

DOSYA/DERLEME

DAHA ESNEK İSTİHDAM DAHA AZ SAĞLIK: TAŞERONLAŞMANIN ÇALIŞANLARIN SAĞLIĞINA, SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ve SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİLERİ

Hakan TÜZÜN*

1. Giriş:

İşçi sınıfı tarihinin 20. yüzyılın ilk yarısındaki bölümü çalışma koşulları ve istihdam biçimleri üzerindeki belirsizliklerin azaltılması ve işçilerin kontrolünün artırılması için yapılan mücadelelere sahne olmuştur. 20. yüzyılın başlarında işçiler yaygın olarak tersane, inşaat, tarım, ormancılık sektörlerinde günlük, haftalık ya da aylık süreler için geçici olarak ücretli çalışıyorlardı (Lewchuk, 2003). 20. yüzyılın sonlarında kapitalizmin kendi tarihi istihdam biçimleri için tekerrür etmeye başladı. 1945-1970 yılları arası sosyal devlet uygulamalarının yerini 1970'lerden itibaren neoliberal iktisat politikalarına bırakması işsizliğin artması, gelir dağılımının bozulması, toplumsal refahın azalması sonuçlarının yanı sıra; çalışanlar için standart olmayan istihdam biçimlerinin artışı sonucunu doğurdu (Ostry, 2004). Çalışma yaşamının esnekleştirilmesi başlığı altında, standart olmayan istihdam biçimleri olarak da adlandırılan geçici istihdamla çalışma, yarı zamanlı çalışma, şartlı çalışma, esnek zamanlı çalışma gibi istihdam biçimlerinin artışı çalışma ilişkilerinin doğası haline getirildi (Kawachi, 2008). Standart olmayan istihdam biçimleri genellikle düşük ücretler, iş güvencesi ve sosyal güvence yokluğu, sendikasılaşma, çalışma yasalarının koruyucu hükümlerinden faydalanamama koşullarıyla birlikte çalışanların karşısına çıkarıldı (Kawachi, 2008).

Esnek işgücü konusunda dünya lideri olan ABD'de, 1990'lı yıllardan bu yana standart olmayan istihdam biçimleri ile çalışanların oranı tüm iş gücünün üçte birine ulaşmıştır. Standart olmayan istihdam dünyanın diğer bölgelerinde de hızla artmaktadır; Japonya ve Kore'de 1990'ların sonundaki ekonomik krizle birlikte

keskin artışlar göstermiştir (Kawachi, 2008). Avrupa Birliği'nde standart olmayan istihdam biçimleri ile çalışanlar ücretli çalışanların tümünün %15'ini oluşturmaktadır. İspanya'da %40 ve Fransa'da %22 ile bu oran en yüksek değerine ulaşmaktadır (Benavides, 2000).

Özellikle son iki dekaddır, taşeronlaşma ve geçici çalışma ilişkileri yaygınlaşmaktadır (Chillida, 2004). Esnek çalışma biçimleri geleneksel olarak daha çok kadınları, gençleri, göçmenleri, eğitim düzeyi düşük olanları, mavi yakalı çalışanları istihdam etmeyi hedeflemektedir (Kim, 2008). Bununla birlikte zamanla esnek çalışma biçimleri genişledikçe meslek kariyerlerinin ortasındaki kadınları ve erkekleri içerir hale gelmiştir. Örneğin esnek istihdamla çalışanlarla yapılan bir araştırmada (Kanada, n=400) %45'inin üniversite mezunu olduğu %55'inin orta yaş grubunda yer aldığı saptanmıştır (Lewchuk, 2003).

Yeni liberal ekonomi rüzgarının önüne kattığı sağlık reformlarının sağlık hizmet sunumuna ilişkin öngördüğü değişimler, sağlık kuruluşlarının yönetsel işlevlerinin ve bütçelerinin yerleştirilmesini ve sağlık kuruluşlarının işletmeleştirilmesini, sonuçta piyasa mekanizmalarının belirleyiciliğinde bir iç pazar oluşturulmasını kapsamaktadır. Böylece şekillenen sağlık reformları, sağlık emek gücünün niteliğinde ise istihdam biçimlerinin esnetilmesi ile kendini gösteren sonuçlar doğurmaktadır (Lethbridge, 2004).

Sağlıkta taşeronlaştırma hastanelerin güvenlik, temizlik, mutfak hizmetlerinin taşeronlaştırılmasıyla başlamış sonra sıra hasta bakıcıların ve hemşirelerin taşeron şirketler üzerinden istihdam edilmesine gelmiş, buradan daha ileriye gidilerek başta mikrobiyoloji / biyokimya laboratuvarları ve radyolojik görüntüleme

birimlerinin taşeronlaştırılması sağlanmış; artık sıra doğrudan klinik birimlerin taşeronlaştırılmasına gelmiştir. Dolayısıyla destek birimlerinde çalışan temizlik ve güvenlik görevlilerinden; hasta bakıcıların, diyetisyenlerin, laborantların, radyoloji teknisyenlerinin, hemşire ve ebelerin de aralarında yer aldığı yardımcı sağlık çalışanlarına; başta laboratuvar ve görüntüleme birimlerinde çalışan hekimler ama zamanla birinci basamak hekimlerinin de aralarında bulunduğu tüm hekimlere dek bütün sağlık çalışanları, taşeron şirketler aracılığıyla esnek çalışma ilişkilerinin kapsamına alınmışlardır ya da alınmaya adaydılar.

2. Taşeronlaşma ve Çalışanların Sağlığı: İstihdamın Niteliği Çalışanların Sağlığını Nasıl Ekiliyor?

İşsizliğin gerek fiziksel ve mental morbidite gerekse mortalite üzerine olan olumsuz etkisi çok sayıda araştırma ile ortaya konmuştur. Fakat serbest piyasa ekonomisinin üretim ilişkilerini evriltiltiği yönde istihdam biçimlerinin nitelik değiştirmesiyle; geçici süreli istihdamla çalışma, esnek çalışma saatlerine göre çalışma ve iş güvencesiz çalışmanın yaygınlaşması, bu çalışma biçimlerinin sağlık etkileriyle ilgili yanıtlanması gereken başka soru cümlelerini başlatmıştır (Benavides, 2000).

2.1. Geçici çalışma

Standart olmayan istihdam biçimleri ile çalışmanın sağlık etkilerini araştırılan çalışmalar bazı yöntem sorunları ile karşı karşıya kalmaktadır. Piyasa toplumlarında çalışan ve işsiz dikotomisini belirleyen sınırın giderek genişlemesi nedeni ile bu sınıra yerleşen esnek çalışmanın sağlık etkilerinin araştırılmasına ihtiyaç duyulmuştur. İşsizliğin sağlığa olumsuz etkisi çok açıkken esnek çalışmanın sağlık etkileri bu derece belirgin olarak saptanamamıştır. Farklı araştırmalarda esnek çalışmanın ve sağlığı değerlendirmek üzere kullanılan ölçütlerin farklı tanımlanmasından ve örneklerin farklı özellikleri olmasından kaynaklanan yöntemsel eksiklikler bu sonuca yol açan etmenlerin bir bölümünü oluşturabilir. Diğer yandan esnek çalışmanın yaygınlığının ve etkilerinin içinde yer alınan topluma, piyasa ekonomisinin işleyiş biçimine göre değişiklik göstermesi de bu sonuca yol açan etmenlerin başka bir bölümünü oluşturmaktadır (Kim, 2008).

