



# SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN DURUMU ÜZERİNE

Cavit Işık YAVUZ

Doç. Dr., Halk Sağlığı ve Çevre Sağlığı Uzmanı

Türkiye’de sağlık sisteminin küresel kapitalizm ekseninde yeniden düzenlenmesini öngören sağlık reformu sürecinin son aşaması Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sağlık çalışanları üzerinde çeşitli etkiler bırakmıştır ve bırakmaya devam etmektedir. İstihdam biçimlerinden çalışma sürelerine, mesleki dağılımdan mesleklerin uygulama yer ve şekillerine kadar birçok başlıkta değişim yaşanmaktadır. Yaşanan değişim kamu ve özelde çalışanlar için farklı içerikler taşısa da eksenini ortak ve sağlık insan gücü istihdamının neoliberal çerçevede düzenlenmesini içermektedir.

Bu yazıda SDP’nin sağlık emek gücüne etkileri genel bir bakışla değerlendirilmeye çalışılmıştır. Yazının hazırlık tarihi itibarıyla 15 Temmuz sonrası sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devredilen, kapatılan ve kamulaştırılan sağlık kurumları değerlendirme dışı bırakılmıştır. Özellikle asker hastanelerin devri ile yaşanan süreç sağlık sistemine etkileri bağlamında ayrı bir değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Dünya Ekonomik Forumu 2012 ve 2014 küresel rekabet vizyonu dokümanı Türkiye’deki sağlık alanına dair saptamalar yaparak dört temel eleştiri getirmiştir: Yetersiz işgücü, verimsiz kamu bürokrasisi, kısıtlayıcı emek düzenlemeleri, politikalarda istikrarsızlık (1). Bu saptama sağlık alanında rekabet esas alınarak yapılan düzenlemelerin yetersiz kaldığını, mevcut haliyle bile halen “kısıtlayıcı emek düzenlemelerinin” bulunduğunu ifade ederek yatırım için daha çok kuralsızlaştırmanın, daha çok esnekleştirilmenin ve daha çok serbestleştirilmenin gereğine işaret etmektedir. Küresel vizyon sağlıkta piyasa düzenlemelerine gerek duymaktadır. Sağlık emekçilerinin hallerini belirleyen de bu piyasa düzenlemeleridir.

Sağlık sektörünün emek yoğun özelliği, teknolojik değişimlerden doğrudan etkilense de yeni emek biçimlerinin oluşumuna neden olmaktadır. Bu durumu da göz önüne alarak sağlık çalışanlarının

emek sürecine temel müdahaleleri üç başlıkta özetleyebiliriz: İstihdam kurallarının esnetilmesi, çalışma sürelerinin uzatılması, iş yoğunluğunun artırılması. Bu noktada unutulmaması gereken nokta bu üç faktörün de sömürüyü artıran emek müdahalelerinden olduğudur.

SDP getirdiği düzenlemelerle emek gücünde, hizmet üretiminde, çalışma biçimlerinde, örgütlenmede, iş organizasyonunda ve ücretlendirmede değişimler getirmiştir. SDP sürecinin sağlık emekçilerine etkilerine göz atmak için bu başlıklardaki duruma genel olarak göz atmak gerekmektedir.

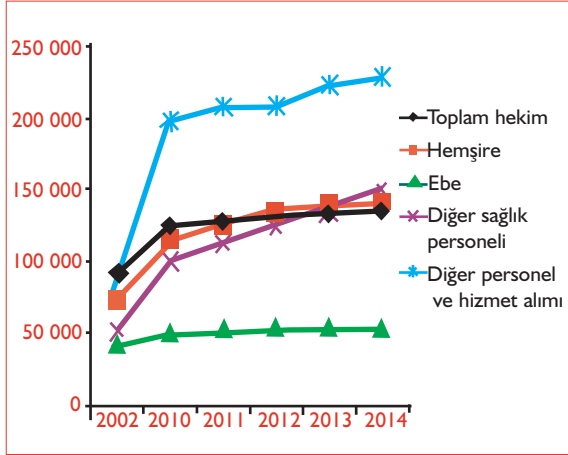
Emek gücündeki değişimler sayısal, mesleksel, görev, unvan ve istihdam başlıklarında sıralanabilir. Sayısal dağılım incelendiğinde (Tablo-1) toplam sağlık çalışanı sayısının 2002’den 2014 yılına geçen 12 yıllık sürede iki katına çıktığı izlenmektedir. Artış görülen çalışanlar arasında artış oranı itibarıyla en dikkat çeken “diğer personel ve hizmet alımı” başlığındaki artıştır. 2002-2014 artış oranı hekimler için %47 iken “diğer” başlığında birleştirilen sağlık personeli ve diğer personel ve hizmet alımı başlıklarında artış sırasıyla %199 ve %173’tür. Diğer bir deyişle her iki başlıktaki personel sayısı üç katına çıkmıştır. Bu verilere göre; 2014 yılı itibarıyla Türkiye’de 100 sağlık çalışanından; 30’u “diğer personel ve hizmet alımı”, 20’si “diğer” sağlık personeli, 19’ü hemşire, 18’i hekim (3’ü asistan, 5’i pratisyen, 10’u uzman), 7’si ebe, 4’ü eczacı ve 3’ü diş hekimidir.

