

Türkiye’de Kamu Personel Yönetimi ve Rejimi İçerisinde Sağlık Personelinin Yeri

The Place of Health Personnel in Public Personnel Management in Turkey

H. Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ ^{1*}

¹ Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Doktora Öğrencisi, hecehanarmagan06@posta.pau.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0000-5299-9501>

* Yazışılan Yazar/Corresponding author

Makale Geliş/Received: 16.05.2021

Makale Kabul/Accepted: 03.12.2021

Öz

Devletin sürekli artan göreviyle birlikte bu görevleri yerine getirecek insan kaynağı da artmakta ve çeşitlenmektedir. Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan kamu personeline özgü çalışma sistemlerinin bütünü insan kaynakları yönetimi ve o ülkenin veya o sektörün personel rejimini oluşturur. Devletin asli görevlerinden olan sağlık hizmetlerinin sunumunda da sağlık personeli sistemin en önemli bileşenini oluşturur. Bu çalışmada kamu personel yönetimi ve rejimi ile rejim içerisinde büyük yeri olan sağlık personelinin planlanması, Türkiye’deki bu konuyla ilgili politika dönüşümü ve bu politikalar ışığında oluşan istihdam çeşitliliği, nedenleri ve gereklilikleri incelenmiştir. Türkiye’de kamu sağlık sektöründe personel rejimiyle ilgili yapılan çalışmalar az sayıdadır. Kamu personel rejiminin önemli bir parçası olan sağlık personel rejiminde mevzuatlar ile düzenleme yapılmaya çalışılmış ancak zamanla yapı karmaşık, bölünmüş, parçalı bir hal almıştır. Ayrıca sağlık personel rejimini etkileyen aktörlerin ve konusu olan çalışanların unvan, yetiştirme/egitim durumu, gelir düzeyleri, toplumsal konumları ve yaptıkları işler ile bağlı buldukları kurumsal yapılar da oldukça farklılık gösterebilmektedir. Çalışmada literatür taraması yapılarak sağlık çalışanları analiz edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Kamu Personeli, Sağlık Personeli, Kamu Personel Yönetimi, Sağlık Personeli Yönetimi

JEL kodları: I18, I28, J38, J45

Abstract

With the ever-growing duties of state, human sources to fulfil these duties increase and vary, as well. The dimensions of working system peculiar to the civil servants working for state institutions and organisations are formed by an extensive personnel management and personnel regime of that country or sector. Health personnel also compose the most significant component of system in health service delivery which is one of the fundamental duties of state. It has been tried to regulate with legislations within personnel regime which is a substantial part of civil servant regime, however; the structure has become confusing, disunited and fragmental over time. In addition, the titles, backgrounds, levels of income, social positions, works to do and registered institutional structures of the actors affecting the health personnel regime and the personnel that are a subject of regime may also differ notably. In this study, personnel management and regime, planning of health personnel who have a substantial place within regime, political transformation in Turkey related to this subject, employment diversity created in the light of these policies, its reasons and necessities are analysed by reviewing the literature.

Keywords: Public Personnel, Healthcare Personnel, Public Personnel Management, Healthcare Personnel Management

JEL codes: I18, I28, J38, J45

1. GİRİŞ

Personel yönetimi bir kurumda mevcut işgücünün kurumun amaçları doğrultusunda etkin ve verimli kullanımı sürecidir. Kamu personel yönetimi ise kamu hizmetinin yürütülmesi amacıyla görevlendirilen personelle ilgili işe başlamasından çıkışına kadar tüm süreçleri örgütün amaçları ve işlerliği doğrultusunda barındıran yönetsel aşamalarıdır. Akla ilk gelen kamu hizmetlerinden birisi olarak sağlık hizmetinin sunumunda uzmanlaşmış sağlık personelinin ve bu personele dair yönetsel işlemlerin büyük önemi bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunumunu gerek birebir gerekse teknolojik cihazlarla sağlayan personel bu hizmetin en önemli ögesi oluşturur. Sağlık en temel haklardan oluşu, ikamesinin olmayışı, sorunu giderilmesinin aciliyeti, ertelenemezliği ve sürekliliği, hatanın kabul görmemesi, bireyselliği nedenleriyle sağlık hizmetlerinin sunulmasında iyi ve yetişmiş personele ihtiyaç en üst noktadadır. Sağlık hizmetlerinin verimliliği için personelin niceliği ve niteliği önemlidir. Sağlık sistemimizde hizmetin gereği ve niteliğine göre özel teknik, bilgi ve beceriler gerektiren çeşitli sağlık personeli çalıştırılması gerekmektedir. Sağlık personeli, Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne kadar sağlık konusundaki kapsamlı araştırma raporlarında sağlık personeli ilk sıralarda yer almıştır. Kamuda sağlık hizmetleri sektöründe gerek örgütlenme gerekse politikalar açısından istihdam çeşitliliği yüksek olmuştur.

Şeref Gözübüyük (2001: 18) kamu personeli için 1) ücret yönünden, 2) asli ve yardımcı eleman olarak çalışmaları yönünden, 3) uygulanan hukuk dalları yönünden, 4) hizmet süreleri yönünden 5) hizmete alınmaları yönünden beşli bir ayırım yapmıştır. Nuri Tortop ve arkadaşları (2012: 240) 1) Genel ve Katma Bütçeli Kurumlarda Çalışan Personel, 2) Özel İdare Personeli, 3) İktisadi Devlet Teşekkülü Personeli, 4) Belediye ve Köy Personeli şeklinde ayırmaktadırlar. İpek Özkal Sayan (2009) ise özlük hakları temelinde 1) 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, 2) 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Yasası, 3) 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Kanunu, 4) 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanunu ve 5) 6216 sayılı Anayasa Mahkemesinin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun doğrultusunda İdari, Askeri, Akademik, Adli Personel ayırımı yapmıştır. İpek Özkal Sayan (2009) personel, mevzuat, mesleğe giriş, özlük hakları gibi farklılıklar nedeniyle böyle bir sınıflandırma yapsa da, sağlık personelinin ayrı bir kategori olarak incelememiştir. Sağlık alanı ve kamu personeli konularında ayrı ayrı çok çalışma olmasına rağmen, doğrudan sağlık personelinin incelendiği çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Erigüç ve arkadaşları (2018) Türkiye'de sağlık kurumlarında insan kaynakları alanında yapılan çalışmaları konusal olarak ayırmışlardır. Makalede yer verilen çalışmalara göre en çok sağlık personeli ücret ve performans alanı ilgi çekmektedir. Son dönemde genel olarak kamu personel yönetimi çalışmalarının eksikliği, Özkal Sayan (2009) ve Küçük ile Mavi gibi birkaç istisna dışında, özellikle de SBKY perspektifinden sağlık personeline odaklanan çalışmalar sayıca oldukça az olduğu gibi sağlık sistemindeki ve genel olarak personel sisteminde gerçekleştirilen değişimler yapılan mevzuat ve akademik çalışmaları bir ölçüde geçersiz kılabilir. Konuya Çalışma İlişkileri perspektifinden yaklaşan Ünlütürk Ulutaş (2011), giderek sayıları artan Sağlık Yönetimi programları bakış açısından yaklaşan Gamze Nesipoğlu (2018), Halk Sağlığı Anabilim Dalı açısından yaklaşan Mustafa Öztürk (1999), Kamu Hukuku disiplininin Karakaş ve Yüzbaşı (2015); Sosyoloji perspektifinden yaklaşan Erdal Çirpici (2010) ve Aytül Kasapoğlu (2016), Kamu Politikası perspektifinden Mustafa Serdar Sezer ve

Mete Yıldız (2009) gibi az sayıda çalışma bulunmaktadır. Şener'in (2013) ayrıca Türkiye'nin personel politikasına dair de değerli bir toparlayıcı kamu politikası analizi çalışması bulunmaktadır.

Bu çalışmada, başka kaynaklardan istifadeyle, gerçekleştirilen dokuzlu sınıflandırmaya (1) 657 sayılı DMK'nın 4/A Maddesine Göre Atanan Personel (Memur), 2) 657 sayılı DMK'nın 4/B Maddesine Göre Atanan Personel (Sözleşmeli Personel), 3) 657 sayılı DMK'nın 4/C Maddesine Göre Atanan Personel (Geçici İşçi) (Bu personel 01 Ocak 2018 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına veya Mahalli İdari Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 sayılı KHK'nın Geçici 23 ve Geçici 24 üncü Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ ile 4B kadrosuna geçirilmiştir. Ancak yine de geçmişe yönelik evreler de inceleneceği için yapı farklılığından dolayı değinmeye karar verilmiştir.) 4) 1965 yılında yasalaşan 657 sayılı DMK'nın 4/D Maddesine göre atanan personel (işçiler), 5) 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak eleman temininde güçlük çekilen yerlerde çalışan hekim, sağlık memuru ve diğer sağlık personeli, 6) 24/11/2004 yılında yasalaşan 5228 sayılı Aile Hekimliği Kanunu'na tabi çalışan Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Çalışanları, Vekil Ebe/Hemşireler, 7) Şehir Hastaneleri Modeline göre çalıştırılan sağlık personeli, 8) 663 sayılı KHK'ya tabi çalışan yöneticiler, 9) Yabancı sağlık personeli) ayrılması uygun görülen sağlık personel grupları üzerine politika, tercih ve eğilimler gibi hususlar dikkate alınarak sağlık personel rejimi anlatılmaya çalışılmıştır.

2. KAMU SEKTÖRÜNDE PERSONEL YÖNETİMİ VE REJİMİ: TANIMLARI, AMAÇLARI VE ÖZELLİKLERİ VE İLKELERİ

2.1. Kamu Personel Yönetimi ve Rejiminin Tanımı ve Kapsamı

Personel kelimesi, "person" (birey) sözcüğü ile "nel" ekinin gelmesiyle çoğullaştırılarak oluşturulmuş olup "bir örgütte veya bir işte çalışanlar" anlamına gelmektedir (Ayman Güler, 2005: 1). Türk Dil Kurumu'na göre "Bir hizmet veya kuruluşun görevlileri, bir işyerinde çalışanların tümü, devlet ve diğer kamu kuruluşlarında çalışan, etkinliğe çeşitli görevleriyle katılan gerçek kişiler" olarak tanımlanmıştır (<http://www.tdk.gov.tr/>). Personel rejimi ise örgüt, hizmet, birey ve iş arasında bulunan ilişkiyi düzenleyip onları bir düzene oturtan kuralların ve uygulamaların tamamıdır (Tutum, 1980: 95; Canman, 1995: 4). Kurumun etkinliğinin sağlanabilmesi için uygulanan personel rejimi önemli bir yere sahiptir (Tortop, 1999: 10-11).

Kamu personeli, devletçe belirlenen hizmeti yerine getirmesi için görev ve yetki verilen, bunun karşılığında ücret alan ve bu işi meslek edinen kişilerdir (Ayman Güler, 2005: 79). Kamu personeli kavramı tüm kaynaklarda dar ve geniş anlamıyla geçmektedir; dar anlamıyla kamu hukuku içerisinde genel idarenin belirlenen şartlarına istinaden kamu tüzel kişisine bağlı olarak çalışan kişilerdir (Onar, 1952: 790); geniş anlamıyla farkı statülere, hiyerarşiye sahip olsalar da kamu kurumlarında görev yapmakta olan bütün personeli kapsamaktadır. Kamu personeli atanmış personelin yanında seçilmiş olanların da eklendiği bütün grubu içine almaktadır (Sayan, 2009: 201-245; Akgüner, 2009: 42). Bu anlamdaki kamu personeli tanımının içine seçilmişlerden atanmışlara kadar kamu adına iş yapan herkes girmektedir. Her iki anlamda da olsa personelin kamu kurum ve kuruluşlarında çalışması ve

buralardaki yeri ve görevleri gereği yetkilere sahip olmasıdır (Aydın ve Taş, 2016: 89-90; Atay, 2018: 852-855).

Kamu personel rejimi ise, devletin sorumluluğu altında yürütülecek olan hizmetlerin insan faktörünü oluşturmasından dolayı oldukça önemlidir. Kamu personel rejimi, insan ile kamu hizmeti arasında bağlantıyı sağlayan normların, yöntemlerin ve etkinliklerin tümüdür (Acar, 2009: 8). Özetle, kamu personel rejimi kamu yönetimi ve kamu personeli ilişkisinin hukuksal durumunu ifade etmektedir (Eren ve Eken, 2007: 173). Personel yönetimi ise, herhangi bir kurumun gereksinimi olan insan kaynaklarını sağlamak ve sağlanan kaynaklardan etkin, istenilen şekilde ve verimli şekilde yarar sağlamanın yollarını gösteren disiplindir (Kayar, 2021: 2). Personel yönetimine dar ve geniş anlamda bakmak mümkündür. Personel yönetimi kavramı ve olgusuna dar ve geniş anlamda bakarak tanımlamalar yapan Cahit Tutum'a (1976: 1) göre dar anlamda personel yönetimi "*personel teknikleri diyebileceğimiz işe alma, sınıflandırma, sınav atama, sicil yükselme gibi konularla ilgili bilgi, beceri ve teknikleri belirtirken geniş anlamda ise, hizmete ilişkin politikalar, devletin bir işveren ve düzenleyici olarak rolü, liyakat, mesleki uzmanlaşma, örgütsel, toplumsal ve ekonomik değişmelerin insancıl ve sosyal sonuçları, çalışanların toplumsal duyarlılığı ve sorumluluğu, işçi-işveren ilişkileri gibi daha geniş konuları içine alır*". Akgüner (2009: 39) ise dar anlamda personel yönetimini, kamu görevlilerinin kamu hizmetlerini yerine getirmeleri ve devletle olan ilişkileri açısından hukuksal çerçevede değerlendirilmesi; geniş anlamda ise, "*kamu hizmetlerini yerine getirmekle görevli olan kişilerin bağlı oldukları temel ilkeler, kurallar ve uygulamalar*" olarak tanımlamaktadır. Schuler ve Huber (1990: 4) ise personel yönetimini kurum içerisinde amaçlara ulaşmak için kurumsal, çevresel ve kişisel açıdan gerçekleştirilen görev ve faaliyetler şeklinde tanımlar.

