

Journal of Economy Culture and Society

ISSN: 2602-2656 / E-ISSN: 2645-8772

Araştırma Makalesi / Research Article

Kamu Sağlık Sektöründe Beyaz Yakalı Taşeron Çalışanlar: Fırat Üniversitesi Hastanesi Örneği

White Collar Subcontracted Employees in the Public Health Sector: The Case of Fırat University Hospital

Sinan ACAR¹ 

¹Bartın Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi,
Sosyoloji Bölümü, Bartın, Türkiye

ORCID: S.A. 0000-0002-5270-542X

Corresponding author:

Sinan ACAR,
Bartın Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi,
Sosyoloji Bölümü, Bartın, Türkiye
E-mail: sacar@bartin.edu.tr

Submitted: 25.11.2019

Revision Requested: 18.12.2019

Last Revision Received: 00.00.0000

Accepted: 13.01.2020

Published Online: 00.00.0000

Citation: Acar, S. (2020). Kamu sağlık sektöründe beyaz yakalı taşeron çalışanlar: Fırat üniversitesi hastanesi örneği. *Journal of Economy Culture and Society*, 61, 207-228. <https://doi.org/10.26650/JECS2019-0037>

ÖZ

Türkiye’de kamu sağlık hizmetleri alanında 1980’li yıllardan itibaren alt yapısı oluşturulan, 2003 yılında ise uygulamaya giren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile neo-liberal dönüşüm sürecinin önemli bir aşamasına geçilmiştir. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerinde performansa dayalı hizmet üretim sürecine geçilmiş ve istihdam süreçlerinde de esnekliğe dayalı istihdam biçimleri görülmeye başlanmıştır. Bu çalışma temelde neo-liberal dönemde istihdamda görülmeye başlanan esneklik ve güvencesizlik süreçlerinin kamu sağlık hizmetlerindeki beyaz yakalı taşeron çalışanlarca nasıl algılandığı ve deneyimlendiği konusu üzerinedir. Araştırma sonucunda çalışanların çoğunluğunun genç, bekâr ve yükseköğretim mezunu kişilerden oluştuğu görülmüştür. Çalışanların karar alma süreçlerinde bilgi, beceri ve deneyimlerinin dikkate alınmadığı ve bu noktada örgütsel adalet duygularının düşük olduğu görülmüştür. Esnek ve performansa dayalı hizmet üretimine bağlı olarak çalışanların iş yüklerinin büyük oranda arttığı ve işlerin düşük eleman sayılarıyla yürütülmeye çalışıldığı söylenebilir. Kurumda aynı işi yapan ve benzer eğitim düzeylerine sahip çalışanların farklı istihdam şekillerine dayalı çalıştırılmasının çalışanlar arasında maddi-manevi eşitsizlikleri ortaya çıkardığı görülmüştür. Sonuç olarak kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan neo-liberal dönüşüm süreci bu alanlardaki istihdamda da etkisini göstermekte ve mevcut yapı sözleşmeliliği, esnekliği ve güvencesizliği esas olarak beyaz yakalı meslekleri de içerecek şekilde dönüşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Esneklik, Güvencesizlik, Kamu Sağlık Hizmetleri, Beyaz Yakalı Taşeron Çalışanlar

ABSTRACT

With the Health Transformation Program (HTP) in Turkey whose infrastructure was established in the 1980s and came into practice in 2003, a significant stage of the neo-liberal transformation process started in



the field of public health services. With the transformation process in health, a transition was made into performance- based service production in healthcare services, and flexible forms of employment started to be seen in employment processes. This study mainly focuses on the perception and experience of the white- collar subcontracted employees in public health services of flexible and precarious employment in the neoliberal period. As a result, it was observed that most participants were young, single and graduates of higher education. It was found that the knowledge, skills and experience of the employees were not considered in decision-making processes, and accordingly, they had lower levels of feelings of organizational justice. It may be stated that, due to the production of services with flexible and performance based work, the workload of the employees has increased considerably and the work is carried out with a low number of employees. Having employees with the same job and similar educational levels under different forms of employment was found to reveal material and moral inequalities among the employees. Consequently, the neo-liberal transformation process in public health services also shows its effect on the employment processes in these fields and the existing structure is being transformed in a way to also involve white-collar occupations by taking contracts, flexibility and precarity as a basis.

Keywords: Flexibility, Precarity, Public Health Services, White-Collar Subcontracted Employees

EXTENDED ABSTRACT

The organization and functioning of the health system has been an important field in the development of the social structure in every period of history. It may also be argued that healthcare professionals have always been an important component of the system in the organization and functioning of healthcare services. Considering the organization processes of healthcare systems in the period where the Fordist accumulation regime was strong (1914-1970), there was a structure where healthcare professionals were seen as a basic component of the system, and they were employed as permanent staff throughout their lives. In the post-Fordist period that emerged by 1970s where the Fordist regime of accumulation started to weaken, work processes started to be built on flexibility and insecurity. In addition, life-long and secured employment had started to be replaced by forms of employment based on flexibility and precarity. At this point, the transformation in employment processes started to affect firstly peripheral employees who performed support services and then, white-collar employees who performed basic jobs and were known as core employees. With the Health Transformation Program (HTP) in Turkey whose infra-structure was established since 1980s and came into practice in 2003, a significant stage of the neo-liberal transformation process started in the field of public health services. With the transformation process in health, a transition was made into performance- based service production in healthcare services, and flexible forms of employment started to be seen in employment processes. Flexible and precarious employment in the field of health services, which was first seen in support services, has started to be seen in the white collar groups that carry out the essential works in following periods. This study mainly focuses on the perception and experience of the white collar subcontracted employees in public health services of flexible and precarious employment in the neoliberal period. The study was conducted in Fırat University Medical Faculty in Fırat Medical Hospital between June and July 2017. While the study mainly followed a quantitative research method, it also used qualitative research techniques. As part of the study, questionnaires were conducted with 120 white-collar healthcare professionals who were employed in positions with flexibility and precarity, and in-depth interviews were carried out with 17 of these employees. As a result, it was observed that most participants were young, single and graduates of higher education. Likewise, it was seen that the clientelist relations were effective in the process of the recruitment of these employees. It was found that the knowledge, skills and experience of the employees were not considered in decision-making processes, and accordingly, they had lower levels of feelings of organizational justice. It may be stated

that, due to the production of services with flexible and performance based work, the workload of the employees has increased considerably and the work is carried out with a low number of employees. It was observed that processing increased workloads with low numbers of employees had a reducing effect on the performance and motivation of the employees, and additionally, this also had the potential to affect the patients negatively. Moreover, it was determined that the performance-based service production process weakened the structure among the healthcare professionals based on teamwork and settled a structure that was based on competition. Having employees with the same job and similar educational levels under different forms of employment was found to reveal material and moral inequalities among the employees. Accordingly, it can be said that employees are always made to feel directly or indirectly that they are in a flexible and precarious position. In addition to this, it was observed that an oppression-based control process was dominant on the employees, and they produced services in which they were always in fear of being fired. In addition to this, it was observed that an oppression-based control process was dominant on the employees, and they produced services in which they were always in fear of being fired. It was determined that the employees had a tendency to have additional jobs due to the inadequacy of their wages. Due to their current status in the organization it was observed that employees do not have a sense of belonging to their workplaces and that their sense of professional belonging is very low. Consequently, the neo-liberal transformation process in public health services also shows its effect on the employment processes in these fields, and the existing structure is being transformed in a way to also involve white-collar occupations by taking contracts, flexibility and precarity as a basis.

1. Giriş

Neo-liberal dönemde çalışma ilişkileri alanında ortaya çıkan değişimler kamusal hizmet alanlarında büyük değişimlere yol açmıştır. Kamu hizmetleri alanlarında bu dönemle birlikte hizmet üretim süreçlerinden, istihdam politikalarına kadar her alanda köklü değişimler yaşanmıştır. Kamu istihdam süreçlerinde özellikle 1980'li yıllarda ortaya çıkan ve temelde esneklik ve güvencesizliğe dayalı istihdam biçimleri ilk olarak çevre işleri olarak nitelenen destek hizmetlerindeki çalışanları daha sonra ise asli işleri yerine getiren merkez çalışanlarını etkileyen bir gelişim seyri izlemiştir. Kamu hizmetleri alanlarındaki değişim süreçlerinin izlenmesi noktasında sağlık hizmetleri alanının bu noktada uygun bir alan niteliği taşıdığı söylenebilir. Kamu sağlık hizmetleri alanında 1980'li yıllardan itibaren başlayan neo-liberal değişim süreci, 2003 yılında uygulamaya giren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli bir aşamaya geçmiştir. Kamu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan dönüşüm süreçlerini ele alan farklı çalışmalarda başlıca sağlık hizmetlerinden yararlanan kesimlerin düşünce ve eğilimleri (Çelikay ve Gümüş, 2011; Cevahir, 2013; Kol, 2014), sağlık çalışanlarının düşünce ve eğilimleri (Harmancı, 2010; Gün, 2013; Dora, 2014; Bostan ve Çiftçi, 2016; Cigerci-Ulukan ve Özmen-Yılmaz, 2016) ele alınmakla birlikte, sağlık hizmetlerinde asli işleri yerine getiren, esnek ve güvencesiz statüde istihdam edilen beyaz yakalı çalışanlar konusunun ihmal edilmiş olduğu söylenebilir. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte kamu sağlık hizmetleri alanında esneklik ve güvencesizliğe dayalı istihdamın büyük oranda arttığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Buna göre Sağlık Bakanlığı'nın 2002-2013 yılları arasında kadrolu çalışan sayısı %57,9 artarken, taşeron çalışan sayısı aynı dönemde % 1.072,7 oranında artış göstermiştir (Öztürk, 2015: 88; DPB, 2017). Bu noktada yürütülen çalışmada neo-liberal dönemde kamu sağlık hizmetleri istihdamında ortaya çıkan esneklik ve güvencesizliğe dayalı çalışma şekillerinin beyaz yakalı taşeron sağlık çalışanlarınca nasıl algılandığı ve deneyimlendiğinin ortaya konulmasına çalışılmıştır. Çalışmanın alan kısmı 3. basamak sağlık kurumu niteliği taşıyan Elazığ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hizmet alımı yoluyla güvencesiz bir pozisyonda istihdam edilen ve direkt sağlık hizmeti sunan ebe, hemşire, sağlık teknisyeni/teknikeri, biyolog, fizyoterapist ve kimyagerlerden oluşan beyaz yakalı taşeron çalışan grubuyla yapılmıştır. Bu kapsamda ilk olarak çalışmanın kavramsal çerçevesi ve tarihsel arka planına yer verilecek, daha sonra ise alan araştırmasından elde edilen verilere dayalı olarak kamu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan esneklik ve güvencesizlik süreçlerinin beyaz yakalı taşeron çalışanlarının çalışma koşulları üzerindeki etkilerine değinilecektir.