Sağlık alanında kayıt dışı çalışma artmaktadır. 2010-2014 döneminde kayıt dışı çalışmanın artış gösterdiği iki sektör madencilik (%50 artış) ve sağlık (6 kat artış) olarak ifade edilmekte ve insan sağlığı ve sosyal hizmetler sektöründe kayıt dışı çalışanların sayısı 223 bin olarak tahmin edilmektedir (4,5).

Sağlık alanında taşeron sağlık işçisi sayısının 2013 yılı için 140 bine yaklaştığı tahmin edilmektedir. 2002 yılında sağlık alanında taşeronlaştırma

**Tablo-1: Yıllara göre sağlık çalışanları sayıları (2,3)**

Unvan	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Hekim (Toplam)	91.949	123.447	126.029	129.772	133.775	135.616
Hemşire	72.393	114.772	124.982	134.906	139.544	142.432
Ebe	41.479	50.343	51.905	53.466	53.427	52.838
Diğer Sağlık Personeli	50.106	99.302	110.862	122.663	134.488	149.616
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	198.694	209.126	209.736	224.618	229.625

**Grafik-1: Yıllara göre sağlık çalışanları sayısı (2)**

ile istihdam edilen sağlık personeli sayısı 11.685 iken 2013 yılında 131.201 olmuş, 2009 yılında kamudaki taşeron işçilerin (174 857) yüzde 62'sinin sağlık alanında (108 bin) istihdam edildiği belirlenmiştir (6).

2014 yılı verilerine göre sağlık çalışanları ülke genelinde 1.528 hastanede (kamu ve özel), 16.133 Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumunda, 831 tıp merkezinde, 368 özel poliklinikte, 2.555 kamu ve özel ağız diş sağlığı kurumunda (merkez, hastane, poliklinik vb) çalışmaktadır (2).

2002-2012 dönemindeki on yıllık sürede 2014 sağlık istatistiklerine göre özel hastane sayısı 2002'ye göre 2014 yılında iki katına çıkmıştır (271'den 556'ya) ve tüm hastaneler içinde özel hastanelerin oranı 2014 yılında %36'ya yükselmiştir. Diğer bir deyişle Türkiye'de her üç hastaneden biri özeldir.

Yatak sayılarında da benzeri bir eğilim göze çarpmaktadır. Özel hastane yatakları yukarıda anılan zaman döneminde sayısal olarak üç katına çıkmış ve 2014 yılında toplamın %20'sine ulaşmıştır. Türkiye'de her beş hastane yatağından biri özel hastane yatağıdır (2).

Uzman hekimlerin üçte biri özel hastanede çalışmaktadır. 2014 yılında Türkiye'de toplam sağ-

lık çalışanı sayısının 760.322 olduğu izlenmekte ve bunun yaklaşık 141 bininin (%18,5) özel sektörde istihdam edildiği görülmektedir (2).

