

"İŞ, GÜÇ" ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ VE İNSAN KAYNAKLARI DERGİSİ

"IS, GUC" INDUSTRIAL RELATIONS AND HUMAN RESOURCES JOURNAL

2018 Cilt/Vol: 20/Num:3 Sayfa/Page: 121-146

Editörler Kurulu / Executive Editorial Group

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

Özel Sayı Editörü / Special Issue Editor

Prof. Dr. Yusuf Alper

Özel Sayı Sekreteryası / Special Issue Secretariat

Damla Şahin

Yayın Kurulu / Editorial Board

Doç. Dr. Erdem Cam (ÇASGEM)
Yrd. Doç. Dr. Zerrin Fırat (Uludağ University)
Prof. Dr. Aşkın Keser (Uludağ University)
Prof. Dr. Ahmet Selamoğlu (Kocaeli University)
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Sevimli (Uludağ University)
Prof. Dr. Abdulkadir Şenkal (Kocaeli University)
Doç. Dr. Gözde Yılmaz (Marmara University)
Yrd. Doç. Dr. Memet Zencirkıran (Uludağ University)

Uluslararası Danışma Kurulu / International Advisory Board

Prof. Dr. Ronald Burke (York University-Kanada)
Assoc. Prof. Dr. Glenn Dawes (James Cook University-Avustralya)
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 Zeytinoğlu (McMaster University-Kanada)

Ulusal Danışma Kurulu / National Advisory Board

Prof. Dr. Yusuf Alper (Uludağ University)
Prof. Dr. Veynel 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 Uygül (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 paylaşım 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- 2018

“Is, Güc” The Journal of Industrial Relations and Human Resources - © 2000- 2018

İÇİNDEKİLER

YIL: 2018 / CİLT: 20

SAYI: 18. ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ KONGRESİ ÖZEL SAYISI

SIRA	MAKALE BAŞLIĞI	SAYFA NUMARALARI
1	Prof. Dr. Yusuf Alper / Özel Sayı Editörü Sunuş	6
2	Prof. Dr. A. Çiğdem Kirel, Prof. Dr. Yılmaz Özkan, Prof. Dr. Verda Canbey Özgüler, Doç. Dr. M. Çağlar Özdemir, Doç. Dr. Fatma Kocabaş, Doç. Dr. Ekrem Erdoğan Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü Öğrencilerinin Kimlik Algıları ve İşgücü Piyasalarındaki Beklentileri DOI: 10.4026/iscguc.473444	7
3	Arş. Gör. Süheyla Erikli Türkiye’de Aile Dostu Refah Politikalarının Kreş ve Bakımevleri Hizmetleri Açısından Gerekliliği DOI: 10.4026/iscguc.473454	37
4	Dr. Öğr. Üyesi Davuthan Günaydın, Doç. Dr. Çiğdem Vatansever, Ahmet Aktuna Tarım Sektöründe Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Tutumları DOI: 10.4026/iscguc.473461	53
5	Prof. Dr. Sevda Demirbilek, Doç. Dr. Şebnem Seçer, Arş. Gör. Duygu Köleoğlu Çalışma Zamanı Kültürünün Tüketim Toplumu Açısından İncelenmesi DOI: 10.4026/iscguc.473598	81
6	Prof. Dr. Fatih Karcıoğlu, Arş. Gör. Ensar Balkaya Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinde İşsizlik Kaygısı ve Girişimcilik Niyeti İlişkisi: TRA1 Bölgesi Örneği DOI: 10.4026/iscguc.473601	101
7	Dr. Öğr. Üyesi Ergün Yazıcı Sağlık Politikalarında Değişim ve İstihdam Biçimine Etkisi DOI: 10.4026/iscguc.473602	126
8	Prof. Dr. Güven Murat Dünya’da ve Türkiye’de Neo-Liberal Ekonomi Politikalarının İşgücü Piyasasına Yansımalarına Bakış DOI: 10.4026/iscguc.473606	153

9	Dr. Öğr. Üyesi Ö. Hakan Çavuş Sosyal Politika Bakımından Meslek Edinilmiş Geçici İş İlişkisi DOI: 10.4026/isguc.473608	183
10	Doç. Dr. Hande Şahin Türkiye’de Kolektif İşçi Hareketlerini Sınırlandıran Etkenler DOI: 10.4026/isguc.473609	203
11	Dr. Öğr. Üyesi Menekşe Şahin, Dr. Öğr. Üyesi Gökben Bayramoğlu Kayıt Dışı İstihdam Nedenlerine İlişkin Niteliksel Bir Analiz: Çorum İlinde Kayıt Dışı İstihdam Nedenleri Hakkında İşveren, İşçi ve Kamu Görüşlerinin Değerlendirilmesi DOI: 10.4026/isguc.473610	229
12	Doç. Dr. Sadık Kılıç, Arş. Gör. Büşra Yüksel, Arş. Gör. Ali İhsan Balcı Sendikalar Örgütlenme Stratejisi ile İlgili Ne Yapıyor? TÜRK-İŞ, DİSK ve HAK-İŞ Örnekleri DOI: 10.4026/isguc.473614	259
13	Dr. Öğr. Üyesi Oğuz Kağan Yasım Taşeron (İşçileri) Taş Taşısın: Belediye İşçileri Örneği DOI: 10.4026/isguc.473616	285
14	Doç. Dr. Adnan Küçükali, Uğur Şen Çalışanların Sosyal Sorumluluk ve Çevre Algıları: Sakin Kent (Cittaslow) Uzundere Örneği DOI: 10.4026/isguc.473618	309
15	Prof. Dr. Suat Uğur, Yeşim Özdemir Ev Hizmetleri Alanında Çalışan Yabancı Kadın İşgücünün İncelenmesi: İzmir İli Alan Araştırması DOI: 10.4026/isguc.473619	347
16	Dr. Öğr. Üyesi Bülent Arpat, Prof. Dr. Yılmaz Özkan İşletmelerde Ölçek, Ekonomik Faaliyet Grubu ve Tehlike Sınıfı Değişkenlerinin İş Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Metal Sektörü, Denizi İli Örneği DOI: 10.4026/isguc.473620	365
17	Prof. Dr. Yusuf Alper, Öğr. Gör. Duygu Açıık, Arş. Gör. Ulviye Tüfekçi Sosyal Güvenlikte Yeni Yol Arayışı: Risk Temelli Sosyal Güvenlik Anlayışından Herkes için Hayat Boyu Sosyal Güvenlik Anlayışına DOI: 10.4026/isguc.473622	389

SAĞLIK POLİTİKALARINDAKİ DEĞİŞİM VE İSTİHDAM BİÇİMİNE ETKİSİ

Ergün YAZICI¹

ÖZET

Günümüzde kamu hizmetlerinin sunumunda işletmecilik anlayışı yaygınlaşmaktadır. Bu anlayışa bağlı olarak kamu kurumlarının hizmet sunumu, örgütsel yapısı ve istihdam biçimleri de değişmektedir. Özellikle sağlık hizmetleri bu değişimin sıklıkla yaşandığı alanlardan biridir. Sağlık hizmetlerindeki değişim, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile devam etmektedir. Bu çalışmada amaç, sağlık politikalarındaki değişimin sağlık hizmetlerindeki istihdam biçimine etkisini belirlemektir. Çalışmanın mevzuat ve literatür taramasıyla sürdürülmüş olması çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Çalışmanın bulguları olarak, Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilatlarının örgüt yapılarının değiştiği, yeni kurumların kurulduğu ve bu kurumların bir kısmında istihdam biçiminin değiştiğine yer verilmektedir. Sonuç olarak, sağlık politikalarındaki değişim devam etmektedir. Politikaların değişimine bağlı olarak birçok sağlık kurumunda yeni düzenlemelerin yapılacağı, bu düzenlemelerin de sağlık kurumlarındaki istihdam biçimini değiştireceği öne sürülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Örgüt Yapısı, İstihdam Biçimi, Sözleşmeli Personel, Kadrolu Personel.

¹ Yrd. Doç. Dr. Çankırı Karatekin Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, ergunyaz@gmail.com

CHANGE IN HEALTH POLICIES AND THE EFFECTS ON OF EMPLOYMENT STRUCTURE

ABSTRACT

Today, the concept administration has become widespread in the presentation of public services. Depending on this understanding, the service delivery, organizational structure and employment forms of public institutions have also begun to change. Especially health care services are one of the areas where this change is often experienced. The change in the healthcare services has been continuing with the “Transformation Program in Health.” The primary goal of this study is to identify the effects of these changes in healthcare policies on the employment structure. This study was carried out with the review of literature and legislation only, which is one of the limitations of this paper. Depending on the transformations in health policies, the findings demonstrate that the organizational structure of the central and provincial organizations of the Ministry of Health have changed, new institutions have been established, and the employment structure of some of these institutions have been transformed. As a conclusion, the revisions in health policies are still in progress. Based on these changes in policies, it is suggested that there will be new adjustments carried out in many institutions, which will eventually alter the employment structure.

Keywords: Health Services, Organization Structure, Employment, Contracted Personnel, Staffed Personnel.

GİRİŞ

Türkiye’de devletin yeni kamu işletmeciliği anlayışını benimsemesiyle birlikte kamu kurumlarının işleyişinde ve örgütsel yapısında da değişim yaşanmaktadır. Bu değişime bağlı olarak kamu kurumlarının istihdam yapısı ve sektörel dağılımında da değişim söz konusudur. Sektörler bazında tarım ve sanayinin payı düşerken hizmet sektörünün payı artmakta, hizmet sektörünü oluşturan alanlar da kendi içinde değişmektedir. Hizmet sektörü içinde değişen alanlardan birisi de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerindeki değişim ise “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ile yapılmaktadır.

