamak şeklinde olmuştur. Bu amaçla, ek ödemenin toplam ücret içindeki payını yüksek tutma eğiliminde olunmuştur (Ulutaş-Ünlütürk, 2011: 210). 1961 yılında yürürlüğe giren “209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” ile hayata geçirilen döner sermaye kavramı, 1989 yılında yapılan yeni bir düzenlemeye kadar sadece yataklı tedavi kurumlarının bazı ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kullanılmıştır. 1989 yılında kabul edilen “657 sayılı DMK, 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Kanunu, 2914 sayılı Yükseköğretim Personel Kanunu, 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile Diğer Bazı Kanun ve Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması, Devlet Memurları ve Diğer Kamu Görevlilerine Memuriyet Taban Aylığı ve Kıdem Aylığı ile Ek Tazminat Ödenmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile kurumun döner sermaye gelirlerinden çalışanlara ek ödeme yapılması konusu düzenlenmiştir (Etiler, 2012: 28). Sağlık Bakanlığı’na bağlı tesislere verilecek döner sermaye ile ilgili ilk yasal düzenleme olan 209 sayılı yasaya göre döner sermaye bütçesinin, kurumların kârları ile bağışlardan ve devlet

²⁰ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/01/20180101-5.htm> (erişim tarihi: 10.03.2019).

²¹ <https://www.evrensel.net/haber/367731/taseron-isci-kadroya-gecti-demek-tam-bir-aldatmaca.07.12.2018> (erişim tarihi 10.01.2019).

yardımlarından oluşturulması planlanmıştır. Yasanın içeriğine bakıldığında, kamu sağlık kuruluşlarının kar sağlaması beklentisi olduğu anlaşılmaktadır (Pala, 2014: 415).

Döner sermaye: “Genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerine kanunlarla verilen asli ve sürekli kamu görevlerine bağlı olarak ortaya çıkan ve genel idare esaslarına göre yürütülmesi mümkün olmayan mal ve hizmet üretimine ilişkin faaliyetlerin sürdürülebilmesi için, kamu idaresine bağlı olarak kurulmuş işletmelere tahsis edilen sermaye” olarak tanımlanmaktadır²².

Tanımda yer alan “genel idare esaslarına göre yürütülmesi mümkün olmayan mal ve hizmet üretimine ilişkin faaliyetlerin sürdürülebilmesi” ifadesi, kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri için uygun değildir. Uzun yıllar boyunca kamu sağlık hizmetleri finansmanı genel bütçeden sağlanarak sunulmuştur. Ancak döner sermaye bütçesi, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında alınıp satılır bir meta haline getirilmesine olanak sağlayan çok önemli bir araç olarak kullanılmaya başlanmıştır. Döner sermayenin finans kaynağı olarak devreye girmesi, sağlık çalışanlarının istihdam politikaları ve özlük haklarında büyük değişikliklere neden olmuştur (Pala, 2014: 415).

Piyasalaşma sürecine giren kamu sağlık hizmetlerinin önündeki en temel sorun, dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın deyimiyle “kendi kendine yeterli sağlık işletmesi” olarak maliyetleri düşürmektir. Zira artık kamu bütçesinden kamu hastanelerine pay verilmeyeceği bir döneme geçilmektedir. Bu, en büyük maliyet unsuru olan “işçilik maliyetinin” en aza düşürüleceği anlamına gelmektedir (Sertlek, 2008a). Devletin küçülme politikasından etkilenen sağlık sektörü personel alımı konusunda büyük sıkıntılar yaşamıştır. Ayrılan hastane personeli yerine yeterli personel alımı için izin verilmemesi hizmet sunumunda personel yetersizliğine yol açmış ve çözebilmek için döner sermaye bütçesinden personel istihdamı yoluna gidilmiştir. Bu uygulamanın hastanelere ciddi mali yük getirdiği bilinmektedir (Azap ve Ağırbaş, 2014: 441).

Sağlık sektöründe SDP temelinde yapılandırılan çok önemli bir uygulama da performansa dayalı ödeme sistemidir. Sağlık Bakanı Akdağ'ın “kim hastasını daha çok memnun ediyor ve daha çok hasta celp ediyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa, o kişinin performansı, yani döner sermayeden aldığı katkı payı daha yüksek olacak ve bu sayede sağlık çalışanları kendi aralarında rekabete teşvik edilecektir” şeklindeki ifadeleri ile rekabete açıldığı durumda

²² <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070501-8.htm> (erişim tarihi: 08.04.2019).

sağlık sektörünün verim ve kalitesinin artacağı düşüncesini ortaya koymuştur (Elbek, 2010: 433).

Küresel neoliberal bakışla değerlendirildiğinde, kamu tarafından finanse edilen sağlık sisteminin çok kaynak kullandığı ve temel sorununun da verimsizlik olduğu kabul edilmektedir. Finansman ve hizmet üretiminin entegrasyonunun rekabete izin vermediği ve piyasa dinamiklerini bozması verimsizliğin nedeni olarak görülmektedir. Verimliliğin artması için rekabetin gerekli olduğu ve devletin de sistemden çekilmesi gerektiği düşünülmüştür. Sağlık hizmeti üretiminde finansman ile hizmetin birbirinden ayrılması ile hastanelerin işletmeye dönüştürülmesi, sağlık işgücüne de bu işletmenin maliyetini artırıcı bir unsur olarak bakılması sonucunu doğurmaktadır. İşgücü maliyetinin düşürülmesi çalışanlar arasında rekabeti artırarak iş güvencesinin yok edilmesi ve performansa dayalı ücretlendirme yönteminin ücretlendirilmeye dahil edilmesi ile gerçekleştirilebilecektir (Belek, 2015: 287). Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, hekimler arasında gerek kurumsal anlamda gerekse tüm bireysel ilişki ağlarını dönüştürecek düzeyde keskin bir rekabet ortamı oluşturmaktadır (Kart, 2013: 134). Hekimlere hizmetlerinin karşılığında ödemeyi kapsayan hizmet başı ödeme, kişi başı ödeme, performansa dayalı ödeme biçimlerinden birisiyle ya da bunların çeşitli bileşenlerini içeren karma bir ödeme yöntemiyle ücretlendirme yapılabilmektedir (Tüzün, 2009: 189). Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ödeme olarak bildiği bu uygulama, döner sermaye gelirlerinden çalışanlara yapılan farklı bir ek ödeme biçimidir. 2004 yılı bütçe kanununun ilgili maddesine dayanarak hazırlanan yönerge ile döner sermayenin çalışanlara dağıtımının usul ve esasları belirlenmiştir. Sistemde her çalışanın bir katsayısı bulunmaktadır. Bu katsayı çalışanın unvanı, görevi, serbest çalışıp çalışmaması gibi faktörler göz önüne alınarak belirlenmektedir. Örneğin, bu katsayı başhekim için bir diğer hekimden, hekim için hemşireden daha büyük bir rakam olarak ifade edilmektedir. Benzer biçimde tam gün çalışan için katsayı, tam gün çalışmayan bir hekime göre daha büyük bir rakamın karşılığını oluşturmaktadır (Bilaloğlu, 2004: 229). 2004 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlanan performansa dayalı ek ödeme sistemi, 2006 yılından sonra tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yaygınlaştırılmış, 2011 yılında da tüm üniversite hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır (Kılıç, 2012: 17).

1980 sonrası yeni kamu yönetimi anlayışında, insan kaynakları yönetimi, vatandaş yerine müşteri anlayışı, toplam kalite yönetimi, stratejik planlama ve performans yönetimi gibi önemi artan kavramların yanına performans değerlendirme de reform uygulaması olarak eklenmiştir. Sağlık Bakanlığında performans değerlendirme, kurumsal ve bireysel anlamda ele alınmıştır. Sağlık Bakanlığının performansa dayalı ek ödeme sistemi, üniversite

hastaneleri için de örnek uygulama olarak değerlendirilmiştir. “Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik” ile üniversite hastanelerinde eskiden beri var olan döner sermaye gelirlerinden ek ödeme dağıtımı performansa dayalı hale getirilmiştir (Özkal-Sayan ve Şahan, 2011: 35).

Sağlık Bakanı Recep Akdağ’ın, 3 Kasım 2003 tarihli “2004 Mali Yılı Bütçesi’ni TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu’na Sunuş Konuşması” metninde dile getirdiği: “Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve etkinliğinin artırılması, personelin hizmet katkısı oranında dinamik bir süreç dahilinde döner sermaye gelirlerinden yararlandırılması amacıyla 2003 Yılı Bütçe Kanunu’na istinaden ‘Hastane Döner Sermayelerinin Dağıtımı Hakkındaki Yönerge’ hazırlanmıştır.” bilgisinden anlaşılabacağı üzere performansa dayandırılan ödeme döner sermaye gelirlerine dayalı bir ödeme biçimidir (Bilaloğlu, 2004: 228-229). Özetle 209 sayılı kanunu uyarınca, Sağlık Bakanlığı’nda ve ona bağlı kuruluşlarda çalışan personele verilen ek ödemenin SDP’nin dönüşüm politikaları ile birlikte “performansa” dayalı ücretlendirme haline dönüştürülmesi amaçlanmıştır. “Hastane Döner Sermayelerinin Dağıtımı Hakkındaki Yönerge” kapsamındaki ek ödeme sisteminde yapılan düzenlemelerle, 2003 yılının sonlarına doğru pilot uygulama birimi olarak 10 hastane ve 1 il sağlık müdürlüğünde bu uygulama hayata geçirilmiştir (Özkal-Sayan ve Şahan 2011: 51).

SDP ile uygulamaya konan performansa dayalı ek ödeme sistemi hizmet başı ödeme şeklindedir ve sunulan her bir sağlık hizmeti için ödeme yapılacağı anlamını taşımaktadır. Performans ödeme sistemi çerçevesinde yapılan ek ödemeler, özellikle hekimler için temel maaş ödemelerinin çok üzerinde bir ücret sağlamaktadır. Hekimlerin hizmet başı ödeme üzerinden alacakları ek ödeme tutarlarının tavan sınırının yüksek olması, ek ödeme sistemini temel maaşları ikinci plana itecek boyutta önemli hale getirmiştir. Bu dönüşüm mesleki yozlaşmanın ilk adımı olmuştur. Zira hekimler bu sistemle maaşlarından daha fazla gelir sağlayabileceklerini kabullenme eğiliminde olmuştur (Elbek, 2010: 432).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık çalışanlarının verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını sağlayacak bir ödeme ve ücretlendirme yapısı olması iddiasıyla tasarlanmıştır. Sistemin yasal dayanağını oluşturan, 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” kapsamın göre, personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, kapsamda yer alan personele, çeşitli kriterler baz alınarak ek ödeme yapılmaktadır. Örneğin, personelin unvanı, görevi, çalışma süresi, hizmete verdiği katkısı ile muayene, ameliyat, anestezi, vb. unsurlar ek ödeme kriterlerini oluşturmaktadır (Erkan, 2011: 423-424). Uygulamaya

geçildikten sonra gelineen noktada, döner sermaye uygulamasının fazlasıyla gelişmiş olduğu ve döner sermaye gelirlerinin Sağlık Bakanlığının genel bütçesiyle yarışır hale geldiği görülmektedir. Öyle ki 2010 ve 2012 yıllarında, döner sermayeden elde edilen gelirlerin Sağlık Bakanlığının genel bütçesini geçtiği dikkati çekmektedir (Kılıç, 2012: 23).

Döner sermaye bütçe gelirlerinin en önemli kaynağı, SGK sigortalılarından elde edilen gelirlerdir. “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” hükümleri gereği sağlık kurumlarının sağlık hizmeti sunumlarından elde ettikleri gelirlerin tamamı döner sermayeye gelir olarak kaydedilmektedir. Sistemde, ek ödeme dağıtımında baz alınan kriterlere göre hekim ve hekim dışı çalışan sağlık personeline dağıtımda farklılıklar bulunmaktadır. Hekimlere yapılacak ödeme için ayrıca muayene, ameliyat, anestezi vb. işlemlerin sayısı dikkate alınmaktadır. Ödeme miktarları yapılan işlem sayıları ile orantılı olarak belirlenmektedir (Özkal-Sayan ve Şahan, 2011: 53).

Performansa dayalı ücretlendirme uygulaması sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının rıza gösterdiği bir uygulamadır. Ancak sağlık çalışanları arasında yıkıcı rekabet ve parçalanmayı artırmaktadır. Aynı serviste çalışan hekimler arasında başlayan rekabet kurumun tüm çalışanlarına yansımaktadır. Farklı istihdam biçimleri ile de (sözleşmeli, kadrolu, taşeron) çok tabakalı bir çalışma ortamı oluşmasını pekiştirmektedir. Özellikle geliri artıran branşlarda çalışan hekimler yüksek ücretler ve daha iyi çalışma ortamı ile memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Verdiği hizmetin ekonomik anlamda değerinin yüksek olduğu hekimler ya kendi kurumunda özel hasta bakmaya, ya özel muayene açmaya ya da özel hastanede çalışmaya yönelmektedir (Zencir, 2009: 180-185).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SDP UYGULAMALARININ KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN İSTİHDAM VE ÜCRETLENDİRME AÇISINDAN ÇALIŞMA KOŞULLARINA OLUMSUZ ETKİLERİNİ ANLAMAYA YÖNELİK ÇALIŞMA

3.1. Araştırmanın Kapsamı ve Amacı

Neoliberal küreselleşme politikaları sağlık alanını büyük oranda etkileyen dinamik bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Türkiye’de de “sağlıkta dönüşüm” adıyla gerçekleşen uyum politikaları kapsamında, kamu sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısı ve sağlık çalışanları için çalışma ortamında önemli niteliksel değişimler görülmektedir (Kart, 2013: 104). Geline nokta da sağlık çalışanlarının iki yönde etkilendiği söylenebilir: 1) Kamusal hizmetin özel sektör eliyle verilmesinin teşvik edilmesiyle birlikte büyüyen bir “özel sağlık sektörü” ortaya çıkmıştır. Piyasa dinamiklerinin bu şekilde yapılanması, devletin kamusal sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmesini gerektirmiş ve binlerce sağlık çalışanının çalışma koşullarının, serbest piyasa kurallarına göre yeniden oluştuğu bir ortamı yaratmıştır; 2) Bu ortam, iş gücü maliyetlerinin düşürülmesi için seçeneklerin araştırıldığı biçiminde tanımlanabilir. Böylece sağlık hizmetlerinde, esnek çalışma biçimleri, uzun çalışma saatleri ve düşük ücret gibi uygulamalar gündeme gelmiştir (Etiler, 2011: 10-11).

Sağlık alanında, emek yoğun olması yönüyle çalışma ilişkileri diğer alanlara göre farklılık içermekte, sağlık alnından meslektaşlarla, diğer çalışanlarla, yöneticilerle, sağlık hizmeti verilen kişiler ve onların yakınlarıyla, meslek örgütleri ve sendikalarla olan ilişkileri kapsamaktadır. Bu ilişkiler üzerinden; nasıl istihdam edildikleri, nasıl ücretlendirildikleri, çalışma süreleri, çalışma temposu, iş yükü, çalışma sürelerinin düzeni, dinlenme süreleri, nöbetleri, vardiyalı çalışma zamanları, izin kullanma imkanları, plan dışı iş yapma durumları, meslek dışında işlerle ilgilenme durumları vb. durumlar da çalışma koşullarını belirler (Özkan, 2017: 384).

Bu araştırmada SDP çerçevesinde ülkemizde sağlık sisteminde yaşanan bu önemli dönüşüm; sağlık çalışanları üzerindeki etkisini anlamaya yönelik eleştirel bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Kamu sağlık hizmetlerinin dönüşümünün çalışma ortamına yansımaları, siyasal karar alma mekanizmasında rol alan ve kamuoyu oluşturabilen meslek örgütleri ve sendikalar gibi önemli aktörlerin araştırma konusu ile ilgili tespitleri ve dönüşümü nasıl değerlendirdikleri gibi konular da araştırma kapsamındadır.