Sağlık alanında emekçilerin sayısal artışının yanı sıra mesleki unvan ve görevler çeşitliliğinde de artış dikkati çekmektedir. 22 Mayıs 2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" kapsamında 48 unvan ve göreve yer verilmektedir (7). Bu unvan ve görevlerde dikkati çeken ebe/ebe yardımcısı, hemşire/hemşire yardımcısı ve tekniker gibi aynı mesleğin farklılaşan tanımlamaları bulunmaktadır. Bu "yardımcıların" görev tanımları incelendiğinde asıl meslek görevlerinin hemen tümüne "yardım etme" fonksiyonları olduğu izlenmektedir. Sağlık alanında yeni olan "yardımcı" kavramı 18.01.2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun çerçevesinde yasalasmıştır (8). Kanun'da dikkati çeken sağlık meslek lisesi mezunlarına yardımcı, tekniker gibi unvanlar verilmesidir. Bu tanımlara örnekler aşağıda belirtilmiştir (8):

*"Acil tıp teknikeri; ön lisans seviyesindeki acil tıp bölümünden mezun, acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla hastaya müdahale ve bu hususta lazım gelen iş ve eylemleri yapan sağlık teknikeridir.*

*Hemşire yardımcısı; sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı programından mezun olup hemşire nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.*

*Ebe yardımcısı; sağlık meslek liselerinin ebe yardımcılığı programından mezun olup ebelerin neza-*



retinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyenidir.

*Sağlık bakım teknisyeni;* sağlık meslek liselerinin sağlık bakım teknisyenliği programından mezun olup en az tekniker düzeyindeki sağlık meslek mensuplarının nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık meslek mensubudur.”

Sağlık emekçilerinin unvan, görev ve çalışma biçimi açısından bir diğer değişim “vekil ebe”, “vekil hemşire” alanında yaşanmıştır. 2005 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 86.maddesinde yapılan bir düzenleme ile köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik kadrolarına Maliye Bakanlığı’nın izni ile açıktan vekil atanabileceği hükmü getirilmiştir (9). Bu başlıkta istihdam edilen personel sayısının 2012 yılında 2.224 olduğu ve bu düzenleme ile personel alımının 2012 yılında durdurulduğu görülmektedir (10).

Ücretlendirme biçimleri ve içeriği de değişime uğramaktadır. Ücretlendirmede çalışanın mesleki unvanı, çalıştığı kurum, yaptığı görev, birim vb gibi kriterler bir yandan göz önüne alınan faktörler olurken diğer yandan aynı işi yapan aynı mesleki unvana sahip çalışanlar arasında farklı ücretlendirme yöntemleri kullanılabilir. Ücretlendirme biçimleri kamu ve özel arasında da ciddi farklılıklar ortaya çıkarmıştır. Kamuda çalışanlarda maaş + sabit + değişken biçiminde formüleleştirilebilecek bir sistem özellikle kamu hastanelerinde öne çıkarken aile hekimliği ücretlendirmeleri belirli başlıklarda verilen bir bütçe aracılığıyla sağlanmaktadır. Esnek ücretlendirme uygulamaları giderek daha fazla dikkat çekmekte, çalışılan gün sayısı kadar ödeme (Örneğin vekil ebeler, çağrı üzerine çalışan sağlık çalışanları, taşeron sağlık işçileri), performans dayalı ödeme gibi uygulamalar yaygınlaşmaktadır. Bu alanda çalışanların çoklu görevler, karşılığı ödenmeyen nöbet ücretleri, işin yoğunlaşması gibi birçok sorunla karşı karşıya kaldıkları izlenmektedir (11). Sağlık çalışanları arasındaki ücret eşitsizlikleri önemli sorunlar arasındadır. Bu konuda neoliberal

düzenlemeler ücreti ve ücretlendirmeyi “stratejik bir araç” haline getirerek ücretin değişken ve performans koşuluna bağlı ve “değişen koşullara uyum sağlama” için “gereken esneklikte” olması gerektiğini öngörmekte ve bu kapsamda değişiklikler yaşanmaktadır (11).

SDP ile getirilen yeni “motto” “rekabettir”. Bu rekabet hem kurumlar arası hem de meslekler arasındadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 21.03.2013 tarihli

**“Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürütülmekte olan çalışmaların en önemli ve temel bileşenlerinden birisi de idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin oluşturulmasıdır. Bakanlığımıza ait hastaneler başta olmak üzere, kamuya ait tüm hastanelerin verimlilik ve maliyet etkililik anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, sağlık sektörünün diğer aktörleri ile kontrollü bir rekabet ortamında etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilen daha verimli sağlık işletmeleri haline dönüştürülmesi Bakanlığımızın öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır.”**

fiyat tarifesi hakkındaki genelgesinde belirtilenler bu yeni “mottoyu” açık olarak ortaya koymaktadır: “Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürütülmekte olan çalışmaların en önemli ve temel bileşenlerinden birisi de idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerinin oluşturulmasıdır. Bakanlığımıza ait hastaneler başta olmak üzere, kamuya ait tüm hastanelerin verimlilik ve maliyet etkililik anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, sağlık sektörünün diğer aktörleri ile kontrollü bir rekabet ortamında etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilen daha verimli sağlık işletmeleri haline dönüştürülmesi Bakanlığımızın öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır.” (12).