İşsizlik ve sağlık ilişkisini araştırılan çalışmaların yöntem sorunlarına benzer şekilde; standart olmayan istihdam biçimleri ile çalışanların standart istihdam biçimleriyle çalışanlara göre daha düşük eğitim düzeyine sahip olmaları, işe başlamadan önce sağlık sorunu sahibi olmaları gibi değişkenlerin dikkate alınması gereken karıştırıcı faktörler olduğu belirtilmektedir (Kawachi, 2008). Gerek fiziksel sağlık gerekse mental sağlık için karıştırıcı değişkenlere göre düzeltilerek analiz edildiğinde ya da farklı çalışmaların meta analizi yapıldığında geçici çalışmanın olumsuz

etkilerinin gözlemlenebildiğini kanıtlayan sonuçlar bulunmaktadır. Sağlığı algılanan sağlık ile ölçütlendiren bir çalışmanın (Güney Kore, n=3369) sonuçlarına göre geçici çalışanların algılanan sağlığı erkeklerde (OR:2,01; %95 GA:1,64-2,46) ve kadınlarda (OR: 1,98; %95 GA: 1,59-2,37) daha kötüdür. Yaş, eğitim, medeni durum, çalışılan sektör, sosyal sınıf, hane halkı geliri ve önceki sağlık düzeyine göre düzeltilerek analiz edildiğinde de erkeklerde (OR: 1,39; %95 GA: 1,11-1,74) ve kadınlarda (OR: 1,35; %95 GA: 1,06-1,73) algılanan sağlık daha kötüdür (Kim, 2008). Geçici istihdam ve sağlık ilişkisini araştırılan 27 farklı çalışmanın sonuçlarını analiz eden bir meta analiz değerlendirmesine göre geçici çalışanlarda sürekli çalışanlara göre psikolojik sağlığın bozuk olma riski daha yüksektir (OR: 1,25; %95 GA:1,14-1,38) (Marianna, 2005). Meta analizin çalışmalar arasında yüksek derecede heterojenite saptadığı belirtilen değerlendirmede bu durumun esnek çalışmanın ve değerlendirilen sağlık çıktılarının farklı biçimlerde tanımlanmış olmasından ve ülkelerin koşullarının farklı olmasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Marianna, 2005).

Karıştırıcı değişkenlere göre düzelterek değerlendirdiğinde geçici çalışmanın olumsuz sağlık etkilerini gözlemlemeyen çalışmalar da olmakla birlikte, bu çalışmalar da geçici çalışmanın iş memnuniyetsizliğiyle kuvvetli ilişkisi olduğu noktasında birleşmektedirler. 15 üyeli Avrupa Birliği'nin ülkelerini içeren Avrupa çalışma surveyinin (AÇS) 2.'si (AÇS 1995, n=15.146) ve 3.'sünün (AÇS 2000, n=21.703) sonuçlarına bakıldığında iş memnuniyetsizliğinin tam zamanlı sürekli çalışanlara göre yarı zamanlı geçici çalışanlarda (OR: 2,53 (AÇS 1995); OR: 2,15 (AÇS 2000)) ve tam zamanlı geçici çalışanlarda (OR: 2,25 (AÇS 1995); OR: 1,77 (AÇS 2000)) daha yüksek olduğu görülmekte ve bu ilişkinin istihdam biçimleri ile ilişkisi araştırılan parametreler içinde en güçlü ilişki olduğu belirtilmektedir (Benach, 2004). Geçici çalışanların kendi içlerinde de ayrıştıklarının, yarı zamanlı çalışanlarda tam zamanlı çalışanlara göre iş memnuniyetsizliğinin daha yüksek olduğunun gösterilmesi; taşeron çalışma ilişkileri derinleştikçe olumsuz sonuçların arttığını göstermesi bakımından anlamlıdır. Kişisel özelliklere (yaş ve cinsiyet) ve ülke verilerine göre (işsizlik oranı, sözleşmeli çalışanların oranı, sosyal güvenlik harcamalarının oranı, kişi başı GSMH) düzeltilildiğinde geçici çalışanlarda sürekli çalışanlara göre iş memnuniyetsizliği daha sık görülmekte (AÇS 1995'te OR: 1,79; %95 GA:1,40-2,28 ve AÇS 2000'de OR:1,55; %95 GA:1,26-1,92), stres daha az görülmektedir (AÇS 1995'te OR:0,71; %95 GA: 0,62-0,83 ve AÇS 2000'de OR: 0,82; %95 GA:0,72-0,93). Kişisel özelliklere ve ülke verilerine göre düzeltilerek yapılan analizde halsizlik/güçsüzlük ve sırt ağrısı için bulunan ilişki istatistiksel olarak anlamlılığını yitirmektedir (Benach, 2004). Diğer yandan 2. ve 3. Avrupa çalışma durumu surveyi verileri karşılaştırıldığında çalışanların sağlık

durumlarının zamanla daha bozulduğu gözlenmektedir. İş memnuniyetsizliği, stres, halsizlik/ yorgunluk ve sırt ağrısı varlığı oranlarının tümünde artış saptanmıştır (Benach, 2004). İngiltere'de 7 bin çalışana içeren bir değerlendirmede standart dışı istihdam biçimi ile çalışmanın sağlık etkisinin olmadığı fakat iş memnuniyetini azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır (Bardasi, 2004). Geçici çalışmanın iş memnuniyetsizliğine yol açtığı sonucu üzerinde çalışmaların birleşmesinin yanı sıra geçici çalışmanın düşük öz saygı, migren tipi baş ağrısı gibi sonuçlara yol açtığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Zeytinogla, 2005).

Geçici çalışanlar iş yeri ortamının olumsuz koşullarından etkilenim ve iş kazaları bakımından da çalışanlar içinde riskli bir grubu oluşturmaktadır. Geçici çalışanlar vibrasyon, gürültü, zararlı maddelerden etkilenim, tekrarlayıcı işlerin de aralarında yer aldığı iş yeri risklerine daha açık iş yerlerinde çalışmaktadırlar. Örneğin bir çalışmada geçici çalışanların sürekli çalışanlara göre daha çok ağrılı ya da yorucu pozisyonlarda çalıştıkları (%42' ye karşın %57), daha çok gürültüye maruz kaldıkları (%29'a karşın %38), daha çok tekrarlı işler yaptıkları (%36'ya karşın %46) bulunmuştur (Benavides, 2000). İş kazalarını analiz eden bir çalışmada (İspanya, 1550 ölümlü ve 1.806.532 ölümlü sonuçlanmayan iş kazası) geçici çalışanlarda iş kazası riskinin ölümlü sonuçlanmayan iş kazaları (OR: 2,94; 95%GA:2,40 - 3,61) ve ölümlü sonuçlanmayan iş kazaları için (OR: 2,54; 95%GA 1,88 -

3,42) daha yüksek olduğu fakat sonuçlar yaş, cinsiyet, meslek, işte geçirilen süre dikkate alınarak düzeltildiğinde istatistiksel anlamlılığın kaybolduğu (ölümlü sonuçlanmayan iş kazaları için OR: 1,05; 95%GA:0,97-1,12 ve ölümlü sonuçlanmayan iş kazaları için OR: 1,07; 95%GA: 0,91-1,26) saptanmıştır (Benavides, 2006). Geçici çalışma ile ilgili meta analiz araştırmasında örneklem büyüklüğü yeterli çalışma sayısının azlığı nedeni ile meta analiz yapılamamış olmasına karşın 13 çalışmanın 7'sinde geçici çalışanların iş kazaları bakımından risk taşıdıkları sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir (Marianna, 2005).

