

TÜRKİYE'DE KAMU PERSONELİ İSTİHDAMINDA DÖNÜŞÜM: SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRNEĞİ

Yrd. Doç. Dr. İpek Özkal Sayan
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Aziz Küçük
Ankara Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü

• • •

Özet

Günümüzde yeni kamu işletmeciliği anlayışının etkisiyle kamu kurumlarının işleyiş ve örgütlenme tarzındaki değişime paralel olarak devletin istihdam ettiği personelin çalıştırılma rejimi de değişime uğramaktadır. Sağlık alanı yeni kamu işletmeciliğinin personel yönetimine ilişkin uygulamalarının en belirgin görüldüğü alanlardan biridir. Bu süreç dahilinde, sağlık hizmetlerinde örgütlenme değişimini yansıtan "aile hekimliği" ve "kamu hastane birlikleri" modellerinde personel istihdamı "sözleşmelilik" esasına dayandırılmakta; hizmetin özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılmasının yolunu açan "taşeron personel çalıştırma" düzenlemesine gidilmekte; özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi ve ucuz işgücü ihtiyacını karşılamaya yönelik "yabancı sağlık personeli" istihdamının yolu açılmaktadır. Çalışmada, sağlık hizmetlerinin niteliğindeki dönüşümün sağlık personeli istihdamının yönünü kadroluluktan sözleşmeliliğe doğru çevireceği ve kamu-özel ortaklığı ile kamu hastane birlikleri tarzındaki örgütlenme değişiminin taşeron personel ile yabancı sağlık personeli istihdamını arttıracakları ileri sürülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık personeli, sözleşmeli personel, taşeron personel, yabancı personel istihdamı, 663 Sayılı KHK

*Transformation of Public Personnel Employment in Turkey: Example of
Ministry of Health*

Abstract

Today, parallel to changes in the organizational style and functioning of public institutions triggered by the "new" understanding of public management the employment regime of the state is also being transformed. Personnel management practices of the new public health enterprises are one of the most significant areas to observe this trend. In due process, practices such as "family medicine" and "public hospital associations" reflecting the change in health care organization are based on models of staff employment based on "contractual system". Furthermore service contracts with private law paved the way for outsourcing to third parties "employing subcontractor personnel" in order to develop private hospital management and meet the requirement of cheap labour, "foreign medical personnel" is employed. In this study, it is argued that the transformation of health services towards the direction of the employment of health personnel and that of public-private partnership staff towards contractual system will pave the way for personnel outsourcing and increase the employment of foreign medical personnel.

Keywords: Medical personnel, contracted personnel, subcontracted personnel, employment of foreign personnel, decree law no.663

Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği

Giriş

Kamu personel sistemi devlet örgütlenmesinin kurucu unsuru olarak siyasal ve yönetsel düzlemde ele alındığında devlet örgütlenmesini oluşturan sistemi inceleme aracı olarak kullanılabilir. Kamu personel sistemi devlette yaşanan dönüşümle yeniden biçimlenir, devletin aldığı yeni biçimle beraber kamu personel sisteminin ilkeleri ve işleyişi de değişir (Güler, 2005: 12). Günümüz dünyasında “yeni kamu işletmeciliği” anlayışıyla birlikte kamu kurumlarının işleyiş ve örgütlenme tarzındaki değişime paralel olarak devletin istihdam ettiği personelin çalıştırılma rejiminde (Batchelder ve Alexander, 2009:153-154), personelin ilerleme ve değerlendirme yönteminde vs. değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişimleri devletteki değişimle birlikte ele almak ve değerlendirmek kamu personel sistemine ilişkin bütün tabloyu görmek açısından oldukça önemlidir.

Türkiye’de kamu personel sistemindeki değişimleri izleyip, uygulamayı değerlendirebileceğimiz alanlardan biri sağlıktır. Sağlık alanı yeni kamu işletmeciliğinin personel yönetimine ilişkin uygulamalarının ilk olarak görüldüğü alanlardan biri olma özelliği taşımaktadır. Örneğin performans değerlendirme ve ek ödeme sisteminin ilk olarak uygulandığı bakanlık Sağlık Bakanlığıdır. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığından sonra en fazla kamu personelinin çalıştığı bakanlıktır. Bu anlamda Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan personelin istihdam biçimindeki dönüşüm Türkiye’deki istihdam biçimindeki dönüşümle paralellik göstermektedir. Diğer yandan Türkiye’de sağlık alanında çalışan personelin istihdamı ele alınıp incelendiğinde devletin sağlık politikası ve sağlığa bakışı değiştikçe belirli tarihsel dönemlerde sağlık örgütlenmesindeki değişime de bağlı olarak bu

yapının farklılaştığı fark edilecektir. Toplumsal güçlerin yapısının ve toplumsal sistemlerin kurulduğu ölçeğin tarihsel süreç içerisinde değişmesi bunun en önemli faktörüdür. Bu süreçte, sağlık politikaları ve devletin sağlık hizmetlerinde aldığı rol ve sorumluluklar da değişmekte, Avrupa Birliği, Dünya Bankası, IMF¹ gibi uluslararası aktörler sürece eklenmektedir.

Sağlık personelinin istihdamında 2003 yılında hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) önemli bir kırılma noktasıdır. Çünkü SDP² ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu açısından önemli değişiklikler gündeme taşınarak Sağlık Bakanlığı’nın “planlayıcı ve denetleyici” bir rol üstlenmesinin hukuki zemini hazırlanmakta, bununla birlikte sağlıkta sözleşmelilik ve hizmet alımı uygulaması başlamaktadır. Sağlık finansmanını yeniden yapılandırıp, üretim sürecini yeniden örgütlerken aynı zamanda sağlık personelinin istihdam koşullarını da dönüştüren SDP, “bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü” (Akdağ, 2007: 17) yaratmayı hedeflemektedir. Bu süreç dahilinde, sağlık hizmetlerinde örgütlenme değişimini yansıtan “aile hekimliği” ve “kamu hastane birlikleri” modellerinde personel istihdamı “sözleşmelilik” esasına dayandırılmakta; hizmetin özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılmasının yolunu açan “taşeron personel çalıştırma” düzenlemesine gidilmekte; özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi ve ucuz işgücü ihtiyacını karşılamaya yönelik “yabancı sağlık personeli” istihdamının yolu açılmaktadır. Bu anlamda Türkiye’deki kamu istihdamındaki dönüşümle paralellik gösteren ve kendine kamu istihdamında “esneklik” tartışmaları başlığı altında yer bulan sağlık alanında dönüşen istihdam sözleşmelilik, taşeronluk ve yabancı personel (hekim, hemşire) istihdamı üzerinden ele alıp incelemek doğru bir yöntem olacaktır. Sağlık Bakanlığında uygulanan diğer bir istihdam türü de vekil ebe/hemşireliktir. Bu sebeple “vekillik” konusu da çalışmada ayrı bir başlık altında incelenmiş, bununla birlikte sağlık alanına ilişkin önemli değişiklikler

¹IMF ve Dünya Bankası’nın hibe ve kredileri doğrudan sağlık örgütlenmesini, dolaylı olarak ise personel istihdamını dönüştürmeye yöneliktir. Dünya Bankası tarafından finanse edilen sağlık projelerinin uygulanma sürecinde düzenlenen ulusal sağlık kongreleri, hedefledikleri politika öncelikleri bakımından son derece önemlidir. Kongreler sonucu yayımlanan Ulusal Sağlık Politikası dokümanında “*istihdamda merkezîyetçilik bırakılacaktır. Sağlık insan gücünün dengeli dağılımı başta ekonomik olmak üzere zorlayıcı olmayan tedbirlerle sağlanacaktır*” (Sağlık Bakanlığı, 1993: 54) şeklinde belirlenen istihdam stratejisi, aslında istihdam politikasını dönüştürmeye yönelik çalışmaların 1990’larda başladığını göstermektedir.

²SDP uzun dönemli bir politika taahhüdü olup, 1980 sonrası sağlık politikalarının devamı niteliğindedir. Ayrıntılı bilgi için bkz. (Hamzaoğlu, 2007: 424-430).

getiren ve 6223 sayılı yetki kanuna³ dayanılarak çıkarılan 663 sayılı KHK⁴ da “istihdam” boyutu sınırları içinde değerlendirilmiş ve sağlıkta sözleşmelilik üzerinden kurulması tasarlanan yeni istihdam alanları gösterilmeye çalışılmıştır.

Tüm bu noktalardan hareketle, bu çalışmanın amacı Türkiye’de sağlık alanında dönüşen istihdam yapısını ortaya koymak ve sağlık alanındaki bu “yeni” istihdam biçimlerini değerlendirmektir. Günümüzde sağlık sektörü, kamu hizmetlerinin metalaşması ya da piyasa koşullarına göre yürütülmesi ile kamu istihdamındaki esnekleşme arasında kurulabilecek anlamlı ilişkinin en uygun inceleme alanlarından biri haline gelmiştir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin niteliğindeki dönüşümün sağlık personeli istihdamının yönünü kadroluluktan sözleşmeliliğe doğru çevireceği ve kamu-özel ortaklığı ile kamu hastane birlikleri tarzındaki örgütlenme değişiminin taşeron personel ve yabancı sağlık personeli istihdamını arttıracakları ileri sürülmektedir. Bu anlamda büyük bir “cam fanus” olarak tanımlayabileceğimiz sağlık alanı bize Türkiye’deki istihdam yapısına ilişkin genel çıkarımlar yapmak için iyi bir imkân sağlamaktadır.⁵

Sağlık Personeli İstihdam Türleri

Türkiye’de 2000’li yıllarla birlikte sağlık hizmetlerinde mevcut örgütsel yapı, çalışma koşulları ve istihdam türlerinde bir dönüşüm yaşanmaktadır. Konuya istihdam türleri açısından baktığımızda bu dönüşüm çok net olarak fark edilmektedir. Sağlık personeli ağırlıklı olarak 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun (DMK) 4/A maddesi kapsamında “memur” olarak istihdam edilmekte iken, 2003 yılında SDP ile farklı sözleşmeli statüler yaratılmış, sağlıkta taşeronlaşma uygulamaları yaygınlaştırılmıştır (Ulutaş, 2011: 197). İleride değineceğimiz gibi sağlık personelinin istihdamı; memur, dört farklı türde sözleşmeli personel, taşeron personel, vekil ebe ve hemşire ile yabancı sağlık personeli istihdamı olarak son derece parçalı bir karaktere ve “esnek” bir

³Kamu Hizmetlerinin Düzenli, Etkin ve Verimli Bir Şekilde Yürütülmesini Sağlamak Üzere Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Teşkilat, Görev ve Yetkileri ile Kamu Görevlilerine İlişkin Konularda Yetki Kanunu, RG: 03.05.2011, 27923.

⁴Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 02.11.2011, 28103.