Alan yazın taramasında, SDP’nin sağlık sistemi ve sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinin, farklı istihdam biçimleri, sağlıkta kadın yoğunluğu (feminizasyon), özel sektörde

büyüme, performansa dayalı ödeme biçimi, hizmet satın alma (taşeronlaşma) başlıklarıyla ele alındığı görülmüştür (Çelebi-Çakıroğlu ve Harmancı-Seren, 2016: 38). Bu araştırma, SDP uygulamalarının, kamu hastanelerindeki sağlık çalışanlarının “istihdam ve ücretlendirme açısından” çalışma koşulları üzerindeki olumsuz etkilerini anlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Başka bir deyişle, araştırmanın amacı, SDP uygulamalarının kamu hastaneleri sağlık çalışanlarının çalışma ortamı üzerinde yarattığı dönüşümün olumsuz etkilerini istihdam ve ücretlendirme ana başlıkları açısından anlamaya çalışmak ve hangi değişkenler bazında incelenebileceğini ortaya koyabilecek derinlemesine bir kavrayış elde edebilmektir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma nitel araştırma tasarımı ile yürütülmüştür. Nitel araştırma; gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri geliştirme tekniklerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak kabul edilebilir. Başka bir deyimle nitel araştırma, kuram oluşturmayı temel alarak, sosyal olguları bağlı bulunduğu çevre içerisinde araştırmayı ve anlamayı ön plana alan bir yaklaşımdır (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 45). Araştırma problemine yönelik yazılı ve görsel dokümanların incelenmesi daha zengin ve kapsamlı bir çıkarım sağlanması açısından oldukça önemlidir. Olguya ya da olaya ilişkin çok çeşitli kaynaklardan bilgi toplanması farklı bakış açıları ve farklı yaklaşımların da incelenmesi ve sentezlenmesine imkan sağlayacak, bu da araştırmanın geçerliliğini artıracaktır. Ayrıca dokümanlar araştırma konusunun geçmişine ya da tarihsel sürecine de ışık tutacaktır (Baş ve Akturan, 2013: 117). Nitel araştırma varsayımlarla ve araştırma problemlerinin incelenmesine yönelik bireylerin veya grupların sosyal çevre veya insan sorunlarını nasıl algıladıklarını konu edinen bir perspektif kullanımıyla başlar. Nitel araştırmacılar veri geliştirme sırasında, katılımcıların sorunu deneyimledikleri çalışma sahalarına doğal ortamlarına yönelme eğiliminde olurlar; probleme duyarlı doğal ortamdan toplanan verileri hem tümevarım hem de tümdengelim yöntemiyle örüntü ve temalar geliştiren bir yaklaşımla değerlendirirler. Araştırmanın sonucu; araştırmaya dahil olan katılımcıların sesini, araştırmacıya araştırma esnasında düşündüklerini, problemin kompleks biçimde açıklanmasını ve yorumlanmasını, literatüre sağlayacağı katkıyı ve literatür için değişim çağrısını içerir (Creswell, 2007). Nitel araştırmada veri analizi için betimsel analiz ve içerik analizi yöntemlerinden bahsedilebilir. Araştırmacının araştırma sonuçlarının geçerliliğini betimlemelere dayandırmak zorunda olduğu için betimleme nitel çalışmalar için çok önemlidir. Betimleme sırasında araştırmacı

kendi görüş ve yorumunu katmadan okuyucuya yorumsuz olarak sunmalıdır. Araştırmacı ancak bulgular betimlendikten sonra, bulgularla ilgili yorumlarını verebilir. Araştırmacının yorumlarının betimsel bulgularla desteklenmiş olması okuyucu için önemlidir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 97).

3.3. Veri Seti Analizi

Araştırma ikinci basamak sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarına odaklanmıştır. Veri seti dokümanlardan oluşmaktadır. Siyasi aktörlerin sağlıkta dönüşüm ile ilgili düzenlemelere ilişkin konuşmaları, kamu idaresi ve iş yaşamına ilişkin meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşlarının hazırladıkları raporlar ve yazılı yayınlar veri setinin asli unsurlarıdır. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tutanakları, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen) yayınları, Türk Tabipleri Birliği (TTB) yayınları ve araştırmaya ilişkin dikkat çeken gazete haberleri araştırmanın dokümanlarını oluşturmuştur. Dokümanlar, araştırma konusuna ilişkin farklı bakış açılarını ve yorumları içerecek şekilde derlenmiştir. Doküman belirlemede kullanılan kilit anahtar kelime “sağlıkta dönüşüm”dür. Nitel araştırmalarda veri güvenilirliğini artırmanın önemli bir yolu derinlemesine mülakat, gözlem notları, dokümanlar vb. çeşitli veri geliştirme tekniklerini bir arada kullanmaktır. Bu çalışmada sağlık politikalarının oluşturulması sürecindeki tartışmaları, etkilerini ve sahadaki sonuçlarını resmi kayıtlar üzerinden izlemek tercih edildiği için yalnızca dokümanlardan oluşan bir veri seti kullanılmıştır. Veri setinin güvenilirliğini artırmak için çok farklı kaynaklardan ve kurum kayıtlarından yararlanma yoluna gidilmiş; ayrıca aynı konu ve olayların farklı belgelere nasıl yansdığı, karşılaştırma yoluyla izlenmiştir. Araştırmanın veri seti Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Cumhuriyet tarihi boyunca ülkemizde uygulanan sağlık politikaları bazı temel değişim dönemleri geçirdi. Dr. Refik Saydam dönemi (1923), Dr. Behçet Uz dönemi (1946) ve Prof. Dr. Nusret Fişek’in öncülüğünde sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon uygulamasının başlangıcı (1963), önemli dönüm noktalarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003), bu dönüm noktalarından son halkayı oluşturmaktadır.

Bu belgelerle yapılandırılan temel sağlık programları ise sağlık emek gücü, sağlık finansmanı, sağlık hizmetleri gibi sağlık sisteminin bileşenleri temelinde mevcut sağlık politikalarını yönlendiren mevzuata alt yapı oluşturmuştur (Özkan, 2017: 382).

Tablo 3.1 Araştırmanın Veri Setini Oluşturan Dokümanlar

Doküman Türü	Kapsam	Adedi
TBMM Tutanakları Sorgu Sonuç Sayısı (22.Dönem-26.Dönem)	2003-2018	704
Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Raporları	2012-2018	11
SASAM Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi	2017-2018	4
SASAM Analiz	2015-2018	13
SASAM Kitaplar	2012-2018	16
TTB Raporlar	2003-2018	15
Toplum ve Hekim Dergisi	2003-2018	44

2003-2018 yılları arasını kapsayan dokümanların incelendiği bu araştırmada, 2003-2018 (02.04.2018'e kadar)²³ dönemleri meclis tutanakları incelenmiştir. Sağlıkta dönüşüm anahtar kelimesi ile yapılan taramada 704 adet sorgu sonucu araştırmaya dahil edilmiştir. Türk Tabipler Birliği yayınlarına www.ttb.org.tr web adresinden 2003-2018²⁴ yılları arası taranarak ulaşılmış; TTB Raporları ve Toplum ve Hekim Dergileri olmak üzere toplamda 59 adet dokümana ulaşılmıştır. Sağlık-Sen yayınları için www.sagliksen.org.tr web adresinden mevcut olan 2012-2018 yılları arasındaki kaynaklar taranmış, Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi(SASAM) Analiz, SASAM Sağlık ve Sosyal Politikalar Bakış Dergisi, SASAM Kitaplar, SASAM Yayınlar olmak üzere toplam 44 adet veriye ulaşılmıştır.

Doküman verilerinin analizinde, tüm dokümanlar analiz edilemeyebilir. Eldeki veri seti içinden analize konu olabilecek olanlar seçilebilir. Kategoriler geliştirilebilir ve araştırma amaç ve problemleri temelinde geliştirilen kategoriler bir diğerini de kapsayacak şekilde oluşturulabilir. Analiz birimi kelime, tema, cümle, paragraf ve maddeden oluşabilir (Kümbetoğlu, 2012: 146). Betimsel bir analizin yürütüldüğü bu çalışmada izlenen veri okuma/yorumlama yolu şu şekildedir:

1. Araştırmacı, veri setini ön okuma ile gözden geçirerek tez konusu ile hiç ilgisi olmayan kısımları ayıklamıştır.

2. Niteliksel veri analizinde fikirler, kavramlar, temalar, kodlar metnin tekrar tekrar okunmasıyla oluşabilir. Veri yığınının ne yöne gideceği konusunda kodlamadan yararlanılır (Kümbetoğlu, 2012: 152). Tümevarım verinin yansıtılmasında ve öngörülemeyen kodların

²³ Hizmet alımı sözleşmeleri kapsamında çalıştırılmakta olan taşeron işçilerin 02.04.2018 tarihinden sonra kadroya geçirilmesi nedeniyle 02.04.2018 tarihinden öncesi baz alınarak araştırma dönemi sınırlandırılmıştır.

²⁴ Cumhuriyet tarihi boyunca sağlık politikalarının önemli gelişmelerinden son halkayı oluşturan SDP'nin 2003 sonrası dönemde uygulanmaya başlaması, araştırmanın başlangıç dönemini belirlemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 7).

keşfinde daha güvenilir bir yaklaşımdır (Miles vd., 2014). Veri setini en etkili ve verimli biçimde açıklayacak bir kod listesine ulaşmak araştırma için çok önemlidir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 270). Kodlama sayesinde, a) Araştırmacının araştırma öncesi bulmayı beklediği bilgiye, b) Araştırmacının beklemediği sürpriz bilgiye, c) Katılımcılardan ilginç veya sıra dışı bilgiye ulaşılabilir (Creswell, 2007: 153). Bu çalışmada da araştırmacı tekrarlı yapılan okumalar sırasında, ‘istihdam’ ve ‘ücretlendirme’ başlığı altında veri setinde sık rastlanmış, üzerinde önemle durulmuş ve ilginç olması ile dikkat çeken alt başlıklara rastladıkça, araştırmanın temaları ve kodları da netleşmiştir. Dokümanların üzerine alınan hatırlatıcı notlarla, verileri birleştiren ortak başlıklar belirlenmiştir. Bu şekilde veri analizinde tümevarım yöntemi izlenmiş, kodların ve temaların veri setinden çıkarılması yoluna gidilmiştir.

3. Nitel araştırmacılar, gözlemlene ve alanda olmanın kazandırdığı sezgisel güçlerle teoriyi oluştururlar. Gözlemlerin, görüşmelerin ve belgelerin parçaları bir araya getirilir ve daha büyük parçalara doğru yol alınır. Araştırmacının böyle bir yöntem kullanmış olması çalışılan olguyla ilgili zihninde herhangi bir düşünce olmadığı anlamına gelmez, disipline özgü bir perspektifle araştırma hakkında bilgi sahibi olunur ve araştırmacının araştırmaya odaklanmasını sağlayarak verileri yorumlamasına yardım eder. Bu noktada yorumları, alanla ilgili tümevarım yöntemiyle yapılan analizde öğrenilen şeyler şekillendirir (Merriam, 2013: 15-16). Bu çalışmada da araştırmacı sonraki aşamada veri analizi sonucunda ulaşılan kodlardan anlam açısından ortak olanları bir araya toplayarak daha genel bir anlam bütünlüğü sağlamak için oluşturacağı temalar ve kategoriler üzerine düşünmüştür. Böylelikle veri setindeki örüntülerden yola çıkarak tema ve kategoriler belirlenmiştir. Araştırmacı, nitel araştırmada bilgi toplama sürecinin bir parçasıdır. Araştırmacının görüş ve yorumları toplanan verilerin anlamlı bir bütünlükle açıklanmasında ve nitel araştırmada önemlidir. Bu nedenle araştırmacı son aşamada toplanan verilere anlam kazandırmak, neden-sonuç ilişkisi kurmak, birtakım sonuçlar çıkarmak ve sonuçların hangi açıdan önemli olduğuna ilişkin açıklamalar yapmak zorundadır. Elde edilen kodlar, kategori ve temalara göre veri setinin düzenlenmesi ve betimlenmesi gerekmektedir. Bulguların sunumu için betimlemenin bir parçası olan araştırmacı tarafından yorumlanması da önemli bir aşamadır (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 270). Verilerin yorumlanması, kod, kategori ve temalara göre düzenlenen veri setinden belirlenen ortak yönler ve farklılıkların ortaya konması yönünde, veri detayında gizlenen anlamların bulunmasıdır (Kümbetoğlu, 2012: 154).

Doküman verilerinin analizinde üç farklı yaklaşımdan bahsedilebilir; 1) Verilerin orijinalliğine bağlı kalarak, bireylerin söylemlerinden doğrudan alıntı yapılabilir. Bu şekilde

veriler betimsel yaklaşımla sunulmuş olacaktır. 2) Araştırma sonuçlarına ulaşabilmek için, neden sonuç ilişkisi kurarak veriler üzerinde sistematik analiz yapmak bazı kavramlar ve temalar arası ilişkilerin belirlenmesini sağlayacaktır. 3) Her iki yaklaşımı da temel almak, araştırmacının veri analizi sürecine kendi yorumlarını dahil etmesini de sağlayan bir analiz yapmayı kapsamaktadır (Kümbetoğlu, 2012: 147).

Bu çalışmada araştırmacı, veri setinin formuna sadık kalarak, doğrudan alıntılar yaparak betimsel bir yaklaşım izlemiştir. Veri setinden elde edilen kategori ve temaların, araştırmanın alan yazın kısmını büyük oranda içerdiği görülmektedir. Veri setinin analizi sonucunda, SDP'nin çalışma ortamına yansıyan iki önemli etkisi olduğu görülmüştür: istihdam ve ücretlendirme. Ayrıntılı okumalarla istihdam ve ücretlendirme ana başlığı ile ilişkili olabilecek kodlara ulaşılmıştır. Çalışmanın veri çözümlemesinde kullanılan tüm kategori tema ve kodlar Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2 Veri Yorumlamada Kullanılan Kategori ve Temalar

Ana Konu	Kategori	Tema	Alt Tema(Kodlar)
İstihdam	Yetersiz İstihdam	Hekim Başına Düşen Hasta Sayısının Artması	Hekimin Değersizleşmesi
			Tükenmişlik
			Mobbing
			Ölümle Sonuçlanan Şiddet
			İntihar
			İş Kazası
	Farklı Statülerde İstihdam	Çalışanlar Arasında Gelir ve Özlük Farklılıkları	Niteliksiz İstihdam
			İş Barışının Bozulması
			Vasıfsızlaştırma
			Örgütsel Adaletsizlik
		Döner Sermayeden Karşılana İstihdam	Hastanelerin Mali Yükünün Artışı
		Tam Gün Yasası	Hekimin İşçileşmesi
			Gelir Güvencesizliği
			Hekimin Değersizleşmesi
Ücretlendirme	Performansa Dayalı Ücretlendirme	Hekimler Arası Rekabet Ortamı	Ölümle Sonuçlanan Şiddet
			Gelir Güvencesizliği
			Örgütsel Adaletsizlik
			İş Barışının Bozulması
		Yapay Taleple Artan İş Yükü	Düşük Motivasyon
			İş Barışının Bozulması
			Örgütsel Adaletsizlik
		Hekim ve Hasta İlişkinin Değişmesi	Hekimin Değersizleşmesi
			Şiddet
			Hekimliğin Ticarileşmesi

3.4. Araştırma Bulguları

SDP'nin sağlık çalışanları üzerindeki etkisine ilişkin aşağıdaki meclis konuşması konun önemine vurgu yapar niteliktedir:

“2003 yılında sağlıkta dönüşüm politikalarıyla sağlık ortamı baştan sona değişti. Hastaların müşteri, hastanelerin kar eden işletmeler olarak tanımlandığı bir süreç yaşadık ve bu süreçte sağlık hizmeti bolca tüketilmesi gereken ve üzerinden kar edilen bir nesneye dönüştü. Sağlıkta finansman modeli olarak genel sağlık sigortası modeline geçildi. Pirim borcu olanların hizmet alamadığı bu sistemde milyonlarca kişi pirimini ödeyemediği için sağlık hizmeti dışına itildi. Bu süreç tabi ki hekimleri ve tüm sağlık çalışanlarını da olumsuz etkiledi, çalışma modelleri değişti. Sağlık alanında taşeron çalışma, sözleşmeli çalışma modelleri önemli yer tutar hale geldi...”²⁵

Konu ile ilgili literatürün ve veri setinin doğrudan işaret ettiği iki ana başlık olan ‘istihdam’ ve ‘ücretlendirme’ konularını daha derinlemesine kavramamızı sağlayan ayrıntılara aşağıdaki bölümlerde sırasıyla yer verilmiştir.

3.4.1. İstihdam

3.4.1.1. Yetersiz İstihdam

2000’li yıllarda gerçekleştirilen reformlarla sağlığa erişimin kolaylaştırılmış olması sağlık hizmetine olan talebi yükseltmiştir. Reformlar kapsamında performans ve kalite uygulamaları sonucunda sağlık hizmeti arzı da artmıştır. Bu durum poliklinik hizmetleri, tetkik ve ameliyat sayılarında ciddi bir artış yaratmıştır (Ulutaş-Ünlütürk, 2011: 217). Tablo 3.3 ve Tablo 3.4’te verilen sayılar karşılaştırıldığında, hastanelere başvuru sayısının 2002 yılından 2017 yılına 3,7 kat artarken, personel sayısının 2,5 kat artış gösterdiği görülmekte; 2017 yılına gelindiğinde, hastanelere başvuru sayısındaki artışın, sağlık personeli sayısındaki artışın oldukça üzerinde olduğu dikkati çekmektedir.

²⁵ CHP Eskişehir Milletvekili Utku Çakırözer, 26. Dönem, 3. Yasama Yılı, 24’üncü Toplantı, 14.11.2017 tarihli konuşma.

Tablo 3.3 Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı

	2002	2013	2014	2015	2016	2017	Artış Oranı
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	277.485.135	292.100.331	306.825.524	340.080.539	353.703.814	3,22
Üniversite	8.823.361	29.985.697	32.143.930	34.539.363	36.420.413	38.963.933	4,4
Özel	5.697.170	71.341.411	72.333.383	77.217.044	71.147.878	72.208.615	12,67
Toplam	124.313.659	378.812.243	396.577.644	418.581.931	447.648.830	464.876.362	3,7

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Tablo 3.4 Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları

	2002	2013	2014	2015	2016	2017	Artış Oranı
Toplam Hekim	91.949	133.775	135.616	141.259	144.827	149.997	1,6
Hemşire	72.393	139.544	142.432	152.803	152.952	166.142	2,3
Ebe	41.479	53.427	52.838	53.086	52.456	53.741	1,3
Diğer Sağlık Personeli	50.106	131.652	138.878	145.943	144.609	155.417	1,07
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	290.363	303.110	311.337	321.952	339.241	4,04
Toplam Personel Sayısı	339.891	748.761	772.874	804.428	816.796	864.538	2,5

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 (Sağlık Bakanlığı, 2018).

3.4.1.1.1. Hekim Başına Düşen Hasta Sayısının Artması

Türkiye’de sağlık insan gücü planlamasında, genellikle nüfus başına düşen hekim sayısı bir değerlendirme ölçütü olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmeti bir ekip hizmeti olduğundan bütün olarak ele alınmalıdır; bu nedenle hemşire, ebe, sağlık memuru vb. sayısını artırmadan hekim başına düşen nüfusu azaltmak gerçekçi bir çözüm olmayacaktır (Kılıç, 2007: 502-504). 2002 yılından 2017 yılına kadar geçen sürede artış oranlarına bakıldığında hekim istihdamı, yıllara göre hastanelere müracaat sayılarındaki artışı karşılayamayacak düzeyde kalmıştır. Bu durum karşısında zaman içinde hekimler için artan iş yükünün hekim dışı çalışan personeli de etkilemesi kaçınılmaz bir sonuç olmuştur.