2. Kavramsal Çerçeve ve Tarihsel Arka Plan

Scott Lash ve John Urry, 1870'li yıllardan 2. Dünya Savaşı'nın sonlarına kadar ki olan dönemi örgütlü kapitalizm olarak niteleyerek, bu dönemde ulus devletlerin ekonomik süreç ve yapıları merkezi olarak düzenlediği, üretim süreçlerinin Fordist temelde örgütlendiği, işçi sınıfının ve sendikaların görece daha güçlü olduğu ve istihdam süreçlerinin ise daha güvenceli bir özellikte olduğunu belirtmektedirler. 2. Dünya Savaşı'ndan sonra örgütlü kapitalizmin yerini alan örgütsüz kapitalizm döneminde ulus devletlerin güç kaybettiği, sınıf politikalarının çöktüğü, işçi sınıfının ve sendikaların güç yitirdiği ve esnek çalışma biçimlerinin yaygınlaşmaya başladığı bir süreç ortaya çıkmıştır (Kumar, 2010: s.65). Esneklik kavramının ideal tipik anlamda çalışanların merkez ve çevre iş gücü olarak ayrıldığı ve başlıca sayısal, işlevsel ve finansal (ücret) esneklik türleri bulunan bir niteliğe sahip olduğu söylenebilir (Atkinson, 1984: s.11-18). Aynı şekilde esneklik süreçleri temelde çalışma süreleri, iş güvencesi, çalışma mekânları ve işverenle- çalışanlar arasındaki sözleşme biçimleri üzerinden ortaya çıkan bir yapıya sahiptir (Castells, 2008: s.358). Diğer yandan esnek

istihdam biçimlerinin başlıca geçici işçilik, danışmanlık, taşeron çalışma, geçici istihdam bürolarından temin edilen işçilik, ev işçileri, tele çalışanlar, yarı zamanlı çalışanlar ve kayıt dışı çalışan gruplarını içerisine alan bir yapısının olduğu söylenebilir (Parlak ve Özdemir, 2011: s.7-8). Esnek istihdam biçimlerinin yaygınlaştığı günümüzde güvencesizlik süreçlerine dikkat çeken Standing, güvencesizleştirme olgusunun işgücü piyasalarında emeğe dair olan başlıca emek piyasası güvenliği, istihdam güvenliği, iş güvenliği, çalışma güvenliği, vasıfların yeniden üretimin güvenliği, gelir güvenliği ve temsil güvenliği gibi süreçlerinin yokluğuyla tanımlanabileceğini belirtmektedir (Standing, 2015: s.26). Esneklik ve güvencesizlik süreçlerinin bu noktada ilk olarak çevre iş gücünü etkilediği ve ilerleyen süreçte merkez iş gücü olarak nitelenebilecek beyaz yakalı çalışan sınıfını etkilediği söylenebilir. Beyaz yakalı çalışanların kimler olduğu konusuna bakıldığında ise, bu noktada üzerinde uzlaşılmış bir tanım bulunmamakla birlikte, bu çalışan grubunun görece yüksek eğitim düzeylerine sahip, otoriteye daha yakın (veya sembolik olarak daha yakın) bir pozisyona sahip oldukları söylenebilir. Buna göre beyaz yakalı çalışanlar olarak nitelenen grubun üst düzey yönetici ve idarecilerden, alt düzey profesyoneller, uzmanlar ve teknisyenleri içeren bir yapısının olduğu ve sağlık, refah ve eğitimle ilgili meslek alanlarındaki hekim, hemşire, ebe, akademisyen ve diğer sosyal görevlilerin de bu çalışan grubu içerisinde sınıflandırılabilceği belirtilebilir (Hyman ve Price, 1983: s.11-13'den akt. Erdayı, 2012: s.76). Esneklik ve güvencesizlik süreçlerinin yaygınlaşmasına paralel beyaz yakalı çalışanlar sınıfının sahip oldukları güvenceli konumlarını kaybetmeye başladığı ve bu çalışan sınıfında da artan işsizlik oranı ve profesyonellik kaybı süreçlerinin ortaya çıkmaya başladığı söylenebilir (Braverman, 2008: s.371). Esneklik ve güvencesizlik süreçlerinin kamu ve özel sektörlerindeki gelişimine bakıldığında, ilk olarak özel sektörde görüldüğü ve daha sonradan kamu sektöründe de görülen bir uygulama haline geldiği söylenebilir. Kamu sektöründe esneklik ve güvencesizlik süreçlerinin görülmesine bağlı olarak geçici sözleşmeler, özelleştirme, taşeronlaştırma, düşük sosyal haklara sahip yarı zamanlı istihdam gibi uygulamaların sisteme yerleşmesiyle birlikte kamunun çalışanlar için güvenli liman olma vasfını yitirmeye başladığı bir süreç ortaya çıkmıştır (Standing, 2015: s.93-94). Bu noktada kamu sektöründe esneklik-güvencesizlik süreçlerinin izlenmesi noktasında sağlık hizmetleri alanının uygun bir alan niteliği taşıdığı söylenebilir (Aslan, 2005: s.362).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerine bakıldığında, 1980'li yıllardan itibaren bu alanda köklü reformların ortaya çıktığı söylenebilir. Bu ülkelerdeki siyasi karar alıcılar bu alandaki reformların temel gerekçesi olarak, şiddeti her geçen gün artan sağlık krizinin (sağlık hizmetlerinde artan taleplere karşılık hizmet üretim sürecindeki maliyetlerin artması ve küresel ekonomik koşulların süreçte daha etkili hale gelmesinin) etkili olduğunu öne sürmüş ve krizle baş etme noktasında da birçok reformu hayata geçirmişlerdir (Ağartan, 2007: s.36). Diğer yandan bu reformların ortaya çıkış sürecinde, ulus ötesi aktörlerin verdikleri borçları ve borçlarının faizlerini tahsil etmek ve yeni müşteriler bulmak noktasında çeşitli ülkelerde (özellikle gelişmekte olan ülkelerde) başta sağlık ve eğitim alanlarında reform yapılması koşuluyla proje kredisi sağlamları durumunun da etkili olduğu söylenebilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2005: s.45). Bu dönemlerle birlikte sağlık sektöründe temelde özelleştirme uygulamalarının yaygınlaştığı, sigorta şirketlerinin büyüdüğü, ilaç endüstrisinin bu alandaki gücünün arttığı ve özel sektörün kamuyla birlikte sağlık politikalarının temel belirleyicilerinden biri olduğu bir sürece girilmiştir (Navarro, 2009: s.7). Bu süreçlerin Türkiye'deki gelişim seyrine bakıldığında, 1980'li yıllardan itibaren resmi rapor ve hükümet programlarında kısmen uygulama alanına geçmeye başlayan reformlarının tam anlamıyla sisteme yerleşmesi, 2003 yılında uygulamaya giren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile mümkün hale gelmiştir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: s.101). Sağlıkta dönüşüm süre-

cinden önceki sağlık sisteminin, toplumu hiyerarşik olarak bölen ve buna dayalı eşit olmayan bir sağlık hizmeti sunan yapıda olması ve toplumun önemli bir kesiminin de (toplam nüfusun % 30'unun) sağlık sisteminin dışında olması gibi durumların, bu alanda ortaya çıkan dönüşümler için önemli birer meşruiyet kaynağı olduğu söylenebilir (Keyder, 2007: s.22). Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici bir pozisyonda konumlandığı, herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulduğu, aile hekimliği sisteminin uygulamaya girdiği, performansa dayalı hizmet üretimine geçildiği, sağlık kurumlarının idari ve mali özerkliğe dayalı işletmeciler bir yapıya geçtiği ve personel istihdamında ise sözleşmeli ve taşeron çalışma biçimlerinin görülmeye başlandığı bir yapı ortaya çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007: s.26). Dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerine ulaşımın önceki döneme kıyasla kolaylaşmasına paralel, sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimlerin sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin büyük oranlarda arttığı söylenebilir (Kol, 2014). Diğer yandan sağlıkta dönüşüm sürecinin, başlıca bu dönemle birlikte uygulamaya giren performans sisteminin hekim-hasta ilişkilerinde piyasa eksenli ve tüketimi teşvik eden bir yapıyı ortaya çıkarması, kamu-özel ortaklığına dayalı işbirliklerinin sağlık sistemine yerleşmeye başlamasına bağlı sağlık alanının kamusal vasfını yitirmeye başlaması ve istihdam alanında ise sözleşmeli ve güvencesiz çalışma biçimlerini sisteme dâhil etmesi noktalarında eleştirildiği söylenebilir (Elbek ve Adaş, 2009). Diğer yandan konumuz özelinde bu alandaki istihdam biçimlerine¹ bakıldığında başlıca; (a) 657 sayılı DMK'nın 4/A hükmüne tabi memurlar, (b) aynı yasanın 4/B hükmüne tabi sözleşmeli memurlar, (c) 4924 sayılı yasaya tabi çakılı sözleşmeli memurlar, (d) aile hekimliği sözleşmesine tabi çalışanlar, (e) hizmet satın alınması yoluyla gerçekleştirilen işlerde geçici olarak istihdam edilen çalışanlar, (f) vekil ebe ve hemşire statülerinde çalışan sağlık çalışanları, (g) üniversite hastanelerinde bulunan vakıf ve özel şirketler üzerinden hizmet satın alınması yoluyla istihdam edilen yardımcı sağlık personeli statüsü gibi parçalı ve esnekliğe dayalı bir yapının söz konusu olduğu söylenebilir (Ünlütürk-Ulutaş, 2011, s.197).

3. Yöntem

Çalışma temel olarak kamu sağlık kurumlarında hizmet alımı yoluyla istihdam edilen ve direkt sağlık hizmeti sunan taşeron sağlık çalışanlarının² mevcut çalışma koşulları hakkındaki iş algılarını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Çalışmada nicel ve nitel araştırma tekniklerinin kullanıldığı karma desene dayalı yöntem kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu kapsamda çalışmanın kuramsal çerçevesinden ve alanda yapılan pilot çalışmasından hareketle anket ve derinlemesine görüşme soruları hazırlanmıştır. Çalışma, gerekli yasal izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra 2017 yılı Haziran ve Temmuz ayları arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Fırat Tıp Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın evren ve örnekleme belirlenirken seçilecek

1 Bu istihdam biçimlerinden b, c ve d gruplarındaki istihdam biçimlerinin ilk olarak 2003 yılından sonra çıkarılan kanuni düzenlemelerden sonra uygulama alanına girdiği söylenebilir (Sayan ve Küçük, 2012)

2 Araştırma evren ve örnekleme grubunu oluşturan hizmet alımı yoluyla istihdam edilen ve direkt sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarından (ebe, hemşire, sağlık memuru, biyolog, kimyager, sağlık teknisyeni/teknikerlerinden oluşan) uygun şartları taşıyanlar, araştırmanın yapıldığı dönemden sonra, 24 Aralık 2017 tarihinde çıkarılan 696 sayılı Olağanüstü Hal Kanun Hükmünde Kararnamesi (KHK) ile kamuda sürekli işçi kadrosunda istihdam edilme hakkına sahip olmuşlardır. Bu şekilde kadroya geçmeye hak kazanan çalışanlar, 2 Nisan 2018 tarihinde kamuda sürekli işçi kadrosuna geçmişlerdir. Bu noktada çalışanların daha güvenceli bir pozisyona geçmeleri olumlu bir gelişme olmakla birlikte, çalışanların mevcut maaş ve özlük haklarıyla kadroya geçirmeleri durumu, sisteme yeni eşitsizlikler içeren bir istihdam biçiminin yerleştiğini göstermekte ve bu durum da yapılan çalışmanın güncel niteliğini koruduğu şeklinde yorumlanabilir.

