

# SAĞLIK EMEK GÜCÜNÜN AKP İLE GEÇEN 15 YILI

Özlem ÖZKAN\*

**Öz:** Bu makalenin amacı, AKP ile geçen 15 yılda yürütülen sağlık politikalarının sağlık emek gücüne etkilerini ortaya koymaktır. Bunun için AKP Programı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, 2002'den bu güne toplam dört genel seçim beyannamesi, 9. ve 10. beş yıllık kalkınma programları, AKP 2023 Vizyonu, AKP'nin sekiz Hükümet Programı'ndan yedisi ve onların dört eylem planı olmak üzere 21 belge analiz edilmiştir. Bu belgelerde, sağlık emek gücünün doğrudan ne kadar yer aldığı, nasıl kavramsallaştırıldığı, esnek üretimin ve sağlık reformlarının önemli yapı taşı olan sayısal esneklik, zamana göre esneklik, fonksiyonel esneklik, ücret esnekliği, üretim sürecinde esneklik, işyerinin esnekleştirilmesi ya da uzaklaştırma stratejileri ve istihdam esnekliğinin yer alıp almadığı, yer aldysa ne şekilde ele alındığı incelenmiştir. Belgelere göre, AKP büyük oranda sağlık reformlarının özüne uygun olarak emek etkinliğinin öznesi olan insanı, emek gücü olmaktan çıkarak, onu, daha çok başkaları tarafından kullanılan para, sermaye gibi nesnelere dönüştürme anlamında olan "sağlık insan kaynağı" kavramını kullanmıştır. Belgelerde, sağlık emek gücünün emek sürecinde en fazla sırasıyla; sayısal esneklik, sağlık hizmetlerini sağlık kurumları dışına taşıyarak sağlık emek gücünün çalışma mekânı da değiştiren evde sağlık hizmetleri, performansa dayalı ücretlendirme, sözleşmeli ve tele çalışmaya dayalı esnek istihdam, emek denetim mekanizması ile görelî sömürü mekanizmalarının aracı olan Toplam Kalite Yönetimi ve Hareket-Zaman Etüdü çalışma örneği olan Merkezi Hastane Randevu Sistemi bulunmaktadır. Tüm bu yapısal değişimler, diğer ülke örneklerinde de görüldüğü gibi, ticarileşmiş sağlık hizmetlerine sağlık emek gücünü entegre etme, mutlak ve görelî sömürü mekanizmalarıyla sömürü oranlarını artırma sürecidir.

**Anahtar sözcükler:** sağlık emek gücü, sağlıkta dönüşüm programı, sağlık reformu, emek süreci, esnek üretim

## Health Labour Force's 15 Years With AKP

**Abstract:** The objective of the review is to expose the impact of 15 years long government of the AKP (Justice and Development Party) and its health policies on labour force in health. The study analysed 21 documents that include the AKP Programme, Transformation in Health Programme, 2023 Vision for Human Resources in Health, four general election declarations of the ruling party since 2002, 9<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> five-year development plans, AKP's 2023 Vision, seven of eight government programmes and four action plans associated with these programmes. These documents were analysed with respect to the following: the space dedicated directly to health labour force; how it is conceptualized; whether and how such important building blocks of flexibility as numerical flexibility, flexibility in working hours, functional flexibility, wage flexibility, flexibility in production processes, workplace flexibility or distancing strategies and employment flexibility are covered. According to documents, the AKP largely strips human being as the subject of labour activity of its character of labour power and instead uses the concept "human resources in health" that denotes its transformation into objects such as money and capital mostly used by others. In the labour process of health labour force, priority is given to numerical flexibility, introduction of home-based delivery of health services instead of health institutions, performance-based remuneration, flexible employment based on-contract and teleworking, labour supervision mechanism, and the Central Hospital Appointment System representing Total Quality Management and Time and Motion Study as instruments of relative exploitation mechanism are among other structural changes. As can be seen in cases from other countries, all these structural changes constitute a process in which health labour force is integrated with commercialized health services and rates of exploitation are increased in absolute and relative terms.

**Key words:** health labour force, health transformation programme, health reform, labour process, flexible production

## I. Giriş

Kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasından ticarileşmesine kadar giden tüm süreçte, sağlık kurumları, sağlık finansmanı, sağlık hizmetleri gibi sağlık sisteminin önemli bir parçası olan sağlık emek gücü de yapısal değişimlerle karşı karşıya kalmıştır. Bu yapısal değişimin temel aktörlerinden birisi de kapitalist ülkelerde bunları doğrudan ya da örtük bir biçimde destekleyen ve yürütücü aktörü olan hükümete gelen siyasi partilerdir. Bu yazının amacı, ülkemizde 2002 yılından günümüze Adalet

ve Kalkınma Partisi (AKP) ile geçen 15 yılda, onların yürüttükleri sağlık politikalarının sağlık emek gücüne etkilerini ortaya koymaktır. Makalenin ilk bölümünde sağlık emek gücünün tanımı ve genel özellikleri, ikinci bölümde, sağlık emek gücünün mevcut durumuna yaklaşımda yöntem sorunu ele alınacaktır. Üçüncü bölümde, 1970 sonrasında esnek üretimin ve sağlık reformlarının sağlık emek gücünü yapısal olarak nasıl dönüştürdüğü tartışılacaktır. Amaç, AKP döneminin genelde sağlık

\*Doç. Dr., Kocaeli Dayanışma Akademisi (KODA)

Geliş Tarihi / Received : 14.11.2017

Kabul Tarihi / Accepted : 29.12.2017

politikalarının, özelde mevcut sağlık emek gücü politikalarının ona özgün olmadığını gözler önüne sermektedir. Dördüncü ve son bölümde ise AKP'nin 58. Hükümet ile başlayan bugün 65. Hükümet'e ulaşan toplam 15 yılda izlediği sağlık politikalarının sağlık emek gücü üzerine genel etkileri ortaya koyulacaktır. Bunun için AKP'nin sağlık politikalarına yer verdiği 26 temel belge kullanılacaktır. Bu belgeler: a) Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP). b) AKP Programı. c) Sağlık Bakanlığı (SB)'nin Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. d) AKP'nin toplam sekiz hükümet programı ve onların sekiz eylem planı. e) AKP'nin 2002, 2007, 2011 ve 2015 olmak üzere toplam dört genel seçim beyannamesi. f) 9. (2007-2013) ve 10. (2014-2018) beş yıllık kalkınma programları ve g) AKP 2023 Vizyonu'dur. Çünkü, bir siyasi partinin programı, seçim beyannameleri, bildirgeleri ya da kimi diğer resmi belgeleri, onun sağlık alanına bakışını, sistemde var olan sorunlara ne gibi çözümler üretmek istediğini, nasıl bir sağlık sistemini yaşama geçirmeyi hedeflediğini ve bu hedeflere hangi araçlarla ulaşacağını gösteren resmi belgelerdir. Bu resmi belgelerle yapılandırılan temel sağlık programları ise sağlık emek gücü, sağlık finansmanı, sağlık hizmetleri gibi sağlık sisteminin bileşenleri temelinde mevcut sağlık politikalarının yönünü, eylemlerini ayrıntılandıran ve mevzuatlara alt yapı oluşturan belgelerdir. Dolayısıyla bu belgeler, mevzuatları şekillendirme özelliğine sahiptirler.

Makalede toplam 26 belgenin analiz edilmesi hedeflenmesine karşın, 7 Haziran Milletvekili Genel Seçimleri sonucuna göre kurulan seçim hükümeti olan 63. Hükümet üç ay sürdüğünden, onun programı ve eylem planı bulunmamaktadır. 59., 61., 62., hükümet programlarının eylem planlarına ulaşamamıştır. Tüm bu nedenlerden dolayı, 21 belge analiz edilmiştir. Analizde, belgelerde sağlık emek gücünün doğrudan ne kadar yer aldığı, AKP'nin sağlık emek gücünü nasıl kavramsallaştırdığı, esnek üretimin ve sağlık reformlarının önemli yapı taşı olan sayısal esneklik, zamana göre esneklik, fonksiyonel esneklik, ücret esnekliği, üretim sürecinde esneklik, işyerinin esnekleştirilmesi ya da uzaklaştırma stratejileri ve istihdam esnekliğinin yer alıp almadığı, yer aldıysa ne şekilde ele alındığı incelenecektir. AKP dönemindeki sağlık politikalarının sağlık emek gücü üzerine etkilerinin yol açtığı sonuçlar oldukça kapsamlı bir konu olduğundan, bu yazı kapsamı dışında tutulmuştur.

## II. Sağlık emek gücünün genel özellikleri

Sağlık sisteminin bir bileşeni olan sağlık emek gücü; emek nesnelere ve emek araçlarını kullanarak,

kamu ya da özel sağlık kurumları/kuruluşları içinde ve/veya dışında; kişilerin, hastaların, ailelerin, toplumların sağlığının geliştirilmesi, kişilerin/hastaların sağlığının korunması, sağlığı bozan durumların önlenmesi, tedavi, bakım ve rehabilitasyonun sağlanması amacıyla emek etkinliğini gerçekleştiren ücretli emektir. Bazı temel özellikleri şu şekildedir;

**1. Uluslararası Emek Örgütü (ILO), OECD ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık emek gücünün sınıflandırılmasında Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması (ISCO)-08'i kullanmaktadır. ISCO-08'e göre sağlık emek gücü, beş grupta sınıflandırılmaktadır. Bunlar; sağlık profesyonelleri (genel pratisyen hekim, uzman hekim, ebe, hemşire, diş hekimi, eczacı, geleneksel ve tamamlayıcı tıp profesyonelleri gibi 14 meslek), yardımcı sağlık çalışanları (tıbbi görüntüleme ve terapötik donanım teknisyeni, tıbbi ve patoloji laboratuvar teknisyeni, eczacı teknisyeni ve yardımcısı, tıbbi ve diş protez teknisyeni, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı gibi 16 meslek), sağlık hizmetlerinde kişisel bakım çalışanları (sağlık bakım yardımcısı, eve dayalı kişisel bakım çalışanı, sağlık hizmetlerinde sınıflandırılmayan kişisel bakım çalışanları olmak üzere 3 meslek), sağlık yönetimi ve destek personeli (sağlık hizmeti yöneticisi, sınıflandırılmayan sağlık hizmeti yöneticisi, yaşam bilimi uzmanı, sosyal destek ve danışmanlık profesyoneli, tıbbi sekreter gibi 13 meslek) ve de sınıflandırılmayan sağlık hizmeti sağlayıcıları (silahlı kuvvetlerin meslekleri, herhangi bir yerde sınıflandırılmayan diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları olmak üzere iki meslek grubu)'dır (WHO, 2013; WHO, 2010). Sağlıkta olduğu gibi, bir alanda çok sayıda meslek olduğunda, gruplandırma önemli olabilir. Ancak, ILO, OECD ve DSÖ'nün bu gruplaması, nitelikli/niteliksiz, kafa/kol ya da esnek üretimde merkez/çevre işçi ayrımına dayalıdır.**

**2. Son kırk yıldan beri, sağlık hizmetlerinde pahalı, yeni ve ileri teknolojinin kullanımı artmasına karşın, sağlık alanı halen emek yoğun bir sektördür (Øvretveit, 2003). Ayrıca, böyle bir teknolojinin kullanımının artması da sağlık emek gücüne olan gereksinimi azaltmamış, tersine nitelikli emek gücü gereksinimini daha da artırmıştır.**

**3. Gerek ileri teknoloji gereksiniminin, gerekse beraberinde teknik iş bölümünün artması, sağlık emek gücünde sürekli eğitimi, uzmanlaşmayı, ileri düzey uzmanlaşmayı ve branşlaşmayı zorunlu kılmıştır (Navarro, 1978). Böyle bir durum, sağlık emek gücünün sağlık dışı meslek gruplarıyla ikâme edilmesini olanaksızlaştırma gibi küçük bir olumlu katkı sunarken, emek gücünün bölünmesi, cinsiyete dayalı iş bölümünün artması gibi sayısız olumsuz sonuca yol açmıştır.**

4. Kapitalist ülkelerdeki sağlık sisteminde sağlık emek gücü yanında, üretim araçlarının mülkiyetine sahip bazı hekim, dış hekim ve eczacılar sınıfsal olarak küçük ya da büyük burjuvazi konumundadır. Özellikle 1970 sonrasında, sağlık işçileri ve sağlıkçı patronların yanında, piyasalaşan ve ticarileşen sağlık hizmetleriyle özellikle kamu ve özel hastanelerin en yüksek dereceli yöneticileri-CEO- ise üçüncü yeni bir kategoridir.

5. Sağlık hizmetindeki emek etkinliği; çok yönlü, çok çeşitli, çok farklı meslek grupları ya da aynı meslek grubundaki çok farklı uzmanlık alanlarına sahip emek gücü ile yerine getirilir. Örneğin, hastanede yatan sadece bir hasta için bile, aynı anda çok farklı uzmanlık alanlarına sahip çok sayıda hekim, hemşire, diyetisyen, laboratuvar teknisyeni, diğer ilgili teknisyenler, eczacı, temizlik işçisi, gerektiği durumlarda psikolog ve fizyoterapist hizmet verebilmektedir.

6. Sağlık hizmeti üretirken, beşinci maddede belirtilen sağlık emek gücünün sayısının ve çeşitliğinin fazla olması, belirli oranda onları birbirine bağımlı kılmaktadır. Bu bağımlılık, ekip çalışmasını ve dayanışmayı zorunlu hale getirmektedir. Ne var ki, sağlık alanında son kırk yıldır artan ticarileşmeyle, sağlık emek gücünün sınıfsal konumunu değiştirmesi, teknik iş bölümü, esnek istihdam gibi uygulamalarla sınıf içinde katmanlaşma ya da tabakalaşma artmıştır. Böyle olunca, beşinci maddede belirtilen durum, dayanışmayı ve ekip çalışmasını değil, tersine, rekabete bir ivme kazandırmıştır. Bu da sağlık emek gücündeki çelişkilerin ve/veya çatışmaların ortaya çıkmasına ya da var olanların derinleşmesine yol açmıştır.

7. Sağlık emek gücü hizmet verdiği kişilerin/hastaların mahrem ya da özel durumlarının da bilgisine sahip olduğundan, ilişki karşılıklı olarak sürekliliği, güveni ve yüz yüze iletişimi gerektirir. Böyle bir profesyonel ilişki; esnek istihdam, taşeron çalışma, performansa dayalı ücretlendirme, tele teknolojilerin kullanılması, hasta sayısının fazla olması, yoğun iş yükü vb. uygulamalarla sağlık emek gücünün hizmet verdiği kişilerle/hastalarla ilişkisini olumsuzlaştırmıştır.

8. Sağlık emek gücünün büyük bir bölümünün çalıştığı başta hastaneler olmak üzere diğer tedavi ve rehabilite edici kurumlarda hizmet verdikleri hastalar ağırlı, acılı, yardıma muhtaç ve çeşitli düzeyde onlara bağımlıdır. Hem yedinci hem sekizinci maddedeki durumlar, piyasalaşan ve ticarileşen sağlık hizmetlerinde sağlık emek gücü ile hizmet verdiği kişiler arasında şiddete varan iş kazalarına ve meslek hastalıklarına yol açmaktadır.

9. Sağlık hizmeti 24 saat kesintisiz süren bir hizmet olduğundan, vardiyalı çalışma, icapçı çalışma gibi çalışma biçimleri zorunluluk olmuştur.