Sağlık hizmetlerinde yetersiz istihdam konusuna ilişkin Sağlık-Sen SASAM Enstitüsü Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi Odak Grup Görüşmeleri Raporunda (2016: 54) geçen tespitler, personel yetersizliği ile birlikte yaşanan sorunları özetlemektedir:

“Personel sayısı eksiktir. Türkiye’de sağlık sisteminin en önemli sorunlarından biri sağlık personelinin sayısal eksikliğidir. Türkiye’de gelişmiş ülkelere göre hem hekim sayısı hem de hemşire ebe sayısı düşüktür. Bu durum personelin iş yükünü artırmakta ve personelde tükenmişlik oluşturmaktadır. Bu durumun diğer bir sonucu olarak personel aşırı nöbetlerle karşılaşmaktadır.”

SDP ile gereksiz sevklerle ortaya çıkan maliyetleri ve hasta yığılmalarını önlemek amacıyla, birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Hekimliği sisteminin kurulması önemli bir uygulamadır. Ancak 15.06.2007 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği ile sevk zincirinin ortadan kaldırılması bu amaca ters düşmektedir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2011: 192). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sevk zinciri zorunluluğunun kaldırılması, ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerine başvuruyu kolaylaştırmış ve hasta sayısının artmasına neden olmuştur. Kamu hastanelerindeki yetersiz istihdam sevk zinciri zorunluluğunun bulunmaması nedeniyle hasta başvuru dağılımına uygun hekim dağılımının olmaması çerçevesinde değerlendirilmelidir. Bu durumda, sağlık çalışanlarının iş yükünün artması da beklenen bir sonuçtur:

“... birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlıklı bir şekilde, güvenilir bir şekilde işlevini yerine getirememesi üzerine, her rahatsızlığı olan vatandaşımız hastanelere koşmaktadır. O nedenle, özelde ve resmîde veyahut da üniversite hastanelerindeki poliklinik sayısı anormal derecede artış göstermektedir. Sağlık Bakanının, defalarca, bu kürsüye çıkarak, geçen seneye veyahut da ondan evvelki senelere nazaran hasta bakımındaki sayı oranlarının çok arttığını SDP’nin bir başarısı olarak göstermeye çalışmasının altında yatan gerçek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapılamamasından, güvenilirlik sağlamamasından kaynaklanmaktadır. O zaman ne oluyor? Vatandaş bir ayağını çarptığı zaman, bir duvara çarptığında veyahut da düştüğünde, gideceği ilk yer hastane oluyor.”²⁶

Sosyal Güvenlik Kurumunun, genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti ihtiyacının finansmanını kapsayan Sağlık Uygulama Tebliğinin 3.2.1. maddesinde, sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenlerin katılım payı ödemesi zorunluluğu bildirilmektedir. Ancak acil sağlık hizmetleri, anılan katılım payından

²⁶ CHP Ordu Milletvekili İdris Sami Tandoğdu, 22. Dönem, 5. Yasama Yılı, 73. Birleşim, 08.03.2007 tarihli konuşma.

muafiyet kapsamında bildirilmektedir²⁷. Katılım payı uygulamasının sağlık hizmetinin gerçek talebini belirleyebilmek ve kaynakların verimli kullanılabilmesi amacıyla getirildiği öne sürülmektedir (BSB, 2011: 196). SDP uygulamaları kapsamında getirilen katkı, katılım payları ve ilave ücretlerin, acil servislere başvuran hasta sayısını artırdığı, Sağlık Bakanlığınca açıklanmaktadır. Acil servisteki hasta yoğunluğu, gerçek acil vakalarda hekim ve sağlık çalışanlarının öncelik belirleme kararlarında hasta ve hasta yakınları ile sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Çözüm olarak düşünülen acil sağlık hizmetlerinin de ücretli hale getirilmesi “Yeşil Alan” uygulaması ile gerçekleştirilmiştir (Soyer, 2011: 16). 21.01.2012 tarih ve 28180 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliği’nde değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile acil servislerde yeşil alan uygulaması kapsamında değerlendirilecek sağlık hizmetleri için katılım payı alınacağı hükme bağlanmıştır. Polikliniklerde alınması zorunlu olan muayene katkı payını ödemedenden ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen hastaların, sıklıkla acil servise başvurmayı tercih etmesinin de hekim başına düşen hasta sayısının artmasına neden olduğu meclis tutanaklarına yansımıştır:

“Sağlık Bakanlığının uygulamış olduğu SDP sonucunda uyguladığı yanlış politikalar nedeniyle şu anda tüm hastalar ücretsiz olması nedeniyle ve sıra beklememek için acil başvurularını yapmaktadırlar. Acil başvurularının giderek artması nedeniyle orada çalışan sağlık personelinin iş yükü artmıştır... Sağlık personeli zor durumda kalmaktadır.”²⁸

Hekim başına düşen hasta sayısının artışı ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin düştüğü, bu nedenle hastaların yeniden başvurması gerektiğini anlatan bir meclis konuşması da şu şekildedir:

“...bugünkü düzende ortalama bir kişinin yıllık polikliniğe başvuru sayısı yüzde 8,2’dir. Bu son derece yüksek bir rakamdır. Yani insanlar hastanelere başvuruyorlar ama nitelikli sağlık hizmeti alamadıkları için bir daha başvurmak zorunda kalıyorlar. Bu hem kaynakların israf edilmesi anlamına geliyor hem de insanlarımızın sağlık kalitesinin ve sağlık bakım hizmetinin niteliğinin sürekli olarak düşmesi anlamına geliyor. Mesela, acile bizde, yılda 100 milyon başvuru oluyor, 78 milyonuz; İngiltere’de 25 milyon başvuru oluyor, nüfusu 50 milyon. Artık, siz oradan Türk insanının nasıl acil servise yönlendirildiğini değerlendirin.”²⁹

²⁷ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100325m1.htm> (erişim tarihi: 25.03.2019).

²⁸ MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim Yurdakul, 26. Dönem, 1.Yasama Yılı, 23.Birleşim, 05.01.2016 tarihli konuşma.

²⁹ CHP Ankara Milletvekili Murat Emir, 26. Dönem, 1. Yasama Yılı, 107. Birleşim, 27.06.2016 tarihli konuşma.

Bahsedilen koşullarda hekim başına düşen hasta sayısının artmasıyla, hasta muayene süresinin kısaldığı ve bunun sağlık hizmetleri sunumunda kabul edilebilir bir durum olmadığı yönündeki düşünceler ise iki ayrı meclis konuşmasında yer almaktadır:

“...Şimdi bir doktor poliklinikte 100 hastaya bakıyor, bir hastaya sadece dört dakika ayırıyor; dört dakikada bir hastanın nasıl şikayetini dinleyip nasıl muayenesini yapacak, nasıl tetkiklerini değerlendirecek? Tüm vatandaşlarımızın huzurunda Sayın Bakana soruyorum: Sayın Bakan, siz 92’nci hasta olarak çocuğunuzu veya ailenizi o doktora muayene ettirebilirim diyorsanız ben burada özür dileyeceğim sizden.”³⁰

“...Sağlık Bakanlığının yayınladığı bir genelge kapsamında, hastane yöneticileri hekimlerin bir hastaya beş dakika zaman ayıracağı şekilde muayene randevuları planlamaktadır. Bu konuda halkın tepkisini kamuoyuyla paylaşan Balıkesir Tabip Odası Başkanı ‘Sağlıkta sürat felakettir’ diyerek uygulamaya karşı çıkmıştır...”³¹

Bir başka meclis konuşmasında, hasta başına düşen muayene süresinin azalmasıyla, sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin düştüğüne işaret edilmektedir:

“...Bir hastanın şikâyetini dinlemek, onu muayene etmek ve tetkiklerini yazmak için dört, beş dakika yetebilir mi? Eğer ‘yeter’ diyorsanız ben bu kürsüden özür dileyeceğim. Bunun standart süresi on beş yirmi dakikadır. O zaman ne oluyor, biliyor musunuz; sevgili vatandaşlarım, size hitap ediyorum, ne oluyor, biliyor musunuz; hastalıklarınızın tanısı ve tedavisinde gecikmeler oluyor. Doktor kardeşlerimiz ne yapıyor, biliyor musunuz? Gereksiz tetkikler istemek zorunda kalıyor ve komplikasyonlar ortaya çıkıyor...”³²

Hekim başına düşen hasta sayısının artışı, hekim dışı sağlık personelinin iş yükünü de etkilemektedir. 2002 yılından 2017 yılına kadar geçen sürede hastanelere başvuru sayısı 3,7 iken hekim dışı personel sayısının artış oranı 2,8 olarak değerlendirilmektedir (Tablo 3.4). Hekim dışı çalışan sağlık personelinin talebi karşılayamayacak düzeyde olmasından kaynaklı, sunulan sağlık hizmetlerinde yaşanan sıkıntılar, bir meclis tutanağında şöyle ifade edilmektedir:

³⁰ MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim Yurdakul, 26. Dönem, 1. Yasama Yılı, 50. Birleşim, 02.03.2016 tarihli konuşma.

³¹ CHP Balıkesir Milletvekili Mehmet Tüm, 26. Dönem 2. Yasama Yılı, 102. Birleşim, 07.06.2017 tarihli konuşma.

³² MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim Yurdakul, 26. Dönem, 2. Yasama Yılı, 38. Birleşim, 12.12.2016 tarihli konuşma.

“... Personel sorunları var. Özellikle üniversite hastanelerinde de böyle. Asistan ve hemşire gibi yardımcı sağlık personeli yetersizliğinden dolayı hizmet kalitesi zaman zaman düşüyor. Örneğin her 2-3 yoğun bakım hastasına bir hemşirenin bakması gerekiyor ama günümüzde bu sayı 5’e, 6’ya çıkabiliyor, bu da bir sıkıntı...”³³

SDP ile hekim başına düşen hasta sayısının artmasının, sağlık personelinin iş yükünü artırdığına ilişkin SASAM’ın tespitleri (2015: 13) de şu şekildedir:

“2002 yılından 2012 yılına kadar geçen on yıllık zamanda Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde kişi başı müracaat sayısı yaklaşık iki kat artışla 1,7 den 3,5 e, Üniversite Hastanelerinde de bu sayı dört kat artışla 0,1 den 0,4 e çıkmıştır. Hastanelere müracaat sayısında artış ile istihdamda yetersizlikler nedeniyle sağlık çalışanlarının iş yükünde 5 kat artış olmuştur. Artan iş yükü de hastaların bekleme sürelerini uzatmıştır. Tanı, tedavi ve bilgilendirme süresini kısaltmıştır.”

Hekim başına düşen hasta sayısı ile birlikte artan iş yükünün, çalışma ortamına bir takım olumsuz yansımaları olmuştur. Mobbing, tükenmişlik, ölümle sonuçlanan şiddet, iş kazası ve intihar vakaları araştırma kapsamında öne çıkan, çalışma ortamına yansıyan en önemli sonuçlardır. SASAM analizlerinde (2015: 29), SDP ile yaşanan dönüşümde göz ardı edilen istihdam boyutu, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti doğuran önemli bir etken olarak gösterilmiştir:

“SDP yıllar içinde öncelenmediği istihdam ve yapısal dönüşüm ayakları bugün şiddeti doğuran en önemli etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Reformları şiddet ve başka pek çok yapısal sorunu ortadan kaldıracak etkin stratejilerle yolculuğuna devam etmelidir.”

Daha önceki bulgularda da vurgulanan acil servisteki hasta yoğunluğunu, şiddetin temel nedenlerinden biri olarak açıklayan bir meclis konuşması ise şöyledir:

“Bakınız bu olayların yani sağlık çalışanlarına karşı saldırının neredeyse yüzde 80’e yakını acil servislerde oluyor. Niye? ... insanlarımız acil servise yönlendirildi, acil servisler son derece sıkıştı... Özellikle katılım paylarından, reçete paylarından kurtulmak için, artık insanlarımız acil servislere başvurmak zorunda kalıyor. Hani şu getirdiğiniz SDP var ya, işte o program yoluyla sağlık hizmetlerini

³³ CHP Bursa Milletvekili Lale Karabıyık, 26. Dönem, 1. Yasama Yılı, 18’inci Toplantı, 10.02.2016 tarihli konuşma.

paralı yaptınız...14 ayrı kalem altında farklar aldığınız için mecburen vatandaşlarımız acil servislere doluşmak zorunda kalıyorlar. Bu da şiddetin temel nedenlerinden biridir.”³⁴

Acil servis hekimlerine yönelik şiddet davranışının sık görülme nedeninin, hekimlerin iş yükünün artması ile ilişkili olduğu başka bir meclis konuşmasında ifade edilmiştir:

“Bu konu ile ilgili bir değerlendirme de Şanlıurfa Tabip Odası Başkanı Profesör Doktor Şahin Aksoy'dan gelmiştir. Doktor Aksoy görüşlerini şöyle aktarmaktadır: ‘Acil servis hekimlerinin sıkça şiddete maruz kalmasının nedeni iş yoğunluğu, başvuruların gerginliği ve hepsinin ötesinde ‘sağlıkta dönüşüm’ adı altında siyasiler tarafından halka vaat edilen acilde sonsuz hizmet ve hürmet gereceklerinin pompalanmasıdır.’ Acilde şiddet olaylarının artmasının başlıca nedenlerini bunların oluşturduğunu ifade ediyor.”³⁵

TTB de raporlarında (2018: 163), acil servislerdeki iş yükü artışının ölümlere varan sonuçları olduğunu vurgulamıştır. İş yükü artışından kaynaklı ihmal sonucu bir iş kazası vakasını³⁶ ve hekimlerin yaşadığı yıpranma sonucu gelişen bir intihar vakasını³⁷ anlatan ilginç tespitlere rastlanmıştır:

“...Başbakanın ülkesinin acil sağlık ortamından haberi var mı? Sağlık İş kolundaki iş kazalarının en yoğun yaşandığı yerlerin acil servisler olduğunu, Dr. Mustafa Bilgiç’in acil servis görevinde iken geçirdiği iş kazası nedeniyle 28 yaşında hayatını kaybettiğini, biliyor mu? ...Fiziksel ve ruhsal yıpranma oranlarının en çok acil servislere görevli sağlık çalışanlarında görüldüğünü, Acil Tıp Anabilim Dalında görevli Asistan Dr. Melike Erdem’in yaşadığı tükenmişlik nedeniyle hayatına son verdiğini...”

CHP Ankara milletvekili Murat Emir’in hekim intiharlarının araştırılması ile ilgili meclise verdiği soru önergesine³⁸ verilen yanıtta, son üç yılda (2015-2016-2017) 431 sağlıkçının intihar ettiği belirtilmiştir³⁹.

Hekimlerin intiharlarına ilişkin TTB raporlarında da (2013: 186) benzer değerlendirmeler yer almaktadır:

³⁴ CHP Ankara Milletvekili Murat Emir, 26. Dönem, 1. Yasama Yılı, 107. Birleşim, 27.06.2016 tarihli konuşma.

³⁵ MHP Samsun Milletvekili Cemalettin Şimşek, 24. Dönem, 2. Yasama Yılı, 99. Birleşim, 25.04.2012 tarihli konuşma.

³⁶ <https://www.haberler.com/ata-dr-mustafa-bilgic-kkka-dan-oldu-3961870-haberi/> (erişim tarihi: 20.12.2018).

³⁷ <http://www.hurriyet.com.tr/kelebek/saglik/doktoru-canindan-bezdiren-belge-22078306> (erişim tarihi: 28.12.2018).

³⁸ <https://www2.tbmm.gov.tr/d26/10/10-175408gen.pdf> (erişim tarihi: 20.06.2019).

³⁹ <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-son-3-yilda-431-saglikci-intihar-etti-11-681-76580.html> (erişim tarihi 20.06.2019)

“Son bir yılda aynı hastanede üç hekimin intiharı gündeme geldi. Üç ölümün ortak noktası; İl Erzurum, yer Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, bölüm cerrahi bilimler, statü uzman ya da asistan, yaş 37 yaştan küçük yani, genç ve girişimin zamanı nöbet ya da nöbet ertesi. İntihar girişiminin neden(ler)i konusunda çok şey ifade edilebilir. Olasılıkla bunlardan birisi de emek süreci ve toplumsal yapı ilişkisi ile bunların çalışanın sağlığı üzerine etkileridir.”

Bir hastane yöneticisi tarafından hekime uygulanan mobbing ve şiddet vakalarına ilişkin örnekler de TTB raporlarında (2017: 244) ele alınmaktadır:

“Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde görevli göz hastalıkları uzmanı Yrd. Doç. Dr. Halil Hüseyin Çağatay, 2 Haziran 2015 tarihinde poliklinikte hastalarını muayene ederken, sırasını beklemeden öncelikli olarak muayene olmak isteyen bir hasta yakınının sözlü şiddetine uğramıştır. Bu olayın hemen ardından muayene odasına izinsiz bir şekilde giren Hastane Müdürü Hüsnü Aktaş’ın sözlü ve fiziksel şiddetine maruz kalmıştır. Meslektaşımızın yakasını tutarak hakaret eden Müdür Aktaş, meslektaşımızı öldürmekle tehdit de etmiştir. Hastane çalışanları tarafından silah taşıdığı bilinen müdürün bu saldırgan tavrı hastanede korku ve paniğe neden olmuştur. Bu şiddet uygulayıcılarına bir de silahlı hastane yöneticilerinin eklenmiş olması sağlık politikalarının şiddeti nasıl beslediğini, kapsadığını açık bir şekilde ortaya koymaktadır.”