2.2. Kamu Personel Yönetimi ve Rejiminin Amaçları ve Özellikleri

Kamu personeli, kamu kurumlarında çalışanların bel kemiğini oluşturur. Kamu hizmetlerinin işlenmesi, sunulması ve ilerletilmesi kamu personeli eliyle sağlanır (Aslan, 2012: 3-4). Devletin gittikçe artan görevlerine bağlı olarak, kamu hizmetlerinin niteliksel açıdan çeşitliliğinin artması, çalışan insan kaynağı sayısının da bazı kurumlarda ve toplamda yavaş da olsa artmasına neden olmuş ve devleti en büyük işveren durumuna getirmiştir. Devlete bağlı olarak kamu hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirecek her kamu kurum ve kuruluşunun örgüt yapısı içinde beşeri kaynak olan insan kaynağının yönetilmesi büyük önem teşkil etmektedir. Personel yönetimi, kurumda çalışan personelin performansını düzenleyerek, örgütsel çalışanın katkısını hem de kurumdan sağlayacağı faydaların ve karşılıkların yükseltilmesini amaçlar (Canman, 1993: 95). Personel yönetiminin, amacını gerçekleştirmek için örgütsel faaliyetleri vardır. Bunlardan birincisi, örgütün ihtiyacı olan insan kaynağının seçilerek katılımının sağlanması, personelin yetiştirilmesi, performansının artırılması ve yapılacak görevlerin belirlenerek düzenlenmesidir. İkincisi, personelin örgütün amaçlarına bağlı olarak performansının yükseltilmesi amacıyla motivasyon sağlayıcı önlemler almasıdır. Üçüncüsü ise, işe alınan personelin iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanarak, çalışma koşullarının düzenlenmesi ve personele iş güvencesinin verilmesidir. Bu üçlü amaç grubu sağlanarak personel verimliliği arttırılmaktadır (Canman, 1993: 4). Personel yönetiminin bir amacı da --ki asıl amacını teşkil eder--; örgütün asli hedeflerine ulaşmasını sağlayacak olan insan kaynağının inşasını ve devamlılığını oluşturmaktır.

Kamu personel yönetiminde amaç, kamu kurum ve kuruluşlarında gerçekleştirilen hizmetlerde ihtiyaç olan işgücünü yerine getirecek insan kaynağı ihtiyacını karşılamak, bu kaynaktan en iyi şekilde yarar sağlamak ve aynı zamanda çalışanlarının çıkarlarını, özlük haklarını kollamaktır. Çünkü kamu personel yönetimi, kamu kurum ve kuruluşlarının işgücü ihtiyacının karşılanması yanında, kamuda işe başlayan personelin; kamu hizmetine girmeleri, hizmet sınıflarına göre atanmaları, maaş dereceleri, gözetim ve denetimlerinin yapılması, terfileri, sicillerinin tutulması, disiplini, kamu hizmetinden ayrılmaları, sosyal ihtiyaçlarının karşılanması, sigortaları, emeklilikleri, sendikaları ve eğitimleri ile ilgilidir (Kayar, 2021: 3). Kamu personel yönetimi bu faaliyetleri gerçekleştirirken Kamu Hukukuna ve Kamu Hukukunun alt dalı olan yönetim (İdare) Hukukuna bağlı olarak devlet ile kamu görevlileri arasındaki ilişkilerin yürütülmesini sağlar. Ülkemizde kamu sektöründeki kurum ve kuruluşlarda, kamu personel yönetimi ile ilgili faaliyetler 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na (DMK) göre, özel sektörde ise işçi ve işveren arasındaki ilişkiler 4857 sayılı İş Kanunu'na göre gerçekleştirilmektedir (Erdoğan Kaya, 2014: 76).

Personel yönetimi kural, prosedür ve normlara dayalı olarak geleneksel yönetim anlayışı içinde yer alır. Personel yönetiminde ağırlıklı olarak bürokratik yaklaşımlar öne çıkmaktadır (Dolgun, 2010: 6). Türk kamu personel rejimi 1926 yılından 1965 yılına kadar 788 sayılı Memurin Yasasıyla belirlenmiştir. Aralık 1960'da 160 sayılı Kanun'la kurulan Devlet Personel Dairesi Ocak 1962'de personel rejimini geliştirmeye ilgili çalışmalara başlamıştır (Aslan, 2012: 40). 1961 Anayasası sosyal devletin hukuki alanını belirleyerek, yurttaşların kamuya girme hakkı olduğu, devletin göreve almada vazifenin gerektirdiği niteliklerden başka ayırım gözetemeyeceği, devletin çalışanların insana yakışır yaşaması için önlemler alması gerektiği, adil ücretin sağlanacağı, sendikal ve sosyal güvenlik haklarının tanınacağına ilişkin düzenlemeler içermekteydi ve bu anayasal düzenlemeler ışığında kamu personel rejiminde reform çalışmaları ivedilikle başlatılmıştı (Şaylan, 2000: 34).

13.02.1962 tarih ve 6/209 sayılı kararname ile Devlet Personel Dairesinin en kısa zamanda personel rejimiyle ilgili raporunu hazırlaması ve bunun için gerektiği şekilde takviye edilmesi kararlaştırılmış; bunun sonucunda; kamu çalışanları nosyonunda bulunan memurların çalışma koşulları, özellikleri, nakil ve geliştirilmeleri, ilerlemesi ve terfileri, yükümlülükleri, hakları, sorumlulukları ile sosyal ve ekonomik hakları 14.7.1965 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Yasasıyla düzenlenmiştir. Kamu personel rejimimizin çatısını oluşturan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu üç ana ilke üzerinde kurulmuştur: Liyakat, kariyer ve sınıflandırma (Özmen, 2016: 30).

2.3. Başlıca İlkeleri: Liyakat, Kariyer ve Sınıflandırma

Liyakat kelimesi genel olarak insanların görevini başarılı bir biçimde yapabilme gücü anlamına gelir, layık, uygun ve yeterli olma anlamını taşır (Kayar, 2021: 90). Kamu sektöründe, ihtiyaç duyulan bir göreve en uygun insan gücünün seçilmesi, etkili ve verimli bir personel sistemi içerisinde kurallara uygun olarak davranılması ile gerçekleştirilebilir. Çünkü etkin ve verimli insan kaynakları yönetiminin sağlanmasına yönelik kural ile işlemlerin bütünü olarak liyakat, görevine girişte ve kurum içinde yükselmelerde, bilgiyi ve öğrenim belgesini esas alan bir ilkedir (Eryılmaz, 2010: 267).

657 sayılı DMK’nın 3. maddesinde liyakat ilkesi; “Devlet kamu hizmetleri görevlerine girmeyi, sınıflar içinde ilerleme ve yükselmeyi, görevin sona erdirilmesini liyakat sistemine dayandırmak ve bu sistemin eşit imkânlarla uygulanmasında Devlet memurlarını güvenliğe sahip kılmaktır” şeklinde yer almaktadır. Bu maddeye göre kamu sektöründe kamu personeli olarak memurluk mesleğinde işe girmek, ait olduğu meslek sınıflandırması içinde ilerlemek ve yükselmek, kamu görevinden kendi isteğiyle veya devlet eliyle ayrılmak liyakat ilkesine göre yapılmasını zorunlu kılarak memurları korumaya almıştır (Özmen, 2016: 40). McCourt’a (2007: 5) göre, herhangi bir işe en uygun kişinin alınmasıdır. Tanıma göre, liyakat sistemi, memurlar için belirlenmiş temel ilkedir. Sözleşmeli personel, geçici personel ve işçi olarak istihdam edilecek olanların, bu ilkeye göre seçilip seçilmeyecekleri üzerine açık bir hüküm getirilmemiştir. Yine tanıma göre, memurlar için söz konusu edilen liyakat sistemi, dört alanda uygulamaya koyulmalıdır: Bu alanlar, kamu hizmetine alınma, kurum içerisinde yükselebilmek ve ilerleyebilme, kamu görevinden ayrılma ve kurum içerisinde eşit uygulamalar için kamu çalışanlarının güvenliği. Bunlardan, ilk ikisi “hizmete uygunluk”, öbür ikisi “hizmette tarafsızlık” ilkelerini dile getirmektedir (Ayman Güler, 2005: 170). Kamu personel sisteminin çağdaş gelişimi, kayırmacılık sistemine karşı liyakat (yeterlik) sisteminin kuruluşu olarak da özetlenebilir (Ayman Güler, 2005: 142). Görev gerekleriyle uyuşmayan tüm ayrımcılık ve kayırmacılığın zıttı bir yapıdır. Liyakat sisteminin kamuya getirilmesi geleneksel yönetim anlayışının kökten değişmesini ifade etmektedir (Bozkurt, 2008: 158). Ayman Güler ayrıca bu durumu Kamu görevlerine hukuksal olarak eşit ve özgür kişilerin yalnızca “erdem ve yeteneğe göre gelmesi”, önceki yönetim uygulamalarından tam bir kopuşu sağlamak demektir şeklinde özetlemiştir (Ayman Güler, 2005: 151). Hava Tahtalıoğlu (2016) doktora tezinde cam tavan sendromuna odaklansa da Türkiye’nin personel sisteminin prensip olarak “yükselmeye açık” bir sistem olduğunu tezinde ve tezinin başlığında kullanmakta, ancak Türkiye’nin personel sisteminin yükselmeye açık olduğunu ana çalışma konusu olarak ele alan eser bulunmamaktadır.

Liyakat ilkesi hemen hemen bütün kamu personel yönetimi literatürü içerisinde bulunmaktadır. Birgül Ayman Güler’e (2005: 142) göre, kayırmacılık sistemine karşı liyakat sisteminin gelişmesine koşut olarak çağdaş kamu personel sisteminin kuruluşu gelişmiştir. Ancak sayılan kriterler yerini kayırmacılık ve siyasileşme ile bizden olsun kriterine kendini bırakmıştır (Yalçın, 2011: 22). Ayrıca Burhan Aykaç (1990: 108), liyakat için temel koşulun tarafsızlık olduğunu; ancak kamu personel yönetiminde tarafsız olması gereken idarenin takdir yetkisinin bulunduğu ve yetkinin de kanun ve düzenlemelerle sınırlandırılrsa da özellikle üst kademe atamalarında bu ilkeye riayet edilmediğine değinmiştir. Bu ilkeye Bahadır Şahin (2016: 237) de mülakatlar üzerinden değinerek kurumda çalışabilmek ve yükselebilmek için kullanılan mülakat uygulamasının liyakata uygun tatbik edilmediğine vurgu yapmıştır.

Kariyer kelimesi, Latince “carraria” kelimesinden türetilmiş olup, bir kişinin yaşam boyu izleyeceği, ilerleme ve yükselme olanağı da sağlayan bir meslek anlamına gelmektedir (Kayar, 2008: 88). 657 sayılı DMK’nın 3. Maddesinde kariyer ilkesi; “devlet memurlarına, yaptıkları hizmetler için lüzumlu bilgilere ve yetiştirme şartlarına uygun şekilde sınıfları içinde en yüksek derecelere kadar ilerleme imkânını sağlamaktır” (Özmen, 2016: 24-25) şeklinde tanımlanmaktadır. Kamu sektörü personel yönetimi kariyer uygulamasında, “memurun iş

hayatına genç yaşta girmesini, hizmet güvenliğini, düzenli terfi olanağını ve emekliliğine kadar işte çalışabilme garantisini veren bir anlam taşıdığı" (Eryılmaz, 2010: 271) vurgulanmaktadır.

Bu ilke, Kanun'un memurun aldığı eğitim ve sahip olduğu yeteneği ile memuriyette en alt basamaktan en üst basamağa kadar yükselebilen olanağını göstermektedir (Aslan, 2005: 282). Doğan Canman'a (2000: 23) göre, kariyer sistemi rütbe sistemi olarak işe girişte belirlenmiş ve eğitim düzeyine yoğunlaşmıştır. Öğrenim düzeyi ile hizmete giriş arasında bir bağ olduğu görüşünden hareket eden kariyer/rütbe sistemine göre öğrenim düzeyi kişinin kamu hizmetine giriş şeklinin en temel belirleyicisidir. Kariyer sistemi günümüzde çoğunlukla derece ve kademe üzerine şekillenmiş olup görevde yükselme sınavlarının daha da azaltılarak kariyerle ilgili istihdam görüşü önemsizleşmekte, terfiler çoğunlukla üstlerle geliştirilen ilişkiler boyutuna göre şekillenmektedir.

Kayar (2021: 82) sınıflandırmayı genel olarak, "sistem kurma amacıyla, ortak özellikleri olan memurları bir araya toplayarak düzenleme ve farklı özellikleri olan memurları da gruplara ayırarak tanımlama işlemi" şeklinde ifade etmektedir. Sınıflandırma ilkesi, 1970 yılındaki 1327 sayılı Kanun'la değişikliğe uğramış ve 657 sayılı DMK'nın 3. Maddesindeki sınıflandırma ilkesi; "devlet kamu hizmetleri görevlerini ve bu görevlerde çalışan Devlet memurlarını görevlerin gerektirdiği niteliklere ve mesleklere göre sınıflara ayırmaktır" olarak tanımlanmaktadır (Özmen, 2016: 24). Öte yandan, söz konusu değişiklik, sınıf tüzüklerine bırakılan maaş ve sınıflandırma göstergelerinin belirlenmesi, doğrudan kanunla belirlenmeye başlanmış (Kayar, 2021: 23) ve önceleri 8 daha sonra da 10'lu bir sınıflandırma usulü kabul edilmiştir. 25/07/2016 tarih ve 668 sayılı KHK ile 10'lu sınıfa 2 sınıf daha eklenmiştir. Yeni sınıflandırma, Eğitim ve Öğretim Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri, Genel İdare Hizmetleri, Avukatlık Hizmetleri, Mülki İdare Hizmetleri, Emniyet Hizmetleri, Yardımcı Hizmetler, Milli İstihbarat Hizmetleri, Teknik Hizmetler, Din Hizmetleri, Sahil Güvenlik Hizmetleri ve Jandarma Hizmetleri Sınıfı (657 sayılı Kanun) şeklindedir.

Bu ilkeyle birbirine benzeyen çalışma alanlarının birlikte değerlendirilmesi ve personelin her türlü işleminin eşit şekilde yerine getirilmesi amaçlandığı gibi aynı özelliklere sahip çalışanların yaptıkları işin de aynı olması öngörülmektedir. Gerek işe alınması gerekse işin planlanması açısından önemli bir ilke olup bazı sınıfların içinin fazla doldurulması ve değişen iş görme stilleri nedeniyle Türkiye'de 2016'dan itibaren varlık gösteren 12'li hizmet sınıflandırmasının da İdari, Askeri, Akademik, Adli şeklindeki personel sisteminin de yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda Türkiye'de kamu sektöründe sağlık personelinin ayrı bir sistem olması gerektiği yönündeki gelişmeler bu makalenin de özünü oluşturmaktadır.