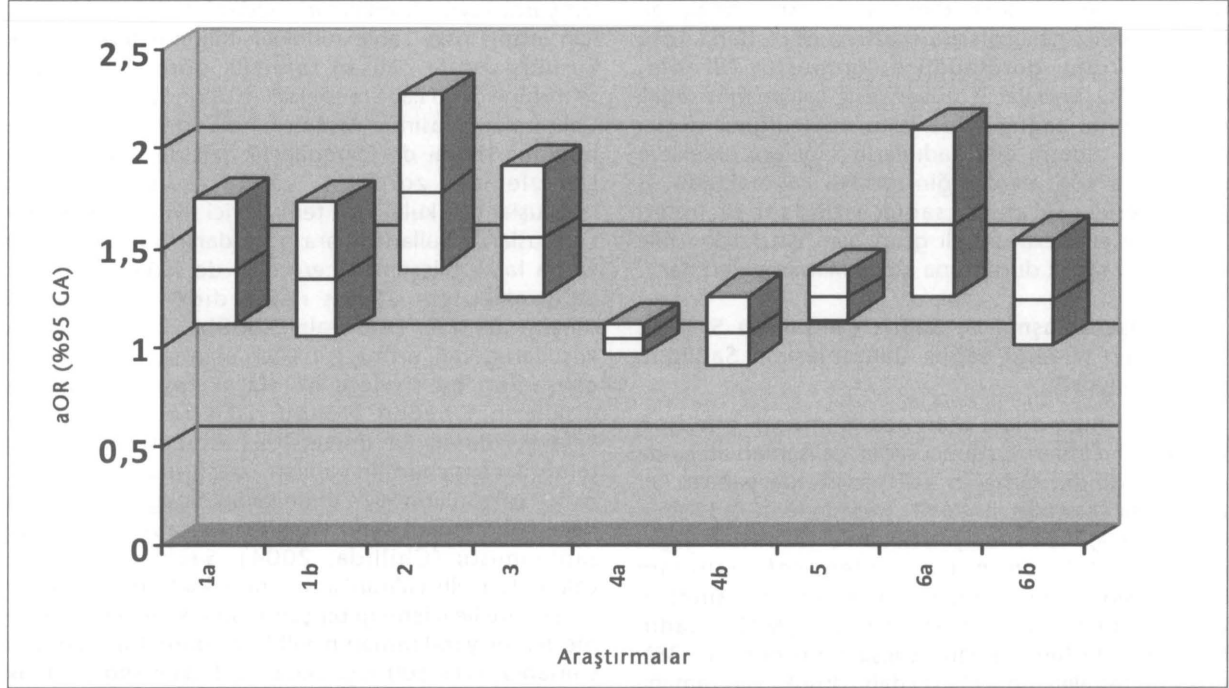
İlginç bir çalışmada geçici çalışmanın olumsuz sağlık etkisinin fizyopatolojisi açığa çıkarılmaya çalışılmaktadır. Karsinogenez ve infeksiyonlara karşı olan önemli rolleri belirlenmiş olan NK (Natural Killer) hücrelerinin etkinlikleri çevresel koşullar ve mental sağlıkla ilişkilidir. Üniversite çalışanları ile yapılan bir çalışmada 40 yaş üzeri çalışanlarda iş ile ilgili stresi olanlarda, genç çalışanlarda ise geçici olarak çalışan ve iş güvencesi olmayanlarda NK aktivitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Boscolo, 2008).

Geçici çalışmanın olumsuz sağlık etkilerinin öldürücü olduğuna işaret eden sonuçlar bulunmaktadır. 1990-2000 yılları arasında değerlendiren bir çalışmanın (Finlandiya, 26.592 erkek ve 65.759 kadın) sonuçlarına göre yaş, mesleki durum (kafa emekçisi ya da kol emekçisi), ücrete göre düzelterek değerlendirildiğinde sürekli çalışanlara göre geçici

Tablo1. Geçici çalışmanın sağlık etkileri ile ilgili bazı çalışma sonuçları

No	Araştırmalar	n	Ölçüt	OR (% 95 GA)	aOR (% 95 GA)
1	Kim, 2008	n=3369	Algılanan sağlık	a)Erkeklerde: 2,01 (1,64-2,46) b)Kadınlarda: 1,98 (1,59-2,37)	a)Erkeklerde: 1,39 (1,11-1,74) b)Kadınlarda: 1,35 (1,06-1,73)
2	AÇS, 1995	n=15.146	İş memnuniyetsizliği		1,79 (1,40-2,28)
3	AÇS, 2000	n=21.703	İş memnuniyetsizliği		1,55 (1,26-1,92)
4	Marianna, 2005	1.806.532 ölümlü sonuçlanmayan iş kazası 1550 ölümlü iş kazası	İş kazası	a) iş kazaları: 2,94 (2,40-3,61) b)Ölümlü iş kazaları: 2,54 (1,88-3,42)	a)iş kazaları: 1,05 (0,97 - 1,12) b)Ölümlü iş kazaları: 1,07 (0,91 - 1,26)
5	Marianna, 2005	Meta analiz (n=27 çalışma)	Psikolojik sağlık		1,25(1,14-1,38)
6	Kivimäki, 2003	(n=92.351)	Mortalite oranları		a)erkeklerde 1,61 (1,25-2,09) b)kadınlarda 1,24 (1,01-1,54)

Şekil 1. Geçici çalışmanın sağlık etkileri ile ilgili bazı çalışma sonuçları



çalışanlarda mortalite riski daha yüksektir (erkeklerde OR: 1,61; %95 GA: 1,25-2,09 ve kadınlarda OR: 1,24; %95 GA: 1,01-1,54). Kadınlarda geçici olarak çalışmakta iken sürekli olarak çalışmaya geçenlerde mortalite riski, çalışma yaşamı boyunca devamlı olarak sürekli çalışanlara göre daha düşüktür. (OR: 0,63; %95 GA: 0,44-0,89). (Kivimaki, 2003). Geçici çalışmadan sürekli çalışmaya geçenlerde mortalite riskinin azaldığının saptanması, iş yaşamında geçici çalışma biçimlerinin önlenmesinin sağlığın geliştirilmesi bakımından önemini ortaya koymaktadır.

2.2. Esnek Çalışma Saatleri

Çalışma saatlerinin esnekliğinin sağlığı ve psikososyal iyilik halini etkilediği, uzun saatler çalışmanın aileden ve sosyal yaşamdan ayrı kalma ve iş veriminde azalmaya yol açtığı bilinmektedir. Esnek çalışma saatleri iritabilite, yorgunluk, baş ağrısı, anksiyete, iş kazaları, uyku bozuklukları, kardiyovasküler sistem ve sindirim sistemi hastalıklarına neden olmaktadır (Costa, 2006; Bohlea, 2004). Çalışanların çalışma saatleri üzerindeki belirleyiciliği azaldıkça esnek çalışmanın olumsuz sağlık etkilerinin arttığı belirtilmektedir; bu etki özellikle akşam ve hafta sonunu içeren çalışma saatleri içinde daha belirgindir (Costa, 2006). Aralarında sağlık çalışanlarının yanı sıra fabrika ve çağrı merkezi gibi farklı işyerlerinden çalışanların yer aldığı bir araştırmada esnek çalışma saatlerinin çalışanların sağlığını olumsuz etkilediği; çalışma saatlerini çalışanların belirlediği duruma göre esnek çalışma saatlerinin işverenler tarafından belirlendiği iş yerlerinde sağlığı, bozucu etkisinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Janssen, 2004).