3.4.1.2. Farklı Statülerde İstihdam

Genel olarak bakıldığında, sağlık hizmetlerinin sunumu çok yönlü emek gerektirmektedir. Bir hastanın tedavisinde çok sayıda hekim, hemşire, tıbbi sekreter, radyoloji teknisyeni, berber, temizlikçi vb. birbirinden farklı niteliklere sahip sağlık çalışanlarının emeği yer alır. Hizmet sunan değişik meslek türlerinin aynı mekanda çalışmaları, ortak bir çalışma kültürü oluşturulmasını gerektirir (Nalçacı vd., 2006: 224-227). Sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası olan temizlik personeli, tıbbi sekreter, yardımcı sağlık hizmeti olarak hasta bakıcı, laborant, radyoloji teknisyenliği uzun süre taşeron eliyle yürütülmüştür. Aynı işi yapan kadrolu ve taşeron personelin farklı ücretlerle çalışıyor olması, aynı iş yerinde çalışan iki ayrı dünyanın insanı algısı ortaya çıkarmaktadır (Sertlek, 2008b). Toplumsal anlamda süreli çalışmaya bakıldığında, çalışanların bir arada çalışma şeklini etkilediği görülmektedir (Sennett, 2015: 42). “Uzun vade yok” anlayışı, zaman içinde çalışanın davranışını değiştirerek güven, sadakat bağlarını zayıflatmaktadır (Sennett, 2014: 32). Farklı statülerde çalışma biçimi; çalışanlar arasındaki ilişkiyi kopma noktasına taşımış ve aynı iş yerinde birden fazla çalışma statüsü yaratılarak aynı sağlık biriminde çalışanlar arasındaki ekip ruhu ve dayanışma kültürünün dağılmasına neden olunmuştur (Sertlek, 2008a).

İstihdam çerçevesindeki verilerin analizi, farklı statülerde istihdamın, çalışanlar arasında gelir ve özlük haklarında farklılıklar yarattığı, aynı zamanda farklı statülerde istihdamın döner sermaye bütçesinin kullanılmasını gerektirdiği, yine farklı bir istihdam biçimi kapsamında tam gün yasası uygulamasının, çalışma ortamına olumsuz etkileri olduğunu göstermiştir.

3.4.1.2.1. Çalışanlar Arası Gelir ve Özlük Haklarında Farklılıklar

İstihdam açığını gidermek amacıyla ortaya çıkan ve yaygınlaşan farklı statülerde istihdam çalışma ortamında, niteliksiz istihdam, iş barışının bozulması, çalışanların vasıfsızlaştırılması, örgütsel adaletsizliğin oluşması gibi önemli konuların gündeme gelmesine neden olmuştur.

Bir SASAM raporunda (2016: 52) farklı statülerde istihdamın çalışma ortamına yansımaları şöyle ifade edilmektedir:

“Sağlık hizmetlerinde birbirinden farklı gelir ve özlük haklarının olması sistemin yönetimini zorlaştırmaktadır. Bu durum personel arasında bir çatışma adaletsizlik ortamı oluşturmaktadır. Personel motivasyonunu da düşürmektedir.”

Farklı statülerde istihdam edilmenin çalışma ortamında yarattığı adaletsizliğin dozimetre⁴⁰ kullanımına ilişkin örneği TTB yayınlarına yansıdığı çarpıcı bir örnek bulunmaktadır (Sertlek, 2008b: 336):

“Memleketin en gözde Tıp Fakültelerinden biri... Radyolojide röntgen teknisyeni bizim taşeron işçi. İlk tanışmalarımızdan birinde, ‘benim dozimetrem yok’ diyor. Bunu taşeron şefine söylemiş ‘Burada dozimetresiz çalışılmaz diye’. ‘Ne dozimetresi, o da ne’ demiş şef diye görevlendirilen kişi. Taşeron müdürüne gitmiş cevap hazır: ‘Bizim şartnamemizde dozimetre yok’. ‘Ama’ demiş ‘kadrolu teknisyen arkadaş kullanıyor, bu iş başka türlü yapılmaz’. ‘Onlar kadrolu, sen kendini ne sanıyorsun’ cevabı beklediği gibi gelmiş. Eğitimli ve hakkını aramasını biliyor ya ... Başhekime kadar çıkmış... Cevap değişmemiş. Taşeron işçisinin kendini zararlı ışıklardan korumaya bile hakkı yok. Tıp camiası açısından inanılması zor bir hikaye ama gerçek ne yazık ki...”

Farklı statülerde istihdamın getirdiği ücret eşitsizliğinin ve görev tanımlarının belirsizliğinin çalışma ortamındaki sonuçları, bir meclis tutanağında şu şekilde vurgulanmıştır:

⁴⁰ Radyasyonla çalışan kişilerin maruz kaldığı radyasyon miktarının belirlenmesi için kullanılan cihazlardır. Radyasyona karşı ölçülebilir ve tekrar üretilebilir etkileşime sahip cihaz ya da malzemedir. (Türkiye Atom Enerjisi Kurumu). Bk <http://www.taek.gov.tr/tr/hizmetlerimiz/olcum-ve-analiz/dozimetre-hizmetleri.html>.

“...Hekimlere göre sağlık çalışanları arasında uyumu bozan en temel nedenler arasında, sağlık birimlerinde çalışanların görev ve tanımlarının yapılmamış olması, çalışanlar arasında farklı istihdam ve ücretlendirme durumunun bulunması, geçici görevlerin varlığı ve döner sermayenin eşitsiz dağılımı olması önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle, ekip bilincini yaratmak için, tüm sağlık çalışanları aynı istihdam statüsüne kavuşturulmalı, çalışanlara ödenen ücretler ekip bilincini yok etmeyecek biçimde olmalı, aynı meslek kategorilerinde ücret eşitsizliği yaratılmamalı ve geçici görevler sonlandırılmalıdır... ‘çok hemşire açığımız var’ denilerek sağlık meslek liselerinden çocuk yaşta hemşire mezun edelim denilmesine rağmen, 15 bin hemşirenin aile sağlığı elemanı olarak aile hekimlerinin yanında istihdam edilmesi, yaklaşık 10 bin hemşirenin dış klinik yardımcısı olarak sertifikalandırılarak, kamuya ait dış kliniklerinde dış hekimlerine alet edevat vermek için istihdamı, ayrıca hemşirelerin, hemşirelik görevi, yetki ve sorumluluklarının dışında radyoloji, istatistik, sekreterlik, hasta kabul memuru, nöbetçi müdür, eczane, sarf depo, kan merkezi, kanser kayıt, büro memuru, personel servis memuru ve buna benzer alanlarda çalıştırılmaları akıl alır gibi değildir ...”⁴¹

Farklı statülerde istihdamın bir sonucu olarak sağlıkta taşeron uygulamasının neden olduğu ilginç bir örnek vaka olarak, statü farklılığı gerekçesiyle “Beyaz Kod”⁴² uygulamasında güvenlik görevlisinin kapsam dışı bırakılması TTB Merkez Konseyi 2014-2016 Çalışma Raporunda (2017: 155) anlatılmıştır:

“10.05.2015 tarihinde Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde çalışan güvenlik personeli, psikiyatri uzmanlarından birini bıçaklamaya gelen hasta tarafından bıçaklanmıştır. Olay sonrası sağlık personeli ameliyata alınmış olup hayati tehlikeyi atlattır. Taşeron firma çalışanı olan personel, sağlık çalışanı kabul edilmediği için Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerde uygulanan ‘Beyaz Kod’ uygulaması kendisi için kullanılmamış ve olay sağlık çalışanına şiddet kapsamında değerlendirilmemiştir... bir hasta yakını tarafından bıçaklanan güvenlik personeli, sağlık çalışanı kabul edilmediği için olay ‘sağlık çalışanına şiddet’ kapsamında değerlendirilmedi ve Beyaz Kod uygulaması kullanılmadı.”

Bir meclis tutanağında ise taşeron sisteminin, eğitilmiş ve donanımlı mezunların istihdamını engellediği ve nitelsiz istihdama neden olduğu ifade edilmektedir:

“...Hepinizin bildiği gibi doktorlar tıp fakültelerinden, hemşire, ebe, tıbbi sekreter, fizyoterapist, paramedik gibi yardımcı sağlık personeli ise sağlık meslek liseleri ya da başta sağlık hizmetleri meslek yüksekokulları olmak üzere üniversitemizden mezun olmaktadır... Bu kadar öğrenci arkadaşımız

⁴¹ MHP Mersin Milletvekili Ali Öz, 24. Dönem, 2. Yasama Yılı, 131. Birleşim, 03.07.2012 tarihli konuşma.

⁴² Beyaz Kod, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin 54 üncü maddesi çerçevesinde sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davaların kayıt altına alındığı ve takibinin yapıldığı bir uygulamadır. Bk.<https://beyazkod.saglik.gov.tr/GizlilikSozlesmesi.html>.

mezun olduktan sonra maalesef açıkta kalmaktadır çünkü AKP Hükümeti sağlık personeli alımında taşeron sistemini kullanmaktadır. Hâlbuki kaliteli ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi için, Türk milletine daha kaliteli bir sağlık hizmeti verilebilmesi için ilk koşul sağlık hizmetlerinin eğitimli, donanımlı ve liyakatli kişiler tarafından sunulması gereğidir. Bizim AKP Hükümetinden, Sayın Sağlık Bakanından ve Sayın Maliye Bakanından Türk gençleri adına Milliyetçi Hareket Partisi olarak bir isteğimiz vardır: Lütfen, sağlık personeli atamalarında taşeron sisteminden vazgeçelim. Şu anda yaklaşık 400 bin atanamayan yardımcı sağlık personeli gencimiz var. Bunlar zorluklar içerisinde okumuş, eğitim almış ve donanımlı gençlerimizdir...”⁴³

Farklı statülerde istihdamın özlük ve gelir farklılıkları üzerinden neden olduğu örgütsel adaletsizlik ve iş barışının bozulduğu gerçeği iki ayrı meclis tutanağında şu cümlelerle anlatılmıştır:

“...Bir bütün olarak değerlendirdiğimizde aslında sağlık emekçilerinin yaşadığı sıkıntılar bugün Türkiye’de çok büyük bir dönemi yaşıyor. Nasıl? Örnek verirsek: Bir eşitsizlik söz konusu. Her sağlık personelinin eşit haklara sahip olmadığı, ücretlerinin bile eşit olarak ödenmediği bir sistem, bir süreç var. Sözleşmeli sağlık personelinin almış olduğu ücret ile normal sağlık personelinin almış olduğu ücret arasında çok fark var...”⁴⁴

“...Sağlık Bakanlığı bünyesinde 4/A, 4/B, 4/C gibi aile hekimi sözleşmesi, Kamu Hastaneleri Birliğinin kendi içindeki sözleşmeleri, taşeron personel gibi farklı mali ve sosyal haklara sahip istihdam modelleri var. Taşeronlaşmanın en fazla olduğu bakanlık Sağlık Bakanlığıdır. Bu farklı istihdam modelleri nedeniyle çalışanlar arasında idari, mali, sosyal haklar yönünden birçok farklılıkların bulunmasının, Anayasa’daki -yine söylüyorum- eşitlik ve adalet ilkelerine aykırı olduğu gibi, çalışma barışını da bozduğunu hatırlatırım...”⁴⁵

3.4.1.2.2. Döner Sermayeden Karşılanan İstihdam

SDP ile özellikle üniversite hastaneleri kendi gelirini kendi kazanması gereken kurumlar haline gelmiştir. Ayakta kalabilmesi, daha fazla eğitim ve araştırmaya yönelmesinden ziyade, daha çok hasta muayene, tetkik ve ameliyat işlemleri yapmasını gerektirmektedir. Üniversite hastanelerinin gelirlerine göre giderleri fazladır. Giderlerinin önemli bir kısmını personele yaptığı ödemeler oluşturmaktadır. Personel ihtiyacını giderebilmek için döner sermayeden personel istihdamı yoluna gidilmiştir. Bu uygulama

⁴³ MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim Yurdakul, 26. Dönem, 2. Yasama Yılı, 71. Birleşim, 16.02.2017 tarihli konuşma.

⁴⁴ HDP Diyarbakır Milletvekili Çağlar Demirel, 26. Dönem, 1. Yasama Yılı, 107. Birleşim, 27.06.2016 tarihli konuşma.

⁴⁵ HDP Diyarbakır Milletvekili Sibel Yiğitalp, 26. Dönem 2. Yasama Yılı, 38. Birleşim, 12.12.2016 tarihli konuşma.

hastanelere ciddi bir mali yük getirmiştir. Bu süreçte Sağlık Bakanlığının üniversiteler aleyhine farklı uygulamaları olmuştur (Azap ve Ağırbaş, 2014: 441). Üniversite hastanelerinin, Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile kıyaslandığında genel bütçeden daha az desteklenmesi nedeniyle finansal sürdürülebilirliği konusunda zorlanmaktadır (Yiğit ve Yiğit, 2016: 265). Farklı statüde istihdamın finansal kaynağının döner sermaye bütçesi ile karşılandığı görülmektedir. Üniversite hastanelerinin, personel ihtiyacını döner sermaye bütçesinden karşılamak üzere hizmet alımı yoluyla istihdam sağlamaya çalışmasının çalışma ortamına yansması ile ilgili herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Ancak döner sermaye bütçesinden karşılanan istihdam biçiminin, çalışanlar arasında farklı statülerden kaynaklanan çalışma ilişkilerindeki sorunları pekiştiren bir neden olduğu görülebilmektedir. SASAM Raporlarında (2016: 126) anlatıldığı üzere, üniversitelerin personel ihtiyacının karşılanması önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır:

“Döner Sermayeli sağlık işletmelerinin personel ihtiyacı son yıllarda önemli bir problem oluşturmaktadır. Özellikle üniversite hastaneleri başta olmak üzere Türkiye’de yatak başına ebe-hemşire sayısı Avrupa’ya kıyasla düşüktür. Başta üniversite hastaneleri olmak üzere birçok kamu hastanesinde yoğun bakım ve diğer ünitelerde personel ihtiyacı had safhadadır. Bazı üniversite hastanesinde temizlik, bilgi işlem gibi hizmet alımı adı altında yardımcı personel çalıştırılmaktadır.”

Döner Sermaye Bütçesinden karşılanan istihdamın en çok üniversite hastanelerini etkilediği görülmektedir. Döner sermayeli sağlık işletmesi olarak yapılandırıldığı göz önüne alındığında, artan mali yükün üniversite hastanelerinin finansal anlamda sürdürülebilirliğini olumsuz etkilediği SASAM Analizlerinde belirtilmektedir (2017: 6):

“Üniversite Hastanelerinin en önemli gider kalemlerinden biri personel maliyetleridir. Personel maaşları (sabit ek ödeme+performans ek ödeme) genel olarak üniversite özel bütçesinden ödenmektedir. Bununla birlikte ücreti döner sermayeden ödenen personel azımsanmayacak düzeydedir... ücreti döner sermayeden ödenen personelin finansal yükü bazı hastanelerin finansal sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir.”

Sağlık-Sen, “Üniversite Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde Çalışanların Sorunları, Çözüm Önerileri Çalıştayında” da döner sermaye bütçesinden istihdam üniversite hastanelerinin önemli finansal sorunlarından biri olarak ifade edilmiştir (2014: 29):

“Personel yükünün genel bütçeden döner sermayeye kayması, 4/B ve hizmet alımı kapsamında çalıştırılan personelle işlerin yürütülmek zorunda kalınması ve döner sermaye üzerindeki bu yükün

giderek kaldırılamayacak bir hal alması....Üniversite hastanelerine son dönemde alınan personelin büyük bir bölümü 4/B statüsündedir. Bu şekilde çalışan personelin giderleri döner sermaye bütçesinden karşılandığından, hastaneler ya personel alamamakta ya da personel olarak mali yükünü artırmaktadır. 632 sayılı KHK ve 6495 sayılı Kanun ile kadroya geçen 4/B'li personelin hala döner sermaye bütçesinden ödemelerin yapıldığı görülmektedir. Bir an evvel kadroya geçen bu personelin genel bütçeye geçirilmesi gerekmektedir...”

3.4.1.2.3. Tam Gün Yasası

Tam Gün Yasası, hastaneleri işletmeleştirme ve hekimleri işçileştirme anlayışına dayanmaktadır. Bu anlayışın, kamuda özelleştirme yolundaki üniversite ve devlet hastaneleri üzerinden hekim emeğini değersizleştirerek özel sektör ve büyük hastane zincirlerine, ucuz iş gücü sağlama amacını taşıdığı, konuyla ilgili kamuoyu oluşturmaya çalışan kurumlar tarafından sıklıkla dile getirilmiştir (Ulutaş-Ünlütürk, 2011: 228). Tam süre çalışmanın desteklenmesi toplumsal bir sorumluluktur ancak önemli olan tam süre çalışma kavramının içeriğinin netleşmesidir. Tam süre çalışma kamu hastanelerinde eşitliği sağlamalıdır. Tam süre çalışma, bir hekimin yalnızca kamuda hizmet vermesi ya da ücretini yalnızca kamudan alması anlamına gelmemektedir; bu haliyle hekimler kabul edilmemesi gereken farklı bir statüde çalıştırılmaktadır (Pala, 2008: 121-122).