3. SAĞLIKTA PERSONEL REJİMİ PLANLAMASI VE POLİTİKASI

İdeolojik ve küresel ekonomik değişimlerin de etkisinde sağlık hizmetleri de dönüşüme uğramıştır. 1980'lerden sonra devletin ekonomideki rolünün piyasa bazlı değişimi politika çeşitliliğini ve süreçlerin farklılaşmasını da gündeme getirmiştir (Ağartan, 2008: 5). Çoğu ülke bu doğrultuda beklentiler, teknolojik ve demografik gelişmeler ve ekonomik baskılar gibi faktörler açısından reform çalışmalarına girmiş ve ana hizmet aktarım özelliğine sahip olan sağlık alanı da bu reform çalışmaları içerisinde yerini almıştır. 1977 yılında, DSÖ tarafından başlatılan "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hareketinin 36. hedefi sağlık insangücü planlamasıyla ilgilidir (Dikmetaş ve İnan, 2000: 113). Ayrıca reform çalışmaları

açısından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu reformların başarılı olabilmesi için Ljubljana Sağlık Hizmetleri Reformları Bildirgesi'ni yayımlamıştır. Eşitlik, etik ilkelerinden bahsedilen bu Bildirgede bu prensipler doğrultusunda sağlık insan gücünün yeniden yönlendirilmesine, yönetimin güçlendirilmesine ve reformlar için bilgi alışverişinin desteklenmesine (ILO, 2003: 174) değinilmiştir. İnsan kaynakları, politikalar doğrultusunda kendisine bir yön çizmiştir (Ak, 2018: 71). Sağlıkta insan gücü planlama olgusu teknik olabileceği gibi politik bir süreçtir. Hangi branşta sağlık personelinin istihdam edileceği, personel sayıları ve dağılımı ülke içerisinde bulunan politikalara göre şekillenmektedir (Dreesch vd., 2005). Sağlık Bakanlığında insan kaynakları alanında yapılacak uygulamalar sağlık politikaları içerisine yerleşmiş olup önemli role sahiptir (Akdur, 2008: 3). Sağlık insangücü planlaması hakkında farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Bu tanımlar arasında 2006 yılındaki Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayında Esat Yılgör (2006), Boztok ve Kılıç (1995) ile YÖK'ün ve Sağlık Bakanlığının tanımlarına aşağıda yer verilmektedir. Sağlık insan gücü planlamasının tanımları kadar özelliklerinden de bahsetmek olasıdır.

Sağlık insangücü planlaması, kültürel, sosyal, ekonomik, coğrafi özellikler bakımından farklılıkları olan bölgelerde yaşayan bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin sağlanması için; tüm süreçlerde doğacak diğer ihtiyaçları da öngören, kişilerin sağlık seviyesini düzelteren, sağlık hizmetini sağlayabilecek sağlık insan gücünün oluşturulması, planlanması, işletilmesi ve yönetilmesiyle ilgili bütün işlemlerin eşgüdümlemesi için oluşturulan makro düzey plandır (Yılgör, 2006: 24). Bir başka tanıma göre, sağlık insangücü planlaması sağlık içerisinde belirlenen hedeflere ulaşabilmek için, gerekli seviyede, nitelikte ve dağılımı iyi yapılmış, doğru zaman ve biçimde planlanmış sağlık insan gücünü oluşturabilmek için yapılan çalışmaların tamamıdır (Boztok ve Kılıç, 1995: 7). Kısacası sağlık hizmeti sunan ve sunacak olan personelin doğru zamanda, doğru yerde, doğru sayıda bulunmasına sağlıkta insan kaynakları planlaması denilmektedir (YÖK, 2010). Sistematik bir planlama yapılması için önce mevcut durumun çıkarılması, verilerin alınması ve bu doğrultuda ihtiyaç olan insangücü tespitinin yapılması gerekmektedir (Sünter, 2018: 151).

Sağlık personelinde zamanlama önemli bir konudur. Kamu sektöründe personel ihtiyacının büyümeden ilgili alanın, personelin niteliğinin belirlenip iyi analiz edilerek harekete geçilmesi önemlidir. Çünkü kamu sektöründe personel istihdamında bürokratik işlemler zaman almakta ve planlama uzamaktadır (Cankul, 2010: 3). Sağlık insan kaynakları planlaması işlevsel olarak şu konuların açıklığa kavuşmasına hizmet eder (Özkan ve Uydacı, 2019; Şantaş, Özer ve Çıraklı, 2012; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 380):

1. İnsan gücü eksikliği ve fazlalığının belirlenmesi
2. Görev ve rollerin değerlendirilmesi
3. Eğitim gereksinimlerinin saptanması
4. İnsan gücü dinamiklerinin (personel devir hızı, devamsızlık, vb.) belirlenmesi.

Bu çalışma ışığında hangi sağlık hizmetinde ihtiyacının olduğunu, finansal kaynakların bu ihtiyaçlara yeterliliğini, sağlık hizmetlerinin sektörel bazda gelişimini, kaynakların verimli kullanımı, gelecekteki personel ihtiyacının tahminini, fazlalık ve eksikliğin giderilmesi anlamında ülke bazında sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sunumu açısından bir öngörü

oluşturur. Öngörüler ışığında iyi bir Sağlık İnsan Gücü Planlaması (SİGP) şu unsurları taşımalıdır (Mollahaliloğlu, vd., 2007: 211):

- SİGP, gerek coğrafi, gerekse kültürel, tüm demografik özellikleri tanımlanmış bir toplumun mevcut kısa, orta ve uzun vadeli sağlık gereksinimlerinden yola çıkılarak, bu gereksinimlerin karşılanmasını içeren ve çıkabilecek diğer gereksinimleri de öngören bir planlama olmalıdır.
- SİGP'te, toplumun sağlık düzeyini iyileştiren maliyet-etkili sağlık hizmetlerini sunabilecek sağlık insan gücünün eğitimi, istihdamı ve yönetimiyle ilgili tüm eylemler sistematik olarak çok iyi koordine edilmelidir.
- Sağlık eğitimi, sağlık eğitimi veren paydaş kurumlarla mevcut sağlık sisteminin işleyişine uygun nitelikte sağlık insan gücünün yetiştirilmesini sağlayacak şekilde örgütlenmeli ve planlanmalıdır.
- Mevcut sağlık insan gücünün hizmet içi eğitimlerle, işyerinde verilen eğitimlerle ve kurslarla temel sağlık hizmetlerine yaklaşımı, tıptaki yeni gelişmelere ve uygulamalara adaptasyonu ve modern tıp tekniklerini öğrenmeleri sağlanmalıdır.

Sağlık insangücü planlaması gereken ölçüde ilgilenilmemiş bir alandır. Planlama, Devlet Personel Başkanlığı tarafından verilen nüfusa dayalı ölçümler ve varsayımlarla sınırlandırılmıştır. Türk Tabipleri Birliği bu konuda çalışma yapmış ancak bu çalışmalarda yetersiz kalmıştır. Sağlık insangücünün eğitimi, yetiştirilmesi ve istihdamının sağlanması zor olduğundan, bu konunun derinlemesine incelenmesi, şu anki mevcut durum ile gelecekteki durumun çıkarılması, planlanması büyük önem taşır (Boztok ve Kılıç, 1995: 7). Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık insan kaynakları alanındaki paydaşlarla 2007 yılında gerçekleştirilen Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayındaki çalışmalarda, sağlık insan gücü planlamasında ihtiyaçların dikkate alınarak çeşitli konularda geliştirilen önerilerin (Sağlık Bakanlığı, 2007a: 32) bu çalışmayla daha ilgili olanları aşağıda sunulmaktadır:

- Sağlık iş gücü planlaması çalışmalarında, toplumun değişen sosyo-demografik ve epidemiyolojik özellikleri ile sağlık teknolojisindeki gelişmelerin göz önüne alınması (Türkiye'nin günümüzde nüfusunun yaklaşık %75'i kentlerde oturmakta, küresel kültürleşmenin artması, beklenen yaşam süresi 70 yaşını aşmıştır ve yaşa bağlı kronik hastalık ve rahatsızlıkların öne çıkması) gerektiği vurgulanmıştır. Bu noktalar dikkate alınarak yapılan sağlık işgücü planlarının ve üretiminin hizmetin sunumuyla ilişkilendirilmesi gereklidir.
- Sağlık ihtiyaçlarındaki değişimler doğrultusunda geriatri, fizik tedavi ve rehabilitasyon, fizyoterapi, diyetetik, psikiyatri ve psikoloji, evde bakım hemşireliği gibi alanlarda uzmanlara olan talebin giderek artması gibi yeni alanlara yönelik işgücü yetiştirilmelidir.
- Kırsal bölgelerde sağlık çalışanların istihdamını arttırmaya yönelik ücret politikaları ve özendiriciler geliştirilmelidir.
- Mevcut sağlık çalışanlarının iş tanımları yeniden gözden geçirilerek her bir çalışan için gereklerine uygun çalıştırılmalıdır.

- Başka sektörlere kayan sağlık iş gücünün çalışmasını özendirici politikaların geliştirilmesi ve emeklilik koşullarının iyileştirilmesi sayesinde sisteme dahil edilmeleri ve sistemde kalmaları sağlanmalıdır.

Sağlık insan kaynakları planlamalarına ilişkin politika ve stratejiler; makro düzeyde Devlet Planlama Teşkilatının (DPT) yaptığı 5 yıllık (2006 yılı itibariyle 7 yıllık) kalkınma planlarında yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007b: 211). Haziran 2011'den itibaren DPT'nin Kalkınma Bakanlığına dönüştürülmesiyle birlikte Kalkınma Planlarını Bakanlık yapmaktaydı, 2018 yılından itibaren ise Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemiyle birlikte Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı beş yıllık kalkınma planlarının yapımını üstlenmiştir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) sağlık insangücü açısından "15 yıl içinde sağlık personeli sayısı mevcut durumunun 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacaktır" (DPT, 1963: 39) hedefi belirlenmiştir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1968-1972) sağlık insangücü yetiştirmeye yönelik eğitim kurumlarının açılması (Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü), sağlık insan gücü kapasitesinin yükseltilmesi, ülke genelinde hekimlerin dengeli dağılımını sağlayan bir insangücü ve ücret politikasının yürütülmesi için hedefler belirlenmiştir (DPT, 1968: 148). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (1973-1977) tüm yükseköğretim yapanlara uygulanan "yurt kalkınması hizmeti"nin hekimlere de yurt içinde dengeli dağılımı sağlamaya yönelik uygulanması" vurgulanmıştır (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 87). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda önceki planlarda belirtilen yasal düzenlemelerle kamuda çalışan personelin çalışma koşulları açısından önemli ilerlemeler olduğu söylenerek toplu sözleşme ve grev hakkının önemli bir gelişme olduğu (DPT, 1973: 80) belirtilmiştir. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (1979-1983), sağlık insangücü yetiştiren yerlerde ilk olarak toplum sağlığına yönelik konularının ağırlıklı olacağı vurgulanmış; ayrıca sağlıkta yurt genelinde sosyalleştirmenin tamamen sağlanması ve bundan sonrada sağlık standartlarının yükseltilmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1996: 5). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1985-1989) hizmetin sağlanabilmesi için ana faktör olan ve sağlık hizmetlerinin tümünde, her aşamada gereksinim duyulan insan gücünün yetecek sayı ve kalitede yetiştirilmesi ve teşviklerle istihdamının sağlanması hedeflenmiştir (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 87). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) sağlık insan gücü eğitimine ve planlamasına daha da önem verileceği, hizmet içi eğitimleri sistemli olarak geliştirileceği, yardımcı sağlık personeli istihdamı arttırılacağı, aile ve halk sağlığı konularında uzmanlaşma teşvik edileceği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1996: 6). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1996-2000) insangücünün kırsal ve kent arasında bulunan dağılımın düzgün olmadığı söylenmiş, planlamanın ve çalışanların işgücü niteliğine göre belirtilmesi gerektiği bildirilmiştir (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 87). Ayrıca amaca yönelik sağlık insangücü yetiştirmek için eğitim programlarının yeniden incelenmesi, istenilen şekilde sağlık insangücünün oluşturulması ve geliştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1996: 8). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (2001-2005) sağlık insangücünün ülke genelinde düzensiz dağılımına ve kurumlar arasındaki eşgüdüm azlığına dikkat çekilmiştir (DPT, 2000: 85). Ayrıca yeni tıp fakülteleri yerine mevcutta bulunan tıp fakültelerinin eğitim, araştırma, insan gücü ve alt yapı bakımından güçlendirilmesi ve kayıtlı öğrencilerin azalmasının önlenmesi planlanmaktadır (DPT, 2000: 86). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013) Avrupa Birliği ile ilgili olarak, üyelik sürecine destek olacak stratejiler belirlenmiş olup yatak ve hekim sayısının

iyileştirilmesi ve dengeli bir dağılıma ulaşılmamasının önemini koruduğu vurgulanmıştır (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 87). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018) etkin ve verimli sağlık hizmeti için sağlık insangücünde iyileştirme gereksinimin olduğu belirtilmiştir (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 87). On birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (2019-2023) artan nüfusa bağlı olarak artan ihtiyaç ve talepler doğrultusunda sağlık ve sosyal güvenlik alanında tedbirlerin alınması, sağlık hizmetlerinde kalitenin daha da artırılması, sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgeler arası dağılımının iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha verimli olması ve bu yönde birinci basamak sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimlerin yeniden tasarlanacağı, sağlık hizmetlerinin merkezileştirileceği ve bu alanlarda hizmet veren hekimlere yönelik yönetim modeli oluşturulacağı vurgulanmıştır (<http://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>).