⁵Çalışmada gerek kuramsal gerek istatistiksel analizlerde odaklanılan sağlık personel grubu; sayılarının göreceli ağırlığı ve nitel egemenlikleri nedeniyle hekim, ebe, hemşire, sağlık teknisyenleri ile sınırlandırılmıştır.

yapıya büründürülmüştür⁶. Bu parçalı ve esnek yapının çalışma hayatında dayanışmayı ortadan kaldırdığı ve çalışma barışını bozduğu literatürde sıkça dile getirilmektedir. Örneğin, Sertlek’e göre sağlık personelinin aynı işi yapmalarına rağmen farklı statülerde çalıştırılmalarının yarattığı ücret ve istihdam farklılığı, aynı zamanda personel arasındaki dayanışmayı parçalamış ve aralarında yeni bir hiyerarşi oluşturmuştur. Hiyerarşide güvenceli statüye sahip devlet memuru, aynı işi yapan güvencesiz statülerdeki meslektaşlarının üzerine yerleştirilmiştir (Sertlek, 2008: 310).

Sağlık Bakanlığı personel sayısı yıllar itibariyle incelendiğinde ise bu sayının arttığı görülmektedir. Genel anlamda hekim istihdamının artışında tıp fakültelerinin kontenjanlarının arttırılması, yeni tıp fakülteleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin açılması önemli katkı sağlamakla birlikte, en önemli artış hekim dışı sağlık personelinin istihdamında yaşanmıştır.

⁶Sağlık Bakanlığında “sağlık personeli” dışındaki diğer personel için farklı istihdam kategorileri de mevcuttur. Bunlardan biri olan geçici personel, Bakanlığın taşra teşkilatı hizmet birimlerinde, “Özelleştirme Uygulamaları Sonucunda İşsiz Kalan ve Bilahare İşsiz Kalacak Olan İşçilerin Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Geçici Personel Statüsünde İstihdam Edilmelerine İlişkin Esaslar” çerçevesinde, bir mali yılda onbir ayı geçmeyecek şekilde, 657 sayılı DMK’nın 4/C fıkrasına göre istihdam edilmektedir. Geçici personel statüsü, bir yıldan az süreli ve geçici nitelikteki kamu hizmetlerinin yerine getirilmesini sağlamak üzere oluşturulmuş bir istihdam türüdür. Amaç, geçici işlerin kısa süreli istihdamla gördürülmesinin sağlanmasıdır. Kanunun belirttiği sınırlar çerçevesinde üniversitelerin sanat bölümlerinde model, TÜİK’de istatistikçi, Yüksek Seçim Kurulunda yazman olarak ve Kamu İktisadi Teşebbüslerinde çeşitli statülerde geçici personel uygulamasına yer verilmektedir. Ancak bu istihdam biçimi özelleştirme uygulamasının türlü sonuçlarından biri olarak yaygınlaşmıştır. Geçici personel istihdamında Bakanlar Kurulu Kararı esas alınmaktadır (Sayan ve Demirci, 2010: 62). Bu kapsamda Sağlık Bakanlığında 2012 Ocak ayı itibarıyla 2.411 kişi 4/C geçici personel olarak istihdam edilmektedir. Sağlık Bakanlığındaki diğer bir istihdam biçimi ise sürekli ve geçici işçiliktir. Bu personel 4857 sayılı İş kanunu hükümlerine göre çalışmaktadır. Özlük hakları anılan kanuna göre toplu iş sözleşmesiyle düzenlenmiştir. 2011 verilerine göre Sağlık Bakanlığı’nda çalışan sürekli işçi sayısı 1.865, geçici işçi sayısı ise 30’dur.

Tablo 1. Yıllara Göre Bazı Sağlık Personelinin Sayıları

	2002	2006	2007	2008	2009	2010
Uzman Hekim	22.187	25.586	25.426	25.886	27.537	31.527
Pratisyen Hekim	29.030	28.077	28.884	29.889	30.417	33.229
Asistan Hekim	6.189	7.629	7.921	7.751	9.031	7.679
Toplam Hekim	57.406	61.292	62.231	63.536	66.985	72.435
Dış Hekimi	3.819	4.183	5.082	5.425	5.795	7.069
Eczacı	1.596	1.190	1.210	1.192	1.535	1.854
Sağlık Memuru	39.276	47.432	59.683	59.846	64.703	65.842
Hemşire	57.360	62.901	69.710	70.022	72.142	77.472
Ebe	39.473	41.387	43.781	43.600	44.486	45.515

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010, s. 79.

Hekim dışı sağlık personelinin istihdam şekli ise son derece dikkat çekicidir. İleride değinileceği gibi SDP ile birlikte hekim dışı sağlık personeli genellikle sözleşmeli olarak istihdam edilmiştir. “Özellikle mahrumiyet bölgeleri olarak nitelendirilen beş ve altıncı hizmet bölgelerinde olmak üzere 4/B maddesine göre sözleşmeli statüde 84.838 ve 4924 sayılı kanuna göre sözleşmeli statüde 19.755 sağlık personeli Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev almıştır” (Akdağ, 2011: 205). Sekiz yıllık süreçte Sağlık Bakanlığı bünyesinde yaklaşık 105 bin kişinin sözleşmeli olarak görev yapması dönüşümün yönünü net bir şekilde ortaya koymaktadır.

SDP yürürlüğe girdikten sonra aslında en büyük artışın görüldüğü alanın taşeron personel istihdamı olduğu göze çarpmaktadır. Hızlı bir artış gösteren taşeron istihdam biçimi, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de esnek istihdam rejiminin en güvencesiz kategorisini oluşturmaktadır. 2003 yılından sonraki sekiz yıl içinde hizmet alımı sayısı 11 binden 2011 yılı itibariyle 120 bine yükselerek yaklaşık 11 kata yakın bir artış göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde taşeron personel çalıştırma uygulaması, yalnızca yardımcı hizmetlerle sınırlı kalmayarak asli sağlık hizmetlerini de kapsayacak biçimde genişletilmiştir.

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Personel Sayısındaki Değişim

Personel Sayısı	1994	2002	2011
Kadrolu	228.000	245.000	358.000
Hizmet Alımı	7.000	11.000	120.000
Toplam	235.000	256.000	478.000

Kaynak: (Akdağ, 2011).

Kadrolu personel sayısındaki artış değerlendirilirken SSK, Kızılay ve diğer kamu kurumlarına ait sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devri ile gelen yaklaşık 60 bin personel ile 632 sayılı KHK ile 4924 sayılı kanuna ve 657 sayılı DMK’nın 4/B maddesine göre istihdam edilen sözleşmeli personelin kadroya geçirilmeleri ile bağlantısı göz önüne alınmalıdır. Aşağıda sağlık alanına ilişkin bu parçalı istihdam alanı incelenecek ve her bir alana ilişkin değerlendirme yapılacaktır.

A. Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamı

Kamu personel sisteminin statü hukukuna dayalı güvenceli bir yapıdan, sözleşme hukukuna dayalı esnek bir yapıya dönüştürülme çabası en belirgin olarak sözleşmeli personel istihdamının yaygınlaştırılmasına ilişkin düzenleme ve uygulamalarda göze çarpmaktadır. Sağlıkta sözleşmelilik 4924 sayılı kanuna, 657 sayılı DMK’nın 4/B maddesine, 663 sayılı KHK’ya göre örgütlenmiştir. Bunlara bir de aile hekimliğini eklersek sağlıkta sözleşmeliliğin dört farklı biçimde uygulandığını söylemek mümkün hale gelmektedir.

1) 4924 Sayılı Kanuna Dayalı Olarak Sözleşmeli İstihdam

Sağlık personelinin ana istihdam kategorisi memur statüsünde iken, 2003 yılında kabul edilen 4924 sayılı kanun⁷ ile kırılma yaşanarak Bakanlığın asli ve sürekli görevlerinin sözleşmeli sağlık personeli eliyle gördürülebilmesinin yolu açılmıştır. “Kanun aynı zamanda bir Bakanlık için çıkarılmış ilk personel kanunu olma özelliği taşımaktadır” (Güler, 2005: 120).

Bu düzenleme ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında “eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında” idari hizmet sözleşmesi ile “çakılı pozisyon” esasına göre sağlık personeli çalıştırma olanağı yaratılmıştır. Bu kanuna tabi personelin emsal sağlık personelinden daha yüksek ücret alması ile sağlık personeli sorununun çözülmesi hedeflenmiştir (Ulutaş, 2011: 202). 4924 sayılı kanunun ilginç bir diğer yanı ise gerekçesinde sunulanlardır. Gerekçe bölümünde özveriyle çalışan hekimlere başka hiçbir meslekte var olmayan biçimde bir mecburi hizmet yükümlülüğü getirildiği, bu yükümlülüğün 22 yıllık uygulaması sonucu hekimlerin yurt çapında dengeli ve

⁷Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 24.07.2003, 25178.

adil dağılımının zorlamalarla sağlanamayacağını anlaşıldığı, özendirici ve gönüllülük esasına dayalı bir istihdam politikasının benimsenmesi kanaatine varıldığı belirtilmektedir. Ayrıca mecburi hizmet uygulamaları ile yılda 7-8 bin hekimin atamalarının gerekliliği ve bu durumun mevcut kadrolarla yerine getirilemeyeceği ve ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartlar ve kamuda personel istihdamını azaltmaya yönelik hükümet politikaları ile çelişen bir durum yaratacağı ve bir süre sonra hiç ihtiyaç yokken hekim istihdamı zorunluluğu doğuracağı vurgulanmaktadır (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006: 284). Sözleşmeli hekim çalıştırma yöntemi ile hekimlerin mecburi hizmet uygulamasının ortadan kaldırılması sağlanmış, ancak “mecburi hizmet” uygulaması kaldırıldıktan iki yıl sonra ve sözleşmeli hekime çok fazla talep olmayınca 2005 yılında tekrar kanunlaşmıştır.⁸ Toplam olarak 22 bin adet ihdas edilen sözleşmeli personel pozisyonlarında (Aslan, 2005: 365) uygulama başlatıldıktan sonra 16 bin sağlık personeli istihdam edilmiştir (Akdağ, 2008: 86).

Aslında Sağlık Bakanlığı açısından sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması yeni bir uygulama değildir. 1960'larda kıır/kent ve uzman/pratisyen dağılımındaki dengesizliğin hala giderilememiş olması nedeniyle köylere kadar nüfuz eden bir sağlık teşkilatı ağının kurulmasını amaçlayan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un en çarpıcı noktalarından biri de sosyalleştirilen bölgelerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması olmuştur. Kanununun 26. maddesi şöyledir:

“Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı veya ilgili bakanlık sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu bölgelerde kadro mevzuu olan hizmetlerinde mukavele ile sağlık personeli istihdam eder. Sağlık personeline mukavele ile verilecek ücret miktarları bu meslek mensuplarının umumi serbest kazanç seviyeleri, hizmet süreleri, ihtisasları, işgal ettikleri mevkiin önemi, yaptıkları vazifenin ağırlığı ve çalıştıkları bölgelerde maruz kaldıkları mahrumiyet şartları göz önüne alınarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının teklifi ve Devlet Personel Dairesinin tespit ettiği esaslara göre Bakanlar Kurulunca tayin olunur”.

Sözleşme süresinin 3 yıl olarak belirlendiği bu sistemde, hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır. Oldukça yüksek ücretlerle hekim istihdamına olanak tanıyan bu uygulamanın amacı, “devletleştirilen hekimlikte ekonomik teşvikle hizmet kalitesini

⁸5371 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 05.07.2005, 25866.

yükseltmek, personel eksikliğini çalışabilecek yetenekteki emeklilerin veya tamamıyla serbest sahada çalışmış personelin göreve alınmasına imkân verilmesidir” (Üner ve Fişek, 1961: 92).

Ancak 1963-1965 yıllarında uzman ve pratisyen hekimlere güvence ve ücret hakkı vererek bu hekimlerin sözleşmeli olarak doğu illerinde görev yapması ile 4924 sayılı kanuna göre sözleşmeli hekim uygulamasını birbirinden ayırmak gerekir. Sosyalleştirmede yer alan sözleşme bir ‘ek ödenek’ sözleşmesidir, çalışanın kamu görevlisi hakları ve güvencesi saklıdır. Ayrıca üç yıl aynı görevde kalırsa yüksek yan ödeme alma, süre dolduğunda - yeni sosyalleştirilen illerde- istediği yere atanma, uzmanlık giriş sınavına çalıştığı süre kadar kazanılmış ek puanla başvurma gibi haklar kazandırmıştır.

4924 sayılı kanuna göre çalışan sözleşmeli hekimlerin görev yaptıkları birimlerde kadro esasına dayalı başhekim, başhekim yardımcısı gibi yönetici pozisyonlarında da görevlendirilebilmesinin yolu açılmak istenmiş, ancak ölçüt belirlenmemiş olması sebebiyle Anayasa Mahkemesi tarafından bu uygulama iptal edilmiştir⁹.

Haziran 2011 seçimleri öncesi 632 sayılı KHK¹⁰ ile 4924 sayılı kanun uyarınca vizenlenmiş veya ihdas edilmiş sözleşmeli personel pozisyonlarında 4 Haziran 2011 tarihi itibarıyla çalışmakta olan ve 657 sayılı Kanunun 48 inci maddesinde belirtilen genel şartları taşıyanlardan otuz gün içinde yazılı olarak başvuruların, pozisyonlarının vizeli olduğu teşkilat ve birimde, bulunduğu pozisyon unvanıyla atanacağı hüküm altına alınmıştır. Seçim yatırımı olarak yorumlanabilecek olan bu uygulama ile sözleşmeli personel sayısı büyük ölçüde eritilmiştir.

⁹Anayasa Mahkemesi, 23 Temmuz 2009 tarih ve E. 2005/145, K. 2009/112 sayılı kararı, RG: 31.03.2010, 27538.

¹⁰632 sayılı *Devlet Memurları Kanununun 4 üncü Maddesinin (B) Fıkrası ile 4924 Sayılı Kanun Uyarınca Sözleşmeli Personel Pozisyonlarında Çalışanların Memur Kadrolarına Atanması Amacıyla Devlet Memurları Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname*, RG: 04.06.2011, 27954 Mükerrer.

Tablo 3. 4924 Sayılı Kanuna Göre İstihdam Edilen Personel Sayısındaki Değişim

Unvan Adı	2010 yılı Aralık	2011 yılı Aralık*
Diğer Personel	102	0
Diş Hekimi	85	2
Diyetisyen	19	1
Ebe	3.459	33
Eczacı	50	3
Fizyoterapist	21	1
Hemşire	1.929	20
Psikolog	32	1
Sağlık Memuru	4.670	104
Sağlık Teknikeri	344	3
Hekim	1.238	374
Uzman Hekim	1.006	734
Genel Toplam	12.995	1.276

*1, 2, 3 ve 4. Bölgeden pozisyonu iptal edilip 5. ve 6. Bölgeye taşınacak 111 kişi dâhil değildir.
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü verileri.

4924 sayılı kanuna göre sözleşmeli personelin güvencesiz pozisyonuna son bir örnek, kadroya geçmeyen 4924'lü sözleşmeli personelin ağırlıklı olarak Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinin oluşturduğu 5. ve 6. bölgelere tayin edilmeleridir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bir genelge ile 4924 sayılı kanuna tabi sözleşmeli personelden; 1. 2. 3. ve 4. hizmet bölgelerinde çalışanların pozisyonları iptal edileceği 5. ve 6. hizmet bölgelerine aktarılarak bu bölgelerde çalışan sözleşmeli personelin hizmet sözleşmeleri yenilenmeyeceği, söz konusu personelin 5. ve 6. hizmet bölgelerindeki boş pozisyonlara 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren en çok üç ay içerisinde yerleştirileceği belirtilmiştir.

2) 657 Sayılı Kanunun 4/B Maddesine Göre İstihdam

2005 yılında yayımlanan 5413 sayılı kanun¹¹ ile sağlık personeli istihdamında yeni bir statü yaratılmıştır. Söz konusu kanunla, 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'ya eklenen ek Madde 3 ile

¹¹5413 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik

“Kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde, ücretleri döner sermayeden karşılanmak kaydıyla 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36’ncı maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki unvanlarda çalıştırılmak üzere merkezi sınav sonuçlarına göre 657 sayılı Kanunun 4’üncü maddesinin (B) fıkrasına tabi sözleşmeli personel çalıştırılabileceği” öngörülmüştür.

657 sayılı DMK’nın 4/B maddesine göre sözleşme ile çalıştırma genellikle istisnai bir istihdam şekli olmuştur. Ancak sağlık personeli için 2005 yılında başlayan bu sözleşmeli istihdam statüsü 657 sayılı DMK’da 4 Nisan 2007 tarih ve 5620 sayılı kanunla¹² yapılan değişiklik ile memurluk gibi asli bir istihdam türü haline getirilmek istenmektedir. Bu düzenleme ile DMK’nın 4/B maddesine

“... kadrolu istihdamın mümkün olamadığı hallerde tabip veya uzman tabiplerin ... bu Kanuna tâbi kamu idarelerinde ve dış kuruluşlarda belirli bazı hizmetlerde çalıştırılacak personelin de zorunlu hallerde sözleşme ile istihdamları caizdir” ifadesi eklenmiştir.

657 sayılı kanunun 4/B maddesine göre sözleşmeli sağlık personeli istihdamı, 4924 sayılı kanuna tabi sözleşmeli personelin statüsünden ve özlük haklarından farklıdır. Herhangi bir hukuki engel olmamasına rağmen, Sağlık Bakanlığı tarafından bu madde hükmüne dayanılarak hekim (diş hekimi hariç) istihdamı tercih edilmemiştir. Ancak bu düzenleme ile çok sayıda sağlık personelinin (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) bu madde kapsamında maaşları genel bütçeden veya döner sermaye gelirlerinden ödenmek şartıyla istihdam edildiği görülmektedir.

Yapılması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Kabul tarihi 20.10.2005, RG: 01.11.2005, 25983.

¹²*Kamuda Geçici İş Pozisyonlarında Çalışanların Sürekli İşçi Kadrolarına veya Sözleşmeli Personel Statüsüne Geçirilmeleri, Geçici İşçi Çalıştırılması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG:21.04.2007, 26500.*

Tablo 4. 657 Sayılı Kanununun 4/B Maddesine Göre Sağlık Personeli İstihdamından Örnekler

Unvan	2010 yılı Aralık		2011 yılı Aralık	
	4/B Döner Sermaye	4/B Genel Bütçe	4/B Döner Sermaye	4/B Genel Bütçe
Diş Hekimi	874	1.492	9	467
Ebe	923	4.996	2	1.037
Hemşire	13.423	8.180	100	6.540
Sağlık Memuru	5.915	10.675	37	3.912
Sağlık Teknikeri	2.579	4.338	22	2.119
Toplam	23.714	29.681	170	14.075

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü verileri.

Son olarak, 632 sayılı KHK ile 4924 sayılı kanuna tabi çalışanlarla beraber bu tarihe kadar 4/B’li olarak sözleşmeli çalışan sağlık personeli pozisyonuna başvurmaları halinde memur kadrosuna atanabilmelerinin yolu açılmıştır. Ancak, kararname ile sözleşmeli istihdamın son bulmadığı, ülkemizdeki kamu personel rejiminin genel eğilimi çerçevesince yeni atamaların sözleşmeli statüde sürdüğü görülmektedir. Seçim sonrası dönemde hemen 4/B sözleşmeli personel alımına çıkmış ÖSYM verilerine göre, Ağustos ayında (KPSS-2011/8) sonuçlarına göre yaklaşık 16 bin kişi, Aralık ayında ise (KPSS-2011/9) 6.500 kişi kontenjanlara yerleştirilmiştir (ÖSYM, 2011).

3) Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı İstihdamı

1990’lı yıllarla birlikte hem nüfusun artması hem de artık hizmetlerin yerel olarak verilebilmesi için yetişmiş insangücü kaynağının oluşmasından dolayı merkezi yönetimin bazı görev ve yetkilerinin yerel kuruluşlara devredilmesinin artık bir ihtiyaç haline geldiği vurgusu (Uz, 1999: 114) ön plana çıkmıştır. Yerelleştirme ağırlıklı yaratılmaya çalışılan minimal devlet için “aile hekimliği” modeli önemli bir araç olmuştur. “Aile hekimliği” modeli ile sağlık ocağı temelli, kamu finansmanı çerçevesinde, topluma dönük ve bütüncül koruyucu sağlık hizmetleri yerini serbest piyasa ekonomisinin arz talep dengesine ve bireyi temel alan bir yaklaşıma bırakmaktadır (Gül vd., 2009: 575). Hizmet sunumu ise kamu görevlisi ile değil, girişimci hekim vasıtasıyla yürütülmektedir (Ataay, 2008: 176). Aile hekimliği, Dünya Bankasının, Türkiye’ye birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonunda

bir seçenek olarak önerilmektedir. Dünya Bankası’nın 2004 Sağlık Türkiye raporuna göre, aile hekimliği Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin en önemli adımıdır. Bu nedenle Türkiye’ye 2004 yılında 49.4 milyon Euro kredi verilmiştir.¹³

Aile hekimliği modelinde iki tür istihdam şekli öngörülmüştür. 5258 sayılı kanunla¹⁴ oluşturulan bu modelde ilk istihdam şekli; Bakanlığın ilgili ve bağlı kuruluş kadrolarında memur statüsünde görev yapmakta iken ücretsiz izne ayrılarak sözleşmeli statüde aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak çalışılmasıdır. Aile hekimlerinin¹⁵ sözleşmeleri vali veya görevlendireceği merci ile imzalanmaktadır. Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerinin kadroları ile ilişkileri devam etmekte ve talepleri halinde eski görevlerine atanmakta ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilmektedir. Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olan personel kendisinin vazgeçmesi veya herhangi bir suretle sözleşmesinin sona ermesi halinde, ücretsiz izine ayrıldığı görevine kadro veya personel dağılım cetveli fazlalığına bakılmaksızın geri dönebilmektedir. Bu şekliyle, aile hekimliği modeli kadro karşılığı sözleşmeli personel istihdamı olarak düşünülse bile “esnekleşme, yabancılaşma ve performans dayalı sözleşmeli çalışmanın bir başka adı” (Yılmaz, 2009: 159) olarak tanımlanması daha doğru olacaktır.

¹³T.C. Hükümeti ile Dünya Bankası arasında 11 Haziran 2004 tarihinde imzalanan Kredi Anlaşması ile “Sağlıkta Dönüşüm Programı”na Destek Projesi için Banka’dan 49,4 milyon Euro sağlanmıştır. Söz konusu kredi 200 milyon Dolarlık bir paketin 2004-2007 yıllarını kapsayan ilk dilimini oluşturmaktadır. Projenin temel amacı, sağlık hizmetleri sunumunun iyileştirilmesi, genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesinin alt yapısının oluşturulması, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, aile hekimliği sisteminin hayata geçirilmesi ile sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında entegre bir bilgi teknolojisi sistemi oluşturmak olarak açıklanmıştır. Proje Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından birlikte yürütülecektir. Dünya Bankasından sağlanan kredi, 4 yıl geri ödemesiz dönem olmak üzere toplam 17 yıl vadeli. T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Basın Duyurusu, 11 Haziran 2004, Sayı:2004/73, <http://www.hazine.gov.tr/duyuru/basin/2004/14.02.2007>.

¹⁴*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun*, RG: 09.12.2004, 25665.

¹⁵*Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.*

Tablo 5. Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı İstihdamına Örnekler (Ocak 2012)

Unvan	Pozisyon (İhdas edilen)	Pozisyon (Aktif çalışan)
Hekim	20.194	20.376
Ebe	0	11.485
Hemşire	20.299	6.720
Toplum Sağlığı Teknisyeni	2	498
İlk ve Acil Yardım Teknikeri	0	2
İlk ve Acil Yardım Teknisyeni	0	137

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2012 Ocak verileri incelendiğinde, 20.376 hekimin “aile hekimi” olarak sözleşme imzaladığı görülmektedir. Aktif çalışan sayısının ihdas edilen kadrodan fazla gözükmesinin nedeni, aile hekimi olarak sözleşme imzalayan hekimin görevden ayrılması, izin kullanması vb. nedenlerle yerine başka bir hekimin de facto olarak görev yapmasıdır. Hekim dışı sağlık personeli açısından ise yeterli talebin oluşmadığı görülmektedir.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunda belirtilen ikinci istihdam şekli; kamu görevlisi olmayan sağlık personelinin aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak sözleşmeli personel statüsünde çalıştırılmasıdır. Söz konusu kanunun 3. maddesinin ikinci fıkrasının son cümlesinde;

“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.”

hükmüne dayanılarak 2011 yılında Maliye Bakanlığınca vizelenen pozisyonlarda, (Tablo 5’de görüldüğü üzere hekim dışı sağlık personeli açığını kapatmak amacıyla) 3 bin kamu görevlisi olmayan aile sağlığı elemanı istihdamına olanak yaratılmıştır.

Söz konusu maddenin Anayasaya aykırı olduğu savıyla iptali için yapılan başvuruda Anayasa Mahkemesi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca sunulacak olan aile hekimliği hizmetlerinin, Devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu kamu hizmetinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler olduğu ve bu şekilde çalıştırılanların Anayasanın 128.

maddesinde yer alan “diğer kamu görevlisi” kapsamında olduğundan, iptali istenen kuralın Anayasa’ya aykırılık oluşturmadığına karar vermiştir¹⁶.

Anayasa Mahkemesi son yıllarda sağlık hizmetlerinin niteliği ve özelliği ile ilgili çelişik kararlar vermektedir. Örneğin, Anayasa Mahkemesinin 2007 yılındaki bir kararında;

“... sağlık hizmetleri nitelikleri gereği diğer kamu hizmetlerinden farklıdır... Anayasanın 47. maddesi ile 128. maddesi birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin bütünüyle devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti şeklinde nitelendirilmesi olanaklı değildir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin tamamının salt memur ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gerektiğinden söz edilemeyeceği gibi, 47. maddesinde öngörülen hizmet kapsamında bunun özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılabilmesi olanaklıdır...”¹⁷ denilmektedir.

Görüldüğü üzere aynı Anayasa Mahkemesi bir yıl önce sağlık hizmetlerini bütünüyle devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti şeklinde nitelendirilmemekte ve salt memur ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmeyeceğine karar verirken, bu kararında özel hukuk sözleşmelerine göre çalışan ve kamu görevlisi olmayan kişileri “diğer kamu görevlileri” kategorisine sokmaktadır.

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca yerine getirilecek olan sağlık hizmetlerinin de genel idare esaslarına göre yürütülmesi gereken kamu hizmeti niteliğindeki asli ve sürekli görevlerden olduğuna ve bu tür görevlerin de memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülmesi gerektiğinde tereddüt bulunmamaktadır.

Anayasa Mahkemesinin kararında dikkat çeken husus, bu kişilerin “diğer kamu görevlisi” kategorisine sokulmasıdır. Ancak, aile hekimliği uygulamasında istihdam edilen kamu görevlisi olmayan kişilerin “diğer kamu görevlisi” sayılmayacakları, bunlarla idare arasında akdedilen sözleşmenin bir “idari hizmet sözleşmesi” olmayıp, özel hukuka tâbi bir hizmet sözleşmesi niteliğinde bulunduğu görülmektedir. Devletin asli ve sürekli görevlerinden olan ve genel idare esaslarına göre memur veya diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gereken aile hekimliği uygulamasına ilişkin sağlık hizmetlerinin, özel hukuk sözleşmesi ile çalışan ve idari hizmet sözleşmesi olmadığı için kamu hukuku bağlantısı bulunmayan bu nedenle de memur ya da diğer kamu

¹⁶Anayasa Mahkemesi, 21 Şubat 2008 tarih ve E:2005/10, K: 2008/63 sayılı kararı, RG:07.11.2008, 27047.

¹⁷Anayasa Mahkemesi, 22 Kasım 2007 tarih ve E.2004/114, K.2007/85 sayılı kararı, RG: 24.12.2007, 26736.

görevlisi sayılması mümkün olmayan kimseler tarafından yerine getirilmesine olanak sağlanmaktadır.

4) 663 Sayılı KHK Kapsamında Sözleşmeli İstihdam

Kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri haline dönüştürülmesi 2007 yılında TBMM gündemine gelen ve 26 Mart 2010 tarihinde Genel Kurula sunulan “Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı” ile düşünülmekteyken, 2011 yılının Kasım ayında yayımlanan 663 sayılı KHK ile Bakanlığın bağlı kuruluşu olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatı olarak her ilde en az bir adet olmak üzere, o ildeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının dâhil edileceği Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) kurulmuştur.

663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığının örgütlenmesi, fonksiyonu ve görevleri, hizmet sunum kriterleri ile personel istihdam yapısı köklü bir değişikliğe uğramıştır¹⁸. Bu köklü değişikliklerden biri olan KHB’lerin yönetimi genel sekreter tarafından, Birliğe bağlı her bir hastanenin ise hastane yöneticisi tarafından yönetilmesi, başhekimlik ile idari işler, mali işler ve tıbbi bakım hizmetleri müdürlüklerinin hastane yöneticisine bağlı olarak çalışması düzenlenmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu başkanının iki yıllık süre sınırı ile sözleşme imzalayacağı, dört yıllık herhangi bir alandaki yüksekokuldan mezun ve herhangi bir sektörde belli süre ile iş deneyimi bulunan, iş güvencesine sahip olmayan 100 genel sekreterle birlikte 663 sayılı KHK’nın 32. maddesi ve ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen 10.300 personelin sözleşmeli statüde istihdam edilmesi öngörülmüştür.

Aslında kamu hastanelerinde sözleşmeli statüde personel istihdamı girişimi uzun bir geçmişe dayanmaktadır. 1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile hastane hizmetlerinin "sağlık işletmesi" modeli ile sunulması ve sözleşmeli personel çalıştırılması Anayasa Mahkemesi

¹⁸Aynı zamanda 663 sayılı KHK ile bürokratik örgütlenme açısından personel yönetimi parçalı bir yapıya bürünmüştür. Eski yapıda yer alan Personel Genel Müdürlüğü kaldırılarak, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü oluşturulmuş ve sağlık insan gücünü planlama görevi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne verilmiştir. Yeni yapıyla oluşturulan 4 bağlı kuruluş (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü) kendi kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik işlemlerini yürütmekle sorumlu kılınmıştır. Bu yapı göz önüne alındığında Bakanlık düzeyinde merkezi bir personel yönetiminden söz etmek zordur.

engeline takılmıştır¹⁹. Dünya Bankası tarafından Mart 2003’te yayımlanan *"Türkiye: Verimliliği ve Erişimi Geliştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar"* adlı rapor ile hastane hizmetlerinin yarı-kamusal tüzel kişiliğe sahip birimlerce yürütülmesi önerisi dile getirilmiştir. Raporla, ilk aşamada birlik personelinin devlet memuru statüsünde kalacağı, fakat sonunda her birlik personelinin sözleşmeli olacağı, uzun dönemde ise açık-uçlu sözleşmelerle istihdam edilecekleri belirtilmektedir (World Bank, 2003: 64-65).

663 sayılı KHK ile kamu hastanelerinin personel sisteminin işletmeci bir yapıyla yapılandırıldığı görülmektedir. “İşletmeci anlayışın esasını başta üst düzey yöneticilerin hizmet sözleşmesiyle çalıştırılmaları ve performansla göre ücretlendirilmeleri oluşturmaktadır” (Eren ve Eken, 2007: 184). KHK ile birlik bünyesinde üst düzey yöneticilerinin (genel sekreter, tıbbi/idari/mali hizmetler başkanı, hastane yöneticisi vd.) özel veya kamu sektöründe bir süre çalışmış olmak şartıyla sözleşmeli statüde istihdamlarının yolu açılmıştır. Özel sektörden kamu sektörüne personel geçişini kolaylaştıran ve çalışanların sorumluluğunu arttıran bu düzenleme birliklerin personel seçiminde söz sahibi olmasına ve esnek istihdama yol açmaktadır. Ancak, üst düzey yönetici pozisyonunda çalışan personelin sözleşmeli olarak çalıştırılması, kamu hizmetlerinin sürekliliği ve kamu hizmetinin doğasına uygun olup olmadığı tartışma konusudur. Ayrıca, bu düzenleme ile uzun zamandır gündemde olan hastane başhekim ve yardımcılarının yönetsel nitelikteki görevlerden arındırılması ve bu tip görevlerin hastane yöneticilerine bırakılması önerisi (Kaya, 1991: 104-110) de hayata geçirilmiştir.

Geleneksel anlayışta memur, devletin asli ve sürekli görevlerini yerine getirir ve devletin otoritesini temsil ettiği için sözleşme hukukuna değil statü hukukuna bağlıdır (Eren ve Eken, 2007: 182). Ancak KHK’nın 32. maddesinin altıncı fıkrası gereğince, kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar, kendilerinin isteği ve kurumlarının onayı ile tabloda belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde istihdam edilebileceklerdir. Dolayısıyla kamu çalışanlarına dönük olarak sözleşme hukukunun uygulanma olanağı kazandığını söyleyebiliriz. Sözleşmeli personel pozisyon unvan ve sayıları Tablo 6’da gösterilmiştir.

¹⁹İlgili karar için bakınız. Anayasa Mahkemesi, 19 Nisan 1988 tarih ve E.1987/16, K.1988/8 sayılı kararı, *Anayasa Mahkemesi Kararları Dergisi*, Sayı:24, s.81-137.