Tam gün yasaı sonucunda farklı statülerde çalıştırılan hekimlerin emeğinin değersizleştirilmesi, işçileştirilmesi ve gelirlerinin güvencesiz hale gelmesi, araştırmanın ulaştığı önemli bulgulardır. Piyasacı sağlık sistemi anlayışından etkilenen hekimlerin değersizleştirilmesine ilişkin görüşler bir meclis konuşmasında şöyle dile getirilmiştir:

“... Gerçek anlamıyla kamusal bir tam süreyle çalışma anlayışı, hekim emeğinin daha iyi değerlendirilmesi ve sağlık hizmetinin daha etkin olması amacını taşıması gerekirken, ...SDP gibi piyasacı bir sağlık sistemiyle hekim emeğinin değersizleştirilmesinden ibarettir... Tasarı bu haliyle hekimlerin tam süre çalışması felsefesiyle ilgili temel bir yaklaşıma sahip değildir. Tam süre, bir kamu çalışma biçimi olmaktan çıkarılmaktadır. Mesai saatleri dışı... gelir getirici çalışmalara izin vermekte ve ek ödeme yapılacağı belirtilerek bu risk ortamı özendirilmektedir.”⁴⁶

Hastanelerin kendi gelirlerini sağlamaya çalışan işletmelere dönüştürülmüş olmasının bir sonucu olarak hekimlerin de hastanenin gelirini artıran ucuz işgücü olarak görüldüğünü anlatan meclis konuşmasındaki ilginç bir yorum ise şöyledir:

⁴⁶ BDP Şırnak Milletvekili Sevaahir Bayındır, 23. Dönem, 4. Yasama Yılı, 47. Birleşim, 13.01.2010 tarihli konuşma.

“SDP’nin hedefi, amacı sağığı piyasalaştırmak. Kendiniz zaten başında söylüyordunuz: ‘Hastaneler işletme olacak, hastalar müşteri olacak.’ Hastane işletme, hasta müşteriyse, çalışan da ücretli işçi olacak. Hedef odur. O nedenle yüksek ücret veremezsiniz. Bu tam gün yasasının hedefi özel hastanelere ucuz işçi, ucuz doktor, ucuz sağık çalışanı yaratmaktır, başka bir hedefi yoktur.”⁴⁷

Tam Gün Yasasının hekimleri işçileştirdiğıne işaret eden bir başka meclis konuşması da şöyle demektedir:

“...Bu yasayla aslında hastanelerin gelirlerinin artırılması hedeflenmektedir. Hekimlere ‘siz öyle nitelikli, hasta bakayım, iyi tıp eğıtimi vereyim, bilimsel araştırma yapayım....onları bir tarafa bırakın, gidin ölesiye çalışın, çok hasta bakın, parça başı çok iş çıkarın; hastaneye çok para kazandırın’ denmektedir...şimdi bu yasanın gerekçesinde ‘yoğun ve stres dolu bir günün yorgunluğundan sonra başka bir yerde hasta bakmaya devam etmek hasta güvenliğı açısından risk oluşturur’ denmektedir ve ‘o nedenle muayenehaneler kapatılmalıdır’ denilmektedir ama öte yandan da aynı tasarıda ‘mesai sonrası hastanede çalışmaya devam et, mesai dışı çalış, fazla mesai yap, ancak o zaman ücretini artırabilirsiniz.’ denilerek hekimler uzun saatler çalışmaya zorlanmaktadır...”⁴⁸

Tam gün yasası ile hekimlerin elde ettikleri gelirlerin sürekliliğinin olmaması ve gelir güvencesizliğı, bir meclis konuşmasında şöyle anlatılmaktadır:

“Cumhuriyet Halk Partisi programında sağık politikaları içerisine tam gün çalışma esasının getirilmesini almış... emeğin kutsal sayıldığı ve hak kayıplarının oluşmasını önleyecek düzenlemelerden yanadır. Hekimi yalnız kamu hizmetinde çalıştırmak istiyorsanız özel bir ücret biçiminin uygulanması gerekir. Bunu hiçbir hükümet bugüne kadar göze almamıştır, aksine, hekimin ikili çalışmasını sürdürmek yolunu seçmiştir; böylelikle hekimler kendilerine verilen memur maaşına ses çıkarmamış, hükümetler de hekimlerin asıl ekonomik kaynak olarak muayenehanelerinde çalışmaları üzerinde durmamıştır, tersine hükümetler bu yolu hep hekimlere göstermiştir. Bu bozuk düzende hekimler kamuda çalışırken kamuda düşük olan gelirlerini artırabilmek için özel kurumlarda ya da muayenehanelerinde çalışarak halktan ücret almak zorunda bırakılmışlardır... tasarı ile kamu sağık kuruluşlarında çalışanların gelirleri daha yüksek oranda döner sermayeye bağılanmaktadır. Bu yaklaşım sağık çalışanlarının gelirlerinde bir miktar artışa yol açacak gibi görünmekle birlikte birçok belirsizliğı de beraberinde getirmektedir. ...Döner sermaye gelirlerinden sağık çalışanlarına aktarılan pay çalışanların biraz olsun gelirlerini artırmakla birlikte, özlük haklarının yükseltilmesi için kalıcı bir çözüm değıldir. Çünkü emeklilik dönemine yansımamaktadır, süreklilik göstermemektedir.”⁴⁹

⁴⁷ CHP Muğıla Milletvekili Ali Arslan, 23. Dönem, 4. Yasama Yılı, 50. Birleşim, 20.01.2010 tarihli konuşma.

⁴⁸ CHP İzmir Milletvekili Canan Arıtman, 23. Dönem, 4. Yasama Yılı, 50. Birleşim, 20.01.2010 tarihli konuşma.

⁴⁹ CHP Kayseri Milletvekili Mehmet şevki Kulkuloğı, 23. Dönem, 4. Yasama Yılı, 48. Birleşim, 14.01.2010 tarihli konuşma.

Tam gün yasası uygulaması ile mesai saatleri dışında özel hastanelerde sözleşmeli olarak çalışan hekimlerin, çalıştıkları kamu kurumundan bağımsız gelir elde etmeleri, SASAM analizlerinde (2017: 12) dikkat çekici bir tespit olarak ifade edilmiştir:

“Bu uygulamaya göre mesai saatleri dışında üniversitelere bağlı hastane ve diş hekimliği fakültelerinde çalışan profesör ve doçent öğretim üyeleri, belirlenen özel muayene/işlem ücretlerinin ödenmesi karşılığında özel hizmet vermektedirler. Bu uygulama işletme ile çalışanın gelirinin birbirinden bağımsız olarak değişmesi sonucunu doğurmaktadır. Yani üniversite hastaneleri zarara eder iken bu hastanede çalışan bazı öğretim üyeleri çok iyi bir gelir düzeyi elde edebilmektedirler.”

3.4.2. Ücretlendirme

3.4.2.1. Performansa Dayalı Ücretlendirme

SDP'nin bir uygulaması olan performansa dayalı ücretlendirme, sağlık çalışanlarının ücretlerini, sunulan hizmetin artışına paralel olarak belirleyen bir ödeme yöntemidir. Sağlık hizmetlerinin verimliliğinin ve kalitesinin artırılması amacını taşıyan performansa dayalı ücretlendirmenin, sağlık çalışanlarının daha fazla çalışmasını ve bunun karşılığı olan gelirin sağlanmasına yönelik bir uygulama olduğu bir meclis tutanağında şu şekilde ifade edilmektedir:

“...Tabii, fiziki ortam, donanım ve insan gücü arasındaki ilişkiyle ilgili SDP adı altında yürütülen bir program var ve bununla ilgili çok önemli birtakım adımlar atılmıştır ve problemlerin çözülmesi noktasında çok önemli mesafeler kat edilmiştir... Performansa dayalı bir yönetim modeliyle, hem hekimlerimizin hem diğer sağlık çalışanlarımızın daha fazla çalışmasını hem de bunun karşılığı olan ücreti, gelir düzeyini sağlama noktasında pek çok adım atmıştır...”⁵⁰

Performans sistemi, gelir artırıcı bir kaynak olarak hekimleri ve beraberinde diğer sağlık çalışanlarının daha fazla çalışmalarını gerektirmektedir. SASAM'ın tespitine göre (2016: 53), SDP'nin en önemli uygulaması olan performansa dayalı ücretlendirmenin getirdiği adaletsizlik ve belirsizlikler çalışma ortamında sorunlara neden olmaktadır:

“...Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesislerinde 2003 yılından itibaren uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme sistemi, SDP'nin en önemli sacayaklarından biri olmuştur. Fakat sistemin işlerliği ile ilgili artık önemli sorunlar yaşanmaktadır. Sistemin bir an önce adaletli hakkaniyetli bir şekilde revize edilmesi gerekir. Öte yandan üniversite hastanelerinde durum daha vahimdir. Buralarda tek düzen

⁵⁰ AKP Adana Milletvekili, Necdet Ünüvar, 23. Dönem, 2.Yasama Yılı, 71. Birleşim, 28.02.2008 tarihli konuşma.

sistem uygulanmamaktadır. Yöneticilere göre sistem farklılık göstermektedir. Buralarda çalışan personel önünü görememekte ve ne kadar ek ödeme alabileceğini tahmin edememektedir.”

Performansa dayalı ücretlendirme kapsamında, hekimler arası rekabet ortamı, yapay taleple artan iş yükü ve hekim ve hasta ilişkisinin değişmesi konuları göze çarpmakta; ölümle sonuçlanan şiddet, hekimliğin ticarileşmesi, iş barışının bozulması, hekimin değersizleşmesi, adaletsizlik vb. çok önemli sonuçlar dikkati çekmektedir.

3.4.2.1.1. Hekimler Arası Rekabet Ortamı

Muayene, tetkik ve ameliyat gibi işlem sayıları arttıkça performans üzerinden alacakları katkı payının da yüksek olacağı beklentisiyle hekimler rekabete teşvik edilmektedir. Bu sistemin oluşturduğu rekabet mantığı, çalışanlar arasındaki dayanışmayı yok etmekte, hekimlerin gelirlerini artırmak amacıyla birbirleriyle yarışır hale getirmekte ve en önemlisi hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi işletme ve müşteri ilişkisine dönüştürmektedir. Performansa dayalı ödeme sisteminin personel verimliliğini artırma amacıyla uygulandığı ifade edilen bir meclis konuşması şöyledir:

“Aslında diğer ülkelerin, Türkiye’deki sağlık reformlarından, özellikle personel verimliliğini artırmak üzere performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusunda, öğrenebileceği pek çok şey olabilir.”⁵¹

Personel verimliliğini artırma niyetiyle uygulanan performans sisteminin çalışanlar arasında rekabet ortamı yaratması kaçınılmaz olmuştur. Ancak sağlık hizmeti sunumunun verimliliği için önemli bir kriter olan ekip ruhu ve dayanışmanın zarar gördüğü meclis konuşmalarında sıklıkla vurgulanmıştır:

“Sağlık çalışanları arasındaki huzur ve barışın, meslekteki dayanışmanın, sağlığın bir ekip ruhu içerisinde eğer hizmete yansıtılırsa verimli olacağını herkesin bilmesini istiyoruz. Bugün neredeyse hastanelerde hekimler birbirleriyle yarışır, komplike ve kompleks vakalardan kaçır hale geldiler.”⁵²

Hekimler arası rekabetin iş barışını bozmasının yanında, işlem sayılarının branşlara göre de değiştiği dikkate alındığında, gelir farklılığına bağlı adaletsizlik de oluşmuştur:

⁵¹ 23. Dönem Sağlık Bakanı Recep Akdağ, 3. Yasama Yılı, 74. Birleşim, 08.04.2009 tarihli konuşma.

⁵² MHP Mersin Milletvekili Ali Öz, 24. Dönem, 4. Yasama Yılı, 94. Birleşim, 28.05.2014 tarihli konuşma.

“Sadece niceliği ölçen, nitelikten ve kaliteden yoksun, ‘Ne kadar çok giriş yaparsanız o kadar kazanırsınız’ diyen, doğru tanı ve tedaviye bakmayan, hastaları müşteri gibi gören, emekliliğe yansımayan, çalışma barışını bozan performansa da karşı olduğumuzu belirtmek isterim. Uyguladığınız performans sistemi, ne hastaya ne hekime faydası olan, sağlıksız, adaletsiz, haksız bir sistem... Bununla paralel, biz, gereksiz, endikasyonsuz müdahalelerin arttığını, tıbbi uygulamalarda nitelikten, bilimden, etikten ve kaliteden yoksun işlemlerin sadece sayıya göre değerlendirildiğini ve bir performans temelli bu sistemin, aylık gelirin en az 3/4'ünün maaş, 1/4'ünün performanstan geldiği bir sistemle değiştirilmesi gerektiğini düşünüyoruz... Ne acıdır ki, performans sistemi uygulamalarıyla kimi zaman doktorlar hasta kapma yoluna giderek, yıllardır ‘deontoloji’ adı altında bize öğretilen doktor dayanışması gerçeğinden uzaklaşmıştır. Hekimler bu durumdan mutsuz...”⁵³

Performanstan elde edilen gelirlerin temel ücretlere yansımamasının hekimleri daha çok çalışmaya zorlaması, meclis konuşmalarında bahsedilen bir konu olmuştur:

“Hekimlerimize bugün ‘performans’ adı altında ‘Paranı hastadan çıkar’ deniliyor. Hekim ne kadar çok hasta bakarsa aylığı ona göre düzenleniyor. Bazı hastanelerde dakika bile tutuluyor. Doktorun istediği sürede hasta bakması engelleniyor. Hasta memnun olmadığı için de doktora kızıyor. Hekimlerimiz biliyoruz ki aslında tam gün çalışmayı elbette istiyorlar ancak performans ile aylıklarını hastadan çıkarmak istemiyorlar. Bu aylıkları devlet sağlamak zorunda...”⁵⁴

Bir meclis konuşmasında da performans sisteminin yarattığı rekabet düzeninin, hekimlerin ölümlere varan şiddete maruz kalmasında bir neden olarak görülmesi gerektiği dile getirilmektedir:

“...SDP ile getirdiğiniz rekabet düzeni içinde bugün elbet tek faktör değil Türkiye’deki birçok hekim arkadaşımız şiddete maruz kalıyor hatta Ankara Tabip Odası, hekimlere ve sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet konusunda raporlar bile düzenler hale geldi. Değerli arkadaşlarım sözlü şiddetten başlayan, hatta ölümlere kadar süren şiddet...”⁵⁵

3.4.2.1.2. Yapay Taleple Artan İş Yükü

Sağlık hizmetinin sunum miktarı konusunda sağlık çalışanlarının, özellikle de hekimlerin rolü büyüktür. Bu aşamada hekimlerin rolü; ya hastanın ihtiyacı oranında doğru miktarda sağlık hizmeti sunmak ya da kendi gelirini artırma amacıyla hastanın ihtiyacını aşan miktarda hizmet sunmak olacaktır. İkinci seçeneğin, sağlık hizmeti maliyetlerini artıran,

⁵³ CHP Tekirdağ Milletvekili Candan Yüceer, 24. Dönem, 2. Yasama Yılı, 131. Birleşim, 03.07.2012 tarihli konuşma.

⁵⁴ CHP İzmir Milletvekili Hülya Güven, 24. Dönem, 2. Yasama Yılı, 78. Birleşim, 14.03.2012 tarihli konuşma.

⁵⁵ CHP Muğla Milletvekili Ali Arslan, 23. Dönem, 2. Yasama Yılı, 76. Birleşim, 12.03.2008 tarihli konuşma.

hekim ve hasta arasındaki işbirliğini ortadan kaldıran sonuçları olacağından bahsetmek mümkündür (Çelik, 2013: 52-53). Performans uygulamasının, hastanın ihtiyaç duyduğu hizmet yerine, hastane ve hekimin girdilerine öncelik vermesi en olumsuz sonuçlarından biri olarak düşünülebilir (Elbek ve Adaş, 2009: 39). Bu noktada performans sisteminin, hekimlerin daha çok kazanması amacıyla kısıktırılan sağlık hizmeti talebinin, diğer bir deyişle yapay talebin oluşması gündeme gelmiştir. Performansa dayalı ücretlendirmenin, sağlık hizmeti üretimini ve tüketimini artırmaya (Tablo 3.5) yönelik bir etkisi olduğunu ve özellikle ameliyat sayılarındaki artışa (Tablo 3.6) neden olduğunu vurgulayan meclis konuşmalarına rastlanmaktadır.

“Ameliyat sayılarını düşünün; 1,5 milyondan 5 milyonu aşan ameliyat sayılarına gelinmiştir. Burada performansa dayalı sağlık sistemi ve kalite ölçümü ve ücretlendirme sağlık talebini de sunumunu da artırmıştır, kışkırtmıştır, abartmıştır, ama kaliteyi de bu oranda düşürmüştür... Beş yıldızlı otel kalitesinde özel hastaneler yaptırabilirsiniz, kamu kaynaklarını oraya aktarabilirsiniz, şehir hastaneleriyle Türkiye’nin geleceğini ipotek altına alabilirsiniz ama değerli arkadaşlar, içine nitelikli, huzur içerisinde sağlık çalışanı, doktor, hekim koymadığınız sürece aslında ülkenin sağlığıyla oynamış olursunuz...”⁵⁶

Tablo 3.5 Yıllara ve Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Bilgisayarlı Tomografi Cihazı Görüntüleme Sayısı

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	2.414.538	2.445.424	2.364.595	2.473.267	2.590.538
Üniversite	307.108	715.889	765.549	801.424	799.133	815.076
Özel	218.837	1.553.810	1.587.973	1.604.126	1.499.829	1.525.685
Toplam	1.598.362	4.684.237	4.798.946	4.770.145	4.772.229	4.931.299

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Tablo 3.6 Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayısı

	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	2.414.538	2.445.424	2.364.595	2.473.267	2.590.538
Üniversite	307.108	715.889	765.549	801.424	799.133	815.076
Özel	218.837	1.553.810	1.587.973	1.604.126	1.499.829	1.525.685
Toplam	1.598.362	4.684.237	4.798.946	4.770.145	4.772.229	4.931.299

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 (Sağlık Bakanlığı, 2018).