Geçici çalışanlar çalışma saatlerinin gün içindeki yeri ve uzunluğuyla ilgili çok daha az kontrole sahiptirler. Geçici çalışanlar devamlı çalışanlara göre çok daha az ya da çok daha fazla çalışma saatlerine sahip olabilmektedirler. Veriler yarı zamanlı çalışanların büyük bölümünün geçici çalıştığı ve iki ya da daha çok işte birden çalıştığını göstermektedir. Seyahat, yeni çalışma koşullarına uyum güçlüğü ve ek stres nedeni ile birden fazla işte çalışma, tek işte uzun süreli çalışmaya göre daha fazla iş güvenliği riskine sahiptir (Costa, 2006).

2.3. İş Güvencesizliği

İş güvencesiz çalışma da çalışma yaşamının kuralılaşdırılmasının sonuçlarından birisi olarak çalışanları etkilemektedir. İş güvencesiz çalışma ve sağlık ilişkisi özellikle algılanan sağlığın kötü oluşu, psikiyatrik morbidite ve kimi kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının da arasında yer aldığı hastalıklar için daha belirgindir (Ferrie, 2005; Lau, 2008)

İzmir'de 11 özel sağlık kuruluşunda çalışan 462 hemşirede algıladıkları iş güvencesizlikleri daha yüksek olanlarda algılanan anksiyete (OR: 3,4; %95 GA: 1,2-3,9) ve depresyon varlığının (OR: 2,2; 95%GA: 1,4-5,6) daha sık görüldüğü saptanmıştır (Boya, 2008). 1995 ve 2000 yılları arasında sağlıktaki değişmeyi araştıran bir değerlendirmede (Danimarka, n=3727) iş güvencesizliğinin kadınlarda sağlıktaki bozulma için risk oluşturduğu (OR: 1,78; 95%GA: 1,24-2,54) ilişkisinin en çok 50 yaş ve altı kadınları etkilediği bulunmuştur (OR: 2,13; 95%GA: 1,32-3,45) (Rugulies, 2008). Kesitsel bir çalışmada (Avustralya, n=2.497) işsizlerin çalışanların tümünden daha kötü

sağlık durumuna sahip oldukları, fakat çalışanlar gruplandırılarak değerlendirildiğinde resmin değiştiği, iş güvencesiz çalışanlarda işsizlere göre daha kötü sağlık durumu görüldüğü bulunmuştur (**Broom, 2006**). Araştırmalar iş güvencesiz çalışmanın sağlık çalışanlarının sağlığını da kötü etkilediğini, geçici çalışmada olduğu gibi kadınların sağlığını erkeklere göre daha kötü etkilediğini ortaya koymaktadır. İş güvencesiz çalışanlar, sağlık istihdam biçimleri ilişkisinde en dezavantajlı grup olan işsizlerden bile daha kötü sağlık durumuna sahip olabilmektedirler.

3. Taşeronlaşma ve Sağlık Çalışanları Sağlığı: İstihdamın Niteliği Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Nasıl Etkiliyor?

Sağlık hizmetleri alanında standart olmayan istihdam biçimleri yardımcı sağlık çalışanları arasında daha yaygındır. Örneğin acil servislerde yapılan bir çalışmada (Kanada, n=8640) hemşirelerin %37'sinin tam zamanlı, %24'ünün yarı zamanlı, %24'ünün geçici çalıştığı, %14'ünün ise birden çok istihdam kategorisinde yer aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin çoğunluğu kadın olmakla birlikte (%95); kadın hemşirelerde tam zamanlı çalışanların oranı (%36), erkek hemşirelere göre (%51) daha düşük; yarı zamanlı ya da geçici olarak çalışanların oranı ise (%50) erkeklere göre (%33) daha yüksektir. Yarı zamanlı ya da geçici olarak istihdam edilenlerin oranı genç hemşirelerde daha yüksektir (**Alamgir, 2008a**). Aynı çalışmaya göre esnek istihdam hastabakıcılarında (Kanada, n=2697) daha yaygın bir uygulamadır, %30 'u tam zamanlı, %20'si yarı zamanlı, %40'ı geçici çalışmaktadır (%10'u birden çok istihdam kategorisinde yer almakta) (**Alamgir, 2008a**). Taşeron çalışma ilişkilerinin genel olarak çalışanları içerme biçimine koşut olarak sağlık alanında da kadınların, kol emekçilerinin, genç çalışanların öncelikli hedef grubunda yer aldığı görülmektedir.

Standart olmayan istihdam biçimlerinin sağlık çalışanlarının sağlığını nasıl etkilediğine yönelik çalışma sonuçları özellikle hekimler ve yardımcı sağlık personeli için yetersiz olmakla birlikte, taşeronlaşma sürecinin başlama noktasını oluşturan dolayısıyla taşeronlaşma sürecinden en uzun süreli etkilenen sağlık hizmetlerindeki temizlik çalışanları için kimi sonuçlar bulunmaktadır. Temizlik çalışanları sadece sağlık sektöründe değil tüm hizmetler sektöründe önemli bir istihdam alanını doldurmaktadır ve taşeronlaşma sürecinde ilk akla gelen iş kolunda yer almaktadır.

Temizlik çalışanlarının çalışan popülasyonun önemli ve niceliği zamanla artan bir oranını oluşturduğu, (örneğin Finlandiya'da tüm çalışanların %4'ü ve İspanya'da kadın çalışanların %10'u) sağlık sektöründe istihdam edilen temizlik çalışanlarının da temizlik sektörü içerisinde önemli orana karşılık geldiği (örneğin Kanada için %30) belirtilmektedir (**Alamgir,**

2008b). Temizlik çalışanlarının çoklu ergonomik ve kimyasal kaynaklı etkilenim nedeni ile iş yaralanması için artmış riske sahip oldukları bilinmektedir. Sağlık kuruluşlarında çalışan temizlik görevlileri sağlık sektörüne özgü ilave mesleki risklerle karşı karşıyadır. Çalışmaları sırasında yaşamı tehdit eden patojenlerin bulaşma riskini de içerebilecek şekilde tıbbi atıkları temizlemek zorunda kalmaktadırlar. Sağlık kuruluşlarında kullanılan temizleyici sıvıların sağlık dışı kuruluşlarda kullanılanlara göre daha güçlü olmaları ya da farklı bileşenler içermeleri de sağlıklı temizlik çalışanları için artmış riskin diğer etmenlerini oluşturmaktadır (**Alamgir, 2008b**). Zaten çalışma koşulları gereği artmış iş riskleri olan sağlıklı temizlik çalışanları bu risklere ek olarak taşeron çalışma ilişkilerinin neden olduğu risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bir üniversite hastanesinin taşeron temizlik çalışanları ile yapılan çalışmada (Portekiz, n=50) çalışanların %74'ünün kadın olduğu, %36'sında hekim tarafından tanı almış bir hastalık bulunduğu saptanmıştır (**Chillida, 2004**). Sağlık sektöründe çalışan temizlik çalışanlarının mesleki yaralanma için bir yıl süre ile izlendiği bir çalışmanın sonuçlarına göre mesleki yaralanmanın yıllık insidans hızı temizlik çalışanlarında 100 kişi yılda 32,1 iken diğer sağlık sektörü çalışanlarında 13,0'dır (**Alamgir, 2008b**).