Türkiye'de sağlık insan gücü planlamasıyla ilgili öncü çalışmalar 1923'lerde Refik Saydam ile başlamasına rağmen, planlamaya dair çalışmaların yatak sayısı ve nüfus baz alınarak yapılması, iş ve hizmet yükünün göz ardı edilmesi nedeniyle çalışmalarda sağlık insangücü konusu genel olarak ele alınmış (İşlek, 2005: 13). 1955 yılında on yıl için Milli Sağlık Programı Etüdü hazırlanmış ve bu Etütte, sağlık insan gücü planlaması ile ilgili olarak bütün bölgeler için ihtiyaç olan sağlık insangücünü yerinde yetiştirmek amacıyla eğitim kurumlarının açılması ve açılan kurumların genişletilmesi açısından kararlar alınmıştır. 1960'larda başlanan Kalkınma Planlarında her dönemde planlama açısından değişik yöntemler kullanılmıştır (Dikmetaş ve İnan, 2000: 114). Bu dönemde, hekim sayı ve niteliğindeki iyileşmeye rağmen, kamu kurumu ve özel kurum, uzman doktor ile pratisyen doktor, kır ile kent dağılımındaki dengesizliğin giderilemediği gözlenmiştir. Özellikle merkezden uzak sağlık tesislerinde çalışacak hekim ve diğer sağlık personeli bulunamamıştır. Hıfzıssıhha Okulu Müdürü olan Dr. Nusret Fişek 15.07.1960'da Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak atanmış ve Dr. Nusret Fişek sosyalleştirme programı hazırlamıştır. 1961 yılında yasalaşan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 sayılı Kanun'un uygulamaları sırasında getirilen 1) sözleşmeli statü ve mahrumiyet ödeneği aracılığı ile yüksek ücret, 2) sağlık ocağında çalışanlara uzmanlık sınavlarında sosyalleştirme puanı, 3) öğrenci iken burs vererek karşılığında mecburi hizmet gibi uygulamalar da soruna köklü bir çözüm getirememiştir (Akdur, 2008: 51). 1978 yılında Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esasları Kanunu ile kamu sağlık tesisleri ve eğitim öğretim kurumlarında görev yapan personelin tam gün şeklinde çalışmasına karar verilmiştir. Bu uygulamanın amacı sağlık insangücünden etkili biçimde yararlanmaktır. (Akın ve Aksoy, 1985: 13). İlgili Kanun ile sağlık personelinin ücretleri artmış, sağlık personeli sayısında özellikle kırsal alanda iyileşme ve yükselme gözlemlenmiştir (Taşkın, 2001: 247). Bu dönemde sağlık hizmetlerinin ülke geneline yaygınlaştırılması istense de tam olarak politikalar uygulanamamıştır. Sınırlı kalan finansman ve insan kaynağı nedeniyle 60'lar için öngörülen sosyalleştirme programı başarısız olmuştur (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 359).

1981 yılında 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlüğüne Dair Yasa uygulamaya konulmuş ve doktorlara zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir. (Mavi, 2010: 249). Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında sağlık insangücünün ülke içerisinde eşit ve dengeli dağılımını sağlayacak gönüllülük esaslı ve bunu teşvik edici politikaların yapılarak zorunlu hizmetin kaldırılması öngörülmüştür (Çirpici, 2010: 61). İlgili politika kapsamında zorunlu hizmet uygulaması 2003 yılı Haziran ayında kaldırılmış; ancak 2015 yılı Temmuz

ayında tıp fakültesinden, uzmanlık ya da yan dal uzmanlık eğitimlerinden mezun olan doktorlara tekrar getirilerek bulunduğu yere göre 300 ile 600 gün arasında bir çalışma zorunluluğu uygulanmıştır (Mavi, 2010: 249).

1985 yılında Sağlık Bakanlığınca yayınlanan genelge ile de destek hizmetleri içerisinde sayılan hizmetlerin özel firmalar tarafından sözleşme ile gördürülmesine başlanmıştır. Sağlık kurumları yemek, çamaşır, temizlik gibi hizmetleri özel firmalardan hizmet satın alınarak yaptırmıştır (Mavi, 2010: 152). Sağlık Bakanlığı'nın 1990 yılında "2000 Yılında Herkese Sağlık" çalışmasında Sağlık Bakanlığının hizmet planlaması yaparken sağlık insangücü planlamasını da detaylı bir şekilde yapması gerektiği vurgulanmıştır (SB, 1990: 20). 1991 yılında Birinci Sağlık Projesi ve 1994 yılında İkinci Sağlık Projesi uygulaması ile devlet hastanelerinin durumlarının düzeltilmesi, yerel ağlar kurularak bilgi aktarımı öngörülmüş ve bu projeler sonraki çalışmalara da hız vermiştir (Karkın, 2007: 104; Onay, 1998: 40; İleri vd., 2016: 181).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (artık Proje Yönetimi Destek Birimi) ve Sağlık İnsangücü Geliştirme Bölümü (artık Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü) tarafından sağlıkta insangücü planlamasıyla ilgili çalışmaların ilki 23-27 Mart 1992 tarihlerinde I. Ulusal Sağlık Kongresi sonunda meydana gelen Ulusal Sağlık Politikası dokümanıdır. Sağlıkta insangücü planlaması hakkında biçimsel sunuların azlığı ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde bu görevi yapacak bir yapının olmayışı nedeniyle Birinci Sağlık Projesi etrafında oluşturulan insangücü geliştirme programına, sağlık insangücü planlamasıyla ilgili faaliyetler ek olarak konmuştur. Sağlık alanında insangücü planlamasına dair önem arz eden çalışmalar oluşturulan yapıda ilerletilmektedir. Yapılan çalışmalar çerçevesinde sağlık insan gücü planlamasında, sağlık personeline ait bilgiler Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) adında bir veri tabanı içerisine eklenerek durum incelemesi yapılmıştır. Planlamada önemli bir aşama olan sağlık insangücü arz-talep inceleme ve analiz modelleri geliştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1996: 8). 1993 yılında akademisyenler, kamu kurum ve kuruluşlarındaki yöneticiler, özel sektör yetkilileri, sendikalar, yerel yönetim ve sivil toplum kuruluşları yetkilileri sağlık hizmetlerinde personel planlaması, birinci basamak hizmet uygulamaları, finansman konularında 2. Ulusal Sağlık Kongresinde sunulmak üzere hazırladıkları rapor reform önerisi çalışmasının temelini oluşturmuştur (Savaş, 2001: 126). Hastanelerin özerkleşmesi ve özelleştirilmesine yönelik olarak sağlık hizmetlerinin bu anlamda yeniden yapılandırılma kararları bu iki kongre sonunda alınmıştır (Kasapoğlu, 2016: 143).

Sağlık hizmetlerinin en üst seviyeye ulaşabilmesi için sağlık insan gücüne yönelmesi gerekmektedir. Türkiye'de AK Parti iktidarı altında 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesinden (SDP) sonra insan gücü planlaması yapılmaya başlanmış ve sağlık kurumları içindeki planlar içerisinde en üst seviyeye yerleşmiştir (Yıldırım ve Işıkhani, 2014). Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlatılmış ve bu programla birlikte bir değişim süreci başlamıştır. SDP'nin ilkeleri arasında; "bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü" ibaresi yer almıştır. Bu ilke altında gerekli nitelikte ve sayıda çalışanın sağlanması için geleceğe yönelik bakış açıları ortaya konmuştur. Ayrıca desantralize insan kaynakları planlaması ve sağlık yöneticilerinin insan kaynakları planlama aşamasına aktif katılımlarının sağlanacağı (Sağlık Bakanlığı, 2003) belirtilmiştir.

SDP ile sağlık hizmetlerinin sağlanması, yürütülmesi ve örgütlenmesiyle ilgili önemli değişiklikler ele alınarak Sağlık Bakanlığının hem planlayıcı hem de denetleyici rol üstlenmesinin hukuksal altyapısı hazırlanmakta olup ayrıca sağlıkta sözleşmeli ve hizmet alımı personel uygulaması başlamaktadır. Sağlık finansmanının ve hizmet üretiminin yeniden oluşturulup, sağlık çalışanlarının istihdam koşullarını değiştiren SDP genel itibarıyla "bilgisi ve becerisi ile aktifleşen, üst seviye motivasyonla görev alan sağlık insan gücü" (Akdağ, 2007: 17) oluşturmayı hedeflemektedir. Bu süreçte, sağlık hizmetleri içerisinde örgütlenme anlamında aile hekimliği modelinde ve İl Sağlık Müdürlükleri içerisinde sözleşmelilik çerçevesinde personel istihdamı sağlanmakta; ucuz işgücü ve özel hastane işletme mantığının geliştirilmesi ve ihtiyacın karşılanması içinde yabancı sağlık personeli istihdamının kapısı açılmaktadır (Özkal Sayan ve Küçük, 2012: 173). SDP sağlık hizmetlerinin sunumu içerisinde sağlık personelinin istihdamı açısından çakılı kadrolu sözleşmelilik (2003 yılında personel açığı olan yerler için işçi olmayıp sözleşme imzalanması), taşeronlaşma (2004 yılında "Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller" tebliği ile satın alma yöntemiyle sağlık personelinin yerine getireceği işler içinde) ve performansa bağlı ücret (2004 yılında performans kriterleri ve ek ödeme uygulamaları) uygulamaları getirmiştir (Memişoğlu, 2011: 148).

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGEM) içerisinde SDP ile ilgili olarak Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK) Planlaması ve bu konuyla ilgili olarak politikaların belirlenmesi çalışmaları Mayıs 2006'da başlamıştır. Ekim 2006 - Şubat 2007'de Sağlıkta İnsan Kaynakları Değerlendirme analizi yapılmış, Şubat 2007'de Sağlık İşgücü Geliştirme Aracı için finansman, eğitim ve yönetim kapasitelerinin stratejik değerlendirme rehberi tamamlanmış; 12-16 Mart 2007'de DSÖ ve Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu işbirliğinde Sağlıkta İnsan Kaynakları Değerlendirme Analizi gerçekleştirilmiştir. Mart-Nisan 2007'de sağlıkta insangücüyle ilgili sektörlerle görüşmeler yapılmıştır. 2011'de sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması Raporu yayımlanmış, Eylül ayında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde iş yüküne bağlı insan kaynağı gereksinimi değerlendirme çalışmayı yapılmıştır.

Sağlıkta insangücünün önemi bazında 2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 Sayılı Mükerrer Resmî Gazetede yayımlanan 663 Karar Nolu Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 8'inci maddesi 1'inci fıkrasında "Sağlık insan kaynakları planlaması yapmak, sayı ve nitelik olarak ihtiyaca uygun insan kaynakları yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak" ve (m) bendinde "Mevcut sağlık insan gücünü, kamu ve özel kurum ve kuruluşlar düzeyinde planlamak ve istihdamın, bu plan çerçevesinde yürütülmesini denetlemek" (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 88) hükümleri yerini almıştır. Ayrıca getirilen sözleşmeli yöneticilikle Sağlık Bakanlığında kariyer anlayışı sözleşmeli yönetici uygulamasıyla değişmiştir. Bu anlamda Sağlık Bakanlığı, gerek merkezde gerekse taşra yapılanmasında oluşturduğu sözleşmeli yönetici uygulamasıyla diğer bakanlıklarla karşılaştırma yapıldığında bu alanda değişimi sağlayabilen ilk kamu kurumu olmuştur. Bakanlık içerisinde etkinliğin, verimliliğin, performans gelişimi ve artışının sağlanması amacıyla oluşturulan sözleşmeli yönetici uygulaması, kamu personel yönetimi ilkelerinden olan liyakat ve kariyerle ilişkisi tam olarak oluşturulamamış ve uygulama alanında sorun teşkil etmiştir (Ak, 2018: 69).

663 sayılı KHK ile sağlık sisteminde köklü bir değişim süreci yaşanmaktadır. Cumhuriyet dönemindeki toplumcu ve koruyucu sağlık hizmeti anlayışından profesyonel sağlık hizmetlerinin organizasyonu oluşturan bir yapıya geçilmiştir. Merkez ve taşra teşkilatındaki yönetici kadroları performans ölçülebilen sözleşmelilik esasına göre oluşturulmuştur (Durmuşoğlu, 2013: 55). 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'yle Sağlık Bakanlığı'nın örgütsel yapısı önemli ölçüde değişmiş, Sağlık Bakanlığı içerisinde yeni genel müdürlükler ve kurullar oluşturulmuş olup aynı zamanda personel açısından düzenlemeler yapılmıştır. Kamu Hastane Birlikleri kurulmuş ama Aralık 2017'de yeniden İl Sağlık Müdürlüğüne dönülmüştür (Durmuşoğlu, 2013: 54). Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren birçok kez ismi ve teşkilat yapısı değiştirilen Sağlık Bakanlığı, en son 15.08.2017 tarih ve 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'yle yeniden yapılandırılmıştır. Söz konusu yasal değişiklikle 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile öngörülen üçlü kurumsal yapı anlayışından vazgeçilmiş ve tek çatı şeklinde ifade edilen kurumsal yapıya geçilmiştir (Ak, 2018: 63-64).

Olağanüstü Hal döneminde çıkarılan 694 sayılı KHK ile Bakanlık içerisinde 663 sayılı KHK ile yapılan yeni düzen eskiye döndürülmüştür. 2018 yılında Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararname ile (eski adı 703 sayılı KHK) Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği İl Sağlık Müdürlükleri içerisine girmiştir (Madde 184). Aslında yeni sistemle tekrar terk edilen eski sisteme geri dönmüştür. Taşra yapılanmasında eski sisteme geri gidilmesi ile Kamu Hastaneleri Birlikleri içerisindeki birimler Sağlık Müdürlükleri içerisinde yer bulmuştur. Birimler, Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastaneleri Hizmetleri, Halk Sağlığı Hizmetleri, Personel ve Destek Hizmetleri olarak dört ana bölüme ayrılmıştır (Acar, 2018: 713). Son olarak Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge de Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönerge ile Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığı ikiye ayrılarak toplam Başkanlık sayısı beşe yükselmiştir.

Günümüzde sağlık hizmeti işleyişinde yaşanan sıkıntılar halen giderilmemiş olup uygulamadan kaynaklı sorunlar sebebiyle sağlık insan gücü dağılımındaki coğrafi dengesizliğin oluşturduğu sorunlar devam etmektedir. Bu sorunların en önemlisi sağlık çalışanlarının az gelişmiş bölgelerde çalışmak istememeleri, ilgili bölge için uygulanan zorunlu hizmet sisteminin çeşitli metotlarla amacından saptırıldığı, sonuç olarak bölgedeki insangücü gereksiniminin ve eksikliğin devam etmesidir. Sağlık insangücünün çeşitli gelişmişlik düzeyindeki bölgelerde dengesiz olarak dağılım problemine bakıldığında problemin çözümüne dair insangücü planlamasının önemli olduğu ancak istenilen seviyeye ulaşmadığı, planlamaya ilaveten gerekli önlemlerin alınma gereksinimini doğurmuştur. Ayrıca sağlık personelinin hareketliliğine bakıldığında, az gelişmiş yerlere ataması yapılan personelin o bölgeye gitmek istemediği, hatta gitmediği ya da gitse de bir an önce bulunduğu yerden daha gelişmiş bir ile gitmenin yolunu aradığı görülmektedir. Durum böyle olunca bölgedeki sağlık hizmeti sunumunun iyi olması için uygulanan çalışmaların istenilen neticeye ulaşmada yeterli olmadığı görülmektedir (Kılıç ve Tunç, 2004: 42).

