

"İŞ, GÜÇ" ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ VE İNSAN KAYNAKLARI DERGİSİ

"IS, GUC" INDUSTRIAL RELATIONS AND HUMAN RESOURCES JOURNAL

2019 Cilt/Vol: 21/Num:4 Sayfa/Page: 47-70

Editörler Kurulu / Executive Editorial Group

Aşkın Keser (Uludağ University)
K. Ahmet Sevimli (Uludağ University)
Şenol Baştürk (Uludağ University)

Editör / Editor in Chief

Şenol Baştürk (Uludağ University)

Yardımcı Editör / Managing Editor

Ulviye Tüfekçi Yaman

Yayın Kurulu / Editorial Board

Doç. Dr. Erdem Cam (Ankara University)
Doç. Dr. Zerrin Fırat (Uludağ University)
Prof. Dr. Aşkın Keser (Uludağ University)
Prof. Dr. Ahmet Selamoğlu (Kocaeli University)
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Sevimli (Uludağ University)
Prof. Dr. Abdulkadir Şenkal (İstanbul Ayvansaray University)
Doç. Dr. Gözde Yılmaz (Marmara University)
Dr. Öğr. Üyesi Memet Zencirkıran (Uludağ University)
Assoc. Prof. Dr. Glenn Dawes (James Cook University-Avustralya)

Uluslararası Danışma Kurulu / International Advisory Board

Prof. Dr. Ronald Burke (York University-Kanada)
Prof. Dr. Jan Dul (Erasmus University-Hollanda)
Prof. Dr. Alev Efendioğlu (University of San Francisco-ABD)
Prof. Dr. Adrian Furnham (University College London-İngiltere)
Prof. Dr. Alan Geare (University of Otago- Yeni Zelanda)
Prof. Dr. Ricky Griffin (TAMU-Texas A&M University-ABD)
Assoc. Prof. Dr. Diana Lipinskiene (Kaunos University-Litvanya)
Prof. Dr. George Manning (Northern Kentucky University-ABD)
Prof. Dr. William (L.) Murray (University of San Francisco-ABD)
Prof. Dr. Mustafa Özbilgin (Brunel University-UK)
Assoc. Prof. Owen Stanley (James Cook University-Avustralya)
Prof. Dr. Işık Urla Zeytinoglu (McMaster University-Kanada)

Ulusal Danışma Kurulu / National Advisory Board

Prof. Dr. Yusuf Alper (Uludağ University)
Prof. Dr. Veysel Bozkurt (İstanbul University)
Prof. Dr. Toker Dereli (Işık University)
Prof. Dr. Nihat Erdoğan (İstanbul Şehir University)
Prof. Dr. Ahmet Makal (Ankara University)
Prof. Dr. Ahmet Selamoğlu (Kocaeli University)
Prof. Dr. Nadir Suğur (Anadolu University)
Prof. Dr. Nursel Telman (Maltepe University)
Prof. Dr. Cavide Uyargil (İstanbul University)
Prof. Dr. Engin Yıldırım (Anayasa Mahkemesi)
Prof. Dr. Arzu Wasti (Sabancı University)

İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, yılda dört kez yayınlanan hakemli, bilimsel elektronik dergidir. Çalışma hayatına ilişkin makalelere yer verilen derginin temel amacı, belirlenen alanda akademik gelişime ve paylaşma katkıda bulunmaktadır. "İş, Güç," Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, "Türkçe" ve "İngilizce" olarak iki dilde makale yayınlanmaktadır.

"Is, Güc" The Journal of Industrial Relations and Human Resources is peer-reviewed, quarterly and electronic open sources journal. "Is, Güc" covers all aspects of working life and aims sharing new developments in industrial relations and human resources also adding values on related disciplines. "Is, Güc" The Journal of Industrial Relations and Human Resources is published Turkish or English language.

TARANDIĞIMIZ INDEXLER



Dergide yayınlanan yazılardaki görüşler ve bu konudaki sorumluluk yazarlarına aittir.
Yayınlanan eserlerde yer alan tüm içerik kaynak gösterilmeden kullanılamaz.

All the opinions written in articles are under responsibilities of the authors.
The published contents in the articles cannot be used without being cited

“İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi - © 2000-2019

“Is, Guc” The Journal of Industrial Relations and Human Resources - © 2000-2019

İÇİNDEKİLER

Yıl: 2019 / Cilt: 21 Sayı: 4

SIRA	MAKALE BAŞLIĞI	SAYFA NUMARALARI
1	Dr. Öğr. Üyesi Ali KUZU, Dr. Öğr. Üyesi Güner ÇÖL “Sivil Toplum Kuruluşlarının Performans Ölçüm Aracı Olarak Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi”	5
2	Doç. Dr. Serkan KILIÇ, Mine SATI “Genç Tüketicilerin Lüks Giyim Marka Tercihleri ve Satın Alma Niyetleri”	21
3	Dr. Sinan ACAR, Prof. Dr. Nadir SUĞUR “Sağlıkta Dönüşüm Programının Kamu İstihdam Süreçlerine Etkileri Üzerine Bir Alan Araştırması”	51
4	Dr. Öğr. Üyesi Ramazan KAYABAŞI “Çalışanların Yan Dal Mesleklerden Kaynaklı Risklere Maruziyet Analizi”	75
5	Arş. Gör. Sera YILDIRIM “Üniversite Çalışanlarında İş-Aile Çatışması: İşkoliklik ve Tükenmişlik Faktörlerinin Açıklayıcı Rolü”	95
6	Dr. Öğr. Esin Cumhuri YALÇIN, vd. “Türkiye’de Bölgelere Göre Cinsiyete Dayalı Ücret Ayrımcılığı”	119
7	Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Kuzu, Dr. Öğr. Üyesi Şule Ergöl “Üniversite Öğrencilerinin İş Yaşamına İlişkin Kaygı Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler”	135

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KAMU İSTİHDAM SÜREÇLERİNE ETKİLERİ ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI

A FIELD STUDY ON THE EFFECTS OF HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM ON PUBLIC EMPLOYMENT PROCESSES

Dr. Sinan ACAR

(Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü)

Prof. Dr. Nadir SUĞUR

(Anadolu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü)

ÖZET

Bu çalışma kamu sağlık hizmetlerinde esnek istihdam politikalarından biri olan taşeron istihdam 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. Bu amaçla hizmet alımı yoluyla istihdam edilen 120 sağlık çalışanına anket uygulanmış ve 17 sağlık çalışanı ile de derinlemesine mülakatlar 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 yükü ve çalışma saatlerinin arttığı söylenebilir. Taşeron sağlık çalışanlarının kendileri ile aynı işi yapan kadrolu çalışanların sahip olduğu özlük haklarının büyük bir bölümünden mahrum oldukları ve işverenlerin tehdit olarak gördüğü sendikal üyeliklerinin de bulunmadığı görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Kamu Sağlık Hizmetleri, Post-Fordizm, Düzenleme Okulu, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Taşeron

ABSTRACT

This study tries to analyze the effects of subcontracting, which is one of the flexible employment practices in public health services and looks at the views of the health workers who are engaged in core work tasks in the public health institutions. This study makes use of the theoretical framework of the French Regulation School and attempts to understand the transformation of public health services in the post 2000's in Turkey. For this purpose, a questionnaire was conducted to 120 healthcare workers employed in the hospital through service procurement. In the addition to this an in-depth interview was also carried out with 17 healthcare workers to understand the process in a more comprehensive perspective. It was observed that the majority of the health care workers in the research sample group were from the lower and lower-middle class families and could only get access to the health profession through social networks. It was seen that the most health care workers in the sample previously 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 considered to be better than being unemployed. Transformation in health sector in Turkey has paved the way for a more flexible work arrangements and this then has resulted in an increase in work load, pressure at work and working long hours. As to the personal rights and fringe benefits, subcontract health care workers are mostly excluded from basic employment rights such as occupational security, permanent contract, union membership and other work-related rights which regarded as a threat by the most employers.

Keywords: Public Health Services, Post-Fordism, Regulation School, Health Transformation Program, Subcontractor

GİRİŞ

Sosyal refah devletinin önemli bileşenlerinden biri olan kamu sağlık hizmetleri alanı neo-liberal dönemde önemli bir reform alanı olarak görülmüş ve bu alanların daha düşük maliyetli, verimli ve etkin çalışması hedeflenmiştir. Küresel aktörlerin (IMF, Dünya Bankası) giderek güçlendiği bu dönemde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin kamu hizmet alanları köklü bir dönüşüm sürecine girmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin Cumhuriyet’in kuruluş döneminden 1980’li yıllara kadar olan mevcut yapısının katı, hiyerarşik ve toplumun önemli bir kesimini sistemin dışında tutan bir nitelikte olması durumu, neo-liberal dönemde bu alanlarda uygulanacak reform ve özelleştirme uygulamaları için birer meşruiyet kaynağı olmuştur. Sağlık hizmetleri alanında 1980’li yıllardan itibaren başlayan dönüşüm süreci, 2003 yılında uygulamaya giren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile önemli bir aşamaya geçmiştir. Kamu sağlık hizmetlerinde performans dayalı hizmet üretim sistemine geçildiği bu dönemlerle birlikte sağlık sisteminin temelde müşteri-satıcı ilişkisine dayalı bir şekilde yeniden inşa edildiği bir süreç ortaya çıkmıştır. Bu sürece paralel istihdam alanlarında esnek, güvencesiz ve kısa dönem sözleşmeli çalışma biçimleri yaygınlaşmaya ve zamanla kadrolu istihdam modelini ikame etmeye başlamıştır. Bu çalışma biçiminin Türkiye’de yaygın olarak taşeron¹ çalışma olarak tanımlandığı söylenebilir. Taşeron istihdam modeli başlangıçta temizlik, yemekhane ve park-bahçeler gibi tali alanlarda başlamış ancak zamanla sağlık kurumlarında asli işlerin yapıldığı hizmet alanlarında da yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Taşeronlaştırma süreci sağlık hizmetleri alanının haricinde diğer kamu kurumlarında, yerel yönetimlerde ve özel sektör kuruluşlarında da yaygın olarak kullanılan bir istihdam modeli haline gelmiştir (Öngel, 2014: 40; Hak-İş, 2014: 11; Kaya, 2015: 260; Çolak, 2017: 1009; Etc. & Kağnıcıoğlu, 2017: 79).

Bu çalışmada, Fransız Düzenleme Okulu’nun analitik çerçevesi kullanılarak Türkiye’deki kamu sağlık hizmetlerinde sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte daha da görünür hale gelen sözleşmeli ve taşeron personel istihdamının direkt sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarınca (ebe, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknikeri, biyolog, kimyager) nasıl algılandığı ve deneyimlendiği konusu üzerinde durulmakta ve böylelikle bu alanda var olan boşluğun bir nebze de olsa doldurulması amaçlanmaktadır

1 Tacheron Fransızcadan Türkçeye geçmiş bir kelimedir. Tacheron kelimesi Fransızcada, bir işi başkası adına yapan alt işveren anlamına gelmektedir. Tacheron kelimesi Türkçede taşeron olarak kullanılmakta ve bir işverene bağlı olarak iş yapan alt işveren olarak tanımlanmaktadır. Taşeron işverenin istihdam ettiği çalışanlara da taşeron işçiler/çalışanlar denilmektedir.

1. Açıklayıcı Bir Çerçeve Olarak Fransız Düzenleme Okulu

20. yy. son çeyreğinde ortaya çıkan Fransız Düzenleme Okulu temelde genel, tarih ötesi bir ekonomik yaklaşım yerine kapitalizmin kendine has tarihsel özellikleri ve dönemleri üzerinde durmaktadır. Buna göre kapitalist üretim süreci belirli birikim rejimleri ve bunlara eşlik eden düzenleme biçimleriyle var olmakta ve kapitalizmin içsel dinamiklerince ortaya çıkan çelişki ve çatışmalara rağmen sermaye birikiminde belirli bir istikrar ve devamlılık sağlanmakta ve bu süreçlerde ekonomi ve ekonomi-dışı kurumların ve pratiklerin görünümüleri mevcut birikim rejiminin genel karakteristiklerine göre şekillenmekte ve ortaya çıkmaktadır (Jessop, 2005: 189; Topak, 2012). Fransız Düzenleme Okulu kapitalist gelişme süreçlerini ve dönemsel krizleri sermaye birikim rejimi ve düzenleme biçimi kavramlarıyla ele almaktadır. Fransız Düzenleme Okulu'na göre sermaye birikim rejimi belli bir dönemde düzenli ve istikrarlı büyümeyi; düzenleme biçimi ise sermaye birikimi için gerekli olan hukuki, siyasi, sosyal ve ekonomik düzenlemelerin oluşturulması olarak tanımlamaktadır (Boyer, 1990; Aglietta, 1979; Lipietz, 1986). Buna göre birikim rejimleri temelde yaygın birikim rejimi (ölçek artışına dayalı), yoğun (Fordist) birikim rejimi (üretkenlik artışına dayalı) ve esnek (Post- Fordist) birikim rejimlerine ayrılmakta ve bu rejimlere eşlik eden düzenleme biçimleri de başlıca bu süreçlerde sermaye birikimini doğrudan veya dolaylı olarak yapılandıran, kolaylaştıran, yönlendiren kurumlar, kolektif kimlikler, değer, kural, sözleşmeler, ağlar, prosedürler ve hesaplama biçimlerine işaret etmektedir (Hirst & Zeitlin, 1991: 17-18; Topak, 2012: 24). Düzenleme Okulu'nun birikim rejimleri ve düzenleme biçimleri sınıflamasına paralel kamu istihdam süreçlerinin de Liberal, Fordist ve Post- Fordist kamu personel rejimleri başlıkları altında incelenmesi mümkündür. İstihdam süreçlerinin Türkiye'deki genel değişim seyrine bakıldığında, 1980'li yıllardan itibaren kamu istihdam süreçlerinde Post-Fordist ilkelere dayalı olarak esnekleşme, enformelleşme ve taşeronlaşma süreçlerinin sisteme yerleşmeye başladığı ve bütünüyle olmasa da belli ölçülerde Fordist dönem yapılarını (statüye dayalı-ömür boyu istihdam biçimlerini) tasfiye ettiği bir sürecin ortaya çıktığı söylenebilir (Aslan, 2005: 24; Eroğlu, 2016: 105).

2. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Bileşenleri

Dünya genelinde 1980'li yıllardan itibaren egemen hale gelen neo-liberal ekonomi politikalarının ulus ötesi uygulayıcıları olan IMF ve Dünya Bankası geliştirmekte olan ülkelerin kamu sektörlerinin şekillenmesinde önemli roller üstlenmişlerdir. Bu dönemlerle birlikte birçok gelişmiş ve geliştirmekte olan ülkelerdeki gelişmelere paralel Türkiye'de de önemli değişimler ortaya çıkmıştır. Bu noktada Türkiye'deki kamu sağlık hizmetleri alanlarında ortaya çıkan özelleştirme uygulamalarının yerleşmesi ve yaygınlaşmasında, Dünya Bankası'nın verdiği krediler ve bu alanlarda yapılmasını istediği reformların bu süreçlerde etkili ve belirleyici olduğu söylenebilir. (Güzelsarı, 2003: 128; Pekşen, 2012: 60, Eroğlu, 2016: 96; Yazıcı, 2018: 130). Türkiye'de sağlık hizmetleri 1982 Anayasası'nın kabulüyle birlikte devletin her-kese 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. Bu dönemlerle birlikte sağlık hizmetleri alanında özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasını sağlayacak süreçlerin hızlıca uygulamaya geçirildiği bir süreç yaşanmıştır (Pala, 2007: 13; Topak, 2012: 221). Bu dönemlerden itibaren resmi rapor ve hükümet programlarında geçen sağlıkta reform uygulamalarının tam anlamıyla uygulamaya girmesi ise 2002 yılı seçimleri sonucunda kurulan AKP Hükümeti döneminde çıkarılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile olmuştur (Tengilimoğlu vd., 2009: 101). Bu noktada Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sekiz bileşenden oluştuğu söylenebilir (SB, 2007: 26):

- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
- Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim, Sağlık Bilgi Sistemi

2.1. Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) Oluşturulması

Genel Sağlık Sigortası temelde sağlık hizmetlerinde finansman ile sağlık üretim süreçlerini birbirinden ayırarak sistemin "sağlık hizmeti satın alınması" temelinde yeniden inşasını öngörmektedir. Sistem temelde prim ödemeye dayalı bir yapıda olup, prim ödeme gücü asgari ücretin üçte birinden az olanların sağlık primlerinin devletçe ödendiği ve böylece sistem içerisinde yer aldıkları bir yapı söz konusudur. Devlet tarafından belirlenen bu sınırın gerçek yoksulluk sınırı olarak kabul edilmesi durumu bu noktada 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).

2.2. Aile Hekimliği Sistemi

Sağlık hizmetlerinden faydalanan vatandaşlara hekim seçme hakkı tanıyan aile hekimliği sisteminde hekimler bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini rekabete dayalı bir anlayışa göre yerine getirmekte ve bir hekimin muayenehane hekimliği ve işletmecilik becerileri ön plana çıkarılmaktadır. Aile hekimlerinin ücretleri bu sistemde performans dayalı olarak 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: 182). Aile hekimliği sisteminde hekimlerinin sürecin temel aktörü (işvereni) olduğu bu yapıda diğer yardımcı sağlık personelleri (ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni) geri planda kalmış ve aile sağlığı çalışanı adı altında hekim dışı insan gücünün değersizleştirildiği ve çalışma süreçlerinin esnek ve güvencesiz bir yapıya dönüştüğü bir süreç ortaya çıkmıştır (Yılmaz, 2009: 159; Balcı & Erol, 2016: 244; Özsoy-Özmen, 2018).

2.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖ)

Kamu kurumlarında sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmiştir. PDEÖ sistemiyle kamuda çalışan personelin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmek ve bu noktada SDP'nin amaçlarına ulaşmasında insan kaynaklarından kaynaklı problemlerin bu şekilde minimize edilmesi amaçlanmıştır. Sağlık sistemindeki önceki yapıda 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 performansa dayalı ödeme sistemi hizmet kalitesi, verimlilik, hasta memnuniyeti ve SDP performansının artırılmasının önemli bir bileşeni olarak kurgulanmıştır (OECD & WB, 2008: 41). Performans sistemi her ne kadar çalışanları motive edici ve hizmet standardı oluşturma amacı taşısa da,

geçen sürede ortaya çıkan gelişmeler hekimlerin polikliniklerde daha çok hasta muayene ettikleri, 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 sürecin ortaya çıktığını göstermektedir (Elbek, 2012: 61).

2.4. İdari ve Mali Özerkliğe Dayalı İşletmeciler Bir Yapıya Geçiş

Kamu sağlık kurumlarında yeni işletmeciler anlayışına dayalı olarak Sağlık Bakanlığı'nın hizmet üretim sürecinden geri çekildiği, denetleyici ve planlayıcı bir rolde olduğu yapının kurumsal anlamda değişimini sağlayan yasal düzenleme 2 Aralık 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yapılmıştır. Bu yasal düzenleme ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) oluşturulmuştur. 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 dönüşmüştür². Hastane birlikleri çatısı altındaki sağlık kuruluşları işleyiş, hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet alt yapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik noktalarında denetime tabi tutulması ve değerlendirme sonucuna göre hastanelere yüz üzerinden puan verilmesi ve bu değerlendirmelerin altı ay ile bir yıl arasında yinelenmesi uygulamasına geçilmiştir (Tengilimlioğlu, 2011: 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: 9; 2011: 27). Kamu sağlık hizmetlerinde işletmeciler bir yapıya doğru değişen mevcut yapıyla birlikte bu alanlarda özelleştirme ve kamu özel ortaklığına dayalı süreçlerin ortaya çıktığı söylenebilir. 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 artırılması-kamusal sağlık sigortalarının kapsamının daraltılması, özelleştirme yoluyla özelleştirme ve kamu özel ortaklığı uygulamalarıyla piyasaya açılmıştır (Ünlütürk-Ulutaş, 2011: 19-20). Kamu özel ortaklığı (KÖO) 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. 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 devretmesi temeline dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığı KÖO kapsamında yapılan hastaneleri 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

2 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.

hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmektedir (Güngör, 2012: 10; Öztürk, 2015: 86; Atalay, 2015: 67). Şehir Hastaneleri hakkında çıkarılan kanuni düzenlemede (3359 SK), tıbbi hizmete ilişkin olan ve olmayan alan ve hizmetler ayrımı bulunmakta ve tıbbi hizmete ilişkin olmayan alan ve hizmetler kategorisinde ise tıbbi destek hizmetlerinin (hasta kayıt, laboratuvar, tıbbi görüntüleme ve eczane hizmetleri gibi) bulunması durumu, bu kurumlarda sağlık hizmetlerinin de büyük bir kısmının şirketler tarafından yürütülmesi anlamına geleceği belirtilebilir (Sözer, 2013: 222). Sağlık Bakanlığı'nın kamu-özel ortaklığı kapsamında yapımı tamamlanan ve yapımı planlanan şehir hastanesi sayısı 32 olup, 2018 yılının son çeyreği itibarıyla Mersin, Yozgat ve Isparta, Adana, Kayseri, Eskişehir, Elâzığ hizmete açılmış olup yıl sonuna kadar da Manisa ve Ankara Bilkent Şehir Hastanelerinin hizmete açılması planlanmaktadır (SASAM, 2018: 46). Şehir hastanelerinin kamu - özel ortaklığına dayalı hizmet üreteceği yeni dönemde sağlık hizmeti üretim süreçlerinin ve personel istihdam politikalarının bu süreçlere paralel köklü bir dönüşüme gireceği öne sürülebilir.

2.5. Sözleşmeli ve Taşeron Personel İstihdamı

Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı'ndan sonra en çok memur istihdam edilen³ kamu kurumlarının başında gelmektedir. Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilen yardımcı hizmetler sınıfının büyük oranda taşeronlaştığı 2003 yılındaki yasal düzenlemelerden sonra, Bakanlığın ana istihdam sınıfı olan sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıflarında esnekliğe doğru bir eğilim içine girildiği söylenebilir. 2003 yılında sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına ilişkin bütün görevlerin piyasadan doğrudan satın alınmasının yolu açılarak bu alanlarda memurluk statüsü geriletmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'ndaki memurluk rejiminin çözülmesi bir bütün olarak Türk kamu personel rejiminde yaşanan değişimin nitel ve nicel açıdan değerlendirilmesi noktasında büyük önem teşkil etmektedir (Aslan, 2005: 362). Bu dönemlerden itibaren sağlık hizmetlerinde örgütlenme sistemi kökten değişmeye başlamış, aile hekimliği ve kamu hastane birlikleri modelinde sözleşmeliliğe dayalı bir istihdam politikası ortaya çıkmıştır. Post-Fordist dönemde kamu hizmetleri alanlarında aynı işi yapan farklı istihdam biçimlerine (kadrolu, sözleşmeli, çakılı sözleşmeli, hizmet alımına) tabi istihdam edilen gruplar ortaya çıkmıştır. Bu durum da çalışanlar arasında başlıca yıllık izin, ücretler, prim ve ek ödemeler, çalışma süreleri gibi çalışma koşulları ve hakları noktasında derin ayrılıkların ortaya çıkmasına yol açmıştır (Topak, 2012: 263).

3. Yöntem

Bu çalışmada temelde sağlıkta dönüşüm sürecinin, bu dönemlerle birlikte kamu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan sözleşmeli ve güvencesiz istihdam biçimleri yoluyla istihdam edilen ve asli işleri yerine getiren beyaz yakalı çalışanlarca⁴ nasıl algılandığı ve deneyimlendiğinin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

3 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: 88; DPB, 2017).

4 Araştırma evren ve örneklem grubunu oluşturan hizmet alımı yoluyla istihdam edilen ve direkt sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarından (ebe, hemşire, sağlık memuru, biyolog, kimyager, sağlık teknisyeni/ teknikerlerinden oluşan) uygun şartları taşıyanlar, araştırmanın yapıldığı dönemden sonra, 24 Aralık 2017 tarihinde çıkarılan 696 sayılı Olağanüstü Hal Kanun Hükmünde Kararnamesi (KHK) ile kamuda sürekli işçi kadrosunda istihdam edilme hakkına sahip olmuşlardır. Bu şekilde kadroya geçmeye hak kazanan çalışanlar, 2 Nisan 2018 tarihinde kamuda sürekli işçi kadrosuna geçmişlerdir. Bu noktada

Bu çalışmada temel olarak nitel ve nicel verilerin kullanıldığı karma desene dayalı bir yöntem kullanılmıştır (Yıldırım & Şimşek, 2016). Çalışmanın kuramsal kısmından ve alanda yapılan gözlem ve mülakatlardan hareketle anket soruları ve yarı yapılandırılmış görüşme soruları hazırlanmıştır. Çalışmanın resmi izin ve etik kurul onayları alındıktan sonra kurumda hizmet alımı yoluyla çalışan ve asli işleri yerine getiren sağlık çalışanlarının (ebe, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknikeri, biyolog, kimyager) tamamına ulaşılacak şekilde çalışma yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Hastanesi'nin 3. basamak sağlık kurumu olması dolayısıyla çalışanlar anket ve derinlemesine görüşmeleri daha çok nöbetlerde, işlerinin hafiflediği gece saatlerinde ve çalıştıkları birimlerde yapmayı kabul etmişlerdir. Anket ve mülakat süreçlerinin tümü araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Çalışanlara uygulanan 123 anketten 120 tanesi geçerli sayılarak elde edilen veriler SPSS programına yüklenmiş ve 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 (görüşmecilerin gerçek kimlikleri gizlenerek) gerekli yerlerde kullanılmıştır.

Tablo 1. 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

Çalışmanın yapıldığı Haziran ve Temmuz 2017 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Hastanesi'ndeki mevcut kadro, sözleşmeli ve hizmet alımı yoluyla istihdam edilen toplam çalışan sayısı bu noktada çarpıcı ve açıklayıcı bir nitelik göstermektedir. Tablodaki veriler kamu istihdam süreçlerinde kadro ve ömür boyu istihdam biçiminin yerine sözleşmeliliğe ve güvencesizliğe dayalı bir istihdam biçiminin ikame edilmeye çalışıldığını göstermektedir.

4. Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan çalışanların başlıca demografik verileri, işe giriş süreçleri, performans dayalı hizmet üretimi süreçleri ve sendikal hareketler hakkındaki bilgi, düşünce ve deneyimlerine yer verilecektir.

çalışanların daha güvenceli bir pozisyona geçmeleri olumlu bir gelişme olmakla birlikte, çalışanların mevcut maaş ve özlük haklarıyla kadroya geçirilmeleri durumu, sisteme yeni eşitsizlikler içeren bir istihdam biçiminin yerleştiğini göstermekte ve bu durum da yaptığımız çalışmanın güncel niteliğini koruduğunu göstermektedir.

4.1. Katılımcılara Ait Demografik Veriler

Tablo 2: Demografik Veriler

Cinsiyet		n	%
	Kadın	75	62,5
	Erkek	45	37,5
Yaş			
	18-23	51	42,5
	24-29	31	25,8
	30-35	29	24,2
	36-	9	7,5
Doğum Yeri			
	Elazığ	97	80,8
	Diğer	23	19,2
Medeni Durum			
	Bekâr	70	58,3
	Evli	49	40,8
Eğitim Durumu			
	Lise	42	35,0
	Ön lisans	48	40,0
	Lisans	26	21,7
	Yüksek Lisans	3	2,5
	Doktora	1	,8
Toplam		120	100,0

Sosyo-demografik özellikleri açısından çalışanların ağırlıklı olarak kadın, genç yaş grubunda, Elazığ doğumlu, bekâr ve üniversite mezunu çalışanlardan oluştuğu söylenebilir. Katılımcıların kadın ağırlıklı bir yapıda olması durumunun, sağlık sektörünün kadın ağırlıklı yapısıyla benzer bir nitelik taşıdığı söylenebilir. Diğer yandan çalışanların ağırlıklı olarak genç yaş kategorisinde olması durumu ise sağlık alanında eğitimlerini bitiren ve daha güvenceli bir pozisyona yerleşemeyen kişilerin mesleklerini devam ettirme noktasında geçici ve güvencesiz olan bu kadroya başvurma eğilimleriyle açıklanabilir. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında çoğunluğun üniversite mezunu kişilerden oluştuğu söylenebilir. Yapılan görüşmelerdeki bir çalışanın durumu bu noktada çarpıcı bir nitelik taşımaktadır.

“Çok yanlış, sonuçta yani bir fark olmalı, 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, Doktora, Biyolog).

Araştırma örneklem grubu içerisinde yer alan, doktora eğitimine devam eden ve yakın bir zaman içerisinde de eğitimini bitirecek olan Funda isimli çalışanın içerisinde bulunduğu durum, yaşadığımız dönemde çalışanların eğitim düzeylerine ve yaptıkları işlere karşılık, kazandıkları gelirlerin eskiye dayalı sınıf veya meslek kavramlarıyla kolaylıkla örtüşmediği bir yapının söz konusu olduğunu göstermektedir (Standing, 2015: 23). Bu durum Post-Fordist dönemde ilk aşamada destek ve yardımcı hizmetler alanlarında ortaya çıkan esneklik ve güvencesizlik süreçlerinin artık asli işleri yerine getiren meslek gruplarını da içerecek şekilde dönüştüğünü göstermektedir.

4.2. Katılımcıların Mesleki Pozisyonları ve İşe Giriş Süreçleri

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki taşeron sağlık çalışanları başlıca iki ana firma⁵ üzerinden hizmet alımı yoluyla istihdam edilmektedir. Bu iki firmadan biri olan A firması hastanedeki temizlik ve destek hizmetleri (sekreter, hasta bakıcı, kapı görevlisi) alanlarındaki çalışanların istihdam edildiği ve 864 çalışanla hastanedeki ana taşeron firma olma özelliği göstermektedir. A firması bünyesinde 30'a yakın sağlık personeli resmiyette temizlik çalışanı kadrosunda gösterilmekle birlikte, ilgili birimlerde direkt sağlık hizmeti veren pozisyonlarda çalışmaktadırlar. Firmalardan bir diğeri olan B firmasında ise 120 sağlık çalışanı istihdam edilmekte ve bu çalışanların hepsi resmi olarak da sağlık çalışanı olarak gösterilmektedir.

Tablo 3: Katılımcıların Mesleki Pozisyonları ve Çalışma Süreleri

Katılımcıların mesleki pozisyonları	n	%
Anestezi Teknikeri	11	9,2
Biyolog	3	2,5
Ebe	4	3,3
Embriyolog	1	,8
Fizyoterapist	1	,8
Hemşire	60	50
Kimyager	1	,8
Laborant	15	12,5
Odyoloji Teknikeri	2	1,7
Radyoloji Teknikeri	19	15,8
Sağlık Memuru	3	2,5
Kurumdaki Çalışma Süresi		
0-1 yıl	8	6,7
1 yıl üstü-3 yıl	42	35,0
3 yıl üstü-5 yıl	37	30,8
5 üstü yıl	33	27,5
Toplam	120	100,0

5 Bu iki firma haricinde görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin bir kısmı da hastane tarafından dışarıdan hizmet alımı yoluyla satın alındığından dolayı, ihaleyi alan bu firmalar tıbbi araç ve gereçlerle birlikte kendi personelini de kendisi temin etmekte ve sağlık çalışanları da bu şekilde istihdam edilmektedir.

Araştırma esnasında katılımcıların her ne kadar taşeron çalışmayı kadrolu olarak işe başlayana kadar geçici bir süre yapılabilecek bir iş olarak görmelerine karşın, çalışanların önemli bir kısmının (% 27'si) beş yıl üstü bir zamandır çalışıyor olmaları durumu taşeron çalışmanın bazı çalışanlar için daimi çalışma şekli haline geldiğini göstermektedir.

Diğer yandan çalışanların işe giriş süreçlerine bakıldığında sistemin büyük oranda kayırmacı bir yapıya dayalı işlediği ve bu noktada çalışanların çoğunlukla referans aracılığıyla işe girdikleri söylenebilir. Yapılan görüşmelerde kimi katılımcılar görüşlerini şu şekilde ifade etmişlerdir.

“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 geliyor, selamün aleyküm işte ben hangi milletvekilinin yeğeniyim, bunu al işe, hemen evraklarını gönderiyor, evraki götürüp oraya veriyor ve en rahat yerde işe başlıyor. Ya bizim hastane çok fırlıdak 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 önce de yapanlar oldu, ilk sorulan şey ya da ilk söylenen şey referansın olup olmadığı, ona göre yani belirleniyor” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

Ağır çalışma koşullarının söz konusu olduğu bu işe girme sürecinde farklı kayırmacılık uygulamalarının etkili olduğu ve çoğunlukla sosyal sermaye ağları güçlü olan kimselerin bu işe girebildiği söylenebilir. Bu yönüyle işe girmeye hak kazanan kişilerin (her ne kadar çalışma şartları ağır ve alınanlar ücretler az da olsa) bu işe giremeyenler nezdinde “daha şanslı ve avantajlı kişiler” olduğu söylenebilir.

4.3. Katılımcıların İş Yükleri ve Esneklik Süreçleri Hakkındaki Düşünceleri

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık sektörünün (neo-) Fordist ilkelere dayalı olarak örgütlenmesine paralel çalışanların birim zamanda yaptıkları işlerin artması, farklı işlerin bir kişide toplanması ve dinlenme aralarının kısaltılması gibi uygulamalarla bu alanda görel ve mutlak artık değer artışının sağlanmaya çalışıldığı bir süreç ortaya çıkmıştır (Zencir, 2009: 183). Bu sürece paralel araştırmaya katılan çalışanların büyük bir kısmının çalıştıkları birimlerde gerek personel azlığından gerekse de kendilerinin taşeron statüsünde olmalarından kaynaklı yoğun bir iş temposu altında oldukları, kendi görev ve yetkileri dışındaki sekreterlik, hasta bakıcılığı ve (kimi durumlarda) doktorların yapması gereken işleri dahi yaptıkları işlevsel esnekliğe dayalı bir yapının olduğu söylenebilir. Kimi görüşmecilerin bu konudaki fikirlerinin oldukça eleştirel olduğu görülmektedir.

“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, mesela sekreterlerin belli işleri var, intörn doktorlara düşen bazı işler var ama bazen çoğunu biz kendimiz yapıyoruz” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Ben gece acil laboratuvar nöbetçisiyim sözde, ama sabaha kadar 18 tane servise de bakıyorum aynı zamanda. Bunun yanında mikrobiyolojide kültür ekıyoruz, 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).

“Ben kadrolu olsaydım, burada ilaç hazırlamazdım, bu kimyacıнын işi mesela. Ben Medical Park’a gittim, devlet hastanesine gittim, Malatya’ya gittim. Şimdi ben oradaki arkadaşarımdan 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 ” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Sağlık kurumlarındaki esneklik süreçlerine eğilen farklı çalışmalarda da dönüşüm süreciyle birlikte sağlık çalışanlarının iş yüklerinin arttığı, farklı işleri yerine getirmeleri noktasında yöneticilerce baskı altına alındığı ve geleneksel mesleki rollerin sınırlarının ve tanımlarının yeniden çizildiği bir sürecin ortaya çıktığı görülmüştür (Desombre vd, 2006: 139; Lastra vd, 2014: 1; Etiler, 2012: 50; Bostan & Çiftçi, 2016: 7). Bu durum sağlıktaki dönüşüm süreciyle birlikte sağlık çalışanlarının iş yüklerinin arttığı ve işlevsel esnekliğe dayalı hizmet ürettikleri bir yapının olduğunu göstermektedir.

Diğer yandan sağlık kurumlarında yeterli sayıda ve kalifiye sağlık personeli istihdamı ile hasta güvenliği, tedavi çıktıları ve ölüm oranları arasında da anlamlı ve belirleyici bir ilişkinin olduğu söylenebilir (Needleman & Buerhaus, 2003: 275; Cho vd. 2008; Wallace, 2013: 51). Yaptığımız çalışmada katılımcılar bu konunun da önemine değinerek performansa dayalı hizmet üretim şeklinin kimi durumlarda hastalar için riskli durumlara yol açabileceğini ifade etmişlerdir.

“Ben işe ilk başladığım dönemde sadece 08 -17 saatleri arası nöbeti tuttum ertesi gün 14 -23 arasını tuttum üçüncü gün tek başına gece nöbetindesin denildi bana, hiçbir ilacı bilmiyorum. Nöbette bir hasta fenalaştı, bu durumda sadece yapabildiğim başhemşireyi, süpervizörü aramak oldu, sonra bir baktım bütün hastane bizim servise dökülmüş. Hasta uyudu mu diyorum, arkadaşım öldü hasta dedi, ben sadece böyle kaldım, başınız sağ olsun dedim, Allah rahmet eylesin. Sorduğum tek soru benim suçum var mı? Yok dediler, 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).

Bu durum neo-liberal dönemde (meta üretiminin geçerli olduğu her alanda olduğu gibi) sağlık alanında da sağlık işgücüne en azı ödeyip en çok çıktıyı alma amacının baskın olduğu (neo) Taylorist bir anlayışın etkili olduğunu göstermektedir (Sönmez, 2011: 101). Bu noktada sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm sürecinin gerek sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimleri gerekse de sağlık çalışanlarını olumsuz anlamda etkileme potansiyeli taşıdığı söylenebilir.

4.4. Katılımcıların Performansa Dayalı Hizmet Üretim Süreci Hakkındaki Düşünceleri

Performansa dayalı hizmet üretiminin daha çok hastaya bakılması yönündeki ilkesinin, 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 da birim zamanda daha fazla niceliksel hizmet üretiminin istendiği ve teşvik edildiği bir yapı söz konusudur. Performans sistemi sağlık çalışanlarını maddi özendiricilerle motive eden bir anlayışa dayandığı için bu noktada çalışanların etik ikilem⁶ 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 & Kalav-İdrisoğlu, 2014: 186-190). Performansa dayalı ödeme biçimlerinin sağlık

6 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: 77).

sistemine etkileri üzerine eğilen bir çalışmada sağlık çalışanlarının performans 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 de olabileceği görülmüştür (Forsberg vd, 2001: 261). Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık kurumlarında hasta başvuru, teşhis, tedavi, girişim ve ameliyat sayılarında ortaya çıkan artışlara dair ortaya konan veriler⁷, bu artış oranlarının OECD ülkelerindeki ortalamaların çok üstünde olduğunu göstermektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde niceliksel olarak bir artışa işaret etse de sunulan hizmetlerin niteliğinde bir düşüş olduğu anlamına da gelmektedir (Elbek, 2012: 61-71; Kılıçaslan & Kılıçaslan, 2013: 188-191). Buna paralel araştırmadaki katılımcıların performansa dayalı hizmet üretiminin niteliği niteliğe göre önceleyen yapısının bazı olumsuz durumlara yol açtığını/açabileceğini düşündükleri görülmüştür. Kimi görüşmecilerin bu konudaki görüşleri şu şekildedir.

“Bizde de emin olun anjiyo olarak devam ediyor bu süreç, 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 ”(Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Annemi ortopediye götürdüm ayak parmaklarında eğilme olduğu söylendi. Cümle ayak parmaklarının beşine de platin takacağız dedi doktor, bu durumu güvendiğim bir hocamıza sordum. Bana anneni getir dedi, annemi götürdüm, romatoit artrit dedi ve ayrıca sen o romatoit hastasına platin tak-san da düzelmez, düzeltemezsin artık o eklem yamulmuştur dedi. Bizim hastanemizde, 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, sağlıkta tedavide yapılan her şeyin kesin ve belli olması lazım, ya bu ticarileşme olunca, hastaya çok farklı işlemler yapılıyor ya bu açıkçası sağlık çalışanlarından çok, hasta için büyük bir sorun” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte kamu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan ve nitelikten ziyade niceliği önceleyen bakış açısının ortaya çıkardığı sonuçların, tıbbın temel mottolarından biri olan “önce zarar verme” ilkesiyle çeliştiği söylenebilir. Bu noktada sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimlerin sahip olduğu başlıca hastanın özerkliğine saygı duyma, zarar vermeme, yararlı olma ve adalet etik ilkelere ilişkin süreçten zarar görmediği bir sağlık hizmeti üretim sürecinin oluşturulması büyük bir öneme sahiptir (Gökçe & Bulduklu, 2015: 54).

7 Sağlık Bakanlığı verilerine göre 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. Bunun yanında 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 (Elbek (2012: 61-71).

4.5. Katılımcıların Aldıkları Ücretler Hakkındaki Düşünceleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının aldıkları ücretler konusundaki düşüncelerine bakıldığında katılımcıların % 94,2'sinin aldıkları ücreti yetersiz bulduğu ve buna paralel çalışanların sınıfsal olarak da kendilerini alt (% 36,7'si) ve orta gelir grubunda (% 62,5'i) gördükleri söylenebilir. Çalışanların mevcut durumda aldıkları ücret (Ocak- Aralık 2018 tarihleri arasında itibariyle bekâr olan bir çalışan için asgari ücret net 1.603,12 TL) göz önünde bulundurulduğunda bu ücretin⁸ bekâr bir çalışanın geçinebilmesi noktasında dahi az olduğu söylenebilir. Bu noktada çalışanların büyük bir kısmının aldıkları ücreti yetersiz buldukları ve uğradıkları hak kayıpları ve eşitsizliklerin farkında oldukları ancak başka alternatifleri olmadığı için bu işe devam ettikleri söylenebilir. Bu noktada ilgili yazındaki çalışan yoksulluğu⁹ kavramının bu çalışan grubunu açıklayıcı bir çerçeve sunduğu söylenebilir. Bu noktada kimi görüşmecilerin ücretler konusundaki düşünceleri şu şekildedir.

"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 asgari ücretin %100 ü kadar fazla alacaksın dediler ve herkes 800 alırken ben 1650 alıyordum. 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 sorsan 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[Tıp Fakültesi Hastanesi] taşeron kendisi. 200 TL fark edecek kadroya geçse, ne fark edecek ki, geçmesin daha iyi. Türk İş'e üye olduk, fazla paramızı alalım ve bizim de maaşımız, bir İnönü kadar olsun diye. Ancak yönetim istemedi, tehdit etti, sendikadan çıkmak zorunda kaldık. Ya bu özgürlük de yok, Bimer'e¹⁰ falan yazdım ben, ama geri dönülmedi yani" (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

8 Türk-İş, 2018 yılının Ocak ayında dört kişilik bir ailenin aylık 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.

9 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 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 & Latta, 2004: 1).

10 Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER) 2006 yılında kurulan ve vatandaşların farklı iletişim kanallarıyla (elektronik, mektup, fax, telefon ve şahsen) kendileri ve kamuyu 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>).

Araştırmaya katılan çalışanların aldıkları ücretlerin çok az olması yanında, kurumda kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışanların yararlandıkları ek ödemelerden yararlanamamaları durumu da bir başka eşitsizlik kaynağı olarak belirtilebilir. Performansa dayalı ödeme sistemi bu haktan yararlananlar arasında dahi eşitsizlikler içermekle birlikte (örneğin uzman doktorların kendi aralarında, uzman doktorlarla-pratisyenler arasında veya yardımcı sağlık personellerinin kendi aralarında) taşeron çalışanların bu haktan hiç yararlanamamaları durumu bu noktada sistemin en sorunlu taraflarından birini oluşturmaktadır. Kimi görüşmecilerin bu konudaki görüşleri şu şekildedir.

“ Performans sistemi yanlış bence, önceden performans sistemi yoktu o zaman on tane hasta alıyorsa, şimdi performans için yirmi tane hasta alıyoruz işte. Hocanın cebine para giriyor, benim cebime para giriyor mu? Yok, ben de çalışıyorum orda, ben de aynı performansı gösteriyorum, taşeron olmam buna engel değil 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 para gözüyle bakılıyor bunu da görüyoruz” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“Döner sermayeyi kadrolu personel alıyor, biz taşeronlar döner sermaye, banka promosyonlarını alamıyoruz. 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 ” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“ Kadroluya veriyorsan 1000 TL döneri, 1000 lira da taşerona vermek zorundasın. Döner tamamen ortak bir şeyse, neden ayrımcılık yapıyorsun. Maaşa bir şey demiyorum, hakkıyla KPSS'ye çalışmış almış kadrosunu adam, o parayı da almak zorunda. Yani kadrom yok, benim hakkım 1500 tamam, onun da hakkı 2.500 tamam, ama döner ortak olması lazım dönerin, herkes çalışıyor” (Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

Sonuç olarak çalışanların aldıkları ücretlerin az olması ve ek ödeme haklarından faydalanamamaları durumunun çalışanları maddi ve manevi anlamda olumsuz etkilediği ve kurumdaki çalışma barış ve huzurunu bozucu bir etkide bulunduğu söylenebilir.

4.6. Katılımcıların İş Güvencesi(zlığı) Hakkındaki Düşünceleri

Kamu istihdam süreçlerinin esnek ve sözleşmeli bir yapıya doğru evrildiği Post-Fordist dönemde kamu hizmetlerinde istihdam edilenler içerisindeki en zayıf halkayı oluşturan taşeron çalışanlar bu süreçten en çok zarar gören grubu oluşturmuştur (Aslan, 2005). Esneklik uygulamalarının yaygınlaştığı günümüzde güvencesizlik olgusunun temelde işgücü piyasası içerisinde olması gereken yedi güvencenin olmaması durumuyla karakterize edilebileceği söylenebilir. 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: 26). Araştırmaya katılan katılımcıların büyük bir kısmının (% 86) taşeron çalışma biçimini güvencesiz bir pozisyon olarak algıladıkları ve iş güvencesine sahip olmadıklarını düşündükleri söylenebilir. Kimi görüşmecilerin bu konudaki görüşleri şu şekildedir.

“Tabii ki 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 o gün, hiç bu kadarına gerek kalmazdı gibisinden, farklı olurdu diyor" (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

"Şimdi diyelim ikimizden siz kadrolu ben taşeron personel olayım, 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).

Sağlık kurumlarında yaşanan dönüşüm süreçleri üzerine odaklanan farklı çalışmalarda da, benzer şekilde 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: 106; Şentürk, 2011: 123; İzgi & Öztürk-Türkmen, 2012, s.171). Sonuç olarak araştırmaya katılan çalışanların iş güvencesine sahip olmadıkları ve her daim işten atılma korkusu içinde oldukları söylenebilir.

4.7. Katılımcıların Sendikal Hareketler Hakkındaki Düşünceleri

Sendikal örgütlülüğün mutlak güvencesizlik süreçlerinin olumsuz etkilerini azaltıcı bir rolü olduğu söylenebilir. Bu noktada sürecin kapsamlı toplu sözleşmeler ve yeterli sosyal hakların elde edilmesine olanak tanıyan sendikal haklarla desteklenmesi büyük öneme sahiptir. Diğer yandan sendikal örgütlenme süreçlerine çevresel çalışanlar kadar merkezi çalışanların da dâhil edilmesi bu noktada sendikal hareketleri güçlü kılan etmenlerden biri olarak nitelenebilir (Savul, 2012: 137- 139). Buna paralel katılımcıların sendikal hareket ve hak arama süreçleriyle ilgili bilgi, düşünce ve deneyimlerine bakıldığında çalışanların büyük bir kısmının (% 52) sendikaları gerekli ve önemli kurumlar olarak gördükleri ancak çalışanların sendikal hak arama süreçlerine katılımı noktasında büyük çekince ve sıkıntılarının olduğu görülmüştür. Bu konuda kimi görüşmecilerin düşünceleri şu şekildedir.

"Sendika ne demek, bir şekilde birlikte yürümek. Şimdi sen tek başına gidip başhekimin, müdürün, dekanın önünde maaşımı yükseltin falan diyemezsin. Sendika nedir, toplanacaksınız, bir şeyden rahatsızsındır ve o şey senin de hakkındır. Ama maalesef o burada işlemiyor, çok yanlış bir şey. Sendika aslında çok iyi bir şey, hakkın aranıyor" (Sevim, 22, Lise, Hemşire).

"Valla biz sendikaya girdik, sendikaya üye olalım dedik, gittik olduk. Ondan sonra hastane yönetiminden olmayacaksınız dediler bize, olanları da işten çıkartacağız. Herkes üyeliğini geri çekti. Bu başhekim sendikal değil mi ya, sen de çık, sen de çalışıyorsun, bir şeyin olmasın, seni koruyan birisi olmasın, çıkardıkları zaman beni kim koruyacak"(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 üye sendikaya, 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"(Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

"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, burası Türkiye, arkada 500 tane işe girmek için bekleyen insan var, bize arkadaşlar yani 150-200 başvurumuz var, yani çıkmak istiyorsanız çıkabilirsiniz denildi"(Sultan, 21, Lise, Hemşire).

"Sendikaların pek bir gücü olduğunu düşünmüyorum, sendikayı suçlu bulmuyorum bu konuda, masadakiler çok güçlü, yani sendikanın baş edecek bir gücü yok"(Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

"Hastaneler çalışanını tatmin ederse, sendikaya gerek kalmaz ki. Sen taşeronla dönerini ver, memnun et, bu taşeron sendikaya ihtiyaç duymasın" (Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

Derinlemesine görüşmelerden de açıkça görüleceği üzere çalışanların mevcut sendikal örgütlere karşı mesafeli ve kimi yönlerden ön yargılı bir tutum içerisinde oldukları söylenebilir. Sonuç olarak çalışanların birlikte hareket etme ve örgütlenme süreçleri noktasında oldukça güçsüz ve dağınık bir görünüm arz ettikleri ve taşeron sürecinin çözümü noktasında sendikalardan ziyade devleti esas aktör olarak gören paternalist bir düşünce içerisinde oldukları söylenebilir.

5. Sonuç ve Değerlendirme

Türkiye'de 1980'li yıllara gelindiğinde sağlık hizmetlerinin ülke genelinde istenildiği düzeyde yaygınlaşmadığı, sağlık hizmetlerinin vatandaşlara hiyerarşik bir yapıya dayalı olarak sunulduğu (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) ve toplumun önemli bir kısmının da sağlık sisteminin dışında olduğu bir yapısının olduğu söylenebilir. Sağlık sisteminde var olan bu eşitsiz yapı 1980'li yıllardan itibaren neo-liberal ilkelere dayalı olarak yeniden yapılanmaya ve 2003 yılındaki Sağlık Dönüşüm Programıyla da köklü bir dönüşüm sürecine girmeye başlamıştır. Dönüşüm süreciyle birlikte sağlık alanında ortaya çıkan yeni yapı, sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimlerce büyük oranda sahiplenilmiştir. Bu konuda yapılan araştırmalarda toplumsal kesimlerin sağlık hizmetleri alanında ortaya çıkan değişimlerden büyük oranda memnun oldukları ve bu konuda siyasi iktidarı başarılı buldukları görülmüştür (Cevahir, 2013; Kol, 2014).

Diğer yandan 1970'li yıllardan itibaren Post-Fordist birikim rejiminin Fordist birikim rejiminin yerini almasına paralel üretim süreçlerinde daha esnek bir yapıya geçilmiş ve buna bağlı istihdam süreçlerinde de esnekliğe dayalı çalışma şekilleri daha da görünür bir hal almaya başlamıştır. Türkiye'de 1980'li yıllardan itibaren daha çok çevre işgücü istihdamında (temizlik, yemekhane, güvenlik hizmetlerinde) görülen esnek ve güvencesiz istihdam biçimleri, ilerleyen dönemlerde merkez işgücünü de içerecek şekilde dönüşmeye başlamıştır. Bu noktada Fordist dönemde istihdam süreçlerinde egemen olan kadrolu ve güvenceli istihdam biçimlerinin gerilediği ve sistemin esneklik ve sözleşmeliliğe dayalı olarak yeniden şekillendiği bir döneme girilmiştir. Bu dönemlerle birlikte çalışanların işgücü maliyetlerinin azaltıldığı, iş yüklerinin arttırıldığı, asli işlerde de taşeron işgücünün kullanıldığı, geçici ve düzensiz çalışmanın yaygınlaştırıldığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Kamu sağlık hizmetleri alanının, kamu personel istihdam süreçlerinde görülen esneklik uygulamalarının anlaşılması noktasında uygun bir alan niteliği taşıdığı söylenebilir.

Bu noktadan hareketle kamu sağlık hizmetlerinde asli işleri (direkt sağlık hizmetlerini) yerine getiren ve hizmet alımı yoluyla istihdam edilen çalışanlar üzerine yaptığımız çalışmada ortaya çıkan sonuçlar çalışanlar açısından zorlu bir sürecin söz konusu olduğunu göstermektedir. İlk olarak çalışanların işe giriş süreçlerinde sosyal sermaye ağlarının büyük oranda belirleyici olduğu kliyalistik bir yapının olduğu söylenebilir. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte uygulamaya giren performans dayalı hizmet üretim biçimi çalışanların iş yüklerinin büyük oranlarda arttığı, işlevsel esnekliğe dayalı çalışma biçimlerini yaygınlaştırdığı ve bu süreçlerin çoğunlukla düşük eleman sayılarıyla yürütüldüğü bir yapıyı ortaya çıkarmıştır. Diğer yandan performans dayalı hizmet üretim sürecinin hekimleri daha fazla tetkik, girişim ve ameliyat yapma yönünde bir eğilim içerisine ittiği ve bu durumun da çalışanları etik ikilemler içerisine soktuğu söylenebilir. Ortaya çıkan bu sürecin etik ikilemler yaratması yanında, kimi durumlarda sağlık hizmeti sunan ve alan kesimlere de olumsuz yansımalarının (kimisi zaman ciddi ve ölümcül sonuçları) olması durumu üzerinde önemle durulması gereken bir nitelik taşımaktadır. Diğer yandan araştırma grubundaki çalışanların asgari ücrete tabi çalışmaları ve döner sermaye ek ödemelerinden

faydalanmamaları durumu da çalışanların uğradıkları bir diğer eşitsizlik kaynağı olarak nitelenebilir. Bu durum bir yandan çalışanların geçim sıkıntısı yaşamaları ve ek iş yapma eğiliminde olmaları durumuna yol açmakta diğer yandan kurum içerisinde aynı eğitim düzeylerine sahip ve aynı işi yapan çalışanların farklı ücretler almasına bağlı olarak çalışanlar arasındaki çalışma barış ve huzurunun bozulmasına yol açmaktadır. Araştırma grubundaki çalışanların güvencesiz statülerinden kaynaklı sendikalardan uzak durma eğiliminde olduğu ve sendikalara karşı ön yargılı bir tutum içerisinde oldukları, sendikal anlamda aktif olan çalışanların ise süreç içerisinde direkt veya dolaylı baskılardan kaynaklı bu hareketlerden uzak kalma eğiliminde oldukları söylenebilir.

Kamu sağlık hizmetlerinin toplam kalite anlayışına dayalı olarak yeniden oluşturulduğu yeni dönemde, kamu- özel ortaklığına dayalı girişimlerin sistemde önemli bir yere sahip olma eğiliminden hareketle, önümüzdeki dönemlerde gerek destek hizmetlerindeki (temizlik, yemekhane, güvenlik) meslek gruplarında gerekse de sağlık hizmetlerinde asli işleri yapan sağlık çalışanları arasında sözleşmeli ve güvencesiz çalışma biçimlerinin daha da yaygınlaşacağı söylenebilir. Alan araştırmasının yapıldığı dönemden sonra kamuda istihdam edilen taşeron çalışanlarının (uygun şartları taşıyanların) kamu işçisi olarak kadroya geçirilmesi durumu çalışanlar açısından olumlu bir gelişme olsa da, kadroya geçen çalışanların geçmiş haklarından feragat ederek ve mevcut maaş ve özlük haklarıyla kamu işçisi olması (aynı işi yapan kadrolu veya sözleşmeli çalışanların sahip oldukları hakların verilmeyecek olması) durumu, düşük sosyal ve ekonomik haklara dayalı istihdam biçimlerinin kamu istihdam süreçlerine girmesi olarak değerlendirilebilir. Bunun yanında yaptığımız çalışmanın, çalışanların kadroya geçtiği dönemden az bir zaman önce yapılması durumu, sonraki dönemlerde bu çalışan grubunun çalışma koşullarının ne yönde değiştiği noktasında yapılacak olan çalışmalara, önceki dönemler hakkında fikir verme ve bu noktada karşılaştırma yapma imkânı sunacağından dolayı da anlamlı olabileceği söylenebilir.

Sonuç olarak belirtmek gerekirse kamu sağlık hizmetlerinin mümkün olan en düşük maliyetle, ulaşılabilir bir nitelik olması durumu birey ve toplum sağlığı açısından son derece önemli bir nitelik taşımaktadır. Bu noktada Türkiye'de uygulanmakta olan sağlıkta dönüşüm sürecinin, sağlık hizmetlerinin üç önemli bileşeni olan (i) sağlık çalışanlarını, (ii) sağlık hizmetlerini alan yurttaşları ve (iii) sağlık hizmetlerini yerine getiren kamu kurumlarını belli bir denge ve bütünlük içerisinde ele alması ve başta sağlık çalışanlarının istihdam biçimi olmak üzere olmak üzere kamu sağlık hizmetlerinin piyasa odaklı olmaktan ziyade, sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak daha adil, eşitlikçi, verimli ve nitelikli hale getirilmesi elzem bir nitelik taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Aglietta, M. (1979). *A Theory of Capitalist Regulation: The US Experience*. London: Verso
- Aslan, O. E. (2005). *Kamu Personel Rejimi*. Ankara: TODAİE.
- Ataay, F. (2008). "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları". *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- 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.
- Balcı, A.S. & Erol, S. (2016) "Aile Sağlığı Merkezinde Eleman Değil Hemşire Olmak", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13 (3), 244-249
- BİMER, (2018), "Bimer Hakkında" <https://www.bimer.gov.tr/bimer-hakkında>, 15.08.2018.
- 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
- Boyer, R. (1990). *The Regulation School: A Critical Introduction*. New York: St. Martin's Press.
- Cevahir, E. (2013). Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri. Marmara Üniversitesi SBE. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD, Doktora Tezi.
- Cho, S., Hwang, J., & Kim, j. (2008). "Nurse staffing and patient mortality in intensive care units". *Nursing Research*, 57(5), 322-30.
- Çolak, A. (2017). "Türkiye'de Kamu Kesiminin Taşeronlaşma Eğilimi", *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3 (3), 1004-1017
- Desombre, T., & vd. (2006). "Re-Organizing Work Roles in Health Care: Evidence from the Implementation of Functional Flexibility". *British Journal of Management*, 17(2), 139-151.
- Devlet Personel Başkanlığı, (2017), "Kamu Personel İstatistikleri" <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/istatistikler/kamu-personeli-istatistikleri>, 12.07.2017
- Elbek, O. (2012). "Performans ve Hekimlik". A. Soyer (Dü.) içinde, *Sağlığın Sosyal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Emek Tartışmaları* (s. 52-72). İstanbul: Sorun Yayınları.
- Engels, F. (1974). *İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu*. İstanbul: Gözlem Yayınları.
- Eroğlu, E. (2016). "Transformation of Turkish State in The Context of Regulation School: The Political Economy of State Budget", *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 18 (3), 81-108
- Erci, H.; Kağnıcıoğlu, D. (2017). "Kamuda Taşeron Olarak Çalışan İşçilerin Sendikal Algısı: Eskişehir Örneği", *Çalışma ve Toplum*, 1, 75-106
- Etiler, N. (2012). "The Outcomes of Neoliberal Policies On Health Workforce Employment". K. Lordoğlu (Dü.) içinde, *Labour Markets & Employment* (s. 41-53). IJOPEC Publication.
- Forsberg, E., and vd. (2001). "Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement". *Health Policy*, 243-262.
- Gökçe, O., & Bulduklı, Y. (2015). "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda "Müşteri Hasta" ve Etik Sorunlar". *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*(29), 38-61.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Güngör, H. (2012). Sağlık Sektöründe Kamu- Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme. *Kalkınma Bakanlığı Uzmanlık Tezi*.
- Güzeları, S. (2003). "Küresel Kapitalizmin 'Anayasası' GATS". *Praksis*(9), 117-142.
- Hak-İş. (2014). *Taşeron İşçisi Gerçeği Araştırması Kimlik -Tutum- Beklenti Özet Rapor*
- Harmancı, A. K. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Uygulamaları ve Hemşirelerin Özelleştirme Uygulamalarına İlişkin Algıları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yönetim

- Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Programı, Doktora Tezi
- Hirst, P., Zeitlin, J. (1991) "Flexible Specialization Versus Post-Fordism: Theory, Evidence and Policy Implications", *Economy and Society*, 20 (1), 1-56
- İzgi, M. C., & 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.
- Jessop, B. (2005). *Post-Fordizm ve Küreselleşme Ekseninde Kapitalist Devlet*, (Der. Betül Yazar, Alev Özkazanç), İstanbul: İletişim Yayınları
- Kaya, G. (2015). "Kamudaki Taşeron İşçiler Üzerine Bir Alan Araştırması: Adıyaman Örneği", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14 (55), 257-267
- Kılıçaslan, A., & Kılıçaslan, Z. (2013). "Aşırı Tanı ve Tedavi". O. Elbek (Dü.) içinde, *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* (s. 177-192). İstanbul: Hayykitap.
- 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.
- Lastra, S. F.-P., & vd. (2014). "Functional Flexibility in Human Resource Management Systems: Conceptualization and Measurement". *International Journal of Business Administration*, 5(1), 1-14.
- Lipietz, A. (1986). "Behind the crisis: The exhaustion of a regime of accumulation: A 'regulation school' perspective on some French empirical works". *Review of Radical Political Economics* 18: 13-32.
- Needleman, J., & 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.
- OECD, & WB. (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleeri: Türkiye*. OECD Publishing.
- Öngel, S. (2014). "Türkiye'de Taşeronlaşmanın Boyutları", *DİSK-AR Kış Bülteni*
- Özsoy- Özmen, A. (2017). *Kamuda Güvencesizlik, Uyum ve Direniş*, Ankara: NotaBene
- 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.
- Pala, K. (2007). *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu ?* Bursa.
- 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., & Latta, M. (2004). *Working Poor in The European Union*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- SASAM (2018). *Şehir Hastaneleri Araştırması*, Sağlık-Sen Yayınları
- Savul, G. (2012). "Standart Dışının Standartlaşması: Güvencesiz İstihdam". Ö. Göztepe (Dü.) içinde, *Güvencesizleştirme, Süreç, Yanılgı, Olanak* (s. 117-143). Ankara: NotaBene.
- SB. (2007). *Sağlıkta Performans Yönetimi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sönmez, M. (2011). *Paran Kadar Sağlık Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam.
- Sözer, A.N. (2013). Sağlıkta Yeni Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt: 15, Özel Sayı, s. 215-253
- Standing, G. (2015). *Prekarya Yeni Tehlikeli Sınıf*. İstanbul: İletişim.
- Temgilimoğlu, D. (2011). "Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı ve Getirdikleri". *Sağlık-Sen Dergisi*(14), 28-35.
- Topak, O. (2012). *Refah Devleti ve Kapitalizm 2000'li Yıllarda Türkiye'de Refah Devleti*. İstanbul : İletişim Yayınları.
- Ünlütürk-Ulutaş, Ç. (2011). Türkiye'de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü. Ankara Üniversitesi SBE Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD Doktora Tezi.
- Üstüner, Y. & 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.
- Yazıcı, E. (2018). "Sağlık Politikalarındaki Değişim ve İstihdam Biçimine Etkisi", *"İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 20 (Özel Sayı), 121-146
- Yıldırım, G., & Kadioğlu, S. (2007). "Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları". *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 29(2), 75-83.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016) Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Seçkin Yayınevi
- Yılmaz, B. N. (2009). "Aile Hekimliği: Hekim Emeginin Değersizleşmesi ve Esnekleşmesi". *Toplum ve Hekim*, 24(2), 159-160.
- Zencir, M. (2009). "Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri". *Toplum ve Hekim*, 24(3), 177-187.