Yardımcı sağlık personelinde iş kazası sıklığını araştıran bir çalışmaya göre hemşirelerde tam zamanlı çalışanlarda iş kazası hızı yarı zamanlı ve geçici olarak çalışanlara göre daha yüksek iken (kişi yıl olarak sırasıyla %7,4-%5,3-%5,5) aynı şekilde hasta bakıcılarda tam zamanlı çalışanlarda iş kazası hızı yarı zamanlı ve geçici olarak çalışanlara göre daha yüksektir (kişi yıl olarak sırasıyla %25,8-%22,9-%18,1) (**Alamgir, 2008a**). Belirli zaman dilimi içinde daha uzun süreli çalışanlarda daha çok iş kazası görülmesi beklenen bir sonuç olabilir. Sağlık sektöründe geçici çalışanlar için iş kazalarıyla ilgili bu ve benzeri sonuçların deneyimsizlik ve belirsiz çalışma saatlerinin olmadığı yüksek derecede özgüllük gerektiren mesleklerde sektöre bağlı olabileceği belirtilmektedir (**Alamgir, 2008a**).

4. Taşeronlaşma ve Sağlık Hizmetleri: Sağlık Çalışanları İstihdamının Niteliği Sağlık Hizmeti Sunumunu Nasıl Etkiliyor?

Sağlık hizmetlerinin taşeronlaştırılmasında hastanelerin laboratuvarlarının ve görüntüleme birimlerinin özel şirketler eliyle yürütülmesi yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. (**Procop, 2003; Wong, 2005**). Hastanelerin özellikleri ve laboratuvarların taşınması gereken teknik özellikler dikkate alınmaksızın salt mali nedenlerle taşeronlaştırılma, hizmet sunumunda yetersizliklere neden olabilmektedir. Diğer yandan eğitim hastanelerinde laboratuvarların taşeronlaştırılması eğitim işlevinin büyük oranda aksamasına neden olmaktadır (**Procop, 2003**).

Kimi zaman taşeron şirket hizmeti hastane dışında sunabilmektedir. Taşeronlaştırılan ve hastane dışı merkezlerde yürütülen laboratuvar ve radyoloji hizmetlerinde tetkikin ne zaman ve nerede yapılacağına hastanın erişim olanakları dikkate alınmaksızın taşeron laboratuvarlar tarafından karar verilmesi, hastanın hizmete ulaşımında fiziksel engeller yaratarak, tedavi sürecini aksatmakta, bunların yanı sıra yanlış çıkan ya da çıkmayan tetkik sonuçlarına yol açabilmektedir (Chasin, 2007). Oysa mikrobiyoloji laboratuvarlarının hastane dışındaki kuruluşlar üzerinden taşeronlaştırılması yerine hastanede kalması daha maliyet etkin olabilir. Patojenlerin hızlı ve doğru tanımlanması tedaviyi doğru yönlendirerek geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanım süresini kısaltır, hastanede kalış süresini azaltır ve ek radyolojik testler gibi gereksiz testlerin yapılmasını önleyebilir (Procop, 2003).

Özellikle klinik örneklerin doğrudan muayenesi ile incelenen mikroorganizmalar için standart mikrobiyolojik testlerin taşeronlaştırılması hizmet sunumunda aksamalara yol açabilir. Laboratuvarların taşeronlaşması sonuçların zamanında hekime ulaşmasını engelleyerek hastanın tedavisine başlamada geç kalınmasına ya da tedavinin yanlış yönlendirilmesine yol açabilmektedir. Laboratuvar sonuçlarının geç çıkması sağlık çalışanlarının sağlığı açısından alınması gereken önlemlerin zamanında alınmasını da engelleyebilir (Procop, 2003).

Taşeronlaşmanın dünya genelindeki öncüsü ve lideri konumundaki ABD'den sağlıkta taşeronlaşmanın sağlık hizmet sunuma etkilerini örnekleyen iki olgu dikkat çekicidir. Olgular taşeronlaştırılan laboratuvarların yanlış/eksik çıkan ya da zamanında çıkmayan sonuçlarının tedavi sürecini yanlış yönlendirerek komplikasyonlara neden olduğunu göstermektedir.

Olgu 1: Ani başlayan ateş şikayeti ile birinci basamak hekimine başvuran ve klinik görünümü sepsis ile uyumlu olan çocuktan kan kültürü alınarak taşeron laboratuvara gönderilir ve im. seftriakson yapılarak hastaneye yönlendirilir. Hastanede bakteriyel menenjit şüphesi ile seftriakson ve vankomisin tedavisi başlandıktan sonra taşeron laboratuvarından birinci basamak hekimine kan kültüründe N. menenjitis ürediğinin bildirilmesi üzerine vankomisin tedavisi kesilir. Hastanenin kan kültürü sonucunu taşeron laboratuvarından doğrulama girişimleri laboratuvar belli saatlerde çalıştığı için başarısız kalır. 48 saat sonra çocukta konvülzyon ve solunum yetmezliği gelişmesi üzerine yoğun bakıma kaldırılır. Yeniden vankomisin başlanması ile birlikte durumu düzelen hastanın yatış sonrası alınan BOS kültüründe Streptococcus pneumoniae ürer. Kan kültürü alındıktan 6 gün sonra taşeron laboratuvar tarafından birinci basamak hekimine Streptococcus pneumoniae ürediği yazılı olarak bildirilir. Hasta hayatta kalır fakat menenjit bilişsel gelişiminde gecikmeye yol açar (Chasin, 2007)

Olgu 2: 48 yaşında ağır sigara içicisi bir kadın pulmoner nodul biyopsisi sonucu koksoidomikoz tanısı almış ve flukanazol tedavisi başlanmıştır. Tedavi süresince akciğer grafileri ile takip edilmesi planlanır fakat kadının sigortası onu hastane dışındaki taşeron şirkete yönlendirir. Taşeron sağlık kuruluşu tarafından çekilen akciğer filmlerinde hastanede çekilen filmlere göre nodülde büyüme saptandığı raporlanır. Bunun üzerine hasta başka bir hastaneye başvurarak nodülün cerrahi olarak çıkarılmasını sağlar. Patoloji sonucu yalnızca koksoidomikoz olarak gelir (Chasin, 2007)

5. Yetersiz İstihdam ve Sağlık Hizmetleri: Sağlık Çalışanları İstihdamının Niceliği Sağlık Hizmeti Sunumunu Nasıl Etkiliyor?

Sağlık çalışanları istihdamının nitel özellikleri kadar niceliği de sağlık hizmetlerini etkilemektedir. Çalışmalar hekim yetersizliği ve yardımcı sağlık personeli yetersizliğinin sağlık hizmeti sunumunu olumsuz etkilediği sonucunda birleşmektedir.

Sağlık personeli yetersizliğinin özellikle hastane enfeksiyonları için önemli bir risk etmeni olduğu araştırmalarla belirlenmiştir. Kanada'da genel pediatri kliniğinde yapılan bir çalışmada hemşire yetersizliğinin nozokomiyal gastroenteritler için risk etmeni olduğu bulunmuştur. Hemşire çalışma saatinin daha az olduğu (hasta günü başına 10,5 saattten az) günlerin sonrasında (72 saatlik süre için) nozokomiyal viral gastroenterit insidansının, hemşire çalışma saatinin daha çok olduğu (hasta günü başına 10,5 saatten fazla) günlerin sonrasındaki insidandan daha yüksek olduğu (RR: 2,94; %95 GA:2,16-4,01) saptanmıştır (Stegenga, 2002). Yoğun bakım ünitesine yatan hastalarda (İngiltere, n=782 hasta) yapılan bir çalışmada, MRSA bulaşı için risk faktörleri araştırılmıştır. Yaş, cinsiyet, alta yatan hastalık, başvuru nedeni, yapılan medikal işlemler, yetmezlikteki organ sayısı vb. gibi çok sayıdaki tıbbi parametrenin değerlendirildiği çalışmada; kurulan modelde MRSA bulaşıyla anlamlı olarak ilişkili bulunan tek etmen personel yetersizliğidir. Çalışmada yeterli personel istihdamı ile MRSA olgularında %12'lik bir azalma sağlanabileceği saptanmıştır (Grundmann, 2002). Hemşire yetersizliğinin yenidoğan bakım ünitelerinde nozokomiyal enfeksiyonlara ve salgınlara yol açtığına, erişkinlerde operasyon sonrası dönemde artmış pnömoni ve üriner sistem enfeksiyonlarıyla ilişkili olduğuna dair bulgular ortaya koyan başka çalışmalar mevcuttur (Haley, 1982; Kovner, 1998; Harbarth, 1999).