Ülkedeki sağlık dağılımının dengeli işleyebilmesi için Sağlık Bakanlığınca iki politika belirlenmiştir. Birincisi; insangücünün sayısını yükseltmekti. Ancak bu politika sağlık insangücünün hizmet yükü, işlevi ve kalitesi göz önüne alınmadan yapıldığı için amaca ulaşamamıştır. İkinci politikaya gelindiğinde zorunlu hizmet uygulama politikasıdır. Bu

politika uygulamaya koyulduğunda bir parça başarılı olduysa da dengeli sağlık hizmeti için genel bir çözüm olamamıştır. (Türkay vd., 1999). Sağlık hizmetlerinin ülke içerisinde etkin ve verimli olarak yürütülmesi için 26.3.2013 tarihli ve 28599 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği çıkarılmıştır. Ayrıca 07.11.2017 tarih ve 51275 sayılı kararla yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları Yönergesi'yle de Sağlık Bakanlığı'nun taşra birimlerinde görev alacak personelin branş ve unvan bazında kadro için standartlarının belirlenerek, kullanılması ve kurumlarda iş planlamalarının yapılması öngörülmüştür (SASAM Enstitüsü, 2018: 16).

4. SAĞLIKTA İSTİHDAM TÜRLERİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA DAİR SINIFLANDIRMALAR

Sağlık sektörü, sağlık hizmetlerinin sunumunda teknoloji ve teknik araçlar kullanılmasına rağmen, genel anlamda emek yoğun bir sektördür (Özkan, 2014: 30). Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları tüm yeniliklere karşı yerine hiçbir şeyin konulamayacağı, vazgeçilemez ve arka plana atılamayacak bir grup (Etiler, 2012: 1) olup çoğu sektörden fazla istihdam sayısına sahiptir (Kaplan, 2013: 36). Sağlık personeli ülkemizde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektör sağlık kuruluşlarında çalışmakta olup, en yüksek çalışma imkanı bulunduğu kurum Sağlık Bakanlığı'dır.

Sağlık kurumunda çalışanlar, çalışma statüleri (memur, işçi, sözleşmeli), fonksiyon bakımından, eğitim gereklilikleri bakımından, esas, destek ve yardımcı işleri yapanlar gibi çeşitli ana kriterler bağlamında sınıflandırmalara tabi tutularak istidam türleri üzerine tartışmalar yürütülebilir ve ilgili literatür bu bağlamda analiz edilebilir. Nihat Kayar (2018: 31-48) ise kamu görevlilerini hizmet alımı, ücret, hizmet süreleri, asli ve yardımcı eleman olma, uygulanan hukuk yönünden ayırmıştır. Ayrıca asli ve sürekli kamu hizmetlerini yürüten kamu görevlilerini de memur ve diğer kamu görevlileri (özel statülü diğer kamu görevlileri ve idari hizmet sözleşmesi ile çalışan diğer kamu görevlileri) olarak ayırmıştır. Ahmet Kaplan (2013) istihdam türlerini mali, sosyal ve özlük haklarındaki farklılıklarına göre memur, sözleşmeli personel (4-B, 4924'lü, Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı, Kamu Hastaneleri Birlikleri Sözleşmeli Personeli), 4-C Geçici Personel, 4-D İşçi, Vekil Ebe/Hemşire, Hizmet Alımı Yöntemiyle Taşeron Personel olarak ayırmıştır. Kadir Sümbüloğlu (1982) çalışmasında ise 1) Hekimler ve dış hekimleri, 2) Hekim dışı sağlık insangücü şeklinde bir ayırım yapmıştır. Sağlık sektörü çalışanları çalıştıkları sağlık kurumlarına göre (1. Basamak, 2. Basamak, 3. Basamak) sınıflandırılabilir ancak bu sınıflandırma istihdam türü olarak kabul edilmeyebilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık insan gücü sınıflamasına dair 1980'li yıllarda yaptığı çalışma Nusret Fişek (1983) tarafından Türkçe literatüre kazandırılmış olup bu sınıflandırmaya Mavi (2010) ve Fişek (1995) sonraki bazı çalışmalarında da atıf vermektedir.

Sağlık hizmetleri, geleneksel olarak hekimler tarafından üretilmekteydi. Fakat sağlık teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak birçok sağlık meslek grupları gelişmiş, sağlık hizmetleri bir ekip hizmetine dönüşmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün bir komitesi sağlık personelinin 1) sağlık mesleklerinde çalışanlar, 2) tıp dışında çalışanlar, 3) tıp dışı bilim dallarında yetişenler ve standart eğitim düzeyi altındaki personel şeklinde üçlü bir sınıflandırmaya tabi tutmuştur. Dünya Sağlık Örgütü yayımladığı insan gücü istatistiklerinde sağlık personelinin 29 başlıkta toplamaktadır (Fişek, 1983: 124-126; Fişek,

1995: 21-24; aktaran Mavi, 2010: 10). Sağlık personeli sınıflaması hizmet niteliğine ve eğitim düzeyine göre de yapılabilmektedir. Hizmetin niteliğine göre sağlık personeli beş gruba ayrılır: kişiye yönelik hizmet yapanlar (hekim, diş hekimi, ebe, fizyoterapist, diyetisyen, optometrist, vb.); çevreye yönelik hizmet yapanlar (sağlık mühendisi, veteriner, çevre sağlık teknisyeni, vb.); laboratuvar personeli ve diğer bilimciler (mikrobiyolog, biyokimya uzmanı, hematolog, patoloğ vb.); sağlık alanında uzmanlaşmış destek personel (hastane idarecisi, tıbbi sekreter vb.); genel hizmetliler (daktilo, şoför, temizlikçi, vb.) (Fişek, 1983: 126, aktaran Mavi, 2010: 11).

Bu tanımların bazılarında yola çıkan Mavi (2010: 11) sağlık hizmeti üretimi sürecindeki tüm sağlıkçıların sağlık personeli olarak ele alınabileceği kanısında olsa da tezinin kapsamındaki sağlık personelinin, tıbbi bakım hizmetleri üretenler (hekimler, hemşireler, ebeler, eczacılar, sağlık memurları, vb.) şeklinde sınıflandırmış olup bu kişilere dair dipnotta beş gruptan daha oluşan ve Belek'in (1998: 28) çalışmasından esinlenen daha uzun bir liste de sunmaktadır: Sağlık personeli yukarıda anlatılan grupla birlikte başka bir sınıflandırmada tıbbi teknoloji ve ilaç sanayileri için (sanayi işçileri), çevre sağlığı hizmeti üretiminde yer alan, ancak doğrudan formel sağlık eğitimi almamış olan sağlıkçıları (kimyagerler, biyologlar vb.), otelcilik hizmetlerini üreten sağlıkçıları (özellikle hastanede yaygındır. Mutfak, temizlik, çamaşırhane, depolama vb. hizmet alanları bu gruba dahildir), idari hizmetleri üreten (tıbbi sekreterler, maaş bordrolarını hazırlayan memurlar vb.) olmak üzere beş gruba ayrılabilir. Sağlık insan gücü içerisinde aslında karışıklık personel istihdamı şeklinde bulunmaktadır. Bu karışıklık nedeniyle sağlık insan gücündeki sayı ve nitelik düşüklüğünün yanında özlük haklarındaki dengesizlik ve adaletsizlik de vardır (Akdur, 2008: 11).

T.C. Sağlık Bakanlığının 1996 yılında çıkarmış olduğu Sağlık İnsan gücü Mevcut Durum Raporu'nda Türkiye'de bölgeler ve tesisler arasındaki sağlık insan gücünün dağılımında dengesizlik olduğu ve dengesizliğin ana nedeni sosyo-ekonomik gelişmişlik oranlarındaki farkın olması ile sağlık hizmetleri alanında yapılan sağlık tesislerinin ekonomi anlamında daha gelişmiş olan yerlerde yoğunluk gösterdiği görülmüştür. Sağlık çalışanları içerisinde başrol oynayan hekimlerin her yönüyle daha gelişmiş olan yerlerde çalışmayı istedikleri ve dengesizliğin giderilmesi için sağlık insan gücü sayısının yükseltilmesi, performans dayalı ödeme sisteminin ve zorunlu hizmet ve sözleşmeli personel uygulamasının getirildiği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1996: 168). 657 sayılı DMK da bulunan maddelerin çoğu 1970 yılında çıkarılan 1327 sayılı Kanun ile değiştirilmiştir. Örneğin önemli bir değişiklik olan yabancı ve geçici personel için uygulanacak olan sözleşmelilik durumuna genişlik getirilmiştir. 1980'lerden sonrada sözleşmeli personel durumu sürekli istihdam olarak görülen memurluğun bir alternatifi olarak görülmüştür (Aslan, 2005: 398).

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmetleri içerisinde kamuda sözleşmeli çalışabilmeyi gündeme getirmiştir. 27 Temmuz 2003 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'na yeni sözleşmelilik tarzları getirilmiştir. 2005 yılında getirilen 4/B sözleşmeli personel sayısı giderek artmış 2011 seçimlerinden önce ise 632 sayılı KHK ile bu personel 4/A kadrolu memur statüsüne geçirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde unvan ve görev çeşitliliği fazladır. 2014 yılı Mayıs ayında Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek

Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik kapsamında 48 unvan ve göreve yer verilmektedir. İlgili yönetmelik ile sağlık personelinin iş ve görev tanımları düzenlenmiştir. OHAL sonrası asker hastaneleri ve sağlık sisteminin askeri yapı ve kurumları açısından da yeni bir süreç yaşanmaktadır. Askeri sağlık çalışanlarının ihracı, asker hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na, sağlık insangücü yetiştiren kurumlarının da Sağlık Bilimler Üniversitesi'ne devredilmesi söz konusu olmuştur. Buna göre, 669 sayılı KHK ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA), Hemşirelik Yüksekokulu, Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne, asker hastaneleri ise askeri uzman hekim yetiştiren eğitim hastaneleri, dispanserler ve benzeri sağlık hizmet birimleri de dâhil olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (Yavuz, 2016: 6). 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda ise, sağlık tesislerinin yurt içinde etkin, verimli ve eşit işleyecek biçimde dengelenmesinin gerçekleştirilmesiyle sağlık insangücünde bir dengenin sağlanması hedeflenmiştir (Resmi Gazete, 1987).

Türkiye özelinde, İpek Özkal Sayan ve Aziz Küçük'ün (2012) *Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği* başlıklı makalede kullanılan sağlık personeli sınıflandırmasından genişçe yararlanılmakla birlikte, aşağıdaki sistematikte bazı farklılıklar ve kategori sayısında ilaveler bulunmaktadır. Özkal Sayan ve Küçük, çalışmada memur kavramını ayırmamış, memurluk içerisinde sözleşmeli personel, taşeron personel, vekil ebe/hemşire ile yabancı sağlık personeli olarak parçalı ve esnek yapıdan bahsetmiştir.

4.1. 657 Sayılı DMK'nın 4/A Maddesine Göre Atanan Personel (Memur)

657 sayılı kanunun 4/A maddesinin "Mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın, Devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler, bu Kanunun uygulanmasında memur sayılır. Yukarıdaki tanımlananlar dışındaki kurumlarda genel politika tespiti, araştırma, planlama, programlama, yönetim ve denetim gibi işlerde görevli ve yetkili olanlar da memur sayılır" hükmü doğrultusunda görevlendirilen çalışanlardır. İlgili hüküm baz alınarak atanma işlemleri yapılmaktadır (SASAM Enstitüsü, 2018: 11).

Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinin 16, 17, 18, 19, 20 ve 21'inci maddelerinde belirtilen mazeretlerden kendilerine uyan herhangi biri ile 4/A memurların tayin hakları bulunmaktadır. Sağlık çalışanı sağlık, aile birliği, can güvenliği, öğrenim ve alt bölgeden üst bölgeye atama gibi durumlar için istenilen zamanda atama talebinde bulunulabilir.

4.2. 657 Sayılı DMK'nın 4/B Maddesine Göre Atanan Personel (Sözleşmeli Personel)

Sözleşmeli personel uygulaması, kariyer yerine yapılması istenilen iş için sözleşme imzalayarak bu işi yapacağına dair taahhütü ile bir statüye ya da iş güvencesine sahip olunmayan iş türü olarak tanımlanmaktadır (Özkal Sayan, 2009: 208). 657 sayılı Kanun'un 4/B maddesinde, "kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işlerliği için şart olan, zaruri ve istisnai hallere münhasır olmak üzere özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde, Cumhurbaşkanınca belirlenen esas ve usuller çerçevesinde, ihdas edilen pozisyonlarda, mali yıla sınırlı olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu hizmeti görevlileri" şeklinde bir ifade bulunmaktadır (657 sayılı DMK). Türkiye'de 1990'lar ve 2000'lerde yapılan atamaların çoğu bu hüküm çerçevesinde gerçekleştirilmiştir (Ayman Güler, 2005: 117).

