

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANA BİLİM DALI
SOS-YL 2010-0001

TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNDE 1980 SONRASI
UYGULANAN NEO-LİBERAL EKONOMİ POLİTİKALARININ
SAĞLIK PERSONELİ İSTİHDAMI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ:

Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamının Eleştirel Bir
Değerlendirmesi

HAZIRLAYAN
Erdal ÇİRPİCİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Özlem BALKIZ

AYDIN 2010

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANA BİLİM DALI
SOS-YL 2010-0001

TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNDE 1980 SONRASI
UYGULANAN NEO-LİBERAL EKONOMİ POLİTİKALARININ
SAĞLIK PERSONELİ İSTİHDAMI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ:
Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamının Eleştirel Bir
Değerlendirmesi

HAZIRLAYAN
Erdal ÇİRPİCİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Özlem BALKIZ

AYDIN 2010

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE
AYDIN

Sosyoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Erdal ÇİRPİCİ** tarafından hazırlanan "**Türkiye'de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1980 Sonrası Uygulanan Neo-Liberal Ekonomi Politikalarının Sağlık Personeli İstihdamı Üzerindeki Etkileri: Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamının Eleştirel Bir Değerlendirmesi**" başlıklı yüksek lisans tezi, 07.11.2009 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince oy çokluğuyla kabul edilmiştir.

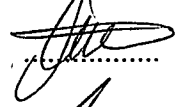
ADI VE SOYADI

ÜNİVERSİTESİ

İMZASI

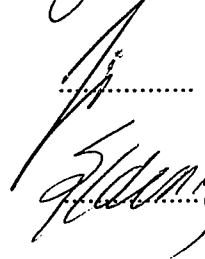
Yrd. Doç. Dr. Özlem BALKIZ

Adnan Menderes Üniversitesi



Doç. Dr. Ümit TATLİCAN

Adnan Menderes Üniversitesi



Yrd. Doç. Dr. Şansel ÖZPINAR

Adnan Menderes Üniversitesi

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun
..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Doç. Dr. Ümit TATLİCAN
Enstitü Müdürü

Bu tezde görsel, işitsel ve yazılı biçimde sunulan tüm bilgi ve sonuçların akademik ve etik kurallara uyularak tarafımdan elde edildiğini, tez içinde yer alan ancak bu çalışmaya özgü olmayan tüm sonuç ve bilgileri tezde kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

ADI SOYADI: Erdal ÇİRPİCİ

İMZASI :

İÇİNDEKİLER

| | |
|---------------------|------|
| İÇİNDEKİLER | iv |
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT | vi |
| ÖNSÖZ | viii |
| TABLolar LİSTESİ | ix |
| KISALTMALAR LİSTESİ | x |
| GİRİŞ | 1 |

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, GELİŞİMİ VE DÜNYA SAĞLIK SİSTEMLERİNE KISA BİR BAKIŞ

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| 1.1.Toplumsal Bir Alan Olarak Sağlık Sistemi | 8 |
| 1.2. Dünyada Sağlık Sistemlerine Genel Bir Bakış | 13 |
| 1.3.Refah Devleti Uygulamaları Ve Sağlık Politikaları | 15 |
| 1.4.Neo-Liberal Dönem Ve Sağlık Politikaları | 22 |
| 1.5.Küreselleşme Süreci | 29 |
| 1.6. Fordizmden Post-Fordizme | 28 |

İKİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL EVREMİ VE
GÜNÜMÜZDEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ

| | |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. Türkiye'nin Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış | 38 |
| 2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Neoliberalizm Yönelimli Dönüşüm | 46 |
| 2.3. Özelleştirme Politikaları Ve Sağlık Hizmetleri | 50 |
| 2.4. Sağlıkta Reform Süreci | 52 |
| 2.5. Sağlık Reformları Çerçevesinde İstihdam Politikaları | 64 |
| 2.5.1. Sözleşmeli Personel Çalıştırma | 64 |
| 2.5.2. Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması | 66 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SÖZLEŞMELİ SAĞLIK PERSONELİ İSTİHDAMI ÜZERİNE BİR
İNCELEME

GİRİŞ

| | |
|------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.1. Araştırma Süreci | 69 |
| 3.2. Araştırmaya İlişkin Demografik Veriler | 70 |
| 3.3. Alan Çalışmasına İlişkin Ekonomik Veriler | 77 |
| 3.4. İş Ortamına Ve Çalışma İlişkilerine Dair Veriler | 79 |
| 3.5. Mesleki Tatmin, Özlük Hakları Ve Gelecek Algısına İlişkin Veriler | 90 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 97 |
| KAYNAKÇA | 104 |
| EKLER | |
| ALAN ÇALIŞMASI SORU FORMU | 108 |
| ÖZGEÇMİŞ | 111 |

YAZAR ADI-SOYADI: ERDAL ÇİRPİCİ

**BAŞLIK: TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNDE 1980
SONRASI UYGULANAN NEO-LİBERAL EKONOMİ
POLİTİKALARININ SAĞLIK PERSONELİ İSTİHDAMI
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ:**

Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamının Eleştirel Bir Değerlendirmesi

ÖZET

Bu tezin amacı, Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren uygulanan neo-liberal sağlık politikalarının yardımcı sağlık personeli üzerine etkilerinin araştırılmasıdır. Bu çalışma yapılırken birinci bölümde sağlık hizmetlerinin genel tanımı, dünyada uygulanan sağlık sistemleri kısaca incelenmiş ve ülkemizin sağlık sisteminin kategorize edilmesine yönelik ön araştırma yapılmıştır. Yine çalışmanın birinci bölümünde iktisat teorisinin geçirdiği evrelerde irdelenmiş ve bunun sağlık sistemiyle olan ilişkisi üzerinde durulmuştur. Çalışmanın ikinci bölümünde ise Türkiye’deki sağlık sisteminin Cumhuriyet devriminden günümüze geçirdiği evrim üzerinde durulmuştur. Cumhuriyet devrimiyle birlikte sağlık alanında yapılan uygulamalar Türk modernleşmesinin bir parçası olmuştur. Sağlık hizmetlerinin gelişim evreleri aynı zamanda Türk modernleşmesinin gelişim evreleriyle paralel bir çizgi taşımaktadır. Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde 1980 sonrası uygulanan sağlık politikalarının personel istihdam modeline etkisi üzerinde durulmuştur. Sözleşmeli sağlık personeli istihdamına yönelik olarak hazırlanan soru formu İzmir ilindeki kamu hastanelerinde çalışan sözleşmeli sağlık personeliyle yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Toplanan veriler, çalışmanın ileri sürdüğü hipotezlerle karşılaştırılarak sonuçlara ulaşılmıştır. Sözleşmeli istihdam modelinin sağlık personeli üzerinde oluşturduğu etkiler ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Refah devleti, neo-liberalizm, küreselleşme, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, sağlıkta reform süreci, esnekleştirme, piyasalaştırma,

NAME: ERDAL ÇİRPİCİ

TITLE: PUBLIC HEALTH SERVICES IN TURKEY, THE EFFECTS OF NEO-LIBERAL HEALTH POLICIES AFTER 1980S ON THE HEALTH PERSONNEL:

A critical assessment of the employment contract of health personnel.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to do a research on the effects of Neo-Liberal health policies after 1980s on assistant health personnel. While doing this research, a general definition of health service is done in the first chapter and health systems applied around the world were examined. Another preliminary work has been done on how to categorize the health system in Turkey. The evolutions of economics have been analysed and the relationship between this and health systems have been pointed out in the first chapter as well. In the second chapter of the study emphasizes the evolution of health system in Turkey from the Turkish republic period to today. Together with the republic revolution, the practise on health care has been a part of modernisation of Turkey. The development stages of health services are at the same time parallel to the development of the Turkish modernisation. In the third and last chapter includes the study on the effects of health policies after 1980s on personnel employment model. The questionnaire prepared on the employment of the contract personnel was done by face to face interviewing the contract personnel working at public hospitals in İzmir. The results were taken by the data compared to the hypothesis. The effects of contract employment model on health personnel have been analysed.

Key Words: Welfare State, Neoliberalism, Globalization, the privatization of health services, reform process in health, flexibilisation, marketisation

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı 1980 sonrası dönemde uygulanan neo-liberal sağlık politikalarının sağlık personeli istihdamı üzerindeki etkilerini araştırılarak sözleşmeli sağlık personeli istihdamının eleştirel bir değerlendirmeyle sonuçlarını ortaya koymaktır. Neo-liberalleşme süreciyle beraber kamu eliyle üretilen bir çok hizmet özelleştirme ve piyasalaştırma uygulamaları sonucunda özel sektöre devredilmiştir. Sağlık sektörü de bir çok yönü olan bir sistem olması açısından bu uygulamalardan etkilenen alanların başında gelmektedir. Bu çalışmanın daha önce bu alanda yapılan çalışmalardan temel farkı, sağlık hizmetlerindeki değişim ve dönüşümün sağlıktaki işgücüne olan etkilerini ortaya koyarak, makro olguları mikro sonuçlarıyla açıklamaktır.

Bu araştırma sürecinde bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Özlem BALKIZ'a ve alan çalışması sürecinde bana yardım eden değerli arkadaşım Sosyolog Neslihan ÇALIŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

TABLolar LİSTESİ:

| | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Tablo 1 A</i> | <i>Cinsiyete göre dağılım.</i> |
| <i>Tablo 1 B</i> | <i>Yaşa göre dağılım</i> |
| <i>Tablo 2</i> | <i>Eğitim düzeyine göre dağılım.</i> |
| <i>Tablo 3</i> | <i>Örneklemin kurumlara göre dağılımı</i> |
| <i>Tablo 4</i> | <i>Örneklemin Sağlık Mesleklerine Göre Dağılımı</i> |
| <i>Tablo 5</i> | <i>Çalışma Süresine Göre Dağılım</i> |
| <i>Tablo 6</i> | <i>İstihdam Modeli</i> |
| <i>Tablo 7 A</i> | <i>İstihdam modelini değiştirme isteğine ilişkin dağılım</i> |
| <i>Tablo 7 B</i> | <i>İstihdam modeli değişikliği için yapılması gereken işlem hakkındaki görüş</i> |
| <i>Tablo 8</i> | <i>Tabi olunan Sosyal Güvenlik Kurumuna ilişkin dağılım</i> |
| <i>Tablo 9</i> | <i>Aylık Gelir Dağılımına ilişkin dağılım</i> |
| <i>Tablo 10</i> | <i>Çalışma saatleri arasındaki farklılığa ilişkin dağılım</i> |
| <i>Tablo:11</i> | <i>Rotasyon uygulanmasına ilişkin dağılım</i> |
| <i>Tablo 12</i> | <i>Çalışanların Rotasyona ilişkin görüşlerini gösteren dağılım</i> |
| <i>Tablo 13</i> | <i>Fazla çalıştırma/çalışmaya ilişkin dağılım</i> |

KISALTMALAR LİSTESİ

| | |
|-------------|-----------------------------------------------|
| AB | Avrupa Birliği |
| ABD | Amerika Birleşik Devletleri |
| DB | Dünya Bankası |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| DTÖ | Dünya Ticaret Örgütü |
| IMF | Uluslar arası Para Fonu |
| GSMH | Gayri Safi Milli Hasıla |
| GSS | Genel Sağlık Sigortası |
| SB | Sağlık Bakanlığı |
| SSCB | Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği |
| SSK | Sosyal Sigortalar Kurumu |
| TKY | Toplam Kalite Yönetimi |

GİRİŞ

Klasik devlet kuramları, devlet otoritesinin meşruluğunu ve devamlılığını çeşitli hizmetleri sunmasıyla paralel bir şekilde açıklarlar. Bu görevlerin başında da eğitim, güvenlik ve sağlık gibi temel hizmetler gelmektedir.

1940'lı yıllarda uygulanan ekonomi politikaları sosyal uygulamaları ön plana çıkaran, güçlü bir sendikal geleneği destekleyen, görece iyi yaşam standartlarına ulaşmış bir işçi sınıfını öngörüyordu. ABD'nin dünya piyasalarındaki egemenliği ve uygulanan Keynesçi ekonomik kalkınma modeli de savaş sonrası dünya ekonomisinin yönlendirilmesinde etkili olmuştur. Türkiye gibi kalkınmakta olan ülkelerde bu yönde politikalar uygulamış ve sosyal harcamaları yüksek kalemlerle bütçeleri hayata geçirmişlerdir.

Uygulanan refah devleti politikaları 1960'lı yıllardan itibaren mevcut giderleri finanse etmekte yetersiz kalmış, ABD'nin dünya piyasalarındaki egemenliğini Japonya gibi ülkelere kaptırmasıyla birlikte de refah devleti birikim kriziyle son bulmuştur. 1970'li yılların ilk yarısında dünya piyasalarında yaşanan petrol kriziyle birlikte de artık refah devleti uygulamalarından tamamen vazgeçilmiştir. Görünen neden petrol krizi olmasına rağmen temelde bir sermaye birikim krizi olan bu şok, neo-liberal politikaların da ekonomik kalkınma modellerinin temelini oluşturmaya başladı. Türkiye de ekonomik kalkınma modelinde 24 Ocak kararlarını alarak bu neo-liberal rüzgarların etki alanına girmiştir. 24 Ocak kararlarından itibaren özelleştirme uygulamaları hız kazanmış, sosyal devletin gereklilikleri geri plana itilmiştir.

Sovyet bloğu ülkelerinin dağılmasıyla birlikte tek kutuplu bir yeni dünya düzeni oluşmuştur. Reel sosyalizm tehlikesinin sona ermesine müteakip kapitalizm bir dünya sistemi haline gelmiştir. Piyasaların düzenleme dışı bırakılması, serbestleştirme uygulamalarıyla birlikte sermaye önündeki engellerin kaldırılması kısacası küresel ekonomiye eklemleme hegemonyası ülkelerin ekonomi politikalarını oluşturma haklarını da kaybetmelerine yol açmıştır.

Türkiye de özelleştirme uygulamalarına hız vererek küresel ekonomiye eklemlenme yolunu seçmiştir. KİT olarak adlandırılan devlet işletmeleri hızla özelleştirilerek özellikle yabancı sermayenin ülkeye girişini teşvik edici politikalar hayata geçirilmiştir. Özelleştirme dalgası mal üreten işletmelerden başlayarak, ulaşım, telekomünikasyon, sağlık ve eğitim gibi hizmet sektörlerine de kaymıştır. Sağlık sektöründeki özelleştirmeler konumuzun temelini oluşturmaktadır.

Neo-liberal politikaların küresel çapta egemenliği sağlık hizmeti için gerekli olan ürün ve hizmetlerin rasyonelleştirilmesi ve bir ekonomik değer olarak ele alınmasını sağlamıştır. Bu toplumsal bir dizi etkenin ekonomik göstergelerini işine katmıştır.

Sosyal devlet anlayışında genel bütçeden karşılanan ve yurttaşların iş sahasındaki etkinliğinin sağlık hizmetine ulaşım açısından bir kriter olarak ikinci planda yer aldığı sistemden yurttaşların çalıştıkları iş ve ürettikleri artı değer oranında sağlık hizmeti alabilecekleri bir sisteme geçilmiştir.

Sağlık hizmetleri için gerekli olan ürünlerin gittikçe arz-talep dengesi gözetilerek fiyatlandırılması ve 80 sonrası dönemde giderek artan fiyatlar devletlerin sağlık giderlerini halka yüklemesini de beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin her süreci şirketleşme ve taşeronlaşma dönemine girmiştir. Bu da artı maliyet, sağlık kurumlarının bir mali tablo eşliğinde şirketleşmesi anlamına gelmektedir.

Dünyadaki sağlık sistemleri küresel neo-liberal dalganın bir yandan desteklendiği bir yandan da üretildiği alanlar olmuştur. Sağlık hizmetinin, genel yapı, hastaneler, hekimler, sağlık güvencesi, sağlık hizmeti üretim organizasyonları, sağlık harcamaları olarak birbirinden farklı olsa da neo-liberal sistemin genel mantığını doğrulayan olgular sergilemişlerdir.

Küresel ekonomide söz sahibi olan ülkeler sağlık harcamalarını finanse edebilecek kaynaklar yaratabilmiş ve yurttaşlarına yeteri kadar ve ücretsiz sağlık hizmeti sağlayabilmiştir. Sağlık hizmeti organizasyonlarını küresel ekonomik

göstergelere göre düzenleseler de bir kısmı bunu yurttaşlarının lehine çevirme tercihini kullanmışlardır. Bunun içerisinde ABD bir istisna olarak tersi bir bakış açısı sergilemiş ve uygulamıştır.

Küresel ekonomide söz sahibi olamayan ülkeler ise sağlık sistemlerini borçlu oldukları diğer ülkelerin ve bu ülkelerin kontrolünde olan küresel finans ve sağlık kuruluşlarının istek ve durumlarına göre düzenlemek zorunda kalmışlardır. Çoğu zaman özellikle sağlık güvencesi ya hiç yoktur ya da yurttaşların prime dayalı ödemeleriyle ayakta zar zor durabilmektedir.

Bahsedilen bu ikinci olgu merkez-çevre kuramlarının merkezinde duran birincil ve ikincil nitelikteki iki işçi grubuna ve buna dayanak sağlayan esnek emek piyasasına işaret eder. Oluşturulan bu piyasa sisteminin ikili emek piyasası modeli olarak çevre ülkelerde uygulanmaktadır.

Japon modeli de denilen bu modelin nitelikli sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli ayrımını eşitsiz bir temelde yaygınlaştırdığı görülmektedir. Bu modele göre eksik istihdam alanları kalkınmakta ülke profili çizmektedir. Dolayısıyla ülke demografyasının en azından yarısı niteliksiz işçi veya meslek sahibi olmayan atıl iş gücü olarak nitelendirilir. Bu nedendir ki piyasa sistemi özellikle niteliğin sorgulandığı sağlık alanında ikili bir iş gücü yaratma eğilimindedir.

Merkez-çevre işçileri algısı özellikle gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye gibi ülkelerde desteklenen neo-liberal bir politikadır. Bu sayede rekabet ortamı ve şirketleşme süreci hızlandırılır.

Yukarıda bahsedilen durumun oluşmasında hızlandırıcı bir rol üstlenen post-fordist üretim tarzı da sağlık hizmetlerinin bir sektör haline gelmesinde ve sağlık hizmetleri veren kurumların birer fabrikaya dönüştürülmesine sebep olmuştur. Öte yandan sağlık hizmetlerinin alınıp satılabilen bir meta olarak algılanmasında bilişsel bir dönüşümün de katalizörlüğünü üstlenmiştir.

Yeni dönem sağlık sistemlerinin modellemesi küresel sermayeye sahip bir dizi

çok uluslu şirketin öncülüğünde yürütülmekte ve denetlenmektedir. En basitinden sağlık hizmeti için gerekli olan ürünlerin üretimi bu bir dizi tekelin elindedir. Ve bunları istedikleri gibi organize edebilmektedirler. İlaç üretiminden tıbbi bilgi üretimine kadar sağlık hizmetleri için gerekli olan tüm süreç bu şirketlerin kapsamına girmektedir.

Tüm bunların doğal bir yansıması olarak da özel sağlık sigortaları bir artı değer aracı olarak küresel neo-liberal politikaların sağlık için merkezi bir noktasında durmaktadır. Küresel bankalar, finans kuruluşları, özel girişimler ve devletle ortak çalışan yarı kamusal şirketler özel sağlık sigortası ile sermaye biriktirmekte ve sağlık hizmeti için yurttaşlardan elde edilen birikimlerle küresel sermaye dolaşımını sağlamakta ve hem yurttaşlardan hem de paradan para kazanmaktadırlar.

Genel anlayışa göre sağlık hizmetlerinde gözetilen verimlilik, kalite ve erişebilirlik Türkiye’de de görülmektedir. Türkiye’nin yurttaşları arasındaki eşitsizliği arttıran bir sağlık sistemine sahip olması da uygulanan bu ilkelerin yetersiz kaynaklar ve uygun olmayan politikalarla harmanlanması sonucunda daha vahim bir hal almasıyla açıklanabilir.

Aynı zamanda Türkiye’de çalışana dayalı bir sağlık sisteminin eşitsizliği giderek derinleştirmiştir. Öte yandan Türkiye’de sağlık sistemi devlet merkezci ve gelişmeci bir ideolojiye sahiptir. Bu haliyle bakıldığında herkese sağlanması gerekli olan sağlık hizmetleri belirli bir hiyerarşi izlenerek sağlanmaktadır. Bu durumda devletin bekasının sağlanması için öncelikle devlet memurları sonrasında ise kalifiyeli işçiler Türkiye’de sağlık sistemi aracılığıyla ödüllendirilmektedir.

Birinci dünya savaşından sonra modernizmi bir kalkınma modeli olarak benimseyen az gelişmiş ülkeler kategorisinde yer alan Türkiye 90’lı yılların ortasına kadar her alanda olduğu gibi sağlık alanında da devlet destekli ilerlemiştir. Bu süre zarfında oluşturduğu yurttaş eşitsizliğine dayalı model genel bütçeden farklı olarak meydana getirilen yurttaş ödenekli bütçenin kullanılmasıyla oluşmuştur.

90 sonrasında Türkiye’nin küresel piyasalara girişi, doların Türk piyasasında

işleme sokulması, liranın devalüe edilmesiyle yabancı finansman merkezli bir yapıya sokulmasıyla sağlık sistemi de değişmeye başlamıştır. Özel girişimlerle yeni özel hastaneler kurulmuş, devlet hastanelerindeki işler parçalanarak bölüm bölüm taşeronlaştırılmış, doktor hasta ilişkisinin arasına performans temelli artı değer sokulmuş, sağlık personeli istihdamı devlet güvencesinden çıkarılıp piyasa mekanizması içine bırakılmıştır.

Günümüzde Türkiye'nin mevcut sağlık sistemi incelendiğinde; kamu eliyle üretilen sağlık hizmetlerinin, özel sektörde üretilen sağlık hizmetlerine oranla çok yüksek bir düzeyde olduğu görülür. Özel sağlık tesislerinin kurulmasıyla ilgili kanunun Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkmış olmasına rağmen, Türkiye'deki azınlıklara yönelik sağlık hizmeti sunmak amacıyla açılan özel kuruluşlar dışında özel sağlık hizmetleri 1980'lere kadar önemli bir gelişme gösterememiştir. Özel sağlık sektörünün gelişmemiş olması, kamunun etkinliğini arttırmış ve sektörün temel politikaları kamu, yani devlet tarafından şekillendirilmiştir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından ya direkt olarak sunulur, ya da Sağlık Bakanlığının dolaylı denetimindeki özel kuruluşlar veya üniversiteler gibi diğer kamu sağlık kurumlarınca üretilir. Genel olarak sağlık hizmetlerinin sınıflamasında üçlü bir şema kullanılmaktadır. **Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları**, koruyucu sağlık hizmetlerini sunan ve Aile planlaması ve çeşitli toplumsal hastalıkların mücadelesine yönelik açılan tesislerden oluşmaktadır. **İkinci basamak sağlık kurumları** ise tedavi edici yataklı tedavi kurumlarını kapsamaktadır. **Üçüncü basamak sağlık kuruluşları** daha çok ileri tetkik ve tedavilerin uygulandığı dal hastaneleri ve üniversitelere bağlı araştırma ve uygulama merkezlerini kapsamaktadır.

Kamunun sağlık hizmetlerindeki yüksek oranı özelleştirme politikalarının bu alana yönelmesine yol açmıştır. Sağlık tesislerinin ilk aşamada çeşitli destek birimleri(yemek, temizlik, muhasebeleştirme, ofis ve büro işleri) özelleştirilerek piyasayı açılmıştır. İkinci aşama ise hizmet satın alınması yoluyla taşeron firmaların devlet hastanelerinin çeşitli birimlerinde etkinlikte bulunmasına olanak tanınmasıyla ortaya çıkmıştır. Taşeron firmalar laboratuvar, röntgen çekimi gibi birimleri ihale

yöntemiyle kiralararak işletme yoluna gitmişlerdir. Görüldüğü kamu kurumları gibi görünmesine rağmen devlet hastanelerinin ne kadarının devletin olduğu tartışmalıdır.

Bu konuyla dolaylı olarak ilgili olan önemli bir nokta da SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi işlemidir. SSK hastaneleri çıkarılan bir yasayla ücretleri hazine tarafından ödenerek Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Bu uygulamayla birlikte ülkede sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması sağlanmış ülke genelindeki özelleştirme politikalarının da önü açılmıştır. Daha önceki dönemlerde SSK hizmet verdiği kurumlarda kendi fabrikalarında ürettiği ilaçları dağıtırken, bu uygulamayla birlikte SSK ilaç fabrikası kapatılmış ve ilaç temin edilmesi işlemi tamamen piyasanın koşullarına bırakılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde insan faktörü ise ikili bir yapıdadır. İlk elde sağlık hizmetlerini sağlayan, deneyimli ve eğitilmiş personel ve ikinci olarak hizmetten yararlanan yurttaşların sağlık bilgisi ve hizmete erişim bilgileri.

Sağlık hizmetlerinde eğitilmiş personelin varlığı ve hangi şartlarda nasıl eğitildiği önemli bir konudur. Gerekli, yeterli ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanabilmesi için yeterli ve iyi eğitilmiş sağlık personelinin varlığı birincil önemdedir. Ama bunun yanı sıra bu eğitilmiş personel başına düşen hasta sayısı hekim-hemşire oranları gibi ölçütlerde uygunlaştırılmış olmalıdır.

Bu açıdan sağlık hizmetlerindeki insan faktörünün incelenmesi ve varolan yapısının analizi tezimiz için de merkezi noktadadır. Bu bağlamda neo-liberal politikalarla sağlık hizmetlerinde gerçekleşen istihdam alanları ve bu alanların kullanılmasında izlenen ilkeler açıklanmalıdır.

Son olarak sağlık hizmetlerinde emek gücü ve emek gücünün ülkelere göre sağlık hizmetleriyle ilişkisi vurgulanmalıdır. “Böylece tıbbi bakım hizmeti üretimi olarak sağlık hizmeti, her sosyo ekonomik formasyonda emek-gücünün o sosyo ekonomik formasyonda beliren değeri ölçüsünde, emek-gücünün yeniden üretimi içinde yer alır. Tıbbi bakım, beslenme, barınma, giyinme gibi asgari gereksinimler arasına giremeyebileceğini de belirtmek gerekir. Çünkü emek-gücünün değerini

oluşturan bütün kategorilerin ve bu arada tıbbi bakımın da bir değeri vardır” (Belek, 2009; 52-53).

Bu çalışmanın ilk bölümünde dünyadaki sağlık sistemleri üzerinde durulmuş, sağlık sistemlerinin küreselleşme sürecine paralel olarak refah devleti uygulamaları ve neo-liberal dönemdeki uygulamalar üzerinde kuramsal düzeyde durulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise Türkiye’deki sağlık sisteminin Cumhuriyet dönemiyle birlikte geçirdiği evreler üzerinde durulmuş, sağlıktaki modernleşme süreci açıklanmaya çalışılmıştır. Yine bu bölümde Türkiye sağlık sisteminin neo-liberalleşme süreciyle birlikte geçirdiği değişim ve dönüşümler açıklanarak sağlıktaki istihdam paradigmasının değişimi üzerinde durulmaya çalışılmıştır. Özellikle 2002 yılından sonra yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ortaya çıkardığı yeni durum üzerinde ayrıntılı olarak durulmuştur.

Çalışmanın üçüncü ve son bölümü ise alan çalışmasına ayrılmıştır. Bu bölümde çalışmanın temelini oluşturan sağlıktaki değişim ve dönüşüm süreçlerinin sağlıktaki işgücüne etkileri ayrıntılarıyla ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sağlıktaki dönüşümün bir sonucu olan sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulaması tüm yönleriyle ele alınarak bu istihdam modelinin ortaya çıkardığı sonuçlar eleştirel bir yaklaşımla ele alınmaya çalışılmıştır.

I-BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, GELİŞİMİ VE DÜNYA SAĞLIK HİZMETLERİNE GENEL BİR BAKIŞ

1.1. Toplumsal Bir Alan Olarak Sağlık Sistemi

Toplumların evrimleşme süreçlerine baktığımızda, doğa-toplum-insan diyalektiği, gittikçe farklılaşan gereksinimleri karşılamaya yönelik çeşitli kurumsal yapılanmaları ortaya çıkartmıştır. Hastalığın tanısı ve tedavisi temel gereksinimlerden biri olarak her zaman önemli olmuştur. Bu işlevler hekim, kırık-çıkıkçı, hatta ilkel toplumlarda büyücüler gibi belirli kişi ve gruplar tarafından yerine getirilmiştir. Toplumlar büyüyüp karmaşıklaştıkça, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi uzmanlık alanı haline gelerek daha karmaşık örgütsel yapılar içinde kurumsallaşmıştır. Sağlık kurumunun işlevi, bireyler arasında sosyal, ekonomik ve kültürel farklılık gözetmeksizin sağlığını korumaktır. Bu işlev; hastalığın tanısı, tedavisi, sağlığı koruyucu önlemler vb. etkinliklerden oluşmaktadır (Oskay, 1993; 94). Bu etkinlikler, toplumsal sistemin bir alt sistemi olarak, toplumun siyasi, ekonomik ve sosyo-kültürel yapısı ile yakından bağlantılı olan sağlık-hastalık sistemi tarafından yerine getirilmektedir.

Her insan sağlıklı bir şekilde yaşamak ister, ancak bebeklikten yaşlılığa değin birçok hastalıkla mücadele etmek zorunda kalabilir. Çok basit hastalıklarda bile neşesi kaçır, günlük hayatı altüst olur, gitmek istediği yerlere gidemez, yapmayı planladığı birçok işi ertelemek ya da iptal etmek zorunda kalabilir. Çoğu zaman ilaç alınması gerekebilir. Bireyler hastalıklarını anlamak ve iyileşmek amacıyla bir hekime ya da bir sağlık kuruluşuna gider. Sağlık kuruluşları hayatın önemli bir parçasıdır. Hiç kimse sağlık kurumlarına gitmeden hayatını devam ettiremez, sıklığı ve şiddeti kişiden kişiye değişmekle beraber bireyler yaşamları boyunca rahatsız veya hasta olabilir (Cinhirlioğlu, 2003; 86).

Sağlıkla ilgili tanımlara bakıldığında ilk tanımların “hasta olmayan insan

sağlıklıdır” şeklinde son derece basit bir şekilde yapıldığını görmekteyiz. 1900’lü yılların başından itibaren çeşitli bilimler, kendi perspektifleriyle sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya çalışmışlar; bazı tanımlarda fiziksel, biyolojik alana vurgu yapılırken, bazı tanımlarda psikolojik, bazılarında da sosyal alana vurgu yapılmıştır.

Sağlık, bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi sürecidir (Belek&Diğerleri,1998;25). Bu tanıma bakıldığında sağlık sadece biyolojik açıdan ele alınmakta, diğer boyutlar ihmal edilmektedir.

T. Parsons’a göre, sağlık bireylerin işlevsel olma yeteneğidir. Toplumsal yaşam içerisinde her bireyin belirli rol ve sorumlulukları vardır. Birey bu rol ve sorumluluklarını yerine getirebiliyor ise sağlıklıdır (Adak, 2002; 23). Bu tanıma göre kişi işlev görebildiği sürece sağlıklıdır; oysaki bazı kişiler hastalık belirtilerini deneyimlemelerine rağmen kendilerini hasta olarak tanımlamayabilir. Ayrıca kronik hastalıklarda hastalığa ve tedaviye uyum sağlandıktan sonra günlük işlevlere dönme söz konusudur. Bu durum bireyin sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir.

1947’de, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanım, sağlığın tek boyutlu değil, çok boyutlu bir olgu olduğunu vurgulamakta, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır (Potter&Perry, 1993; 39).

DSÖ’nün tanımına kadar sağlık, hep ölüm, hastalık ve sakatlık gibi sürece negatif yönden yaklaşan göstergelerin olmayışı olarak tanımlanmıştır. Yani olumsuz bazı durumların olmayışı pozitif bir olgunun göstergesi olarak kabul edilmiştir. Sağlık tanımlarında bu ölçütlere uzun süre bağlı kalmanın iki temel nedeni bulunmaktadır (Belek, 1998; 24-25);

- a) Ölüm ve hastalık gibi negatif göstergelerin ölçülmesindeki kesinlik ve kolaylık,
- b) Sağlığı pozitif yönden tanımlayabilecek, ölçülebilir nitelikteki pozitif

göstergelerin bir türlü saptanamamış olması.

Ölüm ve hastalık bir sağlık göstergesi olsalar da ancak sonuca ilişkindirler. O noktaya gelinceye kadar yaşananların belirlenmesi ve bunlar üzerinden sağlık tanımı yapılması, özellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesine yapılan vurgunun artmasıyla birlikte öne çıkan bir gereksinim olmuştur (Belek, 1998; 25).

Günümüzde DSÖ'nün tanımına da bazı eleştiriler getirilmektedir. Kişiler hangi kriterlere ulaştıkları takdirde sağlıklı olacaklar ya da hangi standartları yerine getirdiklerinde tam bir iyilik halinde olacaklardır? Bu tanıma göre kimin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçmek mümkün olmamaktadır. Bir zamanlar güzel görünme uğruna, ayaklarının büyümesini önlemek için çok dar ve metalden yapılmış ayakkabılar giyen Japon kadınlar fiziksel olarak rahatsızken sosyal yönden tam bir iyilik halinde miydiler? (Uz, 2001; 321-322). Ayrıca gelişmemiş ülkelerde bu tanımın -fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali- kullanılması durumunda, toplum içinde pek az sağlıklı insanın olduğu sonucuna varılabilir.

Illich'e göre sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüebilme ve yaşlanabilme, hastalandığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir (Illich, 1995; 190). Burada sağlık, toplumun sosyo-kültürel yapısına, bireyin biyolojik gelişimi ile bu gelişim sürecinde ortaya çıkan değişimlere uyum sağlama süreci olarak değerlendirilmektedir.

Capra, sağlığın bir insanın canlı organizmaya ve onun çevresiyle ilişkisine bakış açısına bağlı olduğunu, zamana ve kültürlere göre bu bakış değişikçe sağlık anlayışlarının da değişeceğini belirtir. Ona göre, sağlık kavramı bireysel, toplumsal ve ekolojik boyuta sahip olmakla birlikte, organizma olarak bir sistem ve onu çevreleyen bir sağlık sistemi anlayışı ile ele alınabilir (Capra, 1989; 24). Capra, sağlığın bireysel düzeyde algılanma durumuna vurgu yapmakla birlikte, kişinin içinde bulunduğu çevre ve toplum değişikçe sağlığa yüklenen anlamların da değişeceğini ileri sürmektedir. Ayrıca bu tanımda sistem yaklaşımıyla bireyin iç sistemi ile onun çevresini saran sistemlerin de sağlık üzerinde etkili olduğu dile getirilmektedir. İnsan bedeni çeşitli

işlevler bakımından birbirini tamamlayan, aralarında kusursuz bir uyum ve işleyiş olan hücrelerden dokulara, dokulardan organlara, organlardan sistemlere doğru bir bütünlük gösterir. Herhangi bir birimden biri bile görevini yerine getirmediğinde rahatsızlıktan hastalığa, hastalıktan ölüme değin pek çok problem ortaya çıkabilir. Aynı zamanda, insanın bedeni dışında, onu çevreleyen toplumsal sistem ile bu sistemi oluşturan aile, ekonomi, kültür, din, sağlık sistemi gibi alt sistemler de kişinin sağlık ve hastalık durumu üzerine önemli tesirlerde bulunmaktadır.