TÜİK istatistiklerine dayanarak yapılan değerlendirmelerde sağlık işgücünün toplam işgücünün yaklaşık yüzde üçünü oluşturduğu belirtilmekte ve sektörün kadın ağırlıklı, genç, ücretli çalışmanın yaygın olduğu “uzun çalışan ve giderek fabrikalara benzeyen büyük işyerlerinde toplanmış bir çalışanlar ordusu” haline geldiği vurgulanmaktadır (13).



**Sağlık çalışanları sağlık ortamında bir yandan işsizlik diğer yandan da güvencesizlik, geçici işlere mahkum olma, geleceğin belirsizleşmesi ile karşı karşıya kalmaktadırlar. “Vasıflı emeğin vasıfsızlaşması”, maddi ve manevi statü kaybı, değersizleşme ve “iş ve hayat beklentisinin belirsizleşmesine koşut olarak, gündelik ve duygusal hayatın da etkilenmesi” olarak özetlenebilecek genel değişimin alanda yaşandığı söylenebilir.**

Sağlık alanında parçalı istihdam yapısı, uzmanlaşmış emek gücü, “bir yandan ikamesi olanaklı/kolay olmayan diğer yandan yarı vasıflı ve nitelik gerektirmeyen işlerde istihdam edilenlerin de önemli bir oranı oluşturduğu emek gücü” yaygınlaşmakta ve yoğunlaşmaktadır (14,15).

Sağlık hizmetleri üretiminde daha fazla “disiplin” oluşturulmasını öngören ve bu işlevi yerine getiren gelişmeler göze çarp-

maktadır. Bu duruma neden olan faktörler örnekler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Otomasyon sistemi (Gözetleme işlevi, emeğin denetim aracı),
- Kamuda ticarileşme (Bir rıza ve zor mekanizması olarak performans sistemi),
- “Müşteri memnuniyeti”,
- Şiddet,
- Şikâyet mekanizmaları,
- Sağlık mevzuatı,
- Oto-disiplin (Performans disiplini),
- Sağlık meslekleri kurulu (663 sayılı KHK)
- Özel sağlık sektöründe emek gücünün meta-laşması.

Çakılı kadro adıyla bilinen 4924 sayılı Kanun kapsamında istihdam edilen sözleşmeli sağlık personeli istihdamı yeniden gündeme getirilmektedir. 2011 yılı verilerine göre yaklaşık 5500’ü ebe ve hemşire olmak üzere toplam 13.597 kişi bu şekilde istihdam edilmiştir. 2014 yılında SB’ye 10 bin 18 sözleşmeli personel kadrosu tahsis edilmiş ve bu istihdam şekli yeniden gündeme getirilmiştir (16,17).

Sağlık çalışanları arasında yapılan bazı çalışma koşulları araştırmaları alandaki sorun başlıklarına dair ipuçları sunmaktadır (11, 19, 20):

- Çalışma sürelerinden memnun değil (%52,1),
- Fazla mesai “sorun” (%70,2),
- İş yoğunluğu artıyor (%65),
- Dinlenme süreleri azaldı (%58),
- Çalışma koşulları 5 yıl öncesine göre kötü (%62),
- Çalışma koşullarım giderek daha iyi hale getiriliyor (%12).

Sağlık çalışanları sağlık ortamında bir yandan işsizlik diğer yandan da güvencesizlik, geçici işlere mahkum olma, geleceğin belirsizleşmesi ile karşı karşıya kalmaktadırlar. “Vasıflı emeğin vasıfsızlaşması”, maddi ve manevi statü kaybı, değersizleşme ve “iş ve hayat beklentisinin belirsizleşmesine koşut olarak, gündelik ve duygusal hayatın da etkilenmesi” olarak özetlenebilecek genel değişimin alanda yaşandığı söylenebilir (20).