yerin belirli bir büyüklükte ve bazı asgari koşullara sahip olması ön koşuluna dikkat edilmiş ve bu şartlara uyan herhangi bir sağlık kurumundaki çalışanların verecekleri cevapların taşeron sistemin genel işleyiş mantığını anlamamıza yardımcı olacağı varsayımından hareket edilmiştir. Araştırmanın evreni olarak Fırat Üniversitesi Hastanesi'ndeki taşeron sağlık çalışanlarının seçilmesinin nedeni ise kurumun hem üçüncü basamak sağlık kurumu olması, hem taşeron personeli istihdamının yoğun olması, hem de araştırmacının eski bir kamu sağlık personeli (anestezi teknisyeni) olmasından kaynaklı kurumdaki yönetici ve sağlık çalışanlarıyla eskiye dayalı var olan ilişkilerinin, çalışmanın daha rahat ve güvene dayalı bir ortamda yapılmasına imkân sunacağı düşüncesine dayanmaktadır. Araştırma kapsamında kurumda hizmet alımı yoluyla istihdam edilen toplam 170 sağlık çalışanının tamamına ulaşılmaya çalışılmış, ancak çeşitli (izinli olma, kabul etmeme gibi) nedenlerle 120 sağlık çalışanına anket uygulanmış ve 17 çalışan ile de derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Çalışmanın nicel kısmında çoğunluğu kapalı uçlu sorulardan oluşan 82 soruluk bir anketten yararlanılarak, çalışanların sosyo-demografik özellikleri ve çalışma süreçlerine dair genel bilgi ve düşüncelerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Diğer yandan araştırmanın nitel kısmında ise 26 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formundan yararlanılarak çalışanların gerek bireysel hayat hikâyelerine gerekse de çalışma süreçlerine dair düşüncelerine derinlikli olarak ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmadan elde edilen nicel veriler SPSS'e yüklenerek basit ve karşılaştırmalı tablolar oluşturulmuştur. Diğer yandan nitel veriler ise içerik çözümlemesine dayalı olarak sınıflandırılarak, nicel verilerle birlikte sürecin daha derinlikli anlaşılması noktasında kullanılmıştır.

Tablo 1: Kurumdaki Personel Pozisyon ve Sayıları

	Sayı
Öğretim Üyesi (Prof, Doç, Yrd. Doç)	177
Araştırma Görevlisi	257
Uzman	2
Kadrolu Yardımcı Sağlık Personeli ve İdari Personel Sayısı	498
Sözleşmeli (4/B) Personel Sayısı	85
Hizmet Alımı Yoluyla Çalışan Personel Sayısı	984
Toplam	2003

Kaynak: Fırat Üniversitesi Personel Daire Başkanlığı Temmuz 2017 verileri

Çalışmanın yapıldığı dönemde kurumda hizmet alımı yoluyla istihdam edilen çalışan sayısının toplam çalışan sayısının yarısını oluşturması durumu, kamu istihdam süreçlerindeki genel eğilimi anlama noktasında çarpıcı bir nitelik taşımaktadır. Diğer yandan kurumda hizmet alımı yoluyla istihdam edilen 984 çalışandan 170 tanesinin beyaz yakalı çalışan olması durumu, esneklik ve güvencesizlik süreçlerinin bu çalışan grubunu da içerecek şekilde dönüştüğü şeklinde yorumlanabilir.

4. Bulgular ve Tartışma

Çalışanların Demografik Verileri

Araştırmaya katılan çalışanların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında çalışanların % 62,5'inin kadın, %37,5'inin erkeklerden oluştuğu, grubun yaş ortalaması bakımından da genç ağırlıklı bir yapısının olduğu söylenebilir.

Tablo 2: Katılımcılara Ait Demografik Veriler

		n	%
Cinsiyet	Kadın	75	62,5
	Erkek	45	37,5
Yaş	18-23	51	42,5
	24-29	31	25,8
	30-35	29	24,2
	36-	9	7,5
Doğum Yeri	Elazığ	97	80,8
	Diğer	23	19,2
	Bekâr	70	58,3
Medeni Durum	Evli	49	40,8
	Boşanmış	1	0,8
	1	26	62,0
Çocuk Sayısı	2	14	33,0
	3	2	5,0

Çalışanların yaş ortalamasının görece genç aralığında olması, sağlık alanında mezun olan kişilerin kadrolu bir pozisyona atanana kadar mesleklerini geçici de olsa icra etme noktasında taşeron çalışanı olarak çalışma hayatına katılma durumuyla açıklanabilir. Araştırma grubundaki çalışanların kadın ağırlıklı bir yapıda olması durumunun ise sağlık mesleğinin kadın mesleği olarak görülmesi ve buna bağlı olarak mevcut sağlık sisteminin kadın yoğun bir sektör olması durumuyla paralel bir nitelik taşıdığı söylenebilir (Gönç, 2016: s.96). Çalışanların çoğunlukla Elazığ doğumlu olması durumu ise bu ilde sağlık elemanı yetiştiren gerek ortaöğretim gerekse de üniversite düzeyinde eğitim kurumlarının varlığı ve bu okullardan mezun olan kişilerin taşeron sağlık çalışanı olarak bu kurumlarda çalışma yönünde bir eğilim içerisinde olmalarıyla açıklanabilir. Çalışanların önemli bir kısmının bekâr olduğu, evli olan çalışanların ise büyük bir kısmının (% 62) bir çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Diğer yandan çalışanların sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerden gelmesinden kaynaklı kısa yoldan meslek sahibi olmak amacıyla sağlık mesleğine yöneldikleri ve mezun olduktan sonra kadrolu olarak işe giremedikleri için de kurumda taşeron olarak işe başladıkları bir sürecin söz konusu olduğu söylenebilir.

“Tabii ki köyde oluşumuz, köyden gelinmesi, ailemin çiftçi olması, maddi durumlarda çoğu zaman yetersiz kaldığımız dönemler oluyordu. 6 çocuklu bir ailenin 6 çocuğuyum, diğerleri de okuyordu. Ailemin dershaneye göndermemesinden dolayı, Tatvan’da laboratuvar ön lisans okudum, çok iyi şartlarda okuduğum söylenemez”(Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Evet, ben de KPSS’den yüksek bir puan alıp çalışabilirdim devlette, ama imkânlar yapamıyorum, çalışıyorsun. Bir de ben mezun olduğumdan beri çalışmak zorundayım, aileme bakıyorsun veya başka sıkıntın oluyor. 50-55 saat çalışıp gidip de evde ders çalışmıyorsun, yani o yüzden olmuyor. Ne yapıyorsun, üniversite hastanelerine gelip taşerona başvuruyorsun” (Sevim, 22, Lise, Hemşire- Bekâr).

Çalışanların bireysel hayat hikâyelerine dair anlatılarına bakıldığında, ailelerinin bu noktada sahip oldukları (veya olmadıkları) ekonomik, sosyal ve kültürel sermaye düzeylerinin (Calhoun, 2016: s.106) çalışanların mesleki seçim süreçlerinde belirleyici bir faktör olduğunu ve mezuniyet sonrası dönemde çalışanların esnek ve güvencesiz pozisyonlara yönelip işe başlama süreçlerinde de belirleyici bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

4.1. Çalışanların Eğitim Düzeyleri

Eğitim düzeyleri noktasında çalışanların büyük bir kısmının (%78) ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Çalışanların eğitim düzeylerinin yüksek olmasına karşın, kurumda taşeron statüsünde olmalarından kaynaklı asgari ücrete tabi çalıştıkları söylenebilir.³ Bu durum yaşadığımız dönemde çalışanların eğitim düzeylerine ve yaptıkları işlere karşılık kazandıkları gelirlerin eskiye dayalı sınıf veya meslek kavramlarıyla kolaylıkla örtüşmediğini (Standing, 2015: s.23) ve esneklik süreçlerinin yaygın hale geldiği günümüz şartlarında düzenli bir gelir ve hayata sahip olmak için uzmanlık gerektiren becerilere zaman ve çaba yatırımı yapan eski bakış açısının geçerliliğini yitirdiği ve bireylerin bu şekilde bir rasyonel seçim yaparak bir şeyleri kazanabilecek veya ulaşabileceklerinin bir garantisinin olmadığı bir yapının söz konusu olduğunu göstermektedir (Bauman, 2014: s.189).

Tablo 3: Katılımcıların Eğitim Durumları

	Sayı	%
Lise	42	35,0
Ön lisans	48	40,0
Lisans	26	21,7
Yüksek Lisans	3	2,5
Doktora	1	0,8
Toplam	120	100

Taşeron firma üzerinden istihdam edilen ve kurumda tüp bebek uzmanı olarak görev yapan Funda isimli çalışanın eğitim düzeyi ile kurumdaki mevcut pozisyonu arasındaki fark bu noktada çarpıcı bir nitelik taşımaktadır.

“Çok yanlış, sonuçta bir fark olmalı, hem eğitim düzeyi olsun, yapılan işe göre bir ayırım olmalı mutlaka, hem insanın en başta motivasyonunu düşürüyor, şevkini kırıyor. Hani belli bir şeye kadar sabrediyorsun, halen bir şeyler değişmemiş, bu sizi üzüyor, maddi olarak da, unvan olarak da, manevi olarak da hak ettiğimiz şey kadro. Mesela benim doktoram biterse, yardımcı doçent kadrosu açılırsa, burada yardımcı doçent olabileceğim yani, şu anda bulunduğum durum bana çok abes geliyor” (Funda, 37, Doktora, Biyolog).

Funda isimli çalışanın sahip olduğu eğitim düzeyine karşılık istihdam edildiği koşullar göz önünde bulundurulduğunda, taşeron çalışmanın emeğinin en vasıfsız olduğu alanlardaki çalışanlar yanında, oldukça vasıflı olan çalışanları da içerisine alan bir emek süreci örgütlenmesi haline geldiğini göstermektedir (Yücesan-Özdemir, 2008: s.254).