SDP’nin uygulanabilmesi için toplumda algı değişikliği yaratılması gerekli olmuştur. Bu konuda bir yandan sağlık hizmetlerinde bürokrasiyi ortadan kaldırma, maliyetleri düşürme ve hızlı karar alma sürecine sahip olma fikri kamuoyuna yerleştirilirken, öte yandan bu çaba ve düşüncelerin eyleme geçebilmesi için geleneksel sağlık hizmetlerine yeni hizmet alanları eklenmiştir. Sağlık hizmetlerindeki dönüşüm için 1980’li yıllardan itibaren pek çok yasal düzenleme yapılmış fakat süreç 2003 yılından sonra SDP ile hızlanmıştır. SDP için öncelikle sağlık kurumlarının örgüt ve istihdam yapısı değiştirilmiştir. Bu sürecin en belirgin yaşandığı yıl ise 2011 yılıdır. 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname (KHK)² ile Sağlık Bakanlığının örgüt yapısı, görevleri ve hizmet sunum ilkeleri ile personel istihdam biçimi değiştirilmiştir. Fakat bu değişikliğin üzerinden çok geçmeden 25 Ağustos 2017 tarihinde çıkarılan 694 sayılı KHK³ ile Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilatlarının örgüt yapısı ve işleyişi yeniden değiştirilmek istenmiş bunun için belirli bir süre tanınmıştır. Ancak değişikliklerin yapılabilmesi için tanınan süre henüz dolmadan 24 Aralık 2017 tarihinde çıkarılan 696 sayılı KHK⁴ ile Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı ve işleyişi ile sağlık hizmetlerindeki istihdam biçimleri yeniden düzenlenmiştir. Bütün bu düzenlemelerden sağlık kurumlarında değişiminin devam ettiği ve uzun süre de devam edeceği anlaşılmaktadır. Bu bağlamda, bu çalışmanın amacı Türkiye’de SDP ile

2 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete.

3 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 25 Ağustos 2017 Tarih ve 30165 Sayılı Resmi Gazete.

4 696 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 24 Aralık 2017 Tarih ve 30280 sayılı Resmi Gazete.

sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen değişimin sağlık kurumlarının örgüt ve istihdam biçimi üzerindeki etkisini ortaya koymaktır.

Sağlık Politikalarının Belirleyicileri

Sağlık politikaları belirlenirken, bu politikaların oluşumuna etki eden pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörleri genel olarak ulusal ve uluslararası kuruluşlar olarak ifade etmemiz mümkündür.

Uluslararası Kuruluşlar

1970'li yılların sonlarına doğru uluslararası alanda ekonomik kriz ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan ekonomik krizin aşılması için pek çok ülkede uluslararası kuruluşlar tarafından yapısal uyum programları ile küresel dönüşüm başlatılmıştır (Erol ve Özdemir, 2014: 10). Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de küresel dönüşümün yaşanmasında Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), Dünya Bankası (DB) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşlar belirleyici hale gelmiştir (Yurtsev, 2017). Bu bağlamda, ulus devletin siyasi otoritesi uluslararası kuruluşlara devredilmiştir. Uluslararası kuruluşların hazırlayıp ve ulus devletlere dayatmış olduğu reform programları, hükümetler aracılığı ile uygulamaya geçirilmiştir (Etiler, 2011: 2).

Bu programlarla devletin küçültülmesi, sosyal harcamaların azaltılması kaynakların özel sektöre yönlendirilmesi para ve işgücü piyasalarının kuralılaşlaştırılması, devletin eğitim ve sağlık alanındaki görevlerini özel sektöre aktarması öngörülmüştür (Erol ve Özdemir, 2014: 10). Böylece geçtiğimiz yüzyılda toplumlar adına elde edilen yaşam hakkının garanti altına alınması ile ihtiyacı olan herkesin sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması gibi pek çok kazanım, kamu hizmetlerinin ticarileşmesini amaçlayan girişimlerle şekillendirilmiştir. Bu girişimler, özellikle IMF, DB gibi uluslararası finans kuruluşları aracılığıyla hükümetlere baskı yapılması şeklinde kendini göstermiştir (Kablay, 2014: 90). DSÖ ise ulusal ve uluslararası pek çok hedef saptayarak sağlık politikalarının bu çerçevede belirlenmesine katkı sağlamıştır (İleri vd, 2016: 185).

Seksenli yılların başından itibaren DB ile IMF, Washington Uzlaşması kapsamında ülkelere yapılacak yardımlar için koşul öne sürmektedir. Bu koşul, yardım yapılacak ülkelerin "yapısal uyum politikalarının uygulanmasını zorunlu" olarak yerine getirmesidir. Yapısal uyum politikaların ise üç genel hedefi bulunmaktadır. Bu hedefler: Piyasa ekonomisi mekanizmalarının ekonomiye egemen olması, kamunun mal ve hizmet sunumuna son vermesi ile kamunun düzenleyici müdahale olanaklarının daraltılması olarak belirlenmiştir (Hamzaoğlu, 2007: 418-431)

Bu bağlamda, IMF ve DB, bazı alanlarda DTÖ aracılığı ile ulus devletlerin kendi lehlerine oluşturmuş olduğu tüm düzenlemeleri tasfiye etmeyi hedeflemiştir. DB'ya göre sağlık kısmen kamusal hizmettir. Bu hizmetler içindeki koruyucu hekimlik devlet tarafından sağlanmalı, özel mal olarak ifade edilen tedavi edici sağlık hizmetlerinin bedeli ise hizmet alanlar tarafından ödenmelidir. Bu nedenle yoksul ve zengin ayrımı yapmadan tedavi edici hizmetlerden yararlanan tüm vatandaşlar, ilaçta dâhil olmak üzere kullanıcı bedeli ödemelidirler (Boratav, 195: 11-15).

Sağlık hizmet ve politikaları da bu dönüşüm süreci içinde piyasa anlayışıyla yeniden yapılandırılmaktadır. Dönüşüm süreci birçok ülkede DB, IMF ve DTÖ, DSÖ gibi kurumların hazırlamış olduğu programlar aracılığıyla yürütülmektedir. Sağlık politikalarının oluşturulmasında, kapitalist yönetim sistemi ve uluslararası örgütlerin de baskısı ile toplumsal talepler ve ihtiyaçlar göz ardı edilerek sermayenin gereklerinin hayata geçirildiği bir süreç yaşanmaktadır (Müftüoğlu, 1995: 24-27). Türkiye ise bu

süreç içerisinde "Herkesin Sağlık Hedefleri ve Stratejileri"nin güncellenmesi ve 21. yüzyıl hedeflerinin belirlenmesi gibi politikalarla aktif olarak yer almış, DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından 1998 yılında kabul edilen "21. yüzyılda 21 Hedef" ilkesini benimsemiştir. Ayrıca Türkiye bu hedefler doğrultusunda, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan planlamalar yapmış ve bu planları, SDP ile uygulamaya başlamıştır (Bostan ve Çiftçi, 2016: 2).

Ulusal Kuruluşlar

Sağlık hizmetlerinin sunumu için belirlenen ulusal sağlık politikaları her ülkenin yönetim sistemi, kültürel ve ekonomik yapısına bağlı olarak şekillenmektedir. Başta hükümetler olmak üzere, dernekler, sendika ve konfederasyonlar, meslek örgütleri ve işveren kuruluşları sağlık politikalarının ulusal düzeyde belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kamu hizmetlerinin devletin tekelinden çıkarılıp piyasaya açılmasını savunan özel sektör işveren örgütleri ile buna karşı çıkan meslek örgütü, sendika ve konfederasyonların bir baskı grubu olarak sıklıkla karşı karşıya geldiği bilinmektedir.

Türkiye'de SDP uygulamasının desteklenmesi bağlamında 2003 yılında Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği tarafından hazırlanarak kamuoyuna açıklanan "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" isimli raporun, Sağlık Bakanlığı ve DB'nin görüşleri ile örtüştüğü görülmektedir (Öztürk, 2015: 78). Bununla birlikte, Özel Sağlık İşletmeleri Derneği ve Özel Hastaneler Derneği gibi pek çok dernek de hükümetin sağlık politikalarını desteklemişlerdir. Tabip odaları, Kamu Emekçileri Sendika ve Konfederasyonları ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri sendikası gibi sendikaların ise SDP'ye karşı çıktıkları bilinmektedir (SES, 2004: 105-106, Öztürk, 2004: 173,181).

Toplumun büyük bir çoğunluğunun ve meslek örgütlerinin karşı çıkması ve Türkiye'nin uzun yıllar koalisyon hükümetleri tarafından yönetilmesi, hükümetlerin uygulamaları hayata geçirmede karşılaştıkları zorluklar nedeniyle sağlık reform programlarının 2000'li yıllara kadar uygulanamadığı ifade edilmektedir (Seren, 2014: 20). Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı'nın SDP bazı kesimlerce desteklenmiş bazı kesimlerce eleştirilmiş ve karşı çıkmıştır (Çirpici, 2015: 85)⁵. Ancak bu karşı çıkış ve eleştiriler 2002 yılında iktidara gelen AK Parti tarafından kurulan Hükümetlerin SDP uygulamalarına engel olamamıştır.

Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Özellikleri

Sağlık politikaları, sağlık sistemi, sağlık kurumları, sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin finansmanının düzenlenmesi için yapılan eylemlere yönelik izlenecek yöntem ve yaklaşımları oluşturan kararlar ağı ve süreci olarak ifade edilmektedir (İleri vd. 2016:177). Bu süreç içinde, sağlık hakkının korunması için her devlet kendi sağlık sistemi ve politikalarını kurmak ve izlemek zorundadır. Zira her ülkenin sağlık sistemi ve politikaları kendi tarihi, kültürel, ekonomik, siyasal ve hukuksal sistemine bağlı olarak gelişmektedir (Görmüş, 2013: 17). Bu anlamda Türkiye'de de sağlık politikalarını belirli dönemlere ayrılarak incelemek mümkündür.

1920-1923 Dönemi Sağlık Politikaları

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışından sonra, 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşu ile birlikte Osmanlı döneminde var olan Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğindeki süreklilik ve kültür birliği Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılması

5 Eleştiri ve karşı çıkışlar için ayrıca bkz. Çirpici, 2015, s. 85; Seren, 2014, s.20.

ve Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte geliştirilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında batıya yönelik bir yol izlenmiştir. Sonuç olarak 1920-1923 yılları arasında daha çok savaş yaralarının sarılması ve sağlıkla ilgili mevzuatın geliştirilmesine odaklanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017 b).

1923- 1960 Dönemi Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak 1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının İcrasına Dair Kanun, 1930 yılında ise Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmıştır. Ayrıca Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953), Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953), Hemşirelik Kanunu (1954) gibi kanunlarla meslek örgütleri ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapıları düzenlenmiştir. Erken cumhuriyet dönemi olarak da ifade edilen bu dönemde Ulusal Sağlık Planı ve Programları oluşturulmuş, koruyucu, tedavi edici ve halk sağlığı hizmetlerine önem verilerek bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları, ana çocuk sağlığı hizmetleri ve nüfus artışına yönelik politikalar uygulanmıştır. Sağlık hizmetlerinde "geniş bölgede tek amaçlı hizmet/dikey örgütlenme" modeli benimsenmiştir (Yılmaztürk, 2013: 178).

Bu dönemin en belirgin özelliklerinden birisi de insan kaynağını geliştirmek için sağlık ve eğitim kurumlarının açılması il ve ilçelerde sağlık merkezlerinin sayısının artırılması olmuştur. Ayrıca yerel yönetimlerin sahip olduğu hastanelerin yönetimi Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Çalışanları sosyal güvenliğe kavuşturmak üzere Sosyal Sigortalar Kurumu ve Emekli Sandığı gibi sosyal güvenlik kurumları kurulmuştur. Çalışanların sağlığını korumak ve onların sağlık hizmetlerine kolay ve hızlıca erişebilmelerini sağlamak için işçi hastaneleri hizmete açılmıştır. Az sayıda olan hekimlerin kamuda tam zamanlı istihdamını sağlamak için kısmi zamanlı çalışmaları yasaklanmış, sağlığın finansman kaynaklarının düzenlenmesi, anne-bebek ölümlerinin ve enfeksiyonların azaltılması gibi sağlık göstergelerinin iyileştirilmesine çalışılmıştır (Yılmaztürk, 2013: 178, İleri vd., 2016: 179-180).

1960-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

1961 yılında çıkarılan "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon dönemi başlamıştır. 1960'lı yıllarda fiilen başlayan kamusal sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması (Ulutaş, 2011: 158) 1980'lere kadar tüm ülkeye yayılmıştır. Bu dönem içerisinde toplumun tümü için geçerli olacak genel sağlık sigortası çalışmaları yapılmış ancak yasalaşmamıştır. Halkın sağlık hizmetlerine kolayca ulaşması ve kesintisiz hizmet sağlanması amacıyla 1978 yılında "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" çıkarılmış ve kamu kurumlarında çalışan hekimlerin muayenehane açması yasaklanmıştır. Bir başka ifadeyle, sağlık personelinin çalışma esasları işgücünü günün herhangi bir zaman diliminde yerine getirmek üzere yirmi dört saat sağlık hizmetine verecek şekilde düzenlenmiş, kısmi süreli çalışmaları yasaklanmıştır.

Ancak, 1980'de gerçekleştirilen Askeri Darbeden sonra çıkarılan "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile tamgün yasası kaldırılmıştır. Kamu personeli olan hekimlere tekrar muayenehane açma serbestliği tanınarak kısmi süreli çalışmalarına izin verilmiştir. Bu dönemde de sağlık hizmetlerinin sunumunun tüm ülkeye yayılmasına ve kurumların birbiriyle entegre bir şekilde çalışmasının devamına çalışılmıştır. Hizmetler kademeli olarak sağlık evlerinden başlayarak, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir örgütsel yapı ve hizmet sunumu ile varlığını sürdürmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2017 b).

1980-2003 Dönemi Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetlerinde 1980'den itibaren yapılan değişiklikler, dönem boyunca benimsenen neoliberal politikaların önemli bir ayağını oluşturmuştur. Bu bağlamda, sağlık alanındaki uygulamalar devletin sosyal nitelikli hizmetlerine ilişkin değişikliklerin izlenebileceği önemli bir alan özelliği taşımaktadır. Sağlık alanında 1980'lerden başlayan değişiklikler sağlıkta dönüşüm programı hazırlıkları ve dönüşüm programlarının uygulanması olarak iki temel süreçle bağlantılıdır (Soyer, 2003:301). 1980-2003 yılları arası sağlık hizmetlerindeki dönüşümün zemininin hazırlandığı dönemdir. Bu süreçte dönüşüme kaynaklık teşkil edecek mevzuatların çıkarılması için pek çok kanun taslağı hazırlanmış fakat kanunlaşmamıştır. Hazırlanan kanun taslakları, "Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ile Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı, Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslakları ile Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı" olarak sıralanabilir. Bu tasarılarından sadece, "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı" kanunlaşmıştır (Hamzaoğlu 2007:428).

Bütün bu girişimlerle birlikte, değişimin alt yapısını hazırlamak için Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" yapılmış, ulusal sağlık kongreleri düzenlenmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı Kanunla sosyal güvenlik ağı içinde bulunmayan ve geliri düşük olanlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda güçlük yaşayanlar sınırlı olarak sosyal güvenlik sistemine dâhil edilmiştir.

1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri ise;

- 1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- 2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- 3- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- 4- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması, olarak sıralanabilir.

Görüldüğü gibi bu dönem, sağlıkta reformlarının ele alındığı sürecin teorik çalışmalarına hız verildiği ancak yeterince uygulanamadığı bir dönemdir (Sağlık Bakanlığı, 2017 b).

2003 Yılından Sonra Sağlık Politikaları

2003 yılından sonraki dönemde ise sağlık politikaları özel önem arz etmektedir. Çünkü 2002 yılında iktidara gelen AK Parti ile birlikte kurulan hükümet, daha önceki hükümetler tarafından sağlık hizmetlerinde yapılmak istenen fakat yapılamayan değişiklikleri hayata geçirmeye başlamıştır. Söz konusu hükümet hazırladığı "Acil Eylem Planında" sağlık hizmetlerinde değişim yapacağını vaat etmiştir. Sağlık hizmetlerinde yapacağı değişiklikler de SDP ismiyle 2003 yılında kamuoyuyla paylaşılmıştır. (Akdağ, 2012).

Kamuoyuyla paylaşılan SDP içeriğinin daha önceki hükümetlerin sağlıkta yapmak istediği değişikliklerle aynı hedef ve içeriğe sahip olduğu görülmektedir (Hamzaoğlu, 2007:428). AK Partinin Acil Eylem Planı ve SDP'nin içeriğinde bir yıl içerisinde; devlet, sigorta ve kurum hastanelerinin birleştirileceği, idari ve mali yönden özerkliklerinin sağlanması için çalışmalar başlatılacağına yer verilmiştir. Programda ayrıca genel sağlık sigortası sisteminin kurulacağına, aile hekimliğine geçileceğine, sevk

zincirinin oluşturulacağına, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılacağına, özel sektörün ise sağlık alanına yatırım yapmasının özendirileceğine vurgu yapılmaktadır (Öztürk, 2015: 78-79).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü, daha çok yasal düzenlemeler ışığında ele alınmış SDP'nin bileşenleri ise planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinden yararlanma bakımından herkese yönelik bir genel sağlık sigortası, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ile idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri olarak belirlenmiştir (Öztürk, 2015: 79). Bütün bunların uygulamaya geçirilmesi için de öncelikle mevzuatın değiştirilmesi gerekli hale gelmiştir. Yapılan yasal düzenlemelerle Sağlık Bakanlığının kurumsal ve istihdam yapısında değişim gerçekleştirilmiştir (Ulutaş, 2011: 150).

İlerideki bölümlerde daha ayrıntılı açıklanacağı üzere, KHK'ler ile Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısı değiştirilmiştir. Özellikle sağlık personelinin temininde günlük çekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personelinin çalıştırılması benimsenmiş, hekimlerin kamu sağlık kurumlarında kalmasının sağlanması için performans sistemi ve tamgün yasası kabul edilmiş, Kamu Hastane Birlikleri Kurulmuştur. Ancak sistemin işlememesi üzerine yeni KHK'ler ile Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatları yeniden yapılandırılmış ve bir kamu hizmeti olan sağlık hizmeti piyasaya açılarak özel sektör yatırımları teşvik edilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Amaçları

SDP uzun yıllara dayanan bir politika taahhüdü olarak karşımıza çıkmaktadır. (Sayan ve Küçük, 2012: 173). Önceki yıllarda da sağlıkta reform hedefleri olmakla birlikte sağlık hizmetlerinde dönüşümün temelleri esas olarak Sağlık Bakanlığı, sektör temsilcileri, üniversiteler, meslek kuruluşlarının katıldığı 1992 ve 1993 yıllarındaki birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri ile atılmıştır (Çirpici, 2015: 82). Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ortak çalışma yürütmüştür. Bu kapsamda yürütülen ve Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan SDP'nin hedefleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- 1- **Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı:** Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici bir fonksiyon göreceği şekilde yeniden yapılandırılacaktır.
- 2- **Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası:** Sosyal güvenlik açısından toplumun tümünü kapsayan genel sağlık sigortasının kurulacak özel sigortacılık ise gelişimi için desteklenecektir.
- 3- **Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi:** Birinci basamakta yer alan sağlık hizmetleri ile koruyucu hizmetler güçlendirilecek; etkili ve kademeli sevk zinciri ile aile hekimliği kurulacaktır. Bununla birlikte, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri oluşturulacaktır.
- 4- **Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücünün oluşturulması:** Sağlık personelinin bilgi, becerileri ve motivasyonlarının artırılması için faaliyetler gerçekleştirilecektir.
- 5- **Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının kurulması:** SDP'ni gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan sektörel analizleri yapıp araştırmalar planlayarak hükümetlere danışmanlık yapacak, mezuniyet sonrası da sağlıkta ihtiyaç duyulan insan gücüne eğitimler verecek bir kurumsal yapı oluşturulacaktır. Bu kurumsal yapı aynı zamanda Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacak, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayıp standardize edecek ve denetleyecek bir kurumsal yapı olacaktır.
- 6- **Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon hizmetlerinin oluşturulması:** Bu konu ile ilgili olarak sağlık hizmet ve organizasyonlarının sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi uygulamalardaki çeşitliliği azaltmak, uygun olmayan bakımı ortadan kaldırmak ve artan maliyetleri azaltmak amacıyla uygun standartları oluşturmak amaçlanmaktadır. Oluşturulan standartlar ise iç ve dış denetçiler aracılığı ile incelemeye tabi tutulacak ve eksiklikler giderilecektir.

- 7- **Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma gerçekleştirilmesi:** Bu amaçla, ilaçla ilgili ruhsatlandırma satış, üretim, her türlü araştırma geliştirme faaliyetleri konusunda Ulusal İlaç Kurumu oluşturulacaktır. Sağlık kurumlarında kullanılan cihazlarla ilgili olarak ise ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip bir Tıbbi Cihaz Kurumu kurulacaktır.
- 8- **Sağlık Bilgi Sisteminin Kurulması:** Karar sürecinde etkili bilgiye erişim, sağlık kurumlarına müracaat edenlerin kayıtlarının tutulması, güncellenmesi ve takip edilmesi, kurumlar ve sağlık basamakları arasında bilgi transferinin sağlanması için sağlık bilgi sistemi kurulacaktır (Ulutaş, 2011: 176, İleri vd., 2016: 183,; Çirpici, 2015: 83,84.; Güdük ve Kılıç, 2017: 103).

Yukarıda anılan hedeflerle birlikte SDP'nin Türk sağlık sektöründe yönetim ve kaliteyi artırmak, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil bir şekilde sunulmak üzere organize edilmesi ve finansmanının sağlanması da amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017 a), Elbek, 2009: 35., Kıvanç, 2015: 165).

Anılan hedeflerin çoğu SDP ile hayata geçirilmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinde daha önce olmayan istihdam biçimleri ve alanları uygulamaya geçirilmiştir. Bununla ilgili olarak aşağıda daha ayrıntılı olarak ele alınacak olan özellikle Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması ve kapatılması, kamu hastanelerinin yönetimi gibi bazı uygulamalar tekrar gözden geçirilmekte, yeni kurumsal düzenlemeler yapılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri

SDP'nin etkilerini çok boyutlu olarak değerlendirmek mümkündür. Sağlık kurumları açısından kurumların örgütsel yapısının değişmesi, sağlık çalışanları açısından ise çalışma koşulları ve istihdam biçimine etkisi, hizmet alanlar açısından ise sağlığa erişim, alınan hizmetten memnuniyet düzeyi ve ayrıca kişisel sağlık harcamalarının artması ve azalması şeklinde ifade etmek mümkündür. Ancak çalışmada SDP'nin kurumsal örgütlenme, personelin istihdam edilme biçimi ve hizmet sunumuna etkisi üzerinde durulacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Kurumsal Örgütlenmeye Etkisi

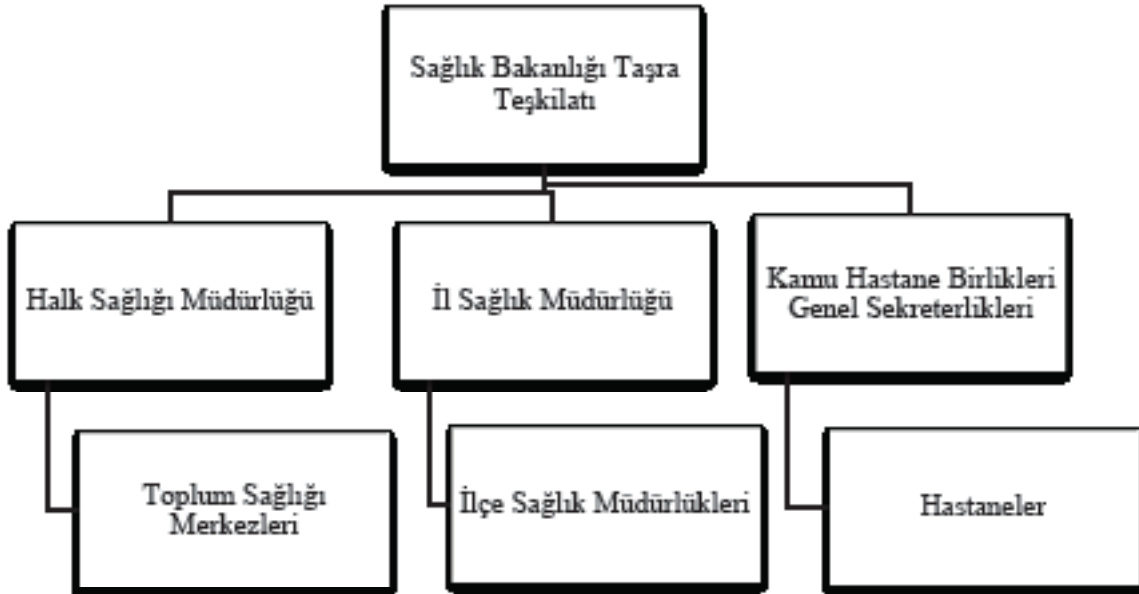
Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgüt yapısı uzun yıllardan beri düzensiz ve çoğulcu bir yapı göstermektedir (Görmüş, 2013: 129). İzlenen politikalara göre Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatlarından oluşan kurumsal yapının sıklıkla değiştiği bilinmektedir. Bakanlık merkez teşkilatında yeni birimlerin oluşturulduğu, bazı kurumların kapatıldığı veya birleştirildiği görülmektedir. SDP çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal yapısındaki ilk değişiklik bakan yardımcılığının oluşturulmasıyla başlamıştır. Bakan yardımcılığı, Türk İdari Teşkilatına yeni bir statü ve istisnai memurluk olarak girmiştir (Uyanık, 2012: 101-105). Sağlık Bakan Yardımcılığının oluşturulmasıyla başlayan Sağlık Bakanlığı'nın örgütsel yapısındaki bu değişikliği 663, 694 ve 696 sayılı KHK'ler ile yapılan değişiklikler izlemiştir.

2011 yılında Sağlık Bakanlığı ve Bakanlığa bağlı kuruluşların teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemek amacıyla çıkarılan 663 sayılı KHK'de Bakanlığın, merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlardan oluştuğu ifade edilmiştir. Söz konusu KHK ile yeniden şekillendirilen Sağlık Bakanlığı'nın temel görevinin, sağlık sistemini yönetmek ve sağlık politikalarını belirlemek olduğu ifade edilmiştir. Amaçları ise strateji ve hedefleri belirleme, planlama, düzenleme ve koordinasyon, uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapma, rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetim yapma, müeyyide uygulama olarak belirlenmiştir. Ayrıca Bakanlık acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlayıp yürütecek, bölgesel farklılıkları gidermeye çalışacak, herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alacaktır. Bununla birlikte Bakanlığın görevleri arasında, ilgili kurum ve

kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalara ve düzenlemelere yön verme, gerekli bildirimleri yapma, görüş bildirme, görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri almada dâhil edilmiştir (663 sayılı KHK madde 2).

663 sayılı KHK ile yeniden yapılandırılan Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatları için yeni kadrolar oluşturulmuştur. Bakanlık, Bakan, Bakan Yardımcısı Müsteşar ve Müsteşar Yardımcıları ile Sağlık Politikaları Kurulu, Bağlı Kuruluşlar ve Bakanlık Hizmet Birimlerinden oluşmuştur (Görmüş, 2013:200). Bakanlık hizmet birimlerine ek olarak merkez teşkilatında Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü gibi bağlı kuruluşlar ve Sağlık Politikaları Kurulu kurulmuştur. Sağlık Politikaları Kurulu "Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen on bir üye ile Müsteşar ve müsteşar yardımcılarında meydana" gelmektedir. Bakan tarafından belirlenen kurul üyeleri iki yıllığına görevlendirilmektedir. Görev süresi biten üyelerin yeniden görevlendirilmesi mümkündür (663 sayılı KHK madde 6/1-2). Merkez teşkilatında yapılan düzenlemeye bağlı olarak taşra teşkilatında da değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler Şekil 1'deki gibidir.

Şekil 1: 663 Sayılı KHK'ya Göre Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı



Kaynak: 663 sayılı KHK'nın, 25, 29 ve 30'uncu maddeleri.

Şekil 1' incelendiğinde daha önce taşra teşkilatında bulunan il sağlık müdürlüğüne ek olarak halk sağlığı müdürlüğünün kurulduğu görülmektedir. Bununla birlikte merkez teşkilatındaki Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu'na bağlı olmak üzere illerde kamu hastane birlikleri ve genel sekreterlikler kurulmuştur. Birliğe bağlı hastaneler ise hastane yöneticileri tarafından yönetilirken, hastane yöneticisine bağlı başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmeti müdürlükleri kurulmuştur. İlçelerde ise il müdürlüklerine bağlı ilçe müdürlükleri ve toplum sağlığı merkezleri kurularak sağlık hizmetinin sunumuna devam edilmiştir.

663 sayılı KHK ile yapılan bu değişikliklerin ardından uygulama safhasında ortaya çıkan sorunların aşılması için yeni bir değişiklik yapılmasının gereği ortaya çıkmış Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatları 2017 yılı Ağustos ayında çıkarılan 694 sayılı KHK ile yeniden düzenlemiştir. Merkez

teşkilatına ilk defa, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile İlişkilerin Koordinasyon Birimi eklenmiştir. Merkez teşkilatında daha önce bağlı kuruluşlar olarak kurulmuş olan Kamu Hastaneler Kurumu, Halk Sağlığı Kurumu gibi kurumlar ise genel müdürlüklere dönüştürülmüştür. Ayrıca Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği de hizmet birimlerine eklenmiş, 12 olan hizmet birimi sayısı 17'ye çıkarılmıştır (694 sayılı KHK madde 194). Kurumsal değişiklikler bununla sınırlı kalmamış TBMM ile İlişkilerin Koordinasyonu, Proje Yönetim Destek Birimi, Mevzuat Koordinasyonu, Saha Gözlemcileri, Sağlık Politikaları Sekreteryası, Şehir Hastaneleri Takibi ve Koordinasyonu, Sağlık Endüstrilerinin Koordinasyonu, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği de Sağlık Bakanlığının yeni teşkilat şemasındaki yerini almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017 c).

Sağlık Bakanlığı hizmet birimleri olarak:

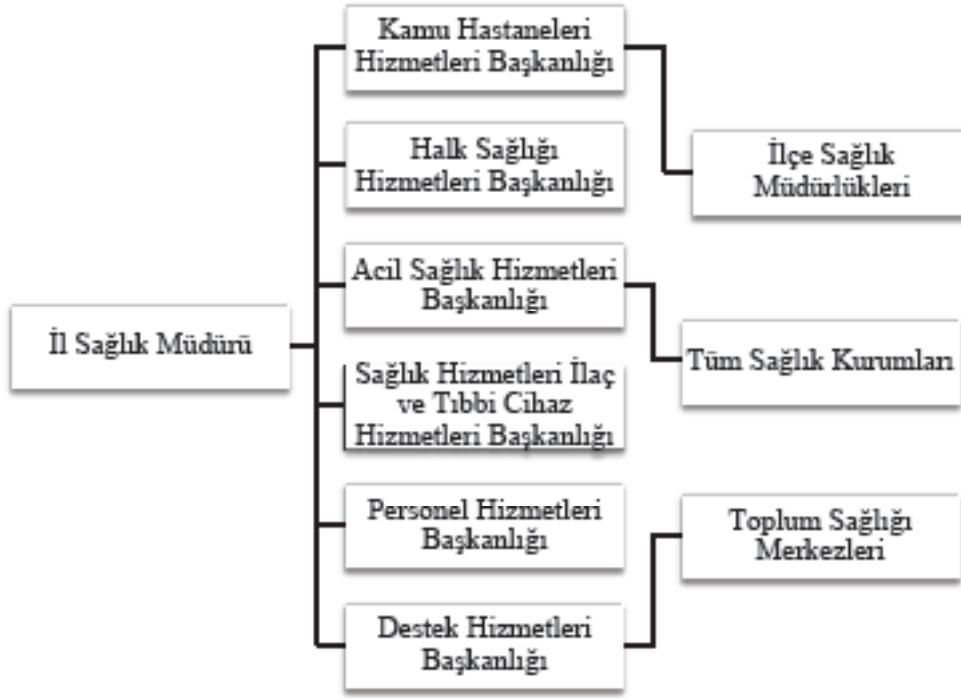
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
- Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
- Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
- Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
- Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
- Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Hukuk Müşavirliği
- Denetim Hizmetleri Başkanlığı
- İç Denetim Birimi Başkanlığı
- Strateji Geliştirme Başkanlığı
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
- Proje Yönetim Destek Birimi gibi birimler oluşturulmuştur (694 sayılı KHK madde, 184).

Merkez teşkilatında yer alan bu değişikliklerle birlikte taşra teşkilatında da değişikliklerin yapılması gerekmiştir. İlgili mevzuata uygun olarak taşra teşkilatı kurmaya ve kaldırmaya yetkili olan Bakanlık ihtiyaca göre yönetim birimleri kurmaktadır.

694 sayılı KHK'nin 187'inci maddesi gereğince taşra teşkilatında yapılan değişiklik ise Şekil 2'de gösterildiği gibidir.

Şekil 2 incelendiğinde 663 sayılı KHK ile illerde bulunan halk sağlığı müdürlükleri ve kamu hastane birliklerinin kapatıldığı görülmektedir. Kapatılan halk sağlığı müdürlükleri ve kamu hastane birlikleri ise il sağlık müdürlüğü bünyesinde ihtiyaca göre başkanlıklar olarak yeniden kurulmuştur. Ayrıca il sağlık müdürlüğü bünyesinde ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetleri başkanlıkları da kurulmuştur. Bütün bu başkanlıklar Bakanlığın il düzeyindeki sağlık müdürlüklerine bağlı olacak ve sağlık müdürlerinin sorumluluğunda yönetilecektir. Ayrıca il sağlık müdürleri, Bakanlığın düzenlemeleri çerçevesinde il düzeyinde personelin adil ve dengeli dağılımını yapacak ve bu amaçla il içindeki personel nakli ve görevlendirme işlemlerini doğrudan gerçekleştirecektir (694 sayılı KHK madde, 187).

Şekil 2: 694 sayılı KHK'ya Göre Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı



Kaynak: 694 sayılı KHK madde, 187

Kamu hastane birliklerinin kapatılmasıyla kamu hastanelerinin yönetimi de il sağlık müdürlükleri bünyesine geçmiştir. Bu bağlamda, kamu hastaneleri il sağlık müdürlüklerinde kurulan kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığına bağlı olarak başhekimler tarafından yönetilmektedir. Ayrıca hastane başhekimine bağlı olarak idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulmuştur. Bakanlık tarafından, hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde yönetim görevleri tek kişiye de verebilecek veya müdürlük sayısı dörde kadar çıkarılabilecektir. Bununla birlikte, il sağlık müdürü tarafından norm ve standardı aşmamak kaydıyla başhekim ve hastane müdür yardımcılıkları oluşturulacaktır (694 sayılı KHK madde, 187). 663 sayılı KHK ile kamu hastanelerinde yer alan sağlık otelciliği müdürlüğüne ise 694 sayılı KHK'da yer verilmiş, var olan sağlık otelciliği müdürlükleri de kapatılmıştır (694 sayılı KHK madde, 187).

694 sayılı KHK ile sağlık hizmetleri örgüt yapısının yeniden değiştirilmesi, çalıştırılacak personel sayısının üst yönetici tarafından istihdam edilme biçimini değiştirmesini de sağlayacaktır. Üst yönetici, kanuni hükümlerin izin verdiği şekilde personeli sözleşmeli veya kadrolu olarak çalıştırabilecektir. Görüldüğü üzere SDP'nin amacına uygun olarak sıklıkla Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısında değişiklikler yapılmaktadır. Bu değişiklikler hem hizmet sunumunu hem de Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatlarında istihdam biçimini etkilemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmet Sunumuna Etkisi

SDP ile birlikte hem yönetim hem denetim hem de hizmet sunumu yeniden biçimlenmiştir. Yönetim sistemindeki değişiklikte hizmet sunumu ile finansmanın adem-i merkezileşme süreci öne çıkmaktadır. Sağlık kurumlarının en yüksek fayda politikasıyla yönetilmeye başlanması sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesiyle finansman ve hizmet sunumu birbirinden ayrılmıştır. Bu süreçte hastaneler kârlarını yüksek düzeye çıkarıp maliyetleri azaltmaya çalışırken, hizmet satın alma konumunda bulunan sosyal güvenlik kurumları da sağlık uygulama tebliğleri ve fatura denetimleriyle yapılan işlemin doğruluğunu sorgular hale gelmiştir. Ayrıca yerinden yönetim ilkesiyle kamu hastane

birliklerinin kurulması ve hastanelerin başhekimler yerine hastane yöneticileri tarafından yönetilmesinin denenmesi de ticarileşmenin bir başka boyutunu ortaya koymaktadır (Ulutaş, 2011: 177-179). Fakat hastanelerin hastane yöneticileri tarafından yönetilmesinin pek de uygun olmadığı anlaşılmış, hastanelerin tekrar başhekimler tarafından yönetilmesi için düzenlemeler yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısında meydana gelen değişiklikler sağlık kuruluşlarının hizmet sunumunu da değiştirmektedir. Daha önce birinci basamak sağlık kurumları olan sağlık evleri ve sağlık ocakları tarafından sunulan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, SDP ile birlikte artık aile hekimliği sistemi ile yürütülmektedir. Aile hekimliği sistemi 2004 yılında çıkarılan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile Düzce'de başlamış, sonra diğer illere yayılmıştır. Ayrıca yeni bir uygulama olarak, sağlık hizmetlerinde idari hizmetler ile denetim ve eğitim faaliyetlerini yerine getirmek üzere toplum sağlığı merkezleri kurulmuştur. Yapılan bu düzenlemeler temelde sağlık kurumlarının sadece örgüt yapısında ve hizmet sunumunda değişiklik meydana getirmiş sunulan hizmetin içeriğinde bir değişiklik yapmamıştır.

Bununla birlikte, örgütsel değişiklik Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık hizmetlerinden çekilmesini de beraberinde getirmektedir. Bu sistem, aile hekimlerini sözleşme imzalama, daha fazla nüfusu kendi bölge nüfus sayısına kaydetme ve hasta sayısını artırma baskısı ile diğer sağlık çalışanlarını da aile hekimisiyle sözleşme imzalayıp imzalamama açısından rekabetçi hale getirmektedir (Ulutaş, 2011: 184-189). Bütün bu gelişmeler, sağlık hizmetlerinde merkezi yönetimin sağlık hizmeti sorumluluklarını yerele devretmesi daha az sorumlu, daha az erişilebilir ve çok sayıda ve daha küçük çapta sağlık merkezlerinin oluşmasına yol açmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin bütün sağlık kuruluşlarında aynı düzeyde sunulmaması ve yönetim başarısının aynı düzeyde olmaması uygulamada zorlukların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Görmüş, 2013: 94). Sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetim ve denetiminde ortaya çıkan zorluklar nedeniyle kamu hastane birlikleri kaldırılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının İstihdam Biçimine Etkisi

SDP hem sağlık kurumlarını hem de kurum çalışanlarını etkilemiştir. Çalışanların üzerindeki etki daha çok istihdam edilme biçimleri ile çalışma koşullarında görülmektedir (Çakıroğlu vd., 2016: 37). Ancak burada, SDP'nin sağlık çalışanlarının istihdam edilme biçimi üzerinde durulacaktır.

Farklı İstihdam Biçimlerine Göre Çalışma

Devletin benimsemiş olduğu yeni yönetim anlayışı kamu kurumlarının işleyiş ve örgütlenme tarzında değişim yaratmıştır. Değişimin yaşandığı kurumların başında sağlık kurumları gelmektedir. Türkiye'de kamu personel rejimindeki değişimle paralellik gösteren dönüşümün en belirgin özelliği sağlık kurumlarında çalıştırılacak personelin büyük bir kısmının sözleşmeli personel olarak istihdam edilmesidir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüme personelin istihdamı açısından bakıldığında, dönüşüm hızı ve sonuçları net olarak görülmektedir (Sayan ve Küçük, 2012: 171).

Kamu personel rejimi 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu (DMK) tarafından düzenlenmektedir. DMK'nın 4'üncü maddesi ise istihdam biçimlerini düzenlemiştir. Söz konusu maddeye göre kamu hizmetleri "memurlar, sözleşmeli personel ve işçiler eliyle" görülecektir.

1. Memurlar

Devlet örgütlenmesi içinde siyasi iktidarla birlikte ortaya çıkan memur kavramı ve memurluk devlet anlayışının bir parçasıdır. Memurlar statü rejimine dayalı ve devletin temsilcisi olarak kamu hizmetlerini

yerine getiren kişilerdir. Bu nedenle statü rejimi, yasama organı tarafından hizmetin gereklerine uygun bir şekilde ve memurun iradesi dışında tek taraflı tasarrufla, kanun tüzük, yönetmelik ve kararname ile düzenlenen çalışma rejimi olarak ifade edilmektedir (Yazıcı, 2005: 18,; Yıldırım, 2000: 2-16).

Bir kamu görevlisi olarak memurun, hukuki işlemle statü ilişkisinin içine sokulması gereklidir. Bu nedenle, memur olarak **çalışmak** isteyenler eğitimin yanı sıra yapılacak merkezi bir sınavda belirli bir puan alma koşulunu da yerine getirmek zorundadır. Genel olarak, sağlık hizmetleri sınıfı içerisinde memur kadrosunda hekim, diş hekimleri ve eczacılar ile sağlık memuru hemşire, ebe ve diğer sağlık personelleri istihdam edilmektedir. Bu personellerin bir kısmının **önce memur kadrosuna alındığı**, daha sonra, farklı bir istihdam biçimi olarak sözleşme ile **çalıştırıldığı** görülmektedir. Geniş anlamda sözleşmeli personeller ve aşağıda incelenecek olan işçiler de kamu görevlisi olmakla birlikte memurları onlardan farklı kılan nokta ücret, çalışma ve iş güvencesi koşullarıdır.

2. İşçiler

Kamu hizmetlerinde temel istihdam türü olan memur statüsünün yanında yer alan işçi statüsü, kamu kurum ve kuruluşlarında **özel hukuk hükümlerine ve İş Kanunu'na tabi olarak iş sözleşmesi ile** çalışanları ifade etmektedir (Keser, 2003: 30). Dolayısıyla işçiler, özel sektörde olduğu gibi kamu sektöründe de özel hukuk hükümlerine, yani İş Kanunu'na tabi ve bir sözleşmeye bağlı olarak çalıştırılanlardır. 4857 sayılı İş Kanunu'nda bir iş sözleşmesine dayanarak çalışan gerçek kişi, işçi olarak kabul edilmişken, 657 sayılı DMK, 4/D maddesinde işçi; memur ve **sözleşmeli personel dışında kalan kişiler olarak kabul edilmiş** ve bu kişiler hakkında DMK'nın uygulanamayacağı belirtilmiştir.

Bir başka ifadeyle, kamu hizmetinde **çalışan işçiler** DMK'ya tabi değildir. 4857 sayılı İş Kanunu'na tabi olarak çalışan işçiler de kendi aralarında kadrolu ve sözleşmeli işçi olarak ayrılmaktadır. Kamu hizmetinde daimi statüde çalışan işçilere kadrolu işçi denilirken, özel hukuk sözleşmeleriyle alt **işverenin emrinde çalışanlara** taşeron işçisi veya sözleşmeli işçi denilmektedir. Ancak bu işçiler her ne kadar 4857 sayılı İş Kanunu'na tabi olarak çalışsalar da **ücret** ve çalışma koşulları açısından kadrolu işçilerden ayrılmaktadır.

3. Sözleşmeli Personel

Neoliberal politika uygulamaları sonucunda kamu hizmetlerinin daraltılması ve özelleştirmeye yönelik politikalar kamu görevlisi kavramını yapay şekilde genişletmiştir. Kamu personel rejimine bir de sözleşmeli personel statüsü eklenerek memur ve işçiler dışında bağımlı çalışanların kapsamı genişletilmiştir (Yazıcı, 2005: 14). DMK'da yer aldığı şekliyle **sözleşmeli personel uygulamasının "mesleki bilgi ve uzmanlığa gerek görülen hallerde" geçici veya istisnai olması ve devamlı çalışanları kapsam dışında tutması gerekirken, uygulama çoğunlukla farklı yapılmaktadır** (Gözübüyük, 1996: 163). Başka bir ifadeyle kamu personeline ilişkin yasalardaki istihdam şekillerinde memurluk statüsüne asli unsur, sözleşmeli personel uygulamasına ise istisna olarak yer verilmişken (Serim, 1988: 135) Tablo 1'de de görüleceği üzere uygulamalar sözleşmeli personel çalıştırılmasını istisna olmaktan çıkararak **sürekli hale getirmiştir**.

DMK, bir sözleşmeye bağlı olarak **çalıştırılan** ve **işçi sayılmayan** ancak geçici personel⁶ olarak ifade edilen kimselerin de sözleşmeli personel kapsamında **çalıştırılacağını ifade etmektedir**. Bu anlamda, **özelleştirme**⁷ kapsamında kapatılan kamu kurumlarından diğer kamu kurumlarına geçişi sağ-

6 DMK'nın 4. Maddesinin C bendinde yer alan geçici personel çalıştırma biçimi 24.12.2017 tarih ve 30280 sayılı Gazetede yer alan 696 sayılı KHK'nin 17'inci maddesi ile kaldırılmış olup C bendinde yer alan geçici personel düzenlemesine ilişkin hükümler 657 sayılı DMK'nın 4. Maddesinin B bendine eklenmiştir.

7 27.11.1994 tarih ve 22124 sayılı Resmi Gazetede yer alan 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun kapsamında kapatılan kurumlardaki personel.

lanan personel ile özelleştirme sebebiyle kamu veya özel sektör **işverenince** iş sözleşmeleri feshedilen ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına nakil hakkı bulunmayan personel de sözleşmeli personel olarak istihdam edilecektir. Bu kapsamda istihdam edilen personellerin sayısı ise Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığının görüşleri üzerine Bakanlar Kurulunca belirlenmektedir. Personel sayısı ile birlikte personelin **öğrenim durumlarına göre çalışma şartları ve bunlara ödenecek ücretler ile diğer hususlar** da ayrıca tespit edilmektedir (657 sayılı DMK madde 4/1-b).

2003 yılına kadar Sağlık Bakanlığında istihdam ana kaynağı memurlar iken 2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı Kanun⁸ ile Sağlık Bakanlığında asli ve sürekli görevlerde sözleşmeli sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır. 4924 sayılı Kanun ile eleman temininde günlük çekilen yerler ve hizmetlerde idareyle yapılacak bir hizmet sözleşmesiyle "çakılı kadroda" ve ücretlerin yüksek olarak verildiği ancak hiçbir şekilde yer değişikliği yapamayacak olan sağlık personelinin istihdam edilmesine başlanmıştır. Bu uygulama ile hekim açığı olan yerlerde hekimlerin istihdamı hedeflenmiş olmakla birlikte hekimlerin yanı sıra diğer mesleklerdeki birçok sağlık çalışanıyla da sözleşme imzalanmıştır. Ancak bu sağlık personellerinin DMK'da yer alan sözleşmeli personel tanımıyla örtüşmeyen bir biçimde istihdam edildikleri görülmektedir.

2005 yılında ise 5413 sayılı Kanun⁹ kabul edilmiştir. Söz konusu bu Kanunla kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde, ücretleri döner sermayeden karşılanmak kaydıyla sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki unvanlarda merkezi sınav sonuçlarına göre 657 sayılı DMK'nın 4/B **fikrasına** tabi sözleşmeli personel çalıştırılabileceği öngörülmüştür. 2005 yılında 657 sayılı DMK'nın 86'ncı maddesine ek yapılması ile gerçekleştirilen bir başka düzenleme ise "tabiplik, dış tabipliği, eczacılık, köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik"e ait boş kadrolara açıktan vekil atanabileceğine ilişkin düzenlemedir. Yapılan bu düzenleme ile vekil ebe ve hemşire statüsü oluşmuş ve bu personeller boş kadrosu olup, personeli bulunmayan köy sağlık evleri ile sağlık ocaklarında çalıştırılmaya başlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde sözleşmeli personel çalıştırılmasına ilişkin yapılan bir başka düzenleme ise 5258 sayılı Kanun¹⁰ ile oluşturulan aile hekimliği modelidir. Bu modele göre; Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında memur kadrosunda çalışanlar, esas kadroları ile ilişkileri kesilmeden aylıksız ve ücretsiz izinli olarak aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılmaktadır. Söz konusu model; aile hekimleri ve aile sağlığı elamanlarının vali veya onun görevlendireceği merci ile bir sözleşme imzalaması üzerine kurulmuştur. Sözleşme imzalayan hekimler Sağlık Bakanlığının denetiminde kendi nam ve hesabına çalışan bir statüye geçerken, aile sağlığı elemanı olarak da ifade edilen hemşire, ebe, sağlık memuru ise hekimlerin yanında onların denetim ve gözetimi altında çalışan işçi haline gelmiştir. Bununla birlikte, aile hekimi veya aile sağlığı elemanı sözleşmesini kendisinin sonlandırması veya herhangi bir nedenle sözleşmesinin sona erdirilmesi halinde, daha önceki kadro ve pozisyonuna geri dönebilmektedir (Sayan ve Küçük, 2012: 182-183.; Çakıroğlu ve Seren, 2016: 39).

Sağlık hizmetlerinde sözleşmeli personel uygulamasına ilişkin değişiklikler daha çok 663, 694 ve 696 sayılı KHK'ler ile olmuştur. 2011 yılında yürürlüğe giren sağlık kuruluşlarının örgütsel ve yönetsel yapısında ilk değişikliği gerçekleştiren yasal düzenleme 663 sayılı KHK'dir. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatında kurulan Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Halk Sağlığı Kurumu, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü ve Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlikleri gibi

8 Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 24.07.2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazete.

9 5413 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnemede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 01.11.2005 tarih ve 25983 sayılı Resmi Gazete.

10 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu, 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete.

kurumlarda çalışanlar farklı istihdam biçimlerine göre çalıştırılmıştır. Özellikle, Türkiye Kamu Hastaneler Kurumunun merkez ve taşra teşkilatlarında çalışacak personellerin sözleşme ile çalıştırılması benimsenmiştir. Buna göre, Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu'na bağlı Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri, Tıbbi, İdari ve Mali Hizmetler Başkanları, genel sekreterlikte çalışacak uzmanlar ve büro hizmetlerini yerine getirecek büro görevlileri, hastanelerdeki hastane yöneticisi, başhekim ve yardımcıları ile hastane müdür ve müdür yardımcılarının sözleşmeli bir şekilde istihdam edilmesi kararlaştırılmıştır.

2011 yılında yapılan ilk değişiklikten sonra sağlık hizmetlerinde sözleşmeli personel çalıştırılmasına ilişkin ikinci değişiklik ise 25 Ağustos 2017 tarihinde yürürlüğe giren 694 sayılı KHK ile olmuştur. 694 sayılı KHK ile 663 sayılı KHK'nin birçok maddesinde değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikler, Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilat yapısını yeniden değiştirmiş sözleşmeli çalışanların sayısını artırmıştır. Söz konusu KHK ile Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatındaki kamu hastane birlikleri genel sekreterlikleri ve halk sağlığı müdürlükleri kapatılmıştır. Taşra teşkilatı eskiden olduğu gibi sağlık müdürlüğü olarak tek bir müdürlük altında örgütlenmiştir. 694 sayılı KHK bu yeni örgütlenme sürecinde taşra teşkilatı üst yöneticilerinin sözleşmeli olma esasını benimsemiştir. Söz konusu KHK'nin EK 2 sayılı cetvelinde sözleşmeli pozisyonda çalışacakların listesi verilmiştir. Buna göre il ve ilçe sağlık müdürleri, il sağlık müdürlükleri bünyesinde kurulan başkan ve başkan yardımcıları, başhekim ve başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısı ve uzmanlar olmak üzere toplam 9381 kişi ile sözleşme imzalanacağı ifade edilmiştir (694 sayılı KHK madde,187,190,194).

Sağlık hizmetlerinde yönetim ve uzman kadrosunda sözleşme imzalayarak çalışmak isteyen personellere aile hekimliklerinde sözleşme ile çalışan hekim, ebe hemşire ve diğer sağlık personelleri ile çalıştırılması düşünülen yabancı sağlık personelleri de eklendiğinde Sağlık Bakanlığında büyük bir çoğunluğun sözleşme ile çalıştırıldığı veya çalıştırılacağı söylenebilir. Sözleşmeli personel daha çok Sağlık Bakanlığında memur kadrosunda çalışan sağlık personellerinin eski görevlerinden aylıksız ve izinli olarak ayrılıp sözleşme imzalayarak çalıştırılması şeklinde gerçekleşmektedir. 663 sayılı KHK'nin aksine kurum dışından ve memur olmayan kişilerle sözleşme imzalanması ise 694 sayılı KHK'da nadir görülmektedir (Çakıroğlu ve Seren, 2016: 39). Daha önce memur kadrosunda asli ve sürekli görevleri yerine getiren personellerin sözleşme imzalaması, işin parçalara bölünerek yardımcı işlerin alt işverene verilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinde istihdamın genel görünümü değişmiştir (Sayan ve Özkan, 2012: 17173-174, Ulutaş, 2011: 196).

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personel Sayısı ve Biçimi

Sağlık Personeli Sayısı, 2011-2016								
Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe	Eczacı	Diğer Personel ve Hizmet Alımı	Toplam
2011	126 029	21 099	124 982	110 862	51 905	26 089	260 693	721 959
2012	129 772	21 404	134 906	122 663	53 466	26 571	273 616	762 398
2013	133 775	22 295	139 544	131 652	53 427	27 012	290 363	798 068
2014	135 616	22 996	142 432	138 878	52 838	27 199	303 110	823 069
2015	141 259	24 834	152 803	145 943	53 086	27 530	311 337	856 792
2016	144 827	26 674	152 952	144 609	52 456	27 864	321 952	871 334

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (2018), Sağlık İşgücü İstatistikleri, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095.

Tablo 1'e bakıldığında sağlık personelinin istihdamının çok parçalı ve esnek bir yapıya dönüştüğü ve sağlık hizmetlerinde diğer personel olarak da ifade edilen sözleşmeli personel ile hizmet alımıyla çalıştırılan personel sayısının yılda ortalama otuz bin arttığı görülmektedir (Görmüş, 2015: 230). Diğer personel ve hizmet alımı ile çalıştırılan personel sayısı sağlıkta dönüşümün hızlandığı 2011 yılından sonra daha da artmıştır¹¹. Hizmet alımı ile çalışan personele yönelik yapılan son düzenleme ise 696 sayılı KHK ile olmuştur. 696 sayılı KHK, hizmet alımıyla çalıştırılan alt işveren işçilerinin de kamu kurumlarında daimi işçi olarak istihdam edilmelerini düzenlemiştir. 696 sayılı KHK'nin 18 ve 127'inci maddelerine göre 04.12.2017 tarihinde kamu kurum ve kuruluşlarında fiilen çalışan geçici personeller ile 4734 sayılı Kanun ve diğer mevzuattaki hükümler uyarınca personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alım sözleşmeleri kapsamında alt işverenin işçisi olarak çalıştırılmakta olanlar da sözleşmeli personel statüsüne geçirilmiştir. Böylece Sağlık Bakanlığı'nda hizmet alımı ile alt işveren emrinde personel çalıştırılması uygulaması son bulmuştur. Fakat bu durum sağlık hizmetlerinde istihdamın parçalı görünümünü ortadan kaldırmamış sadece Sağlık Bakanlığı'nda hizmet alımı ile alt işveren emrinde personel çalıştırılması uygulamasını sona erdirmiştir.

Bunların dışında sağlık hizmetlerinde istihdamın parçalı bir yapıya bürünebileceği bir başka uygulama da şehir hastaneleri uygulamasıdır. Şehir hastaneleri uygulaması veya şehir hastaneleri projeleri SDP'nin devamı niteliğindedir (Canıvar, 2018). Sağlık Bakanlığı'nca Türkiye'nin değişik illerinde "Entegre Sağlık Kampüsü" olarak yapılan bu kurumlar kamu ve özel ortaklığı modeli ile hayata geçirilmektedir. Bu model, devletin sağlık hizmetleri alanında özel sektörle finansman sağlaması konusunda yapmış olduğu uzun süreli bir anlaşma esasına dayanmakta ve sağlık hizmetlerinin yanı sıra başka alanları da kapsamaktadır (Cerrahoğlu, 2016).

Siyaset mekanizmasının, devleti kamu hizmetlerinden çekme veya kamu hizmetlerini asgari seviyeye indirerek serbest piyasa koşullarına terk etme yaklaşımı devam etmektedir. Şehir hastanesi uygulamaları ile kamu hizmetlerinin parçalara bölünerek kamu kurumları dışındaki kişilere yaptırılması yaygınlaşmaktadır. Bu bağlamda mevcut sağlık tesislerinin şehir hastaneleri uygulamasıyla kamu ve özel ortaklığına devredilmesi hem kurumsal yapıyı, hem sağlık çalışanlarını hem de tüm sigortalıları etkilemektedir. Şehir hastanelerinde tıbbi hizmetlerin sorumluluğu kamuda kalsa da şehir hastaneleri çok sayıda şirket tarafından işletilecektir. Buna bağlı olarak alt işveren uygulamaları daha da yaygınlaşacak, halen çalışmakta olan personelin birçoğunun yeri ve konumu istihdam edilme biçimi değişecek çalışma ilişkileri karmaşık hale gelecektir (Sözer, 2013: 238-252-253).

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin sunumu, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde devletin temel işlevlerinin başında yer almaktadır. Devlet, bu kapsamda çalışmalar yaparak topluma sağlık hizmeti sunmak için kurum ve kuruluşlar kurmakta bu amaçla personel istihdam etmektedir. Ancak dünyada yaşanan gelişmeler ve küreselleşme nedeniyle izlenen politikaların bir sonucu olarak sağlık kurum ve kuruluşlarının örgütsel yapısı, hizmet sunumu ve personel istihdam biçimi de değişmektedir. Kamu kurum ve kuruluşları bazı kamu hizmetlerinin sunumundan çekilirken bazı hizmetler, kamunun denetim ve gözetiminde özel kesimlerce yerine getirilmektedir.

Türkiye'de yıllardır tartışılan sağlıkta dönüşüm yapma düşüncesinin uygulama aşamasına geçilmiştir. Bu bağlamda, pek çok düzenleme yapılmıştır. Yapılan düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde

11 TÜİK verilerine göre diğer personel ve hizmet alımı ile çalıştırılan personele ilişkin 2011 yılından önce sağlıklı veriler bulunmadığı için tabloda 2011 yılından sonraki verilere yer verilmiştir. Bkz. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095.

sağlık politikalarını belirleyen birimler ile hizmet sunan birimler birbirinden ayrılmıştır. Belirlenen politikaların yapısına uygun olarak Bakanlık örgüt yapısı fonksiyonel birimlere dönüştürülmüştür. Özellikle birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetler Bakanlık tarafından belirlenmiş olan verimlilik ölçütleri çerçevesinde hizmet birimlerince sunulmaya başlanmıştır. Bu anlamda, temel sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların yönetimi birbirinden ayrılmıştır.

Türkiye’de kamu hizmetlerinde istihdam alanında yaşanan “esnekleşmenin” izdüşümü sağlık hizmetlerinde de kendini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde dönüşümü sağlayan 663 sayılı KHK ile sadece kurumsal yapıda değişiklikler değil aynı zamanda sağlıkta “yeni” bir istihdam politikasının da temelleri atılmıştır. Sağlık hizmetlerinde sözleşmeli personel ve alt işveren aracılığıyla personel çalıştırma uygulaması, yalnızca yardımcı hizmetlerle sınırlı kalmamış asli sağlık hizmetlerini de kapsayacak biçimde genişletilmiştir. Uygulanan politikalar, bir yandan sağlık kurumlarının örgütsel yapısını değiştirirken öte yandan istihdamı da parçalı bir yapıya büründürmüştür.

Sağlıkta dönüşüm programının ilk aşaması olan özerk kurumların meydana getirilmesi işleminde hastanelerin özerkleşmesi için atılan adımlar sonuç vermemiştir. Hastanelerin özerk hale getirilmesi için yapılan kurumsal değişiklikler ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu ve hastanelerin taşra teşkilatının yönetimi ve denetimini sağlayacak Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterlikleri 694 sayılı KHK ile kapatılmıştır. Hastaneler ise eski sistemde olduğu gibi yine sözleşmeli başhekimler tarafından yönetilmektedir. Bununla birlikte, işlerin parçalanarak alt işverene verilmesi nedeniyle alt işverenin yanında çalışan işçilerin de kadrolu kamu işçisi olması için düzenlemeler yapılmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programında ikinci faz olarak adlandırılan şehir hastanelerinin inşaa süreç ve uygulamaları ile yabancı personel istihdamının hayata geçirilme çalışmaları ise halen devam etmektedir. Yukarıda da ifade edildiği üzere şehir hastanelerinin tıbbi sorumluluğun kamuda olacak şekilde yönetilmeye başlanması ile kamu hizmetlerinin parçalara bölünerek kamu kurumları dışındaki kişilere yaptırılması yaygınlaşacaktır. Bu durum da şehir hastanelerinin çok sayıda şirket tarafından işletileceğini, aynı işyerinde ve fakat farklı istihdam biçimlerinde pek çok personelin çalışacağını göstermektedir. Bununla birlikte, mevcut sağlık tesislerinin kamu ve özel sektör ortaklığına devredileceği de düşünüldüğünde alt işveren uygulamaları daha da yaygınlaşacaktır. Ayrıca halen çalışmakta olan ve ihtiyaç fazlası norm kadro dışında kalan personelin birçoğunun çalışma yeri ve konumunun değişeceğini çalışma ilişkilerinin daha da karmaşıklaşacağını söylememiz mümkündür.

Sonuç olarak sağlık politikalarında meydana gelen değişiklikler sağlık hizmetlerinde istihdam biçimini etkilemiş ve karmaşık bir yapıya büründürmüştür. Bir başka çalışmanın konusu olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinde sıklıkla değişen politika ve uygulamalar sağlık hizmetlerinde istihdam edilen personelin üzerinde de olumsuz etkiler bırakmaktadır. Günümüzde sağlık politikalarındaki değişim ve hizmet sunumu neoliberal politikaların doğrudan bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ulusal sağlık politikaları, uluslararası kurum ve kuruluşların baskısı dışında belirlenmeli sık değiştirilen örgüt ve istihdam biçimlerinin yerini kalıcı bir sağlık politikası almalıdır.

KAYNAKÇA

- Akdağ, Recep (2012), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>, Erişim: 26.10.2017.
- Boratav Korkut (2003), *Küreselleşme Politikaları ve Kamu Hizmetleri, Değişim Sürecinde Kamu Hizmetleri ve Sendikal Politikalar Sempozyumu* (içinde), 1-2 Şubat Ankara, KESK'in Sesi Sempozyum Dizisi:1, 8-16.
- Bostan, Sedat ve Fatma, Çiftçi (2016), *Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (2), 1-8.
- Canıvar, Coşkun (2018), Şehir Hastaneleri Ve Sağlıkta Muhalefet Stratejisi, <http://sendika62.org/2017/10/sehir-hastaneleri-ve-saglikta-muhalefet-stratejisi-dr-coskun-canivar-453359>, **Türk Psikiyatri Derneği Bülteni**, 12, (1), 33-45, Erişim: 25.01.2018.
- Cerrahoğlu, Ali (2016), Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak, **The Journal of Turkish Family Physician**, <http://turkishfamilyphysician.com/makaleler/editore-mektup/sehir-hastaneleri-birinci-basamak/>, Erişim: 25.01.2018.
- Çakıroğlu, Oya Çelebi ve Seren, Arzu Kader Harmancı (2016), *Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri*, **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**, 3(1), 37-43.
- Çirpici, Erdal (2015), **Sağlıkta Dönüşüm Çıkmazı**, Gece Kitaplığı.
- Elbek, Osman (2009), *Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme*, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, 12 (1), 33-43.
- Erol, Hatice ve Özdemir, Abdullah (2014), Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, **Sosyal Güvenlik Dergisi** Ocak 2014, Cilt 4, Sayı 1, 9-34.
- Etiler, Nilay (2011), Neoliberal Politiklar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri, **Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, 11(42), s 2-11.
- Görmüş, Ayhan (2013), **Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm ve Dağlık İnsan Gücü Üzerinde Etkileri**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Gözübüyük, Şeref (1996), **Yönetim Hukuku**, Turhan Kitabevi, Ankara.
- Güdük, Özden ve Kılıç, Cem Hilmi (2017), *"Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye'de Gelişimi"*, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 7(2): 102-107.
- Hamzaoğlu, Onur (2007), Yeni Liberal Politikalar Ve Türkiye'de Sağlıkta Reform-Dönüşüm, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 22 (6), ss. 418-431.
- İleri, Hüseyin, Betül Seçer ve Handan Ertaş, (2016), *Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi*, **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmaları Dergisi**, 12, 176-186.
- Kablay, Sebiha (2014), *Performansa Dayalı Döner Sermaye ve Prim Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi*, **"İş-Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, 16 (4), 85-110.
- Keser, Hakan (2003), **Türk Kamu Sektöründe Bireysel İş İlişkileri**, Güncel Yayınevi, İzmir.
- Kıvanç, Meral Madenoğlu (2015), *Evensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları*, **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**, 3 (2), 162-166.

- Müftüoğlu, Özgür (2003), Üretim Sürecindeki Değişim, Çalışma Hayatı ve Sendikalar, **Değişim Sürecinde Kamu Hizmetleri ve Sendikal Politikalar Sempozyumu** (içinde), 1-2 Şubat Ankara, KESK'in Sesi Sempozyum Dizisi:1, 17-28.
- Öztürk, Osman (2004), *AKP'nin Sağlıkta Hamlesi Başarılı Olacak mı?*, **Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Yeniden Yapılandırılması ve Sağlık Çalışanlarına Etkileri Sempozyum Kitabı** (içinde), İzmir, 173-181.
- Öztürk, Osman (2015), *Sağlıkta Neoliberal Dönüşüm ve Hak Kayıpları*, **Himmet Fıtrat Piyasa AKP Döneminde Sosyal Politikalar** içinde Der: Meryem Koray-Aziz Çelik, İletişim Yayınları 1. Baskı, Ankara, 77-99.
- Sağlık Bakanlığı (2017: a), *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011*, http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglik_sistemi_performans_degerlendirmesi_2011.pdf, Erişim: 22.09.2017.
- Sağlık Bakanlığı (2017: b), *Sağlık Bakanlığının Tarihçesi*, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>, Erişim:18.10.2017.
- Sağlık Bakanlığı, (2017: c), *Teskilat Şeması* <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>, Erişim: 20.11.2017.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) (2004), *Sağlık Politikaları, Değişim Sürecinde Kamu Hizmetleri ve Sendikal Politikalar Sempozyumu (içinde), 1-2 Şubat Ankara, KESK'in Sesi Sempozyum Dizisi:1, 100-106.*
- Sayan, İpek Özkal ve Küçük, Aziz (2012), Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi** 67(1), 171-203.
- Seren, Arzu Kader Harmanlı (2014), *Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Projesine İlişkin Görüşleri*, **Sağlık ve Hemşirelik Dergisi**, 1 (1), 19-24.
- Serim, Bülent (1988), *Sözleşmeli Personelin Hukuki Statüsü*, **Amme İdaresi Dergisi**, 21 (1), 135-154.
- Soyer, Ata (2003), *1980'den Günümüze Sağlık Politikaları*, **Praksis**, 9, 301-319.
- Sözer, Ali Nazım (2013), *Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastahaneleri*, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi** 15 (Özel Sayı), 215-253
- Türkiye İstatistik Kurumu (2018), **Sağlık İşgücü İstatistikleri**, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, Erişim: 20.01.2018
- Ulutaş, Çağla Ünlütürk (2011), **Türkiye'de Emek Sağlık Sürecinin Dönüşümü**, Nota Bene Yayınları, Ankara.
- Uyanık, Halit (2012), Bakan Yardımcılığı Statüsünün İdare Hukuku Açısından Değerlendirilmesi, İdare Hukuku ve İlimleri Dergisi, 15 (2), 101-114.
- YAZICI, Ergün (2005), *Kamu Görevlilerinin Örgütlenmesi ve Toplu Görüşme*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İzmir.
- Yıldırım, Hüseyin (2000), *Türk Hukuku'nda İşçi-Memur Ayrımı*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İzmir.
- Yılmaztürk, Aysun (2013), *Türkiye'de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi*, **Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi**, 1, 176-188.
- Yurtsev, Esra (2017), *Sağlık Sistemi ve Politikaları*, <http://florencenightingale.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2014/04/1-ESRA-YURTSEV.pdf> Erişim: 20.09.2017.