

SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN AKP İLE GEÇEN 20 YILI

Özlem ÖZKAN*

Öz: Bu yazı, AKP'nin 20 yıllık iktidarı süresince 28 belge üzerinden Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ve esnek üretimin sağlık emekçileri üzerine etkilerini insan kaynakları perspektifini dışlayarak, emek ekseni ve kapitalizm- esnek üretim- sağlık reformları- sağlık emekçileri ilişkisi bütünselliği içinde ele almayı amaçlamıştır. 28 belge üzerinden, AKP hükümetlerinin 20 yılda sağlık emekçileriyle ilgili en fazla ele aldığı konular; 1) sağlık emekçilerinin sayısının az, istihdamının dengesiz dağılımı 2) daha çok ara emek gücü eğitimini merkeze almakla beraber, diğer sağlık emekçilerinin de eğitimi 3) aile sağlığı birimleri, evde sağlık hizmetleri, şehir hastaneleri gibi yeni çalışma mekanlarının ortaya çıkması ya da özel sağlık kurumlarında çalışmada olduğu gibi, daha önceden var olup, son 20 yılda büyük bir ivme kazanması 4) performansa dayalı ücretlendirme 5) esnek istihdam biçimlerinden sözleşmeli, tele/uzaktan ve taşeron çalışma 6) insan kaynakları yönetimi 7) merkezi hasta randevu sistemi ve 8) fonksiyonel esnekliktir. Ele alınan bu sekiz konunun ortak noktası; kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarını savunanların iddialarının tersine, sağlık emekçilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı ve esnek üretim mekanizmalarıyla bedenlerinin ve zihinlerinin tüm potansiyelleri kullanılarak, doğrudan ya da devlet eliyle sermaye sınıfının kârını maksimize etmeyi amaçlamasıdır. Böyle olunca, AKP ve taraftarlarının da 20 yılda sağlık emekçilerine bıraktığı miras özetle; sömürü oranı yüksek, sağlıksız, güvensiz, güvencesiz çalışma koşulları, düşük maaşlar, belirsiz, yetersiz, emekliliğe yansımayan ek ücretler, emek sürecindeki planlanmanın, denetimin ve kontrolün kaybedilmiş olmasıdır.

Anahtar sözcükler: AKP, sağlık emekçileri, sağlıkta dönüşüm programı, sağlık reformu, esnek üretim

20 Years of Health Workers under AKP Rule

Abstract: This article aims to examine the impact, via 28 documents, of the Health Transformation Program and of flexible production on health workers, during 20 years of AKP rule. This will be done by setting aside the human resources perspective and by focusing on the axis of labour and the integral relationships of capitalism-flexible production-health reforms-health workers. Via the study of 28 documents, it is revealed that, the subjects most focused on regarding health workers during the 20 years of AKP governments are: 1) The low total number of health workers and the imbalance of their deployment 2) although centring mostly on labour force training, also the training of other health workers 3) emergence of new work spaces such as family health units, home health care services and city hospitals, or, as in the case of private health institutions, a great acceleration in the last 20 years of previously existing work spaces 4) performance-based salary system 5) forms of flexible employment such as contracted work, remote telework and subcontracted work 6) human resources management 7) centralized patient appointment system and 8) functional flexibility. The common point of these eight headings is, to the contrary of claims of those who argue in favour of capitalism's neoliberal economic policies, the fact that they aim to maximize the profits of the capital-owning class, either directly or by the hand of the state, through the use of the entire potential of the bodies and minds of health workers, via the Transformation in Health Program and flexible production mechanisms. Thus, the inheritance for health workers of the AKP and its supporters over the 20 years of its rule is, to sum up, highly exploitative, unhealthy, insecure, unsecured working conditions, low salaries, uncertain, insufficient additional payments that are not reflected in pension payments, and a loss of control in the planning, supervision and control in the labour process.

Key words: AKP, health workers, health transformation program, health reform, flexible production

I. GİRİŞ

Kapitalizmin 2001 krizinin Türkiye'deki siyasi ve iktisadi etkileri, bu sisteme entegre mevcut siyasi öznelerin yine kapitalizmin yükünü taşımadaki başarısızlıkları, en kapsamlı İslamcı hareketin temsilcisi olan Milli Görüş'ün parçalanması, özellikle Müstakil Sanayici ve İşadamları Derneği (MÜSİAD) çevresindeki İslamcı burjuvazinin de küresel sermayeyle bütünleşme talepleri, uluslararası ve ulusal sermayenin gereksinimlerini karşılayacak ölçüde kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarının yaşama geçirilmemesi, Ortadoğu'da yükselen siyasi İslam ve Büyük Ortadoğu projesinde Türkiye'nin konumu gibi faktörler, AKP'nin iktidara gelmesinin zeminini oluşturdu. Nitekim, 3 Kasım 2002 genel seçimlerinde henüz 15 aylık

bir parti olan AKP, %34.63 oy alarak (Meclis'teki 550 sandalyenin 363'ü) sağ kesimin, liberallerin, burjuvazinin ve onu temsil eden Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği (TÜSİAD)'nin de büyük desteğiyle iktidara geldi ve 58. Hükümeti kurdu. Türkiye'de çok partili siyasal döneme geçildiğinden bu yana, 20 yıl ile iktidarda en uzun süre kalan parti oldu. Kendisini muhafazakâr demokrat olarak adlandıran AKP, iktidarındaki ilk dönemlerinde; Kemalizm ve TSK eleştirileri yapıp, milliyetçiliği ve İslam'ı referans almadığını, insan hakları, demokratikleşme, yoksullukla mücadele edeceğini, Kürt sorununa yeni açılım getireceğini iddia etti. Bu iddialar ve onun söylemleri, geniş kesimler tarafından da ilk

*Doç. Dr., Kocaeli Dayanışma Akademisi (KODA)(ORCID No: 0000-0003-1063-7489)

Geliş Tarihi / Received : 04.04.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 07.04.2023

zamanlarda kabul gördü. Buna karşın, özellikle IMF ve AB gibi sermaye örgütleriyle ABD'nin de desteğini alarak, kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarına inanılmaz bir hız verdi. Tüm bunlar, AKP'yi güçlendirerek, 2007 genel seçimlerinde dikkat çekici bir biçimde oylarının da artmasına yol açtı (**Uzgel, 2009; Bedirhanoglu, 2009**). İktidarının ilk beş yılında lale devrini yaşayan AKP, tıpkı kendisinden önce iktidara gelen partiler gibi, IMF ile anlaşmalarına devam etti. 2008 yılında başlayan iktisadi krizle karşı karşıya kalsa da partiye yönelik kapatma davası (2008), Ergenekon ve Balyoz davaları (2012) tersine yine gücünü daha da artırdı. Nitekim, 2011 genel seçimleriyle oyunu %49.8'e yükselterek, iktidarını pekiştirdi. Bu dönem, R.T. Erdoğan tarafından "ustalık dönemi" olarak adlandırıldı (**Timur, 2014:43**). AKP, 2015 yılındaki siyasi krizi, 15 Temmuz Asker Kalkışması'nın olanaklarından yararlanarak aşmaya çalıştı. 2017 yılında Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemiyle 'tek adam ya da saray rejimi' tesis edilerek, R.T. Erdoğan baskıcı ve otoriter devlet yapısını, daha genel ve kapsayıcı bir ifadeyle, faşist ve İslamcı muhafazakâr bir toplumsal dönüşüm modelini tamamlamış oldu. İktidarı süresince AKP, uluslararası/ulusal düzeydeki sermaye sınıfına koşulsuz biat etti, kamunun ve devletin tüm olanaklarını sermaye birikimi için genelde sermaye sınıfına, özelde tarikatların, cemaatlerin ve diğer yandaşlarının hizmetine sundu. Seçim propagandalarında IMF ve Dünya Bankası (DB) karşıtı olduklarını iddia etse de tümüyle onların şartlarına tabi oldu. Dolayısıyla, ilk dönemlerindeki iddialarının gerçek olmadığı kısa sürede ifşa oldu. AKP'nin 20 yılından kalan miras, emekçi sınıflar ve halklar için yaşamın her alanındaki eşitsizliklerin, adaletsizliklerin, işsizliğin, yoksulluğun, ayrımcılığın, yolsuzlukların, LGBT-i ve kadın karşıtlığının, kutuplaşmanın, kayıt dışılığın vb. giderek artması ve derinleşmesi, devlet mülkiyetindeki büyük kârlı işletmelerin, kamu arazilerinin yok pahasına satılması, küresel sisteme bağımlılık, hukuksuzluk, insan hakları ihlalleri, bilim dışılık, gericilik, sermaye gruplarına verilen TOKİ ihaleleri, rant odaklı kentsel projeler vb. için çevre ve doğanın talanıydı. Bunlar 20 yıllık süre içinde iktisadi ve siyasi krizlerle de daha büyük ivme kazandı. Nitekim, insanı ve onun yaşamını değil, kârı öncelemelerinin tercihlerinin sonucu, sayısız maden kazalarının, en son şubat ayındaki depremlerin felâketlerle sonuçlanması ve halen bunları görmezden gelmeleri hatta inkâr etmeleri yine 20 yıllık iktidarlarının özetidir.

Bu 20 yıllık sürede, AKP'nin öncelikli politikalarından, propagandalarından ve ikna araçlarından birisi de sağlık alanıydı. İlkı AKP Parti Programı, AKP 2002 Genel Seçimler Beyannamesi olmak üzere, 58. Hükümet Programı ve onun Acil Eylem Planı'nda mevcut sağlık politikalarının ilkeleri ve amaçları, iktidara geldikten 13 ay sonra, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ismiyle ek olarak reformun nasıl

uygulanacağı beyan edilmiştir (**AKP, 2002a-c; SB, 2003**). 2007 seçim beyannamesinde ise SDP'nin 2013 yılında tümüyle yaşama geçirileceği taahhüt edilirken, dört yıl sonrasındaki seçim beyannamesinde SDP sayesinde çoğu hedefe ulaşıldığını, adeta bir sağlık devrimi ya da büyük bir tarihi dönüşüm gerçekleştirdikleri ifade edilmiştir (**AKP, 2007a; AKP, 2011a**). O zamandan bugüne, tüm hükümet programlarında (**AKP, 2003b; AKP, 2007b; AKP, 2011b; AKP, 2014; AKP, 2015a; AKP, 2016**), bu programların eylem planlarında (**AKP, 2008; AKP, 2015b**), üç kalkınma planında (**DPT, 2006; DPT, 2013; DPT, 2019**), AKP 2023 siyasi vizyonunda (**AKP, 2012**) ve sağlıkta insan kaynakları 2023 vizyonunda (**SB, 2011**), en son rapor olan 2023 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı'na kadar sağlık sisteminin tüm bileşenlerinin SDP ile adım adım nasıl metalaştırılacağı, piyasalaştırılacağı ve ticarileştirileceği ele alınmıştır (**TCC, 2018a-b; TCC, 2019-2022**). Bu yapılırken, 2007 yılından itibaren tüm belgelerde SDP'nin dünya çapında özgün ve devasa bir model olduğu, sağlıkta büyük ilerlemeler sağladığı, çoğu sağlık sorununu çözdüğü, vatandaşta memnuniyet oluşturduğu saptaması yapılmıştır. Bir belgede, bu programla uluslararası kamuoyunda da büyük takdir toplandığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve OECD gibi uluslararası kuruluşların, Türkiye'deki sağlık reformlarının diğer ülkeler için "ders kitabı" vasfı taşıdığı belirtilmiştir (**AKP, 2012**). Hatta, 2011 yılında BMJ'de (**Baris ve ark. 2011**), 2013 yılında Lancet'de (**Atun ve ark. 2013**) ve 2015 yılında NEJM'de (**Atun, 2015**) benzer yaklaşımlarla SDP'nin aktörleri tarafından nasıl başarılı olduğu yazılmıştır.¹ Oysa, AKP'nin SDP ile vücut bulan sağlık politikalarının ve sonuçlarının iddia edildiği gibi, emekçiler ve halklar lehine olmadığı 20 yıldır bilindiği gibi, deneyimlenir de olmuştur. SDP dâhil AKP'nin tüm sağlık programı ve uygulamaları, 1980'li yıllardan itibaren tüm kapitalist ve kapitalistleşme aşamasında olan ülkelerin kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarına entegre eden sağlık reformlarının tümüyle kopyasıdır. Bir başka ifadeyle, DSÖ'nün teknik danışmanlığını yaptığı, DB'nin projelerle borçlanma karşılığı finanse ettiği, kapitalizmin krizinin aşılmasında sağlık alanının sermaye sınıfı için hukuku ya da hukuk dışı yollarla bir birikim alanına dönüştürülme projesidir. Bir başka ifadeyle, sağlık alanında ne varsa tümünün alımın ve satımın konusu haline getirilmesi, kamu eliyle özel sağlık sektörünün teşvik edilmesi ve beslenmesi, kışkırtılmış sağlık hizmeti talebinin oluşturulması hem ulusal hem de uluslararası düzeyde ticarete dönüştürülmesidir (**Waitzkin, 2005; Hamzaoglu ve Işık, 2006**). Böyle olunca, gelinek noktada, sağlık alanındaki yolsuzluklar küresel düzeye ulaşmış olup, uygun ve doğru olmayan mali ilişkiler, hırsızlık, kaynakların başka yöne çevrilmesi, hileli faturalamalar, gayri resmi ödemeler ve sahte terapötikler

ve tıbbi malzemeler en sık karşılaşılan yolsuzluk biçimleri olmuştur. Belli bir kişinin ya da grubun özel ve kişisel çıkarı için sağlık alanının kötüye kullanımıyla, ortaya çıkan yolsuzluklarla da beraber (Glyn, 2022), genelde mevcut sağlık reformları, özelde SDP'nin emekçilere ve halklara en temel etkileri, paraları kadar sağlık hizmeti almaları, bu nedenle sağlık hizmetlerine erişememeleri, gereksindikleri sağlık hizmetlerini alamamaları, önlenemez ve korunabilir hastalıklara maruz kalmaları gibi sayısız olumsuz sonuçlarla beraber, "sağlıklı yaşama hakları"nın elinden alınması olmuştur.

Kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarının gereksinimi olan sağlık reformları anlayışıyla, sağlık sisteminin kapasitesini sürdürmenin ve artırmanın en temel bileşenlerinden birisi, sağlık emekçileri kabul edilmiştir. Gerek bu reformlarla, gerekse esnek üretim mekanizmalarıyla sağlık emekçileri canlı bir emek olmaktan öte, bir üretim girdisi, herhangi bir kaynak olarak, sağlık hizmeti alanların memnuniyetini artırması, işletmeye dönüşmüş sağlık kurumlarının kârını maksimize etmesi, eldeki asgari olanaklarla ve en düşük maliyetle maksimum çıktılar elde etmesi ya da üretken ve verimli olması beklenmiştir. Bu nedenlerle, sağlık emekçilerinin sağlık reformlarını desteklemeleri, desteklemezlerse bile engelleyen konumda olmamaları da amaçlanmıştır. Böyle olunca, sağlık reformları ve eş zamanlı yaşama geçirilen esnek üretim mekanizmalarıyla, istihdamları, ücretlendirilme biçimleri, çalışma ilişkileri, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri, kısaca sağlık emekçileri neyi içeriyorsa onlar tümüyle yapısal olarak değişmeye başlamıştır. Kapitalist ülkelere göre değişimle birlikte, bu yapısal değişimler kırk yıldır devam etmesine karşın, mevcut literatürlerin önemli bir bölümü, bu değişimlerin sağlık emekçileri üzerindeki etkileri ve sonuçları göz ardı ettiği, görmezden geldiği ya da bu kapitalizm- esnek üretim- sağlık reformları- sağlık emekçileri ilişki bütünselliği içinde neredeyse hiç ele alınmadığı görülmektedir. Bunların yerine daha çok, sağlık reformlarının başarısında ya da başarısızlığında sağlık emekçilerinin rolü üzerinde durulmuş olup, bunların gerçek nedenleri ise sorgulanmamıştır. Yani sıra, sağlık reformlarının sağlık emekçilerinin hangi tepkilerini tetiklediği, bunların nasıl mücadeleye dönüştüğü konuları da hak ettiği ölçüde ele alınmamıştır (Kabane ve ark. 2006; Rigoli ve Dussault, 2003; Dussault ve Dubois, 2003).

Bu yazı, AKP'nin 20 yıllık iktidarında kapitalizmin neoliberal ekonomi politikaları bağlamında, SDP'nin ve esnek üretimin sağlık emekçileri üzerine etkilerini insan kaynakları perspektifini dışlayarak, emek eksenli ve kapitalizm- esnek üretim- sağlık reformları- sağlık emekçileri ilişki bütünselliği içinde ele almayı

amaçlamıştır. Bu konu, makaleyi aşan bir kapsama ve ayrıntıya sahip olduğu için, konu genel hatlarıyla tartışılmıştır. Özellikle bu konuda beş yıl önce yazılan makaleyle (Özkan, 2017) tekrara düşmemek için gerekli açıklamalar dipnotta verilmiştir. Çalışmanın amacına ulaşmak için analiz edilen veri kaynakları (belgeler);

1. "Sağlık Emek Gücünün AKP ile Geçen 15 Yılı" başlıklı makalede kullanılan 20 veri kaynağı; AKP Programı, SDP, Sağlık Bakanlığı (SB)'nin Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, AKP'nin toplam sekiz hükümet programından ulaşılan yedisi (58-62, 64,65), yine toplam sekiz hükümetin eylem planlarından ulaşılan üçü (58,60,64), AKP'nin dört genel seçim beyannamesi (2002, 2007, 2011, 2015), iki kalkınma planı (9 ve 10) ve AKP 2023 Vizyonudur (Özkan, 2017).

2. Bu yazıda 20 kaynağa ek olarak, kullanılan yeni sekiz veri kaynağı; SB'nin 2023 Yılı Sağlık İş Yükü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi, 11. Kalkınma Planı, 9 Temmuz Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine Geçilmesiyle Cumhurbaşkanlığı II. 100 Günlük İcraat Programı, Cumhurbaşkanlığı'nın 2019-2023 yılları arasında yıllık programlarıdır.

28 veri kaynağının ya da belgenin analizinde, AKP'nin ve hükümetlerin sağlık emekçilerine yönelik durum tespitlerinin, taahhütlerinin ya da hedeflerinin ne olduğu, bunların uygulamaya nasıl dönüştüğü ve bugün geldikleri nokta değerlendirilmiştir. Sağlık emekçilerinin eğitimi ve çalışma yaşamı; eğitim ve çalışma yaşamı politikalarına göre de şekillendiğinden, bu yazıda, konuyla ilgili önceki makaleden (Özkan, 2017) farklı olarak, veri kaynaklarının sağlık yanında, eğitim ve istihdam/çalışma bölümleri de incelenmiştir. Emek perspektifinden, sağlık emekgücü, sağlık emekçileri ve sağlık işçileri kavramlarının aynı anlamda olması hem ülkemizde yaygın kullanım hem de okuma kolaylığı nedeniyle, bu makalede "sağlık emekçileri" kavramı kullanılmıştır.

II. AKP'NİN 20 YILININ SAĞLIK EMEKÇİLERİ ÜZERİNE ETKİLERİ

İncelenen 28 belgenin tümünde, önceki çalışmada olduğu gibi (Özkan, 2017), sağlık emekçileri hem belgeler arasında hem de aynı belgede sağlık insan kaynakları/ sağlık personeli, sağlık iş gücü/ sağlık çalışanları vb. birbiriyle tutarsız, hatta birbirine karşıt kavramlarla nitelendirilmiştir. Bir belgede, sağlık emekçileri orta (hemşire, ebe, toplum sağlığı teknisyenleri vb.), üst (hekim, diş hekimi, eczacı vb.) ve destek (genel idari hizmetler personeli, şoför, terzi, aşçı vb.) olarak hiyerarşik bir biçimde üç düzeyde gruplandırılmıştır (SB, 2011). Bunlara

karşın, sağlık emekçileri doğrudan ya da dolaylı bir biçimde 28 veri kaynağında yer almıştır. Bu belgelere göre, AKP'nin ve hükümetlerinin sağlık emekçileriyle ilgili öncelendiği ya da en fazla yer verdiği konular sırasıyla şunlardır;

- 1.Sağlık emekçilerinin sayısının az, istihdamının dengesiz dağılımı
- 2.Daha çok ara emek gücü eğitimini merkeze almakla beraber, diğer sağlık emekçilerinin de eğitimi
- 3.Çalışma mekanlarının değişmesi: Aile sağlığı birimleri, evde sağlık hizmetleri, şehir hastaneleri ve özel sağlık kurumları
- 4.Esnek ücretlendirme: Performansa dayalı ücretlendirme
- 5.Esnek İstihdam: Sözleşmeli, tele/uzaktan ve taşeron çalışma
- 6.İnsan kaynakları yönetimi (İKY): Kalite, verimlilik, rekabet, motivasyon
- 7.Hareket-zaman etüdü çalışma örneği: Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)
- 8.Fonksiyonel esneklik²

Bu sorunlardan bazıları (örneğin, sağlık emekçilerinin sayısının az ve istihdamda dengesiz dağılımı) AKP iktidara gelmeden önce de sorun olarak tanımlanmıştır. AKP'nin iktidarı süresince de aynı şekilde tanımlanmakla beraber, ilgisiz çözümlerle ve plansız sayısal artışlarla sorun büyük bir ivme kazanmış, çeşitlenmiş ve boyutları değişmiştir. Bazıları ise taşeron çalışma, performansa dayalı ücretlendirme, kamuda sözleşmeli çalışma gibi yeni ortaya çıkan durumlardır. Her ikisinin birleştiği nokta, AKP'nin, kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarını koşulsuz uygulamasının ve onların ihtiyaç duyduğu piyasalaşmış ve ticarileşmiş sağlık sisteminin ve onun özünü oluşturan emek gücünün sömürsünün derinleşmesinin, sermaye sınıfının zenginleşmesinin araçları olmasıdır.

AKP'nin iktidarı boyunca ele aldığı bu sekiz alanı sırasıyla ayrıntılı incelemek gerekirse;

II.1. Sağlık Emekçilerinin Sayısının Az, İstihdamının Dengesiz Dağılımı

Toplam 28 belgenin dördünde bu konuyla ilgili hiçbir bilgi bulunmamakla birlikte (AKP, 2003a; AKP, 2007b; AKP, 2008; AKP, 2015b), diğer alanlara göre sorun alanı, sorunun çözümüne yönelik öneriler ve hedefler bakımından en fazla yer alan bir konudur. Bu aynı zamanda, AKP hükümetinin ve SB'nin en fazla öncelendiği bir konu olup, halen de güncelliğini korumaktadır. Bu belgelerde sağlık emekçilerinin

nitelik ya da yapısıyla ilgili sorunlardan bahsedilse de bundan ne kast edildiği ve buna nasıl ulaşılabileceği açıklanmamıştır. Sağlık emekçilerinin sayısal olarak azlığı ve dengesiz dağılım sorunları ortaya koyulurken, iki belge dışında (SB, 2011; SB, 2014) daha çok hekim, hemşire ve ebelere odaklanılmış, diğer sağlık emekçilerinden ise neredeyse hiç bahsedilmemiştir. Yine bir belge dışında (SB, 2014), sağlık emekçilerinin sayı olarak azlığı son 20 yıl boyunca, sadece nüfus başına düşen sağlık emekçi sayısı, hekim ve hemşire, az sayıda pratisyen ve uzman hekim oranlarıyla, özellikle 2019 yılından sonraki belgelerde ise ek olarak, sağlık emekçilerinin coğrafik bölgelere, illere ve denge dağılımı verileriyle ortaya koyulmuştur. Bir belgede SB (2014) sağlık emekçilerinin planlamasında farklı yaklaşımların kullanılması gerektiğini hedeflemiş, daha sonra, 2023 yılı hedefleri için ebe yardımcısı, hemşire yardımcısı, odyolog ve odyometri teknikeri gibi bazı mesleklerin sayılarını iş yükleri üzerinden hesaplamıştır. Bu olumlu bir durumdur; ancak, bu hesaplara ve bazı sağlık emekçilerinin sayısal artışına gerek olmadığı saptamasına karşın, daha sonraki yıllarda bu hedeflere uyulmadığı görülmektedir. Nitekim, sağlık emekçilerinin planlamasında SB, taşra teşkilatında çalışanların dağılımını belirlemek için Personel Dağılım Cetveli çalışmasını başlattı, 2006 yılından itibaren (SB, 2011) sağlık emekçilerinin planlamasında insan kaynakları perspektifine hız verip, altı yıl sonra Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı "Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi"ni kurdu. Ancak, bu planlama yapılırken, sağlık ihtiyaçları, iş yükü analizi vb. kapsayıcı teknikler yerine, bölgelere göre sağlık gereksinimini göz ardı eden, tüm emekçileri benzer verimlilikte ve iş yükünde çalıştırdığı varsayan nüfus başına düşen sağlık emekçilerinin durumunu ortaya koyan yaklaşımın (WHO, 2010) dışına çıkılmamıştır. Durum saptaması böyle olunca, sağlık alanındaki başarı ve hedefler içinde çok önemli sınırlılıklar barındıran bu göstergelerin yanında, sağlık hizmeti alanların memnuniyeti ve hekime ulaşan nüfus üzerinden değerlendirilmiştir. Hatta daha da ileriye gidilerek, bir belgede, sağlık hizmetleri ekip hizmeti olduğu halde, hemşirelerin halk sağlığı ve klinik hizmetlerde görev aldığından, sayısının artırılmasının uzun vadede sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırıcı ve maliyetleri düşürücü etkisi olacağı şeklinde eksik bir değerlendirme bile yapılmıştır (TCC, 2018b). Ayrıca, birisi dışında (SB, 2014) tüm belgelerde üniversite mezunu ya da meslek yükseköğretim kurumlarının hemşirelik programlarından mezun olmuş hemşirelerin hiçbirisi hemşire ve

ebe olarak mezun olmadıkları gibi, bu iki meslek grubunun meslek tanımları ve görevleri tümüyle farklı olduğu halde, tüm belgelerde “ebe ve hemşire, ebe hemşire” olarak ifade edilerek, ikisinin toplam sayıları üzerinden değerlendirilmeler yapılmıştır. Üstelik, ülkemizde çok uzun yıllardır hemşireler farklı eğitim düzeylerinden mezun olduğu halde, hemşire kadrosunda istihdam edilmiştir. Ayrıca, ne yazık ki halen hemşire olduğu halde meslek dışı kadrolarda, ebeler ya da başka meslekler de hemşire kadrosunda istihdam edilebilmektedir. Bu durum, hemşire ya da ebe sayılarının gerçeği yansıtmamasını engellemektedir. Hiçbir belgede, sağlık emekçilerinin sayısal olarak azlığı ve dengesiz dağılımı sorunu ortadan kalktığına, sağlık emekçilerinin iş yüklerinin azalması, iş doyumlarının sağlanması, işçi sağlığı ve güvenliği açısından kazanımları olması gibi değerlendirmeler ise hiç yapılmamıştır.

AKP sağlık emekçilerinin sayısal azlığına ve dengesizlik iddialarına yönelik ne tür çözümler önermiştir?

Sadece bir belgede SB'nin (2014) labaratuvar, anestezi, fizyoterapi teknikerliği, acil tıp teknisyenliği ya da teknikerliği, diyetisyenlik, fizyoterapistlik gibi bazı meslek gruplarında, okul kontenjanları 2014 yılına kadarki gibi olursa, 2023 yılında hedeflenen sayının üzerinde olacağı ve bu nedenle okul kontenjanlarının sabit tutulması ve zaman içinde azaltılması önerisi yer almaktadır. Bunun dışındaki tüm belgelerde, SDP'nin insan kaynakları yönetimi yaklaşımının gereği olarak, tüm sağlık emekçilerinin sayısal olarak yetersizliğinin artırılarak giderilmesi temel amaç olmuştur. Aslında sağlık emekçilerinin sayılarının artırılması SDP'nin değil, uluslararası düzeyde sermaye güdümünde olan DSÖ'nün ve onun sağlık reformlarının da yıllardır temel stratejisidir. DSÖ, bu eğilimine 2006 yılından itibaren büyük bir ivme kazandırmıştır. Son 75. Genel Kurulu'nda ise 2013-2020 yılları arasında dünya ölçeğinde sağlık emekçi sayısının %29 arttığı halde, yetersiz olduğunu, özellikle kamu sağlık sektöründeki bütçe kısıtlamaları nedeniyle, kamuda bunun daha da önemli halde geldiğini, 2030 yılına kadar toplam on milyon sağlık emekçisine daha ihtiyaç olduğunu belirtmektedir (WHO, 2023). Bu eğilimin ve paralel olarak AKP'nin 20 yıllar uyguladığı politikalar sonucunda, bu çalışmada incelenen veri kaynaklarının neredeyse tamamında da görüldüğü gibi, 2023 yılına gelindiğinde sağlık emekçi sayısı plansızca artırılmış hatta bu sayı hedeflenenin de üzerine çıkmıştır.