Sağlık kuruluşlarının çalışan sağlığı ve güvenliği açısından denetimi konusunda veriler durumun vahametini göstermektedir. Eldeki verilere göre 2012 yılında 4857 kapsamında 49 teftiş, İşçi Sağlığı ve Güvenliği (İSG) mevzuatı yönünden 41.170 TL idari para cezası, 2013 yılında İSG yönünden 151 teftiş 128.282 idari para cezası uygulanmıştır. Denetimlerin sektörel bazlı, risk esaslı denetim (Diş teknisyenleri pnömokonyozu önleme amaçlı teftiş) olduğu izlenmektedir. Denetimlerde saptanan sorunlar aşağıdaki başlıklarda izlenmektedir (21):

- İşyerinde risk değerlendirmesi yapılmaması veya risk değerlendirmesinin işyerine özgü olması,
- İlgili personel (işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı vb.) ve kurul yokluğu,
- Eğitim eksiklikleri (İSG eğitimi, mesleki eğitim vb.),
- Sağlık gözetimlerinin yapılmaması (işe giriş, periyodik muayeneler),
- Teknik sorunlar (Genel ve lokal havalandırma yokluğu, acil durumu planı yokluğu, yangın ekipman eksiklikleri ve tatbikat yokluğu, elektrik ve topraklama sistemi kontrolünün yapılmaması, yanıcı ve yakıcı gaz tüplerinde alev geri tepme ventiline olmaması, yanıcı gaz bölgelerinde gaz alarm dedektörünün olmaması vb.).

Sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu sağlık ortamı piyasa dinamikleriyle tahrip edilmektedir.



Piyasa yönelimi giderek artmakta ve sağlık hizmeti kullanımına yansımaktadır. SDP sağlık hizmeti anlayışını hastane ve tedavi odaklı kurgulamakta ve hastanelere başvuru sayıları artmaktadır. 2002 yılı için SB hastanelerine kişi başı 1,7 kez, üniversite hastanelerine ve özel hastanelere ise 0,1 kez başvuru yapılmışken, 2014 yılı verilerinde bu sayıların sırasıyla SB için 3,8, üniversite hastaneleri için 0,4 ve özel hastaneler için ise 0,9 olduğu izlenmektedir (2). Diğer bir deyişle özel hastanelere kişi başı başvuru 9 kat artmıştır. Benzer bir durum hastanelere toplam müracaat sayılarında, toplam ameliyat ve yatan hasta sayıları içerisinde özel hastanelerin payında da görülmektedir. 2002 yılında toplam hastanelere müracaat içinde özel hastaneler %4,6'lık bir yer tutarken, 2014 yılında bu oran %18,2'ye çıkmıştır. Özel hastanelerde yapılan ameliyat sayısı 2002 yılında toplam ameliyatların %13,7'si iken 2014 yılında bu oran %33,1'e çıkmış, toplam yatan hasta sayısı içinde özel hastanelerde yatan hasta sayısı da %10,1'den (2002) %29,9'a (2014) yükselmiştir (2).

On beş Temmuz sonrası yaşananlar sağlık ortamı için yeni bir süreç oluşturmaktadır. 15 Temmuz günü yaşanan askeri kalkışma ile ülke yönetimine el koyma girişimi olarak özetlenebilecek “olay” ve sonrası gelişmeler, sağlık alanını da etkilemiştir. Yaşanan sürecin sağlık alanında oluşturduğu etkiler anlamında genel hatlarıyla aşağıdaki başlıklar özetlenebilir:

1. Askeri kalkışma ile ülke yönetimine el koyma girişimi sonrası bir yandan soruşturma, inceleme, açığa alma süreçleri diğer yandan ilan edilen olağanüstü hal (OHAL) sonrası Kanun Hükmünde Kararnameler ile kurum kapatma ve kamuda çalışanlar için ihraç süreçleri yaşanmıştır.