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir (Öztek, A1; 2001; 295).

Sağlık hizmetleri topluma sunumuna göre koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç başlık altında incelenebilir (Dirican&Bilgel, 1993; 52-53).

1. *Koruyucu Sağlık Hizmetleri*, çevreye ve kişiye yönelik hizmetleri kapsar. Çevreye yönelik hizmetler çevre sağlığını olumsuz yönde etkileyen fiziksel, biyolojik, kimyasal, sosyal, ekonomik vb. etmenleri yok ederek ya da bu etmenlerin kişileri olumsuz şekilde etkilemelerini önleyerek, çevreyi olumlu duruma getirmeye yönelik hizmetlerdir. Kişiye yönelik hizmetler; sağlık eğitimi, beslenme, bağışıklama, aile planlaması, kişisel hijyen, hastalıkların erken tanı ve tedavi çalışmalarını kapsar (Dirican&Bilgel, 1993; 52).

Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yürütülen, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının çalışmalarını sağlıklı bir şekilde yürütmeleri ve etkin bir hizmet sunabilmeleri için buldukları bölgenin yerleşim yeri özelliklerini, toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısını iyi tanımaları gerekmektedir.

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,

- a) *Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:* Hastanın ilk başvurduğu hekim ya da sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşunda veya evde, ayakta muayene edilmesini ve tedavisini kapsar.
- b) *İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:* Hastanın yataklı bir sağlık kuruluşunda ve uzmanlar tarafından muayene edilmesini ve tedavisini kapsar.
- c) *Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:* Hastanın en üst düzeyde tıp teknolojisi uygulanan yataklı tedavi merkezinde tedavisini kapsar.

3. *Rehabilitasyon Hizmetleri,* sakat ve çalışma gücünü yitiren kişilere işgücü ve çalışma olanağı sağlamak için hekim ve diğer sağlık personeline yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal hizmet sunanlarca iş bulma, işe uyum sağlama gibi hususlarda yapılan sosyal rehabilitasyon hizmetlerini kapsar.

Sağlık sistemlerinin finansman şekline göre birbirine benzer kriterlere dayanılarak bir çok bilim adamı ve düşünür tarafından sağlık sistemlerinin sınıflandırılmaya çalışıldığı görülmektedir. 1978 yılında Milton Terris tarafından yapılan ilk sınıflandırmaya göre sağlık sistemleri; kamuya dayalı sistem, sigortaya dayalı sistem ve ulusal sağlık sistemi şeklinde üçe ayrılmıştır. 1980'li yıllarda Mark Field tarafından yapılan Field tipolojisi adını taşıyan sınıflandırmaya göre de sağlık sistemleri; gelişmekte olan ülkeler, serbest piyasa tipi, sigorta ve sosyal güvenlik, ulusal sağlık hizmeti, sosyalist sistem olarak beş gruba ayrılmıştır. Bu sınıflamayı daha kapsamlı ve ayrıntılı bir hale sokan Kılıç ve Bumin'in sınıflaması ise; özel sigorta ağırlıklı, sosyal sigorta ağırlıklı, ulusal sağlık sistemi, sosyalist sağlık sistemi, karmaşık yapıda sağlık sistemi, ilkel yapıda sağlık sistemi, şeklindedir. Milton Roemer da 1984 yılından itibaren üç sınıflama geliştirmiştir (bsm, 2003). 1993 yılında geliştirdiği sınıflama çerçevesinde, devletin üstlendiği sorumluluk esas alınarak oluşturulduğu söylenebilecek dört grup bulunmaktadır (Belek, 2009, 136-140).

i) *Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri:* İleri düzeyde endüstrileşmiş ülkeler için uygun olan bu sağlık sisteminin tipik örneği ABD sağlık sistemidir. Özel sağlık

sigortacılığının yaygın olduğu ABD’de, sağlık harcamalarının % 60’ı özel sektör tarafından yapılmaktadır. Hastane yataklarının 2/3’ü özel sektördedir ve temel sağlık hizmetleri özel hekimlerce sunulur. Orta gelir grubundaki ülkelerden Filipinler, düşük gelir grubundaki ülkelerden de Kenya bu sisteme sahip ülke örnekleridir.

ii) *Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri*: Sağlık harcamalarının % 70-80’inin kamuya, kalanının da özel sektöre ait olduğu bu sistemde, kamu harcamalarının önemli kısmı zorunlu sigorta fonlarından gelir. Almanya bu sistemin en tipik örneğidir. Orta gelir grubundaki ülkelerden Peru, düşük gelir grubundaki ülkelerden de Hindistan bu sistemi uygulamaktadır.

iii) *Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri*: Finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması, sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile istihdam edilmeleri ve bütün nüfusu kapsamaması sistemin özellikleridir. Bu sistem İngiltere ve İskandinav ülkelerinde 1950’de; İspanya, Yunanistan ve İtalya’da 1970’de uygulanmaya başlamıştır. Harcamaların % 87’sinin hükümete ait olduğu İngiltere’de bu oranın, sistemin uygulanmaya başlamasından 10 yıl önce sadece % 9 olduğu belirtilmiştir. Bu sisteme sahip olan az sayıdaki gelişmekte olan ülkeler arasında Kosta Rica ve Sri-Lanka örnek olarak verilmektedir.

iv) *Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri*: Sağlık sisteminin merkezi planlamayla devlet tarafından finanse edildiği Küba, dünyada bu sistemin tek uygulayıcısı olarak gösterilmektedir. 1980 sonrası dönemde önemli yapısal değişimler geçirmiş olsa da kısmen Çin de bu sisteme örnek gösterilmektedir.

1.2 DÜNYADA SAĞLIK SİSTEMLERİNE GENEL BİR BAKIŞ

Japonya’da doğan bir kız çocuğunun 85 yaşına kadar yaşamayı, yeterli düzeyde besin almayı, gerekli aşılınmayı ve iyi bir eğitim görmeyi, sağlığı için her yıl ortalama 550 dolar para harcamayı beklediği belirtilmektedir. Oysa bu kız Sierra Leone’de dünyaya gelseydi, yaşam beklentisinin sadece 36 yıl olması, hastalıklara karşı yeterince bağışıklanmamış olması, yetersiz beslenmesi, eğer çocukluk çağından sağ olarak çıkabilirse bir genç kızken evlenmesi ve çok sayıda çocuk doğurması, çocuklarından

biri ya da daha fazlasını bebekken kaybetmesi, yılda sadece 3 dolar tutarında sağlık harcaması yapması beklenecekti (wsws, 2004).

Ülkeler bütünüyle dikkate alındığında ve gelişmişlik düzeyleri karşılaştırıldığında yüksek, orta ve düşük gelirli ülkeler olarak sınıflandırılmakta, bu ülkelerin sağlık göstergeleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. 2002 yılı itibariyle Amerika'da kişi başına sağlık harcaması 5.274 Dolar, Almanya'da 2.817 Dolar iken, Türkiye'de sadece 420 Dolardır. Aynı yıl kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı Amerika'da % 6.6, Almanya'da % 8.6, Türkiye'de % 4.3'tür (Hamzaoğlu&Özcan, 2005; 101-102).

19. yüzyılda modern devletlerin, merkezîyetçi yapılanmaları ve sınıflar arası çatışmaları uzlaştırma çabaları devletin toplumsal alana, özellikle ekonomiye müdahalelerini artırarak sosyal devlet anlayışını doğurmuştur. Bu oluşumda, gelişen sanayi kapitalizminin ağır çalışma koşullarını iyileştirme ve çalışanları ekonomik risklere karşı koruma çabalarının yanı sıra salgın hastalıkları önleme, kamu sağlığını koruma ve düzenlemeyi amaçlayan bir takım düzenlemeler etkili olmuştur. 20. yüzyılda yaşanan savaşların yanı sıra diğer siyasal ve ekonomik olaylar da bu süreci pekiştirmiş ve toplumdaki dezavantajlı grupların korunması gerektiği anlayışı, modern devleti toplumsal alanın her alanına müdahale eder hale getirmiştir. Keynesci refah devleti anlayışının hakim olduğu bu dönemde devletin kalkınmada öncü rolü oynaması, gerekli altyapı yatırımlarını gerçekleştirilmesi, tam istihdamı sağlayıcı ve çalışma ilişkilerini düzenleyici önlemleri alması, eğitim-konut ve sağlık gibi temel kamu hizmetlerini sunması yaygın kabul görmüştür (Gül, 2004; 301-302).

Özellikle gelişmekte olan ülkeler, 1970'lerin sonlarında dünyada görülen petrol krizi ve ülke içinde izlenen yanlış ekonomi politikalarının sonucunda ekonomik krizlerle karşı karşıya kalmışlardır. Ekonomik, politik ve sosyal alanlardaki değişimlerle birlikte sosyal devlet anlayışı tartışılmaya başlanmış, eşitsizlikleri giderme ve sosyal adaleti gerçekleştirmede yeterince başarılı olamadığı, topluma ve ekonomiye müdahalesi sonucu etkinliği ve verimliliği düşürdüğü, bürokratik hantallık, bedavacılığı teşvik ettiği gibi eleştiriler artmıştır. Dünya genelinde devletin etkinliği alanında önemli değişimler yaşanmış; sosyal devletin küçülmesi gerektiğini savunan,

serbest piyasa sistemine dayalı ve özelleştirme uygulamalarının ön plana çıktığı bir yapılanmayı gerektiren neo-liberal politikalar gündeme gelmiştir.

1.3. REFAH DEVLETİ UYGULAMALARI VE SAĞLIK POLİTİKALARI

Refah devleti (welfare state) kavramı, ilk kez 1941 yılında İngiltere’de Başpiskopos Archbishop Temple tarafından kullanılmıştır. Literatürde yaygınlaşması ise 1942 yılında hazırlanan Beveridge Raporu ile gerçekleşmiştir. Bu rapor devlete, bireyin doğumundan ölümüne kadar sorumluluklar yüklemektedir. (Gough, 2009) Ancak bu bilgilerin aksine Savaş’a göre burada paradokssal bir durum söz konusudur. Çünkü 1941’den çok önce daha 1880’li yıllarda sosyal sigorta sistemi Bismarck Almanyası’nda kurulmuş ve refah devleti (Wohlfahrstaat) kavramı 1920’lerde yine Almanya’da gündeme gelmiştir (Savaş, 1994; 190).

Refah devletini tam olarak kapsayan ortak bir tanım yoktur. İngiliz iktisatçı Asa Briggs’e göre refah devleti; kişilere ve ailelere sahip oldukları servete bakmaksızın minimum düzeyde bir gelir garanti eden, bireylerin belirli sosyal risklerin (hastalık, yaşlılık, işsizlik vb.) üstesinden gelmelerinde onlara yardımcı olan ve ayırım yapmadan tüm vatandaşlara belirli sosyal hizmetleri en iyi standartlarda sunmayı garanti eden devlettir (Aktan, Kıvrak, 2009). Diğer bir ifadeyle, Briggs’e göre, refah devletinin toplum üzerindeki etkisi üç şekilde gerçekleşmelidir: Herkese minimum gelir garantisi sağlamalı, güvencesizliği azaltmalı ve tüm vatandaşlara en iyi standartlara sahip olabilme hakkı tanımalıdır (Özdemir, 2004; 36).

Diğer bir tanıma göre, “refah devleti, sosyal refahın optimizasyonu amacıyla devletin ekonomiye aktif ve kapsamlı müdahalelerde bulunmasını öngören bir devlet anlayışıdır” (Aktan, 2009). Refah devletinin amacı, genel anlamda piyasa başarısızlıklarını ve yetersizliklerini ortadan kaldırmaktır. Refah devleti; müdahaleci, düzenleyici ve yeniden dağıtıcı özelliklere sahip bir devlet anlayışıdır. Müdahalecidir; çünkü piyasa başarısızlıkları ortaya çıktığında bunların düzeltilmesi için kapsamlı devlet müdahalesi gerekmektedir. Düzenleyicidir; çünkü emek piyasasında düşük ücretlerle işgücünün sömürülmesini önlemek amacıyla asgari bir ücret belirler. Ayrıca sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetlerini üstlenir. Yeniden dağıtıcıdır; çünkü piyasadaki gelir dağılımındaki adaletsizliği önlemek amacıyla vergi, transfer

harcamaları ve diğer politikalarla piyasaya müdahale ederek gelirin daha adil dağıtılmasını sağlamaya çalışır (Özdemir, 2004; 37-38).

Ayrıca, refah devleti dar anlamda, gelir transferi ve sosyal hizmetler aracılığıyla sosyal iyileştirme anlamını taşıırken geniş anlamda ise ekonominin yönetiminde devletin daha etkin bir rol üstlenmesi anlamındadır (Andersen, 1990; 45). Günümüzde, refah devleti yalnızca bir sosyal güvenlik devleti olmaktan çıkmış ve toplumsal eşitlik ve toplumsal refahın sağlanmasında devletin sorumluluğunu kabul eden bir anlayışa doğru kaymıştır. Bu genel sorumluluk çerçevesinde hem devletin ekonomiye müdahalesinin ölçüsü hem de kullandığı araçlar değiştiğinden farklı ülkelerde farklı refah modellerinin ortaya çıktığı görülmektedir (Koray, A1, 2003; 69). Bu nedenle refah devletinin tanımını yaparken refah devleti modellerinde etkili olan iki görüşe, liberal ve sosyal demokrat yaklaşımlara kısaca değinmekte fayda vardır.

Liberal yaklaşım refah devletine, ahlaki ve faydacı bir doğrultudan bakmaktadır. Örneğin, yoksulluğun giderilmesi ve piyasaya girmede fırsat eşitliğinin sağlanması gibi konularda toplumun faydası adına bazı müdahaleleri kabul etmektedir. Ancak bu müdahaleler, genel ve herkesin faydalanacağı hizmetler yerine ancak ihtiyaç sahiplerinin yararlanabileceği sınırlı uygulamaları kapsamaktadır. Aynı zamanda bu hizmetlerin, refah devleti aracılığıyla olmasından çok gönüllü girişimcilerce yerine getirilmesini tercih etmektedir. Ayrıca liberal yaklaşım, bireysel ihtiyaçlar dışında bir toplumsal ihtiyaç tanımlamasına sıcak bakmamakta ve ihtiyaçların her hangi bir hakka bağlanmasına da tümüyle karşı çıkmaktadır. Bu yaklaşıma göre, birey veya toplum ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanması, hem piyasanın işlerliğini engellemekte, hem bireysel özgürlükleri kısımakta hem de gerçek ihtiyaca cevap vermekten çok uzak kalmaktadır (Barry, 1999; 132).

Liberal yaklaşım açısından vatandaşlık, temel hak ve özgürlükler ile siyasal haklardan oluşmaktadır. Bunun dışındaki istek ve ihtiyaçların karşılanması ise bireysel bir mesele olarak görülüp piyasaya bırakılmaktadır. Bu bağlamda, devletin piyasaya müdahalesi ise olsa olsa fırsat eşitsizliklerinin giderilmesi açısından asgari bir düzeyde olmalıdır.

Sosyalist yaklaşıma göre ise devlet-vatandaşlık ilişkileri çok daha

kapsamlıdır. Bu bağlamda, vatandaşlık temel hak ve özgürlüklerin dışında daha birçok hakkı içermektedir. Bu yaklaşım bireyi ekonomik ve sosyal koşulların bir ürünü olarak kabul etmekte ve bu koşulların iyileştirilmesi için devlete önemli roller yüklemektedir. Bu bağlamda, devletin piyasaya müdahalelerinin nedeni olarak da toplumsal refahın artırılması görülmektedir (Koray, A1, 2003; 70).

Kendisi kapitalist olan, ancak sosyal reformizmin öncüleri arasında sayılan J.Maynard Keynes, savunduğu politikalarla kapitalizmin sosyal reformunu sağlamış ve refah devletinin doğuşuna öncülük etmiştir. Bu nedenle, 1945'lerden 1980'lere kadar olan dönem aynı zamanda "Keynesyen Refah Devleti" olarak da anılmaktadır. Keynes, 1936 yılında yazdığı "İstihdam, Faiz ve Paranın Genel Teorisi" adlı eserinde "bırakınız yapınlar"ı klasik liberal anlayışı terk ederek piyasanın kendi haline bırakılması durumunda tam istihdamın gerçekleşmeyeceğini savunmuştur. Keynesyen Refah Devleti, piyasa ekonomisinin başarısız olduğu alanlardaki üretim eksikliğini gidermek ve serbest piyasa sürecinin doğurduğu adaletsizlikleri ve eşitsizlikleri hafifletmek istemiştir. Bu amaçla, refah devleti II. Dünya Savaşı'nı izleyen yıllarda, başta Batı Avrupa ülkeleri olmak üzere birçok ülkede yaygın bir biçimde uygulamaya konulmuş ve bu dönem, Keynesyen Refah Devleti anlayışının "Altın Çağ"ı olmuştur (Andersen, 2006; 2). Kleinman'a göre bu dönem, devletlerin vatandaşlarının ekonomik ve sosyal refahını korumak ve sürdürmek konusunda anahtar bir görev üstlendiği, zenginliğin adil dağılımı, fırsat eşitliği ve iyi bir yaşam için gerekli asgari şartları sağlayamayacak kişilere karşı kamu sorumluluğu anlayışının hakim olduğu bir dönem olmuştur (Kleinman, 2006; 160).

Özdemir'e göre, refah devletlerinin tam anlamıyla gelişimi, II.Dünya Savaşı sonrasında yaşanan bu Altın Çağda mümkün olabilmıştır. Bu dönemde oluşturulan Refah Devleti Sözleşmesi, her ne kadar şekilsel açıdan değişse de bütün OECD ülkeleri tarafından benimsenmiş dolayısıyla 1960 ve 1970'li yıllar refah devletlerinin en belirginleştiği yıllar olmuştur. Hatta Altın Çağda refah devletleri, öylesine gelişmiştir ki başlangıçta hedeflenen amaçlar bile aşılmıştır (Özdemir, 2004; 156-157). Ayrıca bu dönemde, ekonomik istikrar ve refah programları (sosyal güvenlik ve sosyal yardım programları) evrensel bir karakter kazanmış ve kurumsal temelleri daha da sağlamlaştırılmıştır. Ancak bu dönem uzun sürmemiş ve 1970'lerde yaşanan bunalımla birlikte altın çağ sona ermiştir.

1929 yılında ortaya çıkan Büyük Bunalım'ın ardından, 1980'lere kadar, devletin müdahaleci bir anlayışı benimseyerek ekonomik ve sosyal alana müdahalelerinin sürekli arttığı ve buna bağlı olarak refah devleti uygulamalarının gittikçe genişlediği görülmektedir. Öte yandan, 1973 ve 1979 yıllarındaki petrol fiyatlarındaki artıştan kaynaklanan diğer bir bunalım ise devlet müdahalelerinin azaltılması ve devletin ekonomik ve sosyal alana daha az karışacak şekilde küçültülmesi taleplerini doğmuştur (Eralp, 2002; 248). Bu bunalım, başta gelişmiş Avrupa ülkeleri olmak üzere tüm ülkeleri etkilemiş ve ortaya kronik bütçe açıklarının yaşandığı, kamu harcamalarının yükseldiği, ekonomik büyümenin yavaşladığı, yüksek oranlarda yapısal işsizliğin doğduğu ve enflasyonun sürekli arttığı bir ekonomik ortam çıkmıştır (Özdemir, 2004; 205-206).

Bu dönemde, Keynesyen politikaların krizin aşılmasında yetersiz kalması hatta bazı yazarlara göre, bizzat krizin nedeni olarak görülmesi devletleri yeni arayışlara itmiştir. Bu bağlamda, devletin ekonomik ve toplumsal alandaki rolünü azaltmayı amaçlayan ve "Yeni Liberalizm" adını alan öncülüğünü ise Chicago Okulu'ndan Hayek ve Friedman'ın yaptığı yeni liberal ekonomi politikaları başta İngiltere ve ABD olmak üzere birçok ülke tarafından uygulanmıştır. Yeni liberal ideoloji, krize gerekçe olarak devletin ekonomi üzerindeki hakimiyetini göstermekte ve çözüm olarak da ekonomi üzerindeki devlet hakimiyetinin kaldırılmasını sunmaktadır. Böylelikle, Keynesyen iktisadın tüketimi yönlendirmeye ve talep oluşturmaya yönelik politikalarının yerini üretimi ve arzı ön plana çıkaran politikalar almıştır (Öngen, 2003; 167). Sonuç olarak, bir yandan makro ekonomik krizlerin yaşandığı, diğer yandan da uluslararası sermaye ve ürün piyasalarında yoğunlaşan rekabetin başladığı 1980'li yıllar, refah devletleri için güzel günlerin bittiği ve sorunların başladığı yıllar olmuştur. Petrol Krizi'nin ortaya çıkması ve Bretton-Woods Para Sistemi'nin çökmesiyle gelişmiş kapitalist ülkelerin II. Dünya Savaşı sonrasında yaşadığı "Altın Çağ" sona ermiştir (Özdemir, 2004; 206).

Refah devleti döneminde kapitalist devletler, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında ağırlıklı olarak rol oynamaya başlamışlardır. Bu dönemde, merkez kapitalist ülkelerdeki sağlık sistemleri kapsayıcı tip sağlık sistemlerine dönüşmüştür

(ABD hariç). Bu durum, refah devletinin düzenleyici ve iktisadi yaşam içindeki aktif rol almasının sağlık alanına da birebir yansıdığını göstermektedir. Ekonomik sistemin devamlılığı açısından, üretimin önemli bir girdisi olan emeğin verimliliği ve toplumun diğer kesimlerinin de sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, sistemin sürekliliği için gerekli görülmüştür. Ayrıca işçi sınıfı ve toplumun diğer kesimlerinin sağlık ihtiyaçları konusundaki örgütlü talepleri de devletin sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarının genişletmesinde etkili olmuştur. Bu dönemde, sosyalist ülkelerin, tüm vatandaşlarına sağlık ve eğitim gibi refah hizmetlerini parasız sunması karşısında, kapitalizmin kayıtsız kalması beklenemezdi. Refah devleti düzenlemelerinin bu nedenle, sosyalizmin ideolojik ve siyasal çekiciliğini azaltmak amacına da yönelik olduğunu vurgulamak gerekmektedir (Belek, 2009; 232).

II. Dünya Savaşı sonrası dönemde İskandinav ülkelerine baktığımızda, devletler, yaygın bir sigorta sistemiyle tüm yurttaşlarına yüksek bir yaşam standardı sağlayacak şekilde güvence oluşturmuşlardır (Şaylan, 2003; 116). Bu dönemde genel olarak merkez kapitalist ülkelere baktığımızda ise, zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun ve bu nüfusun yararlandığı hizmet ve hizmet içeriğinin sürekli genişlediği görülmektedir. Bu süreçte, merkez kapitalist ülkelerde, toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı, 1960 yılında %60 iken, 1965'te %65'e, 1970'te %70'e, 1975'te %80'e yükselmiştir (Belek, 2009; 245). Sonuç olarak, II.Dünya Savaşı sonrası dönemde gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarında kamunun payı önlenemez biçimde artmıştır.

II.Dünya Savaşı sonrası dönemde tüm gelişmiş ülkelerde, sağlık harcamaları finansmanın en önemli kalemini kamu oluşturmuştur. Sağlık harcamaları içinde kamunun payı, refah devleti döneminde hızlı bir şekilde artarak devam etmiş ve 1975'lere gelindiğinde %80'ler seviyesine ulaşmıştır. Bu dönemde, ABD dışındaki gelişmiş ülkelerde, nüfusun tamamına yakını kamu sigortası kapsamına alınmıştır. Bu nüfus, sağlık hizmetlerinden hemen hemen hiç para ödemediği yararlanmıştır (Belek, 2009; 246).

Ayrıcalıklı kesimlerden ayrıcalıksız kesimlere kaynak aktarımını gerçekleştiren, emek ve sermaye arasında görece bir denge gözetilen, eğitim ve sağlık

harcamaları yaparak kamusal refahın sağlanması işlevini üstlenen sosyal devlet, Fordizmin kriziyle birlikte mali ve siyasi krize girmiştir. Ekonomik maliyeti olan sosyal devletin özelleştirme faaliyetleri ile geriletilmesi, sorunların çözümü olarak görülmüştür.

Devletin yeniden yapılanması, 1970'lerdeki bunalımın nedenini devletin aşırı büyümesinde gören ve sermayenin önündeki planlı ekonomi, ekonomi bürokrasisi, emek-sermaye uzlaşması gibi engellerin kalkması gerekliliğini ileri süren "neo-liberal" tezler ve "yeni sağcı" politikalar çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Yeni sağcı düşüncüyü benimseyen teorisyenler, Batı'daki bunalımın atlatılması için serbest piyasa ekonomisinin canlandırılmasına yönelik yeni sağcı politikaları uygulamaya koymuşlardır. 1980'lerin başında iktidar olan ABD'de Reagan, İngiltere'de Thatcher yönetimleri, uyguladıkları politikalarla Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda ve hatta Türkiye gibi başka ülkeleri de etkileyecek reformları kapsayan "Reaganizm-Thatcherizm" akımının yaratıcısı olmuşlardır. Bu akım kapsamındaki reformların ortak noktası "devletin sınırlandırılması" ve "özel sektör kültür ve değerlerinin kamu sektörüne enjekte edilmesi" olmuştur (Leblebici, 2001; 123-135).

Bilişim ve iletişim teknolojilerindeki önemli ilerlemelerin getirdiği verimlilik artışının büyük kısmına sermayenin sahip olmaya başlaması; böylece üretim sürecindeki bölüşümün emekten sermayeye kayışının hızlanması ve emeğin payının azalması, Reaganizm-Thatcherizm sürecinin gerçekleştirdiği önemli değişimlerden biridir. Robotların, sosyal güvenlik harcaması ve ücret gerektiren insan gücüne tercih edilir olması, üretimin yerelleşmesi, Fordizm'in örgütlü emeğinin simgesi sendikaları zayıflatmıştır (Şaylan, 2003; 195-196).

Yaşanan dönüşümlerle beraber devletin niteliği de değişmiş ve çalışan kesimlerin siyasi örgütlerinin liberal dogmalara karşı başkaldırışı olarak tanımlanmış sosyal devletin toplumun farklı kesimleri arasındaki uzlaştırıcı güç olma görevi son bulmuştur. Bu son bulmayla, adil bir toplum düzeni için bölüşüme müdahale amacı taşıyan devletin müdahale amacı, özelleştirme, deregülasyon ve regresif (eşitsizlik artırıcı) vergi reformları gibi sermaye birikimini hızlandırıcı girişimleri gerçekleştirmek olmuştur. 1980'li yıllarda ABD ve İngiltere'de izlenen deregülasyon politikaları ile sermaye yararına çevre korumaya yönelik toplumsal kurallar azaltılmış,

sermaye kesimi yeni vergi politikaları ile desteklenmiştir. Bu uygulamalar refah devletini geriletirken sermayeye kaynak aktarımı sağlamıştır (Şaylan, 2003; 202-203). Buradan, post-fordist aşamada metalaşmanın devleti biçimleyen temel dinamiklerden biri olduğu çıkarımı yapılabilir (Aslan, 2005; 134).

1.4. NEO-LİBERAL DÖNEM VE SAĞLIK POLİTİKALARI

Düzenli işleyen piyasa mekanizmasının temel ekonomik sorunları en uygun şekilde çözebileceği görüşü (Klasik Liberalizm), karşı görüş ve eleştirilere rağmen, 1929 Dünya Ekonomik Krizine dek büyük kabul görmüştür (Saybaşı, 1993; 7). Yayla'ya göre, klasik liberalizmin en çok tanınan ve üzerinde en çok durulan liberal düşünürleri John Locke ve Adam Smith'dir (Yayla, 1992; 25). Ancak Batı dünyasını kasıp kavuran, üretimin düşmesine ve binlerce kişinin işsiz kalmasına neden olan 1929 Krizinin sorumlusunun, ekonomiyi düzenleme görevi üstlenen piyasa mekanizması olduğu sonucuna varılmıştı. İngiliz iktisatçı J.M.Keynes, 1936 yılında yayınlanan "İstihdam Faiz ve Paranın Genel Teorisi" adlı eserinde piyasa ekonomisine ilişkin klasik liberal görüşlerin zaafalarını ortaya koydu. Keynes'e göre, piyasa mekanizması, tam istihdamın sağlanmasını daima kendi başına gerçekleştirememektedir ve eğer bir ülkede eksik istihdam varsa, devlet ekonomiye müdahale ederek tam istihdamı sağlayıcı iktisat ve maliye politikaları izlemelidir (Dinler, 1996; 20).

Görüldüğü gibi, Keynes'le birlikte, piyasa mekanizmasının tam istihdamı sağlayacağı tezine olan güven sarsılmış ve devletler ekonomiye özellikle II.Dünya Savaşını izleyen yıllarda, önemli ölçüde müdahalelere başlamışlardır. Bu müdahaleler, refah devleti anlayışıyla, piyasa mekanizmasının olumsuzluklarını düzeltmek amacıyla daha da yoğunlaşmıştır. Refah devleti anlayışıyla, liberal kapitalist sistemin meşrulaştırılmasına yönelik önlemler, tam istihdamın sağlanmasıyla sınırlı değildir. Bu önlemler aynı zamanda, piyasa mekanizmasının işleyişi sonucunda ortaya çıkan gelir ve servet dağılımını düzeltmeyi de kapsamaktadır (Andersen, 2006; 56). Batıda refah devleti anlayışıyla ekonomiye müdahale edilirken, aynı yıllarda Türkiye'de devlet, ekonomik gelişmeyi sağlamak ve hızlandırmak amacıyla ekonomiye müdahale etmeye başlamıştır.

1970'lere gelindiğinde ise, gelişmiş Batı ülkelerinde o zamana dek görülmemiş bir kriz yaşanmaya başlandı. Krizin etkisiyle, bir yandan fiyatlar yükselirken öte yandan işsizlik artıyordu. Bu bunalıma, durgunluk içinde enflasyon anlamına gelen “stagflasyon” denildi (Dinler, 1996; 20). Bu gelişme karşısında, Keynesyen politikalarla giderilmesi mümkün olmayan yeni bir bunalım türü ile karşı karşıya olunduğu kanısı ortaya çıktı. Keynesyen politikaların stagflasyon krizini aşmakta yetersiz kalışı, liberalizmi savunan iktisatçıların tekrar ön plana çıkmasına ve krizin atlatılması için liberal reçetelere yeniden başvurulmasına neden olmuştur. Kısaca “Yeni Liberalizm” de denilen bu görüşleri savunan iktisatçıların başında Amerikalı Milton Friedman ve Avusturyalı Friedrich A.Hayek gelmektedir (Saybaşıllı, 1993; 293). Yeni liberal politikalar, İngiltere’de Thatcher’ın, ABD’de Reagan’ın, Almanya’da Kohl’ün ve Türkiye’de Özal’ın iktidara gelmeleriyle resmen uygulanmaya başlanmıştır.

Erdoğan’a göre, batıda yeni liberalizme dönüşümü sembolize eden olay, 1974’te F.A.Hayek’in, ardından 1976’da M.Friedman’ın Nobel Ekonomi Ödülü’nü kazanmaları olmuştur. Daha sonraları, James Buchanan’ın 1986, Gary Becker’in 1992 ve Vernon Smith’in 2002 yılında aynı ödülü kazanmaları iktisadi alanda yeni liberal görüşlere olan ilginin canlı kalmasını sağlamıştır. Aynı zamanda, John Rawls’ın A Theory of Justice (1971), Ronald Dworkin’in Taking Rights Seriously (1977) ve Loren E.Lomasky’nin Persons, Rights and The Moral Community (1987) adlı kitapları, yeni liberalizme ilgiyi iyice kuvvetlendirmiştir (Erdoğan, 2005; 36).

Özdemir’e göre, Yeni Liberalizm, ismi gibi yeni bir olgu değil, uzun yıllar denenmiş ve ardında acılı bir dünya bırakmış aynı zamanda vahşi kapitalizm olarak da anılmış, 19.yüzyıl liberalizminin yeniden hayata geçirilmesidir (Özdemir, 2004; 191). Bu bağlamda, liberalizmin tarihi gelişimini incelediğimizde, önce Klasik Liberallerin, sonra Neo-Klasiklerin, daha sonra Keynesyenlerin ve son olarak da liberal düşüncenin başka bir tarihsel dönemde ve farklı olanaklarla hayata geçirilmesi sonucu Neo-Liberallerin ya da Yeni Liberallerin sisteme egemen hale geldiğini görmekteyiz.

Neo-liberalizmin öngördüğü politikalar, 1980 yılından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir biçimde uygulanmaya başlanmıştır. Bunun sonucu olarak devletler, refah devleti olma hedeflerinden vazgeçmişler ve kamusal

hizmet veren uygulamalardan hızla uzaklaşmaya başlamışlardır. Öte yandan, gelişmekte olan ülkelerde uygulanan ithal ikameci kalkınma politikaları yerini, ihracata dayalı dışa açık büyüme politikalarına bırakmış ve bu ülkelerdeki koruma duvarları kaldırılmıştır (Müftüoğlu, 2001; 265).

Kazgan'a göre, yeni liberal ekonomik düzen, küresel düzeyde bütünleşmiş serbest bir piyasanın oluşumunu amaçlamaktadır. Bu çerçevede, ithalat ve ihracata yönelik korumacı politikaların azaltılması, desteklemelerin kaldırılması, paraların konvertibilitelerinin sağlanması, devlet tekellerinin kaldırılması ve bunların özelleştirilmesi, mal, hizmet ve sermayenin uluslararası dolaşımına engel oluşturacak her türlü kamusal düzenlemelerin kaldırılması, kısa dönemli sermaye hareketlerinin ve doğrudan yabancı yatırımların her türlü denetimden uzak tutulması ve mali piyasaların bütünleşmesi bu politikaların araçlarıdır (Kazgan, 2002; 95-96).

Bu politikalar, 1980'lerden itibaren "yapısal uyum politikaları" adı altında tüm dünyada uygulanmaya çalışılmaktadır. Bu bağlamda, IMF ve Dünya Bankası'nın da yapısal uyum programlarının uygulanması için belirli bir işbirliğine gittikleri gözlenmektedir. Dünya Bankası, 1980 yılında "yapısal uyum ödencü" mekanizmasını yaratmış ve "yapısal uyum kredileri" vermeye başlamıştır. Bu borçlardan yararlanmak için gerekli olan uyum programları ulusal devletler tarafından harfiyen uygulanmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda, Dünya Bankasının IMF'nin programlarına katkısı, korumacılığın azaltılması, sektörel fiyatlar, yatırımlar ve KİT'lerin yönetimi konularında somutlaşmaktadır. Örneğin, tipik azgelişmiş ülke özelliği gösteren Ortadoğu ekonomilerine Dünya Bankası ve IMF, özelleştirme formalitelerinin azaltılması ve açık pazar oluşturulması konusunda yükümlülükler getirmiştir (Sönmez, 1998; 347).

Acar'a göre, yeni liberal politikaların temeli, karşılaştırmalı üstünlükler seviyesinde serbestliğe dayanmaktadır. Yani her ülke uzman olduğu işleri kaliteli ve ucuza üretip satmakta ve satın almaktadır. Bu durumun gerçekleşmesi ise serbest ticarete bağlıdır. Serbest ticaret rekabetin artmasına sebep olacak, bu durum da optimal kaynak ve uygun teknoloji kullanımını arttırarak mal ve hizmetlerin kaliteli ve ucuza üretilmesini sağlayacaktır. Bu şekilde, hem mal ve hizmetlerden ucuz ve kaliteli olarak faydalanılacak hem de tüketicilerin refahı artacaktır. Çünkü hükümetlerin yerli

üreticiyi koruması durumunda, orta ve uzun vadede korumacılığın ekonomiye ağır yükler getireceği açıktır. Bu şekilde arz daralacak, bu durum fiyatlar genel seviyesinin yükselmesine sebep olacaktır. Bu durumda, ekonomi her iki durumdan da olumsuz etkilenecektir (Acar, 2002; 6).

Yine bu dönemde, 1970'lerde yaşanan stagflasyon krizinin nedeni olarak devletin ekonomideki aktif rol alışı görülmüş ve krizin aşılması amacıyla özelleştirme politikalarına başvurulmuştur. Özelleştirme politikaları, dar anlamda, kamu iktisadi teşebbüslerinin mülkiyetinin özel kişi veya kuruluşlara devredilmesini kapsarken geniş anlamda ise devletin ekonomik faaliyetlerinin en aza indirilmesi veya tümüyle ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Özelleştirmenin gerekçesi olarak, kamu sektörünün verimliliğinin düşük olması sebebiyle kaynak israfına yol açması gösterilmektedir. Kamu sektörünün verimsizlik nedenleri olarak, bu kuruluşların piyasa kurallarına uymayan amaçlara yönlendirilmiş olmaları yani kar amacı dışında sosyal faydayı amaç edinmeleri, teknolojik gelişmeleri yakından izleyememeleri, siyasal tercihli istihdam politikalarının uygulanması ve rasyonel yatırım programlarının uygulanmaması gösterilmektedir. Kısaca, özelleştirme ile kamu sektörünün sınırlarının daraltılarak verimsizliğin önüne geçilmesi ve ulusal anlamda verimlilik düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.

Ancak yeni liberal ekonomik politikalar, gerçek yaşamda teoride anlatıldığı gibi hüküm sürmemektedir. Burada ilk sorgulanması gereken konu, yeni liberal politikalarla kalkınmanın mümkün olup olamayacağıdır. Rodrik'e göre, bunun faturası çok ağır olmaktadır. Çünkü yeni liberal politikalar sonucunda ulaşılmak istenen bütünleşme kalkınmayla aynı anlama gelmeyebilir (Rodrik, 2000; 58). Bu konuda, Wallerstein'in görüşleri de aynı doğrultudadır. Ona göre de, yeni liberal politikalar çerçevesinde tüm ülkelerin eş zamanlı olarak kalkınması mümkün değildir. Çünkü sermaye birikiminin sağlanabilmesi için artı değerın eşit dağıtılmaması gerekmektedir (Wallerstein, 1998; 34).

Kapitalizmin tarihi gelişim sürecinde, dünya ülkeleri değer aktarımları açısından merkez ve çevre ülkeler olmak üzere iki bloğa ayrılmışlardır. Merkez ile çevre arasındaki ilişki eşit olmayıp kapitalist işleyiş içerisinde bir ülkenin kalkınması, dünya üzerindeki başka bir ülkenin gerilemesi anlamını taşımaktadır. Ercan'a göre, yeni

liberal dönemde değer aktarımları artmakta ve merkezle çevre arasındaki bu eşitsizlik derinleşerek devam etmektedir (Ercan, 2001; 142).

Yeni liberal politikalara ilişkin çok fazla tartışılan bir diğer konu da, bu politikaların temelini oluşturan serbest piyasa kavramının ne kadar serbest ve rekabetçi olduğudur. Herhangi bir piyasanın ne kadar serbest ve rekabete açık olduğu, bazı güçlerin etki ve müdahalesine ne kadar maruz kaldığı kuşku her zaman gündemdedir. Koray'a göre, günümüzde küresel düzeyde serbest bir piyasadan söz edebilmek için, piyasanın serbestliğini sağlayacak asgari düzeyde bir kurumsallaşma yoktur. Bu yüzden de gerçek bir rekabetten söz etmek mümkün değildir. Ulusal düzeyde gümrük duvarlarının kalkması veya koruyucu politikalara izin verilmesi gibi uygulamalar serbest piyasadan söz etmek için yeterli değildir (Koray, 2003; 53). Diğer yandan, günümüzde dünya ekonomisini etkileyen kararların ortak bir şekilde G-7 ülkeleri (ABD, Japonya, İngiltere, Almanya, Fransa, İtalya ve Kanada) çerçevesinde AB ve uluslararası kuruluşlar tarafından alınıyor olması, serbest piyasa kavramının aslında çok da serbest olmadığını göstermektedir (Yağcı, 2001; 25-26).

1980'li yıllarla birlikte devletlerin sağlık hizmetlerindeki rolü azalırken, boşalan bu alan özel sektör tarafından doldurulmaya başlanmıştır. Bu değişiklikle ulaşılmak istenen sağlık hizmetlerindeki verimliliği arttırmak ve sağlık hizmetlerinin kamu denetiminden çıkarılarak serbest piyasa ekonomisine entegrasyonu sağlamaktır. Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde, özel sektörün sağlık hizmetlerindeki payı giderek artmaktadır. Özel sektör tedavi edici hizmetlerin sunumuna yönelirken koruyucu sağlık hizmetleri yine devletin sorumluluğu altında devam etmektedir.

1980'li yıllardan itibaren uluslararası finans çevreleri (DB ve IMF), diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün de yeniden şekillenmesinde etkili olacak yapısal uyum programlarını gündeme getirmişlerdir (Yıldırım, 2000; 63). Bu bağlamda, Dünya Bankası 1987 yılında çıkardığı "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" ve 1990 yılında çıkardığı "Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi" raporları ile gelişmekte olan ülkelere ne yapacaklarını belirtmiştir. Buna göre Dünya Bankası gelişmekte olan ülkelere şu önerileri yapmaktadır (Soyer, 1998; 178);

1. Sağlık hizmetlerinin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi,

2. Bu şekilde, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesi,

3. Genel sağlık sigortasına geçilmesi.

Aynı zamanda, sağlık ve sosyal güvenlik gibi kamu hizmetlerinin deregülasyonu ve özelleştirilmesi GATS (General Agreement on Trade in Services) çerçevesinde yürütülen müzakerelerin ana temasını oluşturmaktadır (Özen, 2002; 183). Bu bağlamda, DTÖ sağlık sektörü piyasasını genişletmek ve özel sektöre açmak için yoğun çaba göstermektedir.

Gelişmiş ülkelerde refah devleti döneminde, sağlık harcamaları, bu harcamaların ulusal gelir içindeki payı ve kamu tarafından karşılanma oranları hızlı bir şekilde artmıştır. Yeni liberal politikalarla birlikte, sağlık harcamalarının azaltılması ve kamusal alanın yeniden düzenlenmesi hedeflenmiştir.

1980 sonrası uygulanan yeni liberal politikalarla birlikte, yaşam standartlarının yükselmesi ve yaşam tarzının iyileşmesinin yanı sıra, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve ilaçların etkinliği konusunda kaydedilen ilerlemeler sayesinde son on yıllar içerisinde OECD ülkelerinde ortalama insan ömrü önemli oranda uzamıştır. OECD ülkelerinde 1960 yılında 68,5 yıl olan ortalama insan ömrü 2004 yılında 78,3 yıla çıkmıştır. Türkiye’de de ortalama insan ömrü son yıllarda önemli oranda uzamasına rağmen, 71,2 yıllı hala OECD ortalamasının altındadır (OECD, 2006; 2). Ayrıca, ekonomik ve sosyal koşullardaki genel gelişmelerin yanı sıra çocuk aşılarından etkin bir biçimde yararlanma ve doğum sonrası sağlık hizmetlerindeki düzelmeler sayesinde, son on yıllar içerisinde OECD ülkelerinin bebek ölüm oranlarında ciddi bir düşüş kaydettikleri görülmektedir (OECD, 2005).

OECD ülkelerinde yeni liberal politikalarla birlikte, ortalama insan ömrünün uzaması ve bebek ölüm oranlarının düşüşü şeklinde dikkat çekici kazanımlar elde edilmesine rağmen zaman içerisinde sağlık maliyetlerinin de arttığı görülmektedir. Bu bağlamda, ülkelerin çoğunda son yıllarda sağlık harcamalarının genel ekonomik büyümeden daha hızlı bir artış gösterdiği gözlenmektedir. 2003 yılında OECD ülkeleri, GSYH’nın ortalama %8,8’ini sağlık harcamalarına ayırırlarken bu oranın 1990 yılında %7,1, 1970 yılında ise %5’in biraz üzerinde olduğu görülmektedir. GSYH içindeki

yüzde olarak en yüksek sağlık harcamaları bakımından 2003 yılında, %15 ile ABD'nin ardından sırasıyla %11,5 ile İsviçre ve %11,1 ile Almanya gelmektedir (OECD, 2005; 3).

OECD ülkelerinde sağlık giderlerindeki artışın başlıca nedenleri, tıbbın hastalıkları önleme, teşhis ve tedavi imkanlarında kaydedilen ilerlemeler ve nüfusun yaşlanmasıdır. Bu ülkelerde, sağlık sigortasının ya da sağlık hizmetlerinin doğrudan kamu tarafından finanse edilmesi sonucu, ABD, Meksika ve Kore dışındaki bütün ülkelerde sağlık harcamalarının büyük bölümünü kamu sektörü üstlenmektedir. Özel sektörün özellikle finansman konusunda büyük rol oynadığı ABD'de bile kamunun sağlık harcamaları, OECD ortalamasına benzer bir ölçüde GSYH'nın %6,6'sını oluşturmaktadır.

OECD ülkelerinde kamunun sağlık harcamalarının artışı bakımından son yılları kabaca ikiye ayırabiliriz. 1992-1997 dönemi, kamunun sağlık harcamalarında ekonomik büyüme ile benzer hatta daha düşük oranda bir artışın yaşandığı yıllar olmuştur. Ancak 1997 yılından sonra tüm OECD ülkelerinde, kamu sağlık harcamaları ekonomik büyümeden daha hızlı bir oranda artmıştır. Son yıllarda sağlık harcamalarındaki bu genel artışın başlıca nedeni, ilaç harcamalarındaki hızlı artış olmuştur. Gerçekten de bu dönem içerisinde OECD ülkelerinin çoğunda ilaç harcamalarındaki artışın toplam sağlık harcamalarındaki artışı geçtiğine tanık olundu. Özellikle ABD ve Avustralya'da ilaç harcamalarının bu dönem içerisinde, toplam sağlık harcamalarındaki artış oranının iki katından fazla arttığı görüldü. Yine bu dönemde, OECD ülkelerinde ilaç faturalarının ortalama %60'ı kamu fonlarından, geri kalan bölümün çoğu cepten yapılan ödemelerle, çok az bir kısmı da özel sigortalar tarafından karşılanmaktaydı. 2003 yılında, kişi başına düşen ilaç harcamasının en yüksek olduğu ülke 700 Dolar ile ABD iken, onu 600 Dolar ile Fransa ve yaklaşık 500 Dolar ile İtalya ve Kanada izliyordu. En düşük harcamaların olduğu ülkeler ise 100 Doların biraz üzerinde Meksika ve Türkiye idi (OECD, 2005; 4).

1.5. KÜRESELLEŞME SÜRECİ

Küreselleşme (globalization) kavramı ilk olarak İngiliz iktisatçı W.Foster'ın dünya üzerindeki kaynakların dağılımı ve kullanımı konulu 1833 tarihli makalesinde

kullanılmıştır. Kavramın bugünkü popülerliğini kazanması ise Garrett Hardin'in 1968'de yazdığı kaynakların paylaşımı ve kullanımı konulu çalışmadan sonraya rastlamaktadır (Karabıçak, 2002; 115-131, 116). Küreselleşme için birçok tanım yapılmış olmakla birlikte genellikle benzer vurgulara gidilmiş, özellikle de ekonomik, siyasal, sosyal, ideolojik veya kültürel bütünleşmenin altı çizilmiştir.

Küreselleşme, ülkeler arasındaki ekonomik, siyasi, sosyal ilişkilerin yaygınlaşması ve gelişmesi, ideolojik ayrımlara dayalı kutuplaşmaların çözülmesi, farklı kültürlerin, inanç ve beklentilerin daha iyi tanınması gibi birbiriyle bağlantılı olguları içerir. Küreselleşme bir anlamda, kültürel, ekonomik ya da siyasal nitelikli maddi ve manevi değerlerin ulusal sınırları aşarak dünya çapında yayılmasıdır.

İktisatçılar küreselleşmeyi, serbest piyasa mekanizmasının tüm dünya ülkelerinde işler hale gelmesi ve sermaye birikiminin sürekli kılınması yoluyla bir dünya piyasasının oluşması şeklinde değerlendirirken; siyaset bilimciler, ulus devlet olgusundan uzaklaşma ve hükümet dışı örgütlerin ön saflarda yer almaya başlaması olarak değerlendirmektedir. Aslında her iki bakış açısında da bir sürecin varlığından bahsetmek mümkündür. Bu bağlamda küreselleşme, yüzyıllardır süregelen sermaye birikiminin doğal uzantısı olan; fakat son zamanlarda teknolojiye önemli atılımlar ve ulusüstü örgütlenmelerin faaliyetleriyle hızla gelişen bir *süreç* şeklinde kabul edilmektedir (Farazmand, 2001; 245-278, 249-252). Serbest piyasa mekanizması kapitalizmin araçlarından biridir ve kapitalizm tarih sahnesine çıktığı 16. yüzyıldan günümüze kadar kendisini sermaye birikiminin sürekliliği sayesinde üretebilmiştir. Sermaye birikimini de ticaretin ve para hacminin sürekli gelişmesinin koşullarından biri de yeni pazarlar yaratmaktır. Bu anlamda, küreselleşmenin kapitalizmin bugünkü görüntüsü veya işleyişine verilen bir isim olduğu nitelendirmesi yapılabileceği gibi kapitalizmin başlangıçtan itibaren küresel bir özellik taşıdığı da söylenebilir (Şaylan, 2003; 37).

Anthony Giddens küreselleşmeyi tek bir süreç değil; çelişkili ya da birbirine zıt etkenlerin devreye girdiği karmaşık bir süreç olarak değerlendirmektedir. Giddens'a göre çoğu insanın gözünde küreselleşme basitçe, gücün ya da etkinin yerel toplulukların elinden alınıp küresel arenaya aktarılmasından ibarettir. Bu, yukarıya doğru bir eğilimdir. Fakat küreselleşmenin yerel özerklik doğrultusunda yeni baskılar yaratması

biçiminde aşağıya doğru bir sonucu da mevcuttur (Giddens, 2000; 25). Giddens küreselleşmeyi “yerel olguları kilometrelerce ötede ortaya çıkan olaylarla biçimlendirecek şekilde, uzak gerçeklikleri birbirine bağlayan dünya çapındaki toplumsal ilişkilerin yoğunlaşması” olarak tanımlamaktadır. Böylece küreselleşme, hemen tüm ekonomilerin dünyanın her yerindeki öteki ekonomilerle ilişki içinde olmalarını ima eder.

Küreselleşme, bir yandan kazanımlarından en iyi şekilde yararlanılması durumunda az gelişmişlik sorununu en aza indirebilecek bir gelişme şeklinde değerlendirilirken, diğer yandan da fakiri daha fakir zengini daha zengin yapan tehlikeli bir gelişme şeklinde değerlendirilmektedir. Birçok olumsuzluğun faturasının küreselleşmeye çıkarıldığı sıkça görülmektedir. Bu olumsuzlukların en bilineni de ekonomik krizlerdir. Birbirine bağımlı hale gelen ekonomiler yüzünden bir ülkenin, başka bir ülkede yaşanan ekonomik krizin etkisinden kendini koruyamadığı, ve yaşanan krizlerin mevcut eşitsizlikleri derinleştirdiği, kaybeden sayısının kazanan sayısından fazla olduğu, tüketme eğiliminin yaygınlaştığı, dünyanın ideolojik bölünmenin yerini kültürel ve dini bölünmelere bıraktığı bir medeniyetler çatışmasına sürüklendiği, küreselleşmeye karşı tepkilerin ortaya konduğu çeşitli noktalardır (Karabıçak, 2002; 115, 126-127).

Küreselleşme süreci, kapitalist üretim biçiminde ve dolayısıyla sermaye birikimi rejiminde yaşanan gelişmelerle birlikte değerlendirildiğinden, küreselleşme sürecinde sermaye birikim rejiminde ve üretim biçiminde yaşanan dönüşüme değinmenin yararlı olacağı düşünülmüştür.

1.6. FORDİZMDEN POSTFORDİZME

Fordizm’in anlatımından önce Taylorizm’den bahsetmek gerekmektedir. Çünkü kapitalist üretim yapısının kârı maksimize etmek kaygısından kaynaklanan rasyonel olma özelliği nedeniyle her türlü bilimsel gelişmeyi destekleyip kullanması, “Bilimsel Yönetimin İlkeleri”ni ortaya koyan Taylorizm’le örtüşmektedir. Emegın örgütlenmesindeki ilk bilimsel aşama olan Taylorizm’e adını veren Taylor, Babbage’nin üretim maliyetini minimize etmenin yolunu üretim sürecinin olabildiğince parçalanarak emek maliyetlerinin azaltılmasına dayandırdığı

basitleştirme ilkesini kullanmıştır. Taylorizm’de parçalara ayrılmış her iş en ince ayrıntısına kadar tanımlanmış ve alacağı süreler standardize edilmiştir. İş gibi işi gerçekleştirecek emek ve eylem de standardize edilmiştir. Eylemi gerçekleştiren işçinin düşünerek neden olacağı zaman kaybı önlenecek kadar işin parçalanması ve basitleştirilmesi yoluna gidilmiştir. Sonuçta düşünme ve eylem faaliyetleri birbirinden tamamen ayrılan işçinin yaratıcılıktan uzak düşmesi ve ortaya çıkardığı ürüne yabancılaşması kaçınılmaz olmuştur (Belek, 1999; 101-107).

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra bir sermaye birikimi rejimi olarak yeniden yapılandırılan Fordist üretim biçimi, kitlesel üretim ya da seri üretim olarak da adlandırılır. Fordist üretim biçimi, 1913-1914 yıllarında Ford fabrikasında hareketli montaj bandı üzerinde gerçekleştirilmiş ve emekle birlikte emek araçlarını da örgütlemiş bir üretim biçimidir. Taylorizm ise emeğin makine örgütlenmesini düzenlemiş; insanı adeta makinenin bir parçası olarak görmüştür. Fordizm, Taylorizm’in makineler ve onların başlarındaki işçiler için belirlediği standartları, akan bir bant aracılığıyla birbirine bağladığı makineler sistemine aktarmıştır. Bu düzenlemenin sermaye birikimine katkısı, makineler arasındaki emeğe dayalı nakil işlemi nedeniyle uğranılan zaman kaybının ortadan kaldırılması olmuştur.

Taylorizm’de amaç, işin her aşamasının yönetim tarafından planlanarak emeğin sıkı bir denetim altına alınması ve işçilerin çalışma zamanlarını boş işlerle geçirmesinin önlenerek verimliliğin artırılmasıdır. Taylorizm gibi Fordizm’de de verimlilik artışı amaçlanmış; fakat bununla beraber pazarın da büyütülmesi gerekli görülmüş ve bu amaçla 9 saat olan günlük çalışma süresi, işçilerin ürettikleri malları tüketebilecek zamana da sahip olmaları mantığından hareketle 8 saate indirilmiş, 2.34\$ olan günlük ücret de 5\$’a yükseltilmiştir. Fordizm, bir anlamda emeğin sermaye karşısında eskisine göre daha güçlü bir konum kazanmasını kabullenmek zorunda kalmıştır. Bir sanayici olan Henry Ford’a göre, fabrika işçilerinin aynı zamanda üretilen malların alıcısı da olmaları gerekmektedir. Aksi halde verimlilik artışı ile büyüyen üretimin pazarda eritilmesi mümkün olmayacaktı. İşçilerin ürettiği malın alıcısı olmasıyla hem pazarın büyüme sorunu kalkacak hem de işçiler sistemle uyumlu hale gelecekti.

Fordizm'de akan bant sisteminin kullanılması dışındaki bütün üretim unsurları Taylorizm'in üretim unsurlarıyla büyük ölçüde aynıdır. Bu bağlamda Fordizm'in standartlaştırılmış ürünlerin, rutinleştirilmiş, basitleştirilmiş bir emekle, sendikal ilişkiler ortamı içinde üretildiği bir kitlesel üretim rejim olduğu değerlendirilmesi yapılabilir. Emegin basitleştirilmesi ve rutinlik sebebiyle yabancılaşma sorunu Fordizm için de geçerli olmuştur.

24 Ekim 1929 tarihinde, New York Borsası'nda hisse senetlerinin değer kaybetmesiyle başlayan ve hızla tüm dünyaya yayılan ekonomik bunalım, fabrikaların kapanıp üretimin düşmesi, işsizliğin süratli tırmanışı şeklindeki durgunlukla kendisini göstermiştir. Henry Ford bunalımı talebi yükselterek atlatmayı düşünmüş ve işçi çıkarmayıp, onların ücretlerini artırma yoluna gitmiştir. Fakat çözüme ulaşılamayınca işçi çıkarımı yapılmış ve ücretler ciddi ölçüde düşürülmüştür.

Ekonomik bunalıma karşı ilk önlemler pazar düzeninin işlemlerini engelleyen yapıların tasfiye edilmesi şeklinde olmuştur; ancak başarı sağlanamayınca Fransa, İtalya, Amerika gibi sanayileşmiş ülkeler liberal ekonomi politikalarından vazgeçip, korumacı önlemlere yönelmişlerdir. Fakat bu tercih de bunalımın daha fazla derinleşmesine neden olmuştur. Sonunda ülkeler, kendi çıkarlarına uygun olan ekonomi politikalarını uygulayarak bunalımdan çıkma yolunu seçmişlerdir. Örneğin İngiltere, hükümetin Lord John Maynard Keynes'in başkanlığında oluşturulan bir komisyonun önerilerini kısmen uygulamasıyla bunalımı atlattır. 1933 yılında Başkan seçilen Franklin Delano Roosevelt de devletin ekonomik yaşama müdahalesini içeren *New Deal* programını uygulayarak Amerika'nın bunalımdan çıkmasını sağlamıştır (Şaylan, 2003; 143).

Bunalımdan çıkmak için uygulanan Keynesçi politikalar, liberal kuramın yetersizliğini ortaya koymuş, devletin toplumsal ve ekonomik yaşama müdahalesi üzerinde temellenen *sosyal devlet* gibi yeni bir devlet anlayışının kırk yıllık bir sürece damgasını vurması sonucunu beraberinde getirmiştir. Sosyal devletin oluşumundaki en büyük etkenlerden biri, talep yönlü Keynesyen ekonomi politikalarıdır. Diğer bir etken de, kapitalizme alternatif bir sistem olan SSCB'nin varlığı ve bu ülkenin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra süper güç haline gelmesidir. Bu bağlamda, sosyal devlet sanayileşmiş ülkelerde emek, sermaye ve devlet arasındaki uzlaşmayı simgeleyen bir

siyasal oluşum olarak, 1970'lere kadar etkin bir varlık göstermiştir.

Sosyal devletin emek-sermaye-devlet uzlaşmasına dayan yönünün Fordizm'le uyum içinde olduğu ve Fordist birikim rejiminin sosyal devlet çerçevesinde kendisini yeniden üretebildiği ileri sürülmüştür. Demokrasi ve insan hakları alanındaki özelemlerin, özellikle örgütlü işçiler tarafından, daha yoğun bir şekilde dile getirilmesine imkan tanıyan sosyal devletin işlevi artık liberal devletin aksine sermaye birikiminin sürekliliğinin sağlanması değil; mal ve hizmetlerin eşitlikçi, adil paylaşımının sağlanması olmuştur. Sosyal devleti, toplumun tüm kesimlerine yönelik mal ve hizmet üretmeye, çalışan kesim için güven sağlayıcı işlevler yerine getirmeye başlamıştır. Ancak bunu yaparken emekçi kesimi, ödenen vergiler ve sosyal güvenlik payları aracılığıyla sistemin finansmanına dahil etmiştir (Şaylan, 2003; 116-118).

Toplam talep yetersizliği ve kâr hadlerinin düşmesinden kaynaklanan 1929 Bunalımı'ndan çıkış için gerçekleştirilen çabalar, ekonomik ve toplumsal alanda yeniden yapılanma faaliyetlerine yol açmıştır. Benzer bir gelişim çizgisini 1970'lerde de görmek mümkündür. Önce 1971 yılında, 1945 sonrası ekonomik büyümenin likidite sorununu çözme görevini üstlenmiş olan Bretton Woods Sistemi çökmüş ve her ülkede enflasyonist bir dalgalanma ortaya çıkmıştır. Daha sonra 1973 Birinci Petrol Krizi ve 1978 İkinci Petrol krizleri yaşanmıştır. Krizlerin sonucu, özellikle de sanayi üretiminin her ülkede önemli ölçüde durgunlaşması şeklinde gerçekleşmiştir. Çünkü petrol fiyatlarının yükselmesi, sanayi sektörünün temel girdisi enerjinin maliyetini yükseltmiş, bu da kamu harcamalarının finansmanı sorununu gündeme getirmiştir.

Teknolojik gelişmenin istihdamı olumsuz etkilemesi ve fiyatlarda sürekli yükselişe neden olması da yaşanan bunalımı yaygınlaştırmıştır. Söz konusu bunalımın sosyo-politik hayata etkisinin kısaca, "devletin küçültülmesi" deyiminde ifade bulunduğu söylenebilir (Şaylan, 2003; 120-123). Başka bir deyişle, devletin müdahalesini öngören refah devletinin yerini, neo-liberalizmin öngördüğü "minimal devlet" almıştır. Gerek 1929 Bunalımı gerekse 1970'lerin getirdiklerine bakılarak, krizlerin aşılp yeni bir kapitalist aşamaya geçişin yeniden yapılanma süreci ile birlikte gerçekleştiği kolayca ifade edilebilir.

1970'lerin toplumsal ve ekonomik yapıda yaratmış olduğu köklü değişimle üretim sürecinin dönüşümü birbiri ile örtüşür özellik göstermektedir. Krizin dolaylı

nedenlerinden biri olan bilişim ve iletişim alanındaki gelişmelerin emek ve sermaye yapısı üzerinde yarattığı etki, üretim sürecinin esnekleşmesi yönünde kendini göstermiştir. Fordizm'in katı, kitlesel, uzun süreli ve ürün farklılaşmasının az olduğu üretim biçiminin yerini, talebe bağlı esnek üretim biçimi almıştır. Kısacası, Fordizm'deki standardizasyonun karşılığı Post-fordizm'de, istihdam biçimlerinde, ürün niteliğinde, örgüt yapısında, teknolojide, emek piyasasında yumuşamayı ifade eden *esneklik* olmuştur (Belek, 1999; 66).

Post-fordist süreç, Fordizm'deki kitlesel üretim yapan tek işlevli makineler yerine, çok işlevli makinelere; büyük fabrikalarda üretim yerine, küçük atölyelerde üretime ve görevlerin en küçük parçaya kadar bölünmesi ilkesinin yerine, genişletilmiş görev ilkesine dayanmaktadır. Bu yapıyla, küçük üretim birimlerinde çalışan, çok işlevli, sermayenin her türlü kullanımına hazır, kuralsızlaştırılan ve güvencesiz bir çalışma ilişkileri düzeniyle çalıştırılan esnek işgücü ortaya çıkmıştır (Aslan, 2005; 100-105).

Esnekliğin çeşitli boyutları söz konusudur. İşyerinin bölünmesi, bağımsız birimlere ayrılması, taşeron uygulaması vb. “esnek işyeri”; iş kanunlarında gerekli değişikliklerin yapılması “esnek iş kanunları”nı doğurmaktadır. Makinelerin piyasada talep edilen değişik bir ürünün üretilmesine olanak verecek şekilde düzenlenmesi, yeni teknolojinin aynı anda değişik malları üretebilmesi ve bilgisayar teknolojisinin kullanımı şeklindeki esnekleşme “esnek teknoloji”yi oluşturur. Emek gücünün birden fazla makineyi aynı anda kullanacak şekilde eğitilmesi şeklindeki esnekleşmeye ise “esnek uzmanlaşma” ya da “yatay esneklik” denir.

Emek gücünün istihdam koşulları, hacmi ve biçimi ile ücret düzeyini belirleme konusunda sermayeye piyasa dalgalanmalarına göre serbest hareket etme olanağı tanınması ve sendikal haklarla iş güvencesinin zayıflatılması; hatta ortadan kaldırılması şeklinde gerçekleşen esnekleşmeye de “sayısal esneklik” ve “ücret esnekliği” denmektedir (Belek, 1997; 34-39). Sayısal esneklik ve ücret esnekliği bir yandan emek piyasasında düşük ücretle çalışan, iş güvencesi bulunmayan, beceri ve eğitim düzeyi düşük, uzun süre işsiz kalabilen, bol miktarda “perifer” işgücü yaratmaktadır. Diğer yandan da yüksek derecede becerili ve eğitilmiş, iş güvenceli, yüksek ücretli, az sayıdaki “merkez/çekirdek” işgücü oluşturarak, ikili bir emek yapısı

oluşturmaktadır. Örgütteki özellikle ekonomik bunalım dönemlerinde gözden çıkarılan ve esnekliği sağlayan perifer emek gücü iken; yenilikçi atılımlarla krizleri atlattıran ve sağlayan merkez emekgücüdür (Woods'dan aktaran Belek, 1997; 37-38).

Fordist birikim rejiminin üretkenlikte ve kâr oranlarında düşüş yaratan yabancılaşma sorunu ile birbirini izleyen parçalanmış üretim aşamaları arasında eş zamanlılığın olmaması sorununa yanıt aranan koşullarda geliştirilen esnek üretim; tam zamanlı üretim, kalite yönetimi, sıfır hata, kalite çemberleri gibi "Toplam Kalite Yönetimi" ile bağdaşan uygulamaları da içermektedir. Kalite çemberleri, işçideki yabancılaşmayı gidermek ve işçinin örgüt çıkarlarıyla tam uyumunu sağlamak için geliştirilmiş bir uygulamadır. Kalite çemberleriyle hedeflenen, işçinin bütün enerjisinin, yaratıcılığının, örgütün teknik ve sosyal sorunlarının çözümü için yeni bir kontrol mekanizması altında yönlendirilmesi, işçinin sendikal yönelimlerinin törpülenmesidir (Belek, 1999; 104-106).

Esnek üretim sisteminin alt yapısını yine esnek olan bilgisayar teknolojisi oluşturmaktadır. Bilgisayar teknolojisi, emek gücüne gereksinimi azaltmakta, ürün çeşitliliğini arttırmakta, talepteki dalgalanmalara göre stok üretimlerini azaltmakta (tam zamanında üretim), ürün kalitesini anında denetleme ve geliştirme olanağı sunmakta (toplam kalite yönetimi), işgücünün bilgisayar teknolojisi kullanabilecek düzeyde gelişmesini, becerilileşmesini (emeğin zenginleştirilmesi ya da çok yönlüleştirilmesi) sağlamaktadır. Aslında bahsi geçen becerilileşme gerçek anlamda ve entelektüel düzeyde emek gücünün gelişimini ya da çok yönlüleşmesini değil, bir makine grubundan sorumlu, bu makinelerin gerektirdiği bakım onarım gibi değişik işleri gerçekleştirme kapasitesindeki ve bilgisayar denetimi altındaki kompüterize olmuş işçiyi anlatmaktadır. Bu durumdaki bir işçi için de yabancılaşma sorununun var olacağı ortadadır. İşte bu noktada devreye kalite çemberleri sokulmaktadır (Belek, 1999; 105-106).

Esnek üretimin ihtiyaç duyduğu nitelikli emek gücü miktarının Fordist üretime göre daha az olduğu belirtilmekte ve buna gerekçe olarak da bilgisayar kontrollü makine sistemlerinin emeğin yerini alması gösterilmektedir. Böyle bir ortamda da ulusal sağlık sistemleri ve sosyal güvenlik sistemlerinin maliyeti arttıran gereksiz yapılara dönüştüğü, sermayenin refah devleti döneminde yüklenmiş olduğu ve

toplumun geniş kesimlerinin sağlık gereksinimleri için yönlendirilen vergileri artık taşımak istemediği iddia edilmektedir. Bu iddia, sermayenin sağlıktaki özelleştirme isteminin arkasındaki etken olarak da gösterilmektedir. Buna göre, emek gücüne gereksinimin azalması, bütün toplumu gözeten ve hantal kabul edilen sosyal güvenlik mekanizmalarını işlevsizleştirmekte, sermaye de sendikasızlaştırma, güvencesizleştirme ve özelleştirme önerilerinde bulunmaktadır. Nitekim geliştirilen esnek istihdam biçimleri iş güvencesini ortadan kaldırmakta, esnek ücret modeli de toplu pazarlık sisteminin yerine bireysel ücret sözleşmesini getirmektedir. Kısaca çalışma sürelerinin düzensizleşmesini içeren esnek istihdam, sermayenin gereksinimlerine hitap edecek şekildedir (Belek, 1999; 105-107).

Post-fordist üretim tarzı üretimde bulunan bireyleri birer artı-değer kaynağı olarak görmektedir. Bununla birlikte çalışan aynı zamanda en yüksek verimi sergilemek zorundadır. Bu yüzden bu yüksek verimin gerekliliğini sağlayacak organizasyonel düzenlemeler gerekli görülmüş ve neo-liberal politikalar ışığında uygulamaya sokulmuştur. Sağlık hizmetlerindeki istihdamın gereklilikleri de buna göre düzenlenmektedir.

Piyasa ilişkisinin sağlık alanına uyarlanması çok zaman almamıştır. Sağlık hizmeti üretiminde karşılaşılan ilkeler neo-liberal sağlık politikalarını ve sağlık hizmetlerinin dönüşümünü gözler önüne sermektedir. Örneğin tıbbın daha fazla **verimlilik** ve akılcılaşmaya gittiğine ilişkin Moskova Göz Cerrahisi Araştırma Enstitüsü'nün aşağıdaki tanımı çarpıcıdır:

“Birçok açıdan görüntü modern bir fabrikaya benziyor. Bir taşıyıcı bant, yavaşça beş çalışma istasyonundan geçerek düzenli şekilde duruyor, sonra tekrar hareket ediyor. Her istasyonda steril maske ve gömlek giymiş bir yetkili var. Taşıyıcı bant hareket etmeden önce işçilerin görevlerini tamamlamaları için yalnızca üç dakika var; bir saatte yirmi parçayı tamamlayıp çıkarıyorlar.

Ama montaj bandında hemen hemen her şey çok tuhaf: İşçiler yerine göz cerrahları, taşıyıcı bantta da sedye üzerindeki hastalar var. Burası... Henry Ford'un üretim yöntemlerinin tıbbı uygulandığı yer... insanların daha iyi görmelerini sağlayan

tıp fabrikası” (Time, 1985).

Diğer yandan neo-liberal politikaların sağlık hizmeti üzerindeki bir diğer etkisi yüksek oranda akılcılaştırmış sağlık sisteminin **akıldışılaşmasıdır**. Ortaya çıkan yeni teknolojik gelişmeler, toplumsal denetim mekanizmaların yoğunlaşması ve sağlık hizmetinin daha hızlı ve daha kaliteli verilmesi uğruna artan yönetmelik ve kurallar hem sağlık personelini hem de hastaları hem birbirlerine hem de hizmetin kendisine yabancılaştırmaktadır. İnsanlar çalışan veya hizmet alan olsun bir sağlık kurumuna girdiklerinde karşılaşacakları tüm ilişkiler belirli kurallarla sınırlanmış olacaktır. Bu durum sağlık sistemindeki hümanist yaklaşımı bitirmektedir. Yerine hastalar müşteri, personel işçi anlayışı geçmektedir.

Aynı şekilde piyasa tipi bir sağlık sisteminin **hesaplanabilirlik** kaygısı vardır. “Kara yönelik sağlık kurumlarında doktorlar, bütün diğer çalışanlarla birlikte şirketin karlılığına katkıda bulunma konusunda kendilerini baskı altında hissetmektedir. Tıbbi uygulamanın çeşitli yanlarını nicelleştirmeye yönelik çabalar da vardır. Örneğin her hastaya ayrılan zamanı sınırlamak ve bir günde bakılan hasta sayısını en çoğa çıkarmak, şirketin maliyetlerini azaltıp karını arttırmasına yol açar. Niceliğe yapılan bu vurgu sağlık bakımının niteliğini kolayca tehdit altına sokabilir. Doktorları hastalarla daha az zaman harcamaya, daha çok hastaya bakmaya, uzun süren tanı teknik ve tedavilerini bir kenara bırakmaya, faturaları ödeyemeyecek durumda görünen hastaları geri çevirmeye ve yalnızca hastalıkları büyük kar sağlayacak gibi görünenlere bakmaya zorlayarak şirket karını arttırabilir” (Ritzer, 1998; 112-113).

Öngörülebilirlik karlarını hedeflenen doğrultuda risk içermeden almaya çalışan şirket patronlarının ve bu anlayışı bir ilke olarak merkezinde tutan neo-liberal politikaların temel varsayımıdır. Öyle ki gelinen noktada hastanın hastanede kaç gün yatacağından, uygulanacak standart tedavinin ne olacağına kadar doktor olmayan yöneticilerin standart prosedürleri söz konusudur. Artık tanı ve tedavi prosedür ve öngörülen standartlar gereği bir dizi teknolojiyle yapılmaktadır.

“ Tıp artık öyle bir noktaya gelmiştir ki, tanı kararlarının ‘öznel’ kanıtlara – hastanın duygularına ve doktorun hasta üzerindeki gözlemlerine- dayanması yerine,

laboratuvar işlemlerinin ve mekanik-elektronik aygıtların sağladığı ‘nesnel’ kanıtlara dayalı kararlar verilmektedir” (Reiser, 1978).

Denetim sağlık hizmetlerinin fabrikaya dönüştürülmesi sürecinde bir başka ilke olarak karşımıza çıkar. “Bütün akılcı sistemler gibi tıp da insanda insansız teknolojilere doğru kaymaktadır. Bunun en önemli iki örneği bürokratik kurullarla denetimlerin öneminin artması ve modern tıbbi cihazların gelişmesidir. Hastaları hakkında bağımsız öznel değerlendirmeler yapan doktorlar yerine bu süreç bürokratik kurullarla gittikçe daha çok sınırlanmaktadır. Örneğin bir hastanın ne kadar süreyle hastanede yatması gerektiğini ön ödeme ve DRG (ilişkili tanı grupları) sistemleri –doktorlar ve tıbbi yargıları değil- belirleme eğilimindedir. Aynı şekilde birkaç basit aletin içinde olduğu siyah çantasıyla kendi başına çalışan doktor çoktan geçmişte kaldı. Bunların yerine doktorlar dağıtımçı yerine işlev görüyor, hastaları uygun makine ve uzmanlara gönderiyor. Hastalıklara tanı koyan bilgisayar programları bile çıkmaya başladı. Bunların doktorların yerini alma ihtimali olmamasına karşın, bilgisayarlar birgün baş olmasa bile birinci tanı unsuru olabilir. ‘Kendi kendinin doktoru ol’ testlerine (örneğin hamilelik, şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kolesterol) yönelik bir eğilim de var. Bu görece yeni teknolojiler denetimi tümüyle doktorun elinden alarak McDonaldlaştırıcı bir toplumda müşteriye işe koşma eğiliminin bir örneğini daha oluşturuyor” (Ritzer, 1998; 162-163).

II-İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİN TARİHSEL EVRİMİ VE GÜNÜMÜZ SAĞLIK SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ

2.1. Türkiye'nin Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış

Türkiye’de sağlık politikaları, 1920’de Sağlık Bakanlığının kurulmasından günümüze değin sağlık hizmetlerinin sunumu ve ilkelerindeki farklılıklar yönünden dört dönemde incelenebilir.

1920-1937 Dönemi

Türkiye’de Cumhuriyetin ilk yıllarında, ülkede salgın hastalıkların yaygın olması, sağlık hizmeti verecek kuruluşların ve sağlık insan gücünün bulunmaması sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olarak ele alınmasına neden olmuştur (Öztek, A2, 2001; 60-64).

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam kısa bir süre dışında 1937’ye kadar bu görevini sürdürmüştür. Saydam’a göre hastaları iyileştirmekten çok, sağlıklı olanların bu durumlarının korunması daha önemliydi, bu nedenle koruyucu hizmetlere öncelik vermiş, tedavi edici hizmetleri yerel yönetimlere bırakmıştır. Belediyelere hastane işletmesi konusunda eğitici örnekler olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da Numune Hastaneleri açmıştır (Öztek, A2, 2001; 60-61).

Bu dönemde, Sıtma, Frengi ve Trahom gibi bulaşıcı hastalıkların son derece yaygın olması, savaşların neden olduğu sosyo-ekonomik yıpranma sağlık sorunlarının çözümünü zorlaştırması, tüm bu şartlara karşılık sağlık hizmetleri örgütlenmesi ve sağlık insan gücü son derece yetersiz olması önemli sorunlardır (ttb, 1991). Yaygın bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve sosyal yardım örgütünün köylere kadar ulaştırılmasında iki yöntem izlenmiştir. Birincisi en azından her il ve ilçede birer hekim istihdam edilmiş, sağlık hizmetlerini ziyaretler yoluyla köylere kadar götürecek ‘seyyar tabiblikler’ oluşturulmuş, hastanesi bulunmayan yerlerde muayene ve tedavi evleri kurulmuştur (Özdemir, 2001; 260). İkincisi, tek bir hastalıkla savaşan örgütlerin

söz konusu olduğu dikey örgütlenme yoluyla sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıklarıyla savaşılan örgütler kurulmuştur (Öztek, A2, 2001; 61).

Hekim gereksinimlerini karşılamak için hükümet tıp öğrencilerinin yeme, içme, giyinme ve barınma gereksinimlerini sağlamak amacı ile tıp öğrenci yurtları kurmuştur. Öğrenciler bu yurtlara para ödememekte, mezun olduktan sonra dört yıl Sağlık Bakanlığı Teşkilatında zorunlu hizmet yapmakta idiler. Bir diğer sorun da koruyucu hizmetlerde, özellikle kırsal bölgelerde çalışabilecek hekim dışı sağlık personelinin yetersizliği idi. Bu dönemde temel eğitim almış genç kız bulmanın zorluğu yanında, kadınların bu tür işlerde çalışmaları toplum tarafından hoş karşılanılmıyordu, özellikle de kırsal bölgelerde çalışmaları çok zordu. Bu nedenle bu dönemde 'sağlık memurluğu' bölümü açılmıştır (Öztek, A2, 2001; 61).

Kamu sektöründe çalışacak sağlık personelinin atama, terfi ve cezalandırma işi tek elde, Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış; hastanelerde hekimlere daha az, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışanlara yüksek maaş ödemeleri yapılmıştır.

Bu dönemde gerçekleştirilen en önemli başarılarından birisi sağlık ve sosyal yardımla ilgili çok sayıda yasa ve mevzuatın çıkarılması ve yürürlüğe konmasıdır.

Bunların başlıcaları, tıp mensuplarının görev ve yetkilerini tanımlayan 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928), kamu sağlığı konusunda geniş yasal düzenlemeleri içeren Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930), Sağlık Bakanlığının görev ve yetkilerini düzenleyen SSBYB Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936), Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (1927)'dur (Özdemir, 2001; 261).

1937-1960 Dönemi

Bu dönemde yaşanan önemli bir gelişme 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulmasıdır. Bu kurum 1952'den itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamıştır. 1952 yılında daha önce kurulmuş dikey örgütlenmelere Ana-Çocuk Sağlığı hizmetleri de eklenerek, AÇS Merkezleri hizmete sokulmuştur (Öztek, 2001; 62).

Bu dönemde Saydam'ın ilkesinden vazgeçilerek yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altında olduğu ilkesi benimsenmiş ve bazı il ve ilçelerde devlet hastaneleri açılmıştır. Belediye hastanelerinin önemli kısmı Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Uzmanlar pratisyenlere oranla daha yüksek maaşlar almaya başlamışlar, uzman hekim sayısı artmaya başlamıştır. Hastanecilik hizmetlerinin gelişimi ve bu hizmetlere verilen önem sonucu koruyucu hizmetlerde ve kırsalda çalışan pratisyen hekimler kentlerdeki hastanelere akmaya başlamışlardır (Öztek, 2001; 62).

Behçet Uz 1946-1948 yılları ve 1954-1955 yılları arasında iki defa Sağlık Bakanlığı yapmıştır. Sağlık Bakanı olduğu dönemlerde birer Sağlık Planı hazırlamıştır. 1946'da, mali boyutu ve personel yetersizliği nedeniyle 10 yıllık bir sürede tamamlanması öngörülen "Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı" adlı bir programı kamuoyuna duyurmuştur. 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olduğunda "Milli Sağlık Planı" adıyla ikinci bir programı gündeme getirmiştir (Özdemir, 2001; 261-262).

Plana göre, Türkiye yedi sağlık bölgesine ayrılacak, bunların her birinde 21 muhtelif sağlık ve sosyal yardım kuruluşu oluşturulacaktı. Bunlar arasında 500 yataklı hastane, 200 yataklı bir doğum hastanesi, çocuk hastanesi, akıl ve sinir hastalıkları hastanesi, verem hastanesi, yaşlılar ve düşkünler evi (Özdemir, 2001; 262), yetimhane, her fakülte bünyesinde hastanenin besin ihtiyacını sağlamak üzere bir çiftlik olması tasarlanmıştır. Ayrıca Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi için bir Sağlık Bankası düşünülmüştü (Öztek, 2001; 62). Kırsal alan sağlık örgütlenmesi de yeniden düzenleniyordu. Her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezinin kurulması, her on köye de bir sağlık memuru ve ebe'nin görevlendirilmesi düşünülüyordu. Buralarda çalıştırılacak personelin eğitimi için yeni tıp fakültelerinin, sağlık memuru-ebe ve hemşire okullarının açılması planlanmıştır. Ülkedeki tüm sağlık merkezleri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada verecek ve dikey örgütlenmeye gerek kalmayacaktı. Her sağlık merkezi sağlık hizmetlerinin her yere ulaşması için birer taşıta sahip olacaktı (Aydın, 1997; 21-44).

Her iki program da hayata geçirilememiş, gerçekçi olmadıkları şeklinde eleştiriler almıştır. Hükümetlerin planın yasalaşması için yeterince çaba harcamamalarında başka nedenler de vardır. Özellikle planın ele aldığı, ilaç sanayiinin denetlenmesi, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçların Bakanlık olanaklarıyla üretilmesi, süt-mama gibi çocuk beslenmesi için gerekli tesislerin kurulması ve işletilmesi gibi konular sermayedarların çıkarlarını zedeleyecek nitelikteydi (Dirican&Bilgel, 1993; 547-548).

DP iktidarları döneminde yerel idarelere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir. Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmış, uluslararası kuruluşlar ile ve özellikle Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNICEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir. 1950-1960 yılları arasında koruyucu hizmetler geri planda kalmış, hastanecilik hizmetlerine önem verilmiştir. Dış borçlanmaya gidilerek büyük devlet hastaneleri yapılmıştır (Öztek, 2001; 60-64).

1961-1980 Dönemi

1960'lı yılların sağlık politikalarına ve örgütlenmesine damgasını vuran gelişme, 1961 yılında "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun"un yürürlüğe girmesidir. Sosyalleştirme kavramıyla ifade edilen sistem, sağlık hizmetlerinin tüm toplum kesimlerine sosyal adalet ilkesine uygun olarak götürülmesini öngörüyor; en önemlisi bunu devlet görevi olarak gören bir anlayışa dayanıyordu (Özdemir, 2001; 264).

Bu kanunun ilkeleri şunlardır: (Öztek, 2001; 63)

1. *Eşit ve sürekli hizmet:* Sağlık hizmeti herkese, her zaman ve her yerde verilmelidir. Bu nedenle halkın yaşadığı en uç noktadaki köylere kadar ulaşabilecek bir hizmet ağı kurulması öngörülmüştür.
2. *Entegre Hizmet:* Koruyucu ve iyileştirici hizmetler aynı birim tarafından verilecektir.
3. *Kademeli Hizmet:* Hastalar önce birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına başvuracaklar, burada evde ve ayakta teşhis ve tedavi edilmeyenler ikinci basamak olan hastanelere sevk edileceklerdir.

4. *Katılımlı Hizmet:* Halk sağlık hizmetlerini benimser ve ona sahip çıkarsa başarı artar. Bu nedenle hizmetin planlanması ve uygulanması aşamalarında o hizmetleri alacak kişilerle ilişki kurmak ve onları karar mekanizmasına katmak esastır. Bu amaçla sağlık ocakları içinde “sağlık ocağı sağlık kurulu” kurulacak, bu kurulda muhtar, imam, okul müdürü gibi toplum liderleri bulunacak ve bu kurul üç ayda bir toplanıp bölgedeki sağlık hizmetleri hakkında alınan kararlara katılacaktır.
5. *Nüfusa Göre Hizmet:* Her 5-10.000 kişi için bir sağlık ocağı, bölgedeki köylerde ya da mahallelerde 2.500 kişi bir sağlık evi kurulacaktır.
6. *Diğer hususlar:* Kamuda çalışan hekimler özel olarak hekimlik yapamayacak, sözleşmeli olarak çalışacak ve serbest çalışan hekimlerin kazandığı ücret düzeyinde ücret alacaklardır. Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı kamu sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına iştirak ederek yararlanacaklardır ve -ücretini ödeme koşulu- ile istediği hekimi veya sağlık kurumunu seçebilirler. Bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler, lojmanlar, malzeme, araç ve personel temin edilecektir.

1962 yılında kabul edilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık alanında, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın ilkeleri esas kabul edilmiş ve 1963 yılında yasa Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır. 1965 yılında TBMM'de kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırılması ilkesi yürürlükten kaldırılmıştır. Bunun sonucu olarak da tam süre çalışma ilkesi uygulanamamıştır. Bu, yasanın başarı ile uygulanamamasının ilk önemli nedenidir. Hükümetler sağlık hizmetinde birinci basamağın önemini anlamamışlar ve sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezlerinin yanında niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır. Uzun yıllar ocakların çoğuna hekim atanmamıştır. Devlet hizmet yükümlülüğü yasası bu açığı kapatmak üzere kabul edilmiştir. Ocaklarda hekim açığı kapatılmış, ancak yasa gereği ilaç, araç, gereç, lojman, bina gibi gereksinimler ile ocak-hastane işbirliği sağlanmadığından beklenen sonuç alınamamıştır. Hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesine gereken önem verilememiş, halkın hizmete katkısını sağlama amacı ile öngörülen kurullar kurulamamıştır.

Bu hedeflere, yöneticiler tarafından sosyalleştirme kavramının yeterince anlaşılabilmesi, sağlık alanına yeterli miktarda mali kaynak sağlanmaması, başa gelen iktidarların benimsediği neo-liberal politikaların sosyalizasyon yasasıyla çelişmesi gibi nedenlerle tam anlamı ile ulaşılabildiğini iddia etmek güç olmakla birlikte, önemli gelişmeler yaşandığı da bir gerçektir. Halk sağlığı hizmetleri alanında önemli gelişmeler yaşanmış, bu hizmetlere ulaşılabilirlik belirli ölçülerde arttırılabilmektedir (Özdemir, 2001; 270-273).

1980'li yıllardan Günümüze

1961 Anayasasında kabul edilen 224 sayılı kanun sağlığın bir insan hakkı olduğu ve bu hakkın devlet tarafından güvence altına alındığı belirtirken, bu sosyal devletçi anlayış değişmiş, 1982 Anayasasının 56. maddesiyle devletin sorumlu değil, düzenleyici ve denetleyici olduğunu ifade eden bir anlayış ön plana çıkmıştır (Soyer, 2000; 259-260).

1980 sonrasında hemen her iktidar, sağlık reformu adı altında sağlık hizmetlerine yönelik yeniden yapılandırma çalışmaları yürütmüştür. Bu reformların yanı sıra 80'li yıllarda sağlık alanında yaşanan başka bir gelişme de, devlet tarafından sağlanan teşviklerin de yardımıyla, özel sektörün sağlık alanındaki ağırlığını hissettirmeye başlamasıdır (Savaş, 2001; 94).

1980'li yılların sonlarına kadar az sayıda olan özel hastanelerin çoğu azınlıklar ve yabancılar tarafından, çoğunlukla da İstanbul'da kurulmuşlardı (Savaş,2001; 99-100). 1980'li yıllardan itibaren sağlık sektörü Türkiye'de yeni liberal politikalarla en çok etkilenen ve özel sektörün en çok geliştiği alanlardan biri olmuştur. Sağlık alanında kamu yatırımları azalırken, özel sektör yatırımcılığı artmıştır. Devlet bazı kolaylıklar sağlayarak özel sağlık sektörünün gelişmesini desteklemiştir (Gül, 2004; 294). Günümüzde sayısı gittikçe artan bu hastaneler tanı ve tedavi hizmetlerinde son derece lüks koşullara sahiptirler. Özel hastane sektöründeki gelişmelere paralel olarak özel poliklinikler, laboratuvar ve tanı merkezleri de açılmıştır (Savaş,2001; 100-102)

1980'lerle birlikte Türkiye'de yeni liberal politikalar uygulanmaya başlanmış ve Özalizm olarak da adlandırılan bu anlayış sosyal devlet anlayışının sınırlandırılması ve serbest piyasa temelli dışa açık büyüme modelinin egemen kılınmasını amaçlamıştır (Gül, 2004; 302-303).

Günümüzde sağlıkla ilgili olarak, sosyal devlet tartışmalarında özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinde kamu sağlık harcamalarının sürekli artan mali yüküne ve sosyal güvenlik harcamalarının artışıma dikkat çekilmektedir. Sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturan tıbbi teknoloji ve ilaç konusunda maliyetlerin sürekli yükselmesi, maliyetleri kısma ve sağlık sistemini yeniden yapılandırma konularının ağırlık kazanmasına neden olmaktadır. Yapılan düzenlemelerle herkesin sağlık hizmetlerinden eşit yararlanacağı, daha kaliteli hizmet verileceği, hastaların bakım kalitesinin ve memnuniyetinin artacağı ifade edilmektedir.

Sağlık alanında yaşanan problemler karşısında da son dönem sağlık politikalarıyla kamu alanı daraltılmakta, piyasa yönelimli düzenlemeler yapılmaktadır. Türkiye'de 1990'lı yılların başından itibaren yapısal uyum programları temelli projeler çerçevesinde, sağlık sisteminin sunum ve finansman unsurları kısmen de olsa özelleştirilmeye çalışılmaktadır (Yıldırım, 2000; 7-21).

Ülkede yaşanan ekonomik krizlerin ve "kemer sıkma politikalarını" içeren yapısal uyum programlarının uygulanmasının sağlık üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri söz konusudur. Gelirde azalma yani yoksullaşma etkisi yüzünden ekonomik krizlerin neden olduğu sağlık etkileri "doğrudan etkiler", sağlık sistemi üzerine etkileri sonucunda toplum sağlığının etkilenmesi ise "dolaylı etkiler" olarak gruplandırılabilir.

Ekonomik krizler nedeniyle işsizlik, gelirin azalması ve buna bağlı olarak yaşanan yoksullukla birlikte yaşam standartları düşmektedir. Yoksul kişilerde beslenme bozuklukları, kazalar, ruhsal bozukluklar, bulaşıcı ve salgın hastalıklar daha fazla görülmektedir. Aynı zamanda sosyal güvenlik kaybı yaşanmakta, özel sağlık hizmeti satın alabilme gücü düşmekte, diğer yandan kamu sağlık hizmetlerine talep artmaktadır.

1980'li yılların sonunda Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile başlayan sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırma çalışmalarını sağlık projeleri izlemiştir. Sağlık reformuyla ilgili konular 1992 yılında, ilgili kurumlardan, sektörlerden, üniversitelerden ve meslek kuruluşlarından yaklaşık 500 delegenin 34 çalışma grubu halinde katıldığı Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde geniş bir şekilde ele alınarak tartışılmıştır. 1993 yılında yapılan İkinci Ulusal Sağlık Kongresi'ni takiben Türk sağlık reformu stratejileri hükümet programlarında yer almaya başlamıştır (Özdemir,2001;287).

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı birlikte 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla yeni bir program başlatmıştır. Bu program doğrultusunda yapılmak istenenler: (izleme.saglik, 2009)

1. Sağlık Bakanlığı, planlayıcı ve denetleyici fonksiyon göreceği şekilde yeniden yapılacaktır.
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası oluşturulacak. Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenecektir.
3. Koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecek; etkili ve kademeli bir sevk zinciri için "aile hekimliği" sistemi oluşturulacaktır.
4. Ülkemizdeki hastaneler idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri haline getirilecek; her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır.
5. Sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanacak; sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını sağlamak için isteğe bağlı sözleşmeli personel uygulamasına geçilecektir.
6. Dönüşümü gerçekleştirmede ihtiyaç duyulan, sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek; eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı

oluşturulacaktır. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır.

7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanmaya önem verilecektir.

Bu amaçla;

- İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere "Ulusal İlaç Kurumu"nun oluşturulması sağlanacaktır.
- Daha çok ithalata dayalı olan tıbbi cihaz ve sarf malzeme açısından ulusal standartların belirlenmesi yerli üretime kolaylık sağlayacaktır. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip "Tıbbi Cihaz Kurumu"nun kurulması planlanmaktadır.

8. Sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin

tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır.

Türkiye’de sağlık sisteminde yaşanan sorunlar toplumun sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Bazı çevreler tarafından sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırma çalışmalarıyla yapılmak istenenler umut vadeden gelişmeler olarak değerlendirilirken, bazı kesimlerce eleştirilmektedir.

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Neoliberalizm Yönelimli Dönüşüm

Türkiye’de devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu, 1982 Anayasası ile değişmiştir. Bu anayasada cumhuriyet tarihinde ilk defa, devletin sağlık ile ilgili görevlerini özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü yer almıştır. Bu değişiklikle, devletin sağlık alanındaki sorumluluğunun düzenleyici ve denetleyici bir role dönüştüğü görülmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri sunumu

ve finansmanında devletin payının azaltılması ve özel sektörün desteklenmesi amacına yönelik ilk önemli kararlar, Milli Güvenlik Kurulu yönetimi tarafından yine bu dönemde alınmıştır. Aynı zamanda, 1981 yılı sonunda alınan bir bakanlar kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş ve 1983 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarla döner sermayenin kapsamı genişletilmiştir. Ayrıca, bu dönemde finansmanı halktan alınacak ek primlerle sağlanacak Genel Sağlık Sigortası ile ilgili çalışmalar da başlatılmış ancak tamamlanamamıştır (Soyer, 2003; 306).

12 Eylül yönetiminden sonra 1983 yılında iktidara gelen ANAP Hükümeti, özel sağlık kuruluşlarının kurulmasını teşvik etmiştir. Bu bağlamda, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özel sağlık kuruluşları ve hastanelerin kurulmasının teşvik edileceği, sağlık hizmetleri fiyatlarının serbest bırakılacağı ve herkesin katkıda bulunacağı Genel Sağlık Sigortası'nın çıkarılacağı belirtilmiştir. Yine bu planda kamu sağlık kurumlarına işletmecilik anlayışı getirilmesi, özel sağlık kurumlarının ücretlerinin serbest bırakılması ve kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kurumları ve özel hekimlerden hizmet satın alması gibi görüşlere yer verilmiştir.

Soyer'e göre, sağlık politikamızın belirleyici yapısal dönüşümünün mimarı, 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (SHTK) olmuştur. Bu yasa ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış ve devletin, her iki sağlık kuruluşuna da aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmıştır (Soyer, 2003; 307). Aynı zamanda, bu yasada kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, gerek özel kuruluşların gerek kamu kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış ve sosyal güvencesi olan herkese istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilme imkanı tanınmıştır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yolundaki önemli girişimlerden biri de 1989 yılında serbest piyasa ekonomisine dayanan bir sağlık politikası geliştirilme çabasıdır. DPT, 1989 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla bir "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü" çalışmasını başlatmıştır. Çalışma, Türk ve yabancı şirketlerden oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüş ve 1991 yılında tamamlanmıştır. Rapor sağlık sektörünün mevcut durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve sağlık hizmetlerinin acil

gereksinimlerini ortaya koymuştur (İpekten, 2002; 67). Bu çalışmanın verilerinden hareketle, sağlık hizmetlerinde refah devleti döneminde iyice büyüyen ve hantallaşan kamunun payının azaltılması ve özel sektörün bu hizmetlere teşvik edilmesi amacıyla yeni politikalar geliştirilmiştir.

1992-1993 yıllarında, DYP-SHP Hükümeti, 1980 sonrası uygulanan piyasa yönelimli sağlık anlayışının özünü hiç değiştirmeden, “sağlık reformu” çalışmalarını dönemin Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna tarafından gündeme taşımıştır. Bu dönemde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi, sağlık finansmanı konusunda Genel Sağlık Sigortası’na geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi sağlık reformu tartışmalarında öne çıkan temel konular olmuştur (Soyer, 2003; 312). Bu hükümetin sağlık reformu çalışmalarının önemli bir boyutu da bakanlık bürokrasisinin devre dışı bırakılarak Dünya Bankası politikaları doğrultusunda “Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü”nün kurulması ve bu yapı aracılığıyla sağlık projelerinin hayata geçirilmesi olmuştur. Aslında bu doğrultuda ilk adım, 1990 yılında ANAP hükümeti döneminde, Dünya Bankası ile imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması ile atılmıştır.

Bu anlaşmayla verilen kredi, Dünya Bankası’nın Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini desteklemek ve yönlendirmek amacıyla uygulamaya koyduğu programın bir parçasıdır. Anlaşma, devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlayarak tedavi edici hizmetlerin özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörmektedir. Anlaşmaya göre, sağlık hizmetlerindeki özelleştirme üç aşamada gerçekleşecektir. İlk olarak, hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilerek yerelleşme sağlanacaktır. Bu adımla, hizmetlerin etkinliğinin ve denetiminin sağlanması amaçlanmıştır. İkinci olarak, kamu kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması istenmektedir. Bu adım sosyal güvenlik sistemindeki düzenlemelerle pekiştirilmektedir. Üçüncü ve sonuncu adım ise doğrudan özelleştirme olacaktır. Bu süreçte Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü’nün aktif rol alması beklenmektedir (Soyer, 2003; 312).

Bu dönemdeki önemli uygulamalardan birisi de 1992 tarihli ve 3836 sayılı

“Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun”un çıkartılması olmuştur. Bu kanunla, hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu kapsamında olmayan dar gelirlili vatandaşların genel sağlık sigortasına geçilinceye kadar sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması karara bağlanmıştır. Bu uygulama ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşların yatarak tedavi masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaya başlanmış ancak ayakta tedavi masrafları bu uygulama dışında tutulmuştur (Demirbilek ;104). Yeşil kart uygulamasının ileride geçilmesi öngörülen genel sağlık sigortası ile bütünleştirilmesi amaçlanmıştır. 1992 yılı Eylül ayı itibarıyla 78.799 kişiye yeşil kart dağıtılmış, bu rakam 1994 yılı sonuna gelindiğinde 3.700.000 kişiye ulaşmıştır (DPT; 37).

Yine bu dönemde hazırlanan ve 1996-2000 yıllarını kapsayan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda devletin sağlık hizmetlerindeki rolü, koruyucu sağlık hizmetleri ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek ile sınırlandırılmış ve bunun dışındaki hizmetlerin özel sektör tarafından sunulması öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı Sağlık Reformları Projesi, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda da yer almıştır. Sağlık Reformları Projesinin ana ilkeleri: 1.Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesi, 2.Hizmeti sunanla finanse edenin birbirinden ayrılması, 3.Hastanelerin özertleştirilmesi, 4.Birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği Sistemine geçilmesi, 5. Sağlık Bakanlığının ülke genelinde sağlık politikalarını belirleyen ve destekleyen bir yapıya dönüştürülmesidir (DPT; 45-46).

Son dönemde gündeme gelen ve sağlık sektörünü de etkileyen bir başka önemli adım da “Uluslararası Tahkim Yasası”nın kabulü olmuştur. Bu yasa ile Soyer’e göre, uluslararası sermayenin sağlık sektörüne yapacağı yatırımların önü açılmaktadır. Yine bu dönemde, sağlık hizmetlerine önemli katkıları bulunan bir diğer kuruluş da GATS’dır. GATS ile Türkiye’nin Dünya Ticaret Örgütü’ne sunduğu taahhüt listesindeki hizmet sektörleri arasında, sağlıkla ilgili hizmetler de (hastane hizmetleri) yer almaktadır. Türkiye, GATS çerçevesinde yabancı sermayenin bu alanlara yatırım yapma hakkını tanımıştır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve etkinliğinin artırılması amacıyla 1980’lerden günümüze kadar Dünya Bankası’ndan dört kez sağlık proje kredisi alınmıştır. Bu proje kredileriyle, genel sağlık sigortası ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçilmesi, kamu hastanelerinin

özerkleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumu ve finansmanındaki aktif rolünün azaltılması hedeflenmiştir.

Sonuç olarak, "Sağlık Reformu Projesi" ve son dönemde AKP Hükümeti'nin "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" adı altında yürüttüğü projeler Türkiye'de liberalleşme çabalarının sağlık sektörüne yansımaları olarak kabul edilmektedir. 1980 sonrasında iktidara gelen bütün hükümetlerin yapmaya çalıştıkları; devletin sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesini sağlamak, özel sektörü boşalan bu alana kanalize etmek için teşvikler vermek, hizmetin finansmanında ise primli sisteme dayalı Genel Sağlık Sigortası'nı hayata geçirmeye çalışmak olmuştur. Bu bağlamda Soyer'e göre, Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile birlikte Türkiye'deki sağlık sektörünün liberalleşmesi süreci tamamlanmak istenmektedir (Soyer, 2003; 314).

2.3. Özelleştirme Politikaları Ve Sağlık Hizmetleri

1980 sonrasında iktidara gelen hükümetlerin tamamı, devletin sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesini sağlamaya çalışmışlar, özel sektörü boşalan bu alana kanalize etmek için teşvikler vermişler ve sağlık hizmetlerinin finansmanında primli sisteme dayalı Genel Sağlık Sigortası'nı hayata geçirmeye çalışmışlardır. Bu bağlamda, 1992-1996 dönemindeki "Sağlık Reformu Projesi" ile AKP Hükümeti'nin "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"nin içeriği ve amaçları aynıdır. Bu reform çalışmaları ile amaçlanan sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003; 24).

Bu bölümde ilk olarak Türkiye'de sağlık hizmetlerinde reform çalışmalarının gerekçeleri üzerinde durulacak, ardından reform çalışmalarının içerik ve amaç olarak birbirlerinin devamı niteliğinde olması nedeniyle Türkiye'de sağlık hizmetlerinde reform çalışmaları, son dönem AKP Hükümetinin hazırlamış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde birleştirilerek anlatılmaya çalışılacaktır. Son olarak da Türkiye'de sağlık hizmetlerinde özelleştirme incelenecektir.

Özelleştirme dar anlamda, ülkedeki kamu iktisadi teşebbüslerinin özel sektöre devredilmesi anlamını taşıırken, geniş anlamda ise kamu iktisadi faaliyetlerinin

sınırlandırılması veya tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik yapılan uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (Kepenk, 1992; 14). Özelleştirme ile hedeflenen serbest piyasa ekonomisine işlerlik kazandırarak rekabet ortamı yaratmak ve bu sayede daha kaliteli mal ve hizmet sunumunu gerçekleştirmektir. Sağlık sektörü açısından bakıldığında ise bu sektörde özelleştirme ile hedeflenen, sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgesel farklılıkların en aza indirilmesi ve kaynakların en etkin ve en verimli şekilde kullanılarak sağlık göstergelerinin en üst düzeye çıkarılmasıdır (Ayhan, 1996; 29).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine 1980'lerin sonundan itibaren Dünya Bankası öncülük etmektedir. Son yıllarda, gelişmekte olan ülkelerde hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri maliyetlerinin çok fazla artması ve hükümetlerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynakların %70'lere varan kısmının hastaneler tarafından kullanılması, Dünya Bankası'nın özelleştirme önerileri içinde ilk sırayı hastanelerin almasına neden olmuştur. Dünya Bankası'na göre, ancak hastanelerin özelleştirilmesi sayesinde hükümetlerin elindeki kıt kaynakların temel sağlık hizmetlerine, birinci basamağa ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi mümkün olabilecektir (Belek&Diğerleri, 1998; 78-79).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi doğrultusunda ilk adım, 1990 yılında ANAP hükümeti döneminde Dünya Bankası ile imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması ile atılmıştır. Anlaşma, devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlandırarak tedavi edici hizmetlerinin özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörmektedir. Anlaşmaya göre, sağlık hizmetlerindeki özelleştirme üç aşamada gerçekleşecektir. İlk olarak, hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilerek yerelleşme sağlanacak, daha sonra kamu kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetleri fiyatlandırılacak ve son olarak da doğrudan özelleştirmeler yapılacaktır (Soyer, 2003; 312).

Bu doğrultuda, 2001 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da değişiklik yapılarak, birinci basamak sağlık kurumlarında döner sermaye işletmesi kurulması zorunlu hale getirilmiş ve Türkiye'de sağlık hizmetleri fiyatlandırılmıştır. Hastanelerin özerkleştirilmesinin gerekliliği, 1990 sonrası iktidara gelen bütün hükümetler tarafından vurgulanmış ve en son Sağlıkta

Dönüşüm Programı içinde de yerini almış ancak bu konuda hala somut bir adım atılamamıştır.

2.4. Sağlıkta Reform Süreci

Sağlık sektörü reformu, sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, nihai anlamda da toplumun sağlık düzeyini geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki uzun süreli ve sürdürülebilir yapısal değişim sürecidir. Bu süreçte sağlık sisteminin finansmanı, organizasyonu ve hizmet üretiminde geçerli olan yapılar değiştirilir. Sağlık sistemlerindeki reform arayışları özellikle finansman boyutunda ortaya çıkmıştır. Temel amaçlar harcamaların sınırlanması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışında yeni kaynak kanallarının yaratılması, var olan kaynakların daha verimli kullanılmasıdır. Finansman boyutundaki çalışmalar doğal olarak sağlık sistemlerinin organizasyon ve yönetim boyutlarındaki çalışmaları tetiklemiştir. Sağlık reformlarının hizmet kalitesinin artırılması, toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi gibi genelde öncelikli amaç olarak gösterilen; fakat finansmanla ilgili kaygıların önüne geçemeyen başka amaçları da bulunmaktadır. Belek'e göre bunun nedeni ise, kapitalizmin içine girdiği kriz ortamında ilk çarelerden biri olarak sağlık sektörü için ayrılan kaynakların kısıtlanmasına başvurulmasıdır (Belek, 1998; 431-434).

Türkiye'de sağlık reformu çalışmaları 1990'lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı ve paralel biçimde, Sağlık Projesi çerçevesinde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün finansal, ideolojik, teknik katkıları ve belirleyiciliğinde başlatılmıştır. Sağlık reformlarının en önemli bileşenlerinin finansman için Genel Sağlık Sigortası, birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamaklar için de hastanelerin özleştirilmesi/özelleştirilmesi olduğu görülmektedir (Belek, 1998; 445).

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Sağlık sektörü ile ilgili olarak VIII. BYKP içerisinde ulaşılmak istenen amaçlardan bazılarının aşağıda yer verilmiştir (DPT, 2001; 132-141).

- Sağlık sektörü finansal yapılanması hakkaniyet, eşitlik ve adalet ilkelerine bağlı olarak gerçekleştirilmelidir. (Bu, Dünya Sağlık Örgütü'nün ortaya koyduğu üç önemli temel değerden eşitlik ile paralel bir amaçtır. Diğer iki değer ise, dayanışma ve verimlilik.) (Belek, 1998; 431).
- Sağlık sektörüne ilişkin finansal göstergeler gelişmiş ülkeler düzeyine yükseltilmelidir.
- İlaç harcamaları nedeniyle oluşan maliyetlerin azaltılabilmesi için yerli ilaç sektörü teşvik edilmeli ve ilaç kullanımı ile ilgili maliyetlerin rasyonalize edilebilmesi için aynı içerikteki ilaçlardan maliyeti düşük olanın reçetelenmesi ve kullanımı için ilgili kuruluşlar arasında işbirliğine gidilmelidir. İlaç tüketimlerinin rasyonalize edilebilmesi için gereksiz ilaç yazımı ve tüketimi engellenmelidir.
- Rehabilitasyon gibi kâr amacı gütmeyen, zahmetli, uzun süreli ve yüksek maliyetli hizmet sunan işletmeler teşvik edilmeli, kamu sahipliğindeki ise desteklenmelidir. Tıbbi teşhis ve tedavide kullanılan her nevi cihaz, araç gereç ve malzemelere ilişkin ülke şartlarına uygun standartlar geliştirilmeli, bu tür malzemelerin yurt içinde üretimi teşvik edilmeli, bu tür girdilerin sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki etkilerinin azaltılabilmesine ilişkin standartlar geliştirilmeli ve kullanımları sağlık sigortası teminat paketleri ile denetim altına alınmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ayrılmalıdır.

Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı

Türkiye'nin Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı'nın hedefleri, politikaları ve uygulamaları dönemin Devlet Bakanı Kemal Derviş tarafından 15 Mayıs 2001 tarihinde açıklanmıştır. Program'da mali sektörün yeniden yapılandırılması, devlette şeffaflığın artırılması, kamu finansmanının güçlendirilmesi, ekonomide rekabetin ve etkinliğin artırılması ve sosyal dayanışmanın güçlendirilmesi amacıyla yasal düzenlemelerin uygulamaya konulması öngörülmüştür. Sosyal güvenlik kuruluşlarının harcamalarının disiplin altına alınarak, açıklarının dengeli bir bütçe politikası çerçevesinde bütçeden aktarılacak transferlerle karşılanması; sağlık primleri ve katkı

paylarının sosyal güvenlik reformunun bir parçası olarak artırılması hedeflenmiştir (tisk, 2009).

Program çerçevesinde kamuoyuna “Derviş Yasaları” olarak sunulan 15 yasal düzenleme yapılmıştır. Önceden başlayan ve halen sürmekte olan sosyal güvenlik reformu alanında 1999 Ağustosunda çıkarılan kanun ile temel emeklilik ve işsizlik sigortası konularını kapsayan birinci aşama tamamlanma noktasına gelmişti. Program’la da sosyal sigorta kuruluşlarının yeniden yapılandırılması, bireysel emeklilik sisteminin uygulamaya konulması, sosyal yardım ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ana başlıklarını kapsayan ikinci aşamaya geçilmiştir.

Yapısal reformlar da, kamu maliyesi ve para programları ile birlikte Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı’nın 3 temel unsurundan biridir. Küreselleşen dünya ekonomisinde gelişmiş ve çağdaş ekonomilerin izlediği yola paralellik gösteren yapısal reformların temel amacının, mal ve hizmetlerin üretim miktarları ile fiyatlarının piyasa kuralları kapsamında belirlenmesini ve böylece kıt kaynakların en etkin biçimde halkın önceliklerine göre kullanımını sağlamak olduğu belirtilmiştir.

Program, adı farklı olmasına karşın içerdiği taahhüt niteliğindeki hedefler dolayısıyla bir çeşit Niyet Mektubu özelliği taşımaktadır. Nitekim Program’da yer alan hususlar, IMF ile varılan anlaşmaya da konu olmuş ve IMF’ye verilen Niyet Mektubu ile uluslararası kamuoyuna açıklanmıştır (hazine, 2009). Stand-by anlaşmaları aracılığıyla kredi teminini sağlayan taahhütlerin belgelendiği Niyet Mektupları’nda kamu reformlarının yapılacağı vurgulanmış ve yasal düzenlemelerin çıkarılmaları takvime bağlanmıştır. Örneğin; dördüncü gözden geçirmeye dair 05.04.2003 tarihli Niyet Mektubu’nda, üç sosyal güvenlik kuruluşunun tek bir çatı altında toplanması amacıyla hazırlanacak çerçeve kanunun 2003 yılı sonuna kadar yürürlüğe alınması hedeflenmiştir (tcmb, 2003). 26.04.2005 tarihli Niyet Mektubu’nda da, sağlık ve eğitim hizmetlerinin verimliliğinin arttırılacağı; sosyal güvenlik harcamalarının, ilaç ve diğer tıbbi malzeme giderlerindeki hızlı artışın önünün kesilmesi suretiyle kontrol altına alınacağı taahhütleri yer almıştır. Emeklilik reformuna ilişkin kanun ile sosyal güvenlik reformuna ilişkin idari yapılanma kanununun, 2005 yılı Haziran ayı sonuna kadar TBMM’den geçmesi taahhüt edilmiştir. 2006 yılından itibaren Genel Sağlık Sigortası uygulamasına başlanmasının tasarlandığı, sağlık sektöründeki reformların

getirebileceği olası ilave maliyet için, ihtiyaç duyulduğu takdirde telafi edici mali tedbirler alınacağı diğer belirtilen hususlardır (tcmb, 2005).

Acil Eylem Planı ile 58. ve 59. Hükümet Programları

3 Kasım 2002 genel seçimleri sonrasında Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) tarafından kurulan 58. Hükümet'in Programı, 23 Kasım 2002'de TBMM Genel Kurulu'nda dönemin başbakanı Abdullah Gül tarafından okunmuştur. Hükümet Program'da, "yönetişim" anlayışı içinde etkili bir kamuoyu denetimini kaçınılmaz gördüğünü; devlet-piyasa-toplum üçlüsünün birbirinin alternatifi değil, tamamlayıcıları olduğunu, sürdürülebilir hızlı bir kalkınmanın da ancak bunların oluşturacağı sinerji ile sağlanabileceğini; katılımcılığın, kamu kesimi ile toplum arasında diyalogu ve işbirliğini besleyecek, etkin bir mekanizma olarak destekleneceğini; yönetim ve karar alma sürecinin her aşamasında toplam kalite anlayışının benimsenip, belirsizlikleri azaltacak, "öngörülebilir" bir yönetim sağlanacağını ifade etmiştir. Kamuda yöneticiler ile çalışanlar arasında yapılacak sözleşmelerle performans yönetiminin geliştirilmesi, uzun vadede performansa dayalı ücret sistemine geçilmesi; eğitim, sağlık, çevre gibi sosyal boyutu olan hizmetlerde, işbirliğine dayanan modeller geliştirilmesi hükümetin hedefleri arasında yer almıştır (belgenet, 2002).

Sağlıkta Dönüşüm Programı

"Sağlıkta Dönüşüm Programı", sağlık alanındaki son reform çalışmalarının çerçevesinde gerçekleştirildiği programın genel adıdır. AKP'nin daha önce uygulama alanı bulamamış benzer çalışmaları artık hedefe götürme niyetinde olduğunu açıkladığı Program'ın amaçları, sağlık hizmetlerinin *etkili, verimli ve hakkaniyete uygun* bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. *Etkililik*, uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasının önlenmesi amacıyla ilgili bir ölçüt olarak görülmüştür. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin arttırılması gibi epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemeler, bu ölçüte ne kadar ulaşıldığının en somut kanıtı olacaktır. *Verimlilik*, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmış, insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç

kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmiştir. *Hakkaniyet* de, bütön insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması olarak belirtilmiştir. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kıır-kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması amacına, hakkaniyet kapsamında yer verilmiştir.

Program'ın temel ilkelerine özetle aşağıda yer verilmiştir:

- *insan merkezlik-* sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyin, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınması,
- *sürdürülebilirlik-* geliştirilecek olan sistemin ölke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi,
- *sürekli kalite gelişimi-* ulaşılan nokta yeterli görölmeyerek, hep daha iyinin aranması, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulması,
- *katılımcılık-* sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması,
- *uzlaşmacılık-* demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözetererek ortak noktalarda buluşulması,
- *gönüllölük-* sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllölü bir şekilde yer almalarının sağlanması,
- *güçler ayrılığı-* sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması; böylece çıkar çatışmasının engellenmesi,
- *desantralizasyon-* merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtulmak, hızlı karar mekanizmalarına sahip, kaynakları daha verimli kullanabilecek idari ve mali yönden özerk işletmeler kurulabilmesi için gereklidir,

- *hizmette rekabet-* sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması; böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşturulması ilkesidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, yukarıda belirtilen ilkeler çerçevesinde amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Örgütü'nün "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası, AB tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve Türkiye tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk sağlık mevzuatının, AB sağlık mevzuatıyla uyumlu hale getirilmesinin de dikkate alınacağı vurgulanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, sektörü bütün boyutlarıyla kavramak üzere şekillendirilmiş, birbiriyle ilişkilendirilmiş, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içeren toplam 8 bileşene yer verilmiştir. Bu bileşenler aşağıda kısaca açıklanmıştır:

- **Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı:** Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılmasının sağlanacağı ve Bakanlığın, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacağı belirtilmiştir. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasa'da tanımlandığı şekli gibi devletin sağlık sektörünü "tek elden planlama" görevini yerine getirecektir. Sağlık Bakanlığı, dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran bir yapılanma modeliyle yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, sağlık hizmetlerini planlama ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı içerisinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görevi ve sorumluluğu, politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır.

- **Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası:** Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulması hedeflenmiştir. Günümüzde toplumun önemli bir bölümü SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart uygulaması ile bir sağlık sigortası içine alınmış olmasına rağmen, sigortalı olmayan önemli bir kesim bulunduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvenlik kurumları arasında standart birliğini sağlamak, farklı

düzyey ve yollarla hizmet üretimini veya satın almasını ortadan kaldırmak; hizmet kalitesini arttırmak; her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak; fiyat kontrolü ve sağlık hizmetlerinin finansmanını tek elden karşılamak ve hasta ile hekim arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Toplumun tamamını sağlık açısından güvence altına alacak bir Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması için Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan ve hala yapılmakta olan şu çalışmalar mevcuttur.

-Ödeme gücü olmayanları tespit etmek üzere bir fakirlik sınırı belirlenmesi çalışması,

-Ödeme gücü olmayanların primlerini kısmen veya tamamen kamu kaynakları ile karşılamak üzere kaynak oluşturulması çalışması,

-Sosyal güvencesi bulunmayanların primlerini toplamaya yönelik bir sistem kurulması çalışması,

-Sağlık primleri havuzu sosyal güvenliğin diğer dallarından ayrılarak, kendi iç dengelerinin kurulması çalışması,

-Sağlık hizmetlerinde temel teminat paketi belirlenmesi çalışması,

-İl ve gerektiğinde ilçe düzeyinde, sağlık hizmet ihtiyacını belirlemeye yönelik demografik ve epidemiyolojik özelliklere dayalı olarak ihtiyaç tespiti yapacak bir yapı oluşturulması çalışması,

-Belirlenmiş ihtiyaçlar doğrultusunda, birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden hizmet satın almak için sözleşmeler yapmak üzere mekanizmalar oluşturulması çalışması,

-Alınan hizmetlerin tanımlanan niteliklere uygun olup olmadığını, "yerindelik ve uygunluk" denetimleri yaparak belirleyecek bir yapı oluşturulması ile sağlık finansmanı ile ilgili bilgi eksikliğini gidermeye yönelik olarak, sağlık sektöründe kaynakların nereye ve ne kadar harcandığı yıllık bazda takip edilebilecek bir "Ulusal Sağlık Hesabı" sistemi kurulması çalışması,

-Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarındaki emeklilik sigortası ve sağlık

sigortasının birbirinden ayrılması, sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altında toplanması çalışmaları.

Her Türk vatandaşının sigorta kapsamına alınacak ve tek numara sistemi (MERNİS-Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi numarası) benimsenecek olması; primi yatırma veya sigortasız olma sorununu sağlık kuruluşlarının değil, sigorta kurumunun takip edecek olması; hizmet üretenlere geri ödemenin tek elden, düzenli ve zamanında yapılacak olması Genel Sağlık Sigortası konusunda önemli noktalar olarak saptanmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde bu çalışmaların başlatılmış olduğu bilgisi de eklenmiştir.

Program'da, Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da teşvik edileceği ve gelişiminin destekleneceği, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmalarının sağlanacağı ifade edilmiştir. Böylece, zorunlu Genel Sağlık Sigortası'nın kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir.

■ **Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi:** Program'da, sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının yaratılması gerektiği düşünülmüştür. Bu bağlamda, bir yandan sosyalizasyon politikasının bir armağanı olan Sağlık Ocağı ağı güçlendirilirken, bir yandan da vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün de hizmet ağında yer alması öngörülmüştür. Programda, iktidarın kır-kent, doğu-batı eşitsizliğini azaltmak için, her bölgede eşit oranda kamu sağlığı olanaklarının kısılması ve özel sektöre devredilmesi gibi bir anlayış içinde değil; aksine ihtiyaç olan yerlerde kamu olanaklarının geliştirilmesi, niteliğinin artırılması ve özel sektör imkanları ile hizmet yarışına girilmesi hedefinde olduğunu özellikle belirtmesi dikkati çekmektedir.

-**Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği:** Temel sağlık hizmetleri alanında, iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışının oluşturulabilmesi için; genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının göreceli durumlarının iyileştirilmesi ve kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi

yanında, kentlerde yetersiz kalan bu hizmetlerin kamu sağlığı merkezlerince yaygın, örgütlü ve disiplinli bir şekilde yürütülmesi amaçlanmıştır. Bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği hekimler tarafından yürütülmesi de hedefler arasında yer almıştır.

Program'da, aile hekimlerinin sayıca yetersiz olduğu; uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek başlanmasının en pratik çözüm olacağı; böyle bir başlangıcın, kimlik ve prestij kaybına uğramış pratisyen hekimliğin yeniden itibar kazanmasını sağlayacağı ileri sürülerek, farklı kesimlerce sürdürülen "aile hekimi" veya "genel pratisyenlik" tartışmaları yersiz bulunmuştur. Kırsal bölgelerde yaygın olan sağlık ocağı alt yapısının bu tür uygulamalara zemin oluşturacağı; yetersiz alt yapının olduğu kentlerde de, serbest hekimlik uygulamaları ve özel sağlık merkezlerinin sistemde yer alabileceği belirtilmiştir. Koruyucu diş hekimliği uygulamalarının birinci basamakta yer alması planlanmıştır.

-Etkili, Kademeli Sevk Zinciri: Hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti alması amacıyla hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimliği uygulaması", etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı olarak görülmüştür. Sevk sisteminin tek yönlü olmayıp, sadece yukarı değil, aşağıya doğru da işleyen bir mekanizması olduğu eklenmiştir. Böylece, tanı veya tedavi için ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara sevk edilen hastaların çoğu tedavinin devamı, izleme ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilecektir. Hastanın kayıtlarını tutmakla sorumlu olan hekimin sevk ettiği hastasına ikinci basamakta verilen konsültasyon hizmetinin geri bildirimini tıbbi kayıt sistemini güçlendireceği belirtilmiştir. Kaliteli, daha kısa sürede ve düşük maliyette sağlık hizmeti sunmayı mümkün kılan sevk zincirine girmek istemeyen ve doğrudan hastaneye baş vurmaya tercih eden hastaların ek maliyete katlanacağı ve bunun sosyal devlet anlayışına ve hasta haklarına aykırı bir durum oluşturmayacağına da yer verilmiştir.

-İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Program'da, hastanelerin tümünün, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydıyla bütün vatandaşlara hizmet verebilmesi, hastanelerin hizmet kalitesi ve fiyat uygulamaları açısından denetim altında tutulması hedeflenmiştir. Sağlık finansmanında kurumların değil, bireylerin destekleneceği sistemde, hizmeti sunan kurumlar ürettikleri hizmet

oranında pay alacaklardır. Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için merkeze bağımlı yapısından kurtulması gerekli görölmüştür.

Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerine hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini açısından özerklik tanınacağı belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı denetiminde özerk kurumlar haline gelecek tüm kamu sağlık kuruluşlarında öncelikle hizmet sunumu birliği sağlanacak, ikinci aşamada da her tesise ayrı ayrı özerklik tanınacaktır. Sağlık kuruluşlarının devlete direkt bağlı olmak zorunda olmadığı belirtilen Program'da, belediyeler, özel şirketler, vakıflar, il idareleri ve üniversitelerin sağlık kuruluşu kurmasına imkan tanınmıştır. Yerel dinamiklerin karar mekanizmasında rol aldığı müşteri odaklı organizasyon yapılmasına ve performansa bağlı ödeme sistemlerine geçilmesi öngörölmüştür.

■ **Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü:** Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin AB'ye uyum süreci de dikkate alınarak görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması hedeflenmiştir. Hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimlerinin ülke ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi amacıyla üniversitelerle iş birliğinin geliştirilmesi ve aile hekimliği için yeni bir müfredat programının oluşturulması öngörölmüştür. Programının özünü oluşturan "aile sağlığı" kavramının güçlenerek yaşama geçmesi için "aile sağlığı hemşireliği"nin geliştirilmesi ve bu hizmetin birinci basamak içerisinde güçlü bir şekilde yer alması hedefine yer verilmiştir. Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesine önem verileceği ve sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımlarının sağlanacağı ifade edilmiştir. Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve meslek derneklerinin sistemde aktif olarak yer almasının gereğine değinilmiştir. Sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımının teşvik edici gönüllü politikalarla sağlanması, böylece zorunlu hizmetin kaldırılması üzerinde durulmuştur.

■ **Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları:** Program'da, sektörel analizler yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak,

sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek, halk sağlığı bilimini gelişmiş teknikler kullanarak, multidisipliner bir yaklaşımla uygulayacak ekipler yetiştirecek bir kuruma ciddi anlamda ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Bu anlamda, Cumhuriyet'in bir kuruluşu olan Hifzısıhha Okulu'nun günün ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda yeniden canlandırılması niyetine yer verilmiştir. Tıp eğitimini, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkaracak, tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapı oluşturulması öngörülmüştür.

■ **Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon:** Program, kalite, ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını olması gerektiği gibi düzenleyecek, özerk yapıda, sektörün taraflarının yönetiminde söz sahibi olduğu, "Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu"nun kurularak, gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer şekilde faaliyete geçmesini amaçlamıştır. Kurum sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu ölçümleri sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak amacıyla kullanacaktır. Böylece hizmet sunucuların performanslarını içeren veri tabanları oluşturulacak ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi sağlanacaktır.

■ **Akılci İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma:** İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normlarda, siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar kurulması planlanmıştır.

-**Ulusal İlaç Kurumu:** Program'da, sağlık hizmetlerinin en önemli girdilerinden ilaçla ilgili uzun yıllardır yaşanan sorunların bilimsel esaslar çerçevesinde, tarafların karşılıklı diyalogu ve uzlaşmacı yaklaşımları ile çözülmesine yönelik bir platform oluşturulması; ilaçla politikalarının belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere, her türlü etkiden uzak olarak ulusal politikalar doğrultusunda uygulamalarda bulunacak "Ulusal İlaç Kurumu"nun oluşturulması hedeflenmiştir. İlaçların ruhsatlandırmasıyla ilgili sürecin daha

etkili, daha şeffaf ve daha süratli hale getirileceği belirtilmiştir.

-Tıbbi Cihaz Kurumu: Tıbbi cihaz ve malzemede ithale dayalı bir akışın mevcut olduğu; denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referansların dikkate alındığı dile getirilmiş ve uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesinin tanziminin yerli üretime kolaylık sağlayacağı, tanı ve tedavi güvenilirliğini, hizmet verimini, kaliteyi arttıracığı, zaman ve malzeme israfını önleyeceği tespiti yapılmıştır. Tıbbi malzeme ve cihaz konusunda da standardizasyon ve denetimin önemi vurgulanarak, hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış, bilgi veri tabanları oluşturulması amaçlanmıştır. Tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirilmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlayarak uygulama yapacak, bir "Tıbbi Cihaz Kurumu"nun kurulması planlanmıştır.

■ **Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi:** Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferinin sağlanması ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması için "Sağlık Bilgi Sistemi" kurulması amaçlanmıştır. Böyle bir sistemin, sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını, sevk zincirinin daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelmesini, hizmetlerin verimliliğini geliştirmeyi, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmeyi mümkün kılacağı belirtilmiştir. Sağlık Bilgi Sistemi; sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon da üstlenecektir. MERNİS numarası gibi özgün bir referans numarasının benimsenmesiyle, sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri eşleştirmenin kolaylaşacağı, tedavi için başvuran hastaların sigortalı olup olmadıklarının hızlı olarak teyit edileceği ve birden fazla sigorta sisteminin imkanlarından yararlanan kişilerin tespit edilebileceği ortaya konmuştur.

2.5. Sağlık Reformları Çerçevesinde İstihdam Politikaları

2.5.1. Sözleşmeli Personel Çalıştırma

Sağlık Bakanlığı, IMF programları dolayısıyla Maliye Bakanlığı'nın kadro vermemesi nedeniyle karşılayamadığı personel ihtiyacı için hizmetlerin sözleşmeli personel ve satın alınma sistemiyle gördürülmesi formülü getirmeye çalışmıştır (istabip, 2009). Bu çerçevede, 24 Temmuz 2003 tarihli 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 4924 sayılı *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun* yürürlüğe konmuştur.

Kanunun amacı, eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere sözleşmeli personel istihdam etmek olarak belirlenmiştir. Kanun'un 5. maddesinde, hizmet sözleşmesinin uygulanma süresinin mali yılla sınırlı olması kuralı getirilmiş; sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi emsali devlet memurları ile aynı kabul edilmekle birlikte, bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda, normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalışma zorunluluğu getirilmiştir. Bu çalışmalarının karşılığında ek ücret ödenmeyeceği; sözleşmeli personelin kazanç getirici başka bir iş yapamayacağı, resmi veya özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak görev alamayacağı, serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemeyeceği ifade edilmiştir. Otuz günü aşan hastalık izinlerinde sözleşmeli personele yarım sözleşme ücreti ödenmesi; yıllık izinlerin birleştirilememesi ve yıllık izinden düşülmek üzere mazeret izni verilmemesi, diğer dikkat çeken hükümlerdir.

Asıl amacının, kamudaki personel istihdamını azaltmak olduğu gerekçelerinden de anlaşılan Kanun'un 11. maddesiyle 657 sayılı kanunun 36. maddesine eklenen paragrafla, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetlerine dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, hizmet satın alınması yoluyla gördürülebileceği hükmü getirilmiştir. Böylece, kamu sağlık kurumlarında temizlik, yemek vb. hizmetlerde olduğu gibi sağlık personeli açısından da özel şirketler aracılığıyla istihdamın, başka

bir deyişle taşeronlaşmanın ve özelleştirmenin önünün açıldığı, Bakanlığın sağlık hizmeti üretiminden elini çektiği yönünde yorumlar yapılmıştır. Söz konusu madde hem 657 sayılı kanunla çeliştiği hem de Anayasa'nın "...kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür. Memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenlenir" diyen 128. maddesine aykırı olduğu gerekçesiyle eleştirilmiştir. Eleştirilerin haklılığını dayandırdığı nokta, kamu sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti veren başta hekimler olmak üzere diğer sağlık personelinin görevlerinin kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler olduğu; oysa eklenen hükümlerle, kamu sağlık görevlilerinin, bir kısım tacirlerin işçisi haline getirilmesinin mümkün kılındığı ve süreklilik ilkesinin kaldırıldığı noktasıydı.

4924 sayılı kanunun 11. maddesine dayalı olarak 05.05.2004 tarihinde yürürlüğe konulan *Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller* isimli düzenleyici işlemle sağlık taşeronlaşma uygulaması başlamıştır. 27.05.2004 tarihli bir genelgeyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler hizmetlerini taşerona devredecek ihaleleri açmaya başlamışlardır. İstanbul'daki Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahi Hastanesi Temmuz ayında açtığı 6 ay süreli "ortaöğretim düzeyi sağlık hizmeti satın alma ihalesi"nde, 68 adet hemşirelik hizmeti, 8 adet radyoloji teknisyenliği hizmeti, 7 adet anestezi teknisyenliği hizmeti, 6 adet laboratuvar teknisyenliği hizmeti, 5 adet acil tıp teknisyenliği hizmeti ve 5 adet toplum sağlığı sağlık memurluğu hizmetini; "yükseköğretim düzeyi sağlık hizmeti satın alma ihalesi"nde 2 adet eczacılık, 74 adet hemşirelik, 1 adet fizyoterapistlik hizmetini, 6 ay süreyle taşeronlaştırmıştır. Benzer biçimde, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2004 Ağustos ayında, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetlerine ait toplam 120 adet görevi taşeronlaştırmıştır. Ankara'daki Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi de 2004 Temmuz ayında, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri satın alma ihalesi açmıştır.

25 Ağustos 2004'te Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bir genelgeyle tıp doktorluğu "ikinci bir emre kadar" taşeronlaştırılacak hizmetler arasından çıkarılmıştır

(Aslan, 2005; 372-373). Taşeronlaşma sürecine bir tepki Türk Tabipleri Birliği'nden gelmiştir. 11. maddeyle eklenen paragrafın Anayasa'ya aykırılığına ilişkin gerekçelerinin "ciddiliği" göz önünde tutularak, dosyanın Anayasa Mahkemesi'ne gönderilmesi, *Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller* isimli düzenleyici işlemin iptali ve bu işleme dayanılarak yapılan bir ihalede yürütmenin durdurulması istemiyle TTB tarafından Danıştay'da açılan dava sonucunda, 24.11.2004 tarihinde, adı geçen işlemin yürütülmesinin durdurulmasına ve dosyanın Anayasa Mahkemesi'ne gönderilerek, Anayasa'ya aykırılık itirazı hakkında bir karar verilinceye kadar kanunun anılan hükmünün yürürlüğünün durdurulmasına karar verilmiştir (ato, 2009).

Sözleşme uygulamasını devletin, kamunun ve Sağlık Bakanlığı yapılarının küçültülmesinin ve piyasa düzenlemesinin bir aracı olarak değerlendiren görüşler bulunmaktadır. Sağlık sektörünü çok başlılaştırıcı, yönetsel maliyetleri yükseltici, kurumlar arasında gereksiz rekabet yaratıcı özellikleri bulunan sözleşme sisteminde, planlamanın zayıfladığı, kamusal çıkarların yerini işletme çıkarlarının aldığı, maliyetlerin düşürülmesinin, ancak ücretlerin baskılanması ve işten çıkarmayla olanaklı olduğu ileri sürülen görüşler arasındadır. İddiaları doğrulamak için hastanelerde yemek, temizlik gibi destekleyici hizmetlerin sözleşmeyle özel sektöre devri sonrasında kalitenin arttığına ilişkin hiçbir önemli veri olmaması ve sözleşme ilişkilerinin sağlık alanında dikkate değer hiçbir kazanım sağlamadığına işaret eden İngiltere'deki deneyimler örnek gösterge olarak sunulmaktadır (Belek, 1998; 436).

2.5.2. Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması

Sağlık Bakanlığı'nın 21 Nisan 2003'te 10 hastanede pilot olarak başlattığı "performansa dayalı döner sermaye" uygulamasının 1 Ocak 2004'ten itibaren tüm devlet hastaneleri ve sağlık ocaklarında hayata geçirilmesine karar verilmiştir. Uygulamanın amacı, hastanelerde bir yandan kalite artışını sağlarken, bir yandan da performans artırımını teşvik ederek çalışan-çalışmayan ayrımını yapmak olarak belirlenmiştir. Performans puanının hesaplanmasında hastane ortalaması, istatistikler

(örneğin; o ameliyatın Türkiye ortalaması), muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, bakılan hasta sayısı, personel sayısı, branş, serbest meslek yapılıp yapılmadığı, unvan, aktif çalışılan gün sayısı gibi kriterler esas alınmıştır. Uygulamadan hastane personelinin de yararlanması ve ameliyathane, doğumhane, laboratuvar gibi riskli bölümlerde çalışanların döner sermayeden aldığı payın, diğerlerinden fazla olması kararlaştırılmıştır. Hekiminden memnun olmayan hastaya, başka hekimi seçme olanağının tanınmasıyla da, baktığı hasta sayısını arttırarak döner sermayeden aldığı payı yükseltmek isteyen hekimlerin, güler yüzlü hizmet anlayışıyla hastalara yaklaşmalarının teşvik edileceği ve hastaların da bundan memnun kalacağı iddia edilmiştir (İstabil, 2004).

Sağlık Bakanı Akdağ, başlattıkları performans dayalı ek ödeme uygulamasıyla yapılan her işlemin kayıt altına alınması nedeniyle sistemdeki israf, kayıp ve kaçakların azaltıldığını, malzemelerin ucuza temin edildiğini, hastanelerde düzenli kayıt sistemi oluşturduğunu, kayıt-dışı işlerin asgariye düştüğünü ve uzman hekimlerin gönüllü olarak vergisi yüksek muayenehanelerini kapattıklarını bildirmiştir (Ankara Haber, 2009). Bazı çevrelerce ortada bir gönüllülük değil, zorlama olduğu ve uygulamanın 2006 yılı sonunda kanunen sona erecek olmasının, daha sonraki süreçte hekimlerin düşük ücretle, sözleşmeli olarak çalıştırılmasını haber verdiği yorumları yapılmıştır (Medimagazin, 2005).

Uygulamanın suiistimale açık olması eleştirilmiştir. Örneğin; bir cerrahın, kesin endikasyonu olmadan sadece o ay ki döner sermaye payını yükseltmek için bir operasyon yapabilmesine ya da bir hekimin hasta için daha yararlı olan tedavi yöntemini değil de, daha çok puan getirici yöntemi seçebilmesine, böylece hekimin gelir miktarını belirleyebilmesine fırsat vermesi endişe yaratmıştır. Taşrada çalışan bir hekimle şehir merkezindeki bir hekim arasında bakılan hasta sayısı, hastane performansı gibi nedenlerle taşradaki hekim aleyhine oluşacak farkın zamanla dengeleneceği; çünkü hekimlerin daha fazla özlük hakkı elde etmek için yığılma olan yerlerden taşraya geçeceği, böylece bölgelerarası dengesizliklerin kendiliğinden azalacağı değerlendirilmiştir (Medimagazin, 2004). Ancak döner sermaye uygulaması bir yana 4924 sayılı kanun bile bu dengesizliği gidermede istenilen derecede çözüm olmamıştır.

Kalite hedefiyle yola çıkılmasına rağmen, niceliğe yönelterek niteliği, yani kaliteyi arka plana atması performans uygulamasına yöneltilen en büyük eleştirilerdendir. Hekimlerin hızlı muayeneye teşvik edilmesinin muayene sürelerini kısalttığı ve kaliteyi düşürdüğü; tedavi işlemlerinin, ameliyat, radyoloji, laboratuvar sayılarının arttığı, bunun da ülke ekonomisine ek yük getirdiği ileri sürülmektedir (medimagazin, 2004). Bazı hekimlerin memnuniyet verici bulduğu uygulamayla ilgili diğer eleştirileri de hekimler arasındaki eşitsiz ödemelerin çalışma barışını ve motivasyonu olumsuz yönde etkilenmesi; hekimler arası rekabet sebebiyle ekip anlayışının zedelenmesi; Sağlık Ocaklarına yazar kasa konması; mesleki saygı ve doyum duygusunun olumsuz etkilenmesi, etik olmayan uygulamalara yol açılması, hastaların tedavi maliyetlerinin artması; mesleğe yabancılaşmaya neden olması; eğitime ayrılan süreyi ve önemi azaltması şeklinde özetlemek mümkündür.