İncelenen veri kaynaklarından birisine göre, 2023 yılında hedeflenen toplam sağlık emekçi sayısı 1.067.572 (SB, 2011), aynı yıldaki diğer belgeye göre 1.100.000'dür (AKP, 2011a). Birbiriyle tutarsız bu hedeflere karşın, mevcut sağlık emekçi sayısı 2022 yılında 378.551'e, 2012 yılında 698.518'e, 2021 yılında ise 1.251.922'ye ulaşmıştır (SB, 2015; SB, 2022a). Bir başka ifadeyle, iki belgedeki hedef sayıya aslında iki yıl önce ulaşılmış, hatta fazladan bir artış bile olmuştur. Başka bir tutarsızlık, sağlık emekçilerinin denge dağılımındadır. Bir belgede 2015 yılında dengesizlik 2.09, diğerinde 2.08, 2017 yılındaki dengesizlik 2.08, diğerinde 2.07'dir (TCC, 2018b; TCC, 2021). Benzer tutarsızlık hedeflenen hekim, hemşire ve ebe sayılarında da söz konusudur. Örneğin, hekim sayısında iki belgede 2023 yılındaki hedef 200bin (AKP, 2011a; SB, 2014), toplam hemşire ve ebe sayısı bir belgede 400bin (AKP, 2011a), başka bir belgede 375bin (SB, 2014), diğer belgede ise hekim sayısı 245bin, toplam hemşire ve ebe sayısı ise 425bindir (TCC, 2022). Yine 2015 yılında hedeflenen hekim sayısı 130bin iken, mevcut hekim sayısı 2015 yılında hedeflenenin 11binin üzerinde olmuştur (SB, 2014). Fakat, diğer sağlık emekçilerinde olduğu gibi, hekim sayısı da artmaya devam etmektedir. Bu sayısal artışlar üzerinden AKP hükümetleri, 2007'den itibaren tüm belgelerde, gözle görülür bir biçimde gerek sağlık emekçilerinin sayısal yetersizliğinde ve dağılımdaki dengesizliklerde, gerekse diğer sorunlarda SDP'nin çözüm önerileriyle önemli ölçüde iyileşmeler olduğu iddiasında bulunmuştur. Bir belgede meslek lisesi mezunlarının işsizliğini de önemli ölçüde düşürdüğü iddia edilmiştir (DPT, 2006). Bu iyileşme iddiaları, sadece bu belgelerde değil, aynı zamanda uluslararası düzeyde üç dergide de ifade edilmiştir (Baris ve ark. 2011; Atun ve ark., 2013; Atun, 2015)¹.

AKP'nin iddia ettiği gibi, sağlık emekçilerinin sayısında bir azlık olsaydı ya da bu konuda iyileşmeler sağlanmış olsaydı, İŞKUR'a iş aramak için başvuran ve iş bulamayan sağlık emekçisinin varlığından söz edilmezdi. Fakat, 2021 yılında, 15.938 hemşire, 3.462 diyetisyen, 6.684 klinik destek elemanı ve çoğunluğu diğer ara sağlık emek gücü olan toplam 72.638 sağlık emekçisi İŞKUR'a böyle bir beyanda bulunmuştur (İŞKUR, 2021). Bunun dışında, SB'nin sayısız belgesinde sağlık emekçilerinin sayısının az olduğunu ve artırılması gerektiğini ifade ederken, TBMM'deki 2019-2023 yılları arasında sağlık bakanının yanıtlaması için verilen yazılı soru önergeleri incelendiğinde, günümüzde yaklaşık olarak toplam 600bin sağlık

emekçisinin, 100bin hemşirenin, 70bine yakın tıbbi laboratuvar, 75bini aşkın anestezi, 30bin diyaliz tekniker ve teknisyeninin, 30bine yakın ağız diş sağlığı bölümü mezununun kamu sağlık kurumlarına atanmak için beklediği belirtilmiştir (TBMM, 2023). 2019 yılında toplam 194.922 ön lisans mezununun sadece %2.96'sı, toplam 109.906 lisans mezununun %10.43'ü kamuda istihdam edilebilmiştir (Özdemir, 2021). Sağlık emekçilerinin sayısal azlığından bahsedilirken, bu kadar fazla sayıda sağlık emekçisinin kamuya atanamaması ise bir başka bir çelişkiye işaret etmektedir. Sonuç olarak, devletin ve kamunun raporlarında, AKP'li siyasetçilerinin söylemlerindeki sağlık emekçilerinin sayısının azlığına bağlı artışları ve halen devam eden talepleri, özünde bir yandan, emekçilerinin maliyetinin düşürülmesinin, ücretlerinin baskılanmasının aracı olurken, öte yandan kamu sağlık kurumları için değil, sayıları hızla artan özel sağlık işletmelerinin sağlık emekçisi ihtiyacını karşılamak vardır (Özkan, 2017).

II.2. Daha Çok Ara Emek Gücü Eğitimini Merkeze Almakla Birlikte, Diğer Sağlık Emekçilerinin de Eğitimi

13 belgede doğrudan sağlık emekçilerinin (AKP, 2002a; SB, 2003; SB, 2011; SB, 2014; AKP, 2011b; DPT, 2006; DPT, 2013; DPT, 2019; TCC, 2018b; TCC, 2019-2022), diğerlerinde ise makalenin amacı kapsamında sağlık dâhil tüm emekçilerin büyük oranda ön lisans ve meslek liseleri eğitimi ele alınmıştır. Böyle olunca, AKP'nin sağlık emekçileri açısından öncelendiği ikinci sorun alanı sağlık emekçilerinin eğitimi olmuştur. Bu önemlidir; fakat veri kaynakları ayrıntılı incelendiğinde, sağlık emekçilerinin mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitimlerinin SDP'nin ve kapitalizmin emek sürecini düzenleyen esnek üretiminin gereksindiği insan tipine uygun eğitim programlarının yapılandırıldığı görülmektedir. Daha açık ifade etmek gerekirse, belgelerde rekabetçi emekçi yetiştirmenin (SB, 2003; AKP, 2003b; AKP, 2007b; AKP, 2008; AKP, 2014; AKP, 2015a; AKP, 2016; DPT, 2019; TCC, 2019), yaygın ve örgün eğitimde uzaktan eğitimin (AKP, 2002c; AKP, 2003a; AKP, 2007b; AKP, 2008; SB, 2011; AKP, 2015a; DPT, 2019; TCC, 2018a; TCC, 2021-2022), özel sektörün desteklenmesinin/özel eğitim kurumlarının artırılmasının ve piyasanın ihtiyaç duyduğu emekçilerin yetiştirilmesinin temel yaklaşım olduğu görülmektedir. Hatta, 2018 yılından sonraki dört belgede geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına da önemli ölçüde yer verilmesi, sağlık emekçilerinin eğitiminde,

araştırmalarında ve uygulamalarında bilim dışılığın yer alması bakımından kaygı vericidir (TCC, 2018a-b; TCC, 2019; TCC, 2021).³

Bologna süreciyle üniversitelerde az sayıda ders, SB (2011) ise 2006 yılından beri sağlık yöneticilerinin hizmet içi eğitimlerini internet destekli uzaktan eğitimle yürütmüştür. Fakat COVID-19 pandemisiyle birlikte, az sayıda ülkede tercih edilen uzaktan eğitim, ülkemizde iki yılı aşkın bir süredir lise ve üzeri tüm eğitim kurumlarının tamamlayıcısı değil, temel programına dönüşmüştür. Dolayısıyla, pandemide bilişim tabanlı ve internet destekli uzaktan eğitimin ön uygulaması ülke düzeyinde yapılmıştır. 6 Şubat 2023 depremiyle de birlikte, AKP daha farklı çözüm yolları varken ve bunlar da mümkünken, yine ilk tercihini üniversitelerde uzaktan eğitimden yana kullanmıştır. Sağlık ve uygulamalı bölümlerde karma, diğerlerinde ise tümüyle uzaktan eğitim depremden bugüne maalesef halen devam etmektedir. Dolayısıyla, incelenen belgelerdeki özellikle üniversitelerde, eğitimin paralı olduğu ve/veya özel kurumlar tarafından yürütüldüğü noktada, temel olarak maliyeti düşürücü bir strateji olup, öğrenci, öğretmen/öğretim görevlisi, eğitimin niteliği gibi sayısız alanda önemli sorunları barındıran uzaktan eğitim, amacına uygun olarak ne yazık ki neredeyse yaşama geçirilmek üzeredir.

İncelenen belgelerin yedisi dışında (SB, 20023; SB, 2011; SB, 2014; AKP 2002c; AKP, 2007b; AKP, 2015a; TCC, 2018a), tümünde devlet ya da vakıf eliyle yürütülen eğitim kurumlarının iş dünyasının ihtiyaç duyduğu nitelikte insan gücü yetiştirmesi, eğitimle iş dünyası arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi, işletmelerin bir paydaş olarak eğitim programlarının belirlenmesine aktif katılımının sağlanması eğitim-ticaret-piyasa ilişkisinin diğer yönleridir. Eğitime özel sektörün yatırım yapması, devletin özel sektörü desteklemesi, özel eğitim kurumların açılması ve bu konuda hukuki düzenlemelerin yapılması eğitim ile özel sektör ilişkisinde ele alınan diğer konulardır. Hatta, bir belgede sağlık alanındaki okulların (AKP, 2011b), ilk belge olan AKP programında (AKP, 2002a) ise hemşirelik ve sağlık teknisyenliği okullarının özel sektör tarafından açılacağı ifade edilmiştir. Bu politikaların sonucunda, sağlık emekçilerinin eğitim kurumları büyük bir hızla artmaya başlamıştır. Örneğin, lisans programlarında eğitim veren üniversite sayısı hemşirelikte 148, tıpta 124, beslenme ve diyetetikte 102'ye ulaşmıştır. Vakıf üniversitelerin payı ise fizyoterapi, beslenme ve diyetetik bölümlerinde yaklaşık olarak devletle eşit paya sahip hale gelmiştir. 2012-2013 ile

Tablo 1. Sağlık emekçilerinin lisans ve ön lisans eğitim kurumlarında vakıf ve devletin payı*

Programlar	Devlet		Vakıf		Toplam (2022-2023)	Toplam (2012-2013) (SB, 2014)	10 yıllık artış hızı (%)
	Sayı	%	Sayı	%			
Lisans programları							
Fizyoterapist	48	49.4	49	50.6	97	38	155.3
Beslenme ve diyetetik	54	53.0	48	47.0	102	35	191.4
Hemşirelik	104	70.2	44	29.8	148	107	38.3
Eczacılık	30	62.5	18	37.5	48	23	108.7
Ebelik	45	73.8	16	26.2	61	35	74.3
Tıp	88	80.0	36	20.0	124	76	63.2
Diş hekimliği	65	66.3	33	33.7	98	37	164.9
Ön lisans programları							
Tıbbi görüntüleme	54	50.9	52	49.1	106	?	?
İlk ve acil yardım	102	63.4	59	36.6	161	70	130.0
Ağız ve diş sağlığı	37	48.7	39	51.3	76	23	230.4
Fizyoterapi	59	55.1	48	44.9	107	30	256.7
Anestezi	41	43.2	54	56.8	95	47	102.1
Diyaliz	21	42.0	29	58.0	50	19	163.2
Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik	89	74.8	30	25.2	119	79	50.6
Tıbbi laboratuvar	87	68.5	40	31.5	127	76	67.1

* Veriler, YÖK lisans ve ön lisans atlas sayfasından hesaplanmıştır

2022-2023 eğitim-öğretim dönemleri arasında özel üniversitelerde beslenme ve diyetetik, diş hekimliği ve fizyoterapistlik programları en fazla artış hızı olan bölümlerdir (Tablo 1). Üniversite sayılarının artışının yanında, öğrenci kontenjanlarının da sürekli artması, ikinci öğretim ve Türkçe programlara ek olarak, İngilizce programların açılması, durumun vahametini gösteren diğer bir yönüdür. Vakıf üniversitelerinde İngilizce programlar daha fazladır. Örneğin, mevcut Türkçe programın yanında İngilizce programı; devlet tıp fakültesinde 12, vakıf üniversitelerinde 16, bu, diş hekimliğinde 3, 16; hemşirelikte 2, 12; eczacılıkta 2, 7, fizyoterapide vakıfta 12, beslenme ve diyetetikte ise 9'dur. Bunlara ek olarak devletteki beslenme ve diyetetik bölümünde iki, fizyoterapide iki, hemşirelikte ise bir ikinci öğretim programı yer almaktadır (YÖK, 2023).

Altı belgede sağlık emekçilerinin niteliğinin sağlanmasında hizmet içi eğitimlerin artırılması, eğitimin birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik becerileri geliştirmesi (DPT, 2006; SB, 2011; TCC, 2019; TCC, 2020-2022) gibi olumlu

öneriler birer cümleyle yer almıştır. Ne var ki 28 belgede, sağlık emekçilerinin mezuniyet öncesi eğitiminde sıklıkla ele alınan ve adeta eğitimde kaliteye ulaşmanın araçları temelinde; rekabetçilik, eğitimde özel sektörün teşvik edilmesi, bedenen ve zihnen piyasanın ihtiyaç duyduğu ya da her düzeydeki eğitimle kapitalizmin neoliberal ekonomi politikaların gereksinim duyduğu emekçi profilini yetiştirmek olarak gösterilmiştir. Bunun için AKP'nin yirmi yıllık iktidarında eğitimin piyasayla doğrudan ve dolaylı yollarla ilişkilendirilerek ticarileştirilmiş, sermaye sınıfının önemli yatırım alanı haline gelmiştir. Bu, parası olanlara eğitim kurumlarının kapıları sonsuz ölçüde açılırken, olmayanlara kapatılması ya da hak ettikleri nitelikli eğitimden mahrum kalmasıdır. Öte yandan devlet üniversitelerinde alt yapı, eğitim gibi giderek artan sorunlar da konunun diğer olumsuz yanındır (Özkan ve Hamzaoğlu, 2010).

Ara sağlık emek gücünün eğitimi

Uzaktan eğitim, sayıları giderek artırdığı halde, istihdam edilmediğinde işsizler olarak yedeklenen ya

da özel sektöre mahkûm edilen sağlık emekçilerinde olduğu gibi, ara emek gücünün varlığı emek piyasasında öncelenmektedir. Eğitim süreleri kısa, istihdamda denetim ve kontrolü yüksek, ücreti düşük, geçici ve güvencesiz işlerde istihdam edilir, çoğu kadın ve farklı başka meslek gruplarıyla ikame edilebilir. Dolayısıyla, sömürü oranı yüksek olup, sermaye sınıfı ve işletmeye dönuşen kamu kurumları tarafından maliyet düşürücü başka bir mekanizmadır. Sağlık alanında ara eleman, yardımcı sağlık çalışanı, yarı nitelikli/niteliksiz sağlık çalışanı, çevre ya da perifer/çevre sağlık işçi olarak da farklı isimlerle ifade edilir. Ülkelere göre meslek çeşitliliği farklılık göstermekte olup, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı, sağlık bakım teknisyeni, sağlık alanındaki diğer tekniker ve teknisyenler bu meslek grubundandır. Bu emekçilerin sayıları, kapitalist ülkelerdeki eğilimlere benzer olarak, AKP ile beraber büyük bir artış gösterip, sağlık emekçileri içinde hemen hemen en fazla paya sahip hale gelmiştir (Özkan, 2016).