⁵⁶ CHP Ankara Milletvekili Murat Emir, 26. Dönem, 3. Yasama Yılı, 20. Birleşim, 09.11.2017 tarihli konuşma.

Performansa dayalı ödeme sisteminin iş barışını bozduğu tespiti de meclis konuşmalarında sıklıkla vurgulanan bir konu olmuştur:

“Değerli milletvekilleri, son on yıldır SDP çerçevesinde sağlık hizmetlerini gözden geçirdiğimiz zaman sağlıkta hasta memnuniyeti artmış, bu yüzde 40’lardan %70’lere hatta 80’lere gelmiş, hasta müracaatı nicelik olarak 2’den 8’e çıkmıştır. Bu müracaat sayısı artarken nitelikli sağlık hizmeti sunumu sağlanamamıştır. ... Hizmet alıcılarının sadece sayısal olarak müracaatlarının artması hekime ulaşımın kolaylaşması sunulan sağlık hizmeti olarak kendisini aldatmıştır... sürdürülemez yanlış performans sistemi nedeniyle hastanelerde çalışma barışı bozulmuştur. Hekimlerle hastaların arasına eskiden para girmişti, şimdi ise puan girmiştir... SDP ve performans sisteminin en temel çıktısı ise, ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini artırmaktadır...”⁵⁷

Performans uygulamasının yarattığı yapay taleple artan iş yükünün karşılığında, ölçülebilirliği zor olduğundan elde edilen gelirler de değişkenlik göstermekte ve bu nedenle adalet ve iş barışı zarar görmektedir. Aynı zamanda, çalışanlarda düşük motivasyona neden olması da meclis konuşmalarında ifade edilmiştir:

“Performans sistemi ölçülebilirliği zor olan hizmetler bakımından tartışmalar yaratmakta, sağlıkta hizmetin niteliği yerine niceliğini öne çıkarmaktadır. Yardımcı sağlık personeli çok az miktarlarda performans ücreti almakta ve aynı hastanede bir ekip olarak çalışan tüm sağlık personeli arasında huzursuzluk ortaya çıkmakta ve motivasyon azalmaktadır.”⁵⁸

3.4.2.1.3. Hekim ve Hasta İlişkisinin Değişmesi

Performansa dayalı ücretlendirme ile hekim ve hasta arasında güvene dayalı olması gereken ilişkinin yerini, ticarileşen hizmet sunumu şeklinde bir ilişki almıştır. Kamu hastanelerini ticari işletmeye, hastayı müşteriye dönüştüren performans sisteminin hekimleri de adeta müşterilerinden para kazanmaya çalışan tüccarlara dönüştürme etkisi olmuştur. Hekim ve hasta arasındaki ilişkinin değişmesi konusunun TTB yayınlarında ele alındığı görülmektedir (Elbek, 2010: 436):

“...Performans ödeme sisteminde maaşının yedi katına kadar ek ödemeye ulaşılabilmesine izin verilmesi, Türkiye’deki ödeme sistemini kendine özgü hale getirmiştir. Maaşa göre aşırı yüksek olarak belirlenen bu tavan sınır... maaşın ihmal edildiği, performans sistemi adı altında hizmet başı ödemenin

⁵⁷ MHP Samsun Milletvekili Cemalettin Şimşek, 24.Dönem, 3.Yasama Yılı, 67. Birleşim, 19.02.2013 tarihli konuşma.

⁵⁸ MHP İstanbul Milletvekili, İsmail Faruk Aksu, 26. Dönem, 2. Yasama Yılı, 10’uncu Toplantı, 14.11.2016 tarihli konuşma.

zihinlerde tümüyle ya da ağırlıkla ön plana çekildiği bir çıktıya dönüşmüştür. Bu dönüşüm mesleki değerlerde yaşanan yozlaşmanın ilk ve geri dönüşümsüz adımıdır. Çünkü hekimler maaşlarının yedi katına kadar ücrete sahip olabilecekleri bir yolu imge ve zihinlerinde keşfetmişlerdir. Hastaya sunulan hizmetin içeriğini, sayısını önceliğini değiştirerek alacağı ek ödemeyi maksimize etmek! Bu noktadan sonra artık hekim kendi karını maksimize etmeye çalışan bir girişimcidir, tüccardır...”

SDP’nin sağlık hizmetleri üzerindeki para odaklı uygulamalarının, sağlığı ticarileştirmesinin yanında, hekimlik mesleğinin de ticari bir kimlik edinmesine neden olduğu bir meclis konuşmasında vurgulanmaktadır:

“...SDP ile maalesef tamamıyla maliyet odaklı yani para odaklı bir SDP ortaya getirdiniz. Peki sağlık sektörünü ne yaptınız? Ticarileştirdiniz ve aynı zamanda, fedakarca çalışan sağlık çalışanlarına tüccar zihniyetini yerleştirmeye gayret gösterdiniz ve bununla birlikte sağlığı alınır satılır bir hale getirdiniz. Bunlar maalesef üzücü şeyler...”⁵⁹

Performansa dayalı ödeme sistemi kapsamında hekimlerin elde ettiği gelirler, temel maaşlarının oldukça üzerinde bir gelir olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerin çalıştığı kadar kazanabiliyor olması, gelir kaybına uğramamak adına yıllık izin haklarından da vazgeçmeleri sonucunu doğurabilmektedir. Bu durum bir meclis konuşmasında şu ifadelerle dile getirilmektedir:

“Ne var ki hekimlerin de hastaların da insan olduğunu unuttular... Diğer taraftan ‘ne kadar hasta o kadar para’, anlayışıyla mekanik bir yapının içine sıkıştırılan doktorlara ‘ameliyat sayısına, muayene oranına ve istenilen tahlillere göre para alacaksınız’ denildi. Böylece hasta ve hekim arasında ticari bir ilişki kuruldu. Bu da yetmedi hekimlere ‘herkes hasta olabilir ama sen olamazsın’ denildi. Bir hekim için senelik izne çıkmak dahi lüks hale geldi... Bakın, sağlıkta dönüşüm dediğiniz bu yozlaşmayı bir doktorumuz şöyle anlatıyor: ‘Artık hayat enerjim kalmadı, mesleğimi severek yapmıyorum, hastalarımı bol bol sevk ediyorum. Neden ameliyat yapayım ki, puan aynı puan.’ Övünelim mi yoksa dövünelim mi değerli vekiller?...”⁶⁰

Performans uygulamasının, hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi değiştirdiği ve şiddete zemin hazırladığı meclis konuşmalarında sıklıkla vurgulanan önemli konulardan biridir:

⁵⁹ MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim Yurdakul, 26. Dönem, 1. Yasama Yılı, 107. Birleşim, 27.06.2016 tarihli konuşma.

⁶⁰ CHP İstanbul Milletvekili Gamze Akkuş İlgezdi, 26. Dönem, 2. Yasama Yılı, 102. Birleşim, 07.06.2016 tarihli konuşma.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda serbest piyasa ekonomisini hiçbir sınırlama yapmadan uygulamaya soktunuz. Hekim-hasta ilişkisini maalesef işletme-müşteri ilişkisi şekline dönüştürdünüz. Artık performans sağlasın diye hastaya müşteri gözüyle bakmaya başladık. O çok övündüğünüz Sağlıkta Dönüşüm Programı kaliteli hizmet yerine, hekimliğin özlük haklarını ve saygınlığını yok etti, âdeta kişilerin saldıracağı bir zemin hazırladı...”⁶¹

Bir başka meclis konuşmasında, performans sisteminin etkisi ile ticari yönde değişen hekim ve hasta arasındaki ilişkinin, şiddeti tetikleyen önemli bir neden olarak görüldüğü ifade edilmektedir:

“Performans uygulamasının hekim ve hasta arasındaki güven ortamını ortadan kaldırdığını ve şiddeti tetikleyen bir başka önemli konu da performans ağırlıklı ücret politikasıdır. Sağlık çalışanlarına uygulanan performans ağırlıklı ücret, hasta ile hekim arasındaki güveni ortadan kaldırmıştır... Bu yöntemle gereksiz iş yükü artmıştır. Bu yöntemle gereksiz müdahale ve işlemler artmıştır. Performansa dayalı ağırlıklı maaş olması nedeniyle, sağlık çalışanları, maaşının bir kısmını buradan elde etmek için zamanının büyük bir kısmını bu işlere harcamaktadırlar. Bu durum, sağlık çalışanlarının gelirini koruyabilmek için daha çok çalışmasına, daha çok puan getiren işler tercih etmesine sebep olmuştur. Bunun sonucu olarak, ağır çalışma koşulları altında tahammül düzeyi azalmış, yorgun ve mümkün olduğu kadar hızla iş yapmaya çalışan sağlık çalışanların ortaya çıkmıştır...”⁶²

Hekimlerin performans sistemi üzerinden daha çok kazanma kaygısı, toplumun gözündeki hekimlik mesleğine ilişkin algıyı değiştirmektedir. Hekimlik mesleğinin değersizleşmesinin şiddete neden olduğu görüşü bir başka meclis konuşmasında şu şekilde vurgulanmıştır:

“...neden düne oranla bugün hekimler ve diğer sağlık çalışanları daha çok horlanmakta, hakaret edilmekte ve ölümcül saldırılara maruz kalmaktadır? Çünkü bu ülke SDP uygulamaktadır, çünkü program uygulanmaya konulduğu diğer ülkelerde de şiddete neden olmaktadır. Aşırı hasta yükü, hasta başına ayrılan sürenin kısalığı, emeğin değersizleştirilmesi, hekimlerin ‘paragöz insanlar’ olarak topluma tanıtılması, sağlıkta yaşanan sorunların nedeninin hekimler olarak gösterilmesi ve en önemlisi, hekimlik mesleğinin puana indirgenerek mesleğin onur ve saygınlığının yok edilmeye kalkışılması, yaşanan şiddet olaylarının temel nedenidir. Ne yazık ki bugün hekim ve diğer sağlık çalışanları,

⁶¹ CHP Erzincan Milletvekili Muharrem Işık, 24. Dönem, 2.Yasama Yılı,99. Birleşim, 25.04.2012 tarihli konuşma.

⁶² CHP Kocaeli Milletvekili Mehmet Hilal Kaplan, 24. Dönem, 4.Yasama Yılı, 94. Birleşim, 28.05.2014 tarihli konuşma.

Sağlıkta Dönüşüm Programı nedeniyle, hekimlik mesleğinin tüccara, sağlık hizmet birimlerinin de ticarethaneye dönüşmesinin bedelini canlarıyla ödemekteler...”⁶³

Yetersiz istihdam ve performansa dayalı ücretlendirmenin çalışma ortamında yarattığı en dehşet verici sonucun ölümlere varan şiddet olduğu görülmüştür. TTB Merkez Konseyi 2014-2016 çalışma raporunda (2017: 151), sağlık alanında yaşanan şiddet oranlarına ve sağlık çalışanlarının kendi aralarında yaşadıkları şiddet vakalarına da dikkat çekmiştir:

“Sağlık Bakanlığı Beyaz Kod verilerine göre Mayıs 2012-Mart 2015 tarihlerinde toplam şiddet bildirisi 31.767, bunun 10.945’i fiziksel. Yani günde 31 sağlık çalışanı şiddete uğruyor. Yetmiyor, bu şiddet uygulayıcılarına silahlı hastane yöneticileri ekleniyor. Yetmiyor hoca asistanına şiddet uyguluyor. Ağrı Devlet Hastanesi’nde görev yapan Radyoloji uzmanı Dr. Mustafa Mazıcan, 19 Haziran 2015 günü, Başhekimlik binasında Başhekim, güvenlik, Başhekimlik Sekreteri tarafından darp edildi... Ağrı Tabip Odası’ndan yapılan açıklamada, SDP’nin sağlık çalışanları ile hastaları karşı karşıya getirdiği gibi artık hastane idaresi tarafından sağlık çalışanlarını da karşı karşıya getirdiği belirtildi.”

Araştırmadan elde edilen bulgulara sağlıkta şiddet, SDP sonrası çalışma ortamına yansıyan en önemli sonuçlarından biri olarak kendini göstermektedir. Yıllar içinde artış göstermesi nedeniyle (Tablo 3.7) önemine daha fazla dikkat çekilmesi gereken bir konu olduğu vurgulanmaktadır.

Tablo 3.7 Yıllara Göre Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanı Sayısı

Yıllar	Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanı
2013	10.715
2014	11.174
2015	12.245
2016	11.867
2017	13.409

<https://www.turksagliksen.org.tr/belgeler/6344683875-tss-saglikta-siddet-kitapcik.pdf> (erişim tarihi 19.06.2019).

TTB’nin Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak şiddet oranları ile ilgili yaptığı açıklama (TTB, 2019: 195) şiddet konusunun SDP ile artış gösterdiğini destekleyen bir tespit niteliğindedir: “SDP sonrası tırmanışa geçen şiddet oranları Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği’nin hazırladığı verilere göre de 2013’te 10 bin 715 iken artarak 2017’de 13 bin 681’i bulmuştur.”

⁶³ CHP Hatay Milletvekili Mehmet Ali Ediboğlu, 24. Dönem, 2. Yasama Yılı, 131. Birleşim, 03.07.2012 tarihli konuşma.

SONUÇ

Türkiye’de 2000’li yılların başından itibaren sağlık politikalarında ciddi değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bu önemli dönüşümlerin temeli olan SDP’nin, 2003 yılında gündeme getirildiği kabul edilse de, 1990’lı yıllarda da gündemde olan reform adımlarından farklı bir içeriğe sahip değildir. Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşlar, sağlık reformları adı altında, sadece Türkiye’de değil tüm dünyada sağlık sistemini piyasa koşullarında sunmak ve sağlık hizmetleri sunumuna özel sektörün de devreye girmesini sağlamak yönünde aktif rol almıştır. Türkiye’de sağlık sistemini oluşturan SDP’nin uygulandığı dönem, birinci basamak hizmetlerinin sunumunun (koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin organizasyonu) ve sağlık hizmetlerinin finansman yapısının (genel sağlık sigortası) baştan ayağa yeniden düzenlendiği bir dönem olarak tarihe geçmiştir. SDP ile koruyucu sağlık hizmetleri yerine, birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsayan “Aile Hekimliği” modeli getirilmiştir. Sevk zinciri zorunluluğunun ortadan kaldırılmasıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde gereksiz yığılmalara neden olunarak bu kuruluşlarda çalışan sağlık personeli için iş yükü artışına neden olunmuştur. Sağlık hizmetlerinden alınan muayene katılım payı bedelini ödemek istemeyen ve uzun bekleme sürelerine maruz kalmadan muayene olabilme beklentisi içinde olan hastaların acil servislere başvurularındaki yığılma da önemli bir iş yükü artışına neden olmuştur. SDP uygulamalarının, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri arasındaki dengeli olmayan hekim dağılımı ile başvuru oranı karşısında istihdamı yetersiz hale getirdiği anlaşılmaktadır. Hekim başına düşen hasta sayısının artmasıyla oluşan iş yükünün, çalışma ortamına ciddi yansımaları olduğu araştırma bulgularında görülmektedir. Hekimin değersizleşmesi, tükenmişlik, mobbing, ölümle sonuçlanan şiddet, iş kazası ve hatta intihar bunlardan bazılarıdır. İş yükünün artışı ile ortaya çıkan uzun süreli ve yorucu çalışma şartları sonucu görülen hekim intiharları ve yine yoğun iş yükünün neden olduğu ihmallerle oluşan iş kazaları sonucu hayatını kaybeden hekimler, araştırmanın en çarpıcı bulguları arasındadır. Sağlık çalışanlarının iş yükünün artması, hastaların bekleme sürelerinin uzamasına ve yeteri kadar muayene süresi ayrılmamasına neden olmakta; bu durumlar da yine şiddete yol açmaktadır. Ölümle sonuçlanan şiddet vakalarının meclis tutanaklarında sıklıkla dile getirildiği ve bu vakaların SDP’nin sağlık çalışanlarının çalışma ortamına yansımalarının en vahşi sonucu olarak görülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. SDP uygulamalarının şiddeti ortaya çıkaran nedenleri gözden geçirilerek, yasal düzenlemeler temelinde hizmet sunumu koşullarının iyileştirilmesi ve köklü çözümler geliştirilmesi gerekmektedir. Hastane yöneticilerinin tutumu ise; şiddet karşısında sağlık çalışanının yanında yer almak, her türlü

desteği sağlamak ve sadece güvenlik önlemlerinin artırılmasının tek başına çözüm olamayacağı bilinci ile hareket etmek yönünde olmalıdır.

SDP ile kadroya dayalı güvenceli istihdam biçimi yerini farklı statülerde istihdam biçimlerine bırakmıştır. SDP ile değişen istihdam politikalarının etkisiyle ortaya çıkan farklı statülerde istihdam; “alışanlar arasında gelir ve özlük haklarında oluşan farklılıklar”, “döner sermayeden istihdam” ve hekimler için bir istihdam biçimi gibi sunulan “tam gün yasası” gibi uygulamaları ortaya çıkarmıştır. Bu uygulamalar niteliksiz istihdam, iş barışının bozulması, vasıfsızlaştırma, örgütsel adaletsizlik, hastanelerin mali yükün artışına neden olma, hekimlerin işçileşmesi, gelir güvencesizliği ve hekimlerin değersizleşmesi gibi yansımaları olan ve tartışılması gereken durumlara neden olmuştur. Sağlık alışanlarının farklı statülerde istihdam edilmeleri, aynı işi yapan çalışanlar arasında adaletsizlik kavramını pekiştiren hiyerarşik bir sistem oluşturmuş ve çalışanlar arası iş barışını bozmuştur. Hekimler açısından da farklı statüde çalışma biçimi olan tam gün yasası, hekim emeğinin değersizleştirilmesi, hekimin işileştirilmesi ve gelirlerinin gvencesizleştirilmesi vb. sonuçlara işaret etmektedir. Hekimler, çalıştığı kurumda kalmayı tercih ederek ticaret zihniyeti ile hizmet vermek ya da kurum dışında çalışmayı tercih ederek ucuz iş gücü unsuru olarak sektörde hizmet vermek arasında seçim yapmak zorunda bırakılmışlardır.