4.2. Çalışanların Kurumda İşe Giriş Süreçleri

Kayırmacılık uygulamaları hem gündelik hayatta hem de yönetsel süreçlerde sık sık ortaya çıkan ve bazı kişilerin bu yapı ve süreçler içerisinde korunması anlamına gelmektedir. Kamu görevlerine yapılan atamalarda ve terfilerde başlıca akrabalık (nepotizm), tanıdık-dost (kronizm), meslektaşların korunması (favoritizm) veya aynı dini veya farklı siyasi grup üyelerinin korunma-

3 Çalışmanın yapıldığı 2017 yılı Haziran-Temmuz aylarında bekâr ve çocuksuz bir çalışanın asgari ücreti net 1.404,06 TL iken; evli, eşi çalışmayan ve iki çocuklu bir çalışanın ise ücreti net 1.407,72 TL olmuştur. Araştırma grubundaki çalışanlar kurumda iki firma üzerinden istihdam edildiklerinden dolayı; temizlik firması olan A firmasındaki çalışanlar aylık 1400-1500 TL alırken, sağlık firması niteliğinde olan B firmasındaki çalışanlar ise aylık 1700-1900 TL arası maaş almaktadırlar.

sı veya kamu kaynaklarının siyasi iktidarlara yakın grup veya kişileri kayırmacı bir biçimde yönlendirilmesi (klijentalizm) gibi farklı kayırmacı uygulamaların olduğu söylenebilir (Özkanan ve Erdem, 2014: s.181). Kamu istihdam süreçlerindeki kayırmacılık uygulamalarına eğilen bir çalışmada kayırmacılık uygulamalarının yönetim süreçlerinde genel bozulmanın bir sonucu olduğu, özel sektöre karşı kamu sektöründe daha yoğun olarak görüldüğü, gelişmekte olan ülkeler yanında gelişmiş ülkelerde de görüldüğü, ekonomi ve devlet bütçesine ekstra yük getiren bir nitelik taşıdığı görülmüştür (AL,shawawreh, 2016: s.65). Bu noktada araştırmaya katılan çalışanların işe giriş süreçleri noktasında, sürecin çoğunlukla kayırmacı ilişkilere dayalı bir yapıda yürüdüğü söylenebilir.

“Kesinlikle benim bir sürü arkadaşım başvuru yaptı, bu süreçte ilk sorulan şey referansının olup olmadığı, ona göre yani belirleniyor”(Fethiye, 21, Lise, Hemşire).
Başhekimlikten direk telefon geliyor ve alınacak personelin ismi bize iletiliyor ve süreç bu şekilde işliyor” (Şirket Yöneticisi).

Babam burada hasta bakıcı olarak çalışıyor radyolojiye hasta götürüp getirdiği için radyoloji hocaları daha tanıdıktı ve onlara söyleyince, o dakika oldu işim. İşe giriş süreci %95 torpile bakar yani, burası öyle bir hastane”(Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).
Şirket yöneticisinin ve çalışanların sürece dair anlatıları, işe giriş sürecinde kişilerin sahip oldukları sosyal sermaye ağlarının baskın ve belirleyici bir nitelik taşıdığını göstermektedir. Aynı şekilde ağır çalışma koşulları ve düşük özlük haklarının söz konusu olduğu bu işe girme sürecinde dahi klijentalistik süreçlerin belirleyici olması durumu da bu noktada düşündürücü bir nitelik taşımaktadır.

Diğer yandan hizmet alımı yoluyla alınan sağlık çalışanlarının kurumda 3 ana şirket üzerinden istihdam edildikleri söylenebilir. Buna göre çalışanların istihdam edildiği B firması 120 civarında sağlık elemanı istihdam etmekte ve bu firmadaki çalışanlar resmi kayıtlarda sağlık çalışanı olarak gösterilmektedir. İkinci firma olan A ise hastanedeki temizlik, güvenlik, sekreterlik ve diğer destek hizmetlerindeki çalışanların istihdam edildikleri firma olup, bu şirket üzerinden istihdam edilen sağlık çalışanları (40 kişi civarında) kurumda sağlık hizmeti sunmakla birlikte, resmi kayıtlarda temizlik çalışanı olarak gösterilmektedir. Üçüncü firma ise görüntüleme hizmetleri alanında olup, bu firmanın makine ve teçhizatlarıyla birlikte kendi personelini de (10 kişi) ihale kapsamında temin ettiği ve çalışanların bu şekilde istihdam edildiği bir yapısının olduğu söylenebilir. Kurumdaki taşeron sağlık çalışanlarının ilk olarak A firması üzerinden (resmi kayıtlarda temizlik çalışanı olarak) işe alındığı ve ilerleyen dönemlerde B firmasında kadro boşalması durumunda, kadrolarının B firmasına geçirildiği bir işleyişinin olduğu söylenebilir. Bu durum bu alanda muvazaalı bir sürecin işlediğini (Sayın, 2017: s.94; Gerek, 2017: s.55) ve kurumun maliyeti daha az olduğu için çalışanları bu şekilde istihdam etme yoluna gittiğini göstermektedir.

“Başlangıcı A firması üzerinden yapıyorlar, ama ilerleyen süreçte B firmasına, yani sağlık şirketine aktarıyorlar. Yani böyle bir ayırım niye yapılıyor, hiç kimse bilmiyor. Tamam, sağlık şirketi, temizlik şirketi diye ayırmak mantıklı bir şey, çünkü temizlik personelinin görevi ayrı, sağlık personelinin görevi ayrı. Ama temizlik personelinin içerisine bizi katması mantıksız, ben ön lisans okuyorum şu anda, ben de sağlık meslek lisesi çıkışlıyım. Diğer şirketin bize göre maaş olarak biraz artısı var. Yani ben şu an e-devlette Çalışma Bakanlığı sitesine girdiğim zaman benim statüm kısmında yardımcı personel yazıyor ” (Taylan, 36, Lise, Laborant-A Firması Çalışanı).

“Mesela bir personel kurumda sözleşmeli kadroya (4/B) geçince o elemanın B firmasındaki kadrosu boşalacak ve A firmasındaki bir eleman B firmasına geçecek. Yeni işe başlayanlar A firmasında başlıyor yani. Onlar şöyle 1300 falan maaş alıyorlar ve temizlikte görünüyorlar, bizim şirket boşaldıkça oradan çekiyorlar, mesela ben başladıkdan bir ay sonra B firmasına geçtim, o yönden çok şanslıyım, mesela 1,5 yıldır çalışıp benim şirkete geçemeyen vardı” (Sevim, 22, Lise, Hemşire- B Firması Çalışanı).

Kurumdaki çalışan personelin kadrolu, sözleşmeli ve taşeron personeli olarak ayrılması başlı başına bir eşitsizlik kaynağı olsa da, taşeron personelin kendi arasında maddi ve manevi önemli eşitsizlikler içeren üç firma altında istihdamı da başka bir eşitsizlik kaynağı olarak nitelenebilir. Diğer yandan çalışanların kurumdaki toplam çalışma sürelerine bakıldığında çalışanların % 35’inin 1-3 yıl, % 38’inin 3-5 yıl arasında % 27,5’inin 5 ve üstü yıldır kurumda çalıştığı görülmektedir.

“Sonra kurum bizi kabul etti, zaten kurum demeyelim de şirket, tamam dediler hemen girişini yapalım edelim dediler, daha sonra başladım, başladıkdan sonra burada 9. yılım” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Parmak izini eğer giriş çıkış saatlerimizi kontrol için yapıyorlarsa mesela atıyorum 8:05’de parmak izi bastığınızda direk uyarı yapıyorlar bize, peki ben 12 yıldır saat tam 7.30 parmak izi basıyorum, niye hiç bir gün açıp teşekkür etmiyorlar” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

“Mesela şuan radyolojiden 3 tane 4/B’li alımı var, Allah’tan uzun zamandır burada çalışan arkadaşlarımız var onları alacaklar sanırım, yukarıda 15 yıldır çalışan arkadaşlarımız alınacak bir aksilik olmazsa, onlara sevindim” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Çalışanlar her ne kadar taşeron elemanı olarak çalışmayı mesleğe kadrolu olarak başlayana kadar ki geçen dönemde yapılabilecek geçici bir iş olarak görme eğiliminde olsalar da, çalışanların önemli bir kısmının (% 25’inin) yedi yıl ve üstü çalışıyor olması durumu taşeron çalışmanın bu noktada bazı çalışanlar için daimi bir çalışma şekli haline geldiğini göstermektedir.

4.3. Çalışanların Bilgi ve Becerilerinin Dikkate Alınma Durumu

Çalışanlarla yapılan görüşmelerde katılımcıların büyük bir kısmının (%67) taşeron çalışan olarak kurumun asli elemanı görülmemelerinden kaynaklı, kurumda nerede ihtiyaç varsa genellikle o birimde çalıştırıldıkları ve bu noktada kendilerinin sahip oldukları bilgi ve deneyimlerinin dikkate alınmadığı bir yapısının olduğu görülmüştür. Kurumların işleyiş süreçlerinde çalışanların düşüncelerinin alınmaması ve karar alma süreçlerine dâhil edilmemesi çalışanların kendilerini değersiz hissetmelerine, çalışma süreçlerine daha isteksiz katılmalarına ve örgütsel adalet duygularının zarar görmesine yol açmaktadır. Örgütsel adalet kavramının bileşenlerinden biri olan dağıtımsal adalet kavramı çalışanların sahip oldukları eğitim düzeyi, deneyim ve farklı becerilerini sundukları örgütsel yapının bu süreçler sonunda kendilerine karşılık olarak verdiği maddi ve manevi kazanımları kendileriyle benzer niteliklere sahip bireylerle kıyaslama eğilimi içerisinde olduğunu göstermektedir (Adams, 1969: s.273). Bu noktada Selçuk isimli çalışanın bu süreçlere dair düşünce ve deneyimleri oldukça çarpıcı bir nitelik taşımaktadır.

“Şimdi ben 9 yıl boyunca tahmini 12 tane sertifika aldım, kendi olanaklarımla kurslara gittim, kan bankacılığı, Sağlık Bakanlığı aferez [kanın bağışçıdan alınarak gerekli kısmın ayrılıp alınarak geriye kalan kısmın bağışçıya geri verilmesi işlemi] sertifikaları, cihaz sertifikaları hani

genel itibarıyla ne lazımsa onu aldım. Hani şu an almadığım bir sertifika yok, 10 yıllık deneyimimi uygulamada beni test edin, artık şöyle kanın renginden bile işi çözmüşüz. Bu kadar tecrübe ve bu kadar deneyim ve birikimim var ama hiçbir işe yaramıyor. Sıfıra sıfır elde var sıfır yani. Artık bir isteksizlik, emeğinin karşılığını alamama, insanın çalışma hevesi bile kalmıyor” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Yapılan çalışmada elde edilen bulgular katılımcıların eğitim düzeylerinin, deneyim ve sertifikalarının kurum nazarında önemsenmediği bir sürecin var olduğunu ve çalışanların kendilerini benzer eğitim düzeylerine sahip olan diğer kadrolu ve sözleşmeli çalışanlarla kıyaslama eğilimi içerisinde olduklarını ve bu süreçlerin de çalışanların motivasyonlarını ve kuruma olan bağlılıklarını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

4.4. Esnekliğe ve Güvencesizliğe Dayalı Hizmet Üretim Süreçleri

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte esneklik ve güvencesizlik süreçlerinin sağlık sistemi içerisine yerleşmeye başladığı, sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin arttığı, ücretler ve diğer özlük hakları noktasında yeni eşitsizlik biçimlerinin sisteme dâhil olduğu, doktorların daha az zamanda daha çok hastaya bakma eğiliminde olduğu ve sistemin bunu teşvik ettiği, özellikle eğitim işlevi olan hastanelerde daha çok gelir getirici işlemlerin ön plan çıkarıldığı bir süreç ortaya çıkmıştır (Ceylan, 2009: s.67). Araştırmaya katılan çalışanlar performansa dayalı hizmet üretim süreciyle birlikte iş yüklerinin büyük oranda arttığı, kendi görev ve yetkileri dışında sekreterlik, hasta bakıcılık ve kimi durumlarda doktorların yapması gereken işleri dahi yaptıkları işlevsel esnekliğe dayalı bir yapının ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışanlar, en yoğun servislere (mesela 40 hastanın yattığı bir cerrahi serviste) dahi tek başına nöbet tutulduğunu ve eleman sayılarının arttırılması yönündeki taleplerinin ise görmezden gelindiği bir yapının olduğunu belirtmişlerdir.