Bu çalışmada incelenen belgelerde sağlık emekçilerinin eğitimi alanında en çok üzerinde durulan konuların başında ara emek gücü yetiştiren ön lisans meslek/teknik liseleri gelmektedir. Belgelerin eğitim bölümlerinde; ara emek gücü yetiştirmek için meslek lisesi ve ön lisans eğitime özel önem vermek, teşvik etmek, talep yaratmak ve gençleri özendirmek temel yaklaşımdır (AKP, 2002a-c; AKP, 2003a; AKP, 2007a; AKP, 2007b; AKP, 2008; AKP, 2011a; AKP, 2012; AKP, 2015c; DPT, 2006; TCC, 2018b; TCC, 2019). Bunun için, meslek lisesi ve ön lisans mezunlarının üniversiteye girişlerinin kolaylaştırılması, istihdam edilebilirliklerinin yükseltilmesi, orta öğretim içinde ağırlığının artırılması, okulların yeniden yapılandırılması, öğrencilerin ekonomik olarak desteklenmesi ve sayılarının artırılması hedeflenmiştir (AKP 2002a-c; AKP, 2003a; DPT, 2006; AKP, 2007a-b; AKP, 2011a; AKP, 2015a-c; AKP, 2016a; TCC, 2018b; TCC, 2019-2022). Tüm eğitim politikalarında olduğu gibi, ara emek gücünün eğitim kurumlarında özel sektörün katkısının artırılması ve yatırım yapmaları için teşvik edilmesi, iş dünyasının ihtiyacı olan emekçilerin yetiştirilmesi ve bunun için okulların eğitim programlarında, yönetimlerinde sermaye sınıfı ve temsilcilerine yer verilmesi temel yaklaşımlardan bir diğeri olmuştur (AKP 2003a; DPT, 2006; AKP 2007a; AKP 2008; AKP 2012; AKP 2015a-c; TCC, 2018b; TCC, 2019-2022; DPT, 2019). Ülkemizde bir patronun sesli olarak dile getirdiği, ancak hepsi için söz konusu olduğu 'meslek lisesi memleket meselesi'

sloganı boşuna değildir. Tüm bu politikaların sonucunda, ön lisans eğitiminde ilk ve acil yardım eğitimi veren okul sayısı 161'e, tıbbi laboratuvarlarda 127'ye ulaşmıştır. Vakıf üniversitelerinin payı ise anestezi, diyaliz ve ağız ve diş sağlığında devletten daha fazladır. 2012-2013 ile 2022-2023 eğitim-öğretim dönemleri arasındaki bölüm sayısında artış hızı en fazla sırasıyla; fizyoterapi, diyaliz, ağız ve diş sağlığında olmuştur (Tablo 1).

Sağlık alanında ara emek gücünün yetiştiren bir diğer kurum 2004 yılında Milli Eğitim Bakanlığı (MEB)'na devredilen Anadolu sağlık meslek liseleridir. Bu okullar çok sayıda bölümlere sahipken, 2014-2015 eğitim-öğretim döneminden itibaren sadece sağlık bakım teknisyeni, ebe yardımcısı ve hemşire yardımcısı yetiştirmeye başlamıştır. SB (2014), 2023 yılına kadar toplam 23.900 hemşire yardımcısı, 13.000 ebe yardımcısı, 48.900 sağlık bakım teknisyeni olmak üzere, toplam 85.800 ara sağlık emek gücü yetiştirmeyi hedeflemiştir. Ancak, 2023 yılına gelindiğinde, bütün sağlık meslek liselerinde toplam öğrenci sayısı 140.615'e yükselmiş olup, bu sayı, SB (2014)'nin 2023 yılındaki hedefinden 54.365 daha fazladır. Bu artışla, MEB'e bağlı meslek liseleri içinde en fazla öğrenci alan üçüncü lise olmuştur. Üç bölümdeki öğrencilerin, dolayısıyla okulların da ve en fazla bulunduğu iller; İstanbul (12.428 öğrenci), Ankara (9.540 öğrenci), İzmir (6.195 öğrenci), Bursa (5.115 öğrenci), Adana (4.473 öğrenci), Şanlıurfa (4.243 öğrenci), Konya (3.875 öğrenci), Hatay (3.861 öğrenci), Diyarbakır (3.590 öğrenci) ve Mersin (3516 öğrenci)'dir (MEB, 2023). Özel sağlık meslek liselerinin de payı giderek artmaktadır. Örneğin, 2009 yılında sadece bir özel sağlık meslek lisesi varken, 2013 yılında 15bin öğrencisiyle 166'ya ulaşmıştır. Bu okulların 92'si İstanbul'da olup, üçte biri de hemşirelik yardımcılığı programına sahiptir (Özkan, 2016).

Sadece iki belgede, lisans, ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ve ebelerin aynı statüde istihdam edilmelerinin sorunlara yol açtığı, bu nedenle hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellenmesi gerektiği belirtilmiştir (SB, 2003; SB, 2011). 25 Nisan 2007 tarihinde, 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla hemşire unvanının sadece lisans mezunu olanlara verileceği hükmü getirilmesine rağmen, 2014-2015 eğitim-öğretim dönemine kadar sağlık meslek liselerinin hemşirelik programlarına öğrenci alımına devam edilmiş ve hemşire unvanıyla mezun olmuşlardır. Dolayısıyla, hemşirelik eğitiminin lisans eğitimine dayalı olması konusundaki yaklaşımlarının

iddia ettikleri gibi olmadığı ortaya çıkmış oldu. Bu dayetmedi, Türk Hemşireler Derneği ve Meclis'te muhalefet partilerinin itirazlarına rağmen, 2014 yılının ilk ayında yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair 6514 sayılı Kanun'un geçici 11. maddesi ile aynı yılın Kasım ayında yürürlüğe giren 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanunu'nun geçici 11. maddesindeki mevzuat değişikliğiyle, 36 yıl sonrası hemşire yardımcılığı uygulamaları AKP ve MHP'nin destekleriyle tekrar geri getirildi. Böylece, bu yasal düzenlemeyle ara sağlık emek gücüne 2018 yılından itibaren, unvanları farklı olsa da aynı görevlerle yetkilendirilmiş hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı ve sağlık bakım teknisyeni dâhil oldu.

II.3. Çalışma Mekanlarının Değişmesi: Aile Hekimliği Birimleri, Evde Sağlık Hizmetleri, Şehir Hastaneleri ve Özel Sağlık Kurumları

AKP ile birlikte, sağlık emekçilerinin özel sağlık kurumlarında çalışması büyük bir ivme kazanmış, aile hekimliği birimleri, evde sağlık hizmetleri ve şehir hastaneleri gibi çalışacakları yeni sağlık mekanları ortaya çıkmıştır. Böyle bir durum, sağlık emekçileri için sadece mekânsal değil, aynı zamanda yeni çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileriyle karşı karşıya kalmasına yol açmıştır.

Bu çalışmada incelenen belgelerde sırasıyla; aile hekimliği ilk kez 2002 yılı olmak üzere toplam 13 (AKP, 2002a; SDP, 2003; AKP, 2002c; AKP, 2003a; AKP, 2007a; DPT, 2006; SB, 2011; DPT, 2019; TCC, 2018b; TCC, 2019-2022), evde sağlık hizmetleri ilk kez 2007 yılı olmak üzere toplam 12 (AKP, 2011a-b; AKP, 2014; AKP, 2015b-c; AKP, 2016; TCC, 2018a-b; TCC, 2019-22), özel sağlık hizmetleri ve kurumları 12 (AKP, 2002a-c; AKP, 2003a-c; TCC, 2018b; TCC, 2019-2022), şehir hastaneleri ise ilk kez 2011 yılı olmak üzere sekiz veri kaynağında (AKP, 2011b; AKP, 2014; AKP, 2016; TCC, 2018b; TCC, 2019-2022) yer almıştır. Özel sağlık kurumları dışındaki üç çalışma mekanı, sadece belge sayısında değil, belgelerde kapladığı alan bakımından da sıklıkla ele alınan konulardır.

Aile hekimliğiyle ilgili toplam 13 belgenin yarıdan fazlası bu modelin ülke geneline yaygınlaşmasına kadar olan süreci (2010-2014) içermektedir. Belgelerde aile hekimliğinin sevk zincirini kuracağı, sağlık hizmetlerinin dengeli bir biçimde verileceği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğini artıracığı, sağlık harcamalarını azaltacağı iddia

edilse de örneğin, belirli bir süre kararsızlıktan sonra, sevk sistemi tümüyle kaldırılmıştır. Sağlık emekçileri açısından ise aile hekimliği hizmetlerinde çalışanların niteliğinin arttırılmasından, gerekli standartların belirlenmesinden bahsedilmesine karşın, hekimlerin mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitim (SB, 2011; AKP, 2002a; SB, 2003; DPT, 2006; TCC, 2022), kronik hastalıklarda ve taramalarda görevlerinin etkinleştirilmesi (TCC, 2018b; TCC, 2019; TCC, 2020), birim sayısının artırılarak, aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması (SB, 2011; TCC, 2018b; TCC, 2019-2022) ve aile hekimliğinin ödeme ve sözleşme yönetmeliğinde değişiklik yapılması (TCC, 2020; TCC, 2018b; DPT, 2019) konuları dışına çıkılamamıştır. Aile hekimliğinde, dış hekimlerinden yararlanılacağı ve aile sağlığı hemşireliğinin geliştirileceği amaçlansa da bu konuda da hiçbir yol alınmamıştır. Hatta, aile hekimliğinde "aile hemşireliği" olmadığı gibi, onun yerine AKP tarafından, Cumhuriyet tarihinde ilk kez, üstelik bazı meslek örgütlerinin ve SES'in muhalefetine rağmen, farklı eğitim düzeylerinde görev, yetki ve sorumlulukları tamamen birbirinden farklı dört farklı meslek grubu olan hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyeni aynı işleri yapmak üzere "aile sağlığı elemanı" olarak tanımlandı ve aile hekimliği birimlerinde görevlendirildi. Nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerinin unsurlarından birisi ekip hizmeti olmakla birlikte, aile hekimliğinde, hekimi merkeze alan, neredeyse tüm sağlık hizmetlerinde onu yetkilendiren, bir de ona yardımcı olan aile sağlığı elemanları kategorisi oluşturuldu ve aile hekimisiyle hiyerarşik ilişkileri mevzuatlarla güvence altına alındı.⁴ Bununla beraber, özellikle Cumhurbaşkanlığı'nın 2019-2023 yılları arasındaki raporlarında yıllara göre bir önceki yılda hedeflenen aile hekimliği birimine düşen nüfus sayısının bir sonraki yılda ulaşamadığı görülmektedir. Örneğin, 2019 yılı için hedef 2069 iken, bu yıla gelindiğinde 3069, 2022 yılı için hedef 2800 iken, 3034'dür. Belirtilen tüm eksiklikler giderilip, başta SB olmak üzere, incelenen kurum belgelerinde aile hekimliği ile ilgili hedeflere ulaşılsa bile, toplumun sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim ve kullanma, sağlık emekçiler açısından olumlu bir durumdan bahsetmek yine de olanaklı değildir. Çünkü bu model; kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarının temsilcilerinden birisi olan DB merkezli sağlık reformlarının bir parçasıdır. Ülkemizde model, çok sayıda sağlık emekçisini bu hizmetten dışladığından, sadece aile hekimi ve ara sağlık emek gücü çalışabilmektedir. Bu ara sağlık

emek gücü ise büyük oranda meslek lisesi ya da ön lisans mezunu, performansına göre ücretlendiren, süreli sözleşmeli, güvencesiz ve kurlsız çalışan, kentlerdeki çoğunlukla apartman dairelerine sıkıştırılan, çok sayıda faktöre bağlı olarak, telefonla sağlık hizmetine ve birime başvurulduğunda topluma sağlık hizmeti sunmaya indirgeyen bir modeldir. Dolayısıyla, böylesi özelliklere sahip, yerine geldiği sistemin bile daha gerisinde, hizmeti alanlar ve hizmeti sunan sağlık emekçileri açısından yeni çalışma mekanlarıdır.

Bu çalışmada, incelenen veri kaynaklarında evde sağlık hizmetleri başlığında; bu uygulamayla sağlık hizmetinin kalitesinin artacağı, sağlığın maliyetlerini düşüreceği, bu hizmetin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi, etkin, kaliteli, erişebilir olması ve evde sağlık hizmetlerinde çalışacak sağlık emekçilerinin hizmet içi ve uzmanlık eğitimlerine odaklanmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin hedeflerine ulaşması için personel, araç-gereç ekip standartlarının, hizmetle ilgili protokollerin belirlenmesi, bu standartların karşılanması, ilgili sağlık birimlerinin ve ev ziyaretlerinin sıklığının artırılması ve bu birimlerin geriyatrik ve palyatif bakım birimleriyle entegre olması, hasta memnuniyetinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması, belediyelerle, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile entegre edilmesi yer almaktadır (AKP, 2011a-b; AKP, 2014; AKP, 2015c; AKP, 2016; TCC, 2018a-b; TCC, 2021-2022). Dolayısıyla, belgelerde evde sağlık hizmetlerinde çalışacak sağlık emekçileriyle ilgili bilgi sınırlıdır; o da doğrudan onların eğitimleri, standartlarının belirlenmesi ve hizmet sunumlarıdır.

Belgelerde de belirtildiği gibi, evde sağlık hizmetlerinde amaç, sağlık hizmeti maliyetini ve harcamalarını düşürmektir. Diğer bir ifadeyle, işletmeleştirilmiş kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde hastaların hastanede yatış süresi uzadıkça, bakım maliyeti artar. Bu nedenle, hastalar olabilecek en kısa sürede taburcu edilir, hastanelerde de hasta sirkülasyonu artar. Erken taburcu edilen hastaların bakım, tedavi ve rehabilitasyon gereksinimleri ise evde bu konuda eğitimi olmayan genellikle kadınlara devredilir. Diğer yandan, sağlık reformları içinde uygulanan evde sağlık hizmetleri, kamusal sağlık hizmetlerinin özel sektöre açılmasının başka bir aracıdır. Nitekim, belgelerde evde sağlık hizmetleri ilk kez 2007 yılında gündeme gelse de aslında konuyla ilgili ilk mevzuat, 2005 yılındadır. O da özel sağlık kuruluşlarının bu sektörde nasıl yer

alacağına düzenlenmesine yöneliktir. Böylelikle, yönetmelik öncesi az sayıda sağlık emekçisi özel sağlık kurumlar tarafından evde sağlık hizmetleri yürütürken, özel kurum sayılarının artmasıyla onların sayısı da artmaya başlamıştır (Özkan, 2009). Bu yönetmelikten ancak beş yıl sonra, bir yönergeyle SB'nin evde sağlık hizmetlerini nasıl yürüteceği ele alınmıştır. SB'nin önce hastanelerinin, ilçe sağlık müdürlüklerinin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin, daha sonra sadece hastanelerin bünyesinde kurulan evde sağlık birimlerinde çalışma ise 2011 yılından itibaren sağlık emekçileri için yeni bir çalışma ortamıdır. Kamu tarafından yürütülen evde sağlık hizmetlerinin kapsamı oldukça sınırlı ve teknik, mevzuatta belirlenmiş kişilere başvurduklarında sunulmaktadır. Mevzuata göre yer alacak sağlık emekçileri; hekim/uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli, diş hekimiyle birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeridir. Birimlerde ise tıbbi sekreter bulunmaktadır. İhtiyaç duyulduğunda, psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek hizmet veren çalışanlar ekibe dâhil olur dense de hizmet tıpkı aile hekimliği birimlerinde olduğu gibi, merkeze hekim alan, hekim dışı sağlık emekçilerinin ise ara emek gücü olduğu görülmektedir (SB, 2015). Dolayısıyla, tıpkı aile hekimliğinde olduğu gibi, bu sağlık emekçileriyle sağlık hizmetinin amacını ve kapsamını gerçekleştirmek olanaklı değildir. Evde sağlık hizmetlerinde ayrıca, sağlık emekçilerinin görevlerine mevzuatla araç sürücülüğü de eklenmiştir.