Yetersiz sağlık çalışanı istihdamının ölümcül sonuçlarını hem hastanelerdeki mortalite oranları açısından hem de topluma dayalı mortalite oranları açısından görmek olanaklıdır. İngiltere'de kaba ölüm hızları ve hastane mortalite hızları üzerinden yapılan bir çalışmada mortalite belirleyicileri arasında acil başvuruları ile birlikte yatak başına düşen hekim

sayısının ve toplumda kişi başına düşen genel pratisyen sayısının ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (**Jarman, 1999**). Kesitsel bir çalışmada (ABD, n=10.184 hemşire, 232.342 hasta) hasta hemşire oranındaki artışın (hastanelerin ve hastalıkların özelliklerine göre düzeltme yapıldıktan sonra) yatan hastalarda mortalite artışına, hemşirelerde tükenmişlik sendromu ve iş memnuniyetsizliğinin artışına neden olduğu saptanmıştır (**Aiken, 2002**).

6. Taşeronlaşma ve Sağlık Sistemleri

Taşeronlaşma maliyetlerin azaltılması ve verimliliğin artırılması amaçları ile gündeme gelmesine karşın kimi araştırma sonuçları sağlıkta taşeronlaşma ile her zaman umulan sonucun elde edilemediğine dair sonuçlar oraya koymaktadır. İtalya'da elektrofizyoloji ve kateterizasyon laboratuvarı hizmetleri taşeronlaştırılan bir kardiyoloji bölümünde, hizmetlerin üretilmesi ve satın alınması durumlarındaki maliyetleri karşılaştırılmıştır. Sonuçta hizmetlerin satın alınmasının maliyeti yalnızca %2 daha düşürdüğü saptanmıştır (**Inama, 2008**). ABD'de hastanelerin bilgi işlem birimlerinin taşeronlaştırılması popüler bir yaklaşım olarak benimsenmekte, sonuçları genelleyebilecek kanıtlar olmamasına karşın bunun maliyetleri azaltmayı sağlayacağı düşünülmektedir. Oysa ABD'de 83 hastanenin verileri ile yapılan bir çalışmada bilgi işlem birimlerinin taşeronlaştırılması ile hastane finansal performansı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (**Menachemi, 2007**). İtalya'da ulusal bir surveyin verilerine dayanılarak; taşeronlaşmanın klinik servislerin hizmet amaçlarına ulaşmada yetersizliklere yol açtığı; yöneticilerin maliyetlerin azalması ve etkinliğin artması ile ilgili beklentilerini karşılayamadığı anlaşılmıştır (**Macinati, 2008**). Avustralya'da taşeron sözleşmelerinin hem taşeron çalışanlar hem de devamlı çalışanların çalışma ilişkilerinin düzenlenmesinde sorunlara yol açtığı ve hem devamlı hem taşerona bağlı çalışanların güven ve morallerini azalttığı, bu sonuçların sözleşmelerin erken sonlandırılmasına neden olduğu ifade edilmektedir (**Young, 2008**).

Sağlıkta taşeronlaşma erken kapitalistleşmiş merkez ülkelerde olduğu gibi çevre ülkelerde de sağlık politikaları içinde farklı görünümde altında kendine rol bulabilmektedir. Bahreyn ve Lübnan özelleştirme politikalarına sahip oldukları için, İran'da yerelleştirme politikalarının parçası olarak, Afganistan'da bozulan temel sağlık hizmetlerini acilen düzeltmek için, Tunus'ta vatandaşların tedavi için yurt dışına gidişini engellemek amacıyla fiyatları azaltmak için, Pakistan'da HIV riski taşıyanların hizmet erişimini arttırmak için, Ürdün'de özel sağlık kuruluşlarını geliştirmek için, Mısır'da özel hastanelerin medikal teknolojileri geliştirmek için taşeronlaştırma tercih edilmektedir (**Siddiqi, 2006**). Farklı düzey ve biçimlerde sağlık hizmetlerini taşeronlaştırma deneyimi olan çevre ülkelerde taşeronlaşmanın sağlık sistemine etkileri arasında bazı olumlu sonuçların yanında çok

sayıda olumsuz sonuç da yer almaktadır. Mısır'da taşeron kuruluşların bakanlık tarafından akredite edilmediği ve profesyonel yöneticilerinin bulunmadığı, Lübnan'da hizmet sunumunda çakışmalar nedeniyle hizmet fazlalığı olduğu ve taşeron şirketlerle sözleşmenin performansa dayalı olmadığı, Pakistan'da taşeron kuruluşların teknik yetersizlikleri olduğu, İran'da özel sektörün kentsel alanda yoğunlaştığı ve kuruluşların birinci basamak sağlık hizmeti deneyimi olmadığı, Suriye'de taşeronlaştırılan hizmetlerin kalitesinin değerlendirilemediği belirtilmektedir (**Siddiqi, 2006**).

7. Sonuç ya da İstihdam Biçimleri Nereye Kadar Esnekleştirilebilir?

Standart istihdam biçimleriyle çalışma, sürekli (belirli ve geçici bir dönem için sözleşmeli değil), tam zamanlı (yarı zamanlı değil), iş güvenceli (iş güvencesiz değil), üretilen malın ya da sunulan hizmetin asli üreticisi olan tek bir işverene bağlı olarak (taşeron şirketlere bağlı olarak çalışma değil) çalışmayı tanımlamaktadır. Bu bileşenlerden çeşitli sapmalarla çalışanlar ise standart olmayan istihdam biçimleriyle çalışmanın tanımını içine girmektedirler. Serbest piyasa egemenliğinin üretim ilişkilerini taşıdığı yerin sonucu, geleneksel olarak temel olan "sürekli-tam zamanlı-asıl işverene bağlı-iş güvenceli" çalışma tali hale gelmiş; bunun yerine söz konusu formülün bileşenlerinden biri ya da bir kaç esnetilerek oluşturulan esnek çalışma ilişkileri yeni temeli oluşturmaya başlamıştır. Standart olmayan istihdam biçimlerinin yaygınlaşması, kapitalist üretim ilişkileri çerçevesinde kar oranlarını idame ettirebilmek için geliştirilen yöntemlerden birisidir ve sermaye ile emek arasındaki dengelerin yeniden ama sermayenin tek yanlı insiyatifi ile kurulmasına aracılık etmektedir (**Belek, 1997**). Mümkün olan en düşük ücretlendirme ile mümkün olan en uzun sürede ve yoğunlukta çalışanları istihdam etme hedefi, çalışanları yalnızca "maliyet unsuru" olarak gören ve üretim süreçlerini tek amacı kar maksimizasyonu olan bir faaliyet olarak kurgulayan "kapitalist mantık" için doğaldır.

Ekonomik büyümenin faktörü olan ve esnek olarak istihdam eden çalışanların sağlıklarıyla ilgili parametrelerin ekonomik büyümenin parametreleri ile ters yönlü bir ilişki içinde olması ise en azından herkes için sağlık öngören bir halk sağlığı anlayışı açısından doğal değildir. Çalışmalar standart olmayan istihdam biçimleri ile çalışanların daha kötü fiziksel ve ruhsal sağlık düzeylerine sahip oldukları, iş yeri ortamının olumsuz sağlık etkilerine daha çok maruz kaldıkları, iş kazaları ve yaralanmaları için risk grubu oluşturdukları, tüm bu etmenlerin bakiyesi olarak daha yüksek mortalite oranlarına sahip olduklarını göstermektedir. Esnek çalışma ilişkilerinin sağlık hizmetlerini içermesi, hem sağlık çalışanları sağlığı için olumsuz sonuçlar doğurmakta hem de hizmet sunumunu imkansızlaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri, ekip

hizmetidir. Sağlık ekibinin içinde yer alan farklı mesleklerin hatta aynı meslek grubu içindeki çalışanların bile farklı biçimlerde istihdam edilmesi sağlık ekibini parçalamakta ve bu sonuç hizmet sunumunu olumsuz etkilemektedir. Taşeronlaştırılmış sağlık hizmetlerinde hastalar sağlık kuruluşlarının kapısından girmekle kendilerini adeta her aşamasında taşeron ayrı bir birimin devreye girdiği bir üretim bandının üzerinde bulmaktadırlar. 20. yüzyıl kapitalizminde bir otomobilin her bir parçasının ayrı bir taşeron şirket tarafından üretilmesi gibi şimdi sıra 21. yüzyıl kapitalizminde her bir organın ayrı bir taşeron şirket tarafından "tamir" edilmesine gelmiştir.

Sağlıkta taşeronlaştırma bir hastanenin hizmetlerinin bir bölümünün özel şirketlere devredilmesi gibi gözle görülür somutlukta karşımıza çıkmasının yanı sıra daha dolaylı yolların sonucu olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle az gelişmiş çevre ülkelerden erken kapitalistleşmiş merkez ülkelere sağlık çalışanlarının göçü şeklinde beliren sağlık emek göçü ve hastaların bazı cerrahi işlemleri merkez ülkelerdeki fiyatların %10-20'sine yaptırabildikleri çevre ülkelere gitmeleri şeklinde beliren sağlık turizmi sonu sağlığın taşeronlaştırılması kavşağında biten yolları oluşturmaktadır. Göç eden sağlık çalışanları merkez kapitalist ülkelerdeki taşeron sağlık şirketlerinin esnek istihdam ve düşük ücret politikaları için en uygun adayları oluşturmakta diğer yandan sağlık turizmi ile merkez kapitalist ülkelerdeki bazı sağlık hizmetleri farklı kitadaki taşeronlara aktarılmış olmaktadır (Segouin, 2005). Özellikle nitelikli emek gücü için emek göçü, özellikle düşük vasıflı emek gücü için taşeron şirketlerde esnek çalışma, sermaye birikim modellerini işleten mekanizmalar olarak çalışanların karşısına çıkmaktadır.

Esnek çalışma ilişkileri dünyanın çok farklı bölgelerinde konumlanan çalışanları ortak bir "kader birliği" içine sokmaktadır. Türkiye'ye coğrafya olarak çok uzak ama taşeron sağlık çalışanlarını üretim ilişkileri içinde konumlandığı yer bakımından (dünyanın herhangi bir yerindeki başka herhangi bir ülke gibi) çok yakın olan bir ülkeden, Yeni Zelanda'dan bir örnek sağlığa taşeronlaşmanın varması muhtemel sonuçlarından birisini örneklemektedir: Yeni Zelanda'da kamu sağlık kurumlarında temizlik, yemek, hastabakıcılık işlerinde taşeron şirketlerde çalışan işçiler aynı işi yapan kadrolularla eşit ücret ve eşit çalışma koşulları talebiyle sendikaları aracılığıyla Mart 2006'da "sağlıklı hastaneler için sağlıklı ücret" kampanyası başlatırlar. Kampanya sonucunda ülkenin en büyük taşeronu olan ve yaklaşık 1500 işçi çalıştıran Avustralya merkezli çok uluslu bir şirket dışındaki tüm taşeronlarla talepler etrafında bir anlaşma sağlanır. İşçiler taleplerinin kabul edilmesi için daha eylem hazırlığında iken taşeron şirket lokavt ilan eder. Hastane içi sessiz yürüyüşler, hastane bahçesinde direniş çadırları, diğer sektörlerdeki çalışanlarla sendikal dayanışma, kamuoyu baskısı oluşturabilmek için çalışmalar ve hukuksal girişimleri içeren girişimler sonrasında

taşeron şirket hem ücret hem çalışma koşulları için sendika ile masaya oturmayı kabul etmek zorunda kalır. Sağlık alanında ülke tarihinin en büyük eylemini gerçekleştiren taşeron sağlık işçileri süreci şöyle özetlemektedirler: "Kararlı durduk, birlik olduk, dayanışmayı çoğalttık ve patronu yendik" (www.sendika.org, 2007).

"Esnek" Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "Bir dış gücün etkisi altında uzama, kısalma, eğilme, vb. biçim değişikliklerine uğradıktan sonra, etkinin kalkmasıyla eski biçimini alabilme özelliğinde olan" biçiminde tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr, 2008). Serbest piyasanın üretim ilişkilerini örgütlenme tarzının doğal bir aracı olarak beliren esnek çalışma ile birlikte çalışanların üretim süreçleriyle ilişkisi esnemekte, TDK'nın tanımına atıfla çalışma saatleri uzamakta ya da kısaltılmakta, iş güvencesi hakkı çalışanların aleyhine işverenlerin lehine olacak biçimde eğilmektedir. Çalışanların üretim süreçleriyle olan ilişkilerinin esnemesi, bu esnekliğin çalışanları düşürdüğü maddi koşulların zorunlu bir sonucu olarak, çalışan insanların insanca yaşam koşullarıyla olan ilişkisini; buradan hareketle diğer insanlarla ve doğayla olan ilişkisini de esnetmektedir. Çalışanlar zaten egemen üretim biçimleri ile epeyce esnetilmiş olan ilişkilerini hep birlikte ve tümünden kopararak, üretim ilişkilerinin başka formda örgütlenmiş bir biçimi ile başka bir ilişki kurmanın olanaklarını yaratabilirler. Bu yolla üretim ilişkilerinin sürekli esnetilmesinin sonucu olarak çalışanların insanca yaşam koşulları ile ilişkisinin kopması olasılığı yerine; çalışanların mevcut üretim ilişkileriyle bağlantılarının kopması sayesinde insanca yaşam koşulları ile ilişkilerinin yeniden kurulması olasılığı gerçekleşmiş olacaktır. Böylece TDK'nın tanımına atıfla etkinin kalkması ile eski biçimi alma gerçekleştirebilecek sözcük kendi tanımının sınırlarını tamamlayacaktır.

Teşekkür: Değerli katkıları için Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu'na teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH.(2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction JAMA.;288(16):1987-1993

Alamgir H., Yu S., Chavoshi N., Ngan K. (2008). Occupational injury among full-time, part-time and casual health care workers. Occupational Medicine; 58:348-354.

Alamgir H., Yu S. (2008). Epidemiology of occupational injury among cleaners in the healthcare sector Occupational Medicine; 58:393-399.

Bardasi E, Francesconi M. (2004). The impact of atypical employment on individual wellbeing: evidence from a panel of British workers Soc Sci Med. May;58(9):1671-88

Benach J, Gimeno D, Benavides F.G, Martínez J.M, María T. (2004) Types of employment and health in the European Union Changes from 1995 to 2000 *European Journal Of Public Health*; 14: 314-321.