“Servislerde çok fazla hemşire açığı var, standartlara göre bir hemşireye dört hastanın düşmesi gerekiyor, en fazla beş, ama biz burada tek başımıza 30 hastaya baktığımızı biliyoruz. İş yükü çok fazla, mesela sekreterlerin belli işleri var, intörn doktorlara düşen bazı işler var ama bazen çoğunu biz kendimiz yapıyoruz” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Sömürü, insanları sömürmek istiyorlar. Ha şu an mesela biz burada üç kişiyiz, bu birimin hepsi kadrolu olsa, şu an burada yapılan işi 6-7 kişi yapamaz yani” (Mehmet, 24, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

“Bazı doktorlarımız ciddi anlamda performans işini o kadar çok önemsiyorlar ki. Planlı anjiyolar sebepsiz bir şekilde 5’ten sonrasına kalıyor. Acil olmadığı halde anjiyo listesine alınmış, tatil gününde anjiyosunu alan doktorları biliyoruz. Fazla mesai personel için ciddi anlamda iş yükü, hasta içinde ciddi anlamda büyük bir kaygı. Çünkü anjiyo hastaları akşam o saate kadar, kesinlikle aç kalıyorlar, sinirleniyorlar, şeker hastaları, tansiyon hastaları geriliyorlar, hasta yakınları agresifleşiyorlar bu saate kadar aç kaldık anjiyo yapılmayacak mı diyorlar” (Ayşe, 30, Lisans, Hemşire).

“Burada bir kemik grafisi çektiğin zaman radyoaktif maddeyi 24 saat atamıyor vücut, şimdi öyle bir ilaç düşün ki 24 saat sonra yani sürekli lamba gibi radyasyon yayıyor. Şimdi devlet Allahtan buna bir kota getirmiş diyor ki sen bunu çekersen 6 ay içinde bir tane daha çekemezsin. Ama bizim doktorlarımız yani ben bazen bakıyorum, Allahtan sistem giriş yapmıyor, sistem giriş yapsa 2-3 kere isteyecek” (Murat, 28, Ön Lisans, Radyoloji Teknikeri).

Çalışanların yukarıdaki bireysel anlatılarında ortaya çıkan mevcut yapının bu konuda yapılan farklı çalışmalarda (Elbek, 2012: s.61; Kılıçaslan ve Kılıçaslan, 2013: s.188-191) ortaya çıkan sonuçlarla benzer bir nitelik taşıdığı ve sağlık hizmetleri alanında bu dönemlerle birlikte tüketim süreçlerinin körüklenmesine bağlı teşhis, tedavi, ilaç tüketimi, girişim ve ameliyat sayılarının büyük oranda arttırdığı ve bu süreçlerin çalışanların iş yoğunluklarını büyük oranda arttırdığı ve işlevsel esnekliğe dayalı bir yapıyı sisteme yerleştirdiğini göstermektedir (Jenkins-Clarke ve Carr-Hill, 2001: s.842; Lastra, Alcazar ve Gardey., 2014: s.1; Etiler, 2012: s.50). Çalışma alanlarında görülen işlevsel esnekliğe dayalı çalışma biçimlerinin çalışanların (taşeron-kadrolu-sözleşmeli fark etmeksizin) tümünü etkileyen bir yapısı olmakla birlikte, taşeron çalışanların pozisyonlarının daha güvencesiz olmasından kaynaklı bu süreçleri daha ağır bir şekilde deneyimledikleri söylenebilir. Bu noktada çalışanların esneklik süreçleriyle ilgili bireysel anlatılarına bakıldığında, güvencesiz olma durumlarının sıklıkla vurgulanan bir nokta olduğu söylenebilir.

“Şimdi diyelim ikimizden siz kadrolu, ben ise taşeronum ve ikimiz aynı nöbeti tuttuk ve bir vukuat oldu. Gittik başhekimin karşısına hakikaten uçurum var, hani belki beni o dakika işten atar” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Tabii ki idari sonuçta sözleşmelisiniz, hastanenin şirketine bağlısın, yani çok fazla bir hakkın yok. Eğer yanlış bir şey yaparsak ya da haksızlığa uğrarsak kendimizi çok fazla savunabileceğimizi düşünmüyorum” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Başhekim daha önceden hastane içinde karşılaştığı bir hemşireyi, birkaç gün sonra tekrar görünce ona soruyor işte, sen kadrolu musun? Hayır, ben taşeronum diyor o da. Başhekim hemşireye orada diyor ki senin geçici olduğunu bilseydim daha farklı olurdu” (Fethiye, 21, Lise, Hemşire).

Performansa dayalı hizmet üretim sürecinin birimlerdeki var olan yoğunluğa ekstra bir yoğunluk kattığını belirten çalışanlar, bu süreçlerin çoğunlukla yetersiz sayıda elemanla yürütülmeye çalışılmasının kimi durumlarda hastalar için de riskli ve tehlikeli sonuçları olabileceğini belirtmişlerdir.

“İşe ilk başladığım zamanlarda sadece 08:00 -17:00 nöbeti tuttum, ertesi gün 14:00 -23:00 tuttum, üçüncü gün tek başına gece nöbetindesin denildi, hiçbir ilacı bilmiyorum. Hasta kötüleşti, bu arada doktor da yeni başlamış çömez, beni boş yere arıyordur diye telefonlarıma cevap vermiyor. Böyle bir ortamda tek yaptığım başhemşireyi, süpervizörü aramak, bir de kıdemliyi aramak, bir baktım bütün hastane bizim servise döküldü. Hasta uyudu mu diyorum, yok dedi arkadaş, öldü hasta dedi, ben sadece böyle kaldım, başınız sağ olsun dedim Allah rahmet eylesin. Sorduğum tek soru benim suçum var mı, dediler yok, senin suçun yok, senin yapabileceğin hiçbir şey yoktu. Düşünsenize eleman ihtiyacı çok fazla ve alınan elemanlar da yetiştirilmeden direkt gece nöbetine sokuluyor, bu böyle olmaz” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

Bu noktada gerek Necla isimli çalışanın sürece dair düşünceleri gerekse de bu konu hakkında yapılan çalışmalarda (Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi ve Jawad, 2003: s.478; Cho, Hwang ve Kim., 2008: s.322 ; Penoyer, 2010: s.1521) ortaya çıkan bulgular çalışma süreçlerinde ortaya çıkan değişimlerin sağlık çalışanları yanında hastaları da etkileme potansiyeli taşıdığını göstermektedir.

4.5. Ekip Anlayışının Gerilemesi

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte hizmet üretim süreçlerinde ortaya çıkan değişikliklerden biri de ekip anlayışına dayalı hizmet üretim sürecinin gerilemesi olmuştur. Keynesyen Refah

Devleti modelinin geçerli olduğu hemen hemen her ülkede Sennetvari⁴ bir hizmet üretim modeli olduğu ve bu dönemlerde her klinik veya birimin kendi içerisinde atölye tarzı bir örgütlenmeye dayandığı ve buna dayalı bir hizmet üretimi süreci gerçekleştiği söylenebilir. Bu dönemlerde her klinik veya birimde temel işleyiş birimin başındaki hekimlerin yönlendirmesiyle olmakta ve yardımcı sağlık personelleri her ne kadar hekimler nazarında sürecin eşit birer üyesi olarak kabul görmese de çalışma sürecinin zorunlu kıldığı bir ekip/atölye çalışma biçiminin söz konusu olduğu söylenebilir (Ünlütürk-Ulutaş, 2011: s.67). Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte kamu kurumlarında rekabetçi bir hizmet anlayışının yerleşmesiyle birlikte ekip anlayışının gerilediği, çalışanlar arasındaki ilişkilerin daha bireysel ve rekabete dayalı bir hale geldiği söylenebilir (Pala, 2007: s.19; Elbek ve Adaş, 2009: s.37). Bu noktada araştırmaya katılan çalışanların büyük bir kısmının (% 84) dönüşüm süreciyle birlikte sağlık kurumlarında ekip anlayışının gerilediği, rekabetçiliğe dayalı ve bireyselleşmiş ilişki biçimlerinin sisteme hâkim olmaya başladığını düşündükleri görülmüştür.

“Çünkü bize üniversitede 4 yıl boyunca şunu öğrettiler, ekipsiniz ekip, kafamıza vura vura bunu öğrettiler, biz hatta o zaman boş görüyorduk bunu, ekip dediğin ne, ben gideceğim işimi yapacağım çıkacağım. Ama hakikaten ekip çok önemliymiş, ama şimdi bu mantığı ne doktorlarımızda, ne de diğer arkadaşlarda görüyorum” (Çiğdem, 29, Lisans, Hemşire).

“Hepsi performans, hastanede çalışan biri olarak bu kadar söyleyebilirim insan hayatı artık o kısmı geçtik, insana sadece paragözülle bakılıyor, yani hangi ara bu duruma gelindi. Çünkü eski dönemde okulumuz bitişikte olduğu için araya geliyorduk hemşire arkadaşlarımız vardı, ya ekiplerine bakıyordum, hastalarına bakıyordum, ya tamdı ya” (Necla, 33, Lisans, Ebe).

“Geçmişte ne vardı, bence arkadaşlık dostluk vardı, hastanenin içerisinde ekip anlayışı vardı. Şimdi mesela serviste bir sekreter var, uzun zamandır çalışıyor, ama bu kişiyi fazla tanımıyorum, samimi değilim, ama önceden öyle değildi” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

Sonuç olarak kamu sağlık hizmetlerinde performans sistemine dayalı hizmet üretim süreçleri bir yandan istihdam süreçlerinde esnekliğe ve güvencesizliğe dayalı çalışma biçimlerini yaygınlaştırırken diğer yandan sağlık alanında var olan ekip anlayışının gerilemesine, rekabetçiliğe ve bireyciliğe dayalı ilişkilerin sisteme yerleşmesine yol açmaktadır.

4.6. Çalışanlar Üzerindeki Denetim Süreçleri

Neo-liberal dönemde kamu sağlık hizmetlerinde uygulamaya giren performans sisteminin işleyişinde var olan denetim süreçlerinin kimi çalışanlar nezdinde rızaya dayalı, kimisinde ise baskıya dayalı yürütüldüğü söylenebilir. Örneğin bu süreçlerde hekimler üzerinde daha çok rızaya dayalı bir denetim süreci söz konusu iken, yardımcı sağlık personelleri üzerindeki denetim sürecinin ise daha çok zora dayalı bir nitelik taşıdığı söylenebilir (Ünlütürk-Ulutaş, 2011: s.81). Araştırma grubundaki çalışanların taşeron personeli olmasından kaynaklı gerek hizmet üretim süreçlerinde gerekse de hak arama süreçlerinde yaşadıkları durumların, bu çalışan grubu üzerindeki denetim süreçlerinin daha çok baskıya dayalı bir nitelikte yürütüldüğünü göstermektedir.