2011 yılında 663 sayılı KHK ile yasal zemini kurulan şehir hastanelerinin incelenen belgelerde ilki dört yıl sonra olmak üzere, şehir hastaneleriyle ilgili amacın sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak ve maliyet-etkin hizmet sunmak olduğundan ve hangi illerde ne zaman başlanacağından bahsedilmektedir (AKP, 2011b; AKP, 2014; AKP, 2016; TCC, 2018b; TCC, 2019-2022). Doğrudan sağlık emekçilerine yönelik herhangi bir bilgi bulunmamakla birlikte, 2017 yılından itibaren 18 ilde toplam 21 hastanede çalışan sağlık emekçileri için şehir hastaneleri yeni bir çalışma mekanıdır. Çünkü, kamu-özel işbirliğiyle (yap-kirala-devret) kurulan, genelde kent merkezlerinin çok uzağında, mevcut sağlık reformlarının da gereği olarak, kamu kaynaklarıyla özel sektörü destekleyen, işletmecilik temelinde yönetilmektedir. Yanı sıra, bu hastanelerdeki çok sayıda tıbbi ve destek hizmetleri şirketlerin denetim ve kontrolüne bırakılmış, bir grup sağlık emekçisi de bu şirketler tarafından istihdam edilmektedir (Erbaş, 2017).

Tablo 2. Yıllara göre özel sağlık kurumlarında çalışan sağlık emekçileri

	2002		2008		2017		2021	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık emekçileri								
Uzman hekim	9486	21.7	18786	32.9	23810	29.4	31.617	31.6
Pratisyen hekim	2280	4.4	3812	10.6	5688	12.7	5.012	9.5
Toplam hekim	95190	12.3	22598	19.9	29498	19.7	36629	19.9
Diş hekimi	11457	67.0	13957	69.9	15616	56.0	23.178	58.2
Eczacı	19825	88.8	23405	94.4	25309	88.8	32.450	87.2
Hemşire	6107	7.7	15735	15.7	29807	17.9	39.833	17.1
Ebe	1415	3.4	3579	7.5	3979	7.4	2.805	4.8
Diğer sağlık personeli	4478	9.1	17149	21.9	32234	207	55.301	25.2
Diğer personel ve hizmet alımı	-	-	-	-	52852	15.6	155.347	32.3
Toplam özel sektörde çalışan	-	-	-	-	189.295	20.5	345.543	27.6
Toplam özel hastane sayısı	271	23.4	400	29.6	571	37.6	571	37.0

*Yüzdeler toplam sağlık emekçileri içinde özel çalışanların payını göstermektedir. 2003, 2008, 2021 Sağlık istatistik yıllarındaki verilere dayalı olarak hesaplanmıştır.

Belgelerde özel sağlık kurumları sağlık hizmetlerinin nitelikli hale gelmesinin, bölgesel dengesizlikleri gidermenin bir aracı olarak görülüp, diğer belgelerde de görüldüğü gibi, özel sektörün teşvik edilmesi merkezi bir önemdedir. Öyle ki özel sağlık sektörünün nasıl büyüdüğü, yatak ve uzman hekim sayılarına dayalı olarak ifade edilmektedir (**AKP, 2002a-c; SB, 2003; AKP, 2003a-c; TCC, 2018b; TCC, 2019-2022**). AKP'nin iktidara geldiği ilk günden itibaren, kamu eliyle desteklemekten hiç vazgeçmediği özel sağlık kurumları, giderek büyük bir hızla artmıştır. Örneğin, 2002 yılında 271 özel hastane varken, 2021 yılında 571'e ulaşmıştır. 2008 yılında toplam özel sağlık kurumu sayısı 50.935 olup (Tablo 2), bu sayı kamu sağlık kurumlarının üç katından daha fazladır (**SB, 2011**). Bir yandan artan özel sağlık kurumları, özel sağlık sektörünün daha iyi ücret ve daha olumlu çalışma koşulları algısı, öte yandan kamudaki istihdamın daraltılması ya da istihdam için sınav, güvenlik soruşturmalarının ya da arşiv araştırmalarının yapılması gibi engeller, kamuda güvencesiz ve sözleşmeli çalışma sağlık emekçilerinin de özel sağlık sektörüne kaymasına neden olmuştur. Örneğin, SB'nin bir çalışmasında (2011) 2023 yılında özel sağlık sektöründe 181.776 kişiye ihtiyaç duyulduğu projekte edilmiştir. 2021 yılında neredeyse her üç sağlık emekçisinden birisi özel sağlık kurumlarında çalışmaktadır. Bu, uzman hekimlerde %31.6'ya, hemşirelerde %17.1'e ulaşmıştır (Tablo 2). Özel sağlık sektöründe çalışma, doğrudan artık değer üreten, ürettiği hizmetin değeri doğrudan piyasada belirlenen, emek süreçleri ve özlük hakları sermaye sınıfının ve onu

temsil eden yönetimlerin denetimi ve kontrolünde olan, uzun saatler ve hafta sonu çalışan, örgütsüz, güvencesiz sağlık emekçisidir. Bu konuda yürütülen araştırma sonuçlarında da bu gösterilmiştir. Örneğin, özel sağlık sektöründe çalışan hekimler üzerine yürütülen bir araştırmada, her üç hekimden birisi, gelirin mesleğini ve yaşantısını sürdürmek açısından yetersiz olduğunu, yaklaşık yarısı kurumun "hedef ciro" baskısı uyguladığını, üçte ikisi bayram ve resmi tatillerde çalışma talebiyle karşılaştığını, fazla çalışma karşılığında ek ücret almadığını, yaklaşık her on hekimden birisi de haftalık 66 saatten fazla çalıştığını belirtmiştir (**Bayrak ve ark., 2021**).

II.4. Esnek Ücretlendirme: Performansa Dayalı Ücretlendirme

AKP'nin ilk parti programında (2002) sağlık emekçilerinin ücret politikalarının yeniden ele alınması gerektiğinden, bir yıl sonra SDP'de (2003) sağlık emekçilerinin devlet memuru statüsünde bölge ve şehir farkı olmaksızın hepsinin aynı ücreti almasının sakıncasından bahsedilmektedir. Eş zamanlı olarak, SB'ye bağlı sağlık kurumlarında istihdam edilen sağlık emekçilerine döner sermaye gelirlerinden performanslarına dayalı ek olarak ücretlendirilmelerinin pilot uygulaması 2003 yılında yapıldı ve 2004 yılında uygulama başladı. Böyle olunca, daha sonraki belgelerde açık olarak sağlık emekçilerinin performansa göre ücretlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (**DPT, 2006; AKP, 2011b; SB, 2011; DPT, 2013; DPT, 2019; TCC, 2018b; TCC, 2021-2022**). Özellikle SB'nin "Sağlıkta İnsan Kaynakları" belgesinde (2011), en

fazla yer alan ilk üç konu içindedir. Belgelerde, bu ücretlendirme mekanizmasının sağlık emekçilerinin motivasyonunu, verimliliğini, kamuda tam zamanlı çalışan hekim sayısını artırdığı (DPT, 2006; AKP, 2011b; SB, 2011; DPT, 2013), sağlık hizmetlerinin niteliğini geliştirdiği, istihdam dağılımındaki dengesizliği giderdiği, sağlık emekçileri arasında ve kamu ya da özel sektörlerdeki ücret farklılıklarını azaltacağı iddia edilmiştir. Bunların yanında, emeklilik ödeneğini azaltması gibi, olumsuz sonuçların giderilmesi için gerekli çalışmaların başlatılacağı taahhüt edilmiştir (SB, 2011). Son beş belgede ise aile hekimliğinde 2010 yılından itibaren uygulanmasına rağmen, 2018'den bugüne ise aile hekimliğiyle diğer kurumlar arasındaki performans sisteminin nasıl entegre edileceği, hasta memnuniyeti gibi yeni kriterlerin eklenmesine yönelik tartışmalar ele alınmıştır (TCC, 2018b; TCC, 2019-2022). Bunların sonucunda, 2004-2022 yılları arasında performansa dayalı ücretlendirmeye yönelik çok sayıda mevzuat ve uluslararası anlaşmalarla emekçiler aleyhine düzenlenmeler yapılmıştır (TCC, 2022; Yalçinkaya, 2019). Kısa süre içinde, özellikle hekimlerde performansa dayalı ek ödeme maaşı geçmiş, diğer sağlık emekçilerinde ise önemli bir paya sahip olmuştur. Örneğin, uzman hekimler, maaşlarının %102'sini ek ödeme olarak alırken, 2010'da bu %181'e yükselmiştir. Bu durum hemşirelerde ise %52 iken, %62'de kalmıştır (Yalçinkaya, 2019).

SDP'nin ve esnek üretimin mekanizmalarından birisi olan performansa dayalı ücretlendirme; genelde kapitalizmin ekonomi politikalarının, özelde onun yapılandığı sağlık reformlarının en önemli rıza araçlarından birisidir. Güvencesiz, düzensiz, belirsiz ve emekliliğe yansımaya bir ödeme biçimidir. Hekimi merkeze alıp, hekimin baktığı hasta ve yaptığı işlemlerin sayısına dayalıdır. Hizmet başı ödemeye dayanan bu mekanizma, 17 yıl boyunca adım adım, sağlık emekçilerinin ek ödeme alma pahasına gereksiz ve fazla sağlık girişim yapmasına, sağlık harcamalarının artmasına ve etik dışı uygulamalara yol açmıştır. Performans değeri olan hizmetler, sağlık emekçileri tarafından daha tercih edilir olmuştur. Aynı zamanda rekabete dayalı bir mekanizma olduğu için, hem sağlık emekçileri arasındaki dayanışmayı zedelemiş hem de hizmet verdikleri kişilerle ilişkileri bozmuş ve sağlıkta şiddete zemin hazırlamıştır. Gerek sağlık emekçileri, gerekse hekimler arasında eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Örneğin, uzman hekim ile hemşirenin 2000 yılında ek ödeme açığı 3.76 iken, on yıl sonra 4.82'ye yükselmiştir. Sağlık emekçilerinin

işsizlik, iş sözleşmesinin fesh edilmesinin, görevde yükselmelerinin ya da yükselememelerinin zeminini oluşturmaktadır (TTB, 2019; Yalçinkaya, 2019). Hekimlerin klinik eğitime ayırdıkları zaman giderek azalmaya başlamıştır. Gerekli performansı sağlayabilmek için tatilsiz, izinsiz, sınırsız çalışma sürelerine ve hızlı çalışmaya yol açmıştır. Özellikle COVID-19 pandemi süresince Türkiye dâhil çok sayıda ülkedeki sağlık emekçileri çok ağır ve süresiz çalıştığı halde en büyük gelir kayıpları bu ödeme biçiminde olmuştur. Bu nedenle Türkiye gibi çok sayıda ülke, COVID-19 pandemisi başlar başlamaz belirli bir süre performans dayalı ek ücretlendirmeyi askıya almış; ancak; düzensiz, değişen miktarlarda ek ödemeler de sorunu çözmek yerine derinleştirmiştir (Özkan, 2021). Bugünlerde bu ücretlendirme mekanizması eskisi gibi ne yazık ki devam etmektedir.

II. 5. Esnek İstihdam: Sözleşmeli, Tele/Uzaktan ve Taşeron Çalışma

Sözleşmeli, tele/uzaktan ve taşeron çalışma gibi esnek istihdamın üç örneği, belgelerin sadece sağlık değil, istihdam/çalışma yaşamı bölümlerinde de yer almakta olup, AKP'nin öncelediği beşinci sıradaki konudur. Sözleşmeli çalışma, dört belgenin sağlık (SB, 2003; AKP, 2007a; AKP, 2011a; SB, 2011), 14 belgenin istihdam/çalışma yaşamı (AKP, 2002a-c; AKP, 2003a; AKP, 2007a-b; AKP, 2008; AKP, 2011a; AKP, 2014; AKP, 2015a-c; DPT, 2006; DPT, 2019), tele/uzaktan çalışma 11 sağlık (AKP, 2002c; DPT, 2006; AKP, 2007a; AKP, 2011a-b; AKP, 2014; AKP, 2015a; AKP, 2015c; AKP, 2016; TCC, 2018a; TCC, 2022a), taşeron çalışma ise sadece bir belgenin istihdam/çalışma bölümünde yer almaktadır (AKP, 2012).