Tablo 6. Sözleşmeli Personel Pozisyon Unvan ve Sayıları

POZİSYON UNVANI	POZİSYON SAYISI
Genel Sekreter	100
Tıbbi Hizmetler Başkanı	100
İdari Hizmetler Başkanı	100
Mali Hizmetler Başkanı	100
Uzman	2.000
Hastane Yöneticisi	500
Başhekim	850
Müdür	1.700
Başhekim Yardımcısı	2.000
Müdür Yardımcısı	2.400
Büro Görevlisi	450
TOPLAM	10.300

Kaynak: 663 sayılı KHK Ek (II) Sayılı Cetvel

Özel kesimden kamu kesimine yönetici transferinin özendirilmesi, rekabetçi bir tarzda örgütlenme (birliklerdeki hastanelerin yukarıdan aşağıya doğru A, B, C, D ve E şeklinde gruplandırılması ve yöneticilerin performansının bu gruplandırma kriterlerine göre belirlenmesi), birlik hastanelerinin değerlendirilmelerinin kamu veya özel kuruluşlara yaptırılabilmesi, kamu görevlilerinin geleneksel statülerinde aşınma, kamu kesimi ile özel kesim arasındaki ayırım çizgisinin giderek belirsizleştiğini (Tutum, 2003: 447) gösteren emareler olarak KHB'lerde dikkat çekmektedir.

KHB'de sözleşmeli statüde istihdam edilen personelin iş sözleşmelerinin ayrılmaz parçasının “performans ölçütleri” olarak belirlenmesi ve bunun da KHK'nın 32. maddesinin beşinci fıkrasında yer aldığı gibi “başarı” ölçütüne bağlanması kamu hastanelerine ekonomik birer işletme özelliği kazandırılacağı ve kâr güdüsü ile hareket edileceğinin göstergesidir.

Söz konusu KHK'nın 45. maddesinde yer alan ve “sözleşmeli uzman” çalıştırılması düzenleyen bir diğer husus ise, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında özel bilgi ve ihtisas gerektiren nitelikli bir işin yapılması veya proje hazırlanması veya yürütülmesi için 657 sayılı kanun ve diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın proje süresince ve her halde üç yıla kadar sözleşme ile yerli ve yabancı uzman çalıştırılabilmesidir. Bu şekilde çalıştırılacak personel sayısı 150'yi geçemez ve bunların Bakanlık ve bağlı kuruluşlarına dağılımı Bakan tarafından belirlenir. Dikkatle bakıldığında bu düzenlemenin aslında 657 sayılı DMK'nın 4/B

maddesinin başlangıçtaki ruhuna ve gerekçesine uygun olarak yapılandırıldığı göze çarpmaktadır.

KHB’lerde sözleşme hukukuna ve esnek kurallara dayalı, güvencenin iş ve görevle sınırlı olduğu, görevde kalmanın başarıya endekslendiği, ücretlendirmenin farklılaştırılmış ücret şeklinde verildiği, ödüllendirmenin ek ödemeye bağlandığı ve performans değerlendirme sisteminin geliştirildiği dikkate alındığında; personel rejiminin işletmecî yaklaşımın esasları üzerine yerleştirildiği ve sağlık hizmetinin memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gereken idari personel rejiminin bir parçası olmaktan çıkarıldığı görülmektedir.

B. Taşeron İstihdam

1988 yılında 318 sayılı KHK²⁰ ile yasal zemine kavuşan taşeronlaştırma uygulaması giderek yaygınlaşmıştır.²¹ Yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerinde başlayan sağlıkta taşeronlaşma süreci, önce diğer destek hizmetlerine, daha sonra da tedavi hizmetlerine kadar yayılmıştır (Ulutaş, 2011:198). Sağlık personelinin hizmet satın alma yolu ile çalıştırılması konusunda ilk adım 2003 yılında 657 sayılı DMK’nın 36. maddesinin "III-

²⁰Memurlar ve Diğer Kamu Görevlileri İle İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname, RG:31.03.1988, 19771.

²¹Çalışmasında “Taşeronlaşma neden 1988 yılında başlamış, 1993 sonrası asli ve sürekli hizmetleri de kapsayacak şekilde yaygınlaşmıştır” sorusunu soran Aslan, “Bu sorunun yanıtı Türkiye’deki artık değeri baskılamadaki tarihsel değişikliktedir. 1989 yılına kadar süren dönemde artık değerin ekonomi dışı yollarla baskı altına alınması, bu tarihten sonra, artık değerin baskılanmasının ekonomik alana havale edilmesi taşeronlaşma sürecini başlatmıştır.” demekte ve eklemektedir; “Artık değeri baskılamının ekonomik alana kayması, sermayeyi yeni coğrafyalar bulmaya itmiş, bu coğrafya tüm dünyada olduğu gibi kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi ve taşeronlaşması olmuştur. Taşeronlaşma ile hizmetin bütününe ya da bir parçasını yerine getiren sermaye, bir yandan sefalet ücretiyle taşeron işçiler istihdam etmekte, böylece bu alanı kamu personeli istihdamına kapatmakta, metalaştırarak sermaye birikimine açmaktadır. Sermaye diğer yandan, 1990’ların başında yükselen devletin iç borçlanması sürecinde kamusal kaynakların (vergilerin) personel harcamalarını baskılayarak iç borç faizi olarak kendisine dönmesini sağlamaktadır. Sermaye böylece ödediği sınırlı vergileri de geri almaktadır. Bu süreçte sermaye, devlet aygıtı içerisinde taşeron işveren olarak birincil bölüşüm ilişkilerinden doğrudan artık değer çekmekte, diğer yandan da daralan kamu personel harcamaları ile kamu bütçesi içerisinde, toplumsal kaynakların yüksek iç borç faizlerine aktarılmasını sağlamış olarak, ikincil bölüşüm ilişkilerinden artık değeri dolaylı olarak çekmektedir.” (Aslan, 2005: 391-392).

Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı” başlıklı bendine 4924 sayılı kanununun 11. maddesi ile eklenen

"Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir"

hükmü ile atılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından bu maddeye dayalı olarak “Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller” adlı bir düzenleme yayınlanmıştır²². Söz konusu düzenleyici işlem, uzman hekim, hekim, hemşire, hastabakıcı vb. ayırımına gitmeksizin tüm sağlık ve yardımcı sağlık personelinin sunacağı hizmeti kapsamaktaydı. Ancak Sağlık Bakanlığı 25 Ağustos 2004’te yayımladığı bir genelge ile hekimliğin “ikinci emre kadar” satın alınacak hizmetlerden çıkarıldığını duyurmuştur.

Söz konusu maddenin iptali için Danıştay’da açılan davada, dosyanın Anayasa Mahkemesine gönderilmesi sonucunda 24 Kasım 2004 tarihinde işlemin yürütülmesinin durdurulmasına karar verilmiştir. Anayasa Mahkemesi 22 Kasım 2007 tarihinde verdiği kararla ilgili hükmü Anayasaya aykırı bulmamıştır²³. Burada dikkat çeken nokta Anayasa Mahkemesinin sağlık hizmetlerinin niteliği ve sunumu hakkındaki görüşleridir. Mahkeme,

Anayasanın 47. maddesi ile 128. maddesini birlikte değerlendirerek, sağlık hizmetlerinin bütünüyle devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti şeklinde nitelendirilmesinin

²²RG: 05.05.2004, 25453.

²³Anayasa Mahkemesi, 22 Kasım 2007 tarih ve E.2004/114, K.2007/85 sayılı kararı, RG: 24.12.2007, 26736. “Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi tarafından, 5.5.2004 günlü, 25453 sayılı RG’de yayımlanan "Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine ilişkin Esas ve Usuller" in, Denizli Devlet Hastanesinde 7 hekim ve 5 diğer sağlık personeli hizmetinin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin 4 Ağustos 2004 tarihinde yapılacak ihalenin ve Denizli Devlet Hastanesinde 2004 yılı (4 aylık) Psikiyatri Uzmanı, Onkoloji Uzmanı, Çocuk Psikiyatri Uzmanı, Alerji Hastalıkları Uzmanı Hizmetleri Satın Alma İşi Teknik Şartnamesinin iptali istemiyle Sağlık Bakanlığına karşı açılan davada, Anayasa Mahkemesi; sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dâhil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, ücretleri döner sermaye gelirlerinden karşılanmak kaydıyla, lüzumu halinde hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesinin olanaklı olduğuna karar vermiş böylece hekim ve diğer sağlık personelinin taşeron olarak çalıştırılmasının önünde hukuki bir engel kalmamıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı yayımladığı genelge doğrultusunda şu an için taşeron hekim çalıştırmayı tercih etmemektedir.

olanaklı olmadığına, dolayısıyla sağlık hizmetinin tamamının salt memur ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gerektiğinden söz edilemeyeceğine, Anayasanın 47. maddesinde öngörülen hizmet kapsamında bunun özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılabilceğinin olanaklı” olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

Bu düzenleme, Anayasanın "kamu hizmeti görevlileriyle ilgili hükümler" başlıklı 128. maddesinde öngörülmeleyen bir istihdam şeklini düzenlemekte; idarenin doğrudan genel idare esaslarına göre yürüttüğü sağlık hizmetinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlerin "hizmet satın alınması" yoluyla gördürülmesi şeklinde, dolaylı olarak bir özelleştirme getirmektedir.

Doğrudan doğruya personel istihdamına yönelik düzenlemelere yer vermese de 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa dayalı olarak radyoloji görüntüleme, laboratuvar gibi tıbbi tetkik ve tanı hizmetlerinde tıbbi cihazların işletmesi için yapılan ihalelerde, sağlık personelinin hizmet alımı içine yedirildiği görülmektedir²⁴. Hızlı biçimde artan bu tarz taşeron istihdam biçimi, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde esnek istihdam rejiminin en güvencesiz kategorisini oluşturmaktadır. Bu düzenlemeler, kamuda sağlık personeli istihdamını azaltmaya yönelik olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin piyasaya mekanizmalarına uyarlanmasının bir yöntemidir.

²⁴Gebze Fatih Devlet Hastanesinde 2006 - 2007 yılı için radyoloji görüntüleme hizmetinin 7 gün 24 saat gerekli sayı ve nitelikte kendi bünyesinde en az iki radyoloji uzmanı, yeteri kadar röntgen teknisyeni, sekreteryaya ve temizlik elemanı çalıştırılarak karşılanması için yapılacak ihalenin iptali istemiyle açılan davada; Danıştay, tıbbi tetkik ve tanı hizmetlerinin, hasta ve özel sağlık kuruluşu arasında herhangi bir maddi ilişki oluşturulmaksızın, bizzat hastane idaresince satın alınmasının ve yine aynı hastane bünyesinde konuşlandırılan merkezlerde zaman ve kaynak israfına yol açılmaksızın, idarenin denetim ve gözetimi altında sunulmasının, hizmet bedellerinin döner sermaye işletmesi gelirlerinden karşılandığı ve ciddi bir tasarruf sağlanacağı da anlaşıldığından, kamu yararına ve hizmet gereklerine uygun olduğu sonucuna ulaşıldığından konuya ilişkin davanın mevzuata aykırı olmadığına karar vermiştir. Danıştay 13. Dairesi, 13 Haziran 2008 tarih ve E.2006/3097, K.2008/4811 sayılı kararı, *Danıştay Dergisi*, Y:38, S:119, (2008), s.465-469.