4 Atölyeyi zanaatkârın yuvası olarak gören Sennett, bu mekânları insanların yüz yüze ilişkiler içinde otoritenin (ustanın) belirlediği koşullar altında üretim yapılan alanlar olarak nitelendirmektedir. Bir atölyede usta becerileri ve deneyimi sayesinde emir verme hakkı kazanmakta ve bu becerileri öğrenmek ve özümsemek yoluyla da çırak ve kalfalar nezdinde bir saygınlık kazanmakta ve genel olarak bu mekânlar ekip anlayışına dayalı bir üretim örgütlenmesine dayanmaktadır (Sennett, 2009a: s.76).

“Beni işten çıkartmakla tehdit etti Başhekim, Bimer’e şunu yazdım diye: ben bu hastanede çalışıyorsam, benimle aynı okulu okumuş, aynı mezun olan kişi, röntgenden bahsediyorum anesteziye bahsediyorum. Bu adamlara [B firmasında çalışanların] 1900 lira maaş veriyorsun, artı sağlık personeli olarak gösteriyorsun, şirketi farklı, statüsü farklı, aldığı maaş farklı. Ben laboratuvarında çalışıyorum ben de sağlık personeliyim ama ben farklı şirketteyim ve resmi olarak temizlik elemanı olarak görünüyorum diye yazdım. Yazdıktan sonra beni çağırdılar, gittim yanına, kâğıt elinde, attı önüme, sen bizi şikâyet etmişsin. Seni işten çıkartırım dedi, geri al şikâyetini dedi” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Biz her daim atılma baskısıyla, psikolojik baskıyla çalışıyoruz. Misal atıyorum ben burada bir iki sesimi mi yükselttim, ya da bir sıkıntı mı çıktı. Tamam diyor kardeşim, ver onu temizliğe ya da hasta bakıcılığa, benim arkadaşlarıma yapıldı. Yani halde satılan domates gibiyiz, yazın tam ortasında hale git, her yer domates, kıymeti var mı, yok” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Çalışanların haklarını arama noktasında yaptıkları girişimlerin yöneticiler (gerek şirket gerekse de hastane yönetimi) tarafından engellenmeye çalışılması, hatta kimi durumlarda çalışanların işten atılmakla dahi tehdit edilmeleri durumu, Burawoy’un fabrika-emek rejimleri kavram-sallaştırmasındaki baskının rızaya üstün olduğu despotik emek rejiminin söz konusu olduğunu göstermektedir. Diğer yandan alandaki gözlem ve görüşmelerden hareketle yardımcı sağlık personellerinden kadrolu ve sözleşmeli pozisyonda olanların denetim süreçlerinin daha çok hegemonik (rızanın baskıya üstün geldiği) bir tarzda işlediği, taşeron olarak çalışanlar üzerindeki sürecin ise daha çok despotik (baskının rızaya üstün geldiği) bir yapıya dayalı yürütüldüğü söylenebilir. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte hasta memnuniyet ve şikâyet sistemlerinin de sağlık çalışanları üzerinde önemli bir baskı ve denetim unsuru haline geldiği söylenebilir. Buna göre, yeni kamu yönetimi anlayışının verimlilik, maliyet azaltma ve tüketici memnuniyetini artırma süreçlerinin, hemşirelerin iş yerlerindeki duygusal ve hastabakıcı rollerine ek yükler getirdiği ve bu durumun da çalışanları süreçte ikinci plana atan bir sonucu olduğu söylenebilir (Bolton, 2002: s.129). Bu noktada çalışanların bu süreçlere dair düşünce ve deneyimlerinin oldukça eleştirel olduğu söylenebilir.

“Çalışanlar açısından çok kötü bir sistem, çünkü artık sağlık personelinin hiçbir söz hakkı yok. Her zaman hasta haklıdır diye bir şey var, o yüzden sağlıkta şiddet çok arttı. Eskiden bir hemşireye ya da doktora asla sesini yükseltmezdi bir hasta yakını veya hasta, ama şu anda odaya girdiğimizde toplanmıyorlar bile hasta ve hasta yakınları” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Hasta yakını yoğun bakıma girmeye çalışıyor. Beş dakika görmeye hakları var yakınlarının, ama bıraktığın zaman sülalesi girmeye çalışıyor. Engellediğin zaman da yönetime şikâyet ediyorlar, yönetime kural bu diyorsun, yönetim burası ticarethane arkadaşım hasta yakınlarına iyi davran diyor, öyle mi tamam” (Çiğdem, 29, Lisans, Hemşire).

5 Fabrika rejimi kavramı emek sürecinin analizinde toplumdaki siyasi ve ideolojik yapı ve süreçlerinin de dâhil edildiği ve devletin üretim ve emek siyasetinin belirlenmesinde etkin bir rol aldığı bir yapıya işaret etmektedir. Bu noktada fabrika rejimi emek sürecinin hem toplumsal ve siyasi yapılar tarafından belirlenen bir süreç olduğunu hem de bu süreçleri etkileyen bir yapı olduğunu öne sürmektedir. Burawoy, emek örgütlenme biçimlerinin Gramsciyen anlamda baskının rızaya üstün geldiği despotik emek rejimlerinden, rızanın baskıya üstün olduğu hegemonik emek örgütlenmesine doğru bir değişim içinde olduğunu belirtmektedir (Yücesan-Özdemir, 2010: s.41; Burawoy, 2015: s.118).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının düşük eleman sayılarıyla yürütülen ve büyük oranda artan iş yoğunlukları yanında; hasta hakları, hasta memnuniyet ve şikâyet sistemlerinin hasta-hasta yakınları ve hastane yönetimince çoğu zaman farklı yorumlanıp uygulanmasına bağlı olarak ortaya çıkan süreçlerin, çalışanlar üzerine ekstra bir iş yükü, baskı ve denetim sürecini de getirdiği söylenebilir.

4.7. Ayrımcılık Süreçleri

Taşeron çalışma biçiminin esasen özel uzmanlık bilgisi gerektiren işlerde istisnai olarak başvurulması gereken bir istihdam süreci olması gerekirken, işgücü piyasası içerisinde yaygın olarak kullanılan bir istihdam biçimi haline gelmesi durumu, çalışanların hiyerarşik olarak kendi içerisinde bir kez daha bölündüğü bir yapıyı ortaya çıkarmıştır. Aynı şekilde çalışanlar arasındaki bu parçalanma süreçlerinin sadece ücret ve sosyal haklar noktasında sınırlı kalmadığı, çalışanların sosyal yaşamlarına da yansıyan bir görünümünün olduğu söylenebilir (Özveri, 2008: s.11). Kurumda çalışan sağlık personelleri arasında kadrolu-sözleşmeli-taşeron personel olma durumuna bağlı olarak (çalışanlar aynı eğitim düzeylerine sahip olsa da) ortaya çıkan ve özellikle ani kriz ve çatışma durumlarında belirgin hale gelen maddi ve manevi ayırım(cılık) durumlarının (mesai saatleri, nöbetler, izin-rapor hakları, servisler gibi) çalışanlar arasındaki çalışma barış ve huzurunu bozduğu söylenebilir.

“Aynı ortamda çalışıyorsun, aynı işi yapıyorsun ama sınıfsal ayrımlar oluyor. Yani sen haftada 45 saat çalışırken, kadrolular 40 saat çalışıyor. Ayrıca 45 saat nadir çalışıyoruz, iki hafta 48 saat bir hafta 40 saat çalışıyoruz, 54 saat çalıştığımızı da biliyorum, listeler dönmeyince fazla çalıştığımız da oluyor” (Sultan, 21, Lise, Hemşire).

“Şimdi kadrolu bir kişi de istemez yanındaki bir kişinin taşeron olmasını istemez. Çünkü en ufak bir muhabbette bile taşeron elemanın zoruna gidecek bazı şeyler olabiliyor. Örneğin bizim arkadaş vardı, banka promosyonu 2500 TL idi. İşte misal döner sermeye yatıyor, işte maaşı totale baktığın zaman neredeyse 4.000 TL alıyor, biz ise 1500 TL alıyoruz, hani hakikaten çok çok düşük bir rakam ve bu durumda kişi kendini ve kurumdaki varlığını sorguluyor” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

“Bir rapor alırken bile çekinerek yapıyoruz, siciline işlerler, çok fazla rapor alıyor diye. Seni çıkarıyorum diyebilir. Mesela enfeksiyon servisinde bir hemşire rapor mu, yatış mı almış ve sonra sorumlusu şikâyet etmiş, ortopediye sürmüşler” (Nil, 22, Ön Lisans, Hemşire).

“Mesela adam ilkokul mezunu, gelip bize bu geçicilerden [taşeronlardan] çektiğimizi kimseden çekmedik gibi bir kelime kullanıyor. Mesela adamın diplomasını sormaya kalksan elinde diploma yok, ama devletin 657'sine tabi olduğu için, adam bizim yüzümüze baka baka diyor ki, biz bu geçicilerden çektiğimizi kimseden çekmedik” (Taylan, 36, Lise, Laborant).

“Bizim servisler var, sabah gelip akşam götürüyorlar, ben daha hiç binmedim. Onlara bindiğimde şey sıkıntısı oluyormuş, taşeron oturmasın, taşeron ayakta beklesin, kadrolu otursun diye birkaç kavga yaşanmış. O rezilliği yaşamamak için hiç binmedim, binmeyi de düşünmüyorum” (Erhan, 22, Ön Lisans, Hemşire).

Çalışanların bireysel anlatılarından açıkça görüleceği üzere kadrolu ve taşeron çalışanlar arasındaki mevcut durum, çalışanların maddi ayrımlar yanında, zihinsel anlamda da birbirlerini çok farklı yerlerde konumlandıkları ve buna dayalı hareket ettikleri bir yapının olduğunu göster-

mektedir. Bu durum, neo-liberal dönemde mesleklerin kendi aralarında farklı statüler ve hiyerarşiler etrafında yeniden örgütlendiği ve buna dayalı olarak aynı meslek grubundaki çalışanlar arasında dahi maddi ve manevi eşitsizler üreten alanlar haline geldiğini göstermektedir (Standing, 2015: s.23).

4.8. Ücretlerin Yetersizliği ve Ek İş Yapma Durumu

Modern sonrası dönemde çalışanların klasik işsizlik olgusundan ziyade daha çok esnek, güvencesiz ve düşük mali ve sosyal haklara sahip istihdam süreçleriyle karşılaştıkları söylenebilir (Beck, 2011: s.216). Bu noktada çalışanların aldıkları ücretler hakkındaki düşüncelerine bakıldığında, büyük bir kısmının (% 94) alınan ücretleri yetersiz bulunduğu ve geçim sıkıntısı yaşadıkları söylenebilir. Çalışanların gerek maaş ve diğer özlük haklarının düşük ve yetersiz olması gerekse de döner sermaye ek ödemesinden yararlanamamaları durumu, çalışanların bu süreçlerde büyük hak kayıpları yaşamasına yol açmaktadır

“Benim maaşım şu an 1750, böyle bir saçmalık var mı? Ben 600 TL kira veriyorum, kışın olduğu zaman da 400 TL doğalgaz veriyorum etti sana 1000 TL. 200- 300’ de çocukların yiyeceği, içeceği, mamasıdır, bezidir, üstüdür, başıdır derken 300’ de ona verdim etti 1300, 100’de elektrik su 1400, geriye kalıyor 350 TL ne yapacaksın? Hadi 350 lirayla mutfak masrafı, gezme yok, içme yok, dışarı çıkmak yok, hiçbir şey yok yani, bunları düşünmek lazım. Biz hasta bakıcılardan çok alıyoruz, hasta bakıcılar var 1400 lira alıyorlar” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).
 “Hayır ya ben açıkça söylüyorum, hakkımı helal etmiyorum. Ben 7 yıldır buradayım 1650 ile başladım şuan maaşımı sorarsan Ocak ayından beri 1590 TL alıyorum” (Dicle, 34, Lise, Odyoloji Teknisyeni).

“Performans sistemi yanlış bence, ne yapıyor mesela diyelim biz burada önceden performans sistemi yoktu, on tane hasta alıyorsa, şimdi performans için yirmi tane hasta alıyoruz işte, bu hem sana yazık hem bana yazık. Ne yapıyor hocanın cebine para giriyor, benim cebime para giriyor mu yok, bende çalışıyorum orda bende aynı performans gösteriyorum” (Ali, 32, Lise, Radyoloji Teknisyeni).

“Yazık günah diyorum, sadece asgari ücretle geçinen kişi var inanın, 1500 liraya 400 -500 liralık kira verip geri kalan 1000 lirasını 2 -3 tane çocuk yetiştiren, aileyi geçindiren insanlar var” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Diğer yandan çalışanların önceki dönemlerde sendikal örgütlenme yoluyla açtıkları davalar sonucu elde ettikleri kısmi kazanımların hastane ve şirket yöneticilerinin engelleme ve tehditleme ile zaman içerisinde geri alındığı bir sürecin yaşandığı söylenebilir. Bu sürece paralel çalışanların işlerini kaybetme korkusundan dolayı kurumun-firmanın sunduğu koşulları ve ücretleri kabul etme ve daha itaatkâr bir tutum içerisine girme yoluna gittikleri söylenebilir. Bu noktada çalışanların mevcut gelir düzeyleri dikkate alındığında ilgili yazında çalışan yoksulluğu olgusunun bu çalışan grubunu açıklayıcı bir çerçeve sunduğu söylenebilir (Pena-Casas ve Latta, 2004: s.1; Engels, 2007). Diğer yandan çalışanların geçimlerini nasıl sağla(yama)dıkları konusuna baktığında katılımcıların ek iş yapma eğiliminde olduğu ve farklı geçim stratejileriyle hareket ettikleri bir yapının olduğu söylenebilir.

“Bizim çalıştığımız kişinin [dışarıda şoförlük yaptığı aracın sahibi] iki-üç tane aracı var, biz şoförlük yapıyoruz orda, buradan aldığımız maaş yetmiyor. Yani biz ne iş olursa oraya gidiyo-

ruz, mesela bu akşam Diyarbakır'a gideceğim, dün sabah Malatya'ya gittim ve aldığım yolcuyla Ahlat'a götürdüm, sonra Tunceli'ye sabah üç kişiyi götürdüm. Ben hani boş zamanda çalışmak zorundayım, mesela bu arkadaşta inşaata gidiyor, bir arkadaş marangoz, diğer arkadaşımız mobilyacı, bir arkadaşım medikalcilik yapıyor, ek iş olarak herkes bir iş kovalamak zorunda" (Taylan, 36, Lise, Laborant).

"Çalışanların %80'i tek maaşla geçiniyor. Şu an eksi bakiyelerde boğulmuş insanlar var, evine ekmeğe götürmek için kartının eksi bakiyesini dibine kadar kullanıyor hatta eksi bakiye yetmiyorsa arkadaşlarından borç alıyor, evine ekmeğe götürüyor, öyle adamlar var. Ayrıca ben o insanları pazarda domates satarken görüyorum, kemer -cüzdan satarken görüyorum, çorap satarken görüyorum. Mobilyacılarımız var misal, adam laboratuvar mezunu kadro alamamış, mobilyacı işte" (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Çalışanların asgari ücret konusundaki düşünceleri ve bu ücretle geçin(eme)me konusundaki bireysel anlatıları, çalışanlar açısından yaşanan sürecin vahametini göstermesi noktasında çarpıcı bir nitelik taşımaktadır. Bu noktada özellikle yoğun bakım, çocuk hemşireliği veya daha spesifik alanlarda çalışan sağlık personelinin ihtiyaç durumlarında özel hastanelerde nöbet veya çağrı üzerine çalışabildiği ve bu şekilde ek gelir elde ettikleri söylenebilir. Bunun haricinde özel sağlık kurumlarında ek iş yapma imkânı bulamayan diğer çalışanların ise ilgi ve imkânları dâhilinde farklı işlerde (mobilyacı, elektrikçi, şoför, medikalcilik, seyyar satıcı vb.) çalıştıkları bir yapının varlığı, bu çalışan grubunun içinde bulunduğu kaotik süreç hakkında fikir verici bir mahiyet taşımaktadır. Bu durum güvencesizlik süreçlerinin finansal risk ve borçlanmaya dayalı, emek piyasalarının zayıflatılıp, sosyal korumaların geriletildiği, bazı çalışanların temel yurttaşlık haklarından dahi mahrum kaldığı, mülksüzleştirme ve istihdamsız kentleşme süreçleriyle karakterize bir yapısının olduğunu göstermektedir (Seymour, 2012: s.260).

4.9. Çalışanların Kurumsal Aidiyet ve Mesleki Saygınlık Düzeyleri

Günümüzde çalışma hayatındaki koşulları kendi kültürü doğrultusunda yeniden oluşturan kapitalist birikim rejimi, neo-liberal dönemle birlikte esnekliği ve geçiciliği çalışma hayatının temel karakteristiği haline getirmiştir. Esneklik süreçlerinin etkisi altına giren çalışma hayatında ömür boyu iş garantisinin kademeli olarak ortadan kalktığı, sürekli iş değiştirmenin yaygınlaştığı, bireyci ve fırsatçı çalışan tipinin ön plana çıktığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Bu durum mesleklerin geleneksel olarak ömür boyu süren niteliklerinin değişimine yol açmış ve bu noktada mesleklerin bireyin statüsünü, kimliğini, sosyal çevresini ve genel olarak hayat tarzını belirleme gücü gitgide azalmaya başlamıştır (İlhan, 2008: s.327). Örgütsel aidiyet süreçleri üzerine yapılan farklı çalışmalarda çalışanların statülerinin (kadrolu-sözleşmeli-taşeron olma durumlarının) bu süreçlerde önemli bir faktör olduğu ve daha güvenceli ve terfi olanaklarına sahip çalışanların örgütsel aidiyetlerinin daha güçlü olduğu görülmüştür (Erman-Demir, 2014: s.12; Söyük, 2007: s.185). Buna paralel araştırmamızdaki katılımcıların yarısından fazlasının (%52,5'i) kendilerini kuruma ait hissetmedikleri ve aynı şekilde önemli bir kısmının da (%55) mesleklerinin toplum nezdinde saygın bir yeri olmadıklarını düşündükleri görülmüştür.

"Şu taşeron kelimesi hakikaten ağır bir kelime, bilene ağır bir kelime, ne olduğumuzu bize söylesinler yani. Biz sizin gözünüzde bir hemşire miyiz, bir personel miyiz, bir temizlik personeli miyiz, neyiz artık ona göre davranınlar ve hakikaten şu adaletsizliği kaldırmalarını istiyoruz" (Necla, 33, Lisans, Ebe).

“Ben içerde söyleyince gülyüorlar, nasıl çalışıyorsun diye, ama artık hasta, hasta yakınları da öğrenmiş. Bingöllü, Muşlu hastam geliyor buraya, sen müteahhit işçisi misin diyorlar” (Emine, 23, Lise, Hemşire).

“Ben Fırat Üniversitesi’ndeki mevcut okula eğer çocuğumu kaydedemiyorsam, bu benim utanç tablomdur. Yani eşimle birlikte gidiyorum, benden görev yeri belgesi istiyor, şirketten alıp götürüyorum, 9 yıllık emeğimi tamamıyla hiçe sayıp, sen Fırat Üniversitesi’nin elemanı değilsin diyor. Şimdi ben böyle geriye dönüp baktığım zaman, sanki bütün emeklerim hepsi boş yani, hani sanki ben burada hiç çalışmamışım, yani hiç emek vermemişim. Etiket sıkıntım var, şu dakika rektöre sorarsanız beni, benim elemanım değil der, bu kararsızlık bizi yedi bitirdi” (Selçuk, 30, Lise, Laborant).

Çalışanların bireysel anlatılarından da açıkça görüleceği üzere çalışanların statülerinden kaynaklı uğradıkları maddi hak kayıpları yanında; gerek kurum içinde gerekse de sosyal çevrelerinde taşeron statülerinin sağlık çalışanı olmaları durumunun önüne geçtiği bir sürecin varlığını, çalışanların kendilerini kuruma ait hissetmemelerine ve mesleki saygınlık düzeylerinin de düşük olmasına yol açtığı söylenebilir. Bu durum esnek kapitalist dönemde esneklik süreçlerinin iş, meslek ve karakter yapıları üzerinde derin izler bırakan bir süreci ortaya çıkardığını ve bu dönemlerle birlikte çalışanların meslekleri üzerinden bireysel bir başarı anlatısı oluşturmalarının ve bu anlatıların aile ve toplum nezdinde başarılı bir rol model olma ihtimallerinin önceki dönemlere nazaran daha da zorlaştığı bir sürece girildiğini göstermektedir (Sennett, 2008: s.20).

5. Sonuç

1970’li yıllardan itibaren küreselleşme süreciyle birlikte ulus ötesi aktörlerin artan gücü ve önemine paralel, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki kamu sektörlerinin özel sektör mantığına göre dönüştüğü bir süreç ortaya çıkmıştır. Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren başlayan neo-liberal düzene eklenme süreci, 2000’li yıllara gelindiğinde önemli bir aşama kaydetmiş ve bu dönemle birlikte kamu hizmetlerinde özelleştirme, taşeronlaştırma ve toplam kalite anlayışına dayalı değişim süreçleri ortaya çıkmıştır. Bu değişim süreçlerinin izlenmesi noktasında elverişli bir alan olması dolayısıyla çalışmamızda kamu sağlık hizmetleri alanına yönelmiş ve bu süreçlerin bu alanlardaki beyaz yakalı taşeron çalışanlarca nasıl deneyimlendiği konusu üzerinde durulmuştur. Araştırmadan elde edilen verilere göre çalışanların büyük bir kısmının genç, kadın ve yükseköğretim mezunu kişilerden oluştuğu ve işe giriş süreçlerinde sosyal sermaye ağlarına dayalı ilişkilerini kullandıkları görülmüştür. Sağlıkta dönüşüm sürecine paralel ortaya çıkan performans dayalı hizmet üretim sürecinin sağlık kurumlarındaki iş yüklerini büyük oranda arttırdığı ve bu süreçlerin yetersiz sayıdaki elemanlarla yürütülmesi durumunun gerek çalışanlar gerekse de sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler açısından bazı olumsuz durumlara yol açabileceği görülmüştür. Diğer yandan hizmet alımına dayalı olarak kurumda istihdam edilen çalışan sayısının, kurumdaki toplam çalışan sayısının yarısını oluşturması durumunun, bu alandaki değişim süreçlerini net bir şekilde ortaya koyduğu söylenebilir. Bu noktada, aynı işi yapan ve benzer eğitim düzeyine sahip çalışanların kurumda farklı istihdam biçimlerine tabi (kadrolu, sözleşmeli, hizmet alımı yoluyla) çalıştırılması durumunun, çalışanlar arasında eşit olmayan farklı (yeni) hiyerarşik durumların ortaya çıkmasına yol açtığı ve çalışma huzur ve barışını bozucu etkide bulunduğu söylenebilir. Çalışanların büyük bir kısmının üniversite mezunu olmasına karşın aldıkları ücretlerin az olması ve çalışanların bu noktada ek iş yapma eğiliminde olmaları durumu, post-fordist dönemde çalışanların eğitim durumu ile iş ve gelir düzeyleri arasındaki anlamlı iliş-

kinin bozulduğu (Standing, 2015) ve bu durumun da çalışanlar üzerinde yıkıcı etkilere yol açtığı şeklinde yorumlanabilir. Diğer yandan mesleklerin önceki dönemlerdekinin aksine, post-fordist dönemde çalışanlara anlamlı bir hikâye ve anlatı sunamaması (Sennett, 2008) ve bu noktada çalışanların iş yaramazlık kâbusuyla (Sennett, 2009b: s.65) yüz yüze kaldıkları bir sürecin yaşandığı da söylenebilir. Alan çalışmasının yapıldığı dönemden sonra, kamuda taşeron olarak çalışan personellerden uygun nitelikleri taşıyanların kamuda sürekli işçi pozisyonunda istihdam edilmeleri durumu, çalışanların daha güvenceli bir pozisyona kavuşmaları noktasında sevindirici bir gelişme olsa da, çalışanların bu kadroya mevcut maaş ve özlük haklarıyla geçiyor olması durumu da, bu noktada düşündürücü bir nitelik taşımaktadır. Bu durum kamu istihdam alanlarındaki parçalı istihdam biçimlerinin yeni dönemde de devam edeceği ve kamuda düşük maaş ve özlük haklarına tabi çalışanların istihdam edildiği ayrı bir kategorinin sistem içerisine yerleşmeye başladığı şeklinde yorumlanabilir. Sonuç olarak, neo-liberal dönemde kamu istihdam süreçlerinde esneklik, sözleşmelilik ve güvencesizliğe dayalı istihdam biçimlerinin bu alanlardaki eğitilmiş ve nitelikli çalışan grupları olan beyaz yakalı meslekleri de etkisi altına aldığı ve bu alandaki mevcut yapıyı dönüştürdüğü söylenebilir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The author has no conflict of interest to declare.

Grant Support: The author declared that this study has received no financial support.

Kaynakça/References

- Adams, J. S. (1969). Inequity in social exchange. *Advanced in Experimental Social Psychology*, 2, 267–299.
- Ağartan, T. (2007). Sağlıkta reform salgını. *Avrupa'da ve Türkiye'de sağlık politikaları, reformlar, sorunlar, tartışmalar* içinde (s. 37–55). İstanbul: İletişim.
- Al-shawawreh, T. B. (2016). Economic effects of using nepotism and cronyism in the employment process in the public sector institutions. *Research in Applied Economics*, 8(1), 58–67.
- Atkinson, J. (1984). *Flexibility uncertainty and manpower management*. UK: The Institute for Employment Studies.
- Bauman, Z. (2014). *Siyaset arayışı*. İstanbul: Metis.
- Beck, U. (2011). *Risk toplumu başka bir modernliğe doğru*. İstanbul: İthaki.
- Bolton, S. C. (2002). Consumer as king in the NHS. *International Journal of Public Sector Management*, 15(2), 129–139.
- Bostan, S. ve Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 1–8.
- Braverman, H. (2008). *Emek ve tekelci sermaye yirminci yüzyılda çalışmanın değersizleşmesi*. (Ç. Çıdamlı, Çev.) İstanbul: Kalkedon Yayınları.
- Burawoy, M. (2015). *Üretim siyaseti ve sosyalizmde fabrika rejimleri*. Ankara: Notabene Yayınları.
- Calhoun, C. (2016). Bourdieu sosyolojisinin ana hatları. *Ocak ve zanaat, Pierre Bourdieu derlemesi* içinde (s. 77–131). İstanbul: İletişim.
- Castells, M. (2008). *Enformasyon çağı: ekonomi, toplum ve kültür, Cilt 1: Ağ toplumunun yükselişi*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Cevahir, E. (2013). *Türkiye'de sağlık sisteminin dönüşümü: toplumsal yansımaya örnekleri* (Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi SBE. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD, İstanbul

- Ceylan, Z. (2009). Performansa dayalı ücretlendirme modelleri ve Türkiye açısından bir değerlendirme. *Sayıştay Dergisi* (74–75), 45–75.
- Cho, S., Hwang, J.H., & Kim, J. (2008). Nurse staffing and patient mortality in intensive care units. *Nursing Research*, 57 (5), 322–330.
- Çiğerci-Ulukan, N. ve Özmen-Yılmaz, D. (2016). Kamu sağlık sektöründe çalışan taşeron kadın işçiler: Samsun ve Ordu ili örneği. *Çalışma ve Toplum*, 1 (48), 87–114.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta dönüşümün amprik analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66 (3), 55–92.
- Devlet Personel Başkanlığı.(2017). Kamu personel istatistikleri, Erişim adresi: <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/istatistikler/kamu-personeli-istatistikleri>,
- Dora, Y. Y. (2014). *Hemşirelik hizmetlerinde ücretlendirme ve dağıtım adaleti algısını etkileyen faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi SBE İşletme Yönetimi ABD. İstanbul
- Elbek, O. (2012). Performans ve hekimlik. *Sosyal ekonomisi hekim/sağlıkçı emek tartışmaları* içinde (s. 52–72). İstanbul: Sorun Yayınları.
- Elbek, O.ve Adaş, E. (2009). Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *TPD Bülteni*, 12 (1), 33–44.
- Engels, F. (1974). *İngiltere’de emekçi sınıfların durumu*. İstanbul: Gözlem Yayınları.
- Erdayı, A. U. (2012). Beyaz yakalıların tanımlanması üzerine. *“İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 14 (3), 65–80.
- Erman-Demir, F. (2014). *Çalışanlarda iş doyumunu ve etkileyen faktörler (Diyarbakır Çocuk Hastanesi örneği)*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi SBE Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul
- Etiler, N. (2012). The outcomes of neoliberal policies on health workforce employment. *Labour markets & employment* içinde (s. 41–53). London: IJOPEC Publication.
- Gerek, N. (2017). Kamuda çalışan alt işveren işçilerinin muvazaalı ilişkilerden ve işkolu tespitindeki zorluklardan kaynaklanan sorunları”. *KARATAHTA İş Yazıları Dergisi* (8), 53–88.
- Gönc, T. (2016). Kadın yoğun meslekleri erilleştirmeye yönelik stratejiler: Türkiye’de erkek hemşireler örneği. *Sosyoloji Araştırmalar Dergisi*, 19 (1), 96–144.
- Gün, S. (2013). Taşeronlaşma ve taşeron uygulamaları bağlamında ‘ hukukun üstünlüğü’ ideali üzerine bir inceleme. *Tunceli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (2), 57–72.
- Harmancı, A. K. (2010). *Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamaları ve hemşirelerin özelleştirme uygulamalarına ilişkin algıları*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
- İlhan, S. (2008). Yeni kapitalizm ve meslek olgusunun değişen anlamları üzerine. *Dumlupınar Üniversitesi SBE Dergisi*, (21), 313–328.
- Jenkins-Clarke, S., & Carr-Hill, R. (2001). Changes, challenges and choices for the primary health care workforce: looking to the future. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6), 842–849.
- Keyder, Ç. (2007). Giriş. Ç. Keyder, N. Üstündağ, & vd. (Dü), *Avrupa’da ve Türkiye’de sağlık politikaları reformlar, sorunlar, tartışmalar* içinde (s. 15–37). İstanbul: İletişim.
- Kılıçaslan, A. ve Kılıçaslan, Z. (2013). Aşırı tanı ve tedavi. *Kapitalizm sağlığa zararlıdır* içinde (s. 177–192). İstanbul: Hayyikitap.
- Kol, E. (2014). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm: Eskişehir’de alt gelir grupları üzerine bir inceleme*. (Doktora Tezi). Anadolu Üniversitesi SBE Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD
- Kumar, K. (2010). *Sanayi sonrası toplumdun post-modern topluma çağdaş dünyanın yeni kuramları*. Ankara: Dost.
- Lastra, S., Alcazar, F.M., & Gardey, G.S. (2014). Functional flexibility in human resource management systems: conceptualization and measurement. *International Journal of Business Administration*, 5 (1), 1–14.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion*, 16 (1), 5–16.
- Özkanan, A.ve Erdem, R. (2014). Yönetimde kayırmacı uygulamalar: kavramsal bir çerçeve . *Süleyman Demirel Üniversitesi SBE Dergisi*. (20), 179–206.
- Öztürk, O. (2015). Sağlıkta neo-liberal dönüşüm ve hak kayıpları. M. Koray, & A. Çelik (Dü), *Himmet, fitrat, piyasa AKP döneminde sosyal politika* içinde (s. 77–99). İstanbul: İletişim.

- Özveri, M. (2008). Alt işveren: iş hukukunun altının oyulması. *Tes-İş Dergisi*, 109–114.
- Pala, K. (2007). Türkiye için nasıl bir sağlık reformu?, Bursa: Ders Notu.
- Parlak, Z. ve Özdemir, S. (2011). Esneklik kavramı ve emek piyasalarında esneklik, *Sosyal Siyaset Konferansları*, 60(1), 1–60
- Pena-Casas, R., & Latta, M. (2004). *Working poor in the european union*. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions,
- Penoyer, D. A. (2010). Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1521–8.
- Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C.C., & Jawad, A.F. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478–85.
- Sayan, İ. Ö. ve Küçük, A. (2012). Türkiye’de kamu personeli istihdamında dönüşüm: Sağlık Bakanlığı örneği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(1), 171–203.
- Sayın, A. K. (2017). Türk hukukunda alt işveren uygulaması: kamu kuruluşlarının personel çalışmasına dayalı hizmet alımlarında 6552 Sayılı Kanunun getirdiği yeni yaklaşımlar. *Sosyal Siyaset Konferansları* (69), 59–98.
- SB. (2007). *Sağlıkta performans yönetimi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sennett, R. (2008). *Karakter aşınması, yeni kapitalizmde işin kişilik üzerindeki etkileri*. (B. