

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE YENİ İSTİHDAM BİÇİMLERİ: TAŞERON
SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE SOSYOLOJİK BİR İNCELEME**

Doktora Tezi

Sinan ACAR

Eskişehir, 2018

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE YENİ İSTİHDAM BİÇİMLERİ: TAŞERON
SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE SOSYOLOJİK BİR İNCELEME**

Sinan ACAR

**DOKTORA TEZİ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI
Danışman: Prof. Dr. Nadir SUĞUR**

**Eskişehir
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Temmuz, 2018**

Bu tez çalışması BAP Komisyonunca kabul edilen 1506E485 no.lu proje kapsamında desteklenmiştir.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Sinan ACAR'ın "Sağlıkta Dönüşüm ve Yeni İstihdam Biçimleri: Taşeron Sağlık Çalışanları Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme" başlıklı tezi 02 Temmuz 2018 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca Sosyoloji Anabilim Dalında, **Doktora** tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Nadir SUGUR
Üye : Prof.Dr.Hayriye ERBAŞ
Üye : Doç.Dr.Çağla ÜNLÜTÜRK ULUTAŞ
Üye : Doç.Dr.Ayşe Aytül CENGİZ
Üye : Dr.Öğr.Üyesi Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN


Prof.Dr.Emel ŞİKEAR
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ÖZET

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE YENİ İSTİHDAM BİÇİMLERİ: TAŞERON SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE SOSYOLOJİK BİR İNCELEME

Sinan ACAR

Sosyoloji Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Temmuz 2018

Danışman: Prof. Dr. Nadir SUĞUR

Bu çalışma kamu sağlık hizmetlerinde esnek istihdam politikalarından biri olan taşeronla çalışma biçiminin sağlık alanında asli işleri yapan sağlık çalışanları üzerinde ne gibi etkileri olduğunu analiz etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada, Fransız Düzenleme Okulu'nun kapitalist üretim sürecinin tarihsel gelişimine dair dönemselleştirmesine dayanılarak, kamu sağlık hizmetlerinin post-fordist dönemde geçirdiği dönüşümlerin personel istihdam politikaları üzerinden anlaşılmasına çalışılmıştır. Araştırmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinden yararlanılmıştır. Bu amaçla Elazığ Fırat Üniversitesi, Fırat Tıp Hastanesinde hizmet alımı yoluyla istihdam edilen 120 sağlık çalışanına anket uygulanmış, 17 sağlık çalışanı ile de derinlemesine mülakat yapılarak sürecin bütünlüklü açıdan anlaşılmasına çalışılmıştır.

Araştırma örneklem grubundaki sağlık çalışanlarının çoğunluğunun alt ve orta sınıfa dâhil ailelerden geldikleri ve işe giriş sürecinde ise sosyal sermayelerinin belirleyici olduğu görülmüştür. Araştırma grubundaki çalışanların kamuda kadrolu olarak işe girememelerinden kaynaklı geçici bir pozisyon olsa da bu işe girdikleri görülmüştür. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte çalışma süreçlerinin esnekleştiği; çalışanların iş yükleri ve baskılarının, çalışma saatlerinin arttığı söylenebilir. Diğer taraftan kamu sağlık hizmetlerinde etkinliğini arttırmak amacıyla uygulamaya giren performans sistemi, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını daha da kötüleştirmiştir. Taşeron sağlık çalışanlarının

normalde sahip olmaları gereken; iş güvencesi ve daimi sözleşmelere sahip olmadıkları ve işverenlerin tehdit olarak gördüğü sendikal üyeliklerinin de bulunmadığı görülmüştür. Taşeron sağlık çalışanlarının çoğunun; aynı pozisyondaki kadrolu çalışanlarla aynı işi yapmalarına karşın, kadrolu çalışanların sahip oldukları; maaş, emeklilik, yıllık izin ve ücretli hastalık izni gibi haklara sahip olmadıkları görülmüştür. Çalışanların sağlıkta dönüşüm sürecini; sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler açısından çoğunlukla olumlu, kendileri açısından çoğunlukla olumsuz yansımaları olan bir süreç olarak gördükleri tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Fordizm, Post-fordizm, Kamu Sağlık Hizmetleri, Düzenleme Okulu, Taşeron

ABSTRACT

TRANSFORMATION OF HEALTH SYSTEM AND NEW FORMS OF EMPLOYMENT: A SOCIOLOGICAL STUDY ON SUBCONTRACT HEALTHCARE WORKERS

Sinan ACAR

Department of Sociology

Anadolu University Social Sciences Institute, July 2018

Adviser: Prof. Dr. Nadir SUĞUR

This study tries to analyze the effects of subcontracting, which is one of the flexible employment policies in public health services and looks at the views of the health workers who are engaged in core work tasks in the field of health. In the study, based on the periodization of the French Regulation School on the historical development of the capitalist production process, attempts were made to understand the transformation of public health services in the postfordist period through personnel employment policies. Both of quantitative and qualitative research methods were used so as to comprehend conditions of subcontract workers in the public health sector. For this purpose, a questionnaire was conducted to 120 healthcare workers employed in Elazığ Fırat University, Fırat Medical Hospital through service procurement. On the other hand, an in-depth interview was also carried out with 17 healthcare workers to understand the process from a comprehensive perspective.

It was observed that the majority of the health care workers in the research sample group were from the lower and middle-class families and got access to the health profession through social networks. It was seen that health care workers in the sample initially tried but failed to have a permanent job in the public sector. Hence, working on subcontract base is their secondary option and that it is better than being unemployed. Transformation in health sector in Turkey has paved way for a more flexible work arrangements and this then has resulted in an increase in work load, pressure at work and working on long hours.

In addition to this, a new performance system has also been introduced to enhance the efficiency of the health services by the state, but this has also deteriorated the working conditions in the health sector. As to the personal rights and benefits, subcontract health care workers are mostly excluded from basic employment rights such as occupational security, permanent contract and union membership which is always seen a threat by the employers. Although most subcontract health care workers perform the same work duties as the permanent workers they don't get the same pay and other work-related rights such as annual paid leave, pension scheme and statutory sick pay. It was found that the employees see the transformation process in health as a process which is mostly positive in terms of the actors benefiting from health services and mostly negative for health workers.

Key Words: Fordism, Post-fordism, Public Health Services, Regulation School, Subcontractor

ÖNSÖZ

Bu çalışma Anadolu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) kapsamında 1506E485 no.lu proje olarak desteklenmiştir. Çalışmaya bu noktada destek olan proje birimine ve Anadolu Üniversitesi'ne teşekkür ederim.

Araştırmanın her aşamasında verdiği destek ve rehberlikle, bu işi yapabileceğime dair inancımı her daim canlı tutan tez danışmanım sayın Prof. Dr. Nadir Suğur'a çok teşekkür ederim. Tez izleme komitesinde yer alan sayın Doç. Dr. Çağla Ünlütürk Ulutaş'a özellikle konu seçimi ve ilerleyen süreçlerdeki katkıları için, sayın Dr. Öğr. Üyesi Temmuz Gönç Şavran'a da özellikle çalışmaya metod ve farklı açıları görme noktasında yaptığı kritik yönlendirme ve katkıları için, tez savunma jürisinde yer alan sayın Prof. Dr. Hayriye Erbaş ve sayın Doç. Dr. Ayşe Aytül Cengiz'e de teze sundukları katkılardan dolayı çok teşekkür ederim.

Tez çalışmasının ilk dönemlerinde beni maddi ve manevi anlamda yüreklendiren sevgili arkadaşım Dr. Deniz Aşkın'a, anket sorularının hazırlanması sürecinde her türlü desteği sunan arkadaşım Dr. Çağdaş Ümit Yazgan'a ve verilerin SPSS'e yüklenmesi noktasındaki destekleri için de arkadaşım Araştırma Görevlisi Emine Akçelik'e çok teşekkür ederim. Bunun yanında gerek Eskişehir'de bulunduğum dönemde gerekse zamansız bir şekilde Bartın'a döndüğüm dönemde yaşadığım her türlü sıkıntıya ciddi anlamda dertlenen ve çözüm üretme noktasında çaba harcayan sayın hocam ve abim Doç. Dr. Fuat Güllüpınar'a da çok teşekkür ederim. Saha araştırması sürecinde bana her türlü kolaylığı sağlayan başta abim Dr. Hüseyin Karatepe'ye, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Fırat Tıp Hastanesi yönetici ve çalışanlarına ve araştırmaya katılma nezaketi gösteren ve bu noktada deneyim ve düşüncelerini çekinmeden benimle paylaşan sağlık emekçisi arkadaşlarıma da çok teşekkür ederim.

Son olarak doktora eğitimi sürecinde yaşadığım büyük kriz ve yol ayrımlarında her an yanımda olduğunu hissettiğim, maddi ve manevi anlamda da desteğini gördüğüm sevgili abim Hâkim Ahmet Tomul'a ve kardeşim Av. Selçuk Tomul'a da ne kadar teşekkür etsem azdır. Teşekkürün en büyüğünü ise; evliliğimizin ilk dönemlerinden itibaren varlığını maddi ve manevi anlamda yanımda hissettiğim sevgili eşim, yoldaşım Sevim ve bu süreçlerde zamanlarından çaldığım sevgili çocuklarım Özgür ve Aylin hak ediyor. İyi ki varsınız.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Sinan ACAR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI	I
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	II
ÖZET	III
ABSTRACT	V
ÖNSÖZ	VII
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	VIII
İÇİNDEKİLER	IX
TABLolar DİZİNİ	XIV
KISALTMALAR DİZİNİ	XVI

GİRİŞ.....	1
1. ÇALIŞMA KAVRAMI VE TARİHSEL DEĞİŞİM SÜRECİ.....	4
1.1. Çalışma Kavramı.....	4
1.2. Çalışma Biçimlerinin Tarihsel Değişim Süreci.....	9
1.2.1. Basit işbölümü ve manüfaktür	9
1.2.2. Taylorizm ve fordizm.....	10
1.2.2.1. <i>Fordist üretim süreci</i>	12
1.2.2.2. <i>Fransız düzenleme okulu</i>	15
1.2.2.3. <i>Keynesyen refah devleti</i>	17
1.2.2.4. <i>Fordizmin krizi</i>	21
1.2.3. Post-fordizm - esnek birikim	24
1.2.3.1. <i>Esneklik</i>	27
1.2.3.1.1. <i>Esneklik Türleri</i>	31
1.2.3.1.1.1. <i>İşlevsel esneklik</i>	33
1.2.3.1.1.2. <i>Sayısal esneklik</i>	35
1.2.3.1.1.3. <i>Çalışma süresi esnekliği</i>	36
1.2.3.1.1.4. <i>Ücret esnekliği</i>	37
1.2.3.1.1.5. <i>Uzaklaştırma stratejileri</i>	38
1.2.3.2. <i>Schumpeterci rekabet devleti</i>	38

1.2.3.2.1. <i>Kamu sektöründe yönetim uygulamaları ve GATS (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması)</i>	40
1.2.3.2.1. 1.Yönetişim	42
2. KAMU PERSONEL YÖNETİMİNİN GELİŞİM SÜRECİ	47
2.1. Kamu ve Kamusal Alan	47
2.2. Kamu Hizmeti.....	48
2.2.1.Kamu hizmetlerinin temel ilkeleri	49
2.3. Kamu Personel Rejimleri	51
2.3.1. Liberal kamu personel rejimi:	51
2.3.1.1.Liberal dönemde sendikal hareketler	52
2.3.2. Fordist kamu personel rejimi (1945-1980):	54
2.3.2.1.Fordist dönemde sendikal hareketler	55
2.3.3.Post-fordist kamu personel rejimi (1980 sonrası):	56
2.3.3.1.Post-fordist dönemde sendikal hareketler	60
3. TÜRKİYE’DE KAMU PERSONEL REJİMİNİN GELİŞİM SÜREÇLERİ	62
3.1.Kapitalist Memurluk Rejiminin Kurulması ve Liberal Kamu Personel Rejimi (1838-1945)	62
3.1.1.Liberal kamu personel rejimi döneminde sendikal hareketlerin gelişimi.....	64
3.2. Fordist Kamu Personel Rejimi (1945-1980).....	67
3.2.1. Fordist kamu personel rejimi döneminde sendikal hareketler	71
3.3.Post-Fordist- (Esnek) Kamu Personel Rejimi (1980-)	73
3.3.1. Post-fordist-(esnek) kamu personel rejimi döneminde sendikal hareketler	76
4. SAĞLIK HİZMETLERİ VE NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM SÜRECİ	79
4.1. Sağlık Kavramı.....	79
4.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	82
4.3. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişim Süreci	83
4.4. Sağlık Hizmetlerinin Temel Nitelikleri	89
4.4.1. Sağlık hizmetlerinin dışşallık özelliği:	89

4.4.2. Sağlık hizmetlerinin kamusalılık özelliği:	90
4.4.3. Sağlık hizmetlerinin toplumsal yararı yüksek olması niteliği.....	91
4.4.4. Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesi gerekliliği.....	91
4.4.5. Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi.....	91
4.4.6. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı belirsizlikler.....	92
4.4.7. Sağlık hizmetlerinin yetersiz tüketilmesinin toplumu etkilemesi	92
4.5. Sağlık Sistemi Kavramı ve Temel Bileşenleri	93
4.5.1. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması	93
4.5.1.1. <i>Piyasa tipi sağlık sistemleri</i>	94
4.5.1.2. <i>Refah yönelimli sağlık sistemleri</i>	94
4.5.1.3. <i>Kapsayıcı sağlık sistemleri</i>	94
4.5.1.4. <i>Sosyalist sağlık sistemleri</i>	95
4.5.2. Sağlık sistemlerinin temel bileşenleri	96
4.5.3. Sağlık hizmetlerinin sunumu.....	98
4.5.3.1. <i>Koruyucu sağlık hizmetleri</i>	98
4.5.3.2. <i>Tedavi edici sağlık hizmetleri</i>	99
4.5.3.3. <i>Rehabilitasyon edici tedavi hizmetleri:</i>	100
4.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	100
4.6.1. Cumhuriyet öncesi dönemde sağlık hizmetleri.....	100
4.6.2. Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetleri	102
4.6.2.1. <i>1920-1960 kurumsallaşma dönemi</i>	102
4.6.2.2. <i>Sosyalizasyon dönemi (1961-1980)</i>	104
4.6.2.3. <i>Sağlıkta neoliberalleşme dönemi (1981-)</i>	106
4.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP).....	109
4.7.1. Sağlıkta dönüşüm süreci	109
4.7.2. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm süreci	112
4.7.2.1. <i>Sağlıkta dönüşüm programının amaç ve hedefleri</i>	115
4.7.2.2. <i>Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri</i>	115
4.7.2.3. <i>Sağlıkta dönüşüm programının temel bileşenleri</i>	116
4.7.2.3.1. <i>Genel sağlık sigortası’nın oluşturulması</i>	118
4.7.2.3.2. <i>Kamu sağlık kurumlarında işletme modeline geçiş</i>	120
4.7.2.3.3. <i>Aile hekimliği sistemi</i>	122
4.7.2.3.4. <i>Kamu-özel ortaklığı hastaneleri (şehir hastaneleri)</i>	125

4.7.2.3.5. <i>Performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖ)</i>	129
4.7.2.3.6. <i>Sözleşmeli ve taşeron personel istihdamı</i>	132
5. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	139
5.1. Araştırmanın Konusu	139
5.2. Araştırmanın Problemi	139
5.3. Araştırmanın Amacı	140
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	140
5.5. Veri Toplama Araçları ve Süreci	143
5.6. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları	145
6. ALAN ARAŞTIRMASI BULGULARI	146
6.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri	146
6.1.1. Çalışanlara ait demografik veriler	146
6.1.2. Çalışanların medeni durumlarına ilişkin veriler	150
6.1.3. Çalışanların eğitim düzeyleri ve meslek seçim süreçlerine ilişkin veriler	152
6.2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Hakkındaki Düşünceleri	156
6.2.1. Çalışanların işe giriş süreçleri	157
6.2.2. Çalışanların kurumdaki mevcut pozisyonları ve hizmet süreleri ..	162
6.2.3. Çalışanların yıllık izin kullanma ve rutin sağlık kontrollerinin yapılma durumları	164
6.2.4. Çalışanların kurumdaki iş yükü ve karar alma süreçlerine katılımına dair veriler	167
6.2.5. Çalışanların sınıfsal konumları hakkındaki düşünceleri	179
6.2.6. Çalışanların başka bir kuruma geçme noktasındaki düşünceleri ..	184
6.2.7. Çalışanların kurumsal aidiyet, mesleki saygınlık ve mesleklerini başkalarına tavsiye etme durumları	186
6.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Sürecine İlişkin Düşünceleri	191
6.3.1. Çalışanların sağlıkta dönüşümden önceki döneme dair düşünceleri	191
6.3.2. Çalışanların sağlıkta dönüşümden sonraki dönem hakkındaki düşünceleri	193

6.3.3. Çalışanların çalışma süreçlerindeki değişimler hakkındaki düşünceleri	202
6.3.3.1. <i>Sağlıkta şiddet</i>	203
6.3.3.2. <i>Ekip anlayışının gerilemesi</i>	205
6.3.3.3. <i>Döner sermaye ödemelerindeki adaletsizlikler</i>	207
6.3.3.4. <i>Sağlıkta ticarileşme</i>	210
6.4. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kamu ve Özel Sağlık Hizmetleri Hakkındaki Düşünceleri	215
6.5. Araştırmaya katılan çalışanlarının toplumsal cinsiyet algılarına dair düşünceleri	220
6.6. Sağlıkta örgütlü işçi sendikalarının ve sağlık çalışanlarının taşeronlaşma süreci hakkındaki düşünceleri	225
6.6.1. <i>İşçi sendikalarının taşeronlaşma süreci hakkındaki görüşleri</i>	225
6.6.2. <i>Çalışanların taşeronlaşma süreci hakkındaki düşünceleri</i>	232
6.7. Çalışanların İş Dışındaki Sosyal Hayatları ve Geleceğe İlişkin Düşünceleri	237
 SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	 242
KAYNAKÇA	261
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: <i>Keynesçi Ulusal Refah Devletinin Temel Özellikleri</i>	19
Tablo 2: <i>Fordist ve Post-Fordist Üretim Biçimleri Arasındaki Farklar</i>	25
Tablo 3: <i>Liberal- Fordist ve Post-Fordist Kamu Personel Rejimlerinin Genel Özellikleri</i>	59
Tablo 4 : <i>Sağlık Bakanlığı Tıbbi Meslekler Sınıflaması</i>	97
Tablo 5: <i>1923 Yılı İtibariyle Türkiye'deki Yataklı Sağlık Kurumları ve Yatak Sayıları</i>	103
Tablo 6: <i>Sağlık Bakanlığı 'ndaki Personel Sayısının Yıllara Göre Değişimi</i>	134
Tablo 7 : <i>Kurumdaki Personelin Mevcut Pozisyon ve Sayılarına Dair Veriler</i>	142
Tablo 8: <i>Derinlemesine Görüşme Yapılan Çalışanlara Ait Bilgiler</i>	143
Tablo 9: <i>Katılımcıların Demografik Özellikleri</i>	146
Tablo 10: <i>Katılımcıların Anne ve Babalarının Eğitim Durumları</i>	148
Tablo 11: <i>Katılımcıların Anne ve Babalarının Mesleki Konumları</i>	149
Tablo 12: <i>Katılımcıların Medeni Durumlarına İlişkin Bilgiler</i>	150
Tablo 13: <i>Katılımcılardan Evli Olanların Eşlerine Dair Bilgiler</i>	151
Tablo 14: <i>Katılımcıların Eğitim Düzeylerine İlişkin Bilgiler</i>	152
Tablo 15: <i>Katılımcıların Sağlık Mesleğini Seçme Nedenleri</i>	154
Tablo 16: <i>Katılımcıların Kurumda Çalıştıkları Birimler ve Toplam Hizmet Süreleri</i>	162
Tablo 17: <i>Katılımcıların Önceden Başka Bir Kurumda Çalışma Durumları</i>	163
Tablo 18: <i>Katılımcıların Yıllık İzin ve Rutin Sağlık Kontrolleri Hakkındaki Düşünceleri</i>	164
Tablo 19: <i>Kurum Tarafından Ücretsiz Olarak Sunulan Hizmetlerin Varlığı</i>	167
Tablo 20: <i>Kurum Tarafından Sunulan Oryantasyon Programları ve Hizmet İçi Eğitimler</i>	167
Tablo 21: <i>Katılımcıların Bilgi ve Becerilerinin Dikkate Alınma Durumları Hakkındaki Düşünceleri</i>	168
Tablo 22: <i>Katılımcıların Personel Sayısı ve İş Yükü Dağılımı Hakkındaki Düşünceleri</i>	170
Tablo 23: <i>Katılımcıların Kurumdaki Karar Alma Süreçleri Hakkındaki Düşünceleri</i>	173
Tablo 24: <i>: Katılımcıların Kurumdaki Ayrımcılık Uygulamaları Hakkındaki Düşünceleri</i>	175
Tablo 25: <i>Katılımcıların İş Güvenceleri Hakkındaki Düşünceleri</i>	178
Tablo 26: <i>Katılımcıların Ücretleri ve Sınıfsal Konumları Hakkındaki Düşünceleri</i> ...	179
Tablo 27: <i>Katılımcıların Başka Bir Sağlık Kurumuna Geçme Konusundaki Düşünceleri</i>	184
Tablo 28: <i>Katılımcıların Kurumsal Aidiyet ve Mesleki Saygınlık Hakkındaki Düşünceleri</i>	186
Tablo 29: <i>Katılımcıların Mesleklerini Yakınlarına/Başkalarına Tavsiye Etme Durumları</i>	189
Tablo 30: <i>Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Süreci Öncesine Dair Düşünceleri</i>	191
Tablo 31: <i>Katılımcıların Sağlıkta Dönüşümden Sonraki Döneme Dair Düşünceleri</i> ..	193
Tablo 32: <i>Katılımcıların Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi ve Çalışma Koşulları Hakkındaki Düşünceleri</i>	196

Tablo 33: Katılımcıların Sağlık Hizmeti Alan Kesimlere İlişkin Düşünceleri	196
Tablo 34: Katılımcıların Sağlık Kurumlarındaki Değişimler Hakkındaki Düşünceleri	201
Tablo 35: Katılımcıların Kurumdaki Çalışma Koşulları Hakkındaki Düşünceleri	202
Tablo 36: Katılımcıların Çalışanlar Arasındaki İşbirliği Süreçleri Hakkındaki Düşünceleri	205
Tablo 37: Katılımcıların Döner Sermaye Ek Ödemeleri Hakkındaki Düşünceleri	207
Tablo 38: Katılımcıların Sağlıkta Ticarileşme Süreçleri Hakkındaki Düşünceleri	210
Tablo 39: Katılımcıların Kamu ve Özel Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Hakkındaki Düşünceleri	216
Tablo 40: Katılımcıların Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarındaki Çalışma Koşulları Hakkındaki Düşünceleri	217
Tablo 41: Katılımcıların Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarındaki Ücret ve İş Güvenceleri Hakkındaki Düşünceleri	219
Tablo 42: Katılımcıların Kadınların Çalışma Hayatına Katılımı Hakkındaki Düşünceleri	221
Tablo 43: Katılımcıların Kurumdaki Çalışma Süreçleri Hakkındaki Düşünceleri	223
Tablo 44: Katılımcıların Sendikalar ve Taşeronla Mücadele Hakkındaki Düşünceleri	233

KISALTMALAR DİZİNİ

AB: Avrupa Birliği

ANAP: Anavatan Partisi

AKP: Adalet ve Kalkınma Partisi

DB: Dünya Bankası

Dev Sağlık-İş: Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası

DİSK: Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu

DMK: Devlet Memurları Kanunu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DTÖ: Dünya Ticaret Örgütü

GATS: Hizmet Ticareti Genel Anlaşması

GSS: Genel Sağlık Sigortası

Hak-İş: Türkiye Hak İşçi Sendikaları Konfederasyonu

KESK: Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu

KİT: Kamu İktisadî Teşebbüsü

KHB: Kamu Hastaneleri Birlikleri

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

KÖO: Kamu Özel Ortaklığı

KURD: Keynezyen Ulusal Refah Devleti

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

T. Sağlık-İş: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası

TTB: Türk Tabipleri Birliği

Türk-İş: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

MİSK: Milliyetçi İşçi Sendikaları Konfederasyonu

NHS: National Health Service (İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetler Servisi)

OECD: Organization for Economci Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)

Öz Sağlık-İş: Sağlık ve Sosyal Hizmet İşçileri Sendikası

PDEÖ: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

ILO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

IMF: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)

GİRİŞ

İnsanlık tarihinin her döneminde çalışma ve üretim organizasyonlarının çeşitli toplumlarda aldığı yapılar ve bunların işleyiş biçimleri toplumsal yapının kuruluşunda belirleyici süreçler olarak rol oynamışlardır. İlk topluluklardan, günümüz kapitalist toplumlarına kadar çalışma alanlarında görülen; özgür insan - köle, patrisyen - pleb, bey – serf, lonca ustası – kalfa, kapitalist sınıf - emekçi kitleler (Marx ve Engels, 2008, s. 23), arasındaki ilişki ve mücadele biçimleri, hem tarihsel süreçler tarafından belirlenmiş hem de tarihi olayların şekillenmesinde etkili olmuşlardır. Tez konusu olarak çalışma ilişkileri alanının seçilmesinde başlıca; çalışmanın toplumlar (ve bireyler) için taşıdığı öneminin hiçbir zaman ortadan kalkmayacağı realitesi ve çalışma alanlarında Sanayi Devrimi’nden itibaren başlayan ve yaşadığımız yüzyılda da devam eden köklü değişimlerin yansımalarının, emekçi sınıflar için çoğunlukla maddi ve manevi hak kayıpları olarak ortaya çıkması durumu etkili olmuştur. Toplumsalın kuruluşunda önemli ve dengeleyici bir aktör olan devlet organizasyonun işlevlerinde, özellikle modern çağda ortaya çıkan değişimler ve bu değişimlerin toplumsalın önemli kurumlarından biri olan sağlık alanındaki üretim ve çalışma süreçlerinde nasıl ve ne yönde etkide bulunduğu sorunsalı önemli bir çalışma alanı niteliği taşımaktadır.

Özellikle önceki dönemlere kıyasla neo-liberal dönemde; sağlık alanı önemli bir reform alanı olarak görülmüş ve devletin özellikle sosyal refah uygulamalarının önemli ayaklarından biri olan sağlık alanının, bu dönemde (önceki dönemlerdeki hantal ve rasyonel olmayan işleyişinden sıyrılarak) daha ‘rasyonel’ ve ‘ekonomik’ bir işleyişe sahip olması hedeflenmiştir. Bu noktada bu dönemlerle birlikte ulus ötesi aktörlerin (IMF, DB gibi) giderek güçlenmesi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere yaptırımlarda (tavsiye) bulunabilme gücüne kavuşması önemli bir dönemeç olmuştur. Çünkü bu aktörler temelde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki kamu hizmetlerinin özelleştirilmesini ve ulus ötesi sermaye gruplarının bu alanlarda etkin olması amacını gütmüşlerdir. Türkiye’de sağlık alanının Cumhuriyet’in kuruluş dönemlerinden, 80’li yıllara kadar istenilen düzeyde kurumsallaşamaması, toplumsallaşamaması ve bu dönemlerde ortaya çıkan kronikleşmiş sorunların bir türlü çözüme kavuşturulamaması durumu bu alanlarda uygulanacak reform ve özelleştirme uygulamaları için birer meşruiyet kaynağı olmuştur. Bu dönemlerden itibaren katı sınırlar içinde hiyerarşik olarak (örneğin işçilerin sadece

SSK¹ üzerinden, memurların ise Devlet Hastanelerinden hizmet alması şeklinde) örgütlenmiş ve buna dayalı sağlık hizmeti sunan kamu sağlık hizmetleri bu dönemlerle birlikte sağlıkta dönüşüm sürecine girmiştir. Sağlık alanında özellikle 80’li yıllardan itibaren başlayan reform ve dönüşüm uygulamaları, 2003 yılında Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) hükümetinin tek başına iktidara gelmesiyle birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında (acilen) kanuni alt yapısı oluşturularak uygulama alanına girmiştir. Sağlık alanında yaşanan dönüşüm süreciyle birlikte, sistemin önceki hiyerarşik ve ayrımcı yapısının kaldırılmasıyla, vatandaşların istediği sağlık kurumundan (özel dâhil) sağlık hizmeti alma hakkına kavuşması ve önceki dönemlere nazaran bu hizmetlere ulaşım noktasında daha da ‘insan yerine’ koyulduğu duygusunu yaşaması durumu siyasal iktidarın özellikle bu kitlelerin desteğiyle uzun yıllar iktidarı elinde tutmasının en önemli bileşenlerinden biri olmuştur. Bu noktada kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm sürecinin olumlu tarafları yanında, olumsuz sonuçlarının da olduğu söylenebilir. Kamu sağlık kurumlarında toplam kalite uygulamalarının uygulanmaya başlamasıyla birlikte performansa dayalı hizmet üretimine dayalı bir anlayış ortaya çıkmış ve bu noktada sağlık hizmetlerinde temelde müşteri ve satıcı ilişkisine dayalı bir yapı ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönemlerden itibaren sağlık harcamalarının, teşhis, tedavi, girişim ve ameliyat sayılarının önceki dönemlere kıyasla anormal derecelerde arttığı ve vatandaşın sağlık hizmetlerini her geçen gün daha fazla cebinden para ödeyerek elde ettiği bir süreç ortaya çıkmıştır. Kamu sağlık istihdam süreçlerinde ise, 80’li yıllardan itibaren yardımcı işler alanlarında uygulanmaya başlanan taşeronlaştırma ve esnekleştirme uygulamaları, bu dönemlerden itibaren yaygınlaşmaya ve asli işleri de içine alacak şekilde sistem içine yerleşmeye başlamıştır. Bu dönemlerle birlikte statüye dayalı ömür boyu istihdam ilkesinin kural, sözleşmeliliğin ise istisna olduğu mevcut yapı, sözleşmelilik lehine dönüşmeye ve sözleşmeli istihdamın kural olduğu bir yapıya doğru evrilmeye başlamıştır. Bu noktada özellikle asli işleri yapan pozisyonlarda (biyolog, psikolog, ebe, hemşire, sağlık teknisyeni, sağlık memuru gibi pozisyonlar) sözleşmeliliğin ve taşeron

¹ Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), esasen 1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu’nda yer alan hükümlere dayalı olarak İşçi Sigortaları ve İşçi Sigortaları Kurumu olarak kurulmuş ve uzun yıllar bu şekilde hizmet veren kurum 1965 tarihinde çıkan 506 sayılı kanun ile SSK adını almış ve uzun bir dönem bu şekilde hizmet vermiştir. Sağlıkta dönüşüm sürecinin 2003 yılında uygulamaya girmesiyle birlikte 16 Mayıs 2006 tarihinde çıkarılan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kurum tüzel kişiliği olarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na devredilmiş ve personel ve sağlık kurumları da Sağlık Bakanlığı’na geçmiştir (<https://www.emekliolmak.com/ssk-tarihcesi/>).

istihdamının yerleşmeye başladığı ve çalışma süreçlerinin bu ilkeye dayalı olarak yeniden planlandığı bir döneme girilmiştir.

Tez çalışmasında Fransız Düzenleme Okulu'nun kapitalizmin gelişimi süreçleri noktasında birikim rejimleri ve düzenleme biçimlerine dayalı kuramsal yaklaşımı temel olarak alınmış ve buna dayalı olarak kamu personel istihdam süreçleri de belirli dönemselleştirmeler (liberal-fordist-post-fordist dönem) üzerinden anlaşılmalı ve açıklanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmada temelde kamu sağlık kurumlarında asli işleri yerine getiren bu pozisyonlardaki çalışanların, mevcut çalışma süreçleri hakkında ne düşündükleri, süreci nasıl deneyimledikleri ve bu sürecin genel seyri hakkında (ne düşündükleri - yaptıkları) nasıl bir eğilim içinde oldukları anlaşılmalı ve açıklanmaya çalışılacaktır.

Çalışma bu noktada başlıca altı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde genel olarak çalışma kavramının mahiyeti ve tarihsel süreç içerisinde geçirdiği dönüşüm süreci, emek gücünün tarihsel süreç içerisinde geçirdiği değişimler dönemler halinde (basit elbirliği-manüfaktür üretim- fordist üretim- post-fordist üretim süreçleri olarak) ele alınarak ortaya konulacaktır. İkinci bölümde ise kamu hizmetlerinin gelişim süreçleri kamu, kamusal alan, kamu hizmeti ve temel nitelikleri temelinde tarihsel bir gelişim süreci içerisinde açıklanmaya çalışılacaktır. Fransız Düzenleme Okulu'nun dönemleştirmesine paralel; kamu hizmetlerinin tarihsel süreç içerisindeki liberal, fordist ve post-fordist aşamalarındaki temel nitelikleri ve buna paralel sendikal hareketlerin de bu dönemlerdeki gelişim süreçleri ortaya konulmaya çalışılacaktır. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise Türk kamu personel rejiminin gelişim aşamaları (kuruluş ve liberal dönem, fordist dönem, post-fordist dönem) aynı şekilde bu dönemlerdeki sendikal hareketlerin gelişim süreçlerine paralel ortaya konulmaya çalışılacaktır. Çalışmanın dördüncü bölümünde ise sağlık kavramı ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel süreç içerisindeki gelişimine yer verilerek, sağlıkta dönüşüm sürecinin temel özellikleri ve bu sürecin bileşenleri paralelinde kamu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan piyasalaşma süreçlerine yer verilecektir. Çalışmanın beşinci bölümünde araştırmanın metodu, konusu, amacı, problemi ve varsayımlarına değinilecektir. Çalışmanın altıncı bölümde ise alandan elde edilecek verilerin kuramsal temeller ışığında açıklama ve yorumlamaları yapılacak ve son olarak da genel değerlendirme, sonuç ve öneri kısmıyla çalışma tamamlanacaktır.

1. ÇALIŞMA KAVRAMI VE TARİHSEL DEĞİŞİM SÜRECİ

1.1. Çalışma Kavramı

Çalışma olgusu insanoğlunun tarih sahnesine çıktığı ilk dönemlerden itibaren topluluk halinde yaşamının ön koşullarından biri olmuştur. Buna bağlı olarak ilkel toplayıcı kabileler halinde yaşanan dönemlerden, günümüz endüstriyel toplumlarına kadar önemini ve değerini yitirmeyen çalışma, mevcut üretim araçları ve süreçlerinin biçimlendirmesine paralel farklı biçimler halinde ortaya çıkmıştır. Avcı ve toplayıcı gruplar, yabani meyve ve tohumlu bitkileri toplayarak, ilkel teknoloji veya aletlerle gıdalarını elde etmeye ve bu şekilde hayatlarını idame etme yoluna gitmişlerdir. Sınırlı işbölümü ve göçebe bir hayat tarzının hâkim olduğu bu topluluklarda hiç kimse bütün zamanını ve ömrünü verdiği sabit tek bir işe sahip değildi. Otorite, ayrıcalık, itibar gibi fertlerin sahip olduğu sosyal durumlar şahsi tecrübe, hüner ve bir mücadele sonucu elde edilebiliyor ve devam ettirilebiliyordu (Özkul, 2002, s. 53).

Antik Yunan toplumunda ise; özgürlük ilkesi genel olarak gereklilik ilkesinin karşıtı olarak görülmüş ve kölelerin emekleri gereklilik ilkesiyle ilişkilendirilerek buna dayalı bir toplumsal yapı ortaya çıkmıştır. Bu dönemde el ile çalışmanın yüz kızartıcı bir faaliyet olduğu, zengin ve üst sınıftaki kimselerin politik alanda uğraşmalarının soyluluğun belirtisi olarak değerlendirildiği bir toplumsal yapı söz konusudur. Aynı şekilde çalışmanın İbranice karşılığı olan avodah, köle anlamına gelen eved ile aynı kelime kökünden gelmekte, Yunancada ise çalışmayı niteleyen üç özel kelime olan ponos (acı veren faaliyet anlamında), ergon (askeri veya zirai vazife), techne (teknik anlamında) çalışmanın gereklilik ve zorunluluk boyutuna işaret etmektedir. Bunun yanında çalışma için kullanılan İngilizce'deki Gagner kelimesi, 20. yüzyılda yağmacılık ve yemek arama faaliyeti anlamındaki Fransızca Waidajan kelimesinden türetilerek bu dile girmiştir. On altıncı yüzyıla kadar çalışma ile ilgili kullanılan 'Oevrer' kelimesi bir sanat çalışması anlamına gelmekte ve acı çeken ya da dertli insan anlamına gelen 'Operarus' Latince kelimesinden türetilmiştir. Günümüzde batı dillerinde çalışma anlamına gelen 'travail' sözcüğü, Latince işkence aleti anlamına gelen 'tripalium' dan türetilmiştir ve Romalıların çalışma için kullandıkları 'labour' sözcüğü de zahmet, yorgunluk, acı, ızdırap gibi çağrışımlara işaret eden bir nitelik göstermektedir (Grint, 1998, s. 17; Ciulla, 2000, s. 25). Aynı şekilde Eski Türkçe'de yer alan 'emgek' fiili de zahmet, eziyet, acı çekmek anlamlarına gelmekte ve bu haliyle emek kavramı farklı dillerde farklı isimlerle

nitelendirilse de benzer bir anlama işaret ettiği söylenebilir (<https://www.etimolojiturkce.com/kelime/emek>).

Çalışma kavramının (Bozkurt, 2014, s. 49), modern çağda endüstrileşme sürecine paralel, toplumsal yaşamda merkezi bir önem kazandığı söylenebilir. Endüstri öncesi toplumların doğal insanı için çalışma kavramı özel alana hapsedilmiş ve toplumsal bir bütünlük arz etmeyen, geçim amacıyla yapılan bir süreç niteliği göstermektedir. Endüstri devriminden itibaren, özel alana ve geçim sağlama amacına yönelik yapılan bu eylem kamusal bir nitelik kazanmaya ve modern çağın bir ürünü olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. İnsan ile doğa arasındaki karşılıklı ilişki biçiminin özellikle kapitalist üretim biçimiyle değişmesiyle birlikte çalışma olgusunun da kavramsal mahiyetinde değişimler ortaya çıkmıştır. Ünal (2011, s. 128) bu noktada çalışma kavramının özellikle Endüstri Devrimi'nden sonra, önceki dönemlere göre farklı bağlamlarda değerlendirildiği yeni bir döneme girildiğini belirtmektedir. Bauman (1999, s. 19), ise sosyal teoride farklı çizgilerde konumlanan Emile Durkheim, Max Weber ve Karl Marx gibi düşünürlerin aydınlanmacı aklın salık verdiği ilerleme ve gelişme fikrine dayalı olarak doğanın insan hâkimiyeti altına alınması noktasında benzer bir eğilim içinde olduklarını öne sürmektedir. Bu amacın gerçekleştirilmesi noktasında çalışmanın disipline edilmesinin önemi ve gerekliliği hususunda da tarafların mutabık olduğu ve genel olarak çalışma eyleminin olumlandığı ve yüceltildiği bir bakış açısının söz konusu olduğu belirtilebilir.

Hegel'in diyalektiğinden, kuramsal yöneliminde belirgin derece etkilenen Marx (1818-1883), tarihin öznesinin artık Tin olmadığını, insanlığın kendisi olduğunu belirtmektedir. Çalışmayı, Tin'in çalışması değil, insanların günlük aletlerle, terle, acı ve keşifle gerçekleştirdiği ve kendini yarattığı bir süreç olarak görmektedir (Méda, 2004, s. 101). Marx, çalışma olgusunu her şeyden önce, hem insanın hem de doğanın katıldığı insanın kendisi ile doğa arasındaki maddi tepkimeleri dilediği şekilde başlattığı, düzenlediği ve denetlediği bir süreç olarak görmektedir (Marx, 2003, s. 165). Tarihi yapan bir aktör olarak insanın; kendi geçim araçlarını üretme tarzları, fiziksel örgütlenişi ve bu örgütlenme sonucunda ortaya çıkan yapı ve süreçler toplumun temel alt yapılarını oluşturmaktadır (Marx ve Engels, 1992, s.116).

Max Weber (1864-1920) ise Batı Avrupa'yı etkileyen Sanayi Devrimi'ni ekonomik temelde açıklayan çağdaşı Marx'ın aksine, fikirlerin, özellikle dinsel fikirlerin ve değerlerin tarihsel değişim süreci üzerindeki etkileri üzerinde durarak, insani eylemi ve

bireyi teorik açıklamalarının merkezine yerleştirmiştir. Ekonomi dışı (kültürel ve siyasal) faktörlerin de en az onlar kadar tarihin itici ve belirleyici gücü olduğunu belirtmiştir. Weber, Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu (1905) adlı eserinde, Protestanlığın Asketik yorumlarından biri olan Kalvenizm'in ruhun kurtuluşunu, dünya nimetlerinden uzaklaşıp, çok çalışarak sağlama düşüncesine dayalı Protestan ideal tipiyle, modern kapitalizmin Batı'da ortaya çıkmasında belirleyici olan rasyonel, bireyci ve yatırım ruhuna sahip kapitalist ideal tipi arasında benzerlikleri vurgulayarak, kapitalizmin ortaya çıkmasında ekonomi dışı faktörlerin de belirleyiciliğini vurgulamıştır. Weber bürokrasi kuramında tanımladığı ideal ve saf bürokratik tipinde uzmanlaşmış idari bir işbölümüne dayalı, kişisellikten uzak, hiyerarşik, disiplini önceleyen ve liyakat sistemine dayalı bir çalışma sisteminin “demir kafesinde” daha rasyonel ve öngörülebilir bir çalışma dünyasına girildiğini belirtir. (Weber, 1999, s. 81; Slattery, 2008, s. 79). Ağ toplumu teorisyeni Castells (2008, s. 265), Weber'in çalışmasının zaman içerisinde ortaya çıkan yeni ekonomik örgütlenme paradigmasına geçişi başlatan, kültürel/kurumsal dönüşümlerin özünü kavramaya yönelik kuramsal girişimler için metodolojik sıçrama tahtası olarak günümüzde de önemini koruduğunu belirtmektedir. Castells, Weber'in kapitalizmin kökenlerine dair yaptığı analizlerin her ne kadar sonraki dönemlerde büyük eleştiriler alsa da, Ağ Toplumu kuramı çerçevesinde kendisinin sunduğu gözlem ve analizlerin anlaşılması noktasında Weber'in çalışmanın ekonomik hayatın örgütlenme biçimlerinin ardındaki kültürel yapı ve süreçleri öne çıkarması noktasında faydalı bir rehber niteliği taşıdığını belirtmektedir.

Modern toplumlarda gittikçe artan işbölümü üzerinde duran Durkheim (1858-1917) ise toplum, insan ve çalışma hayatı üzerinde durduğu doktora tezi “Toplumsal İşbölümü”nde (1893), 19. yüzyılda Batı toplumlarında yaşanan hızlı sosyal ve ekonomik dönüşümleri toplumsal dayanışma temelinde ele alıp çözümlemiştir. Buna göre temelde “mekanik” ve “organik dayanışma” olarak ayırdığı dayanışma tiplerinden mekanik dayanışmanın endüstri öncesi toplumlarda, organik dayanışmanın ise sanayi toplumlarında hâkim olduğu söylenebilir. Basit toplumsal yapılarda benzer unsurlar etrafında oluşan ve homojen bir yapı arz eden bir toplumsal yapı söz konusu iken, endüstri toplumlarında toplumsal farklılaşmanın artışına bağlı olarak bireyciliğin ve farklılaşmanın olduğu ve karşılıklı bağımlılık etrafında organize olan ve çalışmanın rasyonel ilkeler etrafında şekillendiği bir yapıdan bahsedilebilir (Bozkurt, 2014, s. 14;

Aron, 2004, s. 256). Sosyoloji disiplininde, kurucu babalar olarak bilinen düşünürler Sanayi Devrimi süresince çalışmanın mahiyetinde meydana gelen değişmelerin toplumun şekillenmesinde temel rol oynadıklarını belirtmişlerdir. Durkheim sanayi toplumu, Marx ve Weber ise sanayi kapitalizmi üzerine odaklanarak deneyimledikleri endüstriyel değişmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkan eşitsizlik potansiyeline karşı daha eşit bir iş bölümüne dayalı bir çalışma ve yaşam ortamı oluşumuna yönelik soru ve çözüm önerileri getirmişlerdir (Strangleman ve Warren, 2015, s. 104).

Sanayi Devrimi'nden bugüne kadar yaşanan süreçte çalışma süreçleri, toplumsal yapıların değişiminde önemli bir faktör olmuştur. Çalışma özellikle Sanayi Devrimi ve Fransız İhtilali ile oluşan yeni toplumsal yapıda, sermayenin mülkiyet özgürlüğü karşısında emek için tanınan soyut bir özgürlük alanı olmuştur. Çalışma kavramının soyut bir özgürlük alanı olarak değerlendirilmesinin nedeni bu dönemden itibaren emekçiler için çalışmanın bir tercih değil, yaşamsal olarak varlığını sürdürebilmesi için bir zorunluluk halini almış olmasındandır (Güler, 2014, s. 172). Çalışmanın soyut bir özgürlük alanı olmaktan çıkıp bir gerçeklik halini almasında 19. yüzyıl boyunca işçilerden gelen somut taleplerin ortaya çıkardığı 1848 Devriminin² önemli bir rolü olmuştur (Méda, 2004, s. 120). Bu dönemle birlikte emekçiler çalışmayı kendilerini gerçekleştirmelerinin bir aracı olarak görmüşlerdir. Çalışma sonucunda bir şey yaratıldığı için burada ödüllendirilmesi gerekenin sermaye değil de emek olması gerektiğini ve emeğin kolektif karakterinden dolayı ödülü alması gereken kesiminde bu kolektif yapı olması talepleri bu dönemle birlikte kabul edilmiştir. Bu haliyle bu dönemlerle birlikte, çalışma/emek herkesin sahip olduğu ve uygulaması güvence altına alınması ve ödüllendirilmesi gereken somut bir özgürlük alanı haline gelmiştir.

² 1848 Devrimleri esasen, 1776 Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi, 1789 Fransız İhtilali ve 1830 İhtilallerinin ortaya çıkardığı liberal, sosyalist ve milliyetçi düşüncelerin doğurduğu ve özellikle 1815 Viyana Kongresi sonunda kurulan otoriter sistemlere karşı ortaya çıkmış bir harekettir. Özellikle 1830 Ayaklanmaları ile Fransa'da iktidar değişikliği ortaya çıkmış, demokratik bir yönetim kurulmuş ve halk egemenliğinin her şeyin üstünde olduğu düşüncesi yerleşmeye başlamıştır. Fransa'da ortaya çıkan ihtilal Almanya, Polonya, İspanya, İngiltere, Belçika'da etkisini hissettirmiştir. 1848 İhtilalleri ise otoriter ve halk egemenliğine dayalı olmayan yönetimlere (1848 İhtilalinden önce devrimci ve öncü bir sınıf olarak bilinen Burjuvazi bu dönemlerden itibaren halkın gözünde devrimci rolünün azaldığı, rakip-düşman sınıf haline geldiği bir sürece girmiştir) karşı ilk olarak Fransa'da ortaya çıkmış ve kısa sürede Almanya, İtalya, Avusturya ve Polonya'nın da içinde bulunduğu 50'den fazla ülkeyi etkisi altına almış bir halk hareketidir. İhtilal hareketleri sonuç olarak hiçbir ülkede başarıya ulaşamamış ancak daha sonradan ortaya çıkacak fikir akımlarını, siyasal ve ekonomik süreçleri büyük oranda etkilemiştir (Munck, 2003b, s. 17; Kurt, 2014, s. 360; Feyzioğlu, 2006, s.50; Sennett, 2016, s.294).

Gorz ise çalışmayı modernliğin bir icadı olarak tanımlamaktadır. Çağdaş anlamıyla çalışmanın, herkesin yaşamını sürdürmesi ve üretmesi için kaçınılmaz olan ve günden güne tekrarlanan işler olmadığını belirten Gorz, çalışmanın temel karakteristiğinin başkaları tarafından istenen, tanımlanan ve yararlı görülen ve bu sıfatla ücretlendirilen ve kamusal alanda bir faaliyet olarak değerlendirilen bir yapıda olduğunu belirtmiştir. Çalışma aynı zamanda, kabul edilmiş bir geçerliliği veya değeri olan, bir nevi meta biçiminde sunulan ve satılan bir nicelik halidir. Çalışma bu meta biçimi özelliğiyle, genel olarak soyut bir karakterden, bütün olarak toplumsal üretim sürecine katılarak somut bir nitelik kazanmaktadır (Gorz, 1993, s. 77; Gorz, 2000, s. 27). Gorz sonuç olarak kamusal alana karşılığı ödenen çalışma ile dâhil olduğumuzu ve toplumsal bir varlık ve kimlik (meslek) edindiğimizi belirtmekte ve bu sayede kendimizi başkalarına göre değerlendirdiğimiz ve başkalarına karşı olan görevlerimiz karşılığında onlar üzerinde haklar edindiğimiz bir ilişkiler ve değişim ağına dâhil olduğumuzu belirtmektedir.

Giddens (2012, s. 792) ise çalışmayı, karşılığı ödensin veya ödenmesin, zihinsel ve fiziksel çaba harcanarak, insan ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik mal ve hizmet üretimi olarak görmekte ve bu noktada özellikle karşılığı maddi olarak ödenmeyen, ev içi emek süreçlerinin de çalışma kapsamında değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Diğer taraftan Beck (2011, s. 209-210) ise sanayi toplumunda çalışmanın her şeyden önce işgücünün piyasaya sunulmasının yanında, bireyselleşmiş yaşam tarzlarının temelini oluşturması yönünden de önemli bir yeri olduğunu belirtmektedir. Sanayi çağında ücretli emek ve mesleğin insan hayatının temel eksenine haline geldiğini belirten Beck, bu eksenle meslek ve ailenin bireyi kontrol altında tutan iki ana unsur olduğunu belirtmektedir. Büyüme çağındaki bir çocuğun çalışma kavramını, babasının mesleği üzerinden “dünyanın anahtarı” olarak deneyimlediği bir dönemde yaşlılık olgusunun bile çalışıp-çalışmama üzerinden deneyimlendiği ve kodlandığını belirten Beck, çalışmanın artan önemini vurgular. Aynı şekilde sanayi çağında ücretli emeğin ne anlama geldiğini örneklendiren Beck, iki yabancının karşılıklı birbirlerine sordukları:

“ ‘nesiniz?’ sorusuna bireyler ‘güvercin yetiştiricisiyim’, ‘Katoliğim’ veya ‘kocaman göğüsleri olan kızıl saçlı bir kadınam’ diye güzellik ideallerine gönderme yaparak cevap vermezler; onun yerine son derece kendilerinden emin bir şekilde mesleklerini söylerler: ‘Siemens’te çalışan vasıflı bir işçiyim’”

şeklinde bir cevap vererek kendi geliri, statüsü, dilsel yetenekleri, muhtemel beğeni ve ilgi alanları ve toplumsal ilişki ağları hakkında karşı tarafa mesaj verdiğini belirtmektedir.

Çalışma kavramının yaşadığımız yüzyılda geçirdiği hızlı değişim ve dönüşümleri vurgulayan Munck ise yaşanan köklü değişimleri önemsemekle birlikte, günümüzde “kitlesel proleterleşme” nin hızlıca artması olgusunun da ıskalanmaması gereken bir nokta olduğunu vurgulamaktadır. Munck, çalışma alanlarında son zamanlarda ortaya çıkan uzaktan çalışma, siber işçiler gibi konulara medyanın ve akademik çevrelerin gösterdiği ilginin, aynı şekilde yaygınlaşma eğiliminde olan eski çalışma biçimlerine gösterilmediğini ve bu konuları demode olarak gören bir anlayışın yaygın olduğunu belirtmektedir. Bilginin ve teknolojik yeniliklerin çalışma hayatını hızlıca etkilediği ve çalışmayı dönüştürdüğü günümüzde, dünyadaki işçilerin üçte ikisinin hâlâ Güney’deki tarlalarda çalışıyor olmasının bir realite olarak karşımızda durduğunu belirtmektedir (Munck, 2003a, s. 219).

1.2. Çalışma Biçimlerinin Tarihsel Değişim Süreci

1.2.1. Basit işbölümü ve manüfaktür

Kapitalizmin temeli olan elbirliği, çalışmanın temel biçimini oluşturmaktadır. Çok sayıda işçinin, aynı zamanda ve yerde tek bir kapitalistin denetimi altında aynı türden meta üretmek amacıyla bir arada çalışması, kapitalist üretim sürecinin başlangıcını oluşturmaktadır. Kapitalist üretim sürecinin ilk dönemlerinde, insan ihtiyaçlarının basitliği ve üretim araçlarının gelişmemiş olması doğal olarak üretim faaliyetlerinin de basit olmasına yol açmıştır. Bu dönem henüz parçalanmayan işin baştan sona çalışan tarafından takip edildiği, tasarlandığı ve yönetildiği dönem olarak nitelenebilir. İşin bütün süreçlerinde aynı kişi olduğu için çalışanın zihinsel ve bedensel olarak bölünmemesi durumu söz konusudur. İşçilerin basit elbirliğiyle bir araya gelip üretim yaptıkları bu dönemde üretimde görülen nicel değişiklikler bazı nitel değişimlerin ortaya çıkmasına da yol açmıştır. Marx, bu süreci emek süreçlerinin maddi koşullarındaki devrimi olarak nitelemekte ve bu durumun her ne kadar emek gücünün çalışma sisteminde bir değişikliğe yol açmasa da nitel anlamda üretim araçlarının bir kısmının ortaklaşa kullanılmasını sağlamak suretiyle teknolojinin kendi iç ilişkilerinde bir değişikliğe yol açtığını belirtmektedir. Bunu yanında çok sayıda işçinin bir araya gelmesi, emeğin ritminin ortaklaşmasına ve bunun egemenin denetimi altına sokulması gibi bir sonuca yol açtığını

da belirtmektedir. İnsan ihtiyaçlarının giderek artması ve insanların doğaya daha fazla egemen olma yönündeki gelişim seyri çalışmanın ve üretimin sınırlarının giderek genişlemesine yol açmıştır. Bu aşama da üretimin bölümlenmesi olarak adlandırılan manüfaktür üretim biçiminin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Elbirliği kapitalist üretim tarzının daima temel biçimini oluşturmakla birlikte bu üretim biçimi daha gelişmiş aşamalarıyla (manüfaktür-kapitalist üretim) yan yana bulunabileceği belirtilebilir. Manüfaktür üretim biçimi üretim süreçlerinde makinelerin daha yaygın kullanılması ve işbölümünün üretim süreçlerinde uygulanması zorunluluğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu süreçle birlikte işçi sayılarında inanılmaz artışlar olmuş ve çalışma alanlarında kafa-kol emeği ayrımlaşması ortaya çıkmıştır. Bu süreçlerle birlikte önceden başından sonuna bir işçi tarafından yapılan işler, gelişen işbölümü nedeniyle birbirinden bağımsız olarak çalışan işçiler tarafından yapılmaya başlanmış ve bu süreç işçilerin iş becerisi ve yeteneklerinin de parçalanması ve çalışanın üretim sürecine yabancılaşmasına³ neden olmuştur (Belek, 1999, s. 51; Bilgi, 2005, s. 143-147; Aydoğanoglu, 2011, s.11). Manüfaktür üretim ve üretimde makinalaşmanın üretim süreçlerinde egemen olmasıyla birlikte çalışmanın daha akılcılaşmaya başladığı ve birim zamanda daha fazla ürün elde etme yönünde bir baskı ve bu yönde çalışanların motive edildiği bir yönetim anlayışı da ortaya çıkmaya başlamıştır. Özellikle sanayi kapitalizminin gelişmesi ve fabrika sistemine geçilmesiyle birlikte üretim hacimlerinde muazzam artışlar yaşanmış ve bu dönemle birlikte üretim süreçlerinin bilimsel kontrolü ve yönetimi gerekliliği ortaya çıkmıştır.

1.2.2.Taylorizm ve fordizm

Modern iktisadın kurucularından olan Adam Smith, işbölümünün sağladığı en önemli kazanımlardan birinin, çalışma alanlarında artan işgücü verimliliğiyle karakterize edilebilecek bir süreç olduğunu belirtmektedir. Smith, Ulusların Zenginliği (1776) adlı

³ Yabancılaşma kuramı içerisinde geniş bir şekilde ele alınan yabancılaşma kavramı temelde Marksist sosyolojiye içkin bir kavram olarak düşünülse de, Antik Yunan düşünürlerinden itibaren üzerinde düşünülen ve daha çok dini alanla ilişkili bir kavram niteliği göstermiştir. Alman idealist felsefesinden Hegel ve Feuerbach'ın felsefi ve teolojik olarak temellendirdiği yabancılaşma kavramı daha sonradan Marx tarafından materyalist bir yoruma tabi tutulmuştur. Marx'a göre yabancılaşma kavramı, kapitalizmin toplumsal ve iktisadi düzenlemelerine içkin nesnel bir durum, insanı kendi etkinliğinin ürünlerine, üretken etkinliğinin kendisine, içinde yaşadığı doğaya, kendisine ve öteki insanlara yabancılaştırması süreci olarak nitelenmektedir. Yabancılaşmanın cisimleşmiş hali olan özel mülkiyet, Marx'a göre insan kişiliğinin bütünlüğünü ortadan kaldıran bir süreçtir. Bu noktada yabancılaşmaya karşı yürütülecek her mücadele biçimi insan onurunu kurtarıcı bir hareket olarak değerlendirilmektedir (Kanungo, 1982, s. 12-13; Bottomore, 1993, s. 597; Marshall, 1999, s.798; Wallerstein, 2003, s. 217).

eserinde bir toplu iğne fabrikasındaki işbölümünü tasvir ederek, bir işçinin günde tek başına ortalama 20 iğne ürettiği bir yapıdan, işin yalın parçalara ayrılmasıyla birlikte 48.000 iğne üretebilecek bir yapıya ulaşılabileceğini belirtmektedir (Smith, 2007, s. 8-9; Giddens, 2012, s. 795). İşin parçalara ayrılması ve basitleştirilmesiyle birlikte, üretim miktarlarında muazzam artışlara ulaşabileceği fikri, daha sonraki bilimsel çalışmaları ve üretim süreçlerini köklü bir şekilde etkilemiştir. Buna paralel olarak ortaya çıkan, işin örgütlenmesi ve planlanmasında F. W. Taylor'un Bilimsel Yönetimin İlkeleri adlı çalışması “bu alanda yeni ufuklar açan” (Giannantonio and Hurley-Hanson, 2011, s. 7; Wren, 2011, s. 11) bir çalışma olarak nitelendirilmektedir. Bu çalışmanın sonraki dönemlerde taraftarları her ne kadar azalsa da, Taylorizm'in temellerinin “çalışma tasarımlarının hepsinin içinde olduğu ana yatak” (Braverman, 2008,s. 107) olması bakımından, bu yaklaşım günümüzde de güncelliğini korumaktadır. Aynı şekilde Sennett, Taylorizmin bilimsellik iddiasının her ne kadar çok kabul görmemesine karşın, ortaya koyduğu stratejik hedeflerin günümüzde de, yönetici eğitiminde ve yönetsel uygulamalarda işlevsel olduğunu ve dikkate alındığını belirtmektedir (Sennett, 2014, s. 128)

Taylor (2007), çalışmasının başında yönetimin temel hedefinin tüm çalışanların bireysel maksimum refahlarını sağlamak ve doğal olarak işverenin de aynı derecede maksimum refahını sağlamak olduğunu belirtmektedir. İşçi–işveren ikilisinin çıkarlarının yaygın kanının aksine, aynı ve benzer olduğunu ve bilimsel yönetimin uygulanmasıyla tarafların maksimum kâr ve refah kazanacaklarını öne sürmektedir. İşçilerin kaytarma ve işi yavaşlatma stratejilerinin neden kaynaklandığını belirten Taylor çalışmasında, bu sorunun çözümü noktasında kendisi gibi mühendis ve yönetici olan sınıfların bu durumla nasıl başa çıkacağını ayrıntılarıyla ortaya koymaktadır. Taylor, bilimsel yönetim ilkelerinin medeni dünyada er ya da geç, genel olarak uygulanmaya konulacağını düşünmekte ve bu ilkelerin ne kadar çabuk yerleşirse insanlık için o kadar iyi olacağı düşüncesini taşımaktadır. Taylor, bilimsel yönetim ilkeleri olarak şu önerilerde bulunmaktadır (Strangleman ve Warren, 2015, s. 110):

- Emek süreçlerinin işçilerin bilgi ve becerilerinden kopartılması ve bu sürecin yönetimin elinde toplanması

- Üretim süreçlerindeki planlama ve uygulama aşamalarının birbirinden ayrılması
- Emek sürecinin ve onun uygulanması süreçlerini kontrol etmek için bilgi üzerindeki tekelin kullanılması.

Braverman, Taylor'un çalışmasının "bilimsel yönetim" denilen yönteminin, bilimin yöntemlerini hızla büyüyen kapitalist işletmelerin emek denetimi boyutunda ortaya çıkan sorunlarının çözümü noktasında işlevsel kılma çabası olduğunu ifade eder. Bu niteliğiyle gerçek bilim niteliklerinden yoksun olduğunu, bu çalışmanın temelde bir kapitalistin üretim koşullarına bakış açısıyla oluşturulduğunu belirtir. Bu noktada araştırma konusu yapılanın genel olarak emek değil, "emeğin sermayenin ihtiyaçlarıyla uyumlaştırılması" olduğunu ve "işyerlerine bilimin temsilcisi olarak değil, bilimin tuzaklarıyla maskelenmiş yönetimin temsilcisi olarak" girildiğini belirterek çalışmanın tek yanlılığından söz eder (Braverman, 2008, s.106). Taylor'un ortaya koyduğu düşüncelere karşı çeşitli eleştiriler olmasına karşın, Taylorist düşüncenin temelde dayandığı parça başı ücret, zaman- hareket etütleri, formel denetim unsurları bütünlüklü bir açıdan ele alındığında günümüz çalışma süreçlerinde bu yapıların halen etkin ve belirleyici olduğu söylenebilir.

1.2.2.1. Fordist üretim süreci

İşgücünün istihdamında ve teknolojik örgütlenmede Taylorizm olarak bilinen bilimsel yönetim anlayışı, Fordizm olarak tanımlanan üretim sisteminde egemen olmuş, 1925-1975 tarihleri arasındaki bu dönem Fordist-Taylorist dönem olarak nitelendirilmiştir. 1900'lü yılların başlarında ise modern bilimlerin gelişmesi, bilimsel gelişme ve yeniliklerin sanayide kullanılmaya başlanması, kapitalist üretim sistemi içerisinde bir dönüm noktası olmuştur (Suğur, 2013, s. 41). Eraydın (1992, s. 15), teknik anlamda Fordizmi sanayi üretiminin büyük oranda kitlesel olarak gerçekleştiği, kafa ve kol emeğinin katı bir Taylorist ayrımla tanımlandığı, işbölümü ve iş tanımlarının belirli olduğu ve üretimde standartlaşmaya dayalı bir üretim biçimi olarak tanımlamaktadır.

Gramsci, geniş anlamda Fordizmi, kapitalist medeniyette yeni bir dönemi başlatan, planlı ekonomiye geçişte damgasını vuran, üretimin planlanması yanında bireyin de planlandığı ve işçinin hayatının en özel ve mahrem alanlarını işgal eden, yeni bir işçi ve insan tipi yaratmayı hedefleyen bir bütünsel girişim olarak tanımlamaktadır. Bu yönüyle Fordizmi hem bir kapitalist üretim biçimi hem de bir tüketim tarzı olarak

gören Gramsci, Fordizmi “Burada hegemonya fabrikada doğar” sözüyle tanımlamaktadır (Munck, 2003, s. 48; Kumar, 2010, s. 68). Aglietta (2000, s. 117) ise, Fordist üretim sürecinin temel karakteristiğini yarı otomatik hat üretimine dayalı, emeğin mekanikleştiği, iş yoğunluğunun artması ve üretim sürecindeki planlama ve uygulama aşamalarının buna bağlı olarak da kafa ve kol emeğinin katı bir şekilde ayrıma tabi tutulduğu bir süreç olarak tanımlamaktadır. Beck ise (2011, s. 214) bu dönemi çalışma ve üretimin aynı bölgede yoğunlaşmış büyük işletmelerde yapıldığı, ömür boyu-tam zamanlı iş ve istihdamın olduğu, emek gücünü planlamanın ve kullanmanın standart zaman örgütlenmesi içerisinde yapıldığı bir üretim süreci olarak karakterize etmektedir.

Jessop (2009, s. 103) Fordizmin beş başlık altında tahlil edilebileceğini belirtmektedir.

- Teknik ve toplumsal işbölümünün tikel yapılanması olarak görülen emek süreci olarak Fordizm
- Bir birikim rejimi⁴ olarak kapitalist üretim ve tüketimin büyümesini yapısal olarak destekleyen bir makroekonomik model olarak Fordizm
- Bir birikim rejimi ve bu rejimi oluşturan normlar, kurumlar, örgütsel yapılar, toplumsal şebekeler ve davranış biçimleri olarak tanımlanan bir düzenleme tarzı olarak Fordizm
- Birikim rejimi ve düzenleme tarzını tamamlayan ve toplumun büyük bir kısmında bu yapının egemenliğini güvence altına alan kurumsal ve toplumsal bütünleşme biçimi olarak Fordizm
- Üstte belirtilen yapıların tümünü içeren bir toplumsal formasyon olarak Fordizm

Harvey’e göre, Fordizmi Taylorizmden ayıran şey onun vizyonuydu, kitle üretiminin kitle tüketimi, emek gücünün yeniden üretiminde yeni bir sistem, emeğin denetimi ve yönetiminde yeni bir politika olarak Fordizm rasyonelleştirilmiş, modernist,

⁴ Fransız Düzenleme Okulu, 1970’li yıllardan sonra ortaya çıkan ve M. Aglietta, A. Lipietz, Bob Jessop ve R. Boyer gibi temsilcilerinin birikim rejimi ve düzenleme tarzı kavramları üzerinden Fordizm, kitle üretimi ve tüketimi, krizler ve kapitalizmin dönüşümüne dair bir analiz ve çözümleme girişimidir. İlerleyen sayfalarda konu ayrı bir başlık altında ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

popülist yeni tür bir demokratik toplum tasarımına sahipti. İtalyan Komünist önder Antonio Gramsci, Hapishane Defterleri’nde, Amerikanizm ve Fordizmi hiç görülmemiş bir süratle ve amacı konusunda tarihte eşi benzeri olmayan bir bilinçlilikle yeni bir insan ve işçi tipi yaratması konusunda bugüne kadar tanık olunan en büyük kolektif girişim olarak değerlendirmektedir. Yeni çalışma yöntemleriyle üretim sürecine uygun bireyler yetiştirme noktasında cinselliğe, aileye, ahlaki baskı biçimlerine, tüketim biçimlerine yönelik düzenleme ve politikalarla bu amaca ulaşılmaya çalışılmıştır (Harvey, 2010, s. 148)

Ford, bu şekilde büyük korporasyonlar tarafından yönetilen “mutlu ve ileri bir toplumsal düzenin” taşıyıcısı olan işçilerin gerek iş yerinde gerekse de iş dışındaki hayatlarında istenilen ve ideal davranışları gösterebileceklerini düşünmektedir. Büyük korporasyonların gerek üretim sürecini gerekse de işçinin hayatını kontrol altında tutmasıyla mutlu, müreffeh ve uyumlu bir işçi sınıfının ortaya çıkacağı ve böylelikle kapitalizme karşı sosyalizm tehdidinin de ortadan kalkacağı öngörülmüştür. Ancak 1929 yılındaki Büyük Bunalımın yarattığı durgunluğa karşı Henry Ford’un toplam talebi artırma düşüncesiyle işçi çıkarmaması ve ücretleri artırma politikasının uzun vadede kapitalizmin işleyiş yasaları karşısında varlık gösterememesi sonucunda ücretlerde ciddi düşümlere ve büyük sayılarda işçilerin işten çıkarılmasına yol açmıştır. Ortaya çıkan bunalım ve kriz⁵, ekonomiye bütünü ile devlet müdahalesini öngören Keynesçi⁶

⁵ Liberalizme, başlangıç dönemlerinden itibaren ortaya çıkan karşı çıkışları ‘vakitsiz öten horoz’ olarak niteleyen Işıklı (2003, s. 39), ‘vakitli öten horoz rolünün’ Keynes’e nasip olduğunu belirtmektedir. Işıklı, Keynes’in yaşadığı dönemde soldan, günümüzde ise sağdan çok ağır eleştiriler aldığını ama tüm bunların, Keynes’in fikirlerinin iktisat kuramında derin izler bıraktığı gerçeğini değiştiremeyeceğini belirtmektedir.

⁶ H.Ford ve dönemin diğer işverenleri bu dönemlerde işçilerin sendikalaşma eğilimleri karşısında katı bir tutum sergilemişlerdir. Ancak kitlesel tüketim için işçilerin satın alma güçlerinin artmasının gerekliliği gerekse de 1929 krizini (Büyük Bunalım 20. Yüzyılın en önemli olaylarından biri olmakla birlikte bireylerin yaşam standartlarını ve yaşam koşullarını olumsuz yönde etkilemiştir) aşmak için devletin sermayeye desteğini öngören New Deal politikaları ve silah üretimine öncelik veren savaş politikalarıyla toplam emek talebinin artması zorunluluğu ve soğuk savaş döneminde reel sosyalizm tehdidinin varlığı sermaye ile emek arasında uzlaşmayı zorunlu bir hale getirmiştir. New Deal/Yeni Anlaşma politikaları ABD’de Başkan Roosevelt’in sendikaları güçlendiren, toplu pazarlık sistemini destekleyen, bireysel işçi haklarını ve sosyal güvenliği geliştiren ve 2. Dünya Savaşı’na kadar süren dönemdir. Bu dönem makroekonomik politikalarda Keynesçi düşüncenin yükselişe geçtiği ve modern refah devleti unsurlarının oluşmaya ve kurumsallaşmaya başladığı bir özellik göstermektedir. İngiliz ekonomist J.M. Keynes’in (1883-1946), 1936 tarihli “General Theory of Employment, Interest and Money” adlı kitabında kuramsallaştırılan ve Keynesyen politikalar adını alan ve Fordizmin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde yaygınlaşan talep yönlü iktisat akımı, emek ile sermaye arasında görece bir uzlaşmayı gerekli görmektedir. Keynes 1930’lardaki iktisadi yıkım ve kitlesel işsizliğin yeniden ortaya çıkmasını engelleyecek makroekonomik politik ilkeleri şu şekilde ortaya koymuştur. Devletin ekonomiyi kontrol altında tutmak ya da canlandırmak için para politikasını kullanması ve aynı ilkeler doğrultusunda harcamaların artırılıp azaltılması ve asgari ücret/işgücü seviyelerinin devamlılığının sağlanmasını önermektedir. Bu dönemle birlikte sanayileşmiş ülkelerde sendikalar üye sayılarını hızlıca arttırmış, işçilerin yönetime katılmalarına

çözümlerle ortaya konan yeniden yapılanma süreciyle aşılmaya çalışılmıştır (Şaylan, 2002: 142).

1.2.2.2. Fransız düzenleme okulu

Kapitalizm, feodal üretim biçiminden ayrışmasından itibaren üretim araçlarının mülkiyetine sahip kapitalist sınıf ve üretim araçlarının mülkiyetinden soyutlanmış ve emeğini satarak geçinen emekçi sınıftan oluşan ve temelde emeğin ürettiği artık değer üzerinden büyüyen bir üretim biçimi olmuştur. Tarihsel süreç içerisinde değişik biçimler olarak süregelen kapitalist üretim biçimindeki kırılmalar ve bunalımlar ve sistemin bu durum karşısında kendini yeniden üretme sürecinde, bütün toplumsal kategori ve kurumlar yeniden biçimlenmektedir. Bu biçimlenmede amaç sermaye birikim ve artık değerın toplanmasının sürdürülmesidir (Aslan, 2005, s. 7). Kapitalist üretim biçiminin kriz dönemlerinde aldığı yapısal biçim ve düzenlemelerin ve bunların toplumsal, ekonomik siyasal yapıda, çalışma ve istihdam politikaları alanlarında ortaya çıkardığı değişimlerin anlaşılması noktasında Fransız Düzenleme Okulu'nun birikim rejimi ve düzenleme çalışmasının ana uğraklarından birini oluşturmaktadır.

Refah devletine ve Fordist krize cevap niteliğinde ortaya çıkan Marksist yaklaşımlardan biri olan Fransız Düzenleme Okulu, Michel Aglietta'nın (1979) 'Kapitalist Düzenlemenin Teorisi' adlı eseriyle gündeme gelmiş ve Lipietz (1992), Jessop (2005; 2009) ve Boyer (1990) gibi temsilcileri tarafından geliştirilmiştir. Bu yaklaşım (Topak, 2012, s. 24) genel, tarih ötesi bir ekonomik yaklaşım yerine kapitalizmin kendine has tarihsel özellikleri ve dönemleri üzerinde durmaktadır. Sermaye birikiminin sürekli devam edemeyeceğini ve dolayısıyla kapitalizmin içsel dinamiklerince ortaya çıkan çelişki ve çatışmalara rağmen sermaye birikiminde belirli bir istikrar ve devamlılık sağlayan ekonomi ve ekonomi-dışı kurumların ve pratiklerin görünümleri üzerinde durarak kapitalizm çözümlemesi yapmaktadır. Düzenleme Ekolü, kapitalist birikim sürecindeki çatışma ve çelişkilere rağmen birikim için gerekli olan istikrarın nasıl sağlandığı ve yapının kendisini nasıl koruyup yeniden var ettiğini, bu çerçevede ekonomi

olanak sağlayan toplu pazarlık sistemleri gelişmiştir. 2. Dünya Savaşı'ndan sonra ILO'nun çalışmalarıyla birlikte Fordizmin ve beraberinde Keynesyen politikaların yayıldığı Avrupa ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde de sendikalaşma ve toplu pazarlık sistemleri gelişme göstermiştir (Munck, 2003a, s. 41; Erdoğan, 2012, s. 59; Jahan vd. 2014, s. 53; Müftüoğlu ve Bal, 2014, s. 218; Skousen, 2015, s. 134)

ve ekonomi dışı (siyasal ve toplumsal) kurum ve pratiklerin, bu istikrarın sağlanmasındaki rol ve işlevleri üzerinden açıklama girişimi olarak tanımlanabilir.

Düzenleme Ekolü, sermaye birikimini doğrudan veya dolaylı olarak yapılandıran, kolaylaştıran, yönlendiren kurumlar, kolektif kimlikler, değer, kural, sözleşmeler, ağlar, prosedürler ve hesaplama biçimleri üzerinde durarak ve bunların sermaye birikim krizlerinin çatışmacı yapısıyla ilişkilerini ve sonuçlarını ortaya koymaya çalışmaktadır (Topak, 2012, s. 106).

“Düzenleme yaklaşımını benimseyen okullar sermaye birikimine dair heteredoks açıklama tarzını benimseyip sermaye birikim koşullarının toplumsal alana gömülü (socially embedded) ve toplumsal olarak düzenlenen (socially regularized) doğasını vurgularlar” (Jessop, 2005, s. 189).

Düzenleme Okulunun kavram setlerinden biri olan “birikim rejimi” kavramı yaygın ve yoğun birikim rejimi olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu birikim rejimleri kendileriyle uyumlu emek süreci modelleriyle bir arada gelişmişlerdir. Birinci Endüstri Devrimi’ne bağlı olarak ortaya çıkan yaygın birikim rejiminde temel olarak üretim ölçeği artışı (işgününü uzatma ve çalışan işçi sayısını artırma) yoluyla mutlak artı değer yaratma amaçlanmaktadır. Manüfaktür üretim döneminde egemen olan bu birikim rejiminde emek örgütlenme biçimleri despotik⁷ bir nitelik göstermektedir. 19. yüzyılın son çeyreğinden 1960’lara kadar olan dönemde ortaya çıkan İkinci Endüstri Devrimi’nde egemen olan yoğun birikim rejimi ise işgücünün üretkenliğinin ve becerisinin artırılması yoluyla sağlanan göreceli artı değer artış sürecine dayanmaktadır (Öngen, 1994, s. 109; Topak, 2012, s. 24).

Lipietz’e (1993: 61-62) göre, “birikim rejimi, net ürünün tüketim ve birikim arasında tahsis edilmesi sürecinin uzun vadede istikrara kavuşturulmasını tanımlar; üretim koşulları ve ücretli emeğin yeniden üretiminin koşulları arasında bir bağıntıyı ima eder. Yani sıra, kapitalizm ve diğer üretim tarzları arasındaki bazı bağlantı biçimlerini de ima eder. Matematiksel olarak, bir birikim rejimi bir yeniden üretim şemasıyla tanımlanabilir. Bir birikim sistemi mevcuttur, zira yeniden- üretim şeması uyumludur: Bütün birikim sistemleri mümkün değildir; zira bütün bir bireysel kapitaller ve birimler kümesinin, onun yapısına göre davranması gerekliliği yoktur. İlişki ağlarını düzenleyen ve böylece sürecin bütünlüğünü, yani bireysel davranışların yeniden üretim şemasıyla yaklaşık bir tutarlılık içinde olmasını sağlayan normlar, alışkanlıklar ve kanunlar biçiminde bir birikim rejiminin gerçekleşmesi de mevcut olmalıdır. Bu içselleştirilmiş kurallar ve toplumsal süreçler bütünü, düzenleme tarzı” olarak adlandırılmaktadır.

⁷ Özellikle kapitalist gelişme sürecinin ilk dönemlerinde despotik bir karakter taşıyan emek örgütlenmesi otokratik, patriyarkal ve paternalistik nitelikler taşımaktadır. Burawoy (2015, s. 165) özellikle baskının rızaya üstün geldiği erken kapitalist dönemlerdeki despotik rejimlerin yerini, her ne kadar baskı kullanma gücünü dışlamasa da rızanın daha egemen olduğu hegemonik rejimlere bıraktığını belirtmektedir.

Şeylan (2002, s. 139), somut olarak birikim rejiminin, sistemin bütününün yeniden üretimini sağlayabilmesi için sermaye sahiplerinin, emekçi kesimlerin, kamu ve finans çevrelerinin birbirleriyle uyumlu bir yapı içerisinde olmalarını (bu uyum süreci kapitalizmin yapısal kriz sorununu ortadan kaldırmamaktadır) zorunlu kıldığını belirtmektedir. Bu uyum sürecinin uzlaşma, gönüllü katılım veya zorlama ile sağlanmasının önemli olmadığını belirten yazar temelde uyumun yasalarda, yönetmeliklerde, toplumsal normlarda ve kültürel değerlerde yansıtılmasının daha önemli olduğunu belirtmektedir.

1.2.2.3. Keynesyen refah devleti

Refah devleti, Sanayi Devrimi'nin neden olduğu teknolojik değişim ve yeniliklerin toplumsal yapıda meydana getirdiği sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Refah devletinin ortaya çıkışında; sanayileşme süreciyle birlikte üretim miktarlarının devasa boyutlarda artması ve bunun paralelinde ortaya çıkan kentleşme süreçlerinin hızlanması, kırsal bölgelerden kitlesel göçlerle kentlere akın eden kitlelerin sanayi işçisi haline gelmeleri, sendikal bilinç edinmeleri gibi süreçler etkili olmuştur. Bu değişimlere paralel, geleneksel toplumlardaki dayanışma ve yardım kurumlarının (dini kurumlar, aile gibi) güç kaybetmesine bağlı bu alanda ortaya çıkan boşluk, devletin refah uygulamaların ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (Toprak, 2015, s. 152). Refah Devleti kavramı, geç 19. yüzyıl İngiliz politik felsefesi geleneğinden doğmuştur. Bu gelenek devleti; ortak iyinin gerçekleştirilmesi noktasında, özel refah programlarını her vatandaşın faydası için oluşturan ve harekete geçiren bir oluşum olarak kabul etmektedir (Lund, 2002, s. 1). Gough (1987) ise, refah devleti teriminin ilk olarak Oxford'lu Alfred Zimmern tarafından kullanıldığını, fakat 1940 yılında Temple tarafından yazılan "Citizen and Churchman" adlı kitapla popüler hale geldiğini belirtmektedir. 1942 yılında hazırlanan Beveridge ⁸Raporu ile birlikte, bu kavram

⁸ Modern anlamda sosyal sigorta sistemlerinin gelişiminde Bismarck ve Beveridge modelleri olarak bilinen iki farklı sistem mevcuttur. Sanayi Devriminden sonra ortaya çıkan risk ve tehlikelere karşı geleneksel koruma mekanizmalarının yetersiz kalması nedeniyle zorunlu sosyal sigorta uygulamasının ilk esasları Almanya'da 1880'li yıllarda Bismarck tarafından geliştirilmiştir. Bismarck sanayileşme sürecinde Almanya'da kentlerde fakirlik içinde yaşayan, 1887 yılındaki ekonomik bunalım nedeniyle işçi sınıfının yaşadığı sorunları gidermek amacıyla ilk sosyal sigorta sistemini oluşturmuştur. Bismarck sistemi zorunluluk ilkesine dayanmakta ve bu kapsama giren tüm çalışanlar zorunlu sigortalı olmakta ve sigorta kollarına göre prim ödeme yükümlülükleri bulunmaktadır. Beveridge, İkinci Dünya savaşıdan sonra İngiltere'de devletin eğitim ve sağlık hizmetlerini doğrudan üstlenmesi gerektiği şeklindeki sosyal politika görüşünü ortaya koyan kişidir. Beveridge modeli, Beveridge'in sosyal devrim olarak nitelediği ve modern toplumun yüz karası olan fakirliğin sistematik bir şekilde kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi modeli ile

literatüre hızlı bir şekilde yerleşmiş ve yaygınlık kazanmıştır (http://www.canaktan.org/politika/anti_leviathan/diger-yazilar/gungor-refah-devleti.pdf-erişim tarihi. 20.03.2016). Refah devletinin temelleri 19. yüzyılın ortalarında İngiltere’de temel eğitimi düzenleme amacıyla çıkarılan yasal düzenlemelerle büyük oranda atılmıştır. Modern refah devleti için bir diğer önemli milat ise ilk defa 1883 yılında Bismarck⁹ tarafından uygulanan sosyal sigorta uygulamalarıdır. Bu dönemlerden önce her ne kadar, yoksul ve muhtaç kimselere çeşitli kuruluşlar tarafından yardımlar yapılmışsa da, bu hizmetler refah devleti uygulamalarından ziyade sosyal yardım olarak nitelendirilmektedir (Özdemir, 2007, s. 17). Sosyal refah devletinin ortaya çıkmasında etkili olan (Keynesyen politikalar dışındaki) faktörlere değinen Işıklı (2011, s. 46), özellikle Batılı ülkelerde işçi sınıfının asırlar boyu yürüttüğü siyasi ve sendikal mücadelelerindeki kazanımların önemli bir faktör olduğunu belirtmektedir. Refah devleti uygulamaları bu noktada, özellikle Ekim Devrimi’nin dünya genelinde yarattığı devrimci değişim ve dönüşüm dalgasından çekinen Batılı kapitalist sınıf ve devletlerin, kendi ülkelerinde yükselen işçi hareketinin taleplerini karşılama ve sistemle uyumlu hale getirme noktasında, sermaye sınıfının işçilere verdiği bazı ödüller ve haklar olarak da görülebilir.

Bauman (2013, s. 24), maddi menfaatlerin dağıtılması sürecini anlatan refah devleti kavramından ziyade, maddi menfaatlerin sağlanmasında topluluğa ve yapıcı niyete vurgu yapan sosyal devletin daha anlamlı ve yerinde bir kavram olduğunu belirtmektedir. Talas (1974, s. 123) sosyal refah devletini, milli gelirin daha adil bir biçimde dağılımını sağlayıcı tedbirleri alan ve bu noktada etkinliği ve gücü olan devlet olarak

çözülmesi esasına dayanmaktadır. İngiltere’de Büyük Buhran’ın ardından geliştirilen ve Beveridge Raporuna dayalı oluşturulan Ulusal Sağlık Hizmetler Servisi (NHS) özellikle bu dönemlerde güçlü olan işçi sınıfının mevcut sistemden duyduğu rahatsızlık ve itirazları gidermek ve sisteme uyumlu hale getirebilmek noktasında işlevsel kılınmıştır. Sistem, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin genel vergilerle finanse edildiği ve tüm nüfusu eşitlikçi bir anlayışla kapsayan bir yapıdadır (Beveridge, 2000, s. 849; Güzel, 2005, s. 63; Atatanır, 2009, s. 26; Belek, 2009, s. 174)

⁹ Esping-Andersen (2006, s. 35-36) refah devletine ilişkin yapılan araştırmalarda refah devleti, refah rejimleri veya sosyal politikaların aynı şeylermiş gibi ele alındığı bir yaklaşımın doğru olmayacağını belirtmektedir. Buna göre, sosyal politikalar refah devletleri var olmadan olabilmekle birlikte, refah devletlerinin sosyal politikalar olmadan var olmaları düşünülemez. Örneğin, Romalıların fakirlere yemek dağıtması; kilise, lonca veya soyluların yaptıkları yardım ve sadakalar; kuruluş aşamasındaki ulus devlet ve mutlak monarşilerin yoksul yardımlarını yasalaştırma faaliyetleri daha çok sosyal yardım olarak değerlendirilmelidir. Esping-Andersen, modern sosyal politikanın miladı olarak kabul edilen Bismarck’ın hastalık ve işsizlik sigortası uygulamalarının temelde demokratik haklarla donanmış bir vatandaş kitlesinden ziyade, itaatkâr kitlelerden oluşmuş bir monarşiyi hedeflemesi noktasında daha çok sosyal yardım kategorisinde değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

tanımlamaktadır. Refah devleti başlıca; ücret sistemi, vergileme uygulamaları, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler başlıkları altında yürüttüğü çalışmalarla bu hedeflere ulaşmakta ve sosyal bir nitelik kazanmaktadır. Şaylan (1995, s. 60) ise refah devletini İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra sanayileşmiş ülkelerdeki sermaye, emek ve devlet kesimleri arasındaki uzlaşmaya dayalı ortaya çıkmış; devletin konum ve işlevinin köklü bir şekilde değiştiği ve sistemin demokratik bir görünüm kazandığı bir yapı olarak nitelemektedir. Esping-Andersen (2006, s. 56), modern refah devletini zenginlik, eşitlik ve tam istihdam konularının bir uyum içerisinde göründükleri savaş sonrası yaşanan 'Altın Çağı'nın bir bileşeni olarak tanımlamış ve bu dönemde uygulanan refah uygulamalarının sosyal bütünleşmeyi sağlama, sınıf farklılıklarını azaltma ve ulus-devlet inşa süreçlerinde büyük oranda başarılı olduklarını belirtmiştir.

Fordizm, Düzenleme Okulu yazarlarınca (Aglietta, Lipietz, Jessop) kapitalizmin İkinci Dünya Savaşı sonrasında yöneldiği yeni bir sermaye birikim rejimini tanımlamakta; temelde ekonomik, sosyal, ideolojik, siyasal boyutları da olan geniş bir yapıya işaret etmektedir (Belek, 1999, s. 59). Jessop ise, fordist üretim biçiminin kapitalist devlet tipi ve biçimi olarak kurumsallaşma biçiminin Keynezyen Ulusal Refah Devleti (KURD) olduğunu belirtmektedir. Jessop'un KURD tanımındaki her terimin bu devlet biçiminin ayırıcı dört özelliğini nitelediği söylenebilir (Jessop, 2009, s. 107):

Tablo 1: Keynesçi Ulusal Refah Devletinin Temel Özellikleri

<i>Ayrıt edici ekonomik politikalar dizisi</i>	<i>Ayrıt edici toplumsal politikalar dizisi</i>	<i>Birinci Ölçek</i>	<i>Piyasa Başarısızlığını tazmin etmek için birincil araçlar</i>
Tam istihdam, kitle üretimi ve tüketim, kitle üretimi ve tüketimin desteklemek için altyapı sağlanması	Toplu görüşme ve devlet kitle tüketimi normlarını genelleştirmeye yardımcı olur. Refah haklarının yayılması	Merkezi dağıtım kadar yerel dağıtımla da ekonomik ve toplumsal politika belirlenmesinde ulusal ölçeğin göreceli birincilliği	Piyasa ve devlet bir 'karma ekonomi' oluşturur. Devletin piyasa başarısızlıklarını tazmin etmesi beklenir
Keynesçi	Refah	Ulusal	Devlet

Kaynak: Jessop, 2009, s. 107

Lipietz'e göre (1992, s. 7-8) Fordist birikim rejiminin düzenleme biçimleri özellikle İkinci Dünya Savaşı sonunda sistemin sürekliliğini sağlayan düzenlemelerin kaynağını oluşturmuştur. Özellikle refah devletinin ayırıcı unsurları olan işçi ve işveren kesimleri arasındaki toplu sözleşmelerin oluşturulması, sendikaların desteklenmesi ve ücret düzeylerinin belirlenmesi gibi konularda belirli standartların oluşturulduğu söylenebilir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra yaygınlık kazanan ve Keynezyen Refah Devleti olarak kurumsallaşan fordist birikim rejimi, ulusal bir ekonomi içerisinde

gerçekleştirilen kitle üretimi ve tüketimine dayanmaktadır. Bu devlet biçiminde, ölçek ekonomisine dayanan üretimde üretkenliğin artmasına paralel ücretler de artmakta ve bu da pazarda talebin artmasına böylelikle üretim ve tüketim süreçlerinin eklenmesi sürecini doğurmaktadır.

Refah sistemlerinin sınıflandırılması noktasında farklı sınıflandırmalar yapılmıştır. Titmuss (1974, s. 145-146) refah rejimlerini başlıca, kalıntı (liberal) refah modeli, endüstriyel başarı-performans (muhafazakâr) modeli ve kurumsal yeniden bölüşümcü (sosyal demokrat) model olmak üzere 3'e ayırmıştır. Sosyal Politika disiplini, en çok referans alınan Gosta Esping-Andersen'in "Three Worlds of Welfare Capitalism" isimli çalışmasında yaptığı (Titmus'un yaptığı sınıflandırmaya paralel) refah rejimleri ise temelde; liberal refah modeli (ABD, İngiltere), Kıta Avrupası (Muhafazakâr) refah modeli (Fransa, Almanya) ve sosyal demokrat ya da İskandinav refah modeli (İsveç) olarak üçe ayrılmaktadır. Liberal piyasa rejimi, devletin refah uygulamalarına katılımını minimal düzeyde tutmayı amaçlayan ve bu noktada özel ve gönüllü kuruluşların katılımını teşvik ederek yoksulluk programlarına ağırlık vermektedir. Korporatist refah rejimleri ise piyasadan elde edilen gelirlere dayanan, sosyal sigorta uygulamalarını piyasadan gelen gelirler oranında karşılayan bir refah rejimidir. Sosyal demokrat modelde ise sistemin vergilerle finanse edildiği, tüm vatandaşların kapsam içinde olduğu evrensel bir model söz konusudur Türkiye'de refah devletinin temel nitelikleri itibarıyla 1980'li yıllara kadar sosyal güvenlik sistemi, formel olarak çalışanları kapsayan bir nitelik göstermiştir. Devletin sosyal sigortalara desteği sosyal politika ilkelerinden ziyade, sorunlar çıktıkça ve sistemin işleyişi aksadığında, yapılan transferler ve destekler şeklinde olmuştur. Bu haliyle sosyal sigorta rejimi Esping- Andersen'in liberal refah ilkesine göre işleyen bir nitelik göstermektedir (Esping-Andersen, 1993, s. 26; Arın, 2004, s. 70-73).

Kapitalizmin, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki döneminde sanayileşmiş kapitalist ülkelerde "refah devleti" (sosyal devlet, kayırcı devlet) anlayışına dayalı politikalar uygulanmaya ve yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Bu sürece paralel az gelişmiş/gelişmekte olan ülkelerde ise bu dönemlerde ithal ikameci¹⁰ sanayileşme

¹⁰ İthal ikameci sanayi politikaları, ithal ikamesine veya iç pazarın genişlemesine dayalı bir büyüme yaklaşımına sahiptir. Bu yaklaşıma göre az gelişmişlik, değişme önünde bulunan engellerin ortadan kaldırılmasıyla ve ekonomiye bilinçli bir müdahale ile ortadan kaldırılabilir. Seçici bir koruma stratejisi olarak da tanımlanabilecek ithal ikameci model temelde, az gelişmiş ülkelerin gelişmiş ülkelere aldıkları teknolojik donanım ve yeniliklerle tüketim mallarının iç piyasaya yönelik üretimine dayanmaktadır. Bunun yanında ülkedeki temel malların (tarım ürünleri, işlenmemiş maden) ihracatına devam edilmekte böylelikle

politikaları ortaya çıkmıştır. Keynesyen talep yönelimli politikalarla; fiyat istikrarı, büyüme, tam istihdam gibi konularda refahı sağlama yönünde bir anlaşmanın olduğu bu dönemde, sosyal devlet anlayışı bu sürece paralel olarak yerleşmeye başlamıştır. Bu dönemlerde yüksek büyüme oranlarına ulaşılmış, refahın (sosyal güvenlik sistemlerinin geliştirilmesi, işsizlik ödenekleri, eğitim ve sağlığa ayrılan payın arttırılması, yaşlılar-sakatlar gibi dezavantajlı gruplar sunulan olanakların artması gibi) toplumun geniş kesimlerine yayılması hedeflerine büyük oranda ulaşılmıştır (Başkaya, 1995, s. 100; Başkaya, 2015, s. 131).

Refah devleti rejimi (Erdoğan, 2012, s. 58-64), Fordist üretim yapısının vazgeçilmez bir parçası olarak nitelenebilir. Fordist kitle üretiminin istikrarlı bir şekilde yürütülmesi noktasında kitlesel üretimin kitlesel tüketicileri olarak görülen grupların, üretilen bu ekonomik zenginliklerden pay almasının bir yolu da refah devleti uygulamaları ve bu noktada üretilen ve sunulan sosyal programlardır. Devletin üretilen bu geliri dağıtması, eğitim, sağlık, emeklilik, işsizlik ödenekleri ve konut gibi birçok programla olmuş ve böylelikle bireyler sisteme bütünleştirilerek kitlesel tüketici oluşturma amacına ulaşılmıştır. Kapitalizmin altın çağı olarak da nitelenen bu dönem 1980’li yıllara kadar devam etmiş, bu yıllardan itibaren gerilemeye başlamıştır. Bu dönemden itibaren yeni bir uluslararası iş bölümü hayata geçirilmiş, mal ve hizmet ticareti serbestleşmiş, sermaye hareketliliğinin önündeki engeller kaldırılmış, kamusal mal ve hizmet üretiminde özelleştirmeler başlıca eğitim, sağlık ve sosyal hizmetler alanlarında yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu dönemde sosyal güvenlik, sosyal yardım ve sosyal hizmet sistemlerinin yeniden yapılandırılmasına gidilmiş ve geleneksel işveren ve işçi sendikalarının güçleri ve rolleri azalmış ve çokuluslu şirket ve yapılar bu süreçlerde etkili birer aktör haline gelmiştir.

1.2.2.4. Fordizmin krizi

Kitlesel üretimin İkinci Dünya Savaşından sonra 1970’lere kadar süren egemenliği bu dönemden sonra krize girmeye ve gerilemeye başlamıştır. Özellikle İkinci Dünya savaşından sonra sermaye tüketim mallarındaki verimlilik artışını ve kitlesel satın alma gücünü denge içerisinde tutmuş ve bunun ortaya çıkmasında sendikaların merkezi bir rolü olmuştur. Fordist dönemde çalışanların sendikal mücadeleleri bastırılmak yerine yasal

içeride dayalı sanayileşme için gerekli olan sermaye mallarının ithalinin finansmanı sağlanmaktadır (Keyder, 1995, s. 225; Kara, 2004, s. 122; Başkaya, 2015, s. 109).

kurallarla düzenlenmiş, kurumsallaşmış ve toplu pazarlık biçimleri oluşmuştur. Özellikle 1970’li yıllardan itibaren makinelerin verimlilik arttırıcı potansiyelinin tükenmeye başlaması ve verimlilik ile ücret artışı arasındaki dengenin bozulmaya başlamasıyla birlikte, sermaye açısından üst yapı kurumları olan sendika ve sosyal sigorta sistemlerinin mevcut konumları sorunlu olarak görülmeye ve sendikasılaştırma ve güvencesizleştirme pratikleri uygulanmaya başlanmıştır. Bu süreçte etkili olan bir diğer faktör ise, 70’li yıllardan itibaren geniş ve istikrarlı pazarlar ve yüksek satın alma gücünü arttırmak için toplam talebi arttırmaya yönelik Keynesyen politikalardan vazgeçilerek sıkı para politikasının hedeflendiği Friedmancı politikaların ekonomi alanında uygulanmaya başlanmasıdır (Yentürk, 1993, s. 46-7; Ansal, 1999, s. 13). Özellikle bu dönemlerden itibaren sınırlarına dayanan kitlesel üretimin 1970’lerde yaşadığı kriz, kitlesel üretime dayalı sınai gelişme tarzının krizi olarak değerlendirilmekte ve krizin temel nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır (Taymaz, 1993, s. 11; Öngen, 1994,s. 114; Erdoğan, 2012, s. 63):

- Otomobil, beyaz eşya gibi kitlesel üretimin egemen olduğu ve gelişmenin temel dinamiği olan dayanıklı tüketim mallarındaki sektörlerde ve piyasalarda doygunluğun (talebin artış hızının düşmesi) ortaya çıkmaya başlaması,
- Gelişmiş ülkelerin çoğunda yüksek oranlarda görülen işten ayrılmalar-kaytarmalar ve sık sık ortaya çıkan grevlerin sistemin etkinliğini sekteye uğratması,
- 1970’lerde işçilerin ve sendikaların işverenler üzerinde baskı yapma güç ve potansiyellerinin büyük ölçüde artmasına bağlı olarak sendikal hareketlerin Fordist montaj hatları üzerinde çok sayıda eylem, grev hatta kimi durumlarda üretimi durduracak boyutlarda direnişleri örgütlemesi,
- Gelir düzeyleri artan tüketicilerin daha farklı mal ve hizmetler talep (piyasaların parçalanması) etmesi,
- Ekonomilerin ve bu alandaki ilişkilerin uluslararasılaşması ve Petrol şokunun etkisiyle piyasalarda yaygınlaşan belirsizlik ortamı kitlesel üretim için önemli engeller ortaya çıkarmakta ve Keynesçi ulusal devletlerin kitlesel üretimin ihtiyaç duyduğu düzenleyici işlevleri yerine getirmesini engelleyici bir etkide bulunmaktadır.

Taylorizmi, bilimsel yönetim ilkelerinin işyerlerine uygulanması süreci olarak gören Giddens (2002, s. 178) ise bu yolla işçinin mekanikleştirilerek kâr ve verimin arttırılmaya çalışıldığını, bir noktadan sonra ise bu şekilde bir azamileştirme çabalarının tarihsel sınırlıklar tarafından yavaşlatıldığını belirtmektedir. Üretim süreçlerinde yaşanan bu kriz ve değişime karşın, Taylorist - Fordist üretim biçiminin tamamen ortadan kalkmadığını ancak verimlik sağlama noktasında esneklik ve özerklik süreçlerinin yapıya dâhil olduğunu belirtmektedir.

Bunun yanında teknolojinin üretim süreçlerine artan oranlarda girmesine yol açan bilimsel yönetim, teknik devrim, otomasyon gibi süreç ve yenilikler bir yandan iş süreçlerinde ayrıntılı iş bölümüne yol açmış diğer yandan türdeşliği bozulmuş sınıf bilinci açısından parçalanmış bir işçi sınıfının doğuşuna yol açmıştır (Öngen, 1994, s. 101). Sendikal oluşum ve birliklerin toplu pazarlık ve grev süreçlerinde etkin birer aktör olmaları durumu bu dönemlerden itibaren gerilemeye başlamış ve sermayenin bu alana yönelik baskı ve esneklik uygulamaları yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Fordist üretim sürecinde yaşanan krizi, sosyal devletin düşüşü bağlamında ele alan Kara (2004, s. 118), işgücünün istikrarlı bir biçimde istihdamına dayanan kitlesel üretim biçiminin; esnek üretim, esnek birikim, Post-Fordizm kavramlarıyla anılan yeni dönemle birlikte gerilemeye başladığını belirtmektedir. Bu yeni dönemde işgücü piyasalarındaki sosyal devlet anlayışı ve uygulamaları gerilemeye başlamış, çalışanların merkez- çevre çalışanı olarak ayrımlaştığı, çok parçalı ve esnek bir istihdam politikaları piyasaya hâkim olmaya başlamıştır.

Sonuç olarak, Fordist üretim rejiminin 1970’li yıllardan sonra tamamen ortadan kalktığını söylemek mümkün değildir. Başta otomotiv ve dayanıklı tüketim mallarının özelliği gereği kitlesel olarak üretilmesi ve Fordist üretim sisteminin düşünüldüğü kadar katı olmadığı, aksine kimi durumlarda esnek olabileceği ve bir üretim biçimi olarak kitlesel üretimin kimi alanlarda da olsa hâkim üretim biçimi olarak varlığını devam ettirdiği söylenebilir. Fordist üretim biçimi her ne kadar ortadan kalkmamışsa da bu dönemlerden itibaren hâkim üretim biçimi olmaktan çıkmış ve Murray’ın (akt. Saklı, 2013) deyiimiyle gerilla güçlerinin (post-fordist üretimin) düzenli orduyu (fordist üretim biçimini) esir aldığı yeni bir döneme girilmiştir. Bu yeni dönemde üretim süreçlerinde ve istihdam politikalarında daha esnek bir yapının ortaya çıktığı ve Fordist dönemdeki standart ömür boyu iş güvencesinin azalmaya başladığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Bu süreçle birlikte

istihdam politikaları alanında esnekliğin arttığı, standart istihdam biçimleri dışındaki çalışma biçimlerinin yaygınlaştığı (işsizliğin azaltılması noktasında hükümetler tarafından benimsenen ve uygulanan) bir döneme girilmiştir

1.2.3. Post-fordizm - esnek birikim

Fordizmin 1960'lı yıllarda yaşadığı bunalımın ardından geçirdiği yapısal değişim ve dönüşümler sonucunda, 1980'li yıllardan itibaren yeni bir birikim rejimi ve düzenleme biçiminin ilk somut belirtileri ortaya çıkmıştır. 1990'lı yıllardan itibaren Fordizmin krizine cevap olarak tamamen ortaya çıkan yeni birikim rejimi ve düzenleme biçimi Post-Fordist birikim rejimi olarak adlandırılmaktadır (Aslan, 2005, s. 98). Post-fordist birikim rejimi tüketim taleplerini karşılama noktasında üretimin esnek bir modele göre gerçekleştirildiği, işgücü ve makineleşmede esnek uzmanlaşmanın olduğu, bilgi ve iletişim teknolojilerinin yaygın olarak kullanıldığı bir üretim ve birikim rejimi olarak tanımlanabilir (Saklı, 2013, s. 114). Bauman (1996, s. 142) endüstri sonrası toplum fikrinin, zorunlu olarak modernitenin geleneksel algılanma biçiminden zorunlu bir kopuş olarak değerlendirilmemesi gerektiğini belirtmektedir. Bu noktada endüstri sonrası toplum, Batı uygarlığının sürmekte olan üstünlüğünü, yeni bir tarzda inşa ettiği sürece gönderme yapan bir kavram niteliğindedir. Bauman, post-modern söylemin, modern dönemde Batı'nın kendisine atfettiği niteliklerinin, bugün geçerliliğinin kalmadığının veyahut ta dün de geçerli olmadığının örtük bir kabulü olarak da nitelenebileceğini belirtmektedir. Giddens, ise post-fordizm kavramı ve düşüncesinin temelde sorunlu olduğunu belirtmektedir. Post-fordizm terimi temelde çalışma ve ekonomi alanında ortaya çıkan değişiklerin yanında, bir bütün olarak toplumda meydana gelen, birbiri içine geçmiş değişimleri anlatmak gibi farklı anlamlarda kullanılmaktadır. Giddens, kavramın tanımı noktasında bir konsensüs olmamasına karşın sürecin temelde çalışmanın merkezi olmaktan çıkarak hiyerarşik olmayan çalışma gruplarının ortaya çıkması, esnek üretim, müşteriye uygun bir üretim sisteminin hakim hale gelmesi ve küresel üretimin yayılmasına paralel daha esnek meslek yapılarının ortaya çıkmasıyla karakterize edilebileceğini belirtmektedir (Giddens, 2012, s. 811)

Fordist ve post-fordist üretim biçimleri arasındaki temel farklılıklar aşağıdaki gibi belirtilebilir (Stranglemen & Warren, 2015):

Tablo 2: Fordist ve Post-Fordist Üretim Biçimleri Arasındaki Farklar

Fordist Üretim (Ölçek ekonomilerine dayalı)	Post-Fordist üretim (kapsam ekonomilerine dayalı)
Kitlesel üretim/homojen mallar	Küçük küme üretim /Modül Üretim
Tek biçimlilik ve standardizasyon	Esnek küçük kümeler/farklı üretim biçimleri
Büyük tampon stoklar	Stoksuz
Kaynak yönelimli üretim	Talep yönelimli üretim
Niteliksiz emek	Nitelikli emek, bilgi işçileri
Yatay İşbölümü	Dikey İş Entegrasyonu

1970’li yıllardan sonra ortaya çıkan bilimsel, ekonomik, siyasal ve kültürel değişim ve dönüşümlerin anlaşılması ve açıklanması noktasında farklı sosyal bilim disiplinlerinde açıklama girişimleri olmuştur. Bu noktada, değişim ve dönüşümlere iyimser bir bakış açısıyla yaklaşan enformasyon-bilgi-sanayi sonrası toplumu kuramları, bilginin ve onun üreticilerinin; yeni dönemde bilimsel, teknolojik ve genel olarak toplumsal değişim ve dönüşümlerin temel aktörü olacağını belirtmişlerdir. Buna göre ortaya çıkan toplumun da daha eşitlikçi ve özgürlükçü bir yapıda olacağına dair iyimser bir bakış açısına sahip olmuşlardır. Kuramsal olarak başlıca, Daniel Bell’in *The Coming of Post-Industrial Society* (1999), *The Cultural Contradictions of Capitalism* (1996), *The End of Ideology* (1960); Alvin Toffler¹¹’in *The Third Wave* (Üçüncü Dalga, 2008), *Future Shock* (Şok, 1981); Drucker’in *Kapitalist Ötesi Toplum* (1994); Masuda’nın *Managing in The Information Society* (1990) adlı çalışmalarıyla temellenen bu kuram yaşanan değişimleri bu bakış açısıyla açıklamıştır. Her ne kadar yazarların bu süreci açıklama noktasında kullandıkları tanımlamalar farklılıklar gösterse de; [Masuda (enformasyon toplumu), Drucker (bilgi toplumu), Bell (sanayi sonrası toplum),

¹¹ Genel bir kabule göre bütün sektörler içerisinde mal üretimine yönelik sektörlerin oranı düşerken hizmet sektörünün oranı artmaktadır. Braverman’a göre ABD’de maddi mal üretiminde yer alan işgücünün oranı 1920’lerde %46 iken 1970 yılında %33’lere inmiştir. Aynı düşme tarım sektörü içinde de 1880’lerde %50 oranındayken bu oran 1970’li yıllarda %4’e inmiştir. Hizmet sektörünün toplam içindeki istihdam oranı arttıkça bu alanda istihdam edilecek çalışanların da bilgi, beceri ve teknoloji kullanma yönünden gerekli bilgi ve yeteneğe sahip olması ve yaşanan bu hızlı değişimlere ayak uydurması istenmiştir. Bell (1973), yeni emek gücünün en önemli niteliğinin eskisiyle kıyaslanmayacak derecede eğitilmiş olmasını göstermektedir. Yeni emek gücünün en fazla yoğunlaştığı sektör olan hizmet sektöründe profesyonel olarak tanımlanan meslekler öğretmenlik, sağlıkçılık ve teknisyenlik olduğunu ve bu mesleklerin öneminin giderek arttığı, hizmet sektörünün giderek büyüdüğü bir sürecin yaşandığını belirtmektedir. Üçüncü Dalga adlı çalışmasıyla bilinen Toffler (1992) ise elle imalatın (manüfaktür) yerinin zihninle imalatın (mentifaktür) aldığı günümüzde, bilginin ve onu taşıyan profesyonellerin giderek artan rolü ve önemine vurgu yapmaktadır. Yüksek nitelikli eğitime sahip olmaları bu emek gücüne yüksek pazarlık gücü ve işletme için kolay vazgeçilemeyecek biri olma imkânı sunmakta ve çalışan gruba “cogniterya” adını vermektedir (Belek,1999, s. 79-88)

Brzezinski (teknokratik çağ) gibi], temelde emeğin yerine bilginin geçtiği, endüstri toplumundan bilgi toplumuna doğru bir geçiş yaşandığı ve bilginin tüm topluma yayılması ve ulaşması durumunun eşitlikçi ve demokratik toplum doğuracağına yönelik bir toplum tasavvuruna sahiptirler. Castells (2008, s. 276-281) ise tarihsel dönüşüm süreci içerisinde toplumlarda meydana gelen sistemli değişimlerin anlaşılabilirliği noktalarının başında istihdam biçimleri ve mesleki yapılarda ortaya çıkan değişimler olduğunu belirtmektedir. Bu noktada yaşanan dönüşüme dair bir açıklama çerçevesi sunan sanayileşme sonrası ve enformasyon kuramlarının, ekonomilerin ve toplumların bir tür tabiat yasasına tabi olduklarını ve bu yolda “Amerikan toplumunun liderliğinde, modernleşme yörüngesinde tek bir yol” izleneceğine dair bir ön kabullerinin olduğunu belirtmektedir. Bunun yanında yaşadığımız yüzyılda meslekler ve istihdam biçimlerinin geleceği noktasında iyimser olan enformasyon kuramcılarının aksine, düşük vasıflı hizmet mesleklerinin artış eğilimi içerisinde olduğunu ve bu kesimin sanayileşme sonrası toplumunun büyük bir kısmını oluşturduğunu belirtmektedir.

Aynı şekilde yaşanan bu değişim ve dönüşümü radikal bir süreç olarak gören Hall ve Jacques ise “yeni zamanlar” (new times) kavramsallaştırmasıyla standartlaştırılmış ürünleri, sermaye yoğunlaşması ve iş süreçlerinin Taylorist bir şekilde düzenlendiği, seri üretim ve kitlesel tüketimin egemen olduğu önceki dönemden bütünüyle farklı, yeni bir dönemi anlatan Post-fordizme işaret etmektedirler. Bu dönemle birlikte, yeni enformasyon teknolojilerinin ortaya çıktığı, emek süreçlerinin esnekleştiği, tüketim tercih ve ürünlerinin farklılaştığı, vasıflı-erkek ve kol emeğine dayalı işçi sınıfının gerilediği ve hizmet-beyaz yakalı sınıfların ortaya çıktığı, üretim süreçlerinin feminizasyonu ve etnisizasyonunun arttığı, finans kapitalin küreselleştiği bir sürecin ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Hall ve Jacques yaşanan bu dönüşümün temelde ekonomik örgütlenme ve yapılanma sorunlarıyla ilgili olduğunu ve bunun yanında Post-fordist sürecin geniş bir toplumsal ve kültürel alanı etkileyen geniş bir olgu olarak da ele alınmasının gerekliliğini vurgulamışlardır (Hall ve Jacques, 1995, s. 40; Hall, 1995, s. 108). Bernett Harrison’un (1997, s. 8) ‘merkezileşme olmadan yoğunlaşma’ (concentration without centralization) kavramsallaştırması da post-fordist değişimlerin anlaşılmasında sık başvurulan bir kavramdır. Harrison, merkezileşme olmadan yoğunlaşma kavramıyla yeni dönemde üretim süreçlerinde yaşanan parçalanmaya, ürün çeşitliliğine, fason üretime, üretimin farklı ve uzak bölgelere kaydırılmasına ve ulus ötesi şirketlerin piyasaya hâkim hale

gelmesine işaret etmektedir. Bütün bu değişimler birlikte ele alındığında sermayenin ve üretimin esnek hale geldiği ve merkezlesleştiği bir döneme girildiğini belirtmektedir.

Scott Lash ve John Urry ise “The End of Organized Capitalism” adlı çalışmalarında 20. yüzyılın üçte ikilik bölümünde etkin olan, toplumsal ve ekonomik sistemin işleyişinde etkin olan örgütlü kapitalizmin ekonomik faaliyetlerin ulus-devlet çatısı altında planlanıp yürütüldüğü, kitlesel üretimin baskın olduğı, insanların ve üretimin sanayi kentlerinde yoğunlaştığı yapısının ve kültürel modernizmin çözölme sürecine girdiğini belirtmektedirler. Kapitalist üretim süreci bu dönemlerden itibaren Fordist dönemdeki kurum ve yapılarının çözölme sürecine girdiğı; esnek uzmanlaşma ve iş örgütlenmesinin egemen hale geldiğı, işçi sınıfının parçalanıp, sınıf politikalarının çöktüğü “örgütsüz kapitalizm” olarak nitelenebilecek ve örgütlü kapitalizmle birlikte düşünölen kesinlik ve iyimserliğin dağıldığı yeni bir döneme girildiğini belirtmişlerdir (Lash ve Urry, 1987, s. 196; Urry, 1995, s. 103; Kumar, 2010, s. 65; Burrell, 2013, s. 537).

Post-fordizm ve esneklik fikrini gerici ve işçi karşıtı bir dizi politik uygulamayı meşrulaştırıcı bir kavram ve bakış açısı olarak gören Pollert (1988a) ise işgücü piyasalarında ve üretim organizasyonlarında esneklik uygulamaları fikrine karşı çıkarak esnek işgücü fikrinin uysallığı, geçici ve güvencesiz çalışmayı yücelten ve normalleştiren ideolojik bir saldırının argümanı olarak görmektedir. Bu görüşteki yazarlar Gordon (1988), Sayer (1989), Scott (1988), esneklik mefhumunu kullanan yazarların işçi sınıfı hareketini zayıflatan düşünce ve hareketlere katkı sağladıklarını belirtmekte ve üretim süreçlerinde bahsedildiğı büyüklükte devrimsel bir değişim ve dönüşüm olduğı fikrine katılmazlar. Harvey (2010, s. 217), esnek birikime yönelik bir reddiye içinde olan bu Marksist yaklaşımın haklı tarafları olduğunu kabul etmekle birlikte, esneklik olgusunun reddedilemeyecek derecede belirgin ve yaygın olduğunu belirtmektedir. Taşeronlaşma, geçici istihdam ve küçük üretim sistemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması süreçlerinin varlığı durumunun ve önceki dönemlere nazaran yaygınlaşma ve piyasaya egemen olmaya yönündeki eğiliminin yok sayılamayacağını ve yapılacak analiz ve çözümlemelerin bu gerçekliğı göz önünde bulundurması gerektiğini vurgulamaktadır.

1.2.3.1. Esneklik

Esneklik ve esnek çalışma biçimleri çalışma hayatı ve endüstri ilişkileri alanına özellikle Sanayi Devrimi’nden sonra giren ve süreci önemli anlamda belirleyen ve etkileyen bir kavram mahiyetinde olmuştur. Çalışma ilişkileri tarihi bu anlamda üç

döneme ayrılmaktadır (Yavuz, 1995, s. 26; Dertli ve Taştan, 2012, s. 25-29; Erdoğan, 2012, s. 55).

- *Serbestlik Dönemi* olarak tanımlanan birinci dönem, endüstri devriminde liberalizmin hâkim olduğu, piyasaya müdahale edilmediği ve çalışma şartlarının kötüleştiği bir döneme işaret etmektedir. Bu dönemde işçi-işveren ilişkilerinde ücret ve çalışma koşullarının belirlenmesinde inisiyatifin devlet veya loncalar tarafından serbest piyasaya havale edildiği, ücretli çalışanları koruyucu toplumsal ve hukuki düzenlemelerin olmadığı bir yapı söz konusudur. Bu nedenler Sanayi Devrimi'nin başlangıç dönemlerinde çalışanların çok ağır çalışma koşullarında çalışmasına ve doğal olarak hızlı büyüyen ekonomik zenginliğin bölüşümündeki adaletsizlikten kaynaklı ekonomik, siyasal ve toplumsal problemlerin ortaya çıkmasına ve buna karşı çıkan işçi örgütlemesi ve sendikal hareketlerin doğmasına yol açmıştır.
- *Müdahaleci dönem* olarak adlandırılan ikinci dönemde, istihdam koşullarının kötüleşmesi ve buna paralel sendikal örgüt ve hareketlerin güç kazanması hükümetlerin piyasaya yönelik yasal düzenlemeler-sınırlamalar getirmesine yol açmıştır. Serbest dönemde Laissez Faire yaklaşımının işçi sınıfı üzerinde oluşturduğu ağır tahribat (özellikle çalışan kadın ve çocuklarda) toplumun farklı kesimlerinde adaletsizlik algısını güçlendirmiş ve devletin ekonomik ve sosyal hayata müdahalesi yönünde bir baskı ortaya çıkarmıştır. İşçilerin ve işçi örgütlerinin mücadele ve talepleriyle birleşen bu adaletsizlik algısı hükümetlerin çalışma ilişkileri alanına müdahale etmesini zorunlu hale getirmiştir.
- *Esneklik dönemi* olarak adlandırılan üçüncü dönemde 1930'lu yıllarda yaşanan ekonomik ve sosyal krizin ve İkinci Dünya Savaşı'nın yarattığı yıkımın ardından yaşanan 'kapitalizmin altın çağı' (Keynes Çağı) olarak adlandırılan ve çalışma ilişkileri alanında görece bir barışçı ve uzlaşmacı anlayış yerini yeni teknolojik gelişmelerle üretim şekil ve yerlerinin değiştiği, uluslararası rekabet ve bütünleşmenin arttığı ve devlet ve yetkili organların çalışma ilişkileri alanındaki etkinliğini serbest piyasaya devrettiği esnek bir döneme girilmiştir. Küreselleşme dönemi olarak da nitelenen bu dönemde yukarıda belirtilen gelişmeler sadece merkez ülkelerde değil yarı çevre ve çevre ülkelerde de yaşanmaya başlamıştır.

1990'lı yıllardan itibaren “geçiş ekonomileri” olarak adlandırılan eski sosyalist ülkelerde de neo-liberal değişim ve dönüşümlerin yaşanması çalışma ilişkileri alanında görülen esnek çalışma biçimleri, sendikaların nitel ve nicel anlamda güçlerini yitirmesi, toplu sözleşmelerin yerini bireysel sözleşmelere bırakması ve hükümetlerin çalışma ilişkileri alanında çekilmesi süreçlerinin evrensel olarak görülen bir durum olduğuna işaret etmektedir.

Esneklik kavramı¹² genel olarak herkes tarafından beğenilen ve kulağa hoş gelen bir kavram niteliğindedir. Esnekliğin zıttı olan katılık, sertlik ve değişmezlik gibi kavram ve süreçler çoğu kişi tarafında sevimsiz ve negatif olarak algılanır. Değişiklik ve farklılıklara uyum sağlama niteliği olarak tanımlanabilecek esneklik bu manada olumlu bir şey olarak düşünülebileceği gibi aynı kavramın belirsizlik ve düzensizlik durumlarına da yol açabileceği ihtimali de göz ardı edilmemelidir (Yavuz, 1995, s. 26). Özdemir ve Parlak’a (2011) göre, esnek çalışma ve esneklik hakkında iki farklı zıt yaklaşım söz konusudur. Buna göre esnekliği kuralsızlaştırma (deregülasyon) olarak gören bakış açısı; esnek çalışmayla kapitalizm tarafından standart çalışan işçilerin kazanılmış haklarının elinden alındığı, ücretlerinin düşürüldüğü, sendikaların zayıflatıldığı ve iş yasalarının sermaye lehine düzenlendiği bir yapı ortaya çıkmıştır. Çizginin diğer yanında ise süreci işçi-işveren ilişkilerinde kuralların olmadığı kaotik bir yapı olarak niteleyen düşüncenin kabul edilmediği esneklik süreciyle birlikte katı kuralların yumuşatılarak ekonomik ve teknolojik gelişmelere ancak bu şekilde uyum sağlanacağına yönelik bir düşünce yatmaktadır. Belek’e (1999, s. 66) göre ise Post-fordizmin işgücü alanlarında görünümü olan esneklik kavramı kapsamı oldukça geniş ve yalnızca üretim alanlarıyla sınırlı olmayan bir alandaki değişimleri belirtmek için kullanılmaktadır. Fordizmin karşıtı ve

¹² Esneklik kavramının tanımlanması ve yeni dönemde çalışma ve organizasyon biçimlerinin vazgeçilmez öğelerinden biri olarak görüldüğü günümüzde, esneklikle ilgili ortaya konan örgüt modellerinden antropolojik çalışmalara başvuran ‘esnek grup sistemi modeli’ bu anlamda dikkat çekici bir örnektir. Buna göre modern kapitalist şirket yönetimleri tarafından benimsenen bu yaklaşım, Güney Batı Afrika’da Kalahari Çölü’nde yaşayan San (Buşman) kabile topluluğunu örnek olarak almaktadır. Buşmanlar, değişime ve düşmanca ortama, kendi aralarındaki ortaklığı kaybetmeden uyum sağlama yeteneğine sahip bir topluluktur. Hiyerarşi barındırmayan bu topluluk tam zamanında getiri diye tanımlanan bir ekonomiye sahiptir. Çalışmalarının karşılıklarını doğrudan ve anında alan grup üyeleri sonuç almak için çok az yatırım ya da hazırlık (silah ve alet) yapmakta ve bu sistemde avcılar özenli tuzak ve saklama aletlerine de ihtiyaç duymamaktadırlar. Buşmanların bu özellikleri temel alınarak günümüz şirket ve organizasyonlarında buna dayalı bir örgütlenme ve üretim modeli geliştirilmeye çalışılmaktadır (Kurt, 2000’den akt. Bayramoğlu, 2005, s. 184).

alternatifi olarak kullanılan ve önerilen esneklik kavramı emeğin ve teknolojinin örgütlenmesi bağlamında iki temel soruna çözüm getirme amacındadır.

- Fordist teknoloji düzenlemelerinin içerisinde ortaya çıkan zaman kaybı ve kalite düşüklüğüne yol açan sorunların aşılması
- Fordist emek sürecinin neden olduğu işe yabancılaşma olgusunu engelleme

Giddens (2001, s. 69) birçoklarına ‘boğaya gösterilen bir kırmızı pelerin’ olarak görünen esneklik sürecinin, özellikle işgücü piyasalarına uygulandığında devlet müdahalesinin ortadan kalktığı, çalışanların esnek ve güvencesiz bir çalışma ortamında savunmasız bırakıldığı, böylelikle çalışan yoksul sayısının hızla arttığı bir yapıya yol açacağını belirtmektedir. Beck (2011, s. 214) ise risk toplumu olarak kavramsallaştırdığı yaşadığımız dönemde, bilgisayar ve otomasyon teknolojilerinde ortaya çıkan değişimlerin etkisiyle emeğin çalışma şartlarının ve standartlarının büyük oranda değiştiğini belirtmektedir. Bundan dolayı standartlaşmış tam istihdam sisteminin esnekleşme eğilimine girdiği bu dönemde sistemin temel ‘iş hukuku, işyeri ve çalışma süreci’ dayanaklarının bu süreçte esnek hale geldiğini ve bunun da iş ile iş olmayan arasındaki sınırları akışkanlaştırdığı, esnek ve çoğulcu istihdam biçimlerini dayatıp yaygınlaştırdığı bir dönemi ortaya çıkarmıştır. Esneklik kavramı Aslan’a (2005, s. 106) göre ise, post-fordist üretim süreciyle yakından ilişkilidir. Buna göre bu üretim biçimindeki emek rejimi genel olarak esneklik üzerine inşa edilmiştir. Üretim sürecindeki yapısal dönüşüm, emeğin yapı ve rejiminde kökten değişimi de beraberinde getirmiştir. Post-fordist üretim sürecinde Fordist dönemdeki kafa-kol ayırımına dayalı emek örgütlenme biçimi tersine çevrilmiş, emeğin işyerinde belirli bir zamanda belirli bir görevi yerine getirme ilkesi ortadan kalkmış ve belirsiz bir zaman diliminde bütün görevleri yerine getirmesinin önü açılmıştır. Buna göre emeğin genel niteliğini ve çalışma rejiminin ana unsurunu bu dönemde artık esneklik oluşturmaktadır. Esneklik bu minvalde, artık değerin arttırılması sürecinde işverenin emeğin çalışma rejim ve niteliğini esnek olarak kullanması ve belirlemesi süreci olarak görülebilir. Belek (1999, s. 192) ise; esneklik süreçleriyle birlikte çalışanlar açısından önemli bir sorun haline gelen iş güvencesinin üç düzeyde tanımlanabileceğini belirtmektedir:

- İstihdam güvencesi: Bir işçinin çalıştığı firmadaki iş güvencesidir.

- Mesleki güvence: Bir işçinin çalıştığı yerdeki belli bir işi gerçekleştirmedeki sabitlik derecesi olarak tanımlanmaktadır.
- Emek piyasası güvencesi: Farklı işlerde de olsa çalışanın emek piyasalarında kalma becerisi olarak tanımlanmaktadır.

Esneklik süreçlerinde iş güvencesine vurgu yapan Jessop (2009, s. 162) ise fordist emek sürecindeki esnek olmayan yarı vasıflı emeğin yoğunluğunun aksine çok vasıflı ve vasıfsız işçileri esnek biçimlerde bir araya getiren bir nitelikte olduğunu belirtmektedir. Esnek ücretli, esnek zamanlı, alt sözleşmeli, taşeronla dayanan, iş zenginleştirmesinden, takım çalışmasına merkez işçilerin çok vasıflılığine kadar genel esneklik biçimleri işçiler için çoğunlukla olumlu süreçler değildir. Esneklik uygulamalarının ve çalışma alanlarında görülen en yaygın uygulama biçimlerinden biri olan taşeronlaşma sürecinin genel seyrine bakıldığında, çalışanların yukarıda belirtilen iş güvencelerinin çoğuna sahip olmadığı (özellikle çevre ve yarı çevre çalışanları açısından) söylenebilir.

1.2.3.1.1. Esneklik türleri

Esneklik tartışmaları 1970’li tarihlerden itibaren yaşanan ekonomik ve toplumsal değişimler sonucunda ortaya çıkmış ve yaygınlaşarak günümüze kadar gelmiştir. Buna göre temelde Atkinson’un¹³ (1984, s. 15-18) esnek firma modeline dayanan esneklik

¹³ Esnek firma modeli temelde işletmelerin piyasadaki mevcut talep değişikliklerine ve yeni teknolojilere uyum sağlaması noktasında çalışanların merkez işgücü (core group) ve çevre işgücü (peripheral group) olmak üzere ikiye ayırdığı (bu ayrım Weberian anlamda ideal tipik bir ayrım olarak nitelenebilir, reel piyasada görülen mesleki pozisyon ve nitelikleri tasnifte kullanılabilecek bir çerçeve olarak değerlendirilmektedir) bir yapıya dayanmaktadır. Atkinson’a göre Fordist ekonomilerde var olan Taylorist yönetim anlayışı yapılan üretimin niteliği gereği çalışanların nitelik ve istihdam güvencesi açısından çok farklılaşmadığı ve ayrılmadığı bir nitelik göstermektedir. Bu üretim biçiminde esas olan işletmenin kullandığı işgücünün sayısal olarak istikrarlı bir şekilde işletmenin amaçlarına göre istihdam edilmesi ve üretim süreçlerinde gerekli planlamayla bu çalışanlardan maksimum seviyede verim almaktır. Fordist kriz sonrasında piyasanın talep ve şartlarının değişken ve esnek yapısı bu süreçte çalışanların da esnek bir istihdamla yüz yüze gelmelerine yol açmıştır. Buna göre yeni dönemde firmanın bünyesindeki çalışanlar işletmedeki önemine ve çalışanların niteliğine göre kalifiye düzeyi yüksek olanlar ve diğer grup çalışanlarına göre daha yüksek ücret ve iş güvencesine sahip olanlar (merkez çalışanları) ve işletme açısından önemi az olan ve daha az maaş ve daha kırılgan (ya da hiç olmayan) iş güvencesine sahip olan çalışanlar (çevre çalışanları) olmak üzere kabaca ikiye ayrıldığı söylenebilir. Bu model firmaların merkez işgücünü küçültme eğiliminde olduğunu ve çevre işgücü ihtiyacını ise çeşitli dış kaynaklardan veya kendi bünyesinde daha az ücret ve özlük haklarıyla istihdam ettiği çalışanlar üzerinden giderme yoluna gittiğini ve çevre çalışanlarının bir firma içinde istihdam edilen çalışanlarının büyük bir kısmını teşkil ettiğini ve bu durumun firmaya büyük bir esneklik fırsatı sunduğunu belirtmektedir. Atkinson’un esnek firma modelinin ve çalışanlar sınıflandırmasının ideal tipik bir çerçeve olarak değerlendirilebileceği ve bu şekilde alana uygulanabileceği bunun yanında bu modelin reel piyasadaki istihdam biçimlerini açıklama noktasında yetersiz, basitleştirilmiş ve bulanık bir açıklama çerçevesi olarak değerlendirilebileceği (Pollert, 1988b, s. 281; 1991, s. 12) yönünde çeşitli eleştiriler almıştır (Atkinson, 1984, s. 15-18; Harvey, 2010, s. 173; Yavuz, 1995, s. 29; Suğur, 1999, s. 142). Diğer taraftan Atkinson’un esnek firma modelindeki merkez -çevre işgücü ayırımına benzer Katmanlı Emek Piyasaları kuramından da bahsedilebilir. Kavramsal çerçevesi radikal ve kuramsal iktisatçılar tarafından 1970’li yıllarda geliştirilen bu kuram, özellikle bu dönemlerde artan işsizliğin ve ücret/gelir eşitsizliğini eleştirel bir süreçle açıklama girişimi olarak değerlendirilebilir.

kavramı bu dönemlerle birlikte çalışanların merkez ve çevre iş gücü olarak ayrıldığı ve buna dayalı olarak farklı süreçleri deneyimlediği bir yapıya işaret etmektedir. Buna göre merkez işgücü (Harvey, 2010, s. 174), olarak nitelenen grup tam zamanlı, sürekli statüye sahip ve kurumun uzun vadeli geleceği için merkezi önem taşıyan çalışanlardan oluşmaktadır. İş güvencesi, yükselme ve kendini geliştirme şansı daha yüksek olan, sigorta, emeklilik ve başka özlük hakları bakımından iyi bir konumda olan bu çalışanlardan bu dönemde esnekliğe ve coğrafi akışkanlığa açık bir konumda olmaları beklenmektedir. Şirketler değişen piyasa koşullarında merkez işgücünü de taşeron firmalara devredip ve daha küçük merkez yönetici grupla varlığını devam ettirme eğilimde olabilmektedirler. Çevre işgücü ise iki farklı alt gruptan oluşmaktadır. İlk olarak büro işi, sekreterlik, rutin işler ve daha az vasıflı bedensel işler gibi piyasada her zaman kolay bir şekilde bulanabilecek tam zamanlı çalışan personellerden oluşmaktadır. Mesleki yükselme ve kendini geliştirme olanakları düşük olan bu grup çalışanlar yüksek bir işgücü devir hızı göstermektedir. İkinci çevresel grup ilk çevresel gruba göre daha düşük iş güvencesine sahip, yarı zamanlı çalışanları, ihtiyaç oldukça istihdam edilenleri, sabit ücretli sözleşmeli çalışanları, geçici işçileri, taşeron işçilerini, kamu sübvansiyonlarıyla çalıştırılan stajyerleri kapsamaktadır. Günümüzde işgücü piyasalarındaki eğilim merkez işgücü çalışanlarının sayısının olabildiğince azaldığı ve çevre işgücünün sayısının arttığı ve esneklik uygulamalarının yaygınlık kazandığı bir niteliktedir. İşgücü piyasalarındaki değişime paralel sanayi örgütlenmesinde de önemli değişiklikler yaşanmış taşeron sözleşmelerinin sistematik hale gelmesiyle sayıları artan küçük işletmelerde fason, zanaatkarlık, aileye dayalı, paternalist (himayeci, baba, mafya türü) eski çalışma sistemlerinin de yeniden canlandığı ve yaygınlaştığı bir döneme girilmiştir. Bu noktada esneklik türleri¹⁴ temel olarak beş başlık altında: İşlevsel esneklik, sayısal esneklik,

Katmanlı işgücü piyasası bireylerin beşeri sermayelerine göre değerlendirildiği ve buna göre istihdam edildiği bir piyasadaki ziyade piyasanın çalışma koşullarının birbirinden farklılık arz ettiği iki katmandan oluştuğunu belirtmektedir. Bu iki katmandan birincil katmanda daha yüksek ücretli ve yüksek motivasyonlu nitelikli çalışanların iyi çalışma koşulları, sürekli istihdam ve kariyer beklentileriyle karakterize “iyi işler” bulunmakta, ikincil katmanda ise fazla nitelik gerektirmeyen, düşük ücretlerin olduğu, kötü çalışma koşulları, yüksek işgücü devir oranının olduğu, düşük kariyer beklentisi ve güvencesizlikle karakterize “kötü işlerin” bulunduğu bir yapı söz konusudur (Fine, 1998, s. 33-120; Ercan ve Özar, 2000, s. 45).

¹⁴ Harvey (1993, s. 87-88); post-fordizm, esnek uzmanlaşma ve esnek birikim terimleriyle ifade edilen değişikliklerin doğası gereği esneklik düşüncesiyle yakın ilişkide olduğunu belirterek esnekliğin dört farklı tip veya seviyede ele alınabileceğini belirtmektedir. Buna göre:

- Birinci tip esneklik emek süreçleriyle ilgilidir ve emek gücünün esnek kullanımının derecesiyle ilgilidir. Emek gücünün yoğunlaştırılmasında kullanılan yeni teknikler ve sistemlerle birlikte sermaye birikim sürecinin hızlandığı ve sendika ve diğer işçi sınıfı örgütlerine direnmeden çok

çalışma zamanı esnekliği ve ücret esnekliği ve uzaklaştırma stratejileri olarak incelenmektedir.

1.2.3.1.1.1. İşlevsel esneklik

Bu esneklik türünde, emek gücüne üretim ve yönetim alanlarında sahip oldukları dışında başka becerilerin kazandırılması amaçlanmaktadır. Çalışanın bu süreçle birlikte görev ve becerileri hem dikine hem de enine genişletilmekte ve işlevsel esneklik için en önemli koşul olan çalışanların eğitimi ve beceri geliştirmeye imkân sunacak teknolojik alt yapının oluşturulması amaçlanmaktadır. Fordist üretim sisteminin üç temel sınırlılığı olan montaj hattı bekleme zamanının artması, montaj hattının emeğin fiziksel ve ruhsal dengeleri üzerindeki olumsuz etkisi ve bireysel emek ile kolektif çıktı arasındaki bağın kopması gibi olumsuzlukların aşılması noktasında, post-fordist üretim süreci bu sınırlılıkları aşıcı bir şekilde örgütlenmiştir. Bu sınırlılıkların aşılması noktasında

toplumsal ilişkilerin mevcut kalıplarını koruyarak yeni sistemlerle bütünleşmeleri yönünde baskı uygulandığı ve bu sürecin işçi sınıfının özgürleşmesinden ziyade mevcut sisteme tabi kılınmalarıyla sonuçlandığını belirtmektedir.

- İkinci düzey işgücü piyasalarında taşeron, part-time çalışma ve talepte görülen değişiklik ve dalgalanmalar karşısında işgücünün bir sektörden diğerine hızlıca yerleşebilmesine olanak sunan araçların çoğalmasını kapsamaktadır. Bu yapı kimi durumlarda çalışan için bir avantaj sağlasa da çalışanların pek çoğu için emeklilik, sağlık, işsizlik ve ücret dışı diğer gelirlerin kesilmesi anlamına gelmektedir.
- Esnekliğin üçüncü düzeyi esnekliğin merkezinde olan devlet politikalarıyla ilgilidir. Bu esnekliği savunanlara göre devletin yeni dönemde gelişmelere engel olabileceğini düşündüğü kurumsal yapıları (sendika ve işçi örgütleri) verdiği desteği azaltması, özelleştirme ve düzenlemenin azaltılması (deregulation) uygulamalarının ortaya çıkardığı esnekliğin firmaların birleşmesi ve firmaların büyümesi ve ekonominin canlanması noktasında olumlu sonuçları olacağını düşünmektedirler. Harvey bu esnekliğin sermayeye, hem çalışanlarına hem de genel olarak topluma karşı olan sorumluluklarından kaçma imkânı sunduğunu, çalışanlar açısından ise kitlesel zorunlu işsizlik ve hak kayıpları anlamına geleceğini belirtmektedir.
- Esnekliğin son boyutu veya düzeyi haberleşme, evde çalışma ve farklı üretim tekniklerinin ortaya çıkması ve parça üretimi ve son montaj süreçlerinin dünyanın dört bir yanına dağılmasına imkân sunan coğrafi hareketliliğin artması boyutudur. Taşıma maliyetlerinde düşüş, düzenlemeye tabi olmayan küresel finans sistemlerin oluşması ve sermaye hareketliliği noktasındaki kurumsal engellerin ortadan kaldırılmasıyla gelişmekte olan ülkelere sermaye ve üretimin kaymasına yol açmıştır. Coğrafi hareketlilik sermayeye üretim süreçlerinde daha esnek olmasına ve daha esnek işgücü piyasaları olan ve düzenlemeye tabi olmayan yerler aramalarına imkân vermektedir.

Bu konuda Castells'de (2008, s. 358), standart istihdam biçimlerinin gerilemeye başladığı ve temelde çalışma süreleri, iş güvencesi, çalışma mekânları ve işverenle çalışanlar arasındaki sözleşme biçimleri üzerinden 4 ayrı boyutta gelişen esneklik uygulamalarının yaygınlaşmaya başladığını belirtmektedir.

işgücünün tek bir görevle sınırlı iş yapması yerine çok işlevli uzman bir nitelik kazanmasını esas alan işgücü esnekliği post-fordist üretim sürecinin ana unsurlarından birini oluşturmaktadır. İşlevsel esneklik temelde iyi ücretlendirilmiş ve güvenli bir merkez işgücü olarak tanımlanan ve işletme için önemli niteliklere sahip işgücüne yönelik uygulanan bir istihdam stratejisi olarak nitelenebilir (Belek, 1999, s. 82; Aslan, 2005, s. 107).

Guy Standing¹⁵ (2015, s. 70-71), işlevsel esnekliğin amacının şirketlerin ekstra bir maliyet yaratmadan mevcut işbölümünü değiştirebilmesi ve işçileri görevler, pozisyonlar ve iş yerleri arasında istediği gibi yönlendirmesine imkân tanıyan bir esneklik türü olarak tanımlamaktadır. Sayısal esneklik istihdam açısından bir güvencesizlik doğururken, işlevsel esneklik ise iş güvencesizliğine yol açmaktadır. Bu süreçle birlikte emek analizi ve yönetim sözlüklerine yeni terimlerin girmeye başladığını belirten Standing, taşeron sözcüğünün birbiriyle iç içe geçmiş süreçlerin anahtar kelimesi olduğunu belirtmektedir. İş bölümü üzerinde kontrol sahibi olan işverenin bu süreçle birlikte işçilerin veya işin bir bölümünü başka bir ülkedeki fabrika ya da işyerine göndermesinin (offshore) ve bir ülke içerisindeki fabrikalar arasında paslaşma (inshore) imkânının önü açılmıştır. Bu süreçle birlikte “hayatın sözleşmeleştirilmesi” olarak tanımlanabilecek bireysel sözleşmelerin çalışma alanlarında daha görünür olduğu ve çalışanlar arasında güvence, statü ve gelir farklılıkların ortaya çıktığı bir dönem ortaya çıkmıştır. Standing’in “hizmetleşme” olarak tanımladığı iş bölümünün akışkanlaştığı, iş yerlerinin ev ve kamusal alanlarla iç içe geçtiği, insanların birden fazla sözleşme yaparak esneklik uygulamalarının çalışma alanlarının ve hayatın tümüne sirayet ettiği, Hardt ve

¹⁵ Guy Standing ‘Prekarya Yeni Tehlikeli Sınıf’ adlı çalışmasında ayrıntılarıyla açıklamaya çalıştığı Prekarya sözcüğü precariousness ve proletaryat sözcüklerinin birleştirilmesiyle ortaya çıkmış ve Prekarya’yı kendi ifadesiyle oluşum halinde olan bir sınıf olarak tanımlamıştır. Standing çalışmasında Prekarya olarak tanımlanan oluşum halindeki bu sınıfın Marksist lümpen proleterya fikrine yakın olması yanında tam olarak o olmadığını aynı şekilde bu sınıfı çalışan yoksullar ve güvencesiz çalışanlarla eş tutmanın da aynı derecede yanlış olacağını belirtmektedir. Standing Prekarya’nın giderek büyüyen bir sınıf olduğunu ve yapı olarak parçalı bir statüye sahip olduğunu ve toplumsal gelir yapısıyla eskiye dayalı sınıf ve meslek yapılarıyla kolay kolay örtüşmediğini ifade etmektedir. Prekarya sanayi vatandaşlığı kapsamında emeğe dair olan; emek piyasası güvenliği, istihdam güvenliği, iş güvenliği, çalışma güvenliği, vasıfların yeniden üretiminin güvenliği, gelir güvenliği, temsil güvenliği gibi temel güvencelerden mahrum olan sınıf olarak tanımlanmaktadır. (Standing, 2015, s. 23-26)

Negri'nin (2000) deyişiyile toplumun giderek iş yerinin bir uzantısı haline geldiği “toplumsal fabrika” haline geldiği bir döneme girilmiştir.

1.2.3.1.1.2. Sayısal esneklik

Dışsal sayısal esneklik olarak da nitelendirilmekte ve emek gücünün sayısının değişen koşullara bağlı olarak değiştirilebilmesi gücü - yeteneği anlamına gelmektedir. Özellikle fordist dönemdeki işe alma ve işten çıkarma süreçlerinin yasal teminatlar altında olduğu yapının, çağdaş dönemdeki yönetim anlayışıyla uyuşmadığı yönündeki ön kabul ve bu alanda yapılan yasal değişikliklerle sermayeye bu alandaki istihdam hacmini ve sayısını belirleme gücü ve serbestisi artmıştır. Bu noktada işverenler tam istihdam veya belirsiz süreli istihdamdan ziyade çeşitli sözleşmelerle atipik istihdam biçimlerine yönelmekte ve bu alanda esneklik yeteneğine sahip olmaktadırlar. (Storper and Scott, 1990, s. 566-7; Belek, 1999, s. 83; Taşoğlu ve Limoncuoğlu, 2000, s. 78). Gorz (1993, s. 47) ise dışsal esnekliği, stokların yönetiminde “just in time” yönteminin, personel yönetimindeki karşılığı olarak tanımlamaktadır. Burada amaçlanan şey, hemen kullanılmayacak emek stoğunun ortadan kaldırılması ve böylelikle piyasa koşullarına uyum sağlama yeteneğinin ve kâr maksimizasyonunun azamileştirilmesidir. Buna bağlı olarak; nitelikleri, deneyimleri ve sorumlulukları nedeniyle kalifiye olan çalışanların istikrarlı ve güvenceli bir pozisyonda istihdam edildiği bir merkez çalışan grubu ortaya çıkmaktadır. Diğer yandan merkez çalışan grubunun etrafında sınırlı bir süre için iş bulmuş, daha az nitelikli ve yeri kolayca doldurulabilecek değişken sayıdaki çalışanların oluşturduğu çevre çalışanlardan oluşan bir işgücü ortaya çıkmaktadır. Hall ve Parker (1993, s. 15) ise sayısal esneklikle bağlantılı olarak günümüz organizasyonlarında 3 tip çalışan grubu olduğunu belirtmişlerdir.

- Merkezde yer alan profesyoneller, teknisyenler ve organizasyonel işler için gerekli olan yöneticiler
- İkincil işler için gerektiğinde sözleşmeli olarak çalıştırılan uzmanlar
- Üretimdeki dalgalanmalara göre sayıları ve çalışma süreleri değişebilen düşük becerili çevre çalışanları

Post-fordist üretim sürecinin talebe dayalı olarak yapılması stoksuz üretimi zorunlu kılmaktadır. Buna göre belirli bir zamandaki tüketim talebine göre günlük, aylık ve yıllık üretim miktarları değişkenlik göstermekte ve talebin artan veya azalan durumuna göre işçi sayısında arttırma veya azaltma yoluna gidilmektedir. Bu süreçte talepte bir

azalma olması durumunda merkez işgücü olarak nitelenen grup en sonda olmak üzere öncelikle çevre işgücü sayısında azaltma yoluna gidilmektedir. Talep değişikliklerine dayalı esnek üretim sürecinde, talepteki değişimlere göre işgücünün sayısındaki değişimler işgücünün sayısal esnekliği olarak adlandırılmaktadır (Aslan, 2005, s. 106). Sayısal esneklik merkez işgücü için de uygulanabileceği gibi temelde çevresel işgücü için kullanılmakta ve part-time çalışma, iş paylaşımı ve geçici çalışma gibi atipik istihdam şekilleri sayısal esnekliğin işletmelerde uygulanmasını kolaylaştırmaktadır. Bunun yanında sayısal esneklik uygulamaları çalışanların sendikal hareketlere mesafeli durmasına ve daimi çalışan gruplarıyla kalıcı ve güçlü bağlar kurmalarına engel olmakta, bu noktada işverenler lehine bir çalışma ortamı ortaya çıkarmaktadır (Gorz, 1993, s. 48; Yavuz, 1995, s. 32).

Standing (2015, s. 63), Prekarya'yı niteleyen en önemli özelliklerinden birinin uzunca bir süre atipik ya da standart çalışma biçimi olarak nitelenebilecek sayısal esneklik uygulamalarıyla karşılaşması olduğunu belirtmektedir. Buna göre ana akım şirketlerin iş yapmak için gerekli emeğin çoğunu taşeronla havale ettiğini, sadakatine değer verdiği küçük bir maaşlı kesimi (şirketin asıl vatandaşları) ise kendisinin istihdam ettiğini belirtmektedir. Esnekliğin göze çarpan en önemli özelliklerinden birinin de işgücü piyasasında giderek artan bir şekilde geçici işgücü istihdamı olduğunu belirten Standing küresel kapitalizmin bir parçası olan istihdam ajansları ve taşeron sayısındaki artışın eşlik ettiği bu sürecin, şirketler tarafından azami bir şekilde geçici işçi kullanımı ve ihtiyaç duyulan emeğin çoğunun dışarı verilmesi şeklinde kullanıldığını belirtmektedir. Örneğin kayıtlarında yedi yüz bin kişi bulunan İsviçre firması Adecco'nun (bünyesindeki kayıtlı çalışanların üçte birine yakını profesyonel meslek sahibi) dünyanın en büyük işverenlerinden biri olduğunu belirten Standing, 1970'lerde kurulan Japon iş ajansı Pasona'nın her gün çeyrek milyon kişiyi geçici sözleşmelerle işverenlerle buluşturduğunu belirterek esnekliğin vardığı boyuta işaret eder.

1.2.3.1.1.3.Çalışma süresi esnekliği

Çalışma sürelerinin kısaltılması uzun yıllar işçi-işveren tarafları arasında yapılan görüşme ve sözleşmelerde önemli bir konu olmuştur. İşçi sağlığı ve güvenliğinin sağlanması, çalışma yaşamının insanileştirilmesi, çalışanın iş hayatı dışındaki zamanını geliştirmesi ve işsizlik dönemlerinde istihdamın arttırılması amacıyla uygulanan bir esneklik türüdür. Çalışma sürelerinin esnekleştirilmesi esasen çalışma sürelerinin yasa ve toplu iş sözleşmeleriyle azaldığı (örneğin 1960'larda Batı Avrupa'da haftalık 46 saat olan

çalışma saatler, 1985 yılında 40 saatin altına, günümüzde ise birçok işkolunda 35 saate düşmüştür) bir dönemde sendikaların çalışma sürelerinin kısaltılması karşılığında işverenlerin çalışma sürelerinin esnekleştirilmesi yönündeki taleplerini kabul etmelerinin bir sonucu olarak yaygınlaşmaya başlamıştır (Yavuz 1995, s. 35). Çalışma süresi esnekliği içerisine başlıca; kısmi süreli çalışma, vardiyalı çalışma, kısa süreli çalışma, paylaşımlı çalışma, kaydırılmış çalışma, sıkıştırılmış iş haftası, evde çalışma ve tele çalışma biçimleri dâhil edilebilir (Tekeli, 2013,s. 126). Sermaye sınıfının inisiyatifiyle gündeme gelen ve kadın emeğinin ve üçüncü sektörün genişlemesiyle birlikte sendikaların ve işverenlerin belli noktalarda konsensüse vardıkları bir çalışma şeklidir. Sendikalar çalışma sürelerinin azaltılması yönünde inisiyatif oluşturmaya çalışırken diğer yandan normal sürelerde çalışma olanağı bulunmayan kadınların piyasada istihdamına olanak sunmasından kaynaklı bu istihdam biçimini desteklemektedirler (Belek, 1999, s. 87).

Beck'e (2011, s. 216) göre ise çalışma sürelerinin ve işyerlerinin standartsızlaştırılmasının sonuçları göz önüne alınırsa sanayi toplumunda alternatifi işsizlik olan standart ömür boyu istihdamın olduğu bir sanayi alanında örgütlenmiş üretim yapısı yerini; esnek, çoğullaşmış, merkezsizleşmiş ve risk dolu düşük istihdam sistemine bırakmıştır. Yeni sistemde 'muhtemelen ücretli işten tamamen yoksun kalma anlamında bir işsizlik sorununun ortaya çıkmayacağını' belirten Beck, işçilerin bu süreçte bir parça özgürleşme karşılığında yeni kısıtlara ve maddi güvencesizliğe maruz kalacaklarını ironik bir şekilde ifade etmiştir.

1.2.3.1.1.4. Ücret esnekliği

Ücret esnekliği; piyasalardaki dalgalanmalara uyum noktasında yetersiz kalan firmaların, suçu katı ücret politikalarına atmaları ve böylece çalışanların ücretlerini belirleme ve esnekleştirme girişimi olarak tanımlanabilir (True, 1992, s. 507). Ücret esnekliğiyle fonksiyonel ve sayısal esnekliğin uygulanması desteklenmekte ve nitelikli elemanların mükâfatlandırılması ve işçilerin performanslarının arttırılması, katı ücret sisteminin esnetilerek işsizliğin önüne geçilmesi amaçlanmaktadır (Yavuz, 1995, s. 34). Küreselleşmenin kaçınılmaz sonuçlarından biri olan ücret esnekliği ile pek çok işçinin elde ettiği gelirin düzeyi azalırken, gelirlerin güvencesizliğinde de bir artış ortaya çıkmıştır. Sanayileşmiş ülkelerde işverenlerin çalışanlara ödediği veya karşıladığı katkı

payları, sunduğu bazı hak ve hizmet kalemlerinde kesintiye veya kaldırmaya yönelik uygulamalarda bu başlık altında belirtilebilir (Standing, 2015, s. 78)

1.2.3.1.1.5. *Uzaklaştırma stratejileri*

Uzaklaştırma stratejileri işletme bünyesindeki bazı işlerin asıl işverence yapılmayıp alt-işverenlik (taşeron) yoluyla başka kişi veya kurumlarca yaptırılması anlamına gelmektedir. Burada bir esneklik biçimi olarak “uzaklaştırma” ile yapılması istenilen işin işletmenin uzağında veya dışında bulunan bir kaynak tarafından çözümlenmesi amaçlanmaktadır (Çelik, 2010, s. 10). Erdoğan’a göre (2012, s. 66); mekân esnekliği olarak da adlandırılabilen uzaklaşma stratejileri ile çalışanların mekânsal olarak normal işyerinin dışında, fason firmalarda veya evde istihdam edilmesiyle üretim sürecine eklenmesi söz konusudur.

Uzaklaştırma stratejilerinin en bilinen uygulama biçimlerinden biri taşeronluk (alt-işveren) uygulamasıdır. Bir esneklik biçimi olarak uzaklaştırma stratejileri de fonksiyonel, sayısal ve ücret esnekliğinde olduğu gibi üretimde verimliliği arttırmak, maliyetleri düşürerek piyasada rekabet gücü kazanmak ve dönemsel değişiklik ve dalgalanmalara karşı uyum sağlama amacıyla kullanılmaktadır. Ekonomik büyüme dönemlerinde uzaklaştırma stratejileri yaygınlık kazanırken durgunluk dönemlerinde uzaklaştırma stratejilerine sık başvurulmamaktadır. Bu dönemlerde maliyetleri düşürerek rekabet avantajı sağlamayı, üretilen mal ve hizmetlerin kalitesini arttırmayı hedefleyen firmalar sıklıkla taşeronluk ve fason üretim gibi uzaklaştırma stratejilerine başvurumaktadırlar (Şenkal, 1999, s. 275; Özel, 2006, s. 28).

1.2.3.2. *Schumpeterci rekabet devleti*

Neo-liberal teori (Topak, 2012, s. 17-78), refah devletinin piyasayı boğduğunu, çalışma, biriktirme ve yatırım yapma eğilimlerini olumsuz etkilediğini iddia etmekte ve refah devletini piyasa koşullarından sapma olarak nitelendirmektedir. Bu yaklaşıma göre ekonomik kalkınma ve refaha giden yolda esnekleştirme, özelleştirme ve deregülasyon politikalarıyla devletin ekonomiye yönelik politikaları yeniden tanımlanmakta ve esnekliğe dayalı radikal değişiklikler önerilmektedir. 1990’lı yıllarda IMF ve Dünya Bankası aracılığıyla borçlu olan ülkelere yapısal uyum programları adı altında uygulanmasını önerdiği başlıklar, mali piyasaların serbestleştirilmesi, kamusal nitelikli işletmelerin özel sektöre devredilmesi, işgücü piyasalarında koruyucu düzenlemelerin ve yapıların esnekleştirilmesi, kamu harcamalarının kısılması ve uluslararası rekabette

başarılı olabilmek için işgücü maliyetlerinin azaltılmasıdır. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle kemer sıkma politikaları, ihracata dayalı büyüme stratejisi benimsenmiş tam istihdamın hedef olmaktan çıkıp daha çok piyasa daha az sosyal devlet ilkesinin ikame edildiği bir döneme girilmiştir.

Jessop, fordist üretimin Keynesyen refah devleti rejimlerinde, post-fordist üretim biçimlerinin ise Schumpeterci Çalışma Devletinde (Schumpeterian Workfare State) baskın olduğunu belirtmektedir. Çalışma devleti (Workfare State), devlet- toplum ilişkisinin yeni bir boyut kazandığını ve yurttaşlık temelinde refah yardımlarından yararlanma ilkesinden çalışma ve bazı edimlerin yerine getirilmesi durumunda bu haklardan yararlanılabileceği bir yapıya doğru değişimi işaret etmektedir (Topak, 2012, s.18). Aynı şekilde King (1995, s.14), çalışma-refah rejimi (devleti) kavramsallaştırmasıyla, post-fordist dönemde devletin konum ve işleyişinde ortaya çıkan değişimleri ve bu değişimlerin endüstri ilişkileri alanındaki yansımalarını ortaya koymayı amaçlamıştır. Post-fordist dönemde devletin emek süreçlerindeki değişimlerinden biri de bu alanda kullandığı söylemsel ve kavramsal yapılarda görülen değişimlerdir. Bu dönemde üretkenlik ve planlamanın yerini esneklik ve girişimciliğe bıraktığı, yaşam boyu istihdamdan işçilerin istihdam edilebilirliği ve esnekliğini güvence altına almak için yaşam boyu öğrenme yükümlülüğünü yerine getirmesi gerektiği şeklinde bir söylemsel değişim yaşanmıştır. Bu devlet biçiminde yeni teknolojilere ve üretimin örgütlenmesinin daha esnek biçimlerine dayalı hizmet ve sektörlerde esnekliğe giderek artan bir eğilim bulunmakta ve devletin bu noktada post-fordist emek biçimlerini devlet sektörüne özellikle kamu-özel ortaklıkları yoluyla getirmeye çalıştığı söylenebilir (Jessop, 2009, s. 208). Esnek birikim rejiminin refah devleti modeli olan Schumpeterci Çalışma Devletinde, rekabete dayalı ekonomi politikaları, esnekliğe dayalı bir çalışma ve istihdam yapısı, ulussuzlaşma ve yönetişime dayalı bir yönetim anlayışı söz konusudur. Yeni birikim stratejileri bağlamında toplumsal yeniden üretim ve toplumsal bütünleşmeye ilişkin kurumların düzenlenmesinde ana ağırlık noktasını yönetim oluşturmaktadır.

1.2.3.2.1. Kamu sektöründe yönetim uygulamaları ve GATS (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması)

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra kurulan ve Bretton Woods¹⁶ kuruluşları olarak tanınan DB ve IMF gibi kuruluşların Soğuk Savaş'ın sona ermesiyle birlikte, üçüncü dünya ülkeleri üzerindeki etkisi artmaya başlamıştır. Eski sosyalist ülkelerin kapitalist sürece eklemlenme sürecinde bu kuruluşlar öncü bir rol oynamışlardır. ABD ve diğer küresel aktörlerin denetiminde olan bu kurumlar, kredi ve borç mekanizmalarıyla, bağımlı ülkelerde devletin yeniden yapılanma sürecinde belirleyici olmuşlardır (Bayramoğlu, 2005, s. 36). Küresel tekelci düzenleme biçimlerinin önemli aktörlerinden biri DTÖ (Dünya Ticaret Örgütü)'dür. 1944 Yılında Bretton Woods Anlaşmasının ardından kurulan örgüt, 1948 yılında yürürlüğe giren Tarifeler ve Ticaret Genel Anlaşması (GATT), dünyada ticaretin liberalizasyonunu ve serbest piyasa anlayışının yerleşmesini öngörmektedir. Anlaşmanın imzalanmasından¹⁷ sonra turlarla genişleyen GATT süreci 1994 yılında Uruguay Turu¹⁸ ile önemli bir aşamaya geçmiş ve GATT sekreteryası DTÖ'ye dönüşmüştür. Bu süreçle birlikte hizmet ticareti (GATS) liberalizasyonu, fikri mülkiyet haklarını koruma (TRIPS) ve ticaret haklarını düzenlemeyi (TRIMS) içeren üç yeni anlaşma ortaya çıkmıştır (Aslan, 2005: 119). GATS (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması), DB ve IMF gibi küresel güçlerin başında olduğu ve gelişmekte olan ülkelerdeki ekonomik sistemlerin yeni liberal politikalara uyumlu hale getirilmesini amaçlayan çok taraflı sözleşmelerden biridir. Bu anlaşma uluslararası hizmet ticaretine yönelik kavram, kural ve ilkeleri belirlemesi noktasında ilk çok taraflı anlaşma özelliğindedir. Türkiye'nin de kurucu üye olarak imza attığı bu anlaşma, 25 Şubat 1995 tarihinde TBMM'de onaylanmış ve 26 Mart 1995 tarihinde DTÖ üyeliğiyle birlikte yürürlüğe girmiştir (Müftüoğlu, 2004).

¹⁶ Neo-liberal düzenin temelleri, 1944 yılında ABD'nin Bretton Woods kasabasında toplanan konferansla atılmıştır. Oluşacak yeni sistemde serbest ticaretin özendirildiği, uluslararası ticaretin desteklendiği, uluslararası sermaye hareketlerinin istikrarsızlığını önleme noktasında denetim altında tutulması amaçlanmış ve merkezinde Amerikan dolarının olduğu sabit bir kur düzeni kurulmuştur. Yeni düzende oluşturulan Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası'nın, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra dünya ekonomisinin ve Batı ittifakına dâhil olan ülkelerin toparlanması noktasında önemli ve belirleyici işlevleri olmuştur (Pamuk, 2015, s.224).

¹⁷ GATS, anlaşmasının imzalanmasından sonra DTÖ (Dünya Ticaret Örgütü) başkanı Renato Roggerio "Korkarım şu anda ne hükümetler neyin altına imza attıklarının, ne de şirketler neler kazandığının farkında değiller" şeklinde bir açıklamada bulunarak ilerleyen süreçte ortaya çıkacak olan gelişmeler hakkında ipucu vermiştir (Güzelsarı, 2003, s. 120).

¹⁸ 1947 yılında GATT'ın imzalanmasından sonra serbest ticaretin gelişmesi ve neo-liberal ilkelerin yerleştirilmesi noktasında yapılan çok taraflı ticaret görüşmelerine, ticaret turları veya raund adı verilmiştir.

Yılmaz (2003, s. 2) antlaşmanın ilk imzalandığı yıllarda gerek Türkiye’de gerekse de diğer gelişmekte olan ülkelerde hiçbir muhalefetle karşılaşılmadığını ve bu tepkisizliğin anlaşma dilinin teknik özelliğinden ve son derece demokratik görünen hükümlerinden¹⁹ (örneğin 1994 yılındaki metinde kamu hizmetlerinin özelleştirileceğinden bahsedilmemekte yalnızca hizmetlerin ticarileştirileceği yönünde bir ifade vardır) kaynaklandığını belirtmektedir. Süreç ilerleyip uygulama aşamasında piyasayı önceleyen ve özelleştirme uygulamalarını teşvik eden bakış açısının tamamen ortaya çıkmasıyla birlikte, GATS’ın gerçek amacı da ortaya çıkmıştır. GATS’da ticarileştirme süreçleri olarak ifade edilen ilkeler temelde, bir kamusal hizmetin kamu tarafından sunulması durumunda dahi bu hizmetlerin üretimi-sunumu noktasında piyasa temelli ve müşteri odaklı bir bakış açısını önelemektedir. Yani hizmetler kamu tarafından sunulsa bile kullanıcılara (müşterilere) piyasa bedeli üzerinden sunulacak ve piyasada aynı hizmetleri sunan şirketlerin istihdam biçimleri (esnek, güvencesiz, sözleşmeliliğe dayalı ve performansa dayalı ücretlendirme ve istihdamı öngören) kamu kurumlarında da yaygınlık kazanmaya başlayacaktır.

GATS’ın kamunun hizmet alanı dışında kalan hizmet alanlarında uygulanabileceği yönündeki hükmünde de, ticarileştirilmesine izin verilmeyecek kamu hizmetleri “ticari

¹⁹ Yılmaz (2003) metnin demokratik görünen hükümleri arasına serpiştirilen ‘Stand Still’ ilkesinin; anlaşmaya taraf olan devletlerin verdikleri taahhütlerden ilerleyen dönemlerde geri dönme ve vazgeçme haklarının olmaması anlamına geldiğini belirtmektedir. Bir diğer ilke olan ‘Built In’ ise özellikle stand still ilkesiyle birlikte ele alındığında antlaşmanın belirli dönemler halinde yeniden yapılandırılması ve bütün kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesine kadar turların ve görüşmelerin devam ettirilmesi anlamına gelmektedir. 1994 yılında eğitim, sağlık ve diğer temel kamu hizmetlerini piyasalaştırmayı taahhüt eden ülkeler bu ilkedan dolayı taahhütlerinden vazgeçme haklarını kaybetmiş, belli kamu hizmetlerini ise o dönemlere kadar korumuş olan ülkelerin bu hizmetleri ilerleyen dönemlerde ellerinde bulundurmalarının da önüne geçilmiştir. Süreç içerisinde değişikliğe uğrayan bir diğer nokta da 1994 yılında sınıflandırma (classification) yaklaşımı olarak geçen her bir ana sektör ve onunla bağlantılı alt sektörlerin belirlendiği anlayışa daha sonraki yıllarda yapılan toplantılarda salkımlandırma anlayışı (clustering approach) eklenerek ticarileştirme faaliyetlerinin etki alanının genişletilmesi amaçlanmıştır. Salkımlandırma anlayışını turizm sektörü üzerinden örneklediren Yılmaz, “Turist bir ülkeye nasıl gider sorusu sorulmakta ve vize işlemlerinden uluslararası hava, kara, deniz ve tren yolu ulaşımına kadar piyasalaştırılması öngörülmektedir. Ardından turistin ziyaret ettiği ülkede tükettiği gıda, su, belediye hizmetleri, enerji, ulaşım, telekomünikasyon, sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere bir insan için ihtiyaç olarak tanımlanabilecek tüm -kamusal- alanların piyasalaştırılması talep edilmektedir. Böylelikle, yalnızca turizm sektörünü bile GATS’a dâhil etmiş bir ülke otomatik olarak tüm diğer hizmet alanlarını da açmak zorunda” bırakılarak tüm kamusal hizmetlerin ticarileşmesine yol açmaktadır. Güzelsarı (2003, s.123) ise GATS’ın önemli ilkelerinden olan ‘milli muamele ilkesi’ ve ‘en çok kayırılan ülke ilkesine’ vurgu yaparak antlaşmanın arkasında yatan ticarileştirme amacını açığa çıkarır. Buna göre milli muamele ilkesi, bir ülkeye giren sermayenin o ülkenin kendi sermaye gruplarına tanıdığı tüm avantajlara sahip olmasını zorunlu kılmaktadır. En çok kayırılan ülke ilkesi ise bir ülkenin ekonomik, siyasi ve kültürel ortaklıkları nedeniyle kendisine yakın gördüğü ya da karşılıklı işbirliği içerisinde olduğu bir ülkeye (DTÖ üyesi olsun veya olmasın) tanıdığı ticari ayrıcalık ve önceliklerin tümünü GATS üyesi ülkelere de sağlamak zorunda olmasıdır.

amaç dışında bir ya da daha fazla hizmet sunucusuyla rekabet etmeksizin sunulan hizmet” olarak tanımlanmıştır. Bu noktanın dikkatini çeken Kara (2004, s. 135) bu şekilde kamu hizmetlerinin adliye, asayiş ve milli savunma hizmetleriyle sınırlandırıldığını, eğitim ve sağlık gibi devletin özel sektörle karma bir biçimde yerine getirdiği faaliyet alanlarında, küresel sermaye lehine toplum yararı ilkesinden vazgeçildiğini belirtmektedir. Bu anlamda GATS’ın pratik olarak, az gelişmiş ülkelerde küresel sermayeye geniş bir hareket alanı açtığını, kamu hizmeti olarak sürdürülen birçok faaliyetin bundan böyle alım-satım ilişkisinin hâkim olduğu bir yapıya dönüşeceğini belirten Kara, GATS’ın az gelişmişliğin devamı ve sosyal devletin çözülmesi noktasında işlevsel bir hukuki anlaşma olarak nitelenebileceğini belirtmektedir. Türkiye, GATS’ın sınıflandırma (Müftüoğlu, 2004) listesinde yer alan hizmet faaliyetlerinin önemli bir kısmını anlaşma kapsamına alacağını ve bu alanları piyasaya açacağını taahhüt etmiştir. Türkiye’nin GATS kapsamında piyasaya açmayı taahhüt ettiği kamu hizmet alanları şunlardır:

- Mesleki Hizmetler (uzmanlık gerektiren hizmetler, bilgisayar ve ilgili hizmetler ve diğer mesleki hizmetler)
- Haberleşme Hizmetleri (Posta hizmetleri, kurye hizmetleri, telekomünikasyon hizmetleri)
- Müteahhitlik ve İlgili Mühendislik Mimarlık Hizmetleri
- Eğitim Hizmetleri (İlk-orta ve diğer öğretim hizmetleri, yükseköğretim hizmetleri)
- Çevre Hizmetleri (kanalizasyon hizmetleri, çöplerin toplanması ve sağlık-çevre hizmetleri)
- Mali Hizmetler (sigortacılık ve ilgili hizmetler, bankacılık ve diğer mali işlemler)
- Sağlık ve İlgili Sosyal Hizmetler (Hastane hizmetleri)
- Turizm ve Seyahat İle İlgili Hizmetler (Oteller ve lokantalar, seyahat acentaları ve tur operatörü hizmetleri)
- Ulaştırma Hizmetleri (deniz-hava-tren-kara taşımacılık hizmetleri)

1.2.3.2.1. 1.Yönetişim

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra kapitalizmin altın yılları olarak bilinen ve 1970’lerin ortalarındaki petrol kriziyle sonlanan bu dönemle birlikte refah devletinin yaşadığı bunalım ve kriz çeşitli şekillerde tanımlanmaya çalışılmıştır. Devletin krizi

(Poulantzas), meşruiyet krizi (Habermas), kültür krizi (Bell), demokrasi krizi (Huntington), yönetilebilirlik krizi (Foucault) gibi kavramsallaştırma denemeleri temelde gelişmiş kapitalist toplumlarda var olan siyasi ve ekonomik krizin çözümü noktasında devletin kapitalist sınıf ile halkın genel istekleri arasında uyumsuzluğu çöz(eme)me noktasında yaşadığı zorluklardan kaynaklanmaktadır (Bayramoğlu, 2005, s.109). Neo-liberal teorisinin öncülerinden Friedrich von Hayek'in, Esarete Giden Yol (The Road to Serfdom) kitabında savunduğu devletin piyasalardan elini çekmesi fikri, 20. yüzyılın son çeyreğinde iktidara gelen sağ partilerin ana dayanaklarından biri olmuştur. Hayek çalışmasının adını, liberal filozof Tocqueville'in Amerika'da Demokrasi isimli çalışmasında öne sürdüğü, modern refah devletlerinin uzun dönemde yeni köleler yaratacağı öngörüsünden ilham alarak Kölelik Yolu olarak belirlemiştir. Hayek, dönemin liberal düşüncesinin önünde engel olarak gördüğü faşist - komünist fikir ve yönetimlerin, totaliter toplumlara yol açmaları yönleriyle birbirlerine çok benzediklerini öne sürmüştür. Daha iyi bir dünya inşa etme sürecinde, kaçınılmaz eğilimlere inanarak yeni düzen kurma iddiasıyla ortaya çıkan hareketlerin, (temelde Hitler'i taklit eden ve onların farklı bir tezahürü olarak ortaya çıkan totaliter yönetimlerin) yerinin olmadığını belirten Hayek, bireyin özgürlüğünü temel alarak ortaya çıkacak ilerici programların, süreçte esas aktör olacaklarını belirtmiştir. Hayek çalışmasında; devlet müdahalesi, iktisadi düzenleme, mali kontrol, refah devletleri, sosyal koruma ve sendikaları köleliğe giden yolun kilometre taşları olarak tanımlamış ve bu hakların tanınmasının özgürlük ve demokrasinin sonunu getireceğini belirtmiş ve devletin acil olarak bu fazlalıklarından kurtulmasını önermiştir (Munck, 2003a, s. 207; Hayek, 2004, s. 292; Işıklı, 2011, s. 49). 1980'li yılların başında Anglosakson ülkelerdeki uygulamaları görülen yeni sağcı düşünce, Sovyetler Birliği'nin yıkılması akabinde dünya çapında yeni bir düzen kurma yoluna gitmiştir. Bu dönemlerden itibaren tasfiyeci uygulamalar yeniden inşacılığa, dışlayıcı uygulamalar ise içerici politika ve uygulamalara yerini bırakmıştır. Küresel devletlerin ve organizasyonların liderliğinde yürütülen bu süreçte demokratikleşme, piyasaya dost yaklaşım, küçük devlet, piyasa dostu devlet gibi kavramsallaştırmalarla nitelenebilecek yönetim süreci post-fordist birikim rejiminin iktidar biçimi olarak da tanımlanabilir (Bayramoğlu, 2005, s. 27; Acı, 2005, s. 207).

Güler (2003, s.99) devletin yöneti(şi)minde yaşanan değişimi niteleyen kavramsallaştırmaların yirmi yıl içerisinde üçüncü "paradigma" değişimi dalgası ile karşı

karşıya olduğunu belirtmektedir. Buna göre 80'lerin başlarında “public administration” (kamu yönetimi) yerine “public management”, (kamu işletimi) 1980'lerde ise bunun yerine “new public management” (yeni kamu işletimi) ve 90'ların sonu itibariyle bunun da yerine “public governance” (kamu yönetişimi) kavramlarının egemen olduğunu belirtmektedir. Güzelsarı'ya (2004, s. 4) göre kamu yönetiminden kamu işletmeciliğine dönüşen paradigma değişimi hem işlevsel hem de kuramsal açıdan önemli değişimler ortaya çıkarmıştır. Temelde bu değişim süreci, devletin yerinin ve rolünün sorgulandığı, yeniden tanımlandığı bir sürece işaret etmektedir. Küresel kapitalist koşullarda geleneksel kamu yönetimine eklenmeye ya da onun yerine geçirilmeye çalışılan yeni kamu işletmeciliği anlayışı; ülkelerin kamu sektörlerini yapısal, örgütsel, personel sistemleri ile dönüştürerek küresel rekabete uygun hale getirmeyi amaçlamaktadır.

Yönetişim kavramının anlam ve içeriği ilk olarak 1992 yılında Dünya Bankası'nın Governance and Development (1992) raporunda ortaya konulmuştur. Yönetişim bu raporda 4 temel ilke çerçevesinde tanımlanmıştır:

- *Hesap verebilirlik*: DB tarafından hesap verebilirlik, kamu kurumlarının ve çalışanlarının yaptıkları eylemlerden dolayı vatandaşa karşı sorumlu olması olarak tanımlanmaktadır. Aslan (2005, s. 148), her ne kadar hesap verebilirlik resmi otoriteler tarafından demokratik ve eşitlikçi bir şekilde tanımlansa da; temelde idarenin hesap verebilirliğinin küresel örgütler ve sermayeye karşı bir görev olduğunu belirtmektedir. Bu süreçle birlikte, devletin ve bürokrasinin (temsili demokrasinin) meclis, bütçe ve hiyerarşik denetimini içeren hesap verme mekanizmalarının ortadan kaldırıldığı bir süreç ortaya çıkmıştır.
- *Büyümenin Yasal Çerçevesi*: Hukuk kurallarının ve düzenlemelerinin özel sektör için açık, öngörülebilir ve istikrarlı bir biçimde uygulandığı bir hukuk sistemini ön görmektedir.
- *Bilgilendirme*: Dünya Bankası (1992, s.39) rekabetçi bir anlayışa sahip ekonomilerde piyasadaki aktörlerin doğru, zamanında ve güvenilir bilgi sahibi olmalarının, piyasanın düzgün ve verimli işleminin önemli bileşenlerinden biri olduğunu belirtmektedir.

- *Şeffaflık*: Devletin politika oluşturma süreçlerinde hesap verebilir, yolsuzluğu azaltıcı ve özel ile kamu sektörü arasındaki etkileşim süreçlerini açık ve canlı tutucu bir rolde olması anlamına gelmektedir. Güzelsarı, GATS hüküm ve ilkelerinin etkin bir şekilde uygulanması noktasında uluslararası sermaye gruplarının üye devletlerden şeffaflık ilkesi çerçevesinde ulusal mevzuatlarındaki değişimleri, çıkarılan yasaları ve uygulamaya dönük aldığı tüm kararları kendisine bildirmeyi talep etme hakkı olduğunu belirtmektedir (Güzelsarı, 2003, s. 124). Bauman ise, sermaye hareketlerinin ulus ötesi bir boyuta vardığı günümüz toplumlarının anahtar kavramlarından olan şeffaflığın esasında sermaye sahiplerinin ve piyasa aktörlerinin hiçbir şeyin dışında tutulmadığı ve hiçbir giz barındırmadığı bir dünya anlamına geldiğini belirtmektedir. Aynı şekilde esneklik ise “tahmini ekonomik sonuçlarla –yani, hisse sahiplerinin gelecek yıl elde edecekleri kârla- ilgili kaygılar dışında hiçbir şeyin piyasa işlemcilerinin karar özgürlüğünü sınırlandırmayacak” şekilde oluşturulmasının alt yapısını sağlayan süreçlere işaret etmektedir (Bauman, 2014, s. 35).

Devletin müdahaleci kimlikten, düzenleyici bir pozisyona geçtiği yönetim modelinde sermaye iki yönden güçlenmiştir. Sermaye bu dönemde ilk olarak devletin dahli olmaksızın toplumsal yaşama doğrudan egemen olmakta diğer yandan piyasaları düzenleme maksatlı oluşturulan kamusal mekanizma ve yapılarda yönetim modeliyle birlikte sermayeye direkt olarak kamusal gücü kullanma yetkisini elde etmektedir (Aslan, 2005, s. 150). Bu noktada Brown’un (2002), yönetimi finans kapitalin ulusal norm ve yasalardan bağımsızlaşmasını ve büyük sermaye gruplarının faaliyetlerini dünyanın çeşitli bölgelerinde rahatça yerine getirebilmesinin önünü açan ve temelde gelişmekte olan ülkelerde başta eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi alanlarda kamu harcamalarının “istikrara” kavuşturulması süreci şeklindeki tanımı, yönetim sürecinin temel işleyiş mantığını göstermektedir. Türkiye’de 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı’yla birlikte (2000, s. 29), ortaya çıkan yeni düzenin en önemli argümanlarından biri olan ‘minimal devlet’ anlayışının, refah devleti uygulamalarında radikal anlamda değişiklikler ortaya çıkaracağının işaretleri verilmeye başlanmıştır. Raporda, devletin küçültülmesiyle birlikte hem dünya zenginliklerinden daha iyi yararlanılacağı hem de baskıcı-otoriter ve kapalı bürokratik çağının geride kalacağı öne sürülmüştür. Devlet eliyle kullanılan kamu gücünün topluma devredilmesiyle birlikte yönetme–yönetilme ilişkisinin tarihe

karışacağı ve yönetim ilkesiyle birlikte karar verme ve uygulama süreçlerinde temel aktörün, sistemin kurucu unsuru olan sivil toplum kuruluşları olacağı belirtilmektedir. Bu dönemde devlete biçilen roller, piyasa mekanizmalarının önünü açacak ve rekabeti güvence altına alacak düzenlemeleri hayata geçirmek, piyasanın gerek duyduğu yatırımları gerçekleştirebilecek bir ortamı oluşturmak ve kamu huzur ve güvenini sağlamak şeklinde olmuştur.

2. KAMU PERSONEL YÖNETİMİNİN GELİŞİM SÜRECİ

2.1. Kamu ve Kamusal Alan

Antik Çağ Roma uygarlığında kamu (publicus) sıfatı, yurttaşları veya tebaayı (res publica) nitelemek için kullanılmaktaydı. Romalılar bunun yanında, kamu ile özel alan arasında bir ayrıma giderek sokak, meydan ve tiyatro gibi kamusal alanları da kamu olarak adlandırmışlardır. Publicum kelimesi; devletin gelirlerini, topraklarını ve mülklerini ifade etme noktasında siyasal bir alana işaret etmekteydi (Falay, 2014, s. 52). Bauman; kamusal alanla özel alan arasındaki ayrımın kökenlerinin antik döneme kadar uzandığını belirterek, Yunanca'daki oikos'un hane, polis'in bütün üyelerini etkileyen meselelerin ele alındığı ve çözüldüğü ecclesia, siyaset alanının birbirinden ayrıldığını belirtmektedir. Buna göre oikos ile ecclesia arasında bulunan agora, özel ve kamusal alan arasında sürekli ve pürüzsüz bir iletişim sağlama işlevini yüklenmiştir. Yunan toplumunda özel ve kamusal alan; diyalog, işbirliği ve uzlaşma alanı olduğu kadar, gerilim ve çekişmelerin de yaşandığı bir alan niteliği göstermektedir (Bauman, 2014, s. 97). Habermas ise, Kamusalın Yapısal Dönüşümü adlı eserinde kamu kavramının etimolojik kökeninin Almanca 'da 18. Yüzyılda publicité ve publicity kelimelerinden benzerlik kurularak türetildiğini belirtmektedir. Kamu kavramı o dönemde mal mübadelesi ve toplumsal emeğin alanı olarak kendi yasalarına göre kurumsallaşan burjuva toplumuna ait bir nitelik göstermektedir. Bauman gibi özel ve kamusal alan ayrımında Yunan şehir devletlerindeki yapıya başvuran Habermas, kamusal hayatın (bios politikos) pazar meydanında (agora) ortaya çıktığını belirtmiştir. Kamu, mahkeme ve meclis görüşmeleri gibi müzakere biçimlerinde (lexis) ortaya çıkacağı gibi, savaş veya savaş oyunları gibi ortak eylem (praxis) biçimleri şeklinde de ortaya çıkabilmektedir. Özel alan ise anlam itibarıyla, eve bağlı olma anlamına gelmekte ve polise dâhil olma noktasında bireyin dolaşım halinde bir servete veya emek gücüne sahip olmasını gerektirmektedir. Kamusal alan her şeyin açığa çıktığı, görünür hale geldiği, meselelerin vatandaşlar (özgür yurttaşlar) arasında müzakere edilip eşitler arasındaki en iyinin ortaya çıktığı bir alan niteliği göstermektedir. Bu noktadan hareket eden Habermas, 18. yüzyılda egemen olan liberal dönemde, burjuva kamusal alanının (artan yazılı ve görsel basın araçlarına bağlı olarak) güçlendiği; eleştirel, toplumun farklı kesimlerini bir araya getiren, otoritenin eleştirildiği ve bireyin kendisini savunduğu bir yapının olduğunu belirtmektedir. Bu yapı, 19. yüzyıldan itibaren yapısal bir dönüşüme uğramış; devletin

(sistem dünyası) özel alanı (yaşam dünyası) baskı altına aldığı, kendi işlevlerini piyasaya devrettiği, kamusal alanın eleştireliliğini yitirdiği ve belirli grupların hâkimiyeti altına girdiğini belirtmektedir (Habermas, 1997, s. 59-60).

Kamusal alanın çağlar boyunca aldığı biçimleri üretim ilişkileriyle ilişkilendiren Çakır (2014, s. 27-29) ise, antik toplumdan feodal topluma, kapitalist üretim biçiminin ortaya çıktığı ilk dönemlerden günümüz neo-liberal dönemlerine kadar, kamusal alanın egemenlerin hâkimiyetinde ve onlar tarafından şekillendirilen bir yapısı olduğunu belirtmektedir. Kamusal alanın yaşanan dünyaya ilişkin sorgulamaların yapıldığı, sorunların çözümünde çeşitli yolların arandığı kolektif ve birbirini anlamaya dönük yapısının, kapitalizmin ortaya çıkışı ve egemen hale gelmesiyle birlikte, alttakileri ve mülksüzleri kendi dışına atarak çözülmeye başladığı ve ortadan kalktığı bir dönem söz konusudur. Özellikle neo- liberal dönemde içi boşaltılıp işlevsizleştirilen kamusal alan kavramı, yönetişimcilik ve katılımcılık söylemlerince ele geçirilmiş ve sermaye birikimini esas alan kişi ve yapılarca doldurulmuştur. Bu dönemlerden itibaren devlet kamusal yararı yaratıcısı ve kurucusu misyonunu yitirmeye başlamış, kamusal hizmetlerin kamusal araçlarla verilmediği bir yapı ortaya çıkmıştır.

2.2. Kamu Hizmeti

Toplumların siyasal ve ekonomik olarak örgütlendiği ilk uygarlıklardan, günümüz toplumlarına kadar tüm dönemlerde, devlet ve buna bağlı olarak kamu hizmetleri çeşitli şekil ve işlevlerle var olmuştur. Devlet fikrinin ortaya çıktığı ilk dönemlerden itibaren devlet hizmetinde çalışacak kamu görevlilerinin ahlaki, mesleki ve bilimsel değerleri ön planda tutularak, buna dayalı olarak en iyilerin bu pozisyonlara yerleştirilmesi amaçlanmıştır. Bürokrasi ilk olarak Mısır İmparatorluğu'nda ortaya çıkmış, Eski Çin'de M.Ö. 200 yıllarında imparatorun hizmetine girecek kişilerin akıllı, dürüst, adil, bilgili ve fikri anlamda kendini iyi yetiştirmiş olması gibi nitelikler aranmaktaydı (Adal, 1968, s. 16). Bu temel ilkelere karşın liberal dönemden önceki zamanlara kadar genel olarak kamu hizmetlerini yerine getiren çalışanların patronaj ilişkilerine göre göreve gelmeleri durumu yaygın bir uygulama biçimi olmuştur. Bu hizmetleri yerine getiren çalışanlar; padişah, kral, derebeyi veya tımar sahibinin keyfi uygulama ve kararlarına bağlı olduğu için, bulundukları pozisyonu her an kaybedilme riskiyle karşı karşıya kalmışlardır.

Kamu (âmme) kavramı anlamca hem “ahali, halk, topluluk, toplum, herkese ait” anlamlarına hem de devlete ait anlamına gelmektedir. Bu nedenle kamu ve ondan türetilen kamusal kavramları hem tüm topluma hem de devlete ilişkin durumları nitilemekte ve ‘kamusal hizmet’ kavramıyla yakın bir ilişki içinde bulunmaktadır. Kamu hizmeti; toplumsal yaşamın devamlılığı noktasında gerekli olan toplumsal ihtiyaçların karşılanması faaliyetinin devlet tarafından (üretim ilişkilerinin yerleşik kurallarının kısmen dışında) yerine getirilmesi süreci olarak tanımlanabilir. (Kağnıcıoğlu, 1999, s. 6; Karahanoğulları, 2002, s. 343). Kamu hizmeti; organik açıdan, belirli bir görevi yürütmek maksadıyla kamu tüzelkişisi tarafından tahsis edilmiş olan vasıtaların bütünü, maddi açıdan ise “tatmininde kamu yararı olan toplumsal bir gereksinmeyi karşılayan faaliyet” olarak da tanımlanabilir (Günday, 2002, s. 282). Kamu hizmetleri temelde herkesi ilgilendiren ve yerine getirilmesi zorunlu ve acil işler olarak tanımlamakta ve kamu hizmeti kapsamında yapılan işler kâr amacından ziyade kamu yararı ve kamu hizmeti düşüncesi gözetilerek yapılmalıdır (Tutum, 1976, s. 9).

2.2.1.Kamu hizmetlerinin temel ilkeleri

Kamu hizmetlerinin ortak hukuku olarak da nitelenebilecek ilkeler, kamu hizmetleri için geçerli olan asgari koşullar olarak tanımlanabilir. Kamusal hizmetlerle sıkı bir ilişki içinde bulunan bu ilkeler, temelde 4 başlık altında ele alınabilir (Akgüner, 1988, s. 6; Karahanoğulları, 2002; Günday, 2002, s. 288):

2.2.1.1. Süreklilik ilkesi: Yerine getirilmesi noktasında toplumsal faydayı esas alan kamu hizmetlerinin, sürekli ve düzenli bir biçimde işlemesi gerekliliğidir. Bu ilke karşıladığı toplumsal ihtiyacın sürekliliğine vurgu yapmaktadır. Devletin en temel işlevlerinden biri olan üretim ilişkilerinin varlığını koruma işlevi, sürekliliği esas almaktadır. Tarihsel gelişim süreci içerisinde farklı biçimlerde ortaya çıkan bu hizmetlerin sürekliliği bir nevi siyasi iktidarın varlık koşulu olarak düşünülebilir.

2.2.1.2. Eşitlik (yansızlık ve laiklik) ilkesi: Eşitlik ilkesi, kamu hizmetlerinin yerine getirilmesi noktasında idarenin objektif olması durumudur. Eşitlik ilkesi; bireylerin kamu hizmetlerinden yararlanması veya kamu hizmetlerine girmesi noktasında tüm bireylere eşit ve objektif şartların sağlanmasını ve ayırım yapılmamasını gerektirmektedir. Kamu hizmetini yürüten çalışanlar ise, görevlerini yerine getirirken, hiyerarşi kuralları içerisinde hareket ederek, kamu hizmetini tarafsızlık ilkesine dayalı olarak vatandaşlara

sunmakla yükümlüdürler. Bunun yanında, kamu hizmetlerinin örgütlenmesi ve işleyişi süreçlerinde; dinin kurucu, belirleyici ve eşitsizlik yaratma durumlarından kaçınılmakta ve bu alanda da tarafsızlık ilkesi işletilmeye çalışılmaktadır.

2.2.1.3. Uyum (değişkenlik) ilkesi: Kamu hizmetlerinin uyum ilkesi, tarihselliğe gönderme yapan bir nitelik arz etmekte, kamusal mal ve hizmetlerin sınırlı bir zaman ve alandan ziyade tarihsel olarak değişip uyarlanma sürecine tabii olduğunu göstermektedir. Bir faaliyetin kamu hizmeti haline gelmesi o alandaki kamusal ihtiyacın en iyi ve en uygun biçimde karşılanmasını hedeflediğinden, kamu hizmetleri değişen ve gelişen koşullara kendini uyarlamak zorundadır.

2.2.1.4. Meccanilik (karşılıksızlık, parasızlık) ilkesi: Meccani, Arapça bir sözcük olup karşılıksızlık anlamına gelmektedir. Kelimenin çağrıştırdığı şeyin aksine kamu hizmetlerinin karşılıksız (bedelsiz) olarak sunulması mümkün değildir. Kamu hizmetlerinin maliyetleri temelde, bireylerin toplumdaki üretici faaliyetleri sonunda kazandıkları üzerinden siyasal iktidarlara ödedikleri, vergi ve benzeri kaynaklar üzerinden karşılanmaktadır. Devletlerin; sınırlı kamu hizmetlerini yürüttüğü dönemlerde bu hizmetlerden yararlanan kesimlerden herhangi bir karşılık alınmamaktaydı. İdarenin daha sonraki dönemlerde üstlendiği kamu hizmetlerinin artmasına paralel, artan hizmet talebine karşılık, parasız yürütülen hizmetlerin yükünün o hizmetten yararlanmayanlara yüklenmesini önlemek amacıyla, belirli hizmetlerden yararlananların ödeme güçleri dikkate alınarak bir katkı payı alınmaya başlamıştır. İlke olarak bazı kamu hizmetlerinden alınan katkı payları, idare açısından bir kazanç kalemi olmadığı gibi alınan bu katkı payları, verilen hizmetlerin maliyeti olarak da düşünülmemelidir.

Günümüzde neo-liberal dönüşüm sürecine paralel kamu hizmetlerinin bedelli olması durumundan, ücretli olmasına doğru bir dönüşüm gerçekleşmektedir. Burada söz konusu olan; kamu hizmetinin bedelinin tahsil edilmesinde ziyade, kamu hizmetinin satılabilir olma durumunun ortaya çıktığı ve bu kalemin bir gelir kaynağı olarak kurgulandığı bir bakış açısının ortaya çıkması durumudur. Kamu hizmeti kullanıcılarından kamu hizmetlerinin müşterilerine dönüşen bireyler temelde ticari alışveriş ilişkisinin taraflarından biri haline gelmektedirler. Kamusal hizmet sunumunun alım-satım ilişkisi içinde kurgulandığı bu yapıda kamusal faaliyetlere alabildiğince ticari ilkeler yerleştirilerek, kamusal hizmetlerin özgünlüğü yok edilmekte ve sonuç olarak bu alanların piyasaya devredilmesinin önü açılmaktadır (Karahanoğulları, 2002, s. 241).

2.3. Kamu Personel Rejimleri

Fransız Düzenleme Okulu'nun kapitalizmin tarihsel gelişimine dair ortaya koyduğu birikim rejimi ve düzenleme biçimleri ayrımına paralel bürokrasi ve kamu personel rejimlerinin de üç ana dönem halinde incelenebileceği söylenebilir (Aslan, 2005: 24).

2.3.1. Liberal kamu personel rejimi:

Memur, kamu hizmetinin insan unsuru olarak, devlet mekanizmasının morfolojik bir ögesi olarak nitelenebilir. Devletin morfolojik bir unsuru olması yanında, memur aynı zamanda kamu veya özel sektör ayrımı yapılmaksızın kapitalist üretim içerisinde en üst kademede yer alan az bir yönetici sınıf dışında, emekçi sınıfın da asli bir bileşenidir. Buna göre feodal üretim biçiminde siyasal ve ekonomik alanın birlikteliği sonucu siyasal güçle toplumsal artığa el koyan feodal beyin; memurun hizmete alınmasından, yükselmesine, hizmetten ayrılmasına kadar tüm aşamalarında belirleyici olduğu ve beye güven ve sadakat ilkesinin geçerli olduğu bir memurluk düzeni vardır. Feodal üretim biçiminden kapitalist üretim biçimine geçiş sürecinde ortaya çıkan mutlakiyetçi devlet biçiminde de memurluk, feodal dönemdekine benzer özellikler göstermiştir. Mutlakçı aşamada Fransa'da ortaya çıkan makam satışı, Prusya'daki hizmet soyluluğu düzeni ve memurların üretilen artık değerden pay almaları yanında kapitalist düzende görülecek olan maaşa sahip olmaları bu dönemin bir geçiş dönemi olduğunu göstermektedir. (Aslan, 2005, s. 20). Bunun yanında, Prusya'da 18. yüzyılın sonlarında uygulanan personel sistemi modern ilkeler üzerine kurulmuş olmasından dolayı dönemi için ilerici bir nitelik de taşımaktadır. Buna göre liyakate ve kariyer sistemine dayalı bir özellikte olan bu sistemde, herkes kamu hizmetine girme hakkına sahipti (Tortop, 1999, s. 15).

19. yüzyılın büyük bir kısmında ABD'de "kazanan ganimeti toplar" anlayışına dayalı bir idari "ganimet sistemi" (spoils system) hâkimdi. Buna göre bir parti seçimleri kazanıp iktidara geldiği zaman, en tepeden en aşağıya kadar tüm pozisyonlardaki çalışanları kendi partisi veya düşüncesinden kişilerce doldurmaktaydı. ABD'de 1828 yılında yapılan seçimleri kazanan Andrew Jackson iktidara (seçim çalışmalarında dostlarını ödüllendireceğini ve düşmanlarını cezalandıracağını vadederek) geldiğinde ganimet sistemini uygulamaya koymuştur. Jackson'a göre normal zekâlı her insan, kamu görevlerini başarıyla yürütebilirdi. Bu görüşe dayalı olarak ABD'de memurluğa giriş

şartları değiştirilmiş ve bu uygulamadan kamu bürokrasisi büyük zarar görmüştür. Ganimet sistemi 1883 yılında George H. Pendleton tarafından önerilen ve Pendleton Kanunu olarak bilinen liyakat sistemini esas alan düzenlemenin yürürlüğe girmesiyle birlikte uygulamadan tamamen kalkmıştır (Tortop, 1999 ,s. 49; Berman vd., 2006, s. 93; Hughes, 2014, s. 96). Sonuç olarak liberal devletin ortaya çıktığı yaygın birikim rejiminde, üretim süreci feodal üretim biçiminden tamamen farklılaşmış ve bu dönemle birlikte memurluğun satışı ve buna dayalı yağma düzeni tamamen ortadan kalkmış, sınavla işe alınma ilkesi bu dönemden itibaren yerleşik bir uygulama haline gelmiştir. Sınavla memur alımının toplumsal olarak anlamı ise, sermaye birikimi gerekleri doğrultusunda, birikimi sürdürecekt ve destekleyecek rasyonel bir devlet aygıtının kurulması zorunluluğundan kaynaklanmaktadır (Aslan, 2005).

2.3.1.1.Liberal dönemde sendikal hareketler

İlkçağ²⁰ ve Ortaçağ'da köle efendisine (sınırlı hareket alanı içinde) karşı tepkisini kaçma (grev) şeklinde yapmaktaydı. Sendikal örgütlenmenin ortaya çıkmadığı ilk dönemlerde emek sermaye ilişkileri; loncalar içerisinde örgütlenen emek ve sermaye temsilcilerinin uyuşmazlık ve anlaşma gibi konularda işbirliğine dayalı bir çerçevede yürüttükleri bir yapıya sahiptir. Bu yapı; üyelerinin muhtaç duruma düşme ve hastalık durumlarında yardımlarına koşmakta ve böylelikle sosyal ve ekonomik koruma işlevi üstlenmekteydi. Ancak lonca sistemi içerisinde zamanla düzeni kendi lehine çevirmek isteyen sermaye sahipleri dolayısıyla, ücretli sınıflar lonca sistemi dışında kendi örgütlenme faaliyetlerine yönelmiş ve ilk işçi sendikaları ortaya çıkmıştır (Barret, 1970, s. 67).

İngiltere, İsveç, Almanya ve Fransa'da Sanayi Devrimi'yle birlikte her geçen gün ağırlaşan çalışma koşulları, çalışanlar arasında hızlıca yükselen sınıf ve dayanışma bilincine yol açmıştır. İşçilerin sendikal hak arama ve örgütlenme hareketleri, sanayi devriminin akabinde ortaya çıkmış ve belirli evreler halinde gelişerek büyümüştür. Bir sınıf olarak burjuvaziye ilk karşı çıkışlar makine kırıcılığı hareketleriyle başlamış ve

²⁰ İlkçağ 'da ortaya çıkan ilk köle ayaklanması, dünya tarihi açısından da farklı bir yere sahip olan Spartakus ayaklanmasıdır. Trakya kökenli olan Spartakus 78 arkadaşıyla birlikte Capua'dan kaçarak etraflarında 70000 köleyi toplayarak Yunanistan'ı yağmalamışlardır. İki yıl kadar süren bu isyan boyunca Spartakus ve arkadaşları üzerlerine gelen iki konsülü bozguna uğratmışlardır. Ordusundaki Gallilerle Germenler arasındaki uyuşmazlığın çözilememesi sonucunda Spartakus, Crassus'da yaptığı son savaşta öldürülmüştür Pompeus ise ilk örgütlü ve büyük isyan hareketine karşı, 5000 kaçağın başının vurdurarak, 10000 gladyatörü ise çarmıha gererek cevap vermiştir.

süreç içerisinde birçok fabrika ve makine tahrip edilmiştir. 1842 yılında işçiler serbest dernek kurma hakkı kazanınca, birçok iş kolunda yaygınlaşan birlikler (trade unions) sayesinde işverenler karşısında güç kazanmaya başlamışlardır. Sendikacılık, ücretlilik ilişkilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte ortaya çıkmış ve temelde sanayi devrimi ve kapitalizmin ortaya çıktığı İngiltere’de varlık kazanmış ve bu süreçler sendikaların ortaya çıkışını hızlandıran temel süreçler olmuştur (Engels, 1974, s. 329; Talas, 1990, s. 49; Işıklı, 2003, s. 17). 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren ortaya çıkan liberal devletin personel rejimi yüzyılın sonlarına doğru yeni bir olguyla karşılaşmıştır. Daha önceden dernekler ve birlikler şeklinde örgütlenen memurlar, bu dönemle birlikte sendikal örgütlenme yoluna gitmişlerdir. Sendikal örgütler idare tarafından her ne kadar başlarda kabul görmemişse de, İkinci Dünya Savaşı’na doğru kabul görerek süreçte belirleyici bir konuma kavuşmuştur (Aslan, 2005, s. 45). Karl Polanyi, Büyük Dönüşüm adlı eserinde Sanayi Devrimi’nin ortaya çıkardığı radikal değişimleri ve dönüşümleri ele alarak, piyasaların siyasal ve sosyal alandan bağımsızlaşıp özerkleştiği ve kontrol altına alınmadığı bir döneme girildiğini belirtmiştir. Polanyi; çalışmasının ana uğraklardan biri olan “çift yönlü hareket” kavramıyla, toplumda mevcut iki örgütlenme şeklinin olduğunu öne sürmektedir. Aktörlerden ilki serbest ticaret ilkesine göre piyasaları kendi kendine düzenlemeye çalışan iktisadi liberalizm diğer tarafta ise düzenleme, meta olmaktan çıkarma ve piyasayı tekrardan toplumun içine yerleştirmeyi esas alan karşı hareketler bulunmaktadır. Sürece bu şekilde bakan Polanyi, piyasaların karşısında konumlanan aktör ve yapıların hiç de düşünüldüğü kadar zayıf ve çaresiz olmadıklarını ve bu noktada bu alandaki mücadelelerin varlığını ve önemini vurgulamaktadır (Munck, 2003a, s. 210; Polanyi, 2010, s.194).

Liberalizm yurttaşların kanunlar önünde eşitliğini önerirken, diğer yandan da ekonomide serbest piyasa koşullarının hâkim olmasını savunmaktadır. Bu noktada kapitalist gelişmenin önünde engel olarak bulunan eski toplumsal düzendeki kurum ve kuralların ortadan kaldırılarak, ulusal ve uluslararası serbest ticaretin gelişmesi savunulmaktadır. Bunun önemli ayaklarından biri olan işçi-işverenler arasındaki sözleşmelerin özgürce düzenlenmesi ve buna engel olarak görülen sendikal örgütlenmenin ve emeği koruyucu devlet düzenlemelerinin tedrici bir şekilde ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. Fransız devrimi ertesinde Fransa’da 1791 yılında çıkarılan Le Chapelier Yasası ve 1799-1800 yıllarında İngiltere’de çıkarılan Birleşme yasaları ile

işçi sendikaları ve örgütlenmesi yasaklanmıştır. Bu yasaklara rağmen Devrimin yaydığı halk egemenliği ve eşitlik ilkeleri daha sonradan ortaya çıkacak siyasal gelişmeleri ve sendikal hak arama mücadelelerine ön ayak olmuştur. Bu mücadeleler siyasal haklarla birlikte sendikal hak ve özgürlüklerin tanınmasına ve sendikaların çalışma ilişkileri alanında güçlü birer aktörü haline gelmelerine yol açmıştır (Dertli ve Taştan, 2012, s.30).

2.3.2. Fordist kamu personel rejimi (1945-1980):

Fordist bürokrasi ve kamu personel rejimi (Aslan, 2005, s. 79), Weberyen düşünceden temel almakta, bu düşüncenin hukuksal yansıması ve tamamlayıcısı olarak da statü hukukuna dayanmaktadır. Fordist birikim rejiminde sermayenin üretim sürecini Taylorist-Fordist ilkelere göre biçimlendirmesine paralel, Fordist devlette kamu personel rejimini Taylorist-Fordist ilkelere dayalı olarak rasyonelleştirmiş ve memurluk rejimini Weberci düşünce çerçevesinde düzenlemiştir. Kapitalist üretim sürecinde burjuvazi için bürokrasinin temel niteliği, önceden bilenebilir ve kestirilebilir bir işleyişe sahip olarak, burjuvazinin piyasadaki hareketlerini kolaylaştırması ve riskleri azaltmasıdır. Önceden bilinen kurallara göre hareket etmek bürokrasinin kişisellikten sıyrılmasını ve mekanik bir biçimde rasyonel hareket etmesini gerekli kılmıştır. Statü hukuku memurun kamu personel rejiminin bütün aşamalarında kaynağını objektif hukuk kurallarından alan bir yapıya göre çalıştırılmasına dayanmaktadır. Bu rejimde memurun çalıştırılma düzeni anayasadan başlayan tüzel düzenlemeler silsilesi içerisinde objektif kurallar çerçevesinde genel ve bütün memurlar için geçerli olacak şekilde oluşturulmuştur. Bürokrasi kuramının öncülerinden olan Max Weber (1996, s. 293-300; 2012, s. 60) yasal otorite biçiminin en saf hali olarak gördüğü memur ideal tipinin temel özelliklerini şu şekilde belirtmektedir:

- Memuriyet bir meslektir ve bunun koşulları olarak belirlenmiş bir eğitim sürecinden geçerek, işe alınma noktasında genel kurallara bağlı olarak hazırlanmış sınavlardan geçerek atanır ve bir görevi icra ederler.
- Her dairenin yasal olarak açık bir şekilde tanımlanmış bir yetki alanı bulunmakta ve yapı olarak hiyerarşik bir yapılanma söz konusudur.
- Memurlar bu süreçte bireysel olarak özgürdürler ve otoriteye karşı aralarındaki sözleşme ilişkisinden kaynaklanan gayrişahsi bir yükümlülük içerisinde.

- Görevli yâda memurun işi normal şartlar altında ömür boyu süren bir niteliktedir. Bu özellik keyfi işten çıkarma ve kaydırmalara karşı memura bir yasal güvence sunmakta böylece memurun yalnızca yasal güvencelerinin öngördüğü ve belirlediği işleri her türlü kişisel kaygı ve hesaptan uzak nesnel bir şekilde yerine getirmesini sağlamaktadır.
- Resmi görevlilerin aldıkları düzenli parasal karşılık genellikle belirli bir aylık ve emekli aylığının sağladığı yaşlılık güvencesidir. Aylık yapılan işe göre değil, statüye ve hizmet süresine göre oluşmuştur.
- Memur kamu bürokrasi hiyerarşisi içerisinde kendisine bir kariyer oluşturma imkânına sahiptir.
- Memur göreviyle ilgili herhangi bir mülkiyet hakkına sahip değildir ve yaptığı işlerde katı ve sistematik bir disiplin ve denetime tabidir.

Fordist dönemde egemen olan kamu istihdam rejimi, sosyal devlet uygulamalarıyla da paralel bir gelişme içerisinde olmuştur. Sosyal devletin, kamu personel sisteminin temel özellikleri ise genel olarak şu şekilde sıralanabilir (Aydoğanoglu, 2011, s. 22):

- Kamu hizmetinin sürekliliği ve düzeni esas olmak üzere bu alanda istihdam edilenler kamu personeli olarak adlandırılır.
- Bu personel rejiminde kariyer sistemi yaygındır ve görevde yükselme esastır.
- Bu statüde çalışanlar kamu hukukuna tabidirler.
- Kurumsal yapıların hiyerarşik bir örgütlenme şekli vardır.
- Kamu hizmetlerinin yürütülmesi noktasında bu hizmetlerin sürekliliği ve düzenliliği özelliğinden dolayı kamu personelinin daimi istihdamı söz konusudur.
- Bu alandaki iş güvencesi, mevcut hukuk kurallarıyla güvence altına alınmıştır.
- Kamuda çalışan personel liyakat ve kıdemine göre ücret almaktadır.

2.3.2.1.Fordist dönemde sendikal hareketler

Batıda sendikal hareketlerin ortaya çıkması ve gelişmesi akabinde, ücretlerin bireysel sözleşmeler yerine, toplu sözleşme süreçleriyle belirlenmesi esas alınmaya başlanmıştır. 20. yüzyılın ilk çeyreğinden itibaren yasal bir nitelik kazanan toplu sözleşme süreci esas itibarıyla yaygınlık ve içerik açısından 19. yüzyıldan pek farklı

olmamıştır. Toplu sözleşme sisteminin bütünüyle yaygınlaşıp bir düzenleme biçimi halini alması, özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra emek ve sermaye ilişkilerinin bütünüyle toplu sözleşme yoluyla yürütüldüğü Fordist dönemde ortaya çıkmıştır. Fordist dönemde sendikal hareketlerin güçlenmeleri yanında önemli bir niteliksel dönüşüm geçirdikleri de söylenebilir. Temelde emek sermaye uzlaşmasına dayanan bu değişim, sendikaların mücadeleci gelenek ve pratiklerinden taviz vermelerine yol açmıştır. Sendikaların bu niteliksel dönüşümü özellikle emek sermaye uzlaşmasının bir sonucu olarak, toplu sözleşmelerde öncelikli olarak işletmelerin yönetsel sorunları, çalışma koşulları ve parasal konuların yer aldığı bir yapının ortaya çıkmasına yol açmıştır (Aslan, 2005, s. 62). Fordist dönemde, var olan korporatist²¹ üçlü yapı örgütlü işçi sınıfının karar alma süreçlerine katılmasına imkân vererek, sistemle bütünleşmelerine ve bir nevi devletin asıl ordusu haline gelmesine yol açmıştır. Sistem tarafından kabul görmeyen sosyalist partilerle ilişkilerini kesen sendikalar, üyelerini kontrol altında tutabilmek ve var olan güçlerini yitirmemek için birleşmiş bir merkezi federasyon veya konfederasyon çatısı altında birleşme yoluna gitmişlerdir (Topak, 2012, s. 130). Sendikal hareketlerin, Fordist dönemde elde ettikleri güçlü yapının, 1980'li yıllardan itibaren neo-liberal politikalar aracılığıyla sermayenin işgücü üzerindeki tahakkümünün artmasına bağlı olarak güç kaybetmeye ve küçülmeye başladığı yeni bir döneme girilmiştir (Nichols ve Suğur, 2005, s. 185).

2.3.3.Post-fordist kamu personel rejimi (1980 sonrası):

Post-fordist devlet, post-fordist birikim rejimine dayalı olarak ortaya çıkan, 1970-80'li yıllardan itibaren Fordist devletin yeniden yapılandığı ve bu döneme özgü devletin işlev ve yapılarının ortadan kalktığı bir yapıya işaret etmektedir. Düşünsel temellerini yeni sağ ve neo-liberal düşünceden alan post-fordist devlette, kamu işletmelerinin özelleştirilerek piyasaya açılması, devletin üretici faaliyetlerini terk ederek süreçte denetleyici pozisyonda olması hedeflenmektedir. Bu süreç esasen kamusal alanı ve devletin kendisini meta ilişkileri çerçevesinde yeniden tanımlamakta ve bu alanları

²¹ Korporatizm kavramı tarihin farklı dönemlerinde farklı anlam ve içeriklerde kullanılmıştır. Kavramın klasik, en eski ve en çok bilinen anlamı, faşist toplumsal örgütlenme biçimlerine işaret etmektedir. Bu örgütlenme biçiminde liberal demokrasinin koşullarının ortadan kaldırıldığı bir yapıda, kapitalizmin rekabet ve sınıf çatışması sosyal uyuma dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Bu noktada korporatizm “değişik toplumsal kesimlerin; tarımla sanayinin, emekle sermayenin, mesleki temsil esasına göre korporatif örgütlenme içerisinde milli bir uyum sağlamaya yönelecekleri, böylece devlet önderliğindeki korporatif işbirliği çerçevesinde, sınıfsal çelişkilerin giderilmesine ve milli uyumun sağlanacağına” yönelik bir kabule dayanmaktadır (Salomon, 1992, s. 255; Makal, 2007, s. 79).

yaygın ve yoğun metalaşma süreçlerine dâhil etmeyi hedeflemektedir (Aslan, 2005, s. 133). Devletin kamu yönetimi işleyişinde ortaya çıkan değişimlere işaret eden Dreyfus bu dönemlerde idareyi iktisadi açıdan başarılı kılmanın tek yolu olarak idari ve personel sistemlerinde özelleştirme süreçlerinin yaygınlaştırılmasıyla birlikte sistemin daha rasyonel ve ekonomik işleyeceği bir yapıya kavuşacağını öngören bir düşüncenin egemen hale geldiğini belirtmektedir (Dreyfus, 2007, s. 217). Neo-liberal dönemde devlet iktisadi alanlardaki işlevlerinde değişikliğe giderek üreticilik vasfını geriletmeye, düzenleyicilik vasfını ise ön plana çıkarmaya başlamıştır. Bu dönemlerden itibaren devletin düzen sağlayıcı (kolluk) rolünün arttığı, o güne kadar “işgal” ettiği piyasa alanını özel girişimciler için boşalttığı, sınırlayıcı ve düzenleyici işlevlerini öncelediği bir döneme girilmiştir. Devletin işlevlerindeki dönüşümlere paralel kamu hizmetleri alanında genişleme ve denge dönemlerinin ardından, gerileme ve küçülme süreçleri ortaya çıkmıştır (Karahanoğulları, 2002, s. 94).

Post-fordist kamu personel rejiminin küresel çaptaki aktörlerinden biri olan Dünya Bankası ve IMF’nin 2002 yılında yayınladıkları “Civil Service Reform: Strengthening World Bank and IMF Collaboration” adlı çalışma kamu personel rejimleri üzerinde ileriki dönemlerde yapılması planlanan reform ve değişikliklere yönelik ilkeleri ve amaçları ortaya koyması bakımından önemli bir yere sahiptir. Kamu hizmetleri reformunun kendi başına bir amaç olmadığına belirtildiği bu çalışmada, birçok ülkede kamu sektörünün; gereksiz harcama, istihdam ve yoğun mali baskılar nedeniyle verimsiz hale geldiği, söz konusu ülkelerde bazı düzenleme ve reformlara gidilmesi zorunluluğuna işaret edilmiştir. Çalışmada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sürdürülebilir mali disiplin ve kamu reformları açısından ülkelerin başta kamu maliyesi ve personel istihdam politikalarındaki, yanlış ve eksik durumların tespiti ve bu alanlarda etkin ve verimli olabilmek için alınması gereken tedbir ve reformların neler olduğu belirtmektedir. Kamu personel rejimlerinin biçimlendirilmesi ve bu alanlardaki gereksiz istihdam ve uygulama biçimlerine son verilmesi yönünde ilgili ülkelere tavsiye niteliğinde kararların olduğu bu çalışma, süreci belirleyen ve yönlendiren aktörlerin (IMF ve DB) niyetlerini ortaya koyması bakımından önemlidir (WB and IMF, 2002, s. 3-10).

Kamu personel rejiminde, esneklik uygulamaları özellikle Batı ülkelerinde 1970’li yıllardan itibaren parça parça yerleşmeye başlamış, 80’li yıllardan itibaren ise bütünsel bir yapı kazanmış diğer yandan bu dönemlerden itibaren bu süreçler az gelişmiş

lkeler de görülmeye ve yaygınlaşmaya başlamıştır. Esneklik uygulamaları, yeni sağ politikaların güçlenmeye ve devleti biçimlendirmeye başladığı bu dönemlerde sıklıkla kamuoyu gündemine getirilmiş ve uygulama alanına girmeye başlamıştır. Post-fordist dönemde işyerlerinde esneklik süreçleri, merkez ve çevre işgücü yaratmak biçiminde ortaya çıkmış ve bu süreci tamamlayan bir uygulama olarak da taşeronlaşma yoluyla esneklik uygulamaları yaygınlaşmaya başlamıştır. Taşeronlaşma süreci temelde artık değerin yükseltilmesine olanak tanıyan, sermayedarın bütün sorumluluğunu alt işverene devrederek istikrarsız ortamda daha az etkilenmesine ve belirli bir alanda uzmanlaşmış işverenin mal/hizmet satın alma yoluyla üretim maliyetlerini düşürmesine ve kârını arttırmasına imkân sunmaktadır (Aslan, 2005, s. 110). Giddens, esnek üretim sürecinin tüketiciler ve bir bütün olarak ekonomi için faydalı bir şey olduğunu ancak işçiler için etkisinin bütünüyle olumlu olarak değerlendirilemeyeceğini belirtmektedir. İşçilerin yeni beceriler öğrendiği, işin tekdüzeliğinden kurtulduğu esnek çalışma sisteminde karmaşık üretim sürecinin daha dikkatli ve daha hızlı bir şekilde işlemesi, çalışanlar üzerinde yeni baskı ve denetim biçimleri ortaya çıkarmıştır. Esnek üretimle birlikte çalışanlar ek bir ücret almadan daha uzun ve daha yoğun bir güvencesizleşme sürecine dâhil olmuşlardır. Esnek üretim sürecinde işverenlerin işe alma süreçlerinde önceden eğitim ve niteliğe değer veren bakış açılarının bu dönemde daha çok, yeni niteliklere çabucak uyarlanabilen ve çabucak öğrenen kişiler lehine bir değişime uğradığı bir yapı ortaya çıkmıştır. Yeni dönemde işyerlerindeki çalışanlar, daralmış niteliklerini yaratıcı bir biçimde yeni çıkan süreçlere uyarlayamıyorsa ve düşünceleri çabucak kavrayabilme yeteneğine sahip değillerse firmalar için kolayca gözden çıkarılabileceklerini belirtmektedir (Giddens, 2012, s. 813-820). Esneklik süreçlerinin egemen hale geldiği günümüzde düzenli bir gelir ve hayata sahip olmak için uzmanlık gerektiren becerilere zaman ve çaba yatırımı yapan eski bakış açısının geçerliliğini yitirdiğini belirten Bauman (2014, s. 189) ise, günümüzde insanların bu şekilde bir rasyonel seçim yaparak bir şeyleri kazanabilecek veya ulaşabileceklerinin bir garantisi olmadığını belirtmektedir. Castells (2008, s. 382) ise, teknolojik değişim sürecinin hızını arttırdığı bu çağda işgücünün tarihte olmadığı kadar değer üretim sürecinin merkezi haline geldiğini belirtmektedir. Yeni dönemde “vasfı ne olursa olsun çalışanların nerede olduğunu, ağı kendisinin bile bilmediği esnek bir ağ içinde, çalışanların zayıf bireyler haline” geldiklerini ve iş örgütlenmesi karşısında çok savunmasız bir pozisyona düştüklerini belirtmektedir. Yaşanan süreç, istihdam politikalarındaki değişime paralel olarak emeğin çözüldüğü ve ağ toplumunun yükseldiği

bir sürece evrilmektedir. Buna bağlı olarak Bauman (2014, s. 38) esnekliğin en ciddi sosyo-psikolojik etkisinin kendisinden etkilenenleri istikrarsız ve güçsüz bir konuma itmesi olduğunu belirtmektedir. Yasal süreçlerle garanti altında alınan sözleşmelerin yerine kolayca işten çıkarılmasının yasal statü kazandığı dönemlik, geçici, taşeron sözleşmelerinin ikame edildiği bu dönemde, performans dayalı değerlendirmenin hâkim kılınması, aynı işyerinde veya kolunda rekabeti özendirerek çalışanların ortak bir tavır ve örgütlenmeye gitmelerinin fiilen engellenmesi durumları bu belirsizlik durumlarına yol açmaktadır. Esnekliğe dayalı bütün ekonomik rejimlerin temelinde; işsizlik, bulunabilen işlerin istikrarsızlığı ve bu süreçlerin ortaya çıkardığı işten çıkarılma tehdidi çalışanlara karşı uygulanan bir “yapısal şiddet” olarak nitelenebilir.

Kamu hizmetlerinin yürütülmesinde memurluk, tam ve kısmi zamanlı sözleşmeli gibi farklı statülere sahip personelin bir arada istihdamının olduğu ve aralarında ciddi hak, ödev, iş sürekliliği açısından önemli farkların olduğu çalışma ortamları, kamu hizmetlerinin yürütülmesi noktasında çeşitli sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Kamu hizmetlerinin görülmesi süreci, özel sektör mal ve hizmet üretiminden farklı bir süreç olduğundan dolayı kamu hizmetini yürütülenlerin görevde devamlılık ve hizmet güvencesine sahip olmaları gerekmektedir. Hizmet güvencesi, liyakate sahip kamu görevlisinin görevini rahatlıkla ve tarafsızca yürütmesinin ön koşuludur. Sözleşmeli istihdamın kamu hizmetlerinde yaygınlaşması görevde devamlılığı ve hizmet güvencesini ortadan kaldırdığı için kamu personelinin siyasi etkilere maruz kalması sonucunu doğurmaktadır. Görevde devamlılık ilkesi, memuru idareye ve üçüncü kişilere karşı korumakta ve hizmet esnasında siyasal ve yönetsel keyfiliklere karşı objektif ve korkusuzca karşı koyma gücü vermektedir (Kalağan, 2010, s. 161).

Tablo 3: Fordist ve Post-Fordist Kamu Personel Rejimlerinin Genel Özellikleri

REJİMİN UNSURLARI	LİBERAL KAMU PERSONEL REJİMİ (1850- 1914)	FORDİST KAMU PERSONEL REJİMİ (1945- 1973)	ESNEK/POST-FORDİST KAMU PERSONEL REJİMİ (1980-)
GENEL STATÜ	Memurun statü güvencesi kurulmakla birlikte genel bir güvence yoktur. Memurun statüsü kurumlar arasında farklılıklar gösterebiliyor ve siyasi iktidarın isteği işten atılabilir.	Gelişmiş statü güvencesi. Disiplin yargı kararları olmaksızın memurun işin koruduğu, yaşam boyu istihdamın hâkim olduğu ve memur dışındaki kamu görevlilerinde de facto olarak iş güvencesi bulunmaktadır.	Memur iş güvencesine sahip değil ve işe belirli süreli sözleşmelerle alınmakta ve işini koruması performansına bağlı ve amirinin değerlendirmesine bağlıdır. Performans ve iş güvencesi arasında doğrudan bir ilişki vardır.
DÜZENLEME	Ademi merkezi kurumsal. Her kurum kendi personel rejimini kendisi düzenliyor, kurumlar arası mutlak farklılaşma var ve	Tüm kamu personelinin kapsayan kurumlar arası farklılaşmanın istisnai olduğu merkezi bir yapı ve memurluk	Genel ilkelerin merkez tarafından belirlendiği her kurumun kendi personel rejimini kendisinin belirlediği parçalı ve çoklu istihdam

	üst yöneticiler bütün süreçlerde belirleyici	üzerinde tekçi bir istihdam yapısı	
HİZMETİ YERİNE GETİREN BİRİMİN ADI VE İŞLEVİ	Özlük işleri birimi. Birim personel hizmetlerinin bütününe egemen değildir, hizmetin parçaları eylemci birimler tarafından da yapılabilmektedir.	Personel birimi kurumun destek hizmetleri içerisinde yer almakta ve hizmet bütüncül olarak kurum tarafından yürütülmektedir	Personel işleri biriminin İnsan Kaynakları Birimine dönüştürüldüğü, hizmetin bütün aşamalarının piyasaya devredilebildiği ve metalaştırıldığı bir süreç.
İŞE ALMA	Sınavla işe alma düzeni kurulmakla birlikte, yaygın değildir. İşe alma kurumsal düzeyde memurun aldığı eğitime göre üst memur ve siyasilerin takdiriyle yapılmakta	Sınavla işe alma genel bir kural olarak rejimin genelinde yaygın ve memurun eğitim düzeyine göre katılacağı sınıf içerisinde sınava tabi tutulduğu bir yapı söz konusudur.	İşe alma süreci kurumsal olarak yürütülmekte ve kurumlar işe alma hizmetini piyasadan satın alabilmekte
YÜKSELME	Üst makamın takdiri ve kıdeme göre yükselme olanağı	Kariyer sistemi içerisinde eğitim ve kıdem temelinde kısmen sınav sistemine dayalı düzenli yükselme imkânı	Başarı ve performans temelinde yükselmenin önem kazandığı eğitim ve kıdemin öneminin gerilediği bir süreç
MAAŞ	Maaş rejimi, çok biçimli, eşitsiz. Maaş kıdeme göre belirlenmekte	Maaş sistemi tek biçimli, dayanışmacı, görelî eşitlikçi ve bütün memurlar için ortak bir maaş vardır. Maaş, kıdem ve eğitim temelinde idare tarafından tek taraflı olarak ya da toplu görüşmeyle sendikalarla birlikte genel fiyatlar düzeyine göre belirlenmektedir.	Maaş düzeyi ve artış oranlarının memurun performansına göre belirlendiği farklılaşmış, eşitsiz ve rekabetçi bir rejim
DEĞERLENDİRME	Sicil değerlendirme sistemi, kuruluş aşamasında disiplin aracı olarak kullanılmakta	Sicil değerlendirme sistemine dayanan yapı memurun yükselmesi için bir kriterdir ve memuru disipline etme amacı taşımaktadır.	Önceden belirlenmiş performans kriterlerine göre kurumların ve bireylerin performanslarının değerlendirildiği bir yapı
HİZMETİÇİ EĞİTİM	Usta-çırak ilişkisine dayalı, iş başında öğrenme, hizmet içi eğitim düzenli ve kurumsal değil	Genel, merkezi ve hizmet içi eğitimden sorumlu kurum aracılığıyla kamusal hizmet içi eğitim vardır.	Üst ve orta düzey yöneticiler için merkezi ve kamusal hizmet içi eğitim
SENDİKACILIK VE TOPLU SÖZLEŞME	Memur sendikaları var olmakla birlikte, idare tarafından tanınmamakta. Örgütlülük de de facto yürümekte ve yüksek değil	İdarenin memur sendikalarını tanıdığı bu dönemde idare ile sendikalar arasında maaş ve diğer iş konularına ilişkin toplu görüşme/sözleşme düzeni uygulanmakta ve bu süreç örgütlülük düzeyini yükseltmektedir.	Memur sendikacılığının gerilediği, toplu görüşme/sözleşmenin yerini bireysel sözleşmelerin aldığı bir yapı
EMEKLİLİK REJİMİ	Emeklilik düzeni kurulmuş, kamu görevlileri içerisinde yalnızca memurlara emeklilik hakkı tanınmıştır.	Fordist nitelikli kamusal-toplumsal-genel emeklilik düzeni uygulamalarının bir yansıması olarak emeklilik hakkı memur dışındaki kamu görevlilerine de tanınmıştır.	Kamusal-toplumsal-genel emeklilik uygulamalarının metalaşmasına paralel memurların emeklilik haklarının daraltılması ve piyasaya açılması

(Kaynak: Aslan, 2005, s. 43-194)

2.3.3.1. Post-fordist dönemde sendikal hareketler

Neo-liberal düşünce, Fordist dönemde güçlü olan işçi örgütlülük ve sendikal hareketlerini, işgücü piyasalarında esnekliğin yerleşmesi ve yaygınlaşması noktasında büyük bir engel olarak görmüştür. Bu yaklaşıma göre; fordist dönemde büyük sendika ve konfederasyonlar biçiminde örgütlü olan işçi sınıfı, işgücü piyasasında bir tekel

oluşturarak aşırı ve karşılanmaz taleplerde bulunmakta, ücretleri yukarı çekmekte, ücret-verimlilik dengesini bozmakta ve daha çok işçinin istihdamının önüne geçmektedirler. Bu nedenlerden dolayı yeni dönemle birlikte işçi örgüt ve sendikalarının gücünün azaltılması, devletin (askeri harcamalar hariç) hızlı bir şekilde küçültülmesinin zorunluluğu düşüncesi kabul görmeye başlamıştır (Başkaya, 2015, s. 133). Bunun yanında, bu dönemle birlikte post-fordist devletin şiddet işlevi, kamusal hizmet üretiminden çekilmesi ve sermayenin bu alanları metalaştırması süreçlerine paralel olarak, ortaya çıkan gelir adaletsizliği ve buna karşı gelişen toplumsal muhalefeti bastırmak amaçlı daha görünür hale gelmiştir. Sosyal güvenliğin, sosyal devlet ve sosyal yardımlarla yer değiştirdiği bu dönemde, devletin yurttaşlara görünen polisiye yönünün, Hard ve Negri'nin deyişiyle "devlet düzeninin teminatı ve dingil çivisi" olduğu yapıya yol açmıştır (Aslan, 2005, s. 110).

Erdoğan'ya (2012, s. 55) göre ise, 1980 sonrası dönemde küreselleşme sürecinin etkilerinin tüm dünyaya yayılmasıyla birlikte, teknoloji tabanında ve ekonomilerin üretim ve düzenleme rejimlerinde meydana gelen değişimler; sadece merkez ülkelerde değil, yarı çevre ve çevre ülkelerde de çalışma ilişkilerinde benzer süreçlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. 1990'lı yıllardan itibaren geçiş ekonomileri olarak adlandırılan eski demir perde ülkeler, neo-liberal ilkeler ışığında yeni sisteme uyum sağlama yönünde bir sürece girmişlerdir. Bununla birlikte çoğu ülkede, çalışma ilişkilerinde esnek çalışmaya dayalı bir sistem yaygınlık kazanmaya başlamış, sendikaların nitel ve nicel anlamda güç kaybettiği, toplu sözleşmelerin merkezi karakterini yitirdiği ve bireyselleştiği, hükümetlerin endüstri ilişkilerine daha az müdahale ettiği bir süreç ortaya çıkmıştır. Diğer yandan post-fordist dönemde yaygınlık kazanan özelleştirme süreçleriyle birlikte, kamu sektöründe yaşanan istihdam kayıpları ağırlıklı olarak kamu işletmelerindeki mavi yakalı işçilere dayalı olan sendikal yapıların nitel ve nicel anlamda güç yitirmelerine yol açmıştır. Bauman (2014, s. 39) değişik türdeki dayanışma ve örgütlülük bağlarının (ne kadar kusurlu ve eksik olurlarsa olsunlar) çalışanlara güven, özgüven ve cesaret garantisi ve sığınağı işlevini gördüğünü belirtmiş ve neo-liberal ilkelerin hâkim olmasıyla birlikte en çok zarar gören süreçlerden birinin de bu örgüt ve dayanışma ağları olduğunu belirtmiştir.

3. TÜRKİYE’DE KAMU PERSONEL REJİMİNİN GELİŞİM SÜREÇLERİ

Türkiye’de kapitalist üretim ilişkilerinin gelişmesine paralel bu dönemlerde ortaya çıkan kamu personel rejimlerini; tarihsel süreç içerisinde sermaye birikim rejimi ve düzenleme biçimlerine koşut olarak üç ana dönem halinde incelenebilir (Aslan, 2005, s. 24). Buna paralel Cumhuriyet öncesi dönemden günümüze kadar kamu bürokrasisi ve istihdam süreçlerine ve bunların genel niteliklerine bakıldığında şunlar söylenebilir.

3.1.Kapitalist Memurluk Rejiminin Kurulması ve Liberal Kamu Personel Rejimi (1838-1945)

Osmanlı Devleti esasen komünal - patriyarkal üretim biçiminin baskın olduğu askeri-siyasi yöneticilerle tüccar, sarraf ve iltizam sahiplerinin sınıfsal ittifakına dayalı bir sınıfsal yapıya dayalı bir nitelik taşımaktaydı. Bu üretim biçiminin ve egemen sınıfının başat olduğu yapı, 19. yüzyılın ilk çeyreğine kadar gücünü korumuş, bu tarihlerden itibaren yerini tedricen kapitalist üretim biçimine bırakmıştır. Üretim biçimlerine paralel imparatorluğun kuruluşundan 1830’lara kadar memurluk rejimi de komünal - patriyarkal bir nitelik göstermiştir. (Aslan, 2005, s. 208). Osmanlı Devleti’nde memuriyet, devletin kuruluş ve gelişme dönemlerinde bir meslek olmaktan ziyade devlet için bir görev ve insanlara hizmet etmenin bir yolu olarak görülmekteydi. Osmanlı Devleti’nin kuruluş döneminde merkezi teşkilatta bulunan işleri yerine getiren küçük bir memur grubu dışında, yaklaşık yarım asır boyunca resmi olarak örgütlenmiş bürokratik bir yapı ve buna bağlı profesyonel bir çalışan sınıfı görülmemiştir. Diğer bir deyişle memurluk, padişahın şahsında din ve devlete hizmet anlamı taşımaktaydı. Kul düzenine dayalı bu sistemde padişah memurun hizmete alınmasından, eğitimi, yükselmesi ve hizmetle ilişkisinin kesilmesi gibi tüm süreçlerinde belirleyici ve etkin bir roldedir. Padişah burada memurlara verdiği ayrıcalık ve hakları kolaylıkla geri alabilmekte ve memuru reaya statüsüne kolayca gönderebilme yetkisine sahipti. Beyliğin zaman içerisinde büyüyüp imparatorluk haline gelmesiyle birlikte düzenli bir bürokrasi kurumu gelişmeye başlamıştır. Bu noktada, yapılan işlerin kayıtlarının tutulmasına yönelik örgütlü bir yapı ve kâtiplik (genel olarak memur) pozisyonları ortaya çıkmıştır. Osmanlı Devletinin klasik döneminde bürokratik memuriyetler için Hristiyan çocuklar devşirilerek Enderun’da yetiştirilmekte ve kabiliyetlerine göre askeri veya idari görevlere getirilmekteydi. Bu uygulamayla aşiret ve aile bağılılıkları olmayan tamamen padişah ve devlete bağlı bir bürokrasi sınıfı oluşmuştur (Keyder, 1995, s. 22; Terzi, 2000, s. 180; Özdemir, 2001,

s.75-77). Osmanlı bürokrasisinde görev yapan memurlar başlıca ilmiye, mülkiye, seyfiye ve kalemiye sınıfı olmak üzere dört ana bölümden oluşmaktaydı (Eryılmaz, 1995, s.215):

- *İlmiye sınıfı*; din, yargı, eğitim ve belediye hizmetlerinde istihdam edilen memurlardan oluşmaktaydı. Kadılar, naip, imamlar, müderrisler ve kazaskerler ilmiye sınıfı içerisinde yer almaktaydı.
- *Mülkiye sınıfı*; sadrazam, vezir, beylerbeyi ve sancakbeyi gibi üst düzey yöneticileri içermekteydi. Bu sınıf mensupları dünyanın en eski yönetici okullarından biri olarak bilinen Enderun'da yetişip göreve başlamaktaydılar
- *Seyfiye sınıfı*; kumanda heyeti dışında kalan askeri personeli kapsamaktaydı.
- *Kalemiye sınıfı* ise devletin kayıt ve yazma işlerini yürüten kâtiplerin oluşturduğu sınıfı. Bu sınıf çalışanları saray hizmetleriyle sivil bürokraside istihdam ediliyorlardı.

Osmanlı'nın klasik döneminde memurların görev sürelerini sınırlayan bir koşul bulunmamaktaydı. Memurlar ağır hasta ve çok yaşlı olmadıkları müddetçe görevlerine devam etme eğiliminde olmuşlardır. Emekli olmadıkları takdirde, memurlar ölümlerine kadar göreve devam etmekte veya (daha çok) yaşlandıkları zaman görevlerinden birileri (çocukları) lehine feragat etmekteydiler. Osmanlı döneminde memurların, ekonomik ve sosyal haklar yönünden köylü ve diğer meslek gruplarına göre daha avantajlı bir konumda oldukları söylenebilir. Osmanlı İmparatorluğu'nda Orhan Gazi döneminde başlayan has, tımar ve zeamet uygulaması dönemin ücret rejiminin temellerini oluşturmuştur. Has, zeamet ve tımarların gelirleri devletin kendi adına çalışanları için ödediği maaş olarak değerlendirilebilir. Bugünkü profesörlere karşılık gelen müderrisler ise bağlı oldukları medresenin vakıf aidatı ile kadılar ise iş sahiplerinden şer 'iye aidatı olarak aldıkları ücretlerle geçimlerini sağlamaktaydılar. Bu sistem, Tanzimat döneminde bütün memurların maaşlarının Maliye veznesinden ödenmesi uygulamasının yürürlüğe girmesiyle birlikte tamamen ortadan kalkmıştır (Tortop, 1999, s. 116; Özdemir, 2001, s. 115; Terzi, 2012, s. 191).

Fatih döneminde imparatorluğun hem coğrafi hem de iktisadi olarak büyümesi, devletin merkezileşme ve bürokratikleşme düzeyini arttırmış, her bir üst düzey bürokratin görev ve kariyer çizgilerini belirleyen Kanunname-i Al-i Osman yayınlamıştır. 1839 yılına kadar çok az değişikliklerle yürürlükte kalmıştır. İdare ve anayasa hukuku alanında bir nevi anayasa olarak kabul edilen bu metin, devletin idari yapısı, personel kariyer

sistemi, hak ve ödevlerini düzenlemiştir (Özdemir, 2001, s. 96). Osmanlı İmparatorluğu Tanzimat'la birlikte kurumsal yapılarının oluşturulması sürecinde Fransa, İngiltere ve Almanya'nın direk etki ve biçimlendirmesi altında yapısal reform ve dönüşüm sürecine girmiştir. (Aslan, 2005, s. 218). Tanzimat dönemi Osmanlı Devleti'nin ilk kez sistemli bir şekilde tüm devleti kapsayan sivil memurlardan meydana gelen bir taşra teşkilatı kurmaya başladığı dönemdir. Bu dönemlerden itibaren merkez teşkilatlarından ibaret olmayan mülkiye, taşra yönetimi, adalet, eğitim ve nüfus sayımı gibi çeşitli alanlarda modern bir sivil bürokrasi oluşmaya ve çeşitli alanlarda sorumluluk almaya başlamıştır (Terzi, 2012, s. 254; Findley, 2014, s. 164). Tanzimat döneminde ilk çıkarılan kanuni düzenleme, memur hukukunu içeren ceza kanunnamesidir. Tanzimat sonrası memurlarla ilgili suçlara bakmak ve bu esaslara uygun olarak işlemleri yürütmek üzere Meclis-i Vâlâ-yı Ahkâm-ı Adliye kurulmuş ve rüşvet suçundan dolayı birçok memur, paşa, vali yargılanmış ve cezalandırılmıştır. Diğer yandan, 1838 tarihinden itibaren kamu hizmeti karşılığında memurlara ödenen ücrette ayni ödeme biçiminden nakdi ödeme biçimine geçilmiştir. Bu uygulamayla memurların halktan herhangi bir nedenle ayni ve maddi bir şey almalarının önüne geçilmesi amaçlanmıştır (Özdemir, 2001, s. 239).

Emek süreci açısından bakıldığında, Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerine kadar merkantilizmin hâkim olduğu bir yapı söz konusudur. Genellikle zanaat tipi üretimin yaygın olduğu bu dönemde belirli bölgelerde ücretli çalışma biçimleri 1850'li yıllardan itibaren görülmeye başlanmıştır. Genellikle el zanaatlarının baskın olduğu ve ahilik gibi kurumsal mekanizmaların sisteme egemen olduğu bu yapıda emek yoğun bir emek rejimi söz konusudur ve sermayenin yoğunlaşması ve merkezileşmesi süreci ise henüz başlamamıştır. Sermaye birikimi ve merkezileşmesinin önündeki en büyük engellerden biri olan Osmanlı Monarşisinin 1908 Devrimi ile gücünü kaybetmesiyle birlikte, etkin hale gelen burjuva sınıfının taleplerinin yapılan kanuni düzenlemeler ve yabancı sermayenin ülkeye getirilmesine yönelik adımlar sermaye birikimi ve yoğunlaşmasını arttırmıştır (Topak, 2012, s. 174).

3.1.1. Liberal kamu personel rejimi döneminde sendikal hareketlerin gelişimi

Osmanlı İmparatorluğu'nda işçi sınıfının öncelikli olarak inşaat, madencilik ve kamu sektöründe ortaya çıktığı söylenebilir. Örneğin 1550-1557 yılları arasında İstanbul'da inşa edilen Süleymaniye Camii ve İmareti inşaat çalışmalarında çalışılan toplam sürenin % 55'i ücretli işçiler tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda inşaatın tamamlanması

sürecinde 2,7 milyon iş gününün 1,5 milyonu ücretli işçiler tarafından karşılanmıştır. (Koç, 1998, s. 1). Makal’a göre ise, Osmanlı İmparatorluğu döneminde ücretliliğin nicel boyutları konusunda birbiriyle çelişen farklı tahminler yapılmakta ve bu tahminler 50.000-75.000’den 2 milyona kadar değişebilmektedir. 19. yüzyıl sonları ve 20. yüzyıl başları itibariyle niceliksel açıdan gelişmiş bir işçi kesimi bulunmamakla birlikte bunda gerek tarım sektöründe gerekse de tarım dışı sektörlerde geniş bir ücretliler kitlesini oluşturacak iktisadi koşulların olmaması etkilidir. Bu dönemlerde toplam çalışan sayısını verememekle birlikte yapılan değerlendirmelere dayalı olarak çalışan sayısının 14.060 ile 408.572 arasında olduğunu söylemek mümkündür (Makal, 2012, s.85). Osmanlı İmparatorluğu’nun son yıllarında madencilik, dokuma, ağaç işleri, gıda, toprak ürünleri, deri gibi başlıca iş kollarında endüstrileşme süreci başlamışsa da gerçek anlamda bir endüstrileşme süreci ortaya çıkmamıştır (Koray, 1992, s. 159). Osmanlı İmparatorluğu’nda devletin ihtiyaçları ve zorunlu dışsal süreçler; üretimin zanaatçılıktan, fabrikaya doğru taşınmasını zorunlu kılmıştır. Günümüzdeki anlamıyla işçi sınıfı; 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren ordunun ve sarayın ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, devlet sermayesiyle kurulan Tophane, Feshane, Beykoz Kundura, Hereke Dokuma fabrikalarında ve yabancı sermayece işletilen deniz ve demiryolları işletmelerinin faaliyete geçmesiyle birlikte ortaya çıkmıştır. Bu durum işçiliğin ortaya çıkışının, Batı’daki gelişmelerin aksine devlet eliyle gerçekleştiğini göstermektedir. Bu durum, sonraki yıllarda yaygın bir kullanıma sahip olan ‘devlet baba’ söyleminin ortaya çıkmasına ve işçi sınıfı örgütlenmesi üzerinde önemli etkileri olan bir realiteye dönüşmesine yol açmıştır (Karakışla, 1998, s. 28; Akkaya, 2004, s. 139; Mahiroğulları, 2005, s. 3).

Osmanlı Devleti’nde ve öncesi dönemlerde, batılı tarzda sendikal oluşumlar²² ortaya çıkmamıştır. Ancak belirli meslek ve sanat mensuplarının ortak hak ve çıkarlarını korumak üzere oluşturdukları örgütler bulunmaktadır. Osmanlı Devleti’nde dini motifler taşıyan, sosyal ve ekonomik boyutları bulunan meslek kuruluşlarının başında loncalar gelmektedir. Loncalar²³; iktisadi özellikleri yanında, üretim ve ticari faaliyetlerine bazı

²² Osmanlı Devleti’nde endüstrileşme sürecinin geç ortaya çıkması ve çok yavaş gelişmesi ve buna bağlı olarak batılı anlamda sınıfların ortaya çıkmaması sendikal hareketlerinde bu coğrafyada çok geç ve cılız bir şekilde ortaya çıkmalarına yol açmıştır (Terzi, 2012, s. 386).

²³ Batı Avrupa’da ve Osmanlı Türk toplumunda usta-kalfa ve çırak ilişkilerinin düzenlendiği Lonca (Guild) sistemi 19. yüzyıla kadar etkili kurumlar olmuşlardır. Lonca sözcüğü İtalyanca loggia’dan türetilmiş ve Osmanlılarda bunun karşılığı oda anlamına gelmekteydi. Kapalı bir toplum ve ekonomi kurumu olan loncalar, endüstrileşme ve fabrika üretimine geçilmesiyle birlikte etkilerini kaybetmeye başlamış ve ortadan kalkmışlardır. Loncaların ortadan kalkmasıyla birlikte Batı Avrupa’daki usta ve kalfalar yeni ortay

kural ve müeyyideleri getirmesi, iş kollarında çalışanların haklarının korunması, üyelerine oluşturduğu sandıklar vasıtasıyla sigorta desteği vermesi gibi özellikleriyle komplike bir yapıya işaret etmektedir (Terzi, 2012, s. 204).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde sendikal örgütlenme ve işçi örgütlenmeleri değişik tarihlerde yapılan hukuksal düzenlemelerle yasaklanmıştır. 1845 yılındaki Polis Nizamı²⁴ ve 1909 Tatil-i Eşgal Kanunu bu çerçevede düşünülebilir. Hukuki yasak ve engellemeler yanında, lonca geleneğinin egemen olduğu bir toplumsal yapı niteliği gösteren Osmanlı İmparatorluğu'nda geleneksel örgüt yapısından modern örgüt yapısına hemen geçilememiş, zanaat zihniyeti uzun dönemler etkisini göstererek sendikal hareketlerin gelişimini olumsuz yönde etkilemiştir. Bunun yanında 1908 sonrası dönemde sanayileşme ve buna bağlı olarak işçi sayısındaki artışa bağlı olarak İkinci Meşrutiyet'in getirdiği görece özgürlük ortamı çalışanların örgütlenme faaliyetlerine yönelmesine yol açmıştır. 1909 yılında Türkiye çalışma ilişkileri tarihinde o döneme kadar düzenlenmeyen sendikalar, iş uyuşmazlıkları ve grevle konularında çeşitli düzenlemeleri esas alan Tatil-i Eşgal Kanunu²⁵ bu anlamda ilk kanun olma niteliğindedir.

çıkan fabrika sistemine geçerek vasıflı işgücünü oluşturmuşlardır. Osmanlı İmparatorluğu'nda ise loncalardaki usta ve kalfalar, fabrika sistemine geçilemediği için işsiz kalmış ve toplumda var olan küçük zanaat üretimi çökmüştür. Liberal anlayışın hüküm sürdüğü bu dönemlerde çalışanları koruyucu kurum ve kurallar olmadığı için işçiler işverenlerin karşısında savunmasız duruma düşmüşlerdir (Berkas, 1969: 57; Ekin, 1985, s. 5; Koray, 1992, s. 23).

²⁴ Polis teşkilatının kuruluş tarihi olarak da kabul edilen 10 Nisan 1845 tarihinde kabul edilen Polis Nizamı on yedi maddeden oluşmaktadır. 1 Temmuz 1800 tarihinde Paris Emniyet Müdürünün Görevlerini Düzenleyen Kararname adlı metin temel alınarak hazırlanan bu nizamname, polise temelde dirlik ve düzenin sağlanması, geçiş, oturma ve silah kullanma konularında gerekli izinlerin verilmesi, kamusal alanlarda düzen ve güvenliğin sağlanması, ahlaka ve kamu namusuna aykırı düşen yerlerin ve yayınların denetlenmesi gibi konulardaki görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektedir. Kaynak kararnamenin 'Attroupements' başlıklı maddesi "Emniyet müdürü, gösteri için sokakta toplanan kalabalıkları, işi durdurmak ya da işgününün fiyatını arttırmak için oluşan işçi birleşmelerini, gürültü patırtılı ya da kamu dinginliğini bozan toplantıları önlemeye ya da dağıtmaya özgür önlemleri alacaktır" şeklindedir. Polis Nizamnamesinin sendikal hareketlere dair alınacak önlem ve tedbirleri içeren 12. Maddesi ise "işini ve gücünü bırakarak salt kulların işlerini durdurmak amacı taşıyan işçi derneklerini ve kalabalıklarını ortadan kaldırmak ve yok etmek. Buna benzer kamu düzenini bozacak her türden fitne ve fesat derneklerini ortadan kaldırmak ve yok etmek. İhtilalin(fesad) gerçekleşmesini önlemeye girişmek ve sürekli biçimde uğraşmak" şeklinde düzenlenmiştir (Gülmez, 1984, s. 124; Sönmez, 2005, s. 264).

²⁵ İşin bırakılması, terk-i hizmet anlamlarına gelen Tatil-i Eşgal Kanunu, Osmanlı İmparatorluğu'nda 10 Temmuz 1324 (23 Temmuz 1908) tarihinde hürriyetin ilanı ile başlayan İkinci Meşrutiyet döneminin ilk aylarındaki görece artan hak ve özgürlüklerden güç alan, çeşitli iş kollarında ve özellikle Anadolu ve Rumeli Demiryollarında ortaya çıkan ve Türkiye işçi hareketi içinde özel bir yeri olan bu grevlere karşı Osmanlı hükümetinin ve çeşitli yerli ve yabancı sermaye gruplarının cevabı niteliğindedir. Türkiye çalışma ilişkileri tarihi açısından bu kanun, toplu iş ilişkileri alanında dolaysız bir düzenleme yapılan ilk kanun olma özelliği taşımaktadır. Başlangıçta sadece İstanbul ve Selanik gibi imparatorluğun önemli sanayi kentlerinde ortaya çıkan grevler daha sonra İzmir, Aydın, Beyrut, Samsun ve Üsküp'ünde bulunduğu diğer önemli merkezlerde ortaya çıkmıştır. Dönemin gazeteleri olan Tanin ve Sabah'ta Anadolu Demir yolları grevinden "felaket" olarak bahsedilmekte ve yabancı ve yerli sermaye grupları bu noktada hükümetle direkt temasa geçerek grevlere karşı acil olarak önlem alınmasını istemişlerdir. Bu baskılar sonucu Osmanlı Hükümeti

Kanun tüm bağımlı çalışanlardan ziyade kamuya yönelik hizmet veren kuruluşlarda çalışanlarını içermektedir (Makal, 2012, s. 96). İşçi hareketleri açısından bakıldığında 1894 yılında devlet fabrikalarında kurulan ve ilk işçi örgütü olma özelliği taşıyan Osmanlı Amele Cemiyeti kuruluşunun hemen akabinde kapatılmış, bu nedenle işçiler 1908 yılına kadar grev ve grev dışı eylemlere örgütsüz bir şekilde katılmışlardır. 1872-1922 yılları arasında Osmanlı İmparatorluğu'nda 260 grev olmuş, hiçbir dönem isyana dönüşmemiş ve çalışma hayatıyla ilgili cılız tepkiler olarak kalmıştır (Akkaya, 2004, s. 140). Makal, Osmanlı İmparatorluğu'nda ortaya çıkan işçi örgütlenmelerinin ana çizgileriyle, sendika niteliği taşıyan ama dernek çerçevesinde oluşan örgütlenmeler ve sendikal bir nitelik taşımayan dernekler biçiminde ortaya çıkan örgütler (işçi yardımlaşma kurumları gibi) olarak ikiye ayrılabilirliğini belirtmektedir (Makal, 1997, s. 241). Liberal kamu personeli rejiminde batıda “de facto²⁶” olarak tanınan sendikal örgütlülüklere ve hareketlere karşın, Türkiye’de 1909 öncesinde görülen bunalım dönemlerinde, memurların kentlerde sınırlı biçimde bazı protesto ve gösterileri olmuş (Şirketi Hayriye’de ortaya çıkan iş bırakma eylemi gibi) ve genelde gizli kulüpler (İttihat ve Terakki gibi) ve dernekler şeklinde örgütlenmişlerdir. 1909 yılında İttihat ve Terakki Partisi’nin başa gelmesiyle birlikte bu tarihten 1960 tarihine kadar olan döneme kadar, sendikal hareketlere karşı yasakçı anlayışın hüküm sürdüğü bir dönem yaşanmıştır (Aslan, 2005, s. 262).

3.2. Fordist Kamu Personel Rejimi (1945-1980)

Cumhuriyetin kuruluş yıllarında kamu yönetimi anlayışı bütünüyle değişmemiş ve eski yönetimden devralınan eski yönetim anlayışı ve araçları bu dönemde de geçerli olmuştur. Kamu personeli rejimi açısından bu dönem, elit memur anlayışının geçerli olduğu bir özellikte olmuştur. Cumhuriyet döneminde hukuki anlamda güvenceye sahip, ekonomik açıdan iyi bir konumda olan bir memurluk statüsü ortaya çıkmış ve bu durum 1939’lu yıllara kadar üstünlüğünü devam ettirmiştir (Tutum, 1976, s. 18). Cumhuriyetin ilk yıllarında esasen bürokrasi yapı ve işlevleri bakımından çok gelişkin bir yapıya sahip

hürriyet ilanından iki buçuk ay sonra Tatil- Eşgal Cemiyetleri Hakkında Kanun-ı Muvakkat’ı çıkarmış ve 1909 yılı içerisinde ise Meclis-i Mebusan’da ve Meclis-i Ayan’da yapılan görüşmeler sonucunda bazı önemli değişikliklerle Tatil-Eşgal Kanunu kabul edilmiş ve 1936 yılında çıkarılan İş Kanunu’nun kabulüne kadar da yürürlükte kalmıştır. Tatil-i Eşgal Kanunu ile yasa kapsamına giren iş yerlerinde ortaya çıkan iş uyuşmazlıklarının çözümü noktasındaki ilkeler ortaya konulmuş, kamuya yönelik hizmetlerde çalışanların sendikal örgütlenme hakkı yasaklanmış ve önceden var olan sendikalar da kapatılmıştır. Kanun kapsamındaki çalışanların sendikal hareketlerde bulunması durumunda 1 hafta ile 6 ay arasında hapis cezası alması öngörülmüş ve devlete bu hareketlere karşı gerektiğinde askeri güç kullanma yetkisi verilmiştir (Toprak, 1977, s. 278; Ökçün, 1982, s. 4; Makal, 1997, s. 270; Çelik, 2014; Alkan, 2015, s. 41)

²⁶ Pratikte var olan

olmamıştır. Devletin kapsamlı toplumsal ve ekonomik görevleri gelişmediğinden dolayı klasik devlet işlevlerini yürüten Dışişleri, Maliye, Adalet ve Savunma bakanlıkları dışındaki bakanlıkların (Bayındırlık, Sağlık, Eğitim, Tarım) örgütsel yapıları küçük ve gelişme aşamasında olmuştur. Devletin ekonomik ve siyasal anlamda gelişmesine bağlı olarak 1931 yılında 104.115 olan memur sayısı, 1938 yılında 134.779’a, 1946 yılında ise 222.166’ya yükselmiştir (Eryılmaz, 1995, s. 219).

Kamu personel sisteminin kapsamlı bir şekilde düzenlenmesi 1924 Anayasası temeline dayalı olarak, 1926 yılında çıkarılan 788 sayılı Memurin Kanunu ile gerçekleşmiştir. Bu kanun birçok değişikliğe uğramasına karşın, 657 sayılı DMK ortaya çıkmasına kadar yürürlükte kalmıştır. Askerler dışında tüm kamu personelini içine alan kanun kamu personelini memur ve müstahdem olmak üzere iki gruba ayırmıştır. Kanunda “memur kendisine devlet hizmeti verilen ve hususi sicilde kayıtlı olarak umumi veya hususi bütçeden aylık alan kimse olarak; müstahdem ise devlet işlerinde ücretle kullanılan ve memur siciline kayıtlı bulunmayan ve memurların hak ve yetkilerinde yararlanamayan kamu görevlileri” olarak tanımlanmıştır (Terzi, 2012, s. 399). Türkiye’de kamu personel rejimi birbirinden farklı dört alan içinde yapılanmıştır. Adli, idari, akademik ve askeri personel başlıkları altında oluşan personel rejimi, bürokrasinin tarihsel gelişimine paralel (Osmanlı döneminde kalemiye, mülkiye, seyfiye ve ilmiye sınıfı şeklinde) bir gelişme göstermiştir. Bu sınıflama içerisindeki idari personel 675 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na, askeri personel 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu’na, adli personel 2802 sayılı Hâkimler ve Savcılar Kanunu’na, akademik personel ise 2914 sayılı Üniversite Personel Kanunu’na tabii bir şekilde istihdam edilmektedir. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kendi içerisinde kamu kesiminde çalışan görevlileri dört başlık altında toplamıştır. Buna göre DMK’nın 4. Maddesi, “kamu hizmetleri; memurlar, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçiler eliyle gördürülür” şeklinde ifade edilmektedir (Topuz, 2008, s. 3-4; Terzi, 2012, s. 426).

- A) *Memur*: “mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın, Devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler “olarak tanımlanmıştır.
- B) *Sözleşmeli Personel*, “kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işlerliği için şart olan, zaruri ve istisnai hallere münhasır olmak üzere özel bir

meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde, kurumun teklifi üzerine Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığı'nın görüşleri alınarak Bakanlar Kurulunca geçici olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu görevlileri” olarak tanımlanmıştır.

- *C) Geçici Personel*, “bir yıldan az süreli veya mevsimlik hizmet olduğuna Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığı'nın görüşlerine dayanılarak Bakanlar Kurulunca karar verilen görevlerde ve belirtilen ücret ve adet sınırları içinde sözleşme ile çalıştırılan ve işçi sayılmayan kişiler “ olarak tanımlanmıştır.
- *D) İşçiler*; (A), (B) ve (C) fıkralarında belirtilenler dışında kalan ve ilgili mevzuatı gereğince tahsis edilen sürekli işçi kadrolarında belirsiz süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan sürekli işçiler ile mevsimlik veya kampanya işlerinde ya da orman yangınıyla mücadele hizmetlerinde ilgili mevzuatına göre geçici iş pozisyonlarında altı aydan az olmak üzere belirli süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan geçici işçiler “ olarak tanımlanmıştır.

Kamu personel sistemleri denilince devletin üstlendiği görevleri yerine getiren personelin bağlı olacağı temel politika, koşul, kural, teknik ve uygulamaların tümü akla gelmektedir. Bu sistemler kamu hizmetlerinin ve personelinin sınıflandırılması, hizmete alınması, atanması, ücretlerinin tespit edilmesi, yetiştirilmesi, değerlendirilmesi, yükseltilmesi gibi süreçleri düzenlemektedir. Her personel sistemi liyakat, kariyer ve sınıflandırma gibi belirli temel ilkeleri kapsamaktadır (Tortop, 1999, s. 94; Can vd., 1998, s. 16):

- *Liyakat (Yeterlik)*: Kamu hizmetlerinde liyakat ilkesi temelde kamuya girecek kişilerin belirli bir sınıf, zümre, aile veya partiye aidiyet veya yakınlığından ziyade o kişinin bilgisi, karakteri, zekâ ve enerjisi gibi niteliklerin ön planda olduğu ve esas alındığı bir yapıya işaret etmektedir. Kamu personeli rejiminde liyakat dar ve geniş iki anlam içermektedir. Dar anlamda liyakat, kamu görevlerine en yetenekli bireylerin alınması ve istihdam edilmesidir. Geniş anlamda liyakat ise etkin, verimli ve rasyonel bir personel sisteminin kurulmasına yönelik alınması gereken kural ve uygulamaların bütününe işaret etmektedir.
- *Kariyer*: Kamu personel rejiminde kariyer, memurluğun bir meslek durumuna getirilmesi anlamına gelmektedir. Amacı yetenekli kimselerin hizmete alınması

ve hizmette tutulması olan kariyer sistemi diğer bir deyişle personelin haklarını, yükümlülüklerini, terfiini, güvenliğini ve hizmet şartlarını düzenleyen, statüler içinde sürekli çalışarak yetişmesi ve idari hiyerarşi içerisinde yükselmesine izin veren kurallar bütünüdür.

- *Sınıflandırma*: Hiyerarşik bağlantıları olan hizmet gruplarından birbirinin aynısı veya benzeri olanlarının bir araya getirilmesiyle ortaya çıkan gruplandırmalardır. Personel yönetiminde sınıflandırma personelin işe alınması, ücret, yükselme, sicil ve eğitim gibi süreçleri düzenleme işlevi görmektedir.

Türkiye’de İkinci Dünya Savaşı’ndan 1961 Anayasası’na kadar olan dönemde fordist kamu personel rejiminin öğelerinin yavaş yavaş yerleştiği bir döneme tekabül etmektedir. Örneğin 1945 yılında işçiler için sigorta sisteminin kurulması, aynı şekilde 1949 yılında çıkarılan 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu’nun çıkarılmasıyla sivil ve askeri bürokrasinin emeklilik rejimleri düzenlenerek kademeli olarak fordist devlet kurumları oluşturulmaya başlanmıştır. Fordist kamu personel rejiminin Liberal kamu personeli rejiminden tamamen ayrıldığı ve yerleştiği dönem 1965 yılında Devlet Memurları Kanunu ve 624 sayılı Devlet Personeli Sendikaları Kanunu kabul edilmesiyle gerçekleşmiştir. Buna ek olarak fordist dönemde en üst düzey memur ile en alt düzey memur arasındaki maaş yelpazesindeki açıklık önceki liberal dönem ve sonraki Post-fordist kamu personel rejimleriyle karşılaştırıldığında görece daha eşitlikçi bir maaş rejimi özelliği göstermiştir (Aslan, 2005, s. 269). 1961 Anayasası’nda memurluk, temel istihdam biçimi olarak görülmekte ve DMK rejimi tekçi bir istihdam biçimi olarak örgütlenmiş ve memurluk dışındaki istihdam biçimlerini istisnai olarak görmüştür. 1961 Anayasası’nın 117. Maddesi Memurlarla İlgili Hükümler başlığı altında “Devletin ve diğer kamu tüzel kişilerinin, genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, *memurlar eliyle* (vurgu bana aittir S.A.) görülür” ifadesi yer almaktadır. 1982 Anayasası’ndaki Kamu Hizmeti Görevlileriyle İlgili Hükümleri içeren 128. maddesinde ise “Devletin kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, *memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle* yürütülür” ifadesi yer almaktadır (Gözler, 1999; Gözler, 2010). Gerek yazılı yasa metnindeki değişim, gerekse de 1980 yılından sonra çalışma alanlarında görülen esneklik uygulamaları fordist dönemin son dönemlerinden itibaren

memurluk rejiminin istisna, sözleşmeli istihdamın kural haline geldiği bir sürecin başladığını göstermektedir.

3.2.1. Fordist kamu personel rejimi döneminde sendikal hareketler

Cumhuriyet döneminde, kapitalist sisteme eklemlenme süreci 1923 yılında yapılan İzmir İktisat Kongresi ile başlamıştır. Bu kongreyle birlikte Türkiye Cumhuriyeti'nin liberal ekonomi temelli bir kalkınma stratejisi izleyeceği tüm dünyaya ilan edilmiştir. Bu bakış açısına paralel 1925 yılında sendikal örgütleri ve işçi hareketlerini yasaklayan Takrir-i Sükûn Yasası çıkartılmış ve 1927 yılında çıkarılan Teşviki Sanayi Yasası ile de özel sermaye birikiminin ortaya çıkması ve gelişmesi hedeflenmiştir. 1930'lu yıllardan itibaren dünya kapitalist sisteminin gelişimine paralel Türkiye'de korumacı-devletçi sanayi politikaları uygulamaya konulmuş ve çalışma yaşamına ilişkin ilk İş Kanunu 1936 yılında çıkarılmıştır. 3008 sayılı İş Kanunu'nun takdim konuşmasında söz alan Recep Peker, “yeni iş kanunu sınıfçılık şuurunun doğmasına ve yaşamasına imkân verici hava bulutlarını ortadan silip süpürecektir” şeklinde tanımlayarak hükümetin bu kanundan tam olarak beklentisini ortaya koymuştur (Müftüoğlu, 2004). 1925 yılında çıkarılan Takrir-i Sükûn Kanunu, işçi örgütlenmesi ve hareketinin gelişmesini uzun bir dönem engellemiştir. 1930'lu yıllarda yapılan hukuki düzenlemelerle, katı hale gelen sistem uygulamaları daha sistematik hale gelmiştir. 1933 yılında Ceza Kanunu'nda yapılan değişiklikler, sendikalar konusunda düzenleme yapmayan, ancak grev ve lokavtı yasaklayan 1936 tarihli İş Kanunu, sınıf esasına dayalı örgütlenmeyi yasaklayan 1938 tarihli Cemiyetler Kanunu gibi düzenlemeler, bu yasal değişikliklerden önceki dönemde işçi örgütlenmeleri ve hareketleriyle ilgili sınırlı gelişmelerin olduğunu göstermektedir (Makal, 1999, s. 449). Çok partili hayata geçiş süreci ile birlikte devletin 1946 yılında çıkardığı Cemiyetler Kanunu değişikliğinden sonra işçi ve işveren kesimlerinde sendikal örgütlenme hareketleri ortaya çıkmıştır. Bu kuruluşların faaliyetleri 1947 yılında çıkarılan Sendikalar Kanunu ile düzenlenmiştir. Bu dönemlerden itibaren kanun önünde, sendikal örgütlülük yasal hale gelmişse de, uygulamalara getirilen zorluk ve sınırlamalardan (grev hakkının tanınmaması) dolayı örgütlenme ve sendikal faaliyetler dönemin uluslararası normlarının çok uzağında kalmıştır. Genelde devletin kontrolü altında ve çeşitli araçlarla kontrol altında tutulan sendikalar, bu dönemlerde bağımsız ve gelişmiş bir hale gelememiştir (Koray, 1992, s. 168; Makal, 2002, s. 527). Türkiye'de sendikaların siyaset ve devletle ilişkilerinin

kurulduğu, eğilim ve geleneklerinin ortaya çıktığı 1947-1960 yılları, sendika tarihi açısından önem arz etmektedir. Sendikal hareketlerin, diğer ülkelerdeki gibi ulusal kurtuluşçu ve ulus-devlet kurucu bir rollerinin olmaması dolayısıyla; örgütsel, tarihsel ve nicel zayıflıkları sendikaların kendilerine güven duymalarını zorlaştırmış ve kolayca devlet vesayetine girmelerine ve kendilerine dışsal kaynak aramalarına yol açmıştır (Çelik, 2010, s. 116). 1952 yılında ilk sendikalar federasyonu olarak Türk-İş devlet desteğiyle kurulmuş ve sonraki dönemlerde Türk- İş'in hükümet ve sistem yanlı tutumundan rahatsız olan bir grup, Türk-İş'ten ayrılarak sol eğilimli ve sınıf tabanlı bir sendikacılık anlayışını benimseyen Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nu (DİSK) (1967) kurmuştur. Milliyetçi cepheden temel alan Milliyetçi İşçi Sendikaları Konfederasyonu (MİSK) ise 1970 yılında, İslamcı bir eğilimde olan Hak-İş (Türkiye Hak İşçi Sendikaları Konfederasyonu) ise 1976 yılında kurulmuştur (Nichols ve Suğur, 2005, s. 190). 1947-60 yılları arasındaki iktidarlar, işçi örgütlerinin daha çok spor bayramı, istihsal bayramı, kuruluş yıldönümleri, müsamere, konser, çay, kokteyl, balo faaliyetleriyle ilgilenmelerini ve sosyal yardımlaşma işleriyle sınırlı bir hareket alanı içerisinde kalmalarını istemişlerdir. Sendikalar bu noktada, gerçek fonksiyonlarını yerine getiremediği gibi, çoğu devletin görevi olan işleri de yerine getirmek zorunda kalmıştır (Akkaya, 2004, s.144).

Osmanlı İmparatorluğu'nda burjuvazi sınıfının zayıflığı nedeniyle siyasi iktidarı paylaşılan ve yönetici sınıf niteliği taşıyan Osmanlı bürokrasisindeki memurlar, bu konumlarını Cumhuriyet'in ilk dönemlerinde de sürdürmüşlerdir. Gücünü devletten alan ve kendisini devletin bir parçası olarak gören memurlar ekonomik ve sosyal yönden yüksek bir statüye sahip olmuşlardır. Devleti kuran CHP ile uzlaşan bu memur sınıfının görece avantajlı konumları, Demokrat Parti'nin iktidara gelmesine kadar devam etmiştir. Bu dönemlerden itibaren statü ve gelir kaybına uğrayan memur sınıfı, daha önceki dönemlerde ihtiyaç duymadıkları örgütlenme ve sendika kurma yoluna gitmişlerdir (Akkaya, 2004, s.160). 1960 yılı ve sonrasında ücretlilik ilişkisine ve merkezi sendikalara dayalı korporatist bir yapının geliştiği söylenebilir. Bu dönemde 1960 Anayasası ve buna paralel olarak yürürlüğe giren Sendikalar Yasası ve Toplu Sözleşme, Grev ve Lokavt Yasalarının yürürlüğe girmesi Türkiye'de fordizme özgü düzenleme biçimlerinin emekle ilgili olan kısımlarının ortaya çıktığını göstermektedir. (Topak, 2012, s. 196). Bu dönemde özellikle işçi sınıfının elde ettiği sendikal güç ve baskı unsuru olma özelliği bu

kesimlerin örgütsel ve maddi anlamda güçlenmelerine yol açmış, diğer yandan bu kesimleri ürettikleri ürünlerin potansiyel tüketicileri haline getirmiş ve sistemle bütünleşmelerine yol açmıştır (Keyder, 1998, s. 232). 1970'lerin ortalarından itibaren kapitalist sistemde neo-liberal politikaların uygulanmaya başlanması ile birlikte talep yönlü ekonomi politikalarının uygulandığı dönemde güçlenen ve süreçte önemli birer aktör haline gelen işçi örgüt ve sendikaları bu dönemlerden itibaren sermaye açısından bir tehdit unsuru olarak görülmeye başlanmıştır. Bu noktada sermaye sınıfı işgücü piyasalarının katılığını giderme gerekçesine sığınarak, işçi sınıfının kazanılmış haklarını sınırlandırmaya ve birer birer geri almaya başlamıştır. Sermaye sınıfı bu mücadeleyle esnekliğin piyasaya hâkim hale gelmesini buna paralel sendikal örgütlerin zayıflatılarak bu şekilde örgütlülük düzeylerinin azaltılarak ehlîleştirilmesi ve zararsız hale getirilmesini amaçlamıştır.

3.3.Post-Fordist- (Esnek) Kamu Personel Rejimi (1980-)

1980'li yıllar bütün dünyada özelleştirme ve devletin küçültülmesi politikalarının revaçta olduğu ve uygulandığı yıllar olmuştur. Ağırlıklı olarak Turgut Özal'ın yeni sağ anlayışına dayalı olarak biçimlenen bu dönemde, liberal düşünce iki temel üzerinden şekillenmiştir. Bunlar bürokratik ve hantal devletten 'girişimci bireye'; İslami-muhafazakâr bir kimlik temelinde devlete karşı, yükselen bir "millet" söylemi olmuştur (Özkazanç, 2011, s. 23). Ülkemizde ilk defa ANAP (Anavatan Partisi), hükümet programına özelleştirmenin yaygınlaştırılması yanında bürokrasiyle mücadele konusunu da eklemiştir. 1983 yılında iktidara gelen ANAP, bürokrasiyi kırtasiyecilik olarak görmüş ve bürokrasinin azaltılması yönünde girişimlerde bulunmuştur. Bu dönemde devletin küçültülmesi ve özelleştirme politikalarını önceleyen bir bakış açısına rağmen, küçültülmesi hedeflenen kamu bürokrasisi bu dönemde beklenenin tersine (1983 yılında 1.281.176 olan memur sayısı 1994 yılında 1.830.366'ya) daha da büyümüştür (Eryılmaz, 1995: 224).

12 Eylül 1980 askeri darbesi, Türkiye'de fordist birikim rejiminin tasfiye edilip esnek birikim rejimi ve düzenleme biçimlerinin yerleşmesi noktasında sermayeye kolaylık sağlamış ve uygulamaya geçirilemeyen 24 Ocak Kararlarının²⁷ sorunsuz bir

²⁷ 1970'li yıllarda uluslararası finansal sistemde Petrol Krizi ve Bretton Woods sisteminin çöküşüyle birlikte yeni bir döneme girilmiştir. Ortaya çıkan bu liberalleşme dalgası gelişmekte olan birçok ülkeye yatırımlarını finanse etme imkânı sunmuştur. Bu dönemlerden itibaren baskı altında tutulan piyasaların

şekilde uygulanmasına imkân vermiştir (Aslan, 2005, s.298; Ahmad, 2015, s.217). 24 Ocak Kararları ile başlayan ve neo-liberal dönüşümü esas alan yaklaşımın dönemin siyasal iktidarları tarafından benimsenip uygulanma süreci 12 Eylül darbesiyle birlikte yeni bir aşamaya geçmiştir. Buğra (2005, s. 206-7) neo-liberal politikaların uygulanması noktasında 12 Eylül darbesinin sermayeye eşsiz bir ‘istikrarlı’ ortam sunduğunu belirtmektedir. Buğra, bu noktada cunta liderinin 12 Eylül’de darbe bildirisini televizyonda okurken, yeni rejimin hedefleri arasında dışa dönük bir kalkınma stratejisi izleneceğinden bahsetmesinin tesadüf olmadığını belirtmektedir. Buğra, ordunun yeni dönemde, devletçi veya sosyalist bir ekonomik programdan ziyade, IMF kökenli bir istikrar programını takip etmesinin deklare etmesinin, uluslararası-ulusal sermaye sahipleriyle askeri (sivil) idare arasındaki ortaklığa işaret ettiğini belirtmektedir. 24 Ocak Kararlarıyla birlikte ortaya çıkan değişmelerin, sistemin asli unsurlarından olan bireyler üzerindeki etkisine değinen Kazgan (2002, s.124) ise, insan ögesinin bu süreçle birlikte dışlandığı ve insanın sadece tüketimi ölçüsünde dikkate alındığı bir yapının oluşmaya başladığını belirtmektedir. Ekonomi kurumu bu dönemlerden itibaren insanlığın hizmetinde refahı sağlamaya yönelik bir kurum- araç olmaktan çıkmış, kendi içerisinde bir amaca dönüşmüş ve temel amacı serbest piyasa ekonomisi ve küreselleşme süreçlerinin hâkim kılınması olmuştur. Karma ekonominin yerini KİT’lerin özelleştirildiği ve devletin küçültüldüğü, köylüyü-tarımı kalkındırma ve sanayileşme girişimlerinin yerini hizmet kesimini önceleyen bakış açısına, sosyal devlet

serbestleşmesi ve sermaye önündeki sınırların kaldırılmasıyla birlikte 1980’lerin sonundan itibaren finansal serbestleşme stratejisi, gelişmekte olan ülkelere dünya kapitalist sistemine eklemlenmeleri noktasında bir reçete olarak sunulmuştur. Finansal serbestleşme süreci 1970’lerin ikinci yarısından itibaren ABD, Japonya, İngiltere gibi gelişmiş ülkelere sonra Latin Amerika başta olmak üzere diğer gelişmekte olan ülkelere istikrar ve yapısal uyum programları halinde uygulanmaya başlanmıştır. 24 Ocak Kararları olarak bilinen yapısal uyum programı dünyada yaşanan ekonomik ve siyasal gelişmelere paralel olarak Türkiye’de 1977-80 yılları arasında yaşanan yüksek enflasyon, petrol ve enerji açıkları, döviz kısıtlıkları, düşük ekonomik büyüme ve dış borçların ödenmemesi gibi problemlerin çözümü noktasında ortaya çıkmıştır. Bu dönemden itibaren ithal ikameci sanayileşme stratejisinden ihracata yönelik büyüme modeline geçilmiş ve finansal serbestleşme yoluyla dünya kapitalist sistemine eklemlenme hedeflenmiştir. 24 Ocak Kararlarıyla Türkiye yapısal bir dönüşüm sürecine girmiş ve uzun vadede kamu kesiminin küçültülmesi, yabancı sermayenin teşviki, ihracatın artırılması, devlet müdahalelerinin sınırlandırılması ve özel sermaye birikiminin teşviki ve desteklenmesi yoluyla bütün kurum ve kurallarıyla serbest piyasaya ekonomisine işlerlik kazandırma hedeflenmiştir. 24 Ocak Kararları, Dünya Bankası’nın yapısal uyum modeli doğrultusunda ve kimsenin beklemediği bir hızda uygulanmış ve kısa vadede dış ödemelerdeki rahatlamayla etkisini göstermiştir. Kararların uygulanmasıyla kısa vadede ortaya çıkan rahatlamaya karşın; uzun vadede işsizliğin artması, popülist politikaların hedeflenen amaçlara ulaşılmasını engellemesi, reel ücretlerin azalması, gelir eşitsizliğinin artması, dış borç açıklarının artması ve özelleştirme uygulamalarının beklenildiği düzeyde olmaması gibi nedenlerden dolayı yaşanan ekonomik kriz uzun dönemde diğer ekonomik krizlere yol açmıştır (Karabıçak, 2000, s. 56; Onaran, 2000, s. 196; Boratav, 2005, s. 87; TCMB, 2012, s. 16; TCMB, 2013, s. 14; Kaya, 2013, s. 8; Tüleykan ve Bayramoğlu, 2016, s. 403).

uygulamalarının geriletildiği, işçi düşmanlığı ve zenginlik övgüsünün arttığı bir döneme girilmiştir.

Post-fordist dönemde değişen birikim rejimi ve düzenleme biçimlerinin istihdam politikalarına yansımaları olarak ortaya çıkan taşeronlaşma, esnekleşme ve enformelleşme pratiklerinin yasal ve kurumsal alt yapısının oluşturulduğu ve uygulama alanı bulmaya başladığı söylenebilir. Özellikle 7. Beş Yıllık Kalkınma Planında işgücü piyasalarında uygulanmaya başlanacak esneklik uygulamaları ve bunun gerekliliği²⁸ açık bir şekilde yer almaktadır. Aynı şekilde Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkındaki Kanun kamu personel rejiminin esneklik ilkesine dayalı olarak yeniden inşa edileceğini göstermektedir. Kanunun İnsan Kaynakları Yönetimi başlığını içeren 46. maddesi şu şekildedir:

“kamu hizmetleri memurlar, tam zamanlı veya kısmi zamanlı çalışan diğer kamu görevlileri ve işçiler eliyle yürütülür. Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin işe alınmaları ve görevde yükselmeleri ehliyeteye dayalı seçme sınavı ve liyakat esasına göre yapılır. Diğer kamu görevlileri ile işçilerden tam zamanlı veya kısmi zamanlı olarak kadro şartına bağlı olmaksızın sözleşmeli statüde istihdam edileceklerin sözleşmelerinde, ilgili personelin görevleri, hak ve yükümlülükleri ile performans ölçütleri yer alır. Memurlar ve diğer kamu görevlileri, performans ölçütlerine göre değerlendirilir ve ödüllendirilir”

ilkesi kamu istihdam politikalarının esneklik, sözleşmelilik, performans ilkelerine göre yeniden inşa edileceğini göstermektedir. Sözleşmeli personel statüsü 1980’li yıllara kadar DMK ‘nın 4/B hükmü ile tanımlanan sınırlı ve istisnai istihdam biçimi iken bu dönemlerden itibaren fordist dönem memurluğunu çözücü, post-fordist dönemde ise kamu istihdamının ana unsuru olma yolunda ilerleme kaydetmiştir.

Güler, özellikle sağ hükümetler aracılığıyla kamu personel rejiminde yaşanan tasfiye sürecinin başlıca üç nokta üzerinden yürütüldüğünü belirtmektedir. Bunlardan ilki

²⁸ 7. Beş Yıllık Kalkınma Planının (1996-2000) çalışma hayatını düzenleyen kısmında “Devlet, işçi ve işveren kesimlerinin sürekli diyalogunu sağlayarak çalışma barışının korunması ve çalışma hayatının geliştirilmesi temel ilkedir. Çalışma hayatı mevzuatını Avrupa Birliği’ne (AB) uyum ve Uluslararası Çalışma Teşkilatı (ILO) normları doğrultusunda yenilemek, işgücü piyasasından esnekliği arttırmak ve yeni çalışma biçimlerini düzenlemek esastır. İstihdamın geliştirilmesine yönelik olarak verimlilik düşürülmeden yasal çalışma sürelerini kısaltacak ve esnek zamanlı çalışma türlerine imkân tanıyacak çalışmalar başlatılacaktır. Ücretin iş, liyakat, verim, kıdem ve kariyerin karşılığı olarak belirlenmesi ve ücret sistemlerinin istihdamı geliştirme, büyüme politikaları ve yeni çalışma biçimlerine göre oluşturulması sağlanacaktır. Hem güvenceli, hem de esnek bir işgücü piyasası düzenlemesi gerçekleştirilecek, işgücünün piyasa şartlarına daha iyi cevap verebilmesini sağlayacak beceri eğitimi ve küreselleşme süreci ve AB’ye uyum politikaları kapsamında aktif işgücü piyasası önlemlerine ağırlık verilecek, İş ve İşçi Bulma Kurumu çağdaş istihdam hizmetleri sağlayabilecek bir yapıya kavuşturularak İş-Kur adı altında yeniden örgütlenecektir” ifadesi iş gücü piyasalarının esneklik temelinde yeniden düzenleneceğini göstermektedir.(7. BYKP, s.54)

belirli kurallara göre yürüyen yükseltme sisteminin, üç derece üst kadroya atama yapma esnekliği getirilmesiyle delinmesi ve bu alanda güvenceli bir yükselme beklentisi içinde olan kesimlerin devre dışı bırakılarak, siyasi iktidarın hâkim olduğu bir yapının ortaya çıkmıştır. Personel rejiminde yaşanan bir diğer değişim ise ücret sisteminde yapılan sistematik farklılaşmalarla birlikte aynı kurumda aynı işi yapanlarla farklı kurumlarda aynı işi yapanlar arasındaki ücret eşitliğinin ortadan kaldırılmasıdır. Bu alanda yapılan son değişiklik ise 80’li ve öncesi yıllarda istisnai bir kadro olan sözleşmeliliğin istisnai olmaktan çıkıp kural haline gelmesi ve yaygınlaşmasıdır (Güler, 2005, s. 119). Bu dönemden itibaren özellikle belediyelerde yaygınlaşan sözleşmeli personel istihdamıyla birlikte, belediyeler bünyesinde kurulan şirketler veya hizmet alımı yoluyla personel istihdamı belediye içi istihdam olanaklarını değiştirmeye ve daraltmaya başlamıştır. 1980’li yıllardan itibaren ortaya çıkan ve 90’lı yıllardan itibaren ise yaygınlaşan esnek istihdam biçimleriyle birlikte geçici işçilik yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Belediyelerde esnek istihdam biçimlerine dayalı, belediye içi ve dışı istihdam sistemleri doğmaya başlamış, belediyelerde bürokrasinin bütünlüğü ve sürekliliğinin kırılmasıyla birlikte personel rejimini belirleme gücü büyük oranda belediyeler ve yetkili organların dışındaki yapılar tarafından oluşturulmaya başlanmıştır (Aydınlı, 2003, s. 82).

3.3.1. Post-fordist-(esnek) kamu personel rejimi döneminde sendikal hareketler

Yaklaşık yüz yıl boyunca kamu yönetimi alanında hâkim olan geleneksel kamu yönetimine dayalı anlayış, 1980’li yıllardan itibaren yoğun bir değişim ve dönüşüm dalgasıyla karşılaşmıştır. Ekonomik ve siyasi süreçlerin zorunlu kıldığı reform programlar çerçevesinde ülkelerin kamu yönetimi sistemlerini değiştirmiştir. Bu değişimleri temelde neo-liberal bir felsefeye dayanmış ve yeni sağcı politikalar/partiler tarafından temsil edilmiştir. Bu değişim süreci kamu yönetiminde, yönetimden (administration), işletmeciliğe (management) geçiş şeklinde olmuştur (Sobacı, 2014, s. 50). Özellikle Fordist dönemde yapılan 1961 Anayasa’sı ile post-fordist dönemde yapılan 1982 Anayasa’sının toplu sözleşme ve grev hakkına bakış açıları karşılaştırıldığında bu alandaki düzenlemelerin birikim rejimi ve düzenleme biçimlerine paralel bir görünüm arz ettiği söylenebilir. 1961 Anayasa’sının toplu sözleşme ve grev hakkı ile ilgili olan 47. maddesi “işçiler, işverenle olan münasebetlerinde, iktisadi ve sosyal durumlarını korumak ve düzeltmek amacıyla toplu sözleşme ve grev haklarına sahiptirler. 1982 Anayasa’sında ise grev hakkı ve lokavt hakkını tanımlayan 54. maddesi ise:

”toplu iş sözleşmesinin yapılması sırasında, uyuşmazlık çıkması halinde işçiler grev hakkına sahiptirler. Bu hakkın kullanılmasının ve işverenin lokavta başvurmasının usul ve şartları ile kapsam ve istisnaları kanunla düzenlenir. Grev hakkı ve lokavt iyi niyet kurallarına aykırı tarzda, toplum zararına ve milli serveti tahrip edecek şekilde kullanılamaz. Grev ve lokavtın yasaklanabileceği veya ertelenebileceği haller ve işyerleri kanunla düzenlenir. Grev ve lokavtın yasaklandığı hallerde veya ertelendiği durumlarda erteleme sonunda, uyuşmazlık Yüksek Hakem Kurulunca çözülür. Uyuşmazlığın her safhasında taraflar da anlaşarak Yüksek Hakem Kuruluna başvurabilir. Yüksek Hakem Kurulunun kararları kesindir ve toplu iş sözleşmesi hükmündedir. Yüksek hakem kurulunun kuruluş ve görevleri kanunla düzenlenir. Greve katılmayanların işyerinde çalışmaları, greve katılanlar tarafından hiçbir şekilde engellenemez”

şeklinde yer alarak, dönemin hakim düzenleme biçimlerine paralel olarak sermaye lehine bir görünüm arz etmiştir. 1961 Anayasası’nın hak ve özgürlüklerin önünü açan yaklaşımı, dönemin Fordist birikim rejiminin öngördüğü tüketici profilinin yaratılması noktasında çalışanların çalışma koşulları ve ücretlerinde iyileştirmeyi esas alan uygulamalarıyla birleşince çalışan kesimler açısından bu dönemin bolluk yılları olarak anılmasına yol açmıştır.

1979 yılına kadar toplumsal uzlaşma zeminine dayalı olarak yürütülen korporatist uygulamalardan bu dönemlerden itibaren vazgeçilmeye başlanmış ve bu noktada sendikalar kapatılmış, ücretler dondurulmuş ve 1983 yılının sonuna kadar toplu pazarlık ve toplu iş sözleşmesi dönemi askıya alınmıştır. Dönemin önemli sendikal aktörleri olan DİSK, MİSK ardından Hak-İş ve Türk- İş’e bağlı sendikaların faaliyetleri durdurularak yasaklanmıştır. 1983 yılında Anavatan Partisi’nin iktidara gelmesiyle birlikte çıkarılan 2821 sayılı Sendikalar Kanunu ve 2822 sayılı Toplu Sözleşme, Grev ve Lokavt Kanunu ve daha sonrasında çıkarılan Dernekler Yasası ve 2929 sayılı Toplantı ve Gösteri Yürüyüşleri Yasası gibi düzenlemeler temelde darbeden önce güçlü birer aktör olan sendikaların gücünü kırmak ve sisteme entegre ederek sorun çıkarma potansiyellerini minimize etme amacı taşımaktadır (Şenkal, 1999, s.264; Topak, 2012, s. 217).

Küresel tekelleşmenin etkin olduğu Post-fordist kamu personel rejiminde ücret ilişkisinin ulusal değil de küresel düzeyde kurulmuş olmasının bir sonucu olarak, ücretler bir talep unsuru olmaktan ziyade bir maliyet ve rekabet unsuru olarak görülmeye başlanmıştır. Esnekliğe dayalı kurulan ücret ilişkisi bireysel performansla dayalı, sözleşme düzeninden uzaklaşarak bireysel sözleşmeler üzerinden yapılmaya başlanmıştır (Aslan, 2005, s. 125). 24 Ocak Kararlarıyla başlayan neo-liberal müdahale biçimlerinin 12 Eylül darbesiyle birlikte iş gücü piyasasının ekonomi dışı süreçlerle (askeri ve yasal) baskı altına alınmasıyla, sendikal faaliyetler yasaklanmış ve ilgili kurumlar kapatılmıştır.

Bu gelişmelerin işgücü üzerindeki en önemli etkisi ise; memur maaşlarında, emekli ikramiyelerinde, kıdem tazminatlarında ve tarıma dönük destekleme politikalarında gerilemeler şeklinde olmuştur (Boratav, 2014, s.151). Piyasaların liberalleşmesi adına, emek kesimini koruyan düzenlemelerin birer birer ortadan kaldırıldığı bu dönemde bir nevi formel kesiminde enformelleştiği bir süreç yaşanmaktadır (Özar ve Ercan, 2004, s. 206). Fordist dönemde sendikaların görece güçlü ve süreci belirleme yönü post-fordist dönemde gerilemeye başlamıştır. Bunda özellikle 1980-1983 yılları arasında 12 Eylül rejiminin bu faaliyetleri kısıtlayıcı ve yasaklayıcı rolü ve bu dönemlerden sonra bu ortamı devam etmesi ve kısıtlayıcı hukuksal düzenlemelerin yürürlükte olması ve memur sendikalarının somut olarak yokluğu da süreci kolaylıkla yerleşmesine imkân vermiştir. Sendikal oluşumların kendi aralarında ideolojik olarak ayrışması, özelleştirme, taşeronlaştırma, piyasalaştırma politikalarına birlikte tepki²⁹ verememelerine yol açmıştır. Bu süreçte bazı sendikaların özelleştirme süreçlerinin sendikalara olumlu yansımaları olacağını dair bir tutum içerisinde olmaları, yaşanan sürece topyekûn bir karşı duruş sergileyememelerine ve genel olarak zayıflama sürecine girmelerine neden olmuştur (Aslan, 2005, s. 307; Topak, 2012, s. 298).

²⁹ Örneğin eski Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu Başkanı Refik Baydur, sendikaları baskı grupları olarak üyelerinin çıkarlarını korumakla yetkili yapılar olarak görmenin yanlış bir yaklaşım olduğunu belirtmektedir. Buna göre; sendikaların çok geniş bir bakış açısına sahip olarak, üyelerinin refahından, işletmenin rekabet gücüne, iktidarın uygulamalarından, sanayinin yatırım ve kapasite artırımına, çevre temizliğinden, insan sağlığına, rejimin ayakta kalmasından, demokrasinin gelişmesine kadar birçok fonksiyonu söz konusudur. Günümüzde artık feodal beylerin, toprak ağalarının, burjuvazinin geride kaldığı bir toplumsal yapıda, sınıf temelli bir sendika anlayışının gereksiz olduğunu belirten Baydur, işçi-işveren ayrımı yapmadan, beraberce ve mutlu bir şekilde üretip, ortaya çıkan pastayı bölüşmenin daha uygun bir yol olduğunu belirtmektedir (Baydur, 2008, s. 243-4).

4. SAĞLIK HİZMETLERİ VE NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM SÜRECİ

4.1. Sağlık Kavramı

Sağlığın kavramsal mahiyeti konusunda herkesin üzerinde uzlaştığı bir tanımı yoktur. Bury (2005, s.1), sağlığın tanımını yapmanın, kör birinin fili tanımlaması metaforundaki gibi tanımı yapana göre değişen ve göreceli bir durum olduğunu belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında yaptığı sağlık tanımıyla, bugüne kadar yapılan sağlık tanımlarının kısıtlı ve dar olduğunu, sağlığın esasen, hastalık ve sakatlık yokluğu yanında fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden de tam bir iyilik hali olarak tanımlanmasının daha doğru olacağını önermiştir. Bunun yanında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında ise sağlık; soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılan bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine olanak sağlayan bir kaynak olarak da tanımlanmaktadır (Fişek, 1983, s. 1; Somunoğlu, 1999, s. 52; Sağlık Bakanlığı, 2001). Sağlığın ve hastalığın biyomedikal model açısından tanımı ise şu şekilde yapılabilir. Bu model temelde; insanı ruh ve beden olarak iki ayrı sürecin bileşimi olarak görmekte, bedene mekanik bir bakış açısıyla yaklaşarak bu süreçte ortaya çıkan hastalıkları biyolojik bir zayıflık olarak görerek bu noktada doktoru (bir mühendis gibi) vücudu tamir eden, onaran ve eski durumuna getiren bir aktör olarak görmektedir. Biyomedikal model bu noktada, insanı tek taraflı ele alarak indirgemeci bir bakış açısıyla sürece yaklaştığı şeklinde eleştirilmiş ve hastalığı ortaya çıkaran biyolojik faktörler yanında dışsal faktörlerin de etkili ve belirleyici olduğunu, bireylerin (hastaların) bu süreçlerde pasif olmadıklarını öne süren sosyal model sağlık ve hastalık süreçlerinin tanımlanmasında yeni bir bakış açısı olarak ortaya çıkmıştır (Nettleton, 2006, s.2-5). Bu noktada sağlıkla ilgili yapılan tanımlara bakıldığında temelde; fiziksel, biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda iyilik ve sağlamlık haline işaret eden bir mahiyette olduğu söylenebilir.

Sosyolojik açıdan ise sağlık farklı dönemlerde farklı yaklaşımlar tarafından ele alınarak tanımlanmıştır. Sosyolojinin kurucu babaları olarak bilinen Marx, Weber, Durkheim ve Simmel'in tıp ve sağlık konusunda, alana sosyolojik bir perspektif kazandırmaları noktasında katkıları (Durkheim hariç) yok denecek kadar azdır. Bu isimler arasında istisna olan Durkheim, 1897 yılındaki İntihar adlı çalışmasında, sosyolojinin bireysel davranış hakkında psikolojik açıklama ve kabullere dayanmayan özerk ve bağımsız bir alan olduğunu ispat etme saikiyle hareket ederek, intihar ve

nedenleri üzerinde toplumsal bir bakış açısıyla açıklama girişiminde bulunmuştur (Turner, 2011, s. 15). Bu alandaki eleştirel çalışmalardan biri olarak nitelenebilecek, İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu adlı çalışmasında F. Engels, İngiltere toplumsal tarihi üzerinde durarak kapitalist üretim sürecinin gelişimini emekçi kitlelerin çalışma ve yaşam koşulları paralelinde ele alarak incelemiştir. Engels bu çalışmasında emekçi kitlelerin karşılaştıkları sağlık problemlerini ayrıntılı gözlem ve analizlerle ortaya koyarak, hastalık ve sağlık olgusunun ortaya çıkmasındaki ekonomi-politik etmenlere vurgu yaparak konuya farklı bir açıdan yaklaşmıştır (Engels, 1974, s. 142). İşlevselci teorinin öncülerinden olan Parsons ise, sistem kuramı çerçevesinde tıp mesleği ve tıp profesyonellerini ele alarak bu alandaki süreçleri açıklamaya çalışmıştır. Toplumu uyum ve denge içerisinde bir yapı olarak gören Parsons, kapitalist ekonomilerin hâkim olduğu dönemde kapitalist bir nitelikte olmayan kurumların (ve bunlardan biri olan tıp mesleğinin) özgeciliğe ve etiğe dayalı yapısının piyasa ilişkilerinin rekabetçiliğini ve bencilliğini kırma işlevini üstlendiğini belirtmiştir. Tıp mesleğine ve profesyonellerine verdiği değer yanında Parsons, tıbbi bilginin ve uygulamaların meşruiyetini de sorgulamış, tedavi ve iyileşme süreçlerinin bir sistem meselesi olduğunu vurgulamıştır. Parsons, hastalık ve tedavi süreçlerinde tıbbi alan dışında, büyü, sihir, din gibi alanlarının da var olduğunu, hastalığın sihirle, dinle ya da bilimle tedavi edilip edilmediğinin pek bir önemi olmadığını vurgulamıştır. Bu alanlar tarafından uygulanan tedaviler eğer başarılı olursa sistemin meşrulaşacağı bir durumun ortaya çıkacağını, aksi durumda ise başarısızlığın doğaya, şeytana veya bilgi eksikliğine bağlanacağını ve sistemin bu şekilde meşruiyetinin sorgulanacağını belirtmiştir. Parsons hastalık olgusunu biyolojik süreçlerden ziyade toplumsal, politik ve kültürel koşulların bir sonucu olarak değerlendirmekte ve bireylerin (hasta rolüne girerek ve belirli prosedürlerle toplumun onayını alarak hasta olarak meşruiyet kazandıkları) hastalığı toplumun normlarından kaçıp sığındıkları bir alan (sığınak) olarak kullandıklarını belirtmektedir (Parsons, 2005’den akt. Şavran, 2010, s. 21). Tıp kurumunun başlıca hastalık, sağlık ve tedavi süreçlerine radikal ve eleştirel bir noktadan yaklaşan Ivan Illich ise, günümüz modern tıbbının hastalara yarardan çok zarar verdiğini öne sürerek, bu kurumunun bizi kendisinin bir tehlike haline geldiğini belirtmiştir. Illich, iatrojenez³⁰ kavramı

³⁰ İatrojenez (iatrogenesis); köken itibarıyla klasik Yunancada hekim anlamına gelen iatros ve köken anlamına gelen genesis kelimelerinden oluşmaktadır. Buna göre başlıca klinik, sosyal ve kültürel iatrojenez başlıkları altında sağlık kurumunu ele alan Illich; **klinik iatrojenezin**, doktorların hastaları tedavi etmek ve onları sömürmek amacıyla verdikleri zararlar yanında, kendi hatalı uygulamalarından kaynaklı

çerçevesinde ele aldığı sağlık alanında ortaya çıkan değişimleri, başlıca toplumun tıbbileştirilmesi³¹ ve tıbbın profesyonelleştirilmesi süreçleri açısından ele alarak, bu bakış açısının doğurduğu sonuçlar üzerinde durmuş ve bazı çözüm önerileri³² getirmiştir. Postmodern düşüncenin öncülerinden biri olan M. Foucault ise, tıbbi bilginin ve kurumların ortaya çıkışını tarihsel olarak ele aldığı *Kliniğin Doğuşu* adlı çalışmasında

karşılaştıkları davalardan korunmaları noktasında, gerek kendilerinin gerekse de diğer yapılar aracılığıyla (adalet) oluşturdukları koruma kalkanları ve girişimlerini içerdiğini belirtmektedir. **Sosyal iatrojenez** ise, tıp kurumunun stresi çoğaltarak, kişiyi aciz duruma düşüren bağımlılıklar yaratarak, yeni gereksinimler ortaya çıkararak, rahatsızlık ve ağrı durumlarına karşı bireylerin dayanma eşiklerini düşürerek, herhangi bir sorunla karşılaşan bireylerin başka birilerine sığınma aralığını daraltarak ve kişinin kendini iyileştirme hakkını elinden alarak bu alanlarda tıbbın tekeli eline geçirmesi süreci olarak nitelenebilir. Tıp kurumunun sağlığı yadsıdığı üçüncü boyut olan **kültürel iatrojenez** ise; insanların kendi doğal gerçeklerine katlanma irade ve gücünü tüketmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu yadsıma süreciyle birlikte acı olgusu gerçek insan tepkilerini tanımlama noktasında yararsız bir uğrak haline gelmektedir. Geleneksel kültürlerde ağrı, hastalık ve ölüm süreçleri, insanların bunlara meydan okuma şeklinde göğüs gerdiği bir nitelik gösterirken, tıbbi uygarlığın gelişmesiyle birlikte, bu süreçleri bireyin ekonomik taleplerinden biri haline gelmiş ve günlük yaşamın dışında çözümlenmesi gerekli sorunlar olarak görülmeye başlanmıştır. Kültürel iatrojenez süreciyle birlikte hastalık, sakatlık ve ölüme karşı sağlıklı insan tepkileri felç edilerek, insanların mühendislik bakış açısına göre düzenlenmiş sağlık yöntemlerini kabul ederek bu süreçlerin tüketimine katılarak kendilerini daha iyi daha sağlıklı hissettirilmesi ve bireylerin bu süreçleri talep eden öznel haline getirilmesi söz konusudur (Illich, 1995, s. 30 -94).

³¹Fransız ve Endüstri Devrimleri sonrasında ortaya çıkan sekülerleşme süreciyle birlikte, dinin sosyal hayat üzerindeki etkisinin gerilediği bir dönemde ortaya çıkan iki mitin, yaşamın tıbbileştirilmesi sürecinde önemli rol oynadığını belirten Illich (1995, s. 108) buna göre bu dönemle birlikte hekimlerin din adamlarının yerini alabileceği düşüncesinin yerleşmeye başladığını belirtmektedir. Bunun yanında ikinci mit ise toplumların etkin bir politik sistemle özgün sağlıklarına kavuşabilecekleri düşüncesinin kabul görmesine bağlı olarak hastalık ve sağlık süreçlerinin toplumsal bir konu haline gelmesi tıp kurumunun ve uygulayıcılarının elini güçlendirmiştir. Diğer taraftan tıbbileştirme kavramının öncülerinden olan Irvin Kenneth Zola (1972, s. 487; 1994, s. 54) bu dönemlerle birlikte toplumun yeni yönlendiricilerinin ellerinde ne İncil (*din adamlarına atfen S.A.*) ne de Blackstone (*avukatlara atfen S.A.*) bulunduğunu belirterek yeni dönemde cübbelerin sırttan çıkarılmadığı sadece renklerinin kırmızı ve siyahtan beyaza dönüştüğü ve tıp kurumunun bir sosyal kontrol aracı haline geldiğini belirtmektedir. Zola, tıbbın hâkimiyeti kurulması sürecinin temelde 4 başlık altında toplanabileceğini belirtmektedir. Buna göre ilk olarak bu dönemle birlikte tıp ile ilgili olabilecek her nesne ve durum tıbbın ilgi alanına dâhil edilmiştir. İkinci olarak bu dönemle birlikte bazı teknik prosedürler bütünüyle tıbbın tekeline bırakılmıştır. Üçüncü olarak ise bu dönemle birlikte tıbbın sorumluluk alanı içerisindeki birçok süreç diğer disiplinler için bütünüyle tabu haline getirilirken tıbbın önündeki tüm tabular ortadan kaldırılmıştır. Ve son olarak tıbbın ilgi alanı içerisine dâhil edilen her şeyin sağlıklı bir yaşam için gerekli önemli olduğu görüşü ön plana çıkarılıp bunların toplumlara benimsetilmesi amaçlanmıştır. Nettleton (2006, s. 1) ise, bundan 30 yıl önce sağlık ve hastalık kavramlarının daha çok hastaneler, doktorlar, hemşireler, ilaçlar ve ilk yardım çantasıyla ilişkili kavramlar olarak düşünüldüğünü ancak bu kavramların günümüzde; sağlıklı besinler, vitamin takviyeleri, aromatik bitkiler, alternatif tıp, egzersiz bisikleti, sağlık kulüpleri, yürüyüş-koşu ayakkabıları, sağlık kontrolleri ve daha bir çok konu ve alanla ilişkili bir alan haline geldiğini belirterek yaşamın tıbbileştirilmesi sürecine vurgu yapmıştır.

³² Illich (1995, s. 176) toplumun tıbbileştirilmesi ve tıbbın profesyonellikten arındırılması noktasında yapılması gerekenin hakiki uzmanlığın saf dışı bırakılması ve teknik dilinin yasaklanması anlamına geldiğini belirtmektedir. Bu noktada yapılması gerekenin temelde kamu fonlarının, tıp locası üyelerinin tavsiye ve denetimleri altında israf edilmesinin önlenmesi ve tıp profesyonellerinin uyguladıkları (başkaları tarafından kendilerine uygulanacak olandan daha fazla ve aşırı) büyük tedavi paketlerini peşkeş çekmelerinin önlenmesi ve bu noktada toplumun daha da güçlendirilmesi anlamlarına geldiğini belirtmektedir.

hastalık, beden, hekim ve hasta arasındaki ilişki ve söylem biçimlerinin değişiminin modern tıbbın önemli değişim uğraklarından biri olduğunu belirtmiştir. Foucault, 18. yüzyılın sonlarından itibaren ortaya çıkan modern tıbbın esasında bin yıllık bir süreç içerisinde oluşan tıbbi bakış ve algılama biçimlerine dayalı yapının yeniden düzenlenmesine dayandığını belirtmektedir. 19. yüzyılın başındaki hekimlerin yüzyıllar boyu görünür ve açıklanabilir olmanın eşiğinde kalan bilgileri yeniden betimleyerek “sözcükler ve şeyler arasında, göstererek ve söyleterek ve bazen de sanki yine de erkenci bir bakışa dönüş söz konusuymuşçasına daha arkaik bir düzeyde yer alıyor gibi gözükken, gerçekten de saf bir söylemde, yeni bir ittifak” ortaya koymaları söz konusudur (Foucault, 2006b, s. 10). Foucault’ya göre bu temel üzerinden şekillenen yeni dönemde, kapitalist gelişme sürecine paralel nüfus ve kentleşmenin artmasıyla birlikte nüfusun kontrol altında tutulmasında eski yöntemlerin etkili olmamasına bağlı olarak yeni akademik disiplinler ortaya çıkmıştır. Modern akademik disiplinler içerisinde yer alan modern tıp, kriminoloji, penoloji (ceza bilimi), psikoloji, sosyoloji ve psikiyatri gibi bilim dalları temelde nüfusun tahmini ve kontrolünü sağlamakla birlikte, insanların kabul etmeleri ve uymaları gerekli olan normları üreten ve bunların devamlılığını sağlayan yapılar olarak işlev görmektedirler (Akt. Şavran, 2010, s. 45). Bu noktada Foucault, modern tıbbın ve diğer disiplinlerin ortaya çıkışını söylem ve iktidar süreçleriyle birlikte ele alarak incelemekte özellikle modern tıbbi bilginin ve tedavi süreçlerinin iktidar tarafından disipline edici bir amaçla yeniden oluşturulduğunu öne sürmektedir.

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri genel olarak; belirli sağlık kuruluşlarında farklı sağlık personellerinden faydalanılarak oluşturulan, toplumun gereksinimi olan hizmetleri sunma noktasında her türlü koruyucu, tedavi edici hizmetleri ülke çapında örgütleyen ve kalıcı bir sistemle sunan yapılar olarak tanımlamak mümkündür. Sağlık hizmetleri temelde; sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu noktasında örgütlenen ve sunulan çalışmaların tümünü içeren yapılardır (Akdur, 1999, s. 5). Diğer taraftan 6-12 Eylül 1978 tarihinde gerçekleştirilen Alma-Ata Bildirgesinde ise temel sağlık hizmetleri (TSH), bir toplumdaki aile ve bireylerin geneli tarafından kabul edilen yollarla ve onların katılımı ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara sunulan hizmetler olarak tanımlanmıştır. Buna göre toplum sağlığı hizmetleri ekonomik ve sosyal kalkınmanın temel ögesi olarak görülmüş, bireylerin sağlık hizmetlerinin planlama ve

uygulaması aşamalarına katılımı önerilmiştir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin toplumdaki herkese onların kabul edebilecekleri bir şekilde sunulması ve sağlık personelinin ekip anlayışı içerisinde örgütlendiği bir yapının önemi vurgulanmıştır (Erci ve Tuncel, 1991, s. 184).

4.3. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişim Süreci

Uygarlık sürecinin gelişim çizgisine paralel, sağlık hizmetlerinin de teknolojik düzey ve hizmet sunma biçimi yönünden sürekli bir değişim içerisinde³³ olduğu söylenebilir. Bu gelişim ve değişimde, bilimdeki gelişim ve birikimle birlikte, toplumların içerisinde bulunduğu mevcut üretim ilişkileri ve biçimlerinin de etkili ve belirleyici olduğu söylenebilir (Akdur, 1999, s. 2-3). Sağlık olgusu ve sağlık hizmetleri insanlık tarihinin ilk dönemlerinden itibaren bireylerin ve toplumların hayat koşullarını etkileyen ve belirleyen bir nitelik taşımıştır. Bugünkü modern anlamda tıbbi hizmetlerin ve kurumların gelişmediği dönemlerde insanoğlu, hasta hayvanların hangi otları ve besinleri yediğini gözlemlemiş ve bunları kendi hastalıklarında kullanmaya başlamıştır. Bir taraftan hayvanların davranışlarını gözlemleyen insanoğlu bunun yanında vücutlarında oluşan

³³ Buna göre (Yavuz, 2011, s. 13):

- *Mistik dönem*, olarak adlandırılan dönemde pozitif bilimlerin varlığından dahi söz edilemeyen, iyilik ve kötülük halinin bir takım doğaüstü güçlere ve olaylara dayandırıldığı ve sağlık işlemlerinin esasını; kötü ruhları kovma, doğaüstü güçlere adak sunma, tapınma ve benzeri mistik eylemlerin oluşturduğu bir yapı söz konusudur.
- *Polifarmasi dönemi* olarak adlandırılan dönemde mistik uygulamaların yanında günlük yaşamda rastlantılar sonucu bulunan bazı bitkilerin, gıdaların ve maddelerin iyileştirici ve tedavi edici yönlerinin bulunduğu ve buna dayalı tedavilerinin uygulanması söz konusudur. Polifarmasi olarak adlandırılan bu dönemde uygulanan tedavi yöntemleri ve ilaçların bazılarının günümüzde modern tıbbın yanında uygulama alanı bulan alternatif tıp ve geleneksel tıp uygulamalarında kullanılmaya devam ettiği söylenebilir.
- *Etiyolojik tedavi dönemi*, olarak adlandırılan dönemde bilimsel alandaki gelişmelere paralel birçok hastalığın etkeni veya oluş mekanizması bulunmuş ve hastalıkların birbirinden ayrı olgular olduğu anlaşılmış ve buna dayalı etkin tedaviler uygulama alanı bulmuş ve modern tıbbi kurum ve profesyonellerini giderek alana hâkim olduğu ve bu alandaki bilgi tekeli ele geçirdiği bir dönem niteliği göstermektedir. Bu dönem önceki dönemlere göre bilimsel ve daha akılcı ilkelere göre işlese de bu dönemin ana karakteristiği “hasta kişi yok hastalık var” şeklinde olmuştur. Hastalanan kişinin sosyo-ekonomik statüsü ve sınıfsal konumu ve bu etkenlerin hastalığın oluşumundaki rolünün kavranmadığı sadece hastalık üzerine yoğunlaşıldığı bir sağlık ve hastalık algısı ve buna dayalı bir çözüm süreci söz konusudur.
- *Çağdaş Dönem*, olarak adlandırılan bu dönemde hastalıkların etken ve oluş mekanizmalarının bulunması yanında hastalığı ortaya çıkaran fiziki, biyolojik ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulduğu koruyucu önlemlerin de önemsendiği ve sağlık süreçlerine dâhil edildiği bir süreç söz konusudur. Özellikle epidemiyoloji disiplinindeki gelişmeler hastalıkların ayrıntılı bir şekilde incelenmesine olanak sağlamıştır. Hastalığın oluşumunda hastalık etkeninin yanında çevresel faktörlerinde önemini ortaya koyan faktörler etken, kişi ve çevre başlıklarıyla adlandırılan üç grup altında toplanmıştır. Epidemiyolojik üçlü, olarak adlandırılan bu faktörler hastalıkların nedenlerinin bireysel olduğu kadar toplumsal ve sınıfsal karakterinin olduğuna işaret etmektedir.

kesik, yara veya çeşitli sebeplerle görülen kanamaları yakından inceleme ve buna yönelik cerrahi işlemler yaparak tedavi süreçlerinde de belirli birikimleri oluşturma yoluna gitmiştir. Binlerce yıl süren bu süreçte tedavi metotları; kabile şefleri, rahipler, büyücüler gibi bu işe yatkın kişilerin ve grupların bildiği ve sunduğu bir hizmet niteliği göstermiştir. Özellikle bazı kabilelerde veraset yoluyla hekim olunurken, bazılarında bu göreve deforme vücutlular, saralılar gibi olağanüstü özelliği olanlar seçilmiştir. Fikri yapıları geliştikçe hastalıkların nedenlerini düşünmeye başlayan insanlar, gözle görülebilen sebeplerden kaynaklanmayan tıbbi problemleri açıklayamamış, bunları yıldızların durumu, güneş ve ay tutulması, şimşek çakması gibi tabiat olaylarına bağlamışlardır. Bu inanışlar insanın su, ağaç, toprak gibi bazı nesneleri tabulaştırmasına yol açmış; totem sembolü olarak yaptırılan sihir, büyü, muska, dövme ve hastalığa yol açtığı düşünülen kötü ruhların bedenden uzaklaştırılması gibi farklı yol ve metotlar uygulamışlardır. Sihir ve büyü uygulamalarının oldukça fazla olduğu bu dönemde doğal dengenin bozulması iyi veya kötü ruh ve kuvvetlere bağlanmakta ve bu şekilde açıklanmaktaydı. İyi ve kötü kuvvetlerin inşa bedenine ortaya çıkardığı bu dengesizlikler büyücü ya da şaman adı verilen kişiler tarafından uygulanan sihir, büyü veya bazı doğal yöntemleri uygulayarak tedavi etmeye böylelikle geleneksel tıbbi uygulamaların gelişmesine imkân sunmuştur. Yazının bulunmasıyla birlikte o zaman kadar biriken tıbbi bilgiler ve tedavi uygulamaları kaydedilmeye ve sosyal hayatın merkezi konumundaki tapınaklarda koruma altına alınmaya başlanmıştır. Tapınaklarda bulunan yazılı tabletlerin dışarıya çıkarılmasının yasak olması ve rahipler dışında çok az kimsenin yazıyı bilmesi tıbbi tedavilerin ve uygulamaların sadece din adamlarının yürüttüğü bir meslek olmasına neden olmuştur (Nasuhioğlu, 1974, s. 10; Türkoğlu, 1991, s. 45; Bayat, 2010, s. 33; Ceylan, 2012, s. 9). Mısır uygarlığında tapınaklarda, uzman şifacılar eliyle, gelen hacılara verilen ve ‘tapınak tıbbi’ olarak nitelenebilecek sağlık uygulamaları, tanrıların insanlara bir lütfu, kerameti olarak görülmüş ve bu hizmetleri sunan şifacılara büyük bir statü kazandırmıştır. Kökeni temelde sihir, büyü ve otlardan yapılan ilaçlar ile tedavilerden alan Halk Hekimliği (Folk Medicine) yüzyıllar boyunca hasta tedavilerinde kazanılan birikimlerin babadan-oğula, ustadan-çırağa ve yaşlılardan- gençlere aktarılması yoluyla varlığını devam ettirmiştir. Günümüz toplumlarında modern sağlık hizmetlerinin ulaşamadığı coğrafi bölgelerde halk hekimliği uygulamaları varlığını devam ettirmektedir. Halk hekimliği uygulamaları arasında dişçiler, cerrahlar, kırık-çıkıkçılar, kehhallar (göz hastalıklarını tedavi eden kimse) bulunmakta ve bu sağlık bilgisine sahip olan kimseler toplum nezdinde güç ve

bilgileri ölçüsünde statüleri ve güçleri olan kimselerdir (Fişek, 1983, s. 23; Lang, 2013, s. 45).

Modern tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat, tıbbi uygulamaların din, felsefe ve mitolojinin etkisinden kurtulup, seküler-dünyevi bir niteliğe kavuşmasında önemli bir yere sahiptir. Hipokrat'ın 2500 yıl önce koyduğu kurallar, hekim-hasta ilişkilerine dair yaptığı saptamalar günümüzde de geçerliliğini korumaktadır. Doğu-İslam medeniyetinde ortaya çıkan ve Hipokrat kadar önemli bir yere sahip olan İbn-i Sina'da bu disiplinin gelişmesinde önemli bir yere sahiptir. İbn-i Sina³⁴, 16 yaşında tıp eğitimine başlamış ve bu alanda yazdığı Kanun isimli eseri Rönesans dönemine kadar tıp okullarında okutulmuştur. İbn-i Sina mikrobun keşfinden uzun yıllar önce, en güvenilir suyun kaynatılıp soğutulan su olduğunu belirtmiş bunun yanında; mide ülseri, 14 çeşit nabız çeşidini tanımlamış, cüzzam, kızamık, çiçek gibi hastalıkları tanımlamış ve çeşitli tedaviler ortaya koymuştur (Nasuhioğlu, 1974, s. 15-89). Orta Çağ Avrupası'nda Manastırlar rahip hekimlerin, hastaları muayene ettikleri ve çeşitli tedaviler uyguladıkları hastaneler haline gelmiştir. Batı Roma döneminde laik bir nitelik gösteren tıbbi uygulamalar bu dönemlerden itibaren dini bir niteliğe bürünmüştür. 5. yüzyıldan itibaren Avrupa'da yaygınlaşmaya başlayan Hristiyanlık dini 10. yüzyıldan itibaren batı uygarlığına hâkim olmuş ve bu dönemlerde kiliseler hastaların o dönemde çeşitli Avrupa ülkelerinde bulunan Musevi ve Müslüman hekimlere gitmesini yasaklamıştır. Aynı şekilde kilise, tıp eğitimi almak isteyen kimselerin, din adamı olarak da yetişmelerini şart koymuştur (Erdemir, 1996, s. 7). Haçlı seferleri döneminde (1090-1300) tüm Avrupa'da yaygın olarak görülen ruhani şövalye tarikatları üyelerini doğudaki Müslümanlarla savaşmak ve hasta hacılarıyla, haçlı ordusuna katılanlara bakmakla görevlendirmiştir. Bu tarikatlara üye olan şövalyeler itaatkâr ve sadık üyeler olarak evlenme, mal edinme haklarından vazgeçmişler ve kendilerini hasta ve terkedilmiş din kardeşlerine hizmete adanmışlardır. Bu tarikatlar kendilerine yapılan bağışlar, verilen tımarlardan elde edilen gelirle kendilerine hastaneler kurup işletmişlerdir. Bu hastanelerde fakir ve ihtiyaç sahibi olan kimseler ücretsiz olarak tedavi edilmekte ve ilaçları sağlanmaktaydı. Bu tarikatlar

³⁴ Fişek (1983, s. 24), bilimsel hekimliğin Yunan sitelerinde başladığı ve M.Ö. 400'lü yıllarda yaşayan Hipokrat'ın bilimsel tıbbın kurucusu olduğu genel kanısının aksine aslında Yunan tıbbının Mezopotamya, Mısır ve Anadolu hekimliğinin devamı olduğunu belirtmektedir. Eski Yunan uygarlığında hekimlik tanrısı olarak bilinen Asklepion'un aslında İmhetop adlı Mısırlı bir hekim olduğunu belirten Fişek, İslam dünyasındaki İbn-i Sina ve Razi gibi büyük hekimlerin de tıp tarihi içerisinde (bir derecelendirme yapmadan) haklarının teslim edilmesi gerektiğini belirtmektedir.

üyelerinin şövalyelik görevlerinin aksamaması için zaman içerisinde dışarıdan eleman temine etme yoluna gitmiştir. Kardeş olarak niteledikleri bu çalışanlar, hastane hizmetlerini yürütmekle birlikte zaman içinde hastane yönetimlerini de ele alarak hastane kardeşlik birimlerini (hastane tarikatları) kurmuşlardır (Dilik, 1988, s. 50).

Rönesans dönemine girildiğinde, din kurumunun genel olarak kendi alanına çekilmesi sürecine paralel tıbbi uygulamalarda kilise ve din adamlarının var olan egemenlikleri de zayıflamaya başlamıştır. Bu dönemlerde bilimsel çalışmalar üzerindeki dinin baskısının ortadan kalkmasıyla birlikte, gerçeğe uygun ve diseksiyona (bir canlının içyapısını inceleme amacıyla yapılan kesi işlemi) dayanan anatomik çalışmalar, gerek tıp alanında gerekse de sanat alanında (gerçeğe uygun çizimleri yapılması noktasında) ilerlemeye yol açmıştır. Gerçeğe uygun ve diseksiyona dayalı anatomik çizimler yapan Leonardo da Vinci (1452-1519) bu alanda anatomi kitapları yazmış, aynı şekilde Caprili Berengarius ve modern anatominin kurucusu sayılan Andreas Vesalius bu dönemde yaptıkları çalışmalarla tarihe geçmişlerdir. Bütün bu gelişmelere karşın geleneksel sağlık uygulayıcılarının (kırıkçılar, dişçiler, berberler) faaliyetleri ve toplum nezdindeki önemleri bu dönemlerde de devam etmiştir. Bunun yanında sağlık kurumlarının ve çalışanlarının dernekler ve çeşitli yapılar altında örgütlendiği bu dönemde; Florence Nightingale³⁵ in Kırım Savaşı'ndaki hizmetleri hemşirelik mesleğinin, Kızılhaç'ın kurulması ise sağlık alanında kurumsallaşma süreçlerinin hızlanmasına yol açmıştır (Roemer, 1993, s. 13; Şenses ve Aydın, 2007, s. 22; Ersoy, tarihsiz, s. 16).

Tıbbi kurumların ve uygulamaların kurumsallaşmaya ve bilimsel bir niteliğe kavuştuğu 17. ve 18. yüzyıllardan itibaren hekimlik mesleği giriş ilkelerinin ve kimlerin sağlık hizmetlerini sunacağı noktasında bazı ilke ve kuralların yerleşmeye başlamasıyla birlikte din adamlarının ve geleneksel iyileştiricilerin meşruiyeti sorgulanmaya ve iktidarları sarsılmaya başlamıştır. Foucault (2006a, s. 435), Deliliğin Tarihi isimli

³⁵ Profesyonel anlamda hemşirelik mesleği yeni bir meslek olarak tanımlanabilir. Modern döneme kadar hastanelerde hasta bakımı hizmetli kadınların ve erkeklerin, evlerde ise ev kadınlarının işi olarak görülmektedir. Hemşireliğin bir meslek olarak ortaya çıkmasında Florence Nightingale'in bu noktada büyük bir rolü bulunmaktadır (Fişek, 1983: 133). Hemşirelik mesleğinin daha bilimsel bir temele oturması noktasında katkıları olan Nightingale; ataerkil toplum yapısında hemşirelik mesleğini kadınlarla özdeşleştirilmesi ve hemşireleri bu alanda pasif bir şekilde konumlandırması noktasında ise eleştirilmiştir. Tıp mesleği içerisinde iş ve otorite konularının hiyerarşik dağılımındaki eşitsizliklerinin yanında; tıp alanında doktorun bilgisinin daha bilimsel, hemşirenin ise sadece eylemlerinin bedensel ve pratik olarak kodlandığı bir yapının varlığı, toplumsal yapıda bulunan hiyerarşik yapıların bir yansıması olarak değerlendirilmekte ve kadınların aleyhine bir yapıya işaret etmektedir. (Gamarnikow, 2013, s. 101; Turner, 2011, s. 172-5).

eserinde özellikle bu dönemlerden itibaren tıbbi düşünce ve uygulamaların her ne kadar bugün tanıdığımız birliğe ve tutarlılığa sahip olmasa da belirli bilimsel ilkelerin ve niteliklerin yer almaya başladığı ve bu alanın belirli niteliklere sahip grupların söylem ve iktidarlarını oluşturduğu bir alan haline geldiğini belirtmektedir. Modern dönemle birlikte (Sur, 1998, s. 217) tıbbi kurumların ve sağlık profesyonellerinin sağlık alanındaki hâkimiyetlerini sağlamlaştırdığı ve diğer sağlık aktörlerini (din adamları ve geleneksel iyileştiricileri) sağlık alanının dışına ittiği ve sağlık alanının devlet tarafından düzenlendiği ve kontrol edildiği bir yapı ortaya çıkmıştır. Modern tıbbi bilimlerin ve uygulamaların ortaya çıkması son iki yüz yıl içerisinde ortaya çıkmıştır. 1798 yılında Jenner tarafından çiçek aşısının bulunması ve daha sonradan çeşitli ilaç gruplarının tanımlanması ve tedavi süreçlerinde etkin kullanımı somut anlamda yeniliklerin faydalarının görülmesine imkân vermiştir. Sanayi devriminin ortaya çıktığı dönemlerde özellikle kentleşme ve sanayileşme süreçlerinin artmasına paralel hastalıklar konusunda yapılan çalışmalarda da hızlanma yaşanmış ve bilim konusundaki eski yargılar değişmeye ve sağlık alanında risk paylaşımına dair işbölümü ve uzmanlaşma süreçleri (sigortacılık uygulamaları gibi) ortaya çıkmaya başlamıştır.

Sağlık alanında yaşanan bilimsel bilgi birikimine dayalı olarak sağlık meslekleri ve uzmanlıkları gelişmeye başlamıştır. Geleneksel toplumlarda işlevsel olan uzman olmayan kimselerin eliyle verilen sağlık hizmetleri bu dönemlerden itibaren sağlık profesyonellerinin eline geçmiş ve bu alanlarda standartlar³⁶ ve kurallar oluşturulmuştur. Hastanelerin ve sağlıkla ilgili mesleklerin kurallara bağlanması ve ruhsatlandırılması uygulaması 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkmıştır. Hekimlerin bir yere kayıt olma zorunluluğu 1870'li yıllarda ABD'de uygulanmaya başlamış ve hekimlerin mesleki çıkarlarını koruma noktasında bir talep olarak ortaya çıkmıştır. 1901 yılında ise ABD Tıp

³⁶ Örneğin modern öncesi dönemde tedavi hekimliği bugünkü anlamda bir bütünlük arz etmemekteydi. Günümüzde cerrahlık, ortopedi ve obstetri (kadın doğum) gibi dallar hekimlik içinde yer almakla birlikte bu meslekler geçmişte daha çok el becerisine sahip olan kimselerin uyguladıkları bir nitelikte olmuştur. Hekimler ile cerrahların eğitim bakımından aynı kaynaktan gelmeleri uygulaması ilk olarak 1724 yılında Fransa Kralının emri ile kurulan Paris Tıp Fakültesi Cerrahi kürsüsünün kurulmasıyla başlamıştır. Bu süreçle birlikte tıp alanı içerisinde yeni uzmanlık alanları ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan alanlar ilk olarak kadın doğum daha sonradan göz hastalıkları ve 1880'li yıllardan itibaren ise diğer branşlar ortaya çıkmaya başlamıştır. 19. Yüzyılın sonlarından itibaren ise hükümetler tıp fakülteleri, akademi ve araştırma merkezlerinin kurulmasına ve bu alanlarda uzmanlaşma süreçlerinin artmasına destek olmuştur. Buna paralel olarak uzman hekimlerin alanda hâkim olmalarına paralel hastalar rahatsızlıklarının tedavisi noktasında bu uzmanlara yönelmeye başlamışlardır. 1950'li yıllardan itibaren ise uzmanlaşma modern tıbbın temel bir özelliği haline gelmiş ve temel biyolojik araştırmalar, teknolojiye ve çok merkezli klinik araştırmalara dayalı biyomedikal paradigma hakim olmaya başlamıştır (Fişek, 1983, s. 24; Terzi, 2012, s. 183).

Birliği hekimlik eğitimini ve mesleğini kurallara bağlayarak kurumsallaşma sürecini tamamlamıştır. 19. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren toplumsal-ekonomik ve siyasal dinamikler doğrultusunda özellikle Batı ülkelerinde bireylerin sağlığıyla ilgili konular, ilgili devletlerin bu konuda yükümlölük altına girdiği bir alan haline gelmiştir. Kentleşme, sanayileşme nüfus hareketlerinin etkisiyle sağlık hizmetlerinin hızlı bir şekilde kurumsallaşmaya başladığı 1850-1920 yılları arasında sağlık alanında iş bölümü ve uzmanlaşmanın arttığı, Batı Avrupa’da risk paylaşımı mantığından hareketle sigortacılığın ortaya çıkması, hayırseverlik ve yöneticilik kavramlarının yer değiştirmesi gibi etkenler her ülkenin kendine özgü sağlık sistemlerini kurmasına yol açmıştır. 1910 yılında ABD’de Carnegie Vakfı tarafından hazırlanan ve Flexner Raporu³⁷ olarak bilinen proje ile tıp eğitiminin hastanelerle bağlantılı olarak yapılması kararı alınmış. Bu şekilde bilimsel bilgi birikiminin, klinik uygulama ile birleştirilmesi amaçlanmış ve ilk kez John Hopkins Hastanesinde yapılan bu uygulama daha sonradan diğer ülkelerde uygulanmak üzere örnek alınmıştır. Ülkemizde ise 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı yasa ile sağlık alanındaki tüm meslek grupları için gerekli koşul ve yetkiler kurala bağlanmıştır (Sur, 1998, s. 218; Aydın, 2002, s. 185; Yavuz, 2011, s. 15-16).

Diğer taraftan modern tıbbın gelişiminde ekonomi-politik süreçlerin de belirleyici olduğunu belirten Akgün, 1842 yılında İngiliz Parlamentosu’ndaki Yeni Yoksul Yasası³⁸ çalışmalarında yer alan avukat Edwin Chadwick’in görüşlerinin bu noktada önemli olduğunu belirtmektedir. Buna göre bu raporda işçi konutlarının ve konut dışındaki kamusal mekânların düzenlenmesi ve belirli standartların sağlanması gerekliliği vurgulanmıştır. Fiziki ve sosyal çevreye yönelik bu düzenlemelerin yapılmaması durumunda ortaya çıkacak ekonomik ve sosyal maliyetlere yapılan vurgudan sonra, 1848

³⁷ Flexner Raporu her ne kadar tıp kurumunun kurumsallaşması sürecinde önemli bir eşik olarak kabul edilse de özellikle tıp kavramının ve hekimliğin tamamen pozitivist bir niteliğe bürünmesi, tıbbi uygulamalarda insani faktörünün ihmal edilmesi, koruyucu tıbbi uygulamalardan ziyade tedavi edici tıbbi öncelmesi, siyahları ve kadınları dışlayıcı bir nitelikte olması noktalarında da eleştirilmiştir (Ludmerer, 2010, s. 195-6; Mark and Stockton, 2003, s. 39).

³⁸ Yoksulluk sorununun tarihsel süreç içerisinde el alınışına ve bu alana yönelik uygulanan politikalara bakıldığında şöyle bir süreç söz konusu olmuştur. Bu noktada 18 yüzyıla kadar daha çok dini bir çerçeve içerisinde değerlendirilen 1. Elizabeth döneminde çıkarılan “Eski Yoksulluk Yasaları” diye bilinen yasalarla, yoksulluk sorunu bu dönemlerle birlikte seküler bir çerçeveye kavuşmuş ve süreç paternalist himayeci bir anlayışla ele alınarak temelde bu kesimlerin toplumsal kontrolü amacına hizmet etmiştir. Sistemin yeniden ele alındığı 1834 tarihli “Yeni Yoksulluk Yasaları” ile de önceki yasada mülk sahibi olmayan tüm kişileri kapsayan yoksulluk tanımı, bu yasayla birlikte iş göremez ve mülk sahibi olmayan kişiler olarak değerştirilmiştir. Bu yasayla birlikte temelde, yasa dışında kalan yoksul ve emekçi kitlelerin işgücü piyasalarına yönlendirilmesi ve mevcut piyasa rejimin düzenlenmesi süreçlerine hizmet etmiştir (Güngör ve Özügurlu, 1997, s. 1).

yılında İngiltere’de halk sağlığına yönelik düzenlemeleri içeren Halk Sağlığı Yasası kabul edilmiş ve bu uygulamalar diğer ülkelerde de uygulama alanı bulmuştur (Akgün, 2014, s. 8). Kapitalizm için sağlık sektörünün üç önemli işlevi yerine getirdiğini belirten Zencir (2012, s. 118) ise bunların, emeğin yeniden üretimi ve metalaştırılması işlevi, ulus inşa süreci ve hegemonya kurulması işlevi ve sermaye birikimi işlevleridir. Tarihsel süreç içerisinde bu üç işlev iç içe geçerek ve değişerek varlığını devam ettirmiştir. Kapitalizmin ilk dönemlerinde ulusun inşası ve emeğin yeniden üretimi işlevi ön planda iken, emek örgütlenme düzeylerinin arttığı dönemlerde toplumsal hegemonya kurulmasında sağlık hizmetlerinin önemli rolü olmuştur. Neo-liberal dönemde ise ilk iki işlevin gerilediği ve sermaye birikimi işlevinin ön plana çıktığı ve sağlık alanının bu amaçla yeniden inşa edildiği bir süreç ortaya çıkmıştır.

4.4. Sağlık Hizmetlerinin Temel Nitelikleri

Sağlık hizmetleri temelde toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için verilen hizmetlerin tümünü kapsayan bir nitelik göstermektedir. Toplum sağlığının korunması ve bu noktada alınacak tedbirlerin şeklini, standartlarını ve genel çerçevesini belirlemek ve hizmet üretim sürecini denetleme görevi Sağlık Bakanlığı’na aittir. Sağlık hizmetlerinin temel nitelikleri ise şu şekilde sıralanabilir (Tatar ve Tatar, 1996, s. 35-36; Mutlu ve Işık, 2005, s. 45; Görmüş, 2013, s. 108):

4.4.1. Sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliği: Herhangi bir mal veya hizmetin, bu mal veya hizmetin, üretim veya tüketiminde rol oynamayan üçüncü kişiler üzerinde etkiye bulunması bu mal veya hizmetin dışsallık özelliği taşıdığını göstermektedir. Bu etki olumlu ise pozitif dışsallık, olumsuz ise negatif dışsallık söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliği taşımasında dolayı piyasa koşullarının verimliliğini sağlayamayacak koşulların varlığı piyasaya müdahaleyi gerekli kılmaktadır. Örneğin sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip olan bağışıklama faaliyetleri kapsamında yapılan çocuk felci, kızamık, grip gibi aşılamaya uygulamaları sadece aşı uygulanan bireyleri değil bunların yakınlarını, çevresini ve toplumu da olumlu anlamda etkiler ve bazı risklerin ortadan kaldırılmasına yol açar. Bu anlamda sağlık hizmetleri olumlu dışsallık boyutu bakımından birçok mal ve hizmete göre ayrı bir yere sahiptir ve bu alanda elde edilen dışsallıkların hastalıkların önlenmesi ve toplumsal refahın artırılması noktasında tartışılmaz bir yeri vardır. Aynı şekilde tıbbi alanda yapılan bilimsel araştırma

ve gelişmeler de önemli dışsallıklara yol açmakta ve toplumsal ve bireysel refahın yükselmesinde önemli bir yere sahiptir (Mutlu ve Işık, 2005, s.50).

4.4.2. Sağlık hizmetlerinin kamusalılık özelliği:

Kamusal hizmetler/mallar saf kamusal hizmetler ve yarı kamusal hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır ((Nadaroğlu, 1976, s. 29; Stiglitz, 1994, s. 154; Karahanoğulları, 2002, s. 12; Uluatam, 2009, s. 32-34; Akdoğan, 2009, s. 47):

- *Saf kamusal mal ve hizmetler* ve bunları karşılamaya yönelik hizmetler piyasaya havale edilemeyen ihtiyaçlar olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetle nitelikleri gereği toplumun tümü tarafından kullanılan ve hiç kimsenin yoksun bırakılamadığı bu hizmetlerin devlet eliyle verilmesi zorunluluğu vardır. Örneğin savunma hizmeti gibi hizmetler saf kamusal hizmet niteliği göstermekte ve bu hizmetler kamu kesimini yaratan temel unsurlar olması dolayısıyla devletçe karşılanmaktadır.
- *Yarı kamusal mal ve hizmetler*, saf kamusal ihtiyaçlar ve hizmetler dışında kalan satılabilir/pazarlanabilir nitelik gösteren ihtiyaç ve hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Yarı kamusal mallar ve bunları karşılamaya dönük hizmetler bu ihtiyaçların dışsallık niteliği taşımasıyla açıklanmaktadır. Yarı kamusal mallar özellikleri gereği piyasada üretilebilir bir nitelikte olmalarına rağmen bu mal ve hizmetlerin toplumsal faydası veya eksik arz edilmesi durumunda ortaya çıkaracakları toplumsal maliyet nedeniyle devletin de üretimde bulunması zorunluluğu vardır. Örneğin sağlık ve eğitim hizmetleri nitelikleri gereği bölünebilir ve pazarlanabilir olmasından dolayı devlet ve özel sektör tarafından üretilip sunulmakta, böylelikle sadece özelde üretilmesi durumunda ortaya çıkabilecek eksiklik ve olumsuzlukların önüne geçilmektedir. Bu nedenle herhangi bir mal veya hizmetin kamu tarafından üretilmesi noktasında ekonomik etmenler yanında; siyasal, sosyal ve hukuki süreçlerde etkilidir. Kamu mallarında ise doğaları gereği rakipsizlik ve dışlanamazlık özelliğine sahiptirler. Bu özellikteki mal veya hizmetlerin üretilmesinden itibaren bunların başkalarının tüketimini engellemeden tüketilmesi mümkündür ve tüketim sürecinde diğerlerinin bu süreçten çıkarılmaları mümkün değildir. Bu noktada olumlu dışsallığı yüksek ve bölünemeyen nitelik gösteren sağlık hizmetlerinin piyasa başarısızlığına yol açacağından dolayı kamu tarafından üretilmesi ve finanse

edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tam kamu malı olma niteliği göstermektedir

4.4.3. Sağlık hizmetlerinin toplumsal yararı yüksek olması niteliği

Sağlık hizmetlerinin topluma ve bireye sağladığı olumlu dışşallıklarının fazla olması dolayısıyla bu hizmetlerin tamamen piyasa koşullarına bırakılmaması, devletin bu noktada önemli bir aktör olarak bulunması gerekmektedir. Devletin sağlık hizmetlerinde önemli bir aktör olması sadece doğrudan hizmet üretimine girmesi ve çalışanlarına maaş ödemesi şeklinde olmamakta, piyasa koşullarının ve çalışma şartlarının düzenlenmesi, denetimi gibi süreçlerde de etkin olması anlamına gelmektedir (Mutlu ve Işık, 2005, s. 52).

4.4.4. Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesi gerekliliği

Devletin geleneksel rollerinden biri olan sağlık hizmetleri alanında, temelde bireyler için istenilir bir sağlık düzeyi oluşturmaları, bu düzeyin korunması ve sürdürülmesi noktasında önemli görevler düşmektedir. Bu noktada devletin; bireylerin talep ettikleri sağlık hizmetlerini istenilen miktar ve kalitede, eşitlik ve adalet sınırları içerisinde onlara sunması ve bunun garantisini sağlaması önem arz etmektedir. Özel sektörün kârlı olmadığı için yatırım yapmaktan kaçındığı tam kamusal mal niteliği taşıyan temel sağlık ve koruyucu sağlık hizmetleri alanlarında devletin aktif olarak yer alması halk sağlığı için büyük önem taşımaktadır. Devletler sağlık alanında başlıca, sağlık harcamalarını finanse etme amacıyla sosyal sigorta sistemleri oluşturma, ruhsatlandırma, yetkilendirme ve diğer üretim süreçlerinin oluşturulması ve denetiminin sağlanması gibi görevleri yerine getirmektedir (Mutlu ve Işık, 2005, s. 53; Koçak, 2011, s. 64). Toplumun farklı sınıfları arasındaki eşit olmayan konumların sağlık alanında yeniden üretilmemesi noktasında devletlere, sağlık alanında belirli standartların oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin bu standartlar üzerinden bütün bireylere sunulması anlamında önemli görevler düşmektedir.

4.4.5. Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi

Birçok mal veya hizmetin özelliği ve kalitesi hakkında tüketicilerin az veya çok bir fikri varken, sağlık hizmetleri alanında hizmet talep eden kesimlerin uygulanan tedavi yöntemleri ve kendilerine uygunluğu açısından bilgileri fazla bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerini sunan personelin sahip olduğu bilgiye, hizmet talep edenlerin aynı düzeyde

sahip olmamaları durumu sağlık hizmetlerinde asimetrik bir duruma yol açmaktadır (Çoban, 2009, s. 13). Bu alandaki bilgi asimetrisi, arzın talebi yarattığı bir duruma yol açmakta ve hizmeti sunanın kararı ve yetkisi dâhilinde bu hizmetin üretilmesi ve tüketimi sürecini ortaya çıkarmaktadır. Bu durum özellikle sağlık alanında özellikle sağlıkta dönüşümle birlikte ortaya çıkan sağlık hizmetlerindeki teşhis, tedavi ve girişim oranlarındaki artışla ilgili tartışmalarla (Elbek, 2009; Kılıçarslan ve Kılıçaraslan, 2013) yakından ilişkili bir mahiyet göstermektedir.

4.4.6. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı belirsizlikler: Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel niteliklerden biri de bu hizmete olan talebin ne zaman ortaya çıkacağını belirsizlik taşımasıdır. Belirsizlik süreci, sağlık hizmetlerinde bireyin hasta olmasıyla başlayan ve kesinlikle nerede ve nasıl biteceği öngörülemeyen bir nitelik taşımaktadır. Aynı şekilde sağlık kurumları ve sağlık çalışanları da bu belirsizlik süreçlerinden etkilenmektedir. Örneğin bir hastaya verilecek tedavi hekimden hekime farklılıklar gösterebilmekte veya tedavi tercihleri zaman içerisinde farklılıklar gösterme yönüyle çeşitli belirsizlikler ihtiva etmektedir. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı bu yoğun belirsizlikler gerek bireylerin gerekse de hizmet sağlayıcılarının rasyonel karar almalarını engelleyen süreçler olarak piyasa başarısızlıklarına yol açma ihtimalini doğurmakta ve bu alana kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005, s. 55).

4.4.7. Sağlık hizmetlerinin yetersiz tüketilmesinin toplumu etkilemesi

Sağlık hizmetleri taşıdıkları kamusal ve dışsal niteliklerinden ötürü, bu hizmetlerin yetersiz arzı veya tüketimi noktasında ortaya çıkabilecek risklerin, toplumun büyük kesimlerini olumsuz etkileme potansiyeli taşıması telafisi zor sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı özellikle toplumda dezavantajlı ve zayıf kesimlerin bu risklerle baş etmesi noktasında devletin bu süreçlerde bazı muafiyet ve sübvansiyonlarla eşitsizlikleri azaltması ve sağlık sisteminde görünür ve güçlü bir aktör olarak bulunmasını gerektirmektedir (Mutlu ve Işık, 2005, s. 59). Örneğin Türkiye’de sağlık sektöründe 2000’li yılların başlarına kadar olan sistemde nüfusun yaklaşık üçte birinin sağlık güvencesine sahip olmadığı bir yapı bulunmaktaydı. 2003 yılındaki sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte getirilen prim esasına bağlı çalışan sistemde ise asgari ücretin 1/3 ünden daha fazla geliri olan kesimlerin prim ödeme koşuluna bağlı olarak sağlık sistemine dâhil edildiği bir yapı söz konusudur. Türkiye’de çalışan aktif nüfusun yarısının enformel sektörde istihdam edildiği dikkate alınırsa prim esasına dayalı çalışan sistemin

Ülkemizde etkin bir şekilde işleyeceğini söylemek zordur (Keyder, 2007, s. 18-28). Türkiye özelinde ele aldığımız sağlık sisteminin dışında kalan kesimlerin sağlık hizmetlerine ulaşması noktasındaki engel ve zorluklar gerek o hizmeti gerektiği zamanda ve istenilen düzeyde alamayan kesimleri gerekse de bu durumun kısa ve uzun vadede topluma olumsuz yansımaları söz konusu olmaktadır.

4.5. Sağlık Sistemi Kavramı ve Temel Bileşenleri

Sağlık sistemleri sağlık sektörü içerisinde yer alan aktörlerin ve çeşitli bileşenlerin faaliyetlerini düzenlemek ve sağlık hizmetlerinin adil, eşit ve kapsayıcı bir şekilde sunmak amacıyla oluşturulmuş sistemler³⁹ olarak tanımlanabilir.

4.5.1. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması

Herhangi bir ülkenin sağlık sistemi o ülkedeki otorite ve aktörlerce oluşturulan ve yürütülen sağlık politikalarıyla şekillenen bir yapıdadır. Bütün sağlık sistemlerinde niteliği ve özellikler devletlerin müdahale derecesine bağlı olarak değişen, gizli veya açık özel sağlık hizmeti piyasasının var olduğunu düşünen Roemer, sağlık sistemlerini devletlerin piyasaya müdahale derecesine göre 4 gruba ayırmıştır (Roemer, 1991, s. 103-263; Sargutan, 2005a, s. 101; Belek, 2009, s. 162; Yıldırım ve Yıldırım, 2011, s. 366).

- Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri
- Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri
- Kapsayıcı Sağlık Sistemleri
- Sosyalist Sağlık Sistemleri

³⁹ Sağlık sistemlerini farklı açılardan sınıflandırma girişimleri (Sargutan, 2005, s. 87-109; Belek, 2009, s. 158) bulunmaktadır. Buna göre:

- Ülkelerin ekonomik durumlarına göre; gelişmiş-gelişmekte olan- az derecede gelişmiş sağlık sistemleri
- Devletin üstlendiği sorumluluk çerçevesinden; piyasa tipi- refah yönelimli- kapsayıcı ve sosyalist tip sağlık sistemleri sınıflandırması
- Sağlık sistemlerinin kamu ve özel sektör ilişkisi çerçevesinden sınıflandırılması;
- Sağlık sistemlerinin tahsisat ve ödeme mekanizmalarına dayalı; isteğe bağlı özel cepten ödemeli model- isteğe bağlı özel geri ödeme modeli- kamu geri ödemeli-isteğe bağlı özel sözleşme modeli- kamu sözleşmesi modeli-isteğe bağlı özel entegre model- kamu entegre modeli sınıflandırması;
- Sağlık sistemlerinin sağlık finans sisteminin yapısına göre Bismarkı (Prime dayalı)- Sigorta Sistemine Geçiş Yapan Sağlık Sistemleri- Beveridgeci (Vergiye dayalı)- Bismarkı Sistemden Beveridge Sistemine Geçiş Yapan- Sosyalist Sağlık Sisteminden Bismarkı Systeme Geçiş Yapan Sağlık Sistemleri Sınıflandırması

4.5.1.1. Piyasa tipi sağlık sistemleri

Serbest piyasa koşullarına göre şekillenen bu sağlık sisteminde sistemin işleyişi noktasında piyasanın etkin bir g¼c¼ ve belirleyiciliği s¼z konusudur. Bu sağlık sistemi temelde sağlık hizmetlerinde arz ve talep s¼reçlerinin serbest piyasa şartlarında gerçekteştiği yeterli olmayan kamu sekt¼r¼ yanında önemli bir akt¼r olarak øzel sekt¼r¼n sağlık hizmeti arz ettiği bir yapıya dayanmaktadır. Bu sistemde sağlık hizmetleri genellikle øzel sekt¼r tarafından sunulmakta ve øzel sağlık sigortalarının geliştiği ve bireylerin çoğunlukla sağlık hizmetlerini bu yapılar üzerinden aldığı bir yapı s¼z konusudur. Bu sistemi uygulayan ABD’de; temel sağlık hizmetleri øzel hekimlerce sunulmakta, hastane yataklarının 2/3’¼ ve sağlık harcamalarının ise %60’ı øzel sekt¼r¼n kontrol¼ altındadır. Sistem temelde arz ve talebin serbest piyasa koşullarında birbirini dengeleyeceği varsayımına dayanmakla birlikte çoğunlukla bu denge sağlanamadığı için sağlık hizmetlerine ulaşamayan önemli kesimler bulunmakta ve sağlık hizmetlerinden beklenen fayda elde edilememektedir (Sargutan, 2005b, s. 416; Belek, 2009, s. 162).

4.5.1.2. Refah y¼nelimli sağlık sistemleri

Refaha dayalı bir anlayışa dayalı olan bu sağlık sistemi sigortacılık anlayışına dayalı olarak 1883 yılında Bismarck’ın uygulamaya koyduğu reformlar çerçevesinde tanımlanmış ve ortaya çıkmıştır. Sistem içerisindeki b¼t¼n fertlerin sağlık hizmetlerinden faydalanma noktasında prim ødemekle m¼kellef oldukları bu sistem başlıca Almanya, Fransa, Belçika, Japonya, Kanada, Avustralya gibi¼lkelerde uygulanmaktadır. Bu sağlık modelinde sosyal devlet anlayışına dayalı olarak sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmekte ve yurttaşların ødeme yapmadan faydalandıkları bir kısım kamu sağlım hizmeti yanında zorunlu prim ødemeleri karşılığında tedavi ağırlıklı hizmetlerden yararlandıkları bir yapı s¼z konusudur. Bu sağlık sisteminin uygulandıđı¼lkeler g¼rece kalkınmış ve gelişmiş bir øzellik g¼stermekte ve geleneksel tedavi biçimlerinden modern tıp uygulamalarına geçilmiş ve øzellikle geliřmiř¼lkelerde bazı aksaklıklara karşın başarıyla uygulanan bir nitelik g¼stermektedir (Sargutan, 2005b, s. 419; Belek, 2009, s. 163).

4.5.1.3. Kapsayıcı sağlık sistemleri

2. D¼nya Savaşı’ndan sonra refah y¼nelimli sağlık sistemine sahip bazı¼lkelerdeki sağlık sistemleri kapsayıcı bir modele doğru gelişmiştir. İngiltere, İřkandinav¼lkeleri, İşpanya

gibi ülkelerde uygulanan kapsayıcı sağlık sistemleri temelinde, evrensel vatandaşlık ilkeleri çerçevesinde nüfusun tamamını kapsamakta ve sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması anlayışına dayanmaktadır. Sistemin finansmanının genel vergilerden karşılandığı bu sistemde devlet süreçte önemli bir aktör olarak bulunmakta ve başlıca Norveç, Büyük Britanya, Yeni Zelanda, İsveç, Finlandiya, Danimarka, İtalya, Yunanistan ve İspanya’da uygulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin arzı noktasında kamu sektörü baş aktör olmakla birlikte güncel uygulamalarda kamu ve özel sektörleri bir arada bulunmakta ve özel sektör talep edenlere belirli bir bedel karşılığında sağlık hizmeti sunmaktadır. Kapsayıcı sağlık sistemlerinde günümüzde kamu ekonomilerinde görülen krizler ve dünya genelinde yaygınlaşan sosyal harcamaların azaltılması ve özelleştirilmesi gibi uygulamalara paralel kapsayıcı sağlık sistemlerinde önemli değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu alanda başlıca, hizmet arzı noktasında kamu yanında özel sektöre yer verilmesi, sağlık giderlerine katılımcıların belirli oranlarda katkı yapması ve sağlık kurumlarının kamu-özel işbirliğine dayalı olarak özelleştirilmesi (İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) örneğinde) süreçleri ortaya çıkmıştır (Belek, 1997, s. 40; Sargutan, 2005b, s. 421; Leys, 2007, s. 98; Belek, 2009, s. 163).

4.5.1.4. Sosyalist sağlık sistemleri

20. yüzyılın başlarında Rusya’da ortaya çıkan ve daha sonra farklı ülkelerde de (Vietnam, Mozambik, Çin, Tayvan) ortaya çıkan sosyalist ülkelerde de geçerli olan bu sistem (günümüzde sadece Küba’da geçerli olan), bütün sağlık insan gücünün ve kaynaklarının devletin denetiminde ve yönetiminde olduğu, merkezi planlamaya ve sosyalist bir anlayışa dayalı sağlık hizmeti sunumuna dayanmaktadır. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin talebi ve arzı noktasında toplumun sahip olduğu kolektif kaynaklar kullanılarak tüm bireylerin zorunlu, toplumun ortak sağlık hizmetleri güvencesi kapsamına alınması ve tüm ihtiyaçlarının toplumun ortak sağlık kurumlarınca ücretsiz olarak karşılanması söz konusudur. Sistemin geçerli olduğu Küba, devrimin gerçekleştiği 1959 yılından itibaren ABD ambargosu altında bulunmasına ve 80’lerin sonunda sosyalist sistemlerin yıkılması sonucu ekonomik olarak küçülmesine rağmen eğitim düzeyinin artırılması, beslenmenin gerçekleştirilmesi ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin sağlanması noktasında birçok gelişmiş ülkenin ilerisinde bulunmaktadır. Örneğin kişi başı sağlık hizmeti kullanımının 60’lı yıllardan itibaren artış içinde olması, nüfusun % 90’ının birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında olması, her 150 kişiye bir hekim

düşmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasına paralel çocuk felci (dünyada ilk olarak Küba’da eradike⁴⁰ edilmiştir), kızamık, kabakulak ve kızamıkçık gibi çocukluk dönemi hastalıkları eradike edilmesi, 7 yaşına kadar bütün çocuklara ve hamile kadınlara bedava süt verilmesi gibi uygulamalar Küba sağlık sisteminin belirgin ve öne çıkan özellikleridir (Sargutan, 2005b, s. 421; Belek, 2009, s. 164).

4.5.2.Sağlık sistemlerinin temel bileşenleri

Dünyada görülen sağlık sistemlerinin birbiriyle ilişkili beş bileşen tarafından oluştuğunu belirtilebilir. Buna göre gelişmişlik seviyesi ne olursa olsun ülkelerin sağlık sistemleri kendisini oluşturan 5 temel bileşen olan kaynaklar, örgütlenme, ekonomik destek, yönetim ve hizmet sunumu özelliklerine dayalı olarak analiz edilip sınıflandırılabilir (Fişek, 1983, s.4; Roemer, 1991, s. 31; Sargutan, 2005a, s. 96; Öztürk ve Karakaş, 2015, s.39):

- *Sağlık Kaynakları:* Herhangi bir sağlık sisteminin işleyebilmesi noktasında farklı kaynakların bir araya getirilip koordineli bir şekilde işletilmesi zorunludur. İnsani ve fiziki birçok kaynağın çeşitli yollarla üretilip veya teminiyle bu yapı oluşmaktadır.
- *İnsan Gücü:* Sağlık insan gücü (health manpower) içerisine kamu ve özel sektörde her çeşit sağlık hizmetini üreten personelin tümü girmektedir. Sağlıkta insan gücü başlıca; doktorlar, şifacılar, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyenleri, sağlık yöneticileri ve çeşitli yardımcı sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Sağlıkta insan gücünü oluşturan her personelin yasal hakları, görevleri, eğitim düzeyleri, ülke içerisindeki coğrafi dağılımları, diğer sağlık personeliyle ilişkileri gibi süreçlerin iyi planlanması ve koordine edilmesi gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık insan gücünü toplam 29 başlık altında toplamaktadır. ILO (2012, s. 26-27), International Standart Classification of Occupations raporunda sağlık hizmetlerindeki meslekleri, sağlık profesyonelleri ve yardımcı sağlık personeli ana başlıkları altında 32 gruba ayırmıştır. Burada WB ve ILO’nun yaptıkları meslek sınıflandırmasında veteriner hizmetleri, geleneksel tıp uygulayıcıları ve tanımlanmamış sağlık uygulayıcıları sınıfları da yer

⁴⁰ Hastalığın görülme sıklığının tamamen ortadan kaldırılması durumu

aldığından dolayı yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın tıbbi meslekler sınıflandırmasına⁴¹ yer verilecektir.

Tablo 4 : Sağlık Bakanlığı Tıbbi Meslekler Sınıflaması

Tıbbi Müdahale Yetkisi Olanlar	Uzman-Pratisyen Hekim, Diş Hekimi, Eczacı Hemşire, Ebe, Toplum Sağlığı Teknisyeni, Fizyoterapist, Psikolog, Diyetisyen, Acil Tıp Teknisyeni
Destek Hizmeti Verenler	Sosyal Hizmet Uzmanı, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Tıbbi Sekreter
Teknik Hizmet Verenler	Anestezi Teknisyeni, Diş Protez Teknisyeni, Radyoloji Teknisyeni, Laboratuvar Teknisyeni, Radyoterapi Teknisyeni, Protez-Ortez Teknisyeni, Diyaliz Teknisyeni, Odyometri Teknisyeni
İdari Hizmet Verenler	İdari Birim Yönetici ve Çalışanları

(Kaynak: Görmüş, 2011, s. 51)

- **Sağlık Yapıları:** Hastaneler, ayakta sağlık hizmeti veren birimler, özel tedavi ve teşhis klinikleri, uzun süreli bakım merkezleri, çevre sağlığını korumaya yönelik olan yapılardan oluşmaktadır.
- **Sağlık Araç ve Gereçleri:** Tıbbi ilaçlar ve biyolojik maddeler (geleneksel, modern, markalı veya jenerik ürünler), tıbbi araç, teknoloji ve donanımlardan oluşmaktadır.
- **Sağlık Bilgisi:** Bir sağlık sisteminin en önemli kaynaklarından biri de sağlık ve hastalık bilgisi ile hastalıkların önlenmesine yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin sunulmasıdır.
- **Örgütlenme:** Sağlık kaynaklarının düzenlenmesi, bir araya getirilmesi noktasında genelde devletin sorumluluğunda olan yapılarca bu kaynakların harekete geçirilmesi amaçlanmaktadır. Devlet bu fonksiyonu yerine getirirken başta Sağlık Bakanlığı ve sağlıkla ilişkili olan diğer devlet kuruluşlarıyla (tarım, eğitim, çevre, işçileri, adalet gibi), gönüllü kuruluşlar (Kızılay Kızılhaç, meslek örgütleri ve dini

⁴¹ Tıbbi meslekler sınıflandırmasında hekimlerle diğer yardımcı sağlık personelleri aynı grup içerisinde sınıflandırılrsa da bu meslek grupları arasında gelir, eğitim düzeyi, sendikal hareketlere katılım gibi birçok noktada önemli ayrılıklar bulunmaktadır. Örneğin Türkiye özelinde hekimler sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte kaybettikleri ayrıcalıklı konumları ve imkânları yeni sistemde yeniden elde etme noktasında sisteme eleştirel ama uyumlu bir eğilim içinde bulunmakta ve örgütlenme ve dayanışma noktasında kendi mesleki cemaatleri dışına çıkmamaktadırlar. Diğer yandan yardımcı sağlık personeli grubundaki çalışanlar ise yeni sistemde sözleşmeliliğe dayalı parçalı ve güvencesiz bir istihdam yapısıyla karşılaşmakta ve bu durum bu grup çalışanların daha parçalı, güvencesiz ve örgütsüz hale getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin en dış halkasında bulunan destek hizmetlerini yürüten çalışanlar (temizlik, yemek, güvenlik, hasta bakıcılığı gibi) ise 80'li yıllardan itibaren başlayan taşeronlaşma sürecinin bir sonucu olarak günümüzde tamamen taşeron istihdamı altında istihdam edilen ve diğer iki grup çalışan sınıfa göre daha güvencesiz ve zor koşullarda hizmet üretmektedir (Aslan, 2005, s. 362; Üçkuyu, 2012, s. 172; Elbek, 2012, s.70; Elbek, 2013, s.227).

örgütler gibi), müteşebbisler ve özel nitelikli pazar mekanizmalarıyla (geleneksel şifacılar, özel sigortalar, eczacılar ve özel hastaneler gibi) örgütlenme süreçlerini inşa etmektedir.

- *Ekonomik Destek:* Sağlık sistemlerinin oluşmasının önemli ve belirleyici bir bileşeni olan ekonomik kaynaklar genellikle; kişiler ve aileler, genel vergi gelirleri, sosyal güvenlik, gönüllü sigorta, işveren, mahalli idareler, hayır ve bağışlar, dış yardım ve yatırımlardan karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman boyutu sistemin örgütlenme ve hizmet üretimi noktasında önemli bir bileşen olarak sistemin sağlıklı işleminde önemli bir yere sahiptir.
- *Yönetim:* Yönetim hizmetleri ve süreçleri gerek kamu sektöründe gerekse de özel sektörde verimli hizmet sunulması noktasında önemlidir. Yönetim süreçleri içerisine sağlık planlaması, yürütme faaliyetleri, düzenleme (çevresel şartlar, eczacılık, sağlık personeli, toplumun korunması gibi) ve gerekli yasal mevzuatların çıkarılması ve uygulanması süreçlerini kapsamaktadır.

4.5.3. Sağlık hizmetlerinin sunumu

Sağlık hizmetleri (health services) kavramı temelde sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisindeki süreçler anlamında kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri başlıca 3 başlık altında sınıflandırılmaktadır (Pala, 1995, s. 64; Hayran, 1998, s. 17; Akdur, 1999, s. 20; SB⁴², 2004, s. 43; Görmüş, 2013, s. 132):

4.5.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri tarihin her döneminde toplum sağlığı ve refahı noktasında vazgeçilmez ve önemli bir alan olmuştur. Modern tıbbi uygulamaların ortaya çıkmadığı dönemlerde toplumlar için en büyük ve yaygın doğal afetler ortaya çıkan salgınlardı. Veba sıtma, kolera, çiçek, tifüs gibi salgın hastalıklar çağlar boyunca dünyadaki toplam nüfusun birkaç yüz bini geçememesinin en önemli nedenlerinden biri olmuştur. Örneğin 14. yüzyılda kara veba salgınında 60 milyon kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

⁴² Sağlık Bakanlığı

- *Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:* Çevrede sağlık üzerinde olumsuz etkide bulunabilecek biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenlerin olası tehlikeleri önleme noktasında alınan tedbir ve uygulamalar yer almaktadır.
- *Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:* Hekim, ebe ve hemşireler tarafından yürütülen, bağışıklama, beslenme düzenlenmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, doğum kontrol uygulamaları, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi gibi konularda yürütülen faaliyetlerdir.

4.5.3.2. *Tedavi edici sağlık hizmetleri*

Tedavi edici sağlık hizmetleri temelde; kendi kendine bakım, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak 4'e ayrılmaktadır.

- *Kendi Kendine Bakım:* Kişinin kendisinin, ailesinin veya çevresinin hastalığın iyileştirilmesi noktasında çeşitli tedavilere başvurmasıdır. Bu amaçla evde yapılan veya eczaneden alınan ilaçlarla hastalığın sağaltılması amaçlanmaktadır.
- *Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:* Birinci basamak sağlık hizmetleri⁴³ temelde toplum sağlığına yönelik hizmetler ile bireysel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak tanımlanabilir. Yurttaşların sağlık hizmeti alma noktasında ilk aşama noktası olarak da nitelenebilir. Birinci basamak sağlık kuruluşları acil durumlar (trafik kazası, travma veya kalp krizi) dışında hastaların ilk temasa geçtiği sağlık personellerinin olduğu kişilerin yaşadıkları toplumsal çevre içerisinde bulunmaktadır.
- *İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:* İkinci basamak sağlık kuruluşları birinci basamak sağlık kuruluşlarında teşhis veya tedavi edilemeyen hastalıkların, birinci sağlık kuruluşlarından sevk edilerek sağlık sorunlarını çözüme kavuşturan belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik imkânları yüksek yataklı veya yataksız sağlık kurumları olarak tanımlanabilir. Bu kuruluşlar genellikle birden çok uzmanlık dalında hizmet vermekte olup doğum hastaneleri, çocuk hastaneleri, devlet hastaneleri gibi kurumlar ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak tanımlanabilir.

⁴³ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması konusu, 1978 yılında imzalanan Alma-Ata Bildirgesiyle birlikte DSÖ tarafından bütün dünyadaki sağlık sistemlerine önerilen ve desteklenen bir alandır. Bu noktada birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıkların onları yaratan toplumsal nedenlerle birlikte ele alınması ve sorunların işbirliğine dayalı bir şekilde çözüme kavuşturulması amaçlanmaktadır (Belek, 2014, s. 106):

- *Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:* Üçüncü basamak sağlık kurumları, ana dallar veya yan dallar noktasında sağlık ve eğitim hizmetlerinin yürütüldüğü, genellikle ikinci basamak sağlık kurumlarından sevk edilen hastaların ileri tetkik ve tedavilerinin planlandığı ve verildiği sağlık kuruluşları olarak tanımlanabilir.

4.5.3.3. Rehabilitate edici tedavi hizmetleri:

Sakatlık veya işgücü kaybına yol açan fiziki ve sosyal problemlerin, tıbbi tedavi ve süreçlerle sağaltılması süreçlerini içeren rehabilitate edici sağlık hizmetleri temelde sakatlanıp çalışma gücünü yitiren kimseleri tekrar üretici konuma getirmeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda hekimler ve diğer sağlık personeli tarafından verilen tıbbi rehabilitasyon süreçleri yanında, sosyal çalışmacılar tarafından yürütülen sosyal rehabilitasyon faaliyetlerini de rehabilitate edici sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir.

4.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

4.6.1.Cumhuriyet öncesi dönemde sağlık hizmetleri

İslam toplumlarında ilk hastane, 707 yılında Emevi halifesi Velid Bin Abdulmelik tarafından kurulmuş buraya hekimler tayin ederek cüzzamlı hastaların bu hastanelerde hem dışarıdan yalıtılması hem de tedavilerinin düzenlenmesi hedeflenmiştir. Selçuklular döneminde toplum sağlığına yönelik bazı düzenlemeler olmakla birlikte bu hizmetler bedelini ödeyenlere verilen bir nitelik göstermekteydi. Yoksul halka yönelik sağlık hizmeti sunmak amacıyla Vakıf Tıp Okulları ve hastaneleri kurulmuş, savaş zamanlarında kırk deve ile taşınan gezici bir hastane kurulmuştur. Bu dönemlerde Kayseri’de 1206 yılında kurulan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi Selçuklular’ın Anadolu’da kurdukları ilk sağlık kurumları olmuş ve daha sonradan Sivas, Konya, Çankırı, Kastamonu, Konya, Mardin, Erzurum, Erzincan ve Amasya’da hastaneler kurulmuş ve buralarda hem hastalar tedavi edilmiş hem de usta çırak ilişkileriyle hekimler yetiştirilmiştir. Osmanlı döneminde önceki dönemlerden devralınan vakıf hastaneleri korunmuş ve çevre sağlığı, yol ve bayındırlık hizmetleriyle sağlığın geliştirilmesine çalışılmıştır. Fatih döneminde Hekimbaşı Kurumu oluşturulmuş ve bu kurum sarayda yaşayan kişilerin sağlık sorunlarıyla ilgilenmiş, hekimlerin bilgi ve beceri durumlarını kontrol eden ve gerekli durumlarda hekimlik hizmeti sunma haklarını elden alam yetkileri olmuştur. Hekimbaşının yetkileri günümüz Sağlık Bakanı’nın yetkileriyle aynı olmuş ve bu yetki askeri alanda da geçerli olmuştur. Hekimbaşılar başlıca, hastane

hekimlerini atama, yer değiştirme, yükseltme ve görevden alma, hastane yönetici heyeti tarafından önerilen hekim dışı personellerin atanması kabul veya ret etme, gereken yerlerde hastane açılmasına izin verme, gerektiği durumlarda hekimler için sınav yapma ve yetersiz olanları meslekten men etme, hekim ve cerrahlara muayenehane açma izini verme, savaş durumlarında harp hekimbaşılığını yerine getirme, ordunun ilaç ve sağlık gereçlerini sağlama ve koruma ve salgın hastalıkların önlenmesi noktasında gerekli önlemleri almakla yetkiliydiler. Hekim kimlikleri yanında Müneccimbaşılık görevini de yerine getiren Hekimbaşılar, hastalıklar konusunda bir nevi falcılık yaparak, her yıl olayları düzenledikleri yıllık cetvelleri padişaha sunmaktaydılar. Hekimbaşılar bunun yanında adli tabiplik görevlerini de yürütmekle de yetkiliydiler. Hekimbaşıların yetkileri, 19. yüzyılda tıp alanında modernleşme sürecinin başlamasına paralel, azalmaya başlamış ve bu alanda çıkarılan yasa ve yönetmelikler sonucunda ortadan kaldırılmıştır. 1870’de Sivil Tıp İşleri Bakanlığı kurulmuş ve bu kurul aracılığıyla sağlık kurumlarının işleyişi düzenlenmeye çalışılmıştır. Osmanlı döneminde Avrupa tipinde ilk tıp okulu 19. yüzyılda Hekimbaşının talebi, şeyhüliislamın fetvasıyla 14 Mart 1876’da Tıphane adıyla kurulmuştur. Bu dönemlere kadar hekimlik, cerrahlık ve eczacılık gibi meslekler çoğunlukla yabancılar ve azınlıklar eliyle verilen mesleklerdi. Tıphane kurumu daha sonraki dönemlerde Cerrahhane ile birleştirilmiş, 1839’da ise Mektebi Tıbbiye-i şahane adını almıştır. 1846 yılında ebeleri sınavla çalışma izni almaya başlamış, 1871 Memleket Tabipliği örgütlenmesinin kurulmasıyla birlikte devletin sağlık alanın sorumluluk alamaya başladığı dönem başlamıştır. Memleket Tabibi adıyla ülke çapında yapılan hekim atamalarıyla birlikte hekimlerin belediyelerce belirlenen yerlerde ve karşılığı ödenmek koşuluyla, haftanın iki günü zengin- yoksul ayrımı yapmaksızın parasız hasta muayene etmesi ve gerekli tedavileri uygulaması, diğer günlerde ise özel paralı hasta bakması uygulamasına gidilmiştir (Fişek, 1983, s. 155; Erdemir, 1996, s. 284; Sur, 1998, s. 221; Okur, 2005, s. 310; Bulut, 2007, s. 112; Yıldırım, 2014, s. 75).

Osmanlı İmparatorluğu’nun kuruluşundan 19. yüzyıla kadar sağlık alanında kurumsal anlamda tüm sınırları kapsayan kayda değer bir yapı söz konusu değildir. 1840’lı yıllarda Batılı ülkelerin inisiyatifiyle kurulan Karantina Örgütü, Doğu’dan Batı’ya salgın ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla kurulmuş kayda değer bir gelişmedir. Geleneksel usta-çırak usulü eğitimin egemen olduğu sağlık kurumlarında ve bu alandaki uygulamalarda, özellikle 19. yüzyılda görülen salgın hastalıklar ve bunların önlenmesinde ciddi önlemlerin alınmasının gerekliliğinin

anlaşılması bu alanda kurumsal yapıların oluşmasına yol açmıştır. Özellikle yoksullara yardım, emeklilik ve halk sağlığı alanında hukuki düzenleme ve kurumsal pratikler, Osmanlı İmparatorluğu'nun modern bir sosyal devlet olma yolunda önemli bir dönüşüm geçirdiğini ortaya koymaktadır. Bu kurumlar sayesinde yoksul Osmanlı vatandaşları, özellikle de İstanbul'da oturanlar padişahın “refah ve saadet-i umumiyyeyi temin”e vermiş olduğu önemin bir sonucu olarak görülen modern sosyal refah kurumlarının sunmuş olduğu imkânlardan faydalanma olanağı bulmuşlardır. Bu kurumlar arasında; 1896 yılında tamamlanan ve yaklaşık bin kişilik kapasiteye sahip Darülaceze, 1899 yılında hizmet vermeye başlayan modern bir çocuk hastanesi olarak yoksul kadın ve çocuklara hizmet vermeye başlayan Hamidiye Etfal Hastane-i Âlisi ve 1902 yılında 300 yetime barınma ve eğitim imkânı sağlayan Darülhayr-ı Âli kurumları bulunmaktadır. 2. Mahmut ve Tanzimat dönemlerinde yapılan reformlarla refah sorunu konusunda devlet geleneksel yapısından uzaklaşarak yeni bir yaklaşım benimsemeye başlamıştır. Bu noktada sağlık alanında karantina teşkilatının kurulması aşılama ve diğer koruyucu sağlık önlemleri alınmaya başlaması, devlet hastanelerinin ülke çapında açılmaya başlaması, aile alanında dul ve yetim maaşlarının düzenlenmesi, ilköğrenimin yaygınlaştırılması amacıyla kız ve erkek çocukları için ülke genelinde ıslahane ve sanayi mekteplerinin kurtulması ve kent yoksullarının denetim altında tutulması amacıyla hukuki ve kurumsal düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. Bu kurumlar ve düzenlemeler sayesinde sağlık ve sosyal hizmetlerinin geniş alanlara yayıldığı, çağdaş kurum ve yapıların bu alanda hâkim olduğu bir döneme girilmiştir.(Çavdar ve Karcı, 2014, s. 258; Özbek, 2002, s. 13; Ülman, 2007, s. 175; Özbek, 2006, s.29-40; Aydın, 2004, s. 189).

4.6.2. Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetleri

4.6.2.1. 1920-1960 kurumsallaşma dönemi

1913 yılından itibaren, il merkezlerinde Sağlık Müdürlükleri (Sıhhat Müdüriyeti), 1914 yılında ise İçişleri Bakanlığı'na bağlı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü, 2 Mayıs 1920 tarihinde ise Sıhhat ve İctimai-i Muavenet Vekâleti⁴⁴ kurularak, kurumsallaşma

⁴⁴ Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Cumhuriyet döneminde 2 Mayıs 1920 tarihinde ise Sıhhat ve İctimai-i muavenet Vekâleti adı altında Bakan, Müsteşar, Sağlık ve Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü ile birkaç müfettişten oluşan dar bir kadro ile kurulmuştur. Bakanlığın ismi daha sonra 9 Haziran 1936 tarihli 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak değiştirilmiştir. Bakanlık teşkilat yapısı ve görevleri noktasında 24 Ocak 1989 tarih ve 356 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde

yönünden önemli adımlar atılmıştır. Bu dönemde Atatürk'ün yakın arkadaşı olan Dr. Refik Saydam Cumhuriyet'in ilk yıllarından başlayarak yaklaşık 16 yıl Sağlık Bakanlığı görevinde bulunmuş ve ülkenin bugünkü sağlık teşkilatlanmasının temellerini atmıştır. Bu dönemlerde özellikle koruyucu halk sağlığı programları kapsamında görülme oranı yüksek olan tüberküloz, sıtma ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiştir. Bakanlık bu dönemlerde, devlet hastanelerinin fiziki ve diğer koşullarını iyileştirmek noktasında yol gösterici ve teşvik edici olmuş, diğer illere örnek olması noktasında 1924 yılında Ankara, Sivas, Diyarbakır, Erzurum Numune Hastanelerini, bunların dışında 1936'da Haydarpaşa, 1946'da Trabzon ve 1970'de Adana Numune Hastanelerini açmıştır. 1923 yılına gelindiğinde Türkiye'de bulunan hastane sayı ve yatak sayıları şöyledir (Aydın, 2002, s. 188; OECD ve WB, 2008, s. 32; Tatar vd., 2011, s. 16; Saltık, 2014):

Tablo 5: 1923 Yılı İtibariyle Türkiye'deki Yataklı Sağlık Kurumları ve Yatak Sayıları

Kurumun Cinsi	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet Hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel, Yabancı ve Azınlık Hastaneleri	32	2402
Toplam	86	6437

(Kaynak: Saltık, 2014, s. 3)

Cumhuriyetin kurulduğu yıl tüm ülkede 344 hekim (1/30.000 nüfus), 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe (toplam sağlık personeli sayısı 1100) sayısı 1935 yılında üç kattan fazla artarak (3766) bu alandaki açık giderilmeye çalışılmıştır (Bulut, 2007, s. 113). 1930 tarihinde çıkarılan Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile sağlık alanında sağlık alt yapısının oluşumu ve bu alanın hukuksal çerçevesinin çizilmesinin temelleri atılmıştır. Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı'nın faaliyet alanını ve işlevlerini belirleme amacıyla 1936 tarih ve 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu sağlık alanındaki önemli gelişmelerden bir diğeridir. Sağlık çalışanlarının çalışma biçim ve esasları 1928 tarih ve 1219 sayılı Tabebet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile düzenlenmiştir (Topak, 2012, s. 198). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kurumsallaşma döneminde koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılmış bunu yanında yataklı hizmet kurumlarının kamu eliyle ancak yerel idareler (belediye ve il özel idareler)

Kararname ile Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiş ve hizmet şartlarına dayalı olarak merkez ve taşra örgütü geliştirilerek bugünkü (SDP öncesi) yapısına kavuşmuştur (SB, 2002, s. 3-4).

eliyle yürütüldüğü bir yapı söz konusu olmuştur. Devletin yol gösterici ve denetleyici bir rolde olduğu bu dönemde yerel yönetimleri örnek olması noktasında beş büyük ilde doğrudan bakanlığa bağlı numune hastaneleri açılmıştır. 1950'li yıllardan itibaren yerel yönetimler tarafından verilen ikinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve yerel idarelere bağlı hastaneler kamulaştırılmıştır (Görmüş, 2013, s. 136). Demokrat Parti'nin iktidarda olduğu 50'li ve 60'lı yıllar arasında sağlık alanında Refik Saydam'ın kurduğu yapıda büyük değişikliklere gidilmiş, 1953 yılında yerel idarelerin elinde işletilen sağlık kurumları devleştirilmiş ve merkezi daireye bağlanmış ve hasta tedavisinin devletin asli işlerinden biri olduğu ilkesi kabul edilmiştir. Bu dönemde kanun tasarısı haline getirilen ancak kanunlaşmayan Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı çerçevesinde köyleri sağlık hizmetleri ulaştırılması amacıyla her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin işbirliği içerisinde verilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda sağlık merkezlerine iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memuru atanmaya çalışılmıştır. Böylelikle sağlık hizmetlerinde standart ve kalitenin yükseltilmesi için çalışmalar yapılarak bütün illere sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde dağıtılması ve hizmetlerin koordineli bir şekilde yürütülmesi noktasında çalışmalar yapılmıştır (Fişek, 1983, s. 162; SB, 2010, s. 17).

4.6.2.2. Sosyalizasyon dönemi (1961-1980)

Demokrat Parti döneminde başlayan planlama alt yapı çalışmaları 27 Mayıs 1960 tarihinde TSK'nin yönetime el koyması sonucu yönetime gelen Milli Birlik Komitesi'nin 30 Eylül 1960'da Devlet Planlama Teşkilatı'nı kurmasıyla birlikte fiili uygulama alanı bulmuştur. 1961 yılında kabul edilen Anayasa bireyin temel ekonomik ve sosyal haklarını batı standartlarında düzenleyen niteliği sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devletin asli ve anayasal bir görevi olarak görmüştür. Sağlık hizmetlerinin bu bakış açısına dayalı olarak düzenlenmesi amacıyla 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiş ve yasayla temelde, katkı payları ve genel bütçeden finanse edilecek ulusal bir sağlık sistem kurulması hedeflenmiştir (Görmüş, 2013, s. 123). Burada amaç temelde vatandaşlara ücretsiz⁴⁵ (kısmen ücretsiz)

⁴⁵ Türkiye'de vatandaşın cepten ödemelerle (muayenelerinde, özel hastanelerde, üniversite hastanelerinde öğretim üyesi katkı payı şeklinde) sağlık hizmetlerine katılması gibi maliyet azaltıcı/paylaştııcı uygulamalar her hükümet döneminde benimsenmiş, herkesin ulaşabileceği, ücretsiz sağlık hizmeti anlayışı gelişmemiştir. Bu durumu değiştirme amacıyla ortaya çıkan Sosyalizasyon Yasası,

sağlık hizmetlerinin sağlanması olmuş ve koruyucu sağlık ve çevre sağlığı hizmetleriyle ülkenin her yerinde sağlık eğitimi dâhil olmak üzere işlevsel bir sağlık sistemi yerleştirilmesi amaçlanmıştır (Ege, 1998, s. 71; OECD ve WB, 2008, s. 32). Sosyalizasyon uygulamaları kapsamında, Prof. Dr. Nusret Fişek öncülüğünde Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan protokolle birlikte Ankara'nın Etimesgut ve Çubuk bölgelerinde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin bütünüyle uygulandığı bir araştırma ve eğitim bölgesi kurulmuştur. Sosyalleştirme kapsamında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin dört kademeli bir şekilde oluşturulması öngörülmüştür. İlk kademede ebelerin görev aldıkları kırsal sağlık evlerinde 2000-2500 arası bir nüfusa hizmet verilmesi amaçlanmıştır. İkinci kademede ise nüfusu 5000-10000 arasında olan yerleşim yerlerinde temel tıp diplomasına sahip bir pratisyen hekim, bir hemşire, iki ebe ve destek personelinin görev yaptığı (toplam sekiz kişi) kırsal sağlık ocakları oluşturulmuştur. Üçüncü kademe birimleri ise nüfusu 10.000-30.000 arasında olan yerleşim birimlerinde birden fazla doktor, bir diş hekimi, bir eczacı, birçok sağlık memuru, bir çevre sağlık teknisyeni, laboratuvar teknisyenleri, hemşire ve ebelerden oluşan (toplam 16 personel) sağlık görevlilerin çalıştığı bölge sağlık ocakları oluşturulmuştur. Son kademede ise 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinin oluşan 28 kişilik il sağlık ocakları oluşturulmuştur. Sağlık ocaklarının temel işlevi halka kapsamı koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak, ana-çocuk sağlığı ile ilgili temel hizmetleri sunmak, halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlık konusunda istatistiki bilgi toplama gibi hizmetleri içermiştir. Sağlık ocaklarında öngörülen ve verilmeye çalışılan bu hizmetler temelde yeterli kaynak olmaması, çok parçalı ve üst sağlık kuruluşlarıyla koordineli bir şekilde çalışamama, sağlık personelinin maaşlarının düşüklüğü, sevk mekanizmasının tam anlamıyla oturmaması gibi nedenlerden dolayı tam manasıyla verilememiştir. Bulut, Fişek'in öncülüğünde kurduğu bu yapının başarısının ülke geneline yayılamadığını ve ülkenin bu noktada tarihi bir fırsatı kaçırdığını ve bu yöndeki bir başarının Türkiye tarihinde bir daha iç yakalanmadığını belirtmektedir (Bulut, 2007, s. 117; OECD ve WB, 2008, s. 24).

Sosyalleştirme Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kamu sektöründe sözleşmeli olarak istihdam edilmesi uygulamasından 1965 yılında çıkarılan

başta İngiltere ve diğer Avrupa ülkelerinde evrensel vatandaşlık ilkelerine göre oluşturulmuş ve genel vergilerle finanse edilen Beveridge Modelinin Türkiye'de uygulanma girişimi olarak değerlendirilebilir (Terzi, 2014, s. 281).

Devlet Memurları Kanunu ile vazgeçilmiş ve kamuda çalışacak insan gücünün daimi statüde kadrolu olarak çalıştırılması ilkesi gelmiştir. Sosyalleştirme döneminde sağlık insan gücü sayısı ve niteliğine yönelik alınan tüm önlemlere karşın kır-kent, uzman-pratisyen, kamu özel kurumları arasındaki dengesiz yapı bir türlü düzeltilememiştir. Sosyalleştirme uygulamalarının sağlık sistemine yerleşememesinde, özellikle bazı Sağlık Bakanlarının kanunun uygulanması noktasındaki isteksizlikleri ve atılması gereken adımları yeterli düzeyde atmamaları ve süreci genel olarak desteklememeleri de etkili olmuştur. Kırsal kamu birimlerinde yaşanan eleman sıkıntısı yasayla getirilen sözleşmeli statü, mahrumiyet bölgeleri için yüksek ücret politikası, sağlık ocağı hekimlerine uzmanlık sınavında sosyalleştirme puanı verilmesi ve mecburi hizmet uygulamalarıyla çözüme kavuşturulamamıştır (Fişek, 1983, s. 166; Görmüş, 2013, s. 143). Bu dönemde ülke genelinde açılan binlerce sağlık ocaklarına rağmen sosyalizasyon süreçleri bir bütün olarak benimsenmediği için tam uygulamaya geçirilememiş, Genel Sağlık Sigortası kurulması yönünde girişimler olmuşsa da başarı olunmamış, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK kapsamı dışındaki enformel kesimlerin sağlık hizmetlerine ulaşması noktasında ciddi engeller bir türlü aşılamamıştır. Birinci basamaktaki aşılama, doğum öncesi ve sonrası bakım ve tedaviler ücretsiz olmasına karşın, ikinci basamak sağlık kurumlarından yararlanma noktasında enformel kesimin muhtarlıklardan yoksul belgesi alması koşulu gibi onur kırıcı uygulamalar bu dönemde sıklıkla görülmüştür (Terzi, 2014, s. 282).

4.6.2.3. Sağlıkta neo-liberalleşme dönemi (1981-)

Dünya genelinde 80’li yıllardan itibaren egemen hale gelen neo-liberal ekonomi politikaların ulus ötesi uygulayıcıları olan IMF ve Dünya Bankası özellikle gelişmekte olan ülkelerin kamu sektörlerinin şekillenmesinde⁴⁶ önemli roller oynamışlardır. Buna

⁴⁶ Türkiye’de Türkiye’de Fordist Keynesyen Refah Devleti’nin düzenleme biçimlerinin yerini esnek birikim ve düzenleme biçimlerine bıraktığının bir diğer göstergesi de özellikle kamu sektöründe yaşanan özelleştirme uygulamaları ve kamu kurumların kapatılarak tasfiye edilme sürecidir. 1980’li yıllardan itibaren görülmeye başlanan özelleştirme uygulamaları ilk olarak yerel yönetimlerde görülmeye ve yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu noktada belediyelerin istihdam yapılarında büyük dönüşümler ortaya çıkmış ve belediyeler bu süreçte başlıca hizmetlerini ihaleye çıkararak, özel şirketlere devretme veya kendi bünyesinde şirket kurarak geleneksel hizmet alanlarından çekilme eğiliminde olmuş, çalışma alanlarına piyasa mantığı ve işleyişi hâkim olmaya başlamıştır. İhale edilen hizmetler başlıca; kent temizliği, çöp toplama-taşıma, su hizmetleri gibi temel belediyeçilik hizmetleri yanında kimi yerlerde yönetim kademelerini de içerecek şekilde yaygınlık kazanmıştır. Diğer yandan geleneksel sektörler olarak bilinen tarımsal üretim, hammadde üretimi yapan ve piyasada dengeleyici ve düzenleyici bir işlev gören kamu kurumları özelleştirme yapılan alanların başında gelmektedir. Bu kurumların başında çimento üretimi yapan KİT’ler, Süt Endüstri Kurumu, Tütün, Tüt. Mlz. Tuz ve Alkol İşl. Gn. Md. (TEKEL) Sümer Holding A.Ş. , Türkiye Elektrik Kurumu (TEK), Türkiye Denizcilik İşletmeleri, SEKA, Petrokimya Holding A.Ş. (PETKİM), Türkiye Petrol Rafine. A.Ş.(TÜPRAŞ), Türkiye Gübre Sanayi A.Ş.(TÜGSAŞ), İskenderun

göre ülkemizde 1980 sonrası dönemde sağlık alanında özelleştirme uygulamalarının yerleşmesi ve yaygınlaşmasında Dünya Bankası'nın bu alana yönelik yaptığı sektör analizleri etkili olmuştur. Sağlık alanında yapılan bu analizlere dayanarak sağlık alanında var olan sorunların çözümü noktasında, uzun vadeli ve düşük faizli kredi imkânları sunularak bu alanının şekillenmesinde etkin rol oynamışlardır. DTÖ, 1995 yılında GATS anlaşması imzalandığında üye ülkelerin sadece %27'sinin hastane hizmetlerini yabancı sermaye gruplarına açmayı taahhüt ettiğini diğer ülkelerin ise sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması süreçlerine sıcak bakmadığını ve sonuç olarak sağlık hizmetlerinin henüz bütün ülkeler düzeyinde çok uluslu şirketlere açılmadığını belirtmiştir. Örgüt günümüzde ülkelerin büyük çoğunluğunda sağlık alanında özel sektör yatırımlarının olduğunu ve bunların kamu sektörüyle rekabet halinde olduğunu ve bu noktada kamu sağlık kurumlarının öncelikle hotel ve restoran hizmetleri ile idari hizmetlerinin birbirinden ayrılarak piyasaya açılmasına sonrasında ise hastanelerin bu sürece dâhil edilerek özelleştirilmesinin gerektiğini vurgulamıştır (Güzelsarı, 2003, s. 128; Pekşen, 2012, s. 60).

Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasası'nın kabulüyle birlikte devletin herkese sunma zorunda olduğu bir hizmet olma niteliğini kaybetmeye başlamış ve devletin bu alanda daha çok düzenleyici ve denetleyici bir rolde olduğu bir yapıya doğru dönüşmüştür. Buna göre yeni dönemde devlet, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi noktasında, kamu ve özel sağlık kurumlarından yararlanacak ve hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasını sağlayacak süreçlerin hızlıca uygulamaya geçirilmesine ön ayak olmuştur. 1989 yılında TBMM'ye sunulan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı 7 Mayıs 1987 yılında meclis tarafından kabul edilmiş ve Cumhurbaşkanı Kenan Evren tarafından onaylanarak yürürlüğe girmiştir. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu sağlıkla ilgili 22 yasa, 54 yönetmelik, tüzük, yönergeyi içermekte ve bu alandaki önemli bir dönüşüme işaret etmektedir. Bu yasal düzenlemelerle birlikte sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itildiği, tedavi edici

Demir Çeliş Fb. A.Ş. (İSDEMİR), Türk Motor Sanayii ve Tic. A.Ş. (TÜMOSAN), Et Balık Kurumu, Eti Maden İşletmeleri, Orman Ürünleri İşletmeleri Tarım Üretme İşletmeleri gelmektedir. Geleneksel sektörler dışında finansal sektörde yaşanan özelleştirmelerde özelleştirme uygulamalarının bir diğer ayağını oluşturmaktadır. Emlak Bankası, Ziraat Bankası, Halk Bankası gibi kamu bankaları bu süreçte ilk olarak özelleştirme politikalarının ilk hedefi haline gelmiştir (Aydınlı, 2003, s. 82; Topak, 2012, s. 246).

sağlık hizmetlerinin tüketim ve maliyetlerinin pazar⁴⁷ koşullarına göre düzenlediği bir döneme girilmiştir (Pala, 2007, s. 13; Topak, 2012, s. 221). Özellikle bu dönemle birlikte Dünya Sağlık Örgütü'nün dünya genelinde başlattığı ulusal sağlık politikası belirleme çalışmaları ülkemizde de sağlık reformları tartışmalarının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu dönemlere DPT sağlık politikaları belirleme amacıyla Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile 1992 ve 1993 yıllarında yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri Ulusal Sağlık Politikası dokümanları ortaya çıkmıştır. Buna göre 2000 yılına kadar ademi merkeziyetçiliğe dayalı bir sağlık sisteminin kurulması, aile hekimliği modeline geçilmesi, hastanelerin şirketleşmesi, istihdamda merkeziyetçi uygulamaların kaldırılması ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması hedeflenmiştir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008, s. 224).

Türkiye'de özellikle 90'lı yıllardan itibaren sıklaşan sağlık alanında reform ve dönüşüme olan gereklilik söylemi ve kısmi yasal düzenlemeler 2000'li yıllardan itibaren uygulama alanı bulmaya başlamıştır. 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2000, s. 86), hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışı kazanması, hizmet sunumu ve finansmanı süreçlerinin birbirinden ayrılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin entegre aile hekimliği sistemine dönüştürülmesi ve etkin sevk zinciri uygulamasının yerleştirilmesi, özel sektörün sağlık yatırımlarının teşvik edilmesi gibi uygulamaların bir an önce uygulamaya girmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Aynı şekilde Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporunda sağlık sistemi yapılanmasında devlet ve özel sektör arasında görev paylaşımına dayalı bir yapının oluşturulması ve bu alanda başlıca sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak tek bir teminat paketi içerisinde hizmetlerin sunulması önerilmektedir. Aynı

⁴⁷ 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5. Maddesine göre, kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, ilgili bakanlığın teklifi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmesine dönüştürülürler. Yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir. Sağlık işletmesinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen tabipler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının tespit edeceği usul ve esaslar çerçevesinde ve sağlık işletmesi yönetiminin uygun görmesi halinde mesai saatleri dışında kuruluştaki özel teşhis ve tedavi yapabilirler. Sağlık işletmesinin gelirleri başlıca, sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen gelirler, bağış ve yardımlar ve bu şekilde kurumsallaştırılan sağlık işletmelerine gerek görüldüğünde yapılacak Devlet desteğinin yanında kuruluşun bağlı olduğu Bakanlığın veya kurumun her yıl bütçesine koyduğu personel ve yatırım ödenekleri kalemlerinden oluşmaktadır. Sağlık işletmesinin giderleri ise sözleşmeli personel ücretleri, kurum dışından satın alınacak her türlü sağlık ve laboratuvar hizmeti için sözleşmeli personel ve hizmet ücreti ve sağlık kuruluşunun modernizasyonu ve personelin yurt içi ve yurt dışı eğitimi ve araştırma için gerekli harcamalar kalemlerinden oluşmaktadır.

şekilde raporda devletin sağlık alanında eğitim, denetim ve AR-GE faaliyetlerine ağırlık vererek planlama, koordinasyon ve denetim görevlerini üstlenmiş güçlü bir Sağlık Bakanlığı'nın oluşturulması hedeflenmiştir (2001, s. 7). Bu dönemlerden itibaren resmi rapor ve hükümet programlarına geçen sağlıkta reform uygulamalarının tam anlamıyla uygulamaya girmesi, 2002 yılı seçimleri sonucunda kurulan hükümet döneminde mümkün hale gelmiştir. Bu dönemde hazırlanan planla tüm vatandaşları içeren bir sosyal güvenlik sistemi kurulacağı ve yukarıdaki raporlarda belirtilen dönüşümlerin en kısa süre içerisinde yasal alt yapıları oluşturularak Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) oluşturulmuştur (Tengilimoğlu vd., 2009, s. 101). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişim süreci birikim rejimlerinin özelliklerine göre fordist dönemdeki sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak ele alınıp bu bakış açısıyla toplumun geneline sunulmaya çalışıldığı ve bu alanda çalışanların genel olarak ömür boyu güvenceli olarak istihdam edildiği yapıdan, post-fordist dönemle birlikte köklü bir değişim sürecine girmiştir. Bu dönemlerle birlikte sağlık hizmetlerinin gerek hizmet sunumu gerekse de istihdam süreçlerinde piyasaya açılma yönünde politikalar işler hale getirilmiştir.

4.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

4.7.1. Sağlıkta dönüşüm süreci

Neo-liberal ekonomi politikalarının hâkim hale geldiği 1980'li yıllardan itibaren ulus ötesi aktörler verdikleri borçları ve borçlarının faizlerini tahsil etmek ve yeni müşteriler bulmak noktasında sağlık ve eğitim gibi sektörlerde arzın kendi talebini yaratması ilkesi çerçevesinde çeşitli ülkelerde (özellikle gelişmekte olan ülkelerde⁴⁸) belirtilen sektörlerde reform yapılması durumunda proje kredisi sağlama noktasında güvenceler vermeye başlamıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2005, s. 45). Neo-liberal politikalar özellikle Birleşik Devletler ve Birleşik Krallık öncülüğünde ve Kıta Avrupası ülkeleri ve Japonya'nın desteğiyle ve IMF ve DB aracılığıyla Üçüncü Dünya ve geçiş ekonomisi ülkelere dikte edilen ve uygulanan politikalarla görünür ve egemen bir hale gelmiştir. Esasında neo-liberalizmi, klasik liberal ekonomik düşüncenin 30'lu ve 70'li yıllar arasında varlığını devam ettirme ve yenileşme gayesiyle, devletin müdahaleci bir

⁴⁸ Mooney (2014, s. 24) sağlık hizmetlerine ilişkin gözlemlediği ilginç bir duruma işaret ederek, bir ülke ne kadar yoksul ise o ülkedeki kamu sektörünün sağlık hizmetlerindeki payının da o kadar küçük olduğunu belirtmektedir. Batı ülkelerinin ve Dünya Bankası gibi küresel güçlerin yoksul ülkelerin sağlık hizmetlerindeki özelleştirme uygulamalarını desteklediği bu süreçte vatandaşın sağlık hizmetlerinden faydalanırken cebinden yaptığı ödemelerin giderek arttığı bir yapının yaygınlık kazandığını belirtmektedir.

rolde devreye girdiği bir mola sonrasında, 80’li yıllardan itibaren güncellenen versiyonu olarak görmek mümkündür. Bu noktada neo-liberalizm ilk olarak akademik alanda daha sonra ise kamu politikaları alanında görünür olmaya ve destekçi bulmaya başlamış ve bu yönüyle hem bir ekonomik teori hem de politik bir duruş niteliği göstermiştir. Yeni dönemde devlete mülkiyet haklarının korunması, sözleşmelerin uygulanması ve para arzının düzenlemesi noktasında sınırlı bir rol verilmekte, ekonomik alanda çözdüğü sorunlardan çok sorun üreten bir yapı olarak görüldüğünden dolayı düzenleyici ve denetleyici bir pozisyonda kalması istenmektedir. Devletten bu dönemde özel girişimi destekleme ve ona yer açma, kamu hizmetlerinin ve varlıklarının özelleştirilmesi, sosyal refah programlarında kesintiye gidilmesi, kapitalist girişimci sınıflara vergi muafiyeti getirilmesi istenmektedir. Uluslararası alanda ise mal, hizmet, sermaye ve para akışının (insanların değil) kolayca gerçekleşmesi noktasında var olan ulusal sınırlamaların kaldırılması istenilmektedir (Kotz, 2002, s. 64-65). Navarro ise, neoliberal dönemde devletin hem kendisinin hem de kamu yatırımları anlamında geri çekildiği ve küçüldüğü bir döneme girildiğini belirtmektedir. Bunun en önemli göstergelerinden birinin neo-liberal “devrimin” görünür ve egemen hale geldiği 1980’li yıllardan itibaren kamu sektöründe personel giderleri anlamında dramatik azalmaların ortaya çıktığı, askeri ve savunma harcamalarının arttığı ve özel sektörün desteklendiği ve kamuda daha da görünür hale gelmesi olduğunu belirtmektedir. Bu genel değişimlerin en iyi izlenebileceği alanlardan biri olan sağlık sektöründe özelleştirme uygulamalarının yaygınlaştığı, sigorta şirketlerinin büyüdüğü, ilaç endüstrisinin bu alandaki gücünün arttığı ve özel sektörün kamuyla birlikte sağlık politikalarının temel belirleyicilerinden biri olduğu bir döneme girilmiştir (Navarro, 2009, s. 7).

Genel olarak tüm Avrupa ülkelerinde neo-liberal dönemde iktidara gelen partiler, âdemi merkezîleşme ve yerel yönetimlerin geliştirilmesi noktasında verimliliğin artırılması ve güvence altına alınmasını amaçlayan mali kaynakların yaratılması yoluna gitmişlerdir. Bu noktada söz konusu devletler kamu- özel finansman modellerini hayata geçirip özellikle sağlık alanında, kamusal harcamaları azaltma, vatandaşlardan topladığı sağlık sigorta primlerini ve katkı paylarını arttırma yoluna gitmişlerdir. Neo-liberal dönemde sağlıkta dönüşüm reformlarının uygulandığı birçok ülkede sağlık hizmetlerindeki finansman ile sunum süreçleri birbirinden ayrılarak⁴⁹ genellikle kamu

⁴⁹ Sağlık hizmetlerinin finansmanı sorunu sağlık sistemlerini oluşturan önemli süreçlerden biridir. Sağlık hizmetlerindeki finansal boyut esasen; bu alan için ne kadar para gerektiği, bu kaynağın kimler tarafından

sektörünün üstlendiği finansman kurumunun hem kamu hem de özel sektörde yer alan hizmet sunucularından (bireysel ya da grup olarak çalışan doktorlar, hastaneler, dispanserler, tanı ve görüntüleme merkezileri gibi) hizmet satın alınması yoluna gidilmiştir. Hizmet sunum ve finansmanı süreçlerin birbirinden ayrılmasıyla birlikte sisteme getirilen performansa dayalı ücretlendirme uygulamasıyla birlikte hekimlerin ilaç yazımı, tetkik isteme, sevk etme gibi kararlar noktasında ellerinde bulunan özerkliklerini yitirmeye ve bu süreçlerin üst mekanizmalar tarafından takip edildiği, yönlendirildiği zaman zaman da kısıtlandığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Bunlara ek olarak sağlık hizmetleri alanında kamu tarafından ödenmeyecek sağlık hizmetleri listeleri oluşturulmakta ve her geçen gün bu listeye yeni bir sağlık kalemi eklenmektedir. Bu tür uygulamalar toplumsal kesimlerin yoğun eleştirisi ve muhalefetlerini getirmekte ve ciddi politik çatışmaları meydana vermektedir (Bayramoğlu, 2005, s. 48; Ağartan, 2007, s. 48-49; Terzi, 2014, s. 285),

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması aşamalarında “karar vericiler kimlerdir?” diye soran Mooney (2014, s. 38) ise bu süreçteki aktörlerin, hükümetler, politikacılar, meslekten ve meslekten olmayan yöneticiler, ilaç endüstrisi, özel sigorta sektörü temsilcileri, tabip odaları, hemşire ve diğer sağlık çalışan dernekleri, sendikalar olduğunu belirtmektedir. Bu gruplardan bazıları dışarıda görünüp esasında süreci belirleyen temel aktörler olarak rol oynamakta, bazıları ise her ne kadar sistem içerisinde olsalar da etkisiz ve pasif bir konumda bulunmaktadır. Groenewegen (2007, s. 126) sağlık sistemlerini anlayabilmek için “sağlık aktörleri üçgeni” olarak adlandırılan yapının iyi anlaşılmasını belirtmektedir. Buna göre bu üçgenin bir tarafında finans-sigorta kurumları diğer tarafında hizmet sunucular, en son kısmında ise sağlık hizmetlerinden

karşılanacağı, bu kaynaklardan kimlerin ve nasıl faydalanacağı, kaynakların ne kadarının hizmetler için harcanacağı ve bu mekanizmanın kim tarafından denetleneceğiyle ilgili olduğu söylenebilir. Sanayileşme süreçlerinin hız kazandığı günümüz toplumlarında yaşanan sosyo-kültürel ve ekonomik değişimlere bağlı ortaya çıkan süreçler sağlığın sadece kamu tarafından karşılandığı ve desteklendiği bir yapıyı imkânsız hale getirmiş ve bu noktada gerek fon desteği gerekse de hizmet sunumunda özel kesim sürece dâhil olmuştur. Sağlık hizmetleri teorik olarak kamu, özel ve karma kaynakları tarafından finanse edilse de, reel olarak dünya üzerindeki sağlık sistemlerini bu sınıflama içerisine yerleştirebilmek mümkün değildir. Sağlık sistemlerinin finansmanı, çoğunlukla farklı derecelerde olmak üzere, kamu ve özel kaynakları tarafından finanse edilen karma bir yapıya sahiptir. Kamu kaynakları olarak genel vergiler, özel amaçlı vergiler ve sosyal sigorta fonları söz konusuyken; özel kaynaklar altında ise özel sigorta, işveren finansmanı, toplumsal finansman, katkı payları, doğrudan cepten ödemeler ve döner sermaye kalemleri bulunmaktadır. Bir diğer sınıflama modeli ise; genel vergi gelirlerine dayalı finanse edilen, İngiltere ve İskoçya gibi ülkelerde uygulanan Beveridge modeli ile Almanya’da uygulanan sosyal sigorta uygulaması olan Bismarck modelidir. Ancak bu sınıflandırma biçimlerinin de tam olarak uygulandığı bir sağlık sistemi yoktur ve var olan uygulama biçimleri daha çok iki sistem arasında çeşitli kombinasyonlara sahip bir nitelik göstermektedir. (Uz, 1998, s. 92; Blomqvist and Jonsson, 2008, s. 4).

faydalanan kesimler bulunmaktadır. Sağlık sistemlerinde var olan problemlerin aşılması noktasında üç aşamalı bir sürecin olduğunu belirten Mooney (2014, s. 190), bu aşamalardan ilkinin, sağlık hizmetlerinde kaynakların kim veya kimlerin gücü ve etkisi altında olduğunu tespiti ve daha sonra bu alanda kimlerin etkin olması gerektiği hususunun belirlenmesi olduğunu belirtmektedir. İkinci olarak sağlık hizmetleri alanının esasında ekonomi politik süreçlerden bağımsız olarak düşünülmemesi gerekliliğinin bilincine varmak olduğunu belirten Mooney, son olarak sağlık hizmetlerinin komüniteryan ilkelere dayalı bir yapı olarak örgütlenmesiyle vatandaşları sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinin belirlenmesi süreçlerinde aktif olarak yer aldığı bir yapının kurulmasını önermektedir. Mooney (2014, s. 78), neo-liberal dönemde piyasa yönelimli hareketlerin anlamak istemedikleri noktanın, sağlık hizmetlerinin, ötekine karşı duyarlı olmak, başkalarını önemsemek, iyi bir toplum kurma isteği ve adalet gibi taşıdığı nitelik ve amaçlardan dolayı piyasada mal olarak dolaşıma giremeyeceği gerçeği olduğunu belirtmektedir.

4.7.2. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm süreci

Türkiye’de sağlık sektörünün piyasaya açılması ve özelleştirme⁵⁰ uygulamaları Dünya Bankası ile ortak projeler kapsamında 80’li yıllardan itibaren gündemde olan bir konu olmuştur. 80’li ve 90’lı yıllarda neo-liberal sağlık reformları her ne kadar tam olarak uygulama alanı bulmamışsa da bu alanda önemli aşamalar kaydedilmiştir. 2000’li yılların başında uygulamaya geçirilen sağlık reformlarının genel çerçevesi esas olarak Dünya Bankası ile 2001-2004 yıllarında imzalanan anlaşmalarla çizilmiştir. Bu kapsamda Dünya Bankası ve Türk uzmanlardan oluşan bir heyet tarafından oluşturulan Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu (Dünya Bankası, 2003) raporu sağlıkta dönüşüm uygulamalarının kuramsal alt yapısını oluşturmuştur. 2000’li yıllarda Türkiye’deki sağlık sistemi, devletin ve kurumlarının sınırlı kaynak ve örgütsüzlüğü, sigorta kapsamında olmayan yüksek sayıdaki kesimin sağlık hizmetlerine erişememesi ve bu kronik yapının bir türlü çözüme kavuşamadığı bir görünüm arz etmektedir. Toplumun

⁵⁰ Belek (2014, s. 67) sağlık sektöründe birinci basamak hizmetleri ve hastanelerde görülen özelleştirme uygulamalarının özelleştirme gibi mülkiyet devri şeklinde ortaya çıkabileceği gibi, hastanelerin işletmeleştirilmesi şeklinde hastane yönetimlerinin özel sektör mantığına göre düzenlenmesi ve işletilmesi anlamına da gelebileceğini belirtmektedir. Sağlık sektöründe; finansal boyutuyla özelleştirme süreci, kamu sağlık harcamalarının azalmasına bağlı olarak vatandaşların sağlık hizmetlerini alırken belirli oranlarda cepten ödemeleri pasif bir özelleştirme süreci olarak değerlendirilebilir. Bunun yanında özel sağlık sigortacılığının gelişmesine bağlı olarak ortaya çıkan kurumsal bir yapı ve fonun varlığı finansman boyutunda yaşanan özelleştirme sürecinin aktif boyutu olarak nitelenebilir.

farklı kesimleri için hiyerarşik⁵¹ bir şekilde örgütlenen sağlık örgütleri bu kesimlere farklı düzeylerde ve biçimlerde sağlık hizmeti sunmaktaydı. Bu kapsamda sosyal güvenlik kurumları sektörde kayıtlı olan; maaşlı çalışanları, serbest çalışanları, çalışan veya emekli devlet memurlarını ve hükümet tarafından finanse edilen Yeşil Kart programı kapsamında düşük gelirli sigortasız kesimleri kapsamaktaydı. Kayıt dışı ekonomide çalışanların nüfusun %25'ini oluşturduğu bu yapıda toplumun büyük bir kesimi (primlerini ödeyemeyen serbest çalışanlarda eklendiğinde) sosyal sigorta sisteminin dışında bulunmakta ve sağlık hizmetlerine erişimde maddi manevi büyük eşitsizlikler ve zorluklar yaşamaktaydı. Kamuda çalışan doktorların özel sektörde de çalışmalarına izin verildiği bu sistemde, doktorların hastaları çoğunlukla kendi özel muayenahanelerinde gördükten sonra kamu kurumlarında sağlık hizmetleri sunmaları, ameliyat ve başka işlemler için bıçak parası adı altında kayıt dışı ödeme biçimleri alma gibi uygulamalar yaygın olarak görülmekteydi. Bunun yanında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsal kesimlerde örgütlenme düzeyinin (kentlere göre) düşük ve yetersiz olması kırsal kesimin sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırmakta, eşitsizlikleri arttırmakta ve büyük maddi kayıplara yol açmaktaydı. 2002 yılında iktidara gelen AKP hükümeti, sistemdeki bu tıkanıklığı aşma noktasında aynı dönemlerde Dünya Bankası'nın reform önerilerine paralel bir projeyle bu sürece yaklaşmıştır. Bu dönemde hükümet, Harvard ve Johns Hopkins Halk Sağlığı okullarından çeşitli akademisyenlere raporlar hazırlatmış ve Dünya Bankası uzmanlarıyla işbirliğine giderek Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlıkta dönüşümün koordinesi yürütülmesi amacıyla bir birim açılmıştır (Roemer, 1991, s. 390; Keyder, 2007, s. 21-23, OECD ve WB, 2008, s. 11; Ataay, 2008, s.170). Bu çerçevede 58. Hükümet Acil Eylem Planında (2003, s. 99-100), sağlık alanının da gerçekleştirilmesi hedeflenen değişiklikler şu şekilde belirtilmiştir:

“Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak. Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı ortadan kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak. Hastaneler idari ve mali bir yapıya kavuşturulacak. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ayrılacak. Genel Sağlık Sigortası ve Kurumu kurulacak. Aile hekimliği

⁵¹ Keyder (2007, s. 15) sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte mevcut yapının, Bismarckçı bir korporatizmle daha geleneksel, aile tabanlı bir vurguya işaret eden bir sürece doğru gittiğini belirtmektedir. Bismarckçı korporatizm, tüm vatandaşlara evrensel ve aynı çerçevede emeklilik ve sağlık hizmeti sunmaktan ziyade, vatandaşları bulundukları istihdam koşullarına göre hiyerarşik gruplara ayırmakta ve bu hiyerarşideki yerlerine göre farklı düzeylerde hizmet sunmaktadır. Burada öncelik sırası bakımından erkekler ilk sırada gelmekte yani kadınlar ya çocukları olarak babalarından ya da eşleri olarak kocaların üzerinden sağlık hizmeti almaktadırlar. Mesleki hiyerarşide ise devlet memurları (Emekli Sandığı) en üstte, sonra işçiler (SSK) ve onları da takip eden kendi adına çalışan ve yoksul kesimlerin (Bağ-Kur ve Yeşil Kart) geldiği bir yapı söz konusudur.

uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak. Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek. Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak. Özel sektörün⁵² sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek.”

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 2003 yılından itibaren devlet memurları ve emekli sandığı mensupları için sevksiz özel hastanelerden hizmet almalarının önü açılarak özel sektör sağlık kurumlarının gelişmesi teşvik edilmiştir. Bunun yanında bu dönemle birlikte sağlıkta sözleşmeli personel istihdamına geçilmiş ve çalışanlar için performans dayalı ödeme sistemi uygulanmaya başlamıştır. 2005 yılında ise birinci basamak sağlık hizmetlerinden sağlık ocaklarının yerine geçecek olan aile hekimliği sistemi ilk olarak Düzce’de ve 2010 yılından sonra ise ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır. 2005 yılında Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı’na⁵³ bağlı hastaneler hariç tüm kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve Kasım 2008 tarihinde yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) ile birlikte sağlık hizmetlerinde sunum ve finansman süreçleri tam olarak birbirinden ayrılmıştır. 2006 yılında ise 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ise SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmıştır. 2 Kasım 2011 tarihinde ise yayınlanan 663 sayılı KHK ile Kamu Hastane Birlikleri oluşturularak, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri haline getirilerek sağlıkta dönüşüm sürecinin genel çerçevesi oluşturulmuştur (Cevahir, 2013, s. 76).

Keyder, sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sistemdeki korporatist hiyerarşik yapının kırılması ve sigorta kurumları arasında eşitlik getirmeye yönelik atılan adımlarla birlikte SSK ve Yeşil Kart mensuplarının sağlık hizmetlerine ulaşmalarının kolaylaşmasının, AKP’nin seçim başarılarına katkıda bulunan gelişmeler olduğunu belirtmektedir. Bu süreçte sosyal politika konusunu, kendisini solda gören siyasi, sendikal ve diğer sağlık örgütlerinin (KESK, Tabipler Birliği gibi) daha çok gündemde

⁵² Sağlıkta dönüşüm sürecinin başladığı 2003 yılından itibaren sektörlere göre hastane sayılarındaki artış hızı bu alanda yaşanan dönüşümün genel seyrini ortaya koymaktadır. Buna göre 2002-2015 yılları arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane sayısı 774’den 865’e, üniversite hastanesi sayısı 50’den 70’e, özel sektör hastaneleri ise 271’den 562’ye yükselmiştir. Aynı şekilde 2002-2015 yılları arasında hastane yatak sayılarındaki artış oranı da benzer şekilde; Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde 107.394’den 122.331’e, üniversite hastanelerindeki yatak sayısı 26.341’den 38.361’e, özel hastane yatak sayısı ise 12.387’den 43.645’e yükselmiştir. Bu durum, sağlıkta dönüşümün mimarlarının sağlık sektöründe kamunun yanında özel sektöründe önemli bir aktör olacağı ve bu alanda rekabetçi bir yapının yerleştirileceği yönündeki hedeflerine paralel bir sürecin ortaya çıktığını göstermektedir (Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2015, s. 93).

⁵³ Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı hastaneler 15 Ağustos 2016 tarihli 669 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir.

tutmasını beklediğini belirten Keyder, bu örgütsel yapıların sağlıkta dönüşümü sadece sağlığın piyasalaşacağı ve istihdam politikalarında ortaya çıkacak değişiklikler üzerinden eleştirmenin büyük bir talihsizlik olduğunu belirtmektedir. Sağlık hizmeti veren kesimlerin kurumların işleyişi ve iş güvencesi üzerine eğilmelerinin çok doğal olduğunu belirten Keyder, sağlık hizmeti alan kesimler için asıl önemli olan şeyin ise, karşısındaki personelin kadrolu veya taşeron olmasından ziyade, sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşabileceği ve nitelikli bir hizmet alabilecek bir yapının olup olmadığı noktası olduğunu belirtmektedir (Keyder, 2007, s. 34).

4.7.2.1. Sağlıkta dönüşüm programının amaç ve hedefleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları başlıca sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını içermektedir. Sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulmasıyla birlikte temel sağlık göstergelerinde iyileşmeler sağlanması, anne ve çocuk ölüm oranlarında düşme sağlanması ve ortalama yaşam sürelerinin arttırılması hedeflenmektedir. Sağlık hizmetlerinin verimliliği ilkesi ile sağlık kaynaklarının uygun şekilde kullanılarak başlıca insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu çerçevede içerisinde organize edilmesi amaçlanmaktadır. Hakkaniyet ilkesi ile vatandaşların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının sağlanması ve hizmetlerin finansmanı noktasında mali güçleri oranında katkıda bulunmaları hedeflenmektedir (SB, 2003, s. 24).

4.7.2.2. Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri şunlardır (SB, 2003, s. 25).

- *İnsan merkezlilik ilkesi*, temelde sağlık sisteminin planlanması ve sunumu aşamalarında hizmetlerden yararlanacak bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas alan bir temele dayanmaktadır.
- *Sürdürülebilirlik ilkesi*, ise temelde geliştirilecek olacak sağlık sisteminin ülkenin koşullarına ve kaynaklarına uygun olmasını ve kendi kendisini besleyerek devamlılığını sağlamaya dayanmaktadır.
- *Sürekli kalite gelişimi ilkesi*, temelde vatandaşlara sunulan hizmetlerden elde edilecek sonuçları yeterli görmeyerek sistemin kendisini devamlı değerlendirerek ve çeşitli geri dönüşler alarak kendisini geliştirmesi anlamına gelmektedir.

- *Katılımcılık ilkesi*, ise sağlık sisteminin planlanması ve uygulanması aşamalarında tüm tarafların görüş ve önerilerinin alındığı ve etkili olduğu tüm bileşenlerin sistem içerisinde söz hakkı sahibi olmasının ön görmektedir.
- *Uzlaşmacılık ilkesi*, sağlık sistemi içerisinde yer alan farklı aktör ve bölümler arasında karşılıklı çıkarların gözetilmesi ve ortak nokta bulma amacı taşımaktadır.
- *Gönüllülük ilkesi*, ise sağlık hizmetlerini üreten ve bu hizmetleri alan kesimlerin sistem içerisinde gönüllü olarak yer aldığı birey ve kurum ayrımı yapmaksızın tüm bileşenlerin belirlenen amaçlara ulaşmak noktasında ortaklaşmasıdır.
- *Güçler ayrılığı ilkesi*, ise temelde sağlık hizmetlerinde finansman, planlama ve denetim ve hizmet üreten güçlerin ayrılmasını böylelikle çıkar çatışması olmayarak verimli ve kaliteli hizmet üretimini amaçlamaktadır.
- *Desantralizasyon ilkesi*, ise kurumların merkezi yapıya dayalı hantal yapıdan kurtularak idari ve mali yönden özerkleşerek hızlı karar alabilecek ve kaynakları daha verimli kullanabilecekleri bir yapıya kavuşmalarını ön görmektedir.
- *Hizmette rekabet ilkesi*, ise sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında tekel yapıların ortadan kalktığı, farklı hizmet sunucularının olduğu, sürekli kalitenin artırıldığı ve maliyetlerin azaltıldığı bir yapıyı ön görmektedir.

4.7.2.3. Sağlıkta dönüşüm programının temel bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı sektörü bütün boyutlarıyla ele alıp şekillendirme amacıyla toplam sekiz bileşenden oluşmuştur (SB, 2003, s. 26; SB, 2007, s. 13):

- *Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı*: Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte Sağlık Bakanlığı bu alanda politikalar geliştiren, standartlar koyan ve süreci genel olarak denetleyen bir yapıya kavuşturulacaktır. Sağlık Bakanlığı, kamu ve özel kurum ve kuruluşların sağlığa ayırdıkları kaynakları etkili ve verimli bir şekilde kullanmaları noktasında denetim ve yönlendirme süreçlerini yerine getirecektir.
- *Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası*: Dönüşüm sürecinden önce vatandaşlara SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı kurumları altında sigorta hizmetleri sunan yapı, hizmet kalitesini arttırmak ve her hastaya eşit düzeyde sağlık hizmeti sunmak ve hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak amacıyla tek çatı altında birleştirilerek Genel Sağlık Sigortası Kurumu oluşturulacaktır. Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) kurulmasıyla birlikte ödeme

gücü olmayanlar tespit edilerek primlerinin bir kısmı veya tamamı kamu tarafından karşılanacaktır. GSS'nin yanında özel sağlık sigortacılığın gelişmesi teşvik edilecek ve özel sigortaların tamamlayıcı bir rolde sistem içerisinde aktif olarak yer almaları desteklenecektir.

- *Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi:* Sosyalleşme döneminde oluşturulmuş ve dönemi için oldukça gelişmiş olan sağlık ocağı ve sağlık evi modeli yeni dönem koşullarına göre yeniden ele alınarak bu ağın güçlendirilmesi ve vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel sektörün de süreçte etkin olacağı bir yapı oluşturulması planlanmaktadır. Bu kapsamda uygulamaya konulacak aile hekimliği sistemi ile temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımına dayalı bir yapı kurulacak ve bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin vatandaşın kendi seçeceği hekimler tarafından yürütüleceği bir sistem kurulacaktır. Sistemin iyi işlemesi ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gereksiz yığılmaların ve birinci basamakta yeterli hizmeti alabilecek hastaların ileri basamağa gitmeden hizmet alabilmesi amacıyla etkili ve kademeli sevk zinciri oluşturulacaktır. Bu şekilde aile hekiminin gerekli gördüğü durumlarda kişi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilerek, buralardaki gereksiz hasta yığılmalarının önüne geçilecektir. Bunun yanında kamu hastaneleri idari ve mali yönden özerk bir yapıya sahip işletmeler haline getirilerek daha verimli işleyen, sektörün diğer aktörleriyle rekabet edebilir bir yapıya kavuşturulacaktır.
- *Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü:* Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerinin ülke çapında ve tüm kesimlere etkin ve verimli bir şekilde sunulması noktasında önemli bir faktör olan sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını sağlayacak teşvik edici politikalar geliştirilecektir. Kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirecek uygulamalar geliştirilecek ve çakılı sözleşmeleri personel istihdamı uygulamaya konulacaktır.
- *Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları:* Sağlıkta dönüşüm kapsamında halk sağlığı alanı toplum hekimliğini de içine alacak şekilde oluşturulacak, eğitim hastaneleri yeniden organize edilerek tıpta uzmanlık eğitimi planlayacak ve standardize edecek Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında daha bilimsel ve verimli bir yapıya kavuşturulacaktır.

- *Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon:* Sağlık alanından ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını düzenleyen Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu kurulacaktır.
- *Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma:* İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve süreçlerin akılcı yönetilmesi noktasında uluslararası standartlara ulaşma amacıyla kurulacak kurumların siyasal kaygı ve etkilerden uzak bağımsız ve özerk bir işleyişe sahip olması amaçlanmıştır.
- *Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim, Sağlık Bilgi Sistemi:* Sağlıkta dönüşüm sürecinin tüm bileşenleri arasında uyum sağlanabilmesi noktasında entegre bir sağlık bilgi sisteminin kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, sağlık envanterlerinin oluşturulması, sevk basamaklar esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarında verilerin güvenilir ve düzenli bir şekilde tutulması sağlanacaktır.

4.7.2.3.1. Genel sağlık sigortası'nın oluşturulması

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması yönünde girişimler, Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren ortaya çıkmış ancak başarılı olunamamıştır. 1945 yılında GSS oluşturulamayınca, İşçi Sağlığı Kurumu kurulmuştur. GSS 'ye geçmek için daha sonraki yıllarda hazırlanan kanun taslaklarına rağmen tüm vatandaşları kapsayacak bir sistem kurulamamış ve bunun kısmen çözümü noktasında 1992 yılında Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. Daha sonra AKP'nin seçimle iş başına gelmesiyle birlikte 59. Hükümet döneminde 2006 yılında kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) Anayasa Mahkemesi'nin iptaliyle birlikte maddelerin tekrar düzenlemesiyle, Nisan 2008'de kanunlaşmış ve 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.(Görmüş, 2013, s. 186).

GSS temelde sağlık hizmetlerinde finansman ile sağlık üretim süreçlerini birbirinden ayırarak, sistemin 'sağlık hizmeti satın alınması' temelinde yeniden inşasını öngörmektedir. Sistemin bir diğer özelliği GSS'nin sadece temel teminat paketi içerisinde yer alan sağlık hizmetlerini karşılaması durumudur. Bu durum teminat paketi içerisinde yer almayan sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası ya da kişisel ek ödeme yoluyla yapılmasına yol açmıştır. Bu durum özel sağlık sigortacılığının gelişmesine ve bir sektör olarak ortaya çıkmasına ve vatandaş için hizmeti alırken daha fazla cebinden ödeme

yapma durumuna yol açmıştır. Sistemin bir diğer özelliği prim ödeme gücü olmayan vatandaşların primlerinin devletçe düzenleniyor olmasıdır. Buna göre ödeme gücü asgari ücretin üçte birinden az olanların sağlık primleri devletçe ödenecek, diğer kesimler ise sisteme her ay devamlı prim ödeme yoluyla dâhil olacaklardır. Ancak devletçe belirlenen bu sınırın gerçek yoksulluk sınırı olarak kabul edilmesi ülke gerçekleriyle uyuşmadığı gibi bu durumda prim ödeme gücü olmayan geniş bir kesimin sistemin dışında kalacağı ve GSS'nin toplumun bütününe kapsama iddiasıyla tezat bir durum ortaya çıkaracağı söylenebilir (Ataay, 2008).

Erdoğan ise (2006, s. 225), Türkiye’de sağlık sektöründe yeni kamu işletmeciliği temelinde ortaya çıkan serbestleşme ve özelleştirme uygulamalarının bir sonucu olarak ortaya çıkan GSS'nin kamuoyunda “genel sağlık” olarak algılanmasında genel olanın sağlıktan ziyade, sigorta sistemi olduğunu belirtmektedir. Yapılan düzenlemelerin “sağlıkta genel sigorta” olarak anlaşılmasının daha doğru olacağını belirten Erdoğan, sistemin herkese sağlık hizmeti sunumunun finansman modelinden ziyade, aile hekimliği ve özelleştirilen birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman modeli olduğunu belirtmektedir. Ataay ise, GSS sistemini, primlerini ödeyen bütün vatandaşların kamusal sağlık sigorta ve sağlık hizmetlerinden oluşan bir yapı içerisinde bütün sağlık hizmetlerini alabildiği ve bütün giderlerinin sigorta tarafından karşılandığı bir sistemden ziyade; vatandaşların kamusal sağlık sigorta ve kurumlarının yanında özel sağlık sigorta ve kurumlarına da başvurabildiği ancak bunun için ek ödeme yapmak zorunda kaldığı yarı kamusal, yarı özel bir sistem olarak nitelenebileceğini belirtmektedir (Ataay, 2008, s. 171).

Türkiye’nin sosyal koşulları düşünüldüğünde prim ödemesine dayalı GSS'nin uygulanmasının zor olduğu, işsizlik oranının yüksek, çalışanların büyük kısmının kayıt dışı olduğu ve nüfusunun önemli bir bölümünün köy ve beldelerde tarım ve hayvancılık yaptığı bir yapıda bu sistemin yürütülmesinin çok zor olduğu söylenebilir. Bu sistemde primlerin toplanamayacağının çok açık olduğu, yoksulların sağlık hizmetlerine ulaşmasında ihtiyaç tespitine dayalı uygulamanın vatandaşlık düzeyinde eşitlik ilkesinin ihlali anlamına geldiği söylenebilir (Terzi, 2014, s. 286; Yaşar, 2015, s. 121). Aynı şekilde bu noktayı vurgulayan Elbek, sağlıkta dönüşüm sürecinden önce devletin yurttaşlarını onların istihdam biçimlerine göre ayırdığı ve buna göre hizmet sunduğu yapının dönüşümle birlikte devletin yurttaşları cebindeki paraya göre değerlendirdiği ve

buna dayalı bir sağlık hizmeti sunduğu bir yapının ikame edildiğini belirtmektedir (Elbek, 2015, s. 49).

4.7.2.3.2. Kamu sağlık kurumlarında işletme modeline geçiş

Kamu sağlık kurumlarında yeni işletmecilik anlayışına dayalı olarak Sağlık Bakanlığı'nın hizmet üretim sürecinden geri çekildiği ve denetleyici planlayıcı bir rolde olduğu bu yapının kurumsal anlamda değişimini sağlayan yasal dzenleme 2 Aralık 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Grevleri Hakkında Kanun Hkmdnde Kararname ile yapılmıştır. Buna gcre Sağlık Bakanlığı'nın misyonu:

“grev alanı iherisine giren konularda politika ve stratejiler geliştirmek, bunlara uygun olarak yıllık amaç ve hedefler oluşturmak, performans olçütleri belirlemek, Bakanlık bütçesini hazırlamak, gerekli kanuni ve idari dzenleme çalışmalarını yapmak, belirlenen stratejiler, amaçlar ve performans olçütleri doğrultusunda uygulamayı koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek” olarak ortaya konulmuştur.

Buna gcre Sağlık Bakanlığı merkez birimler ve bağlı kuruluşlar olarak yeniden oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar 4 ana birimden oluşmuştur (663 sayılı KHK) :

- *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu:* Kurumun grev ve yetki alanı iherisine halk sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli tedbirleri almak ve uygulamak, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek ve bu hususta gerekli dzenlemeleri yapmak olarak belirlenmiştir.
- *Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu:* Kurum, “bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbi cihazlar, vücut dışı tıbbi tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbi ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında dzenleme” yapma amacıyla kurulmuştur.
- *Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü:* Kurumun grev alanı “uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ölkemize girmesini önlemek amacıyla, uluslararası giriş noktaları ve bunların gümrüklü alanlarında gerekli her türlü sağlık tedbirini almak veya aldırarak, halk sağlığını etkileyecek etkenlere karşı alınacak kontrol önlemlerinin standardını belirlemek, belgelendirmek, denetlemek” olarak belirlenmiştir.

- *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu*: TKHK, “bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini “sağlamak amacıyla kurulmuştur. Buna göre TKHK, kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatma yetkisine sahiptir.

Kanun kapsamında sağlık alanında kaynakların etkin ve verimli kullanılması amacıyla TKHK’ye bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları il bazında Kamu Hastaneleri Birlikleri (KHB) şeklinde yeniden örgütlenerek işletme anlayışına dayalı bir yapıya dönüşmüştür⁵⁴. Hizmetin büyüklüğüne göre aynı ilde birden fazla birlik kurulabilmesini öngören bu değişiklikle birlikte ülke genelinde 89 Kamu Hastane Birliği oluşturulmuştur. Buna göre kurulacak hastane birlikleri genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşturulmuştur. Genel sekreterlik, hastane birliklerinin en üst karar ve yürütme organı olarak kurulmuş ve bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurulmuştur. Buna göre genel sekreter, idari ve mali hizmet başkanları, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından veya bunlara denk yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde, genel sekreter için 8 yıl, idari ve mali hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olma şartı getirilmiştir. Birliğe bağlı hastaneler ise hastane yöneticileri tarafından yönetilmekte ve hastane yöneticisine bağlı başhekimlik, idari ve mali iş ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulmuştur. Buna göre yönetici pozisyonundaki yöneticiler, üç yıllık sözleşmeler halinde istihdam edilecek ve performanslarına göre sözleşmelerinin

⁵⁴ 25 Ağustos 2017 tarihinde yayınlanan 694 Sayılı KHK ile Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumları kaldırılarak eski sistemdeki gibi genel müdürlük şekline dönüştürülmüştür. Kaldırılan bu kurumlarda kadroları iptal edilen personelleri eski sistemdeki kadrolarına tekrar atanmış ve sağlık hizmetleri eski sistemle yeni sistemin karması bir yapıya dönüşmüştür. Buna göre sağlık hizmetleri il ve ilçe düzeyinde sağlık müdürleri, hastane düzeyinde ise başhekimler tarafından yönetilecek ve bu kapsamda ihdas edilen yeni 9.831 kadroya ilgili personel sözleşmeli olarak atanacaktır. Yeni sistemde hastaneler hizmet sunumları açısından A, B, C, D, E sınıflarına ayrılacak, başarısız olan hastanelerin başhekimlerinin görevlerine sağlık müdürleri son verebileceklerdir.

devamı veya sonlandırılması uygulaması getirilerek, yönetici pozisyonlar sözleşmeli-performansa dayalı bir hale getirilmiştir. Hastane birlikleri çatısı altındaki sağlık kuruluşları ve işleyişi; hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet alt yapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik noktalarında denetime tabi tutulacak ve değerlendirme sonucuna göre hastanelere yüz üzerinden puan verilmesi ve bu değerlendirmelerin altı ay ile bir yıl arasında yinelenmesi uygulamasına geçilmiştir. Buna göre değerlendirme sonucunda hastaneler puanlarına göre (A), (B), (C), (D), (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılacak hizmet alanı içinde hastanelerin (E) sınıfına düşmesi ve bir sonraki değerlendirmede (D) veya üzeri sınıfa çıkamaması durumunda hastane yöneticilerinin görevlerine son verilmesi söz konusudur. Bu durum hastane birliklerinin rekabete dayalı olarak piyasa kurallarına göre işlediği ve tüm personel giderlerini kendi ürettiği artı değer üzerinden karşıladığı bir yapının ortaya çıkacağını göstermektedir (Tengilimlioğlu, 2011, s. 31), Bu noktada hastane birliklerinin bütçe gelir ve giderleri KİT'lere benzer biçimde düzenlenmiş ve birliğin mal ve hizmet satın alma, mal varlıklarının satışı ve kiralanması gibi konularda esnek hareket etmesinin kanuni alt yapısı oluşturulmuştur. Personel rejimi açısından birliğin devraldığı yapıdaki mevcut çalışanlar statülerini korumakla birlikte yeni atama ve alımlarda sözleşmeli statünün esas olduğu bir yapı oluşturulmuştur (Ataay, 2007, s. 9; 2011, s. 27).

4.7.2.3.3. Aile hekimliği sistemi

İngiltere'de 1952 yılında Genel Pratisyenlik Akademisi (College of General Practitioners), 60'lı yıllarda ise ABD'de Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuş ve ilerleyen yıllarda Avrupa ve diğer ülkelerde birinci basamak hekimliğini geliştirmeyi hedefleyen birçok birlik oluşturulmuştur. Aile Hekimliği uzmanlık dalı Türkiye'de 1983 yılındaki Tababet Uzmanlık tüzüğüyle şekillenmiş ve 1984 yılında Gazi Üniversitesi'nde ilk olarak açılmıştır. 1993 yılında ise Tıp Fakültelerinde Aile Hekimliği Ana Bilim Dalları kurulmuştur. Bu dalda eğitim görmüş hekimlere Aile Hekimliği Uzmanı veya bazı ülkelerde Genel Pratisyen denilmektedir. Tıp fakültesindeki temel 6 yıllık eğitimden sonra en az 3 yıl süren eğitim sonunda Aile Hekimi Uzmanı olunmaktadır. Ülkemizde sağıkta dönüşümle birlikte aile hekimliği sistemi içerisinde çalışan hekimlerin dünya genelindeki gelişmiş ülkelerdeki aksine, çoğu bu uzmanlık eğitimi almamış, tıp fakültesi mezunu hekimlerden oluşmaktadır (Oğuz, 2009, s. 8-10). Türkiye'de uygulanan aile hekimliği sisteminde

temelde, kamuda kadrolu olarak istihdam edilen pratisyen hekimlerin bu pozisyonlarından geçici olarak izinli sayılıp, aile hekimliği sisteminde sözleşmeli olarak istihdam edildiği ve kişi başı ödemeye dayalı hizmet üretimine dayanmaktadır. Bu noktada doktorlar kamudaki pozisyonlarına istedikleri zaman dönme hakkına sahiptirler. Aile hekimleri, bu kapsamda 10 günlük birinci faz eğitimlerine katılarak aldıkları Aile Hekimliği sertifikalarıyla⁵⁵ aile sağlığı merkezlerinde istihdam edilmişlerdir. Aile hekimleri, devlete ait sağlık ocaklarını aylık kira karşılığını ödeme koşuluyla kullanabilmekte ve kişi başı ödemeler adı altında hekimlere ödenen ücretler hem maaşları hem de işin yürütülmesi noktasında gerekli olan araç ve gerecin alımı gibi diğer gider kalemlerini de kapsamaktadır. Kişi başı ödeme sistemi⁵⁶ performans göstergelerinin (aşılama oranları, doğum öncesi viziteler, sevklerle ilgili) yerine getirilmesi oranında ödenmekte ve hekim ne kadar fazla sevk yaparsa o kadar daha az puan almaktadır (OECD ve WB, 2008, s. 43).

Sağlıkta dönüşümün en hızlı uygulanan başlıklarından biri sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmesi olmuştur. 24 Kasın 2004 tarihinde çıkarılan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile pilot seçilen Düzce ilinden başlayarak daha sonradan kapsama diğer iller alınarak aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Yasaya göre birinci basamak sağlık kuruluşları sorumlu oldukları koruyucu hekimlik hizmetleri ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak ikiye bölünmüş ve koruyucu sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezlerinin sorumluluğuna, kişisel sağlık

⁵⁵Aile Hekimliği uzmanlığının temel tıp eğitimi üstüne İngiltere’de 3 yıl, Norveç’te 5 yıl, Küba’da 2 yıl, Türkiye’de ise 3 yıl süren uzmanlık eğitimi sonucunda kazanıldığını belirten Görmüş (2011, s. 199), Türkiye’de Aile Hekimliği sistemiyle bu işin sertifika alan hekimlerce yürütülecek olmasının hem aile hekimlerinin nitelikleri hem de aile hekimi uzmanlarının hak kayıpları ile ilgili tartışmalara yol açacağını belirtmektedir. Görmüş, buna göre sistemde var olan sertifikalı aile hekimliği uygulamasıyla, Tıpta Uzmanlık Sınavı’ndan geçerek 3 yıl uzmanlık eğitimi alan aile hekimlerinin haklarının gasp edilmekte olduğunu, aile hekimliğinin gerektirdiği niteliklere sahip olmadan hekimlerden kişi başı ücret karşılığında rekabet ortamında hekimlik hizmeti verilmesi beklenmesinin ise sistemde hem etik hem de niteliksel sorunları beraberinde getirdiğini ve baştan anomalili doğan bu modelin uzun vadeli yürütülmesinin çok zor olduğunu belirtmektedir.

⁵⁶ Sağlık hizmetlerindeki üretim sürecini kapitalizmin işgücünden en fazla verimi alma noktasında operasyonel hale getirdiği Taylorist uygulamaların sağlık sektörüne aktarılması süreci olarak gören Sönmez (2011, s. 92) hasta başına ayrılan süreler, oda, yatak, ilaç ve malzeme süreçlerinin ince ince hesaplandığı süreçlerin sisteme yerleştiğini belirtmektedir. Verimlik güdüsüyle sağlık üretim sürecinde birim zaman içerisinde üretim bandındaki hastaya ne kadar zaman, ne kadar ilaç malzeme harcanacağını hesaplandığı ve birim hasta için en az zaman ve maliyetin esas alındığı bir üretim süreci olduğunu belirtmektedir. Sürecin en önemli aktörü olarak hekimden bu süreçle birlikte; daha çok hastaya bakması bunu yaparken en az araç-gereç-ilac harcaması yaparak ürünü banttan indirmesi istenmektedir. Hekim bunun karşılığında kaç hastayı istenilen ve beklenen şekilde muayene etmiş, girişim veya ameliyatta bulunmuşsa buna göre ücretini aldığı Taylorist fabrika üretim mantığının 21. yüzyıl itibarıyla sağlık alanına taşınması söz konusudur.

hizmetleri ise aile hekimlerinin sorumluluk alanlarına verilmiştir. Böylelikle birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri noktasında temel birim olan sağlık ocakları ortadan kaldırılmakta ve sağlık ocaklarının yerine açılan toplum sağlığı merkezleri yalnızca topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini⁵⁷ vermeye sorumlu kılınarak sınırlandırılmaktadır (Ataay, 2008, s. 175). Sağlık hizmetlerinden faydalanan vatandaşlara hekim seçme hakkı tanıyan aile hekimliği sisteminde hekimler bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini rekabete dayalı bir anlayışa göre yerine getirmekte, hekim muayenehane hekimliği ve işletmecilik becerileri ön plana çıkarılmaktadır. Aile hekimlerinin ücretleri performansa dayalı olan kişi başına göre ücretlendirildiği için aile hekimleri arasında rekabete dayalı bir anlayış ve “müşteri ne derse haklıdır” gibi hekimliğin temel ilkeleriyle uyuşmayan niteliklerin sisteme hâkim olduğu bir yapı ortaya çıkmıştır (Görmüş, 2013, s. 182).

Aile hekimliğini, çalışma süreçlerinde esnekleşme, yabancılaşma ve performansa dayalı sözleşmeli çalışma biçimi olarak tanımlayan Yılmaz ise, bu uygulamayla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin köklü bir biçimde değişikliğe uğradığını belirtmektedir. Birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerinin gerilediği bu dönemde tedavi edici sağlık hizmetlerini önceleyen bir anlayış yerleşmeye başlamıştır. Aile hekimlerinin sürecin temel aktörü (işvereni) olduğu bu yapıda diğer yardımcı sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni) geri planda kalmış ve aile sağlığı elemanı⁵⁸ adı altında hekim dışı insan gücünün değersizleştirildiği ve çalışma süreçlerinin esnek ve güvencesiz bir yapıya dönüştüğü bir süreç ortaya çıkmıştır (Yılmaz, 2009, s. 159). Aile hekimliği sisteminin sağlık alanında görülen esneklik uygulamalarının iyi bir örneği olduğunu belirten Zencir (2012, s.132) ise, var olan sistemde hekimlerin iş

⁵⁷ Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan değişikliklerle birlikte ve önceki dönemde genel vergilerle finanse edilen, topluma yönelik ve bütüncül bir bakış açısına sahip sağlık ocaklarının aksine Aile Hekimliği Modeli bireyselleştirme yaklaşımına dayalı olarak bireyi temel alan, sigorta primlerine dayalı olarak finanse edilen ve ayaktan tedavi hizmetleri sunan bir yapı şeklinde ortaya çıkmıştır. Bu durum koruyucu sağlık hizmetlerindeki bütüncül bakış açısının gerilemesine ve bu hizmetlerin 1.000 ile 4.000 arası nüfusa birey temelli olarak sunulacağı bir yapıya yol açmıştır (Görmüş, 2011, s. 235).

⁵⁸ Aile Hekimliği sistemi içerisinde yer alan aile sağlığı elemanı aile hekiminin/aile dış hekiminin yanında istihdam edilen ve çalışma koşullarının niteliğine göre ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, tıbbi sekreter veya laboratuvar teknisyeni olabilen personele verilen genel biri isimdir. Aile sağlığı elemanları mevcut sistemde Sağlık Bakanlığı’ndaki kadrolarından geçici bir süre izinli sayılarak sözleşmeli olarak çalışan personelden oluştuğu gibi gerekli durumlarda aile hekimi tarafından sözleşmeli olarak çalıştırılan personellerden de oluşmaktadır. Aile sağlığı elemanı personelleri hemşire ve sağlık memurunun yaptığı işler dışında basit laboratuvar tetkikleri yapabilen ve aile sağlığı merkezindeki tıbbi sekreterlik işlerini de yürütebilecek nitelikleri taşıyan kişi olarak tanımlanmaktadır (SB, 2004, s. 45).

çeşitliliğinin arttığı (ebe hizmetlerinin birçoğu hekime geçmiştir) ve buna paralel hekimlik kimliğinin belirsiz hale getirildiğini belirtmektedir. Çoğunlukla ebe, sağlık memurun veya hemşirelerden oluşan aile sağlığı elemanlarının ise; ebe, hemşire ve sağlık memurlarının yaptıkları işlerin tümünü yaptıkları bir yapı ortaya çıkmıştır (Zencir, 2012, s. 132). Bu süreçle birlikte hekimler, hem kendi işlerini hem de ebelerin veya sekreterlerin işlerini yaparak işlevsel esnekliğe tabi olmaktadır. Bunun yanında aile sağlığı elemanlarının çoğunlukla kurumda tek eleman olarak (genellikle bir hekimin bir aile sağlığı elemanı bulunmakta) çalışarak sayısal esnekliğe, üç meslek grubunun da işlerini yerine getirme noktasında işlevsel esnekliğe, çalışma saatlerinin belirsiz ve esnek olması yönüyle de çalışma süresi esnekliğine diğer yandan hekimlerin aile sağlığı elemanlarını asgari ücretle istihdam etmeleri uygulamasının da ücret esnekliğine ve uzaklaştırma stratejilerine (hizmet alımı yoluyla alım) dayalı istihdam edildikleri söylenebilir.

4.7.2.3.4. Kamu-özel ortaklığı hastaneleri (şehir hastaneleri)

Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin dönüştüğü ve sermaye birikim sürecine açıldığı günümüzde kamusal sağlık hizmetleri başlıca doğrudan özelleştirme, hizmet alımı veya alt işverenlik sözleşmeleriyle kısmi özelleştirme, özel sağlık sigortası fonlarının arttırılması-kamusal sağlık sigortaların kapsamının daraltılması, özerkleştirme yoluyla özelleştirme ve kamu özel ortaklığı uygulamalarıyla piyasaya açılmıştır (Ünlütürk-Ulutaş, 2011a, s. 19-20). Kamu özel ortaklığı (KÖO) (public private partnership-PPP) ekonominin herhangi bir sektöründe kamu ile özel aktörlerin kamu çatısı altında yaptığı işbirliği anlamına gelmektedir. Bu noktada devletin hizmet sunum araçlarıyla özel sektörün kâr etme amacının birleştirilerek özel kesimin sürece dâhil edilmesiyle ortaya çıkan ortak hizmet üretim süreci olarak da nitelenebilir. Kamu -özel ortaklığı temelde devletin özel bir şirket veya grupla uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşme ilişkisine dayalı olarak yaptığı bir yatırım ve hizmet modeli olarak tanımlanabilir. Bu sözleşme biçiminde kamu hizmeti verilecek tesisin (hastane, okul, hapishane, otoyol gibi) özel sektör tarafından inşa edilerek devlete kiraya verilmesi, devletin de hem şirkete kira ödemesi hem de tesiste verilecek merkez (temel) hizmet dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmesi⁵⁹ temeline dayanmaktadır. Dünyadaki ilk uygulamalarının 1992 yılında

⁵⁹ 80’li yıllardan itibaren kamudaki mali ve yönetsel değişikliklerle birlikte gündeme gelen ve uygulama alanı bulan kamu özel ortaklıkları temelde kamu alanlarında henüz “ulaşılamamış” alanların piyasa içine çekilmesi ve bu alanların sermayenin hareket alanı içerisine dâhil olması sürecidir. Kamu bu süreçte gelir kaynağı yaratma noktasında yaşadığı sıkıntıları bir yandan bazı önlem ve tedbirleri alarak aşmaya çalışırken

itibaren görülmeye başlandığı bu uygulama önceki dönemlerde görülen özelleştirme uygulamalarından, kamu ile özel arasındaki sınırın belirsizleşmesi noktasında ayrılmaktadır. KÖO anlaşmaları genellikle 25-30 yıllık anlaşmalar çerçevesinde yapılmakta ve temelde tasarım, inşaat, finansman ve işletme başlıklarını içermektedir. Bu çerçevede yapılan anlaşmalar neticesinde kamu bu hizmetlerden hangisini KÖO içerisinde yapmışsa (hizmetlerin biri veya hepsi farklı şekillerde alınabilmekte) özel sektöre düzenli olarak bunların karşılığı olarak ödeme yapmaktadır. Örneğin 2009 yılında İngiltere’de 159 tane hastane (o dönem yapılan hastane yatırımlarının %90’ını) yukarıdaki dört süreci de içeren KÖO uygulamalarıyla yapılmıştır. Temelde Sağlık Bakanlığı bu binaları, inşa eden firmalara hizmet ve kullanım bedelini ödeyerek kullanmakta ve bu bedellerin bir bölümü hastanedeki bazı hizmetlerin şirketlere devri yoluyla ödenmekte ve sözleşme süresi sonunda ise hastaneler Sağlık Bakanlığı’na devredilmektedir. Bir sağlık kurumu, KÖO anlaşması içine girdiği bir anlaşmada öncelikle özel sektöre binanın kira bedelini ödemekte geri kalan %40 ödeme ise (temizlik, çamaşır, lokanta, otopark, otelcilik) hizmetleri için ödenmektedir (Güngör, 2012, s. 10; Öztürk, 2015, s. 86; Atalay, 2015, s. 67).

Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığının uygulanmasının yasal alt yapısı, 3.7.2005 tarihli 5396 sayılı kanunla 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen Ek Madde ile mümkün hale gelmiştir. Bu maddeyle;

“yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulunca karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı’nca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama yaptırılabilir”

hükmü getirilerek kamu özel ortaklığı uygulamalarının önü açılmıştır (Güngör, 2012, s. 96). Kamu-özel ortaklığı (KÖO) yöntemi, Türkiye’de uzun yıllardır uygulanmakta olan Yap-İşlet-Devret modeli olarak bilinen özelleştirme yöntemine (ihaleyi alan şirketin hem

diğer yandan kamu yatırımları süreçlerine özel sektörü dâhil ederek maliyet boyutunu uzun vadeye yayarak aşmaya çalışmaktadır. Türkiye’de özellikle 80’li yıllardan itibaren özelleştirme veya ticari işletme mantığı ile yönetilen kamu kurumları arasında Et ve Balık Kurumu, Toplu Konut İdaresi, Devlet Su İşleri, Üniversiteler, Belediyeler, Türk Hava Yolları, Demiryolları gibi kurum ve kuruluşlar ve son yıllarda kamu hastanelerinin gelir yaratan alanlarının özel sektöre devredilerek sermayeye açılması söz konusu olmuştur. Bu kapsamda ortaya çıkan kamu özel ortaklıkları, devletin kısmen veya tamamen kamu hizmeti sunumundan çekilip yerini özel sektöre bıraktığı klasik özelleştirme anlayışından farklı olarak kamu özel ortaklığında devlet ve özel sektör aynı alan içerisinde yer almaktadır. Bu durum özelleştirme sürecinin dayandığı devlet-piyasa karşıtlığı yanında kamu özel ortaklıklarında devlet-piyasa ortaklığına dayalı bir yapının ortaya çıktığı söylenebilir (Yılmaz, Karakaş, 2011, s. 35-36).

binayı yapması hem de kendisine verilen hizmet birimlerini işleterek kâr elde etmesi) benzetmekle birlikte, KÖO modelinde risk ve maliyet süreçleri kamu tarafından yüklenmekte ve özel şirketlere kiralar yoluyla yatırım finansmanı ve hizmet devriyle gelir garantisi⁶⁰ verilmektedir. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nın şehir hastaneleri projelerinde⁶¹ ihaleleri alan şirketlere hastanelerin % 70 doluluk oranıyla çalışacağını garantisi verilerek risk ve maliyet süreçleri devlet tarafından yüklenmektedir. Türkiye'de sağlık kampüsleri⁶² olarak kurulması planlanan şehir hastaneleri sağlık hizmetlerinin yanında

⁶⁰ Dünyadaki büyük sermaye gruplarına yaptığı araştırmalarla bilinen PriceWaterhouseCooper Şirketinin sağlık alanında kamu özel ortaklığı alanında yaptığı değerlendirmenin başlığının “ (D)evrimin Ötesi” olması şaşırtıcıdır. Rapora göre 2020 yılında OECD ve BRIC (Brezilya-Rusya-Hindistan-Çin) ülkeleri dâhil sağlık alanında yılda 7,5 trilyon dolar gelir elde edileceğinin öngörüldüğü belirtilmektedir. Bu gelirlerin az bir kısmının (% 36'sı) bina yapımından elde edileceği büyük kısmının ise devralınan sağlık hizmetlerinden elde edileceği belirtilmektedir (TTB, 2012, s. 11).

⁶¹ Sağlık Bakanlığı'nın KÖO yoluyla 27 ilde yapacağı 34 adet şehir hastanesi ile 43.796 yatak kapasitesi sağlanacağı belirtilmektedir. 2017 yılı sonu itibarıyla 17 Şehir Hastanesinin hizmete gireceği belirtilen bu projede, 2017 yılının ilk çeyreği itibarıyla Mersin, Yozgat ve Isparta Şehir Hastaneleri hizmete açılmıştır. KÖO yoluyla sağlık kurumlarının yapıldığı İngiltere'de geçen dönem içerisinde bu projelerin geldiği son noktayı değerlendiren İngiliz Tabipler Birliği (BMA) Sağlık Politikası ve Ekonomik Araştırma birimi sorumlusu John Ford, KÖO projelerinin ilk başlarda hem toplum hem de sağlık çalışanları tarafından olumlu karşılandığını belirtmiştir. Ford, bu projelere olan desteğin İngiltere'de yeni ve modern sağlık kuruluşlarına olan gereksinimden kaynaklandığını belirtmiştir. 2000'li yıllarda KÖO hastanelerinde yaşanan ve iflasın eşiğine gelen sıkıntıların gerek toplumu gerekse de sağlık çalışanlarını tedirgin ettiğini belirten Ford, İngiltere'de KÖO hastanelerinde yatan hastalardan yatak ücreti alınması, TV ve telefon ücreti, araba park yeri ücreti gibi ek ödeme biçimlerinin yaygın olduğunu belirtmiştir. TTB ise, Türkiye'de sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte yaygınlaşan özel sağlık kurumlarındaki hizmetlerden %200'lere varan katkı payı ödemeleri, tetkik ve tedavi süreçlerinde fark ücretlerinin talep edilmesi gibi ek ödeme biçimlerinin, özel sektör mantığına göre kurulacak ve işletilecek olan şehir hastanelerinde de kuvvetle muhtemel görüleceğini ve yaygınlaşacağını öne sürmektedir. Bunun yanında 25.03.2017 tarihinde Isparta Şehir Hastanesi'nin açılışında konuşan Sağlık Bakanı Recep Akdağ, şehir hastanelerinin ücretli olacağı yönündeki eleştirilere “maalesef yapılan bu hizmetleri çekemeyenler bu dedikoduları çıkarıyorlar. Daha önce hizmet aldığınız Isparta Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi hizmetleri ücret almadan nasıl veriyorsa bu hastanede de herhangi bir ücret alınmadan size hizmet verilecek. Bu hastane sizin hastaneniz, Ispartalıların hastanesi. Isparta'ya hayırlı olsun.” şeklinde cevap vermiştir. Türkiye örneğinde şehir hastanelerinin nasıl işleyeceği, gerek hizmetlerden faydalanan kesimler gerekse de sağlık çalışanlarının bu yeni yapıdan nasıl etkilenecekleri ilerleyen dönemlerde ortaya çıkacaktır. (<https://www.saglik.gov.tr/TR,19807/isparta-sehir-hastanesi-acildi.html/> 29.03.2017; <http://mersintabipodasi.org.tr/sehir-hastanesi-efsanesi-gercegi/> 28.03.2017)

⁶² Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu'nun şehir hastaneleri konusunda AKP milletvekillerine sunduğu raporda hastanelerin başlıca özellikleri şu şekilde sıralanmıştır “hasta yatak odaları bir veya iki yataklı, bünyesinde lavabo, tuvalet ve duş olacak. Sadece annelere hizmet veren, çeşitli nedenlerle hastaneye ulaşımında zorluk yaşayan doğumu yaklaşan anne adaylarıyla yeni doğan yoğun bakım biriminde tedavi gören bebeklerin annelerine hizmet amacıyla anne evleri yapılacak. Bloklar arasında hasta transferi elektrikle çalışan ginger ve golf arabalarıyla sağlanacak. Bölümelerde spor merkezi, kreş ve gündüz yaşlı bakımevi, market dini hizmet alanları olacak. Helikopter pisti şehir içinden veya dışından acil hasta transferi için kullanılacak. Çevre bilincinde örnek teşkil eden yeşil çatılarla biyolojik çeşitliliğe katkı sağlanması, çevre havasının temizlenmesi, sıcak ve soğuk havalara karşı yalıtım sağlayacak. Hastanelerin soğutma ve ısıtma ihtiyacının karşılanması için binalarda toprak kaynaklı ısı pompaları kullanılarak enerji tasarrufu sağlanacak. Isıtma ve soğutma için tüketilecek enerjinin belli bir oranı güneş ve rüzgâr enerjisinden elde edilecek. Klinik otel ve konukevine yürüyen bantlı koridor ve merdivenler kurulacak. Kongre merkezleri, ücretsiz modern otoparklar olacak. Vale hizmetleri bulunacak. Sosyal yaşam merkezleri kurulacak. Duş, lavabo, küvet sularının kullanım suyu olacak kalitede arıtılıp tekrar kazanılmasını sağlayan sistemler

oteller, otoparklar, lokantalar, giyim mağazaları, kuaförler, marketler gibi farklı bileşenleri içeren yapısıyla Ata Soyer'in deyişle yeni dönemde karşımıza "sağlık alışveriş merkezleri" (SAVM) çıkmaktadır (TTB, 2012, s. 8; Atalay, 2015, s. 72). Kamu-özel ortaklığı kapsamında işletilecek kamu hastanelerinde sözleşme kapsamına giren başlıca işler şu şekilde sıralanmaktadır (Yılmaz, Karakaş, 2011, s. 43):

- Finansman,
- Uygulama projesi ve diğer donanımın tedariki,
- Tesis için gerekli olan mefruşat,
- Tesislerin bakım ve onarımı
- Tıbbi görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri
- Bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dâhil olmak üzere destek hizmetlerinin sunumu,
- Sağlık hizmetleriyle uyumlu ve Bakanlık onayını alacak ticari alanların yapım ve işletilmesi

90'lı yıllardan itibaren özellikle Avrupa ülkelerinde görülen KÖO uygulamalarının yıllar içerisinde uygulanması ile birlikte ortaya çıkan süreçler ve sonuçlar ise şu şekilde olmuştur (Atalay, 2015, s. 68):

- Hastanelerin KÖO çerçevesinde özel sektöre yaptığı geri ödemelerde sıkıntılar yaşanmıştır.
- KÖO uygulamaları her ne kadar kısa vadede kârlı bir yatırım olarak gözüксе de uzun dönemde ekonomik olarak zararlı bir yatırım olmaktadır.
- Hastaneler işletme mantığıyla sürece baktığından dolayı az kâr getirecek hastaları kabul etmemekte bu durumda halk sağlığı açısından tehlikeli durumlar ortaya çıkmıştır.
- Hastanelerdeki personel sayılarında azalamaya bağlı iş yükleri artmakta ve esnek çalışma biçimleri bu alanlarda yaygınlaşmıştır.

Sonuç olarak, kamu özel ortaklıkları deneyimi olan ülkelerdeki gelişmeler; bu ortaklıkların ekonomik, politik, siyasi ve organizasyonel süreçlerin mükemmel işlediği bir sistem ortaya çıkarmadığını göstermektedir. Buna göre kamu özel ortaklıkları birçok

kurulacak. Ayrıca özel bir sistemle de çatılarda toplanan yağmur suları değerlendirilecek.” (<http://www.star.com.tr/saglik/sehirlere-uzay-hastaneleri-geliyor-haber-729687/22.02.2013>)

durumda daha maliyetli olabilmekte, hizmetlerin niteliği artmayabilmekte, sağlık hizmetleri alanında güvencesiz istihdamın yaygınlaşmasına yol açma, özel sektörün beklediği gibi yatırımların geri dönüşü hızlı olmayabilmekte, kullanıcı ücretlerin arttırılmasına bağlı olarak hizmetlerin etkin ve verimli işlememesi ortaya çıkabilmekte, gizli anlaşma ve manipülasyonlarla risk özel sektöre transfer edilmeyip kamu üzerinde kalabilmekte, hükümetler kendisine yakın şirketlere yatırımları devrederek bir rant ekonomisi ortaya çıkartabilmektedir (Güzelsarı, 2012, s. 48; Uğur ve Miynat, 2014, s. 37).

4.7.2.3.5. Performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖ)

Kamu kurumlarında sağıkta dönüşüm programıyla birlikte uygulamaya giren önemli uygulamalardan biri de Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi olmuştur. PDEÖ sisteminin temel amacı, kamuda çalışan personelin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmek ve bu noktada SDP'nin amaçlarına ulaşmasında insan kaynaklarından kaynaklı problemlerin bu şekilde minimize edilmesidir. Sağık sistemindeki önceki yapıda⁶³ hekimlerle hastalar arasında bulunan kayıt dışı- etik olmayan ödeme biçimlerinin ortadan kaldırılması ve hastaların sisteme karşı olan memnuniyetsizliklerinin giderilmesi noktasında PDEÖ stratejik bir süreç olarak düşünülmüştür. Bu noktada PDEÖ, hizmet kalitesi, verimlilik, hasta memnuniyeti ve SDP performansının arttırılmasının önemli bir bileşeni olarak kurgulanmıştır (OECD ve WB, 2008, s. 41). Sağıkta dönüşüm süreciyle birlikte hekimlerin ücretlerini eski sistemde olduğu gibi merkezi bütçeden aldıkları sistemden ziyade ay boyunca yaptıkları işlemler ve uygulamalar sonucunda topladıkları performans puanına göre oluşan döner sermaye gelirlerinden aldığı bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu sistemde bir doktorun aylık gelirini arttırmasının yolu ay boyunca daha fazla sayıda tıbbi işlem gerçekleştirerek⁶⁴ hastanenin döner sermaye havuzunu doldurması ve sonra havuzdan kendisi için azami olarak belirlenen kazanca yakın bir ücreti almasını teşvik eden bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu sistemde yapılan tıbbi işlemlerin ne kadarının

⁶³ Sağıkta dönüşüm sürecinden önce var olan özel muayenehaneler performans sisteminin hayata geçmesi ile birlikte azalmaya başlamış ve hekimler artık tam zamanlı çalışmayı seçme yoluna gitmişlerdir. 2002 yılında %11 olan tam zamanlı çalışmayı seçen hekim oranı 2007 yılında %62'ye çıkmıştır (SB, 2007, s. 9)

⁶⁴ Performans sistemiyle birlikte hekimler, daha fazla hasta görme ve girişim yaparak kazançlarını arttırma yoluna gitmişlerdir. Bu noktada hekimin temel motivasyonu hastanın iyileştirilmesinden ziyade daha çok hasta bakarak, daha çok ameliyat, girişim, tetkik yaparak gelir elde etme eğilimi oluşturmaktadır (Terzi, 2014, s. 291).

hastanın yararına ne kadarının işletmenin performansı için yapıldığı tespit edilememekte ve bu noktada suistimale açık bir alan ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2015, s. 85).

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte, hekimlerin polikliniklerde daha çok hasta muayene ettikleri ve girişim yaptıkları⁶⁵, daha çok tetkik istedikleri, gerekli/gereksiz daha fazla sayıda hasta yatırdıkları, hastaları daha hızlı taburcu ettikleri ve daha çok para getiren cerrahi girişim ve ameliyatlara yöneldikleri bir süreç ortaya çıkmıştır (Elbek, 2012, s. 61). Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte ortaya çıkan aşırı teşhis⁶⁶, görüntüleme sayıları ve ilaç tüketim artışına dikkati çeken Kılıçaslan & Kılıçaslan ise, görüntüleme işlemleri noktasında 2010 yılında OECD ülkelerinde 1000 kişi başına 43,6 MR görüntüleme tetkiki yapılırken, bu oranın Türkiye’de 1000 kişi başına 79,5 oranında (örneğin Türkiye’de 2008 yılı ile 2011 yılları arasında MR tetkikleri % 211 oranında artmıştır) olduğunu belirtmiştir. Bu oran, örneğin İngiltere’de 40,8, İspanya’da 45,6, Hollanda’da 49,1, Kanada’da 46,7 ve Fransa’da 60,2 oranında olmuştur. İlaç tüketim miktarlarında (2002 yılları ile 2011 arası) ise örneğin; kardiyolojik ilaçlar 47 milyondan 164 milyon kutuya, psikiyatrik ilaçlar 27,6 milyon kutudan 208 milyon kutuya, sistemik antiinfektif ilaçlar 135 milyon kutudan 228 milyon kutuya, solunum yolu hastalıkları ilaçlarında ise 74,6 milyon kutudan 262 milyon kutuya yükselmiştir (Kılıçaslan ve Kılıçaslan, 2013, s. 188-191).

Kendisi de bir tıp hekimi olan Elbek (2012), kendi uzmanlık alanı olan göğüs hastalıkları dalının dönüşüm süreciyle geçirdiği değişimin de dikkate değer olduğunu

⁶⁵ Elbek (2012, s. 61-71), Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak bir önceki yıla göre poliklinik sayıları ve ameliyat sayılarındaki artış oranları şu şekilde olmuştur: 2002 yılında poliklinik sayılarında bir önceki yıla göre % 2 ameliyat sayıları ise %10 artmış; 2003 yılında bu oran %3 e %16; performans sisteminin uygulanmaya başladığı 2004 yılında ise bu oran %31’e %38 olmuştur. Aynı şekilde ülke genelindeki ikinci basamak sağlık hizmeti veren bazı devlet hastanelerindeki 2003 – 2004 yıllarındaki ameliyat sayılarındaki artış oranları şu şekilde olmuştur. Bu artışlar il bazında Adana’da %74, Antalya’da % 83, Eskişehir’ de % 87, Gaziantep’te ise % 107 oranında olmuştur. Elbek, ayrıca performans sisteminden önce hastalara açılan damar yolu sayısı hasta başına 0,1’den performans sistemi sonrası 2,1’e; enjeksiyon sayısı 9,9’dan 13,6’ya; tanısal tetkik sayısı 18,6’dan 28,2’ye; ameliyatlarda kan kullanımı ise %6’dan % 76’ya yükselmiştir. Bu artış oranlarında önceki dönemlerde var olan yapıdan kaynaklı engellerden dolayı kolaylıkla sağlık hizmetlerine ulaşılama durumunun ortadan kalkmasından daha önemli etmenin sağlık uygulayıcılarının içerisine girdikleri kâr maksimizasyonu fikrinin temel belirleyen olduğu söylenebilir.

⁶⁶ Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte neo-liberal dönüşüme giren sağlık sektörlerinde artan teknolojik yenilikler sonucunda görüntüleme teknolojilerindeki çözünürlük güçlerinin her geçen gün artmasına bağlı olarak daha küçük nodüller/tümörler görüntülenebilmekte ve bu durum kimi zaman aşırı teşhis tedavi uygulamalarının artmasına yol açmaktadır. Bunun sonucu olarak klinik olarak çok anlamlı olmasa da bu süreçler sonunda sağlıklı olan çok sayıda insan hasta olarak etiketlenmekte, sosyal güvenlik sistemlerinden ve cepten yapılan ödemelerde aşırı harcamalar yapılmakta ve bazen gereksiz biyopsi ve girişimsel teşhis ve işlemlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Kılıçaslan ve Kılıçaslan, 2013, s. 183).

belirtmektedir. Buna göre dönüşüm süreciyle birlikte eğitim hastanelerinde göğüs hastalıklarına tahsis edilen yatak sayılarının azaltıldığı ve fazla verimli ve kazançlı olmayan bu branşın geri plana atıldığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Bölüm içerisinde tahsis edilen tüberküloz yataklarının azaldığı, yoğun bakım yatak sayılarının artmasının da ardındaki temel gerekçenin çok açık olduğunu belirtmektedir. Sağlıkta dönüşümle birlikte göğüs hastalıkları alanında uygulanmakta olan (ciddi ve hayati) girişimsel teşhis-tedavi uygulamalarındaki orantısız artışların varlığının da hastalar ve genel olarak toplum sağlığı için ciddi bir tehdit olduğunu belirtmektedir.

Elbek (2012, s. 60), performansa dayalı ödeme sisteminin gerek hekimlerin kendi aralarında gerekse diğer sağlık çalışanları arasında var olan hiyerarşilerin⁶⁷ daha da sağlamlaşmasına yol açtığını belirtmektedir. Buna göre var olan sistemde başhekimlerden ve yönetici pozisyonundaki hekimlerden başlayarak uzman hekimler ve pratisyen hekimlere uzanan bir hiyerarşik ücret sisteminin varlığı içerisinde hekimlerin aldıkları eğitim ve yüklendikleri sorumlulukların dikkate alınmadığını göstermektedir. Sürecin işleyişinde işletme mantığına dayalı olarak daha çok hasta çekebilecek ve girişim üretebilecek alanların ön planda olduğu ve diğer alanların geri plana atıldığı bir yapı söz konusudur. Sağlıkta dönüşüm sürecinin sağlık çalışanları üzerindeki hegemonik gücüne vurgu yapan Zencir (2012: 136) ise özellikle bu süreçte hekimlerin aile hekimliği ve performansa dayalı ödeme biçimlerine karşı açık veya dolaylı bir şekilde destek verdiklerini⁶⁸ ve bu

⁶⁷ Elbek (2012, s. 70-71), ikinci basamak sağlık hizmeti veren hastanelerde 2008 yılında başhekim, uzman hekim ve pratisyen hekimlerin aldıkları maaş ve ek ödemeleri örnek vererek PDEÖ'nün hekimler arasında ortaya çıkardığı ücret eşitsizliğini ortaya koymaktadır. Buna göre 2008 yılı verilerine göre başhekimler 1.415 TL maaşa karşılık 5.464 TL ek ödeme alırken, uzman hekimler aynı dönemde 1.314 TL maaşa karşılık 4.166 TL ek ödeme almış, pratisyen hekimler ise 1.200 TL maaşa karşılık 1.830 TL ek ödeme almıştır. Aynı makalesinde Elbek, hekimler ile hekim dışı sağlık personeline dair verileri de paylaşarak hekimler ile hekim dışı sağlık personeli arasındaki gelir anlamında büyük bir fark olduğunu ve SDP'nin hekimleri önceleyen ve onları sürecin temel aktörü olarak gören bakış açısının net olarak görüldüğünü belirtmektedir. Buna göre üçüncü basamak sağlık hizmetleri verilen bir eğitim araştırma hastanesindeki sağlık personellerinin maaş ve ek ödemeleri 2008 yılında şu şekilde olmuştur. Buna göre; başhekim 1.554 TL maaşa karşılık 6.588 TL ek ödeme, klinik şefi 1.605 TL maaşa karşılık 4.758 TL ek ödeme, uzman hekim 1.330 TL maaşa karşılık 3.378 TL ek ödeme, pratisyen hekim 1.200 TL maaşa karşılık 1.824 TL ek ödeme, asistan hekim 1.200 TL maaşa karşılık 1.547 TL maaş almıştır. Hekim dışı sağlık hizmetleri alanında ise; yardımcı sağlık hizmetlerindeki ebe, hemşire ve sağlık memurları 910 TL maaşa karşılık 615 TL ek ödeme, genel idare sınıfındaki memurlar 770 TL maaşa karşılık 400 TL ek ödeme, yardımcı hizmetler sınıfındaki çalışanlar ise 740 TL maaşa karşılık 327 TL ek ödeme almıştır.

⁶⁸ Hekimlerin bu süreçteki tutumlarına değinen Üçkuyu (2012, s. 172) ise Tam Gün yasasının Mecliste görüşüldüğü günlerde getirilmesi planlanan sistemde elde edecekleri ek ödeme miktarlarının yarı zamanlı çalıştıkları sistemde muayenehanelerinden kazandıklarından daha az olduklarının bilincinde olan hekimlerin bu süreçteki “muayenehanelerimizde binlerce çalışmamız bulunmakta ve buralar kapatılırsa bu kişiler işsiz kalacak” şeklindeki söylemlerinin çeşitli kesimlerde “gülümseme” ile karşılandığını belirtmektedir. Süreci TTB'nin 90'lı yıllardan itibaren sağlıkta dönüşüm sürecine yaklaşım biçimi üzerinden ele alan Elbek (2013, s. 227), bu süreçte örgütün sağlık alanındaki değişimleri neo-liberal

noktada ücretlendirme politikalarının başta hekimler ve diğer sağlık çalışanları üzerinde hegemonik bir denetim ortaya çıkardığını belirtmektedir. Bu süreçte özellikle sistem açısından “başarılı ve üretken” olarak görülen hekim ve sağlık çalışanları sisteme karşı minimal eleştirel bir düzeyde durmuş ve çoğu zaman sistemi onaylayan bir pozisyonda olmuşlardır (Zencir, 2012, s. 136).

4.7.2.3.6. Sözleşmeli ve taşeron personel istihdamı

Dünya Bankası’nın geliştirmekte olan ülkelere sağladığı krediler⁶⁹ içinde sağlık sektörüne ayrılan oranda 90’lı yıllardan itibaren büyük artışlar ortaya çıkmıştır. Azgelişmiş ülkelerde sağlık sektöründe kullanılmak amacıyla krediler sunan Dünya Bankası, bu kredileri ülkelere özelleştirme politikalarını destekleme koşuluyla kullandırtma yoluna gitmiştir. Sağlık reformlarının uygulamaya konulduğu ülkelerdeki temel yaklaşım, koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise özel sektör tarafından üstlenildiği bir yapı öngörülmektedir. (Güler, 2005: 193). Türk kamu personel rejiminde 1980’lerde yardımcı hizmetlerde görülmeye başlanan taşeronlaşma süreci 1990’larda KİT ve yerel yönetimlerde asli ve sürekli hizmetlerde, 2000’li yıllarda ise merkezi yönetimde asli ve sürekli işlerin taşeronlaşması⁷⁰ şeklinde ilerlemiştir. 2003 yılında Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri

dalgaının bir sonucu olarak ele aldığını ancak sağlık alanında var olan sorunları ve çözümleri yeteri kadar toplumsallaştıramadıklarını belirtmektedir. Tabipler Birliği, sağlıkta dönüşüm süreci öncesindeki statü ve istihdama dayalı sağlık sisteminin, kendilerine sağladığı ayrıcalıkları yeteri düzeyde tartışmaya açmamış, hekimler mesleki kimlik ve pratikleri noktasında var olan yapıyı sorgulamadan, afaki bir kamu sağlık hakkı savunuculuğu pozisyonunda olmuşlardır.

⁶⁹ Dünya Bankası’nın (1993, s. 6-157) yayınladığı “World Development Report 1993 Investing in Health” raporu Dünya’da geliştirmekte olan ve gelişmemiş ülkelerle birlikte eş zamanlı olarak Türkiye’de sağlık sektöründe de ortaya çıkan reform ve dönüşüm uygulamaları ve bu yöndeki taleplerin ana kaynak olarak gördüğü bir metin işlevi görmüştür. Geliştirmekte olan ülkelerin yetersiz ve dengesiz kamu bütçeleriyle ihmal ettiği sağlık sektörünün geliştirilmesi ve çağa ayak uydurması noktasında temelde üç başlık altında önerdiği (zorunlu kıldığı) yapısal reform ve değişimler temelde neo-liberal ilke ve kurallara dayalı olarak bu alanın yeniden inşasını ön görmektedir. Bu ilkelerin ilk ikisi bireylerin hayat kalitelerinin ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesi noktasında yapılması gerekli ilke ve önerileri içermektedir. Sonuncu ilke ise gelişmemiş/geliştirmekte olan ülkelerin bu hizmetleri yerine nasıl getirecekleri ve bu anlamda mevcut yetersiz kaynaklarını nasıl kullanmaları gerektiğine yönelik tavsiyeleri içermesi bakımından önemli bir yer işgal etmektedir. Buna göre hükümetlerin kamu harcamalarını kısıması ve bireylere sunulan kamusal hizmetlerindeki devlet desteğinin kademeli olarak azaltılması, vatandaşın bu hizmetleri alırken katkı sunması gibi öneriler yer almaktadır. Özel sektörün sağlık hizmetleri alanına girmesini öneren DB, hükümetlerin bu noktada özel sektöre destek ve teşvikte bulunması, kredi olanakları sunması, kamu kurumlarının satış, özelleştirme ve kiralama yoluyla özel sektöre devri, rekabetçi ve teşvik edici bir politikayla sağlık hizmetlerinde istenilen refaha ve düzeye yaklaşılabileceğini önermektedir.

⁷⁰ Türkiye’de taşeronlaşma olgusu ile sermaye birikimi arasındaki ilişkiye değinen Aslan, Türkiye’de rutin ve bedensel işlerde 1988 yılında, asli ve sürekli işlerde ise 1993 yılından sonra taşeronlaşma uygulamalarının yaygınlaşmasının nedeni olarak artık değeri baskılamadaki tarihsel değişikliklerin önemli

Sınıfına ilişkin bütün görevlerin piyasadan doğrudan satın alınmasının yolu açılarak bu alanlarda memurluk statüsü geriletilmeye başlanmıştır (Aslan, 2005: 308). 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 36 maddesine göre Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Hizmetler sınıfı şu şekilde tanımlanmıştır:

“Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (hayvan sağlığı dahil) mesleki eğitim görerek yetişmiş olan tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet sahasında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizyoterapist, tıp teknologu, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler mütehassısı, biyolog, psikolog, diyetçi, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı (fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş, anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru ve benzeri sağlık personelinin kapsar”

maddesine eklenen “bu sınıfa dâhil personel tarafından yerine getirilen hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir” ibaresi ile post-fordist dönemde bu hizmet alanlarının taşeronlaşma ve özelleştirme süreçlerine yasal olarak zemin hazırladığını göstermektedir. Bu dönemlerden itibaren sağlık hizmetlerinde örgütlenme sistemi kökten değişmeye başlamış, aile hekimliği ve kamu hastane birlikleri modelinde sözleşmeliliğe⁷¹ dayalı bir istihdam politikası ortaya çıkmıştır. Kamu kurumlarında özellikle bu dönemlerden sonra aynı işi yapan farklı istihdam biçimlerine dayalı istihdam edilen gruplar⁷² ortaya çıkmıştır. Bu çalışan grupları arasında izin, ücret, prim, çalışma süreleri gibi çalışma ve istihdam koşulları noktasında derin ayrılıklar ortaya çıkmıştır (Topak, 2012, s. 263). Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı’ndan sonra en

rol oynadığını belirtmektedir. Buna göre 1989 yılına kadar süren artık değerın ekonomi dışı yollarla baskılandığı bu tarihten sonra ise artık değerın baskılanmasına ekonomik alan bırakılması taşeronlaşma sürecini yaygınlaştırmıştır. Askeri rejim ve devamındaki geçiş sürecinde kamu ve özel sektördeki maaş-ücretler, bu alandan gelen güç ile baskılanmış; bu süreç 1989 yılındaki geniş işçi eylemlerine kadar devam etmiştir. Bu dönemden sonra ise yapılan yasal değişikliklerle baskılama ekonomi kurumuna bırakılmış ve tüm Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de kamu hizmetlerinin taşeronlaşma ve özelleştirilmesinin önü açılmıştır (Aslan, 2005, s. 391).

⁷¹ SDP süreciyle birlikte personel istihdam politikalarında ortaya çıkan sözleşmeli ve taşeron çalışma uygulamaları sağlık insan gücünün iş güvencesinin ortadan kalkmasına yol açmıştır. Günümüzde iş güvencesi başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi ve ILO sözleşmelerinde temel bir insan hakkı olarak ele alınmaktadır. Bu kapsamda iş güvencesi hakkı; keyfi işten çıkarmaları denetlemekte, işten çıkarılma durumunda çalışanın yüklendiği maliyetin azaltılması, ayrımcılığı engelleme ve yargı kararlarına karşı koruyucu ve düzenleyici bir çerçeve oluşturmaktadır (Görmüş, 2011, s. 244).

⁷² Sağlık insan gücü üzerinde uygulanan ücret ve istihdam politikalarındaki çok parçalı ve bölünmüşlük bu iş gücü içerisinde ötekileştirme ve dışlanma süreçlerinin de daha görünür hale gelmesine yol açmıştır. Bu süreçte özellikle hekimlerin çoğunluğunun sadece kendi emeklerinin karşılıklarını düşünmeleri ve bunu hem örgütsel düzeylerde hem de çalışma alanlarında göstermeleri diğer sağlık çalışanlarını yok sayıcı tutumları sağlık insan gücü arasındaki zayıf olan bağları daha da güçsüz hale getirmiştir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının sağlıksızlığı yaratan bu süreçlere tepkisizliği veya zımnı onaylama tutumları sağlıklı var olma ve yaşama noktasında ortaya konulması gerekli taleplerin de ortaya çıkmasını engellemiştir (Zencir, 2012, s. 140).

çok memur istihdam edilen⁷³ kamu kurumlarının başında gelmektedir. Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilen yardımcı hizmet sınıfının büyük oranda taşeronlaştığı, 2003 yılındaki yasal düzenlemelerden sonra Bakanlığın ana istihdam sınıfı olan Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı ile ana istihdam kategorisi olan memur statüsündeki Fordist doktorluk ve yardımcı hizmetler alanında esnekliğe doğru bir eğilim içine girilmiştir. Sağlık Bakanlığı'ndaki memurluk rejiminin çözülmesi bir bütün olarak Türk kamu personel rejiminde yaşanan değişimin nitel ve nicel açıdan değerlendirilmesi noktasında önem teşkil etmektedir (Aslan, 2005, s. 362). Sağlık insan gücü arasındaki hiyerarşilerin ve istihdam biçimlerinin değiştiği, sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte işgücünün parçalanmasının kolektif hak taleplerinin büyümesi önündeki en büyük engellerden biri olduğu söylenebilir. Bu ayrımın oluşması noktasında merkez işçi/çevre işçi ayrımına dayalı bir ücretlendirme istihdam stratejisi uygulanmaktadır. Bu yapıda, bir yanda hekimler ve klinik hizmetleri yürüten hekim dışı sağlık personellerinin oluşturduğu merkez işçi kadrosu, diğer yanda ise temizlik, kayıt, yemek, güvenlik hizmetleri çalışanları ve dış kaynak kullanımına dayalı laboratuvar ve görüntüleme birimlerindeki çalışanlardan oluşan çevre işçilerinin oluşturduğu yapı parçalanmış ve çeşitlilik gösteren bir insan gücünün ortaya çıkmasına yol açmıştır (Zencir, 2012, s. 35).

Tablo 6: Sağlık Bakanlığı'ndaki Personel Sayısının Yıllara Göre Değişimi

Kamu Sektöründe Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Uzman Hekim	22.187	32.623	34.069	35.081	36.886	38.783
Pratisyen Hekim	29.030	33.523	32.457	32.601	33.060	35.833
Asistan Hekim	6.189	7.236	7.137	7.814	7.9307	7.973
Toplam Hekim	57.406	73.382	73.663	75.496	77.876	82.589
Diş Hekimi	3.211	7.225	7.291	7.997	7.640	8.683
Eczacı	1.596	1.891	1.920	2.067	2.102	2.156
Hemşire	54.360	89.314	92.118	93.700	94.404	101.722
Ebe	39.473	46.944	48.409	48.694	48.103	48.078
Diğer Sağlık Personeli	33.276	82.201	83.542	93.555	97.763	102.243
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	67.496	181.295	181.824	186.217	196.459	206.088
Toplam Personel Sayısı	256.818	482.252	488.767	507.726	524.347	551.559

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri 2015 Yılı

⁷³ 2016 yılı sonu itibarıyla Türkiye'de toplam 3.341.049 kamu personeli istihdam edilmektedir. Kamu personelleri içerisinde 2.481.398 memur istihdam edilmekte ve bu sınıf içerisinde 888.503 eğitim öğretim hizmetleri sınıfı, 544.950 genel idare hizmetleri sınıfı, 411.059 sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı, 261.625 emniyet hizmetleri sınıfı personeli istihdam edilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2002-2013 yılları arasında toplam çalışan sayısı %101,5; kadrolu çalışan sayısı %57,9 oranında artarken; taşeron çalışan sayısı on kattan fazla artarak (11.000 kişiden 129.000 kişiye % 1.072,7) esas istihdam biçimi haline gelmiştir. Aynı şekilde aynı dönem içerisinde Türkiye'de toplam hastane sayısı % 31,2 artışla 1.156'dan 1.517'ye çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sayısı %10,3 artışla 774'den 854'e, üniversite hastanelerinin sayısı %38 artışla 50'den 69'a, özel hastane sayısı ise %102, 9 artışla 271'den 550'ye çıkmıştır (Öztürk, 2015, s. 88; DPB, 2017).

Dünya Bankası'nın temelde belirlediği ve kredi desteği verdiği SDP ile birlikte sağlığın metalaşması süreci hızlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerinde aile hekimliği ve kamu hastane birlikleriyle sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan radikal değişikliklerle birlikte personel istihdamında sözleşmeliliğe ve taşeron⁷⁴ dayalı bir eğilim ortaya çıkmıştır. Hizmetlerin özel hukuk sözleşmeleri kapsamında üçüncü kişilere yaptırılmasının önünü açan taşeron personel çalışma düzenlemesine gidilmiş, özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi ve ucuz işgücü ihtiyacını karşılamaya yönelik yabancı sağlık personeli istihdamına izin veren düzenlemelerin yolu açılmıştır. Sağlık hizmetleri alanında yapılan çeşitli yasal düzenlemelerle birlikte şu anki mevcut yapıda kadrolu, sözleşmeli, hizmet alımı ve taşeron istihdamına tabi çalışanların bir arada olduğu bir yapı bulunmaktadır. Buna göre sağlık personeli istihdamında başlıca: (a) 657 sayılı DMK'nın 4/A hükmüne tabi memurlar, (b) aynı yasanın 4/B hükmüne tabi sözleşmeli memurlar, (c) 4924 sayılı yasaya tabi çakılı sözleşmeli memurlar, (d) aile hekimliği sözleşmesine tabi çalışanlar, (e) hizmet satın alınması yoluyla gerçekleştirilen işlerde geçici olarak istihdam edilen çalışanlar, (f) vekil ebe ve hemşire statülerinde çalışan sağlık çalışanları, (g) üniversite hastanelerinde bulunan vakıf ve özel şirketler üzerinden hizmet satın alınması yoluyla istihdam edilen yardımcı sağlık personeli statüsü olmak üzere parçalı, esnekliğe dayalı bir yapı söz konusudur (Ünlütürk-Ulutaş, 2011a, s. 50; Sayan, Küçük, 2012, s.174). Esnekliğe dayalı sözleşmeli personel istihdamının bu dönemlerden itibaren uygulanmaya başlandığı ve 4/B, 4924'e tabi çalışanların istihdam edildiği bir dönem ortaya çıkmıştır. 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (2003) ve TTB'nin karşı koymasıyla yürürlüğe girmeyen Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alınma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller ve Uygulama Talimatı (2004) gibi uygulamaya geçen veya geçemeyen düzenlemeler temelde esnek, güvencesiz, sözleşmeli bir istihdam modelinin kamu sağlık hizmetlerinde yaygınlaştırılmasını hedeflemektedir (Erdoğan, 2006: 226). Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfında

⁷⁴ Sağlıkta dönüşümle birlikte personel artışının en çok olduğu alan taşeron personel sınıfında olmuştur. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de taşeron istihdam biçimi esnek istihdam rejiminin en güvencesiz kesimini oluşturmaktadır. Sağlıkta dönüşümün başladığı 2003 yılında 11 bin olan taşeron çalışan sayısı 2011 yılında 11 kat artarak 120 bine 2016 yılı sonu itibarıyla 206 bine yükselmiştir (Sayan ve Küçük, 2012, s. 176).

taşeronlaşma sürecinin yolunu açan 4924 sayılı yasanın amaçladığı süreç önceki yıllarda yardımcı hizmetlerde uygulanan taşeronlaşma süreciyle aynı olmakla birlikte yasanın asli, sürekli ve kafa emeğinin egemen olduğu görevlerin özelleştirilmesi ve taşeronlaştırılmasının önünü açması noktasında farklı bir nitelik taşıdığı söylenebilir. 4924 sayılı Kanunun 11. Maddesi sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetlerine dâhil personeller tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin ihtiyaç halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden karşılanması koşuluyla hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesi ve bu alanların özelleştirilmesinin yasal alt yapısı oluşturulmuştur. Bu yasal değişikliğin akabinde Denizli Devlet Hastanesi'nde psikiyatri, onkoloji, çocuk psikiyatrisi, endokrinoloji ve alerji hastalıkları uzmanları hizmet alımı için ihaleye çıkılmış ancak sürecin Türk Tabipler Birliği tarafından mahkemeye götürülmesiyle süreç durmuştur. 2004 yılından sonra ise 657 sayılı Devlet Memurları Kanunun 4/B maddesine göre sözleşmeli personel istihdamına gidilmeye başlanmış ve bu kapsamda istihdam edilenler 4924 sayılı Kanuna tabi çalışanlara göre gerek özlük hakları gerekse de çalışma koşulları açısından daha kötü koşullarda istidam edilemeye başlanmıştır⁷⁵. Bu durum bir kurumda aynı unvanla ve aynı işi yapan farklı statü, sosyo-ekonomik haklara sahip kamu personellerinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Buna paralel esnek kamu personel rejiminin en dışta bulunan halkası olarak taşeron istihdamıyla da kadro ve pozisyon işgal etmeden kamu kurumlarında hizmet üretilmekte ve personel rejiminin ana unsuru haline gelmektedir. Kamuda taşeronlaşmanın kol emeği gerektiren işlerden kafa emeği gerektiren işlere doğru yayılma eğiliminden dolayı kavramsal olarak taşeron işçilikten ziyade taşeron personeli kavramının kullanılması bu alanda yaşanan değişimi biçimsel ve kavramsal olarak daha da iyi yansıtmaktadır (Aslan, 2005, s. 370-91). Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte örgütsüzleştirilen ve savunmasız bir konuma düşen sağlık çalışanları yoğun iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, çalışma süresi uzunluğu, vardiyalı çalışma zorunluluğu, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalmaları, sağlık hizmetlerindeki finansal ve insan kaynaklı yetersizliklerle hizmet sunmaktadırlar.

⁷⁵ Türkiye'de Haziran 2011'de yapılan seçimlerden kısa bir zaman önce 632 sayılı KHK ile 4924 sayılı kanuna tabi çalışanlarla birlikte bu tarihe kadar 4/B kapsamında istihdam edilen sözleşmeli personelin, sağlık personeli pozisyonlarına başvurmaları halinde memur kadrosuna atanabilmelerine izin verilmiştir. Bu dönemde sayıları 100 bin civarında olan sözleşmeli sağlık personeli sayısı Aralık 2011 tarihinde 15.000'e inmiş ancak sonraki dönemlerde 4/B sözleşmeli personel istihdamına devam edilmiştir (Sayan ve Küçük, 2012, s.179). Kamu-özel ortaklığı hastanelerinin işleyiş sistemi ve Sağlık Bakanlığı'nın istihdam politikalarındaki genel eğilim dikkate alınırsa, sözleşmeli ve taşerona dayalı istihdamının önümüzdeki dönemlerde daha da yaygınlık kazanacağı söylenebilir.

Bunun yanında tıbbi cihazların hızlı teknolojik değişimi, ücret düşüklüğü, iş ortamlarında yükselme olanaklarının kısıtlılığı, eğitim sürecinde kazanılan bilgilerin günlük çalışma sürecine aktarılamaması gibi birçok sorunla baş etmeye çalışan sağlık çalışanlarının iş streslerinin artması çalışanların tükenmelerine yol açmaktadır (Elbek ve Adaş, 2009, s. 41).

Sağlık hizmetleri alanında piyasalaşma süreçlerinin sisteme hâkim olmaya başlamasıyla birlikte, gerek sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler için gerekse de çalışanlar açısından ne gibi sonuçları olduğu net olarak görülmeye başlanmıştır. Buna göre; 2002 yılı öncesindeki sağlık sisteminin hiyerarşik yapısından kaynaklı ve çözilemeyen kemikleşmiş sorunlarının çözümü noktasında var olan birçok yanlış uygulamayı ortadan kaldıran SDP, toplumun büyük bir kesiminin onayını almıştır. Ortaya konan yapı eski sistemin birçok sıkıntılı alanını çözüme kavuşturmuş ve özellikle sağlık hizmetlerine ulaşma noktasında sıkıntı çeken alt gelir gruplarının sağlık hizmetlerine erişimi noktasında kolaylıklar sağlamıştır. Dönüşümden sonra tüm kesimlerin istedikleri kamu sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almalarının sağlanmasıyla birlikte hastanelere yapılan poliklinik başvuru sayıları artmış; teşhis, tedavi ve girişim sayılarında da önemli artışlar ortaya çıkmıştır. Dönüşüm süreciyle birlikte eş zamanlı uygulamaya geçen performansa dayalı ücret sistemi sağlık hizmetleri alanında toplam kalite ve rekabete dayalı hizmet üretimi anlayışını egemen kılmaya yönelik bir girişim olmuştur. Performansa dayalı sistemin önemli bir motivasyon kaynağı olarak görüldüğü sistemde hekimler performans puanlarını maksimum düzeyde tutacak şekilde sağlık hizmeti üretme eğilimi içine girmişlerdir. Bu iki durum bir araya getirildiğinde sağlık hizmetlerinde teşhis, tedavi, girişim ve ameliyat sayılarında ortaya çıkan önemli artışın ne kadarının sağlık hizmetlerine erişimin önceki yapıya göre kolaylaşmasından kaynaklı ne kadarının ise performans sisteminden kaynaklı ortaya çıktığı sorusu önemli bir problem alanı olarak ortaya çıkmaktadır.

Bunun yanında dönüşüm sürecinin tam olarak yerleşmeye başlamasıyla birlikte sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimlerin dönüşüm sürecinin ilk dönemlerinde ödeme ve katkı yapmadığı birçok kalemden ek ödeme talep edilmesi uygulaması bu kesimlerin dönüşüm sürecine daha eleştirel bakmasına ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin azalmasına yol açmıştır. Bu noktada sağlık hizmetlerinde piyasacı anlayışın hâkim olması Elbek'in deyişiyle, 2003 öncesi sağlık sisteminde vatandaş olamayan

kitlelerin, 2003 sonrası mevcut yapıda müşteri olarak görüldüğü ve maddi gücüne göre sağlık hizmeti alabileceği bir yapının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Dönüşüm sürecinin diğer tarafında bulunan sağlık personelleri açısından yaşanan süreç ise şu şekilde özetlenebilir. Sağlıkta dönüşümden önce sağlık personellerinin bölgeler arasındaki (gerek iller bazında gerekse de il- ilçe- kasaba-köy bazında) dengesiz dağılımını ortadan kaldırma ve dezavantajlı bölgelerde sağlık personelinin tutulması amacıyla sözleşmeli personel istihdamına başlanılmıştır. Sözleşmeli personeli istihdamı ilk olarak Sağlık Bakanlığı'nda uygulamaya başlanmış ve ilerleyen dönemlerde diğer bakanlıkların da kullandığı bir model olmuştur. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı'nın dezavantajlı yörelerde sağlık personeli tutma maksatlı olarak uygulamaya geçirdiği bir uygulama olarak görülse de, sözleşmeli istihdamının dönemin (post-fordist birikim rejimi ve düzenleme biçimlerinin) ruhuna uygun olarak kamunun garantili, ömür boyu istihdam kapısı olarak görülmesi anlayışının geride kaldığı ve kamuda sözleşmeliliğe, güvencesizliğe ve rekabete dayalı hizmet üretiminin asli bir koşulu olduğu söylenebilir. Kamuda bu dönemlerle birlikte görülen kadrolu, sözleşmeli, taşeron çalışanı ve vekil ebe-hemşire istihdamı, aynı işi yapan ancak farklı özlük haklarına sahip çalışanları ortaya çıkarmıştır. Bu durum çalışanlar arasında kadrolu- sözleşmeli, kadrolu- taşeron, döner sermaye ek ödemesi alan- ek ödeme almayan gibi ayrımların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Kamu - Özel Ortaklıkları biçiminde yapılan ve kamuoyunda Şehir Hastaneleri olarak bilinen sağlık kurumlarının ülke geneline yayılacağı göz önünde bulundurulursa gerek destek hizmetleri olarak nitelenen meslek gruplarında gerekse de sağlık hizmetlerinde asli işleri yapan sağlık çalışanları arasında görülen sözleşmeli, güvencesiz çalışma biçimlerinin daha da yaygınlaşacağı öngörülebilir. Beyaz yakalı taşeron çalışanlar olarak nitelediğimiz ve çalışmanın da aktörleri olan sağlık hizmetlerinde eğitilmiş ve direkt sağlık hizmeti üreten taşeron çalışanlar sağlık hizmeti üreten sınıfın özlük hakları ve çalışmaları şartları açısından en dezavantajlı grubunu oluşturmaktadır.

5. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

5.1. Araştırmanın Konusu

Araştırmanın konusunu, kamu sağlık kurumlarında özellikle sağlıkta dönüşüm sürecinin etkili olduğu son 30 yıllık süre zarfında personel istihdam politikalarında ortaya çıkan sözleşmeli, geçici ve taşeron istihdam biçimlerinin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri oluşturmaktadır. Bu noktada istihdam süreçlerindeki değişimlerin çalışanlar tarafından nasıl tanımlandığı, deneyimlendiği ve çalışanların bu konudaki genel eğilimleri temel araştırma konusunu oluşturmaktadır.

5.2. Araştırmanın Problemi

Neo-liberal dönemde kamu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan ve Sağlıkta Dönüşüm Programıyla daha da görünür hale gelen piyasalaşma süreçleri, sağlık hizmeti üretimi ve sunumu süreçlerini köklü bir şekilde değişime uğratmıştır. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte, 2003 öncesi döneme kıyasla sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, etik dışı ödeme biçimlerinin önüne geçilmesi (bıçak parası gibi), sağlık kurumlarının fiziki olarak modernize edilmesi gibi olumlu gelişmeler ortaya çıkmıştır. Bu noktada sistemde ortaya çıkan olumlu değişimlerin yanında; sosyal sigorta sisteminin yine prim ödemeye dayalı bir yapıda oluşturulması, sağlıkta dönüşüm programının tam olarak uygulamaya girmesiyle birlikte katkı payı ve cepten ödeme uygulamalarının sistemin önemli bir bileşeni olarak yer alması durumu, yeni dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanan kesimler için ciddi yükler ortaya çıkarmıştır. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte kamu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan piyasalaşma süreçlerinin bileşenleri olarak ortaya çıkan başlıca; performans dayalı hizmet üretimi ve ödeme biçimlerinin yaygınlaşması, kamu-özel ortaklığına dayalı ve temelde özel sektörün kamuya yerleşmesini öngören girişimlerin artması, sözleşmeli ve güvencesiz istihdam biçimlerinin sistemde önemli bir yer edinmesi gibi uygulamalar, kamu sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin gerilemesine yol açmıştır. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerinin (teşhis, tedavi, girişim ve ameliyat) sayılarında ortaya çıkan anormal artışların varlığı gerek sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimleri (gereksiz teşhis, tedavi veya girişim uygulamalarına yol açması noktasında) gerekse de sağlık çalışanlarının (daha ağır ve kötü koşullarda sağlık hizmeti üretimini yol açması noktasında) olumsuz anlamda etkilenmesine yol açmıştır. Bu açıdan bakıldığında kamusal bir nitelik taşıyan sağlık

hizmetlerinin neo-liberal politikalar ışığında değiştiği ve dönüştüğü günümüzde, bu alanlarda ortaya çıkan temel problem ve aksaklıkların neler olduğu, sağlık hizmetlerinden faydalanan ve sağlık hizmeti sunan kesimlerin de bu değişim süreçlerinden nasıl etkilendiği ve bu süreçleri nasıl anlamlandırıp yorumladıkları hususu da bu noktada önemli bir hale gelmektedir. Kamusal sağlık hizmetlerinin bütüncül ve halk sağlığı açısından vazgeçilmez bir süreç olduğu gerçeğinden hareketle, sağlık sisteminin gerek sağlık hizmeti sunanlar açısından gerekse de sağlık hizmetlerinden yararlanan kesimler noktasında rasyonel bir şekilde örgütlenmesi ve işletilmesini zorunlu hale getirmektedir. Bu noktada post-fordist personel rejiminin en önemli ayaklarından birini oluşturan sözleşmeliliğe ve geçiciliğe dayalı istihdam politikalarının, kamu sağlık hizmetleri alanlarında görünürlüğünün arttığı ve sistemin ana unsuru haline getirilmesinin hedeflendiği ve parça parça olarak da uygulamaya geçtiği bu dönemde, çalışanların bu süreçleri nasıl deneyimlediği, anlamlandırdığı ve sürecin genel olarak çalışanlar üzerindeki etkileri çalışmanın temel problematiğini oluşturmaktadır.

5.3. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı kamu sağlık kurumlarında personel istihdam politikalarında ortaya çıkan sözleşmeli, geçici ve güvencesizliğe dayalı istihdam biçimlerinin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinin neler olduğu ve genel olarak sürecin çalışanlar tarafından nasıl deneyimlendiği ve değerlendirildiğinin ortaya konulmasıdır. Bu noktada sürecin çalışanların deneyim ve düşünceleri üzerinden anlaşılması ve açıklanmasıyla elde edilecek sonuçların gerek sonraki dönemlerde kamu sağlık hizmetleri alanında yapılacak çalışmalara ışık tutması gerekse de politik karar alıcıların bu süreçler hakkında alacağı karar ve uygulama süreçlerinde faydalı olması amaçlanmaktadır.

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evren ve örnekleme belirlenirken, seçilecek yerin belirli bir büyüklükte ve bazı asgari koşullara sahip olması ön koşuluna sahip olan herhangi bir sağlık kurumundaki çalışanların verecekleri cevapların taşeron sistemin genel işleyiş mantığını anlamamıza yardımcı olacağı varsayımından hareket edilmiştir. Araştırmanın evreni olarak Fırat Üniversitesi Hastanesi'ndeki taşeron sağlık çalışanlarının seçilmesinin nedeni ise, araştırmacının da eski bir kamu sağlık personeli olarak (anestezi teknisyeni), kurumdaki yönetici ve sağlık çalışanlarıyla eskiye dayalı var olan ilişkilerinin çalışmanın

daha rahat ve güvene dayalı bir ortamda yapılmasına imkân sunacağı düşüncesine dayanmaktadır. Bu süreçte özellikle çalışanların araştırmacıya belirli noktalarda güven duyması ve taşeron süreci hakkındaki düşünce ve deneyimlerini içtenlikle ve çekinmeden paylaşmaları, bu çalışmada elde edilen verilerin bu alandaki boşluğu doldurma noktasında küçük de olsa bir katkı sunma amacına hizmet edebileceğini göstermektedir. Araştırma evreni olarak belirlenen Fırat Üniversitesi Hastanesi'nin tarihçesi ise şu şekilde belirtilebilir:

“Fırat Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Bakanlığı ile Üniversite Rektörlüğü arasında yapılan ve 24.12.1984 tarihinden itibaren yürürlüğe giren bir protokole göre Elazığ doğumevinin üniversitemize devredilmesi ile Ocak1985 'ten itibaren faaliyetlerine başlamıştır. Önceleri adı F.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi iken 1997' de Senato kararıyla F.Ü. Fırat Tıp Merkezi olarak adlandırılmıştır. 2008 yılı içerisinde hastanenin ismi son kez “Fırat Üniversitesi Hastanesi” olarak değiştirilmiştir. Fırat Üniversitesi Hastanesi bugün üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bölge hastanesi 900 yatak kapasiteli bir hastane konumundadır. Hastanede tedavi hizmetlerinin yanı sıra, Tıpta Uzmanlık Eğitimi, Tıp Fakültesi, Sağlık Yüksek Okulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerine staj ve uygulama olanaklarının sağlanması gibi eğitim hizmetleri de verilmektedir. Bu hizmetler hastanemizdeki klinik ve laboratuvar imkânlarıyla yerine getirilmektedir. Anılan hizmetlerin yerine getirilmesinde tüm akademik personel ile diğer sağlık personeli ve idari personel görev almaktadır. Kadrolu personelin yetersizliği nedeniyle 1990 yılından itibaren, temizlik işleri ihale ile hizmet alımı yoluyla yerine getirilmektedir.” (<http://ftm.firat.edu.tr/kurumsal.jsp>. E.T. 20.02.2018)

Yukarıda tarihçesi verilen kurumda, 1990 yılından itibaren hizmet alımı yoluyla personel istihdamı yoluna gidilmiş ve yukarıdaki belirtilen temizlik işleri haricinde, sağlık personellerinin de temizlik çalışanı olarak gösterilip kurumda sağlık çalışanı olarak istidam edildiği bir yapı var olagelmıştır. Çalışmanın yapıldığı Haziran ve Temmuz 2017 tarihlerinde Fırat Üniversitesi Hastanesi'ndeki mevcut kadrolu, sözleşmeli ve hizmet alımı yoluyla istihdam edilen toplam çalışan sayısı çarpıcı ve açıklayıcı bir nitelik göstermektedir.

Tablo 7 : Kurumdaki Personelin Mevcut Pozisyon ve Sayılarına Dair Veriler

Kurumdaki Personel Pozisyon ve Sayıları	Sayı
Öğretim Üyesi (Prof, Doç, Yrd. Doç)	177
Araştırma Görevlisi	257
Uzman	2
Kadrolu Yardımcı Sağlık Personeli ve İdari Personel Sayısı	498
Sözleşmeli (4/B) Personel Sayısı	85
Hizmet Alımı Yoluyla Çalışan Personel Sayısı	984
Toplam	2003

Kaynak: Fırat Üniversitesi Personel Daire Başkanlığı Temmuz 2017 verileri

Tablo 7’de görüldüğü üzere hizmet alımı yoluyla istihdam edilen personel sayısı, toplam personel sayısının yarısını, kadrolu idari ve yardımcı sağlık personelinin ise iki katını oluşturmaktadır. Kurumun hizmet alımı yoluyla istihdam ettiği çalışanlar başlıca iki firma üzerinden istihdam edilmekte ve firmalardan Arge firmasında başlıca, temizlik (bu firmadaki sağlık çalışanları temizlik çalışanları olarak gösterilmekte), sekreterlik, hasta bakıcılık hizmetlerinde toplam 864 kişi istihdam edilmektedir. Piramit firmasında ise tamamı sağlık çalışanlarından oluşan toplam 120 kişi istihdam edilmektedir. Bu noktada araştırmanın evreni Fırat Üniversitesi Hastanesi’nde hizmet alımı yoluyla, ebe, hemşire, tüp bebek uzmanı, fizyoterapist, sağlık memuru, sağlık teknisyen/teknikeri (radyoloji, anestezi, laboratuvar, odyoloji) pozisyonlarında çalışan toplam 150 kişiden oluşmaktadır. Arge firmasında temizlik, yemekhane, hasta bakıcılık, güvenlik, sekreterlik hizmetlerinde çalışan 864 kişi (bu firmadaki 30 çalışan sağlık personeli olduğu için evrene dâhil edilmiştir) direk sağlık hizmeti üretim sürecine katılmadıkları için evrene dâhil edilmemişlerdir.

Tablo 8: *Derinlemesine Görüşme Yapılan Çalışanlara Ait Bilgiler*

Görüşmeciler	İsim	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Düzeyi	Unvan
G1	Ali	Erkek	32	Lise	Radyoloji Teknisyeni
G2	Sevim	Kadın	22	Lise	Hemşire
G3	Selçuk	Erkek	30	Lise	Laborant
G4	Sultan	Kadın	21	Lise	Hemşire
G5	Ayşe	Kadın	30	Lisans	Hemşire
G6	Nil	Kadın	22	Ön Lisans	Hemşire
G7	Emine	Kadın	23	Lise	Hemşire
G8	Taylan	Erkek	36	Lise	Laborant
G9	Murat	Erkek	28	Ön Lisans	Radyoloji Teknikeri
G10	Mehmet	Erkek	24	Ön Lisans	Radyoloji Teknikeri
G11	Umut	Erkek	22	Lise	Hemşire
G12	Fethiye	Kadın	21	Lise	Hemşire
G13	Erhan	Erkek	22	Ön Lisans	Hemşire
G14	Necla	Kadın	33	Lisans	Ebe
G15	Çiğdem	Kadın	29	Lisans	Hemşire
G16	Funda	Kadın	37	Yüksek Lisans	Biyolog
G17	Dicle	Kadın	34	Lise	Odyoloji Teknisyeni

Belirtilen evrenden seçilecek örneklem grubunun evrendeki farklı değişkenleri (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, cerrahi- dâhili birimlerdeki çalışanlar gibi) temsil etmesine çalışılmıştır. Bu noktada örneklem seçim tekniği olarak doyma örneklem seçim tekniğinden yararlanılmış ve evrenin tümüne ulaşma amacıyla hareket edilmiş, ancak kimi personelin izinde veya farklı nedenlerle çalışmanın yapıldığı dönemde kurumda bulunmaması, bir kısım çalışanın ise çalışmaya katılmak istememesinden kaynaklı 123 çalışana anket uygulanmıştır. Bunun yanında görüşmeyi kabul eden ve çoğu ankete katılan 17 çalışanla da derinlemesine görüşmeler yapılarak araştırmanın nitel ve nicel verileri elde edilmiştir. Derinlemesine görüşme yapılan kişilerin kimliklerinin gizli kalması noktasında çalışanların gerçek isimleri kullanılmamış ve çalışanların kimliklerini açığa çıkaracak diğer bilgilerin de kullanılmamasına dikkat edilmiştir.

5.5. Veri Toplama Araçları ve Süreci

Çalışmada temel olarak nicel bir yol izlenmiş, bunun yanında araştırmanın ışıktutmaya çalıştığı konunun tüm yönleriyle anlaşılması noktasında gerçekliğin sayısal verilere indirgenmesinin önüne geçmek maksatlı nitel tekniklere de başvurulmuş süreç anlaşılmasına ve açıklanmaya çalışılmıştır. Nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin tek

başlarına kullanılmasının eksik taraflarının (Layder, 2015, s. 80-82) giderilmesi amacıyla araştırmada farklı tekniklere başvurularak her iki yöntemin avantajlarından (Haralambos vd,1995, s. 856 akt. Şavran, 2012, s. 74) yararlanılmış, böylece hem araştırma grubunun geneline dair bir fikir edinilmeye çalışılmış hem de araştırma grubundaki bireylerin çalışma süreçlerine ilişkin deneyimleri ve bu süreçler hakkında öznel görüş ve düşüncelerine yer verilerek konunun bütünlüklü bir açıdan ele alınmasına çalışılmıştır.

Çalışmanın kuramsal kısmındaki bilgilerin ve alandaki gözlem ve görüşmelerden elde edilen bilgilerin ışığında anket ve görüşme soruları hazırlanmıştır. Anket formunda ilk olarak çalışanların demografik bilgileri ve sosyoekonomik düzeyleri hakkında bilgi edinmek amaçlı sorular bulunmaktadır. Bu kısımdaki sorular çalışanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, çocuk sayısı, ev sahipliği durumu gibi sosyoekonomik düzeylerini ortaya koymaktadır. Çalışanların kurumdaki mevcut konumları ve haklarına ilişkin sorular kısmında ise çalışanların kurum içinde hangi pozisyonda, hangi haklara sahip olarak çalıştıkları ve sağlık mesleğini seçme nedenleri, bu mesleği çocuklarına ve başkalarına tavsiye etme durumları ve bu alandaki temel problemlerin neler olduğuna dair düşüncelerini ortaya koyan sorulardan oluşmaktadır. Çalışanların kurumda işe giriş süreçleri ve mevcut çalışma koşullarına ilişkin sorular içeren diğer kısmında ise çalışanların başlıca çalışma koşulları, kurumsal aidiyet ve mesleki saygınlık düzeyleri, kamu-özel sağlık kurumlarındaki çalışma koşulları, kadınların çalışma hayatına katılması konularındaki düşünce ve algılarını anlamaya yönelik sorular bulunmaktadır. Anketin son kısmında ise çalışanların sağlıktaki dönüşüm süreci hakkındaki genel düşünceleri ve bu sürecin çalışma alanlarındaki yansımalarına ve çalışanların sendikalar hakkındaki düşünceleri anlamaya yönelik sorular bulunmaktadır. Anket formunun çalışanlar için anlaşılabilirliği ve geçerliliğini test etmek amaçlı Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde pilot çalışma yapılmış ve bunun için gerekli izinler alınarak hizmet alımı yoluyla çalışan 20 kişiye anketler uygulanmıştır. Bu arada çalışanlarla kısa mülakatlar da yapılarak anket ve görüşme sorularından anlaşılmayan ve tekrar niteliğinde olan gereksiz sorular yeniden düzenlenerek anket ve görüşme sorularına son hali verilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda çalışanların hayat hikâyeleri, cinsiyet, yaş, eğitim bilgileri, daha önce başka bir yerde çalışıp çalışmadıkları, kurumdaki işe giriş süreçleri ve genel olarak kurumdaki çalışma koşulları ve taşeron sistemi hakkındaki düşünce ve çözüm önerileri hakkında fikir sahibi olmaya çalışılmıştır.

Araştırma için gerekli olan yasal izinler alındıktan sonra araştırma 2017 yılı Haziran-Temmuz aylarında yapılmıştır. Araştırma yapılan yerin 3. basamak niteliğinde bir sağlık kurumu olması dolayısıyla çalışanlar anket ve görüşmeleri daha çok nöbetlerde ve işlerinin hafiflediği gece saatlerinde çalıştıkları birimlerde yapmayı kabul etmişlerdir. Anket ve mülakat süreçlerinin tümü araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Çalışanlara uygulanan 123 anketten 120 tanesi geçerli sayılarak veriler SPSS Statistics 21 programına yüklenmiş buna dayalı olarak betimleyici ve çapraz tablolar oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme verileri ise deşifre edilerek belirli ana başlıklar altında gruplandırılmış ve nicel verilerin zenginleştirilmesi ve konunun daha iyi anlaşılması noktasında gerekli yerlerde kullanılmıştır.

5.6. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

Neo-liberal dönemde kamu hizmetlerinde toplam kalite anlayışının yerleşmesine paralel istihdam politikalarında kadrolu ve güvenceli istihdam politikalarının yerini esnekliğe ve sözleşmeliliğe dayalı bir yapıya bıraktığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Bu süreçlere paralel kamu sağlık hizmetlerinde de gerek hizmet üretim süreçlerinde gerekse de personel istihdam politikalarında benzer bir sürecin yaşandığı ve çalışanların önceki dönemlere kıyasla; daha fazla esneklik ve sözleşmeliliğe dayalı koşullarda hizmet üretmek zorunda kaldığı durumu, çalışmanın temel varsayımını oluşturmaktadır. Diğer yandan araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma süreçleri hakkında verdikleri bilgileri, hiçbir baskı ve zorlama altında olmadan, samimi ve içten bir şekilde verdikleri ve buna bağlı olarak bu verilerin de doğru olduğu varsayılmaktadır

Her bilimsel araştırmada olduğu gibi bu çalışmanın da çeşitli sınırlılıkları söz konusudur. Bu noktada çalışma, Elazığ ili Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Hastanesinde hizmet alımı yoluyla istihdam edilen sağlık çalışanları ile sınırlı bir nitelik taşımakta ve çalışanların paylaştığı deneyim ve düşüncelerin ise temelde Haziran- Temmuz 2017 tarihleri arası ve öncesi dönemlerde karşılaştığı ve deneyimledikleri süreçleri içeren bir sınırlılığa sahip olduğu söylenebilir.

6. ALAN ARAŞTIRMASI BULGULARI

6.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Alan araştırması verilerinin aktarılacağı bu bölümde ilk olarak araştırma grubundaki çalışanların sosyo-demografik özelliklerine yer verilerek bu grubun genel karakteristikleri ortaya konulacaktır. Bu noktada ilk olarak çalışanların cinsiyet, yaş, doğum yeri, medeni durum eğitim durumu ve sağlık mesleğini seçme nedenleri gibi başlıca değişkenler üzerinden araştırma grubunu tanımlayıcı bir çerçeve oluşturulacaktır.

6.1.1. Çalışanlara ait demografik veriler

Bu bölümde ilk olarak çalışanların yaş, cinsiyet, doğum yerlerine ait verilere yer verilecek ve daha sonra çalışanların anne ve babalarının eğitim ve mesleki konumlarına ilişkin verilere yer verilerek, çalışanların sosyoekonomik kökenleri hakkında fikir edinilmeye çalışılacaktır.

Tablo 9: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Cinsiyet		n	%
Toplam	Kadın	75	62,5
	Erkek	45	37,5
		120	100,0
Yaş		n	%
Toplam	18-23	51	42,5
	24-29	31	25,8
	30-35	29	24,2
	36-	9	7,5
		120	100,0
Doğum Yeri		n	%
Toplam	Elazığ	97	80,8
	Diğer	23	19,2
		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının % 62,5 'ini kadınlar % 37,5'ini ise erkek çalışanlar oluşturmaktadır. Araştırmaya bu noktada 75 kadın ve 45 erkek sağlık çalışanı dâhil edilmiş ve anketlerden elde edilen verilerle süreç açıklanmaya çalışılmıştır. Alan çalışması sürecinde gerek firma ve birim sorumlularıyla yapılan görüşmelerden elde edilen verilerde gerekse de alandaki gözlemlerden, kurumda sağlık personeli istihdamında kadın yoğun bir yapının söz konusu olduğu söylenebilir. Anket uygulanan çalışanlar içerisinde kadınların sayıca fazla olması durumu da bu nedenden kaynaklanmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalamalarına

bakıldığında çalışanların % 42,5'inin 18-23 yaş aralığında, % 25,8'nin 24-29 yaş aralığında, %24,2'sinin 30-35 yaş aralığında, % 7,5'inin ise 36 ve üstü yaş grubunda olduğu görülmektedir. Buna göre araştırma grubundaki çalışanların büyük çoğunluğunun görece genç kategorisinde olduğu söylenebilir. Araştırma grubundaki sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının görece genç olması durumu, sağlık mezunu kişilerin kadrolu memur olarak atanana kadar geçici olarak mesleklerini icra etme noktasında, taşeron olarak çalışma hayatına katılma eğilimleriyle açıklanabilir. Hak-İş'in 2014 yılında 27 il ve 9 farklı iş kolunda (sağlık, eğitim, belediye, PTT, Karayolları gibi kurumlardaki çalışanlar) toplam 5250 kamu taşeron işçisiyle yaptığı çalışmada taşeron çalışanların yaş ortalamasının çoğunlukla görece genç kategorisinde olduğu gözlemlenmiş ve bu durumun farklı çalışmalarda da benzer bir eğilimde olduğu görülmüştür (Kaya, 2015, s. 262). Kamudaki farklı iş kollarındaki taşeron çalışanlar üzerine yapılan çalışmalarda çalışanların cinsiyet bakımından ağırlıklı olarak erkek kategorisinde yer alması (%75) durumu, araştırmamızdaki çalışan grubunun ağırlıklı olarak kadın olması durumuyla benzeşmemektedir. Bu durumun, sağlık sektörünün kadınların yoğun bir şekilde istihdam edildiği bir alan olması (% 63) ve özellikle araştırma grubunu oluşturan yardımcı sağlık hizmetlerinde çalışan ebe, hemşire ve teknisyen meslek gruplarının ise daha çok kadın mesleği olarak görülmesinden kaynaklı olarak, bu mesleklere daha çok kadınların yönelmesi eğilimiyle açıklanabilir. Araştırma grubundaki çalışanların kadın ağırlıklı bir yapıda olması durumu, bu alanda sağlık çalışanları ve öğrencileri üzerine yapılan farklı çalışma sonuçlarıyla da benzerlik taşımaktadır (Peker, 2015, s. 39; Dener, 2015, s. 32; Gümrah, 2015, s. 41; Cigerci-Ulukan ve Özmen-Yılmaz, 2016, s. 95). Bunun yanında kadın mesleği olarak görülen hemşirelik alanında son yıllarda erkeklerin de istihdam edilmesiyle beraber bu alandaki değişim süreçlerine eğilen bir çalışmada çıkan sonuçlara göre hemşirelik mesleğinin feminen niteliğinin genel olarak değişmediği ortaya konulmuştur (Gönç, 2016, s. 96)

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının doğum yerlerine bakıldığında çalışanların %80'inin Elazığ doğumlu, % 19,2'sinin ise başka illerde doğumlu olduğu görülmektedir. Diğer iller kategorisinde ise çoğunlukla çevre iller olan Malatya, Tunceli, Bingöl, Diyarbakır doğumlu çalışanların yoğunlukta olduğu görülmektedir. Çalışanların çoğunlukla Elazığ doğumlu olmaları durumu bu ilde sağlık elemanı yetiştiren gerek ortaöğretim gerekse de üniversite düzeyinde eğitim kurumlarının varlığı ve bu okullardan mezun olan kişilerin taşeron sağlık çalışanı olarak bu kurumlarda çalışma yönünde bir eğilim içerisinde olmaları durumuyla açıklanabilir.

Tablo 10: Katılımcıların Anne ve Babalarının Eğitim Durumları

Anne Eğitim Durumu		n	%
	Okuryazar değil	8	6,7
	Okuryazar	6	5,0
	İlkokul	52	43,3
	Ortaokul	23	19,2
	Lise	25	20,8
	Üniversite	5	4,2
	Toplam	119	99,2
	Cevap Yok	1	,8
Toplam		120	100,0
Babanızın eğitim durumu		n	%
	Okuryazar	5	4,2
	İlkokul	21	17,5
	Ortaokul	22	18,3
	Lise	46	38,3
	Üniversite	26	21,7
Toplam		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının annelerinin eğitim durumlarına bakıldığında çalışanların annelerinin % 6,7'sinin okur-yazar olmadığı, %5 'inin okuryazar olduğu, % 43, 3'ünün ilkokul, % 19,2'sinin ortaokul, % 20, 8'inin lise, % 4,2'sinin ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Çalışanların annelerinin eğitim düzeylerin bakıldığında, ilkokul mezunu seçeneği yüksek düzeyde bulunurken, üniversite mezunu seçeneği ise en düşük düzeydeki sıklık olarak karşımıza çıkmaktadır. Tabloya genel olarak bakıldığında çalışanların annelerinin %75'ine yakın bir kesiminin lise altı eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının babalarının eğitim durumlarına bakıldığında ise; çalışanların babalarının % 4,2'sinin okuryazar, % 17,5'inin ilkokul, %18, 3'ünün ortaokul, % 38,3'ünün lise, %21,7'sinin ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Çalışanların babalarının eğitim düzeylerindeki analizde lise seçeneği en yüksek düzeyde bulunurken, okuryazar seçeneği ise en düşük düzey olarak görülmektedir. Çalışanların annelerinin eğitim düzeylerinin, babalarının eğitim düzeylerine göre düşük olması durumu, çalışmanın yapıldığı bölgede kadınların okumasına yönelik geleneksel ön yargıların bir sonucu olarak, daha çok erkeklerin okutulması yönündeki eğilimin bir sonucu olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Araştırmamızda çalışanların anne ve babalarının eğitim düzeylerinin, sağlık alanında yapılan farklı araştırmalardaki, çalışanların anne-baba eğitim düzeyleriyle benzerlikler taşıdığı söylenebilir (Peker, 2015, s. 41; Gümrah, 2015, s. 43).

Tablo 11: Katılımcıların Anne ve Babalarının Mesleki Konumları

Annenin mesleği		n	%
	Ev Hanımı	112	93,3
	Memur	5	4,2
	İşçi	1	,8
	Cevap Yok	2	1,7
Toplam		120	100,0
Babanın Mesleği		n	%
Toplam	Memur	32	26,7
	İşçi	12	10,0
	Özel sektör çalışanı	21	17,5
	Emekli	38	31,7
	Çiftçi	6	5,0
	Köy Korucusu	1	,8
	Serbest Çalışan	10	8,3
		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının anne ve babalarının mesleki konumlarına bakıldığında, çalışanların annelerinin %93,3'ünün ev hanımı, % 4,2'sinin memur, % 0,8'sinin ise işçi olduğu görülmektedir. Çıkan tablo çalışanların annelerinin eğitim düzeyleriyle birlikte düşünüldüğünde ev hanımlarının sayıca baskın olmasının nedeni kolaylıkla anlaşılabilir. Çalışanların babalarının mesleki pozisyonlarına bakıldığında ise bu grubun %26,7'sinin memur, %10'unun kamuda işçi, % 17, 5'inin özel sektör çalışanı, %31,7'sinin emekli, % 5'inin çiftçi, %8,3'ünün ise serbest meslek çalışanı olduğu görülmektedir. Çalışanların anne ve babalarının mesleki konumlarının farklı araştırmalardaki, çalışanların anne ve babalarının mesleki konumlarıyla paralel bir özellikte olduğu söylenebilir (Peker, 2015, s. 40; Gümrah, 2015, s. 43). Çalışanlara sağlık mesleğini ve taşeron çalışmayı seçme nedenlerini sorduğumuz sorularda, çalışanların sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerden gelmelerinden kaynaklı, kısa yoldan meslek sahibi olup, hayata atılma amacıyla bu mesleğe yöneldikleri görülmüştür. Bunun yanında çalışanların okulu bitirdikten sonra ailelerine katkı sağlama nedeniyle taşeron pozisyonunda bu işe girdikleri söylenebilir.

“Tabi ki köyde oluşumuz, köyden gelinmesi, ailemin çiftçi olması, maddi durumlarda çoğu zaman yetersiz kaldığımız dönemler oluyordu. 6 çocuklu bir ailenin 6. çocuğuyum, diğerleri de okuyor. Ailemin dershaneye göndermemesinden dolayı, 2 yıllık haritayı okudum. Tek bir yıl dersane deneyimim oldu, çoğunlukla kendim çalışmak zorunda kaldım. Çok mu kötüydük, değildik tabi. Şu an aileme de yardımcı olabiliyorum, kendimi geçindiriyorum, kolay değil, evlenmek, ev sahibi olmak, ev geçindirmek, aileme göre tabi bir üstteyim ama eski durumumuza baktığımızda, eski durumumuz iyi değildi. Sınava istediğim şekilde hazırlanabilecek durumumuz olmadığı için Tatvan’da laboratuvar ön lisans okudum. Bu süre içerisinde de ailemin gönderdiği parayı çok da rahat harcadığım söylenemez, yani çok iyi şartlarda okuduğum söylenemez”(Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Evet bende KPSS’den yüksek bir puan alıp çalışabilirdim devlette, ama imkânlar, şartlar yapamıyorsun, çalışıyorsun. Birde ben mezun olduğumdan beri çalışmak zorundayım, ailene bakıyorsun veya başka sıkıntı oluyor. 50-55 saat çalışıp gidip de evde ders çalışamıyorsun, yani o yüzden olmuyor. Ne yapıyorsun, üniversite hastanelerine gelip taşeronu başvuruyorsun” (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

Çalışanların demografik verilerine ve anne ve babalarının eğitim düzeyleri ve mesleki konumlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların sosyoekonomik düzeyi alt ve orta sınıfa dâhil ailelerden geldikleri ve ailelerin bu noktada sahip oldukları (veya olamadıkları) ekonomik, sosyal ve kültürel sermayelerinin (Calhoun,2014, s. 106), çalışanların mevcut mesleki konumları üzerinde etkili ve belirleyici bir faktör olduğunu söylemek mümkündür.

6.1.2. Çalışanların medeni durumlarına ilişkin veriler

Bu bölümde ise çalışanların medeni durumlarına ilişkin bilgilere yer verilecek ayrıca çalışanlardan evli olanların eşlerinin mesleki konumları ve aylık kazanç bilgilerine de yer verilerek bu noktada çalışanların ne tür özelliklere sahip olduğuna değinilecektir.

Tablo 12: Katılımcıların Medeni Durumlarına İlişkin Bilgiler

Medeni Durum		n	%
Bekâr		70	58,3
Evli		49	40,8
Boşanmış		1	,8
Toplam		120	100,0
Çocuk Sayısı		n	%
	1	26	62,0
	2	14	33,0
	3	2	5,0
Toplam		42	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durumlarına bakıldığında; çalışanların %58,3’ünün bekâr, % 40,8’inin evli, % 0,8’inin ise boşanmış olduğu görülmektedir. Çalışanların çocuk sahibi olma durumuna verdikleri bilgilere göre; çalışanlardan çocuk sahibi olanların; % 62’sinin bir çocuğu, % 33’ünün iki çocuğu, % 5’inin ise üç çocuğu bulunduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan çalışanlardan çocuk sahibi olduğunu belirtenler içerisinde kadın çalışanların çoğunlukla tek çocuk sahibi olduğu; iki veya üç çocuk sahibi olma noktasında erkeklerin kadınlara göre bu grupta daha yoğun olarak temsil edildiği belirtilebilir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tek çocuk sahibi olma eğiliminde olması, sağlık alanında yapılan benzer çalışmalardaki sahip olunan

çocuk sayılarıyla benzer bir özellik göstermektedir (Dora, 2014, s. 116; Özkurt, 2014, s. 93; Karataş, 2016, s. 64).

Tablo 13: Katılımcılardan Evli Olanların Eşlerine Dair Bilgiler

Eş Çalışma Durumu		n	%
	Evet	36	75,0
	Hayır	12	25,0
	Toplam	48	100,0
Eş Çalışıyorsa Mesleği			
	Kamu Çalışanı	12	33,3
	Özel Sektör çalışanı	17	47,2
	Serbest Meslek	5	13,8
	Kamu Sağlık Taşeronu	2	5,7
	Toplam	36	100,0
Aylık Kazanç			
	1250-2000	15	41,6
	2001-3000	13	36,1
	3001- 4000	5	13,8
	4001-6000	3	8,5
	Toplam	36	100,0

Çalışanların eşlerinin çalışıp çalışmadığı eğer çalışıyor iseler mesleklerinin ne olduğuna bakıldığında, çalışanların eşlerinin dörtte üçünün (% 75'inin) çalıştığı, dörtte birinin ise çalışmadığı görülmektedir. Bu noktada erkek çalışanların eşlerinin büyük büyük bir kısmının (% 55,6) çalışmadığı, kadın çalışanların eşlerinin ise büyük bir kısmının (% 93,3) ise çalıştığı görülmektedir. Eşlerin mesleki konumları noktasında, % 33, 3'ünün kamu çalışanı, % 47,2'si özel sektör çalışanı, % 13,8'i serbest meslek çalışanı, % 5,7'sinin ise kamu sağlık taşeronu olarak çalıştığı görülmektedir. Eşlerin aylık kazançlarına ilişkin sorulan soruda çalışanların eşlerinin % 41,6'sının aylık kazancının 1250-2000 TL arasında, % 36,1'inin aylık kazancının 2001-3000 TL arasında, %13,8'inin aylık kazancının 3001-4000 TL arasında olduğu, % 8,5'inin ise aylık kazancının 4001-6000 TL arasında olduğu görülmektedir. Çalışanların ellerine geçen aylık ücretlerin⁷⁶ (firmaların her ikisi de göz önünde bulundurulursa) 1400-1900 TL arasında olduğu dikkate alınırsa çalışanların yoksulluk sınırının⁷⁷ altında bir kazanca sahip oldukları

⁷⁶ Çalışanların aldıkları ücretler arasındaki farklılık temelde iki firma üzerinden çalışmaları durumundan kaynaklanmaktadır. Buna göre Arge firması üzerinde temizlik çalışanı olarak görünen esasında sağlıkçı olan (çoğunlukla biyolog, kimyager ve laboratuvar çalışanları) çalışanlar ortalama 1400-1500 TL alırken, Piramit firması üzerinden çalışan sağlık çalışanları ise 1700-1900 TL arasında ücretler almaktadırlar.

⁷⁷ Çalışmanın yapıldığı 2017 yılı Temmuz ayında bekâr ve çocuksuz bir çalışanın asgari ücreti net 1,404.06 TL iken; evli, eşi çalışmayan ve iki çocuklu bir çalışanın ise ücreti net 1.407,72 TL olmuştur. Bunun yanında çalışmanın alan kısmının ve yorumlarının yapıldığı ve taşeronu kadro sürecinin resmi bir nitelik kazanmaya başladığı 2018 yılı Ocak ayında ise bekâr bir çalışan için asgari ücret net 1.603,12 TL; evli, eşi çalışmayan ve iki çocuklu bir çalışan için ise net 1.679,23 TL olarak belirlenmiştir. 2017 yılının Temmuz ayında 1 Dolar 3, 530 TL iken 1 Euro 4,110TL seviyesinde olmuştur. Türk-İş'in 2017 Kasım verilerine göre dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmesi için gereken aylık gıda harcama tutarı

söylenebilir. Tezin alan araştırma verilerinin çözümlendiği ve yorumlarının yapıldığı dönemde (Aralık 2017) kamudaki taşeron çalışanların sürekli işçi kadrosuna geçirilmesi noktasında çıkarılan KHK’de çalışanların sürekli işçi kadrolarına mevcut özlük haklarıyla geçirilecek olması durumu sürecin çalışanlar açısından maddi anlamda ciddi bir kazanım ortaya çıkarmayacağını ve bu durumun da çalışanların mevcut dezavantajlı konumlarının yeni dönemde de süreceğini göstermektedir.

6.1.3. Çalışanların eğitim düzeyleri ve meslek seçim süreçlerine ilişkin veriler

Bu bölümde ise ilk olarak çalışanların mevcut eğitim düzeylerine ilişkin bilgilere yer verilecek daha sonra ise çalışanların sağlık alanına yönelme süreçlerinde ne tür etmenlerin belirleyici olduğuna yer verilerek çalışanların bu alana yönelik temel ilgi, motivasyonlarının neler olduğu hususu üzerinde durulacaktır.

Tablo 14: Katılımcıların Eğitim Düzeylerine İlişkin Bilgiler

			Hangi lise mezunusunuz				Toplam	
			Sağlık Meslek Lisesi	Anadolu Lisesi	Normal Lise	Meslek Lisesi		
Cinsiyet	Kadın	Sayı	49	7	19	0	75	
		%	65,3%	9,3%	25,3%	0,0%	100,0%	
	Erkek	Sayı	26	7	11	1	45	
		%	57,8%	15,6%	24,4%	2,2%	100,0%	
Toplam		Sayı	75	14	30	1	120	
		%	62,5%	11,7%	25,0%	0,8%	100,0%	
			Eğitim Durumu				Toplam	
			Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek Lisans		Doktora
Cinsiyet	Kadın	Sayı	32	22	18	2	1	75
		%	42,7%	29,3%	24,0%	2,7%	1,3%	100,0%
	Erkek	Sayı	10	26	8	1	0	45
		%	22,2%	57,8%	17,8%	2,2%	0,0%	100,0%
Toplam		Sayı	42	48	26	3	1	120
		%	35,0%	40,0%	21,7%	2,5%	0,8%	100,0%

Çalışanların hangi lise mezunu olduğuna dair sorulan soruya ise çalışanlar; %62,5’inin sağlık meslek lisesi, % 11,7’si Anadolu lisesi, %25’i normal lise, % 0,8’i ise meslek lisesi mezunu olduklarını belirtmişlerdir. Çalışanların mezun olduğu lise türü sıralamasında sağlık meslek lisesi seçeneğinde yüksek düzeyde bir sıklık söz konusu iken, meslek lisesi seçeneğinde düşük bir oranla karşılaşılmıştır. Bu durum çalışmanın yapıldığı ilde orta

(açlık sınırı) 1.567 TL’dir. Gıda harcaması ile birlikte giyim, konut, ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer harcamaların toplam tutarı ise (yoksulluk sınırı) 5.105 TL olarak hesaplanmıştır. (<http://www.tes-is.org.tr/news-detail/35/EYL%C3%9CL-2017-A%C3%87>)

öğretim düzeyinde sağlık liselerinin bulunması durumuyla ilişkili olmakla birlikte diğer yandan sağlık liselerinde verilen eğitimin üniversite sınavlarına hazırlıktan ziyade meslek ağırlıklı olmasından, bu liselerden mezun olan öğrencilerin farklı mesleki alanlara hareketlilik oranlarının düşük olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına bakıldığında ise; çalışanların % 35'i lise mezunu, %40'ı ön lisans mezunu, % 21,7'si lisans mezunu, %3,3 ü lisansüstü eğitim düzeyine sahiptirler. Çalışanların eğitim düzeyleri noktasında kadın çalışanların yarıya yakınının (%42,7'sinin) lise mezunu olduğu; erkek çalışanların ise % 22,2'sinin lise mezunu olduğu, geriye kalan kısmının (%77,8) üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu noktada erkek çalışanların kadın çalışanlara göre daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Orta ve üst düzey meslek gruplarında (akademisyen, doktor, avukat, mühendis) bulunan kişiler üzerine yapılan ve kuşaklar arasındaki mesleki hareketlilik düzeyine eğilen bir çalışmada; çalışanların %97,5'inin üniversite mezunu olduğu (bu oran anne babalarında sırasıyla % 8,9 - % 21,5) ve yüksek derecede bir kuşaklar arası sosyal hareketlilik yaşadıklarını göstermiştir. Bunun yanında anne ve babalarının gelir düzeyleriyle karşılaştırıldığında, çalışanların eğitim düzeylerinde görülen yüksek hareketliliğin gelir düzeyi noktasında gerçekleşmediği görülmüştür (Karaca, 2012, s. 75). Taşeron sağlık çalışanları üzerine yapılan farklı bir çalışmada ise, çalışanların (n=153) yarıya yakınının (% 40'ının) üniversite ve yüksekokul mezunu olduğu görülmüş ve bu durumun işin niteliği gereği eğitim düzeyi yüksek elemene ihtiyaç duyulmasından ziyade (araştırma grubunda temizlik, danışma, teknik ve sağlık birimlerindeki çalışanlar bulunmakta) eğitim düzeyi yüksek çalışanlar arasında görülen işsizliğin yaygın olmasından kaynaklı olduğu görülmüştür (İzgi ve Öztürk-Türkmen, 2012, s. 170). Bunun yanında araştırma grubundaki çalışanların önemli bir kısmının ön lisans, lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olması durumu Standing'in (2015, s. 23) yaşadığımız dönemde çalışanların eğitim düzeylerine ve yaptıkları işlere karşılık kazandıkları gelirlerin eskiye dayalı sınıf veya meslek kavramlarıyla kolaylıkla örtüşmediği bir yapının söz konusu olduğu yargısıyla paralellik göstermektedir. Taşeron firma üzerinden tüp bebek merkezinde uzman olarak çalışan kişinin durumu Standing'in belirttiği duruma çok güzel bir örnek teşkil etmektedir.

“Çok yanlış, sonuçta yani bir fark olmalı illaki bir fark, hem eğitim düzeyi olsun, yapılan işe göre bir ayırım olmalı mutlaka, hem insanın en başta motivasyonunu düşürüyor, şevkini kırıyor. Hani belli bir şeye kadar sabrediyorsun, halen bir şeyler değişmemiş, bu sizi üzüyor, maddi olarak da, unvan olarak da, manevi olarak da hak ettiğimiz şey kadro. Mesela benim

doktoram biterse, yardımcı doçent kadrosu açılırsa, burada yardımcı doçent olabileceğim yani, şu anda bulunduğum durum bana çok abes geliyor” (Funda, 37, Yüksek Lisans, Biyolog).

Yukarıdaki örnek taşeron çalışma biçiminin sadece sanayi sektörüyle sınırlı olmayan; çağrı merkezlerinden hastanelere, banka hizmetlerinden birçok kamu hizmetlerini de içerisine alan bir uygulama alanı olduğunu göstermektedir. Bu noktada taşeron çalışmanın emeğin en vasıfsız olduğu alanlardaki çalışanlar yanında, oldukça vasıflı olanlarını da içerisine alan bir emek süreci örgütlenmesi olduğunu söylemek mümkündür (Yücesan-Özdemir, 2008, s. 254). Bu durum özellikle esneklik süreçlerinin etkin

Tablo 15. Katılımcıların Sağlık Mesleğini Seçme Nedenleri

Sağlık mesleğini seçme nedeniniz nedir?		n	%
Toplam	İdealim olduğu için	38	31,7
	İş Bulma Kolaylığı	52	43,3
	Aile ve Çevre Yönlendirmesi	22	18,3
	TEOG-YGS-LYS puanım yettiği için	8	6,7
		120	100,0

Çalışanlara sağlık alanını seçmelerindeki temel nedenin sorulduğu bir diğer soruda çalışanların % 31,7’si sağlık mesleğini idealinde olan meslek olduğu için seçtiğini, % 43,3’ü iş bulma kolaylığından dolayı seçtiğini, % 18,3 ‘ü aile ve çevre yönlendirmesinden kaynaklı olarak seçtiğini, % 6,7’si ise sınavlarda aldıkları puanlardan kaynaklı olarak sağlık mesleğini seçtiklerini belirtmişlerdir. Çalışanlarla yapılan görüşme ve alandaki gözlemlerden, çalışanların sağlık mesleğini seçme ve bu mesleğe giriş süreçlerinde farklı motivasyonların ve durumların etkili olduğunu göstermektedir. İlk olarak sağlık alanına kişilerin ilgileri olduğu için ve gelecekteki meslek planlarında sağlık alanının bulunduğu ve kişilerin de bu doğrultuda sağlık alanına yönelmeleri durumunun söz konusu olduğu söylenebilir.

“Sağlık mesleğini aslında ilgi duyduğum için seçtim, işte bizimkiler de sağ olsunlar teşvik ettiler. Bizimkilerin teşvikleri de oldu, ama ben ilgi duyuyordum, babam şoför olmamı öngörüyordu, ama ben sağlık okudum” (Umut, 22, Lise, Hemşire)

“Sağlık lisesini aslında küçüklüğümden beri, hani çocuklara sorarlar ya büyüyünce ne olmak istersiniz, benim dediğim tek şey cerrah olmaktı yani, hep öyle derdim, bir yerden başlamam gerekiyordu. İşte sağlık mesleğe girince hemşirelik okudum, hemşire olarak devam ediyorum, şu anda sevdiğim için, istediğim için sağlık mesleğine girdim” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

“Hemşirelik lisansı kazandım oraya devam ettim, o süre içerisinde hemşireliği çok sevdim. Laboratuvar ön lisansta okuduğum için laboratuvar mı- hemşirelik mi, hemşireliği daha seviyorum. İnsanlara yardım etmek, özellikle ihtiyacı olan insanlara yardım etmek hoşuma gidiyor. Bu amaç ile başladım aslında, hani 4 yıldan ziyade hastane ortamı çok mutlu

ediyordu, öyle başladık, eğitim öğretim hayatım boyunca zevkle okul hayatım boyunca da çok zevkle çalıştım” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Öncelikli olarak ilgim biyoloji, zaten biyoloji bölümünü seçtiğim halde öğretmen olmayı çok ikinci plana attım. Laboratuvarında çalışmak, evet benim için öncelikteydi ve o zaman benim okuduğum dönemde bu tüp bebek yeni yeni başlamıştı, gündeme gelmişti, tamamen ilgi alaka, staj yaparak başladım bu işin içine girdim, öyle söyleyeyim” (Çiğdem, 29, Lisans, Hemşire).

Çalışanların bir kısmı ise sağlık mesleğini seçme sürecinde kendi ilgi ve beklentilerinden ziyade, kolay ve kısa yoldan meslek kazanma güdüsüyle aile ve çevrenin yönlendirmesi sonucu sağlık mesleğine yöneldiklerini belirtmişlerdir. Bu noktada bu gruptaki çalışanların mesleki anlamda sağlık alanını sevmedikleri ve bu alana yönelmelerinin yanlış bir tercihten kaynaklandığı, doğru bir yönlendirmeyle daha iyi okullara ve mesleklere gidebilecekleri yönünde bir düşünce içerisinde oldukları söylenebilir.

“Ortaokuldan sonra ablam tıp fakültesini kazandığı için beni sağlığa yönlendirmek istediler, kendi isteğimle değil yani. O aralar hemşirelik çok önemli bir meslekti ve iş alanı çok geniş olduğu için beni bu mesleğe yönlendirdiler, onlar için girdim yani, kendim için girmedim. Hiç hemşirelikle alakalı bilgim dahi yoktu, zorla girdim diyebilirim” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Yani sağlığı seçme nedenim, kan görünce korkardım aslında, hiç böyle sağlıkçı olacak hemşire olacak şey değildim, ama o zaman atanma şeyi çok fazlaydı, hani boşta kalmamak için, daha çok babamlar falan yönlendirdi okudum, 2013 de mezun oldum, şimdi şu an memnunum, pişman değilim” (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

“Orta halli böyle, çok başarılı biri değildim. Valla benim amcalarım sağlık memuruydu ya onlar da yönlendirdi bizi. Tabi şey oldu nasıl söyleyeyim, merak mı diyeyim öyle bir şey. Sağlık meslek lisesine geldiğime pişman oldum, açıkça söyleyeyim. Keban’a [Elazığ’ın 50 km uzağındaki ilçesi] git gel rezil olduk öğrenciyken, ben okul okumaktan sıkıldım o yüzden, çok zordu o dönem ama okuduk bitti” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Bu aslında daha çok, nasıl diyeyim çevremdeki insanların genelinin düşüncesi sağlık oku idi. Bu düşünce üzerine gittim, benim kendi düşüncem değildi yani. Aile etkisi tamamen, babam da burada taşeron hasta bakıcı, sağlık oku boşta kalmazsın demeleri etkili oldu. Ben sağlığı, çevrem ve ailemin yönlendirmesiyle yazdım ve tercih radyoloji özel bir isteğim değildi yani, sağlığın tüm bölümlerini yazdım radyoloji geldi. Sınava hazırlanıp bir yıl daha bekleseydim de pek de iyi bir şey olacağını sanmıyorum, yine sağlığın bir bölümünü yazacaktım, tercihlerim aynı olacaktı, bölümler belki değişirdi” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri)..

Araştırmada çıkan bu sonuçlar, sağlık öğrencileri üzerine yapılan diğer çalışmalarda da elde edilen verilerle benzer bir nitelik taşımaktadır (Özdelikara vd., 2016, s. 85; Özdemir ve Şahin, 2016, s. 30). Bunun yanında, sağlık mesleğini aile ve çevre yönlendirmesi etkisiyle seçtiğini belirten sağlık çalışanlarının bir kısmı ise, hem sağlık mesleğini kendi özgür iradeleriyle seçmedikleri için hem de sağlık alanında yanlış bölüm seçmelerinden kaynaklı olarak bu süreçte yaşadıkları pişmanlığın diğer çalışanlara göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.

“Ben seçmedim açıkçası, babam sayesinde, o dönem biraz toyduk, hangi bölümü seçelim, puan aldım, puanı söyledikten sonra sağlık olsun, erken işe başlarsın dediler. Ebeliği seçme sebebi de erkeklerle uğraşmazsın, birazcık kadın ağırlıklı olur, erkekler olmaz dediler. Ama ebelik mezunu olmama rağmen hemşire olarak başladım, yani bir şey değişmedi”(Necla, 33, Lisans, Ebe).

“Hani kimya bölümünü niye seçtin daha sonra kendi kendime sordum, arkadaşlarım vardı. Misal sağlık memurluğundan, atıyorum işte fizik tedaviden mezun olanlar, hepsi çoğu kadro aldılar. Daha sonra bir baktım ki tamamıyla hemşire alımı, sağlık memuru alımı var sonra şunu bir fark ettim ki ben burada harikalar da yaratsam, hani mükemmel de olsam, hiç bir anlamı yok. Hani şu an ben iddia ediyorum, şu an 9 yıllık bir tecrübem var, damara girme konusu olsun, aferez [kanın bağışçıdan alınarak gerekli kısmın ayrılıp alınarak geriye kalan kısmın bağışçıya geri verilmesi işlemi] yapma konusu olsun, tahlil ve teknikler olsun, kimya üzerine olsun. Artık şöyle kanın renginden bile işi çözmüşüz. Bu kadar tecrübe ve bu kadar deneyim ve birikimim var ama hiçbir işe yaramıyor, çünkü niye unvanın hemşire değil, sağlık memuru değil, bir işte kimyager o yüzden taşeron olmaya mahkûmsun” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Çalışanların meslek seçim süreçlerindeki temel ilgi ve motivasyon süreçlerine bakıldığında bireylerin veya ailelerinin pragmatik bir şekilde hareket ederek, iş bulma kolaylığı ve kısa yoldan meslek sahibi olma amacıyla hareket ettikleri söylenebilir. Diğer yandan sağlık çalışanlarının taşeron statüde olmaları durumunun gerek bireyin akademik başarı düzeyi gerekse de eğitim sisteminden kaynaklanan nedenleri olduğu söylenebilir. Burada özellikle en son alıntıda meslek seçim süreci üzerinden taşeron sürecini anlatan Selçuk’un anlatma çalıştığı şey temelde, Oppenheimer’in profesyonellerin proleterleşmesi⁷⁸, Braverman’ın (2008, s. 127) emeğin değersizleşmesi ve Standing’in (2015, s. 23) refah devletinin gerilediği ve post-fordist süreçlerin baskın hale geldiği günümüz koşullarında, mesleklerin kendi aralarında bölündüğü, kazanılan eğitim düzeyleri ile meslek ve gelir düzeyleri arasındaki dengenin çalışanlar aleyhine bozulduğu bir sürecin etkin olduğunu göstermektedir.

6.2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşulları Hakkındaki Düşünceleri

Bu bölümde çalışanların mevcut çalışma koşulları hakkında başlıca işe giriş süreçleri, önceden başka bir kurumda çalışma, yıllık ve diğer izinleri kullanma, rutin sağlık kontrollerinin yapılma durumlarına bakılacak olup çalışanların mevcut çalışma koşulları

⁷⁸ Oppenheimer, profesyonelin proleterleşmesi tezinde temelde, çalışma süreçleri içerisinde tipik bir işçinin bir ya da birkaç işi yerine getirdiği geniş çaplı bir iş bölümünün olduğunu, iş süreçlerinin planlanması ve oluşturulması süreçlerinde işçinin dışında daha yüksek konumlardaki yetkili çalışanların etkin olduğu, işçinin ücretinin daha çok geniş ölçekli pazar koşulları tarafından belirlendiği ve çalışma şartları kötüleşen işçilerin kolektif hareket etmeleri yönünde bir baskının ortaya çıktığı bir yapının söz konusu olduğunu belirtmektedir (Oppenheimer, 1996, s. 151).

hakkındaki düşüncelerine ve bunların kuramsal veriler ışığında yorumlanmasına çalışılacaktır.

6.2.1. Çalışanların işe giriş süreçleri

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan taşeron sağlık çalışanları başlıca iki ana firma⁷⁹ üzerinden hizmet alımı yoluyla istihdam edilmektedir. Bu iki firmadan biri olan Arge firması hastanedeki temizlik ve destek hizmetleri (sekreter, hasta bakıcı, kapı görevlisi) alanlarındaki çalışanların istihdam edildiği ve 864 çalışanla⁸⁰ hastanedeki ana taşeron firma olma özelliği göstermektedir. Firma bünyesinde 30'a yakın sağlık personeli, temizlik çalışanı kadrosunda gösterilmekle birlikte, servislerde ve ilgili birimlerde direkt sağlık hizmeti veren pozisyonlarda çalışmaktadırlar. Firmalardan bir diğeri olan Piramit firmasında ise 120 civarında sağlık personeli, sağlık çalışanı kadrosunda istihdam edilmektedir. Firma yöneticileriyle yapılan görüşmelerde sağlık çalışanlarının neden tek firma üzerinden değil de iki firma üzerinden istihdam edildiği sorusu sorulduğunda, yöneticiler hastanenin yaptığı ihalelerde kanuni olarak belirlenen personel sayısının üzerine çıkılamadığından dolayı böyle bir yola gidildiğini belirtmişlerdir. Örneğin Piramit firmasının alabileceği maksimum sağlık personelinin üstünde hastanede sağlık personeli ihtiyacı olduğunda, yeni alınan sağlık çalışanları Arge firması bünyesinde temizlik çalışanı olarak işe alınmakta ve Piramit firmasında zamanla ortaya çıkan eleman ihtiyacı, elamanın niteliğine ve deneyimine göre Arge firması üzerinden karşılanma yoluna gidilmekte ve çalışan Piramit firmasının bünyesine geçirilmektedir. Taşeron firmada işe alım süreçlerinin nasıl işlediğine yönelik sorulan soruya çalışanların ve şirket yöneticilerinin cevapları bu noktada kayırmacı bir sistemin olduğunu ve çalışanların işe girerken referans bulma noktasında bir arayışa girdiklerini göstermektedir.

“Önceden işe başvuru sürecinde adaylardan iş başvuru formu alınıyordu, artık buna gerek kalmadı. Başhekimlikten direk telefon geliyor ve alınacak personelin ismi bize iletiliyor ve süreç bu şekilde işliyor” (Şirket Yöneticisi).

“Mesela sen dedin işte, selamün aleyküm işte ben hangi milletvekilinin yeğeniyim, bunu al işe, hemen evraklarını gönderiyor, evrakı götürüp oraya veriyor ve en rahat yerde işe başlıyor.

⁷⁹ Bu iki firma haricinde görüntüleme hizmetlerinin bir kısmı da hastane tarafından dışarıdan hizmet alımı yoluyla yerine getirildiğinden bu hizmet alımı sürecinde ihaleyi alan firma tıbbi araç ve gereçlerle birlikte kendi personelinin kendisi temin etmekte ve sağlık çalışanları bu firma üzerinden hizmet sunmaktadırlar.

⁸⁰ Alan çalışmasının yapıldığı dönemde (2017 Temmuz) Fırat Üniversitesi Hastanesi hizmet alımı ihalesine çıkarak “36 Aylık 875 kişilik Hastane Destek ve Temizlik Hizmeti” alımına gitmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde Arge firması yöneticisiyle yaptığımız görüşmede her ne kadar şirket çalışan sayısı 864 kişi olarak verilmişse de, hizmet alımı teknik şartnamesinde hizmet alımı 875 kişi üzerinden yapılmaktadır. Aynı şekilde diğer firma olan ve sağlık personellerini hizmet alımı yoluyla çalıştıran Piramit firması ise toplamda 120 kişi üzerinden hizmet alımına gitmektedir.

Ya bizim hastane çok fırıldak dönüyor, dönüyor da biz bilmiyoruz”(Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

“Evrakları falan topladım ve verdim, direk ertesi gün işe başladım. Kesinlikle benim bir sürü arkadaşım başvuru yaptı, mesela benden öncede yapanlar oldu, ilk sorulan şey ya da ilk söylenen şey referansın olup olmadığı, ona göre yani belirleniyor”(Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

“Benim de o nokta da öyle oldu, şimdi babamın burada çalışmasından dolayı babam hocamla konuştu, oğlum radyoloji okumuş, burada girse diye o dakika oldu. Hasta bakıcı olduğu için hep radyoloji hastaları götür getir, radyoloji hocaları daha tanıdıktı ve radyoloji okuduğum için. İşe giriş süreci %95 torpile bakar yani, burası öyle bir hastane”(Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Kayırmacılık uygulamalarının tarihine⁸¹ bakıldığında özellikle liberal kamu personel rejiminin hâkim olduğu dönemden, fordist kamu personeli dönemindeki liyakat sisteminin yerleşmesine kadar ki geçen sürede, kayırmacı uygulamaların baskın olduğu bir yapı söz konusu olmuştur. Kayırmacılık uygulamaları hem gündelik hayatta hem de yönetsel süreçlerde sık sık ortaya çıkan ve bazı kişilerin bu yapı ve süreçler içerisinde korunması anlamına gelmektedir. Kamu görevlerine yapılan atamalarda ve terfilerde; akrabalık (nepotizm), tanıdık-dost (kronizm) veya meslektaşların korunması (favoritizm) veya aynı dini veya farklı siyasi grup üyelerinin korunması veya kamu kaynaklarının siyasi iktidarlara yakın grup veya kişileri kayırmacılık bir biçimde yönlendirilmesi (kliyalizm) gibi farklı kayırmacı uygulamalar söz konusudur (Şen, 1995, s.80; Özkanan ve Erdem, 2014, s. 181). Mülakatlardan da açıkça görüleceği üzere sağlık çalışanlarının, ağır çalışma koşullarının söz konusu olduğu bu pozisyona girme süreçlerinde dahi bariyerlerle karşılaştığı ve başlıca nepotizm ve farklı kayırmacı uygulamalarıyla karşılaştığı bir yapı söz konusudur. Bunun yanında özellikle çeşitli eğitim ve sertifikalara sahip olan ve daha kalifiye elamanların dahi, çalıştıkları birimlerde ilk dönemlerde belirli süreler boyunca ücretsiz staj yapıp ondan sonra işe girdikleri bir süreç söz konusudur. Sağlık çalışanlarının neden iki firma üzerinden çalıştırıldığına dair sorulan soruya ise gerek çalışanların gerekse de şirket yöneticisi ve sendika temsilcilerinin verdikleri cevaplar sağlık çalışanları için ne kadar kaotik bir yapının olduğunu ortaya koymaktadır.

⁸¹ Osmanlı İmparatorluğu döneminde yaşayan Fuzuli kendisine Kanuni Sultan Süleyman tarafından bağlanan maaşı düşük bulduğundan gittiği devlet dairesinde kendisine padişah tarafından verilen nişanla işini halledemediği için meşhur Şikâyetnamesini yazarak “selam verdim rüşvet değildir deyu almadılar” meşhur sözünü söyleyerek o dönemde var olan rüşvet ve kayırmacılık uygulamalarının varlığına işaret etmiştir (<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/157597> e.t. 20.02.2018).

“3.5 ay kadar stajyer gibi geldim, burada ücretsiz çalıştım, ama birebir işlemleri yapıyordum çünkü eğitilmiş bir şekilde geldim ben buraya. İşlemleri yapıyordum sonrasında da alım oldu hemen hop diye olmadı tabi şirket bünyesinde alındım ”(Çiğdem, 29, Lisans, Hemşire).

“Tabi zaten giriş yaparken KPSS puanını falan götürüyorsun, hangi okuldan mezun olduğunu kaç puanla mezun olduğunu işte, boşalması gerekiyor mesela kadro alınacak mesela biz mesela piramidi boşaltacağız. Arge’dekiler oraya geçecek, yeni işe başlayanlar Arge’de olacak belli bir limiti var. Onlar şöyle 1300 falan maaş alıyorlar temizlikte görünüyorlar, bizim şirket boşaldıkça oradan çekiyorlar, mesela bende ilk bir ay ben o yönden de çok şanslıyım mesela ben 1.5 yıldır çalışıp benim şirkete geçemeyen vardı, ben bir ay sonra geçtim. Arge’deki arkadaşlar Piramit’e geçecek 1800 alacak bizim gibi, mesela ben 3 yıldır buradayım, kadro bekliyorum onlarda da o şekilde olacak yani” (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

“Başlangıcı Arge üzerinden yapıyorlar, ama ilerleyen süreçte Piramide, yani sağlık şirketine aktarılıyorlar. Yani böyle bir ayırım niye yapılıyor, hiç kimse bilmiyor. Tamam, sağlık şirketi, temizlik şirketi diye ayırmak mantıklı bir şey, çünkü temizlik personelinin görevi ayrı bir şey, sağlık personelinin görevi ayrı bir şey. Ama temizlik personelinin içerisinde bizi katması mantıksız, ben ön lisans okuyorum şu anda, ben sağlık meslek lisesi çıkışlıyım. Diğer şirketin bize göre maaş olarak biraz artışı var, birde mesela şu an gündemde olan taşeron kadro konusu var, yarın bir gün yardımcı iş- asıl iş diye ayırım olursa, şu an ben yardımcı destek personeli gözüküyorum. Yani ben şu an e-devlette çalışma sosyal bakanlığı sitesine girdiğim zaman benim statüm kısmında yardımcı personel yazıyor, onlar işte onların öyle yazmıyor farklı yazıyor. Toplu olarak yani bizden avantajlılar, Arge’deyiz evet bizim laboratuvarın bütün personelleri Arge’dedir, buna kan alma dâhil. Ama anestezi, atıyorum röntgen hepsi Piramit’te. Bizim laboratuvar personeli olarak kızdığımız konu, niye onlar sağlık personeli de biz niye değiliz. Ha birde geçmişte laboratuvar da bazı vurdumduymazlıklar olmuş biraz üstün körü personel alımları yapılmış, mesela bizim aramızda halen düz lise çıkışlı insanlar var, laboratuvar da çalışıyor, adam laboratuvar teknikeri/ laboratuvar teknisyeni olarak görev yapıyor şu an, ama adam düz lise mezunu” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Şimdi onu da dediğim gibi biz sendikaya olarak dava sürecini kazandık, o zaman dönemin başhekim üstünden suçu atabilmek için hemen sağlık diplomalı olanları sağlık çalışanı olarak aldı. Fakat dediğiniz gibi bu kimyayı bitiren, biyolojiyi bitiren arkadaşlar sağlık diplomalı olarak kabul edilmedikleri için normal Arge firmasında vasıfsız işçi olarak kaldılar” (Sağlık-İş Sendikası Yöneticisi).

“Piramitte bizim aramızda parasal olarak yanılmıyorsam 400-450 lira civarı fark var, birde biz hani laboratuvar personeli olarak onun peşinde değiliz tamam mı. Biz gene istemiyoruz fark falan, bizim gayemiz sağlıkçı olarak tanınmamız, hani açık açık söyleyeyim, sen bana şu kimliği vermişsin, burada laborant yazıyorsun üzerinde. Sen bana hastanede laboratuvar sisteminde özel sağlık personeli diye sistem açmışsan, her türlü riskli ve hayati testleri yapmama onay vermişsen, sen beni her türlü problemde karşına alıp da bizden savunma istiyorsan, beni karşında sağlık personeli olarak görüyorsan, hakkımızı da o zaman vermen gerekir. İster istemez ben huzursuzum burada, bizim gayemiz hani Piramit’e geçmek ve statümüzün ne olduğunu bilmek yani. Biz bunu başhekim geldiği zaman da gittik, rektörle de randevu aldık görüşmek istedik görüşmedik tabi sonradan, yani bilmiyorum bizim gayemiz bir şekilde para değil” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

Bu durum, neo-liberal dönemde mesleklerin kendi aralarında farklı statüler ve hiyerarşiler etrafında yeniden örgütlendiği ve buna dayalı olarak aynı meslek grubundaki çalışanlar arasında dahi maddi ve manevi eşitsizler üreten alanlar haline geldiğini göstermektedir Standing’in (2015, s. 23).

Sağlık çalışanlarının bu iki firma üzerinden yapılan işe alımı ve çalışma süreçleri başlı başına eşit olmayan bir yapıya dayanmakla birlikte, kurumda Arge firması üzerinden

çalışanların hiyerarşik olarak Piramit firmasına göre maddi ve manevi anlamda daha aşağıda olduğu bir yapı söz konusudur. Özellikle Arge firması üzerinden laboratuvar, kan merkezi ve diğer ilgili birimlerde çalışan sağlık çalışanlarının uzun yıllar Arge firmasında temizlik- destek elemanı olarak gösterildiği hatta bu şekilde çalışıp emekli olan kişilerin olduğu yapı söz konusudur. Bu şekilde çalışan sağlıkçılar, gerek şirket yöneticileriyle gerek hastane yönetimiyle gerekse de sendikalar üzerinden girişimlerde bulunarak, Piramit firmasına geçme noktasında yaptıkları görüşme ve girişimlerden bir sonuç elde edemediklerini, bunun yanında işten çıkarılma ile de tehdit edildiklerini belirtmişlerdir.

“Amele kadrosu bu sürekli devam ediyor. Şey biz kadroya geçsek inşallah, benim arkadaşım başvuru yapacaktı geçenlerde, gittik görüştük şirket yöneticisiyle, bize şu anda alamıyoruz dedi. Alım yok dedi, hani arkadaşların geçsinler kadroya, onlar geçerse onların kadrosuna bir 60- 65 kişi daha taşeron alacağız dedi. 60 -65 kişi ihtiyacım olacak taşeron dedi, yeni çalışanlar onlar da bizim gibi dört beş yıl taşeron kalacaklar. Yani şu anda beni işten atsalar, benim yerime girecek çok kişi var, yani bekliyorlar bizi, tehdit etme şekilleri de o yani. Ben seni çıkarırsam yerine bir sürü kişi alırım diyor, sana muhtaç değilim, eğitim de diyor. Arkadaşım mesela onu duydu çok sevindi, bir sürü başvuru var, her gittiğimizde şirket yöneticisinin yanındaki o defter değişmiş oluyor, başvuru defteri yani. Çünkü şu anda ortaöğretim alımları çok kötü durumda, o yüzden herkes doksanlarla atanamıyor, arkadaşlarda mecburen taşeronla başvuruyorlar” (Emine, 23, Lise, Hemşire).

“Beni işten çıkartmakla tehdit etti, çünkü ben Bimer’e⁸² şunu yazdım: ben bu hastanede çalışıyorsam, benimle aynı okulu okumuş, aynı mezun olan kişi, röntgenden bahsediyorum anesteziyen bahsediyorum. Bu insanların maaşını bir tarafa koy tamam mı en azından statümüz belli olsun biz de sağlık personeliyiz sonuçta. Ona 1900 lira maaş veriyorsun artık sağlık personeli olarak gösteriyorsun, şirketi farklı, statüsü farklı, aldığı maaş farklı. Ben laboratuvarda çalışıyorum ben de sağlık personeliyim sonuçta, ben de bu okulun mezunuyum, onun benden bir gram fazlalığı yok, niye biz böyleyiz diye yazdım. Yazdıktan sonra beni çağırdılar işte, gittim yanına, kâğıt elinde attı önüme, sen bizi şikâyet etmişsin. Dedim ben hakkımı aradım, şikâyet etmedim, niye sen böyle yapıyorsun, işte seni işten çıkartırım dedi, geri al şikâyetini dedi. Ben yazmadım avukat yazdı, sonra bu durdu uğraşsam uğraşılır mı diye, tabi sonra yumuşamaya başladı, ya bu iş böyle işte, herkes böyle başlıyor, bu büyük sorun farkındayız falan, şikâyetini geri al işte bunun çözümü buluruz falan dedi” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“İşte hakikaten bütün olumsuzluklar Elâzığ’ın üzerinde mi acaba bilemiyorum yani şu an yanı başımızda Dicle Üniversitesi var. Adam atıyorum 100 tane şirket elemanı alıyor, ertesine 100 tanesine kendi içerisinde 4/B kadro açıyor kadroya alıyor. Hani hakikaten bugün arkadaşlarla bir espri oldu dedim ki, yani Fırat Üniversitesi’ndeki çalışan taşeronların kadro almasına dış güçler mi engel oluyor? Bir sıkıntı var, hakikaten çok çok komik bir durum yani, çünkü niye, ben iddia ediyorum. 5 sene sonra 200 tane daha kadro gelse, yemin ederim kurum beni görmeyecek. Ben bugün size de bir benzetme yaptım, onu her yerde de söyleyebilirsiniz. Haldeki domates gibiyiz, yazın tam ortasında hale git her yer domates, kıymetin var mı, yok. Biz her daim atılma baskısıyla, psikolojik baskıyla çalışıyoruz. Misal atıyorum ben burada laboratuvarda sağlık personeli olarak çalışıyorum ya, bir iki sesimi mi yükselttim, ya da bir sıkıntı mı çıktı. Tamam diyor kardeşim, ver onu temizliğe ya da hasta bakıcılığa ya da şuraya ya da buraya, hani bu bana yapılmadı. Ama benim arkadaşlarıma

⁸² Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER) 2006 yılında kurulan ve vatandaşların farklı iletişim kanallarıyla (elektronik, mektup, fax, telefon ve şahsen) kendileri ve kamuyla ilgili, talep, şikâyet, ihbar, görüş, öneri ve bilgi edinme hakkına sahip olduğu bir halkla ilişkiler uygulamasıdır. BİMER uygulaması 2018 yılının Temmuz ayından itibaren kapatılıp bu uygulamayla paralel bir nitelik taşıyan CİMER’le (Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi) birleştirilmiştir (<https://www.bimer.gov.tr/bimer-hakkinda>).

yapıldı, ya bu şey gibi, göz korkutma gibi, hani bak bu bunu yaptı, bak böyle oldu, size de olur gibisinden” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Sağlık hizmetleri alanında taşeron çalışanlar üzerine yapılan bir başka çalışmada sağlık çalışanları kendi işleri olmayan çeşitli işlerin yaptırılmaya çalışılması durumlarında yöneticilere yaptıkları itiraz ve hak arama taleplerine

“bir daha bu konuyla gelerseniz bir sonraki ihalede yoksunuz; üç tutanak tutturup sizi işten attırırız, tazminat mazminat da alamazsınız; valla isterse yapmayın bunları yapacak dışarıda binlerce insan var”

şeklinde cevap aldıklarını ve bu sürecin kendilerine tehdit, baskı ve sindirme olarak geri döndüğünü belirtmişlerdir (Gün, 2013, s. 67). Çalışanların haklarını arama noktasındaki girişimlerinin yönetici kesim (gerek şirket gerekse de hastane yönetimi) tarafından engellenmeye çalışılması ve çalışanların işten atılmakla tehdit edilmesi durumu Burawoy’un fabrika-emek rejimleri⁸³ kavramsallaştırmasındaki baskının rızaya üstün olduğu despotik emek rejimi uygulamalarının söz konusu olduğunu göstermektedir. Bu süreçte sağlık çalışanlarının kurumda kadrolu, sözleşmeli ve taşeron gibi farklı statülerde istihdamı çalışanlar arasında yeni hiyerarşik yapı ve ayrımların ortaya çıkmasına ve çalışma alanlarının daha da rekabetçi ve ayrıştırıcı bir yapıya dönüşmesine yol açmaktadır. Bu süreç aynı zamanda aynı işi yapan ancak farklı statülerde istihdam edilen sağlık çalışanlarından kadrolu ve sözleşmeli çalışanların (kamu personeli olmalarından kaynaklı olarak) denetim süreçlerinin daha çok hegemonik (rızanın baskıya üstün geldiği) bir tarzda işlediği, taşeron çalışanlar açısından ise daha çok despotik (baskının rızaya üstün geldiği) bir nitelikte yürüdüğü ikili bir yapının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Taşeron çalışanlar bu noktada uğradıkları maddi hak kayıpları yanında, örgütlenme ve hak arama süreçlerinde de daha güçsüz ve savunmasız bir durumda olmalarından kaynaklı olarak çalışma süreçlerinde daha baskıcı, kendilerini yok sayıcı pratiklerle karşılaşmak durumunda kalmaktadırlar.

⁸³ Fabrika rejimi kavramı emek sürecinin analizinde toplumdaki siyasi ve ideolojik yapı ve süreçlerinin de dâhil edildiği ve devletin üretim ve emek siyasetinin belirlenmesinde etkin bir rol aldığı bir yapıya işaret etmektedir. Bu noktada fabrika rejimi emek sürecinin hem toplumsal ve siyasal yapılar tarafından belirlenen bir süreç olduğunu hem de bu süreçleri etkileyen bir yapı olduğunu öne sürmektedir. Burawoy, emek örgütlenme biçimlerinin Gramsciyan anlamda baskının rızaya üstün geldiği despotik emek rejimlerinden, rızanın baskıya üstün olduğu hegemonik emek örgütlenmesine doğru bir değişim içinde olduğunu belirtmektedir (Yücesan- Özdemir, 2010, s. 41; Burawoy, 2015, s. 118).

6.2.2. Çalışanların kurumdaki mevcut pozisyonları ve hizmet süreleri

Çalışanların kurumdaki mevcut pozisyonlarına dair verilerin sunulacağı bu bölümde özellikle hangi branşlarda taşeron yoluyla personel istihdamı yoluna gidildiği ve çalışanların bu şekilde ne kadar bir süredir çalıştıkları bilgisine yer verilecektir.

Tablo 16: Katılımcıların Kurumda Çalıştıkları Birimler ve Toplam Hizmet Süreleri

Kurumdaki pozisyonunuz		n	%
Toplam	Anestezi Teknikeri	11	9,2
	Biyolog	3	2,5
	Çocuk Acil	1	,8
	Ebe	4	3,3
	Embriyolog	1	,8
	Fizyoterapist	1	,8
	Hemşire	59	49,2
	Kimyager	1	,8
	Laborant	15	12,5
	Odyoloji Teknikeri	2	1,7
	Radyoloji Teknikeri	19	15,8
	Sağlık Memuru	3	2,5
		120	100,0
Kurumdaki Çalışma Süreniz?		n	%
Toplam	0-1 yıl	8	6,7
	1-3 yıl	42	35,0
	3-5 yıl	37	30,8
	5-ve üstü	33	27,5
		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kurumda çalıştıkları birimleri gösteren yukarıdaki tabloda çalışanların yarıya yakınının hemşire olarak istihdam edildiği ve ikinci olarak ise görüntüleme, laboratuvar ve anestezi teknisyen/ teknikerlerinin diğer önemli çalışan grubunu oluşturduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının kurumdaki pozisyonlarına cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında meslek grupları arasında (hemşirelik mesleği dışında) eşit bir dağılım olduğu görülmektedir. Hemşire pozisyonunda çalışanların önemli bir kısmının (% 75'inin) kadın olduğu ve bu meslek grubunun kadın yoğun yapısının halen devam ettiği, bu çalışmadaki verilerde de açıkça görülmektedir. Kurumun bu noktada, özellikle eleman sıkıntısı çekilen, servis hemşirelik hizmetlerinde taşeron istihdamı ile kolay ve ucuz bir şekilde eleman istihdamı yoluna gittiği söylenebilir. Çalışanların kurumdaki toplam çalışma sürelerine bakıldığında; çalışanların % 6,7'sinin 0-1 yıl arasında, % 35'inin 1-3 yıl arasında, % 38'inin 3-5 yıl arasında % 27,5'inin 5 ve üstü yıldır kurumda çalıştığı görülmektedir.

“Sonra tabi kurum bizi kabul etti, zaten kurum demeyelim de şirket, tamam dediler hemen girişini yapalım edelim dediler, daha sonra başladım, başladıktan sonra burada 9. yılım” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Parmak izini eğer giriş çıkış saatlerimizi kontrol için yapıyorlarsa mesela atıyorum 8:05’de parmak izi bastığınız da direk uyarı yapıyorlar bize, peki ben 12 yıldır saat tam 7.30 parmak izi basıyorum, niye hiç bir gün açıp teşekkür etmiyorlar” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

“Mesela şuan radyolojiden 3 tane 4 B’li alımı var, Allah’tan uzun zamandır burada çalışan arkadaşlarımız var onları alacaklar sanırım, yukarıda 15 yıldır çalışan arkadaşlarımız alınacak bir aksilik olmazsa, onlara sevindim” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Araştırma esnasında her ne kadar çalışanların taşeron çalışmayı kadrolu olarak başlayana kadar bu ara dönemde yapılabilecek geçici bir iş olarak görmelerine karşın, çalışanların önemli bir kısmının (% 25’i) yedi yıl ve üstü yıldır çalışıyor olması durumu taşeron çalışmanın bazı çalışanlar için daimi bir çalışma şekli haline geldiğini göstermektedir.

Tablo 17: Katılımcıların Önceden Başka Bir Kurumda Çalışma Durumları

Daha önceden başka bir kurumda çalıştınız mı?		n	%
	Evet	61	50,8
	Hayır	58	48,3
	Cevap Yok	1	,8
Toplam		120	100,0
Çalıştıysanız nerede?		n	%
	Kamuda Vekil/Taşeron Olarak	8	13,0
	Özel Hastane	49	79,0
	Özel Sektör	5	8,0
		62	100,0
Toplam			
Çalıştıysanız ne kadar süre?		n	%
	0-1 yıl	20	32,3
	1-3 yıl	30	48,4
	3 ve üstü	12	19,3
	Toplam	62	100,0
Toplam		62	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının daha önceden başka bir kurumda çalışıp çalışmadıklarına dair sorulara verdikleri cevaplara göre çalışanların % 50,8’i başka bir kurumda çalıştığını, % 48,3’ü ise başka bir kurumda çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Başka bir kurumda çalıştığını söyleyen çalışanların ise % 13’ü kamuda taşeron veya vekil olarak, % 79’u özel hastanede, % 8’i ise özel sektörde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışanlardan biyolog, kimyager olanların kamuda vekil öğretmen olarak çalıştıkları, hemşire ve sağlık teknisyeni/teknikerlerinin ise kamu sağlık kurumlarında taşeron sağlık elemanı olarak veya özel hastanede çalıştığını belirtmişlerdir. Çalışanların önce çalıştıkları kurumlardaki çalışma sürelerine bakıldığında; % 32,3’ünün 0-1 yıl arasında, % 48,4’ünün 1-3 yıl arasında, % 8’inin 3-4 yıl arasında, % 11,3’ünü ise 5 ve üstü yıl çalıştıkları görülmektedir. Özelde çalışan kişiler, çalışma şartlarının zor olması nedeniyle kısa sürelerle farklı özel hastaneleri deneyimlediklerini ve çalışma koşullarının özele nazaran daha tanımlanmış ve öngörülebilir olması dolayısıyla taşeron olarak bu kurumda çalışmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

“Medical Parkta çalıştım 3. sınıfta, ben stajyer olarak çalışmaya başladım. Okul bittikten sonra bir yıl kadar daha orada çalıştım, 200 saatin üstünde çalışıyorduk ve buradan daha az maaş alıyorduk. Aylık 260 saatin üstünde çalışıyordum” (Erhan, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Haftada 58-62 saat çalıştığımı biliyorum, haftada bir pazar 24 mesaimiz oluyordu, gün aşırı geliyorduk nöbetlere, haftada 62 saat çalıştığımı biliyorum. Hatta eleman eksikliğinden ben 36 saat aralıksız nöbet tuttuğumu bilirim, yani özel hastanede ertesi günkü arkadaşım gelmezse öğlene kadar da onun mesaisini tutup, eleman ayarlana kadar beklediğimi biliyorum” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Çok durmadım orada, geldim buraya, çünkü orada haftada 72 saat bile çalıştığımız oluyordu, haftada 3 tane 24 mesaisine falan gidiyorduk yani. Fazla mesailer için orada çalıştığım zaman içerisinde, izin kullanmadım, izin yoktu. Çünkü biz resmi olarak çalışan olarak görünmediğimiz için bize hak vermiyorlardı. O zaman yaş da küçük olduğu için, kendi haklarımızı arayamıyorduk, bilmiyorduk. Yani orda pek izin kullanmıyorduk, maddi açıdan da çok fazla bir geliri olmuyordu. Yani ben staj yaptığım dönemde 200 saat fazla çalışmaya 500 lira aldığımı bilirim” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

Sağlık çalışanlarına sunulan özlük hakları noktasında, özel hastaneler arasında da bazı farklılıkların olduğu söylenebilir. Örneğin çalışmanın yapıldığı ilde görece küçük ve bireysel sermaye gruplarına ait özel hastanelerdeki sağlık çalışanlarının özlük haklarıyla, aynı ildeki büyük sermaye gruplarına ait özel sağlık kurumundaki (Medical Park) sağlık çalışanlarının sahip oldukları özlük hakları anlamında, belirgin bir farklılık olduğu söylenebilir. Bahsedilen küçük özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin aldıkları ücretler, izinler, nöbet ve fazla mesai gibi konularda yaşadıkları mağduriyet ve hak kayıplarının diğer büyük özel sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeline göre daha fazla olduğu söylenebilir.

6.2.3. Çalışanların yıllık izin kullanma ve rutin sağlık kontrollerinin yapılma durumları

Çalışanların yıllık izin ve diğer izinleri kullanma durumları ile rutin sağlık kontrollerinin yapılıp yapılmadığı konusuna dair verilerin sunulacağı bu bölümde çalışanların bu noktada mevcut durumlarının ortaya konulmasına çalışılacaktır.

Tablo 18: Katılımcıların Yıllık İzin ve Rutin Sağlık Kontrolleri Hakkındaki Düşünceleri

Yıllık İzinleri Düzenli Kullanma Durumu		n	%
Toplam	Evet	72	60,0
	Hayır	48	40,0
		120	100,0
Kurumda düzenli sağlık kontrolleri yapıyor mu?		n	%
Toplam	Evet	55	45,8
	Hayır	65	54,2
		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %60'ı yıllık izinlerini düzenli olarak kullandıklarını, % 40'ı ise yıllık izinlerini düzenli olarak kullanamadıklarını

belirtmişlerdir. Özellikle kurumunun genelinde personel sayısının çoğu birimlerde yetersiz olmasından ötürü çalışanların izinlerini düzenli olarak kullanamadıkları söylenebilir. Diğer yandan personelin yıllık izin kullanma dönemleri planlanırken kendilerinin taşeron personeli olmasından kaynaklı olarak izin kullanımında kadrolu personellere göre daha az söz hakkına sahip oldukları bir yapı söz konusu olduğu çalışanlarca ifade edilmiştir.

“ Biz de yıllık izin tabi ki var, şua [görüntüleme birimlerinde çalışan sağlık personelinin yıllık izinleri haricinde kullandıkları zorunlu 1 aylık sağlık izinleri] izni de var, hayır onlar değişen şeyler değil, ama şua izni geçen sene yoktu. Ondan önceki sene de yoktu, daha yeni bu sene verilmeye başlandı, zorlama ve istemeye oluyor yani, ihaleye sunuyorlar. Sendikanın değil, hastanenin diyelim, başhekimin isteğiyle ihaleye şua izni de eklendi bu çalışanlara”(Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

Çalışanlara yıllık düzenli sağlık kontrollerinin yapılıp yapılmadığına ilişkin sorulan soruya çalışanların % 45,8’i evet, %54,2’si ise hayır yapılmıyor şeklinde cevap vermişlerdir. Alandaki mülakat ve gözlemlerden çalışanların firmaları üzerinden yıllık düzenli sağlık kontrollerinin yapıldığı ve bunun kanuni bir zorunluluk olması dolayısıyla özellikle ihale dönemlerinde gerekli olan bir süreç olmasından kaynaklı olarak çalışanlarının rutin kontrollerinin yapıldığı söylenebilir.

“Tabi yapılıyor senede bir şirket kan tahlilleriyle, hepatitlerle, diğer hemogram [kan testleri] testleri yaptırıp çıktılarını şeylere bildiriliyor. İlk girdiğimizde işitme testi ilk girdiğimizde işitme testi falan istemişlerdi, yapılıyor yani” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Tabi bizde özellikle enjektör şöyle bazen kullandığımız şeyler olabiliyor, özellikle testisden sperm elde ediyorsunuz kanlı geliyor, hatta o dönem hamileydim, parmağıma battığı oldu. Hatta geçenlerde arkadaşım oldu, hepatit aşımız var koruyorsa eğer. Şirket değişiklikleri oldukça 6 ayda bir, bir yılda bir zaten bizden onları istiyorlar şey yapıyoruz, zorunlu olarak yapıyoruz”(Çiğdem, 29, Lisans, Hemşire).

Sağlık çalışanlarının hastalarla yakın temas halinde olmalarından kaynaklı, çalışanların hastaların kan ve diğer vücut salgılarıyla teması sonucu HIV (Aids), Hepatit B ve C, Tüberküloz gibi hastalıklara yakalanma olasılıkları çok yüksektir (Udasin and Gochfeld, 1994; Udasin, 2000). Meslek hastalığı olarak yani hastadan sağlık personeline kaza ile geçtiği kanıtlanmış 57 HIV(+) vakası ABD’de, 35 HIV(+) vakası ise Avrupa’da bildirilmiştir. Türkiye’de bu konu ile ilgili güvenli bir veri olmadığı gibi HIV görülme sıklığının düşük olduğu söylenebilir (Ergönül, 2013, s. 68). Diğer taraftan özellikle görüntüleme birimlerinde çalışanların radyasyonlu ortamlarda çalışmalarından kaynaklı, başta kanser ve diğer ölümcül hastalıklara yakalanma oranları diğer birimlerdeki çalışanlara göre daha yüksektir. Bu konuda Ankara Üniversitesi Nükleer Bilimler Fakültesinin yaptığı araştırmaya göre; çeşitli kuruluşlardaki medikal görüntüleme

birimlerinde yer alan bilgisayarlı tomografi, anjiyografi ve mamografi cihazlarında uluslararası standartların üç ile beş katı oranında fazla radyasyon kullanıldığını göstermiştir. Bu durum gerek hastalar açısından gerekse de sağlık çalışanları açısından sakıncalı bir duruma işaret etmektedir (Özgür, 2013, s. 80). Arge firması üzerinden özellikle laboratuvar ve kan merkezinde çalışan sağlıkçılar yıllık olarak rutin kontroller noktasında kendilerinden herhangi bir şeyin istenmediğini, tahlil ve korunma amaçlı aşılamların ise kendilerinin bireysel inisiyatifleriyle yaptıkları işlemler olduklarını belirtmişlerdir. Diğer taraftan özellikle görüntüleme birimlerindeki sağlık çalışanlarının özellikle performans sistemiyle birlikte artan iş yüklerine paralel kendilerinin daha da risk altında çalıştıkları bir yapının ortaya çıktığını belirtmişlerdir.

“Elimde eldiven olmasına rağmen, iğneyi yuvasına sokarken, iğne yuvarının kenarına kaydı parmağımı yardı geçti, eldiven hikâye zaten, çelik jilet gibi eldiveni yırtarak parmağımı da yardı böyle. O gün o kişi hepatit b çıktı, çok şükür bana bulaşmadı. Ama şöyle söyleyeyim hani ben şunu da iddia ediyorum. 9 yıl boyunca arkadaşım senin 6 aylık periyodik kontrollerin, kurum olarak doktor muayenesi öyle bir şey yok. Ben bunu hatırlamam, ya bir defa ya da iki defa belki kendi isteğimizle bakmışsındır, hepatit korumamız ne kadar, antikor ne kadar onları biz kendi imkânlarımızla bakmışsındır. Şimdi bizim on tane arkadaşımız var ben birkaç kişiye sordum, aşı korunurlukları sıfır. Valla dedim büyük cesaret, en büyük riskli ortamdasin, elizaları [HIV veya başka bulaşıcı hastalıklara karşı vücuttaki antikor düzeyini inceleyen kan testi] biz çalışıyoruz ve senin korunurluluk sıfır, açıksın yani en ufak bir şeyde bulaşır sana hastalık” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Evet, dozimetremiz [çalışanın üzerinde taşıdığı ve radyasyon miktarını ölçen alet] var, 2 ayda bir ölçüme gidiyor, şuan dozimetre doğruysa, radyasyon doz oranı çok yüksek değil. Ben inanmıyorum, çünkü ilaç yaptığım yerin bile yüksek çıkması lazım, bizim mesela sayacımız var, radyasyonun olduğu yerleri ölçüyor, bazen götürüyorum orada sürekli ötüyor, sürekli oranın içindeyiz” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Taşeron sağlık çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada araştırma grubundaki çalışanların (n=153) % 62,5’i işe başladıkları zaman sağlık risk eğitim almadığını, % 82,8’i riskler konusunda işverenler tarafından bilgilendirilmediklerini, % 85,2’si koruyucu aşı yapılmadığını, % 57’si koruyucu donanımların yetersiz olduğunu belirtmiştir (İzgi ve Öztürk-Türkmen, 2012, s. 160). Bu çalışmadaki verilere paralel, yapılan çalışmadaki sağlık çalışanlarından en riskli birimler arasında yer alan laboratuvar, kan bankası ve görüntüleme birimlerindeki çalışanların rutin sağlık kontrollerinin takibinin diğer birim çalışanlarına göre daha düzensiz (bu durumun bu çalışan grubunun bağlı oldukları Arge firmasının tutumundan kaynaklı) olduğu söylenebilir. Bu noktada çalışanların rutin kontrol ve bağışıklama işlemlerinin daha çok kendi inisiyatifleriyle yaptıkları bir yapının varlığı bu durumun gerek çalışanlar gerekse de hastalar açısından riskli ve hayati sonuçların ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

6.2.4. Çalışanların kurumdaki iş yükü ve karar alma süreçlerine katılımına dair veriler

Bu bölümde çalışanların başlıca, kurumum ücretsiz olarak sunduğu hizmetlerin varlığı, işe başlama süreçlerinde oryantasyon süreçlerinin varlığı, personelin sahip olduğu eğitim, sertifika ve diğer süreçlerin dikkate alınıp alınmama durumları, çalışanların iş yükü ve karar alma süreçlerindeki mevcut durumları ve düşünceleri noktalarına değinilerek sürecin açıklanması ve yorumlanmasına çalışılacaktır.

Tablo 19: Kurum Tarafından Ücretsiz Olarak Sunulan Hizmetlerin Varlığı

Aşağıdaki hizmetlerden hangileri kurum tarafından ücretsiz sunulmaktadır	n	%
Yol Ücreti	38	31,7
Yemek	48	40,0
Giyim Yardımı	2	1,6
Cevap Yok	32	26,7
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına kurum tarafından ücretsiz olarak sunulan hizmet olup olmadığı ve eğer varsa bunların neler olduğuna dair sorulan soruya çalışanların % 31,7'si yol ücreti, %40'ı yemek ücreti, % 1,7'si giyim yardımı, % 26,7'si ise cevap yok seçeneğini belirtmişlerdir. Soruya cevap vermeyen % 26,7'lik kesimin ise ücretsiz sunulan bir hizmet olmadığından dolayı bu seçeneği işaretlediği söylenebilir.

Tablo 20: Kurum Tarafından Sunulan Oryantasyon Programları ve Hizmet İçi Eğitimler

Kurumda işe yeni başlayanlara uyum eğitimi veriliyor mu?	n	%
Evet	29	24,2
Kısmen	33	27,5
Hayır	52	43,3
Fikrim Yok	6	5,0
Toplam	120	100,0
Kurumunuzda mesleğiniz ile ilgili olarak seminer veya hizmet içi eğitimler düzenleniyor mu?	n	%
Evet	40	33,3
Kısmen	44	36,7
Hayır	35	29,2
Fikrim Yok	1	,8
Toplam	120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına kurumda yeni başladıkları dönemde oryantasyon eğitimi verilip verilmediğine dair sorulan soruya çalışanların % 24,2'si evet, % 27,5'i kısmen, % 43,3'ü hayır, % 5'lik kısmı ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Aynı şekilde çalışanlara kurumda seminer, hizmet içi eğitim süreçlerinin varlığı hakkında sorulan soruya ise çalışanların % 33,3'ü evet, % 36, 7'si kısmen, %29,2'si hayır cevabını vermişlerdir. Çalışmanın yapıldığı hastanenin 3. basamak araştırma ve uygulama

hastanesi olduğu düşünülürse, çalışanların bu soruyu eğitim ve uygulama faaliyetlerinin var olup olmadığı şeklinde algıladıkları ve buna göre cevapladıkları söylenebilir. Çalışanlarla yapılan görüşmelerde mesleki gelişimleri anlamında kendilerine yönelik düzenlenen seminer veya hizmet içi eğitimlerin olmadığını belirtmişlerdir. Alan çalışmasındaki mülakat ve gözlemlerden, işe yeni başlayanlara yönelik standart bir oryantasyon programı uygulanmadığı ve burada daha çok kıdemli birinin yanında işi görerek ve yaparak öğrenme yoluna gidildiği belirtilebilir. Bunun yanında kimi durumlarda işe yeni başlayan çalışanların işi yapabileceği farz edilerek direk inisiyatif aldıkları ve tek başına nöbet tuttukları durumların da var olduğu çalışanlar tarafından belirtilmiştir.

“Tabi ki ilk işe başlarken uyum süreci yaşıyoruz. Ama bu klinik açısından ilk dönemler güzeldi, yani ilgilenildi, öğretildi, destek çıkıldı, bu konuda sıkıntı yaşamadım çok fazla” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Bir gün sadece 08 -17 nöbeti tuttum ertesi gün 14 -23 saatlerini tuttum, üçüncü gün tek başına gece nöbetindesin, hiçbir ilacı bilmiyorum, damar yolunu bilmiyorum, kan almayı iyi yapardım ama damar yolu dediğin zaman, dediğim gibi öğrenciyken hep bizi kovdukları için yapamıyorduk” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

Hastanelerdeki tıbbi hataların nedenleri üzerine yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerinin ve işe başlayışından hizmet içi eğitim süreçlerinin varlığının ve bu noktada personelin desteklenmesinin, tıbbi hataların minimize edilmesi noktasında önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur (Karataş ve Yakıncı, 2010; Özata ve Altuncan, 2010; Işık vd, 2012; Durmuş vd, 2013; Kahraman ve Öztürk, 2016). Bu durum sağlık hizmetlerinde hizmet içi eğitim ve gelişim süreçlerinin desteklenmesinin, çalışanların mesleklerini daha güvenli bir ortamda yapmalarına ve tıbbi hataların daha az olduğu bir yapının ortaya çıkmasındaki önemini göstermektedir.

Tablo 21: Katılımcıların Bilgi ve Becerilerinin Dikkate Alınma Durumları Hakkındaki Düşünceleri

Sağlık çalışanlarının kurumdaki görev ve sorumlulukları belirlenirken kişilerin bilgi, beceri ve eğitimleri dikkate alınmakta mıdır?		n	%
Toplam	Evet	36	30,0
	Kısmen	36	30,0
	Hayır	45	37,5
	Fikrim Yok	3	2,5
		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına çalıştıkları kurumda kendi görev sorumluluklarıyla ilgili kararlar alınırken çalışanların bilgi, beceri ve eğitimleri dikkate alınıyor mu şeklinde sorulan soruya çalışanların % 30'u evet, %30'u kısmen, % 37,5'i hayır, % 2,5'i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanlarla yapılan

görüşmelerde kendilerinin taşeron çalışan olarak kurumun asli elemanı görülmemelerinden kaynaklı, kurumda nerede ihtiyaç varsa genellikle o birimlerde çalıştırıldıkları ve kendilerinin sahip oldukları deneyim ve sertifikaların fazla dikkate alınmadığı bir yapının olduğunu belirtmişlerdir. Diğer yandan kurumun belirli dönemlerde Maliye Bakanlığı'ndan aldığı 4/B sözleşmeli personel kadrolarının dağılımında daha çok hemşire ağırlıklı bir alım eğilimi içerisinde olduğu ve diğer sağlık çalışanlarının eğitim, deneyim ve yetenekleri ne olursa olsun göz ardı edildiği ve kadro şansının azaldığı bir yapının varlığı da çalışanlar tarafından ifade edilmiştir.

“Şimdi ben 9 yıl boyunca tahmini 12 tane sertifika aldım, kendi hakkımla, kendi emeğimle ama bir işe yaramıyor. Kendi maddi olanaklarımla kurslara gittik, kan bankacılığı, Sağlık Bakanlığı aferez [kanın bağışçıdan alınarak gerekli kısmın ayrılıp alınarak geriye kalan kısmın bağışçıya geri verilmesi işlemi] sertifikaları, cihaz sertifikaları hani genel itibarıyla ne lazımsa onu aldım. Hani şu an almadığım bir sertifika yok, hani şu an boşta kalan bir sertifikam yok. Şimdi ben yine bunu defalarca söylüyorum, şu duvarın tamamını sertifikalarımla kaplarım, 10 yıllık deneyimimi de hodri meydan derim uygulama da buyurun kardeşim her türlü uygulamada beni test edin. Hodri meydan diyorum ama şunu anlıyorum ki bunların hiçbir anlamı yok. Sıfıra sıfır elde var sıfır yani, hiç boş emek e bu da otomatikman ne olarak bize yansıyor. Artık bir isteksizlik, emeğinin karşılığını alamama, hani bilmiyorum yani insanın çalışma hevesi bile kalmıyor. Hani zoraki çalışıyorsun, bir işe geldiği zaman sıkıla sıkıla yani öh-pöh yapıyorsun, çünkü sana kattığı bir değer yok” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“100 tane kadro var 99 tane hemşire alalım diyorlar, kardeşim sen o zaman beni görmüyorsun, beni es geçiyorsun, adam yerine koymuyorsun beni. Diyorsun ki dışarıdan hemşire alalım, benim şu zoruma gidiyor, geçen acile gittim bir baktım gerçekten benim yeğenim kadar, ben 32 yaşındayım, yeğenim kadar küçük bir kız, kan almayı bile tam beceremiyor. Hanım kız dedim, ver ben yaparım 10 sene damara girdim. Ben seni yeni gördüm dedim, şirket elemanı mısın, ben daha yeni mezun oldum, kadro açıldı dedi, ben şu an 4/B'liyim kadroluyum. Hani orada şahsıma küfretse ancak o derece de zoruma gider yani. Çünkü niye, belli vermiş olduğun bir emek var, yıllarca vermiş olduğun bir emek var ve bu emekler göz ardı edilmiş, dosya altı edilmişsin ve en ufak diyorum ya artık dosya altı edilmeyi geçtik, en küçük pürüz de dahi, adam kapıyı gösteriyor. Mükemmel bir insan ol, ama eğer bir yerde ayağın takıldığı zaman bir hata yaptığın zaman biri dönüp de şunu demiyor. Hani şu kişi bizim 10 yıllık elemanımız 4-4 lük çalışan eleman olmasına rağmen en kalifiyeli elemanımız bunu demiyor. Bu hataları yaptın mı anında ceza, anında tabiri caizse ipini çekmek” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Bu konuda, kamu sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin bilgi, beceri, deneyim ve başarılarının üstlerince takdir edilme ve ödüllendirilme durumları ve bu süreçlerde sağlık personelinin desteklenip desteklenmediğini ortaya koymaya çalışan bir çalışmada; çalışanların % 70'i (n=219) bu süreçlerde üstlerince takdir edilmediklerini, % 92'si ise ödüllendirilmediklerini belirtmişlerdir. Çalışanlar bu noktada kendilerinin ve başarılarının görmezden gelinmesi durumunun kendilerine tükenmişlik duygusu olarak geri döndüğünü belirtmişlerdir (Özkurt, 2014, s. 108). Yapılan çalışmada elde edilen veriler katılımcıların eğitim düzeylerinin, deneyim ve sertifikalarının kurum nazarında

önemsenmediği ve göz ardı edildiği bir sürecin var olduğunu ve bu durumun çalışanların motivasyonunu ve kuruma bağlılıklarını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Tablo 22: Katılımcıların Personel Sayısı ve İş Yükü Dağılımı Hakkındaki Düşünceleri

Sağlık personelinin birimlere dağılımlarının yeterli ve adil olduğunu düşünüyor musunuz?		n	%
	Evet	6	5,0
	Kısmen	19	15,8
	Hayır	92	76,7
	Fikrim Yok	3	2,5
	Toplam	120	100,0
Çalıştığınız birimdeki iş yükünün çalışanlar arasında adil olarak dağıldığını düşünüyor musunuz?		n	%
	Evet	24	20,0
	Kısmen	25	20,8
	Hayır	68	56,7
	Fikrim Yok	3	2,5
	Toplam	120	100,0

Çalışanlara çalıştıkları kurumda sağlık personelinin birimlere dağılımının yeterli ve adil olup olmadığına dair sorduğumuz soruya çalışanların; % 5'i evet, % 15,8'i kısmen, % 76,7'si hayır, % 2,5'i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanlara sorulan bir diğer soruda çalıştığınız birimdeki iş yükünün çalışanlar arasında adil ve dengeli bir şekilde dağıldığını düşünüp düşünmedikleri sorusuna çalışanların % 20'si evet, % 20,8'i kısmen, % 56,7'si hayır, % 2,5'i ise fikrim yok cevabını vermişlerdir. Çalışanların bu sorulara verdikleri cevaplara genel olarak bakıldığında; sağlık personelinin kurumdaki sayısının az olduğu yönünde bir yargıya varmak mümkündür. Çalışanlarla yapılan görüşmelerde en yoğun servislerde (mesela 40 hastanın olduğu bir cerrahi serviste) tek başına nöbet tutulduğunu ve bu noktada eleman sayısının arttırılması yönündeki taleplere genelde olumsuz yanıt verildiğini belirtmişlerdir. Çalışanlar ayrıca, çalıştıkları birimlerde gerek personel azlığından gerekse de kendilerinin taşeron statüsünde olmalarından kaynaklı yoğun bir iş temposu ve stres altında olduklarını ifade etmişlerdir.

“Servislerde çok fazla hemşire açığı var, standartlara göre bir hemşireye dört hastanın düşmesi gerekiyor, en fazla beş, ama biz burada tek başımıza 30 hastaya baktığımızı biliyoruz. İş yükü çok fazla, bazı işleri bölüyorlar mesela sekreterlerin belli işleri var, intörn doktorlara düşen bazı işler var ama bazen çoğunu biz kendimiz yapıyoruz mesela bazı kliniklerde geceleri sekreterler var, bizde yok” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Sömürü, insanları sömürmek istiyorlar. Ha şu an mesela bizim burada üç kişiyiz, bu birimin hepsi kadrolu olsa şu an burada yapılan işi 6-7 kişi yapamaz kadrolu yani. Çünkü her işin ayrı bir elemanı var, biri geliyor ilaç hazırlıyoruz, ilaçların çekilmesi lazım, onlar hastaya enjekte ediliyor ve bunun için hemşire hanım olması lazım, başımızda duran birinin olması lazım asistan ve hatta uzman. Yok hastaya efor yapılıyor koşu, bunun için ayrı bir hemşirenin olması lazım hastayı yatırıyoruz, şu an bu işi ben yapıyorum, bu işin benimle alakası yok. Yine bu işin uzmanı olan birinin burada olması lazım, kadro verilse bu şekil bir sömürü

olmayacak, her şey adalethli olacak. Olmuyor hani burada mesela ne bileyim 7 kişinin yapacağı işi biz 3 kişi yapıyoruz” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“Bir gün sadece 08 -17 nöbeti tuttum ertesi gün 14 -23 tuttum üçüncü gün tek başına gece nöbetindesin hiçbir ilacı bilmiyorum. Hasta kötüleşti, bu arada doktor da yeni başlamış çömez, beni boş beş arıyordur diye telefonlarıma cevap vermiyor. Böyle bir ortamda tek yaptığım başhemşireyi, süpervizörü aramak bir de kıdemliyi aramak, bir baktım bütün hastane bizim servise döküldü. Hasta uyudu mu diyorum yok dedi arkadaş, öldü hasta, ben sadece böyle kaldım, başınız sağ olsun dedim Allah rahmet eylesin. Sorduğum tek soru benim suçum var mı, dediler yok, senin suçun yok, senin yapabileceğin hiçbir şey yoktu. Düşünsenize eleman ihtiyacı çok fazla ve alınan elemanlar da yetiştirilmeden direkt gece nöbetine sokuluyor, bu böyle olmaz” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

“Ben kadrolu olsaydım, burada ilaç hazırlamazdım, bu kimyacının işi mesela. Ben Medical Park’a gittim, devlet hastanesine gittim, Malatya’ya gittim. Şimdi ben oradaki arkadaşlarımdan bilgi alıyorum, nasıl olduğunu iyi biliyoruz. Mesela ilacı ya biyomedikalci hazırlar ya da kimyacı hazırlar, enjeksiyonu da hemşire yapar. Kameraya da 3-4 tane teknisyen bakar, biz 3 tane işi yani, hem kimyacının işini yapıyoruz, hem hemşirenin işini yapıyoruz, ayrıca hastalardan bilgi de alıyoruz, bu da asistanların işi aslında onu da biz yapıyoruz. Aynen şuan onu da biz yapıyoruz, kadrolu olsaydım bunları yapmazdım” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte mutlak çalışma ve görehli çalışma sürelerinin arttırılması, ücretlerin düşük tutulması, mesleki gelişim süreçlerine ücret ödenmemesi ve sosyal ücret bileşenlerinin azaltılması gibi süreçler sağlık çalışanlarının en sık karşılaştıkları durumlar olmuştur. Sağlık sektörünün (neo-) Fordist ilkelere dayalı olarak örgütlendiği bu süreçte, çalışanların birim zamanda yaptıkları işlerin arttırılması, dinlenme aralarının kısaltılması, çok becerili çalıştırma (personelin yaptığı görevlerin arttırılması veya farklı görevlerin bir kişide toplanılması gibi) biçimlerinin ortaya çıkması, verimi ve kaliteyi arttırmaya yönelik toplantıların mesai saatleri dışında yapılması gibi uygulamalar yoluyla bu alanda görehli ve mutlak artık değeri artışının sağlandığı söylenebilir (Zencir, 2009, s. 183). Diğer yandan sağlık kurumlarında yeterli sayıda ve kalifiye sağlık personeli istihdamı ile hasta güvenliği, tedavi çıktıları ve ölüm oranları arasında anlamlı ve belirleyici ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar da bu konunun önemini ortaya koymaktadır (Needleman and Buerhaus, 2003, s. 275; Cho vd.2008; Wallace, 2013, s. 51). Çalışmada ortaya çıkan verilere paralel, sağlık alanı gibi özen, sorumluluk ve özveri isteyen zahmetli bir işte, çalışanların neo-liberal dönemde Taylorist ilkelere göre çalıştırıldığı bu sistemde birim zamanda daha çok başvuruya en düşük maliyetle cevap vermesini ve hizmet üretmesini isteyen sistemin gerek çalışanlar gerekse de hastalar açısından telafisi imkânsız sonuçlar ortaya çıkarabileceğini göstermektedir (Sönmez, 2011, s. 102).

Çalışanların bu süreçler hakkında vurguladıkları bir diğer nokta ise kendi görev ve yetkileri dışında; sekreterlik, hasta bakıcılık ve bazı durumlarda doktorların yapması gereken işleri dahi yaptıkları ve bu noktada işlevsel esnekliğe dayalı bir çalışma ortamının var olması durumudur.

“Normalde aslında biz, kendi servisim için konuşuyorum, hem hemşirenin yaptığı görevleri üstleniyoruz hem de asistan doktorun yapması gereken işleri de, anestezi hazırlığıdır, evraklardır, imza görevleridir, bunları da üstleniyoruz” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

“Mesela yukarda mikrobiyoloji laboratuvarı var, ben şu anda biyokimya da çalışıyorum ben gece acil nöbetçisiyim sözde ben sabaha kadar 18 tane servise bakıyorum aynı zamanda çocuğudur, yetişkinidir, yoğun bakımlardır, acilin kanları geliyor. Artı birde mikrobiyolojide kültür ekliyoruz, mikroskopisini, ekimlerini, kan kültürü, idrar kültürleri hepsini yapıyoruz ayrıca sekreterin yapması gereken işleri, şu an biz yapıyoruz. Hastanın kaydını, kabulünü, barkotlamasını biz yapıyoruz, asistanın veya hocanın yapması gereken onaylama kısmını da biz yapıyoruz” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“İnsan hayatı hepsinden önemli ama yetersiz kaldığımız zamanlar oluyor. Aynı anda mesela tek kişi oluyorsun, aynı anda iki kişi kötüleştiği zaman elim kolum birbirine giriyor, hangisine müdahale edeceğine şaşırıyorsun. Hastalar zaten çok fazla bir şey bekliyor senden, olman gerekenden fazlasını bekliyor. Kendisiyle sürekli ilgilenilmesini bekliyor ama ki onlarda farkına varıyorlar ilerleyen saatlerde, teksin hep ortada dönüyorsun, hiç oturmuyorsun. Bazen su içecek bile vaktin olmuyor, anlıyor diyor ki niye bir tane hemşire var, bu kadar hastaya bir hemşire nasıl yetebilir? Personel yetersizliği ve iş yükünün fazla olması gerçekten çoğu zaman sekreterin, asistan doktorun yaptığı işi bile biz yapıyoruz. Doktorunun yaptığı işi yapabiliyoruz yani, o yüzden iş belirsizliği var, aslında kimin ne iş yaptığı belli olmuyor çoğu zaman. Yani mesela hasta bakıcının işi olduğu zaman burada yastık ve nevresimi de biz odasına götürüyoruz, yani malzemeyi biz bazen taşıyoruz” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

Çalışma alanlarında esneklik uygulamalarının yerleşmeye ve yaygınlaşmaya başladığı son 30 yıldan itibaren çalışanlar farklı esneklik uygulamalarıyla karşı karşıya kalmışlardır. Farklı ülkelerdeki kamu sektörlerinin küresel düzeyde yeni işletmecilik anlayışına göre yeniden şekillendiği bu dönemlerde, Türkiye’deki kamu sektöründe de esneklik uygulamaları görülmeye ve bu alanlara yerleşmeye başladığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Bu noktada, sağlık kurumlarındaki esneklik süreçlerine eğilen farklı çalışmalarda, çalışanların bu dönemlerle birlikte iş yüklerinin daha da arttığı, farklı işleri yerine getirmeleri noktasında yöneticilerce baskı altına alındığı ve geleneksel mesleki rollerin sınırlarının ve tanımlarının yeniden çizildiği ve bu süreçlerin çoğunlukla çalışanlar aleyhine bir gelişim seyri izlediği söylenebilir (Desombre vd, 2006, s. 139; Jenkins-Clarke and Carr-Hill, 2001, s. 842; Lastra vd, 2014, 1; Etiler, 2012, s. 50).

Bu durum neo-liberal dönemde meta üretiminin geçerli olduğu her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da sağlık işgücüne de en azı ödeyip, en çok çıktıyı alma amacının baskın

olduğu (neo-) Taylorist bir anlayışın söz konusu olduğunu göstermektedir (Sönmez, 2011, s. 101).

Diğer yandan çalışmada ortaya çıkan veriler ve alandan edinilen izlenimler sağlık çalışanlarının (kadrolu-sözleşmeli fark etmeksizin) çalışma süreçlerinde daha fazla esneklik uygulamalarına tabi olduğunu ve çalışma koşullarının her geçen gün ağırlaştığı bir yapıyla karşı karşıya olduklarını göstermektedir.

Tablo 23: Katılımcıların Kurumdaki Karar Alma Süreçleri Hakkındaki Düşünceleri

Çalıştığınız birimde sizin ve düşüncelerinizin dikkate alındığını düşünüyor musunuz?		n	%
Toplam	Evet	36	30,0
	Kısmen	46	38,3
	Hayır	37	30,8
	Fikrim Yok	1	,8
Hiç hasta olduğunuz halde işe gelip çalıştığınız oldu mu?		n	%
Toplam	Kısmen	18	15,0
	Hayır	19	15,8
	Fikrim Yok	83	69,2
		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına çalıştıkları kurumda veya birimde karar alma süreçlerinde kendilerinin düşüncelerinin dikkate alınıp alınmadığına dair sorulan soruya; çalışanların % 30'u evet, % 38,3'ü kısmen, % 30,8'i hayır cevabını vermişlerdir. Alandaki görüşme ve gözlemlerden çalışanların çoğunun taşeron personeli olmalarından kaynaklı kendi düşüncelerinin karar alma süreçlerinde pek dikkate alınmadığını düşündüklerini belirtebiliriz. Çalışanların hasta oldukları halde işe gelmek zorunda kalıp kalmadıkları zamanlar olup olmadığına dair sorulan soruya ise çalışanların % 15'i kısmen, % 15,8'i hayır, % 69,2'si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanlarla yapılan derinlemesine mülakatlarda hasta olduklarında veya doğum vb. durumlarda ihtiyaçları olduğu sürelerde rapor alamadıklarını veya diğer kadrolu personele tanınan süreler kadar kendilerine izin verilmediğini ve kimi durumlarda aldıkları raporların da eleman yetersizliği gerekçesiyle işleme alınmadığı ve çalışmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir.

“Hastane yöneticilerini görmüyoruz ki, pek bizi takmıyorlar da, şirket yetkilisi dışında kimse bizi takmıyor. Yöneticiler bizleri pek odalarına almaz, yeri geldiğinde, siz kimsiniz dedikleri de oluyor. Şirket yetkilisi hanımla problemimiz yok, hani gerçekten ilgili davranıyor, aradığımız zaman da açıyor. Bu noktada kurumda varlığımızın farkında ve bilincinde olan insan sayısı çok az” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Tabii ki yok, şöyle yok, en başta hasta olmayın, çünkü şöyle söyleyeyim, sağlık bayanların çalıştığı bir sektör. Doğum izni-rapor süreçleri, süt izinleri gibi bir şeyimiz yok. Mesela

kadrolu ve sözleşmelilerde 32. haftadan sonra işte 34. haftaya 36. haftaya aktarılan doğum izinler, aktarılan süt izni, ondan sonra heyet raporuyla alınan 20 günlük ve toplam 40 günlük rapor alma süreci varken, refakatçi izni varken, taşeronların böyle hakları yok. Diğer çalışanların doğumdan sonra bir- iki yıl ücretsiz izin alma hakları oluyor ama sizin öyle bir hakkınız olmuyor. Ya bu deveyi güdeceksin ya da bu diyardan gideceksiniz o şekilde oluyor işler” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Bu birimin ilk kuruluşundan itibaren her şeyiyle ilgilendim, hamileydim, doğum yaptım daha kırkım çıkmadan aradılar, birimi açtık, reklamı yaptık. Çocuğu evde bıraktım ve geceye mesaiye geldim ve çocuğum süttten kesildi, bunların yüzünden 40 günlüktü, daha da emmedi. Çünkü evde babaanne ona biberonla mama vermek zorunda kaldı, gece ben mesaiden sonra gündüz eve gidiyordum, çocuk artık biberona alışmıştı. Çok kötü oldu, doğum izni kullanmadan başladım” (Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

“ Kesinlikle yok, bir rapor alırken bile çekinerek yapıyoruz yani neye göre rapor alırsın ama senin siciline işlerler, çok fazla rapor alıyor diye, onların eline kalmış bir şey. Seni çıkarıyorum diyebilir yani bizim şu an elimizde hiçbir güvence yok yani, hasta yakınıyla kavga ederken bile çekinerek kavga ediyoruz. Enfeksiyonda bir hemşire, almış işte rapor mu yatış mı ne almış, ortopediye sürmüşler, sorumlusu şikâyet etmiş, ortopediye sürmüşler” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

Neo-liberal dönemde sağlık çalışanlarının işlerini ve var olan konumlarını koruma noktasında, hastanenin kârını yükseltmek, daha çok ücret kazanabilmek için rekabet etme süreçleriyle, performans sisteminin işleyişindeki denetim süreçlerinin kimi çalışanlar nezdinde rızaya kimisinde ise baskıya dayalı yürütüldüğü söylenebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki çalışanlarla ikinci-üçüncü basamakta çalışanlar arasında, hekimlerle yardımcı sağlık personelleri üzerindeki denetim süreçlerinin birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Örneğin bu süreçlerde hekimler üzerinde daha çok rızaya dayalı bir tahakküm süreci söz konusu iken diğer yardımcı sağlık personelleri üzerindeki tahakküm süreci zora dayalı bir nitelik gösterebilir (Ünlütürk-Ulutaş, 2011b, s. 81). Bu noktada sağlık personelleri arasında hiyerarşik olarak en altta yer alan taşeron sağlık çalışanlarının gerek karar alma süreçlerinde gerekse de sağlık veya diğer özür durumlarında dahi yönetimin baskıya dayalı bir yönetim ve denetim süreci işlettiği ve çalışanların bu noktada mağdur olduğu durumların ortaya çıktığı söylenebilir.

Diğer yandan kurumların işleyiş süreçlerinde çalışanların düşüncelerinin alınmaması ve karar alma süreçlerine dâhil edilmemesi çalışanların kendilerini değersiz hissetmelerine, çalışma süreçlerine daha isteksiz katılmalarına ve sonuç olarak örgütsel adalet duygularının zarar görmesine yol açmaktadır. Örgütsel adalet kavramının bileşenlerinden biri olan dağıtımsal adalet kavramı temelde; bireylerin sahip oldukları eğitim düzeyi, deneyim ve farklı becerilerini sundukları örgütsel yapının, bu süreçler sonunda kendilerine karşılık olarak verdiği maddi ve manevi kazanımları kendileriyle benzer niteliklere sahip bireylerle kıyaslama eğilimi içerisinde olduğunu öne sürmektedir

(Adams, 1969, s. 273). Bu konuda aralarında doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının olduğu bir grup (n=477) üzerine yapılan bir çalışmada; çalışanların öneri ve fikirlerinin dikkate alınmadığı, karar alma süreçlerinin tek yanlı alındığı ve bu noktada çalışanların örgütsel adalet duygularının çok zayıf olduğu bir yapının görülmüştür (Şahin ve Taşkaya, 2010, s. 98). Çalışmada elde edilen verilere ve alandaki gözlemlere dayanarak çalışanların (kadrolu, sözleşmeli ve taşeron fark etmeksizin) karar alma süreçlerinde görüş ve düşüncelerinin fazla dikkate alınmadığı bir yapının olduğu söylenebilir. Bunun yanında (aynı niteliklere sahip) kadrolu ve taşeron sağlık çalışanları arasında var olan farklılık ve ayrımların gerek karar alma süreçlerinde gerekse de taşeron personelin hastalık, izin ve rapor süreçlerinde de kendini gösterdiği ve taşeron personelin bu süreçlerde de daha zayıf ve güçsüz olduğu bir yapının var olduğu söylenebilir.

Tablo 24: Katılımcıların Kurumdaki Ayrımcılık Uygulamaları Hakkındaki Düşünceleri

			Kurumdaki kadrolu çalışanlarla taşeron çalışanlar arasında bir ayrım var mıdır?				Toplam
			Evet	Kısmen	Hayır	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	1	10	22	42	75
		%	1,3%	13,3%	29,3%	56,0%	100,0%
	Erkek	Sayı	0	6	10	29	45
		%	0,0%	13,3%	22,2%	64,4%	100,0%
Toplam		Sayı	1	16	32	71	120
		%	0,8%	13,3%	26,7%	59,2%	100,0%

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına kurumdaki taşeron çalışanlarla kadrolu çalışanlar arasında herhangi bir ayrım var mı şeklinde sorulan soruya; çalışanların % 0,8'i evet, % 13,3'ü kısmen, % 26,7 hayır, % 59,2'si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Alanda elde edilen verilere ve gözlemlere dayanarak çalışanların önemli bir kısmının (% 59'unun) bu soruya fikrim yok şeklinde cevap vermesi durumu, çalışanların örtük de olsa kurumda kadrolu elemanlarla taşeron elemanlar arasında ayrımcı uygulamaların var olduğunu düşündükleri, ancak çeşitli nedenlerle bu durumu belirtmekten kaçındıkları şeklinde yorumlanabilir. Diğer yandan çalışanların bu soruya cevap verirken, soruyu genel olarak çalıştıkları birimdeki kadrolu çalışan arkadaşlarıyla kendileri arasında ayrımcı bir uygulama var mı şeklinde algıladıkları ve çalıştıkları birim bazında böyle bir ayrımın olmadığını belirttikleri söylenebilir. Bunun yanında özellikle kurum genelinde düşünüldüğünde, kimi zamanlarda ortaya çıkan ani kriz ve çatışma durumlarında her kadrolunun kafasında bir öteki olarak taşeron çalışan varlığının söz veya hareket olarak

belirginlik kazandığı ve bunların çalışanlara hissettirildiğı bir yapının da var olduğı, çoğı taşeron çalışan tarafından dile getirilmiştir.

“Klinikte bir şey olacaksa, bir açık kapatılacaksa, kesinlikle taşeronla kapatılıyor. 16-24 gibi mesai kadrolularla kapanmıyor, kadroluyu getiremiyor zaten, hele burada değilse hiç getiremiyor dediğim gibi. Beni de 16 24 getirmiyor şimdi haksızlık yapmayalım ama aksi halde bizim böyle çok yoğun bir gün 08 16 ertesini gün 16-08 bir sonraki gün 16- 24 gibi mesailerle geldiğimiz oluyor. Ama yine taşeron kadroluların bir iki nöbet sıkışıklığı olunca bir hafta art arda gelmişlerse işte ben bu hafta çok yoğun geldim bu hafta şöyle geldim bu hafta böyle geldim dediğı oluyor ama biz bunu diyemiyoruz” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Aynı ortamda çalışıyorsun, aynı işi yapıyorsun ama bir sınıfsal ayrımlar oluyor. Yani sen 45 çalışırken haftada, kadrolular 40 saat çalışıyor. Ki 45 nadir çalışıyoruz iki hafta 48 bir hafta 40 çalışıyoruz, yani 54 çalıştığımızı da biliyorum, listeler dönmeyince fazla çalıştığımız da oluyor. Yıllık izinlerimiz daha az onlara göre 14 gün, onların 20 günden başlıyor” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Hepsinde o muhabbet oluyor tabii ki, hani mesela adam ilköğretim mezunu ama gelip burada bizim bu geçicilerden çektiğimizi kimseden çekmedik gibi bir kelime kullanıyor. Mesela adamın diplomasını sormaya kalksan elinde diploma yok, ama devletin 657’ sine tabi olduğu için, adam bizim yüzümüze baka baka diyor ki, biz bu geçicilerden çektiğimizi. Niye söylüyor bu lafı bana, bir tane kâğıt imzalattıyorlar ambar fişi, ben de okuyacağım ve öyle imzalayacağım dediğim için, bana bu kelimeyi kullanıyor, ben okumadığım şeyi nasıl imzalayabilirim. Hani mantıklı olarak ve adam diyor ki, geçicilerden çektiğimizi ve evet bunu söyleyen ilköğretim mezunu bir devlet memuru geçicilerden çektiğimizi kimseden çekmiyoruz diyor, lafını söylüyor. Yani bana hani dinime söven Müslüman olsa hesabından olsa tamam şefim, amirim söylese tamam diyeceğim de, adam ilköğretim mezunu diyorum. Tekrar söylüyorum üstüne bastıra bastıra ilköğretim mezunu adam burada atıyorum lise atıyorum üniversite atıyorum ön lisans mezunu geçicilerden çektiğimizi hiç kimseden çekmedik diye bir kelime kullanıyor ve bunu söyleyen kişide 657 e tabi memur” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Biz taşeron olduğumuz için farklı bir ilişki yok, birisi falan değil birimde hepimiz de taşeron olduğumuz için normal bir ilişki var. Yani amirlerimiz bizi eziyor desem yalan olur, bizi koruyorlar desem o da yalan ortada bir şey, nötrler yani. Şahit olduklarımız, duyduklarımız var kadrolular işleri taşeronla yaptırıyorlarmış, bizim burada kadrolu olmadığı için bölümde söz konusu değil, böyle bir şey varmış dediğiniz gibi” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“Şu nöbet listeleri bile adamın içine oturuyor, ben hemşireysem neden kadrolulardan ayrı olarak benim ismim geçiyor, iki liste var, bir şirketin listesi bir de kadrolu listesi. Beni ayrı listeye tutuyorsan o zaman hemşire değilim ve şunu öğrendim şu ay içerisinde çok çalışan hiçbir şey yapamaz, az çalışacaksın, hatta çalışmayacaksın ki bir yerlere gelebilesin” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

Taşeron çalışma biçiminin esasen özel uzmanlık bilgisi gerektiren işlerde dışarıdan alınması gerekli bir istihdam süreci olması gerekirken, işgücü piyasası içerisinde hâkim istihdam biçimi haline geldiğı ve çalışanların hiyerarşik olarak bir kez daha parçalandığı bir istihdam biçimi olduğu söylenebilir. Bu parçalanma süreçlerinin sadece işçilerin ücret ve sosyal hakları noktasında yaşanmadığı, ayrışma ve farklılaşma uygulamalarının sosyal yaşama da yansıdığı bir sürecin söz konusu olduğu söylenebilir. Bu farklılaşma uygulamaları asıl işverenle yapılan iş sözleşmelerinde taşeron çalışanların ana firma

çalışanlarıyla aynı saatlerde çay molası vermelerini, aynı kapıdan fabrikaya girmelerini, aynı servis araçlarını kullanmalarını yasaklayan hükümler şeklinde de ortaya çıkabilmektedir (Özveri, 2008, s. 11). Örneğin taşeron çalışanlar üzerine yapılan bir araştırmada çalışanların % 90,3'ünün (n=5250) kadrolular ile taşeron çalışanlar arasında ayrımcılığa dayalı bir algıdan söz edilebileceğini, % 85,7'si ise yöneticiler tarafından hissettirilen kadrolu- taşeron çalışan ayrımından bahsedilebileceğini belirtmiştir (Hak-İş, 2014, s. 48).

“ Bizim servisler var, sabah gelip akşam götürüyorlar, ben daha hiç binmedim. Hastanenin servisi dedim ya taşıma ücreti falan kesiyorlar bizden diye, ben kullanmıyorum ama kesiyorlar. Onlara bindiğinde şey sıkıntısı oluyormuş, taşeron oturmasın, taşeron ayakta beklesin, kadrolu otursun diye birkaç kavga yaşanmış. O rezilliği yaşamamak için hiç binmedim, binmeyi de düşünmüyorum” (Erhan, 22, Ön Lisans, Hemşire).

Bu konuda yapılan başka bir çalışmada ise, araştırmanın yapıldığı kamu sağlık kurumundaki taşeron çalışanlarla kadrolu personel arasında yemekhane ve servislerin ayrı olduğu, bunun yanında taşeron personelin yemekhanesinin kirli ve böceklerin gezdiği bir mekân olduğu çalışanlarca belirtilmiştir. Kadın çalışanlar ayrıca; servisleri 100 TL karşılığında kullanabildiklerini ancak servis içerisindeki erkeklerin ‘küfürlü ve yüksek sesle, erkek muhabbeti yapmalarından’, kadınlara yer verilmemesinden ve oturacak yer bulamamalarından kaynaklı servislerin kendileri açısından işlevsel olmadığını belirtmişlerdir (Ciğerci-Ulukan ve Özmen Yılmaz, 2016, s. 102). Bu çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlara paralel, araştırmada elde edilen veriler de bu gruptaki çalışanların da yoğun bir ayrımcılık uygulamasına tabi olduğunu göstermektedir. Örneğin kurumda var olan ayrımcılık süreçlerine değinen Taylan isimli sağlık çalışanının vurguladığı kadrolu ve taşeron çalışanlar arasındaki bu türdeki ilişkilerin varlığı, çalışanların zihinsel anlamda da birbirlerini çok farklı yerlerde konumlandığını ve bu noktada çalışanların kendi aralarında da bölündüğünü göstermesi noktasında çarpıcı bir nitelik taşımaktadır. Bu örnek, kimi durumlarda kadrolu çalışanların (liyakatli olmasalar dahi) taşeron çalışanları küçük görme ve değersizleştirme eğiliminde olduklarını ve bu durumun çalışanlar arasında çalışma huzur ve barışının bozulmasına ve çalışanlar arasında farklı hiyerarşik durum ve yapıların ortaya çıkmasına yol açabileceğini göstermektedir.

Tablo 25: Katılımcıların İş Güvenceleri Hakkındaki Düşünceleri

			Kurumda iş güvencesine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?				Toplam
			Evet	Kısmen	Hayır	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	12	15	47	1	75
		%	16,0%	20,0%	62,7%	1,3%	100,0%
	Erkek	Sayı	4	14	27	0	45
		%	8,9%	31,1%	60,0%	0,0%	100,0%
Toplam		Sayı	16	29	74	1	120
		%	13,3%	24,2%	61,7%	0,8%	100,0%

Katılımcılara sorulan taşeron statüsüyle bir iş güvencesine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz şeklindeki soruya; çalışanların (kadın ve erkek çalışanlar benzer oranlarda) %13,3’ü evet, % 24,2’si kısmen, % 61,7’si ise hayır şeklinde cevap vermişlerdir. Tablo 25’de açıkça görüleceği üzere çalışanların önemli bir kısmı taşeron çalışma biçimini güvencesiz bir pozisyon olarak algılamakta ve iş güvencesi gibi temel bir hakka sahip olmadıklarını düşündükleri görülmektedir.

“Tabii ki idari sonuçta sözleşmelisiniz, hastanenin şirketine bağlısın, yani çok fazla bir hakkın yok. Eğer yanlış bir şey yaparsak ya da haksızlığa uğrarsak kendimizi çok fazla savunabileceğimizi düşünmüyorum” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Başhekim daha önceden hastane içinde karşılaştığı bir hemşireyi, birkaç gün sonra tekrar görünce ona soruyor işte, sen kadrolu musun, hayır ben taşeronum diyor o da. Başhekim hemşireye orada diyor ki, senin geçici olduğunu bilseydim daha farklı olurdu, hiç bu kadarına gerek kalmazdı gibisinden, bir sıkıntı oluyor, kadrolu olduğunu biliyordum diyor, evet geçici olduğunu bilseydim farklı olurdu diyor” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

“Ya ben kadro olayı gelsin, kardeşim ondan sonra arkadaşım bana top işlemez bana, ben kadroluyum düşüncesine kesinlikle karşıyım. Eşime dahi ben her daim söylüyorum kendisi devlet memuru ve kuruşu kuruşuna helal para kazanacaksın diyorum ona. Yok, ben devlet memuruyum bana bir şey olmaz kesinlikle yanlış bu. Ama bazıları bunu tabii art niyetli bir şekilde sürdürdüğü zaman ne oluyor, adam işe gelmiyor, adam çalışmıyor, yok diyor sen beni bu birime veremezsin, ben orada çalışmam. Buraya geliyor, zoraki yerinden kaldırmıyorsun ya ben zaten kadroluyum sıkıntı çıkmaz diyor, şikâyet edilse bile. Şimdi diyelim ikimiz siz kadrolu ben taşeron, ikimiz aynı nöbeti tuttuk ve bir vukuat oldu. Gittik başhekimin karşısına hakikaten uçurum var, hani belki beni o dakika işten atar” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Kamu sektöründe istihdam süreçlerinin genel olarak esnek ve sözleşmeli bir yapıya doğru evrildiği son 30 yıllık süreç içerisinde, kamuda istihdam edilenler içerisindeki en zayıf halkayı oluşturan taşeron çalışanlar, bu süreçten en çok zarar gören çalışan grubunu oluşturmuştur. Standing, esneklik uygulamalarının yaygınlaştığı günümüzde görülen güvencesizlik olgusunun; temelde işgücü piyasası içerisinde olması gereken 7 güvencenin olmaması durumuyla karakterize edilebileceğini belirtmektedir. Buna göre güvencesizlik olgusu işgücü piyasalarında emeğe dair olan başlıca; emek piyasası

güvenliği, istihdam güvenliği, iş güvenliği, çalışma güvenliği, vasıfların yeniden üretimin güvenliği, gelir güvenliği ve temsil güvenliği gibi süreçlerin yokluğuyla tanımlanabilir (Standing, 2015, s. 26). Sağlık kurumlarındaki özelleştirme ve dönüşüm süreçlerinin sonuçları üzerine odaklanan farklı çalışmalarda; sağlık çalışanlarının esnek, sözleşmeli istihdam biçimleriyle istihdam edildiği bir yapının var olduğunu ve buna bağlı olarak iş güvencelerinin zayıfladığı ve iş yüklerinin arttığı bir sürecin yaşandığını düşündükleri görülmüştür (Harmancı, 2010, s. 106; Şentürk, 2011, s. 123; İzgi ve Öztürk-Türkmen, 2012, s.171). Araştırmadan elde edilen veriler ve alandaki gözlem ve mülakatlarda da kurumda çalışan personelin; her daim işten atılma korkusu içinde olduğunu, iş güvencelerinin çok düşük olduğu bir yapı içerisinde çalıştıklarını düşündüğü belirtilebilir. Tez çalışmasının son dönemlerinde (analizlerin yapıldığı dönemde) ortaya çıkan taşeron kadro düzenlemesinin çalışanlar açısından önceki sisteme nazaran iş güvencesinin daha fazla olduğu bir yapıyı getirecek olması iyi bir gelişme olarak yorumlanabilir. Bunun yanında taşeron çalışanlar içerisinde kadroya geçmeye hak kazanacak olan çalışanların önceki dönemlere ait haklarından vazgeçmeleri ön koşulunun olması ve çalışanların kadroya mevcut maaş ve özlük haklarıyla geçirilecek olmaları durumu da, çalışanların Standing’ın yukarıda belirttiği iş güvencesizliği boyutlarından bazılarıyla yeni dönemde de karşılaşacaklarını göstermektedir.

6.2.5. Çalışanların sınıfsal konumları hakkındaki düşünceleri

Bu bölümde çalışanların sınıfsal olarak kendilerini nerede konumlandıklarını bakılacak ve çalışanların kazandıkları ücret hakkındaki düşüncelerine ve çalışanların ne tür geçim stratejilerine sahip oldukları hususuna değinilerek sürecin açıklanmasına çalışılacaktır.

Tablo 26: Katılımcıların Ücretleri ve Sınıfsal Konumları Hakkındaki Düşünceleri

Aldığınız ücretli yeterli buluyor musunuz?		n	%
	Evet	2	1,7
	Kısmen	5	4,2
	Hayır	113	94,2
Toplam		120	100,0
Kendinizi maddi olarak hangi grupta görüyorsunuz?		n	%
	Alt Gelir	44	36,7
	Orta Gelir	75	62,5
	Üst Gelir	1	,8
Toplam		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına aldığınız ücreti yeterli buluyor musunuz sorusuna çalışanların % 1,7’si evet yeterli, % 4,2’si kısmen yeterli, % 94,2’si yetersiz bulduklarını

belirtmiş ve bu noktada kadın ve erkek çalışanların benzer bir eğilimde oldukları görülmüştür. Diğer yandan çalışanların kendilerini sınıfsal olarak hangi grupta gördükleri durumuna bakıldığında katılımcıların % 36,7'si alt gelir grubunda, % 62,5'i orta gelir grubunda, % 1'i ise üst gelir grubunda yer aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu süreçte çalışan yoksulluğu⁸⁴ olarak adlandırılan olgunun bu çalışan grubunu açıklayıcı bir çerçeve sunduğu ileri sürülebilir. Çalışanların mevcut durumda aldıkları ücret (Ocak 2018 itibarıyla bekâr olan bir çalışan için asgari ücret net 1.603,12 TL) düşünüldüğünde bu ücretin⁸⁵ bekâr bir çalışanın geçinebilmesi noktasında dahi az olduğu söylenebilir. Bu noktada çalışanların büyük bir kısmının aldıkları ücreti yetersiz buldukları, bu noktada uğradıkları hak kayıplarının ve eşitsizliklerin farkında oldukları ancak bu noktada başka alternatifleri olmadığı için bu işte çalıştıkları söylenebilir.

“Benim Ocak maaşım 1950’diydi düşürdüler 1750’ye, böyle bir saçmalık var mı ya? Ben 600 TL kira veriyorum, kışın olduğu zaman da 400 TL doğalgaz veriyorum etti sana 1000 TL. 200- 300’ de çocukların yiyeceği, içeceği, mamasıdır, bezidir, üstüdür, başıdır derken 300 de ona verdim etti 1300, yüz de elektrik su 1400, geriye kalıyor 350 TL ne yapacaksın? Hadi 350 lirayla mutfak masrafı, gezme yok, içme yok, dışarı çıkmak yok, hiçbir şey yok yani, bunları düşünmek lazım. Biz hasta bakıcılardan çok alıyoruz, hasta bakıcılar var 1400 lira alıyorlar. Bu doğru değil, elemanın hakkını verecen, gözünü doyuracan”(Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

“Hayır ya ben açıkça söylüyorum, hakkımı helal etmiyorum çünkü ben buraya ilk başladığımda bana dediler, ki ben sözleşmede de okudum. Asgari ücretin %100 ü kadar fazla alacaksın yani iki katını, herkes 800 alıyor ben 1650 alıyorum, maaşım çok iyi, iki katını alıyorum. 2011 yılında öyle oldu, bir yıl geçti başhekim değişti, benim maaşım 1600 küsur ya, 1300’e düştü. Benim bildiğim maaş sürekli artar değil mi? Ben 7 yıldır buradayım 1650 ile başladım şuan maaşımı sorarsan 1590, Ocak ayından beri 1590 TL ve ben o yüzden hiç hakkımı helal etmiyorum. Çünkü benim hakkım bu değil, ben %100 anlaşma yaptıysam, sen bunu yüzde yetmişe düşürürsen anlarım, ama bunu her yıl %70, %50, %30, şu an %10 a düşürdü”(Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

“2.500 alıyor benim arkadaşım var Malatya İnönü’de taşeron kendisi. 200 TL fark edecek kadroluya geçse, ne fark edecek ki, geçmesin daha iyi, ne fark edecek ki. Ya burada mesela

⁸⁴ Çalışan yoksulluğu kavramı ilk olarak, Endüstri Devrimi’yle birlikte kapitalist üretim süreçleri ve çalışma biçimlerinin yaygınlaşmasına paralel emekçi kitlelerin çalışma koşulları üzerine yapılan çalışmalarda ortaya konulmaya başlanmıştır. F. Engels’in 1845 yılında yazdığı İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu adlı eseri, devrimin beşiği olan İngiltere’de emekçilerin yaşam ve çalışma koşullarına odaklanmakta ve çalışan yoksulluğunu ayrıntılı ve çarpıcı betimlemelerle ortaya koymaktadır (Engels, 2007). Çalışan yoksulluğunun kavramsal olarak ortaya çıkması ise, 1970’li yılların başlarında ABD’de hane halkının finansal alım gücünde ortaya çıkan azalmayı nitelemek amacıyla kullanılmaya başlamasıyla olmuştur. Özellikle 1970’li yıllarda işsizliğin artışı ve bunu azaltma noktasında alınan önlemlerin başarısızlığa uğramasına paralel, atipik ve geçici çalışma örüntülerinin yaygınlaşması yeni bir yoksulluk türü olan çalışan yoksulluğu kavramını ortaya çıkarmıştır. Çalışan yoksulluğu; tipik evsiz, işsiz veya emeklilerden oluşan klasik yoksul topluluğunun dışında, üretim sektörü içinde aktif olarak yer alan nüfusun yaşadığı yoksulluğa işaret etmektedir (Pena-Casas and Latta, 2004, s. 1).

⁸⁵ Türk-İş, Ocak 2018 ayında dört kişilik bir ailenin açlık sınırının 1.615,49 TL, yoksulluk sınırını ise 5.262,18 TL olarak hesaplamıştır. Bunun yanında Türk-İş asgari ücretin 2018 yılı için en az (TÜİK’in asgari geçim standardı olarak belirlediği) 1.893 TL olarak belirlenmesi gerektiğini, DİSK ise bu ücretin net en az 2300 TL olarak belirlenmesinin çalışanlar açısından bir anlamı olacağını belirtmiştir.

sendikaya üye olduk, Türk İş'e hani ne dedik fazla paramızı alalım, hakkımız olsun, işte şey imzalayalım. Ne olsun şu ana kadar bize az verilen parayı alalım. Yani bizim de maaşımız bir İnönü kadar niye yüksek olmasın ki. Onun için yani, yönetim istemedi, tehdit etti, sendikadan mesela çıktık, şu an mesela sendika üyesi değiliz. Ya bu özgürlük de yok, Bimer'e falan yazdım ben, ama geri dönülmedi yani" (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

"Mesela Malatya, ben gittim orada da hemşire arkadaşlar vardı, vallahi yalan olmasın asgari ücretin %80'i mi 75 fazlasını mı alıyorlardı, şimdi bu sendikalaşma yani. Bizim üniversitemizde yani sözleşmeyi ben yaptığım zaman %35'ti, çocuklar istifa etti diye şu an herhalde %25'e düşürmüşler, ya da %20'ye düşürmüşler. Şu yeni yapılan sözleşmede ha biz orada olsaydık onu %35 ten %34 de çekemezlerdi, çünkü bir yerde sözleşme yapıldı mı onun üstüne sözleşme yapılıyor, altına bir daha sözleşme yapılmaz. Bu başhekim istese %80 de verir, ha %80 verilsin biz onu savunuyoruz. Şimdi yani hastanede öğretim üyeleri gerçekten büyük rakamlar alıyorken, bu sistemin hastanedeki tüm çalışanlara yansıtılması gerektiğini savunuyoruz biz"(Sağlık-İş Sendikası Yöneticisi).

Çalışanların asgari ücret konusundaki düşünceleri ve bu ücretle geçin(eme)me konusundaki bireysel anlatıları, çalışanlar açısından yaşanan sürecin vahametini göstermesi noktasında çarpıcı bir nitelik taşımaktadır. Sağlık çalışanları üzerine yapılan farklı çalışmalarda da asgari ücretle çalışmanın ve geçinmenin çalışanlar açısından çok zor olduğu ve bu durumun örgütsel adaleti zedeleyen ve çalışanların motivasyonunu düşüren bir neden olduğu ortaya çıkmıştır (Aydın, 2009, s. 72; Işık, 2014, s. 88). Çalışanların yukarıda belirttiği üzere, kurumun her ihale döneminde taşeron çalışanların alacakları ücretler konusunda, oldukça düşük oranlarda (asgari ücretin %20 fazlası gibi) bir ücret seviyesi öngörmesi ve artışlarında bu oranda olması çalışanlar açısından tam bir hayal kırıklığına yol açmaktadır. Örneğin çevre illerde bulunan üniversite hastaneleri (Malatya, Diyarbakır) taşeron firma üzerinden çalıştırdıkları sağlık personellerine asgari ücretin ortalama % 50- 70 fazlası oranında bir ücret belirleyerek çalışanlarına bu şekilde ödeme yapması, bu kurumun çalışanlarının hakkını göz ardı eden bir tutum içerisinde olduğunu göstermektedir. Özellikle çalışanların önceki dönemlerde sendikal örgütlenme yoluyla açtıkları davalar sonucu elde ettikleri kısmi kazanımlar ve iyileştirmelerin hastane ve şirket yöneticilerinin engelleme ve tehditleriyle zaman içerisinde geri alındığı bir süreç yaşanmıştır. Çalışanların bu noktada işlerini kaybetme korkusundan dolayı kurumun ve firmanın sunduğu koşulları ve ücretleri kabul etme ve daha itaatkâr bir tutum içerisine girme yoluna gittikleri söylenebilir.

Çalışanların bu koşulları kabullenip itaatkâr bir çizgide bulunmalarında her ne kadar güvencesiz pozisyonda olmalarından kaynaklı süreçlerin etkili olması yanında, farklı kültürel etmenlerin de bu süreçte etkili ve belirleyici olduğu söylenebilir. Bu noktada güç mesafesi kavramının çalışanların üstlerine karşı itaatkâr tutum ve

davranışların nedenlerinin anlaşılmasında işlevsel olduğu söylenebilir. Buna göre güç mesafesi⁸⁶ ya da aralığı bir örgütte bulunan gücün bu örgütteki ast ve üst çalışanlar arasında nasıl paylaşıldığı ve işlediğini gösteren bir kavramdır. Örneğin güç mesafesinin yüksek olduğu örgütlerde üstler tarafından verilen emirler sorgulanmadan yerine getirilir ve bu süreçlerde mutlak itaat istenen ve beklenen bir davranıştır. Diğer yandan güç mesafesinin düşük olduğu durumlarda ise astlar kendilerini yöneticilerle eşdeğer bir çizgide görmekte ve buna bağlı olarak örgüt içi ilişkilerde daha demokratik bir işleyiş süreci olmaktadır. Genel olarak sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek toplumlarda güç mesafesi düşük ve bireycilik eğilimleri yüksek iken, sosyo-ekonomik düzeyi düşük toplumlarda ise güç mesafesi yüksek ve bireylerin daha kolektivist davranış eğiliminde olduğu söylenebilir (Öğüt ve Kocabacak, 2008, s. 150). Araştırma evrenine bu çerçeveden bakıldığında örgütsel süreçlerde güç mesafesinin yüksek olduğu, çalışanların kendileri açısından var olan belirsizlik durumlarında olduğu kadar kaçınma eğiliminde oldukları ve bireysel olarak risk almadıkları, paternalist bir anlayışla sürece yaklaştıkları ve oldukça itaatkâr bir tutum içerisinde oldukları söylenebilir.

Çalışanların aldıkları düşük ücretle geçimlerini nasıl sağla(yama)dıklarına yönelik sorulan sorularda; çalışanların sağlık çalışanı olma yanında, farklı meslek gruplarında vasıflı -vasıfsız işçi olarak çalıştıkları ve farklı geçim stratejileri geliştirdikleri bir yapının da var olduğunu göstermektedir.

“Bizim maaşımızın hangi gün yatacağını bile bilmiyoruz, hani biri ile onu arası bir gün yatacak ama ucu açık, ama Allah bilir ne zaman yatar, belki on belki yedisinde yatabilir. Tabii bilemiyorsun yani hani misal diyorum size, eşim memur ben gidiyorum gece on ikiden sonra tak hesabıma para geçiyor. Ben düşünüyorum acaba bugün maaşım yattı mı, ertesi gün bakıyorum, öbür gün bakıyorum. İnancınız olsun, ben duygu sömürüsü falan kesinlikle yapmıyorum, diyorum ya çok şükür benim eşim çalışıyor, bir şekilde geçiniyoruz, ama inanın çalışanların %80’i tek maaşla geçiniyor. Şu an eksi bakiyelerde boğulmuş insanlar var, evine ekmek götürmek için kartının eksi bakiyesini ta dibine kadar kullanıyor hatta eksi bakiye yetmiyor arkadaşlarından borç alıyor, evine ekmek götürüyor, öyle adamlar var” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Bizim çalıştığımız kişinin [dışarıda şoförlük yaptığı aracın sahibi] iki tane üç tane aracı var, biz şoförlük yapıyoruz orda, buradan aldığımız maaş yetmiyor. Yani biz ne iş olursa oraya

⁸⁶ Güç mesafesi kavramı, Geert Hofstede’nin farklı kültürler arasındaki farklılıkları ve bu farklılıkların bireylerin düşünüş ve davranışlarında ne gibi etkileri olduğunu ortaya koymak amacıyla 80’li yıllarda 50’den fazla ülkede gerçekleştirdiği araştırmalar sonucunda ortaya koyduğu Kültürel Boyut Teori’sinin boyutlarından biridir. Hofstede bu teorisinde her kültürün başlıca altı boyutundan bahseder. Bunlar temelde güç mesafesi, belirsizlikten kaçınma, bireyciliğe karşı kolektivism, maskülen topluma karşı feminen toplum, uzun vadeliye karşı kısa vadeli oryantasyon, serbestliğe karşı sınırlamaya dayalı yapının varlığı durumlarıdır (Hofstede, 2011, s. 8). Hofstede bu teorisinde güç mesafesinin küçük olduğu kültürlerde bireyciliğin geliştiği, belirsizliklerin göğüslenildiği, feminen ve serbestliğe dayalı bir toplumsal yapının olduğunu belirtmektedir.

gidiyoruz, hani mesela bu akşam Diyarbakır var, ben belki Diyarbakır’a gideceğim. Mesela dün sabah Malatya’ya gittim yolcuyla Ahlat’a götürdüm, sonra Tunceli’ye sabah üç kişiyi götürdüm, ne iş olursa mecbur gidiyorum, benim işim bu. Ben hani boş zamanda çalışmak zorundayım mesela bu arkadaşta inşaata gidiyor, bir arkadaş bizim marangoz, diğer arkadaşımız mobilyacı, bir arkadaşım medikalcilik yapıyor, ek iş olarak herkes bir iş kovalamak zorunda” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Yazık günah diyorum, sadece asgari ücretle geçinen kişi var inanın, 1500 liraya 400 -500 liralık kira verip geri kalan 1000 lirasını 2 -3 tane çocuk yetiştiren, aileyi geçindiren insanlar var. Ayrıca ben o insanları pazarda domates satarken görüyorum, kemer -cüzdan satarken görüyorum, çorap satarken görüyorum. Mobilyacılarımız var misal ya adam işte laboratuvar mezunu kadro alamamış, mobilyacı da işte günübirlik şey çalışıyor. Hani yevmiye usulü ondan sonra hani ne bileyim ek iş yapmak zorunda. Çünkü o 1500 liraya kira artı aile geçindirilmez yani hakikaten geçindirilmez yani, iddia ediyorum şu an bu pozisyonda olanların %80’i ek iş yapıyor. Benim arkadaşın eşi hamile, bir evi yok, tek asgari ücret burada çalışıyor. İşte eşi de çalışmıyor, evinin bir odasını atölye yapmış, kokulu taş yaparak, böyle süs, nikâh şekeri tarzı şeyler yaparak ek bütçe, hayat mücadelesi veriyor, çünkü çocuğu dünyaya gelecek, kendini zor geçindiriyor” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Döner sermayesini vereceksin, maaşını hakkıyla vereceksin, hakkını vereceksin ki, çalıp çırpmanın yoksa çalıp çırpacak adam, buradan ne götürsem kârdır, zaten bir şey olmaz diyecek. Mesela burada çalışan personel; batikondur[antiseptik sıvı], alkoldür, pamuktur, enjektördür, sargı bezidir, personel alıp eşine dostuna alıp götürün vardır yani. Gözünü doyurduğın zaman ne yapacak bu adam, bu sefer diyecek, hastane bana bunu yapıyor, ben niye hastaneye kalleşlik yapayım ki şimdi biz burada oturuyoruz. Mesela ben burada niye yazık günah değil mi, benim cebimden gidecek düşünün, çalışan bunu düşünüyorsa niye işveren ya da yüksektekiler düşünmüyor çalışanın düşündüğünü” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

Katılımcıların belirttiği üzere mevcut ücretle geçinme ve hayatı idame ettirebilmenin zorluğu, hatta imkânsızlığı dolayısıyla, çalışanların ek iş yapma yönünde bir eğilim içerisinde olduğu bir yapı söz konusudur. Bu noktada özellikle yoğun bakım, çocuk hemşireliği veya daha spesifik niteliklere sahip sağlık personelinin ihtiyaç durumlarında özel hastanelerde nöbet veya çağrı üzerine çalıştığı ve bu şekilde ek gelir elde ettikleri söylenebilir. Bunun haricinde özel sağlık kurumlarında ek iş yapma imkânı bulamayan bazı çalışanlar ilgileri ve imkânları dâhilinde farklı işlerde (mobilyacı, elektrikçi, şoför, medikalci, seyyar satıcı vb.) çalıştığı bir yapının varlığı, bu çalışan grubunun içinde bulunduğu kaotik süreç hakkında fikir verici bir mahiyet taşımaktadır. Bu durum güvencesizlik süreçlerinin finansal risk ve borçlanmaya dayalı, emek piyasalarının zayıflatılıp sosyal korumaların geriletildiği, bazı çalışanların temel yurttaşlık haklarından dahi mahrum kaldığı, mülksüzleştirme ve istihdamsız kentleşme süreçleriyle karakterize bir yapı olduğunu göstermektedir (Seymour, 2012, s. 260). Araştırma grubundaki çalışanların mevcut konumları ele alındığında güvencesizlik süreçlerinin çalışanları çok yönlü olarak etkilediği ve çalışanların farklı sektörlerde ve çoğu zaman da farklı işlerde çalışma yönünde bir eğilim içerisinde olduğunu görülmektedir.

Diğer yandan araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının oturdukları evlerin sahiplik durumuna bakıldığında çalışanların % 61,7'si kendisine ait bir evi, % 31,7'sinin kirada, % 1,7'sinin ise ailesiyle birlikte, %3,3'ü ise yakınımızın evi kira vermiyoruz, % 1,7'si ise lojmanda oturuyoruz şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanların oturdukları evlerin sahiplik durumuna bakıldığında çalışanlarının çoğunun ev sahibi olduğu anlaşılmaktadır. Sonuç olarak araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının (bekâr ve evli çalışanlar dâhil) aldıkları ücretlerin yoksulluk sınırı altında kalması ve kendilerini sınıfsal olarak daha çok alt ve orta gelir grubunda görmeleri durumu, bu çalışan grubunun çalışan yoksullar sınıfı içerisinde değerlendirilebileceğini göstermektedir.

6.2.6. Çalışanların başka bir kuruma geçme noktasındaki düşünceleri

Bu bölümde çalışanların başka bir kuruma geçme noktasında temel düşünce ve eğilimlerinin neler olduğu hususuna değinilerek çalışanların mevcut kurum ve pozisyonları hakkındaki düşüncelerinin neler olduğu konusu üzerinde durulacaktır.

Tablo 27: Katılımcıların Başka Bir Sağlık Kurumuna Geçme Konusundaki Düşünceleri

Başka bir sağlık kurumuna geçmeyi düşündüğünüz oluyor mu?		n	%
Toplam	Evet	2	1,7
	Kısmen	20	16,7
	Hayır	29	24,2
	Fikrim Yok	69	57,5
		120	100,0

Zaman zaman başka bir sağlık kurumuna geçmeyi düşündüğünüz oluyor mu sorusuna ise; çalışanların %1,7'si evet, %16,7'si kısmen, %24,2'si hayır, % 57,5'i ise fikrim yok cevabını vermişlerdir. Başka bir sağlık kurumuna geçme noktasında çalışanların daha çok özel hastaneleri temel alarak düşüncelerini ifade ettikleri söylenebilir. Çalışanların temelde büyük grup hastanesi olarak hizmet veren özel hastanelerin çalışanlarına sundukları imkânların, daha küçük ve bireysel olan özel hastanelerin çalışanlarına sundukları imkânlarla kıyaslanmayacak derecede iyi olduğunu ve kendileri açısından avantajlı olacağını düşündükleri durumlarda bunu düşünebileceklerini belirtmişlerdir.

“Zaten çalışma konusunda da ben özele gitmeyi düşünmüştüm, zaten başvuru da yapmıştım, Acıbadem’den çağırmışlardı, Ankara’dan. Oraya gitmedim, bu kadrodan dolayı gitmedim aslında hep kadro gelecek gelecek dediler, sonuçta orası özel hastane, hiçbir şekilde bir güvencem yok yani. Ben işte kadroya girerim diye gitmedim, arkadaşlarım çalışıyor Acıbadem’de, şartları gayet iyi, maaşları da iyi, az hasta bakıyorlar, bir kere yığınla hasta bakmıyorlar da. Mesela buranın özel hastanesine arkadaşım girdi geçenlerde, 1600 falan alıyor burada, özel hastanede ve fazla çalışıyor özel hastaneler fazla çalıştırıyorlar ama

İstanbul'da Memorial'de çalışan bir arkadaşım var 3500 falan alıyor, az hasta bakıyor çalışma şartları çok iyi. Aynen ortaöğretim mezunu, yok iş deneyimi falan da yok, ya zaten yeni mezun, çalışmamıştı, mezun olduğundan beri orada ilk defa çalışıyor. Her şeyi her imkânı da veriyorlardı, hastanenin karşısında işte lojmanları vardı, hem de buradaki lojmanlar gibi değil, güzel bir sitenin içinde dört dörtlük lojmanları vardı, yemek servis her şey ücretsiz, zaten maaş konusunda da gayet idealdi. Fırsatım olsa kurumumu değiştirmeyi düşünürüm. Öyle hastaneler deneyime pek bakmıyorlar, kendileri eğitim veriyorlar ve pek öyle hani deneyime falan da dikkat etmiyorlar genellikle. Diyorlar işte bize gelen hasta kesimi belli, zengin insanlar geliyor buraya, belli bir ücret ödeyerek buraya geliyorlar. Sizden bekledikleri şey de ilgi oluyor, arkadaşın yüzüne mesela öyle söylemiş yöneticisi, hani demiş hastalara ilgi göstermen gerekiyor, güler yüzlü olman gerekiyor. Bakımlı olman gerekiyor, iş eninde sonunda yapılır yani, konuma pek önem vermiyorlar, ilgi alaka göstermen gerekiyor hastalara” (Emine, 23, Lise, Hemşire).

“Özeller daha iyi diye biliyorum çünkü buradaki gibi ücretler arasında uçuk şey yok yani hepsi aynı ücret alıyor, bir tek aşırı deneyimliler fazla alıyor o kadar, o da cüzi bir miktar. Bir de yoğunluk farklı, yoğunluk daha az orada, özeller hemen hemen daha iyi, fırsatım olsa hemen giderim” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“Özel hastane bence daha rahattır, sadece çalışma saati fazla, ama hasta yoğunluğu bakımından tabii bizim ki daha fazla. Tabii onlar 10 yataklı bir kliniğe bakıyorlarsa, biz 30 yataklı kliniğe bakıyoruz, ağır oluyor. Yok, şuan zaten taşeron olduğumuz için çok fazla özelden bir farkımız yok, arada sadece 100 lira oynuyor onlar 1550 falan alıyorlarsa biz 1600 alıyoruz” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

Diğer yandan katılımcıların büyük bir kısmının başka bir kuruma geçme noktasında, ilk aşamada çalıştıkları yerin kamu kurumu olmasından kaynaklı olarak taşeronla kadro verileceği beklentisinden (Aralık 2017’de çıkarılan KHK ile çalışanlardan uygun nitelikleri taşıyanların daimi işçi kadrosuna alınacağı süreç başlamıştır) dolayı kurumda kalma eğilimde oldukları söylenebilir. Bunun yanında çalışanlardan, KPSS vb. süreçlere zamanı ve gücü olmayan çalışanların bu ildeki küçük hastanelerde çalışmak için işten ayrılma düşüncesinde olmadığı daha çok büyük şehirlerde bulunan gelişmiş ve daha kurumsal grup hastanelerine imkânları olduğu zaman geçme düşüncesi içerisinde oldukları söylenebilir. Sağlık çalışanlarının başka kurumlara geçmesi süreçleri hakkında yapılan çalışmalarda çalışanların; başlıca iş doyumsuzluğu (Kaya, 2013, s. 18; Söyük, 2007, s. 119), çalışanlara değer vermeme ve mesleğin toplumsal statüsünün düşük olmasından kaynaklı (Aşkın, 2014, s. 52) nedenlerin işten ayrılma süreçlerinde etkili olduğunu göstermiştir. Sağlık çalışanlarıyla yapılan benzer çalışmalarda da çalışanların iş değiştirme veya işten ayrılma nedenleri olarak başlıca; aşırı iş yükü, düzensiz çalışma saatleri, düşük ücretler, meslek grupları arası çatışmalar, görev belirsizliği, yönetim sorunları gibi etmenlerin etkili olduğu ortaya koymuştur (Yaprak ve Seren, 2010, s. 28; Dora, 2014, s. 100; Koçaşlı vd., 2017, s. 127). Bunun yanında işten ayrılma süreçlerinde

etkili olan faktörlerin X ve Y kuşakları⁸⁷ arasındaki farklılıklarına eğilen başka bir çalışmada ise, sağlık çalışanlarının bu noktada da işten ayrılma nedenlerinin farklılık gösterebileceğini göstermiştir. Buna göre X kuşağında yer alan sağlık çalışanlarının daha çok ücretler ve kurumdan kaynaklı sebeplerle işten ayrıldığı, Y kuşağındaki sağlık çalışanlarının ise daha çok kişisel sebepler, kariyer değişikliği, performans düşüklüğü ve çalışma koşullarından kaynaklı işten ayrıldıkları tespit edilmiştir (Tatarhan, 2016, s. 45). Bu durum çalışanların işlerini bırakma veya kurum değiştirmeleri noktasında farklı nedenlerin söz konusu olduğunu göstermekle birlikte, yaptığımız çalışmada katılımcıların kurum değiştirme süreçlerinde daha çok statülerinden kaynaklı yaşadıkları maddi ve manevi kayıpların belirleyici ve önemli olduğunu söylemek mümkündür.

6.2.7. Çalışanların kurumsal aidiyet, mesleki saygınlık ve mesleklerini başkalarına tavsiye etme durumları

Bu bölümde çalışanların kurumsal aidiyet ve bağlılıkları noktasındaki düşünce ve deneyimlerine yer verilecek ve mesleklerinin saygınlığı noktasında ne düşündükleri hususuna yer verilecektir. Diğer yandan buna paralel çalışanların mesleklerini çocuklarına veya yakınlarına tavsiye edip etmeme noktasında ne tür bir eğilim içinde oldukları hususu üzerinde durulacaktır.

⁸⁷Bir kuşak, bir toplumda yaklaşık aynı zamanlarda doğan bireylerin oluşan yaş gruplarının bir biçimi olarak tanımlanmaktadır. Kuşak terimi genel olarak bir nesil ile öteki nesil arasında geçen dönem için kullanılmaktadır. Kuşak kavramı toplumsal içeriği olan ve aynı sosyolojik ve tarihsel dönemlerde doğan ve sosyalleşen bireylerin bu süreçlerde benzer deneyimlerden ve süreçlerden geçerek ideal tipik anlamda belirli noktalarda ortaklaştığı, benzeştiği (veya ayrıştığı) sürece işaret eden bir kavram olarak da nitelenebilir. Kuşaklar başlıca Sessiz Kuşak (1900-1945 doğumlular), Bebek Patlaması Kuşağı (1946-1964), X Kuşağı (1965-1979), Y Kuşağı (1980-1999), ve Z Kuşağı (2000-2020) olarak incelenmektedir (Marshall, 1999, s. 439; Twenge, vd., 2010, s. 1120).

Tablo 28: Katılımcıların Kurumsal Aidiyet ve Mesleki Saygınlık Hakkındaki Düşünceleri

			Kendinizi kuruma ait hissedebiliyor musunuz?				Toplam
			Evet	Kısmen	Hayır		
Cinsiyet	Kadın	Sayı	16	22	37		75
		%	21,3%	29,3%	49,3%		100,0%
	Erkek	Sayı	9	10	26		45
		%	20,0%	22,2%	57,8%		100,0%
Toplam		Sayı	25	32	63		120
		%	20,8%	26,7%	52,5%		100,0%
			Mesleğinizin toplumda saygın bir yeri olduğunu düşünüyor musunuz?				Toplam
			Evet	Kısmen	Hayır	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	1	37	21	16	75
		%	1,3%	49,3%	28,0%	21,3%	100,0%
	Erkek	Sayı	0	16	16	13	45
		%	0,0%	35,6%	35,6%	28,9%	100,0%
Toplam		Sayı	1	53	37	29	120
		%	0,8%	44,2%	30,8%	24,2%	100,0%

Araştırmaya katılan katılımcılara kendinizi çalıştığınız kuruma ait hissediyor musunuz sorusuna çalışanların; % 20,8'i evet, % 26, 7'si kısmen, yarısından fazlası (%52,5'i) ise hayır ait hissetmiyorum şeklinde cevap vermişlerdir. Kadın ve erkek çalışanların kendilerini kuruma ait hissetmemelerinde temelde, taşeron olarak istihdam edilmelerinden kaynaklı olarak ortaya çıkan maddi ve manevi ayrımların ve uğradıkları maddi ve manevi hak kayıplarının temel neden olduğu belirtilebilir. Çalışanların bu noktada en büyük sıkıntılarından birinin de kurumdaki mesleki tanımlarının ve buna bağlı konumlarının muğlak olmasından kaynaklı ortaya çıkan durumların olduğu söylenebilir.

“Şimdi kadrolu bir kişi de istemez yanındaki bir kişinin taşeron olmasını istemez, çünkü en ufak bir muhabbette bile taşeron elemanın zoruna gidecek bazı şeyler olabiliyor. Yani misal örneğin bizim arkadaş vardı, banka promosyonu 2500 TL idi. İşte misal döner sermaye yatıyor, işte maaşı totale baktığın zaman neredeyse 4 000 TL alıyor bir bakıyorsun, biz de 1500 TL alıyoruz, hani hakikaten çok çok düşük bir rakam ve bu durumda kişi kendini ve kurumdaki varlığını sorguluyor” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Ya valla artık şu taşeron kelimesi bile ya hakikaten ağır bir kelime yani, bilene ağır bir kelime ne olduğumuzu bize söylesinler yani. Biz sizin gözünüzde bir hemşire miyiz, bir personel miyiz, bir temizlik personeli miyiz, neyiz artık ona göre davranışlar ve hakikaten şu adaletsizliği kaldırmalarını istiyorum” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

“Ben şunu iddia ediyorum bir babanın en zor durumudur. Hani çarşıya pazara gidersin, çocuk bir şey ister ve sen onu alamazsın, babanın yıkılışıdır, babanın yerin dibine kat kat girmesi demektir yani. Şimdi biz aslında iki şey istiyoruz, bir insan yerine konulmak istiyoruz kurumla hani tanınmak istiyoruz, kurum bizi görsün diyoruz. İki kimseye muhtaç olmayacak miktarda bir ücret almak istiyoruz. 1000 lirayla ben geçinirim ama yeter artık şu taşeron lekesini, müteahhit elemanı, bilmem ne elemanı, şirket elemanı, pür emanet bizim birçok kollarımız var yani. Aşağılamak için pür emanet, taşeron, geçici bilmem ne, yani artık yeter

yani, hani şunu diyelim yani, biz Fırat Üniversitesi elemanınız hani bizi kimse böyle aşağılamasın yani” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Katılımcıların ifadelerinden açıkça görüleceği üzere çalışanların statülerinden kaynaklı olarak uğradıkları maddi hak kayıpları ve eşitsizlikler yanında, mesleki anlamda da gerek kurumda gerekse sosyal çevrelerinde taşeron statülerinin sağlık çalışanı olma özelliğinin önüne geçtiği bir sürecin varlığı çalışanlarda olumsuz duygu ve durumların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Çalıştıkları kurumun kendilerine karşı maddi ve manevi anlamda her türlü zorluğu çıkardığını belirten çalışanlar bu sebeple kendilerini kuruma ait hissedemediklerini ve bu sürecin manevi anlamda da çok yıkıcı bir sürece yol açtığını belirtmişlerdir. Araştırmadan çıkan sonuçlar benzer çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlarla benzer bir nitelik taşımakta ve örgütsel aidiyet süreçlerinde çalışanların statülerinin de (kadrolu-sözleşmeli-taşeron olma durumlarının) önemli bir faktör olduğu ve bu süreçte daha güvenceli, ilerleme ve terfi olanaklarına sahip çalışanların örgütsel aidiyetlerinin daha güçlü olduğu ortaya çıkmıştır (Erman-Demir, 2014, s. 12; Öztürk, 2013, s. 69; Söyük, 2007, s. 185).

Çalışanlara mesleğinin toplumda saygın bir yeri olduğunu düşünüyor musunuz sorusuna çalışanların % 0,8’i evet, % 44,2’si kısmen, %30,8’i hayır, % 24,2’si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Mesleki saygınlık noktasında kadın ve erkek çalışanların benzer bir düşünce içerisinde oldukları görülmüştür. Çalışanların bu soruyu cevaplarken mesleki konumlarını daha çok istihdam edildikleri taşeronluk statüsüyle birlikte düşünüp buna göre cevap verdiklerini ve bu noktada mesleklerinin bir saygınlığının olmadığını düşündükleri söylenebilir.

“Benim etiket sıkıntım var, açık söylüyorum eşim memur diye çok şükür maddi sıkıntı yaşamıyorum, parasal bir sıkıntı yok, elhamdülillah yetiyor bize. Ama bugün de size söyledim, ben Fırat Üniversitesi’ndeki mevcut okula eğer çocuğumu kaydedemiyorsam, bu benim utanç tablomdur. Yani eşimle birlikte gidiyorum, benden görev yeri belgesi istiyor, şirketten alıp götürüyorum, 9 yıllık emeğimi tamamıyla hiçe sayıp, sen Fırat Üniversitesi’nin elemanı değilsin diyor. Şimdi ben böyle geriye dönüp baktığım zaman, sanki bütün emeklerim hepsi boş yani, hani sanki ben burada hiç çalışmamışım, yani hiç emek vermemişim. Hani ben kendimi hiç bir yerde görmüyorum boştayım, iki dudak arasındayım vasıfsızım, kimse benim kalifiyemden şuyumdan buyumdan hiç kimsenin haberi yok. Etiket sıkıntım var, şu dakika rektöre sorarsanız beni, benim elemanım değil der, bu kararsızlık bizi yedi bitirdi” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Genel olarak ilk önce hastaların bize sorduğu soru şu: mesela kan aldirmaya geliyor ya da ameliyat olmaya geliyor sorduğu ilk şey siz burada kadrolu musunuz? Sanki kadrolular tamam, kadrolular her şeyi biliyor, her şeyin en iyisi, en üstü; yeni başlamış stajyer gözüyle bakıyorlar bize en büyük sıkıntımız bu bizde” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

“Ben içerde söyleyince gülüyorlar, nasıl çalışıyorsun diye, ama artık hasta hasta yakınları da öğrenmiş artık. Bingöllü Muşlu hastam geliyor buraya, diyorlar ki sen müteahhit işçisi misin diyor” (Emine, 23, Lise, Hemşire).

“Artık maddiyatı koyduk bir kenara, hani bizim dışarıda misal diyelim çarşıda, pazarda şunu diyebilelim Fırat Üniversitesi’nin elemanıyız. Bizim milletimizde de artık nasıl bir algı oluşmuşsa, selamün aleyküm nerede çalışıyorsun? Fırat Üniversitesinde, kadrolu musun diyor, taşeron musun yani anında o taşeron yaftasını yapııştırıyor” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Günümüzde çalışma hayatındaki koşulları kendi kültürü doğrultusunda yeniden oluşturan kapitalist birikim rejimi neo-liberal dönemle birlikte; esnekliği, geçiciliği çalışma hayatının temel karakteristiği haline getirmiştir. Esneklik süreçlerinin etkisi altına giren çalışma hayatında ömür boyu iş garantisinin kademeli olarak ortadan kalktığı, sürekli iş değiştirmenin yaygınlaştığı, bireyci ve fırsatçı çalışan tipinin ön plana çıktığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Bu durum mesleklerin geleneksel olarak düşünüldüğünde ömür boyu süren niteliklerini değişime yol açmış ve bu noktada mesleklerin bireyin statüsünü, kimliğini, sosyal çevresini ve genel olarak hayat tarzını belirleme gücü gitgide azalmaya başlamıştır (İlhan, 2008, s. 327). Çalışmada elde edilen verilerde de açıkça görüleceği üzere çalışanların yaptıkları işin toplumsal saygınlığının çok da fazla olmadığını düşündükleri söylenebilir. Çalışanların bu düşünce içerisinde olmalarında, taşeron statüsünde çalışmalarının etkili ve belirleyici olduğu söylenebilir. Bu konuda yapılan farklı çalışmalarda da sağlık çalışanların mesleki saygınlıklarının azaldığı bir süreç yaşadıklarını ve bu durumun gerek çalışanlar üzerinde gerekse de genel olarak sağlık hizmetlerine olumsuz yönde etki ettiği yönünde bir düşünce içerisinde oldukları görülmüştür (Özkurt, 2014, s. 100).

Tablo 29: Katılımcıların Mesleklerini Yakınlarına/Başkalarına Tavsiye Etme Durumları

Çocuğunuzun şu an yapmış olduğunuz işi yapmasını ister misiniz?		n	%
Toplam	Evet	19	15,8
	Hayır	81	67,5
	Fikrim Yok	20	16,7
		120	100,0
Çocuğunuzun şu an yapmış olduğunuz işi yapmasını ister misiniz? Hayır, ise neden?		n	%
	Çalışma koşullarının zor olması	32	26,7
	Emeğinin karşılığını alamamak	22	18,3
	Daha farklı alanlarda uzmanlaşmasını isterim.	22	18,3
	Sağlığı tehdit eden riskli bir meslek olması	5	4,2
	Toplam	81	67,5
	Cevap Yok	39	32,5
Toplam		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yapmakta oldukları sağlık mesleğini kendi çocuklarının da yapmalarını isteyip istemedikleri durumuna bakıldığında; çalışanların %

15,8'i evet, % 67,5'i hayır, % 16,7 'si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanların sağlık mesleğini çocuklarına tavsiye etmeme nedenleri olarak çalışanların; % 26,7'si sağıktaki çalışma koşullarının zor ve ağır olmasını, % 18,3'ü (kendilerinin çalışma statülerini de düşünerek) emeklerinin karşılığını alamadıkları bir meslek olduğu için istemediklerini belirtmişlerdir. Bunun yanında çalışanların % 18,3'ü çocuklarının daha farklı alanlara yönelerek daha iyi bir meslek sahibi olmasını istediğini, % 4,2'si ise sağıktaki çalışma koşullarının sağığı tehdit eden bir nitelikte olduğunu vurgulamışlardır.

“İstemem şahsen, mesela bizim görüntüleme birimleri radyasyonlu bölgeler ve bizim sadece dozimetremiz var. Net ve doğru rakamlar olduğunu pek düşünmüyorum açıkçası, yani radyasyona çok az kalan biriyle, bizimki aynı geliyor, pek fark olmuyor, ya böyle sıfır virgöl farklar ancak oluyor. Yok, zaten, dozimetrenin bir etkisi de yok, hani yüksek geldiğinde veya düşük geldiğinde fark eden şey yok. Aynen aksesuar gibi bir şey yani. Her zaman aldığımız radyasyondan fazla bir radyasyon aldığımızda bizde de tedirginlik oluyor. Tedirginlik atılıyor mu yok atılmıyor, bir şekilde kalıyor ve ben şahsen çocuğumun sağığıya yönelmesini istemem”(Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Sennett, Karakter Aşınması adlı çalışmasında 1970'li yıllardan itibaren ortaya çıkan esnek kapitalist dönemde; esneklik süreçlerinin iş, meslek ve karakter yapıları üzerindeki etkilerini Enrico ve Rico (baba ve oğlu) adlı kişilerin hayat hikâyeleri üzerinden üzerinden ele alarak çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır. Buna göre Fordist dönemde yaşayan Enrico (baba) mesleki anlamda düşük (hademe) bir statüde olsa da daha güvenceli ve öngörülebilir bir hayat düzenine sahip bir kişidir. Bununla birlikte Enrico kendisinin sınıfsal anlamda düşük bir statüde olduğunun da farkındadır. Bundan dolayı Enrico, Rico'nun (oğlu) Amerikan rüyasının vaat ettiği sınıf atlama ideali doğrultusunda iyi bir eğitim alarak sınıf atlamasını ve daha iyi koşullarda bir hayat sürmesini istemektedir (Sennett, 2008, s. 16). Burada Enrico ve Rico karakterleri üzerinden araştırma grubuyla kurmaya çalıştığımız analogiyi ise şu şekilde ifade edebiliriz. Özellikle Fordist dönemde istihdam süreçlerinde daha öngörülebilir ve daimi statüdeki işler, yaşadığımız dönemde esnekliğe dayalı sözleşmeli ve belirli süreli bir yapıya doğru evrilmiş ve bu tipteki istihdam biçimleri yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Bu noktada araştırma grubundaki çalışanlar açısından sürecin şu şekilde işlediği söylenebilir. Sağık çalışanlarının çoğunlukla alt ve orta sınıf ailelerden gelen bireyler oldukları göz önüne alınırsa, bireyler eğitim yoluyla sınıfsal olarak yukarı doğru bir hareketlilik yönünde hareket ederek ve meslek sahibi olarak da önemli bir eşiğı aşmışlardır. Bunun yanında çağın getirdiği istihdam süreçlerindeki esneklik ve güvencesizlik örüntüleri (çalışanlar her ne kadar iyi sayılabilecek bir eğitim alıp meslek sahibi olmuşsalar da) bu çalışan

grubunu da etkileyerek onların maddi ve manevi olarak hak ettiklerinden daha da aza sahip oldukları bir yapı içerisinde çalışmalarına yol açmıştır.

6.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Sürecine İlişkin Düşünceleri

Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarıyla ilgili genel durumlarına ve bu noktadaki düşüncelerine yer verdikten sonra çalışanların sağlıkta dönüşüm süreci hakkındaki deneyim ve düşüncelerine yer verilecek olan bu bölümde; ilk olarak çalışanların sağlıkta dönüşüm sürecinden önceki dönem hakkında deneyim ve düşüncelerine yer verilecektir. Daha sonra ise çalışanların sağlıkta dönüşüm sürecinin; gerek sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler nezdinde gerekse de kendileri açısından ne tür etkileri olduğuna dair deneyim ve düşüncelerine yer verilerek sürecin bütünlüklü bir şekilde anlaşılmasına ve açıklanmasına çalışılacaktır.

6.3.1. Çalışanların sağlıkta dönüşümden önceki döneme dair düşünceleri

Bu bölümde çalışanların sağlıkta dönüşüm sürecinden önceki dönemler hakkında ne tür bir düşünce içerisinde oldukları diğer yandan bu dönemlere dair düşünce ve deneyimlerinin kaynaklarının neler olduğu hususu üzerinde durulacaktır.

Tablo 30: Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Süreci Öncesine Dair Düşünceleri

Sağlıkta dönüşümden önce sağlık kurumları verimsiz bir şekilde işlemektedir.		n	%
Toplam	Katılıyorum	84	70,0
	Katılmıyorum	15	12,5
	Fikrim Yok	21	17,5
		120	100,0
Sağlıkta dönüşümden önce sağlık kurumlarında gereğinden fazla kişi çalıştırılmaktaydı.		n	%
Toplam	Katılıyorum	28	23,3
	Katılmıyorum	59	49,2
	Fikrim Yok	33	27,5
		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm süreci öncesi yapı (2003 yılı öncesi dönem) hakkındaki düşüncelerini anlamaya yönelik sorulan, bu dönemlerde sağlık kurumları verimsiz bir şekilde işlemektedir şeklinde ifadeye; çalışanların % 70'i evet katılıyorum, % 12,5'i hayır katılmıyorum, % 17,5'i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Aynı şekilde bu dönemde sağlık kurumlarında gereğinden fazla kişi çalıştırılmaktaydı ifadesine ise çalışanların; % 23,3'ü evet katılıyorum, % 49,2'si hayır

katılmıyorum, % 27,5'i ise fikrim yok şeklinde cevaplandırmışlardır. Çalışanların büyük bir kısmı sağlıkta dönüşüm süreci hakkındaki düşüncelerinin; gerek o dönemlerde hizmet alıcısı olarak deneyimlediklerinden gerekse de bu süreçler hakkında aile, çevre ve görsel ve yazılı basından edindikleri bilgilerden hareketle oluştuğu söylenebilir. Katılımcıların büyük bir kısmının sağlıkta dönüşümden önceki yapıyı genel olarak birçok olumsuzluğu ve eşitsizliği içeren bir dönem olarak gördükleri söylenebilir.

“Ben o günleri gördüm, mesela benim dedem, anneannem rahatsızlanıyorlardı, gidiyorduk SSK'ya sıra bekliyorduk. Önünde 40-50 kişi ama tutup da giremiyorsun, şey edemiyorsun ondan sonra sırayı geçtin, sıraya girdiler, bu sefer girişte sırada bekliyordun, orda muayene olunca sonra ilaç kuyruğu bunları gördük” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

“Kesinlikle çok çok düzeldi, eskiden annemler gidemiyordu, eskiden hiç kimse gidemiyordu mesela gittiklerinde de çıkamıyorlardı, kalıyorlarmış içerde, bırakmıyorlarmış” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Şimdi 2017 yılına gelmişiz hasta elini kolunu sallayarak gelip, özel oda istiyorsa, 2000 yılında birisi gelip burada özel oda isteseydi vermezlerdi, araştırma olsun, devlet olsun SSK olsun fark etmiyor bu her tarafta geçerliydi” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

“Çok kötüydü o dönemler, şuan ki şartlar çok güzel, bak o konuda Tayyip Erdoğan eli ayağı öpülecek insan, o dönemler çok zordu. En basiti ilaç alamıyorduk eczaneden, en basiti yüzdesini ödemiyordu, SSK kuyruğunda saatlerce bekliyordum. Randevu sistemi geldi artık, şimdi sıra almak için sabahın 7'sinde gidiyordum, ama şimdi randevuyla yapabiliyorsun rahat bir de şu var eskiye nazaran sağlık çalışanının sayısı arttı. Doktor arttı, hemşiresi arttı ve bunlar artınca hasta çok bekletilmiyor” (Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

Sağlıkta dönüşüm sürecinin sağlık çalışanlarınca nasıl algılandığına ilişkin yapılan farklı çalışmalar, sağlık çalışanlarının genel olarak önceki dönemde sağlık kurumlarının toplumun farklı kesimleri için hiyerarşik olarak ayrıştırılmasının, gerek sağlık çalışanları gerekse de sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler için çeşitli zorluklar çıkardığını düşündüğünü göstermektedir. Bu durumdan kaynaklı olarak kurumların verimsiz işlediği ve toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımında zorluklar yaşadığı yönünde, çalışanların benzer bir düşünce içerisinde olduğu söylenebilir. Çalışmada elde ettiğimiz verilere paralel, yapılan bu çalışmalarda da sağlıkta dönüşümden önce fazla sayıda sağlık personeli istihdam ediliyordu şeklindeki yargıya, çalışanların büyük bir kısmının katılmadığı görülmüştür (Şen, 2013, s. 189; Harmancı, 2010, s. 104; Cevahir, 2013, s. 179). Çalışmada elde edilen veriler katılımcıların dönüşümden önceki yapı hakkında olumsuz bir bakış açısına sahip olduğunu ve bu konudaki düşüncelerinin daha çok çalışanın (yaş itibarıyla) kendisinin veya ailesinin öznel deneyimlerine diğer yandan da sağlıkta dönüşüm hakkında görsel ve yazılı basında bu dönemlerle ilgili yapılan haber ve yorumlara dayandığını söylemek mümkündür.

6.3.2. Çalışanların sağlıkta dönüşümden sonraki dönem hakkındaki düşünceleri

Bu bölümde çalışanların sağlıkta dönüşüm sürecinden sonraki dönemde sağlık hizmetleri alanında ortaya çıkan değişim süreçleri hakkında ne tür bir düşünce ve eğilim içerisinde oldukları hususu üzerinde durulacaktır. Bu noktada çalışanların başlıca, sağlık kurumlarının fiziki alt yapı ve işleyiş süreçlerinde ortaya çıkan değişimler ile sağlık hizmetlerinden yararlanan kesimlere sunulan sağlık hizmetleri hakkındaki düşüncelerine yer verilecektir.

Tablo 31: Katılımcıların Sağlıkta Dönüşümden Sonraki Döneme Dair Düşünceleri

			Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir artış olmuştur.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	59	10	6	75
		%	78,7%	13,3%	8,0%	100,0%
	Erkek	Sayı	28	11	6	45
		%	62,2%	24,4%	13,3%	100,0%
Toplam		Sayı	87	21	12	120
		%	72,5%	17,5%	10,0%	100,0%
			Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık hizmetlerine erişim daha kolay hale gelmiştir.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	61	8	6	75
		%	81,3%	10,7%	8,0%	100,0%
	Erkek	Sayı	35	6	4	45
		%	77,8%	13,3%	8,9%	100,0%
Toplam		Sayı	96	14	10	120
		%	80,0%	11,7%	8,3%	100,0%

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm sürecinden sonraki mevcut yapıda sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir artış olmuştur yargısına çalışanların % 72,5'i katılıyorum, % 17,5'i katılmıyorum, % 10'u ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Bu noktada kadın çalışanların (% 78,7'si), erkek çalışanlara göre (% 62,2'si) daha fazla oranda, sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir artış olmuştur şeklindeki ifadeye katıldığı görülmüştür. Sağlık hizmetlerinde erişim daha kolay hale gelmiştir şeklindeki soruya ise çalışanların % 80'i evet katılıyorum, % 11,7'si hayır katılmıyorum, % 8,3'ü ise fikrim yok şeklinde cevaplamışlardır. Çalışanların büyük bir kısmı sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlıktaki hizmet kalitesinin önceki dönemle kıyaslanamayacak derecede iyi hale geldiği ve sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay hale geldiğini düşünmektedirler. Diğer yandan ankete cevap veren bir grup çalışan ise sağlıkta dönüşüm sürecinin 2003 yılının öncesinden başlayan bir süreç olduğunu, geline noktada ortaya çıkan değişimlerin mevcut iktidarın başarısından ziyade, sürecin geldiği noktada olması gerekli olan şeyler olduğu yönünde bir düşünce içerisindeydi.

“Hani bence hani kaç katı eskiye nazaran 2003’ten bu yana iddia ediyorum belki % 500 iyileşme, belki de %1000 çünkü eskisi hiç bir şeyle kıyaslayamayız. Yani şu an taşeron konusunda devlete kırıgım, yoksa ben her zaman söylüyorum, hani büyüme konusunda olsun hani artık bir şeyleri üretebilmemiz, atıyorum kendi uçağımızı üretebilmemiz, işte teknoloji olarak dışa bağımlılığımızın azalması falan derken sağlıkta bir çıkış açmamız falan bunlar çok güzel gelişmeler” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Ama şu anda çok iyi, hiç sosyal sağlık sigortası olmayan çok hastamız geliyor bizim buraya, maddi durumu çok düşük buraya gelen hastaların ve hepsi de gayet güzel bakım alıyor” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“En basitinden bir profesörden muayene olabiliyorlar. Olabiliyorlar ve fark ödenmeyen doktorlarımız bile var mesela, kendisi profesör olmuş ama fark ücreti almıyor mesela kendi inisiyatifinden, profesöre muayene olup, anjiyosunu yaptıran insanlar var” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Artık yapılması gereken bir şeydi yani orada ben olsam ben de yapardım, yani bu cep telefonu gibi artık üretimi var herkeste olması lazım. Aynen yani onun zamanı geldi yapıldı o zaman da bu siyasi iktidar vardı yani bu konuda AKP’nin ekstra ileri bir şey yaptığını düşünmüyorum, olması gereken bir şeyi yaptı bence” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Bu noktada sağlıkta dönüşüm sürecinin kamu sağlık kurumlarındaki etkileri üzerine yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının, sağlık hizmetlerine erişim noktasında önceki dönemle kıyaslanamayacak ölçüde bir iyileşme olduğunu, bunun yanında verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinde ise gerileme olduğu yönünde bir düşünce içinde oldukları görülmüştür. Çalışanlar bu durumun, bu dönemlerle birlikte uygulanmaya başlanan performans dayalı hizmet üretim modelinin kendilerine dayattığı daha az sürede daha fazla hizmet verme ve böylelikle kuruma daha fazla getiri sağlama düşüncesinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Sağlıktaki dönüşümü bu çalışmada verilen hizmetlerin kalitesi yönünden değerlendiren hekimlerin bu noktadaki düşünceleri⁸⁸ ise oldukça düşündürücü bir nitelik taşımaktadır (Cevahir, 2013, s. 200).

Gerek yukarıdaki çalışmada ortaya çıkan veriler, gerekse de sağlıkta dönüşüm ve sağlık hizmetlerinin niteliği arasındaki ilişkiye odaklanan benzer araştırmalarda, sağlık

⁸⁸ “Hasta için şey yapılan muayene süresi, 5 dakikada bir randevu veriyor. Yani bu asla olmayacak bir şey. Sayıyı arttırıyorsunuz, o sırada verilen hizmetin kalitesi çok azalıyor, bilgisayarda yazma işlerini getirdiler. Yani o sırada hastaya ayrılan şey süresi çok az ve nitelsiz bir hizmet veriliyor.” (Uzman Hekim)

“Bir dolgu yapılırken 5 tane aşama varsa, diş hekimi bunun zaman azlığı nedeniyle belki 2 aşamasını yapıyor... Bir sürü hasta 2 ay sonra geliyor, bu sefer kanal tedavisi yapılıyor. Kanal tedavisinde de gerekli aşamalar yeterince yapılmadığı için o tedavide başarılı olmuyor, sonra çekim kararı veriliyor. Sonra çekilen dişe protez yapılıyor. Hasta bir türlü ağız diş sağlığı merkezinden kurtulamıyor. Tedavi hizmetlerinin geliştiğini değil geriye gittiğini düşünüyorum. Doktorlara çok fazla iş yükü düştüğünden kalite düşüyor... Tabi halk bundan çok memnun, hasta çok güzel bir şey aldığını sanıyor, aslında ne olup bittiğinin farkında değil, böylede bir gerçek var, bunu sadece diş hekimi biliyor.” (Diş Hekimi)

çalışanlarının, sağlık hizmetlerinin toplumun farklı kesimlerinin hiyerarşik olarak sınıflandırıldığı (SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Yeşil-Kart) yapısının dönüşmesinin sağlıkta erişimi kolaylaştırdığını, bunun yanında verilen sağlık hizmetlerinin niteliği ve kalitesinde aynı derecede iyileşme olmadığı yönünde bir düşünce içerisinde oldukları görülmüştür (Harmancı, 2010, s. 105; Şen, 2013, s. 201). Sağlıkta dönüşümün verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz olarak etkilediğini düşünen sağlık çalışanlarının aksine, sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler üzerine yapılan çalışmalarda sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık hizmetlerinin hem erişimi hem de kalitesi noktasında eskiyle kıyaslanamayacak derece iyileştiği yönünde bir düşünce içerisinde oldukları görülmüştür. Bu çalışmalarda özellikle eski sistemde sağlık hizmetlerine ulaşım noktasında görece daha dezavantajlı bir konumda bulunan SSK ve Bağ-Kur'a dâhil kesimlerin, Emekli Sandığı'na dâhil kesimlere göre sağlıkta dönüşüm sürecinden daha memnun oldukları durumu da çarpıcı bir nitelik taşımaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2011, s. 69; Koçak ve Tiryaki, 2011, s. 82; Kol, 2014, s. 148). Bu durumun sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimlerin, dönüşümden önce sağlık kurumları arasında var olan hizmet ve kalite farklılığından kaynaklı hizmetlere yeterli düzeyde ve kalitede ulaşamaması durumunun⁸⁹; yeni dönemde görece düzelmesi ve bu kesimlerin bu noktada daha farklı alternatiflere daha kolayca ulaşabilme imkânına kavuşmalarından kaynaklandığı belirtilebilir.

Sağlık çalışanlarıyla, sağlık hizmetlerinden yararlanan kesimler arasındaki görüş farklılığının nedeni olarak temelde çalışanların (önceki sistemi fazla olumlamamakla birlikte) performans sistemiyle birlikte kendilerinin hizmet ürettikleri ve deneyimlediği

⁸⁹ Cevahir'in (2013: 145) sağlıkta dönüşüm üzerine yaptığı ve sağlık hizmeti alan kesimlerin düşüncelerine yer verdiği çalışmasında katılımcılardan alınan cevapları; önceki dönemin işleyişi hakkında fikir vermekle birlikte, sağlık hizmetlerinden yararlanan kesimlerin dönüşüm sürecinden memnuniyet duymalarının nedenini de açıklayıcı bir mahiyet taşımaktadır:

“SSK döneminde doğum yapan kadınlara sağlık personelinin yaklaşımı çok aşağılayıcıydı ve çok rencide ediciydi, onur kırıcı, resmen insanı depresyona sokan davranışlardı ki o anlar en çok morale ihtiyacınız olan anlardır. Ben bunu birebir yaşadığım için çok uzun yıllar ikinci çocuğu düşünmedim dahi. Hala şu an aklıma geldiğimde tüylerim diken diken oluyor. Resmen kadınları parçalıyorlardı yani... Müdahale de söylem de, her ikisi de... Olumlu yönde bir değişim var. Şimdi doktorlar tedavinin nasıl yürütüleceğini, bu süreçte nelere dikkat edilmesi gerektiğini en ince ayrıntılara varana kadar anlatıyorlar.”

“Şimdi gittiğinde biraz daha kolaylık gösteriyorlar, karşılamaları falan güzel, insancıl yaklaşıyorlar, doktorlar bilakis iyi insanlar, buraya da gittim (KEAH), oraya da gittim (Koşuyolu), Yavuz Selim'e de gittim, Allah için çok iyi davranıyorlar. Eskiden neler çekiyorduk! Geçenlerde ayağımın burasında (bileğinde) ağrı vardı, gittim acile (Yavuz Selime), dedim böyle böyle... İçeri girdim doktor gayet ciddi bakıyorsun suratına ciddi ama insanlık kalbi çok güzel belli, beni karşısına oturttu, aç bakayım ayağımı dedi, iyice bir elledi muayene etti. “Sana bir merhem, bir hap veriyorum” dedi “bunları kullan, geçmezse ortopediye gel” dedi, 3 gün kullandım geçti, yürüyorum.”

süreçleri, hizmet alan kesimlerin ise daha çok dönüşümden önceki dönemde kendilerinin alabildiği veya alamadığı hizmetleri baz alarak bir değerlendirme eğiliminde olmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların bu noktadaki düşüncelerini daha da anlaşılır kılma noktasında, aşağıda verilen çapraz tablo, çalışanların sağlık hizmeti alıcısı veya sunucusu olarak sistemi değerlendirdiklerinde nasıl farklı bir tutum içerisinde hareket ettiklerini göstermesi bakımından anlamlıdır.

Tablo 32: Katılımcıların Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi ve Çalışma Koşulları Hakkındaki Düşünceleri

			Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık çalışanlarının çalışma koşulları daha iyi hale gelmiştir.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Sağlıkta dönüşümle birlikte hizmetlerinin kalitesinde bir artış olmuştur.	Katılıyorum	Sayı	31	49	7	87
		%	35,6%	56,3%	8,0%	100,0%
	Katılmıyorum	Sayı	1	20	0	21
		%	4,8%	95,2%	0,0%	100,0%
	Fikrim Yok	Sayı	2	5	5	12
		%	16,7%	41,7%	41,7%	100,0%
Toplam		Sayı	34	74	12	120
		%	28,3%	61,7%	10,0%	100,0%

Tablo 32’de görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir kısmı sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerinin kalitesinde olumlu anlamda gelişmeler olduğunu düşünmektedirler. Bunun yanında aynı çalışan grubunun büyük bir çoğunluğunun sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık çalışanların çalışma koşullarının kötüleştiği bir sürecin ortaya çıktığını düşündükleri görülmüştür. Bu durum sağlık çalışanlarının; sistemi dışarıdan hizmetten yararlanan biri olarak değerlendirdiğinde olumlu ve iyimser bir bakış açısına sahip olduğunu, diğer yandan sistemi bu yapının içinde yer alan hizmet sunucusu olarak değerlendirdiğinde ise olumsuz ve karamsar bir düşünce içinde olduğunu göstermektedir.

Tablo 33: Katılımcıların Sağlık Hizmeti Alan Kesimlere İlişkin Düşünceleri

Sağlıkta dönüşümle birlikte hastaların görüş ve beklentilerine verilen önem artmıştır.		n	%
Toplam	Katılıyorum	87	72,5
	Katılmıyorum	24	20,0
	Fikrim Yok	9	7,5
Toplam		120	100,0
Sağlıkta dönüşümle birlikte hasta-sağlık çalışanı ilişkileri daha iyi hale gelmiştir		n	%
Toplam	Katılıyorum	66	55,0
	Katılmıyorum	41	34,2
	Fikrim Yok	13	10,8
Toplam		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm sürecinden sonra sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimlerin görüş ve beklentilerine verilen önem artmıştır şeklindeki yargıya; çalışanların % 72,5'i katılıyorum, % 20'si katılmıyorum, % 7,5'i fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Aynı şekilde; bu süreçle birlikte hasta ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkiler daha iyi hale gelmiştir şeklindeki yargıya ise çalışanların % 55'i evet katılıyorum, % 34,2'si hayır katılmıyorum, % 10,8'i ise fikrim yok şeklinde yanıt vermişlerdir. Yapılan çalışmada çalışanların sağlıkta dönüşümle birlikte hasta görüş beklentilerine verilen önemin arttığı ve hasta haklarının ön plana geçtiği bir yapının ortaya çıktığı yönünde bir düşüncede oldukları görülmüştür.

“Kuyruk beklemiyorlar en başta, SSK’lılar eczanede çok kuyruk beklemişler, gözlük alırken çok fazla mağdur olmuşlar mesela kurumun ödediği gözlük çerçevesi bu, sizin ki bu alıyorsanız bu almıyorsanız bu gibi. Elbette eskiden estetik bu kadar önemli değildi ama şimdi bir kişi için estetik ciddi anlamda motivasyon sebebi oldu. Hani güzel görünüş bu bile hak olmaya başladı ve devlet de bunu giderdi kesinlikle güzel bir dönüşüm oldu” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

Bu konuda sağlık çalışanları üzerine yapılan bir başka çalışmada katılımcıların (n=774) büyük bir çoğunluğunun (% 76,7'si) sağlık dönüşüm süreciyle birlikte hastaların memnuniyetinin olumlu yönde değiştiğini düşündüğünü görülmüştür. Aynı çalışmada katılımcılar dönüşüm süreci sağlık sistemi içerisinde en fazla hangi kesime (yöneticilere, hekimlere, sağlık çalışanlarına, hastalara) yarar sağladı sorusuna; katılımcıların az bir kısmı (%2,7'si) sağlık çalışanlarına, büyük bir kısmı ise (%57'si) hastalara yarar sağladı şeklinde cevap vermişlerdir (Bostan ve Çiftçi, 2011, s. 6). Aynı şekilde sağlık hizmetlerinde yararlanan kesimlerin bu konu hakkındaki düşünceleri üzerine yapılan çalışmalarda katılımcıların, dönüşümle birlikte hasta görüş ve beklentilerine verilen önemin arttığı yönünde bir düşünce içerisinde oldukları görülmüştür (Kol, 2014, s. 133; Cevahir, 2013, s. 134). Bu sürecin olumlu yanları yanında hastaların sağlık çalışanlarına karşı uyguladığı ve eskiye nazaran daha da görünür hale gelen önemsememe, hakaret ve yer yerde şiddete varan hareketlerinin varlığı durumudur. Çalışanların karşılaştığı istenilmeyen bu durumların yanında yöneticilerin de zaman zaman hastaları (haksız olsalar dahi) koruyan ve önceleyen davranışları, çalışanların bu süreçlerden olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.

“Gerçekten çok eksiği oldu, bazen bilinçli hastalar nerede o eski daha doğrusu şöyle eski hemşireler zamanında biz böyle miydik, bak şimdiki iletişim yönünden çok iyiler, hastalara davranışları çok değişti, eskisi gibi değiller bizi azarlamıyorlar gibi şeylerle geliyorlar. Ciddi anlamda bunu bilen hastalar da var, ama hasta haklarını tamam kendi hakları gibi düşünüp, bizi hiçe sayan insanlarda az değil” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Eskiden olsa hemşire odaya girince, böyle şey olurdu bir toparlanırdı, artık mümkün değil ben onu yaşamıştım. Mesela hasta odasına girdim, hasta özel bir hasta demek ki. Ben tedavisi için odasına girmişim, amca diyorum tedavini yapacağım, damar yolu sağ kolunda sol koluyla konuşuyor, amca tedavini yapacağım, bekle diyor, işin ne bekle dedi. Bir sürü hastam var, onlara da yetişeceğim gitmem lazım, tamam bir dur telefon konuşmamı bitireyim. Amca beklemeyeceğim dedim, keyfi bir durumdasın şu anda, bana da keyfi bir muamele yapıyor. Kesinlikle öyle hem damar yolunda sağ kolunda dedim, tedavini yapabilirim tedavisini yaptım, çıkarken tansiyon aleti takıldı koluna. Çıkarken aksilik tansiyon aleti takıldı, seruma takıldı, hemşire hanım bekleyemez miydiniz falan yaptı. Bir şey diyemeden çıkıyorsunuz, o an hastayla muhatap olmayacaksınız, kendinizi ifade edecek durumunuz olmuyor” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Ama ne oluyor tabii ki bize vergilerimizle geçiniyorsunuz diyenlerin çoğu da yeşil kartlı oluyor. Bizim vergilerimizle maaş alıyorsunuz diyenlerin çoğu yeşil kartlı, bizim sayemizde varsınız, ama aslında onların sayesinde değil. Devletin sayesinde onlar var, ama bunu fark etmiyorlar, benim sayemde maaş alıyorsanız diyenlerin çoğu yeşil kartlı” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Hastayla çatışan biz oluyoruz, hani bu bizim elimizde olmayan bir şey, biz işte parasını veriyoruz, gelip ameliyat oluyoruz, özel oda ücreti veriyoruz zaten bir sürü para ödüyorduk gibisinden hani bu diyaloga girilen biz oluyoruz. Doktorların önünde herkesin şöyle kafa önde, doktorlar için bize bağırıp çağıran doktor niye gelmiyor doktor nerde diyen hasta-hasta yakınları, doktor gelince gayet mülayim sessiz, hocam diyorlar ön ilikliyorlar yani” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

“Yoğun bakımdan geldim, hasta yakını içeriye girmeye çalışıyor, yoğun bakım steril [hastalık yapan veya yapmayan tüm mikroplardan arınmış olan] bir bölge diğer hastalara enfeksiyon yayılabilecek riskli olan bir bölge. İki dakika ya da beş dakika görmeye hakları var yakınlarının ama bıraktığın zaman sülalesi girmeye çalışıyor. Engellediğin zaman da duyuyoruz ki yönetime şikâyet edeceğiz, git şikâyet et diyorsun, yönetime kural bu diyorsun yönetimden telefon, burası ticarethane arkadaşım hasta yakınlarına iyi davran, öyle mi tamam” (Çiğdem, 29, Lisans, Hemşire).

Sağlık hakkı konusu Anayasanın; temel hak ve hürriyetlerini düzenleyen 12. Maddesi, kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığını düzenleyen 17. Maddesi ve sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlığı altında düzenlenen 56. Madde ile düzenlenerek güvence altına alınmış bir haktır (TC. Anayasası). Anayasal olarak güvence alınmış sağlık hakkı, sağlık hizmetleri alanındaki hasta hakları yönetmeliği ile de somutlaştırılarak, bireylerin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini zamanında, doğru ve etkili bir şekilde alınmasını düzenlemiştir. Bu çerçevede oluşturulan ve uygulanmaya çalışılan hasta hakları konusu özellikle 2003 yılında uygulanmaya başlanan sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte bu sürecin en önemli bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Kamudaki sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte ön plana çıkan hasta hakları konusundaki düşünce ve deneyimlerine odaklanılan bir çalışmada, kurumun sosyal hizmet uzmanı, kurumda yıllık yaklaşık 800 civarında şikâyet ile karşılaşıldığı ve bu şikâyetlerin % 60’ı için ise dosya oluşturulduğunu söylemiştir. Bu noktada bir şikâyetin dosya haline gelmesinin hasta hakkı ihlali olasılığı anlamına geldiğini belirten uzman,

bununla birlikte şikâyetlerin sadece % 7,5'inin hasta hakkı ihlali olduğunu, %92,5'inin ise yoğun bakıma girememek, ziyaret saati dışında hastayı ziyaret etmekte direktmek gibi hastanelerde olması gereken kurallarla ilgili olduğu görülmüştür (Kablay, 2013, s. 72). Sağlık çalışanları üzerine yapılan başka bir çalışmada ise, hasta ve hasta yakınlarının kendilerine karşı saldırganlaştığı ve kendilerini onların verdikleri paralar ile iş yapan elamanlar olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Ünlütürk-Ulutaş, 2011b, s. 351). Sağlıkta dönüşüm süreçlerinin hâkim hale geldiği neo-liberal çağda hastaların potansiyel müşteriler haline gelmesiyle birlikte hasta memnuniyet ve şikâyet sistemlerinin denetim süreçlerinde önemli bir baskı unsuru haline geldiği söylenebilir. Buna göre, yeni kamu yönetimi anlayışının verimlilik, maliyet azaltma ve tüketici memnuniyetini artırma süreçlerinin hemşirelerin iş yerlerindeki duygusal ve hastabakıcı rollerine ek yükler getirdiği ve bu durumun da çalışanları süreçte ikinci plana atan bir sonucu olduğu söylenebilir (Bolton, 2002, s. 129). Gerek yukarıdaki araştırma sonuçları gerekse de çalışmada elde edilen veriler, sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte ön plana çıkarılan hasta hakları kavramının sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimleri önceki dönemle kıyaslandığında görece daha güçlü hale getirdiğini göstermektedir. Hasta haklarının hastalar lehine gelişmesinin olumlu tarafları yanında, kimi durumlarda hasta/hasta yakınlarının veya kurum yöneticilerinin hasta haklarını sağlık çalışanlarının (haklı olduğu kimi durumlarda dahi) aleyhine yorumlamaları durumu, çalışanların bu noktada yalnız kalmasına ve haksızlığa uğramasına yol açmaktadır.

Sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmelerde çalışanlar hasta haklarının gelişimine paralel hasta profillerinde bir değişimin ortaya çıktığı, hasta ve hasta yakınlarının sağlık kurumlarını, çalışanlarını ve hizmetlerini eleştirel bir açıdan ele aldığı bir süreci ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Bu noktada bu dönemlerle birlikte hastalar; sağlık problemleri, teşhis ve tedavi süreçlerinde, kendilerine yapılan veya yapılmayan işlemleri sorgulayan ve bu noktada bazı şeyleri talep eden bir bakış açısıyla hareket etmeye başlamışlardır. Özellikle kitle iletişim araçlarının ve bu alandaki teknoloji kullanımının gelişimine paralel sağlık hizmeti talep eden kesimlerin tıbbi işlem ve tedavilere ilişkin (ön)bilgilere ve (yer yer) deneyimlere sahibi olmaları durumu sağlık hizmeti alırken daha sorgulayıcı ve talep edici bir role girmelerine yol açabilmektedir.

“ 2017 yılındayız millette biraz bilinçlendi, şu telefon çıktıktan sonra mertlikte bozuldu. Bir şey olduğu zaman, Google amca söylüyor hemen, diyor ki hangi hastane daha iyidir, şu daha iyidir bakıyorlar, adamlar araştırıyorlar ve ona göre geliyorlar” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

“Aynen burada lafınızı kestim mesela bazı hastalarımız geliyor, yurtdışından geliyoruz diyorlar, kolay kolay akciğer çekimi bile oradaki doktorlar istemez. Evet, birinin kolunda kırık olduğu zaman ona bile kolay kolay istenmez yani röntgen filmi o derece yani. Röntgen çekme olursa X ışını o kadar zararlıymış, ya onlar geldi bana bunları söylediler” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“İnsanlarımızda bilinçli artık, bir gün bir tane köylü köyden gelmiş, ben hastamı getirdim diyor. Sıkıntısı var dedi, geldi doktor benden tomografi istedi akciğer için, ben tomografiye gittim, tomografiye çektim geldim, hocaya göstereceğim hoca baktı baktı, bir de buna akciğer grafisi isteyelim. Ya dedim hocam bu röntgeni daha önceden isteseydiniz ya, insan önce röntgeni ister, bunu söyleyen köylü, ben şaşırdım kaldım. Sen nereden biliyorsun ya Allah için işini yap dedi bana. Önce röntgen çekmiyor, tomografi çekiyor, sanki istemek için istiyor ya o an dalgınlığına geldi bizim burada röntgen peynir ekmek yer gibi, biz röntgen istiyoruz çok, ben kendime bile çektim ama zararlı” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Sağlık okuryazarlığı kavramı bireylerin sağlıklı olma durumları sağlama ve devam ettirme noktasında gerekli olan bilgiye erişme, anlama ve kullanma noktasında kişinin sahip olduğu bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanabilir. Sağlık okuryazarlığı bu noktada sadece sağlıkla ilgili broşürler okumak ve başarılı bir şekilde randevuları alma anlamına gelmemekte esasen bireylerin sağlık bilgilerine etkin bir şekilde ulaşmaları ve bunları etkin bir şekilde kullanmaları noktasındaki kapasitelerini geliştirme süreçlerinin tümünü içeren bir nitelik taşımaktadır(<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>).

Türkiye’deki sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan bir çalışmada erişkin nüfusun üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu geriye kalan üçte ikisinin (35 milyon) yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Sağlık-Sen, 2104, s. 64). Türkiye’de sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte kamu ve özel sağlık kurumlarından hizmet alma süreçlerinin kolaylaşması, bireylerin bu kurum ve süreçleri deneyimlemesinin önünü açmıştır. Bunun yanında kitle iletişim araçlarının gelişimi ve kullanımın yaygınlaşmasına paralel, bireylerin hastalıklar ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgilere ulaşımının kolaylaşmasıyla birlikte sağlık kurumlarında sorgulayan ve talep eden hasta profilinin ortaya çıkmasına yol açmıştır.

Tablo 34: Katılımcıların Sağlık Kurumlarındaki Değişimler Hakkındaki Düşünceleri

Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık kurumlarının fiziki alt yapılarının gelişmiştir.		n	%
Toplam	Katılıyorum	89	74,2
	Katılmıyorum	20	16,7
	Fikrim Yok	11	9,2
		120	100,0
Sağlıkta dönüşümle birlikte hastalık teşhis ve tedavi süreçleri daha iyi hale gelmiştir.		n	%
Toplam	Katılıyorum	95	79,2
	Katılmıyorum	18	15,0
	Fikrim Yok	7	5,8
		120	100,0
Sağlıkta dönüşümle birlikte hasta kayıt sistemleri daha hızlı ve güvenilir hale gelmiştir.		n	%
Toplam	Katılıyorum	96	80,0
	Katılmıyorum	13	10,8
	Fikrim Yok	11	9,2
		120	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının dönüşümle birlikte sağlık kurumlarının fiziki alt yapıları gelişmiştir şeklindeki ifadeye çalışanların % 74,2’si katılıyorum, % 16,7’si katılmıyorum, % 9,2’si ise fikrim yok cevabını vermişlerdir. Aynı şekilde dönüşümle birlikte hastalık teşhis ve tedavi süreçlerinin dönüşümle birlikte daha iyi hale gelmiştir şeklindeki ifadeye; çalışanların % 79,2’si katılıyorum, % 15’i katılmıyorum, % 5,8’i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Dönüşümle birlikte hastane kayıt sistemlerinin daha hızlı ve güvenilir bir yapıya kavuştuğu yönündeki ifadeye ise çalışanların % 80’i katılıyorum, % 10,8’i katılmıyorum, % 9,2’si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir.

“Çok güzel 112 acil istasyonları kuruldu, her tarafta adamlar kesinlikle istasyonda bir şey yapılmıyor, en yakın hastaneye sevk ediliyor doktor kontrolünde. En ücra köşeden çocukları almaya arkadaşlarımız gidiyor, çok olumlu bir şey, mesela sağlıkta helikopter sisteminin olması çok mantıklı, çok güzel” (Sağlık-İş Sendikası Yöneticisi).

“Şimdi kat kat iyi, evet eskiye göre kat kat iyi ilaç alamıyordun ondan sonra o doktora giderken doktora ulaşamamak, izdiham, dışarda gelip para veriyordun, ilaç alamıyordun. Ya şimdi yiğidi öldür hakkını yeme, şu anki sağlık sistemi ile eski sağlık sistemi aynı değil. Şimdi mesela baş ağrısına bile ambulans giderse boş gelmiyor, bu devletin bizzat kendilerine söylediği bir şeydir, gidip o hastayı alacaksın, acile getireceksin. Şikâyet ederse yandın, eskiden ambulans kolay kolay gelmezdi, şimdi her mahallede her bölgenin ambulans istasyonu var” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Ben şöyle söyleyeyim, ben karamsar bir insan değilim, 2003’ten bu yana bu kadar yol kat edilmiş. Dağdaki bir adamın ayağı takıldığı zaman helikopter gidip onu alıp gelebiliyorsa, biz çok çok iyi bir devlet olarak, çok iyi ilerlemişiz. Sağlık açısından Kızılay’ın sistemi harika, bir sistem ki dağdaki ilçe hastanesine bile tak İzmir den kan gelebiliyor, hani o konuda diyorum ya çıgırlar aştık, yüzde bin belki geliştik” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Bence çok çok daha iyi oldu, mesela şey yapıyoruz bence burada 3.basamak olan hastalara pansumanla iyileşmeyecek, çok geç sürece iyileşecek, yapay deri var, suni deri yandaki hastalara uyguladık. Yaklaşık 1700 TL tanesi şu kadar bir parçası, devlet karşılıyor bunu

devlet karşılamasa hani, bunlar alıp gelecek maddiyata sahip değiller, ama devlet veriyor.” (Erhan, 22, Ön Lisans, Hemşire).

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte bu sürecin sağlık sistemi üzerindeki olumlu ve olumsuz yansımaları üzerine yapılan araştırmalarda, üzerinde görüş birliği olan konulardan biri dönüşüm süreciyle birlikte hastane fiziki koşullarının, hasta kayıt ve tedavi süreçlerinin kayıt altına alınması süreçlerinin iyileştirilmesi noktasıdır. Bu konuda sağlık çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada çalışanların başlıca; kurumların fiziki koşul ve alt yapılarının gelişmesi, hasta kayıt ve evraklama işlemlerinin sadeleşmesi ve otomasyona geçilmesi, yatan hastaların her türlü ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyacının hastaneler tarafından karşılanma zorunluluğunun getirilmesi konularının müspet gelişmeler olduğunu belirtmişlerdir (Bostan, 2016, s. 5). Bunun yanında sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler üzerine yapılan farklı çalışmalarda da katılımcıların, belirtilen süreçler noktasında sağlık kurumlarının olumlu yönde değiştiğini düşündükleri görülmüştür (Cevahir, 2013, s. 149-50; Kol, 2014, s. 133).

6.3.3. Çalışanların çalışma süreçlerindeki değişimler hakkındaki düşünceleri

Bu bölümde çalışanların başlıca, sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte daha da görünür hale gelen sağlıkta şiddet, ekip anlayışı sisteminde ortaya çıkan değişimler, döner sermaye ve hizmet üretim sürecinde ortaya çıkan değişimlerin çalışanlara nasıl yansıdığı hususlarındaki düşünce ve deneyimlerine yer verilerek bu sürecin sağlık çalışanlarına yansımaları noktasında genel bir fikir verilmeye çalışılacaktır.

Tablo 35: Katılımcıların Kurumdaki Çalışma Koşulları Hakkındaki Düşünceleri

			Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık çalışanlarının çalışma koşulları daha iyi hale gelmiştir.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	24	45	6	75
		%	32,0%	60,0%	8,0%	100,0%
	Erkek	Sayı	10	29	6	45
		%	22,2%	64,4%	13,3%	100,0%
Toplam		Sayı	34	74	12	120
		%	28,3%	61,7%	10,0%	100,0%
			Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık çalışanlarının iş yükleri azalmıştır.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	11	57	7	75
		%	14,7%	76,0%	9,3%	100,0%
	Erkek	Sayı	5	35	5	45
		%	11,1%	77,8%	11,1%	100,0%
Toplam		Sayı	16	92	12	120
		%	13,3%	76,7%	10,0%	100,0%

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının dönüşüm süreciyle birlikte sağlık çalışanlarının çalışma koşulları daha iyi hale gelmiştir şeklindeki ifadeye çalışanların; % 28,3'ü katılıyorum, % 61,7'si katılmıyorum, %10'u ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Diğer yandan katılımcılardan kadın olanların erkek olanlara kıyasla çalışma şartlarının daha iyi hale geldiği yönünde olumlu bir görüş içerisinde oldukları görülmüştür. Bu soruya paralel sağlık çalışanlarının iş yükleri azalmıştır şeklindeki ifadeye ise çalışanların % 13,3'ü katılıyorum, % 76,7'si katılmıyorum, % 10'u ise katılmıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanlar özellikle sevk zincirinin etkin işlememesinden kaynaklı olarak daha alt basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilecek hastaların, 3. Basamak hastanesine başvurmalarından kaynaklı iş yoğunluklarının arttığı ve çalışma şartlarının buna bağlı daha da kötüleştiği bir sürecin ortaya çıktığını belirtmişlerdir.

6.3.3.1. Sağlıkta şiddet

Sağlıkta şiddet olgusu her ne kadar her dönem görülen bir olay olsa da, sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte daha görünür bir hale gelmiş ve sağlık çalışanlarının en çok şikâyetçi oldukları konulardan bir haline gelmiştir. Araştırma grubunda yer alan çalışanlar da bu hususu vurgulayarak özellikle hasta yoğunluğundaki artış haricinde hasta haklarının gelişmesine paralel olarak şiddet olaylarının daha da arttığı ve mekân olarak hastanelerin özellikle çalışanlar açısından tehlikeli yerler haline geldiğini belirtmişlerdir.

“Çalışanlar açısından çok kötü bir sistem, çünkü artık sağlık personelinin hiçbir söz hakkı yok. Her zaman hasta haklıdır diye bir şey var, o yüzden sağlıkta şiddet çok arttı. Eskiden bir hemşireye ya da doktora asla sesini yükseltmezdi bir hasta yakını veya hasta, ama şu anda odaya girdiğimizde toplanmıyorlar bile hastalar ya da yakınları” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Ya millet X-Ray’ in etrafında dolaşıyor güvenlik orada oturuyorlar sadece, bak bizi durdururlar, hakikaten durdururlar, hastane personeli olduğumuzu biliyorlar ya. Eski güvenliğimiz sözde özel güvenlik değildi, sözde yetişmemiş adamlardı, ama hakikaten güvenlikti. Ya adamlar özel güvenlik dersi almamış adamlar ama o kapı sürekli kapalı, ziyaret saatleri dışında kesinlikle geçemezsin. Ama şimdi güvenlik özelin elinde, ama normalde çocuğun hastaneye girmesi yasaktır 7 yaş altı yasaktır ama kliniklere ziyaret saatlerinde bebekle geliyorlar ya.”(Necla, 33, Lisans, Ebe)

“Burada da çok hırsızlık oluyor, mesela hastanın odasına girip telefonunu alıyorlar. Ne olacak sorumlu kim hemşire, ne yapayım ben şimdi. Gece vakti orada kapının önünde şey mi tutayım. Güvenlik al ya da gece 3’de ziyaretçi alma hastaneye” (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

“Bir arkadaşına geçen gün burada, bir hasta yakını ben sağlık memuruyum deyip darp etti, şöyle itti yani kız, evet ben gidip sizi şikâyet edeceğim, benle ilgilenin dedi. Çok oluyor yani, ki güvenlik arıyoruz güvenliği, geliyorum diyor, on beş dakika sonra olay çözüldükten sonra geliyor ya da polis geliyor” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Tinerici gelmişti iki tane genç çocuk, kan tüpü istediler, saat gece on iki falandı. Vermedim ben de kan tüpünü, karşı taraf vermiş korkudan. Hemşire odasını görmüşsünüzdür orada oturuyorum. Tinericiydi onlar işte iki tane gençti işte geldiler, buradan tüp istediler ben burada oturuyordum. Vermiyor musun dediler, vermiyorum dedim, geldi çakmağı yüzüme yaktı. Aynen çakmağı yüzüme alevi sonuna kadar gelmişti, alevi şöyle yüzüme doğru yaktı, gelmiyor yani güvenlik. Gelmiyor ki, kaç defa yaşadık bu olayı, buradaki arkadaşlarımız ancak bize yardım ediyor, yoğun bakımdaki arkadaşlarımızın yardımları, doktorumuz yani hasta yakınları, genelde doktorlar daha erken davranıyorlar” (Emine, 23, Lise, Hemşire).

“Gece sarhoş girmişti içeriye, koridorda dolanıp duruyordu böyle, aynen bütün katları gezmiş böyle, hatta en sonra adamın bir baktım sarhoş olduğu o kadar belli ki kapı nerde nereden çıkabilirim. Gözleri falan gitmiş sallanıyor, alkol kokuyor leş gibi, dedim acaba şu camımı göstersem, camı açıp şuradan çıkabilirsin diye” (Emine, 23, Lise, Hemşire).

Diğer yandan mülakat yapılan çalışanlardan birisi ise yukarıdaki görüşlere katılmakla birlikte kimi sağlık personelinin hastalara karşı ilgisiz ve yeterli düzeyde hizmet sunma durumunun da istenilmeyen durumların ortaya çıkmasına yol açtığını belirterek çalışanların da bu süreçte özeleştirici yapmalarının önemini vurgulamıştır.

“Kardeşim şiddet nasıl olur, hastayla ilgilenmez, doktor ne bileyim gereksiz istemlerde bulunur, ondan sonra sırasını kötüler böyle sağlık çalışanları ön sıraya aldıkları zaman sorun çıkar, hasta gelmişse sen bekliyorsan oturup çayını içiyorsan o sorun olabilir. Çalışanlar yüzde yirmi haklıysa bence hasta yakınları yüzde seksen haklıdır, hastanede çalışıyorsan bunu iyi anlamak lazım” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık çalışanlarının çalışma koşulları üzerine yapılan farklı çalışmalarda çalışanların başlıca; artan iş yükü, çalışma koşullarının ağırlaşması ve şiddet oranlarının artması gibi başlıca problemlerle daha sık ve yoğun bir şekilde karşılaştıkları görülmüştür (Harmancı, 2010, s. 105-6; Şen, 2013, s. 200; Cevahir, 2013, s. 209). Artan iş yükü ve çalışma koşullarının zorlaşması yanında sağlıkta dönüşüm süreciyle daha da görünür hale gelen sağlıkta şiddet olgusu da çalışanların bu süreçler içerisinde en şikâyetçi olduğu konulardan biri olmuştur. Sağlık-Sen’in 2013 yılında 25 ilde 1300 kamu sağlık çalışanı üzerine yaptığı şiddet araştırmasında katılımcıların % 86,89’unun (n=1128) meslek hayatları boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet türüne maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Şiddete uğradığını belirten 1128 kişiden ise % 81,4’ü ise (921) son bir yıl içerisinde şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Son bir yıl içerisinde fiziksel şiddete maruz kalan çalışanlar (% 23,7) şiddet türü olarak ise başlıca; yumruk, tekme, tokat, saç çekme, ısırma, tükürme, el bükme, kafa atmak, boğazını sıkma, bir cisimle vurmak sertçe itme durumlarıyla karşılaşmışlardır. Şiddete uğradığını belirten grubun % 98,3’ü psikolojik/sözel şiddete maruz kaldıklarını (bağırma, tehdit etme, aşağılama, küfür etme), % 5,2’si ise cinsel şiddete (cinsel içerikli konuşma ve teşhircilik) maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Sağlık-Sen, 2015, s. 8). Sağlıkta dönüşüm süreciyle artan şiddet olaylarına eğilen bir başka çalışmada; sağlıkta dönüşüm sürecinin Türkiye

gibi geleneksel refah devleti modeline sahip olamayan ülkelerde uygulanmasıyla birlikte dönüşüm süreci öncesinde birçok eşitsizlikler üreten sağlık sistemine karşı toplumda var olan öfkenin, yeni dönemdeki sağlık işletmeciliği bakış açısı ve karar vericilerin bu noktadaki yönlendirmeleriyle birleşerek şiddet⁹⁰ olaylarını daha da görünür hale getirdiğini göstermiştir (Elbek ve Adaş, 2009, s. 42). Sonuç olarak sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte daha da görünür hale gelen şiddet olgusu; sağlık çalışanlarıyla, sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimleri olumsuz etkileyen bir süreç olarak ele alınması ve çözüm noktasında da çok boyutlu bir bakış açısını zorunlu kılan bir nitelik taşımaktadır.

6.3.3.2. Ekip anlayışının gerilemesi

Çalışanların bu noktada vurguladıkları bir diğer önemli konu ise dönüşüm süreciyle birlikte sağlık kurumlarında ekip anlayışının gerilediği ve yerine rekabetçi, bireyselleşmiş ilişki biçimlerinin gelmesi durumu olduğu söylenebilir.

Tablo 36: Katılımcıların Çalışanlar Arasındaki İşbirliği Süreçleri Hakkındaki Düşünceleri

Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık çalışanları arasında iş birliğine dayalı bir çalışma ortamı ortaya çıkmıştır	Sayı	%
Katılıyorum	36	30,0
Katılmıyorum	66	55,0
Toplam	18	15,0

⁹⁰ Sağlıkta şiddet konusunda yapılan bir çalışmada sağlıkta şiddetin nedenleri noktasında sürecin aktörlerinin (sağlık çalışanlarının, kurum yöneticilerinin ve meslek örgütlerinin) farklı bakış açılarına sahip olduğu görülmüştür (Cevahir, 2013, s. 259-61):

“Değişim ve olması gerekiyor, herkes insan, öncelikli olarak bunu unutmamak lazım. “Sen hastasın, kölesin” veya “ben hekimim, fazla okudum 6 yıl, ona göre ben toplumdaki, ayrıcalıklı bir yerim var, siz kölesiniz, ben efendiyim” şeyi ortadan kalkmış oldu belli oranda kalktı” İstanbul SGK İl Müdürü

“Eskisine göre hasta ile hekim daha çok karşılaşıyor. Hekime başvuru sayıları 2,5’den 8,5’a yükseldi. Her gün trafikte olursanız kaza riskinin artması gibi, hekime başvuru sayılarının artması ile birlikte, 10 yıl önce 1 ise şimdi ise 4 ise şiddet artmış anlamına gelmez, oran aynıdır. Şiddetin birçok nedeni olabilir, tek başına hekime başvuru sayıları ile de açıklayamayız, insanların hasta haklarını algılaması, toplumda şiddetin artması, hekimlerin hasta haklarını yanlış algılamasında problemler olabilir.”(İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri).

“Sağlık çalışanları da buna zemin de hazırladı açıkçası. Çok vahim olaylar da biliyorum hani ben hekimlerin yaptığı, diğer sağlık çalışanlarının yaptığı, hastaları gerçekten mağdur eden, zor durumda bırakan şeyler de yaptılar, direk aslında onlarda buna zemin hazırladılar. Bunu çok göz ardı etmemek gerekiyor.” Hemşire

Sağlıkta dönüşümün topluma yansımaları hasta hekim ilişkisini bozması açısından son derece kötü bir gelişme oldu. Eskiden hastalar doktorlara daha güvenli ve saygılı yaklaşıyorlardı, bir büyüğü olarak görüyordu, doktoru onun için en iyisini yapacağı hissi vardı, bu his ortadan kalktı. Bu sistem hasta hekim ilişkisini dehşetli bir şekilde bozuyor, dolayısı ile hastalar daha fazla zaman ayırmak lazım, 5 dakikada bunu yapmak mümkün değil. Performans sisteminin baskısı, kaybolan hekimlik ortamı, kısa muayene süreleri ve yöneticilerin söylemleri sağlıkta şiddetin artmasına neden oluyor (TTB Genel Başkanı)

		120	100,0

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık çalışanları arasında iş birliğine dayalı bir çalışma ortamı ortaya çıkmıştır şeklindeki ifadeye ise, çalışanların % 30'u katılıyorum, % 55'i katılmıyorum, % 15'i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanlar özellikle sağlıkta dönüşüm ve performansa dayalı ödeme sisteminin hayata geçmesiyle birlikte iş yerlerinde rekabetçi ve bireysel başarıyı ön plana çıkaran işletmeci bir bakış açısının hâkim hale geldiğini belirtmişlerdir. Bu süreçte özellikle aynı işi yapan sağlık çalışanlarının farklı kadro ve statülerde istihdamıyla birlikte, bu çalışanlar arasında rekabetçi ve hiyerarşik bir ilişki biçiminin yaratıldığı ve buna bağlı olarak sağlık alanında iş birliğine ve ekip anlayışına dayalı hizmet anlayışının gerilediği bir sürecin ortaya çıktığı söylenebilir.

“Çünkü bize üniversitede 4 yıl boyunca şunu öğrettiler, ekipsiniz ekip, kafamıza vura vura bunu öğrettiler, biz hatta o zaman boş görüyorduk bunu ekip dediğin ne, ben gideceğim işimi yapacağım çıkacağım. Ama hakikaten ekip çok önemliymiş, ama bu mantığı ne doktorlarımızda, ne de diğer arkadaşlarda görüyorum, ha bazen tek tük çıkıyor, ama genel anlamda baktığınız zaman yok” (Çiğdem, 29, Lisans, Hemşire).

“Geçmişte ne vardı, bence arkadaşlık dostluk vardı, hastanenin içerisinde ekip anlayışı vardı. Şimdi geliyor bir tanesi bilgisayarda sekreter olarak uzun zamandır çalışıyor burada, ama bu kişiyi mesela ben fazla tanımıyorum, samimi değilim ama önceden öyle değildi. Ya nesil değiştikçe teknolojide değişti, herkes telefonu alıyor, köşeye geçiyor yok Whatsapp yok facebook'dur, nedir bunlar anlamıyorum. Yani bir otur, bir konuş, şu hasta şöyle oldu, evde şunu şöyle yapsak daha mı iyi olur. İnternette şu yoktu, bu yoktu hep muhabbet bu. Ne yapıyorlardı, eskiden konuşuyorlardı, ne bileyim bir sorun olduğu zaman, damar yolu açamadığın zaman bir hemşireye damar yolunu bana öğret diyordun. Gel şu cihazı bana bir öğret diyordun ama şimdi yok” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

“Hepsi performans, hastanede çalışan biri olarak bu kadar söyleyebilirim insan hayatı artık o kısmı geçtik, insana sadece paragözüyle bakılıyor, yani hangi ara bu duruma gelindi onu ben de bilmiyorum. Çünkü eski dönemde okulumuz bitişikte olduğu için arada geliyorduk hemşire arkadaşlarımız vardı, ya ekiplerine bakıyordum, hastalarına bakıyordum ya tamdı ya yani o kadar, ikisini yan yan koyduğun zaman, burası çok şaşalı ama hayır orası daha iyiydi” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

Keynesyen Refah Devleti modelinin geçerli olduğu hemen hemen her ülkede Sennetvari⁹¹ bir hizmet üretim modeli olduğunu belirten Ünlütürk-Ulutaş, bu dönemlerde her klinik veya birimin kendi içerisinde atölye tarzı bir örgütlenmeye dayandığını ve buna dayalı bir hizmet üretimi süreci gerçekleştiğini belirtmektedir. Bu dönemlerde her klinik veya

⁹¹ Atölyeyi zanaatkârın yuvası olarak gören Sennett, bu mekânları insanların yüz yüze ilişkiler içinde otoritenin (ustanın) belirlediği koşullar altında üretim yapılan alanlar olarak nitelendirmektedir. Bir atölyede usta becerileri ve deneyimi sayesinde emir verme hakkı kazanmakta ve bu becerileri öğrenmek ve özümsemek yoluyla da çırak ve kalfalar nezdinde bir saygınlık kazanmakta ve genel olarak bu mekânlar ekip anlayışına dayalı bir üretim örgütlenmesine dayanmaktadır (Sennett, 2009, s. 76).

birimde temel işleyiş birimin başındaki hekimlerin yönlendirmesiyle olmakta ve yardımcı sağlık personelleri her ne kadar hekimler nazarında sürecin eşit birer üyesi olarak kabul görmese de çalışma sürecinin zorunlu kıldığı bir ekip/atölye çalışma biçiminin olduğu söylenebilir (Ünlütürk-Ulutaş, 2011b, s. 67). Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte kamu kurumlarında performans sisteminin ve buna bağlı rekabetçi bir hizmet anlayışının yerleşmesiyle birlikte Keynesyen Refah Devleti’nin geçerli olduğu dönemlerde üretim alanlarında (ve sağlık alanında da) var olan ekip anlayışının gerilediği, çalışanlar arasındaki ilişkilerin daha bireysel ve rekabete dayalı bir hale geldiği farklı araştırmalarda da ortaya konulmuştur (Pala, 2007, s. 19; Elbek ve Adaş, 2009, s. 37; Harmancı, 2010, s. 105). Sonuç olarak sağlıkta var olan ekip anlayışının gerilemesi sürecine paralel, kamu sağlık hizmetlerinde sözleşmeli, geçici ve hizmet alımına dayalı istihdam uygulamalarının ortaya çıkması süreçleri eş zamanlı olarak yürüyen ve birbirini önemli ölçüde etkileyen bir süreç niteliği taşımaktadır.

6.3.3.3. Döner sermaye ödemelerindeki adaletsizlikler

Çalışanlar, sağlıkta dönüşüm sürecinden sonra ortaya çıkan performansa dayalı ödeme biçimlerinin gerek bu haktan faydalananlar açısından gerekse de bu haktan faydalanamayanlar noktasında büyük bir eşitsizlik kaynağı olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 37: Katılımcıların Döner Sermaye Ek Ödemeleri Hakkındaki Düşünceleri

			Kurumdaki döner sermaye ödemeleri sağlık çalışanları arasında adil bir şekilde uygulanmaktadır.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	7	54	14	75
		%	9,3%	72,0%	18,7%	100,0%
	Erkek	Sayı	7	29	9	45
		%	15,6%	64,4%	20,0%	100,0%
Toplam		Sayı	14	83	23	120
		%	11,7%	69,2%	19,2%	100,0%

Performansa dayalı ek ödemesi hakkında sorulan “döner sermaye ödemeleri sağlık çalışanları arasında adil bir şekilde uygulanmaktadır” şeklindeki ifadeye ise çalışanların % 11,7’si katılıyorum, % 69,2’si katılmıyorum, % 19,2’si fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Bu noktada kadın çalışanların (%72), erkek çalışanlara (% 64,4) göre daha fazla oranda bu ifadeye katılmadıkları görülmüştür. Sağlıkta rekabetçi ve performansa dayalı hizmet anlayışının ortaya çıkardığı ve çalışanlar arasında hem maddi hem de

manevi anlamda farklılıklar ve eşitsizlikler yaratan performansa dayalı ödeme sistemi sağlıkta dönüşüm sürecinin önemli bileşenlerinden biridir. Bu sistem temelde; hizmet/performans üretiminin ana aktörleri olarak görülen uzman doktorlardan başlayarak, üst yöneticiler, pratisyen doktorlar, diğer uzman meslekler ve yöneticiler, eğitim düzeylerine göre yardımcı sağlık personelleri, kadrolu yardımcı hizmetli sınıfındaki çalışanlarıyla devam eden hiyerarşik bir yapıya dayanmaktadır. Bu sistem esasen bu haktan yararlananlar arasında dahi eşitsizlikler içermekle birlikte (örneğin uzman doktorların kendi aralarında, uzman doktorlarla-pratisyenler arasında veya yardımcı sağlık personellerin kendi aralarında) taşeron çalışanların (çalışmanın yapıldığı kurumdaki toplam çalışan sayısının yarısını oluşturan) bu haktan hiç yararlanmamaları durumu bu sistemin en sorunlu tarafını oluşturmaktadır.

Diğer yandan performansa dayalı ücretlendirme sisteminin salt bir esnek ücretlendirme modeli olmadığını belirten Ünlütürk-Ulutaş, bu sistemin aynı zamanda yeni bir yönetsel model ve denetim biçimi olduğunu belirtmektedir. Performansa dayalı sistemle birlikte yardımcı sağlık personelinin artan iş yüklerine karşın döner sermaye gelirleri noktasında doktorlarla aralarında var olan gelir uçurumu bu noktada performans sistemiyle sağlanan denetimin hekimler tarafından daha çok rızaya dayalı yardımcı sağlık personelleri noktasında ise daha çok zora dayalı bir sürecin söz konusu olduğu söylenebilir (Ünlütürk-Ulutaş, 2011b, s. 215).

“Döner sermaye derken, yani para insanın aklına geliyor, başka hiçbir şey gelmiyor, döner sermayeyle taşeronların bir alıp veremediği yok, onlar bizi ilgilendirmiyor, bilmeyiz de daha doğrusu. Performans sistemi yanlış bence, ne yapıyor mesela diyelim biz burada önceden performans sistemi yoktu, on tane hasta alıyorsa, şimdi performans için yirmi tane hasta alıyoruz işte, bu hem sana yazık hem bana yazık. Ne yapıyor hocanın cebine para giriyor, benim cebime para giriyor mu yok, bende çalışıyorum orda bende aynı performans gösteriyorum, taşeron olmam buna engel değil, değiştirmez yani” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

“Döner sermaye adaletsiz bir şey bence, olmaması gerekiyor, herkes yaptığı işe göre maaş almalı. Performansın komple olmaması gerektiğini düşünüyorum, bazen hastalara paragözüyle bakılıyor bunu da görüyoruz” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“Lise mezunu kadrolu 4/B’lilerde alamıyor, döner sermayeyi almıyorlar. Yani şey hatta Bimer’e yazı bile yazdılar. Ama Bimer direk rektörlükle iletişime giriyor, kişiyle değil de rektöre sormuş, hayır biz veriyoruz döner sermayeyi deyince, Bimer’le ilgili bir iş kalmadı, ama kurum vermiyor. Evet, doktorlar çoğunu alıyor en sonda da lise mezunları kalıyor, onlara da maddi durumu yok diye vermiyorlar, genellikle bina yaptıkları için” (Emine, 23, Lise, Hemşire).

“Döner sermayeyi kadrolu personel alıyor, döner sermayeyi biz taşeronlar hiç görmediğimiz için bilmiyoruz bile, onu söyleyeyim yani ama benim çalıştığım her türde performansmış, döner sermayeymiş, ne alıyorsa biz görmüyoruz. Artı banka promosyonu biz görmüyoruz

kesinlikle maaşlarımız dışında hiçbir hakkımız yoktur. Üniversite hastanesinde yıllık bazda en çok kar getiren bir ameliyathane, iki laboratuvar yani bunda sen laboratuvar personelinin hakkını gözetmiyorsan, artık diyecek bir şey yok yani. Biz performansını, banka promosyonunu, döner sermayesini bir tarafa koyuyoruz, ben şu anda asgari ücret üzerinden maaş alıyorum, yani ben şu an temizlik personeliyim” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Bir şey söyleyeyim mi, taşeronu almış ya buraya, taşeronu aldım, kadrolu hadi kardeşim iki buçuk alıyor değil mi? Taşeron geçici olduğu için 1500 TL alıyor, ya kadroluya veriyorsan döneri, 1000 lira da taşerona vermek zorundasın. Döner tamamen ortak bir şeyse neden ayrımcılık yapıyorsun. Maaşına bir şey demiyorum, hakkıyla almış kadrosunu, ona hiçbir şey diyemem, zaten çalışmış KPSS’yi almış, o parayı da almak zorunda. Yani kadrom yok benim hakkım 1500 tamam, onun da hakkı 2.500 tamam ama döner ortak olmak zorunda, olması lazım dönerin, herkes çalışıyor” (Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

“ Döner sermaye ve performans sistemi kaldırılсын kesinlikle, çünkü ticarethane mantığından bu şekilde çıkılır. Yoksa biz burada daha artık çok insan yani vicdani boyutunu düşünmüyorlar bu hasta ölürse yani bunun ailesi mi var, akrabası mı var, kimi var bu düşünülüyor” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

Performansa dayalı ödeme biçimlerinin sağlık sistemine etkileri üzerine eğilen bir çalışmada, sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemini benimseyen bir yaklaşım içerisinde oldukları, bunun yanında sistem uygulayıcılarının her derde deva mantığıyla benimsedikleri bu sistemin, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkinliği noktasında olumsuz etkileri olabileceğini ortaya koymuştur (Forsberg vd, 2001, s. 261). Türkiye’de kamu sağlık sektöründe performansa dayalı sistemin personel verimliliğini artırma noktasında önemli bir araç olarak kullanıldığı gerçeği yanında, döner sermaye gelirlerinin bölüşümünde istismara açık durumların olduğu, branşlar arasında ve yapılan işlemlerin niteliğine göre eşit olmayan bir ödeme sisteminin olduğu, doktorların daha az zamanda daha çok hastaya bakma eğiliminde olduğu ve sistemin bunu teşvik ettiği, özellikle eğitim işlevi olan hastanelerde daha çok gelir getirici işlemlerin ön plan çıkarıldığı, müşteri odaklı işletmecilik anlayışının bir sonucu olarak sağlık çalışanı ve hasta ilişkilerinde paranın hâkim hale geldiği bir sürecin ortaya çıkması durumu üzerinde düşünülmesi gereken bir nitelik göstermektedir (Ceylan, 2009, s. 67). Bunun yanında döner sermaye ödemelerinin gerek doktorlar arasında gerekse diğer personeller arasında eşitsiz dağılımının, emeklilik dönemine tam olarak yansımamasının, geleceğinin belirsiz olması gibi durumlarının da söz konusu olduğunu belirtilebilir (Pala, 2007, s. 31). Sonuç olarak performansa dayalı ödeme sistemi sağlık sistemi içerisindeki yönetici ve çalışanlarca içerisinde bazı eşitsizlikler barındırsa da genel olarak desteklenmekle birlikte (çalışmanın öznelere olan taşeron sağlıkçılar hariç), bu sistemin çalışanların iş yüklerini arttırdığı, adalet duygularını ve motivasyonlarını olumsuz anlamda etkilediği söylenebilir. Bunun yanında performansa dayalı hizmet üretimi sağlık sistemine işletmeci

bir anlayışı yerleştirmesi noktasında üzerinde dikkatli düşünülmesi ve revize edilmesi gereken bir konu niteliği göstermektedir.

6.3.3.4. Sağlıkta ticarileşme

Sağlık çalışanlarının vurguladıkları önemli noktalardan biri de sağlıkta performans sistemine dayalı hizmet üretim modeline geçilmesiyle birlikte ticarileşme süreçlerinin daha da görünür hale geldiği ve bu durumun da gerek sağlık çalışanlarına gerekse de sağlık hizmetlerinden yararlanan açısından çeşitli sonuçları olduğu durumudur.

Tablo 38: Katılımcıların Sağlıkta Ticarileşme Süreçleri Hakkındaki Düşünceleri

			Sağlıkta dönüşümle birlikte kamu sağlık hizmetleri genel olarak paralı hale gelmiştir.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	33	15	27	75
		%	44,0%	20,0%	36,0%	100,0%
	Erkek	Sayı	25	9	11	45
		%	55,6%	20,0%	24,4%	100,0%
Toplam		Sayı	58	24	38	120
		%	48,3%	20,0%	31,7%	100,0%

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerinin genel olarak paralı hale geldiği şeklindeki ifadeye çalışanların % 48’3’ü katılıyorum, % 20’si katılmıyorum, % 31,7’si fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanların sağlık hizmetlerinde ticarileşme süreçlerinin olduğu düşüncesi taşıdıkları söylenebilir.

“Stent takılıyor bizim burada hastalara, stent takıldığında o malzeme dışardan geliyor, hasta ek ücret ödüyor mesela onlardan ücret alınıyor. Ödenmemesi lazım, çünkü öyle hastalar oluyor ki yani hiç maddi durumu yok. Buradan aşağı çarşıya inecek kadar parası olmayan hastalarımız oluyor. Ama sağlık söz konusu, mecburen parayı bir yerden bulup getiriyorlar borç harç, ödenmemesi gerekiyor ama ödeniyor”(Emine, 23, Lise, Hemşire).

“En ufak şeyi söyleyeyim, mesela tüp mide ameliyatlarından sonra hastaların aldığı mide ilacı var, bir tane şurup bunu mesela eczaneden karşılayamıyoruz, eczanede getirmediği için bunu biz hastalardan istiyoruz, hastalar bunu dışardan gidip, eczaneden kendileri alıyorlar” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

”Bizim bir tane ilacımız var, tanesi bir milyar küçük bir ilaç, ama maliyeti çok fazla. Bize söylenen cümle şu, siz bütün hastalarınızı bu ilaca çevirsenize. Neden, maliyeti fazla, 6 tane hasta o ilacı aldığı zaman aylık geliri 200 milyar böyle yönlendirme olur mu?”(Çiğdem, 29, Lisans, Hemşire)

“Eskiye göre bıçak parası olmasa da, özel muayene var. Özel muayene nedir, sen gidip her doktora muayene olabiliyorken, özel muayene ücreti olabilir mi? Sen özel hastanede mi muayene oluyorsun ya da adamın muayenehanesine mi gidiyorsun, sonuçta sen devlet kapısına geliyorsun. Devlet sana her fırsatı vermiş, özel muayene nedir ya? Yeri geldiği zaman diyorlar ki biz hastaları mağdur etmiyoruz, nasıl mağdur etmiyorsun, belki benim cebimde yüz lira yoktur, öze verecek param, ama hocanın görmesi lazım “(Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni)

“Biz devletimiz için çalışıyorsak ve sosyal bir devletimiz olduğu söyleniyorsa, devletimiz de bize belirli garantileri ve standartları sunmak mecburiyetinde sağlık alanında. Ama gördüğümüz kadarıyla sağlıkta dönüşüm adı altında büyük işte bu şehir hastaneleri açıldı ve yapımına devam ediliyor, bunları takip ettiğimiz kadarıyla ve %50 sinin devlet %50 sinin özel sektör yapan firmaya ait olduğunu duyuyoruz. Buna üzülüyoruz ancak süreç özellerin lehinde ilerliyor görünüyor, bu da hoş bir şey değil açık konuşayım. “ (Sağlık-İş Sendikası Yöneticisi)

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık kurumlarına başvurularda alınan katkı paylarının toplumun farklı kesimlerinde nasıl algılandığına ilişkin yapılan bir çalışmada (19.685 hanede 85.356 kişiyle) katılımcıların cepten harcama yaptığı hizmet sunucuları noktasında, % 50,9’u özel sağlık kuruluşlarına, % 41’inin Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlara, % 3,4’ünün üniversite hastanesine başvuranlar, % 2,9’unun diğer sağlık kuruluşlarına ve % 1,7’sinin ise geleneksel sağlıkçılara başvurdukları görülmüştür. Bununla birlikte bu kurumlardan Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlara yapılan başvurularda alınan hizmetler için yapılan ortalama harcama 551 TL, üniversite hastanelerine başvurularda alınan hizmetler için yapılan ortalama harcamalar 619,1 TL, özel hastanelere başvurularda alınan hizmetler için yapılan ortalama harcamanın 1.187,6 TL ve diğer hizmet sunucularına başvurular sırasında alınan hizmetler için yapılan ortalama harcamanın 1.103,4 TL olduğu görülmüştür. Çalışmada sağlık hizmetlerini kullanımı ve cepten harcamalar noktasında riskli kişilerin katastrofik etkiye⁹² maruz kalmadan (görüşülen hanelerin % 0,5’i) belirlenmesi ve korunması noktasında gerekli politikaların oluşturulması ve uygulanmasının gerekliliği vurgulanmıştır (Şahin vd, 2013, s. 222). Bunun yanında sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında hastalardan alınan katılım paylarının sistemi finanse edilen bir araç olarak değil de, hakkaniyetli ve kaliteli hizmet sunumu noktasında hastaların sağlık hizmetlerinden gereksiz yararlanmalarını sınırlamaya ve önlemeye fayda sunacak bir enstrüman olarak düşünülmesi gerekmektedir (Güvercin vd. 2016, s. 92). Bu noktada sağlığın kamusal bir hizmet olarak görüldüğü yapının artık geride kaldığını belirten Sönmez, yeni dönemde kaynak verimliliği, özelleşme, ticarileşmeye dayalı kar ve sermaye birikiminin temel alındığı bir sağlık alanının söz konusu bir “üretme ve tüketme” sürecinin geçerli olduğunu belirtmektedir. Buna göre yeni dönemde sistemin, sağlık hizmeti tüketene de ödediği vergiler ve sigorta primlerinin karşılığı olarak en ekonomik ve verimli hizmet sunma gayesinde olduğu

⁹² Katastrofik sağlık harcaması cepten yapılan sağlık harcamaların hanehalkı geliri ya da harcamasının belirli bir miktarını aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. BU miktarın artması durumunda hanehalkları üzerinde yoksullaştırıcı etkide bulunarak finansal açıdan yıkıcı sonuçlara yol açabilmektedir (Çınaroğlu ve Şahin, 2016, s. 73).

bununla birlikte bu dönemde sağlık hizmetinden yararlan kesimlerin aldıkları hizmet karşılığında daha çok cepten ödeme yaptığı bir dönemin ortaya çıktığı söylenebilir (Sönmez (2011, s. 102).

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte, bu alanda yaşanan olumlu değişimlerin yanında özellikle sağlık hizmetlerinde toplam kalite uygulamalarının uygulanmaya başlamasıyla birlikte bazı suiistimallerinde ortaya çıktığı söylenebilir. Bu süreçte sistemin ana bileşenlerinden bir olan performans sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerindeki teşhis, tedavi ve girişim ve ameliyat sayılarında büyük artışlar ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan bu artışta, sağlık hizmetlerine ve hekimlere ulaşma noktasında alt ve orta gelir grubuna dâhil kesimlerin sağlık hizmetlerine ulaşmasının kolaylaşmasının etkisi olması yanında, performans sisteminin sağlık hizmet arzını tetikleyen etkisi de göz ardı edilmemelidir. Mülakat yapılan çalışanlar, özellikle alt ve orta gelir grubundaki kesimlerin sağlık hizmetlerinden faydalanma olanaklarının önceki dönemle kıyaslanamayacak derecede iyileştiği gerçeğini göz ardı etmeden, hekimlerin performans gelirlerini üst seviyeden alma noktasında bir eğilim içerisinde olmalarının da üzerinde düşünülmesi gereken bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Çalışanlar özellikle bu durumun kendileri açısından daha fazla ve yoğun çalışma anlamına geldiğini diğer yandan hastalar için ise bu sürecin daha farklı ve tehlikeli sonuçları olabileceğini vurgulamışlardır.

“Bizde de emin olun anjiyo olarak devam ediyor yani bazı doktorlarımız ciddi anlamda performans işini o kadar çok önemsiyorlar ki. Planlı anjiyolar sebepsiz bir şekilde 5’ten sonrasına kalıyor. Acil olmadığı halde anjiyo listesine alınmış, tatil gününde anjiyosunu alan doktorları biliyoruz. Fazla mesai personel için ciddi anlamda iş yükü, hasta içinde ciddi anlamda büyük bir kaygı. Çünkü anjiyo hastaları akşam o saate kadar, kesinlikle aç kalıyorlar, sinirleniyorlar, şeker hastaları, tansiyon hastaları geriliyorlar, hasta yakınları agresifleşiyorlar bu saate kadar aç kaldık anjiyo yapılmayacak mı diyorlar biz de yapılacak diyoruz, bekliyorlar. Anjiyoları yapıyor, o saate kadar aç kalmış oluyorlar, kalp pili takılacak hastalar var mesela bunlar mesela gündüz saatleri içerisinde alınsa, ağrılarını gündüz çekecekler, mesela geceye pek bir şey kalmayacak, çünkü bizde ağrı kesicilerini o zamana kadar yapmış olacağız. Akşam 9’da pilden çıkıyor, gece 11-12 ağrıları şiddetleniyor, dayanamıyorlar o saate kadar zaten gergin bir şekilde beklemişler. Doktor ne yapıyor pilini takıyor, anjiyosunu yapıyor, o saatte gelip hastasına ekstra bir bilgi vermiyor, her şey ekstra ertesi güne kalmış oluyor. Yani doktoru da işlem sonrasında gece görmüyor, pilini takıyor anjiyosunu yapıyor, gören doktorlarımız da tabii ki var, akşam 9 ‘da vizite gelen hastaların doktorları da var. Ama çoğu o saatte hastalarını görmüyorlar, hastalarını rahatlatmıyorlar, hastanın sonucunun ne olduğu, ameliyatın veya anjiyonun nasıl olduğu konusunda hastayı bilgilendirmeden gidiyorlar. Pil takılan hasta gece oluyor ve gece mobilize (normalleşiyor) oluyor, mesela gece yapılacak işlemler gündüze, gündüz yapılması gereken birçok şey geceye kalıyor. Yani bu da bizim ve hastalar için stresli bir süreç neden oluyor”(Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Kesinlikle iş yoğunluğu olarak stresli hastanın düşünün gecenin 2’sinde 3’ünde mobilize olması, derler ya gündüzün şerri gecenin hayrından iyidir diye, ciddi anlamda o gece o

hastalar için çok sıkıntılı geçiyor, daha dayanılmaz oluyor sancıları, ağrılı süreçler oluyor. Çoğu zaman gece olduğu için uyuyakalıyoruz, ya da onlar uyuya kalabiliyor, hasta kanayabiliyor, bizim kendi kliniğimizin temel sorunlarından biri anjiyo yerinin kanamasıdır. Anjiyoda kan hücreleri verildiği için kanamasını bazen geç fark ediyoruz bazen hasta kendisi fark etmiyor, uyumuş kum torbası üzerinden kaymış olabiliyor, ama bu süreçleri gündüz atlatsa, gece mobilizesi olacak, oturacak, lavabosuna gidecek. İdrara sıkışıyorlar çoğu zaman, gece sonda takmak zorunda kalıyoruz, hastalar kaygılı olduğu için idrara çıkamadıkları için e doktor için iş yükü, intörn için iş yükü, hemşire için iş yükü, kesinlikle o açıdan sıkıntı yani kesinlikle hastalar için temel problem“(Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

Performans sistemi, çalışanları maddi özendiricilerle motive eden bir anlayışa dayandığı için bu noktada çalışanların etik ikilem⁹³ içine düşeceği söylenebilir. Şöyle ki bu ikilem, hekimlerin ya daha az hasta bakarak daha nitelikli yalnız daha az kazandığı ya da daha fazla ek ödeme almak için birim zamanda daha fazla hastaya bakma yönünde bir eğilime girmesi şeklinde olmaktadır (Üstüner ve Kalav-İdrisoğlu, 2014, s. 186). Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık kurumlarında uygulanmaya başlanan performans sistemi üzerine yapılan farklı çalışmalarda da, sağlık çalışanlarının performans sisteminin gereksiz tahlil, tedavi, girişimlere imkân sunması noktasında, suistimale açık bir tarafı olduğunu ve kendi kurumlarında da bu durumun olduğunu düşündüklerini göstermiştir (Cevahir, 2013, s. 228; Kablay, 2014, s. 108).

Neo-liberalizmin özel sermaye birikimi noktasında yeni bir alan olarak gördüğü sağlık alanını devlet bütçesindeki vergiler ve sigorta fonlarını kullanarak ve sağlık harcamalarını bir sosyal hak olarak yaygınlaştırmak gayesiyle ilaç endüstrilerine ve daha çok özel hastanelerin gelişmesi ve büyümesine sunma yoluna gittiğini belirten Sönmez, bu durumun kışkırtılmış bir yapay sağlık harcamasına yol açtığını ve sonuç olarak bu sürecin kamu kaynaklarının heba edilmesi gibi bir toplumsal maliyetinin olduğunu da belirtmektedir. Günümüzde yapılan sağlık harcamalarının ne kadarının bir sağlık hakkı olarak topluma döndüğü noktasının çok önemli olduğunu belirten Sönmez, bu noktada önemli olanın sağlıkta kullanılan kaynakların temini ve kullanılmasında adil davranılıp davranılmadığı hususu olduğunu belirtmektedir (Sönmez, 2011, s. 21-101). Aynı şekilde toplumsal maliyet konusuna değinen Seymour ise, kapitalist gelişim sürecinin neo-liberal evresindeki güvencesizlik koşullarında yatırımların getirilerinin özelleşirken, aynı yatırımların maliyetlerinin toplumsallaştırıldığını öne sürmektedir. Güvencesizlik ve istikrarsızlık süreçleri sonucunda ortaya çıkan maliyetlerin bu noktada aşağı sınıflara yönlendirildiğini ve dayatıldığını belirten Seymour, maliyetlerin bu sınıflar tarafından

⁹³ Etik ikilem “farklı ilke veya kuralların, yol gösterici olarak eş zamanlı ve birbirine yakın ağırlıklı olarak devreye girmesi, her birinin farklı bir davranış seçeneğinin yeğlenmesini gerektirmesi” durumu olarak tanımlanabilir (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007, s. 77).

yüklendiği eşit olmayan bir yapının olduğunu belirtmektedir (Seymour, 2012, s. 269). Bu noktada Sönmez ve Seymour'un vurguladıkları noktanın sağlıkta dönüşüm süreciyle ilgili yapılan tartışma ve yorumlarda göz ardı edilen önemli bir durum olduğu söylenebilir. Sonuç olarak sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerinin (neo-) Taylorist ilkelere dayalı hizmet üretim biçimi maksimum düzeyde ürün (hizmet) maksimizasyonuna odaklandığı için bu süreç sonucunda ortaya çıkan sağlık harcamalarının direkt veya dolaylı olarak tüm topluma çıkardığı maddi ve manevi yük bulunmakta ve bu yük çoğu zaman da toplum tarafından yüklen(il)mektedir.

Bunun yanında çalışanlar performans dayalı sistemin hastanenin var olan yoğunluğuna ekstra bir yoğunluk getirdiğini ve bu durumun zaman zaman gerek kendileri (bazı durumlarda yakınları) açısından gerekse de hastalar açısından riskli ve telafisi zor durumların ortaya çıkmasına yol açabileceğini düşünmektedirler.

“Burada bir kemik grafisi çektiğin zaman radyoaktif maddeyi 24 saat atamıyor vücut, şimdi öyle bir ilaç düşün ki 24 saat sonra yani sürekli lamba gibi radyasyon yayıyor, hamile bayan bebeğine 24 saat yaklaşamaz. Şimdi devlet Allahtan buna bir kota getirmiş diyor ki sen bunu çekersen 6 ay içinde bir tane daha çekemezsin. Ama bizim doktorlarımız yani ben bazen bakıyorum, Allahtan sistem giriş yapmıyor, sistem giriş yapsa 2-3 kere isteyecek. Bir hastam geldi dedi ki kemik çekimi yapılacak baktım sima tanıdık, sonra sisteme girdik baktık ki 2 ay önce çekmişiz, doktor bunu niye istedi, kontrol için, kontrol için bu istenir mi ya. Şimdi insanda ur veya kötü bir tümör olsun, en son kemiğe yayılır, kemiğe de fazla yayılırsa metastaz diyoruz, ki metastaz ise o hasta için artık bir şey yapılamaz. Yani bu hastaya iki ay içinde zaten çekmişsin, tekrardan istemeyi gerektirecek acil bir durum zaten yok, sen buna 2 ay içinde tekrar nasıl istiyorsun. Devlet bunu bildiği için çekime 6 ay bir kota getirmiş, bizim doktorlar ondan bile bihaber, bir de aynı hastaya tekrar istemiş, ezbere mi iş yapıyor nasıl yapıyor, ben hayret ediyorum” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“Benim annemin başına geldi annem romatoit artrit açık ve net, romatoit artrit zaten eklemlerde bozulma yapıyor, ben hiç kondurmadım romatoit artrit olamaz dedim ya, ortopediye götürdüm ayak parmaklarında eğilme olduğu söylendi. Cümle ayak parmaklarının beşine de platin takacağız diğer ayakta da olabilir, onlara da takacağız dedi doktor, güvendiğim bir hocamıza sordum bana parmaklara platin takmak bu kadar kolay mı dedi. Bana, bir anneni getir dedi, annemi getirdim romatoit artrit dedi ve ayrıca sen o romatoit hastasına platin taksan da düzelmez, düzeltemezsin artık o eklem yamulmuştur dedi. Bizim hastanemizde bu hastanede yani farklı hastane değil kendi mezun ettiğin doktorun burada çalışıyor ve benim anneme bu teşhisi koyuyor ve ameliyat öneriyor düşünün” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

“Yani hasta bir şikayetle geliyor mesela eskiden bir röntgenle yetinirken, şimdi aynı hastaya tomografi, MR vs çekimler isteniyor. Yani bu çekimler hastaya faydadan çok bazen zarar veriyor çünkü tedavinin gecikmesine neden oluyor yani, bu yüzden ticarileşme olmamalı bence sağlıkta. Çünkü yani ihtimale bırakılacak bir iş değil sağlık, olur mu-olmaz mı gibi sağlık bence kesin belirtileri ve sınırları çok keskin olmalı. Sağlıkta tedavi yapılan her şeyin kesin ve belli olması lazım, ya bu ticarileşme olunca ben hastaya çok farklı işlemler yapıyor ya bu açıkçası sağlık çalışanlarından çok hasta için büyük bir sorun. Tedavisi aşırı bir derece de gecikebiliyor bazen farkına bile varılmıyor, gereksiz tetkikler hastayı daha çok hastalığa itiyor yani” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Performansa dayalı hizmet üretiminin daha çok hastaya bakılması uygulamasının temelde (neo-) Taylorizmin genel felsefesi ile uyumlu olduğu söylenebilir. Taylorizm’de genel olarak ürün (veya hizmetin) maksimizasyonu ve üretim verimini, kaliteye göre önceleyen bir bakış açısı söz konusu iken sağlık hizmetleri alanında ise neo-liberal dönemde birim zamanda daha fazla niceliksel hizmet artışının istendiği ve bu durumun teşvik edildiği bir yapı söz konusudur (Üstüner ve Kalav-İdrisoğlu, 2014, s. 190). Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık kurumlarında hasta başvuru, teşhis, tedavi, girişim ve ameliyat sayılarında ortaya çıkan artışlara dair yapılan çalışmalarda veriler bu artış oranlarının OECD ülkelerindeki ortalamaların çok üstünde olduğunu göstermektedir. Bu noktada performans sisteminde her ne kadar sunulan hizmetlerin niceliklerinde bir artış söz konusu olsa da bu hizmetlerin niteliğinde bir düşüş olduğu söylenebilir. Örneğin OECD’nin 2011 verilerine göre 2009 yılında kişi başına düşen muayene sayısı OECD ülke ortalaması 2357 iken bu oran Türkiye’de 4460 olmuştur. Bu durum niceliksel olarak bir artışa işaret etse de sunulan hizmetlerin niteliğinde bir düşüş olduğu anlamına da gelmektedir (Elbek, 2012, s. 61-71; Kılıçaslan ve Kılıçaslan, 2013, s. 188-191; Üstüner ve Kalav-İdrisoğlu, 2014, s. 189). Kamu sağlık kurumlarında dönüşüm süreciyle birlikte müşteri hasta yaklaşımı ve parça başı ödeme mantığının bir sonucu olarak etik dışı sağlık hizmetlerinin varlığı, tıbbın temel mottolarından biri olan “önce zarar verme” ilkesiyle çelişmektedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimlerin sahip olduğu başlıca; hastanın özerkliğine saygı duyma, zarar vermeme, yararlı olma ve adalet etik ilkelerinin süreçten zarar görmediği bir sağlık hizmeti üretim sürecinin oluşturulması gerekmektedir (Gökçe ve Bulduklu, 2015, s. 54). Sonuç olarak; hem hastaların ihtiyaç duyduğu hizmeti gerektiği zamanda, yerde ve gerektiği kadar almasını hem de sağlık çalışanlarının daha ideal ve verimli bir çalışma ortamında hizmet sunmasına imkân verecek süreçlerin bütünsel bir açıdan ele alınarak uygulama alanına geçirilmesi elzem bir nitelik taşımaktadır.

6.4. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kamu ve Özel Sağlık Hizmetleri Hakkındaki Düşünceleri

Sağlıkta dönüşüm sürecinin araştırmaya katılan sağlık çalışanları tarafından nasıl deneyimlendiği ve yorumlandığı hususuna değinildikten sonra kamu sağlık kurumlarının ticarileşmesi süreçlerine paralel çalışanların önemli bir kısmının özel deneyimi olduğu gerçeğinden hareket edilerek çalışanların kamu ve özel sağlık kurumlarındaki sağlık

hizmetlerini ve çalışma koşullarını karşılaştırmalı olarak ele alıp değerlendirmesini istediğimiz bu bölümde, çalışanların bu konu hakkındaki temel düşünce ve eğilimlerine yer verilecektir.

Tablo 39: Katılımcıların Kamu ve Özel Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Hakkındaki Düşünceleri

			Sağlık hizmetlerinin kalitesi hangisinde iyidir?				Toplam
			Kamu İyi	Özel İyi	İkisinde Aynı	Fikrim Yok	
Daha önceden başka bir kurumda çalıştınız mı?	Evet	Sayı	38	6	11	6	61
		%	62,3%	9,8%	18,0%	9,8%	100,0%
	Hayır	Sayı	40	12	4	2	58
		%	69,0%	20,7%	6,9%	3,4%	100,0%
Toplam		Sayı	78	18	15	8	119
		%	65,8%	15%	12,5%	6,7%	100,0%

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına kamu ve özel sağlık hizmetlerini kıyaslamasını istediğimiz sorulardan ilk olarak kamu ve özel sağlık hizmetlerinin hangisinin daha kaliteli ve iyi olduğuna dair soruya çalışanların % 65,8'i kamu sektörü iyi, % 15'i özel iyi, % 12,5'i ikisi de aynı, % 6,7'si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Katılımcılardan daha önceden farklı bir kurumda çalıştığını (başka bir kurumda çalışma durumlarına bakıldığında katılımcıların tamamına yakınının özel bir sağlık kurumunda çalıştığı görülmüştür) belirtenlerin % 62,3'ü kamu sağlık hizmetlerinin daha nitelikli ve iyi olduğunu belirtirken bu grubun sadece % 9,8'i özel sağlık hizmetlerinin kamuya göre daha kaliteli olduğunu belirtmişlerdir. Çalışanların genel olarak özel sağlık hizmetlerinin kamuya nazaran ücretini ödeyerek sıra beklemeden hızlı bir şekilde hizmet alma dışında bir avantajının olmadığını bu noktada kalite ve güven noktasında kamunun daha iyi olduğunu düşündükleri söylenebilir.

“Ya ben kendi açımdan konuşayım, ben şu anda özellere muayeneye gitmiyorum, ne kendime ne de aileme. Çünkü özeller genelde para amaçlı yaptıkları için, hadi gel seni ameliyat edeyim dediğinde inanasım gelmiyor, para amaçlı yapabilirler yani. Ama bir devlet hastanesinde üniversite hastanelerinde gidiyorsun, araştırıyorlar ve bir maddi amaçta olmuyor yani” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Ben mesela özele ya zaten para tuzağı da özellere gittiği zaman bir sürü tetkik istiyor, doktor alakası olmayan şeyleri istiyor, küçük bir rahatsızlık için gitsen bile, çünkü her tetkik için ücret alınacak maaşından kesilecek, emekli olanların emekli maaşından kesiliyor para tuzağı tamamen” (Emine, 23, Lise, Hemşire).

“Özel ve kamuda benim için temel fark zaman, özelde işler biraz daha hızlı işliyor tedavin biraz daha hızlı oluyor. Hani hastaya yaklaşma tedavi açısından bir fark görmüyorum tek farkın zaman olduğunu düşünüyorum, tedavinin uygulama zamanı biraz daha hızlı özelerde” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Çalışanların kamu ve özel sağlık kurumlarındaki sağlık hizmetlerinin kalitesi noktasında ağırlıklı olarak kamunun daha iyi olduğu yönünde bir düşünce içinde olduğu söylenebilir. Bu konuda özel ve kamu sağlık kurumlarındaki çalışanlar üzerine yapılan ve özelleştirme

uygulamalarının çalışanlarca nasıl algılandığına yönelik yapılan bir çalışmada; özel sektörde çalışan sağlıkçıların; sağıktaki özelleştirme uygulamalarının sağık hizmetlerindeki teşhis, tedavi, fiziki alt yapı, doktorların hastalara yaklaşımları noktasında olumlu sonuçları olduğunu düşündükleri görülmüştür. Bunun yanında kamu sağık çalışanları aynı soruya özelleştirme uygulamalarının hastanelerinin fiziki alt yapılarını iyileştirdiğine katılmakla birlikte diğer süreçlerde kalite ve memnuniyet artışına dair (özel sektör çalışanlarına nazaran daha) karamsar bir düşünce içerisinde oldukları görülmüştür (Şentürk, 2011, s. 134).

Tablo 40: Katılımcıların Kamu ve Özel Sağık Kurumlarındaki Çalışma Koşulları Hakkındaki Düşünceleri

			Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları hangisinde iyidir?				Toplam
			Kamu İyi	Özel İyi	İkisinde Aynı	Fikrim Yok	
Daha önce bir kurumda çalıştınız mı?	Evet	Sayı	47	3	9	2	61
		%	77,0%	4,9%	14,8%	3,3%	100,0%
	Hayır	Sayı	47	4	4	3	58
		%	81,0%	6,9%	6,9%	5,2%	100,0%
Toplam		Sayı	94	7	13	5	119
		%	79,0%	5,9%	10,9%	4,2%	100,0%
			Sağlık çalışanlarının karar alma süreçlerine katılımı hangisinde iyidir?				Toplam
			Kamu İyi	Özel İyi	İkisinde Aynı	Fikrim Yok	
Daha önce bir kurumda çalıştınız mı?	Evet	Sayı	25	9	12	15	61
		%	41,0%	14,8%	19,7%	24,6%	100,0%
	Hayır	Sayı	27	4	15	12	58
		%	46,6%	6,9%	25,9%	20,7%	100,0%
Toplam		Sayı	52	13	27	27	119
		%	43,7%	10,9%	22,7%	22,7%	100,0%

Çalışma koşulları hakkında sorulan soruya ise çalışanların % 79'u kamu iyi, %5,9'u özel iyi, % 10,9'u ikisi de aynı, %4,2'si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Karar alma süreçlerine katılım noktasında ise çalışanların % 44,2'si kamu iyi, % 10,9'u özel iyi, % 22,7'i ikisi de aynı, % 22,7'i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Bunun yanında çapraz tabloda açıkça görüleceği üzere daha önceden bir kurumda çalışanlarla çalışmayanların bu soruya verdikleri cevaplar arasında belirgin bir ayrım olmadığı ve çalışanların genel olarak kamu lehinde olumlu bir eğilim içerisinde oldukları söylenebilir. Bunun yanında araştırma grubundaki çalışanların büyük bir kısmının daha önceden bu ildeki özel hastanelerde çalışma deneyimleri olduğu için çalışanlarının çoğunda bu durumdan kaynaklı, özel hastanelerin çalışma koşulları noktasında olumsuz bir bakış açısına sahip olduğu söylenebilir. Bu nedenden kaynaklı olarak çalışanlar taşeron olarak kamuda çalışmanın özelde çalışmaya nazaran kendileri için daha cazip olduğunu düşünmektedirler.

“Sıkıntılıydı, giriş yapılmamıştı elden maaş alıyorduk, yani o zamanlar ben stajyerdim daha stajyerliğim bitmeden çalışmaya başladım, o yüzden giriş yapmadılar. Yani ben şunu söyleyeyim, kesinlikle özel hastanede çalışılmaması gerekiyor ben orda ayda 272 saat mesai yaptığımı hatırlıyorum” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

“İstanbul’a giden çok arkadaşlarım var ben de babamla çok kavga ettim gideyim diye atanamadım diye. Ama bilmiyorum, gidip de pişman olup dönenler çok var, parasını alıyorlar, şartları iyi, hastane güzel, ama ayda 28 gün var 25 gün nöbetçisin, öyle çalışıyorlar. 4000 TL maaş alıyorlar ama 25 gün nöbetçiler yani hastanede yatıp kalkıyorlar. Hatta lojmanda yapmışlar hastanenin 8. katına, oradan hiç dışarı çıkmıyorlarmış, kantini de varmış” (Erhan, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Buradaki çalışma şartları çalışma koşulları birçok taşeron firmaya ve özele göre güzel açıkçası söyleyeyim bunu. Mesai saatlerinden bahsediyorum, kişinin özlük haklarından ücretinden bahsetmiyorum. Çalışma koşulları derken mesai saatlerinden bahsediyorum” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Staj zamanında Hayat Hastanesi’nde çalışmaya başladım, bizim zamanımızda hemşire ihtiyacı çok olduğu için stajyer çalıştırıyorlardı. Stajyerlikle başladım oraya, sigorta girişi yok, sadece sağlık mesleğin stajyer sigorta girişiyle çalışıyorsun, sadece kaza falan olursa sağlık meslek üzerine yoksa sigorta girişi falan yok. Resmi olarak görünmüyorsun, orda şimdi yok, ama eskiden vardı bütün hastanelerde vardı, eskiden gece nöbetlerine falan da kalıyorduk” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Mesela orada serviste tek nöbetçisin 35- 40 hasta oluyor maksimum. Teknisyeni, müdahale edecek doktoru yok mesela, sen müdahale ediyorsun ya da ekip var mavi kod ekibi var mesela onlar geliyor onlar da anestezi toplanacak gelene kadar sen zaten entübe [hastalara solunum desteği verilmesi gerektiği durumlarda hastanın ağzından akciğerlerine kadar olan kısma yerleştirilen tüple solunum yaptırılması işlemi] etmiş oluyorsun öyleydi yani. Tabi bir de düşünün lise mezununu çalıştırıyor, çok bir şey bilmiyorsun, mesela enjeksiyona bile korkarak gidiyorsun, pansuman yapıyorsun, dren [bir ameliyattan sonra, vücut içinde kalan doku artıklarını ya da oluşan sıvıları ya da bir yaranın yangısını dışarı atmak için kullanılan tüp] çekiyorsun, yükün daha fazla sorumluluk daha çok yani. Burada asistan var bir sıkıntı olduğunda asistanı arıyorsun, asistan oluyor” (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

Çalışanların, çalışma koşullarının ve çalışanların (kamuda taşeron olarak çalışsalar dahi) karar alma süreçlerine katılım düzeyinin (özele kıyasla) kamuda daha iyi olduğu yönündeki düşüncelerinin, özel hastanelerde çalışanların daha fazla işlevsel esnekliğe dayalı bir çalışmaya tabi olmalarından kaynaklandığı söylemek mümkündür. Etiler (2011, s. 7), sağlıkta yaşanan neo-liberal dönüşümün sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinden birinin de esneklik uygulamalarının yaygınlaşması sonucu çalışma koşullarının daha da zorlaşması olduğunu belirtmektedir. Çoğu özel sağlık kurumunda (doktorlar hariç) tüm sağlık çalışanlarının birbirinin yaptığı işi yapmak zorunda olduğunu belirten Etiler, özel sağlık kurumlarındaki çalışanların tüm birimlerde çalıştığı, hatta nöbetlerde birden fazla servisin hemşireliğini yaptığı bir yapının olduğunu ve bu durumun kamuya kıyasla özeline çalışma koşullarının daha ağır olduğunu gösterdiğini belirtmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının özel

deneyimi olduğu ve bu noktada özeldeki çalışma koşullarının daha esnek ve ağır bir yapıda olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Tablo 41: Katılımcıların Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarındaki Ücret ve İş Güvenceleri Hakkındaki Düşünceleri

			Sağlık çalışanlarının aldıkları ücretler hangisinde iyidir?				Toplam
			Kamu İyi	Özel İyi	İkisinde Aynı	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	54	9	10	2	75
		%	72,0%	12,0%	13,3%	2,7%	100,0%
	Erkek	Sayı	23	7	11	4	45
		%	51,1%	15,6%	24,4%	8,9%	100,0%
Toplam		Sayı	77	16	21	6	120
		%	64,2%	13,3%	17,5%	5,0%	100,0%
			Sağlık çalışanlarının iş güvenceleri hangisinde iyidir?				Toplam
			Kamu İyi	Özel İyi	İkisinde Aynı	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	56	1	15	3	75
		%	74,7%	1,3%	20,0%	4,0%	100,0%
	Erkek	Sayı	31	0	11	3	45
		%	68,9%	0,0%	24,4%	6,7%	100,0%
Toplam		Sayı	87	1	26	6	120
		%	72,5%	0,8%	21,7%	5,0%	100,0%

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına aldıkları ücret noktasında kamu ve özel kıyaslaması yapmalarını istediğimiz soruya çalışanların % 64,2’si kamu iyi, % 13,3’ü özel iyi, % 17,5’i ikisi de aynı, %5’i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanları iş güvencesi konusunda sorulan soruya ise çalışanların % 72,5’i kamu iyi, % 0,8’i özel iyi, %21,7’si ikisi de aynı, % 5’i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Bu noktada kadın çalışanların erkek çalışanlara nazaran kamusal sağlık hizmetlerini daha olumlu bir düşünce ve eğilim içerisinde oldukları görülmüştür. Diğer yandan çalışanlar genel olarak özel sağlık kurumlarının çalışma koşullarının kamuya göre daha ağır olduğunu düşünmektedir. Çalışanların kamuda güvencesiz çalışmanın, özelde güvencesiz çalışmaya göre daha güvenceli olduğu yönünde bir düşünce içerisinde oldukları söylenebilir.

“Dört ay süreye yakın maaş alamadığımı biliyorum, yani ilk ay maaş yok, önümüzdeki ay dediler, hastane şeydi sallantıdaydı biraz. Başhekim, anestezi hekimi işi bırakmıştı, servisler kapatılmıştı, ameliyathane kapatılmıştı o yüzden. Hastane çöküş evresindeydi, anlayış anlayış dördüncü ayda gittiğimde, bana kasayı açtılar ve kasanın içinden bir 25 kuruş mu yanlış hatırlamıyorsam 50 kuruş mu gösterdiler bu var dediler. Evet, bende öyle mi dedim kapıyı çektim çıktım, dört aydır maaş almayan bir insan ne sözlü bir davranış ne de başka bir şey, peki dedim kapıyı çektim çıktım. Ben çıktıktan sonra müdürün yanına gidip, böyle böyle kapıyı yüzüme çarptı, beni tersledi gibisinden bir şeyde konuşuyor, bu kişi maaşlarla ilgilenen biriydi, gidip müdürle konuşuyor. Müdür de beni ertesi gün nöbet çıkışımda yanına çağırdı, hemşire hanım galiba çalışmak istemiyormuşsunuz, mesleğinizden sıkılmışsınız diye çalışmak istemiyormuşsunuz dedi. Bende evet dedim, ben sonuçta burada mesleğimi

yapıyorum, severek geldiğim mesleğimi yapıyorum, ama bir getirisi yok aynı zamanda bir götürüsü var demiştim. Tamam, o zaman hemşire hanım dört aylık maaşınızı verelim çıkışı da yapalım demişti, bir gece önce sadece 25 kuruş olan kasada ertesi gün beni 4400 ile çıkarttılar. Bu yüzden yani özel hastaneyle burayı karşılaştırdınca burası özel hastaneye göre daha iyi, ama buradan beklenilen de 3. basamak kamu kuruluşundan beklenen bir düzey değil, örneğin taşeron konusuna bakılırsa” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

“Evet, bu konuda burası çok çok daha iyi, yani en azından belli bir sebep göstermeleri lazım beni işten çıkarabilmek için. Çıkarsalar bile tazminatımı alabilirim, ama özel hastanede öyle bir şey yok, kamudaki taşeron özele göre çok daha avantajlı bence”(Erhan, 22, Ön Lisans, Hemşire)

“Hastanemin ben hakkını yemiyorum hani şu ana kadar elli tane şirket de değişse beni işten atmadı hani ama özelde maaş yüksek, ama yarın belli değil, belki atıyorum şu dakika başka bir vatandaş gelir. Atıyorum Medikal Park’ı satın alır, o adam da aynı gün tazminatını verir çıkarır. Benim kurumumda yüz kızartıcı bir suç işlemediğin sürece hani böyle ağır bir problem olmadığı sürece kurumdan atılan pek nadir” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Kamu ve özel sağlık kurumlarındaki çalışma koşulları hakkında yapılan farklı bir çalışmada çalışanların, kamudaki ücretlerin (doktorlar hariç) özele göre daha iyi olduğunu düşündükleri ve bu noktada kamuda kadrolu veya sözleşmeli pozisyonda olmaları durumunda alacakları ek ödemelerle birlikte kamunun daha avantajlı olduğunu düşündükleri görülmüştür (Cevahir-Dora, 2014, s. 103; Şentürk, 2011, s. 152). Bu noktada çalışanların gerek KPSS yoluyla gerekse de taşerona kadro sürecinin nihayete varması durumunda kadrolu veya sözleşmeli bir pozisyona geçip emeklerinin karşılığını alacakları günün gelmesi yönünde bir beklenti içerisinde oldukları söylenebilir. Ayrıca çalışanların, o gün gelene kadar da, başka bir alternatifleri olmadığı için sistem içerisinde taşeron statüsünde kalma yönünde bir strateji içerisinde olduklarını söylemek mümkündür.

6.5.Araştırmaya katılan çalışanlarının toplumsal cinsiyet algılarına dair düşünceleri

Bu bölümde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının gerek toplumsal cinsiyet algılarını öğrenmeye gerekse de çalışma süreçleri içerisinde kadın ve erkek çalışanlar arasında herhangi bir ayrımcılık uygulamasının var olup olmadığı durumuna bakılacak ve çalışanların bu konudaki genel eğilim, düşünce ve deneyimlerinin neler olduğuna yer verilecektir.

Tablo 42: Katılımcıların Kadınların Çalışma Hayatına Katılımı Hakkındaki Düşünceleri

			Kadınlar çalışma hayatına katılmalıdırlar.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	60	7	8	75
		%	80,0%	9,3%	10,7%	100,0%
	Erkek	Sayı	34	7	4	45
		%	75,6%	15,6%	8,9%	100,0%
Toplam		Sayı	94	14	12	120
		%	78,3%	11,7%	10,0%	100,0%
			Kadınların erkekler kadar para kazanması gerekmez.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	5	69	1	75
		%	6,7%	92,0%	1,3%	100,0%
	Erkek	Sayı	10	33	2	45
		%	22,2%	73,3%	4,4%	100,0%
Toplam		Sayı	15	102	3	120
		%	12,5%	85,0%	2,5%	100,0%
			Kadının birinci görevi anneliktir.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	41	31	3	75
		%	54,7%	41,3%	4,0%	100,0%
	Erkek	Sayı	22	15	8	45
		%	48,9%	33,3%	17,8%	100,0%
Toplam		Sayı	63	46	11	120
		%	52,5%	38,3%	9,2%	100,0%

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet algılarını öğrenmeye dair sorulan kadınların çalışma hayatına katılıp katılmaması konusundaki soruya çalışanların % 78,3'ü evet katılmalılar, % 11,7'si hayır katılmamalılar, % 10'u ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Aynı şekilde çalışma hayatına dair; kadınların erkekler kadar para kazanması gerekmez şeklindeki ifadeye ise çalışanların % 12,5'i evet gerekmez, % 85'i hayır kazanması gerekir, % 2,5'i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Kadının birinci görevi anneliktir şeklindeki ifadeye ise çalışanların % 52,5'i evet katılıyorum, % 38,3'ü hayır katılmıyorum, % 9,2'si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Diğer yandan çalışanların bu soruya verdikleri cevapların cinsiyet değişkenine göre dağılımına bakıldığında kadınların özellikle, kadınların çalışma hayatına katılmaları ve kadınların erkeklerin kadar para kazanması konularında erkeklere göre daha eşitlikçi bir düşünce içinde bulundukları ve bu konuda daha hassas oldukları görülmüştür.

Günümüz toplumlarında kadınların çalışma hayatında daha görünür hale gelmesiyle birlikte bu alanda ortaya çıkan engel ve problemlerin de gelişimine ön ayak olduğu, toplumsal cinsiyet çalışmaları temelde biyolojik cinsiyetten farklı olarak kadın ve erkek cinsinin sosyal ve kültürel alanla da ilişkili ve bu süreçler tarafından inşa edilen bir yapısı

olduğunu ve bu noktada bu alandaki güç ilişkilerini, eşitsizlikleri sorgulamanın gerekliliğini ve önemini vurgulayan bir disiplindir (Ecevit, 2011, s. 4). Türkiye’de hane halkının büyük oranda çekirdek aileden oluşmasına (%66,4) karşın kadınların iş gücüne katılım oranının erkeklerin oranının yarısından daha az olması (%65- % 27,5) durumu (TÜİK, 2017) bu süreçlerde toplumsal cinsiyet ve ataerkillik süreçlerinin etkili olduğu göstermektedir. Bu konuda gıda ve konfeksiyon sektörlerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların (n=298) çalışma hayatına daha çok ekonomik koşulların zorlamasıyla katıldığı ve bu süreçte erkeklerin bu duruma zorunlu olarak isteksiz bir şekilde onay verdiği görülmüştür. Ayrıca bu süreçte çoğu iş yeri sahibi ve yöneticilerinin kadın çalışanlara karşı ataerkil, korumacı bir dille yaklaştıkları, kadınları ve onların ‘namuslarını koruma’ görevi noktasında; kadınların eşleri, babaları ve kardeşlerine bu yönde bir güvence verdikleri bir yapının⁹⁴ var olduğu görülmüştür (Özçatal, 2011, s. 28-29). Kadınların yoğun olarak istihdam edildiği sağlık sektöründe kadınların cam tavan sendromu⁹⁵ hakkındaki düşünce ve deneyimlerine eğilen başka bir çalışmada ise; çalışanların eğitim düzeyleri yükseldikçe (doktorlarda en yüksek) cam tavan algılarının yükseldiği, daha alt seviyede eğitim düzeyine sahip çalışanların bu engelleri sorun olarak görmediği veya dile getirmekten çekindiği bir yapının olduğu görülmüştür (Soysal ve Baynal, 2016, s. 261). Bunun yanında araştırmaya katılan çalışanların toplumsal cinsiyet algıları noktasındaki düşüncelerine bakıldığında; her ne kadar bu konuda kadın çalışanların erkek çalışanlara göre daha hassas ve talepkâr bir çizgide oldukları görülmüşse de, çalışanların genel olarak bu konuda olumlu bir düşünce ve eğilim içerisinde oldukları görülmüştür.

⁹⁴ “Geçim zor. Kira, çocukların masrafları, boğazımıza tek bir kişinin (kocanın) çalışması yetmiyordu. Ben de çalışayım dedim, kocama. Mecburen kabul etti, yoksa istediğinden değil. Durumumuz iyi olsa, asla izin vermezdi çalışmama” (Çalışan)

“Burada çalışan kadınlar, kızlar benim anam, bacılarım kadar değerlidir. Babaları, kocaları onları bana teslim ederler ve güvenirler. Bilirler ki burası iyi bir iş yeridir, namuslu, dürüst, güvenilir bir yerdir, başlarına kötü hiç bir şey gelmez.”(Patron)

⁹⁵ Cam tavan kavramı iş yerlerinde kadınlarla erkekler arasındaki eşitsizliklerin analizinde kullanılan çarpıcı metaforlardan biridir. Buna göre kadınların erkeklere göre bir örgüt içerisinde yükselme, terfi ve dikey hareketliliği noktasında bazı bariyerlere takıldığı ve onları aşamadığı, genel olarak bu bariyer altında kaldığı bir sürece işaret etmektedir (Baxter and Wright, 2000, s. 275-6)

Tablo 43: Katılımcıların Kurumdaki Çalışma Süreçleri Hakkındaki Düşünceleri

			Kurumda kadın ve erkek taşeron çalışanlar arasında ayrımcılık vardır.			Toplam
			Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	15	54	6	75
		%	20,0%	72,0%	8,0%	100,0%
	Erkek	Sayı	15	24	6	45
		%	33,3%	53,3%	13,3%	100,0%
Toplam		Sayı	30	78	12	120
		%	25,0%	65,0%	10,0%	100,0%
			Kurumdakilerden hangilerinin iş yoğunluğu daha fazladır?			Toplam
			Kadınlar	Erkekler	Eşit-Fark Etmez	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	33	1	41	75
		%	44,0%	1,3%	54,7%	100,0%
	Erkek	Sayı	3	17	25	45
		%	6,7%	37,8%	55,6%	100,0%
Toplam		Sayı	36	18	66	120
		%	30,0%	15,0%	55,0%	100,0%

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kurumdaki çalışma süreçlerine dair sorulan kadın ve erkek taşeron personeli arasında ayrımcılık var mı sorusuna çalışanların %25'i evet, % 65'i hayır, % 10'u ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Kadın ve erkek taşeron çalışanlardan hangisinin iş yoğunluğu daha fazladır sorusuna ise çalışanların % 30'u kadınların, % 15'i erkeklerin, % 55'i ise eşit şeklinde cevap vermişlerdir. Çalışanlarla yapılan görüşmelerde özellikle kadın çalışanların yönetici pozisyonundaki idarecilerin (başhemşirenin) erkek çalışanlara (özellikle erkek hemşirelere) daha ılımlı ve anlayışlı bir tavır takındıklarını belirtmişlerdir. Aşağıdaki alıntıların ilk ikisindeki kadın görüşmeciler yöneticilerin erkeklere daha müsamahalı kendilerine ise daha sert ve tahammülsüz bir yaklaşım içerisinde olduklarını belirtmişlerdir. Diğer taraftan son mülakattaki erkek çalışan ise erkeklerin de hemşire olarak çalışmalarıyla birlikte hasta yakınlarının erkek çalışanları daha benimsedikleri ve takdir ettikleri bir sürecin ortaya çıktığını belirtmiştir.

“Hemşirelik kadın mesleği, en başta onu söyleyeyim. Kesinlikle kadın mesleği o yüzden henüz yeni oldu, erkek hemşirelerin hastanelerde çalışması. Kadın biraz dayanıksız olur, biraz daha iş yükü az yorulursa daha iyi olur bence. Bizde de öyledir erkek hemşirelerden ziyade kadın hemşirelerden daha beklenti oluyor. O yüzden ciddi anlamda erkeklerden bir beklentileri olmuyor, bir hatayı bir erkek hemşire yaptığında göz yumuluyor demiyorum, tabi ki yine söyleniyor, ama o iş sanki sizin işiniz, sizin ona yardımcı olmanız gerekiyor gibi bir mesaj veriliyor bize. Sorumlularımız (çoğunlukla kadın) neden bu yapılmadı gibi sorular ilk önce kadın hemşirelere geliyor o yüzden, ya işte bilemiyor, uykusuzluğa dayanamıyor gibi. Tabii ki ne oluyor mesela arkadaşlar arasında öyle ya işte erkek hemşire mesela onun anlaması beklenmez gibi şeyler oluyor. Erkek bir hastanın duygusunu ciddi anlamda bir kadın gibi anlamıyor, o duyguyu yakalayamayabiliyor. Kadın biraz daha duygusal

düşünüyor, çok yönlü düşünebiliyor. Bunu sordu ama niye sordu neden sordu ama erkek için bu yüzeyseldir sordu cevabı da bu yani söyleyecek bir şey yok. Bizim klinikte çalışan tek bir erkek hemşiremiz var onun yani kadrolu aynı zamanda çok bir farkımız yok işte ama ne oluyor, sen keşke dikkat etseydin, belki bunun dikkatinden kaçmıştır gibi şeyler söyleniyor. Ama arkadaşımız da güzel çalışıyor gerçekten benim bildiğim başka klinikten başka örnek var mesela ya işte ilaçları ezberleyemiyorum ne yapalım diyor, yapamıyor onu alıyor başka birime veriyor gibi” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Başhemşiremiz bayan olduğu için erkekler biraz daha popüler onun gözündeki, yani onlara bizim kadar sert davranamıyorlar, biraz daha kibar tabii biraz daha nazik, erkek hemşireler bu konuda daha rahatlar diyebilirim erkek olmak vardı, kahretsin bayanız, bayanlar mağdur. Ben erkeklerle de çalıştım, ondan dolayı biliyorum ilk işe başladığımda bir erkek hemşiremiz vardı, anlatılmaz sadece yaşanır yani, en basit örnek ilaçlar istenmiş, ilaçlar gelmiş, akşamdan normalde isteniyor, poşetiyle olduğu gibi masanın üstünde, dizilmemiş dolaba. Sorumsuz ama bir şey yapılabilir mi hayır, daha kibar uyarılıyorlar çünkü karşıdaki bir erkek, eğer biz bunu yapsak düşünemiyorum tepkilerini.” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

“Hemşirelik bu güne kadar bayan mesleği diye biliniyordu ama hastalardan bakıyorum bana söyledikleri kadarıyla bizden daha memnunar. Kadın hemşireler kaprisliler, güler yüzlü değiller diye duyuyorum hemen hemen her hastam söylüyor. İş yükü bakımından benim açımdan çok çok iyi, fazla yorulmuyorum bir erkek işi gibi değil yani. Genelde beni doktor zannediyorlar hastalar hocam hocam diyorlar, bende doktor değilim hemşireyim ben diyorum, erkek hemşireler de var yeni çıktılar, azlar, nadirler hemen her hastayla bu konuşma oluyor” (Erhan, 22, Ön Lisans, Hemşire).

Çalışma hayatındaki ayrımcılık uygulamaları üzerine gıda ve konfeksiyon sektöründe çalışanlar üzerine yapılan farklı bir çalışmada kadın çalışanlar; öğlen yemeklerini erkek işçilerle aynı mekanda farklı saatlerde yediklerini ve genelde erkeklerin önce yemek yiyip daha sonra kendilerinin yediği bir düzenin olduğunu belirtmişlerdir. Yemek ve dinlenme aralarında erkeklerin işletme bahçesinde sigara içmelerine tanınan hakkın kendilerine tanınmadığını belirten kadın çalışanlar, bu zamanlarda genelde kendilerine tahsis edilen dinlenme odalarında oturduklarını belirtmişlerdir. Kadın çalışanlar ayrıca dinlenme aralarında kendilerinin sigara içme veya sakız çiğneme gibi hareketlerine, bu hareketlerin kadınlara yakışmadığı söylenerek izin verilmediğini, bu kuralların ihlali durumunun işten atılmaya varan sonuçları olduklarını belirtmişlerdir (Özçatal, 2011, s. 29-30). Bu konu hakkında bir kamu sağlık kurumunda taşeron çalışanlar (temizlik, yemek, hastabakıcılık, veri giriş elemanı çalışanları) üzerine yapılan başka bir araştırmada ise, toplumsal cinsiyete dayalı iş bölümünün hastane ortamında yeniden üretildiği ve kadın çalışanlardan bu rollere uygun hareket etmesinin istendiği ortaya çıkmıştır. Birçok kadın çalışan, kendilerinden yapılması istenilen angarya işlerin ‘zaten evde de yapmıyor musunuz burada da yapsanız ne olur’ şeklinde bir yaklaşımla kendilerine yaptırıldığını belirtmiştir. Kimi durumlarda çalışanların kendi görevi olmasa da bulunulan mekânın temizliğinin, ufak tefek bulaşık yıkama işlerinin, getir götür işlerinin, personelin özel işlerinin kendilerine yaptırıldığını belirtmişlerdir. Bu noktada çalışanlar, ilgili birim amirleri veya

üst yöneticilerle bu konularla ilgili yaşadıkları sorun, tartışma veya karşı çıkma durumlarında, amirleri tarafından gerekçesi dahi açıklanmadan başka bir birimde görevlendirildiklerini belirtmişlerdir (Ciğerci-Ulukan ve Özmen-Yılmaz, 2016, s. 102-3). Çalışmada elde edilen verilerden ve alandaki gözlemlerden kadın sağlık çalışanlarının, hemşirelik mesleğini artık erkeklerin de yapıyor olması durumunu olumlu bir gelişme olarak gördüklerini belirtebiliriz. Bunun yanında kimi kadın çalışanların toplumsal cinsiyet algılarıyla bu sürece yaklaştıkları ve hemşirelik mesleğinin ‘şefkate ve ilgiye’ dayalı yapısından kaynaklı, kadınların daha iyi yaptıkları meslek olduğunu ve erkek hemşirelerin bu alanda kendileri kadar başarılı olamayacaklarını düşündükleri görülmüştür. Sonuç olarak bu alanda kadın ve erkek çalışanlar arasında kimi küçük somut farklılıklar ve ayrımcı uygulamalar olsa da, bu süreçte çalışanlar daha çok zihinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı ayrımların var olduğunu ve bu ayrımların da alandaki aktörler tarafından sorgulandığı ve dönüştürülmeye çalışıldığı bir sürecin olduğunu söylemek mümkündür.

6.6. Sağlıkta örgütlü işçi sendikalarının ve sağlık çalışanlarının taşeronlaşma süreci hakkındaki düşünceleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının genel çalışma koşulları ve sağlıkta dönüşüm süreciyle ilgili deneyim ve düşüncelerine yer verdikten sonra bu bölümde ise çalışanların sendikalarla olan ilişkileri, deneyimleri ve düşüncelerine yer verilerek bu noktada çalışma süreçlerinde önemli birer aktör olan sendikaların bu süreçteki yeri ve çalışanların bu yapılarla yaklaşımı ve bakış açılarının anlaşılmasına çalışılacaktır.

6.6.1. İşçi sendikalarının taşeronlaşma süreci hakkındaki görüşleri

Türkiye’de işçi sendikacılığının yakın tarihine bakıldığında bu alanda ilk olarak 31 Temmuz 1952 tarihinde Türk-İş’in kurulduğu ve ilerleyen yıllarda da diğer işçi sendikalarının kurularak bu alandaki faaliyetlerine başladıkları görülmektedir. Bu alanda ilk kurulan sendika olan Türk-İş’in üzerindeki ABD etkisinin 1960’lı yıllardan sonra artmasına bağlı olarak sendikalar arasında mali yardım anlaşmaları yapılmış ve sendika yöneticileri eğitim amaçlı ABD’ye gönderilmiştir. ABD’nin özellikle İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra dünya sendikal hareketleri üzerinde hâkimiyet kurma isteğinin bir sonucu olarak dünya genelindeki sendikalara eğitim ve mali yardımlar adı altında ücret bilincine dayalı bir sendikacılık bilinci yerleştirdiği böylece sendikaları hem organik hem

de ideolojik olarak kendisine bağladığı sendikaların ortaya çıkmasına yol açmıştır. 1960 askeri darbesinden sonra yapılan 1961 Anayasası'nın sendikal örgütlenme ve bazı temel hakları tanıyan bakış açısından sonra bu dönemden sonra memurların işçilerden ayrı olarak memur sendikaları üzerinden örgütlenmesine izin verilmiş ve bu dönemden itibaren diğer işçi sendikaları da kurulmaya başlanmıştır. Bu dönemde özellikle Türk-İş içerisinde yöneticilik yapan ve sendikanın genel eğilimine muhalefet eden 12 sendikacı tarafından Türkiye İşçi Partisi'nin kurulması ilerleyen dönemlerde DİSK'in kuruluş sürecine kaynak teşkil etmiştir. Özellikle 1962-1963 yıllarından itibaren sosyalist bir eğilim içerisinde olan Türkiye İşçi Partisi ile ideolojik, siyasal ve toplumsal bir ilişki içerisinde bulunulmasını savunan kesimler 13 Şubat 1967'de Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nu (DİSK) kurmuşlardır. Diğer taraftan Milliyetçi Hareket Partisi ile yakın ilişki içinde bulunulmasını savunan kesimler ise 1970 yılında Milliyetçi İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nu (MİSK) kurmuşlardır. MİSK faaliyette bulunduğu dönemde sendikaların milli ve tek tip olmasını ve tüm işçilerin milliyetçi sendikalara üye olmasını savunmuştur. 12 Eylül döneminde faaliyetleri durdurulan sendika, 1984 tarihinde yeniden faaliyete geçmesine karşın tarihsel işlevini tamamlamasından dolayı kapanmıştır. O dönem kurulan sendikalardan bir diğeri olan ve Milli Selamet Partisi ile ilişkili gruplar tarafından 1976 yılında kurulan Türkiye Hak İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nu (Hak-İş) kurmuşlardır. Hak-İş kuruluş beyannamesinde konfederasyonun işçi ve işverenlerin hakkını hak terazisinde tartarak, korkmadan ve yılmadan haklı olan tarafa hakkını teslim edeceği bir anlayış içerisinde olacağını, işçi ve işveren kesimleri arasında kendisine hakem rolü verdiği bir sendikacılık anlayışında olacağını taahhüt etmiştir (Aydoğanoglu, 2011b).

Bunun yanında, 1970'li yıllarda Fordist birikim rejiminin girdiği krizden çıkamaması ve 1980 askeri darbesinden sonra daha görünür hale gelen ve sisteme yerleşme ye başlayan esnek birikim rejiminde, emek rejiminde köklü değişimlerin ortaya çıktığı, emeği koruyucu önlemlerin katılık olarak görülüp esnetildiği, emek sömürsünü arttırmaya yönelik kontrol mekanizmalarının ve kurumsal düzenlemelerin hayata geçirilmesiyle emeğin sermayeye tabiiyetinin arttırıldığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Post-fordist birikim rejiminde personel istihdamında ortaya çıkan toplam kalite temelde uygulamaları bireysel performansla ücret sistemleri arasında bir ilişki ortaya kurmuş ve bireylerin performansının artmasıyla toplam performansın da artacağına dönük bir ön kabul taşımıştır. Performansa dayalı hizmet üretim modeli bunun yanında, örgütsüzlüğü

ve bireysel çalışmayı teşvik etmekte, çalışanların kendi içerisinde rekabet etmesine dayalı anlayış çalışanları kendi arasında ayırmıştırmakta, işbirliği ve dayanışma bağlarını zayıflatmayı hedefleyen bir yönetim anlayışının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Sonuç olarak 1980 öncesi dönemde etkin bir gücü olan sendikalar bu dönemden sonra birikim rejiminin ve düzenleme biçimlerinin sisteme yerleşmesiyle birlikte ortaya çıkan işgücü piyasalarının düzensizleştirilmesi, özelleştirme uygulamalarıyla kan kaybetmeye başlamış ve bir dönem sonra varlıklarını korumaya çalışan yapılar haline gelmiştir (Topak, 2012, s. 231- 301).

Türk-İş, Disk ve Hak-İş konfederasyonlarının tarihsel gelişim sürecine kısaca değindikten sonra bu konfederasyonlar bünyesinde sağlık ve sosyal hizmet işkolları üzerinden örgütlenen T. Sağlık-İş, Dev Sağlık-İş ve Öz Sağlık-İş⁹⁶ sendikalarının kısaca kuruluş süreçlerine ve misyonlarına yer verilecektir. Çalışma kapsamında işçi sendikalarının şube yöneticileriyle taşeronlaşma süreci ve taşerona kadro süreçleriyle ilgili faaliyetleri ve düşünceleri hakkında görüşmeler yapılmış ve bu konudaki fikirleri alınmıştır.

- **Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası (T. Sağlık-İş)**

Sağlık hizmetleri alanında faaliyette bulunan işçi sendikalarından ilki olan Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası (T. Sağlık-İş Sendikası) 1963 yılında Türk- İş Konfederasyonu çatısı altında kurularak bu alanda örgütlenme faaliyetine girmiştir. Sağlık- İş Sendikası başlıca Sağlık Bakanlığı ve ilgili birimleri, Üniversite Hastaneleri, Özel Hastaneler ve Huzurevleri gibi alanlarda örgütlenme faaliyeti yürüten ve 17 şubeye sahip bir sendikadır. (<http://www.saglikis.org.tr/tarihce/>). T. Sağlık-İş Sendikasının şube yöneticisiyle yaptığımız görüşmede sendika olarak taşeron çalışmaya karşı uzun yıllardır sürdürdükleri mücadeleleri vurgulayarak, taşeron çalışmanın kaldırılmasının ana talepleri olduğunu vurgulamıştır. Bunun yanında sendika olarak, sağlık iş kolu dışında faaliyet gösteren firmaların sağlık kurumlarında ihale almalarına karşı olduklarını (asıl olarak firmaların ortadan kalktığı ve devletin ana işveren olduğu bir yapının hâkim olmasını istediklerini)

⁹⁶ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Temmuz 2017 tarihli işçi sendikalarının iş kollarındaki işçi sayıları ve sendikaların bu iş kollarındaki üye sayılarına bakıldığında toplam 13.581.554 işçinin 1.623.638'inin (% 11,95) sendikalı olduğu görülmektedir. Sendika üyesi işçilerin ise 907.328'i TÜRK-İŞ'e 544.566'sı HAK-İŞ'e, 145.988'i ise DİSK'e üyedir. Sağlık ve Sosyal Hizmetler İş Kolunda ise toplam 350.445 işçiden 41.237'si (% 11,78) sendika üyesidir. Bu iş kolunda örgütlü olan çalışanların ise 22.006'si Öz Sağlık-İş'e, 18.181'i T. Sağlık-İş'e, 594'ü Dev Sağlık-İş'e, 447'si Sıhhat-İş'e üye olduğu görülmektedir.

belirtmiştir. Ayrıca kurumda istihdam edilen personelin asıl iş- yardımcı iş ayrımına tabi tutulamayacağını, söz konusu çalışanların hepsinin sağlık çalışanı olarak düşünülmesi gerektiği ve bu alanda güvenceli ve kadrolu bir istihdam politikasının gerekliliğini vurgulamıştır.

“Doktorun yanında tıbbi dökümantasyon mezunu ya da çoğu lise mezunu farklı üniversiteler de açık öğretimi bitirmiş 4 yıllık mezunlar şu an. Tıbbi terimleri ezberleyen arkadaşlarımız, yani bu hastanın yatışından, taburcu olana kadar geçmiş o faturalama dönemini epikrizi [hastanın kısa hayat öyküsü, rahatsızlığı ve tedavi süreçlerini içeren dosya] her şeyi bu arkadaşlarımız yapıyor. Hani bu arkadaşlarımız yaptığı için biz sağlık işçisi olduğunu iddia ediyoruz. Mesela ameliyata işte hastayı kim götürür hasta bakıcı götürür, tabii ki bunun sağlık çalışanı olması gerekiyor. Ama işte ihaleyi alan şirketler hangi iş kolundaysa o iş kolunda gözüktüğü için sağlık işçisi olmuyor arkadaşlar çoğu yerde” (T. Sağlık İş Sendikası Yöneticisi)

“Çalışanlara şöyle olumlu anlamda bir faydası oldu, statü olarak sağlığa geçtiler şu anda zaten geçmiş Ahmet Davutoğlu Başbakanımız bir açıklama yapmıştı taşeronla çalışan herkese kadro vereceğiz diye asıl iş yardımcı iş ayrımı yapmadan. Fakat biz biliyoruz ki yani bu işin tabi hükümet tarafı o da, mesela sendika olarak asıl işi yapanın kadro alacağı inancındayız biz. Bu çalışanların sağlık iş kolunda olması gerektiğini savunuyorduk ve mahkeme kararıyla da aldık, şu an örnek olarak söylüyorum kadro diyelim açıklandı asıl işçilere kadro verildiği an, üniversite hastanesindeki arkadaşlarımız faydalanır, fakat devlet hastanesindeki arkadaşlarımız faydalanamaz, çünkü onlar hizmet iş kolunda gösteriliyorlar. Şimdi kapıcısından, odacısına, bahçıvanından, diğer tüm çalışanlarının sağlık işçisi olduğunu iddia ediyoruz yani bizim sendika misyonumuz da bu şekil, ha bunun mücadelesini yapıyoruz tabii bazı yerlerde kazanıyoruz, bazı yerlerde kazanamıyoruz.”(T. Sağlık İş Sendikası Yöneticisi)

Sendika yöneticisinin sağlık hizmetleri alanındaki farklı istihdam şekillerinin ilerleyen dönemlerde daha da karmaşıklaşacağı ve çatallı bir yapıya doğru ilerleyeceği yönünde olumsuz bir bakış açısına sahip olduğu söylenebilir. Bunun yanında taşeronlaşma süreci konusunda da karamsar bir bakış açısına sahip olan sendika yöneticisi, çalışanlar açısından olumlu bir şeylerin ortaya çıkmasının düşük bir ihtimal olduğunu belirtmiştir.

“Bu konuda tecrübelerimizden konuşuyorum bence sağlıktaki farklı farklı kadrolar daha da çatallaşacak ve çalışanlar daha da yalnızlaşacak. Önceki dönemlerde doktorlar bile bizim sendikaya üyeyken şimdi doktorların ayrı bir şey, hemşirelerin ayrı bir şey, personellerin ayrı bir sendika, işte temizlikçilerin şimdi komple ayırmaya çalışıyorlar yani mesela bir hastanede adam taşeron işçi sınıfında 7-8 iş kolunu sokmaya çalışıyor ne olacak o zaman ?” (T. Sağlık İş Sendikası Yöneticisi)

“Ben burada SGK kurum müdürlüğüyle konuşuyorum, ya müdür bey diyorum siz hiç bu araştırma üniversite hastanesine gidip, ya gel bakalım işte sayın başhekim bey burada çalışan sağlık işçisi, sen nasıl bunu hizmet iş kolunda ya da orman iş kolunda ya da genel iş kolunda gösterirsin diye sordunuz mu diyorum? Ya da o şirkete kardeşim gel, sen burada iş almışsın, iş kolunu değiştir diye bir müdahalede bulundunuz mu, yok bizim işimiz değil diyor. Kimin işi bu yani, böyle bir yetkim yok diyor adam, yani bakanlığın bünyesinde olması gerekiyor fakat müdahale yok, açık konuşayım” (T. Sağlık İş Sendikası Yöneticisi).

“Bir taşeron şirket sahibi kazanacağına bu arkadaşlarımıza verin bu paraları. Mesela hiçbir insan, hiçbir sağlık çalışanı %100 kapasiteyle çalışamaz yani benim gördüğüm kadarıyla

%50 -55’lerde olan çalışma standardını, ama sen buna iyi para verirsen, onu %10 %15 arttırırsın. Şimdi kim istemez fazla para kazanmayı, fazla para verirsen o insandan alacağın verimlilikte artar” (T. Sağlık-İş Sendikası Yöneticisi).

“Şimdi yanlış anlamayın Tayyip Erdoğan’ı biz cumhurbaşkanımız olarak seviyoruz, hakikaten seviyoruz. Yani bizim sendikamızda da her işin genel başkanda gelip bitmesi hoş değil o giderse her şey biter anlayışı. Her tarafta yetişmiş elemanlarımız olması lazım yani bürokratlarımızın çok iyi olması gerekiyor yani. Bence bu taşeron sorunu Türkiye’de tabi ki öncelikli, inşallah düzelir gözüyle bakıyorum ama hiçbir zaman işçi açısından düzelmemiştir yani gerçekleşme durumu olacağını da öngörmüyorum.” (T. Sağlık İş Sendikası Yöneticisi)

- **Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası (Dev Sağlık-İş)**

Sağlık hizmetleri alanında faaliyette bulunan işçi sendikalarından bir diğeri olan Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası (Dev Sağlık-İş) 9 Ocak 1974 tarihinde DİSK çatısı altında kurularak bu alanda sendikal örgütlenme faaliyetine girmiştir. Dev Sağlık-İş Sendikası ülke genelinde bulunan 7 bölge temsilciliği ve şubesiyle sağlık ve sosyal hizmet alanındaki kadrolu ve taşeron işçiler üzerinden sendikal faaliyet yürütmektedir. (<http://www.devsaglikis.org.tr/tarihimiz/>) Dev Sağlık-İş yöneticisiyle yapılan görüşmede sendika olarak taşeron konusunda gerçek anlamda sendikacılığı kendilerinin yapmaya çalıştığını ancak diğer sendikaların kendilerini çoğu kez ‘siyasi, marjinal, her daim muhalefet için muhalefet yapan’ bir sendika olarak görme eğiliminde oldukları için taşeron konusunda dahi sendikaların belirli noktalarda ortaklaşmadığı mevcut yapıda, çalışanlar açısından gerçek manada kazanımlar elde edilemediğini belirtmiştir. Bunun yanından sendika olarak gerek sağlıkta dönüşüm süreci gerekse de taşeron konusunda sürecin geldiği nokta bakımından kendilerinin önceki söylemlerinin haklılığını ortaya koyan bir yapının söz konusu olduğunu belirtmiştir. Bunun yanında gerçek anlamda bir sendikal faaliyetten bahsedilmesi için bir sendikanın her daim emekçi kitleler için ve onlarla birlikte mücadele ederek sahici ve sürecin gerçek bir aktörü olabileceğini vurgulamıştır.

“DİSK olarak taşeron sistemine karşı çıkmamızın temel nedeni çalışanların aynı işi yapıp farklı maaşlar alması ve temel iş güvencelerine sahip olmaması durumudur. Mesela Radyoloji mezunu iki çalışandan biri taşeron, alıyor 1500-1600 TL, diğeri kadrolu alıyor 3500 TL. Mesela kadrolular eskiden çalışıyordu günde 5 saat tabi şimdi 7 saat oldu, taşeron çalışıyordu günde 9 saat. Yakın zaman kadar taşeron Radyoloji teknisyenlerinin şua izni de yoktu mesela. “(Dev-Sağlık İş Sendika Temsilcisi)

“Evet, biz örgütledik önce oradaki arkadaşları sendikaya üye yapacaktık biz, karar vermişlerdi, ama araya girdiler ve ne yaptılarsa bize üye olacak arkadaşların hepsi gitti Türk-İş’e üye oldular. Mesela 2008 veya 2009 yılında sendikada yöneticilik yaptığı için işten çıkarılan 5 taşeron arkadaş için hastane bahçesinde bir basın açıklaması yapmak istedik ve hastanedeki tüm servisleri gezdik ve tüm taşeron çalışanlara haber verdik. Taşeron çalışanların iş güvencesi olmadığı için, korktukları için, bir kişi aşağı gelemedi. Düşün onlar adına bir eylem yapılıyor, ama onlardan bir kişi yok, bu korku mekanizması, yani bu hayatımızın her tarafında var mesela şu anda da baktığınızda Türkiye’de bir OHAL var.

Baskı, ihraç korkusu, KHK korkusu gerek memurlarda gerekse işçilerde, sendikalardan istifa süreçlerini hızlandırdı, bu noktada KESK ve DİSK olarak net duruşumuzdan kaynaklı bizimde bayağı bir üye kaybımız oldu mesela” (Dev-Sağlık İş Sendika Temsilcisi).

“Yeri geldiğinde sendikalarda veya sağıktaki yetkililer konuştuğunda sağık işi ekip işi derler ama şimdi sağık sektörüne baktığımız zaman temizlik, güvenlik, sekreterlik, görüntüleme, laboratuvar, hemşirelik hizmetleri çoğu taşeron üzerinde yürüyor, mesela bu hastanedeki tüm personelin % 50’si taşeron firma altında istihdam ediliyor ve bu kabul edilebilir bir şey değil. Şimdi ameliyathanedeki taşeron temizlikçi ameliyathaneyi veya ameliyat masasını temiz tutmadığı zaman veya servisteki hemşire kalifiye değilse veya eleman yetersizliğinden dolayı hastanın ameliyat sonrası takibini iyi yapmadığı zaman hekim ne kadar iyi ameliyat yaparsa yapsın, hastanın oradan enfeksiyon kapması veya tedavi ve takibinin iyi yapılmamasına bağlı durumunda süreçten istenilen başarı elde edilemeyecek belki de hastayı kaybedeceğiz. Yani sağık ekip işi demekle olmuyor, altını doldurmak lazım. “(Dev-Sağlık İş Sendika Temsilcisi)

“Şehir Hastanesi yakın bir zamanda ilimizde de hizmete girecek ve sistem temelde hizmet alımına dayanıyor, bu nasıl olacak cidden merak ediyoruz. Temizlik birimi ayrı olacak, radyolojik birimi ayrı olacak, laboratuvar birimi ayrı olacak, mesela Türkiye’nin en büyük laboratuvar şirketi İnvitro mesela devlet şu an bu şirketten bayağı iş alıyor. Yarın burada şehir hastanesi açılınca sistemin nasıl işleyeceğine dair net bir süreç yok, tamam taşeronu kadroya alacaksınız ama şehir hastanelerinin temeli özelleştirme ve hizmet alımına dayanıyor, bu nasıl olacak göreceğiz. Çalışanın iş güvencesinin olması gerekiyor ama bu konudaki diğer büyük sıkıntılarımızdan biri de Türkiye’de yoğun bir şekilde görülen işçi ölümleri ve iş güvenliği konusu. Mesela Türkiye’de İş Güvenliği Yasasını ve uygulamasını 2020’ye ertelediler. Çalışan emekçilere mesela iş güvenliğini nasıl anlatacağız, nasıl uygulatacağız. Bir inşaatta çalışan kişiye kemer takma konusunu nasıl benimsетеceğiz, hastanede çalışan bir radyoloji teknisyeninin kurşun önlük giymesini nasıl sağlayacağız, düzenli sağık kontrollerinin yapılmasını aynı şekilde, riskli alanlarda çalışan sağık personelinin kimyasal gazlar veya maddelerden korunma yöntemleri noktasında gerekli önlemleri ve bilinç kazanılmasını nasıl sağlayacağız gibi birçok konu var. Bu vb. birçok konu, çalışanların uğradıkları maddi kayıplarının kazanılması yanında, emekçi kardeşlerimizin iş güvenliği konusunda kendilerini güvende hissettikleri çalışma ortamlarının yaratılması da önemli bir konudur” (Dev-Sağlık İş Sendika Temsilcisi).

- **Sağık ve Sosyal Hizmet İşçileri Sendikası (Öz Sağık-İş)**

Sağık hizmetleri alanında faaliyette bulunan işçi sendikalarından en genci olan Sağık ve Sosyal Hizmet İşçileri Sendikası (Öz Sağık-İş) 27 Şubat 2014 tarihinde kurulmuş ve Hak-İş konfederasyonu çatısı altında sağık ve sosyal hizmet iş kolunda sendikal örgütlenme faaliyeti yürütmektedir. Sendikanın kısa zaman önce kurulmasına karşın bir yıl gibi bir sürede sağık ve sosyal hizmet iş kolunda yetkili sendika⁹⁷ olmak için gerekli barajı aşmış olması Türkiye’de bu iş kolunda bir ilk niteliği taşımaktadır (<http://www.ozsaglikis.org/tarihce-1-1795>). Öz Sağık-İş Sendikasının şube yöneticisiyle yaptığımız görüşmede sendika olarak kısa bir süre önce kurulsalar da sağık iş kolunda

⁹⁷ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın Temmuz 2017 tarihli işçi sendikalarının iş kollarındaki işçi sayıları ve sendikaların bu iş kollarındaki üye sayılarına bakıldığında toplam 13.581.554 işçinin 1.623.638’inin (% 11,95) sendikalı olduğu görülmektedir. Sendika üyesi işçilerin ise 907.328’i TÜRK-İŞ’e 544.566’sı HAK-İŞ’e, 145.988’i ise DİSK’e üyedir. Sağık ve Sosyal Hizmetler İş Kolunda ise toplam 350.445 işçiden 41.237’si (% 11,78) sendika üyesidir. Bu iş kolunda örgütlü olan çalışanların ise 22.006’si Öz Sağık-İş’e, 18.181’i T. Sağık-İş’e, 594’ü Dev Sağık-İş’e, 447’si Sıhhat-İş’e üye olduğu görülmektedir.

kısa sürede yüksek sayılara ulaşmalarının büyük bir başarı olduğunu vurgulayarak taşeron kadro sürecinin de bu özverili çalışmalarla birlikte kendiliğinden geleceğini belirtmişlerdir. Öz Sağlık İş yöneticisi sendika olarak kendilerini diğer iki işçi sendikasıyla ayırarak onların sendikacılık anlayışının marjinal ve yapıcı olmaktan uzak bir anlayış olduğunu ifade etmiştir. Sendika yöneticisi, sendika olarak farklılıklarını belirtirken dindar ve muhafazakâr kesimlerin tarihsel olarak (ayrı bir) önem verdiği olay ve durumlara atıfta bulunarak ve İslami bir jargon kullanarak kendilerini tanımlama yönünde bir eğilim içerisinde olduğu görülmüştür.

“Sendikaların bir geçmişi vardır, 28 Şubat’ın bir 5’li çetesi vardı, bunların içinde Türk İş’te vardı. Şimdi bir milliyetçilik ve vatan sevgisi var, insanlar çalışanlar her ne kadar taşeron olsa da, her ne kadar hakları yense de, kendi yakınlarına ve ülkesine milletine yapılanları unutmazlar hiçbir zaman” (Öz Sağlık İş Sendikası Yöneticisi).

“Öz Sağlık İş’in misyonu var, adaletidir, gereken uyarılardır, insanların haklarının savunulmasıdır. Yani şimdi Türk-İş ile Hak-İş arasındaki fark şu, biz cam çerçeve indirmiyoruz, masa başında anlaşarak, bağırarak, çağırarak değil yani, hakkı hukuku ne ise karşıdaki de zaten Hak İş’in ne olduğunu biliyor, bu çerçevede biz de işimizi yürütüyoruz. Türk- İş öyle değil, atıyorum kurumun ödeneği yoktur mesela biz yaşadık bayram ödeneği yok dediler, bayramdan sonra ödeyeceğim, eyvallah dedik, bunu kendi üyemize izah edebiliyoruz, köprü görevi yapıyoruz, çünkü onu yapmak zorundayız. Türk- İş öyle değil yok ben hemen gidiyorum işi bırakıyorum yani burada iş barışını sağlamıyorlar, Hak-İş’le ile Türk-İş arasındaki fark bu. Şimdi Öz Sağlık İş olarak hükümetten ne istiyoruz; çerçeve protokolü, asıl iş- yardımcı iş ayrımını kabul etmiyoruz, kadro verilecekse herkese verilsin diyoruz”(Öz Sağlık İş Sendikası Yöneticisi),

“Artık sosyal medya var insanlar bilinçli yani sen burayı farz et ki Türk-İş veya DİSK’in zihniyetiyle gittik, burada kaç tane personel var, bin küsur personel var taşeron. İstifa edelim veya iş bırakalım dediğimizde bu çağrıya kim uyacak, kim bırakacak işi, yüzde biri bırakmaz arkandan 10 kişi bile gelmez, herkes kendi ekmeğinin derdinde. Ha bu ne olur, hükümette ters tepebilir ve taşeron kadro vermeyebilir. “”(Öz Sağlık İş Sendikası Yöneticisi)

Öz Sağlık-İş Sendikası yöneticisinin siyasi ve dini bir söylemle taşeron sürecine yaklaşması durumu sendika ve siyaset kurumu arasında var olan ilişkilerin, sendikaların söylem ve hareket tarzlarının belirlenmesi noktasında belirleyici ve etkin olduğunu göstermesi noktasında anlamlı bir nitelik taşımaktadır. Bu süreçte özellikle etnisite, din, kültür, toplumsal cinsiyet gibi süreçlerin sınıf bilincinin oluşması noktasında önemine değinen Yılmaz, bu süreçlerin temelde toplumsal olarak inşa edildiğini ve tarihsel koşullar dikkate alındığında bu etmenlerin sınıf bilincinin oluşması noktasında engelleyici faktörler olarak da nitelenebileceğini belirtmektedir. Bu noktada temel meselenin, bu süreçlerin sınıf bilinci ve dayanışmasının oluşması önündeki engellerin (siyasi, dini, ideolojik tartışma ve ayrışmaların) ötesine geçilerek çalışanlar arasında asgari dayanışma süreçlerinin oluşturulması olduğu söylenebilir (Yılmaz, 2013, s. 367). Bu durum çalışanların mevcut kültürel, dini, siyasi özelliklerinin sendikal aidiyet ve

faaliyet süreçlerinde önemli ve belirleyici bir faktör olduğunu ve sendikal oluşumların da bu hassasiyetler üzerinden politika ürettiklerini göstermektedir.

Sendika yöneticisi, sendika olarak çalışanlar arasında asıl iş-yardımcı iş ayrımını kabul etmediklerini, hükümet ve Cumhurbaşkanı nezdinde taşeronla kadro sözü alındığını ve bu süreçte uzlaşmacı bir tavırla (yıkıp-dökmeyen bir anlayışla) sendikacılık yaparak sürecin nihayete kavuşacağına dair bir beklenti içerisinde olduklarını belirtmiştir.

“Şimdi hasta buraya geldi mi kiminle muhatap oluyor benle muhatap oluyor burada kiminle muhatap oluyor, taşeronla muhatap oluyor. Yukarı hastayı yatırıcaksa, kiminle götürüyor taşeron götürüyor, yukarının temizliğini kim yapıyor, taşeron işçi yapıyor, yemeğini kim veriyor, taşeron işçi yapıyor, yatağı değişecekse, taşeron işçi yapıyor hatta hasta taburcu olacaksa güvenlik nezdinde de yine temizlikte çalışan arkadaşlar kapının önüne kadar taksiye kadar bindiriyor. Yani asıl iş yardımcı iş diye bir şey olmaz, kabul etmiyoruz hepsi sağlık çalışanı bizim için”(Öz Sağlık İş Sendikası Yöneticisi).

“Öz Sağlık İş olarak biz kadroyu Allah’ın emri olarak görüyoruz. Öz Sağlık İş olarak hükümet kadrolularla nasıl çerçeve protokolü yapıyorsa aynı şekilde taşeron işçiye de sunulmasını istiyoruz, çerçeve protokol taşeronla da gelirse hem işçi ve sendika taraflarının hem de hükümet tarafının rahatlayacağını düşünüyoruz. Zaten bu süreç, zamanla kadro olayını da otomatikman gündeme getirecek ve kadroya kendi kendine kapıyı açmış olacak”(Öz Sağlık İş Sendikası Yöneticisi)

“15 Temmuz süreci ülkenin gündemini değiştirdi, taşeron rafa kalkmadı, şimdi biz direkt gerek Cumhurbaşkanı’yla gerek Başbakan’la konfederasyon olarak ciddi görüşmeler yapıyoruz. En son 520 bin tane imza toplandı, tamamen hepsi taşerondan, akabinde 300 bin tane anket dolduruldu, taşeron anketi, bunlar cumhurbaşkanının önüne sunuldu. Cumhurbaşkanı bu işi ben kendim çözeceğim sözünü verdi, biraz sabır istedi ama tabi bu sabrı üyelere anlatamıyoruz. Yani bu iş çözülecek. Yani çok çok ne olur kadro verilmediği takdirde hepimiz istifa ederiz, yani başkanlardır, konfederasyondakilerdir hepimiz yani bunlar bir tepki olur yani ”(Öz Sağlık İş Sendikası Yöneticisi).

Yukarıda görüldüğü üzere sağlık ve sosyal hizmet alanlarında örgütlenme faaliyeti yürüten işçi sendikalarının taşeron çalışmanın insani olmayan yönü ve mutlaka ortadan kaldırılması gereken bir çalışma rejimi olduğu noktasında görüş birliği içerisinde olduğu görülmektedir. Taşeron çalışmanın kaldırılması noktasında diğer sendikalara nazaran özellikle Hak-İş’in sürecin nihayete kavuşması noktasında siyasi karar alıcılarla sendikalarının birçok noktada ortaklaştığı uyumlu bir yapının olduğunu düşündükleri ve bu sürecin doğal bir sonucu olarak da kamuda taşeronluğun ortadan kaldırılacağına dair güçlü bir beklenti içerisinde oldukları görülmektedir.

6.6.2. Çalışanların taşeronlaşma süreci hakkındaki düşünceleri

İşçi sendikalarının taşeronlaşma konusu hakkındaki görüş ve faaliyetlerine değindikten sonra, bu kısımda ise araştırma grubundaki sağlık çalışanlarının sendikalar ve taşeronlaşma süreci hakkındaki görüşlerine yer verilecektir.

Tablo 44: Katılımcıların Sendikalar ve Taşeronla Mücadele Hakkındaki Düşünceleri

			Sendikaların çalışanlar açısından faydalı örgütler olduğunu düşünüyor musunuz?			Toplam
			Evet	Hayır	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	39	10	26	75
		%	52,0%	13,3%	34,7%	100,0%
	Erkek	Sayı	24	9	12	45
		%	53,3%	20,0%	26,7%	100,0%
Toplam		Sayı	63	19	38	120
		%	52,5%	15,8%	31,7%	100,0%
			Sendikaların haklarınızı yeterince koruduğunu düşünüyor musunuz?			Toplam
			Evet	Hayır	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	12	38	25	75
		%	16,0%	50,7%	33,3%	100,0%
	Erkek	Sayı	9	24	12	45
		%	20,0%	53,3%	26,7%	100,0%
Toplam		Sayı	21	62	37	120
		%	17,5%	51,7%	30,8%	100,0%
			Taşeron çalışmanın sendikal mücadeleyle ortadan kaldırılabilceğini düşünüyor musunuz?			Toplam
			Evet	Hayır	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	30	19	26	75
		%	40,0%	25,3%	34,7%	100,0%
	Erkek	Sayı	20	10	15	45
		%	44,4%	22,2%	33,3%	100,0%
Toplam		Sayı	50	29	41	120
		%	41,7%	24,2%	34,2%	100,0%
			Taşeron sistemini ancak devlet kaldırabilir düşüncesine katılır mısınız?			Toplam
			Evet	Hayır	Fikrim Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	57	4	14	75
		%	76,0%	5,3%	18,7%	100,0%
	Erkek	Sayı	38	3	4	45
		%	84,4%	6,7%	8,9%	100,0%
Toplam		Sayı	95	7	18	120
		%	79,2%	5,8%	15,0%	100,0%

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına sorulan sendikaları faydalı örgütler olarak düşünüyor musunuz şeklindeki soruya çalışanların % 52,5'i evet, % 15,8'i hayır, % 31,7'si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Sendikaların çalışanların haklarını yeterince koruduğunu düşünüyor musunuz şeklindeki soruya ise çalışanların % 17,5'i evet, %51,7'si hayır, % 30,8'i ise fikrim yok şeklinde cevaplamışlardır. Diğer yandan taşeron çalışmanın sendikal mücadeleyle kaldırılılabileceği yönündeki düşünceye katılır mısınız şeklinde belirtilen yargıya; çalışanların % 41'7'si evet katılıyorum, % 24,2'si hayır katılmıyorum, %34'2'si ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Son olarak çalışanlara sorulan, taşeron sisteminin ancak devlet kaldırabilir şeklindeki ifadeye ise çalışanların % 79,2'si evet, % 5,8'i hayır, %15'i ise fikrim yok şeklinde cevap vermişlerdir. Diğer yandan çalışanların sendikalar ve taşeronla mücadele konusundaki genel düşünce ve eğilimlerine bakıldığında erkek çalışanların kadın çalışanlara kıyasla

sendikalara ve taşeronla mücadele konusuna daha ilgili oldukları görülmüştür. Çalışanlarla yapılan görüşmelerde çalışanların sendikalara karşı temelde iki genel eğilim içerisinde olduğu görülmüştür. Buna göre ilk gruptaki çalışanların, sendikaların hak ve özgürlüklerin kazanımı noktasında önemli ve gerekli yapılar olduğu yönünde bir düşünce içerisinde oldukları görülmüştür. Çalışanlar bu düşünce paralelinde sendikal süreçlere dâhil olarak, yönetim karşısında belirli kazanımlar elde etmelerinin akabinde şirket ve hastane yönetiminin baskıları sonucunda işlerini kaybetme korkusundan kaynaklı olarak çoğu çalışan sendikal üyeliklerini geri çekmek zorunda kalmışlardır.

“Şimdi sen bir yerden sonra, yani sendika ne demek, bir şekilde birlikte yürümek. Şimdi sen tek başına gidip, başhekimin önüne, müdürün önüne, dekanın önüne maaşımı yükseltin falan diyemezsin. Sendika nedir, toplanacaksınız bir şeyden rahatsızsındır ve o senin hakkındır. Ne olacak büyük bir kitledir, ama maalesef o burada işlemiyor, çok yanlış bir şey. Sendika aslında çok iyi bir şey, hakkın aranıyor. Şu an mesela sendika üye olmasaydım o benim hakkım olduğunu bilmiyordum benim geçmişe dönük ücret alacağımı bilmiyordum ve alamazdım” (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

“Sendikalar, bizim sendikalar o kadar güçlü değil, ama şua izni, bayramlarda fazla mesai gibi konularda önceki yıllara dönük mesela bayağı bir fark aldı arkadaşlar, 900 milyon ek para onu da sendika sayesinde aldık. Tüm çalışanlara verildi, taşeron çalışan arkadaşlara verildi. Evet, yani gücü o kadara yetti o kadarını yaptı gücü, kadroya yetse onu da yapardı” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Valla biz sendikaya girdik, bilmiyorum neresi, sendikaya üye olalım dedik, gittik olduk. Ondan sonra şey ettiler, hastane yönetimi tarafından şey yaptılar, olmayacaksınız dediler, olanları da çıkartacağız. Herkes şeyini geri çekti, sendikadan üyelikten. Bu başhekim sendikalı değil mi ya, sen de çık sen de çalışıyorsun, bir şeyin olmasın, seni koruyan birisi olmasın, çıkardıkları zaman beni kim koruyacak, sendika yok bir şey yok yani” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

“Şirket tarafından başhekim yüz milyar da olsa tazminatınızı verip sizi çıkaracak üye olmayın sendikaya şeklinde tehdit edildik. Devlet hastanesindeki arkadaşlarım üyeler sendikaya, sekreterleri söylüyorum iki sekreter arkadaşım var, üye oldukları için haklarını sonuna kadar savunmuş o sendika. Ve sekreter orada 1700 TL’den fazla alıyor bir sekreter, bizim burada sekreterler asgari ücret 1400 lira alıyorlar. Sendika olmadığı için haklarını savunamıyorlar, fazlasını alamıyorlar ama orada bir sekreter 1700 küsur alıyor. Sendikaya üye olduk, geri çektiler üyelikimizi.” (Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni)

“Sendikaya üyeliğiniz devam ederse, işten atılırsınız diye söylendi yönetimden, arkadaşlar üyeliklerini geri çekmek zorunda kaldılar, mesela o açıdan sendikalı olmak iyi bir şey mi, değil mi yani bilemiyorum” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

Sendikalar hakkında birinci gruba göre daha karamsar olan diğer çalışan grubu ise, sendikaların devlet karşısında önemli bir aktör olabilecek güce sahip olmadığını, bundan dolayı eğer taşeronla ilgili bir gelişme olursa da, bunun da ancak ana işveren olan devletin isteği ve tasarrufuyla olacağını düşündükleri görülmüştür.

“Aslında belli bir süreden sonra kimse sesini çıkarmıyor, çünkü çıkarılırsa bu sefer işi kaybetme tehlikesi var o yüzden, hiç yoktan iyidir deyip hep geçiştiriyoruz. Sendika çözüm

değil yani, devletin buna el atması gerekiyor, yani kişilere bağlı kalınarak yapılamıyor. Çünkü birlik olamıyorsunuz mesela geri kalan taşeronlar üye olmak yerine üye olan taşeronların üyelikleri geri çekildi mesela hâlbuki bir olabilseydik, belki çok farklı şeyler olacaktı gibi. Mesela şöyle yani hani üyelikler geri çekilmeseydi, kalan taşeronlarda eğer sendikalı olsaydı bu sefer toplu bir işten çıkarma olabilir miydi, olurdu burası hani Türkiye, arkanda 500 tane işe girmek için bekleyen insan var, sen çıkarsan onlar girer. Aynen öyle demişlerdi bize, arkadaşlar yani 150-200 başvurumuz var yani çıkmak istiyorsanız çıkabilirsiniz”(Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Sendikaların pek bir gücü olduğunu düşünmüyorum, yani şu an sağlıkta olduğum için sağlıkla ilgili söyledim. Yani yönetimle masaya oturduğumda sendikanın masada işimize çok yarayacak bir şeyle kalkacağını hiç sanmıyorum. Yani bunları sendikayı suçlu bulmuyorum, masadakiler çok güçlü, yani sendikanın baş edecek bir gücü yok yani, süreçteki etkisi beklentinin üzerinde değil bence”(Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“Hastaneler çalışanını tatmin ederse, sendikaya gerek kalmaz ki. Sen taşeronu memnun etsen az önce dedim, kadroluya verdiğin kadar dönerini ver. Kadroluyla aynı maaşı vermesen de olur, çünkü kadrolu adam onu çalışıp hakkıyla almış ama sen taşerona dönerini ver, memnun et bu taşeron sendikaya ihtiyaç duymasın”(Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

“Yani sendikalı değilim, işin içine girmedim, hiç konuşmadım onlarla bile yani, şey değil efektif olduklarını düşünmüyorum açıkçası, yani çıkan arkadaşları bile biliyorum. Yapamadılar bence, görüşmelerin devam ettiğini falan söylediler, yeri geliyor bazen geliyorlar, ünitemizi ziyaret ediyorlar ama sonuçta iyileştirecek olan kendi tekelinde olan hükümet”(Çiğdem, 29, Lisans, Hemşire).

Çalışmanın yapıldığı dönemde çalışanlar ve sendika yöneticileri, taşerona kadro konusunda bu yıl itibariyle bir sonuca ulaşılabileceği ve bu noktada ilgili tarafların (sendikaların ve devletin) verilen sürenin sonuna gelindiğini ve taşeron konusunda belirsizliğin yılsonu itibariyle netliğe kavuşacağını belirtmişlerdir. Taşerona kadro konusunda özellikle son iki yıllık süreçte çözüm önerisi olarak sunulan planda; taşeron firmalarının ortadan kalktığı bir yapının olması çalışanlar açısından iyi bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan gelecek olan muhtemel sistemde taşeron çalışanlara, aynı işi yapan kadrolu veya sözleşmeli çalışanların sahip oldukları hakların verilmeyecek olması durumu da çalışanlar açısından tam bir hayal kırıklığına yol açmıştır. Bu haliyle gelecek sistemin aslında aracı firmayı ortadan kaldıran ve taşeron çalışanların devletin patron olduğu, yeni eşitsizliklerin ortaya çıkacağı ve bu yapının devam edeceği bir çalışma rejimine dâhil edileceğini göstermesi noktasında düşündürücü bir nitelik taşımaktadır.

“Darbe olmasaydı, iç ve dış karışıklıklar olmasaydı, bence hükümet çözerdi diye düşünüyorum. Çünkü bunlarla ekonomi bayağı iyi gidiyor, ya bir anda dinlediğimiz zaman bir taraftan umut veriyorlar, bir taraftan da umutsuzluk. Mesela Binali Yıldırım aynı çatı altında birleştireceğiz diyor. Numan Kurtulmuş dedi ki biz onları aynı çatı altında toplayacağız, Mehmet Şimşek hiç olumlu konuşmadı hatta dediler ya biz tazminat veriyoruz ya bu büyük bir yük, hatta bu tazminatı da kaldıralım. Zaten yaparsa ancak Recep Tayyip Erdoğan o yapar, yani büyük bir sorun bu. Bu yapılırsa da ne Numan Kurtuluş’a verilir ne Mehmet Şimşek’e bırakırlar yani” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“Sonuçta bunu dile getiren kişi hükümet süreç Türkiye’deki olaylar yüzünden rafa kaldırıldı. Ama rafa kaldırılması, hem çalışanı hem de bu hükümete oy verip destekleyen ya da hükümeti seven milletin hem umudunu hem de güvenini sarsıyor. Yani biz epeydir hayal kırıklığına alıştık, zannetmiyorum o rafta kalır bir süre daha”(Fethiye, 21, Lise, Hemşire)

“Valla bence hükümet kadroyu verecek bunu söyleyeyim, vermek zorunda, çünkü söz verdi, kadroyu verecek ama mecburiyetten verecek. Çünkü laf ağızdan bir defa çıkar hesabı oldu, AKP den ziyade Tayyip Erdoğan’ın bir şeyi var, hani söz verdiğini mutlaka yapar gibi. Fakat taşeronla kadro verileceği konusunda eminim, darbe olmazsa, ülke savaşa girmezse kadro verilir çünkü adamlar vermek zorundalar. 2019 seçimleri var artık, başkanlık seçiminde fiyaskoyu herkes gördü, yani yüzde 51 ile başkan oldu ama bunu ilköğretim mezunu bir insan bile çok kolay anlar, yani anladı yani bunun fiyasko olduğunu, bu seçimden başarısız çıktığını. Türkiye’nin iki tane sağ partisinin birleşip de o sonucun çıkması gerçekten de hüsrandır yani”(Taylan, 36, Laborant).

“Bir şey söyleyeyim mi söylemeyenler de emin olun içinden söylüyordur dışa vurmamıştır. Bu zamana kadar 15 kişiyle konuştum en az 10 kişi falan bunu söylüyor. Herkes ya ben hangi taşeronla konuştusam dışarda çalışanlar da dâhil, hani hepsinin ağzından çıkan kelime şu, belediye olsun diğer hastanelerdeki çalışanlar olsun bizi kadroya almazsa, 2019’da kesinlikle oy vermeyeceğiz. CHP’ye vereceğiz demiyor bak, Erdoğan’a vermeyeceğiz, Ak Parti almayacak. Bence kadroyu verirler, çoktan Recep Tayyip Erdoğan’ın kulağına gitmiştir taşeronların hiçbirisi oy vermez diye, 2019 da diye”(Dicle, 34, Odyoloji Teknisyeni).

“Yani çok çok ne olur, kadro verilmediği takdirde hepimiz istifa ederiz yani başkanlardır, konfederasyondakilerdir hepimiz yani bunlar bir tepki olur yani. Bir örgütlerin başkanları konfederasyon başkanı istifa etmesi o hükümete bir utançtır yani. Yok, camı çerçeveyi ülkeyi zarar verecek bir adım atılmaz yani. Bu yılın sonunu bekliyoruz, bu yılın sonundan sonra gereken eylemler yapılır yani. Sendikadan istifa edilir, il başkanı konfederasyon başkanı, kurum şube başkanları herkes olarak böyle bir karar aldık yani. ”(Öz Sağlık İş Sendikası Yöneticisi).

Diğer taraftan taşeronla kadro sürecinin ayrıntılarının yavaş yavaş ortaya çıkmasıyla birlikte çalışanların ve sendikaların süreç hakkında ciddi endişelerinin olması durumu gelecek olan sistemin kamuda yeni eşitsizlikleri ortaya çıkaracağını göstermektedir.

“Bakın şimdi taşeron olarak çalışan gerek temizlik gerekse de sağlık çalışanlarının çoğu referanslı veya bir şekilde seçilmiş elemanlar niteliğinde. Çünkü her başhekim değişikliğinde hastanede mutlaka yeni taşeron çalışan alımı yapıldı ve engel görülen veya sendikal olarak aktif kişiler bir gerekçeyle çıkarıldı. Şimdi taşeronla kadro adı altında ki bizce çalışanlar açısından, aracı taşeron firmanın çıkması ve sözleşme süreleri açısından iyi yönde bir gelişme. Bunların dışında çalışanların ücret ve diğer haklarından yeni bir şey getirmeyen bu sistemde kâğıt üstünde olsa dahi bu kişilerin kadroya alınması bir yanı sıra adaletli bir şey, bir yönüyle de adaletsiz bir şey. Adaletli çünkü kişilerin taşeron adı altında çalıştırılması insani bir uygulama değil. Diğer yandan bu kişilerin seçilmiş kişiler olması noktasında belki de başka birilerinin önüne geçerek ve torpil süreçleriyle bu işe girdikleri için de bu kişilere devlet çatısı altında kâğıt üstünde de olsa kadro verilecek olması bu yönüyle de adaletli bir uygulama değil”(Dev- Sağlık-İş Temsilcisi).

“O kökten batık, bu sefer de devlet para kazanacak, onu da ben size söyleyeyim hiç araştırdınız mı bilmiyorum, bir ara kadro gelecek denilmişti, ben şartnameyi falan iyi araştırdım, özel kamu işçisi adı altında giriyoruz. Maaşımız aynı, haklarımız aynı aradan şirketi kaldırıyor, şirketin kazandığı parayı devlet alacak, ben ne yapayım bunu. Kim bilir kaç yıl sürdü şartnamenin yazılması, bana getirsinler ben bir haftada yazayım o şartnameyi.” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

Taşeron çalışanlar üzerine yapılan farklı çalışmalarda da (Hak-İş, 2004; Kaya, 2015); taşeron çalışmanın sendikalaşma süreçlerinin önündeki en büyük engellerden biri

olduğu ve bu durumdan gerek çalışanların gerekse de bu alandaki sendikaların şikâyetçi olduğu bir yapının var olduğu görülmüştür. Taşeron çalışanlar üzerine Hak-İş'in yaptığı çalışmada katılımcıların (n=5250), % 65,6'sının sendika üyesi olmadığı ve bu noktada taşeronlaşma sürecinin sendikasızlaştırma sürecinin (Türkiye'deki taşeron çalışanların sendikalaşma oranı % 5) yaygınlaşmasına yol açtığı görülmüştür. Bunun yanında bu konudaki çalışmalarda sözleşmeli ve güvencesiz pozisyonlarda çalışanların sendikalaşması noktasında çalışanların işlerini kaybetme korkusu içerisinde oldukları ve sendikal örgütlenme süreçlerinden bu nedenle uzak durma eğiliminde oldukları görülmüştür (Hak-İş, 2014, s. 13; Kaya, 2015, s. 265). Bunun yanında post-fordist birikim rejiminin tüm düzenleme biçimleriyle baskın bir yapı haline geldiği günümüzde sendikal örgütlülüğün mutlak güvencesizlik süreçlerinin olumsuz etkilerini azaltıcı bir rolü olduğunu vurgulayan Savul, bunun yanında bu sürecin kapsamlı toplu sözleşmeler ve yeterli sosyal hakların elde edilmesine olanak tanıyan sendikal haklarla desteklenmediği sürece çalışanlar açısından faydasının sınırlı olacağını belirtmektedir. Güvencesiz istihdamın günümüzde en vasıfsız inşaat işçisinden en vasıflı devlet memuruna kadar tüm çalışanların karşılaşılabileceği bir durum olduğunu belirten Savul, bu noktada sendikal örgütlülük noktasında çevresel işgücündeki çalışanlar kadar kendilerini sınıflar üstü bir konumda gören kafa emeği emekçilerinin de sendikal örgütlülük süreçlerine dahil edilmesinin güvencesizlik süreçleriyle mücadele edilmesinde önemli bir yere sahip olduğunu belirtmektedir (Savul, 2012, s. 137- 139). Sonuç olarak bu çalışmada araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sendikalara karşı temkinli oldukları ve işlerini kaybetme korkusuyla süreci daha çok dışarıdan izledikleri ve taşeron sorunun çözümü noktasında sendikalardan ziyade devletin çözüm merci olduğuna dair paternalist bir bakış açısıyla sürece yaklaştıkları söylenebilir.

6.7. Çalışanların İş Dışındaki Sosyal Hayatları ve Geleceğe İlişkin Düşünceleri

Boş zaman olgusu genelde iş/çalışmayla ilintili olan zorunluluk, bağlayıcılık, disipline olma ve örgütsel normlara uyma gibi formel süreçlerin dışında, bireyin kendi istek ve iradesiyle bağımsız olarak hareket edebileceği ve kişisel tasarruflarda bulunabileceği bir zamana ve yapıya işaret etmektedir. Bunun yanında kapitalist uygarlık açısından ise boş zaman kavramı sistemin yeniden üretimi noktasında çalışanların kendilerini fiziksel ve mental olarak yeniledikleri çalışma süreçlerine bu şekilde katılmalarına ve çalışanların işteki olası verim kayıplarına önleyen bir alan olarak gördüğü söylenebilir. Boş zaman

kavramı bireyin (ve dolaylı olarak da sistemin) kendini yeniden ürettiği alan olması yanında; endüstriyel uygarlığın başlıca turizm, spor, oyun, hobiler, tüketim gibi farklı süreçlerle boş zaman endüstrisinin oluşturulmaya çalışıldığı alan olarak da görmek mümkündür (Aytaç, 2002, s. 232-3). Araştırmaya katılan sağlık çalışanları; sağlık alanında çalışma saatlerinin değişken olması, mesai ve nöbetlerin ağır ve yorucu geçmesinden dolayı boş zamanlarını genel olarak dinlenerek ve ertesi güne kendilerini hazırlayarak geçirdiklerini belirtmişlerdir. Çalışanlar mesai gün ve saatlerinin düzensiz olması ve sık aralıklarla hastanede nöbet tutmalarından kaynaklı, gerek özel hayatlarının gerekse de sosyal çevreleriyle olan ilişkilerinin zayıf ve istedikleri düzeyde olmadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanları bunun yanında aldıkları düşük ve yetersiz ücretten kaynaklı, kişisel gelişimleri noktasında önemli gördüğü aktivitelere zaman ve kaynak ayıramadıklarını da belirtmişlerdir.

“Mesela nöbetten çıktıktan sonra eve gidiyorum, 4-5’e kadar uyuyorum, hani bir yemek yap ye, uzan sonra yine uyuyorum sonra yine o gün geçiyor ya da ertesi gün nöbetçiyim ya da akşam nöbetçiyim, öyle çok şeyim yok aktivitem”(Sevim, 22, Lise, Hemşire).

“Çok sık çalışmamdan dolayı, çok fazla düzenli bir hayatımız olmuyor, eşimle haftada üç gün ayrı kalıyoruz o da ayrı kalışımız benim nöbetlerden kaynaklı. Eşim belediyede çalışıyor elektrik teknikeri, ben eve gittiğimde o evde olmuyor, 36 saatte bir görüşüyoruz, mesela kendisi sabah çıkıyor ve sabah 6’da da ben nöbete geliyorum. O günün akşamı görüşemiyoruz, ertesi gün ben geliyorum kendisi işte oluyor, tekrar ta ertesi günün akşamı buluşuyoruz, doğal olarak aile olarak ilişkiler çok fazla yoğun olmuyor. Aileler sizden çok fazla beklenti içerisinde oluyor, hani kayıinvalid oluyor, anne babamız oluyor mesela bizden ciddi anlamda kendileriyle de ilgilenmemizi bekliyorlar, arkadaş çevresine yeteri kadar zaman ayıramıyoruz. Tabii ki farklı değerlendiriyorlar, aramıyor zannediyorlar, ilgilenmiyoruz zannediyorlar, hatta vefasız olduğumuzu bile düşünebiliyorlar artık. Böyle çok değiştin işte, aramıyorsun, etmiyorsun gibi ama hâlbuki o süreç içerisinde ne yaptığınızı bilmiyorlar bile. Nöbetten çıkıyorum, iki saat yol çekiyoruz, ben çekiyorum daha doğrusu eve gidiyorum. Kayıinvalideme uğramadım diyelim mesela eve gidiyorum anca dinlendim, akşama yemek yap, ertesi hani o nöbet yorgunluğu oluyor, ertesi gün yine nöbete gelmek için hazırlanıyor oluyorum. Mesela çoğu zaman en fazla bir günüm boş oluyor, o gün de gittin mi ne oluyor işte hadi şunu da yapalım dediğimiz gün emin olun olmadı, yani eşimle özel bir yere ne zaman gittiniz deseniz hatırlamıyorum. Sosyal hayat ciddi anlamda yok, bizim bir düğünde böyle beraber bir yere gidişimiz bizim için mucize gibi bir şey oluyor. Bayram ziyaretine beraber gittik, eşimle beraber gittik o günün mutluluğu emin ol, yani eşimle de konuştuk, yani bak işte ikimiz beraber bir şey yaptığımız zaman ne kadar mutlu olabiliyoruz. Bazı gezegenler böyle belli tarihlerde bir araya geliyor biz de evet öyle gerçekten zor oluyor sosyal hayat olmuyor, aktivite olmuyor kesinlikle ya bazı şeyleri iğne deliğinden geçirilecek şekilde hep böyle aradan çıkardığımız oluyor”(Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“2 tane çocuğum var, Park 23’e [Elazığ’da bulunan bir AVM] götürüyoruz isterlerse, ama çok sık götürüyoruz. Hani biraz açıkçası söyleyeyim, bir mangala gittiğin zaman 100 lira rahat gidiyor, Park 23’e gittiğin zaman bir 70-80 rahat gidiyor, ikiz olduğu için iki tane olduğu için sonuçta bir yere girdikleri zaman diyelim 10 liraysa iki kişi 20 lira, hani öyle gezdiriyoruz” (Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

“Yani iş çıkışları genelde, bunları nöbet çıkışları yapıyoruz bunları çünkü hep nöbetteyiz, 45 saat çalışıyoruz, bu üç geceye denk geliyor, genelde hep nöbet çıkışı oluyoruz, hep yorgun bir şekilde çok kaliteli zaman geçiremiyoruz yani”(Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Açıkçası benim sosyal hayatım sıfır, var diyemem, hiçbir şey yok, iş dışında kurduğum arkadaşlık bile yok, ona ayrıca zaman bile yok, zaten buradan eve gidip geri kendine gelince yine buradasın. Sağlığı bırakmayı düşünüyorum, çocukluk hayalim olan fizik veya bilgisayar okumak istiyorum”(Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Türk Hemşirelik Derneğinin sağlık çalışanları üzerine yaptığı bir çalışmada çalışanların sosyal hayatları noktasında başlıca çocuklarına yeterli ve kaliteli zaman ayıramama, sosyal rollerini (anne, eş, evlat, komşu gibi) yerine getirme noktasında çatışma yaşama, sosyal aktivitelerden izolasyon ve keyif alamama, hayatlarını planlama noktasında kontrol kaybı, kişisel gelişim ve kültürel faaliyetler noktasında kendini geliştirememeye ve bu faaliyetlere zaman ayıramama gibi sorunlarla karşılaştıkları görülmüştür (THD, 2008, s. 42). Bu çalışmada elde edilen sonuçlara paralel, yapılan çalışmada taşeron sağlık çalışanlarının kendilerine has (güvencesiz istihdam, düşük hak ve ücretler) özelliklerini de düşününce bu çalışan grubunun iş dışındaki boş zamanlarında kendilerini daha çok fiziki olarak bir sonraki çalışma gününe hazırladıkları, bunun dışındaki süreçlere katılımlarının çok az veya sınırlı olduğu söylenebilir. Diğer yandan gelecekte beklentilerinin neler olduğuna dair sorulan soruya ise; çalışanların çoğunun gelecek algıları ve beklentileri noktasında taşeron çalışmanın ne olacağı veya olmayacağı konusunun önemli yer tuttuğu görülmüştür. Buna göre çalışanlar genel olarak taşeron çalışmanın isminin veya içeriğinin değişmesi durumunda dahi, sistemin işleyiş mantığının değişmeyeceğini ve uzun vadede şimdinin güvenli meslek gruplarının da güvencesizlik örüntülerine dâhil olacağına dair karamsar bir düşünce içerisinde oldukları söylenebilir.

“Taşeron konusu bence çözümlenemeyecek. Ben kesinlikle düzelebileceğini inanmıyorum taşeron konusu daha da büyüyecek. Düşünsene mesela diyecek işte 3 çocuğunuz daha olacak, ne olacak nüfus büyüdükçe ne olacak, iş imkânı zor şey zor. Taşeron taşeronu kovalayacak, iş bulamayacak belki, sağlıkçı olacak çocuğunuz taşeron olacak, ben kadroya geçtim mesela ya sonraki nesil, bence bu sistem nesilden nesile artarak gidecek, ben değişeceğini sanmıyorum” (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

“Şimdi hakikaten hani bir yandan şunu düşünüyorum, hani devlet bir türlü belini düzeltmedi diyorum bir yandan da şöyle düşünüyorum belini düzeltseydi beni adam yerini koyar mıydı düşünüyorum. Hani başımız bu musibetler gelmeseydi, ben yine de onun için aynı şeyi ifade eder miydim, bir yandan da düşünüyorum ki birçok krizler yaşadı işte çok çok farklı olaylar oldu. İşte Suriye de iç savaş falan filan derken hani bir baktım ki herkes her şey yoluna giriyor bir şekilde ama taşeron her daim dosya altı ediliyor. Ha bu bende bir art niyet oluşturdu artık hani hiç bir ümidim kalmadı, hani bilmiyorum hiç şu dakika bana gelseler sen kadrolusun deseler inanmam, hakikaten inancım yok” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Şartlar iyileşmeyecek yani, çünkü tamamen hani taşeronu kaldırıp, bütün kadroları taşeron gibi bir şey yapacak, devletin taşeronu olacaksın yani” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Zaten haberlerde görürseniz 657’yi kaldırmayı düşünüyorlar. Aynen belki şu anki durumumuz daha iyi olacak, belki daha da kötüye gidiyoruz yani. Aynen hatta belki doktorlar bile taşeron olabilir ilerde, o sistemle çalışacak bir yapıya gidiyor süreç. Yani ben doktoru da daha fazla nasıl çalıştırabilirim gibisinden, önce işçiden başlıyor, üst tabakaya doğru geliyor yavaş yavaş benim görüşüm öyle” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri)

“Yani şu an bu durum için söylüyorum ama burada iyiye gidebileceğini hiç düşünmüyorum yani mesela bundan 10 yıl önce yine burada taşeron vardı, 10 yıl sonra yine taşeron var, bundan 10 yıl sonra da aynı olacak. Yine burada ismi statüsü değişse de, taşeron işçi bu işi yapacak bir ileri gitme durumu olacağını hiç düşünmüyorum, burada böyle kalacak, bizim millet böyle gelmiş böyle gidecek” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri)

Taşeron çalışanlar üzerine yapılan benzer çalışmalarda da (Hak-İş, 2014, s. 16; Kaya, 2015, s. 266) çalışanların statülerinden kaynaklı olarak maddi ve manevi olarak kendilerini güvencesiz bir pozisyonda gördükleri, buna bağlı olarak da gelecek algı ve beklentileri noktasında karamsar bir düşünce içerisinde oldukları görülmüştür.

Diğer yandan çalışma alanlarında ortaya çıkacak istihdam süreçleri hakkında fikir verici bir nitelik taşıyan 30 Mayıs 2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren Ulusal İstihdam Stratejisi belgesi, Türkiye işgücü piyasası için 2004-2023 yılları arasındaki çalışma süreçleri hakkında planlanan düşünceleri içermesi noktasında önem arz etmektedir. Bu belge temelde işgücü piyasasındaki yapısal sorunların çözümü, orta ve uzun vadede büyümenin istihdama katkısını arttırarak ve işsizlik sorununa kalıcı çözümler bulmak olarak belirtilmiştir. Ulusal İstihdam Stratejisi metni, ilerleyen dönemlerde çalışma hayatında esnek çalışmanın tüm biçimlerinin yaygınlaşacağını, özel istihdam büroları aracılığıyla geçici iş ilişkilerinin yaygınlaşacağı, bölgesel asgari ücret uygulaması gibi çalışanlar aleyhine birçok düzenlemenin hayata geçeceğini göstermesi bakımından önemlidir (Güler, 2015, s. 174-184). Bu durum güvenceli veya güvencesiz pozisyonda fark etmeksizin tüm çalışanları zor bir geleceğin beklediğini göstermektedir. Araştırma grubundaki çalışanların geleceğe dair düşünce ve beklentileri noktasında önemli bir yere sahip olan taşeronla çalışma süreci konusunda (tez çalışmasının son dönemlerinde) yapılan kanuni düzenlemelerle çalışanlar açısından olumlu bir sürecin ortaya çıktığı söylenebilir. Her ne kadar ortaya çıka süreç çalışanların taşeron olarak çalıştıkları statüye nazaran ilerici ve olumlu (iş güvencesi ve diğer sosyal haklar noktasında) bir nitelik arz etse de çalışanların mevcut maaşları (asgari ücret) üzerinden kamu işçisi olmaları durumu üzerinde önemle durulması gereken bir nitelik göstermektedir. Bu noktada devletin personel istihdamı süreçlerinde taşeron firmaları

aradan çıkarması ne kadar olumlu bir gelişmeysse, devletin yine bu alanlara düşük maaş ve özlük haklarına sahip çalışanları istihdam etmesi ve bu noktada yeni bir istihdam rejimi inşasına yönelmesi durumu da üzerinde önemle durulması gereken bir durum olarak nitelenebilir.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Çalışma süreçlerinin tarih boyunca aldıkları biçimlerin toplumsal alanın oluşumunda ve işleyişinde önemli ve belirleyici bir rolü olduğu gerçeğinden hareketle, çalışma alanlarının değişim ve dönüşüm süreçlerinin bu alanda yer alan çalışanlarca nasıl algılandığı, deneyimlendiği ve çalışanların bu süreçlerden nasıl etkilendiği sorunsalından hareket edilerek bu çalışma yapılmıştır. Tez çalışmasında ele alınan kamu istihdam süreçlerinin değişim süreçlerini anlama noktasında, Fransız Düzenleme Okulu'nun kapitalist üretim süreçlerinin tarihsel süreç içindeki gelişimine dair yaptığı kuramsal çerçeveye başvurulmuştur. Fransız Düzenleme Okulu; kısaca kapitalist üretim süreçlerinin tarihsel gelişim sürecinde kendine has tarihsel dönemler ve bu dönemlerin bazı karakteristik özelliklerinin (birikim rejimi ve düzenleme biçimleri) olduğunu öne sürmektedir. Bu noktada okul, kapitalist sistemin girdiği krizler noktasında kendini yeniden üretme sürecinde toplumsal yapı ve kurumlar üzerinden aldığı düzenleme biçimleriyle, sermaye birikimi süreçlerinde belirli bir istikrar ve devamlılık sağladığını öne sürmektedir. Düzenleme Okulu kapitalist birikim sürecinde sistemin sahip olduğu birikim rejimi ve buna bağlı oluşturduğu düzenleme biçimleriyle sistemin ekonomi ve ekonomi dışı (siyasal, toplumsal, hukuki) alanlarının çatışma ve çelişkilere rağmen eşgüdüm içerisinde devamlılığını sağladığını öne sürmektedir.

Çalışma süreçlerinde ortaya çıkan değişim ve dönüşüm süreçleri ortaya çıktıkları dönemlerdeki ekonomik, siyasi, hukuki yapı ve süreçlerden etkilenmiş ve bunların belirleyiciliği altında bir gelişim seyri izlemiştir. Özellikle üretim süreçlerinin büyük dönüşümler yaşadığı Fordist dönemde, çalışma ilişkileri alanında bütün yerleşik kural ve normların adeta alt üst olduğu ve bunların yerine yenilerinin geldiği bir dönem ortaya çıkmıştır. Özellikle üretim süreçlerinde işin parçalara ayrıldığı ve bu süreçlerin zaman ve hareket araştırmalarına dayanarak rasyonalize edildiği, standart hale geldiği, üretim sürelerinin kısaldığı ve birim zamanda elde edilen ürün miktarlarının artmaya başladığı bu dönemlerde, çalışanlar açısından da büyük değişimler ortaya çıkmıştır. Fordist birikim rejiminin üretim süreçlerini düzenleyici işlevinin yanında çalışanların gerek iş başında gerekse de özel hayatlarında uyması gereken kuralları ve kaideleri oluşturma noktasında da belirli bir işleve sahip olduğu söylenebilir. Özellikle bu dönemlerden itibaren üretim miktarlarında ortaya çıkan muazzam artışların mevcut piyasa içinde eritilmesi ve toplam talebin arttırılması noktasında, gelirleri önceki dönemlere nazaran daha iyi bir konuma

gelen emekçi kesimlere potansiyel tüketiciler olması noktasında da belirli bir misyonun yüklendiği söylenebilir. Bu noktada birikim rejimi olarak tanımlanan Fordizmin; Gramsci'nin “burada hegemonya fabrikada doğar” deyişinde ifade ettiği üzere yeni dönemin çalışanının ve tüketicisinin de yaratıldığı süreçte etkin bir role ve belirleyiciliğe sahip olduğu söylenebilir. Fordist birikim rejiminin egemen olduğu bu dönemde ortaya çıkan refah devleti uygulamalarıyla tarihte hiç olmadığı kadar ekonomik ve sosyal haklara sahip olan çalışanların bu dönemlerle birlikte sistemle daha uyumlu ve tüketici yönü ön plana çıkan gruplar haline geldiği söylenebilir. Bu süreçlere paralel kamu hizmetlerinin gelişim seyrine bakıldığında ise; devlet mevhmunun ortaya çıktığı ilk dönemlerden itibaren kamu hizmetlerinde çalışan kişilerin seçilmesi noktasında bazı ilke ve değerlerin ön plana çıktığı bir süreç söz konusu olmuştur. Özellikle Orta Çağ ve öncesi dönemlerde daha çok krala, derebeyine bağlı olan ve ona itaat eden kişilerin seçildiği bir tür patronaja dayalı bir seçim sisteminin olduğu söylenebilir. Bu dönemlerden Fordist döneme kadar geçen süre zarfında geçerli olan liberal devlet ve kamu personeli rejiminde ise liyakate dayalı bir sistemin öncüllerinin yavaş yavaş da olsa sisteme yerleştiği ve önceki dönemlerde görülen patronaja ve yağmaya dayalı (özellikle ABD’de 19. yy. da görülen seçimle gelen yöneticinin devlet kadrolarını kendi görüşündeki kişilerce doldurduğu) personel istihdamı ilkelerinin ortadan kalktığı bir süreç yaşanmıştır. Fordist dönemde ise kamu personeli ilkelerinin tamamen rasyonel ilkelere göre düzenlendiği ve Weber’in ideal tipik olarak ortaya koyduğu bürokrasi ilke ve özelliklerine dayalı bir yapının ortaya çıktığı söylenebilir. Fordist yapı içerisinde yer alan kamu personel rejimi içerisinde kamu hizmetlerinin sürekliliği ilkesine dayalı olarak çalışanların daimi olarak iş güvencesine sahip oldukları, liyakat ve kıdemine göre ücret aldığı bir yapının olduğu söylenebilir.

1970’li yıllardan itibaren Fordist üretim sürecinin krize girmesi ve krizden çıkış noktasında üretim ve emek süreçlerinin parçalandığı, esneklik uygulamalarının yaygınlık kazandığı yeni bir birikim rejimi ve düzenleme biçimlerinin hayat bulduğu bir döneme girilmiştir. Post-Fordist birikim rejimi olarak nitelenen bu yeni dönem her ne kadar önceki dönemden radikal ve keskin bir kopuş süreci olarak tanımlanmazsa da üretim süreçlerinde, istihdam yapılarında parçalanma, örgütsüzleşme, esnekleşme ve kuralsızlaştırma pratiklerinin yaygınlık kazandığı ve daha da görünür hale geldiği söylenebilir. Yaşanan bu dönüşüm süreçleriyle birlikte Fordist dönemde etkin bir güç olan ulus devletlerin güçlerini çok uluslu şirket ve yapılara devrettiği çalışma ilişkileri

alanında işçi-işveren kesimleri arasında var olan (görece) uzlaşa durumu yerini piyasa koşullarının ve aktörlerinin belirleyici olduğu rekabetçi bir anlayışa bırakmıştır. Fordist birikim rejiminin girdiği kriz ve bu krizi aşma noktasında devletin var olan işlevlerini terk etmeye ve bu süreçlere özel sektörü de dâhil edip, kendisini denetleyici bir rolle sınırlandırmasının personel istihdamı süreçlerini radikal bir şekilde etkilediği söylenebilir. Özellikle bu dönemlerden itibaren küresel ekonomi ve siyasi arenasında önemli olan aktörler (IMF, WB) eliyle ülkelere sistemlerinde var olan krizleri aşma noktasında kamu personel rejimlerinde reforma gidilmesinin zorunluluğu ve gerekliliği noktasında öneriler ve yönlendirmelerde bulundukları söylenebilir. Bu noktada yeni dönemde çalışanlar; kafa ve kol emeğine dayalı işlerin birbirinden ayrıldığı Fordist dönemdeki aksine emeğin çalışma süreçleri içerisinde tüm işleri yapabilmesinin önünü açan esneklik uygulamalarıyla karşı karşıya kalmıştır.

Kamu istihdam süreçlerinin Türkiye özelindeki gelişim sürecine bakıldığında ise; özellikle Osmanlı Devleti'nin kuruluşundan 1830'lu yıllara kadarki olan dönemde memuriyet ve kamu çalışanlarının bir anlamda padişahın şahsında devlete ve dine hizmet eden kullar niteliğinde değerlendirildiği söylenebilir. Özellikle bu dönemlerde çalışanların devlet hizmetine alınması, yükselmesi ve hizmetten ayrılması süreçlerinde padişahın belirleyici ve etkin olduğu bir karar verme sürecinin olduğu görülmektedir. Osmanlı'nın zaman içerisinde beylik sınırlarını aşarak imparatorluk haline gelmesine paralel, devlet yönetiminin daha kolay sağlanması amacıyla bürokratik mekanizmaların ve usullerin oluşturulmaya ve kayıt altına alma süreçlerinin ortaya çıktığı bir süreç yaşanmıştır. Bunun yanında devletin idari ve askeri yönetici sınıflarının padişaha mutlak itaat etmesi noktasında daha çok Hristiyan olan (aşiret ve aile bağları olmaması nedeniyle) gençlerin devşirilerek seçilmesi ve bu gençlerin daha sonra Enderun'da eğitilerek devlet hizmetine alındıkları bir yapı söz konusu olmuştur. Tanzimat dönemine kadar süren bu sistem, bu dönemlerle birlikte değişmeye başlamış ve devletin var olan merkez teşkilatları yanında taşra teşkilatlarının oluşturulduğu, bu noktada modern sivil bürokrasi aygıtının geliştiği ve yerleştiği bir süreç ortaya çıkmıştır. Osmanlı'nın son dönemlerinden itibaren başlayan yenileşme hareketlerine karşın, mevcut sistemin etkisinin Cumhuriyet'in kurulduğu ilk dönemlerde de devam ettiği söylenebilir. 1930'lu yıllardan itibaren kamu bürokrasisinin ve ilgili yasal düzenlemelerin günümüz manasıyla oluşmaya başladığı ve 1980'li yıllara kadar etkisi devam ettirecek olan Fordist kamu personel rejiminin bu dönemler arasında geliştiği ve etkin olduğu bir dönem yaşanmıştır. Özellikle 1961 Anayasası'na kadar olan

dönemde özellikle 1945 yılında işçiler için sosyal sigortalar sisteminin kurulması, 1949 yılında Emekli Sandığı gibi sistemlerin oluşturularak mevcut çalışma rejimleri ve emeklilik sistemleri oluşturulmaya başlanmıştır. Fordist kamu rejiminin tam olarak yerleştiği 1960'lı yılların ortalarında, örneğin en yüksek devlet kademesinde yer alan çalışanla en alt düzeyde çalışan memurun maaşı yelpazesi arasındaki fark (gerek önceki liberal dönemle gerekse sonraki postfordist dönemle kıyaslandığında) en düşük (görelî eşitlikçi) seviyesine kavuşmuştur. Özellikle bu dönemlerde kamu personeli istihdamı süreçlerinde kadrolu daimi çalıştırma biçimi esas alınmış, istisnai durumlar ve uzmanlık gerektiren işler haricinde sözleşmeli personel istihdamına gidilmemiştir. 1980'li yıllardan itibaren postfordist birikim rejiminin ve düzenleme biçimlerinin bir yansıması olarak neo-liberal ilkelere dayanan özelleştirme ve devletin küçültülmesi politikalarının yaygınlık kazanmaya başladığı söylenebilir. Kamu personeli istihdamı süreçlerinde önceki dönemlerde istisnai bir durum olarak sistemde var olan sözleşmeli istihdamı bu dönemlerden itibaren istisna olmaktan çıkmaya başlamış ve sistemin önemli bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Bu dönemlerle birlikte istihdam süreçlerinde ilk olarak belediyelerde başlayan sözleşmeli ve hizmet alımı yoluyla personel istihdamı uygulamaları daha sonra yaygınlaşarak diğer kurumlarda da yaygın olarak görülen bir uygulama halini almıştır.

Kamu personeli rejiminin geçirdiği süreç ve dönüşümleri anlama noktasında önemli bir alan niteliği taşıyan kamu sağlık hizmetlerinin ve bu alandaki istihdam süreçlerinin tarihsel gelişim sürecine bakıldığında ise şunlar söylenebilir. Cumhuriyet öncesi dönemdeki sağlık hizmetlerinin yapısına bakıldığında genel olarak 19. yüzyıla kadar Osmanlı İmparatorluğu'nun tüm sınırlarını kapsayan bir sağlık örgütlenmesinin olmadığı söylenebilir. Bu dönemlere kadar daha çok vakıflar aracılığıyla büyük merkezlerde kurulan hastaneler gerek hastaların tedavilerine gerekse de sağlık elemanlarının usta çırak ilişkileriyle yetiştirilmesine imkân sağlamıştır. Fatih döneminde oluşturulan Hekimbaşı Kurumu (günümüzdeki Sağlık Bakanlığı) sağlık hizmetlerinin planlanması ve takibi noktasında önemli bir gelişme olarak nitelenebilir. Hekimbaşı kurumunun etkinliği; 19. yüzyılda tıp alanında ortaya çıkan bilimsel gelişmelere paralel azalmaya başlamış ve yerini daha bilimsel ve modern tekniklerle işleyen kurumlara bırakmıştır. Bunun yanında Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde (19.yy.'de) ortaya çıkan reform hareketlerinin önemli ayaklarından birini de sağlık alanında ortaya çıkan gelişmeler oluşturmaktadır. Bu dönemlerden itibaren modern tıp eğitimine dayalı

bir örgütlenmeye gidildiği, aşı ve karantina uygulamalarının daha kurumsal olarak örgütlendiği, devlet hastanelerinin ülke geneline yayılmaya başlaması gibi gelişmeler ortaya çıkmıştır. 20.yy.'nin ilk çeyreği sağlık hizmetlerinin gerek il merkezleri gerekse de merkezi olarak örgütlenmeye başladığı ve kurumsallaşma yönünde önemli adımların atıldığı bir dönem olmuştur.

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık hizmetlerinin ülke sathına yayılması noktasında, Numune Hastaneleri açılmış ve nitelikli sağlık elemanları yetiştirme amacıyla sağlık okulları açılarak bu alandaki açığın kapatılması yoluna gidilmiştir. 1950'li yıllardan itibaren ise yerel idareler tarafından yürütülen sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanması ve yürütülmesi uygulamasına gidilmiştir. Türkiye'de 60'lı yıllardan itibaren uygulamaya konan kalkınma planları kapsamında sağlık hizmetlerinin de tüm toplumsal kesimlere ulaşacak şekilde yaygınlaştırılması ve bu hizmetlerin anayasal bir hak olduğu ilkesinden hareket edilerek sağlık hizmetlerinin planlanması uygulamasına gidilmiştir. Sosyalizasyon dönemi olarak adlandırılan bu dönemde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütünsel bir açıdan ele alındığı ve bu süreçlerin ülkenin her yanına ve tüm toplumsal kesimlerine ulaşacak şekilde yaygınlaşması ilkesinden hareket edildiği söylenebilir. Bu dönemlerde sağlık alanında önemli aşamalar kat edilmiş olsa da yeterli maddi imkânların olmaması ve sistemin tüm bileşenleri tarafından tam olarak benimsenmemiş olmasından kaynaklı bu alanda istenilen amaçlara ulaşılamamıştır. Bu dönemlerde nüfusun tümünü içine alacak genel sağlık sigorta sistemi kurulması yönündeki girişimlerin nihayete varamamasından kaynaklı, 80'li yıllara gelindiğinde ülkede gerek sağlık sistemi içerisindeki bireylerin hiyerarşik olarak (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) sınıflandırıldığı gerekse de enformel sektörlerde çalışan kesimlerin sağlık güvencesinden yoksun kaldığı bir sistemin varlığı, sağlık hizmetlerinin tüm toplumsal kesimlere yeterli ve adil bir şekilde sunulmadığını göstermektedir. Dünya genelinde özellikle bu dönemlerden itibaren başlayan neo-liberalleşme süreçlerine paralel Türkiye'de de IMF ve DB'nin tavsiye ettiği programlara dayalı olarak kamu alanının yeniden yapılandırıldığı ve dönüştürüldüğü bir sürecin ortaya çıktığı söylenebilir. Bu dönemlerden itibaren kamu alanlarında yönetim ve toplam kalite süreçlerinin işlerlik kazandığı, kamu yönetimi anlayışından kamu işletmeciliği anlayışına geçildiği bir dönemin ortaya çıktığı söylenebilir. Kamu sağlık hizmetlerinde dönüşüm süreçlerinin 90'lı yıllarda planlandığı ve kısmen uygulamaya geçildiği dönemlerden, 2000'li yılların

başına gelindiğinde, sağlık sisteminde istenilen düzenlemelerin tam olarak uygulama alanına geçmediği bir yapının olduğu söylenebilir.

Adalet ve Kalkınma Partisi'nin (AKP) 2002 yılındaki genel seçimlerinde tek başına iktidara gelmesiyle birlikte, çıkardığı Acil Eylem Planında sağlıkta dönüşüm sürecinin hızlı bir şekilde uygulamaya konulacağı ve bu alanda köklü bir dönüşüm gidileceğinin ilk işaretleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu kapsamda 2003 yılında uygulamaya giren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık sisteminde köklü bir dönüşüm sürecine girilmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak üniversite ve askeri⁹⁸ hastaneleri dışındaki tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve hastaneler tek çatı altında toplanmıştır. Bunun yanında 1940'lı yıllardan itibaren kurulmaya çalışılan ancak tam manasıyla oluşturulamayan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi Nisan 2008 tarihinde kanunlaşarak yürürlüğe girmiştir. GSS ile birlikte sağlık hizmetlerinde hizmet üretimi ile finansman süreçleri birbirinden ayrılmış ve prim ödeme temeline dayanan sistemde ödeme gücü olmayan kesimlerin (asgari ücretin 1/3 'ünden az geliri olanların) primlerinin devletçe ödeneceği geri kalan kesimlerin ise prim ödeme koşuluyla sisteme dâhil olacakları bir yapıya geçilmiştir. Bunun yanında kamu sağlık kurumlarında işletmecilerle modele geçilmiş⁹⁹ ve bu kapsamda Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ilk basamağı olan Sağlık Ocağı sisteminin yerine gelen Aile Hekimliği sisteminde hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edildiği, hekimlerin bağımsız ve kişi başı ödemeye dayalı olarak istihdam edildiği bir yapı getirilmiştir. Aile Hekimliği mesleği esasen 6 yıllık tıp eğitimi sonrasında uzmanlık eğitimi sonunda alınan ve icra edilen branş olmasına karşın ülkede yeterli sayıda Aile Hekimi Uzmanı olmaması nedeniyle Pratisyen Hekimlere kısa süreli eğitimlerle Aile Hekimliği sertifikaları verilerek bu sistem içerisinde çalışmalarının önü açılmıştır. Bunun yanında kamuoyunda Şehir Hastaneleri olarak bilinen Kamu-Özel Ortaklığı Hastaneleri (KÖO) sağlık alanındaki piyasalaşma süreçlerinin bir diğer örneği

⁹⁸ Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı askeri hastaneler 15 Temmuz 2016 askeri darbe girişiminin ardından 25 Temmuz 2016 tarihinde çıkarılan 669 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.669.pdf>):

⁹⁹ 2 Aralık 2011 tarihinde çıkarılan 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı bünyesinden yeniden yapılandırılan ve oluşturulan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu aracılığıyla ve ülke çapında illerde oluşturulacak 100'e yakın Genel Sekreterlikler yoluyla yönetilmesi amaçlanmıştır. Ancak bu sistemden 25 Ağustos 2017 tarihinde çıkarılan 694 sayılı KHK ile yeniden eski sisteme geçildiği ve ilgili kurumların yeniden bakanlı bünyesinde genel müdürlük seviyesine geçtiği ve illerde genel sekreterliklerin lağvedildiği ve Sağlık Müdürlüklerinin sözleşmelilik esasına göre yeniden yönetici süreçleri yürüteceği bir sisteme geçilmiştir.

olarak nitelenebilir. Şehir Hastaneleri temelde özel sektörün belirli bir sözleşme kapsamında hastaneleri inşa ettiği, devlete kiraladığı ve devletin buradaki ana hizmetler dışındaki çeşitli hizmetleri (temizlik, çamaşır, lokanta, otopark, otelcilik gibi) bu özel firmalara devredeceği bir yapı niteliğindedir. Sağlık hizmetlerinde işletmeciler modeline geçilmesiyle birlikte sağlık hizmet üretimi süreçlerinde performansa dayalı hizmet üretim modeline geçilmiştir. Performansa dayalı sistem temelde hekimleri önceleyen ve diğer sağlık personelinin ikincil konumda gören (bu sınıf içerisindeki çalışanlar arasında da eşitsizlikler içeren) bir sistem olarak uygulamaya geçmiştir. Sağlık hizmetlerinde nitelikten ziyade niceliği ön plana alan bu sistemde hizmet üretiminin karşılığında performans (ücret) ödemesi alan hekimler, kapatılan özel muayenehanelerinden kaynaklı uğradıkları maddi kayıpları bu şekilde karşılama imkânına kavuşmuşlardır. Hekim dışı sağlık personellerinin de eğitim ve kıdem durumlarına göre faydalandıkları bu sistem her ne kadar maddi olarak çalışanlara ek bir gelir sağlamışsa da bu dönemlerden itibaren çalışma şartlarının yoğun ve ağır bir hal alması durumu çalışanları bu noktada olumsuz etkilemiştir. Performans sisteminin nitelikten ziyade niceliği esas alan yapısı, bu noktada bazı suiistimallerin de ortaya çıkmasına yol açmış ve SDP'nin uygulamaya girdiği yıllardan itibaren hastaneler ve diğer sağlık kurumlarındaki teşhis, tahlil, girişim ve ameliyat sayılarında büyük artışlar ortaya çıkmıştır. Her ne kadar bu artışlarda sağlık hizmetlerinde dönüşüm sürecinden önce var olan hiyerarşik yapının (SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur mensuplarının belirli sağlık kurumlarından hizmet alması) ortadan kalkması ile birlikte bireylerin sağlık kurumlarına kolayca başvurabilmesinden kaynaklı bir artış olduğu gerçeğini ihmal etmeden, bu artışta performans sisteminin niceliği önceleyen (bir tür Fordist fabrika sistemindeki parça başı ödeme) yapısının da büyük rolü olduğu söylenebilir.

Sağlık sisteminde piyasalaşma süreçlerinin ortaya çıktığı alanlardan bir diğeri de personel istihdam süreçlerinde sözleşmeli ve güvencesiz istihdam biçimlerinin istisnai bir durum olmaktan çıkarak, sisteme kural olarak yerleşmeye başlaması durumudur. Kamu alanlarında 80'li yıllardan önce uzmanlık gerektiren istisnai haller dışında başvurulmayan sözleşmeli personel istihdamı, bu dönemlerden itibaren istisna olmaktan çıkmaya başlamış ve diğer güvencesiz istihdam biçimleriyle sistem içerisinde yer edinmeye başlamıştır. Bu dönemlerden itibaren önce yerel yönetimlerde daha sonra da merkezi yönetimlerde ilk olarak yardımcı hizmet alanlarında ortaya çıkan taşeron ve güvencesiz istihdam biçimleri 2000'li yıllardan itibaren asli ve sürekli işlerde de görülmeye ve

yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı sözleşmeli istihdam biçimlerinin kamu hizmetlerinde ilk olarak görüldüğü alanlardan biri olması dolayısıyla, istihdam süreçlerindeki değişim süreçlerinin izlenmesinde önemli bir alan niteliği taşımaktadır. SDP süreciyle birlikte sağlık alanında sözleşmeli istihdam biçimi asli çalıştırma biçimi olarak görülmeye başlanmış ve bu dönemlerden itibaren sık sık başvurulanan bir istihdam biçimi haline gelmiştir. Sağlık hizmetleri alanında asli hizmetleri yerine getiren doktor ve hekim dışı sağlık personelinin de hizmet alımı yoluyla teminine imkân sunan kanuni düzenlemelerin çıktığı 2004 yılında hizmet alımı yoluyla uzman hekim ve yardımcı sağlık personeli temini için ihale süreçlerine çıkılmış ise de, Danıştay kararıyla bu uygulamanın yürütmesi durdurularak bu uygulamanın önüne geçilmiştir. Diğer yandan SDP'nin ana unsurlarından olan Aile Hekimliği sistemi ve Kamu-Özel Ortaklıkların genel işleyiş sistemine bakıldığında sözleşmeliliğe ve güvencesiz istihdama dayalı bir anlayışın hakim olduğu ve bu durumun uzun vadede çalışanların iş güvenceleri noktasında olumsuz bir yapıya işaret edeceğini göstermektedir. Sağlık alanında yaşanan bu gelişmelerin Fordist dönemdeki kadrolu-ömür boyu iş garantisinin olduğu istihdam biçiminden, Postfordist dönemin ruhuna uygun (parçalanmış, melez ve geçici) istihdam biçimlerinin çalışma alanlarındaki süreçleri esnek, güvencesiz ve çok parçalı hale getirdiği ve bu dönemlerden itibaren sözleşmeli, taşeron ve güvencesiz istihdam biçimlerinin sisteme yerleşmeye başladığı söylenebilir. Türkiye'de her seçim döneminde kamudaki belirli çalışan gruplarına kadro verilmesi¹⁰⁰ şeklinde ortaya çıkan popülist politikalar kapsamında, sözleşmeli personel olarak istihdam edilenlerin daha güvenceli kadrolara geçmesi realitesini de atlamadan; devletin sözleşmeli personel istihdamını halen öncelediği ve personel alımlarının çoğunu buna göre yaptığı sistemi devam ettirme eğiliminde olduğu söylenebilir. Bunun yanında SDP'nin tam anlamıyla sağlık sistemine yerleşmediği gerçeğini de göz önünde bulundurursak; aile hekimliği ve kamu-özel ortaklığına dayalı hastanelerin sistemde hâkim unsurlar haline gelmesinin planlandığı bir yapıda,

¹⁰⁰ Tez çalışmasının evren ve örneklem grubunu oluşturan taşeron beyaz yakalı olarak nitelediğimiz sağlık çalışanların (lise ve üniversite mezunu olan taşeron sağlık çalışanları) tezin yazım sürecinin nihayete erdiği dönemde (Nisan 2018'de) kadrolu işçi olarak kamuya alınmıştır. Yaşanan bu gelişmeler bir noktada, çalışmanın neoliberal dönemin kamu istihdam süreçlerinde esneklik ve güvencesizlik uygulamalarını yaygınlaştıracağı yönündeki varsayımını bir noktada geçersiz hale getirdiği şeklinde yorumlanabilse de, çalışanların aynı maaş ve özlük haklarıyla (asgari ücret) ve çoğu sosyal haktan mahrum (tayin istememe, geçmişe yönelik haklardan feragat) bir şekilde sürekli işçi kadrosuna geçirilmesi durumu çalışanlar açısından en azından belirli bir dönem daha belirsizliğe dayalı bir sürecin kendilerine eşlik edeceğini göstermektedir. Durumu şöyle örneklendirirsek kadrolu lisans mezunu bir hemşire ile taşeron firmada çalışırken kamuya işçi olarak atanan lisans mezunu bir hemşirenin maaş ve diğer özlük hakları birbirinden farklı ve adaletsiz bir yapıda bulunmaktadır.

sözleşmeliliğe ve hizmet alımına dayalı istihdam biçimlerinin sistemde varlığını sürdüreceğini ve istihdam süreçlerinde esneklik ve sözleşmeliliğin uzun vadede sistemin ana unsuru haline geleceğini söylemek mümkündür.

Tez çalışmasının kuramsal genel bir değerlendirmesini yaptıktan sonra alan araştırma verilerini değerlendirecek olursak şunları söylemek mümkündür. Araştırma evrenini oluşturan grubun cinsiyet değişkeni noktasında kadın ağırlık bir yapısı olduğu görülmüştür. Bu durum başka çalışmalarda da ortaya çıkan sağlık alanının kadın ağırlıklı bir yapıda olması durumuyla benzer bir nitelik taşımaktadır. Çalışanların önemli bir kısmının 18-30 yaş aralığında olması (% 70'i) durumu bu alanda daha çok yeni mezun ve kadrolu olarak atanma imkânı bulamadığı için çalışmak zorunda olan kesimlerin istihdam edildiğini göstermektedir. Çalışan grubunun %80'inin doğum yerinin Elazığ olması durumu ise bu ilde ortaöğretim ve üniversite düzeyinde sağlık elemanı yetiştiren okulların varlığına ve bu okullardan mezun olan ve kadrolu olarak atanamayan gençlerin belirli motivasyonlarla bu işe girme eğilimleriyle açıklanabilir. Çalışanların anne ve babalarının eğitim durumlarına bakıldığında, çalışanların annelerinin eğitim durumlarının babalarının eğitim durumlarına nazaran daha düşük bir düzeyde olduğu görülmüştür. Aynı şekilde çalışanların annelerinin büyük bir çoğunluğunun ise dışarıda ücretli olarak çalışmayan ev kadını olduğu, babalarının ise daha çok memur, işçi vb. alt ve orta düzey mesleklerde çalıştıkları görülmüştür. Bu durum çalışanların sosyo-ekonomik düzeyleri bakımından alt ve orta gelir grubuna dâhil ailelerden geldiğini göstermektedir. Medeni durumları noktasında çalışanların çoğunlukla bekâr oldukları, çocuk sahibi olan çalışanların ise büyük bir çoğunluğunun 1 çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Çalışanlardan evli olanların eşlerinin çalışıp çalışmama durumları noktasında; erkek çalışanların eşlerinin önemli bir kısmının çalışmadığı, kadın çalışanların ise eşlerinin tamamına yakınının çalıştığı görülmüştür. Çalışanların eşlerinin aylık kazanç ortalamalarının ise 2017 yılı Haziran-Temmuz ayları itibarıyla 1250- 3000 TL arasında olduğu görülmüştür. Çalışanların ev sahibi olma durumları noktasında; üçte ikisinin ev sahibi olduğu, üçte birinin ise kirada oldukları görülmüştür. Çalışanların eğitim durumuna bakıldığında büyük bir kısmının ön lisans- lisans düzeyinde eğitime sahip oldukları görülmüş, bunun yanında lisansüstü eğitime devam eden çalışanlarında olduğu araştırma grubunda özellikle tüp bebek merkezinde embriyolog olarak çalışan ve yakın zamanda doktora eğitimi bitecek bir çalışanın olması durumu da üzerinde önemle durulması gereken bir örnek niteliği taşımaktadır. Çalışanların hangi lise mezunu oldukları durumuna bakıldığında ise,

Çalışanların önemli bir kısmının sağlık meslek lisesi çıkışlı olduğu ve buradan mezun olduktan sonra ise çoğunlukla sağlıkla ilgili yüksekokullara devam etme eğiliminde oldukları görülmüştür. Çalışanlardan sağlık lisesini bitirenlerin sağlık alanı dışındaki bölümlere ve mesleklere geçme noktasında yeterli sermayeye sahip olmadıkları ve bundan dolayı sağlık mesleğinde kaldıkları ve mesleki hareketlilik ve alan değiştirme süreçlerinin bu noktada düşük olduğu görülmüştür. Katılımcıların sağlık mesleğini seçme nedenlerine bakıldığında daha çok kısa yoldan meslek edinme ve iş bulma imkânının olmasının ve bu noktada aile ve evre yönlendirmesinin belirleyici faktör olduğu görülmüştür. Çalışanların sağlık mesleğine yukarıdaki motivasyonlarla yönelmelerine karşın, sağlık mesleği alanında her yıl daha fazla sayıda öğrencinin mezun olduğu ve bu noktada etkin ve n grl bir planlanmanın yapılmamasından kaynaklı, bu meslek dallarında da son yıllarda işsizlik, düşük maaşlara ve ağır çalışma koşullarıyla çalışma durumlarının arttığı söylenebilir. Diğer yandan çalışanların önemli bir kısmının mesleklerini yakınlarına veya başkalarına tavsiye etmeme yönünde bir düşünce içerisinde oldukları ve sağlık mesleğini ağır, yorucu ve emeklerinin karşılığını tam olarak alamadıkları bir alan olarak görme eğiliminde oldukları görülmüştür. Araştırma grubundaki çalışanların kadrolu olarak görece daha iyi koşullarda çalışmadığı ve büyük bir çoğunluğunun asgari ücretle çalıştığı göz önüne alındığında mesleklerini başkalarına tavsiye etmeme nedenleri bu noktada daha anlaşılır bir hal almaktadır.

Araştırmaya katılan çalışanların çalışma koşulları hakkında ise şunlar söylenebilir. Çalışanların işe giriş süreçlerine bakıldığında bu süreçlerde her ne kadar eğitim ve uzmanlık alanları gibi özellikler zorunlu ve belirleyici bir öneme sahip olsa da bu noktada önemli olan bir başka şeyin de güçlü bir referansa sahip olup olmama durumunun varlığı olduğu söylenebilir. Çalışanların gerek anket uygulaması esnasında gerekse de derinlemesine mülakat süreçlerinde belirttiği üzere asgari ücretli olarak çalıştıkları bu işte dahi güçlü bir siyasi referans veya kanal bulma durumunun varlığı durumudur. Çalışanların işe giriş süreçlerinde kliyentalist ilişkilerin ve Bourdieucu anlamda sosyal sermaye ilişki ağlarının etkili olduğunu ve buna dayalı bir işe giriş sürecinin oldukça yaygın olduğunu söylemek mümkündür. Bu noktada taşeron sağlık çalışanları çalışma süreçleri içerisinde en çok maddi ve manevi eşitsizliğe ğrayan çalışan kesimlerini oluştursa da, aynı grubun önemli bir kısmının siyasi referansa sahip olduğu ve bu şekilde işe girdiği söylenebilir. Bu şekilde işe girenlerin haksız bir şekilde avantajlı bir konuma sahip olduğu ve bu yönüyle bu çalışanları “şanslı elemanlar” olarak nitelemek

mümkündür. Özellikle Aralık 2017’de çıkan KHK ile kamuda taşeron olarak çalışanlardan uygun niteliklere haiz olanlarının geçmişe yönelik hak ve davalarından feragat etmeleri koşuluyla, Nisan 2018 tarihinde aynı maaş ve özlük haklarıyla sürekli işçi kadrosuna geçirilmeleri durumu, bu çalışan grubunun önceki avantajlı konumlarının bu süreçte de işlediğini göstermektedir.

Çalışanların mesleki branşlarına ve pozisyonlarına bakıldığında ise büyük bir kısmının hemşire ve sağlık teknisyeni pozisyonunda oldukları ve çalışma süreleri bakımından ise çalışanların büyük bir kısmının 1-5 yıl arasında hizmet sürelerine sahip oldukları görülmüştür. Diğer yandan çalışan grubu içerisinde 10 yıl ve üzeri hizmet süresi olan çalışanların da var olması durumu, kurumun uzun yıllar bu şekilde personel istihdamı yoluna gittiğini göstermesi bakımından çarpıcı bir nitelik taşımaktadır. Araştırma grubundaki katılımcıların bu kurumdan önce herhangi bir kurumda çalışıp çalışmadıkları durumuna bakıldığında çalışanların büyük bir kısmının kısa süreli de olsa özel hastane deneyimlerinin olduğunu ve çalışma şartlarının zorluğundan dolayı bu kurumlardan ayrılarak bu işe başladıkları görülmüştür. Çalışanların yıllık izinlerini düzenli olarak kullanıp kullanmama durumlarına bakıldığında ise; katılımcıların büyük bir kısmının izinlerini kullandıklarını ancak çalıştıkları kurumun üçüncü basamak bir sağlık kurumu olmasından kaynaklı işlerinin yoğun ve ağır olduğu ve kurumdaki eleman açığından da kaynaklı istedikleri zaman dilimlerinde izin almalarının her zaman mümkün olmadıklarını ve bu noktada taşeron olmalarından kaynaklı kendi istek ve düşüncelerinin kadrolu personellere göre daha az dikkate alındığı bir yapının olduğunu belirtmişlerdir. Diğer yandan çalışanların yıllık rutin sağlık kontrollerinin yapılıp yapılmadığı durumuna bakıldığında katılımcıların yarısından fazlasının rutin sağlık kontrollerinin ciddiyle yapıldığı bir yapının olmadığını düşündükleri söylenebilir. Bunun yanında sadece sağlık elemanı istihdam eden firmanın (Piramit) çalışanlarına her ihale döneminde zorunlu olarak rutin sağlık kontrollerini yaptırdığı, diğer firmanın (ARGE) ise süreci bu ciddiyette yürütmediği çalışanlar tarafından belirtilmiştir. Özellikle kan bankası ve laboratuvar birimlerinde çalışan sağlık elemanları kendilerinin temizlik işçileriyle aynı firmada istihdam edilmelerinden kaynaklı, hastanenin en riskli bölümü olmalarına karşın, kendilerinin şüpheli bir durum olduğunda bireysel olarak sağlık kontrollerini yaptıkları ve bu noktada çalışanlar açısından riskli bir sürecin olduğu belirtilebilir. Kurumda işe yeni başlayan elemanlara uyum eğitimi ve hizmet içi eğitim verilip verilmediği durumuna bakıldığında ise, bu süreçlerde daha çok usta-çırak ilişkisine dayalı bir çalışma ilişkisinin

söz konusu olduğu ve bu noktada yeni başlayan elemanın belirli bir dönem kontrollü ve ekiple çalışıp gerek kuruma gerekse de yaptığı işe uyum sağladığı, yetkinliğini gösterdiği zaman ise bireysel olarak nöbet vb. süreçlerde inisiyatif aldığı bir yapının var olduğu söylenebilir. Çalışanların kurumdaki görev ve sorumlulukları belirlenirken sahip oldukları eğitim, beceri ve sertifikaların dikkate alınıp alınmadıkları durumuna bakıldığında ise, çalışanların genel olarak mezun oldukları alanlarda istihdam edildikleri bunun yanında kimi çalışanların taşeron personel oldukları için, aldıkları eğitim ve sertifikaların dikkate alınmadığı tespit edilmiştir. Çalışanların kurumdaki birimlere dağılımlarının adil olup olmadığı durumuna bakıldığında; katılımcıların büyük bir kısmının kurumda ciddi boyutta eleman sıkıntısı olduğunu düşündüğü ve çok yoğun servislerde (40 hastanın yattığı bir serviste) dahi tek kişinin nöbet tuttuğu bir sistemin olduğu ve bu durumun da gerek kendileri gerekse de hastaların sağlıkları açısından tehlikeli bir durum olduğu söylenebilir. Çalışanlar bunun yanında kurumdaki ve birimlerdeki eleman eksikliğinden kaynaklı kendilerinin asli işleri dışında başka çalışanların da (örneğin bir hemşire sekreterin, hasta bakıcının hatta zaman zaman doktorun) işlerini de yapmak zorunda oldukları bir yapının olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum ise çalışanların ağır ve yorucu iş ortamlarında işlevsel esnekliğe dayalı bir çalışma biçimine tabi olduklarını göstermektedir. Çalışanların çalıştıkları birimlerde düşüncelerinin dikkate alınıp alınmadığı durumuna bakıldığında ise genel olarak düşüncelerinin dikkate alındığı, bunun yanında hastane yönetimi nezdinde ise geçici eleman olmalarında kaynaklı kendilerine karşı ayrımcı ve görmezden gelici bir tavrın olduğu söylenebilir. Örneğin çalışanlar kimi durumlarda aldıkları sağlık raporu ve diğer mazeret izinlerinin idarece işleme alınmasının engellenmeye çalışıldığı, kimi durumlarda ise rapor alan personelin dolaylı olarak cezalandırıldığı (görev yerinin daha ağır bir servise çekilmesi gibi) despotik bir yapının olduğu söylenebilir. Çalışanların aldıkları ücretleri yeterli bulup bulmadıkları durumuna bakıldığında ise, katılımcıların tamamına yakınının aldıkları ücretin çok yetersiz olduğunu düşündüğü ve aynı şekilde katılımcıların tamamına yakınının kendilerini alt ve orta sınıfa dâhil bireyler olarak gördükleri söylenebilir. Çalışanların önemli bir kısmının asgari ücretin bir miktar fazlasını (% 20 fazlası) almaları dolayısıyla bu çalışan grubunun çalışan yoksullar kategorisinde değerlendirilebileceği öne sürülebilir. Buna paralel çalışanların ek iş yapıp yapmama durumlarına bakıldığında özellikle evli (eşi çalışmayan ve çocuklu) çalışanların vasıflı veya vasıfsız ve çoğunlukla sağlık dışındaki işlerde (pazarcılık, şoförlük, inşaat işçiliği,

mobilyacı, medikalci gibi) ek iş yapma yoluna gittikleri söylenebilir. Çalışanların kurumsal aidiyet süreçlerine bakıldığında, gerek maddi olarak gerekse de manevi anlamda haklarının yenildiği ve görmezden gelindikleri bu sistemde katılımcıların büyük bir kısmının kendilerini kuruma ait hissetmedikleri görülmüştür. Bunun yanında çalışanların geçici pozisyonda çalışmalarından kaynaklı, mesleklerinin toplum nezdinde saygın bir yeri olmadığını düşündükleri de görülmüştür. Örneğin bazı çalışanlar kurumda geçici pozisyonda uzun yıllardır çalıştıkları halde kurum personeli olarak görülmedikleri için, kurum içinde birçok hizmetten (örneğin çocuğunu üniversitenin anaokuluna kaydetme gibi) yararlanmadıkları bir yapının olduğunu ve bu durumun da kendileri açısından onur kırıcı bir durum olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan çalışanların sağlıkta dönüşüm sürecine dair düşüncelerine bakıldığında ise şunlar söylenebilir. Katılımcıların ilk olarak sağlıkta dönüşümden önceki dönem hakkında ne düşündükleri, o dönemi hatırlayıp hatırlamadıkları ve o dönemler hakkında ne tür deneyimleri ve düşünceleri olduğu anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu noktada çalışanların önemli bir kısmının dönüşüm sürecinden önceki (2003 öncesi) dönemde yaş itibarıyla ortaöğretim düzeylerinde olduğu ve sağlıkta dönüşüm süreciyle ilgili düşünce ve eğilimlerinin daha çok aile ve yakın çevrelerinden, görsel ve yazılı medyadan edindikleri bilgilere dayandığı görülmüştür. Katılımcıların önemli bir kısmının SDP öncesi dönemde sağlık kurumlarının verimsiz bir şekilde işlediğini ve dönüşüm sürecinin bu noktada bir kırılma anı olarak değerlendirilebileceğini düşündükleri söylenebilir. Katılımcıların SDP süreci ve sonrasına dair düşüncelerine bakıldığında ise; bu süreçlerle birlikte sağlık hizmetlerine erişim, hastanelerin fiziki altyapıları, teşhis ve tedavi süreçleriyle, hasta kayıt sistemleri noktasında eski dönemle kıyaslanmayacak derecede iyileşmeler olduğu yönünde bir düşünce içerisinde oldukları görülmüştür. Katılımcılar aynı şekilde bu süreçlerle birlikte hastaların beklenti ve görüşlerine daha değer verildiği bir sürecin de ortaya çıktığını düşünmektedirler. Katılımcılar bu noktada; yeni dönemde hastaların görüş ve beklentilerini önemseyen bakış açısını olumlamakla birlikte, bu dönemlerle birlikte sağlık çalışanlarının hastalar nezdinde düşen saygınlıkları ve değersizlikleri durumunun da aynı şekilde kabul edilemez bir gelişme olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Hastaların; özellikle hemşire, ebe, sağlık memuru ve diğer çalışanlara karşı küçümseyici, görmezden gelici, tehdit edici ve yer yerde sözlü veya fiziki şiddete varan tavır ve hareketlerine maruz kalan sağlık çalışanları, bu süreçlerde özellikle yönetimlerce görmezden gelinmeleri durumunun ve ‘hasta her

zaman haklıdır kuralının' çoğu zaman geçerli olduğu bir yapının da kendileri açısından o derece kabul edilemez bir durum olduğunu düşünmektedirler. Katılımcıların belirttikleri bir diğer nokta ise yeni dönemde hastaların yazılı ve görsel medyada edindikleri bilgiler sayesinde sağlık okuryazarlık düzeylerinin artmasına paralel, teşhis ve tedavi süreçlerinde daha bilgili ve eleştirel bireyler haline gelmesi durumudur.

Bu noktada SDP sürecinin sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler noktasında oldukça müspet sonuçları olduğunu düşünen sağlık çalışanları; hizmet sunan bireyler olarak sisteme baktıklarında aynı iyimser tablonun söz konusu olmadığını düşünmektedirler. Buna göre, SDP süreciyle birlikte sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının ağırlaştığı, iş yüklerinin arttığı, güvenlik açığına ve hasta profillerinin ve eğilimlerinin değişimine bağlı daha da kolay şiddete maruz kaldıkları bir yapının bu dönemlerle birlikte daha da görünür hale gelmesi durumu çalışanların en çok şikâyet ettikleri noktalar olmuştur. Çalışanlar yeni dönemle birlikte; sağlıkta ekip anlayışının gerilediği, rekabete dayalı çalışma biçimlerinin ve ilişkilerinin sisteme hâkim hale geldiğini düşünmektedirler. Çalışanlar aynı işi yapan ve aynı eğitim düzeyine sahip olan ancak farklı istihdam biçimlerine tabi çalışanların bulunduğu çalışma mekânlarının örgütsel adalet ve barış süreçlerini olumsuz etkilediğini de belirtmişlerdir. SDP süreciyle birlikte sağlık kurumlarında performans dayalı ek ödeme uygulamasının hayata geçmesiyle birlikte, bu ödemeler sağlık çalışanları açısından ciddi bir gelir kalemi haline gelmişse de hizmet alımı yoluyla istihdam edilen çalışanlar bu haktan faydalanamamışlardır. Performans sistemi her ne kadar gerek hekimler arasında gerekse de hekim dışı sağlık personeli arasında hakkaniyete dayalı bir şekilde paylaşılmasa da bu sistem genel olarak bu haktan faydalanan çalışanların direkt veya örtük olarak benimsedikleri ve destekledikleri bir uygulama olmuştur. Diğer yandan özellikle hizmet alımı yoluyla istihdam edildiği için performans sistemine dâhil olamayan sağlık çalışanları, hizmet üretim sürecinde kadrolu çalışanlar kadar (hatta daha fazla) çalıştıkları halde bu haktan mahrum bırakılmaları durumunun büyük bir eşitsizlik olarak nitelenmesi gerektiğini düşünmektedirler. Bunun yanında çalışanlar performans sisteminin uygulamaya girmesiyle birlikte, çalıştıkları birimlerde iş yüklerinin ve yoğunluklarının inanılmaz düzeylerde arttığını belirtmişlerdir. Çalışanlar özellikle bazı durumlarda kendilerinin dahi, doktorun yaptığı teşhis, tedavi ve girişim süreçlerini sorguladıkları ve bu noktada sık sıkta çelişkiye düştükleri durumların varlığının kendileri açısından oldukça rahatsız edici verici bir şey olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum performans

sisteminin uygulanmasıyla birlikte sistemin gereksiz işlem, tedavi ve girişimleri açığa çıkarma noktasında yeterli önlem ve denetim süreçlerine sahip olmamasından kaynaklı; bu alanda talebin kısıktıldığı ve hekimlerin maksimum seviyede ek gelir elde etme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu durum kamu sağlık hizmetlerinde ticarileşme süreçlerinin gerek sağlık çalışanlarını gerekse de hastaları olumsuz anlamda etkileyebilecek sonuçları olduğunu göstermesi noktasında önemli bir noktaya işaret etmektedir.

Bunun yanında çalışanların büyük bir kısmının bu kurumda çalışmadan önce özel sağlık kurumlarında da çalışma deneyimleri olduğu dikkate alındığında; çalışanların şu anki çalışma koşulları dâhilinde kamu ve özel sağlık kurumlarını karşılaştırmalı olarak değerlendirmesini istediğimizde şöyle bir sonuç çıkmıştır. Çalışanların kamu sağlık hizmetlerinin kalitesi, çalışma koşulları, iş güvenceleri, özlük hakları noktasında özele nazaran daha iyi olduğunu (kendileri asgari ücretle çalışsalar dahi) düşündükleri görülmüştür. Çalışanların bu düşünce içerisinde olmalarında her ne kadar kendileri hizmet alımı yoluyla çalışsalar ve kurum tarafından yok sayılsalar da; özel sağlık kurumlarına göre mesai saatlerinin daha düzenli olması, fazla mesailerinin karşılığını izin olarak kullanmaları ve çalışma şartlarının daha ön görülebilir bir tarafı olmasından kaynaklı böyle düşündükleri görülmüştür. Diğer yandan çalışanların toplumsal cinsiyet algılarını anlamaya yönelik sorulan sorulardan çalışanların kadınların çalışma hayatına katılmaları noktasında müspet oldukları (kadın çalışanların erkek çalışanlara göre daha fazla oranda) bir bakış açısına sahip görülmüştür. Bunun yanında çalışma süreçlerinde kadın çalışanlarla erkek çalışanlar arasında iş yoğunluğu, ayrımcılık gibi noktalarda belirgin bir fark olmadığı da katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Diğer yandan çalışanların çalışma hayatları dışındaki boş zaman faaliyetleri ve sosyal hayatlarına bakıldığında, sağlık alanındaki mesai saatlerinin ve nöbetlerin değişken olmasından kaynaklı düzenli bir yaşam rutinine sahip olmadıkları söylenebilir. Çalışanların mesai veya nöbet ertesinde daha çok fiziki ve ruhsal olarak kendilerini dinlendirdikleri bir rutine sahip oldukları, diğer yandan aldıkları asgari ücretin kendilerini sosyal ve kültürel olarak geliştirebilecek faaliyetlere kaynak sağlama noktasında yetersiz kaldığını düşündükleri söylenebilir.

Araştırmaya katılan çalışanların sendikal haklar ve sağlık alanındaki işçi sendikaları hakkındaki düşünce ve eğilimlerine bakıldığında ise şunlar söylenebilir. İlk

olarak çalışanların önemli bir kısmının sendikaları kendileri açısından faydalı örgütler olarak gördükleri söylenebilir. Çalışanlar kurumda işe başladıkları ilk dönemlerden itibaren sendikaların genelde kendileriyle iletişime geçtikleri ve bu noktada kendileri açısından maddi ve manevi anlamda önemli kazanımların edildiği bir sürecin yaşandığını belirtmişlerdir. Çalışanlar kendilerinin bu noktada güç kazanmalarının yönetimi rahatsız ettiğini ve bu noktadan sonra kendilerinin işten atılma veya farklı tehditlerle pasifize edildikleri ve böylece sendikaların işlevsiz ve çalışanların ise örgütsüz hale getirildiği bir sürecin yaşandığını belirtmişlerdir. Çalışanların bir diğer önemli kısmı ise sendikaları gerekli ve önemli yapılar olarak gördüklerini ancak sendikaların mevcut halleriyle çözüm noktasında ciddi anlamda fonksiyonları olmayan ve kendi varlıklarını ve iktidarlarını sürdürmeyi gaye edinen kurumlar olarak görmektedirler. Bu noktada örneklem grubuna dâhil olanların genel olarak çalışma alanlarındaki mevcut eşitsizliklerin giderilmesi noktasında paternalist devlet anlayışına sahip oldukları ve çözüm noktasında sendikalardan ziyade devleti önceledikleri görülmüştür. Diğer yandan bu konunun diğer bir tarafı olan işçi sendikalarının yöneticileriyle yaptığımız görüşmelerde ise; genelde çalışma alanlarında, özelde ise sağlık sektöründeki var olan problemlerin varlığı ve çözümü noktasında Dev Sağlık-İş ve Türk Sağlık-İş Sendikalarının sürece daha muhalif ve eleştirel bir açıdan yaklaştığı, Öz Sağlık-İş sendikasının ise daha uzlaşmacı ve iyimser bir bakış açısına sahip olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak; tez çalışmasının kuramsal olarak temel aldığı Fransız Düzenleme Okulu'nun birikim rejimi ve düzenleme biçimlerinin tarihsel dönemselleştirmesine paralel, post-fordist dönemde kamu hizmetlerinin neo-liberal ilkelere göre dönüştüğü ve bu alanların piyasa mantığına göre işlediği bir sürecin ortaya çıktığı söylenebilir. Diğer yandan post-fordist dönemde kamu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan dönüşüm süreçlerine bakıldığında temelde; özelleştirme ve hizmet alımı süreçlerinin ortaya çıktığı, kamu-özel ortaklığı uygulamalarının yaygınlaşmaya başladığı, esnek istihdam politikalarına dayalı çalışma biçimlerinin ortaya çıktığı ve böylelikle bu alanların kamusal niteliğini yitirdiği bir sürecin ortaya çıktığı söylenebilir.

Türkiye'de özellikle bu dönemlerden itibaren sağlık hizmetleri alanında özel sektörün güçlendiği ve kamu sağlık hizmetlerinin de toplam kalite uygulamalarıyla özel sektör mantığıyla yönetilmeye çalışıldığı bir sürece girilmiştir. Kamu sağlık hizmetleri alanında özellikle 2003 yılı itibariyle, tam anlamıyla uygulamaya giren SDP sürecinin sağlık

hizmeti alan kesimler nezdinde dönüşümden önceki sistemle kıyaslandığında olumlu anlamda değişiklikler ortaya çıkardığı ve bu noktada sağlık hizmetlerine ulaşım noktasında birçok engelin ortadan kaldırıldığı bir sürecin ortaya çıkardığı söylenebilir. Özellikle AKP Hükümeti'nin uzun yıllar iktidarda kalmasında, sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan ve toplumun büyük bir kesiminin büyük oranda benimsediği ve destek verdiği dönüşüm sürecinin büyük bir rolü olduğu söylenebilir. Her ne kadar sağlıkta dönüşüm sürecine karşı toplum nezdinde olumlu bir bakış açısı söz konusu olsa da sağlık hizmetlerinden faydalananların her geçen gün daha da çok doğrudan veya dolaylı ödeme yaparak sağlık hizmeti alması durumu, sürecin sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler açısından da uzun vadede olumsuz sonuçları olacağını göstermektedir. Diğer yandan üretilen sağlık hizmetlerinin niceliklerinde ortaya çıkan büyük değişimlerin devlet bütçesine her geçen gün daha da artan sağlık harcamaları olarak yansıdığı gerçeğinden hareket edilecek olunursa sürecin bu noktada bir toplumsal maliyet boyutunun olduğunu ve bu noktanın da çoğu zaman göz ardı edildiği söylenebilir. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte özel sektörün sağlık alanında gelişmesi ve büyümesinin teşvik edilmesi ve kamu sağlık hizmetlerinde özel sektörün daha da görünür hale gelmesi durumu bu alanların neo-liberal ilkelere dayalı olarak yeniden düzenlendiğini ve böylece sermaye birikim süreçlerine dâhil edildiğini göstermektedir.

Bunun yanında sağlık hizmeti sunan çalışanlar açısından ise bu dönemlerden itibaren performansa dayalı hizmet üretim modeline geçilmesine bağlı olarak, sağlıkta ekip anlayışına dayalı sistemin yerini rekabete dayalı bir çalışma ortamlarına bıraktığı ve çalışma alanlarında köklü değişikliklerin çıktığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Özellikle sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık alanında Taylorist ilkelerin geçerli olduğu bir sistemin yerleşmeye başlaması, birim zamanda en fazla çıktıya odaklanan, nitelikten ziyade niceliği önceleyen bir bakış açısına dayalı olarak hizmet üretiminin gerçekleştiği bir sürece yol açmıştır. Bu durum doğal olarak birim zamanda daha az girdiyle (araç, gereç ve personel) en fazla verim ve hizmeti alma yönünde bir süreci ortaya çıkarmış ve bu durum da doğal olarak sağlık hizmeti sunan çalışanların daha zor koşullarda hizmet üretmesine neden olmuştur. Özellikle bu dönemlerden itibaren sağlık alanında sözleşmeliliğe dayalı istihdam biçimlerinin yaygınlaştığı ve farklı istihdam türlerinin ortaya çıktığı ve böylece aynı işi yapan ancak farklı süreçlere tabi çalışanların bir arada olduğu çalışma ortamları ortaya çıkmıştır. Tez çalışmasının sonuçlanmasına yakın bir dönemde (Nisan 2018) kamuda istihdam edilen taşeron çalışanların kamu işçisi olarak

kadroya geçirilmesi durumu olumlu bir gelişme olsa da bu süreçten sonra geçen ortalama 4 aylık süre zarfında ortaya çıkan gelişmeler kamuda esnekliğe dayalı yeni bir istihdam biçiminin yerleşmeye başladığını göstermektedir. Taşeron statüsünde çalışanların mevcut maaş ve özlük haklarıyla kamu işçisi olarak kadroya geçirilmeleri durumu, düşük ücretle çalışma biçiminin kamuda yerleşmeye başladığını göstermesi noktasında düşündürücü bir nitelik taşımaktadır. Bu durum kamuda ilerleyen dönemlerde asgari ücretle istihdam edilen yeni bir çalışan kesiminin ortaya çıkacağını ve sonraki dönemlerde de kamuya yapılacak işçisi alımlarında bu istihdam modelinin öncelikle tercih edileceğini öne sürmek mümkündür. Sağlık alanında yaşanan değişim ve dönüşümleri bu alandaki daha esnek ve güvencesiz bir pozisyonda çalışanlar üzerinden anlamaya çalıştığımız bu çalışmada; esneklik süreçlerinin istihdam politikalarında çok parçalı ve düzensiz çalışma şekilleri ortaya çıkardığı ve bu durumun çalışanlar arasında maddi ve manevi eşitsizliklerin arttığı, çalışma huzurunu bozucu bir etkide bulunduğu bir süreci ortaya çıkardığını söylemek mümkündür.

Bu noktada gerek tez çalışmasında elde edilen verilerden gerekse de uzun yıllar sağlık alanında çalışmış eski bir sağlık personeli (anestezi teknisyeni) olarak, bu alanda var problemlerin çözümü noktasında şunlar önerilebilir. Öncelikli olarak kamusal bir hak olan sağlık hizmetlerinin ülke sınırları içerisinde yer alan tüm vatandaşların her koşulda ve durumda ulaşabileceği ve asgari düzeyde yararlanmasının anayasal olarak teminat altına alındığı bir sistemin yaygın ve işler hale getirilmesi elzem bir nitelik taşımaktadır. Vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanmaları noktasında, kaynağı genel vergilerden finanse edilen genel sağlık sigortası¹⁰¹ kapsamında olmaları ve böylece gelir durumu veya statüsü ne olursa olsun tüm kesimlerin sağlık hizmetlerine ulaşımında herhangi bir engelin bulunmaması ve vatandaşlara bu noktada farklı alternatiflerin de (kamu veya özel sağlık hizmetlerin) sunulması büyük bir önem taşımaktadır. Bu noktada sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık kurumlarının bina, araç-gereç ve tıbbi teçhizatları noktasında yenilendiği ve daha modern hale getirildiği sürecin devam ettirildiği ve bu noktada kamunun özel karşısında geri kalmadığı bir gelişim sürecinin devamlı kılınması büyük önem arz etmektedir. Diğer yandan sağlık kurumlarındaki tüm

¹⁰¹ 2008 yılından itibaren uygulamaya giren ve günümüzde de geçerli olan Genel Sağlık Sigortası sistemi temelde prim ödemeye dayalı bir sistem olduğundan dolayı aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünden fazla olan herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanması için her ay belirli bir primi ödeme koşuluyla sağlık sigortasından faydalanabilmektedirler. Eğer prim ödemesi gereken kimse bu primi öde(ye)mediği durumlarda sağlık sigortasından faydalanamamakta ve sistem dışında kalmaktadır.

süreçlerin etkin, şeffaf ve hesap verilebilirlik ilkelerine göre yürütüldüğü ve belirli kesimlerin bu noktada kayırılmadığı bir sistemin işler kılınması, kamu sağlık kurumlarında kamu-özel ortaklığına dayalı işbirliklerinden ziyade kamunun bu süreçlerde hâkim olduğu bir sağlık sisteminin inşası ve bu noktada kamusal bir hak olan sağlığın devlet güvencesinde olduğu ve devletin sağlık hizmetleri alanında dengeleyici rolünün ve gücünün etkin olduğu yapının işler ve devamlı kılınması gerekmektedir. Bunun yanında kamu sağlık hizmetleri alanında yer alan en üst pozisyondaki yöneticisinden en altta yer alan personeline kadar tüm çalışanların objektif kriterlere göre seçildiği, yerleştirildiği, çalıştırıldığı ve temelde liyakat sistemini esas alan bir personel istihdam rejiminin sistemin ana unsuru haline getirilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının iş güvencesine sahip olduğu bunun yanında hizmet üretimi sürecinde tembellik ve kaytarma uygulamalarının önüne de geçecek etkin bir ödüllendirme ve ceza sisteminin oluşturulması gibi önlemlerin alınması şu an sağlık sisteminde yer alan ve çalışmada ortaya çıkan sorunların ortadan kalkması ve sağlık sisteminin tüm bileşenlerince (hasta-sağlık personeli) tam bir uyum içerisinde işlemesi noktasında büyük önem arz etmektedir.

Son olarak çalışmanın örneklem grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının yakın dönemde statülerinde ortaya çıkan değişimlerin, bu gruptaki sağlık çalışanlarına ne gibi haklar veya kayıplar getirdiği noktasında ilerleyen dönemlerde yapılacak uygulamalı çalışmaların gerek bu çalışanların mevcut durumlarını gerekse de kamu sağlık hizmetlerindeki değişim süreçlerinin anlaşılması noktasında büyük bir öneme sahip olacağı söylenebilir. Diğer yandan kamu sağlık hizmetlerinde Kamu-Özel Ortaklığına dayalı yapılan ve uygulamaya alanına giren Şehir Hastanelerinin ülke geneline yayılacağı realitesinden hareketle, bu alanlarda yapılacak çalışmalardan elde edilecek verilerin de bu noktada önemli ve anlamlı bir nitelik taşıyacağı öne sürülebilir.

KAYNAKÇA

- Acı, E. Y. (2005). "Neoliberal Yaklaşım ve Yönetişim Kavramı". *Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 20(1), 201-216.
- Adal, H. Ş. (1968). *Kamu Personel İdaresi*. İstanbul: Ahmet Sait Matbaası.
- Adams, J. S. (1965). "Inequity In Social Exchange". *Advanced in Experimental Social Psychology*, 2, 267-299.
- Aglietta, M. (2000). *A Theory of Capitalist Regulation The US Experience*. New York: Verso.
- Ağartan, T. (2007). "Sağlıkta Reform Salgını". Ç. Keyder, & N. Ü. :vd. (Dü) içinde, *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* (s. 37-55). İstanbul: İletişim.
- Ahmad, F. (2015). *Modern Türkiye'nin Oluşumu*. (Y. Alogan, Çev.) İstanbul: Kaynak Yayınları.
- Akdoğan, A. (2009). *Kamu Maliyesi*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*. İnternet Baskısı. Temmuz 21, 2015 tarihinde alındı
- Akgün, D. (2014). *Kapitalizm Hasta Eder, Toplumcu Tıp*. Ankara: NotaBene.
- Akgüner, T. (1988). *Kamu Personel Yönetimi*. İstanbul: Der Yayınları.
- Akkaya, Y. (2004). Düzen ve Kalkınma Kıskaçında İşçi Sınıfı ve Sendikacılık. N. Balkan, & S. Savran (Dü) içinde, *Neoliberalizmin Tahribatı 2000'li Yıllarda Türkiye 2* (s. 139-165). İstanbul: Metis.
- Alkan, M. Ö. (2015). " 1 Mayıs Tarihinin İzinde... Chicago'dan İstanbul'a, Haymarket'ten Taksim'e". Y. D. Çetinkaya, & M. Ö. Alkan (Dü) içinde, *Tanzimat'tan Günümüze Türkiye İşçi Sınıfı Tarihi 1839-2014 Yeni Yaklaşımlar, Yeni Alanlar, Yeni Sorunlar* (s. 29-56). İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.
- Ansal, H. (1999). *Esnek Üretimde İşçiler ve Sendikalar Post-Fordizmde Üretim Esnekleşirken İşçiye Neler Oluyor*. İstanbul: Birleşik Metal İş Yayınları.
- Arın, T. (2004). "Refah Devleti Sosyal Güvenliğin Yoksulluğu". S. S. Neşecan Balkan (Dü.) içinde, *Neoliberalizmin Tahribatı 2000'li Yıllarda Türkiye 2* (s. 68-94). İstanbul: Metis.
- Aron, R. (2004). *Sosyolojik Düşüncenin Evreleri*. Ankara : Bilgi Yayınevi.
- Aslan, O. E. (2005). *Kamu Personel Rejimi*. Ankara: TODAİE.

- Aşkın, H. H. (2014). *Mesleğe Adanmışlık, Örgütsel Sadakat ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBE İşletme ABD Yüksek Lisans Tezi.
- Ataay, F. (2007). *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*. Ankara: TTB Yayınları.
- Ataay, F. (2008). "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları". *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- Ataay, F. (2011). "Devlet Hastaneleri İçin Yeni Bir Model: Kamu Hastane Birlikleri". *Sağlık-Sen Dergisi*(14), 18-27.
- Atalay, A. S. (2015). "Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu- Özel Ortaklığı". G. Y. Yaşar, A. Gökler, & Ö. Birler (Dü) içinde, *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 57-85). Ankara: NotaBene.
- Atatanır, H. (2009). Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Finansman Krizinin Aşılması Noktasında İzlenen Politikalar (Avrupa Ülkeleri ve Türkiye Arasında Karşılaştırma). *Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi*.
- Atkinson, J. (1984). *Flexibility Uncertainty and Manpower Management*. UK: The Institute for Employment Studies.
- Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 31(3), 183-192.
- Aydın, E. (2004). "19. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması". *OTAM*(15), 185-207.
- Aydın, İ. (2009). *Sağlık Yönetimi Alanında Lisans Eğitimi Almış Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi.
- Aydınlı, H. İ. (2003). "1980 Sonrası Türk Belediye Sisteminde Yeni Liberal ve Desentralist Eğilimler". *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(5), 73-86.
- Aydınlı, H. İ. (2003). "1980 Sonrası Türk Belediye Sisteminde Yeni Liberal ve Desentralist Eğilimler". *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(5), 73-86.
- Aydoğanoglu, E. (2011). *Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Kültür Sanat Sen.
- Aydoğanoglu, E. (2011b). *Dünyada ve Türkiye'de Sendika-Siyaset İlişkisi*. Ankara: Kültür Sanat-Sen.

- Aytaç, Ö. (2002). "Boş Zaman Üzerine Kuramsal Yaklaşımlar". *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(1), 231-260.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler . (2008). *2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum*. İstanbul: Yordam Yayınları.
- Bank, W. and IMF. (2002). *"Civil Service Reform: Strengthening World Bank and IMF Collaboration"*. Washington: The World Bank.
- Barret, F. (1970). *Emeğin Tarihi*. (B. Kuzucu, Çev.) İstanbul: May yayınları.
- Başkaya, F. (1995). *Az gelişmişliğin Sürekliliği*. Ankara: İmge.
- Başkaya, F. (2015). *Kalkınma İktisadının Yükselişi ve Düşüşü*. İstanbul : Öteki Yayınları.
- Bauman, Z. (1996). *Yasa Koyucular İle Yorumcular*. İstanbul: Metis.
- Bauman, Z. (1997). *Özgürlük*. İstanbul: Sarmal Yayınevi.
- Bauman, Z. (1999). *Çalışma Tüketici ve Yeni Yoksullar*. İstanbul: Sarmal Yayınevi.
- Bauman, Z. (2013). *Modernite, Kapitalizm, Sosyalizm, Küresel Çağda Sosyal Eşitsizlik*. (F. D. Ergun, Çev.) İstanbul: Say.
- Bauman, Z. (2014). *Siyaset Arayışı*. İstanbul: Metis.
- Baxter, J. and Wright, E. O. (2000). "The Glass Ceiling Hypothesis A Comparative Study of the United States, Sweden, and Australia. *Gender & Society*, 14(2), 275-294.
- Bayat, A. H. (2010). *Tıp Tarihi*. İstanbul: Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği.
- Baydur, R. (2008). *Türk Sendikacılığı, İşçi İşveren*. Ankara: Sinemis Yayınları.
- Bayramoğlu, S. (2005). *Yönetişim Zihniyeti, Türkiye'de Üst Kurullar ve Siyasi İktidarın Dönüşümü*. Ankara: İletişim.
- Beck, U. (2011). *Risk Toplumu Başka Bir Modernliğe Doğru*. (B. Doğan, & K. Özdoğan, Çev.) İstanbul: İthaki.
- Belek, İ. (1997 eylül-Ekim). "Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet: Özelleştirmenin Genişleyen Etki Alanı". *Toplum ve Hekim*, 12(81), 26-44.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü*. İstanbul: Yazılama.
- Belek, İ. (2014). *Avrupa Sağlık Reformları "kel göründü"*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Bell, D. (1960). *The End of Ideology: An The Exhaustion of Political In The Fifties*. Glencoe: Free Press.
- Bell, D. (1996). *The Cultural Contradictions of Capitalism*. NY: Basic Books.
- Bell, D. (1999). *The Coming of Post-Industrial Society: A venture in Social Forecasting*. NY: Basic Books.
- Berkes, N. (1969). *100 Soruda Türkiye İktisat Tarihi*. İstanbul: Gerçek Yayınevi.

- Berman, E. M., and vd. (2006). *Human Resource Management in Public Service*. USA: Sage Pub.
- Beveridge, W. (2000). "Social Insurance and Allied Services". *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 847-855.
- Bilgi, A. (2005). *Kapital Okuma Kılavuzu ve Özeti*. İstanbul: Evrensel Basım Yayın.
- Blomqvist, A., and Johnnson, E. (2008). Introduction. M. Lu, & E. Jonsson (Dü) içinde, *Financing Health Care: New Ideas for a Changing Society* (s. 1-17). Weinheim: WILEY-VCH.
- Bolton, S. C. (2002). "Consumer as king in the NHS". *International Journal of Public Sector Management*, 15(2), 129-139.
- Boratav, K. (2005). *1980'li Yıllarda Türkiye'de Sosyal Sınıflar ve Bölüşüm*. Ankara: İmge.
- Boratav, K. (2014). *Türkiye İktisat Tarihi*. Ankara: İmge.
- Bostan, S., & Çiftçi, F. (2016). "Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri". *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 1-8.
- Bottomore, T. (1993). *Marxist Düşünce Sözlüğü*. İstanbul: İletişim.
- Boyer, R. (1990). *The Regulation School. A Critical Introduction*. New York: Columbia Press.
- Bozkurt, V. (2014). *Endüstriyel-Post-Endüstriyel Dönüşüm Bilgi Ekonomi ve Kültür*. Bursa: Ekin.
- Braverman, H. (2008). *Emek ve Tekelci Sermaye Yirminci Yüzyılda Çalışmanın Değersizleşmesi*. (Ç. Çıdamlı, Çev.) İstanbul: Kalkedon.
- Brown, J. (2002). "Yönetişim ya da Neo-liberalizmin Siyasi Düzeni". *Birikim*(158).
- Buğra, A. (1995). *Devlet ve İşadamları (State and Business in Modern Turkey A Comparative Study)*. (F. Adaman, Çev.) İstanbul: İletişim.
- Bulut, A. (2007). "Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi". Ç. Keyder, N. Üstündağ, & vd. (Dü) içinde, *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* (s. 111-125). İstanbul: İletişim.
- Burawoy, M. (2015). *Üretim Siyaseti Kapitalizm ve Sosyalizmde Fabrika Rejimleri*. Ankara: Notabene Yayınları.
- Burrell, G. (2013). "Book review symposium: Scott Lash and John Urry The End of Organized Capitalism. *Work Employment & Society*, 27(3), 537-538.
- Bury, M. (2005). *Health and Illness*. UK: Polity Press.

- Calhoun, C. (2014). "Bourdieu Sosyolojisinin Ana Hatları". G. Çeğin, E. Göker, A. Arlı, & Ü. Tatlıcan (Dü) içinde, *Ocak ve Zanaat, Pierre Bourdieu Derlemesi* (s. 77-131). İstanbul: İletişim.
- Can, H., Akgün, A., ve Kavuncubaşı, Ş. (1998). *Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Castells, M. (2008). *Enformasyon Çağı: Ekonomi, Toplum ve Kültür, Cilt 1: Ağ Toplumunun Yükselişi*. (E. Kılıç, Çev.) İstanbul: İstanbul Bigi Üniversitesi Yayınları.
- Ceylan, İ. (2012). *Türklerde Cerrahinin Gelişimi*. Ankara: Türk Cerrahi Derneği.
- Ceylan, Z. (2009). "Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme". *Sayıştay Dergisi*(74-75), 45-75.
- Cho, S., Hwang, J., & Kim, j. (2008). "Nurse staffing and patient mortality in intensive care units". *Nursing Research*, 57(5), 322-30.
- Ciğerci-Ulukan, N., & Özmen-Yılmaz, D. (2016). ""Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Taşeron Kadın İşçiler: Samsun ve Ordu İli Örneği". *Çalışma ve Toplum*, 87-114.
- Ciulla, J. B. (2000). *The Working Life: The Promise and Betrayal of Modern Work*. Oxford: Oxford University Press.
- Çakır, M. (2014). 1980 Sonrası Kamu Hizmeti Kavramının Dönüşümü Üzerine Bir İnceleme. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi A.B.D. Yüksek Lisans Tezi.
- Çalış, Ş. (2013). "Devlet ve Endüstri İlişkilerindeki Rolü". B. Uçkan, & Ş. Çalış (Dü) içinde, *Endüstri İlişkileri* (s. 104-130). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Çavdar, N., ve Karıcı, E. (2014). 19. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanmasına Dair Bibliyografik Bir Deneme. *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(4), 255-286.
- Çelik, A. (2010). *Vesayetten Siyasete Türkiye'de Sendikacılık (1946-1967)*. İstanbul: İletişim.
- Çelik, A. (2014). *Ameleye Hak Verirsen Siyaset Yapar*. 05 12, 2016 tarihinde <http://www.tekgida.org.tr/Oku/8457/Ameleye-Hak-Verirsen-Siyaset-Yapar>. adresinden alındı
- Çelik, S. (2007). Türkiye İşgücü Piyasasının Esnekliği ve Esnek Çalışma Önündeki Engeller. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Uzmanlık Tezi.

- Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2011). "Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 55-92.
- Çınaroğlu, S., ve Şahin, B. (2016). "Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 73-86.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Dokuz Eylül Üniversitesi SBE Maliye ABD. Doktora Tezi.
- Dener, H. (2015). *Mesleklerarası Öğrenme Hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor ve Hemşireleri ile Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulunuşluk Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Hacettepe Üniversitesi SBE Tıp Eğitimi Programı Yüksek Lisans Tezi.
- Dertli, N., ve Taştan, O. C. (2012). "Dünyada Çalışma İlişkileri Tarihi: Sanayi Devriminden 1945'e Kadar". A. Makal (Dü.) içinde, *Çalışma İlişkileri Tarihi* (s. 26-53). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Desombre, T., and vd. (2006). "Re-Organizing Work Roles in Health Care: Evidence from the Implementation of Functional Flexibility". *British Journal of Management*, 17(2), 139-151.
- Dijk, M. P. (1995). "Flexible Specialisation, The New Competition and Industrial District". *Small Business Economics*, 7, 15-27.
- Dilic, S. (1988). "Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 43(1), 41-80.
- Dora, Y. Y. (2014). *Hemşirelik Hizmetlerinde Ücretlendirme ve Dağıtım Adaleti Algısını Etkileyen Faktörler*. Beykent Üniversitesi SBE İşletme Yönetimi ABD. Yüksek Lisans Tezi.
- Douglas T. and Hall, V. A. (1993). "The role of workplace flexibility in managing diversity". *Organizational Dynamics*, 22(1), 5-18.
- DPT. (2000). *Uzun Vadeli Stareteji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005*. Ankara.
- DPT. (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. 2001: DPT.
- Dreyfus, F. (2007). *Bürokrasinin İcadı; Fransa, Büyük Britanya ve ABD'de Devlete Hizmet Etmek*. (I. Ergüden, Çev.) İstanbul: İletişim.
- Drucker, P. (1994). *Kapitalist Ötesi Toplum*. İstanbul: İnkılap.

- Durmuş, S., and vd. (2013). "Medical Errors : An İmportant Indicator of Quality of Care and Patient Safety". *Holistic Nursing Practice*, 27(4), 225-232.
- Ecevit, Y. (2011). "Toplumsal Cinsiyet Sosyolojisine Başlangıç". Y. Ecevit, & N. Karkıner (Dü.) içinde, *Toplumsal Cinsiyet Sosyolojisi* (s. 2-32). Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları.
- Ege, R. (1998). *Atatürk ve Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri 1923-1998*. Ankara: THK Basımevi.
- Ekin, N. (1985). *Endüstri İlişkileri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını.
- Elbek, O. (2012). "Performans ve Hekimlik". A. Soyer (Dü.) içinde, *Sağlığın Sosyal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Emek Tartışmaları* (s. 52-72). İstanbul: Sorun Yayınları.
- Elbek, O. (2013). "HE-Kimliğın Dönüşümü". O. Elbek (Dü.) içinde, *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* (s. 219-233). İstanbul: Hayykitap.
- Elbek, O. (2015). "Herşey Sermaye İçin Sevgilim". G. Y. Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler (Dü.) içinde, *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 21-57). Ankara: NotaBene Yayınları.
- Elbek, O., ve Adaş, E. B. (2009). "Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme". *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 33-45.
- Elbek, O., ve Adaş, E. B. (2009). "Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme". *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1), 33-44.
- Engels, F. (1974). *İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu*. İstanbul: Gözlem Yayınları.
- Eraydın, A. (1992). *Post-fordizm ve Değişen Mekansal Öncelikler*. Ankara: ODTÜ Mimarlık Fakültesi Yayınları.
- Ercan, F., ve Özar, Ş. (2000). "Emek Piyasası Teorileri ve Türkiye'de Emek Piyasası Çalışmalarına Eleştirel Bir Bakış". *Toplum ve Bilim*, 22-71.
- Erci, B., ve Tuncel, Ş. (1991). "Temel Sağlık Hizmetleri". *Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni*, 23(3), 181-187.
- Erdemir, A. D. (1996). *Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi*. Bursa: Güneş & Nobel Yayınları.
- Erdoğan, S. (2006). "Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu". *Mülkiye*, 30(252), 211-236.

- Ergönül, Ö. (2013). Kan ve Vücut Sıvılarıyla Bulaşan Etkenler Açısından Türkiye'deki Durum ve Korunma Yolları". *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi*, (s. 68-71). Ankara.
- Erman-Demir, F. (2014). *Çalışanlarda İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler (Diyarbakır Çocuk Hastanesi Örneği)*. Beykent Üniversitesi SBE Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Ersoy, N. (tarihsiz). Tıp Tarihi Dersleri. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Ders Notu*, 1-20.
- Eryılmaz, B. (1995). *Kamu Yönetimi*. İzmir: Akademi Kitabevi.
- Esping-Andersen, G. (1993). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. (2006). "Altın Çağ Sonrası ? Küresel Bir Ekonomide Refah Devleti İkilimleri". A. Buğra, & Ç. Keyder (Dü) içinde, *Sosyal Politika Yazıları* (B. Yakut-Çakar, & U. B. Balaban, Çev., s. 53-101). İstanbul: İletişim.
- Esping-Andersen, G. (2006). "Toplumsal Riskler ve Refah Devletleri". A. Buğra, & Ç. Keyder (Dü) içinde, *Sosyal Politika Yazıları* (B. Yakut-Çakar, & U. B. Balaban, Çev., s. 33-53). İstanbul: İletişim.
- Etiler, N. (2011). "Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri". *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*(42), 2-12.
- Etiler, N. (2012). "The Outcomes of Neoliberal Policies On Health Workforce Employment". K. Lordoğlu (Dü.) içinde, *Labour Markets & Employment* (s. 41-53). IJOPEC Publication.
- Falay, N. (2014). "Kamusal Alanın Oluşumu, Dönüşümü ve İktisadi Boyutu". *Journal of Life Economics*, 2, 51-70.
- Feyzioğlu, H. S. (2006). "1848 İhtilalleri Sırasında Osmanlı Devleti'nin Balkanlar ve Adalarda Aldığı Önlemler. *Ankara Üniversitesi D.T.C.F. Tarih Bölümü Tarih Araştırmaları Dergisi*, 25(39), 49-64.
- Findley, C. V. (2014). *Osmanlı İmparatorluğu'nda Bürokratik Reform Babıâli, 1789-1922*. (E. Ertürk, Çev.) İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.
- Fine, B. (1998). *Labour Market Theory: A Constructive Reassessment*. London: Routledge.
- Fişek, N. H. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi.

- Forsberg, E., and vd. (2001). "Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement". *Health Policy* , 243-262.
- Foucault, M. (2006a). *Deliliğin Tarihi*. (M. A. Kılıçbay, Çev.) Ankara: İmge.
- Foucault, M. (2006b). *Kliniğin Doğuşu*. (İ. M. Uysal, Çev.) Ankara: Epos Yayınları.
- Frank, A. G. (1994). "Demokratik OLMayan Bir Piyasada Piyasa Demokrasisi". S. Amin, N. Chomsky, & A. G. Frank (Dü) içinde, *Düşük Yoğunluklu Demokrasi, Yeni Dünya Düzeni ve Yeni Politik Güçler* (A. Fethi, Çev., s. 47-74). İstanbul: Alan.
- Gamarnikow, E. (2013). "Sexual division of labour: the case of nursing". A. K. Wolpe (Dü.) içinde, *Feminism and Materialism Women and Modes of Production* (s. 96-124). London: Routledge.
- Giannantonio, C. M., and Hurley, A. E. (2011). Frederick Winslow Taylor: Reflections on The Relevance of The Principles of Scientific Management 100 Years Later. *Journal of Business & Management*, 17(1), 7-10.
- Giddens, A. (2001). *Üçüncü Yol ve Eleştirileri*. Ankara: Phoenix.
- Giddens, A. (2002). *Sağ ve Solun Ötesinde, Radikal Politikaların Geleceği*. İstanbul: Metis.
- Giddens, A. (2012). *Sosyoloji*. İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Gorz, A. (1993). *Kapitalizm Sosyalizm Ekoloji, Yönelim Bozuklukları Arayışlar*. İstanbul: Ayrıntı.
- Gorz, A. (2000). *İktisadi Aklın Eleştirisi*. İstanbul : Ayrıntı.
- Gökçe, O., ve Bulduklu, Y. (2015). "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda "Müşteri Hasta" ve Etik Sorunlar". *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*(29), 38-61.
- Gönç, T. (2016). "Kadın Yoğun Meslekleri Erilleştirmeye Yönelik Stratejiler: Türkiye'de Erkek Hemşireler Örneği". *Sosyoloji Araştırmalar Derneği*, 96-144.
- Görmüş, A. (2011). Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Gözler, K. (2010). *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*. Bursa, Ekin.
- Grint, K. (1998). *Çalışma Sosyolojisi*. (V. Bozkurt, Çev.) İstanbul: Alfa Kitabevi.

- Groenewegen, P. P. (2007). Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu". Ç. Keyder, N. Üstündağ, & vd. (Dü) içinde, *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* (s. 125-141). İstanbul: İletişim.
- Güler, B. A. (2003). "Yönetişim: Tüm İktidar Sermayeye". *Praksis*(9), 93-116.
- Güler, B. A. (2005). *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi, Yapısal Uyarlanma Politikaları 1980-1995*. Ankara: İmge.
- Güler, M. A. (2015). Ulusal İstihdam Stratejisi Bağlamında Türkiye'de Güvencesiz Çalışma". *Çalışma ve Toplum*(3), 155-190.
- Gülmez, M. (1984). "İşçi Sorunu ve Polis Mevzuatı: Fransa Örneği ve Polis Nizamı'nın 12'inci Maddesi". *Amme İdaresi Dergisi*, 115-132.
- Gümrah, H. V. (2015). *Sağlık Meslek Lisesi ve Lisans Eğitimi Alan Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Değerlere İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi.
- Gün, S. (2013). "Taşeronlaşma ve Taşeron Uygulamaları Bağlamında ' Hukukun Üsütnlüğü' İdeali Üzerine Bir İnceleme. *Tunceli Üniversitesi Sosysl Bilimler Dergisi*, 1(2), 57-72.
- Günday, M. (2002). *İdare Hukuku*. Ankara: İmaj Yayıncılık.
- Güngör, F., ve Özügür, M. (1997). *"İngiliz Yoksul Yasaları: Paternalizm, Piyasa ya da Sosyal Devlet"*. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Gelişme ve Toplum Araştırmaları Merkezi Tartışma Metinleri.
- Güngör, H. (2012). Sağlık Sektöründe Kamu- Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme. *Kalkınma Bakanlığı Uzmanlık Tezi*.
- Güvercin, A., ve vd. (2016). "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)". *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Güzel, A. (2005). "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?". *Çalışma ve Toplum*, 4, 61-76.
- Güzelsarı, S. (2003). "Küresel Kapitalizmin 'Anayasası' GATS". *Praksis*(9), 117-142.
- Güzelsarı, S. (2004). "Kamu Yönetimi Disiplininde, Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları". *Ankara Üniversitesi SBF GETA Tartışma Metinleri*.
- Güzelsarı, S. (2012). "Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları". *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3), 29-57.
- Habermas, J. (1997). *Kamusalın Yapısal Dönüşümü*. (T. Bora, & M. Sancar, Çev.) İstanbul: İletişim.

- Hall, S. (1995). "Yeni Zamanların Anlamı". S. Hall, & M. Jacques içinde, *Yeni Zamanlar 1990'larda Politikanın Değişen Anlamı* (A. Yılmaz, Çev., s. 105-126). İstanbul: Ayrıntı.
- Hall, S., ve Jacques, M. (1995). "Yeni Zamanlar". S. Hall, & M. Jacques içinde, *Yeni Zamanlar 1990'larda Politikanın Değişen Çehresi* (A. Yılmaz, Çev., s. 29-45). İstanbul: Ayrıntı.
- Harrison, B. (1997). *Lean and Mean, The Changing Landscape of Corporate Power In The Age of Flexibility*. NY, London: The Guilford Press.
- Harvey, D. (1993). "Esneklik: Tehdit mi yoksa fırsat mı?". *Toplum ve Bilim*, 83-92.
- Harvey, D. (2010). *Postmodernliğin Durumu Kültürel Değişimin Kökenleri*. (S. Savran, Çev.) İstanbul: Metis.
- Hayek, F. A. (2004). *Kölelik Yolu*. (T. Feyzioğlu, & Y. Arsan, Çev.) Liberte: Ankara.
- Hayran, O. (1998). "Sağlık Hizmetleri". O. Hayran, & H. Sur (Dü) içinde, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı* (s. 15-33). İstanbul: Yüce Yayım.
- Hofstede, G. (2011). "Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context". *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1), 1-26.
- Hughes, O. E. (2014). *Kamu İşletmeciliği & Yönetimi*. Ankara : BingBang Yayınları.
- İlhan, S. (2008). "Yeni Kapitalizm ve Meslek Olgusunun Değişen Anlamları Üzerine". *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*(21), 313-328.
- ILO. (2012). *International Standard Classification of Occupations*. Geneva: ILO.
- İşık, E. (2014). *Rol Belirsizliği, Rol Çatışması, Örgütsel Destek ve Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik*. Beykent Üniversitesi SBE İşletme Yönetimi ABD. Yüksek Lisans Tezi.
- İşıklı, A. (2003). *Gerçek Örgütlenme Sendikacılık*. Ankara: İmge.
- İşıklı, A. (2011). *Neoliberalizm ve 3. Dünya Savaşı*. İstanbul: Kırmızı Kedi.
- İzgi, M. C., ve Öztürk-Türkmen, H. (2012). "Akdeniz Üniversitesi'nde Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Durum Tespiti". *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(3), 160-173.
- Jahan, S., Mahmud, A. S., and Papageorgiou, C. (2014). "What Is Keynesian Economics". *Finance & Development*, 53-54.
- Jenkins-Clarke, S., and Carr-Hill, R. (2001). "Changes, challenges and choices for the primary health care workforce: looking to the future". *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 842-849.

- Jessop, B. (2005). *Hegemonya, Post-Fordizm ve Küreselleşme Ekseninde Kapitalist Devlet*. İstanbul: İletişim.
- Jessop, B. (2009). *Kapitalist Devletin Geleceği*. Ankara: Epos Yayınları.
- Kablay, S. (2013). "Sağlık Emekçilerinin Gözünden Hasta Hakları Uygulaması". *İnsan Hakları Yıllığı*, 31, 63-82.
- Kablay, S. (2014). "Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi". *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 16(4), 85-110.
- Kağnıcıoğlu, D. (1999). Türkiye'de Kamu Sektöründe İşçi Sendikacılığı ve Küreselleşmenin Etkileri. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü .
- Kahraman, İ., and Öztürk, H. (2016). "Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2884-94.
- Kalağan, G. (2010). *Türkiye'de 1980 Sonrası Bürokratik Dönüşüm*. İstanbul: Beta.
- Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkındaki Kanun. (2004, 07 15). 14 08, 2016 tarihinde <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5227.html> adresinden alındı
- Kanungo, R. N. (1982). *Work Alienation An Integrative Approach*. Praeger Publisher.
- Kara, U. (2004). *Sosyal Devletin Yükselişi ve Düşüşü*. Ankara: Özgür Üniversite.
- Karabıçak, M. (2000). "Türkiye'de Ekonomik İstikrarsızlığın Tarihsel Gelişim Süreci". *Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F.Dergisi*, 5(2), 49-65.
- Karaca, F. (2012). "Toplumsal Yapıda Görülen Kuşaklar Arası Hareketlilik: Denizli İli Örneği". *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 59-82.
- Karahanogulları, O. (2002). *Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Karakışla, Y. S. (1998). "Osmanlı Sanayi İşçi Sınıfının Doğuşu, 1839-1923". D. Quataert, & E. J. Zürcher (Dü) içinde, *Osmanlı'dan Cumhuriyet Türkiye'sine İşçiler 1839-1950* (C. Ekiz, Çev., s. 27-55). İstanbul: İletişim.
- Karataş, H. (2016). *Hemşirelik Hizmetinin Verimliliğine İlişkin Tutumların Değerlendirilmesi: Ankara Üniversitesi Hastanesinde Uygulama*. Atılım Üniversitesi SBE Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi.

- Karataş, M., ve Yakıncı, C. (2010). "Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları". *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 233-236.
- Kaya, A. (2013). *Mali Sürdürülebilirlik: Teori ve Türkiye Uygulaması*. İstanbul: Türkiye Bankalar Birliği.
- Kaya, F. (2013). *Elazığ İlinde Birinci Basamak Çalışanlarında İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler*. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Uzmanlık Tezi.
- Kaya, G. (2015). "Kamudaki Taşeron İşçiler Üzerine Bir Alan Araştırması: Adıyaman Örneği". *Electronic Journal of Social Sciences*, 257-267.
- Kayar, N. (2015). *Kamu Personel Yönetimi*. Bursa: Ekin Basım Yayın.
- Kazgan, G. (2002). *Tanzimattan 21. Yüzyıla Türkiye Ekonomisi*. İstanbul : İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Keyder, Ç. (1995). *Türkiye'de Devlet ve Sınıflar*. İstanbul: İletişim.
- Keyder, Ç. (1998). "Sonsöz: Halk Yığınlarının Bugünkü Durumu". D. Quataert, & E. J. Zürcher (Dü) içinde, *Osmanlı'dan Cumhuriyet Türkiye'sine İşçiler 1839-1950* (C. Ekiz, Çev., s. 225-242). İstanbul: İletişim.
- Keyder, Ç. (2007). "Giriş". Ç. Keyder, N. Üstündağ, & vd. (Dü) içinde, *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* (s. 15-37). İstanbul: İletişim.
- Kılıçaslan, A. ve Kılçaslan, Z. (2013). "Aşırı Tanı ve Tedavi". O. Elbek (Dü.) içinde, *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* (s. 177-192). İstanbul: Hayykitap.
- King, D. S. (1995). *Actively Seeking Work, Unemployment and Welfare Policy in The United States and Great Britain*. Chicago: University of Chicago Press.
- Koç, Y. (1998). *Sendikacılık Tarihi*. Ankara: Türk-İş Eğitim Yayınları.
- Koçak, O. (2011). "Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler". *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 61-82.
- Koçak, O. ve Tiryaki, D. (2011). "Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği". *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(19), 55-88.
- Koçaşlı, S., ve vd. (2017). "Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin Kurumdan Ayrılmayı İsteme Nedenlerinin İncelenmesi". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4(2), 127-130.

- Kol, E. (2014). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm: Eskişehir'de Alt Gelir Grupları Üzerine Bir İnceleme*. Anadolu Üniversitesi SBE Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD Doktora Tezi.
- Koray, M. (1992). *Endüstri İlişkileri*. İstanbul: Basisen Eğitim ve Kültür Yayınları.
- Kotz, D. M. (2002). "Globalization and Neoliberalism". *Rethinking Marxism*, 14(2), 64-79.
- Kumar, K. (2010). *Sanayi Sonrası Toplumdan Post-modern Topluma Çağdaş Dünyanın Yeni Kuramları*. Ankara: DOST.
- Kurt, S. (2014). "The Revolutions of 1848 and Its Reflections To Modern Political Mentality". *Journal of History School*(18), 359-376.
- Lang, P. (2013). *Medicine and Society in Ptolemaic Egypt*. Leiden-Boston: Brill.
- Lash, S., and Urry, J. (1987). *The End of Organized Capitalism*. Oxford: The University of Wisconsin Press.
- Lastra, S. F.-P., and vd. (2014). "Functional Flexibility in Human Resource Management Systems: Conceptualization and Measurement". *International Journal of Business Administration*, 5(1), 1-14.
- Layder, D. (2015). *Sosyolojik Araştırma Pratiği Teori ve Sosyolojik Araştırmanın İlişkilendirilmesi*. Ankara: Heretik Yayınları.
- Leys, C. (2007). "Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu". *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar Sorunlar ve Tartışmalar* (s. 95-111). içinde İstanbul: İletişim.
- Limoncuoğlu, J. T. (2000). 4857 Sayılı Kanun Kapsamında Esnek Çalışma. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 2(2), 77-85.
- Lipietz, A. (1992). *Towards a New Economic Order: Post-fordism, Ecology and Democracy*. NY: Oxford University Press.
- Lipietz, A. (1993). "Uluslararası İşbölümünde Yeni Eğilimler: Birikim Rejimleri Ve Düzenleme Tarzları". *Toplum ve Bilim*, 53-83.
- Ludmerer, K. (2010). "Understanding the Flexner Report". *Academic Medicine*, 85(2), 193-6.
- Lund, B. (2002). *Understanding State Welfare: Social Justice or Social Exclusion*. Sage: London.
- M.Storper and A.J.Scott. (1990). "Work Organization and Labor Markets in an Era of Flexible Production". *International Labor Review*, 129(5), 573-591.

- Mahiroğulları, A. (2005). *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de İşçi Sendikacılığı*. İstanbul: Kitabevi.
- Makal, A. (1997). *Osmanlı İmparatorluğu'nda Çalışma İlişkileri: 1850-1920, Türkiye Çalışma İlişkileri Tarihi*. Ankara: İmge.
- Makal, A. (1999). *Türkiye'de Tek Partili Dönemde Çalışma İlişkileri*. Ankara: İmge.
- Makal, A. (2002). *Türkiye'de Çok Partili Dönemde Çalışma İlişkileri: 1946-1963*. Ankara: İmge.
- Makal, A. (2007). *Amaleden İşçiye, Erken Cumhuriyet Dönemi Emek Tarihi Çalışmaları*. İstanbul: İletişim.
- Makal, A. (2012). "Osmanlı İmparatorluğunda Çalışma İlişkileri". A. Makal (Dü.) içinde, *Çalışma İlişkiler Tarihi* (s. 78-109). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Mark, D., and Stockton, C. (2003). "The Impact of the Flexner Report on the Fate of Medical Schools in North America After 1909". *Journal of American Physicians and Surgeons*, 8(2), 37-40.
- Marshall, G. (1999). *Sosyoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat.
- Marx, K. (2003). *Kapital, Kapitalist Üretimin Eleştirel Bir Tahlili*. İstanbul: Eriş.
- Marx, K. ve Engels, F. (1992). *Kapitalizm Öncesi Ekonomi Biçimleri*. Ankara: Sol Yayınları.
- Marx, K., ve Engels, F. (2008). *Komünist Manifesto*. Ankara: Alter.
- Masuda, J. (1990). *Managing in The Information Society*. USA: Basil Blackwell.
- Méda, D. (2004). *Emek Kaybolma Yolunda Bir Değer mi?*. İstanbul: İletişim.
- Mooney, G. (2014). *Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politika Doğru*. İstanbul: Yordam.
- Munck, R. (2003a). *Emeğin Yeni Dünyası, Küresel Mücadeler, Küresel Dayanışma*. İstanbul: Kitap Yayınevi.
- Munck, R. (2003b). *Marx @ 2000*. İstanbul : Kitap Yayınevi.
- Murray, R. (1989). "Fordism and Post-Fordism". S. Hall, & M. Jacques (Dü) içinde, *New Times The Changing Face of Politics in 1990s* (s. 38-53). London: Lawrence & Wishart.
- Mutlu, A., ve Işık, A. K. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Müftüoğlu, Ö. (2004). "GATS ve Türkiye'de Çalışma Yaşamının Dönüşümü". *Ölçü Dergisi*.

- Müftüoğlu, Ö., ve Bal, İ. E. (2014). "Üretim Sürecinde 'Yeniden Esneklik' ve Sendikalar. Ö. Müftüoğlu, & A. Koşar içinde, *Türkiye'de Esnek Çalışma* (s. 208-240). İstanbul: Evrensel Kültür Kitaplığı.
- Nadaroğlu, H. (1976). *Kamu Maliyesi Teorisi*. İstanbul: Sermet Matbaası.
- Nasuhioğlu, İ. (1974). *Tıp Tarihine Kısa Bir Bakış*. Ankara: Diyarbakır Tıp Fakültesi Yayını.
- Navarro, V. (2009). "What We Mean By Social Determinants Of Health". *Global Health Promotion*, 16(1), 5-16.
- Needleman, J., and Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action". *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-277.
- Nettleton, S. (2006). *The Sociology of Healthy and Illness*. UK: Polity Press.
- Nichols, T., ve Suğur, N. (2005). *Global İşletme, Yerel Emek Türkiye'de İşçiler ve Modern Fabrika*. İstanbul: İletişim.
- OECD, ve WB. (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*. OECD Publishing.
- Oğuz Işık, v. (2102). "Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi". *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4), 421-430.
- Oğuz, D. (2009). "Aile Hekimliği". *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 13(1), 8-10.
- Okur, İ. (2005). *Uygarlığın Kritik Yolu Olarak Temizliğin Tarihi*. Bursa : Okursoy Kitapları 5.
- Onaran, Ö. (2000). "Türkiye'de Yapısal Uyum Sürecinde Emek Piyasalarının Esnekliği". *Toplum ve Bilim*(86 GÜZ), 194-210.
- Oppenheimer, M. (1996). "Profesyonelin Proleterleşmesi". *Meslekler ve Sosyoloji* (Z. Cırhinlioğlu, Çev., s. 151-169). içinde Ankara: Gündoğan.
- Öğüt, A., ve Kocabacak, A. (2008). "Küreselleşme Sürecinde Türk İş Kültüründe Yaşanan Dönüşümün Boyutları". *Selçuk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*(23), 145-170.
- Ökçün, A. G. (1982). *Ta'til-i Eşgal Kanunu, 1909 Belgeler- Yorumlar*. Ankara: A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi.
- Öngen, T. (1994). *Prometheus'un Sönmeyen Ateşi Günümüzde İşçi Sınıfı*. İstanbul: Alan Yayıncılık.

- Özata, M., ve Altunkan, H. (2010). "Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği". *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.
- Özbek, N. (2002). *Osmanlı İmparatorluğu'nda Sosyal Devlet Siyaset, İktidar ve Meşrutiyet 1976-1914*. İstanbul: İletişim.
- Özbek, N. (2006). *Cumhuriyet Türkiye'sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar*. Tarih Vakfı Yayınları.
- Özçatal, E. Ö. (2011). "Ataerkillik, Toplumsal Cinsiyet ve Kadının Çalışma Yaşamına Katılımı". *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*, 1(1), 21-39.
- Özdelikara, A., ve vd. (2016). "Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi ve Etkileyen Faktörler". *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 83-88.
- Özdemir, F. K., ve Şahin, Z. A. (2016). Hemşirelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörler". *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28-32.
- Özdemir, H. (2001). *Osmanlı Devletinde Bürokrasi*. İstanbul: Okumuş Adam.
- Özdemir, S. (2007). *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*. İstanbul: İTO Yayınları.
- Özdemir, S., ve Parlak, Z. (2011). *Kobi'lerde Esnek Çalışma*. İstanbul: İTO Yayınları.
- Özel, Y. (2006). *Esnek Çalışma Modeli ve İmalat Sanayinde Uygulanabilirliğine İlişkin Bir Araştırma*. Karaman : Karaman Ticaret ve Sanayi Odası .
- Özer, Ş., ve Ercan, F. (2004). "Emek Piyasaları: Uyumsuzluk mu, Bütünleşme mi?". N. Balkan, & S. Savran (Dü) içinde, *Neoliberalizmin Tahribatı 2000'li Yıllarda Türkiye 2* (s. 191-211). İstanbul: Metis.
- Özkanan, A., ve Erdem, R. (2014). "Yönetimde Kayırmacı Uygulamalar: Kavramsal Bir Çerçeve". *Süleyman Demirel Üniversitesi SBE Dergisi*, 179-206.
- Özkazanç, A. (2011). *Neo-Liberal Tezahürler, Vatandaşlık-Suç-Eğitim*. Ankara: Dipnot.
- Özkul, M. (2002). *Çalışma Sosyolojisi Çalışma İlişkileri ve İşgücünün Sosyolojisi*. İstanbul: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı.
- Özkurt, Y. (2014). *Çalışma Hayatında Tükenmişlik (R.T.E. Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşireleri Örneği)*. Beykent Üniversitesi SBE İşletme Yönetimi ABD Yüksek Lisans Tezi.
- Öztürk, M. (2013). *Örgütsel Bağlılık ve Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeyleri (Kırklareli Örneği)*. Beykent Üniversitesi SBE Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksel Lisans Tezi.

- Öztürk, O. (2015). Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm ve Hak Kayıpları. M. Koray, & A. Çelik (Dü) içinde, *Himmet, Fıtrat, Piyasa AKP Döneminde Sosyal Politika* (s. 77-99). İstanbul: İletişim.
- Öztürk, Z., ve Karakaş, E. T. (2015). "Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2), 39-59.
- Özveri, M. (2008). "Alt İşveren: İş Hukukunun Altının Oyulması". *Tes-İş Dergisi*, 109-114.
- Pala, K. (1995). "2000'e Doğru Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu". *Toplum ve Hekim*, 10(68), 64-75.
- Pala, K. (2007). *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu ?* Bursa.
- Pala, K. (2007). Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu ? Bursa: Ders Notu.
- Pamuk, Ş. (2015). *Türkiye'nin 200 Yıllık İktisadi Tarihi*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları.
- Peker, E. (2015). *Sağlık Meslekleri Öğrencilerinde Hepatit A Seroprevalansı*. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi.
- Pekşen, E. (2012). Kamu Yönetimi Reformu Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Pena-Casas, R., and Latta, M. (2004). *Working Poor in The European Union*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Polanyi, K. (2010). *Büyük Dönüşüm*. (A. Buğra, Çev.) İstanbul: İletişim.
- Pollert, A. (1988). "Dismantling Flexibility". *Capital and Class*, 12(1), 42-75.
- Pollert, A. (1988). "The 'Flexible Firm': Fixation of Fact?". *Work, Employment & Society*, 2 (September), 281-316.
- Pollert, A. (1991). "The Orthodoxy of Flexibility". A. Pollert (Dü.) içinde, *Farewell to Flexibility*. Oxford: Backwell.
- Roemer, M. I. (1991). *National Health Systems of The World Volume One The Countries*. New York;Oxford: Oxford University Press.
- Roemer, M. I. (1993). *National Health Systems of The World Volume Two The Issues*. New York; Oxford: Oxford University Press.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. (2016). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

- Sağlık Bakanlığı, T. (2001). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- SAĞLIK-SEN. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Sağlık-Sen. (2015). *Sağlıkta Şiddet Nasıl Biter*. Sasam Enstitüsü Yayınları.
- Saklı, A. R. (2013). "Fordizm'den Esnek Üretim Rejimine Dönüşümün Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkileri". *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(44), 107-131.
- Salamon, M. (1992). *Industrial Relations*. UK: Prentice Hall.
- Saltık, A. (2014). *Türkiye'de Erken Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri*. 06 15, 2016 tarihinde http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/06/Erken_Cumhuriyet_Donemi_Saglik_Hizmetleri1.pdf. adresinden alındı
- Sargutan, A. E. (2005). "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı". *Haccettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 81-111.
- Sargutan, A. E. (2005a). "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı". *Haccettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 81-111.
- Sargutan, E. (2005b). "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı". *Haccettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Savul, G. (2012). "Standart Dışının Standartlaşması: Güvencesiz İstihdam". Ö. Göztepe (Dü.) içinde, *Güvencesizleştirme, Süreç, Yanılgı, Olanak Ankara* (s. 117-143). Ankara: NotaBene.
- Sayan, İ. Ö., ve Küçük, A. (2012). "Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(1), 171-203.
- SB. (2002). Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl Mayıs 2002 Mayıs 2002.
- SB. (2007). Sağlıkta e Dönüşüm. *Sağlık Bakanlığı*.
- SB. (2007). *Sağlıkta Performans Yönetimi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- SB. (2010). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Raporu İlerleme Raporu. *Sağlık Bakanlığı*. (R. Akdağ, Dü.)
- SB. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. (2004). Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. (2000). *Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu*.
- Sennett, R. (2008). *Karakter Aşınması Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerindeki Etkileri*. İstanbul: Ayrıntı.

- Sennett, R. (2009). *Zanaatkâr*. (M. Pekdemir, Çev.) İstanbul: Ayrıntı.
- Sennett, R. (2014). *Otorite*. İstanbul : Ayrıntı.
- Sennett, R. (2016). *Kamusal İnsanın Çöküşü*. İstanbul: Ayrıntı.
- Seymour, R. (2012). "Hepimiz Güvencesiziz: "Prekarya" Kavramı ve Yanlış Kullanımları Üzerine". Ö. Göztepe (Dü.) içinde, *Güvencesizleştirme, Süreç, Yanılgı, Olanak* (s. 251-271). Ankara: NotaBene.
- Skousen, M. (2015). *The Big Three in Economics: Adam Smith, Karl Marx, and John Maynard Keynes*. New York: Routledge.
- Slattey, M. (2008). *Sosyolojide Temel Fikirler*. (Ü. T.-G. Demiriz, Dü.) Bursa: Sentez.
- Smith, A. (2007). *An Inquiry Into The Nature and Causes of The Wealth of Nations*. MetaLibri.
- Sobacı, M. Z. (2014). *İdari Reform ve Politika Transferi Yeni Kamu İşletmeciliğinin Yayılışı*. Bursa: Dora.
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1).
- Soysal, A., ve Baynal, T. (2016). "Sağlık Kurumlarında Cam Tavan Sendromu: Kayseri Özel Sağlık Kurumlarında Bir Araştırma". *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 225-264.
- Sönmez, A. (2005). "Polis Meclisinin Kuruluşu ve Kaldırılışı (1845-1850)". *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Tarih Bölümü Tarih Araştırmaları Dergisi*, 259-275.
- Sönmez, M. (2011). *Paran Kadar Sağlık Türkiye'de Sağlığın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam.
- Söyük, S. (2007). *Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerine Etkisi ve İstanbul İndeki Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelere Yönelik Bir Çalışma*. İstanbul Üniversitesi SBE İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı Doktora Tezi.
- Standing, G. (1999). "Global Feminization Through Flexible Labor: A Theme Revisited". *World Development*, 27(3), 583-602.
- Standing, G. (2015). *Prekarya Yeni Tehlikeli Sınıf*. İstanbul: İletişim.
- Stiglitz, J. E. (1994). *Kamu Kesimi Ekonomisi*. (Ö. F. Batırel, Çev.) İstanbul: Marmara Üniversitesi Yay.
- Stranglemen, T., ve Warren, T. (2015). *Çalışma ve Toplum, Sosyolojik Yaklaşımlar, Temalar ve Yöntemler*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Suğur, N. (1999). Fordizm, Post-fordizm ve Ötesi. . *Anadolu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 134-152.

- Suğur, N. (2013). Yeni Yönetim Metotları. *Endüstri Sosyolojisi* (s. 36-65). içinde Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Sur, H. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi". *Sağlık Hizmetleri El Kitabı* (s. 217-229). içinde İstanbul: Yüce Yayın.
- Şahin, B., ve Taşkaya, S. (2010). "Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılarını Etkileyen Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli İle İncelenmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(2), 85-114.
- Şahin, B., & vd. (2013). *Türkiye'de Hanehalkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması*". Hacettepe Üniversitesi.
- Şavran, T. G. (2010). *Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir'de Sosyolojik Bir Araştırma*. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji ABD Doktora Tezi.
- Şavran, T. G. (2012). "Nicel ve Nitel Araştırmalarda Kullanılan Araştırma Teknikleri". *Sosyolojide Araştırma Yöntem ve Teknikleri* (s. 64-104). içinde Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Şaylan, G. (1995). *Değişim Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi*. Ankara: İmge.
- Şaylan, G. (2002). *Postmodernizm*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Şen, M. L. (1995). "Liyakat İlkesi ve Türk Personel Sistemindeki Uygulanması". *Amme İdaresi Dergisi*, 77-92.
- Şenkal, A. (1999). *Sendikasız Endüstri İlişkileri, Genel Olarak Dünya ve Türkiye'de*. Ankara: Kamu-İş Yayınları.
- Şenses, M., ve Aydın, R. (2007). "19. Yüzyılda Osmanlı'da Hemşirelik". *Sağlık ve Toplum*, 17(2), 21-29.
- Şentürk, Z. (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektöre Devredilmesinin Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanışı: Kayseri Örneği*. Cumhuriyet Üniversitesi SBE. İktisat ABD. Yüksek Lisans Tezi.
- Talas, C. (1974). *Ekonomik Sistemler*. Ankara: Doğan Yayınevi.
- Talas, C. (1990). *Toplumsal Politika*. Ankara : İmge.
- Tatar, F., ve Tatar, M. (1996). "Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/ Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları". *Toplum ve Hekim*, 11(72), 32-41.
- Tatar, M., ve vd. (2011). Health Systems in Transition: Turkey. *Health Systems in Transition*, 13(6), 1-186.

- Tatarhan, K. H. (2016). *Sağlık Sektörü Çalışanlarının İşten Ayrılma Niyetinde Kuşaklar Arasındaki Farklılıklar*. Bahçeşehir Üniversitesi SBE İnsan Kaynakları Yönetimi ABD Yüksek Lisans Tezi.
- Taylor, F. W. (2007). *Bilimsel Yönetimin İlkeleri*. (H. B. Akın, Çev.) Çizgi Kitabevi.
- Taymaz, E. (1993, Bahar). "Kriz ve Teknoloji". *Toplum ve Bilim*, 1-42.
- TCMB. (2012). *Merkez Bankası Bağımsızlığı Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası ve Bağımsızlık*. Ankara: TCMB Yayınları.
- TCMB. (2013). *Enflasyon ve Fiyat İstikrarı*. Ankara: TCMB Yayınları.
- Tekeli, S. (2013). "İşsizlikle Mücadele ve İstihdam Politikaları". M. K. Biçerli, & V. C. Özgüler (Dü) içinde, *İstihdam ve İşsizlik* (s. 124-144). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. (2011). "Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı ve Getirdikleri". *Sağlık-Sen Dergisi*(14), 28-35.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara : Nobel.
- Terzi, C. (2012). "Tıpta Uzmanlaşma ve Aşırı Uzmanlaşma Genel Cerrahi Alanına Özel Olarak Odaklanarak". A. Soyer (Dü.) içinde, *Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim / Sağlıkçı Emek Tartışmaları* (s. 177-193). İstanbul: Sorun Yayınları.
- Terzi, C. (2014). "Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı". G. Mooney içinde, *Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politığı Doğru* (s. 273-318). İstanbul: Yordam.
- Terzi, M. A. (2012). *Türk Devlet Geleneğinde Bürokrasi ve Memur*. Ankara: Sistem Ofset.
- Titmuss, R. M. (1974). "What is Social Policy?". 08 20, 2016 tarihinde http://www.econ.boun.edu.tr/content/2015/summer/EC-48B01/Lecture%20Note-4_Titmuss_1974-06-30-2015.pdf. adresinden alındı
- Toffler, A. (1981). *Şok*. İstanbul: Altın Kitaplar.
- Toffler, A. (2008). *Üçüncü Dalga: Bir Fütürist Ekonomi Analizi Klasığı*. İstanbul: Koridor.
- Topak, O. (2012). *Refah Devleti ve Kapitalizm 2000'li Yıllarda Türkiye'de Refah Devleti*. İstanbul : İletişim Yayınları.

- Toprak, D. (2015). "Uygulamada Ortaya Çıkan Farklı Refah Devleti Modelleri Üzerine Bir İnceleme". *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(21), 151-175.
- Toprak, Z. (1977). "1908 İşçi Hareketleri ve Jön Türkler". *Yurt ve Dünya*(2), 277-295.
- Topuz, İ. (2008). *657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu ve İlgili Mevzuatı*. Ankara: Mevzuat Serisi 6.
- Tortop, N. (1999). *Personel Yönetimi*. Ankara: Yargı Yayınları.
- Treu, T. (1992). "Labour flexibility in Europe". *International Labour Review*, 131(4-5), 497-512.
- Tutum, C. (1976). *Personel Yönetimi*. Ankara: TODAİE Yayınları.
- Tüleykan, H. ve Bayramoğlu, S. (2016). "Türkiye'de 24 Ocak Kararlarıyla Başlayan Finansal Serbestleşmenin Günümüz İktisadi ve Mali Yapısına Yansımaları". *International Journal of Social Science*, 401-420.
- Türkdoğan, O. (1991). *Kültür ve Sağlık- Hastalık Sistemi (Doğu'da Bir Kasabanın Tıbbi Sosyoloji Açısından İncelenmesi)*. İstanbul: MEB.
- Twenge, J. M., and vd. (2010). "Generational Differences in Work Values: Leisure and Extrinsic Values Increasing, Social and Intrinsic Values Decreasing". *Journal of Management*, 36(5), 1117-1142.
- Udasin, I. (2000). "Health Care Workers". *Primary Care*, 27(4), 1079-102.
- Udasin, I., and Gochfeld, M. (1994). "Implications of the Occupational Safety and Health Administration's bloodborne pathogen standard for the occupational health professional.". *Journal of Occupational Medicine*, 36(5), 548-55.
- Uğur, A., & Miynat, M. (2014). "Kamu Özel Ortaklıklarının Ekonomi Politikası". *Yönetim ve Ekonomi*, 21(2), 19-40.
- Uluatam, Ö. (2009). *Kamu Maliyesi*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Urry, J. (1995). "Örgütlü Kapitalizmin Sonu". S. Hall, & M. Jacques içinde, *Yeni Zamanlar 1990'larda Politikanın Değişen Çehresi* (A. Yılmaz, Çev., s. 95-104). İstanbul: Ayrıntı.
- Uz, H. (1998). "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri". O. Hayran, & H. Sur (Dü) içinde, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı* (s. 91-113). İstanbul: Yüce Yayın.

- Üçkuyu, Y. (2012). "Hekimlerin Sınıfsal Konumu Hekim Emeğine Nasıf Bakmalı". A. Soyer (Dü.) içinde, *Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Tartışmaları* (s. 154-176). İstanbul: Sorun.
- Ülman, Y. I. (2007). Türkiye’de 19. ve 20 yüzyıllarda Tıp Tarihinin Anahatları. *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı* (s. 175-186). içinde İstanbul: İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- Ünal, A. (2011). Çalışma Ahlakı Kavramına Kültürel Bir Bakış ve Türkiye’de Çalışma Ahlakı. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 44, 125-145.
- Ünlütürk-Ulutaş, Ç. (2011a). Türkiye’de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü. Ankara Üniversitesi SBE Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD Doktora Tezi.
- Ünlütürk-Ulutaş, Ç. (2011b). Türkiye’de Sağlık Üretiminin Dönüşümü. Ankara: NotaBene Yayınları
- Üstüner, Y., ve Kalav-İdrisoğlu, F. (2014). "Kamu çalışma etiği ve neo-taylorist uygulamalar: Türk kamu sağlık hizmetinde performansa dayalı ücretlendirme örneği". *ODTÜ Geliştirme Dergisi*, 41(Ağustos), 177-200.
- Wallace, B. C. (2013). "Nurse staffing and patient safety: What's your perspective?". *Nursing Management*, 44(6), 49-51.
- Wallerstein, I. (2003). *Liberalizmden Sonra*. İstanbul: Metis.
- Weber, M. (1996). *Sosyoloji Yazıları*. (T. Parla, Çev.) İstanbul: İletişim.
- Weber, M. (1999). *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu*. (Z. Gürata, Çev.) Ankara: Ayraç Yayınevi.
- Weber, M. (1999). *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu*. Ankara: Ayraç.
- Weber, M. (2012). *Bürokrasi ve Otorite*. (H. B. Akın, Çev.) Ankara: Adres Yayınları.
- World Development Report 1993 Investing in Health*. (1993). Oxford University Press.
- Wren, D. A. (2011). The Centennial of Frederick W. Taylor's The Principles of Scientific Management: A Retrospective Commentary. *Journal of Business & Management*, 17(1), 11-22.
- Yaprak, E., ve Seren, Ş. (2010). "Hemşirelerin İşten Ayrılma Niyetleri ve Örgütsel İklimin Hemşire İstihdamına Etkisi". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7(1), 28-33.
- Yaşar, G. Y. (2015). "Türkiye’de Sağlık Güvencesi: Neredeyiz?". G. Y. Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler (Dü) içinde, *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 85-125). Ankara: NotaBene.

- Yavuz, A. (1995). Çalışma Hayatında Esnek Çalışmanın Ortaya Çıkışı. *Çimento İşveren Dergisi*, 25-36.
- Yavuz, N. (2011). Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme A.B.D. Yüksek Lisans Bitirme Projesi.
- Yentürk, N. (1993). "Post-Fordist Gelişmeler ve Dünya İktisadi İşbölümünün Geleceği". *Toplum ve Bilim*, 42-56.
- Yıldırım, G., ve Kadioğlu, S. (2007). "Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları". *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 29(2), 75-83.
- Yıldırım, H. H., ve Yıldırım, T. (2005). "Avrupa Birliği'ne Uyum Süreci ve Türk Sağlık Sisteminde Reform Tartışmaları". *Avrupa Birliği'ne Uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler* (s. 39-63). içinde Ankara : ATO.
- Yıldırım, H. H., ve Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*. Ankara: Sağlık-Sen Yay.
- Yıldırım, N. (2014). 14. *Yüzyıldan Cumhuriyet'e Hastalıklar Hastaneler Kurumlar*. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.
- Yılmaz, B. N. (2009). "Aile Hekimliği: Hekim Emeginin Değersizleşmesi ve Esnekleşmesi". *Toplum ve Hekim*, 24(2), 159-160.
- Yılmaz, Ç. (2013). "İşçi Sınıfı Bilinci Üzerine Güncel Yaklaşımlar". *Çalışma ve Toplum*(3), 347-374.
- Yılmaz, F. Y., ve Karakaş, D. G. (2011). Devlet/Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek. *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu* (s. 29-84). Ankara: TTB Merkez Konseyi.
- Yılmaz, G. (2003). "GATS-Hizmet Ticareti Genel Anlaşmasının Teknik Boyutları ve Konuya Teorik Açından Bakış". *Çalışma Grubu Sunuş*. İnönü Üniversitesi.
- Yücesan-Özdemir, G. (2008). "Emek Süreci, Denetim ve Emek Rejimleri: Taşeron Çalışma Üzerine İlk Notlar". *Toplum ve Hekim*, 254-262.
- Yücesan-Özdemir, G. (2010). "Despotik Emek Rejimi Olarak Taşeron Çalışma". *Çalışma ve Toplum*, 35-50.
- Zencir, M. (2009). "Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri". *Toplum ve Hekim*, 24(3), 177-187.
- Zencir, M. (2012). "Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri". A. Soyer (Dü.) içinde, *Sağlığın Siyasal*

Ekonomisi Hekim /Sağlıkçı Emek Tartışmaları (s. 118-142). İstanbul: Sorun Yayınları.

Zola, I. K. (1972). "Medicine as an Institution of Social Control". *The Sociological Review*, 20(4), 487-504.

Zola, I. K. (1994). "Sağlık ve Köreltici Tıp". *Profesyoneller İktidarı* (C. Cerit, Çev., s. 43-68). içinde İstanbul: Pınar Yayınları.

E Kaynaklar:

Şehirlere 'uzay hastaneleri' geliyor. (2013, 02 22). 10 12, 2016 tarihinde <http://www.star.com.tr/saglik/sehirlere-uzay-hastaneleri-geliyor-haber-729687/>. adresinden alındı

<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/157597>. (2017, 10 12).

<http://mersintabipodasi.org.tr/sehir-hastanesi-efsanesi-gercegi/>. (tarih yok). 03 28, 2017 tarihinde alındı

<http://www.devsaglikis.org.tr/tarihimiz/>. (2017, 12 1).

<http://www.ozsaglikis.org/tarihce-1-1795>. (2017, 12 1).

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>. (2015, 08 12).

<http://www.saglikis.org.tr/tarihce/>. (2017, 12 1).

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>. (2017, 12 10).

<https://www.emekliolmak.com/ssk-tarihcesi/>. (2018).

<https://www.saglik.gov.tr/TR,19807/isparta-sehir-hastanesi-acildi.html>. (tarih yok). 03 29, 2017 tarihinde alındı

T.C. 58. *Hükümet Acil Eylem Planı (AEP)*. (2003). 08 12, 2016 tarihinde <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.H%C3%BCk%C3%BCmetAcilEylemPlan%C4%B1.pdf>. adresinden alındı

TÜRK-İŞ. (2017). <http://www.tes-is.org.tr/news-detail/35/EYL%C3%9CL-2017-A%C3%87LIK-VE-YOKSULLUK-SINIRI>.

<http://ftm.firat.edu.tr/kurumsal.jsp>. (E.T. 20.02.2018)

https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf. (2015, 08 13).

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. (2016, 09 20).

<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/ff789277663744d991ead691e691ef99.pdf>.

adresinden alındı

<https://www.emekliolmak.com/ssk-tarihcesi>

<https://www.etimolojiturkce.com/kelime/emek>

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde

Kararname. (2011, 11 1). 9 12, 2016 tarihinde

<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/fc244a7a38f745398e8d7dde3d9a0767.pdf>.

adresinden alındı

7. *Beş Yıllık Kalkınma Planı.* (2016, 07 24).

[http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/wp-](http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2016/06/plan7.pdf)

[content/uploads/2016/06/plan7.pdf](http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2016/06/plan7.pdf). adresinden alındı

EKLER

Ana. Üni. Evrak Tarih ve Sayısı: 30/03/2017-E.32519



T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 66166206-050.99
Konu : Etik Kurulu Kararı hk.

Sayın Sinan ACAR

Dilekçeniz ile istenilen, "Sağlıkta Dönüşüm Programının Taşeron Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri" başlıklı BAP kapsamında doktora tez çalışmasına ilişkin talebiniz Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş olup konuya ilişkin karar yazımız ekinde gönderilmektedir. Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Kemal YILDIRIM
Müdür

Ek:Etik Kurulu Kararı

Evrakı Doğrulamak İçin: <http://belgedogrulama.anadolu.edu.tr/enVision-Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE8448205> Pin Kodu: 93951
Yunus Emre Kampüsü Tepebaşı/Eskişehir
Telefon No: +90 222 335 08 95/3243/1261 Faks No: +90 222 335 05 95
E-Posta: sosens@anadolu.edu.tr İnternet Adresi: www.sosbilens.anadolu.edu.tr

Bilgi İçin: Gülsu YÜCEL
Unvan: Büro Personeli



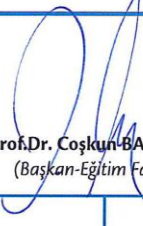
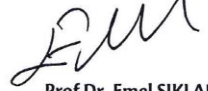
3ü belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Evrak Kayıt Tarihi: 20.02.2017 Protokol No: 21634

Tarih: 24.03.2017



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERÎ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
KARAR BELGESİ

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	BAP Projesi-Doktora Tez Çalışması
KONU:	Sosyal Bilimler
BAŞLIK:	Sağlıkta Dönüşüm Programının Taşeron Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri
PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:	Prof. Dr. Nadir SUĞUR
TEZ YAZARI:	Sinan ACAR
ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:	-
KARAR:	Olumlu
 Prof.Dr. Coşkun BAYRAK (Başkan-Eğitim Fak.)	
 Prof.Dr. T. Volkan YÜZER (Başkan Yardımcısı-Açıköğretim Fak.)	 Prof.Dr.Esra CEYHAN (Eğitim Fak.)
 Prof.Dr. Münevver ÇAKI (Güzel Sanatlar Fak.)	 Prof.Dr. Erkan ÜYÜMEZ (İkt. ve İdari Bil. Fak.)
 Prof.Dr. Handan DEVECİ (Eğitim Fak.)	 Prof.Dr. Emel ŞIKLAR (İkt. ve İdari Bil. Fak.)

06.06.2017

FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
MÜDÜRLÜĞÜNE

Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji bölümünde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktayım. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Doktora programında Prof. Dr. Nadir Suğur danışmanlığında hazırladığım tez çalışmasının anket kısmını (15 Haziran- 15 Ağustos tarihleri arasında) hastanenizdeki sağlık çalışanları üzerinde uygulamak istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Sinan ACAR

sacar@bartin.edu.tr

05334729149



EK 1. Danışman Niyet Mektubu

2.Enstitü Öğrenci Belgesi

3. Bartın Üniversitesi Personel Belgesi

4.Anadolu Üniversitesi Etik Kurul Kararı

5. Anket Soruları



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :19003918/663.09/
Konu :Anket Çalışması hk. (Araş.Gör.Sinan ACAR)

Sayın Araş.Gör.Sinan ACAR
(Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü)
BARTIN

İlgi :a) 07/06/2017 tarihli, 1 sayılı ve "Bilgi(Anket Çalışması Hk)" konulu yazı
b) 06.06.2017 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup; tez çalışmanızın anket kısmını 15 Haziran-15 Ağustos 2017 tarihleri arasında hastanemizdeki sağlık çalışanları üzerinde uygulama talebiniz başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgileriniz ile gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Refik AYTEN
Üniversite Hastanesi Başhekimi Vekili



ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek	2. Yaşınız
3. Doğum Yeriniz:	4. Medeni Durumunuz: () Bekâr () Evli () Evli ancak ayrı () Boşanmış () Dul Eğer bekâr seçeneğini işaretlediyseniz 7. soruya geçiniz.
5. Çocuk sayısı: () Yok () 2 () 4 () 1 () 3 () 5 ve üzeri	6. Eşiniz çalışıyor mu? () Evet () Hayır Evet ise mesleği Aylık kazancı ₺
7. Eğitim Durumunuz: () Lise () Lisans (4 yıllık) () Doktora () Ön Lisans (2 yıllık) () Yüksek Lisans () Diğer.....	
8. Hangi lise mezunusunuz? () Sağlık Meslek Lisesi () Özel Lise () Anadolu Lisesi () Diğer	
9. Kurumdaki pozisyonunuz (hemşire, sağlık memuru, biyolog vb. açıkça yazınız).....	
10. Kurumda çalıştığınız birim (Laboratuvar, Röntgen, Dahiliye, Ortopedi vb. açıkça yazınız).....	
11. Aylık geliriniz: ₺	12. Ailenizin aylık geliri: (ortalama): ₺
13. Kurumdaki çalışma süreniz:/yıl	14. Daha önceden başka bir kurumda çalıştınız mı? () Evet () Hayır (Evet, ise nerede, hangi pozisyonda ve ne kadar süre ile)
15. Kendinizi maddi olarak hangi grupta görüyorsunuz? () Alt gelir grubu (yoksul) () Orta Gelir Grubu () Üst gelir grubu (zengin)	
16. Anne ve babanızın eğitim durumu Anne:..... Baba:.....	17. Anne ve babanızın mesleğini açık bir biçimde yazınız (ev hanımı, çiftçi, öğretmen, subay gibi) Anne: Baba:
18. Siz dahil hanenizde yaşayan kişi sayısı:/kişi	19. Oturduğunuz evin sahiplik durumu: () Kendimize ait () Kira () Lojman () Yakınımızın evi kira vermiyoruz () Başka (belirtiniz).....

Lütfen arka sayfaya geçiniz...

ANKET FORMU

20. Yıllık izin süreniz ne kadar/gün
21. Yıllık izinlerinizi düzenli olarak kullanabiliyor musunuz? () Evet () Hayır (Neden? Lütfen belirtiniz.).....
22. Kurumda zorunlu sağlık kontrolleriniz yapılıyor mu? () Evet () Hayır Cevabınız EVET ise ne sıklıkla yapılıyor?
23. Aşağıdaki hizmetlerden hangileri kurum tarafından ücretsiz sunulmaktadır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) () Yol Ücreti () Yemek () Kreş () Lojman () Giyim Yardımı () Yakacak Yardımı () Diğer (lütfen belirtiniz)
24. Sağlık sektöründe çalışmayı seçme nedeniniz nedir?
25. Şu an yapmakta olduğunuz işi çocuğunuzun yapmasını ister misiniz? () Evet () Hayır (Neden? Lütfen belirtiniz.)..... () Fikrim Yok
26. Sizce sağlık çalışanlarının en önemli 3 problemi nedir? 1. 2. 3.

ANKET FORMU

27. Aşağıdaki İfadelerden Size Uygun Olan Seçeneği İşaretleyiniz	EVET	KISMEN	HAYIR	FİKRİM YOK
Kurumda işe yeni başlayanlara uyum/oryantasyon eğitimi veriliyor mu?	()	()	()	()
Kurumunuzda mesleğiniz ile ilgili olarak seminer veya hizmet içi eğitimler düzenleniyor mu?	()	()	()	()
Sağlık çalışanlarının kurumdaki görev ve sorumlulukları belirlenirken kişilerin bilgi, beceri ve eğitimleri dikkate alınmakta mıdır?	()	()	()	()
Sağlık personelinin birimlere dağılımlarının yeterli ve adil olduğunu düşünüyor musunuz?	()	()	()	()
Çalıştığınız birimdeki iş yükünün çalışanlar arasında adil olarak dağıtıldığını düşünüyor musunuz?	()	()	()	()
Kurumdaki kadrolu çalışanlarla taşeron çalışanlar arasında bir ayırım var mıdır?	()	()	()	()
Hiç hasta olduğunuz halde işe gelip çalışmak zorunda kaldığınız oldu mu?	()	()	()	()
Çalıştığınız birimde sizin görüş ve düşüncelerinizin dikkate alındığını düşünüyor musunuz?	()	()	()	()
Aldığınız ücreti yeterli buluyor musunuz?	()	()	()	()
Kendinizi kuruma ait hissedebiliyor musunuz?	()	()	()	()
Kurumda iş güvencesine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	()	()	()	()
Başka bir sağlık kurumuna geçmeyi düşündüğünüz oluyor mu?	()	()	()	()
Mesleğinizin toplumda saygın bir yeri olduğunu düşünüyor musunuz?	()	()	()	()

28. Sağlık Çalışanlarının Özel ve Kamu Sağlık Kurumlarındaki Çalışma Koşullarıyla İlgili Düşünceleri	KAMU KURUMLARI DAHA İYİDİR	ÖZEL KURUMLAR DAHA İYİDİR	İKİSİNDE DE AYNI	FİKRİM YOK
Sağlık hizmetlerinin kalitesi	()	()	()	()
Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları	()	()	()	()
Sağlık çalışanlarının aldıkları ücretler	()	()	()	()
Sağlık çalışanlarının iş yoğunluğu	()	()	()	()
Sağlık çalışanlarının iş güvenceleri	()	()	()	()
Sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeyleri	()	()	()	()
Sağlık çalışanları arasındaki ilişkiler	()	()	()	()
Sağlık çalışanlarının karar alma süreçlerine katılımı	()	()	()	()

29. Sağlık Çalışanlarının Kadın İstihdamı Hakkındaki Düşünceleri	KATILIYORUM	KATILMIYORUM	FİKRİM YOK
Kadınlar çalışma hayatına ücretli olarak katılmalıdır.	()	()	()
Kadınların erkekler kadar para kazanması gerekmez.	()	()	()
Kadının birinci görevi anneliktir.	()	()	()
Çalıştığım kurumda kadın ve erkek taşeron çalışanlar arasında ayrımcılık yapılmaktadır.	()	()	()

30. Aşağıdaki İfadelerden Size Uygun Olan Seçeneği İşaretleyiniz	KADINLAR	ERKEKLER	EŞİT/FARK ETMEZ
Kimin iş yoğunluğu daha fazladır?	()	()	()
Kimin yöneticilerle ilişkileri daha iyidir?	()	()	()
Yöneticiler kimin isteklerini daha kolay/ çabuk yerine getirirler?	()	()	()
Kararlar alınırken kimin fikirleri daha çok sorulur?	()	()	()
Kim daha fazla ücret alır?	()	()	()
Yöneticiler kime daha iyi davranır?	()	()	()
Yöneticiler daha çok kimden şikayet ederler?	()	()	()
Sendika kimin sorularıyla daha çok ilgileniyor?	()	()	()

Lütfen arka sayfaya geçiniz...

ANKET FORMU

31.Çalışanların Sağlıkta Dönüşüm Süreci Hakkındaki Düşünceleri	KATILIYORUM	KATILMIYORUM	FİKRİM YOK
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMDEN ÖNCE			
Sağlık kurumları verimsiz bir şekilde işlemekteydi.	()	()	()
Sağlık kurumlarında gereğinden fazla kişi çalıştırılmaktaydı.	()	()	()
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMDEN SONRA			
Sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir artış olmuştur.	()	()	()
Sağlık hizmetlerine erişim daha kolay hale gelmiştir.	()	()	()
Hastaların görüş ve beklentilerine verilen önem artmıştır.	()	()	()
Hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişki daha iyi hale gelmiştir.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık kurumlarının fiziki alt yapıları gelişmiştir.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte hastalık teşhis ve tedavi süreçleri daha iyi hale gelmiştir.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte hasta kayıt sistemleri daha hızlı ve güvenilir hale gelmiştir.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık çalışanlarının çalışma koşulları daha iyi hale gelmiştir.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık çalışanlarının iş yükleri azalmıştır.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık çalışanları arasında iş birliğine dayalı bir çalışma ortamı ortaya çıkmıştır.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte kurumdaki döner sermaye ödemeleri sağlık çalışanları arasında adil bir şekilde uygulanmaktadır.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte kamu sağlık hizmetleri genel olarak paralı hale gelmiştir.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık çalışanlarının iş yükleri artmıştır.	()	()	()
Sağlıkta dönüşümle birlikte taşeronla bağlı çalışanların sayısı artmıştır.	()	()	()

32. Sağlık Çalışanlarının Sendikalar Hakkındaki Düşünceleri	EVET	HAYIR	FİKRİM YOK
Sendikalar çalışanlar açısından faydalı örgütlerdir.	()	()	()
Sendikalar haklarımızı yeterince korumaktadır.	()	()	()
Taşeron çalışma sendikal mücadeleyle ortadan kalkabilir.	()	()	()
Taşeron sistemini ancak devlet kaldırabilir.	()	()	()

33. Çalıştığınız kurumda, işiniz ile ilgili bir sorunla karşılaştığınızda ilk olarak nereye başvurursunuz?

() Sendika
 () Çalıştığım birim sorumlusuna
 () Şirket yöneticisine
 () Doktorlara
 () Hastane Başhekimliğine
 () Diğer (lütfen belirtiniz).....

34. Eşit işe farklı ücret uygulaması (aynı işte kadrolu-taşeron çalışan gibi) hakkında ne düşünüyorsunuz?

35. Sorulan sorular haricinde belirtmek veya vurgulamak istediğiniz bir şey var mı?.....

ANKET BİTTİ, CEVAPLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER...

ANKET FORMU

GÖRÜŞME SORULARI

- Cinsiyet, yaş ve eğitim bilgileriniz nedir?
- Hayat hikâyenizi kısaca anlatabilir misiniz?
- Babanızın mesleği ya da sosyal statüsüne kıyasla kendinizi nerede görüyorsunuz?
- Okuldan mezun olduktan sonra veya herhangi bir dönemde işsiz kaldınız mı?
- Çalıştığınız kurum ilk iş yeriniz mi? Hayır ise daha önce nerelerde çalıştınız?
- İşe giriş sürecinizi anlatabilir misiniz?
- Yaptığınız işi ve sorumluluk alanlarınızı nasıl tanımlıyorsunuz?
- Kurumda çalışma şekliniz nasıldır? (çalışma süresi, vardiya, nöbet)
- Çalışma süresince işe giriş, çıkış ve mesai saatleri içerisinde denetim süreçleri nasıl işlemektedir.
- Kurumunuzda iş kazaları (taciz, saldırı, hırsızlık gibi) ve meslek hastalıklarına karşı (aşılama, rutin kontroller ve diğer koruyucu önlemler) alınan ne gibi önlemler bulunmaktadır. Bu kaza veya hastalıklarla şimdiye kadar karşılaştınız mı?
- Taşeron sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?
- İş güvencesine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
- Kurumdaki ve çalıştığınız birimdeki kadrolu çalışanlar ve yöneticilerle aranızdaki ilişkiler nasıldır?
- Kurumda kadrolu-taşeron çalışan ayrımı sizce var mı? Eğer var ise daha çok kimler bu ayrımı yapıyor?
- Her seçimde taşeron çalışanlara kadro verileceği söyleniyor. Ancak seçimlerden sonra bu konu pek gündeme gelmiyor. Bu konuda ne düşünüyorsunuz?
- Kurumda kadın ve erkek çalışanlar arasında ayrımcılık var mıdır? Eğer var ise bu ayrımcılıktan en çok kimler mağdur olmaktadır.
- Döner sermaye uygulamasının adaletsiz olduğunu düşünüyor musunuz? Sizce taşeron çalışanlar bu ödemelerden neden faydalanamıyor ve sizce nasıl faydalanabilirler?
- Sağlıkta dönüşüm uygulamaları hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Kimi sağlık hizmetlerinin paralı olması hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Sizce kamu kurumlarında mı yoksa özel sektör kuruluşlarında mı sağlık çalışanlarının çalışma koşulları daha iyidir?
- Sendikalaşma hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Sağlık hizmetlerinin en sorunlu tarafları sizce nedir?
- Sağlık çalışanlarının geleceğini nasıl görüyorsunuz?
- İş dışındaki zamanınızda (kitap, müzik, spor gibi) neler yapıyorsunuz?
- Bunlar haricinde eklemek istediğiniz veya önemli gördüğünüz noktalar nelerdir?