SDP getirdiği uygulamalarla, sağlık işgücünün cretlendirme biçimleri üzerinde de değişikliklere neden olmuştur. Ücretlendirme politikalarında, eskiden bu yana temel ücretlerin oldukça üzerinde olan ve emeklilik dönemine yansımayan ek ödeme sisteminin, mantığı aynı kalmak koşuluyla yeni biçimlerde uygulandığı görülmektedir. Döner sermaye btcesinden yapılan ek ödemelerin yanında, sözleşmeli statüde çalışan diğer personel maaşlarının da döner sermaye btcesinden ödendiği bilinmektedir. 2003 yılı sonlarına doğru 10 ayrı SB hastanelerinde pilot uygulama olarak başlanan ve 2011 yılı itibariyle tüm niversite hastanelerinde de uygulamaya geçilen performansa dayalı cretlendirme sisteminin finansal kaynağını da yine döner sermaye btcesi karşılamaktadır. Performans uygulaması hekimler üzerinde baskı unsuru olmuş ve daha fazla hasta bakmayı zorunluluk haline getirmiş; çalışma ortamını olumsuz etkilemiştir. Yapay taleple artan iş yükü, hekimler arası kirli bir rekabet ortamının doğması ve hekim ile hasta ilişkisinin zedelenmesi, sağlık çalışanları için düşük motivasyon, örgütsel adaletsizlik, şiddet, iş barışının bozulması, gelir güvencesizliği ve yapılan işin ticarileşmesi gibi ağır sonuçlar doğurmuştur. Bu alışmada Performansa Dayalı cretlendirme sistemi hekimler temel alınarak incelenmiştir. Bu sistem hekimleri doğrudan etkilemekte, hekim dışı diğer sağlık çalışanları arasında performans değerlendirmesi belirsizlik içermektedir. Ücretlendirme sisteminin sonuçlarından en fazla hekimlerin

etkilendiği görülmektedir. Ücretlendirme sisteminin, hekimleri sağığın ticarileşme sürecine entegre etmeye çalıştığı görülmektedir. Araştırmada, hekimlerin, ücretlendirme sistemi içinde muayene, tetkik ve muayene işlemlerinin sayıları üzerinden puan toplamaya çalışan müşteri temsilcisi konumuna geldiklerini sıklıkla vurgulayan bulgulara rastlanmıştır. Bu şekilde nicelik olarak değerlendirilen ve niteliğı ikinci plana itilen sağık hizmetinin değeri ile birlikte hekimlik mesleğinin itibarı da zarar görmektedir. Performans uygulaması sisteminin rekabet ortamı yarattığı, dayanışma ruhunu bozduğu ve işlem sayılarına göre farklı gelir grupları oluşturarak aynı meslek içinde örgütsel adaletsizlik zemini yarattığı araştırma bulgularında tespit edilmiştir. Doğası gereğı ekip çalışmasının her daim gerekli olduğu sağık hizmetlerinin sunumunda, çalışanlar için olduğu kadar hastaların da doğrudan etkilenecekleri olumsuz koşullar yaratılmıştır. Performansa Dayalı Ücretlendirme Sisteminin yeniden gözden geçirilmesi ve çalışanlar açısından adaletsizlik, motivasyon düşüklüğü, şiddet, iş barışının bozulması, gelirin güvencesizliğı ve hekimlerin mesleki anlamda değersizleşmesi gibi çok önemli sonuçları olduğu göz önünde bulundurularak gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Araştırmanın bulguları, hasta odaklı olan SDP uygulamalarının, sağık çalışanlarının emeğı ile gerçekleştirilmekte olduğu gerçeğinden uzak olduğunu, sağık çalışanlarının emeğinin bu süreçte ikinci planda tutulduğunu ortaya çıkarmıştır. SDP'nin sağık alanını olumlu anlamda dönüştürmesi için, sağık çalışanlarının emeklerinin karşılığı olan haklarını, çalışma koşullarını, gelir ve özlük haklarını iyileştirecek istihdam ve ücretlendirme politikalarında iyileştirici düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Sağık çalışanlarının içinde bulunduğu bu bağlamı göz önüne almadan, çalışma koşullarından iyimser bir tablo beklemek mümkün olmayacaktır. SDP'nin sonuçlarını objektif değerlendirebilmek, hasta ile birlikte sağık çalışanı cephesinden değerlendirmeyi de gerektirmektedir. Sağık alanında, yönetim organizasyon ve örgütsel davranış bilimlerinin ilgilendiğı konuların önleyici ve çözümleyici beklentilerinin, ancak bu perspektiften baktığı takdirde gerçekliğı mümkün kılınabilir.

Sağık alanında örgütsel adalet, tükenmişlik, mobbing, şiddet, iş barışının bozulması, motivasyon vb. yönetim organizasyon ve örgütsel davranış biliminin, inceleme konusu yaptığı kavramlardır. 2010 ve 2018 yılları arası “Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongreleri” bildiri kitapçıkları ve YÖK Tez veri tabanı Yönetim Organizasyon, İşletme ve İşletme Yönetimi Anabilim Dalları parametreleriyle, “sağık” ve “hastane” anahtar kelimeleri üzerinden tarandığında sağık alanını, ülkenin sosyo-ekonomik bağlamda yaşadığı dönüşümü inceleyerek konu alan yalnızca iki teze ulaşılmıştır: “Kamu Sektöründe Çalışanların İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılıklarının Yürürlükte ve Hazırlanmakta Olan Mevzuat Çerçevesinde

Araştırılması: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Örneği” ve “Kamu Mevzuatındaki Yeni Düzenlemelerin Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algısı Üzerine Etkisi”. Sağlıkta yaşanan yapısal dönüşümü sosyo-ekonomik bağlamında ele alan yeterli sayıda çalışma bulunmadığı görülmüştür. Oysa sağlık alanının çalışma koşullarına ilişkin sorunlar, sadece örneklem seçilen kuruma ya da meslek grubuna indirgenemeyecek kadar geniş bir çerçevede değerlendirilmediği durumda, araştırmanın bulgularına yönelik yorumlar ve çözüm önerileri kısıtlanmış olacaktır. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, sistem içinde dönüşen sosyal ve ekonomik yapının etkilerinden muaf tutulamaz. Bu araştırma, sağlık çalışanlarının çalışma ortamına ilişkin sorunların makro düzeyde incelenmesi gerektiği ve arka planda sağlık sektörünün çalışma ilişkilerini düzenleyen sosyal ve ekonomik politikalara bağlı olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmaya dahil edilmeyen, SDP ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun Aile Hekimliği modeline dönüşmesinin, KÖO şehir hastaneleri ve SB’nın Sağlık Bilimleri Üniversitesi adıyla kurmuş olduğu yeni “teşkilat” yapısının sağlık çalışanları için ne gibi sonuçlar doğurduğuna ilişkin farklı sosyal bilim alanlarını enlemesine kesen araştırma soruları yeni araştırmacıların ilgisini ve çabasını beklemektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, A. (2012). “Devlet-Piyasa Sarmalında Memuriyet Statüsünün Konumu: ‘Performans’a Karşı ‘Liyakat’ ile Sorunu Anlayabilmek”. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(2): 31-40.
- Ağartan, T. (2013). “Sağlıkta Reform Salgını”, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*. Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar (drl.). İletişim Yayınları, İstanbul, 37-54.
- Akçay, İ. İ. (2010). “Türkiye’de Emeğin Bir Mücadele Aracı Olarak İş İhtilafları: 1936-1963”. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2(25): 40-64.
- Akdağ, R. (2008). *İlerleme Raporu-Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdur, R. (1999). (hızl.) *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akgüner, T. (2001). *Kamu Personel Yönetimi*. Der Yayınları, İstanbul.
- Akpınar, T. (2014). “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Ekonomi Politikası: Kuruluş Süreci”. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 3(42): 137-158.
- Aksu-Tanık, F. (2014). “1980 Sonrasında Hastanelerin Dönüşümü”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 29(6): 401-480.
- Aktaş, E. Ö. ve Çakır, G. (2012). “Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması”. *Ege Tıp Dergisi*, 51(1): 21-29.
- Altan, Y. (2016). “Türk Kamu Personel Rejiminde Reform İhtiyacı: Reformu Gerektiren Dış Etkenler Ekseninde Bir Değerlendirme”. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15): 381-389.
- Arslan, O. E. (2005). *Kamu Personel Rejimi: Statü Hukukundan Esnekliğe*. TODAİE Yayınları, Ankara.
- Ataay, F. (2008). “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3): 169-184.
- Atabek, E. (1978). “Tam Süre Çalışma”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1(3): 15-20.
- Atabek, E. (2009). “Tam Süre Çalışma Sonrası”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 24(3): 239-240.
- Atun, R., Aydın, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlıoğlu, S., Özgülcü, Ş., Aydoğan, Ü., Ayar, B., Dilmen, U. ve Akdağ, R. (2013). “Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity”. *The Lancet*, 382 (9886): 65-99.

- Ayman-Güler, B. (2003a). "Türkiye'de Kamu Personel Rejimi Esasları". *Türkiye'de Kamu Personel Rejiminin Yeniden Yapılandırılması Sempozyumu*. (22-23 Şubat 2003). Ankara, 43-55.
- Ayman-Güler, B. (2003b). "Kamu Personel Sisteminde Reform Zorlamaları". *Amme İdaresi Dergisi*, 36(4): 17-34.
- Azap, A. ve Ağırbaş, İ. (2014). "Üniversite Hastaneleri 'İşletmeleşme veya Batma' sarmalından kurtulabilir mi?". *Toplum ve Hekim Dergisi*, 29(6): 401-480.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler (2006). *IMF Gözetiminde On Uzun Yıl, 1998-2008: Farklı Hükûmetler, Tek Siyaset, 2006 Yılı Raporu*. BSB, Ankara.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. (2011). *Ücretli Emek ve Sermaye, Derinleşen Küresel Kriz ve Türkiye'ye Yansımaları*. Yordam Kitap, İstanbul.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler. (2015). *AKP'li Yıllarda Emegın Durumu*. Yordam Kitap, İstanbul.
- Bakır, O. (2016). "Kronik Bir Yılan Hikâyesi ve Kadro Masasında Sona Doğru: Bir Truva Atı Olarak 'Özel Sözleşmeli Personel' ". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 71(3): 999-1023.
- Baş, T. ve Akturan, U. (2013). *Nitel Araştırma Yöntemleri NVivo ile Nitel Veri Analizi, Örnekleme, Analiz, Yorum*. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Bayık-Temel, A. (2013). "Yabancı Sağlık Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışmalarına Yönelik Yasal Düzenlemeler ve Çok Kültürlü Sağlık Bakımına Yansımaları". Esen, E ve Borde, T. (Ed.). *Toplum, Sağlık ve Eğitimde Araştırma, Öğretim ve İşbirliği*. Siyasal Kitabevi, Ankara, 237-253.
- Belek, İ. ve Soyer, A. (1995). *Sağlıkta Özelleştirme*. Sorun Yayınları, Ankara.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*. Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Belek, İ. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm, Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*. Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Belek, İ. (2015). "Piyasacı Sağlık Ortamında Ücretlendirme ve İstihdam". *Toplum ve Hekim Dergisi*, 30(4): 241-320.
- Bilaloğlu, E. (2004). "Performansın Başarısı !!!". *Toplum ve Hekim Dergisi*, 19(3): 228-232.
- Boratav, K. (2006). *Türkiye'de Devletçilik*. İmge Kitabevi, Ankara.
- Boratav, K. (2013). *Türkiye İktisat Tarihi 1908-2002*. İmge Kitabevi, Ankara.
- Creswell, J. W., (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design Chososing Among Five Approaches*. Sage Publications, London.

- Çakmak, D. (2007). "Toplumsal Uzlaşma Belgesi: 1936 Tarihli İş Kanunu". *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1): 127-169.
- Çelebi-Çakıroğlu, O. ve Harmancı-Seren, A. K. (2016). "Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri". *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1): 37-43.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Çolak, A. (2017). "Subcontracting Tendency of Public Sector in Turkey-Türkiye'de Kamu Kesiminin Taşeronlaşma Eğilimi". *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(3): 1004-1017.
- Demirci, B. (2015). "Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Nasıl Bir Sistem Getiriyor?". *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 15(30): 122-135.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (1990). *VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994*. DPT, Ankara.
- Dülger, İ. P. (2014). *Kamu İstihdamında Esnekleşme*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). "Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme", *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1): 33-44.
- Elbek, O. (2010). " 'Performans' ve Hekimlik". *Toplum ve Hekim Dergisi*, 25(6): 432-447.
- Erdoğan, S. (2005). "Yeni Liberal Küreselleşme Sürecinde Esnek Kamu Personel Rejimi". *Toplum ve Hekim Dergisi*, 20(1): 53-64.
- Ergun, C. ve Dericioğulları-Ergun, A. (2010). "Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma". *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 4(8-9-10): 33-54.
- Eriş, H. ve Bucak, F. (2018). "Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri Hakkında Kamu Hastane Yöneticilerinin Görüşleri". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4): 601-815.
- Erkan, A. (2011). "Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması". *Maliye Dergisi*, 160: 423-438.
- Erkoç-Yavuz, M. (2015). "Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Toplum Sağlığına Etkileri". *Toplum ve Hekim Dergisi*, 30(2): 81-150.
- Ertuna, Ö. (2004). "1923'ten Bugüne Türkiye Ekonomisi ve 2023'e Doğru Hedefler". *Muhasebe Finansman Dergisi*, 21: 6-17.
- Etiler, N. (2011). "Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri". *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 42(11): 2-11.

- Etiler, N. (2012). “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve İstihdam”. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Türkiye Sağlık Raporu*, 25-28.
- Gözübüyük, Ş. ve Tan, T. (1998). *İdare Hukuku – Genel Esaslar Cilt 1*. Turhan Kitabevi, Ankara.
- Güller, A. (2015). “Alt Yapının Kronikleşen Sorunu Taşeronluk Müessesesi Üzerine Bir İnceleme”. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 5(1): 91-104.
- Hamzaoğlu, O. ve Yavuz, C. I. (2006). "Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine". *Mülkiye Dergisi*, 30(252): 275-296.
- Hamzaoğlu, O. (2013). “Dünyada Sağlık Reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Gerçekler ve Belgeleri”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 28(3): 172-180.
- Harvey, D. (2005). “A Brief History of Neoliberalism”. Oxford University Press, Oxford.
- Homedes, N. ve Ugalde, A. (2005). “Human Resources: The Cinderella of Health Sector Reform in Latin America”. *Human Resources for Health*, 3(1): 34-60.
- Karasu, K. (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı”. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3): 217-262.
- Kart, E. (2013). “ ‘Sağlıkta Dönüşüm’ Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 3(38): 103-140.
- Kasapoğlu, A. (2016). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü”. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2): 131-174.
- Kaygısız, İ. (2017). “AKP’li Yıllarda Çalışma Yaşamı: Sermayeye Cennet, Emeğe Cehennem”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 32(5): 341-360.
- Keyder, Ç., Üstündağ, N., Ağartan, T. ve Yoltar, Ç. (drl.). (2013). *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*. İletişim Yayınları, İstanbul.
- Kılıç, B. (2007). “Türkiye İçin Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları”. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6): 501-514.
- Kılıç, B. (2012). “Türkiye’de Sağlık Finansmanı 2001-2012”. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Türkiye Sağlık Raporu*, 17-24.
- Koç, M. ve Görücü, İ. (2011). “4857 Sayılı İş Kanununa Göre Kısmi Çalışma Uygulaması ve Sonuçları”. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 1(28): 149-178.
- Koç, Y. (2003). *Türkiye İşçi Sınıfı ve Sendikacılık Hareketi Tarihi*. Kaynak Yayınları, İstanbul.
- Koçak, H. (2008). “50’leri İşçi Sınıfı Oluşumunun Kritik Bir Uğrağı Olarak Yeniden Okumak”. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 3(18): 69-86.

- Koçak, O. ve Tiryaki D. (2011). “Sosyal Devlet Anlayışında, Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği”. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(19): 55-88.
- Koşar, L. (2009). “ILO: Devlet-İşveren-İşçi Üçlemesi, ISO: Kapitalizmin Yasası, Yönetmelik ve Çalışma Bakanlığı”. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 33: 12-19.
- Kutlu, D. (2009). “Türkiye’de Çalışma İlişkilerinde Dönüşümün Güncel Yansımaları ve Emek Üzerindeki Etkileri”. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 33: 2-6.
- Kümbetoğlu, B. (2012). *Sosyolojide ve Antropolijide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*. Bağlam Yayıncılık, İstanbul.
- Mancillas, J. R. (2008). “Sağlık Reformlarının Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri”. *Toplum ve Hekim*, 23(2): 143-146.
- Memişoğlu, D. (2016). “Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı”. *Yasama Dergisi*, 34: 62-93.
- Merriam, S. B. (2013). *Nitel Araştırma-Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber*. (Çev. S. Turan), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. ve Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Sage Publications, California.
- Nalçacı, E., Hamzaoglu, O. ve Özalp, E. (ed.). (2006). *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi*. Dünya Yayıncılık, İstanbul.
- Öktem, M. K. (1992). “Türk Kamu Personel Yönetiminin Gelişimi”. *Amme İdaresi Dergisi*, 25(2): 85-105.
- Öngel, F. S. (2014). “Türkiye’de Taşeronlaşmanın Boyutları”. *Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu-Araştırma Enstitüsü Bülteni (DİSK-AR Dergisi)*, 2: 38-51.
- Özkal-Sayan, İ. (2005). *Türkiye’de Kamu Personel Sisteminin Gelişimi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özkal-Sayan, İ. ve Şahan, Y. (2011). “Sağlık Bakanlığı’nda Performans Değerlendirme ve Ek Ödeme Sistemi”. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 6(16): 33-70.
- Özkal-Sayan, İ. ve Küçük, A. (2012). “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(1): 171-203.
- Özkan, Ö. (2017). “Sağlık Emek Gücünün AKP İle Geçen 15 Yılı”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 32(5): 381-400.