Tablo 7. Sağlık Bakanlığı Hizmet Alımlarından Örnekler (2011 Aralık)

Hizmet Kolu	Toplam Personel	Kurum Sayısı
Temizlik Hizmet Alımları	52.849	996
Yemek-Piştirme-Dağıtım ve Sonrası Hizmet Alımları - Malzemesiz Yemek	1.120	116
Yemek-Piştirme-Dağıtım ve Sonrası Hizmet Alımları - Malzemeli Yemek	7.249	476
Bilgi Sistemlerine Yönelik Hizmet Alımları	38.760	883
Koruma ve Güvenlik Hizmet Alımları	13.177	702
Bakım ve Onarım Hizmet Alımları	3.064	281
Görüntüleme Hizmet Alımları	189	48
Çamaşır Yıkama (İşçi Çalıştırılıyorsa)	167	23
Sağlık Hizmeti Alımları	102	26
Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmet Alımları	219	30
Laboratuvar Hizmet Alımları	117	35
Hasta ve Ziyaretçileri Yönlendirme Hizmet Alımları	1.928	104
Şoförlük Hizmet Alımları	337	49
Bahçe Bakımı, Kalorifer Yakma vb.	186	75
Arşiv Hizmetleri Alımları	99	9
TOPLAM	119.563	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı verileri.

Tablo 7’de görüldüğü üzere kamu hastanelerinde “sağlık hizmet alımları” ile 102 personel çalıştığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığında asli ve sürekli görevlerin “hizmet alımı” yoluyla gördürülmesinin sınırlı olduğu gözükse de, diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de kamu-özel ortaklığı (KÖO) ve KHB tarzı yeni örgütlenme şekillerinin uygulamaya girmesi ile birlikte sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere genel anlamda bütün taşeron istihdamının yaygınlık kazanacağı öngörülebilir ki Sağlık Bakanlığı da bir yayınında bunu dile getirmektedir (Akdağ, 2010: 46).

KÖO modeliyle 22 ilde farklı fiziki boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde toplam 30 adet olarak yapılması öngörülen sağlık kampüsleri (bölge hastaneleri) hizmet örgütlenmesi ve personel rejimi açısından köklü bir değişimdir. Sağlık tesislerinin ve eklentilerinin bakımı, onarımı ve yenilenmesi işlemleri, tıbbi destek hizmetlerinin sunumu, tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesi ve hizmetlerin sunumu, sağlık tesislerindeki tüm tıbbi donanım ile mefruşatın sağlanması gibi birçok maliyet unsuru bu modelle ortadan

kaldırılarak ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilere yaptırılmaktadır. Taşeron istihdamında çok daha esnek bir zemin yaratan KÖO küresel sermayenin bir modelidir.

KÖO modelinin çalışanlar üzerindeki olumsuz etkisi sadece taşeronlaşma nedeniyle gerçekleşmemektedir. Neoliberal politikalar temelindeki örgütlenmenin vazgeçilmez olan esnek çalışma biçimlerinin uygulandığı KÖO’nun hekim ve diğer sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını etkilememesi düşünülemez. Öncelikle KÖO’nun hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hakları üzerinde olumsuz sonuçlar doğuracağı ileri sürülmektedir. KÖO hastanesinde özel amaçlı şirketin personelinin esnek statüde, hekimlerin ise güvenceli statüde çalışmasını düşünmek en azından bu reformların mantığı açısından uygun değildir. KÖO hastanelerinin içinde bulunduğu mali sorunlar doğrudan doğruya tıbbi hizmeti sunan hekim ve yardımcı personelin çalışma koşullarını da etkilemektedir. İngiltere’de tıbbi hizmetleri özel amaçlı şirkete devretmeyerek sunmaya devam eden ve yükümlü oldukları KÖO projesi ödemeleri nedeniyle mali zorluk içine giren hastane birliklerinin mali krizi aşmada ilk çözüm yolu olarak hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin maaşlarını azaltma ya da personelin bir bölümünü işten çıkarma yoluna gittikleri görülmektedir (Karasu, 2011:252-253).

C. Vekil Ebe/Hemşire İstihdamı

Personel yönetiminde benimsenmiş olan bir kurum olarak vekâlet, “kamusal hizmetlerin sürekliliği ilkesi çerçevesinde devlet faaliyetlerinin aksamamasının önüne geçilmesi için sürekli ya da geçici olarak boşalan kadrolara üçüncü kişilerin vekil olarak atanması” (Kazancı, 2007: 3) şeklinde tanımlanabilir. Vekâlet kurumunun dayanağını 657 sayılı kanunun 86. maddesi oluşturmaktadır. Söz konusu maddede yer alan;

“Memurların kanuni izin, geçici görev, disiplin cezası uygulaması veya görevden uzaklaştırma nedenleriyle işlerinden geçici olarak ayrılmaları halinde yerlerine kurum içinden veya diğer kurumlardan veya açıktan vekil atanabilir. Bir görevin memurlar eliyle vekâleten yürütülmesi halinde aylıksız vekâlet asıldır. Ancak, ilkökul öğretmenliği (yaz tatili hariç), tabiplik, diş tabipliği, eczacılık, köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik, mühendis ve mimarlık, veterinerlik, vaizlik, Kur’an kursu öğreticiliği, imam-hatiplik ve müezzin-kayyımlığa ait boş kadrolara Maliye Bakanlığının izni ile açıktan vekil atanabilir”

düzenlemesine 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 izin alarak ilgili kişiyi vekil ebe/hemşire olarak atamaktadır. “İş güvencesi bulunmayan vekil ebe ve hemşireler vekâlet ettikleri görevin kadro derecesinin 2/3 oranında ücret olarak ucuz bir istihdam şekli oluşturmaktadırlar” (Ulutaş, 2011:207).

663 sayılı KHK ile yapılan düzenlemelerden biri de vekil ebe/hemşireler ile ilgilidir. 663 sayılı KHK'nın geçici 11. maddesi ile Sağlık Bakanlığında 657 sayılı kanunun 86. maddesine göre vekil ebe/hemşire olarak en az bir yıldan beri çalışmakta olan ve anılan kanunun 48. maddesinde belirtilen genel şartları taşıyanlardan KHK'nın yayımı tarihinden itibaren otuz gün içinde yazılı olarak başvurular, çalıştığı pozisyon unvanlarına göre, 657 sayılı kanunun 4/B maddesi kapsamında vizelenecek ebe/hemşire unvanlı sözleşmeli personel pozisyonlarına atanmalarına imkân tanınmıştır. Bu çerçevede geçici olması öngörülen vekâlet kurumunun uygulamada istismar edilerek sürekli bir karakter kazandığı Sağlık Bakanlığında vekil ebe/hemşire olarak çalışan yaklaşık 3 bin kişinin 4/B'li olarak atanmasına olanak yaratılmıştır. Ayrıca, 632 sayılı KHK ile 657 sayılı kanunun 4/B maddesi ve 4924 sayılı kanun uyarınca sözleşmeli olarak çalışan personelin memur kadrolarına atanmalarına rağmen, açıktan görevlendirilen vekil ebe/hemşirelerin memur kadrosuna atanmaması tartışma konusu olmuştur. Ancak Sağlık Bakanlığı'nda vekâlet uygulamasını “sonlanmış” bir istihdam biçimi olarak düşünmek mümkün değildir. Özellikle köy ve belde yerleşimlerinde vekâlet uygulamasının devam edeceği öngörülebilir.

D. Yabancı Sağlık Personeli İstihdamı

Türkiye’de optimal hekim sayısının ne olması gerektiği, var olan hekim sayısının yeterli olup olmadığı, niteliğin mi yoksa niceliğin mi ön planda olması gerektiğine ilişkin tartışmalar uzunca bir dönem gündemi işgal etmiş olmakla beraber hükümet ve meslek kuruluşları arasında bir anlaşma sağlanamamıştır (Sezer ve Yıldız, 2009: 49). Bununla beraber 663 sayılı KHK'nın 58. maddesiyle 11.04.1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 4. maddesinde yer alan “*Türk hekimlerinin*” ifadesi “*hekimlerin*” şeklinde değiştirilmiş ve Türkiye’de yabancı hekim çalıştırılmasının önü açılmıştır. Yine, 25 Şubat 1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 3. maddesi “*Bu Kanun hükümlerine göre hemşire unvanı kazanmış olanların dışında hiç kimse Türkiye’de hemşirelik mesleğini icra edemez*” şeklinde değiştirilerek yabancı hemşire çalıştırmanın önündeki engeller de kaldırılmıştır.

Benzer bir düzenleme, daha önceki yasama döneminde de yapılmış ancak dönemin Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer’in veto etmesi nedeniyle kanunlaşma imkânı bulmamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Haziran 2006 tarihinde TBMM’ye sunulan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı’nda yabancı hekim istihdamı için aşağıdaki gerekçeler sunulmuş idi:

Ülkemizdeki tabip sayısının ve dağılımının istenilen şekilde sağlık hizmeti verilmesine kâfi gelmediği bilinen bir gerçektir. Gerçekten, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre hâlen ülkemiz, tabip sayısı bakımından Avrupa bölgesindeki 52 ülke arasında sonuncu sırada bulunmaktadır. Tıp fakültelerinin bugünkü kapasitesi ile ülkemizdeki tabip açığının kapatılması ve Avrupa ortalamasına ulaşılması da mümkün bulunmamaktadır. Diğer taraftan, ülkemiz sağlık hizmetlerine ve tıp bilimine katkı sağlayacak yabancı tabiplerin ülkemizde sağlık hizmeti verebilmeleri de mer’i mevzuatımıza göre mümkün değildir.

Ülkemizdeki hekim sayısının artmasına katkı sağlamak, başarılı yabancı tabiplerin ülkemizde çalışmalarının önündeki engelleri kaldırmak ve Avrupa Birliği’ne tam üyelik sürecinde kişi ve hizmetlerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılması amacıyla uygun olarak, Türkiye’de tababet icra edebilmek için Türk olmak şartının kaldırılması gerekmektedir (T.C. Başbakanlık; 2006: 4).

Yabancı hekimlerin tıbbi uygulama yapmasına izin veren kanun maddesinin veto gerekçelerinde vurgulanan hususlar ise şunlardır:

Cumhuriyet tarihinde ilk kez, sağlık alanında uygulanagelen Türk doktorları merkezli sağlık politikasından vazgeçilmektedir.

Türk doktorları toplumun sağlık sorunlarını ve sosyal sorunlarını bilerek, hizmet isterlerine uygun biçimde yetiştirilmektedirler. Bir doktorun, toplumsal gerçekleri ve koşulları bilmeden sağlık alanında hizmet vermesi, nitelikli hizmet üretilmesi yönünden sakıncalıdır. Yabancı doktorların dil sorunları da bu olumsuzluğu artırıcı bir öğe olarak değerlendirilmektedir.

Öte yandan, ülkemizde, doktor sayısının yetersizliğinden çok dengeli ve adil olmayan bir dağılım ve sağlıkta alt yapı eksikliği sorunu bulunmaktadır.

Ayrıca, ülkemizin kimi yöresel koşulları, çalışma koşulları ve ekonomik koşullar göz önünde bulundurulduğunda Türkiye’ye nitelikli yabancı doktor gelmeyeceği de bir gerçektir.