2. OHAL sonrası, 2016 Kasım ayı sonu itibarı ile toplam on iki KHK yayımlanmış ve bu KHK'lar kurum kapatmaları ve ihraçlara zemin oluşturmuştur. Bu KHK'lar ile;

a. Otuz dört özel sağlık kurumu kapatılmıştır. Aralarında özel hastane, tıp merkezi ve dal merkezlerinin yer aldığı bu kurumların kapatılması sonrası işsiz kalan sağlık çalışanı sayısı hakkında net bir bilgi yoktur.

b. Bir Eylül tarihli 673 sayılı KHK ile 2018, 29 Ekim tarihli 675 sayılı KHK ile 2774 ve 21 Kasım tarihli 677 sayılı KHK ile 752 olmak üzere toplam-

da 5.544 Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanı, “başka bir işleme gerek kalmaksızın” kamudan ihraç edilmiştir. Aynı tarihlerde üniversitelerden ihraç edilen kamu çalışanı sayısı ise sırasıyla 2.346, 1.267 ve 942 olmak üzere toplamda 4.555 olmuştur ve aralarında hekimler, hemşireler, asistanlar ve öğretim üyeleri bulunmaktadır. İhraç-

**“Sağlık kurumlarının kadrolu çalışanlarına hegemonik, taşeron firma işçilerine despotik emek rejimi” uygulanarak “çalışma yaşamı giderek bağımsızlıktan bağımlılığa, kendine yeterlilikten tabiiyete, nitelikli ve yüksek prestijli rollerden niteliksiz rollere, ekonomik refahtan yoksulluğa doğru bir süreç” izlemektedir. Güvencesizlik, gelecek belirsizliği ve örgütsüzlük sağlık çalışanlarını tehdit etmektedir.**

larda “malum yapı” dışında farklı dinamiklerin de gözetildiği dikkat çekmektedir.

c. Sağlık Bakanı tarafından 21 Kasım tarihli ihraçlar öncesinde yapılan bir açıklamaya göre; SB bünyesinde çalışan toplam 4.387 kişi açığa alınmış, bunlardan 1.835'i görevine iade edilmiş, 2.552 kişiye görevden el çektilmiş, ihraç edilen 4792 kişi ile birlikte toplamda 8.848 sağlık çalışanı hakkında işlem yapılmıştır (22).

3. OHAL sonrası asker hastaneleri ve sağlık sisteminin askeri yapı ve kurumları ile de ilgili farklı bir süreç yaşanmıştır. Askeri sağlık çalışanlarının ihracı, asker hastanelerinin SB'ye, sağlık insan gücü 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. Bu devir ve sonrasında gelişen farklı durum ilk olarak SB mecburi hizmet atamalarında kendini göstermiştir. SB'nin 71. Dönem Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Kurarısında açılan 718 kadronun 47 tanesi askeri hizmet noktalarına ayrıldığı görülmüştür. Bu noktalar arasında Kara Kuvvetleri Komutanlığı'na bağlı birinci



basamak sağlık kurumu tabipliği, hudut tabipliği, özel harekât komando tabipliği, dağ ve komando tabipliği gibi hizmet noktalarının yer aldığı görülmektedir.

15 Temmuz askeri kalkışması ile ülke yönetimine el koyma girişimi ve sonrasında yaşanan “OHAL’li demokrasi” süreci, sağlık çalışanları üzerinde farklı etkiler oluşturan gelişmeleri içermektedir.

Sonuç olarak Türkiye’de sağlık sisteminin küresel kapitalizmin ihtiyaçlarına uygun olarak neoliberal düzenlemelerle “reform” edilmesi sağlık çalışanlarını yoğun olarak etkilemektedir. Bu etki mesleksi gruba, istihdam biçimine, çalışılan kuruma vb başlıklara göre değişiklikler göstermekle birlikte ortak olarak çalışma koşullarına dair sorunlar çoğalmaktadır. Sağlık çalışanları arasında ayrışma belirginleşmekte, “rekabet” öne çıkarılan ve dayatılan bir unsur olmaktadır. Özelleştirme eksenli politikalarla özeli teşvik eden ve kamu sağlık kurumlarının yapısını değiştirerek piyasaya uygun hale getiren SDP sağlık çalışanları için sorunlarla dolu bir sağlık sistemi yapısına neden olmaktadır. “Sağlık kurumlarının kadrolu çalışanlarına hegamonik, taşeron firma işçilerine despotik emek rejimi” uygulanarak “çalışma yaşamı giderek bağımsızlıktan bağımlılığa, kendine yeterlilikten tabiiyete, nitelikli ve yüksek prestijli rollerden niteliksiz rollere, ekonomik refahtan yoksulluğa doğru bir süreç” izlemektedir (14). Güvencesizlik, gelecek belirsizliği ve örgütsüzlük sağlık çalışanlarını tehdit etmektedir.