İncelenen belgelerin 2002-2006 yılları arasındaki istihdam/çalışma yaşamı bölümlerinde işçilerin maliyetini azaltmak için ülke şartlarına ve uluslararası kriterlere uygun esnek istihdamın uygulanmaya başlaması, 2006 yılından sonra ise bu istihdam biçiminin yaygınlaştırılması, gerektiğinde mevzuat değişikliklerin yapılması ve tarafların farkındalıkların artırılmasına yönelik hedeflerden bahsedilmektedir. Nitekim, bu belgelerdeki hedeflere uygun olarak, sermaye sınıfının rekabet gücünü artırmanın ve kârını maksimize etmesinin araçlarından birisi olan sözleşmeli, taşeron çalışma gibi esnek istihdamın 2003 yılında 4857 Sayılı Kanun ile yasal çerçevesi oluşturulmuş, 2002-2008 yılları arasında emek piyasası tümüyle sermaye sınıfının ihtiyaçlarına göre yeniden düzenlenmiştir (Değirmenci ve ark., 2017). Böyle olunca,

incelenen belgelerin sağlık bölümlerinde de esnek istihdamla ilgili paralel bir süreç izlenmiştir. SB (2003), ülke düzeyinde sağlık emekçilerinin istihdamında dengeli dağılımının sağlanması amacıyla hekimlerin zorunlu (mecburi) hizmetinin kaldırılacağı, kamu kurumlarında istekli ve verimli çalışmanın koşullarının sağlanacağı ve devlet memuru statüsünde çalışmalarının mahzurları olduğu saptamaları yapılmıştır. Bu saptamaların çözümlerinden birisinin de "çakılı sözleşmeli" çalışma olduğu ifade edilmiştir. Eş zamanlı olarak, sağlık alanındaki istihdamda ilki 2003 yılında olmak üzere, 2005 yılına kadar mevzuat düzeyinde değişiklikler yapılarak, devlet memuru statüsünde devlet güvencesi altında 4/a kadrosunda çalışan sağlık emekçilerinin yanında, kamuda sözleşmeli çalışma başlamıştır. Kamudaki istihdamda başlıca sözleşme biçimleri sırasıyla; a) 2003 yılında 4924 sayılı yasaya göre *sözleşmeli istihdam- çakılı kadroyla çalışma* b) 2004 yılında *aile hekimliği sözleşmesine bağlı aile sağlığı birimlerinde çalışanların bireysel sözleşmeye dayalı istihdamı* c) 2005 yılında 657 Sayılı Kanun'unun 4/b maddesine göre maaşları sağlık kurumunun döner sermayesinden ya da devletin genel bütçesinden ödenen *4/b'ye dayalı istihdam* d) 2005 yılında köy sağlık evleri ve sağlık ocaklarında *vekil hemşire ve ebe* statüsündeki çalışmadır. 2003'lü yıllarda hekimlerin mecburi hizmeti kaldırılıp, sözleşmeli çalışmayla dengesiz dağılım sorunu çözüleceği ileri sürülse de iki yıl sonra aynı Hükümet tarafından hekimlerin mecburi hizmet uygulamaları tekrar geri getirilmiştir. e) 2011 yılında 663 sayılı KHK ile SB hastanelerindeki, aynı mevzuata bağlı değişikliklerle 2017 yılında SB taşra teşkilatındaki tüm yöneticilerin sözleşmeli çalışması. Dolayısıyla, ülkemizde de sağlık alanında dünyadaki eğilime benzer olarak, kamuda sözleşmeli istihdam, esnek istihdam içinde en yaygın hale gelmiştir. Örneğin, 2004 yılında hemşirelerin %4.7'si, ebelerin %9.1'i, sağlık memurlarının %12.5'i 4B statüsünde çalışırken, bu, 2010 yılının Nisan ayında sırasıyla %28.8, %24.1 ve %60.2'ye yükselmiştir (**Özkan, 2017**).

İncelenen belgelerin ikisinde bu uygulamaların hemen ardından (**AKP, 2007a; AKP, 2011a**), bu dört güvencesiz istihdamının sağlık emekçisinin sayısal azlığına ve istihdamdaki dağılımına ve ücret dengesizliğine çözüm getirdiği iddia edilmiştir. Fakat kısa bir süre sonra, bir belgede (SB, 2011), sözleşmeli çalışmanın kimi yararları olmasına karşın, 4B'li istihdamın emekçilerin motivasyonunun sürekliliğini sağlayamaması, yer değiştirme imkânı tanımaması gibi sorunlar

barındırdığından bahsedilmiştir. Hem bu sorunlara çözüm bulabilme hem de 2011 genel seçimlerinden bir hafta önce, AKP hükümetinin seçim yatırımının bir sonucu olarak, 4B ve çakılı kadrodaki sözleşmeli çalışan sağlık emekçileri 4A kadrosuna alınmıştır. Örneğin, bu hızlı kadro değişikliğinden önce 2010 Aralık'ta döner sermayeye dayalı ücretlendirmeye istihdam edilen 4b'li sağlık emekçisi sayısı 23.714, genel bütçeye dayalı istihdam edilen 4b'li sağlık emekçisi sayısı 29.681 iken, bir yıl sonra bu sayılar 170 ve 14.075'e düşmüştür (**Özkal-Sayan ve Küçük, 2012**). Ne memur ne de işçi statüsünde olan kamuda sözleşmeli istihdam, ilgili daha önceki yazıda da kapsamlı olarak belirtildiği gibi (**Özkan, 2017**), özetle, devletteki 4/a istihdam biçimine göre güvencesiz, işsizlik kaygısı yüksek, ücreti düşük ve özellikle döner sermaye yoluyla istihdam edilenlerde değişkendir. Aynı meslek grubunda oldukları halde, sözleşmeli çalışmaya bağlı olarak bölünme, ayrılma ve çatışma ortaya çıkar. Vekil hemşirelerde ve ebelerde olduğu gibi, ilk çalışma yıllarında yıllık izin hakları olmamakta, diğer izinleri ya azdır ya da olsa bile kullanamamaktadır. Ayrıca, yıllık izin dışında diğer devlet memurlarına tanınan özlük ve nakil hakları da bulunmamaktadır (**SB, 2016**).

Diğer bir esnek istihdam biçimi ise kamu kurumlarında, hizmet satın alma yoluyla ihaleleri kazanmış özel şirketler tarafından yine sözleşmeyle istihdam edilen geçici işçi statüsündeki "taşeron" çalışmadır. Sağlık alanında taşeron statüde çalışmayla ilgili ilk mevzuat 2003 yılında çıkmış, bir yıl sonra da bu hizmet alımıyla istihdam başlamıştır (**Özkan, 2017**). Bu işçiler içinde hemşireler, ebeler ve sağlık bakım teknisyenleri gibi çok farklı sağlık emekçileri de bulunmaktadır. SB kurumlarında 2002 yılında 11.000 taşeron işçi sayısı, 2021 yılında 252.626'ya yükselmiştir (**Özkal-Sayan ve Küçük, 2012; SB, 2022a**). Taşeron çalışma, yaygın bir istihdam biçimi olmasına rağmen, incelenen 28 belgenin sadece birisinin çalışma bölümünde yer almıştır (**AKP, 2012**). Bu belgede de taşeronluk uygulamasının yeniden ele alınacağı, çalışma saatleri, kıdem tazminatı gibi taleplerin yasal güvencesinin sağlanacağı belirtilmektedir. Ne var ki o günden bugüne herhangi bir olumlu gelişme olmamıştır. Taşeron sağlık emekçisi olmak; meslektaşlarıyla aynı işi yaptığı halde, geçici, örgütsüz, asgari ücret alan, ağır çalışma koşulları altında çalışan, kıdem tazminatı gibi çok sayıda özlük ve sosyal haktan mahrum bırakılan, denetimi ve kontrolüne bir de şirket yöneticilerinin eklendiği, meslek ve görev dışı işlerde de çalıştırılan

en güvencesiz istihdam biçimidir. Türkiye’de bu konuda sınırlı sayıda yürütülmüş araştırmaların sonuçları da bunu desteklemektedir.

İncelenen belgelerde bir diğer esnek istihdam biçimi tele/uzaktan çalışmadır. Belgelerde 2003-2011 yılları arasında tele sağlık hizmetlerinin alt yapısını oluşturan bilişim teknolojilerinden yararlanılacağı (AKP, 2002c; DPT, 2006; AKP, 2011a), 2006 yılında uygulanmaya başlayan Medulla programıyla hastaneler ve SGK arasındaki işlemlerin online yapılacağı belirtilmektedir (AKP, 2007a). Daha önceki yazıda da ifade edildiği gibi (Özkan, 2017), 2011-2014 yılları arasındaki belgelerde ise tele tıpla sağlık hizmetlerinin kalitesinde artış, maliyetinde düşüş sağlayacağı iddia edilmiştir (AKP 2011a-b; AKP, 2014). Hemen ardından, 2015-2017 yılları arasındaki belgelerde ise tele tıbbi da içeren uzaktan sağlık hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileriyle desteklenerek yaygınlaştırılacağı hedeflenmiştir (AKP, 2015a; AKP, 2015c; AKP, 2016). Son iki belgede ise uluslararası hastalara hizmet veren çağrı merkezlerinin kapasitesinin %100 artırılarak 20.000’e çıkarılması, SB kurumlarındaki kayıtların, görüntülerin ve raporların elektronik ortamda kontrol edilmesi ya da denetlenmesi, elektronik ortamda olmayan görüntülerin Medulla sisteminden faturalandırılmasının engellenmesi ve tele sağlık hizmetinin randevu almadan, tedavi önerisine kadar tüm aşamaları yürütecek şekilde alt yapısının oluşturulması amaçlanmıştır (TCC, 2018a; TCC, 2022). Nitekim, daha önceki yazıda da ifade edildiği gibi (Özkan, 2017), belgelerde belirtilen hedeflere uygun olarak, SB bünyesinde 2003 yılında başlayan e-sağlık çalışmaları 2004 yılında tamamlanıp, 2008 yılında da tele tıp projesine başlanmış, 2009 yılında ise bu proje yaygınlaştırılmıştır. Kamuda tele/uzaktan çalışan sağlık emekçileri de artmaya başlamıştır. O günden bugüne, e-sağlık kapsamında; E-Nabız, Sağlık-Net, SABİM, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, MHRS, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi, Temel Sağlık İstatistikleri Modülü, Sağlık Kodlama Referans Sunucusu, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Hastane Bilgi Sistemleri, Hasta Hakları Bilgi Sistemi, Elektronik Belge Yönetim Sistemi ve tele tıp uygulamaları bulunmaktadır. Tele tıp kapsamında ise uzaktan radyoloji, patoloji EKG vb. görüntüleme hizmetleri yapılmaktadır. SABİM’in 184 numaralı telefon operatörlerinde çalışan sağlık emekçileri 7/24 saat danışmanlık ve şikayetleri almak gibi hizmetler vermektedir. Ayrıca, SB bünyesinde, tele sağlık kapsamında çağrı merkezindeki iletişim görevlilerinin yanında, sağlık emekçileri tarafından 7/24 seyir halindeki

hava, deniz araçlarında meydana gelebilecek her türlü sağlık/hastalık sorunlarına uzaktan sağlık danışmanlığı ve denizden tıbbi tahliye hizmeti sunulmaktadır (Yıldırım, 2022; Özkan, 2017). Dünyada özellikle COVID-19 pandemisiyle gerek etkili kamusal önlemlerin alınamamasına, gerekse sağlık hizmetlerinin yetersizliğine de bir çözüm olarak tele sağlık hizmetleri daha önemli hale gelmiştir. Çok sayıda ülkede e-sağlık hizmetleri tümüyle yüz yüze sağlık hizmetlerinin yerine geçmiş, bu hizmeti veren sağlık emekçileri, hükümetler tarafından finansal olarak hatırı sayılır biçimde desteklenmiş, sağlık emekçilerini teşvik etmek için sundukları tele sağlık hizmetleri yüz yüze hizmetlerle eşit ölçüde ücretlendirilmiştir (Özkan, 2021). Bu ve benzeri nedenlere dayalı olarak, ülkemizde de sağlık alanında yakın gelecekte tele/uzaktan çalışmanın yaygınlaşması büyük bir olasılıktır.

SB’nin sağlık reformları kapsamında e-sağlık, tele sağlık hizmetleri çok uzun bir süredir gündeminde olduğu halde, istediği şekilde yaşama geçirememiştir. Ancak COVID-19 pandemisi tıpkı sağlık emekçilerinin eğitiminde olduğu gibi, e-sağlık, tele sağlık hizmetlerine adete ön uygulama fırsatı yaratmıştır. Nitekim pandemi sırasında 20 Şubat 2022 tarihinde “uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu” ile ilgili bir yönetmelik çıkarılmıştır (SB, 2022b). Bu yönetmelikle uzaktan sağlık hizmetleri için SB tarafından yetkilendirilmiş kamu/ özel sağlık kurumlarının sahip olması gereken kriterler belirlenmiş, kurumların faaliyet izni prosedürleri tanımlanmıştır. Bu hizmet verilmeden önce hastanın bilgilendirilmesi, kimliğinin doğrulanması süreci tanımlanmış, kişisel verilerin korunması kapsamı ifade edilmiştir. Ayrıca, uzaktan sağlık hizmetlerinin içeriği de belirtilmiştir. Örneğin, muayene, tıbbi gözlem, izlem, takip, tanılanmış hastalıkların kontrolü, tıbbi danışmanlık, konsültasyon, kişi hekimi tarafından değerlendirildikten sonra e-reçete ve e-rapor tanzim edilmesidir. Hastalıkların uzaktan yönetimi ve takibi için kişinin kan şekeri ve kan basıncı gibi klinik parametreleri değerlendirilebilecek, izlenebilecek, tedavi ve ilaç yönetimi yapılabilecektir. Sağlığın korunması ve takibi, sağlıklı yaşamın desteklenmesi psikososyal destek hizmetleri sunulabilecektir. Sağlık riski artan veya ileri yaşlı kişilerin çok yönlü değerlendirmesi ve takibi olabilecektir. Bakanlıkça belirlenen girişimsel veya cerrahi operasyon hizmetleri verilebilecektir. Endemik veya epidemik salgınlarda ulusal nitelikteki kılavuzlar doğrultusunda kişilerin sağlığının korunmasına yönelik gerekli tıbbi işlemler yürütülebilecektir. Giyilebilir teknolojiler

ve diğer tıbbî cihazlarla sağlık hizmeti talep eden kişinin sağlık verileri ölçülebilecek ve yine takip edilebilecektir (**SB, 2022b**). Sağlık kurumu, uluslararası sağlık turizmi yetki belgesine sahipse, sağlık turizmi kapsamında uzaktan sağlık hizmeti verebilecektir.

Görüldüğü gibi, oldukça geniş kapsamlı sağlık hizmetleri bu yönetmelik gereği, artık yazılı, sesli veya görüntülü olarak uzaktan sunulabilecektir. Fakat bu alt yapıya sahip olmayıp, hizmet almak isteyenler için herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Mevzuatta hekim yanında, bir sağlık mensubundan bahsedilmekte, ancak bu kişinin hangi meslek grubunda olduğu belirtilmemektedir. Dolayısıyla, hizmetin hangi sağlık emekçileri tarafından sunulacağı konusunda büyük bir boşluk bulunmakta, hizmetin geri ödemesi konusunda ise herhangi bir bilgi yer almamaktadır. Ancak, yönetmelik yayımlandıktan altı ay içinde faaliyet izni alan kurum yasal olarak bu hizmeti sürdürecektir. Bu ve konunun farklı yönlerindeki nedenlere dayalı olarak birçok sağlık meslek örgütü de bu mevzuata yönelik eleştiri vermiş ve konuyu yargıya taşımıştır.

E-sağlık, her ne kadar modern tıbbın argümanlarından birisi olduğu, sağlık hizmetinde etkinliği, eşitliği, niteliği artıracığı iddia etse de hem bu uygulamaya daha önceden geçmiş ülkelerin deneyimlerinden hem de sağlık reformlarının önemli yapı taşlarından birisi olmasından dolayı, hizmeti alanlar ve hizmeti sunan sağlık emekçileri açısından sayısız olumsuzluğa sahiptir (**Özkan, 2017**). Sağlık hizmetleri sunumu yüz yüze olmayı, hizmet sunulan kişiye dokunmayı gerektirir. E-sağlık hizmetleri ise bu hizmetin yerine geçmeyi değil, onu tamamlayan hizmetlerden birisi olmalıdır. Ancak bu, bir yandan sağlık reformlarının kamusal alanda boş bıraktığı alanları doldurmak öte yandan, yine kamunun olanaklarıyla özel sektörü desteklemek, başta sağlık emekçileri olmak üzere, çok sayıda alanda sermaye sınıfının ya da işletmeye dönüşmüş sağlık kurumlarının kârı için maliyeti düşürmektir.

II. 6. İKY: Kalite, Verimlilik, Rekabet, Motivasyon

İKY, işletmenin kârını ve piyasada rekabet gücünü artırmak için, üretim girdisi olarak gördüğü emekçileri doğru, etkin ve verimli bir şekilde kullanmak olmak üzere, tüm çalışma yaşamının yönetimini ifade etmektedir. Bir başka ifadeyle, emekçilerin emek verimliliğinin sürekliliğini sağlayarak, tüm kapasitelerini/potansiyellerini kullanarak, ortaya çıkan yüksek iş gücü devir hızının işletmeye/şirkete en üst düzeyde aktarılmasını sağlamaktır. Çünkü işletmeler için öncelik, var

olan sermayelerini kaybetmeme onu koruma ve beraberinde artırma gayesindedir. Dolayısıyla, İKY'de minimize edilmesi hedeflenen maliyet, maksimize edilmesi için hedeflenen kâr temel amaçtır. Böyle olunca, İKY'nin merkezi konumdaki temaları ve kavramları; insan kaynağı, motivasyon, eğitim, rekabet, verimlilik, liderlik kalite, örgütsel bağlılık, misyon ve vizyondur. Emekçilerin işe alınmasından başlayarak, onların eğitimlerin geliştirilmesi, performans değerlendirmeleri, ekonomik ve sosyal hakları, sağlıkları ve güvenliği gibi faaliyet alanları bulunmaktadır. İKY ve Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarının 'yeni' yönetim biçimlerinden olup, aynı amaca sahip olup, temel kavram setleri ve yaklaşımları da birbirine benzerdir, İKY'nin merkezinde emekçiler, TKY'nin merkezinde ise emekçilerin yanında, hizmet alanlar gibi geniş kapsamlı başka unsurlar da bulunmaktadır. TKY'nin yaşama geçirilebilmesi için işletmenin İKY'yi uygulaması gerekir (**Şahin, 2009; Er, 2014**).

Bu yazı kapsamında incelenen belgelerin ilkinde, sağlık hizmetlerin rekabete dayalı yürütülmesi, rekabetin kurallarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Hem ilk belgede hem de 60. Hükümet Programı'nda bu hedeflere ulaşmak için yasal düzenlemelerin yapılacağı ve ISO kalite standardı çalışmalarının tüm yurt genelinde başlanacağı belirtilmiştir (**AKP, 2002a; AKP, 2008**). İKY'nin yürütülmesinde mevzuat en önemli dışsal faktörlerden birisi olduğundan (**Er, 2014**), iki belgede de ilk gündeme alınan konu olmuştur. İlk belgeden hemen sonra SDP'de (2003), İKY'nin süreci, hedefi ve ilkelerine yönelik doğrudan atıflar yer almaktadır. Örneğin, genelde kapitalist ülkelerdeki sağlık reformlarının, özelde ülkemizdeki SDP'nin sekiz bileşeninden birisinin bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık emekçilerinin olması gerektiği, diğeri sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyondur. Ayrıca, sağlık alanındaki insan kaynağının (SAİK) planlanması, istihdam edilmesi, yönetimi, planlayan kurumlar arası koordinasyonunun sağlanması, bunun için sağlık yöneticilerinin ve kalite uzmanlarının yetiştirilmesi ve sağlık alanında istihdam edilmesi de ifade edilmiştir (**SB, 2003**). Dolayısıyla, SDP'de gerek İKY'nin, gerekse TKY'nin yaşama geçirileceğinin hedeflendiği açık olarak görülmektedir. Bunların ardından, konuyla ilgili mevzuat değişiklikleri yapılmıştır. Örneğin, sadece 2005-2011 yılları arasında TKY ile ilgili doğrudan 22 mevzuat çıkarılmıştır (**Özkan, 2017**). SB, 2007 yılında SAİK ile ilgili çalıştaylar düzenlemiş, 2008 yılında SAİK için taslak metin, daha sonra da raporlar

hazırlamıştır (SB, 2011). Dördüncü belgede sağlık emekçileriyle ilgili her türlü konuda SAİK'e göre yürütülmesi, SB'nin her düzeyde SAİK'i kullanması ve bu konuda bilgi sisteminin geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu belgede ayrıca sağlık emekçilerinin verimliliği, motivasyonu, kariyeri özel bir performans değerlendirmesi gibi SAİK'in kavram seti, yaklaşımı tümüyle kabul edilmiştir. Bir başka ifadeyle, SB, SAİK ile ilgili 2023 yılına kadar konumlanışını ve politikasını bu belgeyle deklare etmiştir. Beşinci belgede Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'nün kurulması hedeflenmiş ve aynı yıl Enstitü kurularak, sağlık kurumlarının akredite edilmesine başlanmıştır (AKP, 2015c). İKY'nin bileşenlerinden olan performans göstergelerinin oluşturulması, verimliliğinin ve kalitenin artırılması (TCC, 2018b), klinik liderlik eğitimi için pilot eğitim çalışmalarına başlanması, klinik kalite ölçümlerinin ve akreditasyon programlarının geliştirilmesi diğer ele alınan konulardır. SB'nin, çalışanların işletmeye bağlılığını artırmak, işletmenin kârını maksimize etmek, etkin-etkili-verimli çalışmasını sağlamak, doğru bir performans yönetim sistemini kurabilmek amacıyla 10 Şubat 2015 tarihinde onayladığı ve başlattığı "Sağlık Bakım Hizmetlerinde İnsan Kaynağı Yönetimi" başlıklı eğitim İKY anlayışına ve yaklaşımına sadece bir örnektir (Özkan, 2015). Tüm bunlar sonucunda, amaçlananları gerçekleştirmek üzere, özel sağlık kurumlarında hep olagelen İKY ve TKY birimleri işletmeye dönüşmüş başta hastaneler olmak üzere, kamu sağlık kurumlarında da kurulmaya başlamış, bugün ise yaygınlaşmıştır.

İKY'ye göre, sağlık emekçileri, işletmeler/işletmeye dönüşmüş kamu kurumları için bir yatırım kaynağı olarak kabul edilir ve bu nedenle, onlardan azami ölçüde yarar sağlamayı ya da üretken kılmayı amaç edinir. Emekçilerin motivasyonlarının yüksek tutulması, ertesi günü işe gelebilecek kadar sağlık hizmetleri sunulması, işletmelerin kârlılığını etkilemeyecek kadar özlük haklarının verilmesi bunlardan bazılarıdır. Fakat bu çalışmada az sayıda belgede sağlık emekçilerinin özlük hakları, sağlığı ve güvenliğiyle ilgili konulara yer verilmiştir. Örneğin, sağlık emekçilerinin çalışma ve iş yeri güvenliği koşullarının özlük haklarının iyileştirildiği ve buna devam edileceği, çalışma standartlarını düzenleyen ve memnuniyetlerini artıracak yenilikler yapılacağı amaçlanmıştır (AKP; 2002a-b; AKP, 2011b; AKP, 2014, DP, 2013). SDP ile giderek artan, tüm sağlık emekçilerinin sorun olarak tanımladığı sağlıkta şiddet ise ilki 2015 yılında olmak üzere, sadece iki belgede konu olabilmıştır. Şiddeti önlemede engelleyici ve caydırıcı önlemlerden bahsedilse

de bunun ne (ler) olduğu açıklanmamıştır (AKP, 2015b). Ondan sekiz yıl sonra da 12/05/2022 tarihli ve 7406 sayılı kanun ile şiddet uygulayana verilecek cezayı içeren mevzuatla şiddetin önlenebileceği belirtilmektedir (TCC, 2022). Gerek incelenen belgelerde, gerekse AKP'nin 20 yılında genelde sağlık emekçilerin sağlığı, güvenliği, özelde sağlıkta şiddet göz ardı ettikleri çok önemli bir alandır. Nitekim COVID-19 pandemisinde de bu açık olarak görülmüştür.

II.7. Hareket-Zaman Etüdü Çalışma Örneği: MHRS

F.W. Taylor tarafından 20. yy'ın başlarında tüm kapitalist işletmelerde kârın maksimizasyonu amacıyla, işin daha hızlı yapılabilmesi ya da işçinin işyerindeki tüm zamanını sadece işle geçirmesi ('tembelliğinin ve aylaklığının önlenmesi') için başvurduğu araçlardan birisi de zaman ve hareket etüdü çalışmaları olmuştur (Özkan, 2015). Buradan hareketle, analogi yapılarak MHRS incelenmiştir. Kamu sağlık kurumlarında e-sağlık uygulamalarından birisi olan MHRS, kişilerin SB'ne bağlı hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri 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. SDP'nin en önemli işlevlerinden birisi olup, temeli 2003 yılında atılmış, 2009 yılında Türk Telekom ile protokol imzalanmış, 2010-2011 yılları arasında 11 ilde pilot uygulaması yapılmış, 26 Mart 2012 tarihinde de ülke düzeyinde MHRS hizmet vermeye başlamıştır. MHRS'ye 2013 yılında aile sağlığı birimleri, iki yıl sonra da yine SB'ye bağlı yan dal poliklinikleri hizmet kapsamına alınmıştır. COVID-19 pandemisi süresince, MHRS'nin alt yapısı üzerinden uzaktan muayene ve aşı programı hizmet vermiştir. MHRS üzerinden ülke düzeyinde kişiler hekim randevularını 2012 yılından itibaren almasına karşın, incelenen belgelerde ilk kez 2014 yılında 62. Hükümet Programı'nda gündeme geldiği görülmüştür (Özkan, 2017; SB, 2017; AKP, 2014).

İncelenen 28 belgenin sadece beşinde yer almış olup, ilk ikisinde sadece MHRS'nin ülke düzeyinde yaygınlaştırıldığından (AKP, 2014; AKP, 2015c), üçünde ise alınan randevularda devamsızlığın azaltılması, hekimlerin kendi aralarında vaka paylaşabilmesi için Entegre Kurumsal İşlem Merkezi portal bileşeni oluşturulması, MHRS'nin yeni teknolojilere uygun şekilde yeniden yapılandırılması, aile hekimliğinde MHRS üzerinden

çalışma planının oluşturulması gibi teknik hedefler belirlenmiştir (TCC, 20181a; TCC, 2021-2022). Oysa, SB açısından MHRS'nin sağlık hizmetlerinin, hekimlerin etkin ve verimli kullanılması, sağlık hizmeti alacakların muayene öncesi bekleme süresinin azaltılması, memnuniyetlerinin artırılması, istediği zaman istediği kurum ve hekimden hizmet alma özgürlüğünün sağlanması gibi farklı ve geniş boyutları ve amaçları bulunmaktadır. Makalenin amacı gereği, konuya emekçiler açısından bakıldığında, MHRS'nin amacında da belirtildiği gibi, hekimlerin verimli olması onlara göre gerçekçi bir hedeftir. Çünkü verimlilik, patron/işveren için en düşük maliyetle, en kısa sürede, en az hatayla ya da hatasız, işyerindeki bütün zamanlarının planlanıp, bütün üretim aşamalarının standardize edilip, denetlenerek, fazla-yoğun-ağır çalışmasıdır (Özkan, 2015; Özkan 2017). Hekimler de MHRS ile başta SB olmak üzere, yöneticilerin denetimi altında, onların belirlediği sayıda ve hızda hastayı muayene etmekte ve diğer sağlık hizmetlerini sunmaktadır (Özkan, 2017). Nitelikli sağlık hizmeti için hekim muayenesinin 20 dakika olması gerekirken, SB MHRS üzerinden beş dakikada bir hastane muayenesini hekimlere dayatmaktadır. TTB'nin hukuki, mesleki ve nitelikli sağlık hizmeti için verdiği mücadelelere rağmen, bu süre ne yazık ki SB tarafından 10 dakika olabilmektedir. Bu da SB'nin MHRS ile sağlık hizmetlerinde nitelik amacında olmadığını açık olarak gösteren başka bir kanıttır. Ayrıca, hekimlik mesleği açısından da özerkliğin kaybedilmesi, sağlıkta şiddete zemin oluşturması, oldukça sınırlı zaman nedeniyle hatalı mesleki uygulamaların kapısını aralanması, kişilerin hak ettiği hizmeti alamaması ve sanki bunun bir parçası gibi gösterilmesi vb. sayısız olumsuz sonuca yol açmaktadır (Özkan, 2017; TTB, 2022; Hamzaoğlu ve Özkan, 2019). Ülkemizde MHRS ile ilgili yürütülen çalışmalar incelendiğinde, MHRS'nin daha çok hizmete alanlar ya da sistemin kendisi açısından araştırıldığı görülmektedir. Sağlık emekçileri üzerine sınırlı sayıda yürütülen bir araştırmaya göre; dış hekimlerinin genel olarak MHRS'den memnun olmadığı, üçte ikisinin buna olumsuz baktığı (Şahin, 2013), diğer çalışmaya göre; yine dış hekimlerinin MHRS'den kaynaklı %69.9'unun sorunlar yaşadığı, baktıkları hasta sayısının arttığı ve randevu dağılımının dengesiz olduğu saptanmıştır (Kartal, 2015). Romatoloji uzmanı hekimler ise romatoloji gibi, uzman hekim sayısının az, hasta sayısının fazla olduğu durumda MHRS'nin sorunlara yol açtığını, uzmanlık ve

yan dal uzmanlık öğrencisi asistan hekimlerin eğitimine olumsuz etkisi olduğunu belirtmiştir (Alpay Kanitez, 2019).

III. SONUÇ YERİNE

Bu çalışma kapsamında incelenen 28 belge üzerinden sağlık emekçileri; kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarını yaşamın her alanında yaşama geçirmeye kendini adanmış AKP ve yandaşları tarafından 20 yıldır metalaştırılmış, doğrudan piyasada değişim için üretilen, yararlılık ve işlevsellik fonksiyonunu kaybetmek üzere olan sağlık hizmetlerini sunan öznelere dönüştürülmeye zorlanmıştır. Neoliberal kapitalizmin ekonomi politikalarının belirleyiciliğinde esnek üretim ve SDP ile şekillenen emek süreci ise sermaye sınıfının/işverenin kârını artırırken, sağlık emekçilerinin emek sürecinde özgür, bağımsız karar vermesini, harekete geçmesini, kendi kendini yönetmesini, kontrolü elinde bulundurmasını ya da inisiyatif kullanmasını engelleme hedefindedir. Bunun en önemli aktörlerinde birisi olan AKP, bu hedefleri yaşama geçirmek için mevzuatlar çıkaran, rıza araçlarından performans dayalı ücretlendirmeyi uygulayan, kendisinin ekonomi politikalarının karşısında olan ya da desteklemeyen sağlık emekçileri ve örgütlerini cezalandıran, baskı altına alan, insan onuruna yakışmayan çalışma koşullarına mahkum eden bir yerde konumlanmıştır.

Bir diğer sonuç, gerek bu yazıda, gerekse aynı konudaki bir önceki yazıda (Özkan, 2017), aynı belgede ya da belgeler arasında sağlık emekçilerinin birbiriyle zıt ve çelişkili olarak kavramlarla nitelendirilmesi, aynı nicel verilerin belgeler arasında tutarsız olmasıdır.

IV. MAKALENİN SINIRLILIKLARI

Bir partinin özellikle iktidarda olan partinin programı, seçim beyannameleri gibi resmi belgeleri, onun genel ekonomi politikalarının yanı sıra, sağlık politikalarındaki amaçlarını ve araçlarını açıkça ortaya koyar. Yanı sıra, iddialarının, hedef ve vaatlerinin zaman içindeki uygulamalarıyla karşılaştırılarak, onların test edilmesini de sağlar. Gerek bu yazıda, gerekse aynı konudaki bir önceki yazıda (Özkan, 2017), evde sağlık hizmetleri, tele sağlık ve MHRS gibi alanlarda, önce uygulamalar gerçekleşmiş, daha sonra bu belgelerde yer almış. Oysa, tersinin olması gerekirdi. Sağlık emekçilerinin göçü, önceden de var olan ancak; özellikle COVID-19 pandemisiyle ülkemizde büyük bir hız kazanmış sorundur. Buna karşın, incelenen belgelerde bu konuya hiç yer verilmemiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin feminizasyonu da içinde çok önemli sorunları barındırmasına karşın, belgelerde ele alınmamıştır. Böyle olunca, bu ve benzeri konular makalenin kapsamı dışında kalmıştır, bu da sınırlılıktır.

Dipnotlar

¹ Lancet dergisine daha sonra bu konu çok sayıda Editöre Mektup yazısı yazıldı. Bu yazıların Türkçe versiyonları, Toplum ve Hekim dergisinde yayımlandı. Bkz. 'The Lancet' Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 'Başarılarını' Dünyaya Pazarlıyor. Toplum ve Hekim. 2013, 28(6):403-426.

² İncelenen belgelerde, fonksiyonel esneklikle ilgili daha önceki makaleye göre herhangi bir yeni bilgi eklenmediği ve bu nedenle tekrara düşmemek için yazılmamıştır. Bu konuda bilgi için bkz.: Özkan Ö. (2017). Sağlık emek gücünün AKP ile geçen 15 yılı. Toplum ve Hekim, 32(5):381-400.

³ Konu ile ilgili bilgi için bk. "Geleneksel tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları" Toplum ve Hekim 2017, 32(1)

⁴Aile sağlığı elemanı

- Özkan O, Uysal A, Catiker A. (2011). Family practice system in Turkey: Transition from the public health nursing to the family health personnel. XVIth Conference of the International Association of Health Policy (IAHP). 29 September-2 October 2011, Ankara.
- Özkan Ö. (2016). Aile sağlığı elemanlarının emek süreci. Halkın Sağlığı. 8 Aralık 2015. Erişim adresi: <http://www.halkinsagligi.org/aile-sagligi-elemanlarinin-emek-sureci-ozlem-ozkan/>
- Özkan Ö. (2016). Aile sağlığı elemanları ile mümkün mü? Halkın Sağlığı. 16 Nisan 2015. Erişim adresi: <http://www.halkinsagligi.org/aile-sagligi-elemanlari-ile-mumkun-mu-ozlem-ozkan/>
- Özkan Ö. (2017). Hemşirelik açısından birinci basamakta istihdam sorunları. 19 Halk Sağlığı Kongresi. S.89-90 Erişim adresi: <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/4e1f9c08-7b78-414b-90a6-4e6c404b7960>

Kaynaklar

- AKP. (2002a). AKP Programı. Erişim adresi: http://m.akparti.org.tr/site/akparti/parti-programi#bolum_
- AKP. (2002b). 2002 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Her Şey Türkiye İçin. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2002-beyanname.pdf>
- AKP. (2002c). 58. Hükümet Programı. 24 Kasım 2002. Erişim adresi: <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/58inci-hukümet-programi.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). 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. (2007b). 60. Hükümet Programı. 31 Ağustos 2007. Erişim adresi: <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/60inci-hukümet-programi.pdf>
- AKP. (2008). 60. Hükümet Programı Eylem Planı. 10 Ocak 2008. Erişim adresi: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/>
- AKP. (2011a). 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. (2011b). 61. Hükümet Programı. 9 Temmuz 2011. Erişim adresi: <https://www.akparti.org.tr/upload/documents/61inci-hukümet-programi.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

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. 7 Haziran 2015. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/2015-secim-beyannamesi-20nisan.pdf>

AKP. (2016). 65. Hükümet Programı. 26 Mayıs 2016. Erişim adresi: <http://www.akparti.org.tr/upload/documents/akparti2023siyasivizyonuturkce.pdf>

Alpay Kanitez N. (2019). Yan dal polikliniklerinde merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) sorunları ve çözüm önerileri. Ulusal Romatoloji Dergisi, 11(1):42-45.

Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. (2013). Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. Lancet, 382(9886), 65-99. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61051-X](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X)

Atun R. (2015). Transforming Turkey's health system-lessons for universal coverage. N. Engl. J. Med, Oct;373(14):1285-9. doi: 10.1056/NEJMp1410433. PMID: 26422719.

Baris E, Mollahaliloglu S, Aydın S. (2011). Healthcare in Turkey: From laggard to leader. BMJ, Jan 21;342:c7456. doi: 10.1136/bmj.c7456. PMID: 21257656.

Bayrak E, Oğan H, Turan M. (2021). Özel sağlık sektöründe hekimlerin çalışma koşulları, ekonomik ve sosyal durumları ile mesleki memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim, 36(2):126-134.

Bedirhanoglu P. (2009). AKP: Türkiye'de Neoliberal Otörter Devletin AKP'li yüzü. İçinde: AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu. Ed. Özçelik B. 2. Baskı. Phonix. S:40-65.

Değirmenci E, Karaçimen E, Köse A. (2017). AKP'li yıllarda Türkiye'de coşku, durgunluk ve tasfiye eğilimleriyle salınım. Toplum ve Hekim, 23(5):328-340.

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>

DPT. (2019). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) 18 Ekim 2022. Ankara. Erişim adres: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Planı-2019-2023.pdf

Dussault G, Dubois CA. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. Hum Resour Health, Apr 14;1(1):1.

Er H. (2014). Toplam kalite yönetimi ve insan kaynakları ilişkisi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Erbaş Ö. (2017). Rızayla ve zorla: Şehir hastaneleri. Toplum ve Hekim, 32(6):427-431.

Glyn EH. (2022). Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. Frontiers in Public Health. 24 August 2022. DOI 10.3389/fpubh.2022.910073

Hamzaoglu O, Yavuz C.I. (2006). Sağlıkta AKP'li dönemin bilançosu üzerine. Mülkiye, Cilt: XXX, Sayı 252: 275-296.

Hamzaoglu O, Özkan Ö. (2010). Neoliberal Ekonomik Politikaların Tıp ve Hemşirelik Eğitimine Etkileri. İçinde: Neoliberal Dönüşüm Sürecinde Üniversiteler. Eds. Ergünes N, Alçın S. TAREM.

Hamzaoglu O, Özkan Ö. (2019). Sağlık reformları ve esnek üretim hekim özerkliğini nasıl etkiliyor? Toplum ve Hekim, 34(1):5-16.

İŞKUR. (2021). 2021 İstatistik Yılı. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Erişim adresi: <https://www.iskur.gov.tr/kurumsal-bilgi/istatistikler/>

Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R. (2006). The importance of human resources management in health care: A global context. Hum Resour Health. Jul 27;4:20. doi: 10.1186/1478-4491-4-20.

Kartal E. (2015). Dış tedavi hizmetlerinde kullanılan merkezi hekim randevu sisteminin dış hekimlerince değerlendirilmesine ilişkin bir çalışma. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Milli Eğitim Bakanlığı- MEB. (2023). Sağlık hizmetleri alan detayları. Erişim adresi: <http://meslekiegitimharitasi.meb.gov.tr/alanbilgi.php>, Özdemir A. (2021). Türkiye'de sağlık işgücü kamu istihdamı. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, (1):59-69.

Özkal Sayan İ, Küçük A. (2012) Türkiye'de kamu personeli istihdamında dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. SBF Dergisi, 67(1):171-203.

- Özkan Ö.** (2017). Sağlık emek gücünün AKP ile geçen 15 yılı. *Toplum ve Hekim*, 32(5):381-400.
- Özkan Ö.** (2009). *Mevcut Sağlık Sistemi İçinde Evde Sağlık Hizmetleri*. İçinde: *Almanak 2008 Analizleri. Sosyal Araştırmalar Vakfı* 22, İstanbul, ISBN: 978-605-8971-5-7 S. 545-559.
- Özkan Ö.** (2015). Sağlık hizmetlerinde "işlik yönetimi" eğitimi. *Halkın Sağlığı*. 30 Temmuz 2015. Erişim adresi: <http://www.halkinsagligi.org/saglik-hizmetlerinde-islik-egitim-ozlem-ozkan/>
- Özkan Ö.** (2016). *Ataerkil Kapitalizmin Kadın Sağlık Çalışanlarına Etkisi. İçinde: Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emegi. Neoliberal ve Muhafazakâr Dönem Kadın Emegi*. Der. Yaman M, Dedeoğlu S. SAV, s.130-170.
- Özkan Ö.** (2021). COVID-19 pandemisinde hükümetlerin sağlık emekçilerine yönelik stratejileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 73-74:41-57.
- Rigoli F, Dussault G.** (2003). *The interface between health sector reform and human resources in health*. *Hum Resour Health*, Nov. 3;1(1):9.
- Sağlık Bakanlığı-SB.** (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Sağlık Bakanlığı, Aralık, Ankara.
- SB.** (2011). *Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hfzssshha Merkezi Başkanlığı Hfzssshha Mektebi Müdürlüğü. Erişim adresi: http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglikta-insan-kaynaklari_2023_vizyonu.pdf
- SB.** (2014). *2023 Yılı Sağlık İş Yükü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi*. Erişim adresi: <https://shgmsigpab.saglik.gov.tr/Eklenti/39432/0/2023-yili-saglik-is-gucu-hedefleri-ve-saglik-egitimipdf.pdf>
- SB.** (2015). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 27.02.2015, Sayı: 29280. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20559&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- SB Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** (2016). *Vekil ebe/hemşire istihdamı*. Sayı: 47907256.06. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/Atama/vekil_ebe_hemshire_istihdami_2_b01b0.pdf
- SB.** (2017). *Merkezi hekim randevu sistemi*. Erişim adresi: <https://www.mhrs.gov.tr/hakkimizda.html>
- SB.** (2022a). *Sağlık İstatistikleri Yılığ 2021 Haber Bülteni*. Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf>
- SB.** (2022b). *Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik*. Resmi Gazete, sayı:31746. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskileri/2022/02/20220210-2.htm>
- Şahin ÇE.** (2009). *Üretim sürecinde yaşanan değişimlerin endüstri ilişkileri üzerine yansımaları*. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi.
- Şahin Ş.** (2013). *Merkezi hastane randevu sistemi uygulamasının etkinlik farkındalığının, hasta bekleme süresine ve memnuniyetine etkisinin ağız ve*
- diş sağlığı merkezinde değerlendirilmesi*. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- T.B.M.M.** (2023). *Yazılı Soru Önergeleri Soru Formu*. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/denetim/yazili-soru-onergeleri>
- T.C. Cumhurbaşkanlığı-TCC.** (2018a). *II. 100 Günlük İcraat Programı*. 13 Aralık 2018. Erişim adresi: <https://tccb.gov.tr/assets/dosya/2018-12-13-ikinci100gun.pdf>
- T.C. Cumhurbaşkanlığı-TCC.** (2018b). *2019 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı*. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/2019_Yili_Cumhurbaşkanligi_Yillik_Programi.pdf
- T.C.C.** (2019). *2020 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı*. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/11/2020_Yili_Cumhurbaşkanligi_Yillik_Programi.pdf
- T.C.C.** (2020). *2021 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı*. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/2021_Yili_Cumhurbaşkanligi_Yillik_Programi.pdf
- T.C.C.** (2021). *2022 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/10/2022-Yili-Cumhurbaşkanligi-Yillik-Programi-26102021.pdf>
- T.C.C.** (2022). *2023 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/11/2023-Yili-Cumhurbaşkanligi-Yillik-Programi.pdf>
- Timur T.** (2014). *AKP'nin Önlenebilir Karşı-Devrimi*. Yordam Kitap.
- TTB.** (2019) *Hizmet Baş (Performansa Dayalı) Ödeme Çalıştayı*. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/odeme_calistayi.pdf
- TTB.** (2022). *Teşvik Sistemi ve Ek Randevu; Sağlıkta Daha Fazla Şiddet, Daha Fazla Malpraktis, Daha Niteliksiz Sağlık Hizmeti Demektir*. 10.10.2022. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=c7f4c8d4-494a-11ed-9f8a-ac6a0d03e780
- Uzgel İ.** (2009). *AKP: Neoliberal Dönüşümün Yeni Aktörü. İçinde: AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu*. Ed. Özçelik B. 2. Baskı. Phonix. S:11-39.
- Waitzkin H.** (2005). *Global trade, public, services: Stakeholders' constructions of the key issues*. *Social Science & Medicine*, 61(5):893-906.
- WHO.** (2010). *Models and tools for health workforce planning and projections*. *Human Resources for Health Observer*, Issue No.3. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44263/9789241599016_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO.** (2023). *Health workforce*. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1
- Yalçınkaya K.** (2019). *Türkiye'de 1980 sonrası kamu sağlık hizmetlerinde dönüşüm: Maaş rejiminden ücret rejimine geçiş*. *SBF*, 74(3):811-852.
- Yıldırım A.** (2022) *Kamu yönetiminde sağlık politikalarındaki dönüşüm: E-sağlık uygulamaları*. *Kuram ve Uygulamada Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2):125-140.
- YÖK.** (2023). *YÖK lisans ve ön lisans atlası*. Erişim adresi. <https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans-anasayfa.php>