III-ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SÖZLEŞMELİ SAĞLIK PERSONELİ İSTİHDAMININ ELEŞTİREL BİR DEĞERLENDİRMESİ

Giriş:

Alan çalışmasının temel amacı çalışmanın 1. bölümünde üzerinde durulan (esnekleştirme, düzenleme dışı bırakma, kuralsızlaştırma, piyasalaştırma) hususların somut parametreler ışığında değerlendirilmesidir. Bu somut parametreler arasında üzerinde durduğumuz temel süreçler; iş yoğunlaşması, mesleki tatmin, iş doyumu sendikal örgütlenme, farkındalık ve sınıf bilinci gibi olgularını yerinde araştırmaktır. İlerleyen sayfalarda bu parametreler somut veriler ışığında irdelenecektir.

Çalışmanın ileri sürdüğü hipotezlerin başında, esnekleştirme uygulamalarının çalışan üzerinde baskı oluşturduğu, esnek istihdam politikalarının emek sürecini parçaladığı ve çalışanlar arasında kamplaşma yaratarak çalışma barışını bozması gelmektedir. Yine öne sürülen bir diğer hipotez; sağlık hizmetlerinin sunumu olarak kamu yönetiminden kamu işletmeciliğine geçiş sürecine doğru bir paradigma değişikliği içine girdiğidir. Ayrıca bu sayılanların yanında üzerinde durduğumuz bir başka önemli nokta; sağlık hizmetlerinin piyasalaştırıldığı ve bunun da sağlıkta dönüşüm programının ortaya çıkardığı sonuçlar olduğudur. İkinci bölümde sağlıkta dönüşüm programının bir hükümet politikası olarak ortaya çıkardığı/çıkarmaya çalıştığı yeni yapılanmalar üzerinde kuramsal bazda durduk. Çalışmanın bu kısmındaysa bu kuramsal çatının tabanda yarattığı etkiler üzerinde durularak bunlar açıklamaya çalışacağız. Kamuda birden fazla istihdam modelinin bir arada görülmesi, çalışan-çalışan ilişkisi, çalışan-yönetim ilişkisi ve çalışan-sistem ilişkisini temelden değiştirmiştir. Bu değişim çalışanların gelecek algısı ve gelecek beklentisini doğrudan değiştirmiştir. Çalışmanın ortaya attığı önemli bir hipotez de budur.

3.1. Araştırma Süreci

Bu çalışmanın uygulama alanı İzmir ili olup üç tane ilçe hastanesi, ilçe toplum

sağlığı merkezleri ve il merkezinde bulunan Devlet Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri olmak üzere toplam 10 tane hastaneden örnek alınmıştır. Evrenden rastgele seçim yöntemiyle toplam da 100 tane denek seçilerek araştırma sürecine dahil edilmiştir. Örneklem alınırken büyük kapasiteli hastanelerden daha çok sayıda örneklem alınmış olup, küçük kapasiteli hastanelerden ise daha az sayıda örneklem alınarak örneklemin temsil yeteneği yüksek tutulmaya çalışılmıştır.

Örneklem oluşturulurken evrenimizi oluşturan denekler arasında tam sayı üzerinden örnekleme yapılmıştır. Örnekleme yapılırken branşların toplam evren içerisindeki sayıları da göz önüne alınmıştır. Araştırmanın konusu sözleşmeli sağlık personeli olduğundan daimi statüde çalışanlar bu örneklem dışında tutulmuştur.

Örneklem alınan kamu sağlık tesislerinin yatak kapasitesine bağlı olarak örneklemden deneklerin sayısı belirlenmiştir. Başka bir anlatımla örneklem oluşturulurken evrenin yapısı ve evreni oluşturan unsurların öznel yapıları dikkate alınmıştır.

Araştırma sürecinde ziyaret edilen hastanelerde ve birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki deneklerden önceden randevu alınarak daha önceden hazırlanan soru formu deneklerle tek tek ve yüz yüze görüşülerek alan çalışması gerçekleştirilmiştir.

Alan çalışması sırasında çalışma hakkında geniş bilgi verilmiş ve deneklerde oluşacak olası bir sübjektif konumlandırmanın önüne geçilmeye çalışılmıştır. Ayrıca sorular deneklere yöneltilirken oldukça açık ve net bir dil kullanılarak deneklerin sorulan soru hakkındaki düşüncesine ulaşmaya çalışılmıştır.

3.2.Araştırmaya İlişkin Demografik Bilgiler:

Alan çalışmasını oluşturan örneklemin yaş ve cinsiyet dağılımı aşağıda sunulmuştur. Yaş aralıklarına göre örneklem değerlendirildiğinde çalışma hayatına henüz yeni başlayanların ağırlıkta olduğu, bir başka deyişle, sözleşmeli çalışan personelin sağlıkta dönüşüm programının uygulanmaya başlandığı 2002 ve sonraki dönemleri kapsadığı görülmektedir.

Tablo 1 A: Cinsiyete göre dağılım.

| | |
|--------------|----|
| KADIN | 72 |
| ERKEK | 28 |

Tablo 1 B: Yaşa göre dağılım

| | |
|------------------|----|
| 20-25 Yaş | 12 |
| 25-30 Yaş | 80 |
| 30+ Yaş | 8 |

Çalışmanın yapıldığı kurum ve kuruluşlardaki yardımcı sağlık personelinin eğitim durumları incelendiğinde önlisans ve lisans mezunlarının ağırlıkta olduğu lise mezunlarının ise daha az sayıda olduğu görülmektedir. Sağlık sistemindeki Avrupa Birliği uyum süreci uygulamalarının bir sonucu olarak lisans ve önlisans mezunlarına çalışma hayatında ağırlık verildiği gözlenmektedir. Lisans ve önlisans mezunlarının ağırlıklı olarak işe alınmasındaki bir diğer etken ise bu gruba giren personelden kendi alanlarının dışında da yararlanmaktır. Bir başka açıdan fonksiyonel esneklik istenmesinin bir sonucudur. Ayrıca üzerinde durulması gereken bir diğer husus ise, nitelikli bir eğitim alan yardımcı sağlık personelinin ikinci planda tutulması, sistemin merkezine çekirdek işçi diye tabir edebileceğimiz doktorların konulması ve özlük haklarının çok iyi düzenlenmesi, ücret düzeylerinin yüksek tutulmaya çalışılmasıdır. Yardımcı sağlık personeli ise daha düşük ücretli çalıştırılabilen, SSK mevzuatına tabi olup işçi sendikalarına üye olamayan, kamu işçilerinin yararlandığı mevzuat dışında tutulan çevre işçileri grubunu oluşturmaktadır.

Tablo 2: Eğitim düzeyine göre dağılım.

| | |
|----------------------------------|----|
| Lise (Sağlık Mes. Lisesi) | 18 |
| Önlisans (Sağ. Hiz.MYO) | 8 |
| Lisans | 74 |

Alan çalışmasının yapıldığı kurumların örnekleme oluşturan grup içerisindeki ağırlıklarına göre dağılımı aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo:3 Örneklemin kurumlara göre dağılımı

| | |
|---------------------------------------------------|----|
| 1.Basamak Sağ.Kur. (TSM, AÇSAP) | 12 |
| 2.Basamak Sağlık Kurumları (Devlet Hast) | 64 |
| 3.Basamak Sağlık Kurumları (Eğ.Araş.Hast.) | 24 |

Örnekleminizi oluşturan grubun Sağlık Hizmetleri içerisindeki Branşlarını düzenleyen tablo aşağıda sunulmuştur. Örneklem oluşturulurken meslek seçiminde göz önünde tutulan değişkenler; ilgili meslek gruplarının toplam sözleşmeli istihdam edilen personel sayısıdır. Örneğin örneklemdaki hemşire sayısının çokluğu, genel olarak istihdam edilen hemşire sayısı ile doğru orantılıdır. Yine teknisyen sayısı Sağlık Meslek Lisesi düzeyinde çalışan Acil Tıp Teknisyeni, Laboratuvar teknisyeni gibi branşlardan seçilmiştir. Sağlık Teknikeri ise önlisans düzeyinde eğitim veren kurumlardan mezun olarak çalışan ara elemanları oluşturan gruptur.

Tablo 4:Örneklemin Sağlık Mesleklerine Göre Dağılımı

| | |
|-----------------------|----|
| Ebe | 16 |
| Hemşire | 41 |
| Sağ.Teknikeri | 20 |
| Sağ.Teknisyeni | 13 |
| Sağ.Memuru | 10 |

Örnekleminizi oluşturan grubun Sağlık Bakanlığı teşkilatında çalışma süreleri bize sağlık sistemindeki dönüşüm için bazı fikirler vermektedir. Şöyle ki; 2002 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında başlatılan uygulamalar doğrultusunda iş hayatına sokulan esnek personel uygulamaları örnekleminizin oluşturan deneklerin çalışma süreleriyle paraleldir. Ekteki tabloda bu parametreye ilişkin bilgiler sunulmuştur. Tablo 3 incelendiğinde sözleşmeli olarak istihdam edilen personellerin 2002 ve sonraki yıllara ait dönemlerde işe alındığı açıkça anlaşılmaktadır.

Tablo 5:Çalışma SüresineGöre Dağılım

| | |
|---------|----|
| 0-2 Yıl | 36 |
| 2-5 Yıl | 55 |
| 5 yıl + | 9 |

Araştırma örnekleminizi oluşturan deneklerin cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınların ağırlıkta olduğu erkeklerin ise kadınlara göre daha az olduğu görülecektir. Bunun temel sebebi Ebelik gibi bazı mesleklerin kadınlar eliyle yürütülmesi ve Hemşirelik mesleğinde erkek personel istihdamının daha çok yeni bir uygulama olmasıdır. Teknisyen ve tekniker branşlarında ise bu sayıya birbirine yakın oranlardadır.

Örnekleminizi oluşturan grubun istihdam modeline bakıldığında tamamının sözleşmeli olduğu, kadrolu statüde çalışan memurların örneklem dahilinde olmadığı gözlenmektedir. Bunun sebebi örneklem oluşturulurken sadece sözleşmeli çalışanların evren olarak alınmasıdır. Çalışmamızın çerçevesi sözleşmeli istihdam olduğundan kadrolu çalışan sağlık personeli örnekleme dahil edilmemiş kapsam dışında tutulmuştur. Sağlık Bakanlığı teşkilatında toplam yedi farklı istihdam modeli bulunmaktadır. İstihdam modellerinin evrimleşme sürecine bakıldığında kadrolu statüden sözleşmeli çalıştırmaya doğru bir süreç yaşandığını söylemek yanlış olmaz. Bu süreç 2000 li yılların başında ücretleri hastanelerin döner sermayelerinden karşılanan sağlık personeliyle başlamış, daha sonraki yıllarda ülke genelinde merkezi bütçeden karşılanmak üzere sözleşmeli sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmış, özelleştirme uygulamaları ve taşeron çalışma uygulamalarıyla günümüze gelmiştir. Günümüzde bir kamu sağlık tesisine gidildiğinde birbirinden farklı istihdam modelleriyle çalıştırılan personeli bir arada görmek mümkündür. Sağlık sektöründeki bu dağılımın emeğin örgütlenmesini güçleştirdiği gibi, sağlık çalışanları arasında da objektif saiklere dayalı olmayan bir kamplaşma ve çatışma ortamı yaratmıştır. İlerleyen sayfalarda bu konu üzerinde ayrıca durulacaktır.

Tablo:6 İstihdam Modeli

| | |
|--------------------------|----|
| 4/B Sözleşmeli Gen.Bütçe | 63 |
| 4924 sayılı yasaya tabi | 10 |
| 4/B Döner Sermaye Büt. | 27 |

Alan çalışmanın 3. sorusuna verilen cevaplardan hareketle yukarıdaki tablo oluşturulmuştur. Yukarıdaki tablo incelendiğinde merkezi bütçeden maaş alan sözleşmeli personellerin ağırlıkta olduğu, ücretleri döner sermaye gelirlerinden karşılanan sözleşmeli çalışanların ise daha düşük sayıda kaldığı gözlenmektedir. Bunun sebebi kamu sağlık işletmelerinin kendi personel giderlerini finanse etmek konusunda mali olarak zorlandıkları söylenebilir. Mali olarak sıkıntı yaşayan işletmelerin veya merkezi bütçeyi düzenleyen hükümetlerin personel giderlerini kısıtlamak amacıyla çalışanların iş akdinin feshetmesi ise işletme mantığı çerçevesinde kaçınılmaz bir durumdur. Sözleşmeli çalıştırma modelinin tercih sebebi de personel politikaları konusunda esneklik tanınmasıdır. Nitekim sözleşmeli personelin hizmet sözleşmelerinde yer alan ‘iş akdi idarece hiçbir gerekçe sunulmadan 2 (iki) ay önceden tek taraflı olarak feshedilebilir’ ibaresi Danıştay tarafından sendikaların başvurusu üzerine açılan davalar sonucunda iptal edilmiştir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında örneklemdaki katılımcılara yönelttiğimiz 4. soru ise sözleşmeli çalışma durumunun bir tercih mi yoksa bir zorunluluk mu olduğuydu. Bu soruya verilen cevapların tamamı başka bir seçenek sunulmadığı için bu sisteme dahil olunduğudur. Modern piyasa ekonomileri rekabete dayanır ve fırsat eşitliği gibi temel bir prensibe dayanır. Fakat ülkemizdeki mevcut duruma bakıldığında yapılan esnek istihdam uygulamalarının piyasa ekonomisi mantığına aykırılık teşkil ettiği gibi, mevcut uygulamanın mimarı olan iktidarın da sıklıkla dile getirdiği bir tercihin sonucu olduğu söylemini çürütmektedir.

Çalışmanın 5. sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde ise; katılımcıların % 92 ‘si kadrolu statüye geçmek istedikleri gibi, bu konuda yapılması gereken girişimlerinde yasal düzenlemeler olduğunu belirtenlerin oranı %75 gibi yüksek bir değerdir. Bir başka anlatımla sözleşmeli sağlık personeli mevcut istihdam modelinden memnun

olmayıp, bu konuda bir yoksunluk hissi duymakla beraber kendi sınıfına ait algısı da yüksek düzeydedir. Ayrıca sözleşmeli statüden kadrolu statüye geçmek istemeyen %8 'lik kısımda kalanların tamamı 4924 sayılı yasaya tabi olarak çalışanlardır. İlgili yasaya tabi olarak çalışan sözleşmeli sağlık personeli 657 sayılı kanunun 4/B maddesine tabi olarak çalıştırılan sözleşmeli personelden görece iyi ücret almakta, özlük hakları özel bir kanunla düzenlenmiş olduğundan çalışma hayatında daha az sorun yaşamaktadırlar.

Tablo 7 A: İstihdam modelini değiştirme isteğine ilişkin dağılım

| | |
|--------------------------------------------|----------------------------|
| Kadrolu Statüye Geçmek İsteyenler | 92 (%92) |
| Kadrolu Statüye Geçmek İstemeyenler | 8 (%8- Tamamı 4924'e tabi) |

Tablo 7 B-İstihdam modeli değişikliği için yapılması gereken işlem hakkındaki görüş

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Fikrim Yok | Yasal Düzenleme Gerekli |
| 25(%25) | 75(%25) |

Çalışmada 5. soruyla ilgili olarak katılımcılara yönelttiğimiz bir diğer 6. soru ise kadrolu statüye geçmek için yapılması gereken işlemler hakkındadır. Bu çalışmaya katılan deneklerin yaklaşık %75'i daimi statüye geçmek için yasal düzenleme yapılması gerektiğini belirtirken, %25'lik kısmı bu konuda bir fikrinin olmadığını belirtmiştir. Bu konuya ilişkin katılımcının beyanı aşağıdadır.

'2005 Aralık ayından beri sözleşmeli olarak çalışmaktayım. Sözleşmeli olduğum için tayin isteme hakkım bulunmuyor ve çakılı personel durumundayım. Daimi statüye geçmek için Sağlık Bakanlığının kadro açması gerekmekte ama Maliye Bakanlığı kadro vermediğinden herhangi bir ilerleme sağlanamıyor.'

Katılımcının beyanından da anlaşıldığı gibi daimi statüye geçiş için yasal düzenleme yapılması hakkındaki bilinç düzeyi yüksektir.

Çalışmaya katılan sözleşmeli sağlık personelinin hangi yöntemle işe alındıklarını sorguladığımız 9. soruya katılımcıların tamamı merkezi sistemle yapılan kamu personel sınavları sonucunda bu pozisyona yerleştirildiklerini belirtmişlerdir.

Sözleşmeli sağlık personeli istihdam modelindeki çarpıklıkların bir diğer göstergesi ise çalışan personelin farklı sosyal güvenlik kurumlarına tabi olarak çalıştırılmasıdır. Bilindiği gibi 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren bütün sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleştirilmiş olmakla birlikte, 1 Ekim 2008 tarihinden önce herhangi bir sosyal güvenlik kurumuyla ilişkilendirilen vatandaşların eski hukuksal durumları korunmuştur. Daha yalın bir ifadeyle, 1 Ekim sürecinden önceki sigortalılar eski kurumlarının sağladığı haklardan yararlanmaktadırlar. Bizim çalışmamız açısından sosyal güvenlik kurumunun türü önem arz etmektedir. Çünkü her kurumun özlük hakları ve personel uygulamaları birbirinden farklılıklar göstermektedir. Örneğin emekli sandığı tabi bir personel 7 güne kadar tek tabip raporu aldığı anda maaşından herhangi bir kesinti olmamaktadır. Fakat aynı durum Sosyal sigortalar Kurumunda 3 günle sınırla kalmakta 3 günden sonraki rapor süreleri için ilgilinin maaşından kesinti yapılmaktadır. Yine bir diğer husus tabi olunan kurum, bir personelin çalışma hayatı içerisindeki konumunu da belirler. Örneğin ülkemizde klasik uygulama olarak nitelendirdiğimiz, memurların Emekli Sandığına tabi olması, işçilerin ise Sosyal Sigortalar Kurumuna tabi olması bunun en açık örneğidir.

Katılımcılara yönelttiğimiz 10. soru ise katılımcıların bağlı oldukları Sosyal Güvenlik kurumunun tespitine yöneliktir. Çalışmamızın örneklemini oluşturan katılımcıların tabi oldukları sosyal güvenlik sistemine bakıldığında bu modelin çarpıklığı bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Sözleşmeli sağlık personelinin büyük bir kısmı SSK mevzuatına tabidir. Sadece 4924 sayılı yasaya tabi olanlar Emekli Sandığına tabidirler. Fakat ilginç olan nokta sözleşmeli personelin ne işçi olarak kabul edildiği, ne de memur olarak kabul edildiğidir. İşçi olarak kabul edilemezler; çünkü toplu görüşme, grev gibi haklara sahip değillerdir, işçi sendikalarına da üye olamazlar. Yine 4924'e tabi olanlar Emekli Sandığıyla ilişkilendirilmişlerdir ama kadrolu statüde değillerdir ve 657 sayılı yasanın da hükümleri dışındadırlar. Sözleşmeli sağlık personelinin ancak memur sendikalarına üye olabilmektedirler. Fakat yukarıda anlatıldığı

gibi memur olarak da sistem de kabul edilmemektedir. Bütün bu değerlendirmeler sonucunda varılan nokta, sözleşmeli sağlık personelinin işçiler için uygulanan katı çalışma mevzuatına tabi tutulduğu, fakat memurlar için kısmen daha iyi haklar tanıyan 657 sayılı mevzuatın dışında tutulduğudur. Esnekleştirme ve kuralsızlaştırma süreci sonucunda emek, bilinçli bir şekilde çevre işçisi konumuna getirilmiş, sistem içinde her an gözden çıkarılabilecek bir statüye konulmuştur. İşçi sendikalarına üyelik konusunda da kısıtlamalar getiren sistem, emeğin teşkilatlanması toplu görüşme, grev gibi haklardan yoksunlaştırmıştır. Yukarıda üzerinde durduğumuz hususlarla birlikte ele alacak olursak memur sendikalarının sistem içerisindeki etkinsizliğine dair eleştiriler zaten bütün kesimlerce bilinmektedir. Sözleşmeli sağlık personelinin memur sendikalarına üyelikleri bile uzun uğraşlar sonucu elde edilmiş bir kazanım olarak sunulmuştur ki bu kazanımın da ne kadar etkili bir araç olduğu zaten ortadadır.

Tablo 8: Tabi olunan Sosyal Güvenlik Kurumuna ilişkin dağılım

| | |
|-----------------------|----------|
| SSK | 90(%90) |
| Emekli Sandığı | 10 (%10) |

3.3- Alan Çalışmasına İlişkin Ekonomik Veriler:

Çalışmanın bu kısmında üzerinde duracağımız parametrelerin temelinde; çalışma sonucunda elde edilen kazancın ne kadar olduğu, sözleşmeli çalışanlar ile daimi statüde çalışanlar arasında ücret farklılığı olup olmadığını sorgulamak ve bunun çalışanlar üzerinde oluşturduğu etkileri araştırmaktır.

İktisat teorisinde emeğin karşılığı olan ücretin çalışma hayatındaki etkisi tartışılmaz bir gerçektir. Çalışmanın bu kısmı ise emek-ücret ilişkisinin hangi şartlar altında gerçekleştiği ve hangi ölçütlere göre şekillendiğini araştırmayı hedeflemektedir.

Alan çalışmanın 11. sorusu katılımcıların aylık kazanç durumlarına ilişkindir. Aşağıdaki tabloda da katılımcıların aylık kazanç durumuna ilişkin veriler sunulmuştur. Bu tabloda çalışma açısından önem arz eden temel husus; sözleşmeli çalışanların hem

kendi aralarında hem de daimi çalışanlarla aynı işi, aynı unvanla yapmasına rağmen birbirinden farklı ücretler aldıklarıdır. Sosyal devletin eşit işe eşit ücret ilkesini görmezden gelen bu uygulamanın çalışanlar üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler ise üzerinde durulması gereken bir diğer önemli husustur.

Tablo 9:Aylık Gelir Dağılımına ilişkin dağılım

| | |
|--------------------|----------|
| 1000-1500 TL arası | 90 (%90) |
| 1500-2000 TL arası | 10 (%10) |

Kazancın tatmin ediciliği hususu alan çalışmasının 12. sorusunda katılımcılara yöneltilmiştir. Burada gözden kaçırılmaması gereken husus kazancın tatmin ediciliğinin subjektif bir değerlendirmeye dayalı olduğu gerçeğidir. Kazancın yüksekliği ile kazancın tatmin ediciliği her zaman doğru orantılı olmamakla birlikte, kazanç arttıkça tatmin etme durumunun da o ölçüde artması temel beklentidir. Bunun yanında kazanç ile çalışanın ücret tatmini arasında korelasyonel bir ilişki olduğu da bir gerçektir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevaplara ilişkin tablo aşağıda sunulmuştur. Kazançlarının tatmin edici olduklarını söyleyenlerin tamamına yakını 4924 sayılı yasaya tabi sözleşmeli çalışan sağlık personelinin olduğu gözlemlenmektedir. Bu statüye tabi olarak çalışanların diğer sözleşmeli statüde çalışanlara oranla daha iyi ücret aldıkları göz ardı edilmemelidir. Fakat bu oranın düşüklüğü de (çünkü 4924 sayılı yasaya tabi olarak çalışanların sayısı tüm sözleşmeli olarak çalışanlara oranı %18 civarındadır) gözden kaçırılmamalıdır. Ayrıca ücretlerinin tatmin edici olduğunu söyleyenlerin büyük bölümü, bu parayı çakılı personel olmalarından dolayı yol giderlerinde harcadıklarını eklemiştir. Buradan çıkarabileceğimiz sonuç daha çok vererek çalıştırma politikasının, çalışanı mutlu eder öngörüsünün geçersizliğidir. Eleman temininde günlük çekilen yerlere ücretle özendirme yapmak amacıyla çıkarılan 4924 sayılı yasanın amacına ulaşmakta yetersiz kaldığını söylemek yanlış bir çıkarım olmaz. Kazancın tatmin ediciliği konusunda katılımcıların örnek beyanları aşağıda sunulmuştur,

'4924'e tabi olarak çalışmaktayım. Aylık kazancım ortalama 1500-2000 lira civarındadır. Aldığım bu ücret 4/B'lilere göre daha fazladır, ancak daha da iyi bir ücret

düzeşim olabilirdi. Çünkü ailemden uzakta yaşıyorum ve aldığım ücret kendi masraflarım yanında ailemin uzakta olmasından dolayı yollara harcıyorum.’

Yukarıdaki paragrafta katılımcının beyanından da anlaşılacağı üzere yüksek düzeyli ücret almasına rağmen alınan ücretin tatmin ediciliğı konusunda sorunlar yaşanmaktadır. Çünkü çalışma hayatındaki tek özendirici husus ücret değildir. Ücretin tatmin ediciliğı konusunda katılımcıların verdikleri beyanlar birbirinden farklı farklıdır. Yukarıdaki katılımcının beyanından farklı olarak bir başka katılımcı sözleşmeliler arasındaki ücret düzeyinin farklılığına vurguda bulunuyor ve bunun adaletsiz bir durum olduğunu belirtiyorlar.

‘657 kadrolular, 4924 ler ve 4/B liler arasında çok fark var. Özellikle biz 4/B’lilerin hem maaşta, hem de döner sermayede kesintileri çok fazla. Ücretlerimiz diğerlerine göre çok düşük. Aylık olarak ortalama 300-400 lira fark bulunmaktadır. Fakat aynı iş ortamında çalışıyoruz.’

Katılımcıların beyanlarından da anlaşıldığı gibi uygulamadaki ücret düzeylerine bakıldığında 4924’e tabi sözleşmelilerin 657-kadrolu ve 657-4/B ye tabi çalışanlardan daha çok ücret aldığı gözlenmektedir. Yukarıdaki paragrafta da üzerinde durduğumuz husus burada da karşımıza çıkmaktadır. Ücret faktörü bir özendirme aracı olarak kullanılmış fakat yine de yüksek ücretler çalışanları çeşitli sebepler nedeniyle tatmin etmemiştir. Ücret skalasına bakıldığında ise 657 4/B ye tabi olan personelin en düşük ücreti aldığı gözlenmektedir. Bunun bir sebebi sosyal güvenlik primlerine ait kesintilerin yüksek olmasıdır. Aynı işi yapan ve aynı unvanla istihdam edilen personel arasındaki bu farklılaşmanın ortaya çıkardığı olumsuzluklar üzerinde ayrıca durulacaktır.

3.4 İş Ortamına ve Çalışma İlişkilerine Dair Veriler:

Çalışmanın bu kısmında üzerinde duracağımız parametreler çalışan-çalışan ilişkisi, çalışan-yönetim ilişkisi ve çalışanların genel olarak iş ortamıyla ilgili verilere yönelik değerlendirmelerden oluşmaktadır. Çalışma yapılırken bu konuda katılımcı birbirinden bağımsız sorular yöneltilmiş ve katılımcıların iş kaynaklı ilişkileri,

davranışları ve davranışları anlamlandırmaya yönelik tutumları belirlenmeye çalışılmıştır.

Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi bu kategoride katılımcılarımıza yönelttiğimiz 14. soru çalışma saatleriyle ilgilidir. Katılımcıların ise verdikleri cevaplar aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 10: Çalışma saatleri arasındaki farklılığa ilişkin dağılım

| | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Evet (Daha Çok çalıştırılıyorum) | %10 (Daha Çok çalıştırılıyorum) |
| Hayır (Çalışma saatleri aynı) | % 90 |

Yukarıdaki tablo incelendiğinde katılımcıların %90 lık kesimi çalışma saatleri arasında herhangi bir farkın olmadığını, eşit saatlerde çalışıldığını söylemişlerdir. Katılımcıların %10 luk kesimi ise çalışma saatleri arasında farklılık olduğunu söylemişlerdir. Yasal olarak bakıldığında bütün kesimlerin çalışma saatleri aynıdır. Fakat çalışma saatlerinin aynı olması bazılarının daha çok, bazılarının ise daha az çalıştığını göstermez. İş yoğunluğunun fazla olduğu bir birimde çalışan bir personel daha çok çalışabildiği gibi, daha az yoğun olan bir personelin ise aynı çalışma saatleri içerisinde daha az çalışması mümkündür. Bu nedenle katılımcıların da %10 luk kesimin verdiği cevaplar ışığında, sözleşmelilerin bir kısmında daha çok çalıştırıldığına dair bir algılama olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu konudaki sorumuza katılımcılarımızın bazı beyanları aydınlatıcı olmaktadır.

‘Biz 4/B’liler 45 saat çalışırken, kadrolular 40 saat çalışmaktadır. Kadrolular fazla nöbet ve mesai ücreti alırken, biz fazla çalışmanın karşılığını alamıyoruz. Fazladan tuttuğumuz nöbetler ücretlendirilmemektedir.’

‘Kadrolu çalışanlar ile sözleşmeli çalışanlar arasında elbette fark oluyor, yalnız bu uygulamaları yaparken hangi kriterlere göre değerlendirme yaptıklarını çok merak ediyorum.’

‘Eskiden oluyordu, artık aşağı yukarı aynı sayılır. İlk başlarda sözleşmeli olduğumdan çok karşılaştım ama artık hakkımı aramayı öğrenince artık olmuyor.’

Katılımcılarımızın beyanlarından da anlaşıldığı gibi, çalışma saatleri farklılığına ilişkin sorduğumuz soru, bazı katılımcılarca daha fazla çalıştırılma olarak algılanmıştır. Bu sonuç da bizim hipotezlerimizi destekler niteliktedir. Çalışma saatlerinin eşit olması, iş yoğunlaşmasının ve iş genişletmesinin önüne geçememekte, sözleşmeli olarak istihdam edilen personel üzerinde iş baskısı kurularak daha çok çalıştırılmaktadır.

Katılımcıların çalışma ilişkilerini sorguladığımız bir başka veri ise iş tanımına ilişkin 14. sorudur. Alan araştırmasının 14. sorusunda katılımcılara iş tanımlarının değişken olup olmadığı dair soru yöneltilmiştir. Bilindiği gibi iş tanımı; her çalışanın kariyerine ve unvanına göre çalışması anlamına gelmektedir. Katılımcılara böyle bir soru yönelmemizin sebebi iş tanımlarındaki esneklik hakkındaki bilinç düzeylerini ölçmektir. Katılımcıların büyük bir bölümü iş tanımlarının sabit olduğunu söylemekle beraber, katılımcıların bir bölümü ise değişken olduğunu söylemişlerdir. Değişken olduğunu söyleyenler, bunu biraz daha açtıklarında iş tanımlarında olmayan, aslında o işlerin başka bir görevli tarafından yapılması gerekli işleri de kendilerinin yaptığını söylemişlerdir. Bu bir anlamda iş yoğunlaşması, iş genişletmesi demektir. Bir çalışanın birden fazla işi yaparak, o çalışandan maksimum verim alarak esnek olarak çalıştırmak demektir. İş tanımlarının sabit olmadığını ve duruma göre değişkenlik gösterdiğini söyleyen katılımcıların bazı beyanları aşağıdadır.

‘Yaptığım iş duruma göre değişmektedir. Ben Toplum Sağlığı Teknisyeniyim.İdari memur olarak Yeşil Kart bürosunda çalıştım. Eğitim hemşiresi olarak ve aynı acil serviste Acil Tıp Teknisyeni olarak da çalıştım’

‘İşyerindeki resmi unvanım Ebe’dir. Fakat diğer birimlerde de görevlendirilmekteyim. Örneğin serviste hemşire nöbeti tutmaktayım ve zorunlu hallerde acil serviste de görevlendirilmekteyim. Ayrıca çocuk polikliniğinde de görevlendirilmekteyim.’

İş tanımlarının değişken olduğunu söyleyen katılımcılarımızın beyanlarına bakıldığında, kendi alanları dışında çalıştırıldıklarını, çalışanlardan en yüksek verimi

elde etmek için farklı uygulamalar yapıldığı sonucuna ulaşılmaktadır. İş tanımının sabit olmamasından hareketle çalışanların iş yükü de artmaktadır.

İş tanımıyla ilgili olarak katılımcılara yönelttiğimiz 15. soru ise işyerindeki işbölümünün mesleki kariyerlerine uygun olup olmadığına dair sorudur. Bir önceki soruyla bağlantılı olarak değerlendirecek olursak, iş tanımlarının sabit olmadığını söyleyenler aynı zamanda kariyerlerine uygun işi de yapmadıklarını söylemişlerdir. Her iki veri birlikte ele alındığında ortaya çıkan sonuç; kariyer ve iş bölümünün doğru orantılı olduğunu söyleyenler daha çoğunlukla olmakla beraber, iş bölümü, iş tanımının mesleki kariyerle alakalı olmadığını söyleyenler de bulunmaktadır. Bu durum da bize işletmelerin daha önceki parafta da üzerinde durduğumuz gibi, çalışandan sadece mesleki kariyerleri ilgili yararlanmakla kalmayıp, mesleki kariyeri dışında kalan işler için de çalışanın emeğinden faydalandıkları görülmektedir. Bu durumun da ortaya çıkaracağı sonuç iş yoğunlaşması ve iş genişlemesinden başka bir şey değildir. Bu hipoteze örnek olarak bazı katılımcıların beyanları iş yoğunlaşması ve iş genişletmesinin boyutlarını daha somut olarak sunmaktadır.

‘Şu an doğum servisinde ebe olarak çalışmaktayım. Fakat hem polikliniklerde hemşire olarak hem de çocuk polikliniğinde bilgisayar işletmeni olarak görevlendirilmekteyim. Bu durum da benim işe uyum sürecimi zorlaştırmakta ve verimimi düşürmektedir.’

‘Çalıştığım birimdeki iş bölümü yetersiz kalmakta, yeterli personel olmadığı gibi deneyimli personel sayısı da çok az olduğundan biz daha çok çalışıyoruz ve daha farklı işleri bir arada yapmak zorunda kalıyoruz.’

Katılımcılara rotasyon uygulamasına yönelik olarak sorduğumuz 17.soruda esnekli hakkında farklı cevaplar verilmiştir. Rotasyon uygulamasına yönelik olarak 17. ve 18 sorular birlikte değerlendirilmiştir.

Çalışmanın ileri sürdüğü önemli bir diğer hipotez ise kamu sağlık tesislerinin bir fabrika gibi fonksiyonel esnekliğe tabi çalıştırıldıklarıdır. Ayrıca bu esnek uygulamaların da çalışanlar üzerinde bir baskı unsuru oluşturup, iş baskısı oluşturduğu

yöntündeydi.

Aşağıda verilen tabloda da görüldüğü gibi bu hipotezler kısmen doğrulanmıştır. Tablo 11’de de görüldüğü gibi rotasyon uygulandığını söyleyenlerin oranı %72 iken, rotasyon uygulanmadığını söyleyenlerin oranı %28 de kalmaktadır. Bu veri tek başına çok fazla bir bilgi vermemekle birlikte bir sonraki sorumuzla birlikte daha aydınlatıcı olmaktadır.

Tablo:11: Rotasyon uygulanmasına ilişkin dağılım

| | |
|----------------|----|
| Evet % | 72 |
| Hayır % | 28 |

Yukarıdaki paragrafta da üzerinde durduğumuz gibi rotasyon bir çok personele uygulanmaktadır. Fakat katılımcıların bu uygulamaya bakış açısı bize fonksiyonel esnekliğin çalışanlar üzerinde oluşturduğu olumsuz durum hakkında bilgiler vermektedir.

Tablo 12:Çalışanların Rotasyona ilişkin görüşlerini gösteren dağılım

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| Rotasyon Uygulamasını Olumlu Bulanların Oranı % | 20 |
| Rotasyon Uygulamasını Olumsuz Bulanların Oranı % | 80 |

Yukarıdaki tablo incelendiğinde üzerinde durmamız gereken nokta çalışanların çok yüksek bir oranının, bu uygulamayı olumsuz bulmasıdır. Bir önceki veriyle birlikte ele alındığında tüm katılımcıların %72’lik kısmı rotasyona tabi tutulurken, tüm katılımcıların %80 ‘ni bu uygulamayı olumsuz bulmaktadır. Katılımcıların rotasyon uygulamasına dair tutumlarının sebepleri farklı farklıdır. Buna ilişkin olarak uygulamayı olumlu bulanlar bunun sebebini; farklı alanlarda çalışarak yabancılaşmanın önüne geçilebileceğini, kendilerini farklı alanlarda da geliştirebileceklerini, daha adil bir çalışma sistemi olabileceğini söylemişlerdir.

Uygulamaya karşı olanlar ise adaptasyon sorunu yaşadıklarını, sürekli iş birimlerinin değişmesi sonucu verimli çalışmadıklarını ve daha çok yorulduklarını söylemişlerdir. Tüm bu verilerin ışığında fonksiyonel esneklik çalışanlar üzerinde olumsuz durumlar yaratmanın yanında, çalışanların işe ilişkin görüşleri alınmadan yapılan bir uygulamadır. Bu uygulamanın işletme mantığı açısından verimli olup olmadığı ayrıca değerlendirilmez. Katılımcıların da bu sonucu destekler beyanlarından bir kaçısı aşağıdadır.

‘Meslek olarak hemşireyim. Hemşire hastane içerisinde çok birimlerde çalışabilmektedir. Bu nedenle hastanedeki bütün hemşireler belli bir düzen içerisinde rotasyona tabi tutularak farklı birimlerde görevlendirilmektedirler. Bu durum benim işe adapte olmamı zorlaştırıyor. Çünkü her servisin kendine göre özel uygulamaları var, bu da benim uyum sürecimi zorlaştırmaktadır.’

‘Rotasyon uygulamasının olumsuzlukları daha çok. İş yüküm arttığı gibi gittiğim birimlere de alışamıyorum ve kendimi mesleki açıdan yetersiz olarak görmeye başlıyorum.’

‘Rotasyon olmalıdır, çünkü bazı birimlerde daha çok iş varken bazı birimlerde daha az iş var. Bu nedenle bazıları daha çok yoruluyor ama bazıları da hiç yorulmuyor, adaletli olması açısından rotasyonu destekliyorum.’

Katılımcıların beyanlarından da anlaşılacağı üzere, esneklik uygulamaları çalışanlar üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. İş sürecine uyumu zorlaştırdığı gibi

Emek süreciyle ilgili olarak yöneltilen bir diğer soru ise sözleşmelilerin kendilerine kadrolu statüde çalışanlarla kıyasladıklarında herhangi bir ayrımcılığa, daha çok çalıştırılıp çalıştırılmadıklarına dairdir. Çalışmanın 19. sorusu olan bu yöndeki sorumuza katılımcıların %70 gibi büyük bir bölümü, kendisinin daha çok çalıştırıldığını, ayrımcılığı hem mesai arkadaşlarından hem de yönetim tarafından uygulandığını söylemişlerdir. Sözleşmeli statüde çalıştırıldıklarından bunun kendilerine karşı bir tehdit unsuru olarak kullanıldığını, aksi bir durumda

sözleşmesinin yenilenmeyeceğini, bu nedenle de birçok hukuksuz uygulamaya maruz kaldıklarında haklarını arayamadıklarını söylemişlerdir. Bu soruya herhangi bir ayrımcılığın yaşanmadığını belirten arasında ise, ilk başladıklarında böyle bir ayrımcılıkla karşılaştıklarını fakat bunun zamanla azaldığını ve ortadan kaybolduğunu söylemişlerdir. Aşağıda bazı katılımcıların beyanları incelendiğinde ayrımcılık olgusuna dair somut çıkarımlar yapılabilecektir.

‘Şuan yok. Ama ilk başladığımız zamanlarda sözleşmelisiniz, dikkatli olun sözleşmenizi feshederiz tarzından tehditler alıyorduk.Zamanla artık sözleşmelilerin sayısı artınca bunlar da ortadan kalktı.’

‘Kesinlikle ayrımcılığa tabi tutuluyoruz. Sözleşmeli olduğumuzdan daha çok çalıştırılıyor.’

‘Tabii ki çoğu yerde oluyor. Sözleşmeli olunca tehditler savruluyor. Sözleşmelisiniz dikkat edin, bu da bizi sıkıyor.’

Burada üzerinde durmamız gereken nokta, sözleşmeli çalışan personelin birbirinden farklı kaynaklar tarafından ayrımcılığa tabi tutulmasıdır. Bizzat aynı alanda çalışanlar tarafından uygulanan ayrımcılık, çalışma alanına ilişkin olurken, idarenin uyguladığı ayrımcılık ise daha çok özlük ve personel hakları konusunda olmaktadır. Sözleşmeli çalıştırılma uygulaması, kamu kesiminde farklı bir hal almış ve çalışanlar arasında bir gruplaşma, bir ötekileştirme olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yeni durum emek sürecini de parçalayarak sınıf bilinci, örgütlenme gibi temel olguları sarsmıştır.

Katılımcılara ortamıyla ilişkili olarak yöneltilen 20. ve 21.sorular ise işyerinde mesleki eğitim ve kalite geliştirme çalışmalarına dairdir. İşyerlerinde yapılan eğitim çalışmalarının temel amacı, çalışanların mesleki bilgi ve tecrübelerini geliştirmek, iş süreçleri hakkındaki yeni uygulamalardan haberdar edip verimliliği en üst düzeye çıkarmaktır. Araştırmaya katılanların % 72’si işyerinde mesleki geliştirme eğitimlerinin yapıldığını söylerken, bu eğitimin gerekli olduğunu söyleyenlerin oranı % 40’larda kalmaktadır. Burada sorgulamamız gereken nokta, eğitim programları hazırlanırken rasyonel davranılıp davranılmadığı, bir başka deyişle eğitim

uygulamalarının personelden bağımsız olarak hazırlanmasıdır. Katılımcılardan bu uygulamaları gereksiz görenler, eğitimin zaman kaybı olduğunu, formaliteleri yerine getirmek için yapıldığını bu nedenle verimsiz olduğunu söylemişlerdir. Katılımcıların mesleki eğitime dair algılarını gösteren beyanlarından birkaç örnekle değerlendirilmesi daha yerinde olacaktır.

‘Çalıştığım hastanede sürekli olarak ve periyodik bir şekilde eğitimler yapılmaktadır. Ama bu eğitimler sadece prosedür olarak uygulanan bir işlem gibi kalmaktadır.’

‘Eğitim çalışmaları yapılıyor ama uygulamada bir şey yok, her şey kağıt üzerinde ve göstermelik kalmaktadır.’

‘Eğitim programları hazırlanırken, biz hemşirelere bir şey sorulmuyor. Sadece eğitime katılacağımız bildiriliyor ve geri bildirim de alınmıyor, alınsa bile formaliteden bir geri bildirim yapılıyor. Bu durumda eğitime katılanlar arasında olumsuz bir hava yaratıyor.’

‘Katılımcıların beyanlarından da anlaşıldığı kamu sağlık tesislerindeki eğitim programları büyük çoğunlukla uygulanmaktadır. Fakat bu eğitimlerin amacına ulaşmakta yetersiz kaldığı da somut bir gerçektir.’

Bu çalışmada katılımcılara 22. soruda kamu sağlık tesislerindeki sendikal örgütlenmeye dair soru yöneltilmiştir. Araştırmaya katılanlar arasında bir sendikaya üye olanların oranı %55’tir. Sözleşmeli statüde çalışan personel memur statüsünde olmamasına rağmen, uygulamada işçi olarak kabul edilmesine rağmen memur sendikalarına üye olabilmekte işçi sendikalarına üye olamamaktadırlar. % 55’lik sendika üyeliği bu nedenle tek başına bir anlam ifade etmemektedir. Yani katılımcıların üye oldukları sendikalar sendikal geleneği daha güçlü olan işçi sendikaları değil, sistem içerisinde pek etkin olmayan memur sendikalarıdır.

Yine bir sendikaya üyeliği olanlara yönelik olarak sorduğumuz sendikaların düzenli aralıklarla toplantılar yapıp yapmadıklarına dair 22. soruya ise, katılımcılardan

sadece % 23 düzenli olarak sendikaların toplantılar yaptığını söylemişlerdir. Buradan hareketle varılan sonuç, sözleşmeli personelin sendikalaşma oranı düşük düzeyde kalmaktadır. Bunun yanında bu alanda faaliyet gösteren sendikaların ise işlevsiz, verimsiz olduklarıdır.

Araştırmanın yapıldığı kurumlardaki sendikal örgütlenmenin sorgulandığımız bir diğer soru olan 24. soruda ise işletme yönetimlerinin sendikal örgütlenmelere yaklaşımlarına dairdir. Sendikalara üyeliği olan katılımcıların % 40'lık kesimi yönetimlerin sendikalaşmaya bakışının olumlu olduğunu, % 45'lik kısmı olumsuz olduğunu, % 15'lik kesimi ise fikrinin olmadığını söylemişlerdir. İstatistiki veriler tek başlarına bir sonucu ulaştırmak için yeterli olmayabilir. Bu konuda katılımcıların beyanlarına bakarak yukarıda verilerin değerlendirilmesi daha aydınlatıcı olabilir.

'Sendika üyeliğim yok. Sendikalı olmayı da uygun bulmuyorum. Çünkü bir sendikaya üye olduğum zaman diğer sendikaya üye olanlar tarafından farklı gözle bakılıyor.'

'Sendikaya üyeyim ama hastane yönetimi bu konuda pek karışmıyor, çünkü karışacak bir şey yapmıyoruz. Sendika temsilcimiz var ama hiç etkin değil, sendika üyeleri arasında bir iletişim kanalı da yok.'

'Hastane yönetimi sendikaya üye olmamızı hoş karşılamıyor. Engelleyici değil ama bize karşı tavırları değişiyor. Tabii bu değişiklik üye olunan sendikaya göre de değişmektedir.'

Katılımcıların beyanları incelendiğinde sendikal örgütlenmeye dair katılımcıların yaklaşımları farklılıklar göstermektedir. Örneğin ilk katılımcı sendikaya üyeliği bir ayrımcılığa maruz kalma aracı olarak değerlendirirken, ikinci katılımcı sendikaya üye olmanın etkisizliğinden şikayet ederek, etkisiz sendikaların yönetimleri rahatsız etmediğini belirtmiştir. Üçüncü ve son katılımcının beyanında ise idarelerin sendikalı personele pek hoş bakmadığı ama bunun sendikaya üye olmaya değil, hangi sendikaya üye olduklarına göre değiştiğidir.

Sendikal örgütlenmeler kamu kurumlarında yasal mevzuatlar çerçevesinde

düzenlenmiştir. Ancak kamu kurumlarının idarecileri sendikal örgütlenmeler konusunda bazen engelleyici tutum takınmakta, bazen de sendikal örgütlenmelere taraf olabilmektedir. Bu durum da karşımıza güçsüz ve etkisiz bir sendikalaşma olgusu çıkarmaktadır.

Çalışanların idareyle olan ilişkilerini sorguladığımız bir başka soru ise kurum içi iletişim kanallarının açık olup olmadığını sorguladığımız 25. sorudur. Katılımcıların iş sürecine ilişkin sorunlarının idareye iletilme kanallarının açık olması sorunların çözümü konusunda önem arz etmektedir. Katılımcıların % 83'lük kesimi yönetimle iletişim kanallarının açık olduğunu, sorunlarını dile getirebildiklerini söylemişlerdir. Katılımcıların ise sadece % 17'si sorunlarını yönetime aktarma konusunda zorluk çektiklerini söylemişlerdir. Bu durum ilk başta bize modern bir örgüt görüntüsü sunmaktadır. Ancak bir sonraki soruya katılımcıların verdikleri cevaplar bu konu hakkında daha çok düşünmemiz gerektiğini göstermektedir. İdareye sorunların iletimi konusunda herhangi bir sorun yaşanmazken, bu sorunların çözümü konusunda katılımcıların % 75'i olumsuz cevaplar vermişlerdir. Daha farklı bir anlatımla idareye sorunların iletimi konusunda sorunlar yaşanmazken, bu sorunların çözümü konusunda yönetimlerin isteksiz olduğu, durumu geçiştirmeye çalıştıkları verilen cevaplar arasındadır. Bu konuda da katılımcıların beyanlarına bakmak daha aydınlatıcı olmaktadır.

'İletişim kanalları çok açık değil, sözleşmeli olmamızda tabii ki sorunlar doğuruyor. İlettiğimiz sorunlara da çözüm bulamıyoruz.'

'İletişim kanalları açık değil, sorunlara çözüm de bulunmuyor. Hastane yönetimi kapalı bir kutu gibi. Ne yaptıklarından hiç haberimiz olmuyor. Bu durum bir çalışan olarak beni çok rahatsız ediyor.'

'Yeterince açık değil, sorunlarımız dinlenmekte fakat çözüm konusunda herhangi bir çaba gösterilmemekte. Sözleşmeli olarak çalıştığımızdan dolayı, en küçük bir sorun da bile tehditler savruluyor bize.'

'İdareyle olan iletişim kanalları kapalıdır. Sorunlarımızı ifade etmenin sonuç

vermediğini kabullenir hale geldik. Sözleşmeliler sürekli tehdit altında tutulmaktadır. Bu tehditler nedeniyle görevlerimiz olmayan işleri de yapmak zorunda bırakılıyor.’

Kamu sağlık işletmelerindeki kurumsal iletişim kültürüyle ilgili olarak sorulan bu soruya katılımcıların beyanlarında da anlaşıldığı gibi, iletişim kanalları açık tutulmakla beraber, sorunların çözümü konusunda herhangi bir çaba gösterilmemektedir. Sorunların çözümsüz bırakılması, çalışanların sorunlarını kabullenerek çalışmasına, başka bir anlatımla duyarsızlaşmasına yok açmaktadır.

İş ortamıyla ilgili olarak 26. soruda sorguladığımız bir diğer parametre ise sözleşmeden kaynaklanan fazla çalışma/çalıştırılmaya dairdir. Sözleşmeli statüde çalışanlar ile daimi statüde çalışanlar arasındaki iş yoğunlaşmasının farklı boyutlarda olduğu düşüncesinden hareketle katılımcılara yönelttiğimiz sorular, bu düşüncelyi destekler niteliktedir. Sözleşmeli olduğu için fazla çalıştırıldığını söyleyenlerin oranı % 70'lere çıkarken, herhangi bir fark yok diyenlerin oranı % 30'larda kalmaktadır. Yine fazla çalıştırdıklarını söyleyenler, her yıl sözleşme yenilenmesi uygulamasının, hastane yönetimlerince baskı ve tehdit unsuru olarak kullanıldığını, yapılan haksız uygulamalara gelen itirazlara karşı sözleşme yenilememe durumuyla karşı karşıya bırakıldıklarını söylemişlerdir. Herhangi bir fark olmadığını söyleyenler bile, ilk başta böyle bir sorunla karşılaştıklarını, fakat zamanla sözleşmeli çalışanların sayısının artmasıyla birlikte bu tür sorunların aşıldığı söylemişlerdir. Çalışmanın katılımcıların beyanları incelendiğinde bu olgunun daha somut olarak belirdiği gözlenmektedir.

‘Sözleşmeliler olarak çalışanlar, genelde daha yoğun servislerde çalışmaktadır. Servis sorumluları ve idari görevlerde çalışanlar ise kadrolular. Zaten ayrımcılık da buradan başlıyor.’

‘Bazen bunu çok yoğun hissediyorum. Sözleşmeli olduğumdan herhangi bir sorunda hemen hakkımızda tutanak tutulup idareye gönderilmektedir. İdare ise yaptığı uyarı da sözleşmemizin yenilemeyeceklerini sıklıkla dile getiriyor. Bu nedenle haklı durumda olsam bile bu hakkı arayamıyorum.’

‘Kadrolu çalışanlar bizim hastanede genelde idari görevlerde çalışmaktadır ve

onlar da ayrımcılığı çok iyi yapmaktadırlar.’

Yukarıdaki beyanlar incelendiğinde, katılımcıların, sözleşmeli olmaktan dolayı kendilerini yoksun hissettikleri, yasal haklarını arama ve kullanma konusunda isteksiz davrandıkları söylenebilir. Ayrıca ayrımcılığın kaynağı olarak hem hastane yönetimlerinin hem de iş arkadaşları oldukları söylenebilir. Yine beyanlara bakıldığında sözleşmeli çalışanlar arasında herhangi bir ayrımcılık yaşanmadığını söylemek de yanlış olmaz.

Katılımcılar arasındaki grup içi iletişimini de sorguladığımız 26. soruda, katılımcılara sözleşmeli çalışanlar ile daimi çalışanlar arasındaki iş ilişkileri üzerine yönelttiğimiz bu 26. soruya verilen cevapların üzerinde durulması gerekmektedir. Şöyle ki; sözleşmeli çalışanlar daimi çalışanlar ile arasındaki ilişkilerin kopuk olduğunu söyleyenlerin oranı % 64’tür. Katılımcılar beyanlarında bu ilişkilerin kopukluğunun sebebini ise sözleşmeli statüde çalışmaya bağlı olmak olarak açıklamışlardır. Yine katılımcılar beyanlarında daimi statüde çalışanların kendilerini daha çok çalıştırmaya meyilli olduklarını, çoğu işi onlara yaptırma yoluna gittiklerini söylemişlerdir. Aynı kurumda aynı unvanla çalışan personel arasındaki bu çatışma ortamı, emek sürecinin örgütlenmesi engellediği gibi, ortak çıkarlar etrafında ortak hareket etme konusunda da ciddi sorunlara yol açmaktadır.

3.5. Mesleki Tatmin, Özlük Hakları ve Gelecek Algısına ilişkin Veriler:

Katılımcılara yönelttiğimiz 27. ve 28. sorular ise özlük hakları konusunda karşılaşılan başlıca sorunlara yöneliktir. Katılımcılar beyanlarında özlük hakları açısından karşılaştıkları başlıca sorunların kaynağında sözleşmeli istihdam modelini olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar, sözleşmeli olmaktan dolayı, diğer çalışanlara tanınan birçok haktan yararlanamadıklarını ileri sürmüşlerdir. Sorunlarını öncelik sırasına göre açıkladıklarında ise ilk sırada atama ve nakil haklarının olmaması, bir başka söylemle, çakılı personel olduklarını, evli olanlar aile birliklerinin bozulduğunu, diğerleri ise hayatlarına ilişkin kararlar alamadıklarını ve bir belirsizlik içinde olduklarını söylemişlerdir. Yine özlük hakları açısından izin konusunda sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yıllık izinlerinin bir sonraki yıla aktarılamadığını, yıl

içerisinde kullanmak zorunda olduklarını söylemişlerdir. Bunun da bazı dönemlerde izin alanların artmasından dolayı izinlerini kullanma konusunda da sıkıntılar çektiklerini belirtmişlerdir. Yine her yıl sözleşme yenilemekten kaynaklı kesintilerin normal çalışanlardan daha fazla olduğunu söyleyenlerin oranı da oldukça yüksektir. Daimi statüde çalışanlara her yıl verilen giyim yardımından yararlanamadıklarını da belirtmişlerdir. Özlük hakları konusunda ciddi sorunların yaşandığını aşağıda verilen katılımcıların beyanlarında da görülebilir.

‘Öncelikle nakil hakkım yok. Ailemin yanına gidemiyorum. Bu nedenle de çalıştığım yere uyum sağlayamıyorum. 30 günden fazla sağlık raporu alamıyoruz. Ayrıca her yıl sözleşme yenilemekten dolayı da damga vergisi kesiliyor.’

‘En önemli sorunum tayin hakkımın olmaması. Buraya atandım diye ömür boyu burada çalışmak zorunda bırakıldım. Yaklaşık olarak 4 yıldır buradayım. Her çalışan buraya gelip 4 yıl çalışmalı. Yani bir seçenek sunulmuyor bize.’

‘Çalışma saatlerimiz eşit değil, biz daha çok nöbet tutuyoruz. Yıllık izinlerimizi bir sonraki yıla aktaramıyoruz. Kadrolular istedikleri dönemde izine çıkabilirken biz çıkamıyoruz. İzine çıkamadığımız gibi kullanmadığımız izinler bir sonraki yıla da aktarılmıyor. O sözleşme yılı içerisinde kullanmadığımız izinler yanıyor ve yanan izinlerimiz için de ücret ödenmiyor. Kadrolular giyim yardımı alırken biz alamıyoruz. Ayrıca ben 4 yıllık üniversite mezunu olmama rağmen ek ödeme de lise mezunu bir kişi benden daha fazla ücret almaktadır.’

Sözleşmeli statüde çalışanların özlük hakları daimi statüde çalışanlardan bir çok konuda daha geri düzeydedir. Yıllık izinler, yasal izinler, kesintiler, giyim yardımı gibi birçok konuda farklı uygulamalar söz konusudur. Bu durum da aynı eğitimi almış, aynı işi aynı unvanla yapan çalışanlar arasında bir farklılaşma yaratmakta ve sözleşmeli çalışanlarda bir yoksunluk hissi oluşturmaktadır. Sözleşmeli personel politikası kuralılaştırmayı beraberinde getirmiş ve iş yükü, iş yoğunlaşmasıyla birlikte de bir baskı aracı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Katılımcılara yine özlük haklarıyla ilişkili olarak sorduğumuz 29. soru ise

meslekte yükselme durumuna ilişkindir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevaplar farkındalık konusunda da bize ipuçları vermektedir. Katılımcıların % 92'si meslekte yükselme şanslarının olmadığını, örneğin birim şefi, hastane müdürü, başhemşire olamadıklarını söylemişlerdir. Bu oranın yüksek olması aynı zamanda çalışanların bu konuda bilinç düzeylerinin de yüksek olduklarını göstermektedir. Katılımcıların % 8'lik gibi bir kısmı ise yükselme şanslarının olduklarını söylemişlerdir ki, bu durum uygulamada mümkün değildir. Sözleşmeli çalışanların yapılan görevde yükselme sınavlarının dışında tutulduğu, bakanlıkça yapılan görevlendirmelerde tercih edilmediği ve bunun da yasal olarak mümkün olmadığı bilinmektedir.

Sağlık sistemindeki sözleşmeli istihdam modeline ilişkin yönelttiğimiz 30. soruda ise katılımcıların % 96'lık kesimi bu uygulamayı olumsuz bulduklarını söylemişlerdir. Katılımcıların sadece % 4 lük kesimi olumlu bulunduğunu söylemiştir. Başka bir deyişle katılımcıların tamamına yakını bu uygulamadan memnun değildir. Yine bu soruyla bağlantılı olarak yönelttiğimiz bir diğer soru karşılaşılan sorunlara ilişkin çözüm önerileridir. Katılımcıların %88'lik kısmı sözleşmeli çalıştırılma modelin vazgeçilmesi gerektiğini, şartların düzeltilmesi gerekliliğini dile getirmişlerdir. Farklı istihdam modellerinin çalışanların arasında çatışma ortamı yarattığını, bunun giderilmesi gerektiğini söylemişlerdir. Yine çözüm önerisi olarak fikrim yok diyenlerin oranı ise % 12'dir. Sağlık sistemindeki istihdam modeline ilişkin katılımcıların beyanları incelendiğinde bu modellerin çalışanlar üzerinde ortaya çıkardığı sonuçları görmek mümkündür.

'Şuandaki sistem çok dağınık.Sağlıkçılar bölük-pörçük olmuş durumda. Etkili bir personel politikası yok. Geleceğim konusunda da bir belirsizlik hissediyorum.'

'Her geçen gün daha farklı istihdam modelleri ortaya çıkmakta. Biz de artık kimin hangi sistemle çalıştığını anlayamaz olduk. Biz düzenleme yapılması gerekmektedir.'

Sağlık sistemindeki bu personel politikalarını olumsuz bulanlara yönelik olarak sorulan 31. soruda ise, karşılaşılan bu sorunlara çözüm önerileri sunmaları istenmiştir. Katılımcıların çözüm önerisi olarak ilk ileri sürdükleri husus tek tip istihdam modeline

geçiş gerekliliğidir. Parçalanmış bir istihdam sürecinin uzun vadede çalışanlar açısından daha ciddi sorunlar doğuracağını söylemişlerdir.

Bu çalışmada katılımcıların mesleki tatmin ve işleriyle ilgili geleceklerine dair düşünceleri de sorgulanmaya çalışılmıştır. Çalışmanın bu yöndeki 32. sorusuna katılımcıların % 74'lük kısmı mesleki tatmin konusunda olumsuz fikirler ileri sürmüşlerdir. Aldıkları eğitimle yaptıkları iş arasındaki farklılığın çok yüksek olduğunu ve bu durumun da mesleki açıdan bir tatminsizlik oluşturduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmada mesleki tatmin ve gelecek algısıyla ilişki 32. soruyla bağlantılı olarak sorduğumuz 33. soruya katılımcılar önceki sonucu destekler cevaplar vermiştir. Katılımcıların % 74'ü çalıştığı alanı değiştirmeyi istediğini belirtmiştir. Buna sebep olarak ise, sözleşmeli çalışma ve çakılı personel olarak çalışmanın kendileri üzerinde yıpratıcı etkileri olduğunu, iş güvencesi olan daha farklı bir alanda çalışmak istediklerini belirtmişlerdir. Yapılan görüşmelerde bazı katılımcıların bu yöndeki beyanları bize bu konu hakkında daha somut veriler sunmaktadır.

'Geleceğimden kesinlikle umutlu değilim. İstifa etmeyi düşünüyorum. Çok sevdiğimi mesleğimi artık sevmiyorum. İstifa edip esnaflık yapmak bana daha cazip geliyor.'

'Umutlu değiliz. Şimdiden bile tehdit edilmekteyiz. Eğer hastaneler özelleştirilirse biz sözleşmeliler ne olacağız? İşten her an çıkarılma korkusu çalışma verimimizi düşürdüğü gibi, devlet kurumuna olan güvenimizi de sarsmaktadır.' beyanlarını incelemek bu konuyu daha da somutlaştırmaktadır.

'Hastanedeki çalışma sistemi çok düzensiz. Yeterli personel olmamasından dolayı, mesleğim dışındaki işler iş tatminini düşürmektedir. Bir çok işi bir arada yapmak zorunda kaldığımızdan bu durumdan hem hastalar hem de biz memnun kalmamaktayız.'

'Hastane yönetimi ve idaresinin yaptığımız işlerde yarattıkları olumsuzluklar

nedeniyle mesleki tatminkarlık hiçbir zaman yaşanmıyor. En önemlisi de çalışma (sözleşme) şartları bizlerin mecburiyetinden ötürü, çok ve yoğun çalışma fikrini hayatımıza yerleştirmeyi başardı.'

Katılımcılara 32. ve 33. sorulara paralel olarak 34. soruda çalışma alanlarını değiştirmeyi düşünüp düşünmedikleri, değiştirmeyi düşünüyorlarsa bunun sebeplerini açıklamalarına yönelik olarak sorulan soruda, katılımcıların % 45'lik kesimi çalışma alanını değiştirmeyi düşündüğünü söylemişlerdir. Çalışma alanını değiştirmeyi düşünenlerin bunların sebeplerini açıklamaları konusundaki sorumuza ilişkin verdikleri beyanlarını incelemek bu sebepler hakkında daha çok bilgi sunmaktadır.

'Değiştirmeyi düşünüyorum. Şuan çok yoğun çalışıyorum ve iş yoğunluğum çok fazla. Devamlı ayakta kalıyoruz ve çalışanların sayısı da yetersiz.'

'Mesleğimi değil de çalıştığım kurumu değiştirmek istiyorum. Düzensiz ve gereksiz işlerle uğraşmaktan dolayı mesleğimden soğudum. Daha düzenli bir yerde ve eşit şartlarda çalışmak istiyorum.'

'Şartlar elverdiği zaman kesinlikle değiştirmek istiyorum. Çünkü aileme, sevdiklerime, kültürüme ömür boyu hasret kalarak yaşamak istemiyorum. İş güvencesi olan bir alanda çalışmak istiyorum.'

'Sağlık Bakanlığının tutumu hiç uygun bulmuyorum. Bakanlık çalışanlarına ayrı muamele yaparak ayrımcılık yapmaktadır. Bu durum da beni rahatsız ediyor. Çalışma alanımı ilk fırsatta değiştireceğim.'

Katılımcıların beyanları incelendiğinde, çalışma alanını değiştirmek isteyen katılımcıların gerekçeleri birbirinden farklıdır. Çalışma düzeninden kaynaklı gerekçelerin yanında, istihdam politikalarından kaynaklı gerekçelerin de varlığı söz konusudur. İstihdam politikası kaynaklı gerekçelerin çözümü ise ancak merkezi ve rasyonel, eşitlikçi bir personel planlaması ile giderilebilir.

Katılımcılara yöneltilen 34. soruda ise sağlık sistemindeki personele ödenen

ücrete dairdir. Bilindiği gibi sağlık hizmetlerinde performansa dayalı döner sermaye uygulaması söz konusudur. Performansa dayalı ek ödeme olarak bu sistemde uzman doktor ve doktorlar performanslarına göre değerlendirilirken, yardımcı sağlık personelinin ek ödemesinde belirli bir hesaplama yöntemiyle ek ödeme yapılmaktadır. Başka bir deyişle doktorlar performansa dayalı ödeme alırken yardımcı sağlık personeli için performans söz konusu değildir. Sağlık hizmeti bir ekip işi olmasına rağmen şuan kamu hastanelerindeki uygulama doktor merkezli olup, ek ödeme sisteminin merkezine de doktorları konmuştur. Bu durum da sağlık hizmetlerinde çalışan doktor dışı sağlık personeline olumsuz etkilemektedir. Katılımcıların verdikleri cevaplar da yukarı da üzerinde durduğumuz hususları destekler niteliktedir. Katılımcıların %99'luk kesimi, yani neredeyse tamamı ek ödeme sisteminden memnun olmadığını, mevcut sistemin doktor merkezli olarak düzenlendiğini, yardımcı sağlık personeline de performansına göre ödeme yapılması gerekliliğini dile getirmişlerdir.

'Sağlıktaki ek ödeme sisteminden hiç memnun değilim. Herkese eşit düzeyde ödeme yapılmalıdır. Biz serviste ekip olarak çalışırken, hastaların sorumluluğunu paylaşırken ücretlendirme de bu durum göz ardı edilmektedir. Halbuki bizler olmadan doktorların tedavi programlarını uygulamak imkansızdır ama bu görmezden geliniyor.'

'Çalıştığım birimde çok büyük sorumlulum var ama bu sorumluluk ek ödemede hesaba katılmıyor. Her işi sanki doktorlar yapıyormuş gibi değerlendiriyorlar. Emeğimin karşılığını alamadığımı düşünmekteyim.'

Araştırmaya katılanlara yönelik 35.soruda üzerinde durduğumuz bir başka husus sağlık sistemindeki değişim ve dönüşüm konusunda farkındalıklarını ölçmektir. Sağlık sisteminin değişim ve dönüşümünden doğrudan doğruya etkilenen sağlık personelinin farkındalık düzeyi, bu alandaki değişim ve dönüşümlerini de doğrudan etkilediği için oldukça önemli bir olgudur. Katılımcıların % 80'lik kesimi bir değişim ve dönüşüm olduğunun farkında olduklarını belirtmişlerdir. Yine katılımcıların % 75 bu değişim ve dönüşümün olumsuz olduğunu belirtmiştir. Değişim ve dönüşüm olduğunu kabul etmekle birlikte, bu değişim ve dönüşümün kendilerine yansması hakkında bir fikri olmadığını söyleyenlerin oranı % 5'tir. Sağlık sistemindeki dönüşümün olumsuzluklarının kendilerine olan yansması konusunda ise, katılımcılar sözleşmeli çalıştırılmanın bunun en büyük yansması olduğunu, dolaylı olarak sosyal

güvenlik sistemindeki değişikliklerin bu değişimin bir uzantısı olduğunu belirtmişlerdir. Bütün bu ilişkiler birlikte ele alındığında katılımcıların sağlık sistemindeki değişim ve dönüşümün farkında olduklarını ve bunun kendilerine yansımaları konusunda farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu söylememiz yerinde olur. Bu konuda katılımcıların beyanları konunun anlaşılması açısından faydalı olabilir.

‘Özellikle son yıllarda sağlık sisteminin değiştiğine inanıyorum. Öncelikle çalışma şartlarımız değişti. Eskiden kadrolu işe alınırken şimdi sözleşmeli çalıştırıyoruz ve iş güvencemiz yok.’

‘Sağlıktaki değişimi bir kaç alanda hissetmek mümkün. Hastanelerin yapıları değişmekte. Personel ve işgücü yapıları değişmektedir. Bazı birimleri özelleştirilmektedir. Örneğin bizim hastanenin Röntgen ve Laboratuvar birimi özelleştirildi, orada çalışan arkadaşlarımız da sağlık ocaklarına gönderildi.’

‘Sağlık sistemi değişiyor ama bu değişimin olumlu olduğunu söylemek çok zor. Özellikle bize yansımaları hiç olumlu değil. Çalıştığım hastane özelleştirilirse ne yapacağımı düşünmekten kendimi alamıyorum.’

Katılımcıların beyanlarından da anlaşıldığı gibi yardımcı sağlık personeli olarak istihdam edilen sözleşmeli sağlık personeli bu alanda yaşanan değişimlerin ve dönüşümlerin farkında. Ayrıca yine beyanlarından da anlaşılacağı üzere sağlıktaki özelleştirme uygulamalarının kendilerine olan yansımalarının da bilincinde olduğu gözlenmektedir. Türkiye sağlık sisteminin paradigma değişikliğinden dolayı ortaya çıkan sonuçlar hakkında da fikir sahibi olduklarını söylemek yanlış olmaz.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık bireyin en temel ve vazgeçilmez hakkıdır. Sağlık hizmetleri de bu hakka dönük tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri, genellikle yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Yarı kamusal mallar, tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlarlar. Bu tür mal ve hizmetler bölünebilme ve pazarlanabilme özelliğine sahiptir. Ayrıca bedelini ödemeyenlerin hizmetin faydasından dışlanması da söz konusudur. Ancak tüm sağlık hizmetleri aynı özellikleri göstermezler. Örneğin; doğrudan hastalarla ilgili olmayan koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mallar içinde yer alırlar. Çünkü bu hizmetler toplumun tamamına sunulur, ödeme yapmayan kişiler bu hizmetten dışlanamaz ve bu hizmetler fiyatlandırılıp pazarlanamaz. Bu tür hizmetlerde devlet üretici olmak zorundadır.

Tam kamusal mal ve hizmetler, teorik olarak toplumun tamamına dışsal fayda yayarlar. Örneğin; zamanında yapılan bir tifo aşısı sadece yapılan hastaya değil, olası bir salgını engelleyerek tüm toplum bireylerine dışsal fayda yaymaktadır. Kısaca, enfeksiyonel hastalıkların önlenmesi için aşılama yapılması, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için karantina önlemlerinin alınması gibi hizmetler bireyleri doğrudan ilgilendirmez ancak bunlardan elde edilecek faydadan toplumun tamamı yararlanır. Bu sebeple, bu hizmetlerin devlet tarafından sunulması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri, taşıdıkları dışsallıklar nedeniyle etkilerini sadece ülke sınırları içinde göstermekle kalmayıp tüm dünyaya yaymaktadırlar. Örneğin; geçmişte yaşanan veba salgını ve günümüzde AIDS gibi hastalıklar, ortaya çıktıkları ülke sınırlarını aşarak tüm dünya sağlığını tehdit etmektedir. Bu gibi durumlarda bir çok ülke birlikte hareket edip tedbirler almaktadırlar.

Kısaca, sağlık hizmetlerinin kamusal mal olma özelliği ve taşıdığı dışsallıklar nedeniyle tamamen piyasaya bırakılması düşünülemez. Toplumun her kesimine, en azından asgari düzeyde ulaştırılabilmesi amacıyla bu tür hizmetlerin devlet tarafından sunulması gerekmektedir. Devlet bu amaçla sağlık hizmetlerinde, özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif olarak rol alır ve bu hizmetlerin sunumu ve finansmanını üstlenir. Bu durum, devletin aynı zamanda sosyal devlet olma özelliğinin de vazgeçilmez bir unsurudur.

Zaman içinde devletin, ekonomik ve sosyal alanlarda üstlendiği rol ve sorumluluklarını incelediğimizde; ilk olarak devletin düzenleyici görevler üstlendiği, daha sonra üretici olarak ekonomik faaliyet içinde yer aldığı ve zamanla giderek artan oranda sosyal görevler üstlenmeye ve bir takım sosyal önlemler almaya başladığını görmekteyiz. Bu durum, toplumun devlete olan güvenini artırmış ve siyasi gerginlikleri azaltmıştır. Dolayısıyla toplumdan gelen talep ve baskıların etkisiyle devletler daha müdahaleci olmaya başlamışlardır. Özellikle, II. Dünya Savaşı'ndan sonra gelişmiş ülkelerde toplumun refah düzeyinin artırılması amacıyla devletlerin ekonomiye aktif ve kapsamlı müdahaleleri Refah Devleti anlayışını doğurmuştur. Refah devleti, genel anlamda piyasa ekonomisinin başarısızlıklarını ve yetersizliklerini ortadan kaldırma amacını gütmektedir ve müdahaleci, düzenleyici, yeniden dağıtıcı ve girişimci bir devlet anlayışıdır. Bu dönemde, sosyal refahın optimizasyonu amacıyla yapılan harcamalar ve bu harcamaların finansmanı için toplanan vergiler çok fazla artmıştır. Ancak bu dönem uzun sürmemiştir. 1980'lere gelindiğinde, yeni liberal politikaların etkisiyle devletlerin iktisadi hayattaki girişimci rolü terk edilerek mal, hizmet ve sermayenin serbest dolaşımı ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler genellikle piyasa lehine gerçekleşirken, sosyal harcamalar kısılmış ve refah devleti anlayışından uzaklaşmaya çalışılmıştır. Bu gelişmelerle birlikte 1980'ler bir dönüm noktası olmuştur. Artan refah devleti harcamalarını finanse etmek için alınan yüksek vergiler ve müdahaleci devlet aleyhine toplum bilinçlenmeye başlamıştır. Bu dönemde, vergilerin miktarını kısıtlayan anayasal düzenlemeler yapılmış ve denk bütçe lehine öneriler gündeme gelmiştir..

Dünyada değişen ekonomik politikalara bağlı olarak, sağlık politikaları da değişmektedir. Bu bağlamda, değişen ekonomik politikalarla birlikte devletin sağlık hizmetlerinde üstlendiği rol ve sorumlulukların da değiştiği görülmektedir. Özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında, yani refah devleti döneminde devlet, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında ağırlıklı olarak rol almaya başlamıştır. Bu durum, refah devletinin düzenleyici ve iktisadi hayattaki aktif rol almasının sağlık alanına da aynen yansıdığını göstermektedir.

Küreselleşme süreci, kapitalist üretim biçiminde ve sermaye birikimlerinde

yaşanan gelişmelerle birlikte değerlendirilip açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle, toplam talep yetersizliği ve kâr hadlerinin düşmesinden kaynaklanan 1929 Bunalımı, 1970'lerde yaşanan petrol krizleri ve hatta çeşitli ülkeler bazında yaşanan ekonomik krizler, kapitalist üretim yapısı ve sermayenin birikimleri ile ilişkilendirilerek küreselleşme sürecini yorumlamada değerlendirilmektedir. Ülkeleri kendine eklemlenmek zorunda bırakan bir süreç olan küreselleşme, getirdiği kazanımlar ya da hayal kırıklıkları nedeniyle çeşitli platformlarda tartışılmıştır ve tartışılmaktadır. Birçok olumsuzluğun kendisine fatura edildiği küreselleşme sürecinin, bazı hizmetlerin kamu eliyle sunulması üzerindeki daraltıcı etkisi en tartışılan ve eleştirilen konulardan biridir. Çünkü kriz dönemlerinde kamu harcamalarının finansmanı sorunu gündeme getirilmekte ve bu sorunun çözümü üzerinden kriz aşılmaya çalışılmaktadır. Krizlerin aşılp yeni bir kapitalist aşamaya geçişin de yeniden yapılanma süreci ile birlikte gerçekleştiği görülmektedir.

1970 krizlerinin bilişim ve iletişim teknolojisindeki gelişmelerle birlikte emek ve sermaye yapısı üzerinde yarattığı etki, üretim sürecinin esnekleşmesi yönünde kendini göstermiştir. Fordizm'in katı, kitlesel, uzun süreli ve ürün farklılaşmasının az olduğu üretim biçiminin yerini, talebe bağlı esnek üretim biçimi ve esnek istihdam biçimleri üzerine kurulu Post-fordizm almıştır. Devletin yeniden yapılanması, 1970'lerdeki bunalımın nedenini devletin aşırı büyümesinde gören ve sermayenin önündeki planlı ekonomi, bürokrasi, emek-sermaye uzlaşması gibi engellerin kalkması gerekliliğini ileri süren, özelleştirmeyi ve sosyal maliyeti yüksek refah devletinin geriletilmesini öngören "neo-liberal" tezler ve "yeni sağ"cı politikalar çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Küreselleşme sürecinde, regulation (düzenleme) politikasının yerini deregulation (kuralsızlaştırma) politikası almış, kamu yönetimi bütünlüğünü yitirmiş, "kamu yönetimi" anlayışından "kamu işletmeciliği"ne geçilmiştir. Kamu yönetiminin bütünlüğü bozulurken, "yerelleşme" küreselleşmenin kazandırdığı yeni içerikle öne çıkan ve sloganlaştırılan bir kavram olmuştur.

"Kamu işletmeciliği"nden sonra refah devletini dönüşüme uğratan kuramlardan biri de "yeni kamu işletmeciliği" yaklaşımı olmuştur. 1980'lerde devletin faaliyet alanının küçültülmesi çabalarıyla devletin sınırları belirgin hale getirilmiş, sonra da devletin bu sınırlar içinde "en etkili ve verimli şekilde nasıl hareket edebileceği" sorusuna yanıt olarak, kamu yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi (TKY)'nin

uygulanmasını savunan “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımı geliştirilmiştir. Bu yaklaşım çerçevesinde, özel sektör için geliştirilmiş olan verimlilik ve etkinliği hedefleyen, sıfır hatayla tam zamanında, kaliteli, katılımlı, performansa dayalı ve müşteri odaklı üretim ilkelerinin kamu yönetimine de aktarılması gündeme gelmiştir. Böylece devlete kâr amacı güderek çalışan işletme kimliği, hizmet alan vatandaşa da müşteri kimliği kazandırılmıştır.

Özetle, 1980’lerin kamu yönetiminde yeniden yapılanma yönünde getirmiş olduğu değişim rüzgârı, kamu çalışanlarının ve kamu harcamalarının azaltılmasını, özelleştirmeyi, kamu hizmetlerinin yerelleştirilmesi yoluyla devletin küçültülmesi çabalarını, devletin kamu yararını gerçekleştirme hedefini gözeterek değil; bir işletme mantığıyla rekabetçi serbest piyasa ortamında kâr maksimizasyonu gözeterek çalışmasını anlatmaktadır.

Refah devleti uygulamalarının Türkiye’ye yansımaları 1961 sonrasında görülmektedir. Bu dönemde, devletin iktisadi hayattaki düzenleyici ve girişimci rolü artmıştır. 1963 yılından itibaren, beş yıllık kalkınma planları ile sağlık hizmetlerinin sunumunun yaygınlaştırılması ve hizmet sunumunda devlete öncelikli rol verilmesi hedeflenmiştir. 1980 yılına kadar Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları, 224 sayılı sosyalleştirme kanunu çerçevesinde şekillenmiştir. Ancak 1980’lere gelindiğinde, yeni liberal politikaların etkisiyle devletin sağlık sektöründeki rol ve sorumluluklarını azaltmaya başladığı görülmektedir.

Türkiye’de, 24 Ocak 1980 Kararları ile birlikte, ekonomik politikalarda bir dönüşüm yaşanmış ve “Yeni Liberal” dönem başlamıştır. Bu dönemde, Türkiye’de devletin iktisadi hayattaki girişimci rolü azalmış, sermaye kesimine hareket serbestliği tanıyan ve serbest piyasa ekonomisi lehine yapısal dönüşümler gerçekleşmiştir. Bu çerçevede, devletin sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanının sınırlandırılmasına yönelik uygulamalar başlatılmıştır. Ayrıca, 1981 yılında sağlık sektörü teşvik kapsamına alınmış ve özel kesimin sağlık sektöründeki payı giderek artmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerini piyasa koşullarında üretip, finanse edip sunmaya yönelik ilk adımlar, 1980’lerde kamusal sağlık hizmetlerinde mevcut olan sistemin verimli ve etkili olmadığı, yüksek maliyetli olması gibi sorunlar gerekçe gösterilerek

aşamalı bir özelleştirme uygulanmasıyla atılmıştır. 1980 sonrasında sosyalleştirme yerine özelleştirme politikası benimsenmiş ve kamudan yapılan kaynak aktarımıyla özel sektör desteklenmiş, sağlık hizmeti sunmaya teşvik edilmiştir. Diğer kamusal alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da devletin düzenleyici ve denetleyici konumu tanımlanmış ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı’nın “kürek çeken değil, dümen tutan” bir teşkilat haline getirilmeye çalışıldığı belirtilmiştir.

Türkiye’de sağlık reformu çalışmaları 1990’lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı biçimde, Sağlık Projesi çerçevesinde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün finansal, ideolojik, teknik katkıları ve belirleyiciliğinde başlatılmıştır. Sağlık alanındaki reformlarla hedeflenenlerin, Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması, sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması, finansman için Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin kurulması, birinci basamak sağlık hizmetleri için Aile Hekimliği Sistemi’nin kurulması, ikinci ve üçüncü basamaklar için de hastanelerin özzerleştirilmesi/özelleştirilmesi olduğu görülmektedir.

Çalışmanın üzerinde durduğu temel paradigma olan Sağlıkta Dönüşüm sürecinin yardımcı sağlık personeli üzerindeki etkileri 3. bölümde ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Serbestleşme ve kuralsızlaştırma uygulamaları sonucunda, sağlık hizmetlerinin uygulanması aşaması, güvenceli ve tam zamanlı istihdam edilen personelden güvencesiz istihdam edilen personel aracılığıyla yerine getirilmeye başlanmıştır. Birinci bölümde açıklanan esnekleştirme ve piyasalaştırma süreçlerinin somut bir yansıması olarak ortaya çıkan yeni istihdam modeli, kamu yönetiminden kamu işletmeciliğine geçiş sürecinin bir sonucudur.

Alan çalışmasında doğrulanan hipotezlerin başında, sağlık sektöründeki emek sürecinin parçalandığı ve örgütlenme konusunda sorunlar yaşandığıdır. Birbirinden farklı istihdam modellerinin bir arada uygulanması çalışanlar arasında çatışma ortamları yaratmıştır. Yine çalışmanın öne sürdüğü bir diğer hipotez olan, emek sürecinin taşeronlaştırıldığı ve vasıfsızlaştırıldığı hususu, çalışmada kısmen doğrulanmıştır.

Katılımcılara yöneltilen sorulara verdikleri cevaplardan hareketle ulaşılan bir

diğer husus ise, kamu sağlık sistemindeki değişim ve dönüşüm sürecinin çalışanlar tarafından bilindiği, bu konuya çok da yabancı olmadıklarıdır. Sağlık sektöründeki mevcut emek yapısının bu değişim ve dönüşümle olan ilişkisi üzerine ise sağlık çalışanlarının yeterince bilinçli olmadıkları anlaşılmaktadır.

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren sendikaların yetersiz kaldıkları ve personel politikalarında etkisiz oldukları hususu da varılan bir diğer sonuçtur.

Alan çalışmasının üzerinde durduğu bir başka husus sözleşmeli çalışan personel arasındaki ücret dengesizliğiydi. Yapılan bu çalışma sözleşmeliler arasında farklı ücret skalalarının uygulandığını ve bunun da çalışanlar arasında olumsuz durumlar ortaya çıkardığı sonucuna varmıştır.

Çalışmanın öne sürdüğu bir başka husus olan esneklik uygulamalarında da hipotezler doğrulanmıştır. İşyerlerindeki sayısal esneklik uygulaması ikili bir personel yapısı meydana getirmiş ve merkez-çevre ayırımı derinleştirmiştir. Yine işyerlerindeki fonksiyonel esneklik uygulamaları çalışanlardan maksimum düzeyde faydalanmayı hedefleyen işletme hedefleri doğrultusunda uygulanmış ve çalışanların kendi meslekleri ve kariyerleri dışında da çalışması zorunluluk halini almıştır. Bu konuda uygulamaları sürdürürebilmek için de sözleşme yenileme olgusu bir baskı unsuru olarak kullanılmaya çalışılmıştır.

Sağlık hizmetlerindeki değişim ve dönüşümün somut bir sonucu olan sözleşmeli personel çalıştırılması uygulaması, aynı unvanla birden fazla istihdam modelinin doğmasına yol açmıştır. Sağlık sistemi içerisindeki birden fazla istihdam modeli emek sürecinin örgütlenmesini zorlaştırmakla kalmayıp emek sürecini de parçalamıştır. Merkez ülkelerde esnek istihdam modeli olarak adlandırılan bu sistemde olumlu ve olumsuz ayrıcalıklı kesimler ortaya çıkmıştır. Türkiye'deki mevcut sağlık sisteminde doktorlar olumlu ayrıcalıklara sahip merkezi iş gücünü oluştururken, yardımcı sağlık personeli olumsuz ayrıcalıklara sahip kesim olarak karşımıza çıkmıştır.

Çalışmanın ana temasını oluşturan bu olumsuz ayrıcalıklı kesim, kamu sağlık sisteminin içerisinde önemli bir iş gücü oranını oluşturmaktadır. Kamu sağlık sistemi serbestleştirme ve piyasalaştırma uygulamaları sonucunda üzerinde durduğumuz bu yeni durumu ortaya çıkarmıştır. Çalışmanın sonuçlarının da gösterdiği gibi, farklı

istihdam modelleri, çalışanlar arasında çatışma ortamları yaratmakta, çalışanların verimliliğini düşürmekte, sözleşmeli çalışma hastane yönetimlerince bir baskı aracı olarak kullanılabilir. Özetle küresel çaptaki değişim ve dönüşümler bireysel bazda olumsuz durum ve yıkımlara yol açmaktadır. Bu olumsuz durumdan da en çok etkilenen kesim olumsuz ayrıcalıklara sahip olan sözleşmeli sağlık personelidir.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin kamusal bir anlayışla, sağlık hakkı gözetilerek, devlet tarafından verilmesi, sağlık harcamalarının tek elden yönetilmesi sağlanmalıdır. Tek elden yönetimle sağlık hizmetinin sunum maliyetleri en aza inecek, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ülke geneli için birlikte planlanacaktır. Verimlilik ve etkinlik kriterlerinin tutturulabilmesi için sağlık sunucuları arasında iyi bir örgütlenme ve koordinasyon ile hizmet akışı standardı sağlanması, etkin bir sevk zincirinin kurulması ve çalıştırılması, genel bütçeden sağlığa ayrılan payın artırılması, sağlık çalışanlarını kalitesiz hizmet sunmaya teşvik eden ek ödeme uygulamalarına son verilmesi, yolsuzlukların önlenmesi, kırsal kesim için yapılan temel sağlık hizmeti harcamalarının artırılması, kamu fonlarının özel sektöre kaynak transferi için değil; yine kamu kesimi için kullanılması gerekmektedir.

Kamu sağlık sisteminin istihdam modelinin yeniden gözden geçirilerek çalışanlar arasındaki farkların ortadan kaldırılması ve tek tip istihdam modeline geçilmesi gerekmektedir. Sağlık sistemindeki istihdam modelinin serbest piyasa koşullarına göre değil; ülkenin sağlık sisteminin gerekliliklerine göre düzenlenmesi gerekmektedir. Esnek istihdam kamu sağlık işletmelerine kısa vadede bazı faydalar sağlasa bile sağlıklı ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için sağlık insan gücü üzerinde uzun vadede telafisi güç zararların doğacağı aşikardır.

KAYNAKÇA

- ACAR, M, (Kış-Bahar, 2002) “*Ekonomik, Siyasal ve Sosyo-Kültürel Boyutlarıyla Küreselleşme: Tehdit mi?, Fırsat mı?*”, Liberal Düşünce Dergisi,
- ADAK, Nurşen Ö.,(2002) *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Birey Yay., İstanbul,
- ANDERSEN, G. E (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, New Jersey: Princeton University Press,
- ANDERSEN, G. E, (2006)“*Altın Çağ Sonrası? Küresel Bir Ekonomide Refah Devleti İkilemleri*”, *Sosyal Politika Yazıları*, (Der: Ayşe Buğra ve Çağlar Keyder), İstanbul: İletişim Yayınları,
- ARİBOĞAN, Deniz Ü, (2001) *Globalleşme Senaryosunun Aktörleri*, Der Yayınevi, 3. Baskı, İstanbul,
- ARIN, T, (2004) “*Refah Devleti Sosyal Güvenliğin Yoksulluğu*”, *Neo-liberalizmin Tahribatı Türkiye’de Ekonomi, Toplum ve Cinsiyet*, (Haz: Neşecan Balkan ve Sungur Savran), İstanbul: Metis Yayınları,
- ASLAN, Onur E, (2005) *Kamu Personel Rejimi*, TODAİE, 1. Baskı, Ankara,
- AYDIN, E, (1997)“*Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi*”, *Toplum ve Hekim*, 12(80),
- AYHAN, H, (Haziran, 1996) “*Ülkelerin Sağlık Düzeyleri ile Ekonomik ve Sosyal Gelişmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkiler*”, *Mizan Dergisi*, Sayı:31, (Haziran, 1996)
- BARRY, N. (1999), *Welfare*, London: Open University Press,
- BELEK, İ, (Mart 2009) “*Sağlığın Politik Ekonomisi – Sosyal Devletin Çöküşü*”, *Yazılama Yayınları*, İstanbul
- BELEK, İ, (1998) *Sınıf Sağlık Eşitsizlik*, Sorun Yay. İstanbul,
- BELEK, İ ve Diğerleri; (1998) *Türkiye İçin Sağlık Tezi*, Sorun Yay., İstanbul,
- BELEK, İ, (Mart-Nisan 1999) “*Taylorizm, Fordizm, Esnek Üretim ve Sağlık*”, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 14, Sayı: 2,
- BELEK, İ, (1999) *Postkapitalist Paradigmalar*, Sorun Yayınları, 2. Baskı, İstanbul,
- BELEK, İ, (1997) “*Yeni Kapitalist Paradigma ve ‘Kalite’li Yönetim*”, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 12, Sayı: 77, Ocak-Şubat
- CAPRA, F(1989), *Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası*, Çev. M. Armağan, İnsan Yay., İstanbul,
- CİNHİRLİOĞLU, Z, (2003) “*Toplum ve Sağlık*”, *Sosyolojiye Giriş*, Editör: İhsan Sezal, Martı Yay., Ankara,
- DİNLER, Z, (1996) *Mikro İktisat*, Gözden Geçirilmiş On birinci Basım, Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları,
- DİRİCAN, R ve BİLGEL, N(1993), *Halk Sağlığı*, Uludağ Üniversitesi Basımevi, II. Baskı,

- DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001) *Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT: 2561, ÖİK: 577, Ankara, 2001
- DPT, *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*
- ERALP, A, (2002) “*Değişen Dünya, Avrupa ve Türkiye*”, *Liberalizm, Devlet, Hegemonya*, (Der: E.Fuat Keyman), İstanbul: Everest Yayınları,
- ERCAN, F,(2001) *Modernizm, Kapitalizm ve Azgelişmişlik*, 2.Baskı, Ankara: Bağlam Yay. ,
- ERDOĞAN, M, (2005) “*Liberalizm ve Türkiye’deki Serüveni*”, *Modern Türkiye’de Siyasi Düşünce : Liberalizm*, 7.Cilt, İstanbul: İletişim Yayınları,
- FARAZMAND, A, (2001) “*Küreselleşme ve Kamu Yönetimi*”, (Çev. Sevilay Kaygalak), Mülkiye, Cilt: XXV, Sayı: 229, Temmuz-Ağustos
- GIDDENS, A, (2000) *Elimizden Kaçıp Giden Dünya*, (Çev. Osman Akınhay), Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., İstanbul,
- GÖKBUNAR, R ve KOVANCILAR, B, (Güz, 1998) “*Sosyal Refah Devleti ve Değişim*”, Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Sayı:3,
- GORZ, A, (2001)*Yaşadığımız Sefalet*, (Çev. Nilgün Tural), Ayrıntı Yayınları, İstanbul,
- GÜL, Songül S, *Sosyal Devlet Bitti, Yaşamın Piyasa*, Etik Yay., İstanbul, 2004
- HAMZAOĞLU, O ve ÖZCAN, U, *Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006*, Türk Tabipler Birliği Yay.,Ankara, 2005,
- ILLICH,I, (1995) *Sağlığın Gaspsı*, Ayrıntı Yay., İstanbul,
- İPEKTEN, M, (2002) *Küreselleşmenin Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerine Genel Etkisi*, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi),
- KARABIÇAK, M, (2002)“*Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ülke Ekonomilerinde Ortaya Çıkan Yönelim ve Tepkiler*”, S. Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 1,
- KAZGAN, G, *Küreselleşme ve Ulus Devlet*, 3.Baskı, İstanbul: Bilgi Üniv. Yayınları, 2002
- KEPENEK, Y, (1992) *Özelleştirme Olayı*, Ankara: Tes-İş Yayınları,
- KLEINMAN, M, (2006)“*Kriz mi? Ne Krizi? Avrupa Refah Devletlerinde Süreklilik ve Değişim*”, Sosyal Politika Yazıları, (Der: Ayşe Buğra ve Çağlar Keyder), İstanbul: İletişim Yayınları, 2006
- KORAY, M, (Aralık, 2003) ,“*Avrupa Refah Devleti*”, Görüş Dergisi, (Aralık, 2003)
- KORAY, M, (2003) “*Küreselleşmeye Eleştirel Bir Bakış ve Yeni Bir Küresel Anlayışın ve Örgütlenmenin Kaçınılmazlığı*”, Küreselleşme Koşullarında Kapitalizm ve Sendikalar Hareket 2000-2003, İstanbul: Petrol-İş Yayınları, Yayın No: 85, 2003
- LEBLEBİCİ, Doğan N, GÖNÜLŞEN Ö, AYDIN U, DEVRİM M, (2001)“*Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımında Önemli Bir Araç: Toplam Kalite Yönetimi*”, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 19, Sayı: 1, 2001

- MÜFTÜOĞLU, Ö,(2001) “*Kapitalizmde Dönüşüm Dinamikleri ve Sendikal Kriz*”, TMMOB Sanayi Kongresi, İstanbul,
- OECD, (2006) “*How Does Turkey Compare*”, OECD Health Data 2006
- OECD, (2006) “*Health at a Glance: OECD Indicators-2005*”, *OECD Multilingual Summaries*, Paris: OECD Pub., 2006
- OSKAY, Ü(1993), “*Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar*”, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yay., Sayı: 4, İzmir, 1993
- ÖNGEN, T, (2003) “*Yeni Liberal Dönüşüm Projesi ve Türkiye Deneyimi*”, *Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar*, 1. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları,
- ÖZEN, M, (Mayıs-Haziran 2002) “*Hizmet Ticareti Anlaşmasının Sağlık Alanına Etkileri*”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt:17, Sayı:3,
- ÖZDEMİR, S,(2004) *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları, Yay. No: 2004 -69,
- ÖZDEMİR, Yusuf E, (Mayıs-Haziran 2001) “*Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikalar ı- Cumhuriyet'in Kuruluşundan 1980'li yıllara Sağlık Politikaları*”, *Yeni Türkiye*, Sayı: 39,
- ÖZTEK, Z, “(Mayıs-Haziran 2001,) *Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri*”, *Yeni Türkiye*, Sağlık Özel Sayısı, Sayı. 39
- POTTER, P ve PERRY, A, (1993) *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice*, Third Edition, Mosby Year Book,
- RITZER, G (1988)“*Toplumun McDonaldlaştırılması-Çağdaş Toplum Yapısının Değişken Karakteri Üzerine Bir inceleme*, Ayrıntı Yayınları, İstanbul
- REISER, J, S, (1978) “*Medicine and the Reign of Technology*”, Cambridge University Press, Cambridge England,
- ROTRİK, D, (2000) “*Dünya Ekonomisine Entegrasyon Kalkınma Stratejilerinin Yerini Tutabilir mi?*”, (Çev:Alev Söğüt), *İktisat Dergisi*, Sayı: 403, İstanbul: İFMC Yayınları, 2000
- SAVAŞ, V, (1994) *Politik İktisat*, İkinci Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayın, 1994
- SAVAŞ, B. S, (Mayıs-Haziran 2001) “*Türkiye Sağlık Sistemine Kısa Genel Bir Bakış*”, *Yeni Türkiye*, , Sağlık Özel Sayısı, Sayı. 39
- SAYBAŞILI, K, (1993) *Liberalizm, Refah Devleti ve Eleştiriler*, Ankara: Bağlam Yayıncılık, 1993
- SOYER, A,(1998), *Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık*, 1. Baskı, Ankara: Öteki Yayınevi,
- SOYER, Ata, (Temmuz-Ağustos 2000) “*1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?*”, *Toplum ve Hekim*, , cilt. 15, sayı. 4
- SOYER, A, (Kış- Bahar, 2003) “*1980'den Günümüze Sağlık Politikaları*”, *Praksis*, Sayı:9
- SÖNMEZ, S,(1998) *Dünya Ekonomisinde Dönüşüm: Sömürgecilikten Küreselleşmeye*, İstanbul: İmge Yayınları,

- ŞAYLAN, G, (2003)*Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi*, 2.Baskı, Ankara: İmge Yayınevi,
- UZ, M. Hulki, (Mayıs-Haziran 2001)“*Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımı Üzerine Düşünceler*”, Yeni Türkiye, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı,
- WALLERSTEIN, I, (1998) *Liberalizmden Sonra*, (Çev: Erol Öz), İstanbul: Metis Yayınları,
- YAĞCI, F, (Ağustos 2001) “*Dünya Ekonomisi Nasıl Yönetiliyor?*”, İktisat Dergisi, Sayı:416, İstanbul: İFMC Yayınları,
- YAYLA, A, (1992) *Liberalizm*, Ankara: Turhan Kitabevi Yayınları Bilimsel Eserler Dizisi: 20,
- YILDIRIM, Hasan H,“*Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları*”, Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 5 Sayı: 1, (Kış 2000)

İNTERNET KAYNAKLARI

http://www.medimagazin.com.tr/haber_31055.html

<http://www.medimagazin.com.tr/haber30561.html>

http://www.medimagazin.com.tr/haber_31475.html

<http://www.istabip.org.tr/medya/535.asp>

http://www.ato.org.tr/guncel/danistay_karar.php3

<http://www.istabip.org.tr/medya/722.asp>

<http://www.belgenet.com/hukümet/program/58-1.html>

<http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2005/niyet260405/IMFniyetTRnisan05.pdf>

http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2003/4gg_nm_tr.pdf

http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=302&id=18

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html

<http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/kavram.html>

<http://www.wsws.org/tr/2004>

<http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp?sayi=20033>

EKLER:

Ek 1: Alan Çalışması Soru Formu

- 1- Yaşınız?
- 2- Cinsiyetiniz?
- 3- Öğrenim Durumunuz?
- 4- Unvanınız?
- 5- İstihdam şekliniz?
 - a) Kadrolu(657 4/A)
 - 1) Genel Bütçeye Tabi 2) Döner Sermayeye Tabi
 - b) 4/B sözleşmeli(657 4/B)
 - 1)Genel Bütçeye Tabi 2)Döner Sermayeye Bağlı
 - c)4924 lü statüde sözleşmeli(4924-Elementininde günlük çekilen yerlere sözleşmeli sağlık personeli istihdam edilmesine dair kanun)
 - d)İstihdam Fazlası personel(İFP)-Özelleştirme sonucu kuruma devir edilen personel
 - e)Taşeron firmaya bağlı sağlık personeli
- 6-Sözleşmeli çalışıyorsanız neden sözleşmeli çalışıyorsunuz?
- 7- Sözleşmeli çalışmak sizin tercihiniz mi yoksa uygulamada başka bir seçenek olmadığından mı sözleşmeli çalışıyorsunuz?
- 8- Kadrolu statüye geçmek istiyor musunuz? Kadrolu statüye geçmeniz neler yapılması gerekmektedir?
- 9-Kaç yıldan beri bu istihdam pozisyonunda (sözleşmeli/kadrolu) çalışıyorsunuz?
- 10-Hangi yöntemle işe alındınız? (KPSS, Bakanlıkça Açıkta Tanıma, Kuruma kişisel müracaatla).
- 11-Tabi olduğunuz sosyal güvenlik kurumu?
- 12-Aylık ortalama geliriniz?
 - a)500-1000 TL
 - b)1000-1500TL.
 - c)1500-2000 TL
 - d)2000 +
- 13- Kadrolu statüde çalışanlar ile sözleşmeli çalışanlar arasında ücret düzeyinde bir fark oluyor mu?
- 15-Kadrolu çalışanlar ile sözleşmeli çalışanlar arasında çalışma saatleri açısından

bir fark oluyor mu?

16-Aylık kazancınız ekonomik olarak tatmin edici midir?

17- İş tanımınız sabit midir değişken midir?

18-Çalıştığınız alanda mesleki tatmin durumunuz nasıldır? Bu konuda kendinize uygun işi yaptığınızı düşünüyor musunuz?

19-Çalıştığınız servis/birimde iş bölümü mesleki kariyerinize uygun mudur?

20-Çalıştığınız kurumda rotasyon uygulanıyor mu? Siz rotasyona tabi misiniz? Rotasyona tabi iseniz bu uygulama nasıl gerçekleşmektedir?

21-İşyerinde mesleki eğitim ve geliştirme çalışmaları yapılıyor mu? Eğitim ve geliştirme çalışmaları sizi kapsıyor mu? Bu eğitimleri gerekli görüyor musunuz?

22-Kalite geliştirme çalışmaları yapılıyor mu? Bu konuda aktif katılımınız bekleniyor mu? Kalite politikaları/hedefleri belirlenirken görüşlerinize başvuruluyor mu?

23- Bir sendikaya üyeliğiniz var mı? Eğer üyeyseniz sendikanızca düzenli aralıklarla toplantılar yapılıyor mu? Sendikal örgütlenme durumunuz nasıldır?

24-Sendikaya üye iseniz yönetimin bu olguya bakış açısıdır? Sendikal faaliyetleri engelleyici ya da teşvik edici bir tutumu var mıdır?

25-Sözleşmeli çalışıyor iseniz kadrolu statüde çalışanlar ile aranızda iş yoğunlaşması anlamında bir farklılık olduğunu düşünüyor musunuz? Daha açık bir ifadeyle sözleşmeli çalıştığınız için daha çok çalıştırıldığınızı düşünüyor musunuz?

26-Kadrolu çalışan ile sözleşmeli çalışanlar arasında iletişim nasıldır? Sözleşmeli olmanızdan kaynaklanan tavır ve davranış değişiklikleri oluyor mu? Sözleşmeli olduğunuzdan dolayı ayrımcılık hissediyor musunuz?

27-İdareyle olan iletişim kanalları açık mıdır? Mesleki sorunlarınızı ifade etme ve sorunlara çözüm bulma konusunda kurumsal iletişim yeterince sağlanıyor mu? Sözleşmeli olmanızdan kaynaklanan sorunlar yaşıyor musunuz?

28-Özlük haklarınız konusunda karşılaştığınız başlıca sorunlar nelerdir?

29-Kadrolu çalışanlar ile özlük hakları açısından farklılıklarınız var mı? Varsa nelerdir?

30- Kadrolularla aranızda mesleki yükselme açısından bir fark var mıdır? Mesleğiniz de yükselme şansınız var mı?

31-Sağlık sistemindeki farklı istihdam modellerinin uzun vadeli getirdiği sorunlar neler olabilir? Bu konuda bir çözüm öneriniz var mı?

32- Mesleki açıdan geleceğiniz konusunda umutlu musunuz? Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?

33- Mesleğinizi veya çalışma alanınızı değiştirmeyi düşünüyor musunuz? Evet ise bunun sebebini açıklar mısınız?

34- Sağlık sistemindeki bölüşüm/ek ödeme dağıtımından memnun musunuz? Sistem adil bir dağıtım yapabiliyor mu? Bu konudaki sorunlara çözüm öneriniz nedir?

35- Sağlık sisteminde bir dönüşüm/değişim olduğunu düşünüyor musunuz? Cevabınız evet ise bu dönüşüm/değişim hakkında ne düşünüyorsunuz?

36- Bu dönüşüm/değişimin size olan yansıması hakkında ne düşünüyorsunuz?

37- Yukarıda sorulan sorular dışında eklemek istediğiniz bir şey var mı?

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Erdal ÇİRPİCİ
Doğum Yeri ve Tarihi : Samsat 01/01/1981

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi
2002-2006
Yüksek Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniv. Sos. Bil. Ens.Sosyoloji A.B.D.
2006-2009
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurumlar : Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

İletişim

e-posta Adresi : sosyologuss@hotmail.com

Tarih : 07/01/2010