## Kaynaklar

1. Yıldırım K. “Sağlıkta Sermaye-Emek: Tekelleşme Parçalanma; Gelecek” İçinde: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı. TTB Yayınları. Ankara: 2014 s:29-34 Erişim: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/scs4.pdf> (25 Eylül 2016).
2. SB İstatistik Yıllığı 2014. Erişim: <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-44263/saglik-istatistikleri-yilligi-2014.html> (01.11.2016).
3. SB İstatistik Yıllığı 2012. Erişim: <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-32083/saglik-arastirmalari-genel-mudurlugu-saglik-istatistikl-.html> (06.10.2016).
4. TÜİK Haber Bülteni. Erişim: <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-32083/saglik-arastirmalari-genel-mudurlugu-saglik-istatistikl-.html> (06.10.2016).
5. Öngel S. “Madenden hastane koridoruna kayıtsızlık” BirGün Gazetesi, 09.07.2014. Erişim: <http://birgun.net/writers/view/71> (06.10.2016).
6. Öngel FS. “Türkiye’de Taşeronlaşmanın Boyutları” Erişim: [http://disk.org.tr/wp-content/uploads/2014/02/DiSKAR\\_06.pdf](http://disk.org.tr/wp-content/uploads/2014/02/DiSKAR_06.pdf) (29 Eylül 2016).
7. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. 22.05.2014 tarih ve 29007 sayılı Resmi Gazete.
8. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 18.01.2015 tarihli ve 28.886 sayılı Resmi Gazete.
9. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu. Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> (5 Ekim 2016).
10. Sağlık Personelinin Sesi web sayfası. Erişim: <http://www.saglikpersonelininseesi.com/haber/10025/4b-kadrosu-verilmeyen-vekil-ebe-ve-hemsirelere-mujde.html> (13.03.2015).
11. Zencir M. “Sağlık Çalışanlarının Esnek Ücretlendirilmesi (Sağlıkta Canlı Emek Sömürüsü)” Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Sempozyumu. Ekim 2011, Ankara. Erişim: [http://www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/mehmet\\_zencir.pdf](http://www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/mehmet_zencir.pdf) (06.10.2016).
12. SB SH Genel Müdürlüğü Genelgesi Erişim: <http://www.shgm.saglik.gov.tr/dosya/1-82359/h/fiyat-tarifes.pdf> (05.10.2016).
13. Soyer A. Erişim: <http://bianet.org/bianet/bianet/122636-turkiyede-saglik-igucu> (05.10.2016).
14. Tanık FA. “İyi Hekimlik ve Nitelikli Sağlık Hizmeti ve Sağlık Hakkı İçin Çok Ses Tek Yürek Mücadele Kampanyası” Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Sempozyumu. Ekim 2011, Ankara.
15. Urhan B, Etiler N. “Sağlık Sektöründe Kadın Emeginin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi” Çalışma ve Toplum. 2011;29:191-215.
16. TBMM 09.03.2011 tarihli Soru Önergesi. Erişim: <http://www.tbmm.gov.tr/d23/7/7-18001c.pdf> (06.10.2016).
17. Medihaber web sayfası. Erişim: <http://www.medihaber.net/2014/01/01/saglik-bakanligina-10-bin-sozlesmeli-personel/> (06.10.2016).
18. SES “Denizli İli Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Alanındaki Düzenlemelerin Hemşirelik Hizmetlerine Etkileri Konusunda Görüşleri” Çalışma Yaşamı ve Hemşirelik Sempozyumu. Denizli: 2010.
19. Soyer A (2010) “Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Sağlık Çalışanları” SES Çalışması. Erişim: <http://bianet.org/bianet/toplum/126544-saglikta-donusum-ve-kamu-saglik-calisanlari> (06.10.2016).
20. Bora T. “Gezi ve orta sınıf” Birikim. 2014.
21. TBMM, 2012. Mv. M.A.Ediboğlu’nun Soru Önermesine Yanıt.
22. Personel Sağlık web sayfası. Akdağ’dan Gündeme Dair Birçok Konuda Açıklama. Erişim: <http://www.personelsaglikhaber.net/haber/amp/65373> (17 Kasım 2016).●