- Özveri, M. (2008). “Alt İşveren: İş Hukukunun Altının Oyulması”. *Tes-İş Dergisi*, 2: 109-114.
- Quinlan, M. ve Bohle, P. (2008). “Küreselleşme, Neoliberalizm ve Sağlık, Baskı Altında, Kontrol Edilemez veya Evde Tek Başına? Taşeronluk ve Ev Eksenli Çalışmanın İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine Etkileri İle İlgili Araştırma ve Politik Tartışmaların Gözden Geçirilmesi”. (Çev. M. Erkoç). *Toplum ve Hekim Dergisi*, 23(4): 302-308.
- Pala, K. (2017). “Türkiye’de Sağlık Reformu/ Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci”. G. Yenimahalleli-Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (Ed). *İnsana Karşı Piyasa Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik*. Notabene Yayınları, İstanbul, 43-74.
- Pala, K. (2014). “Neoliberal Sağlık Politikalarının Etkisi: Kamu Hastanelerinde Finansman Yapısı Değişiyor”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 29(6): 414-429.
- Pala, K. (2012). “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve İstihdam”. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Türkiye Sağlık Raporu*, 2-4.
- Pala, K. (2008). “Tam Süre Çalışma Düzeninin Kamusal Önemi”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 23(2): 117-124.
- Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M. R. (2002). *Getting Health Reform Right*. Oxford University Press, New York.
- Sağlık Bakanlığı (2010). *Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları Araştırma Raporu*. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2012). *Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003 - 2011)*.
- Sağlık Bakanlığı (2007). *Türkiye’de Sağlığa Bakış (2007)*. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık-Sen. (2014). *Üniversite Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde Çalışanların Sorunları, Çözüm Önerileri Çalıştayı*. Sağlık- Sen Genel Merkezi. Ankara.
- Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi- SASAM Enstitüsü. (2015). *Sağlıkta Şiddet Nasıl Biter*. SASAM Analiz.
- Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi- SASAM Enstitüsü. (2016). *Sasam Enstitüsü Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi Odak Grup Görüşmeleri Raporu*. Sağlık-Sen Genel Merkezi, Ankara.
- Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi- SASAM Enstitüsü. (2017). *Üniversite Hastaneleri Sorunlarının Analizi (Yapısal, İşletme, Finansal, Çalışan)*. Sağlık- Sen Genel Merkezi, Ankara.

- Sennett, R. (2014). *Yeni Kapitalizmin Kültürü*. Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Sennett, R. (2015). *Karakter Aşınması-Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerine Etkileri*. Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Sertlek, T. (2008a). “Sağlık Hizmetleri ve Taşeronlaştırma”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 23(4): 309-312.
- Sertlek, T. (2008b). “Taşeron İşçi Olmak”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 23(5): 321-400.
- Seyidoğlu, H. (2003). “Uluslararası Mali Krizler, IMF Politikaları, Az Gelişmiş Ülkeler, Türkiye ve Dönüşümün Etkileri”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 4(2): 141-156.
- Sevim, İ. (2006). *1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi, Türkiye Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Soyer, A. (2003). “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”. *Praksis Dergisi*, 9: 301-319.
- Soyer, A. (2011). “Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Sağlık Çalışanları”. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42): 12-22.
- Süalp, M. N. (2014). “Emek Süreçlerindeki Dönüşüm ve Yeni İstihdam Biçimleri”. *DiSK-AR Dergisi*, 2: 18-27. (http://disk.org.tr/wp-content/uploads/2014/02/DiSKAR_04.pdf) (erişim tarihi 02.04.2017).
- Şafak, C. (2004). “4857 sayılı İş Kanunu Çerçevesinde Taşeron (Alt İşveren) Meselesi”. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 51: 111-132.
- Şakar, M. (2010). “Ölçüsüz Taşeronlaşmaya Karşı Önlemlerde Geri Adım: İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun Tasarısı Taslağına Sıkıştırılan Değişikliğin Değerlendirilmesi”. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, (4): 29-34.
- Tatlıcan, S. (2004). “Esneklik Uygulamaları ve Hekimlik”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 19(3): 161-240.
- Tekeli, İ. (1981). “II. Dünya Savaşı Sırasında Hazırlanan Savaş Sonrası Kalkınma Plan ve Programları”. *Ortadoğu Teknik Üniversitesi Gelişme Dergisi 1979-1980 Özel Sayısı: Türkiye İktisat Tarihi Üzerine Araştırmalar*, II: 289-327.
- Topak, O. (2009). “Sosyal Güvenlik ve Sağlıkta Reform mu, Dönüşüm mü? Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sisteminin Ekonomi Politikası”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 24(1): 61-70.
- Tozlu, A. ve Eraslan, M. T. (2012). “Türkiye’de Alt İşverenlik Uygulaması”. *Sayıştay Dergisi*, 84: 45-62.
- Tufan-Emini, F. (2018). “Tarihsel Perspektiften Türkiye’de İzlenen Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Reform”. Ö. Uysal Şahin ve N. Köleoğlu (Ed.), *Teoride ve Uygulamada*

- Sağlık Ekonomisi ve Politikaları-Güncel Sorunlar ve Araştırmalar*. Rating Academy Yayınları, Çanakkale, 1-23.
- Tutum, C. (1970). “Türkiye Personel Reformu Üzerine Düşünceler”. *Amme İdaresi Dergisi*, 4(1): 10-29.
- Türk Tabipler Birliği. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye’sinde Halka ve Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?*. Türk Tabipler Birliği, Ankara.
- Türk Tabipler Birliği. (2013). 2010-2012 Merkez Konseyi Çalışma Raporu. http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2010-2012/2010-2012.pdf (erişim tarihi: 12.01.2019).
- Türk Tabipler Birliği. (2017). TTB Merkez Konseyi 2014-2016 Çalışma Raporu. http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2014-2016/2014-2016.pdf (erişim tarihi: 05.01.2019).
- Türk Tabipler Birliği. (2018). TTB Merkez Konseyi 2016-2017 Çalışma Raporu. http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2016-2017/2016-2017.pdf (erişim tarihi: 27.01.2019).
- Türk Tabipler Birliği. (2019). TTB Merkez Konseyi 2016-2018 Çalışma Raporu. http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2016-2018/2016-2018.pdf (erişim tarihi: 27.04.2019).
- Tüzün, H. (2009). “Hekim Emekgücü ve Hekim Ödeme Biçimlerine Uluslararası Bakış”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 24(3): 188-197.
- Ulutaş-Ünlütürk, Ç. (2011). *Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Notabene Yayınları, Ankara.
- Usal, Z. O. (2008). “Dünya Bankası ve IMF Kapsamında Uluslararası Finans Kuruluşları ve İnsan Hakları”. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 39: 231-246.
- Uysal- Şahin, Ö. ve Köleoğlu, N. (ed.). (2018). *Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları-Güncel Sorunlar ve Araştırmalar*, Rating Academy Yayınları, Çanakkale.
- Yavuz, I. C. (2017). “Verilerle Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda ‘Etkililik, Verimlilik ve Hakkaniyet’ ”. G. Yenimahalleli-Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (Ed). *İnsana Karşı Piyasa Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik*. Notabene Yayınları, İstanbul, 75-102.
- Yavuz, I. C. (2016). “Sağlık Emekçilerinin Durumu Üzerine”. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 60-61: 2-7.
- Yavuz, I. C. ve Balcıoğlu, H. (2015). “Türkiye’de Hastanelerin Dönüşümü”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 29(6): 401-475.
- Yenimahalleli-Yaşar, G., Göksel, A. ve Birler, Ö. (ed). (2017). *İnsana Karşı Piyasa Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik*. Notabene Yayınları, İstanbul.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Seçkin Yayınevi, Ankara.

- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2011). “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Neoliberal Dönüşümü”. *Mülkiye Dergisi*, 35(272): 163-193.
- Yıldız, Ö. (2008). “Küreselleşme, Sağlık ve Toplum”. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 30-34.
- Yılmaz, B. N. (2009). “Aile Hekimliği: Hekim Emekinin Değersizleşmesi ve Esnekleşmesi”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 24(21): 159-160.
- Yılmaz, V. (2017). *The Politics of Healthcare Reform in Turkey*. Palgrave Macmillan, Cham.
- Yiğit, V. ve Yiğit, A. (2016). “Üniversite Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliği”. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16): 253-273.
- Yücesan-Özdemir, G. ve Özdemir A. M. (2008). *Sermayenin Adaleti, Türkiye’de Emek ve Sosyal Politika*. Dipnot Yayınları, Ankara.
- Yücesan-Özdemir, G. (2008). “Emek Süreci, Denetim ve Emek Rejimleri: Taşeron Çalışma Üzerine İlk Notlar”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 23(4): 254-262.
- Zabcı, F. Ç. (2002). “Dünya Bankasının Küresel Pazar İçin Yeni Stratejisi: Yönetişim”. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 57(3): 152-179.
- Zabcı, F. C. (2009). *Dünya Bankası: Yanılsamalar ve Gerçekler*. Yordam Kitap, İstanbul.
- Zencir, M. (2009). “Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 24(3): 177-187.
- Zeytinoğlu, E. (2004). “Türk İş Hukukunda Geçici İş İlişkisi”. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 3(5): 119-131.

İnternet Kaynakları

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> (erişim tarihi: 26.02.2019).

4857 sayılı İş Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf> (erişim tarihi: 26.02.2019).

6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm> (erişim tarihi: 15.03.2019).

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070501-8.htm> (erişim tarihi: 08.04.2019).

Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/11/20051101M1-2.htm> (erişim tarihi: 20.03.2019).

Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına veya Mahalli İdare Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Geçici 23 ve Geçici 24 Üncü Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslar, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/01/20180101-5.htm> (erişim tarihi: 10.03.2019).

Sağlık Uygulama Tebliği, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100325m1.htm> (erişim tarihi: 25.03.2019).

Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm> (erişim tarihi: 12.03.2019).

<http://www.cnnturk.com/haber/ekonomi/bakan-celiktaseron-isci-sayisini-acikladi> (erişim tarihi 10.12.2017).

<http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/kurumsal/tarihce/tarihce-ve-sunus> (erişim tarihi: 01.03.2017).

<https://www.evrensel.net/haber/367731/taseron-isci-kadroya-gecti-demek-tam-bir-aldatmaca> (erişim tarihi 10.01.2019).

<https://www.haberler.com/atay-dr-mustafa-bilgic-kkka-dan-oldu-3961870-haberi/> (erişim tarihi:20.12.2018).

<http://www.hurriyet.com.tr/kelebek/saglik/doktoru-canindan-bezdiren-belge-22078306>(erişim tarihi: 28.12.2018).

<https://www.turksagliksen.org.tr/belgeler/6344683875-tss-saglikta-siddet-kitapcik.pdf> (erişim tarihi 19.06.2019).

<https://www.tbmm.gov.tr/d26/10/10-175408gen.pdf> (erişim tarihi: 20.06.2019).

<https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-son-3-yilda-431-saglikci-intihar-etti-11-681-76580.html> (erişim tarihi: 20.06.2019).

TBMM Tutanakları İçin Kaynakça

TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 3, 24'üncü Toplantı, s.97 (14.11.2017). (CHP Eskişehir Milletvekili Utku ÇAKIRÖZER'in 14.11.2017 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 22, Yasama Yılı 5, 73'üncü Birleşim, c. 149 (08.03.2007). (CHP Ordu Milletvekili İdris Sami TANDOĞDU'nun 08.03.2007 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 1, 23'üncü Birleşim (05.01.2016). (MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim YURDAKUL'un 05.01.2016 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 1, 107'nci Birleşim (27.06.2016). (CHP Ankara Milletvekili Murat EMİR'in 27.06.2016 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 1, 50'nci Birleşim (02.03.2016). (MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim YURDAKUL'un 02.03.2016 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 2, 102'nci Birleşim (07.06.2017). (CHP Balıkesir Milletvekili Mehmet TÜM'ün 07.06.2017 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 2, 38'inci Birleşim (12.12.2016). (MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim YURDAKUL'un 12.12.2016 tarihli konuşması)

TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 1, 18'inci Toplantı, s.23 (10.02.2016). (CHP Bursa Milletvekili Lale KARABIYIK'ın 10.02.2016 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 1, 107'nci Birleşim (27.06.2016). (CHP Ankara Milletvekili Murat EMİR'in 27.06.2016 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 24, Yasama Yılı 2, 99'uncu Birleşim, c. 19 (25.04.2012). (MHP Samsun Milletvekili Cemalettin ŞİMŞEK'in 25.04.2012 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 24, Yasama Yılı 2, 131'inci Birleşim, c. 27 (03.07.2012) (MHP Mersin Milletvekili Ali ÖZ'ün 03.07.2012 tarihli konuşması)

- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 2, 71'inci Birleşim (16.02.2017). (MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim YURDAKUL'un 16.02.2017 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 1, 107'inci Birleşim (27.06.2016). (HDP Diyarbakır Milletvekili Çağlar DEMİREL'in 27.06.2016 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 2, 38'inci Birleşim (12.12.2016). (HDP Diyarbakır Milletvekili Sibel YİĞİTALP'in, 12.12.2016 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 23, Yasama Yılı 4, 47'inci Birleşim, c.58 (13.01.2010). (BDP Şırnak Milletvekili Sevahir BAYINDIR'ın, 13.01.2010 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 23, Yasama Yılı 4, 50'nci Birleşim, c.59 (20.01.2010). (CHP Muğla Milletvekili Ali ARSLAN'ın, 20.01.2010 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 23, Yasama Yılı 4, 50'nci Birleşim, c.59 (20.01.2010). (CHP İzmir Milletvekili Canan ARITMAN'ın 20.01.2010 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 23, Yasama Yılı 4, 48'inci Birleşim, c.58 (14.01.2010). (CHP Kayseri Milletvekili Mehmet Şevki KULKULOĞLU'nun 14.01.2010 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 23, Yasama Yılı 2, 71'nci Birleşim, c.15 (28.02.2008). (AKP Adana Milletvekili, Necdet ÜNÜVAR'ın 28.02.2008 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 23, Yasama Yılı 3, 74'üncü Birleşim (08.04.2009). (23.Dönem Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ'ın 08.04.2009 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 24, Yasama Yılı 4, 94'üncü Birleşim (28.05.2014). MHP Mersin Milletvekili Ali ÖZ'ün 28.05.2014 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 24, Yasama Yılı 2, 131'incü Birleşim, c.27 (03.07.2012). (CHP Tekirdağ Milletvekili Candan YÜCEER'in 03.07.2012 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, 24 Dönem, Yasama Yılı 2, 78'inci Birleşim, c.16 (14.03.2012). (CHP İzmir Milletvekili Hülya GÜVEN'in 14.03.2012 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 23, Yasama Yılı 23, 76'nci Birleşim, c.16 (12.03.2018). (CHP Muğla Milletvekili Ali ARSLAN'ın 12.03.2008 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 3, 20'inci Birleşim (09.11.2017). (CHP Ankara Milletvekili Murat EMİR'in 09.11.2017 tarihli konuşması)
- TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 24, Yasama Yılı 3, 67'inci Birleşim, c.43 (19.02.2013). (MHP Samsun Milletvekili Cemalettin ŞİMŞEK'in 19.02.2013 tarihli konuşması)

TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 2, 10'uncu Toplantı, s.63 (14.11.2016). (MHP İstanbul Milletvekili, İsmail Faruk AKSU'nun 14.11.2016 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 1, 107'inci Birleşim (27.06.2016). (MHP Antalya Milletvekili Ahmet Selim YURDAKUL'un 27.06.2016 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 26, Yasama Yılı 2, 102'inci Birleşim (07.06.2016). (CHP İstanbul Milletvekili Gamze Akkuş İlgezdi'nin 07.06.2016 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 24, Yasama Yılı 2, 99'uncu Birleşim, c.19 (25.04.2012). (CHP Erzincan Milletvekili Muharrem IŞIK'ın 25.04.2012 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 24, Yasama Yılı 4, 94'üncü Birleşim (28.05.2014). (CHP Kocaeli Milletvekili Mehmet Hilal KAPLAN'ın, 28.05.2014 tarihli konuşması)

TBMM Tutanak Dergisi, Dönem 24, Yasama Yılı 2, 131'inci Birleşim, c.27 (03.07.2012). (CHP Hatay Milletvekili Mehmet Ali EDİBOĞLU'nun 03.07.2012 tarihli konuşması)

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI	Betül IŞIKLAR KARAKAYA
Doğum Yeri - Tarihi	Gölbaşı – 10.03.1980
EĞİTİM DURUMU	
Mezun Olduğu Lise	Gaziantep 19 Mayıs Lisesi
Lisans Diploması	Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği
Yabancı Dil / Diller	İngilizce
İŞ DENEYİMİ	
Çalıştığı Kurumlar	Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Akdeniz Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi.
E-Posta	betulkarakaya@akdeniz.edu.tr