Benavides F G, Benach J, Diez-Roux A V, Roman C. (2000) How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions *J Epidemiol Community Health*;54:494-501

Benavides FG, Benach J, Muntaner C, Delclos GL, Catot N, Amable M. (2006) Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? *Occup Environ Med.* Jun;63(6):416-21.

Bohlea P, Quinlana M, Kennedy D, Williamson A. (2004). Working hours, work-life conflict and health in precarious and "permanent" employment *Rev saude publica* (38) suppl,19-25.

Boscolo P, Di Donato A, Di Giampaolo L, Forcella L, Reale M, Dadorante V, Alparone F, Pagliaro S, Kouri M, Magrini A, Fattorini E. (2008). Blood natural killer activity is reduced in men with occupational stress and job insecurity working in a university *Int Arch Occup Environ Health* Oct 22

Belek I. (1997) Yeni Kapitalist Paradigma ve "Kaliteli" Yönetim Toplum ve Hekim cilt :12 sayı: 77 s:34-39.

Boya FO, Demiral Y, Ergör A, Akvardar Y, De Witte H. (2008). Effects of perceived job insecurity on perceived anxiety and depression in nurses Effects of perceived job insecurity on perceived anxiety and depression in nurses *Ind Health.* Dec;46(6):613-9.

Broom DH, D'Souza RM, Strazdins L, Butterworth P, Parslow R, Rodgers B. (2006). The lesser evil: bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians *Soc Sci Med.* Aug;63(3):575-86.

Chasin B.S, Elliott S.P, Klotz S.A. (2007) Medical Errors Arising from Outsourcing Laboratory and Radiology Services *The American Journal of Medicine* 120, 819.e9-819.e11

Chillida Mde S, Cocco MI. (2004). Worker's health & outsourcing: worker's profile in a hospital cleaning service. *Rev Lat Am Enfermagem.* Mar-Apr;12(2):271-6.

Costa G, Sartori S, Akerstedt T. (2006). Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being. *Chronobiol Int.*;23(6):1125-37

Ferrie JE, Shipley MJ, Newman K, Stansfeld SA, Marmot M. (2005). Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship. *Soc Sci Med.* Apr;60(7):1593-602.

Grundmann H., Hori S., Winter B., Tami A., Austin D. J. (2002). Risk Factors for the Transmission of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in an Adult Intensive Care Unit: Fitting a Model to the Data *The Journal of Infectious Diseases*;185:481-8

Gustafsson O, Saksvik PØ (2005). Outsourcing in the public refuse collection sector: exploiting old certainties or exploring new possibilities? *Work.*; 25(2):91-7

Haley RW, Bregman DA. (1982) The role of understaffing and overcrowding in recurrent outbreaks of staphylococcal infection in a neonatal specialcare unit. *J Infect Dis*;145:875-885.

Harbarth S, Sudre P, Dharan S, Cadenas M, Pittet D. (1999) Outbreak of *Enterobacter cloacae* related to understaffing, overcrowding and poor hygiene practices. *Infect Control Hosp Epidemiol*;20:598-603.

Inama G, Claus M, Nossai WS, Pedrinazzi C, Durin O, Catanoso A, Cacucci M, Valentini P, Rizzini AL, Agricola P, Romagnoli G, Magarini AM, Bruni E, Aguzzi R, Soccini F, Maltagliati D (2008). Outsourced service management of the catheterization laboratory in the cardiology department: lights and shadows. *G Ital Cardiol (Rome).* Apr;9(4):262-9.

Janssen D, Nachreiner F. (2004). Health and psychosocial effects of flexible working hours. *Rev saude publica* ; 38 (supl): 11-8.

Jarman B., Gault S., Alves B., Hider A., Dolan S., Cook A., Hurwitz B., Iezzoni L. I. (1999) Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data *BMJ* Volume 318 5 June

Kawachi I. (2008), Globalization and Workers' Health *Industrial Health*, 46, 421-423

Kim M, Kim C, Park J.K, Kawachi I. (2008) Is precarious employment damaging to self-rated health? Results of propensity score matching methods, using longitudinal data in South Korea, *Social Science & Medicine.* Dec;67(12):1982-94

Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie J.E. (2003). Temporary Employment and Risk of Overall and Cause-specific Mortality *Am J Epidemiol*;158:663-668.

Kovner C, Gergen PJ. (1998) Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image J Nurs Sch*;30:315-321.

Lau B, Knardahl S. (2008). Perceived job insecurity, job predictability, personality, and health *J Occup Environ Med.* Feb;50(2):172-81.

Lewchuk W, Wolff A, King A, Polanyi M. (2003) From Job Strain To Employment Strain:Health Effects Of Precarious Employment 24 Just Labour vol. 3 23-35.

Lethbridge J. (2004). Public sector reform and demand for human resources for health Human Resources for Health, 2:15.

Macinati MS. (2008) Outsourcing in the Italian National Health Service: findings from a national survey Int J Health Plann Manage. Jan-Mar;23(1):21-36..

Marianna V, Mika K, Matti J, Pekka V, Marko E, Jussi V. (2005).Temporary employment and health: a review International Journal of Epidemiology;34:610-622..

Menachemi N, Burkhardt J, Shewchuk R, Burke D, Brooks RG. (2007). To outsource or not to outsource: Examining the effects of outsourcing IT functions on financial performance in hospitals. Health Care Manage Rev. Jan-Mar;32(1):46-54..

Ostry AS, Spiegel JM. (2004) Labor markets and employment insecurity: impacts of globalization on service and healthcare-sector workforces Int J Occup Environ Health. Oct-Dec;10(4):368-74..

Procop G.W, Washington W. (2003). Outsourcing Microbiology and Offsite Laboratories Implications on Patient Care, Cost Savings, and Graduate Medical Education, Arch Pathol Lab Med-Vol 127, 623-624..

Rugulies R, Aust B, Burr H, Bültmann U (2008) Job insecurity, chances on the labour market and decline in self-rated health in a representative sample of the Danish workforce J Epidemiol Community Health. Mar;62(3):245-50.

Segouin C, Hodges B, Brechat P.H. (2005). Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward outsourcing? International Journal for Quality in Health Care; Volume 17, Number 4: pp. 277-279

Siddiqi S, Masud T. I, Sabri B. (2006) Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region Bulletin of the World Health Organization;84:867-875.

Stegenga J, Bell E, Matlow A. (2002). The Role of Nurse Understaffing in Nosocomial Viral Gastrointestinal Infections on a General Pediatrics Ward Infection Control And Hospital Epidemiology Vol. 23 No. 3. 133-136.

Young S. (2008). Outsourcing in public health: a case study of contract failure and its aftermath. J Health Organ Manag.;22(5):446-64

Wong WS, Roubal I, Jackson DB, Paik WN, Wong VK. (2005). Outsourced Teleradiology Imaging Services: An Analysis of Discordant Interpretation in 124,870 Cases J Am Coll Radiol;2:478-484.

Zeytinogla IU, Seaton MB, Lillevik W, Moruz J. (2005). Working in the margins women's experiences of stress and occupational health problems in part-time and casual retail jobs Women Health.;41(1):87-107.

www.sendika.org (2007) Yeni Zelanda kamu hastanelerinde başarılı bir taşeron örgütlenmesi deneyimi. 02 Ağustos 2007. http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=12449 erişim tarihi: 17.01.2009

www.tdk.gov.tr (2008). erişim tarihi: 03.01.2009