Ülkemizde kamu personeli uygulamasında Maliye Bakanlığı'nın etkisi büyüktür. Hatta kamuda kadro kavramı kamu personel sisteminde ana ilkedir. Kadrolar için düzenlemeler Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı'nca yapılırsa da Maliye Bakanlığı bütçe Kanunu ile atanacak personel sayılarını belirler ve durum süreci yönlendirir. 2000'li yıllara gelindiğinde Maliye Bakanlığı'nca kadro politikasında katılık görülmekte olduğundan kamu personel sistemi içerisinde sorunlar oluşmaya başlamıştır. Maliye Bakanlığı bütçe disiplini sağlayabilmek için genel bütçe içerisinde personel giderlerini azaltma görevi edinmiş ve bunun için de kamu kurumlarının memur kadrolarına yapılacak atamalar için önemli kısıntılar sunmuştur. Bu durum karşısında memur kadrolarına yerleştirme izni verilmemiş olup hizmetin artması nedeniyle memur ihtiyacı olan kurumlara kendilerince gelirleri sağlanmak üzere sözleşmeli personel ya da geçici olarak çalışacak işçi alınabileceği bildirilmiştir. Uygulamada hizmetin artışı ile sözleşmeli personel ve geçici olarak çalışan işçi sayısı paralel gitmemiştir. Memur yerine alınan geçici işçi ve sözleşmeli personel memur gibi çalıştırılmıştır (Özkal Sayan, 2016: 680). Bu kadro değişimi yoluyla memur atama sayıları kısıtlamasıyla sözleşmeli personel pozisyonlarının arttırılmasına yönelik uygulamalar sürmüştür. 2011 yılına gelindiğinde ise bu pozisyonda çalışan personel 632 sayılı KHK ile memur kadrosuna geçirilmişlerdir (Özkal Sayan, 2016: 681). Özellikle Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı bu statüde personel istihdamına gitmişlerdir. Kurumların sözleşmeli personel istihdamına gitmelerinin nedeni, ihtiyacın kadrolu istihdam ile kapatılmaması sonucu hizmetin gördürülebilmesi için yapılmıştır. Bu kadrolara da alım ÖSYM tarafından yapılan KPSS puanına göre tercihle yapılmaktadır.

4/B sözleşmeli personelin hizmet sözleşmelerinde belirtildiği üzere 10 yıla kadar hizmeti olanlar 20 gün, 10 yıldan fazla hizmeti olan personel ise 30 gün yıllık izin kullanabilmektedir. Önceki yılın izni bir sonraki yıla aktarılamamaktadır. Yılda 30 günü aşmamak üzere hastalık izni kullanabilmektedirler. Personelin, ücretsiz izin hakları bulunmayıp sadece askere giden ile doğum yapan personelin iş sonu tazminatı almamış olmaları ve kurumlarında boş kadro bulunması kaydıyla geri dönüşü yapabilmektedirler. Döner Sermaye Yönetmeliği hükümlerine göre de döner sermaye gelirinden unvanına ve performansına göre pay almaktadırlar (Kaplan, 2013: 49). Bakanlıkların 4/B sözleşmeli personelin yeniden hizmete alınması ve yer değişikli işlemleri için yönergeleri bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı Yönergesine göre 4/B sözleşmeli personelin eş durumu tayini ve becayiş dışında tayin hakları bulunmamaktadır. Eş durum tayininde ise eşin tayin imkanı bulunmayan (asker, polis, hakim, savcı, noter, vb.) kamu personeli olması zorunludur. Becayiş konusunda da, sözleşmeli personelin en az 1 yıl çalışma zorunluluğu bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 4B Sözleşmeli Personelinin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum içi Yer Değişikliğine Dair Yönerge). Nihat Kayar (2018: 62) sözleşmeli personel için çalışma koşullarının düzeltilmesi için temel bir kanuna gerek olduğunu vurgulamıştır.

4.3. 657 Sayılı DMK'nın 4/C Maddesine Göre Atanan Personel (Geçici İşçi)

Bu madde hükümlerince çalışan personel 2017 yılında yapılan düzenleme ile 4/B sistemine aktarılmıştır (SASAM Enstitüsü, 2018: 12). Kısaca değinilecek olursa, bu kapsamda çalışan personel sosyal, mali, çalışma koşulları açısından sözleşmeli personelden daha alta olup ucuz ve güvensiz bir yapıya sahiptir (Gülmez, 2011: 68). Ayrıca çalıştırılacak personel Bakanlar Kurulu Kararı ile tespit edilmiş olup tüm hakları iki taraflı imzalanan sözleşme hükümleri ile belirlenmekte olup 4688 Sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları ve Toplu

Sözleşme Kanunu kapsamı dışında tutulmuştur (Kaynak, 2016: 79). 01 Ocak 2018 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına veya Mahalli İdari Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 sayılı KHK'nın Geçici 23 ve Geçici 24 üncü Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğle 4/B kadrosuna geçirilmiştir.

4.4. 657 Sayılı DMK'nın 4/D Maddesine Göre Atanan Personel (İşçiler)

657 Sayılı DMK'nın (A), (B) ve (C) fıkralarında belirtilenler dışında kalan ve ilgili mevzuatı gereğince tahsis edilen sürekli işçi kadrolarında belirsiz süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan sürekli işçiler ile mevsimlik veya kampanya işlerinde ya da orman yangınıyla mücadele hizmetlerinde ilgili mevzuatına göre geçici iş pozisyonlarında altı aydan az olmak üzere belirli süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan geçici işçilerdir. 4857 sayılı İş Kanununda ise; *"Bir iş sözleşmesine dayanarak çalışan gerçek kişiye işçi, işçi çalıştıran gerçek veya tüzel kişiye yahut tüzel kişiliği olmaya kurum ve kuruluşlara işveren, işçi ile işveren arasında kurulan ilişkiye iş ilişkisi denir"* olarak tanımlanmıştır (4857 sayılı İş Kanunu). Güvenlik, temizlik ve yemek işlerinde sağlık tesislerindeki hizmetin etkin ve verimli işleyebilmesi için dışarıdan kaynak tahsisi öngörülmüştür. Taşeron firma içerisinde çalışan personel yeni düzenlemeyle sağlık tesislerinde kadroya geçirilmiştir (SASAM Enstitüsü, 2018: 12).

Kamu kurum ve kuruluşlarına 4/D kapsamındaki personel alımı, İş ve İşçi Bulma Kurumu (İŞ-KUR) aracılığıyla yapılmaktadır. Alımı yapılacak bu kapsamdaki personelin niteliği, süresi ve sayısı belirtilerek İŞ-KUR tarafından müracaatlar alınmaktadır. İstenilen sayının üzerinde müracaat olması halinde İŞ-KUR tarafından sınav yapılması zorunludur. Kamu Kurum ve Kuruluşlarında çalışan işçi personel çalışma süresi bakımından ikiye ayrılmaktadır. Süresi 6 aydan az olan mevsimsel işçiler ile hizmet süresi belli olmayan sürekli işçilerdir. Bu ayırım sözleşmede açık olarak belirtilmelidir. Hizmet süresi belli olmayan işçiler daimi veya kadrolu işçi olarak da adlandırılmaktadır. 4857 sayılı İş Kanunu hükümlerine göre Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca teşekkül ettirilen Asgari Ücret Tespit Komisyonu aracılığıyla tespit edilen asgari sınırdan az olmamak üzere ücret almaktadırlar. Ücretin tabanı Asgari Ücret Komisyonunun belirlediği tutardan az olamaz (Kaplan, 2013: 63-64).

1988 yılında yayınlanan 318 sayılı KHK ile hukuki zemini oluşturulan taşeron personel uygulaması, günümüze kadar gitgide yaygınlaşmıştır. 318 sayılı KHK ile yardımcı hizmetler sınıfının vazifesi olan kurum temizliği, araçların bakım tesisatın bakımı gibi işlerin dışarıdan bir sektöre ihale yapılarak işin görülmesi sağlanmıştır. Sağlıkta taşeronlaşma süreci yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerinden başlayarak benzer gerekli hizmetlere ve sonrasında da tedavi desteğine doğru gitmiştir. Asıl işi sağlığın işlerliği olan personel, temizlik ihalelerine dâhil edilmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 151). Kamu kurumlarında taşeron işçi çalıştırılmasındaki en önemli neden, insan kaynakları maliyetlerinin ve kadroya bağlı çalışan personel sayısının düşürülmek istenmesidir (Özkal Sayan, 2016: 682). 01 Ocak 2018 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına veya Mahalli İdari Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 sayılı

KHK'nın Geçici 23 ve Geçici 24 üncü Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslar hakkında tebliğ ile 4/D kadrosuna geçirilmiştir.

4.5. 4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna Dayalı Olarak Çalışan Personel

Sağlık insangücünün ülke içerisinde dengeli olarak dağılımı için 2003 yılında çıkarılan "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" kapsamında sözleşmeli şekilde istihdam edilen personeldir. İlgili Kanun kapsamında atanan personel için kendileri ile eşit durumda olan çalışanlardan fazla miktarda ücret verilerek personelin motivasyonunun yükseltilmesi sağlanmıştır (SASAM Enstitüsü, 2018: 12). 4924 sayılı Kanunun en önemli özelliği Bakanlıklar içerisinde çıkarılan ilk personel kanunu olmasıdır (Ayman Güler, 2005: 120). Kanun ile amaçlanan husus, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kuruluşlarda personel istihdamı açısından zorlanılan hizmetler ve yerler için sözleşme ile çakılı kadro olarak sağlık istihdamının oluşturulmasıdır. İlgili Kanuna göre çalışan personele aynı işi yapan sağlık personelinde daha yüksek maaş ödenmesi yoluyla sağlık personeli ihtiyacının giderilmesi hedeflenmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 202). Bu model gönüllülük temelli ve ekonomik anlamda yüksek ücrete dayanmaktadır (Aykır, 2014: 67).

Sadece Sağlık Bakanlığı'na özgü sözleşmeli personel sistemi de getirilmiştir. Bu sözleşmeli personel sisteminde sağlık personeli istihdamında zorluk çekilen köy sağlık evleri ve sağlık ocaklarında çalıştırılmak üzere yüksek ücret ödemek suretiyle personel istihdamına gidilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nda sağlık uzmanı ve özellikli işler için sözleşmeli uzman çalıştırılmasına da imkân sağlanmıştır (Akdağ, 2012: 269). 4924 sayılı Kanun ile istihdam edilen sözleşmeli personel mali hak bakımından avantajlı oldukları için tercih edilmiş; ancak tayin haklarının olmayışı zamanla sorun teşkil etmiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2010: 278).

4.6. Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Çalışanları

Birinci basamakta sağlık hizmetinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması, bireylerin sağlıkla ilgili kayıtlarının tutulabilmesi ve sağlık hizmetine ulaşımın eşit şekilde sağlanabilmesi için 24.11.2004 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 5258 sayılı "Aile Hekimliği Kanunu" ile Aile Sağlığı Merkezleri kurulmuştur (SASAM Enstitüsü, 2018: 12). Aile Hekimliği uygulamasında çalışanlar kamu görevlisi olabileceği gibi kamu görevlisi olmayan personelde bulunmaktadır. 5258 sayılı "Aile Hekimliği Kanununun 3. Maddesinde "İhtiyaç duyulması halinde, Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir" hükmü bulunmaktadır (5258 sayılı Kanun). Aile hekimliği şeklinde çalışma ile sağlıklı toplum için bütünsel koruyucu sağlık hizmetleri yerine serbest piyasa ekonomisi içinde bireyi öngören bir yaklaşım gelmiştir (Sallan Gül v.d., 2009: 575).

Aile hekimi olarak sözleşme imzalayabilmek için, aile hekimi uzmanı olmak gerekmektedir. Aile hekim uzmanının yanı sıra aile hekimliği eğitimi almış pratisyen hekimler de aile hekimi olarak sözleşme imzalayabilmektedirler. İlk başta sözleşme süresi 1 mali yıl olarak belirlenmişse de, süre, daha sonra 2 mali yıl olarak revize edilmiştir. Sözleşme imzalayan aile hekimi veya aile sağlığı elamanının asli kadroları ile ilişkileri devam etmektedir. Bu personel sözleşme imzaladıktan sonra ücretsiz izne ayrılmış sayılmaktadır. Sözleşmeli personel istediğinde sözleşmesinde belirtilen sürede müracaat ettiği takdirde görevinden çekilerek asli kadrosuna geri dönebilmektedir. Geri dönüşünde kadro fazlalığı da olsa eski kurumuna tekrar atanmaktadır. Bu personelin sözleşme dönemindeki hizmeti derece ve kademe yönünden kıdeminde değerlendirilmektedir (Kaplan, 2013: 53-54).

Aile hekimliği için iki tür istihdam modeli belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığındaki personel ile ilgili bir diğer özellik, kadrosu memur iken ücretsiz izinli sayılarak sözleşmeli olarak aile hekimi veya aile sağlığı elemanı şeklinde çalışılması olup bir yandan da asıl kadroyla bağlantısının devam etmesidir. Talepleri halinde eski görevlerine atanabilmeleri mümkün olup bu statüde geçen süreleri hak kaybı olmaksızın özlük hakları bakımından değerlendirilmektedir. Aile hekimi veya aile sağlığı elemanının kendisinin vazgeçmesi veya sözleşmesinin sona ermesi halinde kadrosunun bulunduğu kuruma ücretsiz iznini keserek dönmesi mümkündür (Kaynak, 2016: 237-238). Bu istihdam türünde amaç aile sağlığı elemanı ihtiyacının giderilemediği aile hekimliği birimlerinde görev yapacak aile sağlığı elemanı açığını kapatmaktır. Bu istihdam şekli, aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ihtiyacının karşılanamadığı pozisyonlar için yapılmaktadır. Daha çok aile sağlığı elemanı için kullanılan bu istihdam şeklinde herhangi bir sınava tabi tutulmadan; KPSS puanına dahi bakılmadan doğrudan doğruya ebe, hemşire veya sağlık memuru olmasına bakılarak sözleşmeyi imzalayacak olan aile hekiminin inisiyatifiyle alımı yapılmaktadır. Bu husus fırsat eşitliğine aykırı bir durumdur (Kaplan, 2013: 54).

4.7. Vekil Ebe/Hemşireler

657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 86'ncı maddesinde "Ancak, ..., köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik, ... ait boş kadrolara Maliye Bakanlığının izni (mahalli idarelerde izin şartı aranmaz) ile, açıktan vekil atanabilir." hükmü ile 6360 sayılı Kanunun 3 üncü maddesinin 11 inci fıkrasında yer verilen, "Bu kanun ile tüzel kişiliği kaldırılan belde ve köylerde 4/07/1965 tarihli ve 657 sayılı Kanunun 86'ncı maddesinin üçüncü fıkrasına istinaden istihdam edilen ebe ve hemşireler, halen görev yaptıkları yerlerde görev yapmaya ve mevzuatta kendileri için öngörülen haklardan aynı şekilde yararlanmaya devam ederler. Bu yerler için ihtiyaç halinde aynı usulle vekil ebe ve hemşire istihdam edilebilir." hükmü neticesinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde çok miktarda vekil ebe/hemşire alımı sağlanmıştır (657 sayılı DMK).

Bu unvandaki personelin yıllık izin hakları bulunmamakta; ancak, 1 mali yılda resmi hekim raporuyla en fazla 20 güne kadar mazeret izni vardır (Kaplan, 2013: 65). İlgili düzenlemeye dayanarak Sağlık Bakanlığında çok sayıda vekil ebe/hemşire istihdamı gerçekleştirilmiştir. Vekil ebe/hemşire istihdamında şöyle bir sıra izlenmektedir: Herhangi bir yerdeki açık ebe/hemşire kadrosunun bulunması halinde, vekil ebe/hemşire olmak isteyen kişiler açık kadronun bulunduğu yere il/ilçe sağlık müdürlüğüne yazılı olarak başvururlar. İl/ilçe sağlık müdürlüğü talebi uygun görürse, mülki idare makamlarından (Valilik/Kaymakamlık) ve

bütçe uygulama talimatı hükmü gereğince Maliye Bakanlığında alınacak izin doğrultusunda ilgili kişiyi vekil ebe/hemşire olarak atamaktadır. Vekil ebe ve hemşire istihdamı iş güvencesinden yoksundur. Ayrıca vekâlet ettikleri görevin kadro derecesinin 2/3 oranında bir ücret ile çalışarak ucuz bir istihdam şekli olarak karşımıza çıkmaktadır (Özkal Sayan ve Küçük, 2012: 196; Etiler, 2012: 5).

4.8. Şehir Hastaneleri Modeline Göre Çalıştırılan Sağlık Personeli

Sağlıktaki maliyetler, bütçe kısıtı, çalışma koşullarındaki değişim sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olarak sunumunda sorun teşkil etmiş; sorunun çözümüne getirilen bir yaklaşım da Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeli olmuştur. Türkiye bu anlamda sağlık kampüsleri ile şehir hastaneleri olarak uygulamaya girmiştir (Küçük, 2017: 361-362). Ülkemizde bu sistem için öngörülen faaliyette olan, inşaatı devam eden, ihale boyutunda olan 34 hastane vardır. Bu hastaneler için devlet hastanelerinde kamu personeli tarafından görülen iş firmaya verilmiştir. Buna göre görüntüleme, laboratuvar, sterilizasyon gibi hizmetler dış firma tarafından hizmet alımı şeklinde gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından ataması gerçekleştirilen röntgen ve laboratuvar teknisyeni ve teknikerinin yapacakları işleri özel firma kanalıyla onların belirlediği kişiler yapmaktadır (SASAM Enstitüsü, 2018: 13).

4.9. 663 Sayılı KHK'ya Tabi Çalışan Yöneticiler

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kararname 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 663 sayılı KHK'nın 32'nci maddesinin 4'üncü bendinde "Genel Sekreterlikte uzman olarak istihdam edilecek personelin alanında en az lisans düzeyinde öğrenim görmüş olması ve kamu veya özel sektörde en az 3 yıl iş tecrübesine sahip olması gerekir. Açıktan alınacak uzman ve büro görevlilerinin Kamu Personeli Seçme Sınavından en az yetmiş puan almış olmaları şarttır. Uzman ve büro görevlilerinin Birliklere dağılımı, işe alınma usûl ve esasları Kurum tarafından belirlenir. Açıktan istihdam edilen uzmanların oranı Birliğin toplam uzman sayısının yüzde ellisini geçemez" denilmektedir. Maddeden anlaşılacağı üzere, uzman ve büro elemanı devlet memuru olmayanlardan da temin edilebilecektir. Devlet memuru olmayan Uzman ve büro elemanına sözleşme imzalatılarak devlet kurumlarında istihdam edilmenin önü açılmıştır. Bu personelin alımı da kamu personeli olmayan aile sağlığı elemanı alımı gibidir. İnisiyatif tamamıyla genel sekretere bırakılmıştır. Dolayısıyla fırsat eşitliğinden söz etmek mümkün değildir (Kaplan, 2013: 60).

2017 yılı sonunda Kamu Hastaneleri Birlikleri 694 sayılı KHK ile İl Sağlık Müdürlükleri altında toplanmıştır. 2011-2017 döneminde uygulamada olan kamu hastaneleri birlikleri açısından ayrı bir personel sınıflandırması ve işe alım prosedüründen bahsetmek mümkündür. Bu dönemler içerisinde genel sekreter, tıbbi hizmetler, mali hizmetler, idari hizmetler başkanları, uzmanlar ve büro görevlileri gibi unvanlar oluşturulmuştur. Temel olarak sözleşme esasları doğrultusunda çalışma ve ücretlendirilmelerinde performansa dayalı bir ödemenin bulunması yatmaktadır (Eren ve Eken, 2007: 184).

İlgili KHK'nın 32. maddesinde birliklerde görev alacak genel sekreter, başkan, başkan yardımcılarının, uzmanların, başhekim ile müdür ve müdür yardımcılarının sözleşme ile çalışacağı, sözleşmenin 2-4 yıl olabileceği, başarısız olarak belirlenen genel sekreterin değişmesi ile başkanların ve hastane içindeki yöneticilerin ise sözleşmelerinin kendiliğinden

sona ereceği hükümleri bulunmaktadır. Bu durumda kanun koyucu, sağlık hizmetleri içerisinde sağlık tesisleri için sözleşme imzalama ve sonlandırma işlerinde idareye geniş bir yetki verilmiş ve sözleşmenin kendiliğinden sona ermesi durumunda idari işlem yapılmayarak, uygulamanın idari yargı denetimine konulmayacağı bildirilmiştir (Demirkol ve Akbulut, 2013: 1361).

4.10. Yabancı Sağlık Personeli İstihdamı

11.04.1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 4. Maddesi ile 663 sayılı KHK'nın 58. maddesinde bulunan "Türk hekimleri" sözcüklerinin çıkarılarak sadece "hekimler" sözcüğü getirilmiştir. Böylece yabancı hekimlerin çalışmasında büyük gelişme yaşanmış ve görev almanın yolu açılmıştır. Özkal Sayan ve Küçük (2012) çalışmalarında Yabancı sağlık personeli istihdamının sağlık serbest bölgeleri şeklinde uygulaması yolunda değerlendirilmesi gerektiğine ve o açıdan bakıldığında uygulamadaki amacın toplumun tamamına sağlık hizmeti sunmak olmadığına; asıl amacın ucuz işgücü sağlamak olduğuna vurgu yapmışlardır. Ayrıca son dönemlerde sağlık turizmine verilen önem nedeniyle bu yöndeki hizmetin gelişimi, gerek Türk gerekse yabancı yatırımları çekmek, sermayenin ülke içine girmesini sağlamak bir diğer amaç olarak görülebilir (Özkal Sayan ve Küçük, 2012: 197). Türk doktorları uygulamasından vazgeçtiği; sosyal, sağlık ve kültürel özellikleri bilmeleri, hizmet gereklerine uygun biçimde eğitimlerini aldıkları düşünüldüğünde Türk hekimlerinin yerini toplumu, çevresel koşulları, sağlık yapısını bilmeyen bir hizmet sunumunun gösterilmesi olumsuz sonuçlar doğurabilir (Sezer ve Yıldız, 2009: 53).

5. SONUÇ

Etkin ve verimli hizmet sunumu amacındaki bir kamu kurumunda en önemli faktör insan kaynağıdır. Sağlık hizmetlerinin emek yoğun yapısı nedeniyle sağlık personeli sağlık hizmetlerinde en önemli unsurdur. Eğitimi, çalışma koşulları, mesleki riskleri, teknik donanımı açısından içinde farklılıkları barındırır. Ekonomik ve teknolojik gelişmeler ile birlikte kamu kurumlarının personel istihdamı da değişime uğramış; en büyük etkisi sağlık personelinin istihdamı konusunda olmuştur. Kamu personel mevzuatı olan 657 sayılı Kanunda sayılan istihdam türleri içerisinde bulunmayan farklı istihdama sahip sağlık personelinin kendi içinde de farklı mali, sosyal, özlük ve mevzuat farklılıkları bulunmaktadır. Dolayısıyla aynı unvan içinde aynı işi yapan çalışanlar içinde de farklı statüler oluşmuştur. Sağlık insangücü içerisinde aslında karışıklık personel istihdamı şeklinde bulunmaktadır. Bu karışıklık nedeniyle sağlık insangücündeki sayı ve nitelik düşüklüğünün yanında özlük haklarındaki dengesizlik ve adaletsizlik de vardır. Kamu sektörü sağlık personelinin tabi olduğu kanunlar ve ikincil mevzuat oldukça dağınık durumdadır ve birçok düzenleme 1923'te Refik Saydam ile başlayan iyileştirme ve geliştirme çabaları günümüzde de kalkınma planları, program etütleri, kongreler, dokümanlar, kanunlar, KHK'lar, planlar, şuralar, Cumhurbaşkanlığı kararları, Sağlık Bakanlığı iç düzenlemeleri ve sözleşmeli personel çalıştırmaya yönelik farklı kökenleri olan karmaşık mevzuatla ve belgelerle günümüzde de yerini almaktadır.

Sağlık hizmetlerinde yerinde ve doğru bir istihdam politikasının oluşturulması şarttır. Sağlık sektöründe insan kaynakları teknik olduğu kadar çoğunlukla politik bir süreç olup politikalar neticesinde yön almaktadır. İşe alımı kadar, dağılımı, planlaması da önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin/hizmetlerinde verimli işleyebilmesi, yetersizliklerin giderilmesi, sorunların önlenmesi, geleceğin tasarlanması, gelişen ve değişen koşullara hazırlıklı olunması, etkin bir silsilenin sağlanabilmesi için personelin kısa-orta-uzun vadelerde doğru planlanması gerekmektedir. Türkiye'de bölgeler ve tesisler arasındaki sağlık insangücünün dağılımındaki dengesizlikten bahseden T.C. Sağlık Bakanlığının 1996 yılında çıkardığı Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu'nda bu dengesizliğin ana nedeni sosyo-ekonomik gelişmişlik oranlarındaki farkın sağlık hizmetleri alanında yapılan sağlık tesislerinin ekonomi anlamında daha gelişmiş olan yerlerde yoğunluk göstermesi şeklinde yansımadır. Hastane kapasitelerinin yüksekliği, özel hastanelerin ya da dal hastanelerinin çokluğu, o bölgede bulunan üniversite içerisinde sağlığa dair bir bölümün bulunması gibi bir alt yapı sunumu bölgesel farklılıklar oluşmasının nedenleri arasında sıralanabilir. Sağlık alt yapısına ilişkin bu nedenler personel dağılımını da büyük çoğunlukla etkilemektedir. Bölgesel farklılıkların giderilmesi için sağlık hizmetleri ve onların uygulayıcısı sağlık personeli açısından sayının artırılması ve zorunlu hizmet uygulamaları ile giderilmeye çalışılması da çok etkili olmamıştır.

Sağlık çalışanlarına dair iş ve meslek durumlarına ilişkin yapılan araştırmalarda sağlık personelinin barınma, eğitim, ücret, kültürel faaliyet, sosyal çevre ve çalışma olanaklarına bakarak il tercihi yaptıkları görülmüştür. Sağlık çalışanları içerisinde başrol oynayan hekimlerin bu yönde her yönüyle daha gelişmiş olan yerlerde çalışmayı istedikleri ve dengesizliğin giderilmesi için sağlık insangücü sayısının yükseltilmesi, performans dayalı ödeme sisteminin, zorunlu hizmet ve sözleşmeli personel uygulamasının getirildiği bildirilmiştir.

Ülke içerisinde sağlık hizmetlerinin dengeli dağılımı ve daha ucuz işgücünü sağlama açısından oluşturulan istihdam modelleri eşitsizliği getirip çalışma barışını da bozmakta ve kendi içinde kargaşa oluşturmaktadır. Sivil toplum örgütleri, üniversiteler ve yerel yönetimlerden destek alarak eksikliklerin giderilmesi sağlanmalı, sağlık insan gücü sayısı ve niteliği artırılmalı, sosyal ve ekonomik düzenlemelere gidilerek, özlük hakları ile iş güvencesi eşit olan personel sistemi oluşturulmalıdır.

Türkiye'de kamu sağlık sektöründe personel rejimiyle ilgili yapılan bütüncül ve doyurucu çalışma oldukça azdır. Aslında karmaşık görünen ve ihmal edilmiş bir alan olan sağlık sisteminde özel olarak kamu sağlık personel sisteminde/rejiminde mevzuat hayli karmaşık; farklı kanun, tüzük ve yönetmeliklere bölünmüş, her bir ilgili mevzuatta çok kez değişiklik yapılmıştır. Türkiye'de sağlık personel rejiminin şekillenmesi ve uygulanmasına ve değişim taleplerine dahil olan aktör, çalışan ve etkilenen personel sayısı çoktur. Ayrıca sağlık personel rejimini etkileyen aktörlerin ve konusu olan çalışanların unvan, yetiştirme/egitim durumu, gelir düzeyleri, toplumsal konumları ve yaptıkları işler ile bağlı buldukları kurumsal yapılar da oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kamu ve/veya özel sektör için Türkiye'de –akademik, adli ve askeri için olduğu gibi–ayrı bir personel kanunu bulunmamaktadır. Bu çerçevede kamu sektörü sağlık personelinin tabi olduğu kanunlar ve ikincil mevzuat oldukça dağınık durumdadır ve birçok düzenleme kanun ve KHK yerine yönetmelik, yönerge, Bakanlık oluru veya görüşü, sirküler gibi diğer ikincil düzenlemeler yoluyla gerçekleştirilmektedir. Tabiplerin mesleki ve çalışma düzenini Tabipler Odası koruma çabasında olup benzer durum bir oda statüsünde olmasa da dernekler ve başka sivil oluşumlar yoluyla kendilerini savunma konusunda kısmen hemşireler için de söylenebilir.

Tabipler ve hemşirelerin toplumdaki saygınlıkları, eğitim ve gelir düzeyleri de çıkarları ve isteklerini iletme ve anlatma konusunda kendilerini güçlü kılarken yardımcı sağlık personeli ve teknikerler ile memurlar için aynı durum söylenemez. Netice olarak, Türkiye'nin sağlık sektöründe kimisi genel kamunun (halkın) kamuoyunun dikkatinde ve ilgisinde olan ve olmayan birçok küçük ve orta düzey sağlık personel rejimi alt konusu bir araya geldiğinde çok önemli ve çeşitli yapılar, politikalar ortaya çıkmakta ve bunların bütüncül değerlendirilmesi önemli bir ihtiyaç haline gelmektedir. Çalışmada hem kamu personel rejimi hem de özelde kamu sağlık personel rejimi incelenmiş; literatür taraması yapılarak yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarla harmanlanarak sağlık çalışanları analiz edilmiştir.

KAYNAKÇA

- Acar, Aykut (2009). *Türkiye'de Kamu Personel Rejiminde 1980 Sonrasında Yaşanan Dönüşüm: Eğitim Sektörü Örneği*, (Basılmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir.
- Acar, Osman Kürşat (2018). "Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı; Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz", *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7 (3), 703-722.
- Ağartan, Tuba İnci (2008). *Turkish Health System in Transition: Historical Background and Reform Experience*, Unpublished Ph.D. Dissertation, State University of New York at Binghamton, ProQuest Dissertations Publishing.
- Ak, Murat (2018). "Yeniden Yapılandırılan Sağlık Bakanlığı'nda Değişen İnsan Kaynakları Uygulamaları", *Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2 (1), 62-78.
- Akdağ, Recep (2007). *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, Recep (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, Recep (2008). "Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık", 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*, (21-25 Ekim 2008 Ankara), 45-71.
- Akgüner, Tayfun (2009). *Kamu Personel Yönetimi: Memurluğa Giriş-Haklar Yükümlülükler-Disiplin- Ceza Kovuşturması-Aylıklar-Emeklilik*, İstanbul, Der Yayın Evi.
- Akın, Ülgen ve Aksoy, Serap (1985). *Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım*, Ankara, Milli Prodüktivite Merkezi.
- Aslan, Onur Ender (2005). *Kamu Personel Rejimi: Statü Hukukundan Esnekliğe*, Ankara, TODAİE.
- Aslan, Onur Ender (2012). *Devlet Bürokrasi ve Kamu Personel Rejimi*, Ankara, İmge Kitabevi.
- Atay, Ender Ethem (2018). *İdare Hukuku*, Ankara, Turhan Kitabevi.
- Avcı, Keziban, Ağaoğlu, Selçuk (2014). "Türkiye'de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması", *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 7, 83-94.
- Aydın, Ahmet Hamdi ve Taş, İbrahim Ethem (2016). *Kamu Yönetiminde Halkla İlişkiler*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

- Aykaç, Burhan (1990). "Personel Yönetiminde Yeterlilik İlkesi", *Amme İdaresi Dergisi*, 4 (23), 91-109.
- Aykır, Emel (2014). *2000-2012 Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Ayman Güler, Birgül (2005). *Kamu Personeli (Sistem ve Yönetim)*, 1. Baskı, Ankara, İmge Kitabevi.
- Belek, İlker (1998). *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik*, İstanbul, Sorun Yayınları.
- Bozkurt, Ömer (2008). *Kamu Yönetimi Sözlüğü*, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Boztok, Derman ve Kılıç, Bülent (1995). "Sağlık İnsangücü Planlaması", *Çalışma Ortamı*, 23, 7-10.
- Cankul, İbrahim Halil (2010). *İnsan Kaynakları Yönetimi ve Planlaması: Sağlık Hizmetlerinde Bir Uygulama*, Ankara.
- Canman, Doğan (1993). *Personelin Değerlendirilmesinde Çağdaş Yaklaşımlar*, Ankara, TODAİE.
- Canman, Doğan (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Ankara, Yargı Yayınları.
- Çirpici, Erdal (2010). *Türkiye'de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1980 Sonrası Uygulanan Neo-Liberal Ekonomi Politikalarının Sağlık Personeli İstihdamı Üzerindeki Etkileri*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Aydın.
- Demirkol, Selami ve Akbulut, Emre (2013). "Türkiye'de Kamu Personelinin Verimliliğinin Arttırılmasında Hukuki Araçlar ve Yargı Kararları", *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 17 (1-2), 1327-1366.
- Dreesch, Norbert, Dolea, Carmen, Poz, Mario R. Dal, Goubarev, Alexandre, Adams, Orvill, Aregawi, Maru, Bergstrom, Karin, Fogstad, Helga, Sheratt, Della, Linkins, Jennifer, Scherpbier, Robert, Youssef-Fox, Mayada (2005). "An Approach to Estimating Human Resource Requirements to Achieve the Millennium Development Goals", *The London School of Hygiene and Tropical Medicine*, Oxford University.
- Dikmetaş Elif, İnan Nesrin (2000). "Sağlık İnsan gücü Planlaması", *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*, 20-21 Mayıs, Ankara.
- Dolgun, Uğur (2010). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Ekin Basım Yayım Dağıtım, Bursa.
- DPT (1963). *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*, Ankara, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.
- DPT (1968). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*, Ankara, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.
- DPT (1973). *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)*, Ankara, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.
- DPT (2000). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)*, Ankara, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.

- Durmuşoğlu, Olgun (2013). *Türkiye Sağlık Sisteminde Değişim ve 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararnamenin Sağlık Personeli Tarafından Bilinirlik Düzeyi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- Eren Veysel ve Eken, Musa (2007). "Kamu Personel Rejiminde Reform Arayışları" (Ed. Şinasi Aksoy ve Yılmaz Üstüner), *Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar*, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 173-193.
- Erdoğan Kaya, Saliha (2014). *Kamu Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Temini ve Seçiminde Karşılaşılan Sorunlar ve Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.
- Erigüç, Gülsün, Şahinbaş, Furkan, Demirci, Şenol, Şantaş, Gülcan (2018). "Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Alanında Yapılan Çalışmaların İncelenmesi", *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18 (1), 49-64.
- Eryılmaz, Bilal (2010). *Kamu Yönetimi*, Okutman Yayıncılık.
- Etiler, Nilay (2012). "Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri", *Türk Tabipler Birliği, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11 (42), 1-11.
- Fişek, Nusret (1983). *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi.
- Fişek, Nusret (1995). "Sağlık İnsan Gücü: Sorunlar ve Çözümler", *Çalışma Ortamı*, (Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını), 23, Kasım-Aralık, 21-24.
- Görmüş, Ayhan (2011). *Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerinde Etkisi*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı, İstanbul.
- Gözübüyük, A. Şeref (2001). *Yönetim Hukuku, Güncelleştirilmiş 14. Basım*, Ankara.
- Gülmez, Mesut (2011). "TBMM 4/C'lileri: Sendika Karşıtı Geçici Personel İstihdamı", *Çalışma ve Toplum*, 3, 11-72.
- ILO (2003). *Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms*, Public Service International Studies.
- İleri, Hüseyin, Seçer, Betül ve Ertaş, Handan (2016). "Sağlık Politikaları Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi", *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12, 176-186.
- Kaplan, Ahmet (2013). *Sağlık Bakanlığı İstihdam Çeşitliliğinin Karabük İlindeki Sağlık Çalışanlarının Motivasyonuna Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Karabük.
- Karakaş, M. ve Yüzbaşı, F. (2015). "Kamu hastanelerinde yapılan tıbbi tedavi ve girişimlerden ötürü, hekimin hukuki sorumluluğu: Hastaneden adliyeye uzanan süreç", *Social and Legal Studies*, 1 (1), 37-50.

- Karkın, Naci (2007). *Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Sürecinde Yerel Yönetimlerin Tutum ve Beklentileri: Büyükşehir Belediyeleri Örneği*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Antalya.
- Kasapoğlu, Aytül (2016). "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü", *Sosyoloji Araştırmalar Dergisi*, 19 (2), 131-174.
- Kavuncubaşı Şahin ve Yıldırım Selami (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 2. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi.
- Kayar, Nihat (2021). *Kamu Personel Yönetimi*, Bursa, Ekin Kitabevi.
- Kaynak Özçelik, Kezban (2016). *Kamu Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin İstihdam Türleri*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri Anabilim Dalı, İzmir.
- Kılıç, Mustafa ve Tunç, Şebnem (2004). "İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi", *Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (1), 39-64.
- Küçük, Aziz (2017). *Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, Ankara.
- Mavi, Esra Ebru (2010). *1960 Sonrası Türk Sağlık Personeli Politikası*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Ankara.
- McCourt, Willy (2007). *The Merit System and Integrity in the Public Service*, Development Economics and Public Policy Working Papers Series No: 20.
- Memişoğlu, Dilek (2011). *Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Mollahaliloğlu, Salih (2007). *Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Nesipoğlu, Gamze (2018). Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920-1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21 (1), 165-177.
- Onar, Sıddık Sami (1952). *İdare Hukukunun Umumi Esasları*, Marifet Matbaası, İstanbul.
- Onay, Zeynep (1998). "Sağlık Sektöründe Bilgi Sistemleri", *D.E.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*, 13 (2), 35-46.
- Özkal Sayan, İpek (2009). "Türkiye'de Kamu Personel Sistemi: İdari, Askeri, Akademik, Adli Personel Ayrımı", *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 64 (1), 201-245.
- Özkal Sayan, İpek ve Albayrak, Süha Oğuz (2011). "İstisnailikten Genelliğe, Geçicilikten Sürekliliğe: 4/B Sözleşmeli Personel İstihdamı", *Amme İdaresi Dergisi*, 44 (3), 141-172.
- Özkal Sayan, İpek ve Küçük, Aziz (2012). "Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67 (1), 171-203.

- Özkal Sayan, İpek (2016). "Türkiye'de Kamu Personel Sisteminde Sorun Alanları ve Çözüm Önerileri", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 71 (3), 669-691.
- Özkan, Şirin (2014). *Hastanelerde İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacını Belirleme: Kocaeli Örneği*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Özkan, Şirin ve Uydacı, Mert (2019). "Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Planlaması", *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1 (1), 29-37.
- Özmen, Remzi (2016). *Devlet Memurları Kanunu*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Öztürk, Mustafa (1999). "Cumhuriyet Dönemi"nde Sağlık Hizmetleri", *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 6 (1), 37-41.
- Sallan Gül, Songül, Dericioğulları, Ayşe, Ergun, Cem, Gül, Hüseyin (2009). "Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Üzerine Bir İnceleme", Necat Akyıldız, vd. (Editörler), *KAYFOR 2008: 18. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Kamu Yönetiminde Reform*, Ankara, TODAİE, 567-582.
- SASAM (Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi), Enstitüsü (2018). *Türkiye Sağlık Sisteminde İnsan Gücü Durumunun Analizi*, Yıl: 4, Sayı: 13, Ankara.
- Savaş, B. Serdar (2001). "Türkiye Sağlık Sistemi: 'Kısa Bir Genel Bakış'", *Yeni Türkiye Dergisi*, 39, 87-128.
- Sezer, Mustafa Serdar, Yıldız, Mete (2009). "Türkiye'de Bir Kamu Politikası Sorunu Olarak Yabancı Doktor İstihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada Örnekleri", *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11 (3), 43-78.
- Schuler, Randall and Huber, L. Vandra (1990). *Personnel and Human Resource Management, 4th Edition*, Boulder, Colorado, West Public Company.
- Sümbüloğlu, Kadir (1982). *Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler*, Ankara, Türk Tabipler Birliği Ankara Tabip Odası Yayını: 4.
- Sünter, Minenur (2018). "Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetiminin Önemi", *Verimlilik Dergisi*, 3, 143-160.
- Şahin, Bahadır (2016). "Kamu Personel Sisteminde İşe Girme ve Yükselmeye Çağdaş Liyakat Kavramları", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 231-242.
- Şantaş, Fatih, Özer, Özlem ve Çıraklı, Ümit (2012). "Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması", *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2 (2), 45-59.
- Şaylan, Gencay (2000). *Devlet Reformu: Kamu Personel Yönetiminden İnsan Kaynaklarına Geçiş*, İstanbul, TESEV Yayını.
- Şener, Hasan Engin (2013). "Türkiye'de Kamu Personel Politikalarının Bir Analizi", Mete Yıldız ve M. Zahid Sobacı (Editörler), *Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama*, Ankara, Adres, 566-603.

- Tahtalıoğlu, Hava (2016). *Yükselmeye Açık Kamu Personel Sistemine Sahip Türkiye'de 'Cam Tavan'*, Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, Denizli.
- Taşkın, Mükremin (2001). "Sağlık Politikamız", *Yeni Türkiye*, 7 (39), 243-250.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1990). *2000 Yılında Herkese Sağlık*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1996). "Sağlık İnsan gücü Mevcut Durum Raporu", Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2007a). *Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı*, Ankara, 32-54.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2007b). *Türkiye'de Sağlığa Bakış*, Ankara, 211-214
- Tortop, Nuri (1999). *Personel Yönetimi*, Ankara, Yargı.
- Tortop, Nuri, Özer, Mehmet Akif, Aykaç, Burhan ve Yayman, Hüseyin (2012). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Nobel Yayım Dağıtım, Ankara.
- Tutum, Cahit (1976). *Personel Yönetimi*, Ankara, TODAİE.
- Türkay, Figen, Özcan, Serpil, Taranto, Yael, Koç, Yenigül, Veziroğlu, Aykut, Akbay, Kemal (1999). *Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını.
- Ulutaş Ünlütürk, Çağla (2011). *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, Ankara, NotaBene Yayınları.
- Yalçın, Berrin (2011). *Kamu Sektöründe Sözleşmeli Personel İstihdamı: Akdeniz Üniversitesi Örneği*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Yavuz, Cavit Işık (2016). "Sağlık Emekçilerinin Durumu Üzerine", *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 16 (60), 2-7.
- Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye (2010). "Türk Sağlık Politikasında Neoliberal Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme", İpek Özkal Sayan (Yay. Haz.), *Devlet Yönetim Bilimi: Kamu Yönetimi, Bürokrasi, Yerel Yönetimler. Prof.Dr. Kurthan FİŞEK İçin Yönetim Üzerine*, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Yıldırım Hasan Hüseyin ve Yıldırım Türkan (2013). "Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme", (Ed. Mete Yıldız ve M. Zahid Sobacı), *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama*, Ankara, Adres Yayınları, 352-385.
- Yıldırım, Selami ve Işıkhan, Vedat (2014). "Sağlık İnsan Gücü Planlaması: Sosyal Hizmet Uzmanlarına Yönelik Bir Durum Analizi", *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 25 (1), 133-148.
- Yilgör, Esat (2006). "Sağlıkta İnsangücü Planlaması Nasıl Yapılmalı?", *Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı*, 01-03 Aralık 2006, 24-30.

YÖK (2010). *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu*, Ankara, YÖK.
www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf (657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu)
www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf (4857 Sayılı İş Kanunu)
www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf (5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu)
www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.17232&MevzuatIliski=0(Sağlık Bakanlığı
Atama ve Yer Değişirme Yönetmeliği)
www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari (Onbirinci Kalkınma Planı)
www.tdk.gov.tr