Türkiye Cumhuriyeti yurttaşı doktorların henüz istihdam sorunu çözülmemişken, yabancı uyruklu doktorların Türkiye’de çalışmasını olanaklı kılmanın yerinde olmayacağı değerlendirilmektedir.

Avrupa Birliği’ne henüz üye olmadığımız için, doktorlarımızın serbest dolaşım hakkına sahip bulunmadıkları gerçeği bir yana, düzenleme ile yalnızca AB ülkelerinin değil, tüm ülkelerin doktorlarına ülkemizde çalışma olanağı sağlanmaktadır. Eğitim ve çalışma koşulları kötü olan ülkelere, düşük ücretle çalışmaya istekli doktorların ülkemize gelmesi, sağlık kalitesini daha da düşürecektir (TBMM Tutanak Dergisi, 2007:106-107).

2007 yılında ortaya konulan söz konusu veto gerekçeleri, günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır. Kaldı ki, tıp fakültelerinde kontenjanların artırılması ve devlet hizmeti yükümlülüğü uygulaması nedeniyle 2007 yılından bu yana Türkiye’deki hekim sayısında ve kamu kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen hekim sayısında anlamlı bir artış olmuştur. Ülkemizde, sorunun hekim sayısındaki yetersizlik olmadığı, Tablo 8’de görüldüğü gibi sorunun hekim dağılımındaki dengesizlik olduğu ileri sürülen temel iddialardandır.

Tablo 8. Sağlık İş Gücünün Coğrafi Dağılımı 2012 Ocak *

	En iyi durumdaki il	En kötü durumdaki il	Türkiye Geneli
1000 kişilik nüfusa düşen toplam hekim sayısı	2,18 (Ankara)	0,7 (Şırnak)	1,37
Uzman hekim başına düşen nüfus**	572 (Ankara)	3.117 (Şırnak)	1.138
Pratisyen hekim başına düşen nüfus**	1.370 (Tunceli)	2.639 (Şırnak)	2.047
Hemşire başına düşen nüfus	339 (Trabzon)	1.284 (Şırnak)	621
Ebe başına düşen nüfus	459 (Tunceli)	2.702 (Hakkâri)	1.472

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü verileri

*Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektörü kapsamaktadır. Nüfus hesaplamalarında *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi* dikkate alınmıştır.

** Asistan hekimler dâhil değildir.

Bu bakımdan yabancı hekim istihdamının ülkemizdeki sağlık sorunlarını çözmeyeceği açıktır. Yabancı hekimlerin hangi koşullarda, hangi bölgelerde çalıştırılacağı, niteliğinin ne olacağı ise belirsizliğini korumaktadır. Bununla beraber yukarıda da vurgulandığı üzere Türkiye’de hekim sayısının yeterli olup

olmadığına ilişkin bir görüş birliği de yoktur. Örneğin Sezer ve Yıldız tarafından yapılan bir çalışmada yabancı hekim istihdamının alternatifi “yerel hekim arzını arttırmak” olarak görülmüş ve her iki yöntemin de faydaları ve sakıncaları tespit edilmiştir. Buna göre yabancı hekim istihdamının faydaları; ülkedeki hekim istihdamının sayısal olarak artmasıyla yerel hekim arzı açığının kapatılabileceği, bu hekimlerin tıp eğitimi için yerel kaynak harcanmasına gerek olmayacağı ve bu hekimlerin çalışma yerleri konusunda yerli hekimlere nazaran daha esnek olacağı kırsal alanlarda da rahatça çalışabilecekleridir. Sakıncaları ise yabancı hekimlerin mesleki yeterliliklerinin ülke standartlarına uymayabileceği²⁵, ülkenin diline ve kültürüne hâkim olmakta güçlük çecekleri ve dalgalı bir seyir izleyen göç nedeniyle uzun dönemli sağlık insangücü politikalarının geliştirmesinin güç olacağıdır. Bunun alternatifi olarak gösterilen yerel hekim arzını artırma yönteminin faydaları ise; bu hekimlerin mesleki yeterliliklerinin belli bir standartta olduğu, hekim göçüne bağımlılığın böylece oluşmayacağı ve uzun dönemli insangücü politikasının bu sayede geliştirilebileceğidir. Ancak hekim açığının bu yöntemle kısa dönemde kapanmayacağı, bu politikanın uzun bir süre ve maddi kaynak gerektireceği ve dağılım sorununun bu yöntemle çözülemeyeceği ileri sürülmektedir (Sezer ve Yıldız, 2009: 67).

Yabancı personel istihdamı 663 sayılı KHK’nın 49. maddesi ile getirilen sağlık serbest bölgeleri uygulaması ile birlikte değerlendirildiğinde, bu düzenlemenin amacının geniş halk kitlelerine sağlık hizmeti sunmak olmadığı, ancak bunun yabancı sermayenin ucuz iş gücü ihtiyacının karşılanmasına yönelik bir düzenleme olduğudur. Sağlık serbest bölgelerinin ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla 1998 yılında dönemin Sağlık Bakanı tarafından da savunulduğu (Erişoğlu, 2008: 232) görülmektedir. Bu uygulama ile son yıllarda popüler hale gelen sağlık turizmini geliştirmek ve yabancı doğrudan yatırımları ve sermaye girişini teşvik etmek amacı ön plandadır.

Yabancı personel istihdamını AB’ye uyum süreci ve Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS)²⁶ bağlamında da düşünmek gerekmektedir. Türkiye

²⁵Yabancı hekimlerin lisanslanması konusunda ülkeden ülkeye değişebilen uygulamalar görülmektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz. (Sezer ve Yıldız, 2009: 43-78).

²⁶15 Nisan 1994 tarihinde Marakeş’de imzalanan Uruguay Round Sonuç Belgesi (Nihai Senet) kapsamında yer alan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS), uluslararası hizmet ticaretine ilişkin temel kavram, kural ve ilkeleri ortaya koyan ilk çok taraflı anlaşmadır. Türkiye’nin de kurucu üye olarak imza koyduğu ve 1 Ocak 1995 tarihinde yürürlüğe giren Nihai Senet 25 Şubat 1995 tarihinde TBMM’de

ile AB arasında ortaklık kuran Ankara Anlaşması Türkiye'nin AB'ye tam üyeliğini hedeflemekte böylelikle Türkiye ile AB arasında 4 temel serbestinin (malların, hizmetlerin, sermayenin ve kişilerin serbest dolaşımı) sağlanmasına yönelik hükümler ihtiva etmektedir. AB'ye üyelik sürecinin bir "gereği" olarak öne çıkan bu durum aynı zamanda GATS anlaşmasının da hükümlerinden biridir. GATS gereği rekabeti engelleyen uygulamaların ortadan kaldırılması, yabancı sermaye yatırımına izin verilmesi ve sağlık sektörünün alt yapısının yabancılara açılması hedefine yönelik bu uygulama ile piyasanın önündeki engellerin kaldırılması ve özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi kolaylaştırılmak istenmektedir. GATS yabancılara (şirket veya bağımsız çalışan) ayrımcılık getiren hükümler yaratmak veya sınırlama getiren hükümleri ortadan kaldırmayı amaçlayan dört hizmet sunum biçimi belirlemiştir. Bunlardan biri de sağlık alanında "*gerçek kişilerin serbest dolaşımı*" (diğer ülkelerde hekim veya hemşirelerin çalışması) ile ilgilidir²⁷. Türkiye'nin taahhüt listesinde, pek çok ülkede yapıldığı gibi, hangi kategorideki personelin Türkiye'ye girebileceği ve geçici olarak kalabileceği sayılarak belirtilmişti. Bunlar, idari ve teknik personel, yöneticiler ve uzman kişiler olarak sayılmıştı. Türkiye Milli Muamele kolonunda, Türk vatandaşlarına hasredilmiş meslekleri saymış ve bu mesleklerin yabancılar tarafından yapılmasına izin vermeyeceğini ifade etmişti. Bu mesleklerin bazıları hekimlik, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik, rehberlik, noterlik olarak belirlenmiş ve yabancılara özel hastane kurabilmeleri Sağlık Bakanlığı'nın iznine bağlanmış durumdaydı. Ancak 663 sayılı KHK ile rekabeti engelleyen uygulamaların ortadan kaldırılması, yabancı sermaye yatırımına izin verilmesi ve sağlık sektörünün alt yapısının yabancılara açılması hedefine yönelik düzenleme ile piyasanın önündeki engellerin kaldırılması ve özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesinin kolaylaştırılması hedeflenmiş ve yabancı hekim ve hemşirelik önündeki engeller kaldırılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan yeni bir yönetmelik ile Türkiye'de mesleklerini icra

onanmış ve 26 Mart 1995 itibariyle ülkemizin DTÖ'ye üyeliği resmi olarak ilan edilmiştir. 1994 yılında GATT Uruguay Round Müzakereleri sonuçlanmadan önce Türkiye'nin Hizmet GATS'a ilişkin olarak yapmış olduğu liberalizasyon taahhütleri, kapsamı açısından gelişmekte olan ülkelere sunulmuş bulunan en ileri düzeyde liberalizasyon tekliflerinden birini oluşturmaktadır. (DPT (2009), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Hizmet Ticaretinin Serbestleştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu Raporu, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ticaret/oik559.pdf>, 13.01.2012)

²⁷Diğer hizmet sunum biçimleri ise, sınır ötesi hizmet sunumu (tele-tıp, e-sağlık), hizmetlerin sınır ötesinde tüketimi (hasta tedavisi için yurtdışına hastaların seyahati), ticari varlık oluşturma (diğer ülkelerde sağlık kuruluşları kurma)dır (Drager ve Fidler, 2004: 4).

etmek isteyen yabancı sağlık mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına ilişkin usul ve esasların düzenlenmesi bu yöndeki iradeyi ortaya koymaktadır.²⁸

Hekim, hemşire, fizyoterapist, röntgen ve laboratuvar teknisyenleri gibi sağlık profesyonellerinin sürekli göçü genellikle gelişmekte olan ülkelerden endüstrilemiş ülkelere doğru meydana gelmektedir. Ülkeler arasındaki ücret farklılıkları ve sağlık sektöründe arz talep dengesizliği, daha iyi hayat standartları ve çalışma koşulları ile daha iyi eğitim fırsatı arayışı bunun en önemli nedenleridir. Hindistan, Filipinler ve Güney Afrika gibi ülkelerden Birleşik Krallık, ABD, Avustralya ve Doğu Akdeniz ülkelerine hekim, hemşire ve teknisyenler göç etmektedirler (Chanda, 2002: 159). Türkiye’nin bu açıdan cazibe merkezi olup olmayacağı ve Türkiye’ye nitelikli personel gelip gelmeyeceğine dair şüpheler bulunmaktadır.

Sonuç

Kamu personel sistemi, ülkenin sosyal ve ekonomik örgütlenme tarzı ne olmalıdır sorusuna bağlı olarak kurulan bir yapıdır. Bu anlamda personel sistemi, örgütlenme tarzının bağımlı değişkenidir. Toplumsal güçlerin yapısının ve toplumsal sistemlerin kurulduğu ölçeğin değişmesi kamu personel sistemini doğrudan etkilemektedir. 1980’li yıllarla birlikte devlet örgütlenmesinin küresel kapitalizmin gereklerine uyarlanması amacıyla kamu hizmet alanının istihdam sistemi bakımından piyasa ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve özelleştirilmesini sağlayacak çalışma ilişkilerini kurma girişimi kamu personeli istihdamının özellikle sözleşmelilik ve taşeronlaşma üzerinden yeniden tanımlanmasıyla olmuştur.

Bu çalışmanın konusunu oluşturan sağlık alanı ise, kamu personel yönetimine ilişkin neoliberal uygulamaların ilk olarak görüldüğü alanlardan biri olma özelliğine sahiptir. Sözleşmeli istihdam, performansa dayalı ücret sistemi, taşerona dayalı esnek çalışma koşulları, çalışma usulünde toplam kalite yönetimi sistemi gibi özel sektör istihdamındaki temel özelliklerin görüldüğü Sağlık Bakanlığında sağlık personeli istihdam rejiminin izlenmesi Türkiye’deki kamu personel istihdamının bir nevi izdüşümünü verecektir.

Türkiye’de memurluğa alternatif olarak sunulan sözleşmeli istihdam biçimine gerekçe, kamuda aşırı personel sayısı ve düşük nitelik olarak gösterilirken memurluğa göre güvencesiz olarak tanımlayabileceğimiz bu

²⁸*Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye’de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik*, RG: 22.02.2012, 28212.

istihdam biçimi desteklenmiştir. Böylece 2002 yılından itibaren yapılan Bütçe Kanunlarıyla “kadrolu” istihdamdaki artış engellenmiş ve sözleşmeli personel alımı hızlanmıştır. Sağlık Bakanlığı da bu genel uygulamanın dışında kalmamış ve dört farklı statüde sözleşmeli personel çalıştırmayı mümkün kılmıştır. Bugün itibarıyla Bakanlıktaki sözleşmeliliğin hızla büyüyen bir istihdam türü olduğunu söylemek mümkündür. 2011 yılının ortalarına kadar 105 bin sözleşmeli çalışanın görev aldığı Sağlık Bakanlığında bu sayı 632 sayılı KHK ile eritilse de, sözleşmeli personel istihdam politikasına 4/B çerçevesinde devam edilmekle birlikte aile hekimliği ve 663 sayılı KHK ile oluşturulan KHB modelleri ile ivme kazanacağı gözükmemektedir.

KHB modeli ile genellikle yönetici pozisyonunda görev yapacak toplam 10.300 personel sözleşmeli olarak istihdam edilecektir. Bu modelle yaratılan sözleşmeli statünün yaygınlaştırılması ve esnek çalışma ilişkileri ile performansa dayalı ücret sistemleri geliştirilmesi kamu personel rejimini özel sektör personel rejimine yaklaştırırken kamu-özel ayrımını da ihmal etmekte ve kamu hizmetlerinin memur ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi fonksiyonunu ortadan kaldırmaktadır. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin bütünüyle devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti olup olmadığı tartışması sağlık personel rejimini etkilemektedir. Gerek KHB’lerde yöneticilerin sözleşme ile çalıştırılacağı gerekse aile hekimliği uygulamasında kamu görevlisi olmayan aile sağlığı elemanı istihdam edilmesi, sağlık hizmetlerinin temel kamu hizmetleri arasındaki yerini sorgulamamıza neden olabilecek uygulamalardır.

Hızla büyüyen diğer bir istihdam alanı ise taşeronluktur. Taşeron personel sayısı 2003 yılından sonraki sekiz yıl içinde 11 binden 2011 yılı itibarıyla 120 bine yükselerek yaklaşık 11 kata yakın bir artış göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde taşeron çalıştırma uygulaması, yalnızca yardımcı hizmetlerle sınırlı kalmayarak asli sağlık hizmetlerini de kapsayacak biçimde genişletilmiştir. Sağlık Bakanlığında asli ve sürekli görevlerin “hizmet alımı” yoluyla gördürülmesinin sınırlı olduğu gözükse de, diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de KÖO tarzı yeni örgütlenme şekillerinin uygulamaya girmesi ile birlikte sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere genel anlamda bütün taşeron istihdamının yaygınlık kazanacağı öngörülebilir.

663 sayılı KHK ile gündeme gelen ve sağlıkta “yeni” bir sağlık istihdam politikasının temellerinin atılmasını sağlayan uygulamalardan biri de yabancı hekim ve hemşire çalıştırılmasına imkân tanınmasıdır. AB’ye uyum süreci ve GATS bağlamında değerlendirildiğinde anlam kazanan bu politika, söz konusu KHK ile getirilen sağlık serbest bölgeleri ile birlikte değerlendirildiğinde, öncelikle yabancı sermayenin ucuz iş gücü ihtiyacının karşılanmasına, özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesine yönelik bir düzenleme olduğu, ayrıca sağlık turizmini geliştirmek ve yabancı doğrudan yatırımları ve sermaye

girişini teşvik etmek amacı taşıdığı izlenimi vermektedir. Yabancı personel istihdamının önümüzdeki dönemde hayat bulacak KÖO ve KHB modelleri ile kamuda da yaygınlık kazanacağı öngörülebilir.

Sonuç olarak yukarıda sağlık alanına ilişkin olarak sunulan istihdam göstergeleri, Türkiye’de kamu istihdam alanında yaşanan “esnekleşmenin” bir izdüşümü olarak görülmeli ve izlenmelidir.

Kaynakça

- Akdağ, Recep (2007), *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002- Haziran 2007*, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın No:713, Ankara.
- Akdağ, Recep (2008), *İlerleme Raporu: Sağlıkta Dönüşüm Programı Ağustos 2008*, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın No:749, Ankara.
- Akdağ, Recep (2010), *Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları*, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdağ, Recep (2011), T.C. Sağlık Bakanlığı 2012 Mali Yılı Bütçesi’nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu’na Sunumu, 23.11.2011. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-14495/saglik-bakanligi-2012-mali-yili-butce-sunumu> (19.01.2012)
- Akdağ, Recep (2011), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003-2010)*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:839, Ankara.
- Aslan, Onur Ender (2005), *Kamu Personel Rejimi Statü Hukukundan Esnekliğe*, (Ankara: TODAİE Yayınları).
- Aslan, Onur Ender (2007), *Anayasa Mahkemesi Kararları Işığında – 1982 Anayasasına Göre Kamu Personel Rejimi*, (Ankara: Seçkin Yayıncılık).
- Ataay, Faruk (2008), "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", *Amme İdaresi Dergisi*, 41 (3): 169-184.
- Batchelder, John Stuart ve Ross C. Alexander, (2009), "Effects of Personnel Policy on the Public Administration Paradigm Shift: From Merit to Neo-managerial", *Journal of Social Science*, 21 (2): 153-159.

- Chanda, Rupa (2002), "Trade in Health Services", Special Theme – Commission on Macroeconomics and Health, *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (2): 158-163.
- DPT (2000), *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Hizmet Ticaretinin Serbestleştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara. <http://ekutup.dpt.gov.tr/ticaret/oik/559.pdf> (13.01.2012)
- Drager, Nick ve David P. Fidler (2004), "GATS and Health Related Services: Managing Liberalization of Trade in Services From A Health Policy Perspective", *Trade and Health Notes*, World Health Organization, Geneva.
- Eren, Veysel, Musa Eken (2007), "Kamu Personel Rejiminde Reform Arayışları", (Ed.Şinasi Aksoy, Yılmaz Üstüner), *Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar*, 173-193, (Ankara: Nobel Yayınları).
- Erişoğlu, Bilal (2008), "Türkiye'de İthal Hekim Tartışmaları", *Toplum ve Hekim*, 23 (3): 232-234.
- Gül, Songül Sallan, Ayşe Dericioğulları, Cem Ergun ve Hüseyin Gül (2009), "Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Üzerine Bir İnceleme", Akyıldız, Necat vd. (Eds.), *18.Yüzyıldan 21.Yüzyıla Kamu Yönetiminde Reform*, Kayfor 2008, (Ankara: Todaie Yayınları)
- Güler, Birgül Ayman (2005), *Kamu Personeli: Sistem ve Yönetim*, (Ankara: İmge Kitabevi).
- Hamzaoğlu, Onur (2007), "Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye'de Sağlıkta Reform-Dönüşüm", *Toplum ve Hekim*, 22 (6): 418-431.
- Hamzaoğlu, Onur ve Cavit Işık Yavuz (2006), "Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine", *Mülkiye Dergisi*, XXX (252): 275-296.
- Karasu, Koray (2011), "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı," *A.Ü. SBF Dergisi*, 66 (3): 217 - 262.
- Kazancı, Ahmet Koray (2007), *657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu Çerçevesinde Vekâlet Müessesesi*, Ankara, <http://www.debud.org/dokumanlar/vekalet.pdf> (15.01.2012)
- ÖSYM (2011), *Basın Duyurusu, (16 Ağustos 2011, KPSS-2011/8) ve (19 Aralık 2011, KPSS-2011/9): Yerleştirme Sonuçlarının Açıklanması*, <http://www.osym.gov.tr/belge/1-13162/saglik-bakanligi-sozlesmeli-pozisyonlarına-yerlestirme-.html> (20.01.2012).
- Sağlık Bakanlığı (1993), *Ulusal Sağlık Politikası*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2011), *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, T. C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sayan Ö. İpek ve Aytül Demirci (2010), "4/C Geçici Personel İstihdamı", *Türk-İş*, 388: 62-63.
- Sertlek, Tufan (2008), "Sağlık Hizmetleri ve Taşeronlaştırma", *Toplum ve Hekim*, 23 (4): 309-315.

- Sezer, Mustafa Serdar ve Mete Yıldız (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.
- TBMM Tutanak Dergisi* (2007), “Tezkereler ve Önergeler: Cumhurbaşkanlığı Tezkeresi (3/1215)”, Dönem 22, Yasama 5, 149 (71): 100-107 (Ankara: TBMM Basımevi)
- T.C. Başbakanlık, *27/06/2006 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı*, s.4, <http://www.basbakanlik.gov.tr/Forms/pDraft OfALaw.aspx> (16.01.2012)
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Basın Duyurusu, 11 Haziran 2004, Sayı: 2004/73, <http://www.hazine.gov.tr/duyuru/basin2004> (14.02.2007)
- TODAİE (1991), *Kamu Yönetimi Araştırması Genel Rapor*, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları No: 238, (Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası).
- Tutum, Cahit (2003), “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma”, (Ed. Burhan Aykaç, Şenol Durgun, Hüseyin Yayman), *Türkiye’de Kamu Yönetimi*, 441-457, (Ankara: Yargı Yayınevi).
- Ulutaş, Çağla Ünlütürk (2011), *Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, (Ankara: NotaBene Yayınları).
- Uz, M. Hulki (1999), “Sağlık Reformu ve Mahalli İdareler Reformunda Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, *Amme İdaresi Dergisi*, 32 (1): 103-134.
- Üner, Ragıp ve Nusret Fişek (1961), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayın No:256, Ankara.
- World Bank (2003), *“Turkey - Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency”(in Two Volumes) Volume 1: Main Report*, The World Bank Report No. 24358-TU.
- Yılmaz, Bülent N. (2009), “Aile Hekimliği: Hekim Emeğinin Değersizleşmesi ve Esnekleşmesi”, *Toplum ve Hekim*, 24 (2): 159-160.