10. Ülkelerin kapitalizme eklenme biçimi, merkez-çevre konumlanışı, geç kapitalistleşen bir ülke olup olmaması, sağlık hizmetlerinin piyasaya entegre olma düzeyi, dinin toplum üzerindeki etkileri gibi nedenlere bağlı olarak, ülkeler arasında farklılıklar gösterse de sağlık emek gücü kadın emeğine dayalıdır; hatta gelinen noktada çoğu ülkede sağlık emek gücü feminize olmuştur

11. Bir yandan kapitalizmin neoliberal ekonomi politikaları, yerine bir yandan ataerki kapitalizm, öte yandan dinsel düşünce ve uygulamalar birbirini yendiren üretirken, özellikle kadın, göçmen, farklı etnik kimliği olan, inanmayan ya da farklı dini inançları olan vb. sağlık emek gücünün ayrımcılıklara maruz kalmasına neden olmaktadır (Belek, 2006; Navarro, 1978; Özkan ve Hamzaoğlu, 2008; Özkan, 2014; Özkan, 2016a).

### III. Sağlık emek gücünün mevcut durumuna yaklaşımda yöntem sorunu

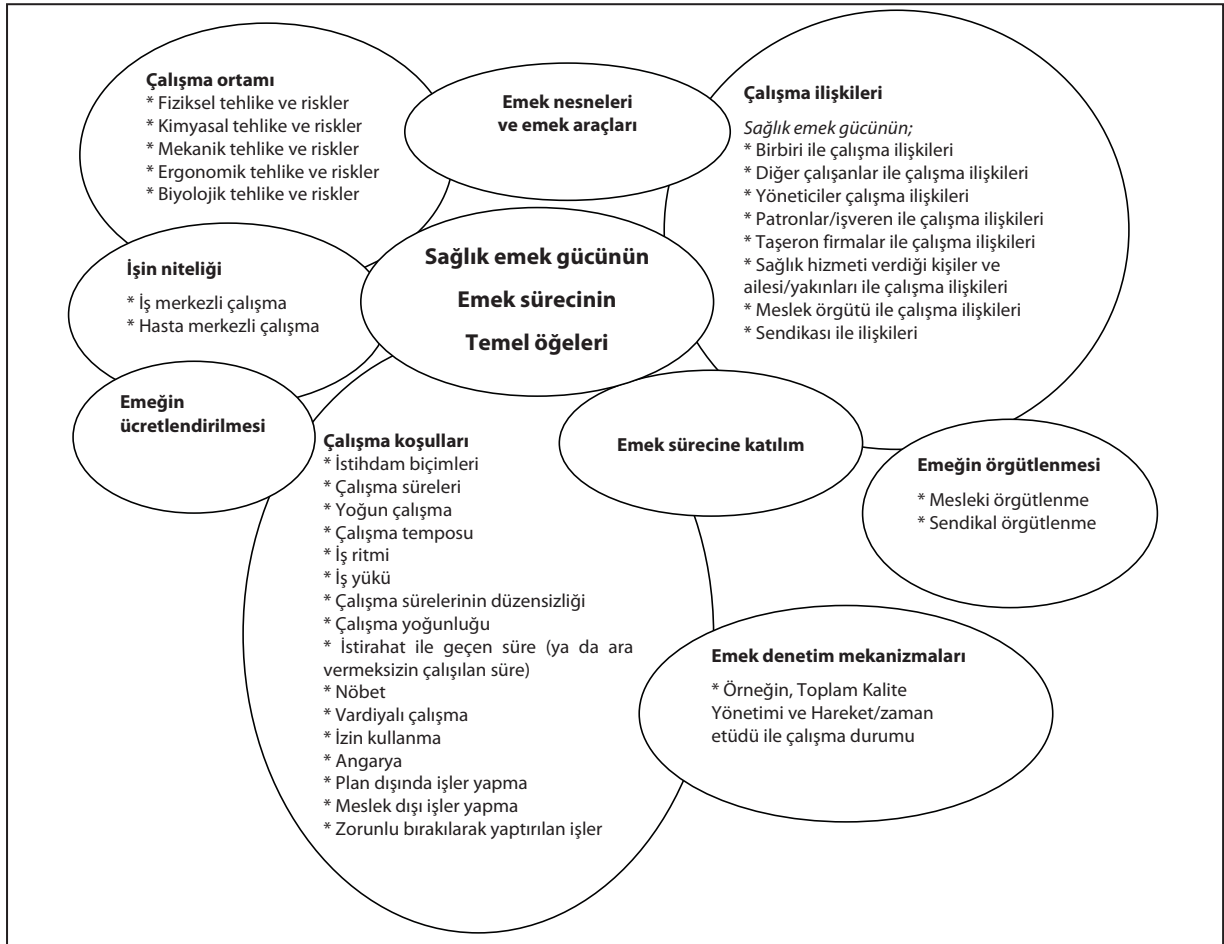
Genelde işçi sınıfının, özelde yukarıda ifade edilen özelliklere sahip sağlık emek gücünün mücadelesi dönüştürücü bir etkiye sahip değilse, kapitalist sistem karşısında sosyalist sistem yoksa, emek etkinliği, tarihsel ve toplum bağlamı olan hâkim üretim tarzının belirleyiciliğinde gerçekleşir. Bu belirleyicilik, şekilde de ayrıntılı olarak gösterilen sağlık emek gücünün çalışma ortamını, çalışma koşullarını, çalışma ilişkilerini, emek nesnelere, emek araçlarını, işinin niteliğini, emek denetim mekanizmalarını vb. sağlık emek sürecinin tüm öğelerini belirler. Bir başka ifadeyle, hâkim üretim tarzı sağlık emek gücünün çalışma ortamı, çalışma koşulları vb. öğelerin nasıl ve neden ortaya çıktığının açıklayıcı değişkenidir. Dolayısıyla, sağlık emek gücünün mevcut durumu ya da mevcut herhangi bir durumun nedenleri incelenirken, öncelikle şekilde belirtilen temel öğelerle, bunları belirleyen ya da ortaya çıkaran (temel neden, gerçek neden, toplumsal etken) ve etkileyen (kolaylaştırıcı faktörler, ara nedenler) ilişkilerle birlikte, diyalektik olarak ele alınırsa karşılaştığımız sayısız olay ve olguyu açıklama, karmaşık görünen ilişkileri anlama olanağı sağlanacaktır (Olman, 2006; Muntaner ve ark., 2015). Bu nedenle, sağlık emek gücünün sağlığı, meslek hastalıkları, iş kazaları, işe bağlı sağlık sorunları, özlük hakları, lisans eğitimi, bilimsel bilgi üretimi, çalışma yaşamıyla ilgili mevzuatı, iş doyumu, tükenmişlik, iş stresi vb. konular, bu belirleyen ve etkileyen ilişkilerin sonucunda

ortaya çıkan sonuçlar ya da son nedenlerdir (Tablo 1). Ne var ki halk sağlığında, işçi sağlığı ve güvenliğinde yaygın yaklaşımlardan birisi son neden ile ara neden ve temel neden ilişkisinin kurul(a)mamasıdır. Diğeri, DSÖ'nün sağlığın sosyal belirleyiciler yaklaşımında da olduğu gibi, ara nedenlerin temel neden olarak kabul edilmesidir. Bu yaklaşımda örneğin, sağlık durumundaki bireysel ve gruplar arasındaki farklılıkları ve dağılımı etkileyen ekonomik (işsizlik, çalışma koşulları, gelir vb.) ve sosyal koşullar (konut, eğitim, sağlık vb.) temel neden olarak görülmekte (**Wilkinson ve Marmot, 2003**), onların olumsuzlaşmasına yol açan temel nedeninin bilgisi ise hiç ele alınmamaktadır. Bir diğeri ise 1980'li yıllardan itibaren ağırlık kazanan, herhangi bir sorunun temel nedeninin bireysel risk faktörleriyle açıklanmasıdır. Bu yaklaşımda, toplumsal perspektif tümüyle görmezden gelinip, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık emek gücünün de karşı karşıya kaldığı sorunun kaynağı bireysel olarak görülür. Dolayısıyla, sorunun nedeni ya da sorumlusu yine o işçinin/kişinin kendisi olur. Bir başka ifadeyle, işçinin kendisi kurbandır ya da

suçludur (**Pearce, 1996; Syme, 1998**). Sonuç olarak, her üç yaklaşım da sorunların nedenleri, salt yüzeydeki görüntüleri olduğundan, parça/bütün, temel neden/ara nedenler ilişkisi görünmez kılınmaktadır (**Olman, 2006**).

#### IV. Esnek üretim, sağlık reformları ve sağlık emek gücünün yapısal dönüşümü

Kapitalizmin 1970'li yıllarda tekrarlayan yapısal kriz karşısında sermaye sınıfı ve aktörleri, bunu aşmanın yolunu neoliberal ekonomi politikalar, Boratav'ın ifadesiyle (2016), sermayenin sınırsız sömürü ve tahakküm programı olarak görmüştür. IMF, Dünya Bankası (DB) ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi sermaye sınıfının aktörleri bu neoliberal ekonomik politikaları "yapısal uyum programları" paketi adı altında ABD ve G8 ülkelerinde "Washington Uzlaşısı", Avrupa Birliği (AB)'nde ise "Brüksel Uzlaşısı" ile tüm kapitalist ülkelere uygulamaya başlamıştır (**Waitzkin, 2005; Özkan, 2016a**). Kapitalizmin sosyal devlet uygulamalarını yaşamın her alanından kaldırıp, yerine uluslararası/ulusal sermayenin sınırsız sömürü ve tahakküm programını koyan bu ekonomi poli-



Şekil. Sağlık emek gücünün emek sürecinin temel öğeleri (Yazar tarafından bu makale için hazırlanmıştır)



tikalar, emek sürecinde de “esnek üretimi” çözüm reçetesi olarak sunmuştur. Böyle olunca; emek süreci; *sayısal esneklik* (piyasalardaki talep değişikliğine ve yeni teknolojik uygulamalara göre emek gücünün sayısının ve niteliğinin belirlenmesi), *zamana göre esneklik* (iş sürelerinin kayganlaştırılması), *fonksiyonel esneklik* (işçilerin iş tanımlarının esnekleştirilmesi, emek-gücünün birbiri ile ikâme edilmesi), *ücret esnekliği* (ücret yapısının emek piyasasına göre düzenlenmesi) ve *üretim sürecinde esneklik, işyerinin esnekleştirilmesi ya da uzaklaştırma stratejileri* (işyerinin bölünmesi, küçülmesi, bağımsız birimlere ayrılması ya da taşeronlaşma vb.) ve *istihdam esnekliği* ile karşı karşıya kalmıştır. Ülkeden ülkeye ve iş kollarına göre değişmekle birlikte, esnek istihdam uygulamaları şunlardır: 1) Düzenli ve düzensiz yarı zamanlı istihdam 2) Çağrı üzerine çalışma 3) Evde çalışma 4) Tele çalışma 5) İntern ve stajyer çalıştırma 6) İş paylaşımı 7) Taşeron çalışma 8) Ödünç iş ilişkisi 9) Vardiyalı çalışma, gece çalışması ve tatil günü çalışma 10) Mevsimlik işçi 11) Enformel istihdam 11) Sıkıştırılmış (yoğunlaştırılmış) çalışma haftaları 12) Durumsal çalışma ile düzensiz çalışmadan oluşan gündelik/rastlantısal çalışma 13) Kısa ve uzun süreli sözleşmelere dayalı geçici çalışma 14) Sözleşmeli çalışma (belirli süreli sözleşmeli çalışma, hafta sonu sözleşmeli çalışma, sözleşmeli şirket işçiliği, bağımsız sözleşme yapanlar, sözde-kendi hesabına çalışma) 15) Kısa süreli çalışma ve 16) Kaydırılmış çalışmadır. Belirli süreli sözleşme çalışma, kısmi süreli sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı çalışma, geçici çalışma, çağrıya dayalı çalışma, zorunlu çalışma sürelerinin uzatılması ve çalışma saatlerinin düzensizleştirilmesi, yoğun çalışma, aşırı çalışma, tele çalışma, intern ve stajyer çalıştırma sağlık alanında yaygın kullanılan esnek istihdam biçimleridir. Emek sürecindeki esnek üretim ile gerçekleşen bu yapısal dönüşümün temel amacı, sermaye sınıfının ve savunucularının iddia ettiklerinin tersine, esnekleşmiş piyasanın ani, hızlı, gelişen ve değişen durumlarına, çeşitliliklerine yanıt vermek, yeni üretim sektörlerine, yeni yönetim biçimlerine uyum sağlamak, sıfır hata ile üretmek ve üretim akışını kesintiye uğratmamaktır Diğer amacı, emek gücünün küresel piyasada rekabet edilebilmesini sağlamak için gerekli vasıflara ve çoklu görevlere sahip olması, özellikle denetim ve kontrol mekanizmalarıyla kolektif eylemler için hareket edememesi, düşük maliyetli ve sermayenin kısa sürede dolaşıma girmesi, işçilerin bedenlerinin, üretim deneyimlerinin ve zihinsel potansiyellerinin sonuna kadar sermaye sınıfı tarafından sınırsız kullanılabilme koşullarını oluşturarak, onların kâr oranlarını artırmasıdır (Özkan, Çatıker, 2010; Akt. Özkan ve Hamzaoğlu, 2014).

1970’li yıllarda tüm kapitalist ülkelerde sağlık emek gücü bir yandan yukarıda ifade edilen esnek üretim, diğer bir yandan eş zamanlı olarak sağlık reformları gibi iki yeni durum ile daha karşı karşıya kalmıştır. Artık sağlık, sermaye sınıfı için yeni bir sermaye birikim alanıdır. Bu da sağlık reformlarıyla yaşama geçirilmektedir. Bu nedenle, DB, hemen 1970’li yılların başında sağlık reformları için çalışmalara başlamıştır. Öyle ki DB, 1990’lı yılların başına gelindiğinde, sağlık reformlarının gerçekleşmesi için ülkelere borç veren en büyük kuruma dönüşmüştür. Bundan olsa gerek, hangi kapitalist ülkede olursa olsun tüm sağlık reformları, DB patentli ve tek tip olma özelliğine sahiptir. Bunun yanında, maliyet stratejisi, birey merkezli, tüketim ve tedavi odaklı, cepten ödemeye dayalı, toplumun sağlık gereksinimini değil, tümüyle piyasanın gereksinimlerini önceleyen, talep yönelimli, sağlık bakanlığını piyasacı ve ticarileşmiş sağlık hizmetlerini denetleyen/düzenleyen kurumlara indirgeyen, özellikle çevre kapitalist ülkeleri ilaç, aşı, sağlık ve tıp teknolojinde dışa bağımlı olması da diğer ortak bazı özellikleridir (Özkan, 2016b; Homedes ve Ugalde, 2005). Böyle olunca, kırk yıldır sağlık sistemleriyle ilgili uluslararası literatür büyük oranda sağlık reformlarına odaklanmıştır. Mevcut sağlık politikalarındaki hâkim analiz ise sağlık alanını ekonomik bir sektör olarak ele aldığı için girdilerin ve çıktılarının analiz edildiği değerlendirme tekniklerinden ibaret olmuştur (Koivusalo ve Mackintosh, 2004).

Sağlık reformlarının ilk ve zorunlu aşaması sağlık alanının ticarileşmesinin de varlık koşulu olan sağlık hizmetlerinin meta formuna bürünmesidir (metalaşması, metalaştırılması). Yani sağlık alanındaki üretimde, emek gücü kullanılarak, her şeyin kullanım değeri ya da kişisel tüketim, yararlılık ve işlevsellik fonksiyonundan (metanın nitelik yönü) çok, doğrudan alım ve satım için üretilmesidir. Sağlık alanında üretilen her şey, sadece kâr sağlamak için değil, aynı zamanda değişim için üretilmekte, bir başka ifadeyle, değişim değeri olan bir ürüne dönüşerek, insanlar arasındaki ilişkiler ile nesnelere arasındaki ilişkiler yer değiştirmektedir. Tüm özel sağlık kurumlarında üretilen sağlık hizmetleri buna bir örnektir. Emek ürününün değer biçimini aldığı yer ise mübadele ilişkilerinin gerçekleştiği yerdir ya da piyasadır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ise sermaye sınıfı ve aktörleri tarafından belirlenen çeşitli rıza mekanizmalarıyla alıcıların ve satıcıların bir araya geldiği, alışın, satışın, değişimin ve tokuşun mübadeleye dönüşmesidir. Piyasalaşmış sağlık hizmetlerinde, hasta ve sağlık emek gücü ilişkileri de dâhil, her türlü üretim ve eylem piyasada mübadele edilmek için gerçekleşir. Kamudan özel sektöre

kaynak aktarılması sağlık hizmetlerin piyasalaşmasına bir örnektir. Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ise üretilen mal ve hizmetlerin piyasa kurallarına açılması, kurumların ve bireylerin her türlü eylem ve stratejilerini piyasa güdümünde olmasıdır. Özellikle kapitalizmin küreselleşme süreciyle çevre kapitalist ülkelerdeki hastaneler, klinikler, sağlık sigorta şirketlerine başka ülkelerdeki yatırımcıların

büyük yatırım yapmasıyla sonuçlanır. Kamu sağlık hizmetleri için ödenen katılım ve katkı payları, temizlik hizmetlerinin ihale usulü satılması, kamuda sağlık hizmetlerin nakit gelir ya da kâr için üretilmesi ve yatırıma dönüşmesi sağlık hizmetlerinin ticarileşmesine bazı örneklerdir (Yaman, 2016; Öztürk, 2017; Koivusalo ve Mackintosh, 2004; Timmermans, 2004).

**Tablo 1. Esnek üretimin ve sağlık reformlarının sağlık emek gücüne etkileri ve bazı sonuçları**

Etkileri	
Yeni ortaya çıkan	Artış gösteren
Piyasalardaki talep değişikliğine ve yeni teknolojilere uyum için sayısal esneklikle sağlık emek gücü sayısının artırılması	Emek gücünde katmanlaşma ya da tabakalaşmanın ↑
Fonksiyonel esnekliğe bağlı nitelikli emek ile niteliksiz emeğin birbiri ile ikâme edilmesi	Sağlık emek gücünün feminizasyonunun ↑
Performansa göre ücretlendirme	Sağlık emek gücünün hastanelerde istihdamının ↑
Uluslararası sağlık emek gücü göçü	Özel sağlık kurumlarında istihdamın ↑
Emek denetim ve görelî sömürü mekanizmasının bir aracı olan toplam kalite yönetimi (TKY)	Yardımcı sağlık çalışanları ve teknisyen sayısının ↑
Yönetişim ve insan kaynakları yönetimi gibi yeni hizmet ve sağlık emek gücü yönetim biçimleri	Erkek egemen mesleklerde kadınların, kadın egemen mesleklerde erkeklerin baskın olması
Taşeronlaşma	Angarya çalışma
İşsizlik	
Belirli süreli sözleşmeli çalışma, kısmi süreli sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı çalışma, geçici çalışma, taşeron ve stajyer çalıştırma, çağrıya dayalı çalışma, teletıp, telepatoloji, telecerrahi, telepsikiyatri, teleradyoloji, telelaboratuvar tele çalışma, tele evde bakım çalışma gibi Esnek istihdam	
Merkez kapitalist ülkeler için artan durum, çevre kapitalist ülkeler için yeni bir durum: Daha çok çok uluslu ve zincir hastaneler, zincir eczaneler, sağlık marketleri, ev gibi sağlık hizmeti verilen mekânların değişmesinin artmasıyla sağlık emek gücünün de bu mekânlarda çalışmaya başlaması	
Bazı Sonuçları	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meslek hastalıklarının ↑</li> <li>• İş kazalarının ↑</li> <li>• İşe bağlı sağlık sorunlarının (yorgunluk, tükenmişlik, kötü sağlık algısı, fiziksel ve mental yük vb.) ↑</li> <li>• Yeni meslek hastalıklarının, iş kazalarının ve işe bağlı sağlık sorunlarının ortaya çıkması (örneğin, karoşi, karojizatsu)</li> <li>• Başta hekimler olmak üzere, diğer bazı sağlık emek gücünde proterleşme/vasıfsızlaşma, niteliksizleşme</li> <li>• Sendikasılaşma</li> <li>• Gelir ve iş güvencesizliği</li> <li>• İş doyumsuzluğunda ↑</li> <li>• İş stresinde ↑</li> <li>• Yüksek denetim ve kontrol altında çalışma</li> <li>• Cinsiyete, etnik kimliğe, cinsel yönelimlere vb. yönelik ayrımcılığın ↑</li> <li>• Meslek değiştirme, işten ayrılma ve işten ayrılma düşüncesinin ↑</li> <li>• Hızlı tempolu-ağır-yoğun-belirsiz-fazla çalışma</li> <li>• Prekaryal çalışma</li> <li>• Çoklu görevlerde yer alma ↑</li> <li>• İşsizlik kaygısı ve korkusu</li> <li>• Aşırı uzmanlaşma</li> <li>• Yabancılaşma</li> <li>• Sosyal yaşamda uyumsuzluk vb. sorunlar</li> <li>• Özellikle kadın sağlık emek gücünde duygusal emek sömürsünün ↑</li> <li>• Malpraktis ↑</li> </ul>	

Tablo, yazar tarafından bu makale için hazırlanmıştır

Sağlık hizmetlerinin metalaşmasından ticarileşmesine kadar olan süreçte, sağlık emek gücü, eş zamanlı olarak esnek üretim ve sağlık reformları sonucunda yapısal değişimlerle karşı karşıya kalmıştır. Her iki faktörün sağlık emek gücüne temel etkileri Tablo 1’de de görüldüğü gibi, ya yeni durumların ortaya çıkması ya da var olanların etkisinin artması şeklindedir. Bunlardan bazıları; piyasalardaki talep değişikliğine ve yeni teknolojik uygulamalara göre sayısal esneklikle emek gücü sayısının artırılması, uluslararası sağlık emek gücü göçü, fonksiyonel esnekliğe nitelikli emek ile nitelsiz emeğin birbiri ile ikâme edilmesi, performansla göre ücretlendirme vb. yeni ortaya çıkan durumlar. Erkek ağırlıklı mesleklerde kadın, kadın ağırlıklı mesleklerde ise erkeklerin baskın olması, özel sağlık kurumu istihdamında, yardımcı sağlık çalışanları ve teknisyen sayısında ve emek gücü feminizasyonu artış gösteren durumlardır (Tablo 1) (**Özkan, 2014; Özkan, Çatıker, 2010; Özkan, 2016a**).

#### V. AKP’den bugüne sağlık emek gücü

Türkiye’de 1980’den itibaren hükümet olan tüm partiler, 3 Kasım 2002 tarihinde hükümet olan AKP dönemine kadar, sağlık alanının metalaştırılması, piyasalaşması ve ticarileşmesi için uzun bir yol kat etmiştir. Ya da AKP’nin SDP’si için gerekli alt yapıyı hazırlamışlardır. Örneğin, 1982 Anayasa’sının 56. maddesiyle devlet, sağlık hizmetlerini düzenleyici ve denetleyici işleve indirgenerek, genel sağlık sigortası kurulabileceği belirtilerek, sağlık reformuna ilk adım atılmıştır. Üç yıl sonra, Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı DB uzmanlarıyla sağlık reformu görüşmelerine başlamıştır. Ardından DB ile anlaşmalar yapılmış ve krediler alınmıştır. Yoğun olarak 1990-1999 yılları arasında sağlık reformu tartışmaları yapılmış, onun bilgisinin yaygınlaşması için çok sayıda yayın basılmış, bu tartışmalar ekseninde beş yıllık kalkınma planlarında sağlık politikaları değiştirilmiştir. Hükümet partileri, bu reform kapsamında sağlık finansmanı, hastanelerin işletmeleştirilmesi ve birinci basamakta aile hekimliği uygulaması olmak üzere, özü aynı ancak biçimsel farklılıkları bulunan konularda taslaklar hazırlamış ve bunun üzerinden girişimlerde bulunmuştur. Aynı zamanda, sermaye sınıfının en büyük aygıtı olan medyanın, sağlık reformlarına eleştirel yaklaşmayan akademisyenlerin ve kimi sendikaların desteğiyle hem toplum hem de sağlık emek gücü, piyasalaşacak ve ticarileşecek sağlık hizmetlerine ideolojik olarak bağışık kılınmıştır. Bu sürede sağlık emek gücünü sağlık reformlarına ve esnek üretime doğrudan entegre edecek dokuz mevzuat yaşama geçirilmiştir. Bunlar ücret, çalışma saatleri ve istihdam esnekliği, görelî sömürü mekanizmasının araçlarından birisi

olan ve de sağlık emek gücünün yönetimini, denetimini yapılandıran TKY gibi mevzuatlardır. Sırasıyla; 1) 31.12.1980 tarih ve 17207 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile *tam süre çalışmanın yürürlükten kaldırılması*. 2) 21.08.1981 tarih 2514 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun ile *hekimlerde zorunlu hizmet uygulamasının başlatılması*. 3) 1982 yılında SB’ye bağlı hastanelerde *döner sermaye uygulaması kapsamının genişletilmesi*. 4) 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda 29.11.1984 yılında bir kanun hükmünde kararname ile *kaymakamların, ilçedeki tüm devlet memurlarının sicil amiri konumuna getirilmesi*. 5) Bazı maddeleri Anayasa mahkemesi tarafından iptal edilse de 17.05.1983 tarih ve 19461 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. 6) 11.01.1995 tarihli, 22168 sayılı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ve 30.10.2001 tarih ve 10311 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi ile *TKY’ye başlanması ve onunla ilgili iki ayrı mevzuat*. 7) 17.01.2000 yılında SSK sağlık kurumlarında *gönüllü çalışma uygulaması*. 8) 20.12.2001 tarih ve 12250 sayılı olurlar ile Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarında *Vardiyalı Çalışma Uygulamasına Dair Yönerge’nin uygulanması*. 9) 23.01.2001 tarih ve 24296 sayılı Resmi Gazete’de 4618 sayılı Kanun ile 1961 yılında 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanun’un” 5. maddesine ek ile 2 geçici maddesine 1 ek yapılmıştır. Buna göre, SB’ye birinci basamak *sağlık kuruluşlarını da içerecek şekilde döner sermaye işletmeleri kurma ya da var olanları birleştirme yetkisi* verilmiştir. Sonucu mevzuat, 2002 yılından itibaren uygulanmaya başlamıştır (**Yavuz, 2013; Özkan, 2016a**). İşte, 3 Kasım 2002 tarihinde Hükümet olan ve 15 yıldır varlığını sürdüren AKP, genelde sağlık reformları, özelde sağlık emek gücünün yeniden yapılandırılmasına yönelik böyle bir miras almıştır.

*Peki böyle bir mirası devralan AKP’nin bu makalede analiz edilen 21 belge üzerinden, izlediği sağlık politikalarının sağlık emek gücüne doğrudan etkileri neler olmuştur?*

21 belgenin hemen hemen tümünde, sosyal devlet anlayışı, koruyucu hekimliğin yaygınlaşması, sağlık hizmetinin sürdürülebilir olması, herkesin kolay ulaşabileceği adil bir sağlık sisteminin gerçekleşmesi amacıyla; sağlık hizmetlerinin maliyetinin düşürülmesi,

verimliliğin artırılması, rekabetin teşvik edilmesi, özel sağlık sektörünün desteklenmesi, özel sağlık sektörüyle işbirliği ve maliyet etkinlik çözüm olarak önerilmiştir. Aslında sözü edilen amaç ve araçların ne teorik ne de pratik olarak bir araya gelmesi mümkün değildir. Ya da araçlar özü itibarıyla amaca ulaşmayı engelleyen faktörlerdir. Dolayısıyla, çözüm önerileri sözü edilen amaçlara ulaşmada gerçek dışıdır. Bu belgelerin diğer bir ortak özelliği, AKP adını SDP olarak adlandırsa da programın özü, tümüyle sağlık reformu anlayış, ilke ve uygulamalarından ibarettir. Örneğin, yaklaşık 2010 yılına kadarki hemen hemen tüm belgelerde: 1) Özel sağlık sektörünün desteklenmesi ve işbirliği içinde olunması 2) Birinci basamakta aile hekimliğinin kurulması 3) SB'nin yeniden yapılandırılarak, sadece yönetme ve denetleme işlevine indirgenmesi 4) Sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanın birbirinden ayrılarak, Genel Sağlık Sigorta'sının kurulması 5) Kamu hastanelerinin mali ve idari yöntem özleştirilmesi, şehir hastanelerinin kurulması ve 6) Sağlıklı kayıt ve veri tabanı için bilgi sistemlerinin oluşturulması gibi sağlık reformlarının bileşenleri, kavram seti ve anlayışı vardır. Hatta, SDP Aralık 2003 tarihinde yayımlanmadan önce, AKP Parti Programı'nda, 2002 Genel Seçimler Beyannamesi'nde, 58. Hükümet Programı ile onun Acil Eylem Planı'nda ve 59. Hükümet Programı'nda şehir hastaneleri dışında benzer hedeflerin olduğu görülmektedir (**AKP programı; AKP, 2002a; AKP, 2002b; AKP, 2003a; AKP, 2003b; DPT, 2006; DPT, 2013**). Bu da SDP'nin diğer ülkelerdeki sağlık reformlarından kopye edildiğinin bir başka kanıtıdır. Dolayısıyla, AKP'nin sağlık politikaları ve uygulamaları orijinal ya da onun yapılandığı bir program değil, kapitalizmin küreselleşmesine sağlık sisteminin entegre edilmesini kabul eden ülkelerin programı olduğu açıktır. Yaklaşık 2010 yılından itibaren ise belirtilen altı maddenin yaygınlaştırılması ya da yeni düzenlemelerle restore edilmelerinden ibarettir.

Bu belgelerde sağlık emek gücünün yer alma biçimine gelince, AKP'nin siyasi yaşama başlama belgesi olan 58. Hükümet Programı'nda sağlık emek gücünün sadece sayısının ve dağılımının yetersiz olduğuna yönelik saptama bulunmaktadır (**AKP, 2003a**). 58. Hükümet Programı'nın Acil Eylem Planı ile 60. Hükümet Programı ve 65. Hükümet'in eylem planında başka kavramlarla da olsa sağlık emek gücünün ismi dahi geçmemekte, doğrudan ilgili konular da bulunmamaktadır (**AKP, 2003a; AKP, 2007a; AKP, 2016b**). Böyle olunca, makalenin bundan sonraki bölümünde 21 belgenin, 18'inin sonuçları yer alacaktır.

Sağlık emek gücü, SDP'de bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyon ile çalışan insan gücü olarak

sekiz bileşeninden birisi görülmekte olup, genelde sağlık emek gücünün, özelde hekim, diş hekimi ve hemşirelerin nitelikli emeğe dönüşmelerine yönelik hedefler yer almaktadır (**SB, 2003**). Buna karşın, SDP sonrasında 2007 yılına kadarki tüm bu belgelerde sağlık emek gücü doğrudan çok az yer almıştır. Dolayısıyla, sağlık emek gücü SDP'den itibaren bile 2011 yılına kadar belgelerde hiç bulunmamaktadır. Hatta sağlık emek gücünün en fazla yer aldığı "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonunun ilk çalışması 2007 yılında başlamış olmasına rağmen, rapor yayımlanmaya, yani 2011 yılına kadar dahi bu durum devam etmiştir. Raporda, sağlık emek gücünün hem doğrudan özel sektör hem de piyasalaşmış ve ticarileşmiş kamu sağlık hizmetlerinin kârını maksimize edecek hedefleri açık olarak yer almaya başlamış (**SB, 2011**), SDP başladıktan yaklaşık sekiz yıl sonra 61. ve 62. hükümet programlarında ise sağlık emek gücü sağlık sisteminde "baş aktör olarak görülmüştür (**AKP, 2011a; AKP, 2014**). Ülkemizde SDP başlamadan önce ve sonra 2011 yılına kadar AKP'nin ilgili belgelerinde doğrudan sağlık emek gücüne yer verilmemesi, sağlık reformunu deneyimleyen ülkelerin yaklaşımına paralellik göstermektedir. Çünkü bu ülkeler de de sağlık reformlarının başlangıç aşamasında sağlık sisteminin örgütlenme ve finansmana yoğunlaşılıp, sağlık emek gücü büyük oranda göz ardı edilmiştir (**Martinez ve Martineau, 1998; Homedes ve Ugalde, 2005**). DSÖ'ye göre, 1980 ve 1990'lı yıllarda sağlık reformları dünyada eşi görülmemiş bir ilgiye sahipken, sağlık emek ile ilgili harcamalar da sağlık bütçesinin %50-75'ini oluşturduğu halde, sağlık emek gücü ile ilgili sorunlar, politikalar ve girişimler gündem edilememiştir. Sağlık emek gücüyle ilgili politik kararlar alındığında ise ekonomik faktörlerle ikincilleştirilmiştir. O nedenle, emek gücü büyük oranda reformların sahipleri tarafından uzunca bir süre hemen hemen küçümsenmiştir (**Brito ve ark., 2001**).

Tablo 2'de görüldüğü gibi, belgelere göre esnek üretim açısından sağlık emek gücüyle ilgili doğrudan en fazla ele alınan konular sırasıyla şunlardır: 16 belgede sağlık emek gücü sayısının ve niteliğinin artırılması, yedi belgede evde bakım ya da evde sağlık hizmetleri, beş belgede ücretlendirme ve performans dayalı ücretlendirme, beş belgede tele sağlık ve uzaktan sağlık hizmeti, beş belgede sözleşmeli çalışma, üç belgede TKY ve iki belgede Hareket-Zaman Etüdü çalışma örneği kabul edilebilecek Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)'dir. Belgelerde ortaya konan bu sonuç, Tablo 1'de gösterilen esnek üretimin ve sağlık reformlarının sağlık emek gücüne etkisiyle ortaya çıkan 17 durumdan



**Tablo 2. Belgelere göre sağlık emek gücüyle ilgili ele alınan konular**

Konu	Belge
<b>Esnek Üretim</b>	
Sağlık emek gücü sayısının ve/veya niteliğinin artırılması	58. Hükümet Programı (AKP, 2002a) AKP Programı ( <a href="http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum">http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum</a> ) 2002 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP,2002b) SDP (SB, 2003) 9. Kalkınma Programı (DPT, 2006) 2007 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2007b) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu (SB, 2011) 2011 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2011b) 61. Hükümet Programı (AKP, 2011a) 2023 Siyasi Vizyonu (AKP, 2012) 10. Kalkınma Planı (DPT, 2013) 62. Hükümet Programı (AKP, 2014) 2015 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2015c) 64. Hükümet Programı (AKP, 2015a) 2015 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2015c) 65. Hükümet Programı (AKP, 2016a)
Sağlık hizmetlerinin sağlık kurumları dışına taşıyarak sağlık emek gücünün çalışma mekânı da değiştiren evde bakım, evde sağlık hizmetleri	2007 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2007b) 2011 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2011b) 64. Hükümet Programı (AKP, 2015a) 64. Hükümet 2016 Yılı Eylem Planı. İcraatlar ve Reformlar (AKP, 2015b). 2015 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2015c) 65. Hükümet Programı (AKP, 2016a) 65. Hükümet Programı Eylem Planı (AKP, 2016b)
Performansa dayalı ücretlendirme	AKP Programı ( <a href="http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum">http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum</a> ) SDP (SB, 2003) 9. Kalkınma Programı (DPT, 2006) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu (SB, 2011) 10. Kalkınma Planı (DPT, 2013) 61. Hükümet Programı (2011a)
Tele sağlık ve uzaktan sağlık hizmetleri sonucunda tele çalışma	2011 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2011b) 62. Hükümet Programı (AKP, 2014) 64. Hükümet Programı (AKP, 2015a) 65. Hükümet Programı (AKP, 2016a)
Kamuda sözleşmeli çalışma	SDP (SB, 2003) 2011 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2011b) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu (SB, 2011)
TKY	AKP Programı ( <a href="http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum">http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum</a> ) SDP (SB, 2003) 2015 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2015c)
Beyin göçü	AKP Programı ( <a href="http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum">http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum</a> ) 65. Hükümet Programı (AKP, 2016b) 65. Hükümet 2016 Eylem Planı İcraatlar ve Reformlar (AKP, 2016b).
Hareket-zaman etüdü çalışma örneği: MHRS	62. Hükümet Programı (AKP, 2014) 2015 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2015c)
<b>Diğer ele alınan konular</b>	
Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla emek gücüne ilişkin ulusal standartların belirlenmesi	9. Kalkınma Planı (DPT, 2006) 60. Hükümet Programı Eylem Planı (AKP, 2008) 61. Hükümet Programı (AKP, 2011a) 62. Hükümet Programı (AKP, 2014)
Sağlık emek gücünün memnuniyetlerinin artırılması	61. Hükümet Programı (AKP, 2011a) 10. Kalkınma Planı (DPT, 2013) 62. Hükümet Programı (AKP, 2014)
Sağlık emek gücünün haklarının yeniden düzenlenmesi	AKP Programı ( <a href="http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum">http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum</a> ) 2002 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi (AKP, 2002a) 59. Hükümet Programı (AKP, 2003)
Sağlık emek gücünün güvenliği	10. Kalkınma Planı (DPT, 2013) 62. Hükümet Programı (AKP, 2014)
Sağlık emek gücüne yönelik şiddeti önlemek için caydırıcı önlemler	64. Hükümet 2016 Yılı Eylem Planı. İcraatlar ve Reformlar (AKP, 2015b) 65. Hükümet 2016 Eylem Planı İcraatlar ve Reformlar (AKP, 2016b)
Sağlık emek gücünün hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi	9. Kalkınma Planı (DPT, 2006)

Tablo, yazar tarafından bu makale için hazırlanmıştır

5'ini içerdiğini göstermektedir. Bir başka ifadeyle, AKP, en çok sayısal, istihdam (tele sağlık hizmetleriyle tele çalışma ve sözleşmeli çalışma) ve ücret esnekliğini önlemiştir. Belgelerde esnek üretim dışında, ele alınan diğer konulardan bazıları sırasıyla; hizmet kalitesinin artırılması amacıyla sağlık emek gücüne yönelik ulusal standartların belirlenmesi, memnuniyetlerinin artırılması ve haklarının yeniden düzenlenmesidir (Tablo 2).

Bundan sonraki bölümde 18 belge üzerinden AKP'nin mevcut sağlık politikalarının sağlık emek gücüne etkisini gösteren beş durum tartışılacaktır. Bunlar: a) sağlık emek gücünün kavramsallaştırılması b) sayısal esneklik ile sağlık emek gücünün sayısının artırılması c) esnek istihdamın iki örneği, tele sağlık hizmetleri sonucunda tele çalışma ve sözleşmeli çalışma d) denetim ve görelî sömürü mekanizması olan TKY e) Hareket zaman etüdü çalışma örneği olan MHRS'dir (Tablo 2).

İncelenen belgelerin yedisinde yer alan evde bakım, evde sağlık hizmetleri, AKP'nin en fazla öncelendiği ikinci konudur (Tablo 2). Dar anlamda evde bakım, daha geniş anlamda evde sağlık hizmetleri, sağlık emek gücünün emek süreci açısından esnek üretim ve neoliberal ekonomik politikalarının bir kesişme noktasıdır. Çünkü, maliyetin azaltılması amacıyla sağlık hizmetlerinin sağlık kurumları dışına taşınmasıyla, sağlık emek gücünün çalışma mekânı da değişmeye başlamıştır. Değişim, aslında, esnek çalışmanın bir başka biçimidir. Bu konu kapsamlı olarak Toplum ve Hekim dergisinde ele alındığı için<sup>1</sup> bu yazıda kapsam dışı tutulmuştur.

İncelenen belgelerin beşinde performans dayalı ücretlendirme bulunmaktadır. Ve o da AKP'nin en fazla öncelendiği üçüncü konudur (Tablo 2). Kökü, 9 Ocak 1961 tarih ve 10702 Sayılı Resmi Gazete'nin 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Kanun'un 5. maddesine dayanmaktadır. Bu ücretlendirme biçimi AKP programında ve SDP'de yer almaktadır. Daha sonra üç mevzuat (09 Şubat 2004 tarihli ve 417 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığına Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge, 12 Mayıs 2006 tarihinde 26166 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik ve 01 Mart 2011 tarihinde çıkarılan Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi) ve beraberinde diğer üç belgeyle bir ücretlendirme mekanizmasına dönüşmüştür. Bu

ücretlendirme biçimi, yine Toplum ve Hekim dergisinin farklı sayılarında kapsamlı olarak incelendiğinden<sup>2</sup> bu makalede yer verilmemiştir.

Üretim sürecinin esnekliği işyerinin esnekleştirilmesi ya da uzaklaştırma stratejilerinden birisi olan taşeron çalışma incelenen 21 belgenin hiç birisinde yer almamaktadır. Buna karşın, 24 Haziran 2003 tarih ve 25718 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile taşeron çalışmaya adım atılmıştır. 05 Mayıs 2004 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller ile de yaşama geçirilmiştir. Hem incelenen belgelerde yer almaması hem de konunun Toplum ve Hekim dergisinin bazı makalelerinde ele alınması nedeniyle<sup>3</sup> burada yer verilmemiştir.

### 1. Sağlık emek gücünün kavramsallaştırılması

AKP'nin 21 temel belgesinin üçünde sağlık emek gücü kavramının başka isimlerle de olsa hiç geçmediği dikkate alınır (AKP, 2003a; AKP, 2007a; AKP 2016a), toplam 18 belgede sağlık emek gücü sırasıyla; sağlık insan kaynağı (55 kez), sağlık personeli (41 kez), sağlık çalışanı (22 kez), sağlık insan gücü (9 kez) ve sağlık profesyoneli (8 kez) olarak kullanılmıştır (SB, 2003; DPT, 2006; DPT, 2013; AKP programı; AKP, 2002a; AKP, 2002b; AKP, 2007b; AKP, 2003b; AKP, 2011a; AKP, 2011b; SB, 2011; AKP, 2012; AKP, 2014; AKP, 2014; AKP, 2015a; AKP, 2015b; AKP, 2015c; AKP, 2016b). Bunun dışında, Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmeliği'nde ve SDP'nin bazı bölümlerinde tercih edilen sağlık mensubu kavramı dışarıda bırakılırsa, yaygın olarak "sağlık insan kaynağı" kavramı kullanılmaktadır. Ancak, yine de 2007 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi ile 2007 sağlık istatistik yıllıklarından itibaren ise sağlık personeli ve sağlık insan kaynakları kavramları birbirinin yerine kullanılmaktadır (AKP, 2007b). Gerek SDP'de, gerekse Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu raporunda daha karmaşık bir durum vardır. Çünkü her ikisinde de sağlık profesyoneli, sağlık insan gücü, sağlık personeli, sağlık mensupları, sağlık iş gücü ve sağlık çalışanları, sağlık insan kaynağı aynı anlamda olmadığı halde, eş anlamda kullanılmaktadır (SB, 2003; SB, 2011).

Sağlık emek gücü; sağlık emek gücü satıcıları, sağlık işçileri (health workers, health care workers), sağlık

çalışanları (health staff), sağlık emekçileri (health employees), sağlıkçılar (health practioners), sağlık insan gücü (health manpower), sağlık işgücü (health workforce), sağlık bakım profesyonelleri ya da sağlık profesyonelleri (health care professionals), sağlık bakım vericileri, sunucuları ya da sağlayıcıları (health care providers), sağlık bakım personeli (health care personel) sağlık personeli (health personel), sağlık elemanı (health staff), sağlık meslek mensupları ve sağlık insan kaynakları (health human resources) olmak üzere, 17 farklı kavram ile karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde kimileri, bu kavramları basit bir sözcük değişimi olarak görmektedir. Kimileri, ücretlendirilmiş bir emek olduğu halde, kendisini işçi olarak görmediğinden, sağlık işçileri gibi bazı kavramları reddetmektedir. Kimileri ise DSÖ'nün de yaptığı gibi, hekim, hemşire, ebe, diş hekimi, eczacı vb. mesleklerden birisine sahipse, kendisini nitelikli emek olarak görmektedir. Bu nedenle, kendisini sağlık profesyoneli olarak kabul eder ve diğer sağlık çalışanlarından ayırır (WHO, 2013). Last'a göre (2007) sağlık bakım sağlayıcısı bürokratik bir terimdir. Sağlık işgücü, sağlık insan gücü ve sağlık insan kaynakları eş anlamlı olarak kabul edilmekte olup, belirli bir eğitimden, öğretimden geçmiş hekim, hemşire ve diğer profesyoneller olarak tanımlanmaktadır. Oysa herhangi bir kavramı, kavramsallaştıran kişi/kurum ile kişinin/kurumun kim olduğu tarihsel ve toplumsal bağlamıyla birlikte analiz edildiğinde, benzer ya da aynı sözcükler gibi algılanan kavramların birbirinden nasıl farklı olduğu ortaya çıkacaktır. Yanı sıra, kavramların onlara yüklediğimiz anlam(lar) dışında üretim ilişkileri içinde "gerçek işlevlerinin" nasıl farklı anlam(lar) a sahip olduğu görülecektir (Özdemir ve Özkan, 2006). Örneğin, sağlık emekçileri, sağlık işçileri, sağlık emek gücü ve sağlık emek gücü satıcısı benzer kavramlar, sağlık insan kaynakları ile sağlık profesyonelleri ya da sağlık bakım profesyonelleri gibi kavramlar ise diğerlerinden yapısal olarak ayırt edici özelliklere sahiptir. Sağlık profesyoneli, DSÖ, ILO ve Last tarafından, üniversite düzeyinde eğitim almış, herhangi bir cinsiyet ya da statüye atıfta bulunmayan hekimlik, hemşirelik, ebelik, dişhekimliği ve eczacılık meslekleri olup, diğer sağlık emek gücü ise dışarıda bırakılmaktadır. Bir başka ifadeyle, profesyonel olan meslek nitelikli kabul edilip, nitelikli ve niteliksiz emek ayrımı yapılmaktadır (WHO, 2013; Last, 2007).

Sağlık reformlarının temel kavramı olan sağlık insan kaynakları, son yirmi yıldır başta DB ve DSÖ olmak üzere, pek çok kurum tarafından da kullanılan bir kavramdır. Özellikle DSÖ, neredeyse tüm

dokümanlarında sağlık emek gücünü sağlık insan kaynağı olarak ele almaktadır (WHO, 2016; Brito ve ark., 2001). Bu kavramsallaştırma, sağlık reformlarının kişilerin zihninde yeniden kurulması için mevcut kavramların yerine başka kavramlar geliştirilmesinin örneklerinden sadece birisidir (Özdemir ve Özkan, 2006). Sağlık emek gücünün maliyetinin azaltılması, verimliliğinin artırılması, performansının yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin dağılımında adaletin sağlanması, insan kaynakları gelişiminin politika ve planlama kapasitesinin yükseltilmesi gibi dört faktör, sağlık reformlarının sağlık insan kaynaklarıyla ilgili temel konularıdır. Sağlık reformlarının belirli aşamasından sonra, sağlık insan kaynağı ve onun yönetimi sağlık reformlarının olmazsa olmazı olarak görüldüğünden, sağlık insan kaynağı faktörü, reformların başarı ya da başarısızlık nedeni olarak görülmektedir (Martinez ve Martineau, 1998; Dussault ve Dubois, 2003). Çünkü, kapitalizmde tüketildiği zaman, kendisinden büyük bir değer yaratan tek meta, emek gücüdür ve emek gücü olmadan artı değer yaratılması mümkün değildir (Yaman, 2016). Bunun üzerine, özellikle Avrupa sağlık sistemlerinde sağlık politikacıları ile insan kaynakları pratisyenler arasındaki geleneksel ayrımın hem gereksiz hem de tehlikeli olduğu saptaması yapılarak, her ikisi entegre edilmiştir. Pek çok ülkenin SB'lerinde sağlık insan gücü planlaması, yönetimi, denetimi ve özlük hakları için insan kaynakları gelişim uzmanları istihdam edilmeye başlanmıştır (Homedes ve Ugalde, 2005; Martinez ve Martineau, 1998). Ülkemizde ise "Sağlık İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" raporunda sağlık emek gücünün sağlıkta insan gücü geliştirme, planlama ve yönetim ile nitelik ve niceliksel dönüşümüyle sağlıkta insan kaynaklarının SB'da kurumsallaşması ele alınmaya başlamıştır (SB, 2011). Hatta SB, 10 Şubat 2015 tarihinde ilk kez klinik temelli insan kaynakları yönetim sistemlerinin oluşturulması hedefiyle, "Sağlık Bakım Hizmetlerinde İnsan Kaynağı Yönetimi" başlıklı eğitim çalışmaları başlatmıştır. Eğitimin amacı, sağlık reformu ve sağlık insan kaynağı arasındaki ilişkiyi de açıkça ortaya koyan, çalışanların işletmeye bağlılığını artırmak, işletmenin kârını maksimize etmek, etkin-etkili-verimli çalışmasını sağlamak, ücret politikası oluşturmak, doğru bir performans yönetim sistemini kurabilmek ve norm kadro uygulamasına geçebilmektir (Özkan, 2015).

Sağlık insan kaynağı kavramsallaştırmasıyla, emek etkinliğinin öznesi olan insan, emek gücü olmaktan çıkarılmakta, daha çok başkaları tarafından kullanılan para, sermaye gibi nesnelere nitelendirilmektedir.

Bu nedenle, sağlık emek gücü sermaye sınıfı için mali ya da fiziki bir kaynak, kısaca üretim girdisi ya da sağlık hizmeti sunacak herhangi bir araca dönüşmüştür. Sermaye sınıfı, işveren ya da onun taraftarları için üç temel sağlık girdisinin içinde temel bir girdi olarak kabul edilmektedir. Sağlık emek gücü, sağlık insan kaynağı olarak ele alındığında, sağlık kurumları işletme, hasta müşteri, sağlık hizmeti gereksinimi maliyet-etkililik, arz-talep dengesi, sağlık emek gücü planlaması, sağlık insan kaynakları yönetimi, dayanışma ise rekabet kavramları ile yer değiştirmektedir (**Rigoli ve Dussault, 2003; WHO, 2000; Kabene ve ark., 2006**).

Kavramlar, sosyal gerçeklik ile onun algılanması ve anlamlandırılması arasında bir köprüdür. Böyle bir değerlendirme yapıldığında, sağlık reformlarının gerçeğini ve özünü ifade eden temel kavramlardan birisi de sağlık insan kaynağıdır. Oysa AKP'nin dokümanlarında sağlık personeli, sağlık çalışanları, sağlık insan gücü ve sağlık insan kaynakları kavramları sanki eş anlamlı sözcüklermiş gibi birbirinin yerine kullanılmaktadır. Hatta, sağlık personeli ve sağlık insan kaynağının birbirinin yerine kullanılması karışıklığı 2007 yılından itibaren sağlık istatistikleri yıllıklarında da görülmektedir. Bu durum, hem politik hem de bilimsel önemli bir eksikliğe ve tutarsızlığa işaret etmektedir.

## 2. Sayısal esneklik ile sağlık emek gücü sayısının artırılması

Daha önceden de belirttiği gibi, AKP dönemi boyunca analiz edilen 18 belgede en fazla, sağlık emek gücü sayısında yetersizlik, eksiklik, açık, dengesiz dağılım gibi sorunlar ifade edilip, temel hedef, sağlık emek gücü sayısının artırılması olmuştur. AKP bu hedefine 2023 yılına kadar devam edeceğini de deklâre etmiştir. İncelenen çok az sayıda belgede kalitenin, verimliliğin ve maliyet etkililiğinin sağlanması için sağlık emek gücünün niteliğinin artırılması ifade edilmiştir. AKP Programı, 2002 Genel Seçimleri Seçim Beyanamesi, SDP, Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu ve 10. Kalkınma Planı olmak üzere, toplam beş dokümanda ise sadece sağlık emek gücünün niteliğinin artırılması gerektiği açık olarak belirtilirken, bunun nasıl sağlanacağı açıklanmamıştır (**AKP programı ; AKP, 2002b; SDP, 2003; DPT, 2013; SB, 2012**).

AKP'nin sağlık emek gücünün niceliğinin artırılması hedefine paralel uygulamaları sonucunda, insan sağlığı ve sosyal hizmetler faaliyetlerinde çalışan sayısı 2004'de 456.000 iken, 2014 yılında yaklaşık iki kat artarak, 971.000'e ulaşmıştır. Bunun toplam istihdam içindeki payı sırasıyla, %2.3 ve %3.7'dir. Tüm bunlara karşın, Türkiye halen, toplam istihdam

içinde insan sağlığı ve sosyal hizmet çalışanlarının payı en az olan ülkeler arasındadır (Brezilya %4.3, Türkiye %3.7, Meksika %3.1) (**Özkan, 2016a**). Sağlık emek gücü sayısı ise 2002 yılında 378.551 iken, 2012 yılında iki (698.518), 2016 yılında ise yaklaşık üç kat artarak, 871.334'e ulaşmıştır (**Özkan, 2016a; SB, 2015; SB, 2017a**). 2023 yılında sayınının 1.067.572'ye ulaşması hedeflenmektedir. Sadece 2008-2023 yılları arasında sağlık emek gücüne ek 460.000'in kişinin katılması beklenmektedir (**SB, 2011**). Bir başka ifadeyle, 2002'den 2023 yılına kadar hemşirelerin 4, hekimlerin yaklaşık 2.2, ebe-lerin ve eczacıların 2, diş hekimlerinin ise 1.7 kat artması öngörülmektedir (**SB, 2011; SB, 2016**).

Aslında AKP'nin sağlık emek gücünün sayısının artırılmasıyla ilgili talebi, Türkiye'ye özgü bir durum değildir. Tüm kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin ticari faaliyete dönüşmesiyle beraber, sermaye sınıfı, aktörleri ve savunucuları tarafından demografik dönüşüm, toplumun sağlık sorunlarının değişmesi, sağlık hizmeti gereksiniminin artması, sağlığın giderek genişleyen bir sektöre dönüşmesi, sağlık alanındaki tüm meslek gruplarının sayılarında açık, azlık, yetersizlik, sağlık sektörünün hızla büyümesi vb. gerekçelerle sayının artırılması gerektiğine vurgu yapılmıştır. Hatta, sağlık emek gücünün sayısının bir ülkenin hizmet sunumunda ve müdahalelerinde anahtar bir gösterge olduğu dahi ifade edilmektedir (**Özkan, 2016; Kabene ve ark., 2006**). Buna paralel olarak, 1970 yılı sonrasında insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyet alanında çalışan sayısı tüm kapitalist ülkelerde hızla artmış; artmaya devam etmektedir. 1990'lı yıllarda dünyada yaklaşık 35 milyon sağlık çalışanı sayısı, 2013 yılında 43 milyon olup, 2030 yılında 67.3 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Küresel olarak 2030 yılında sağlık ve sosyal hizmetlere 40 milyon yeni emek gücünün katılması beklenmektedir. AB ülkelerinde 2013 yılında toplam istihdamın %11'i insan sağlığı ve sosyal hizmet çalışanıdır. Bu payın en yüksek olduğu ülkeler, Birleşik Krallık (%13.5), Kanada (%12.4), Avustralya (%12.1) ABD (%12) ve Almanya (%10.1)'dir (**Martinez ve Martineau, 1998; Özkan, 2016; WHO, 2016**).

Sağlık emek gücünün yetersizliği, eksikliği ya da açıklığı iddialarının arkasında, aslında piyasanın ve onun değişen üretim tekniklerinin sürekli değişen taleplerine, dalgalanmalarına ve teknolojik değişimlere yanıt verecek sayıda sağlık emek gücü sayısının arttırılması (sayısal esneklik) vardır. Çünkü, sağlık işletmelerine dönüşen kamu sağlık kurumlarının ve özel sağlık kurumlarının rekabet ortamına ve piyasanın değişen koşullarına uyum sağlayabilmesi ve sayıları hızla artan özel sağlık kurumlarının



sağlık emek gücü gereksiniminin karşılanması, sermaye sınıfı için sağlık hizmetlerinin verimli kabul edilmesinin koşullarından birisi de bununla yerine getirilmiş olur. Ayrıca, yine sayısal esneklikle, sermaye sınıfı için emeğin ucuzlatılması ya da emek maliyetinin düşürülmesinin bir aracı olan emek gücü piyasasını "yedek sanayi ordusu" ya da işsiz sağlık emek gücü de üretilir. Bu nedenle, bir taraftan sağlık emek gücünün açığı, eksiği iddia edilirken, öte yandan tüm kapitalist ülkelerde sağlık emek gücüyle ilgili verilerin toplanması ya da güvenilirliği konusundaki sorunlar, veri kaynaklarının birbiriyle tutarsızlığı gibi sorunların yanında, sağlık emek gücünün işsizliğinin giderek artması da iddiayı çürüten diğer kanıtlardır (Özkan, 2014; Özkan, 2016a). Örneğin, ülkemizde işsizliğin gerçek boyutunu yansıtmaya da işsiz olup, İş Kur'a iş aramak için başvuran ve iş bulamayan hemşire sayısı 2011 yılında 961 iken, 2016 yılında 9913'e yükselmiştir (İŞKUR, 2017). Bunun dışında, Türkiye'de sağlık emek gücünün işsizliğiyle ilgili herhangi bir veri kaynağı bulunmamaktadır.

Yine hangi kapitalist ülke olursa olsun, sağlık reformlarını uygulayan ülkelerde sayısal esnekliğe bağlı sağlık emek gücü sayısının artışının iki ana kaynağı vardır. İlki, kadın sağlık emek gücü, ikincisi yardımcı sağlık çalışanı ve sağlık teknisyenleridir. Türkiye'de SB'nin sağlık istatistikleri yıllıklarında kadın sağlık emek gücü verisi bulunmamaktadır. Böyle olunca, sağlık hizmetlerindeki kadın sayısı Türkiye İstatistik Kurumu'nun araştırmalarına dayalı hane halkı işgücü istatistiklerinden insan sağlığı ve sosyal hizmetler faaliyetlerinde istihdam olan çalışanlardan elde edilmektedir. Bu veri kaynağına göre, insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetlerinde çalışan kadınların payı, AKP öncesinde 2000 yılında %60 iken, 2014 yılında %76.1'e ulaşmıştır (Özkan, 2016a). Ara eleman, yardımcı sağlık çalışanı, yarı nitelikli sağlık çalışanı, çevre ya da perifer işçi olarak da adlandırılan yardımcı sağlık çalışanları ile teknisyenler ise sözü edilen eşitsizliklere ve ayrımcılıklara daha fazla maruz kalan diğer bir gruptur. Başta merkez kapitalist ülkeler olmak üzere, 1970'den günümüze sağlık emek gücü içinde en büyük artışın olduğu meslek grubudur. Ülkemizde sağlık istatistik yıllıklarında "diğer sağlık personeli" diye adlandırılan grup, büyük oranda teknisyenlerden oluşsa da bu grupta psikolog, biyolog, fizyoterapist, sağlık fizikçisi ve sosyal çalışmacı gibi lisans mezunları da bulunduğundan, teknisyen sayısı bilinmemektedir. SB'nin bir kaynağına göre, 2008 yılında sadece beş farklı teknisyen grubunun sayısı 65.653 iken, 2019 yılında 107.217 olup, 2023 yılında ise 120.661 olması beklenmektedir. Yani, sağlık teknisyenleri de

16 yılda iki kat bir artış göstermiştir. Yardımcı hizmetler personeli sayısı ise sırasıyla 715.2, 125.850, 145.605'e ulaşmıştır. Yani, iki kattan daha fazla bir artış olmuştur (SB, 2011). Yanı sıra, liseye dayalı bir eğitimle hemşire ve ebe yardımcıları ise artık 2019 yılında mezun olmaya başlayacaktır. 2016-2017 Eğitim-Öğretim yılında Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı sağlık meslek lisesi sayısının 393, öğrenci sayısının şimdiden 75.269 bine ulaştığı düşünülürse (MEB, 2017), yakın zamanda sayıları tahmin edilemeyen boyutlara ulaşacaktır. Sonuç olarak, esnek istihdamın ve sağlık reformlarının uygulandığı ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de AKP hükümeti sayısal esneklikle sağlık hizmetlerinde kadın emeğini, yardımcı sağlık çalışanı ile teknisyenlerin sayısını büyük bir hızla artırmaktadır.

AKP'nin insan sağlığı ve sosyal hizmetler faaliyetlerinde kadın, yardımcı sağlık çalışanı ve teknisyen sayısını artırması, bir yandan onları potansiyel işsizler olarak yedeklerken, öte yandan, sermaye sınıfı için sömürünün, yüksek denetim ve kontrolün ve düşük ücretin önemli bir kaynağı olmuştur. Çünkü bu gruplar, emek maliyetinin düşürülmesi, minimum sağlık emek gücüyle kesintisiz, sıfır hatalı ve maksimum iş üretilmesi, artan sağlık harcamalarının ve sağlık kurumlarındaki finansal baskının azaltılması, genel olarak maliyet-kontrol stratejilerinin uygulanması, kurumlar arası rekabetin sağlanabilmesi ve sağlık sektörünün uluslararası ve ulusal düzeyde küresel ekonomiyle dikey ve yatay olarak entegre olabilmesi için sermaye sınıfının talep ettiği gruplardır. Ayrıca, piyasanın her türlü dalgalanmasına ve gereksinimine daha hızlı uyum sağlayabilen emek gücü olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda kapitalist üretim ilişkileri, eş zamanlı olarak ataerki ve muhafazakârlaşma ile birlikte ortak hareket ederek ve birbirlerini sürekli yeniden üreterek, özellikle kapitalizmin kriz dönemlerinde bu ilişki daha da güçlenmektedir. Bu durum, kadınların ücretten mesleki ilerlemeye, belirli alanlarda uzmanlaşmaktan bilimsel araştırmalara, daha az teşvik almalarına, başta şiddet olmak üzere daha fazla iş kazalarına ve meslek hastalıklarına maruz kalmaktan daha fazla çalışmaya kadar giden derin eşitsizliklerle ve ayrımcılıklara maruz kalmasına yol açar (Özkan, 2016a).

### 3. Esnek istihdam örneği: Kamuda sözleşmeli çalışma ve tele sağlık hizmetleriyle tele çalışma

Sağlık alanında ilk e-sağlık uygulaması 1910 yılında EEG'nin okunmasıyla başlamış, 1950'li yılların sonunda radyografiler başta olmak üzere, pek çok işlem daha ucuz olması nedeniyle elektronik

ortama transfer edilmiştir. 1980'li yılların sonunda Norveç'te ve ABD'de daha sonra, bütün ülkelerde hızla yayılan bir hizmet sunma biçimi olmuştur. 1990'lı yıllardan itibaren özellikle merkez kapitalist ülkelerin sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (**Özkan ve Çatıker, 2010**). AKP döneminde SDP'nin yayılmasından yaklaşık iki ay sonra, tüm kamu hizmetlerinde kurulan e- dönüşüm kapsamında SB bünyesinde de e-sağlık hizmetleri için bir çalışma grubu kurulmuş, yaklaşık bir yıl sonra Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem planı hazırlanmıştır. Bu eylem planının sekiz bileşeninden birisi, tele tıp olmuştur ve koordinatör kuruluş olarak TÜBİTAK atanmıştır (**SB, 2004**). Bu tarihten itibaren bilgi iletişim teknolojileri odaklı bazı hizmetlerin alt yapısı kurulmuş ve sınırlı da olsa kimi hizmetler verilmeye başlanmıştır. 2006 yılında Türk ve yabancı, hava ve deniz araçlarına yönelik uzaktan sağlık hizmeti vermek için SB Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'ne bağlı başhekim, hekim ve iletişim uzmanlarından oluşan, Tele Sağlık Merkezi Baştabipliği kurulmuştur (<http://www.telesaglik.gov.tr>). Bir yıl sonra, yani, 2007 yılında ilk kez SB, radyoloji, patoloji ve EEG alanlarında tele tıp projesi yapmıştır. Aynı tarihlerde sırasıyla MEDULA online sağlık sunucuları, Türkiye ilaç ve tıbbi cihaz ulusal bilgi bankası, ilaç takip sisteminin kurulması, merkezi hastane randevu sisteminin pilot çalışmasının başlaması gibi kimi e-hizmetler artmaya başlamıştır. Beraberinde SB Bilgi İşlem Dairesi bünyesinde tele tıp merkezi kurulmuştur (<http://www.telesaglik.gov.tr>).

Tüm bu uygulamalar sonrasında, ilki 2011 yılında 61. Hükümet Programı olmak üzere, beş belgede tele tıp ya da tele sağlık hizmetlerine yer verilmiştir (Tablo 2). Tele sağlık ve onun bir alt alanı olan tele tıp uygulamaları, hemen 2011 yılından itibaren ülkemizde özel sağlık hizmetlerinde yaygınlaşmaya başlamıştır. 2011 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi ile 61. ve 62. hükümet programlarında, evde bakım hizmetiyle beraber, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmanın ve maliyeti düşürmenin bir hedefi olarak değerlendirilmiştir (**AKP, 2011a; AKP, 2014**). Diğer ülke deneyimlerinden tele sağlık hizmetleriyle özellikle emek dâhil, çok sayıda alanda maliyetin düşürüldüğü kanıtlanmıştır. Fakat yine bilimsel çalışmalar tele sağlık hizmetlerinin, hizmetin kalitesini artırmadığı, tersine azalttığını göstermiştir (**Özkan, Çatıker, 2010; Dussault ve Dubois, 2003; https://teletip.saglik.gov.tr**).

AKP'nin 61. ve 62. hükümet programlarıyla, 2011 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi'ndeki, tele-tıp

kavramı, 64. ve 65. hükümet programlarında iletişim teknolojileri destekli entegre uzaktan sağlık ve bakım uygulamaları şeklinde değiştirilmiştir (**AKP, 2011a; AKP, 2011b; AKP, 2014; AKP, 2015a; AKP, 2016a**). Bir anlamda, dar anlamdaki tele tıptan çıkılarak, kapsam daha sonra genişletilmiştir. Dolayısıyla, ilk belgede tele sağlık hizmetlerinin kapsamı, tanımı ve hedeflerine odaklanılırken, ondan sonraki dört belgede daha çok e-sağlık hizmetlerin yaygınlaştırılacağı ifade edilmiştir (Tablo 2). Böyle olunca, tele sağlık hizmeti de hızlı bir biçimde kurumsallaşmaya başlamıştır. Örneğin, SB Bilgi İşlem Dairesi bünyesinde tele tıp merkezinde şu anda, telekonsültasyon hizmetleri yürütülmektedir (<http://www.telesaglik.gov.tr>). 2015 yılında Teletıp ve Eğitim Derneği bile kurulmuştur.

E-sağlık onun bir alt alanı olan tele tıp hizmetleri, büyük oranda telepatoloji, telecerrahi, telepsikiyatri, teleradyoloji, tele laboratuvar testleri analizi, tele tıbbi tanı, tele evde bakım hizmetlerinden oluşmaktadır. En çok kullanıldığı alanlar; tele-patoloji, teleradyoloji, evde bakım ve tele-psikiyatridir. Teletıp gibi tüm elektronik ortamda yürütülen sağlık hizmetleri, şu anda uluslararası sağlık hizmeti ticaretinin önemli bir parçasıdır. O nedenle, laboratuvar numuneleri, teşhis ve klinik danışmanlık hizmetleri elektronik ortamla (e-mail vb.) daha ucuz olan başka bir ülkeye ya da aynı ülkede bir ilden diğerine çok hızlı bir biçimde hareket etmektedir. ABD, Kanada, Avustralya, Fransa, Birleşik Krallık, Almanya, Yunanistan, İtalya, Hindistan, Malezya ve Japonya bu hizmetleri en fazla kullanan ülkelerdir. Örneğin, Hindistanlı hekimler Bangladeş ve Nepal'e tele-patoloji, Çin bazı Güney Doğu Asya ülkelerine tele-teşhis ve ABD'deki hastaneler Ortadoğu ülkelerine tele-teşhis ve danışmanlık hizmeti sunmaktadır.

Tüm bunların sonucunda, doğrudan sağlık emek gücünün istihdam biçimi ve koşulları da değişir; sağlık emek gücü bir esnek istidam biçimi olan tele çalışma içinde kendisini bulur. Hatta günümüzde e-sağlık ve tele sağlık sonucunda da sağlık emek gücünün esnek istihdamı adeta normalleşir. Öyle ki, AB ülkelerindeki sağlık emek-gücünün %6'sı, ABD ise çok sayıda meslek birliğine üye 140000 hekim tele sağlık çalışanıdır (**Dussault ve Dubois, 2003; Terry, 2017**). Bir maliyet etkinlik stratejisi olan e-sağlık hizmetleriyle şirketleşmiş sağlık kurumlarının piyasada rekabet edebilirliği artar. Bunun araçlarından birisi, uzmanlaşmış emek-gücüne olan gereksinim azalır ya da eksik olan sayı, bu şekilde karşılanmaya çalışılır. Teknoloji bağımlılığını arttırdığından, çalışanların kapitalist iş süreçlerine ve

yönetime olan bağımlılığını arttırır. Emek gücünün inisiyatifini azaltarak, hem onları pasifleştirir hem de mesleki otonomisini azaltır. Patrona hem değişen hem de değişmeyen sermayeden tasarruf etme olanağı verir. Ya da sermaye birikimine önemli bir girdi sağlar. Sağlık emek gücünün hem birbiriyle hem de hastaları arasındaki iletişimi azaltmaktadır. Ekip çalışması tümüyle ortadan kalkmaktadır. Çalışanların iş yükü arttırmaktadır. Teknoloji kanalıyla hastalara mekanik bir bakım ve tedavi hizmeti sunulmaktadır. Ayrıca, ücre köşelerde yaşayanlara hizmet vereceği iddia edilse de özünde kentli üst ve orta sınıfa hizmet sunmaktadır (**Dussault ve Dubois, 2003; Timmermans, 2004; Özkan ve Çatıker, 2010**). Dolayısıyla, tele sağlık ve onun sonucunda oluşan tele çalışma, hem sağlık emek gücü açısından hem de hizmeti alanlar açısından böyle risklere sahiptir. Fakat ülkemizde tele sağlık hizmetleriyle ilgili makalelere göz atıldığında, büyük oranda hizmetin hizmeti alanlar açısından olumlu yönlerine eğilmekte, sağlık emek gücü yönü ise analiz edilmemektedir.

#### **Kamuda sözleşmeli çalışma**

AKP döneminde 2003-2005 yılları arasında dört mevzuatla dört farklı sözleşmeli çalışma biçimi oluşturulmuştur. İlki, AKP tarafından "Çakılı Kadro" olarak adlandırılan 4924 sayılı Kanun'dur. Bu Kanun, 10 Temmuz 2003 tarihinde TBMM tarafından kabul edilmiş ve 24 Temmuz 2003 tarihinde 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde süreli sözleşmeli çalışma 1987 yılında ilk olarak ortaya çıkmasına karşın, bu Kanun ile kamu sağlık kurumlarında 2004 yılından itibaren ilk sözleşmeli çalışma uygulanmaya başlamıştır. Başlangıçta 26 il kapsamında olacağı beyan edilen, daha sonra yaygın bir istihdam biçimine dönüşen sözleşmeli çalışmayla genel bütçe kapsamında 4B'li çalışan kategorisi ortaya çıkmıştır. İkinci sözleşme biçimi, ilk Kanun ile eş zamanlı olarak, 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'nin 24.11 2004 tarihinde kabul edilen 5228 Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun kapsamındaki sözleşmeli çalışmadır. Kanun ile belirli bir süre SB tarafından uygun görülen kurumlarca muvafakat verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilen kişiler esas kadroları ile ilişkileri kesilmeden aylıksız veya ücretsiz izinli sayılarak sözleşmeli olarak aile hekimliği birimlerinde çalışmaya başlamıştır. Bu şekilde istihdam sağlanamadığı durumda, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun ilgili maddelerinin özelliklerini taşıyan kamu görevlisi olmayan hekim ve aile sağlığı elemanları SB'nin önerisi, Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak, aile hekimliği uygulamalarını

yürütmek üzere çalıştırılmıştır. Üçüncüsü, bu iki uygulamadan bir yıl sonra yani, 2005 yılında başlayan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine göre, çalışanın ücreti kurumun döner sermayesinden karşılanan sözleşmeli çalışma tipidir. Dördüncüsü ise aynı Kanun'un 86. maddesine yapılan ek ile köy sağlık evleri ve sağlık ocaklarında vekil hemşire ve ebe statüsündeki çalışmadır. Daha sonra sözleşmeli çalışma ile ilgili mevzuatlarda çok sayıda düzenleme yapılmıştır (**Özkan, Çatıker, 2010**).

AKP Hükümeti'nin ilk sözleşmeli çalışma uygulaması olan Çakılı Kadro Kanunu'ndan önce bu çalışmada incelenen altı belgede sözleşmeli çalışmanın ismi dahi geçmemiştir. Çakılı Kadro Kanunu'ndan sonra, sadece üç belgede açık olarak sözleşmeli çalışma ifadesine değinilmiştir (Tablo 2). Örneğin, SDP'de (2003) sözleşmeli çalışmanın kamu kurumlarında istekli ve verimli çalışmanın aracı olacağı, Sağlık İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu'nda (2011) sözleşmeli çalışanların tek çatı altında birleştirileceği ve kendi şartlarına özel yer değiştirme hakkına sahip olabilecekleri, AKP'nin 2011 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi'nde ise (2011) sözleşmeli çalışmanın adil nakillerde adil yaklaşımın ve dengesiz dağılımın düzelmesinde bir katkı sunabileceği belirtilmiştir. Belgelere hizmetin etkili ve verimli yürütülmesi ile sağlık emek gücünün istihdam olamadığı ve dengesiz dağıldığı yerlerde adil dağılımın olacağı hedefleri, bu Kanun'dan önceki mevzuatlarla hemen hemen aynıdır. Bir başka ifadeyle, incelenen 21 belgenin üçünde yer alan sözleşmeli çalışma kendisinden önce mevzuatlarda yer alan biçiminden hiç de farklı değildir; hatta, onların tekrarı niteliğindedir.

AKP'nin uyguladığı bu politikalar sonucunda, 2002 yılında hizmet alımıyla alınan sağlık emek gücü sayısı 11.000 iken, 2013 yılında %100 artarak, 129.000'e ulaşmıştır. Bir başka ifadeyle, 2002 yılında, toplam sağlık emek gücünün %4'ü hizmet alımıyla alınmışken, bu, 2013 yılında %25'e yükselmiştir (**SB, 2013**). Çakılı Kadro Kanunu'ndan bir yıl sonra hemşirelerin %4.7'si, ebelerin %9.1'i, sağlık memurlarının %12.5'i 4B statüsünde çalışırken, bu oranlar 2010 yılının Nisan ayında sırasıyla %28.8, %24.1 ve %60.2'ye yükselmiştir (**Özkan, Çatıker, 2010**). Sonuçta, AKP ile birlikte, 2009 yılından itibaren sağlık dâhil tüm alanların sözleşmeli çalışma biçimi, bugünün tek istihdam biçimi olmuştur (**Özkal-Sayan ve Albayrak, 2011**).

Bilindiği gibi, verimliliği ve rekabet edilebilirliği artırmanın, emek maliyetini azaltmanın ve aşırı iş talebine karşı aşırı iş yüküyle çalıştırmanın bir yolu da esnek istihdamdır ve bu da sağlık reformlarının temel ögesidir. Sözleşmeli çalışma ise sağlık alanında en

yaygın esnek istihdam biçimidir (**Brito ve ark., 2001; Mauno ve ark., 2012**). Kısa ya da uzun süreli sözleşmeli çalışma, çalışma süresini uzatmada, düzensiz, yoğun, fazla çalışmada, ücretlerin baskılanmasında çok önemli bir araçtır. Yanı sıra, sözleşmeli çalışma memur olarak çalışmaya göre, iş güvencesi, özlük, emeklilik, nakil hakları, görevde yükselme ve unvan değişikliği, sicil disiplin rejimi, sosyal haklar açısından tümüyle çalışan aleyhinedir. Örneğin, yıllık sözleşmelerle çalışıldığından, sözleşmenin fesh edilmesi durumunda kişiler işsizlik ile karşı karşıyadır. Ya da yoğun bir işsizlik kaygısı içindedir. Özellikle taşeron firmayla alınanlar için firmanın değişmesi ek bir işsizlik kaygısıdır. Artık kadroya bağlı olarak çalışmak yerine, pozisyona bağlı olarak çalışır. Bu da pozisyonun her an değişmesi demektir. Ülkemizde olduğu gibi, sağlık emek gücünün özlük hakları Kanun ile düzenlenmek yerine, Bakanlar Kurulu kararları ile düzenlenir. Sözleşme ücreti dışında ek ödeme alamadığı gibi, kurumun imkânlarından memurlardan kalan ölçüde kısmen yararlanabilir. Maaş karşılığı çalışmak yerine, ücret karşılığı çalışır. Pozisyonuna göre ücreti genel bütçeden, döner sermayeden ya da kurumun elde ettiği öz gelirlerden alır. Son iki ücret biçimi, ücreti alamama, her ay standart bir ücret alamama gibi risklere sahiptir. Bu da gelir güvensizliği demektir. Kalıcı emek gücü gibi işyerinin çekirdek görevleri yerine, kurumun çevresinde, çeperinde istihdam olurlar. Dolayısıyla, işyeriyle ilgili daha az bilgi sahibidirler ve bu nedenle kötü kurumsal iletişime sahip olabilirler (**Özkan, Çatıker, 2020; Kivimaki ve ark., 2002; Özkan, 2014; Özal-Sayan ve Albayrak, 2011; Mauno ve ark., 2012**). Sonuç olarak, AKP'nin sözleşmeli çalışma ile sağlık emek gücüne bıraktığı özetle ifade edilen böylesi riskleri içinde barındırmaktadır.

#### 4. TKY

Beşinci bölümde ifade edildiği gibi, TKY ile ilgili ilk uygulama AKP'den önce Sağlık Bakanı Dr. Doğan Baran (DYP) döneminde 11.01.1995 tarihli, 22168 sayılı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ile başlamıştır. Yönetmelikte, kamu sağlık kurumları sağlık işletmesi olarak nitelendirilmiş ve işletme esasına göre nasıl çalışacağı açıklanmıştır. İlk mevzuatta doğrudan TKY adı ve uygulaması geçmese de büyük ölçüde onun alt yapısı hazırlanmıştır. İkinci mevzuat, Sağlık Bakanı Osman Durmuş (MHP) döneminde 04.01.2001 tarihinde B100THG0100029/161 04-01-2001 Sayılı Hastane Hizmetleri (2001/3) konulu genelgedir. Bu Genelge ile TKY'nin çok sayıda kamu hastanesinde uygulanmaya başladığı, diğerlerinin ise başlayacağı, bu nedenle kurumların uygulamaya başlamadan önce Bakanlık'tan izin

almasının zorunlu olduğu belirtilmiştir. Yanı sıra, hastanelerin TKY'ye başlasa da başlamasa da bu konuyla ilgili veri tabanının oluşturulması için tüm verilerin SB'ne bildirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Üçüncü mevzuat ise 30.10.2001 tarih ve 10311 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi'dir. Yönergede TKY'nin esasları belirlenmiş, bunun için sağlık emek gücünün eğitiminin nasıl olacağı, bu konuda görevlerinin ve sorumluluklarının neler olacağı tanımlanmış, kalite temsilcisi, kalite konseyi, kalite geliştirme ekibi, kalite kontrol çemberinin tanımları yapılmış ve işlevleri açıklanmıştır. TKY ile ilgili en büyük adım bu yönerge ile atılmıştır. Bu durum, AKP'den önceki hükümetlerin, sağlık reformlarının birçok bileşenine göre emek gücünün sömürü, yönetim ve denetim mekanizması aracı olan TKY'de büyük adımlar atmış olduğunu göstermektedir (**Ayar ve Özkan, 2010**).

Bu yıllar, Türkiye'ye benzer bir biçimde diğer çok sayıda ülkede de TKY ile ilgili mevzuat çalışmalarının, bazılarında ise uygulamalarının gerçekleştiği yıllardır. Örneğin, İspanya'da 1986 yılında Genel Sağlık Yasası ile sağlık hizmetlerinde kalite programı başlamış, 2003 yılında Ulusal Sağlık Bakım Sisteminde Kalite ve Uyum Yasası kabul edilerek, SB bünyesinde TKY birimi kurulmuştur (**Ruiz, 2004**). Malezya'da 1985 yılında hükümetin kararı ile kalite güvencesi programı başlatılmıştır. Kamu hizmetlerinde 1992 yılında toplam kalite yönergeleri yayımlanarak, bu yıllardan itibaren kamu hastanelerinde TKY uygulanmıştır (**Manaf, 2005**). İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'nde 1990'lı yıllarda TKY ile ilgili pilot çalışmalar başlamıştır (**Wagner ve ark., 2006; Makai ve ark., 2009**). Hollanda'da 1996 yılında kalite yönetim sistemini zorunlu kılan Bakım Kurumları Kalite Yasası ile hastaların sağlık kurumlarındaki yiyecek ve güvenlik gibi konularda önerilerini iletebileceği kurullar kurulmaya başlanmıştır (**Slujis, 2003; Wagner, 2006**). Aynı yıl Fransa'da sağlık hizmetleri reformu kalite güvencesi ve hastane akreditasyonunu da kapsadığından, ilk yasal düzenleme gerçekleşmiştir (**Arcelay, 1999**). Finlandiya'da 1994-1999 yılları arasında ulusal kalite tavsiyeleri yayımlanmıştır. Yunanistan ve Portekiz gibi ülkelerde ise herhangi bir mevzuata gerek duyulmaksızın TKY uygulamaları başlatılmıştır (**Wagner, 2006**). Macaristan'da 1991 yılında Sağlık ve Refah Bakanlığı'na bağlı Kalite Akreditasyon Kurulu'nun kurulmasından altı yıl sonra çıkan bir sağlık yasası ile tüm sağlık kurumlarında kalite güvence sisteminin uygulanması zorunlu olmuştur. Bu yasayla beraber, Macaristan SB 2001 yılında hastane bakım standartları kılavuzunu, 2002 yılında kalite yönetim sistemi yönergesini



yayımlamıştır. İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'nde 1990'lı yıllarda TKY ile ilgili pilot çalışmalar başlanmıştır (Wagner, 2006; Makai ve ark., 2009). Litvanya'da 1998 yılında Kalite Yönetim Sistemi Yasası yayımlanmıştır. İki yıl sonra, Danimarka'da SB desteği ile kalite yönetim sistemi politikaları geliştirilmiştir (Buciuniece ve ark., 2006). Böylece, özellikle Avrupa ülkelerinde 1995 yılından itibaren sağlık hizmetleri, 1996 yılından itibaren ise halk sağlığı hizmetleri TKY ilkeleriyle yürütülmeye başlanmıştır (Arcelay ve ark., 1999).

TKY, incelenen 21 belgenin üçünde yer almaktadır (Tablo 2). Parti programında TKY ile ilgili sağlık hizmetlerinde rekabetin kurallarının belirleneceği ve bunlarla ilgili yasal düzenlemeler yapılacağı, kalite rekabetinin teşvik edileceği ve sağlık sektöründe ISO kalite standardı çalışmalarının tüm yurt genelinde başlanacağı belirtilmiştir (AKP programı). SDP'de (2003) sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması sunulması ekseninde sekiz ilkedden birisi sürekli kalite gelişimi (geri bildirim mekanizması oluşturulması) olduğu ifade edilmiştir. Tıpkı sözleşmeli çalışmada da olduğu gibi, iki belgede de yer alan TKY, AKP'den önceki mevzuat ve uygulamalardan farklı değildir, hatta onların devamı niteliğindedir. Buna karşın, iki belgeden sonra, 2005 yılından itibaren, TKY ile ilgili mevzuatlar ve onların doğrultusundaki uygulamalar büyük bir hız kazanmıştır. Sadece 2005-2011 yılları arasında TKY ile ilgili doğrudan 22 mevzuat çıkarılmıştır (Ayar ve Özkan, 2010). 2015 yılındaki son belgede ise Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'nün kurulması hedeflenmiş (AKP, 2015c) ve aynı yıl Enstitü kurularak, sağlık kurumlarının akredite edilmesi süreci başlamıştır.

TKY, özellikle ülkemizde yaygın tanımının ve ele alınışının tersine; kamu sağlık kurumlarının özel sağlık kurumlarıyla rekabetini arttıran, hizmet maliyetlerini düşüren, kâr oranı ve verimliliği artıran, sağlık emek gücünün mutlak ve görece sömürsünü derinleştiren, bunu gerçekleştirirken, emek gücünü denetleyen, kontrol eden bir uygulamadır. Bir başka ifadeyle, hem sağlık hizmetinin yönetimini hem de sağlık emek gücünün kendisini doğrudan etkileyen önemli bir uygulamadır. Çünkü, TKY ile sağlık emek gücünün iş yükleri, yoğunlukları artar, kırtasiyecilik, evrak prosedürlerini yerine getirmek gibi daha fazla meslek dışı işler yapar, Özellikle uygulamanın başlangıç aşamasında hekim dışı sağlık emek gücü kendisini TKY süreçleriyle sağlık ekibinin, yeni ismiyle takımın aktif üyesi olacağını varsaymıştır. Ek olarak, iş dışında TKY kapsamında takım üyelerinin

sosyal etkinliklerde bir araya getirilmesi, ayın personeli, teşvik alma gibi ödüllendirme, hemşirelerde olduğu gibi, kimi sağlık kayıtlarının resmi bir belge olarak kabul edilmesi algısı TKY'de rıza mekanizmalarına dönüşmüştür. Ek olarak, işletmeye dönüşmüş kamu sağlık kurumlarının çıkarı ile sağlık emek gücünün çıkarının ortak olduğu, bu nedenle, birisi batarsa öbürünün de batacağı yanılması ise diğer bir rıza mekanizması olmuştur. TKY kapsamında oluşturulan şikâyet kutuları, hasta hakları birimleri, BİMER ve SABİM Alo 184 gibi şikâyet hatları, işe giriş ve çıkışta kart basma, sağlık emek süreci etkinliğinde "sıfır hata" hedefi, emek sürecinin tüm aşamalarında emek gücünün çok sayıda mekanizmayla denetim araçları olmuştur (Warburton ve Carroll 1989; Ayar ve Özkan, 2010; Özkan, 2014). İşte, AKP ile bir ivme kazanan sağlık alanındaki TKY'nin sağlık emek gücüne bakan yönleri bunlar olmuştur.

##### 5. Hareket-zaman etüdü çalışma örneği olan MHRS

MHRS, kişilerin SB'ne bağlı hastanelerine, ağız ve diş sağlığı merkezlerine ve aile hekimlerine daha hızlı ulaşmak için Alo182 aranarak, canlı operatörlerden, web üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından kişilerin istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilmesini sağlayan bir sistemdir (SB, 2017b). AKP'nin 15 yıllık sürecinin 2014 ve 2015 yıllarında sadece iki belgesinde MHRS'nin tüm yurda yaygınlaştırılacağı hedefi yer almaktadır (AKP, 2014; AKP, 2015c). MHRS'de de önce uygulama başlamış, daha sonra belgelerde yer almıştır. MHRS'nin ilk pilot uygulaması 2009 yılında gerçekleşmiştir. Bir yıl sonra randevu kanallarından ilki olan Alo182 çağrı merkezi Erzurum ve Kayseri'de faaliyete geçmiş, 2011 yılında MHRS web Portal hizmete dâhil edilerek, internetten randevu alınmaya, 2012 yılında ise tüm Türkiye'de bu hizmet verilmeye başlanmıştır. Bir yıl sonra, MHRS, mobil uygulamasıyla hizmet verme ağını genişleterek, aile sağlığı merkezleri kapsamına almıştır. 2014 yılında, kamu hizmeti olan e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi ile MHRS entegrasyonu sağlanmıştır. Tüm bu uygulamalardan sonra, MHRS, ilk kez 2014 yılında 62. Hükümet Programı'nda uygulamanın başladığını ve ülke çapına yayılacağı bilgisi verilmiştir. 2015 yılından itibaren online randevu alan veya iptal eden kişilerin randevu durum bilgileri e-posta ile hatırlatılmıştır. Aynı yıl; yüksek riskli gebeler, 65 yaş üstü hastalar ve engelli vatandaşların randevu alırken öncelik tanınmıştır 2015 yılında, SMS ve sesli yanıt sistemi ile randevu hatırlatma pilot çalışması başlanmıştır. 2016 yılında, e-Devlet uygulaması üzerinden MHRS'ye erişim sağlanmış,

askeri hastanelerin sivilleşmesiyle birlikte bu hastanelerin tamamı sisteme entegre olmuştur.

MHRS'nin amacı, kişilerin sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmak, kişilerin memnuniyetini artırmak, muayene öncesi bekleme sürelerini azaltmak, saygın ve devamlı sağlık hizmeti sunmak, sağlık politikalarını geliştirmek, hizmet alanların talep, görüş ve şikâyetleri anlık olarak değerlendirmek olarak ifade edilmektedir (**SB, 2017b**). Bu aslında MHRS'nin gerçek dışı bir amacdır. Asıl amacı, kısmen ilk belgede yani 62. Hükümet Programı'nda da belirtildiği gibi, hastanelerdeki hekim iş gücünün etkin kullanımını sağlamaktır (**AKP, 2014**). Etkin kullanım, emek verimliliğidir. Emek verimliliği ise işletmeye dönüşmüş sağlık kurumlarının kârını maksimize edilebilmek için hekimlerin, fazla-yoğun-ağır çalışarak, en düşük ücretle, patron ve/veya işveren için en düşük maliyetle, en kısa sürede, en az hatayla ya da hatasız üretmesidir. Bunun için ayrıca, hekimlerin işyerindeki bütün zamanlarının planlanması, bütün üretim aşamalarının standardize edilerek denetlenmesidir. Böyle bir uygulamanın kökeni, FW Taylor'un 1900'lü yılların başında sanayi işletmeleri için önerdiği hareket zaman etüdüne dayanmaktadır (**Özkan, 2015; Abramovitz, Zelnick, 2010**).

MHRS ile hekimlerin her dakikası denetim ve kontrol altına alınarak, gereksiz kabul edilen eylemlerin yok edilmesi ya da azaltılması, herhangi bir işin belirlenmiş süre içinde ve belirlenmiş hızla yürütülmesi sağlanır. Böylece, işveren olan devlet için hekimlerin tüm zamanını sadece işle geçirerek, sözde 'tembelliğinin ve aylaklığının önlenmesi' hedeflenir. Böyle olunca, hekimler, SB'nin belirlediği hasta sayısı kadar hastayı muayene ve tedavi etmektedir. Bir başka ifadeyle, hekimin hasta muayene ve tedavi sürecini sağlık işletmesinin gereksindiği kadar hızlandırmasıdır. Ayrıca, emek sürecinin planlamasından, yaşama geçirilmesine kadar tüm sürecin kontrolünün hekimler yerine, hastaneden SB'ne kadar tüm yöneticiler tarafından elinde tutulmasıdır. Eş zamanlı olarak, TKY, performans dayalı ücretlendirmeyle beraber, sömürüyü tekrar tekrar üretmek, katmerleştirmesinin bir aracıdır (**Özkan, 2015; Abramovitz, Zelnick, 2010**).

### Sonuç yerine

Bu makalede, 21 belge üzerinden AKP ile geçen 15 yılda yürütülen sağlık politikalarının sağlık emek gücüne etkileri ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Genellikle bir partinin programı, seçim beyannameleri gibi, resmi belgeler genel ekonomi politikaların yanı sıra, sağlık politikalarının amaçlarını ve kısmen araçlarını açıkça ortaya koymaktadır. O nedenle, mevzuat

ve uygulamaların daha sonra yaşama geçirilmesi beklenir. AKP döneminde ise tam tersi bir süreç izlenmiştir. Örneğin, tele çalışmada, sözleşmeli çalışmada, TKY'de ve MHRS'de önce mevzuat ve uygulamalar olmuş, daha sonra, bunlar AKP Hükümeti'nin programları, seçim beyannameleri gibi resmi belgelerinde yer almaya başlamıştır. Yanı sıra, incelenen 21 belgede, taşeron çalışma, fonksiyonel esneklik, emek göçü gibi, esnek üretimin diğer uygulamaları ise hiç yer almamaktadır. Bu durum, esnek üretimin ve SDP'nin sağlık emek gücüne etkilerini ortaya koymada incelenen belgelerin yeterli olmadığı göstermektedir.

### Dipnotlar

#### 1 Evde bakım

- Özkan Ö. (2000) Finans boyutu ile evde sağlık hizmetleri Neyin alternatifi? Toplum ve Hekim, 15(3):182-189.
- Uçku R. (2011) Evde bakım özel sektörün ilgisini çeker mi? Toplum ve Hekim, 26(3):193-198.
- Özkan Ö. (2016) Evde sağlık, sosyal ve destek hizmetlerinde dört dönem dört özellik. Toplum ve Hekim, 31(6):424-442.
- Yıldırım E. (2016) Düünden bugüne Türkiye'de evde sağlık hizmetleri. Toplum ve Hekim, 31(6):443-459.

#### 2 Performansa dayalı ücretlendirme

- Bilaoğlu E. (2004) Performansın başarısı. Toplum ve Hekim, 19(3):228-232.
- Üçkuyu Y. (2004) Hekim ücretleri nasıl belirlenir? Hekimlerin ücret mücadelesinin ekonomi-politik zemini üzerine düşünceler. Toplum ve Hekim, 19(3):203-209.
- Belek İ. (2004) Esnek istihdam, esnek ücretlendirme. Toplum ve Hekim, 19(3):197-202.
- Nesanır N, Errem A, Bilge B, Saltık A. (2006) Manisa'da birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin bakış açısıyla performansa dayalı döner sermaye uygulaması. Toplum ve Hekim, 21(3):231-238.
- Tüzün H. (2009) Hekim emekgücü ve hekim ödeme biçimlerine uluslararası bakış. Toplum ve Hekim 24(3):188-197.
- Elbek O. (2010) Performans ve hekimlik. Toplum ve Hekim 25(6):432-447.
- Belek İ. (2015) Piyasacı sağlık ortamında ücretlendirme ve sağlık. Toplum ve Hekim, 30(4):285-290.
- Özay K. (2015). Özel sağlık sektöründe çalışma biçimleri ve ücretlendirilme. Toplum ve Hekim, 30(4):290-296.

#### 3 Taşeron Çalışma

- Öztürk Ö. (2004) Kamu sağlık kurumlarında taşeronlaştırma dönemi. Toplum ve Hekim, 19(3):223-227.
- Sertlek T. (2008) Sağlık hizmetleri ve taşeronlaşma. Toplum ve Hekim, 23(4):309-312.
- Güler M. (2008) Sağlık çalışanlarının statü kaybı: Taşeronlaşmanın yakın tarihi. Toplum ve Hekim, 23(4):313-315.
- Tüzün H. (2008) Daha esnek istihdam daha az sağlık. Taşeronlaşmanın çalışanların sağlığına, sağlık çalışanlarına ve sağlık hizmetlerine etkisi. Toplum ve Hekim, 23(5):322-331.
- Sertlek T. (2008) Taşeron işçi olmak. Toplum ve Hekim, 23(5):335-337.
- Ergönül Ö. (2008) Taşeron firmalarında sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskleri ve korunma yolları. Toplum ve Hekim, 23(5):338-351.
- Çerkezoğlu A. (2012) Taşeron sağlık işçileri için grev hakkının bağlamı. Toplum ve Hekim, 27(3):200-203.

**Kaynaklar**

- Abramovitz, M., Zelnick, J.** (2010) Double jeopardy: The impact of neoliberalism on care workers in the United States and Sout Africa. *International Journal of Health Services*, 40(1):97-117.
- AKP.** AKP Programı. Erişim Adresi [http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum\\_](http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum_)
- AKP.** (2002a) 58. Hükümet Programı. 24 Kasım 2002. Erişim Adresi <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/58inci-hukümet-programi.pdf>
- AKP.** (2002b) 2002 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Her Şey Türkiye İçin. Erişim Adresi <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2002-beyanname.pdf>
- AKP.** (2003a) T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı. 3 Ocak 2003. Erişim Adresi <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.HükümetAcilEylemPlanı.pdf>
- AKP.** (2003b) 59. Hükümet Programı. 18 Mart 2003. Erişim Adresi <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/59uncu-hukümet-programi.pdf>
- AKP.** (2007a) 60. Hükümet Programı. 31 Ağustos 2007. Erişim Adresi <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/60inci-hukümet-programi.pdf>
- AKP.** (2007b) 2007 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Güven ve İstikrar İçinde Durmak Yok Yola Devam. Haziran 2007. Erişim Adresi <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2007-beyanname.pdf>
- AKP.** (2008) 60. Hükümet Programı Eylem Planı. 10 Ocak 2008. Erişim Adresi <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/4/60.H%C3%BCk%C3%BCmetProgram%C4%B1EylemPlan%C4%B1.pdf>
- AKP.** (2011a) 61. Hükümet Programı. 9 Temmuz 2011. Erişim Adresi <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/61inci-hukümet-programi.pdf>
- AKP.** (2011b) 2011 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Türkiye Hazır Hedef. 2023. 12 Haziran 2011. Erişim Adresi <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2011-beyanname.pdf>
- AKP.** (2012) 2023 Siyasi Vizyonu. Siyaset, Toplum, Dünya. 30 Eylül 2012. Erişim Adresi <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/akparti2023siyasivizyonuturkce.pdf>
- AKP.** (2014) 62. Hükümet Programı. 1 Eylül 2014. Erişim Adresi <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/62nciHukümetProgrami.pdf>
- AKP.** (2015a) 64. Hükümet Programı. 25 Kasım 2015. Erişim Adresi [http://www.akparti.org.tr/upload/documents/64.hukümet\\_programi.pdf](http://www.akparti.org.tr/upload/documents/64.hukümet_programi.pdf)
- AKP.** (2015b) 64. Hükümet 2016 Yılı Eylem Planı. İcraatlar ve Reformlar. 10 Aralık 2015. Erişim Adresi <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/64.hukümet-eylem-planı-kitap.pdf>
- AKP.** (2015c) 2015 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Yeni Türkiye Yolunda Daima Adalet Daima Kalkınma. Erişim Adresi 7 Haziran 2015. <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2015-secim-beyannamesi-20nisan.pdf>
- AKP.** (2016a) 65. Hükümet Programı. 26 Mayıs 2016. Erişim Adresi <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/akparti2023siyasivizyonuturkce.pdf>
- AKP.** (2016b) 65. Hükümet 2016 Eylem Planı İcraatlar ve Reformlar. Erişim Adresi <http://www.reformlar.gov.tr>
- Arcelay, A., Sanchez, E., Hernandez, L., Inclan, G., et al.** (1999) Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of Total Quality Management. *Leadership in Health Services*, 12(2-3):54-58.
- Ayar, F., Özkan, Ö.** (2010) Sağlık Kurumlarında toplam kalite yönetimi uygulamaları ve bunun hemşirelere etkileri. *Çalışma Yaşamı ve Hemşirelik Sempozyumu*, 17-18 Nisan Ankara.
- Belek, İ.** (2006) Sağlık emek gücünün özellikleri. İçinde: Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü. Eds. Nalçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E.

Nazım Kitaplığı:34. SoL Meclis Dizisi:6. ss 221-226.

- Boratav, K.** (2016) Türkiye'nin dört krizi ve bugün. *BİRGÜN* gazetesi, 16.12.2016.
- Brito, P., Galin, P., Novick, M.** (2001) *Labour relations, employment conditions and participation in the health sector*. Geneva: WHO. Erişim Adresi [http://www.who.int/hrh/documents/en/Labour\\_relations.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/Labour_relations.pdf)
- Buciuniene, I., Malcankina, S., Lydeka, Z., Kazlauskaitė, R.** (2006) Managerial attitude to the implementation of quality management systems in Lithuanian support treatment and nursing hospitals. *BMC Health Services Research*, Sep 20;6:120-130.
- Devlet Planlama Teşkilatı- DPT.** (2006) *Dokuzuncu Kalkınma Planı. Rekabet Hukuku ve Politikaları İhtisas Komisyonu*. Ankara. Yayın No: DPT:2723. Erişim adres: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/1/plan9.pdf>
- DPT.** (2013) *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)* 10 Haziran 2013. Ankara. Yayın No: DPT:2723. Erişim adres: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalkinma%20Planı.pdf>
- Dussault, G., Dubois, CA.** (2003) Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 14(1):1-16.
- Homedes, N., Ugalde, A.** (2005) Human resources: The Cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health*, 19;3(1):1-13. <http://www.telesaglik.gov.tr>
- İŞKUR** (2017) 2016 İstatistik Yılı. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Erişim Adresi <http://www.iskur.gov.tr/tr-tr/kurumsal-bilgi/istatistikler.aspx#dltop>
- Kabene, SM., Orchard, C., Howard, JM., Soriano, MA., Leduc, R.** (2006) The importance of human resources management in health care: A global context. *Human Resources for Health*, Jul 27;4:20.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J.** (2002) Work characteristics in long-term temporary workers and temporary-to-permanent workers: A prospective study among Finnish health care personnel. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9):693-699.
- Koivusalo, M., Mackintosh, M.** (2004) Health systems and commercialisation in search of good sense. Prepared for the UNRISD international conference on "Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses in the UNRISD programme on Social Policy and Development DRAFT Geneva. Erişim Adresi <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadForm&parentunid=32A160C292F57BBEC1256ED10049F965&parentdoctype=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/>
- Last, JM.** (2007) *A dictionary of public health*. Oxford University press. p.156,158.
- Milli Eğitim Bakanlığı-MEB-** (2017) Milli Eğitim İstatistikleri-Örgün Eğitim 2016/17. Erişim Adresi [http://sgb.meb.gov.tr/meb\\_iys\\_dosyalar/2017\\_09/08151328\\_meb\\_istatistikleri\\_orgun\\_egitim\\_2016\\_2017.pdf](http://sgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_09/08151328_meb_istatistikleri_orgun_egitim_2016_2017.pdf)
- Miller, P., Yasin, E., Zimmerer, T.** (2006) An empirical investigation of quality improvement initiatives in for-profit and not-for-profit hospitals environmental, competitive and outcome concerns. *The International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(7):539-550.
- Makai, P., Klazinga, N., Wagner, C., Boncz, I., Gulacsi, L.** (2009) Quality management and patient safety: Survey results from 102 Hungarian hospitals. *Health Policy*, 90(2-3):175-80.
- Manaf, NH.** (2005) Quality management in Malaysian public health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(2-3):204-216.
- Mauno, S., Cuyper ND., Witte, HD.** (2012) Work characteristics in long-term temporary workers and temporary-to-permanent workers: A prospective study among Finnish health care personnel. *Economic and Industrial Democracy*, 33(3): 357- 377.



- Muntaner, C., Chung, H., Solar, O., Santana, V., Castedo, A., Benach, J., EMCONET Network.** (2010) A macro-level of employment relations and health inequalities. *International Journal of Health Services*, 40(2):215-221.
- Navarro, V.** (1978) The crisis of the western system of medicine in contemporary capitalism. *International Journal of Health Services*, 8(2): 179-21.
- Ollman, B.** (2006) Diyalektiğin dansı Marx'ın yönteminde adımlar. Çev: Saraçoğlu, C. Yordam Kitap, İstanbul.
- Övretveit, J.** (2003) Nordic privatization and private health care. *International Journal of Health Planning and Management*, 18(3):233-246.
- Özdemir, MA., Özkan, Ö.** (2006) İçerikleri ve adlarıyla kavramların işlevleri: İşçi sağlığı kavramından iş sağlığına geçişin çağrıştırdıkları. *İktisat Dergisi*, 479: 52-57.
- Özkal-Sayan, İ., Albayral, SO.** (2011) İstisnailikten genelliğe, geçicilikten sürekliliğe: 4B sözleşmeli personel istihdamı. *Amme İdaresi Dergisi*, 44(3):141-172.
- Özkan, Ö., Hamzaoğlu, O.** (2008) Uluslararası sağlık emek göçü: Ne, nasıl, neden. *Toplum ve Hekim*, 23(3): 179-183.
- Özkan, Ö., Çatiker, A.** (2010). Sağlık sektöründe esnek üretim biçimi ve sağlık emek-gücüne etkileri. İçinde: *Almanak 2009 Analizleri. Sosyal Araştırmalar Vakfı 32, İstanbul, 2010.* ISBN: 978-605-61579-1-2. s. 477-504.
- Özkan, Ö., Hamzaoğlu, O.** (2014) Esnek istihdamın işçi sağlığına etkileri. İçinde: *Kapitalist Üretim İlişkilerinde "Yeniden" Esneklik Türkiye'de Esnek Çalışma. Haz. Müftüoğlu, Ö., Koşar, A. Evrensel Kültür Kitaplığı-5, s. 191-213.*
- Özkan, Ö.** (2014) Esnek üretim hemşire emeği için bir tuzak mı? Bir fırsat mı? İçinde: *Emeğin Kitabı. Ed. Yaman, M., Yarkın, G., Tuna, G., Ercan, F. Sosyal Araştırmalar Vakfı. III. Bölüm, 1. Basım, Mayıs 2014. ISBN 978-605-86699-7-8. s. 556-574.*
- Özkan, Ö.** (2015) Sağlık hizmetlerinde işlik yönetimi eğitimi. 30 temmuz 2015. <http://www.halkinsagligi.org/saglik-hizmetlerinde-islik-yonetimi-ozlem-ozkan/> erişim tarihi:20.07.2015.
- Özkan, Ö.** (2016a) Ataerkil kapitalizmin kadın sağlık çalışanlarına etkisi. İçinde: *Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emeği. Neoliberal ve Muhafazakâr Dönem Kadın Emeği. Der. Yaman, M., Dedeoğlu, S. SAV. İstanbul. s. 130-170.*
- Özkan, Ö.** (2016b) Evde sağlık, sosyal ve destek hizmetlerinde dört dönem dört özellik. *Toplum ve Hekim*, 31(6):424-442.
- Öztürk, Ö.** (2017) Ticaret, piyasa, meta. Ticarileşme, Sağlık Hizmetleri ve Akademik Özgürlük. IAHPE ve TTB Ortak etkinliği Konferansı. 14-15 Ocak 2017, İstanbul.
- Pearce, N.** (1996) Traditional epidemiology, Modern epidemiology and public health *American Journal of Public Health*, 86(5):678.
- Rigoli, F., Dussault, G.** (2003) The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources Health*, 1(1):9doi: 10.1186/1478-4491-1-9.
- Ruiz, U.** (2004) Quality management in health care: A 20-year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6):323-333.
- Sağlık Bakanlığı-SB.** (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Bakanlığı, Aralık, Ankara.
- SB.** (2004) Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı. SB, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. Erişim Adresi [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(16\).pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf).
- SB.** (2011) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Erişim Adresi [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglikta-insan-kaynaklari\\_2023\\_vizyonu.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglikta-insan-kaynaklari_2023_vizyonu.pdf).
- SB.** (2013) 2014 Bütçe Sunumu. Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu. Erişim Adresi <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1424,butce-sunumpdf.pdf?0>.
- SB.** (2016) Sağlık istatistikleri yılı 2015. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- SB.** (2017a) Sağlık istatistikleri yılı 2016 Haber Bülteni. Erişim Adresi [http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015\\_Haber\\_Bulteni.pdf](http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015_Haber_Bulteni.pdf).
- SB.** (2017b) Merkezi Hekim Randevü Sistemi. <https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml>.
- Slujis, EM., Wagner, C.** (2003) Progress in the implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995-2000. *The International Journal for Quality in Health Care*, 15(3):223-34.
- Syme, LS.** (1998). Social epidemiology and the work environment. *International Journal of Health Services*, 18 (4); :635-45.
- Terry, K.** (2017) Physicians and telehealth: Is it time to embrace virtual visits? Erişim Adresi <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/physicians-and-telehealth-it-time-embrace-virtual-visits?page=full>.
- Timmermans, K.** (2004) Developing countries and trade in health services: Which way is forward? *International Journal of Health Services*, 34(3):453-466.
- Wagner, C., Gulácsi, L., Takacs E., Outinen, M.** (2006) The implementation of quality management systems in hospitals: A comparison between three countries. *BMC Health Services Research*, 6(50):1-11.
- Warburton, R., Carroll, W.K.** (1989) Ambiguities of political consciousness among registered nurses in British Columbia. *BC Studies*, 83:3-34.
- Waitzkin, H.** (2005) Global trade, public, services: Stakeholders' constructions of the key issues. *Social Science & Medicine*, 61(5):893-906.
- WHO.** (2016) Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Erişim Adresi [http://who.int/entity/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf?ua=1](http://who.int/entity/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1)
- WHO.** (2013) Definition and list of health professionals. Transformative Education for Health Professionals. Erişim Adresi <http://whoeducationguidelines.org/content/1-definition-and-list-health-professionals>.
- WHO.** (2010) Classification of health workforce statistics. World Health Organization, Geneva [www.who.int/hrh/statistics/workforce\\_statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/workforce_statistics/Health_workers_classification.pdf).
- WHO.** (2000) World health Report 2000-Health systems: Improving performance. Geneva: WHO.
- Wilkinson, R., Marmot, M.** (2003) *The social determinants of health: The solid facts.* 2nd ed.. World Health Organization Europe. Erişim Adresi [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf).
- Yaman, M.** (2016) Çerçeve sunuş: Meta. *Katkı*, 2:5-13.
- Yavuz, CI.** (2013) Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, 1980 sonrası. *Toplum ve Hekim*, 28(3):192-204.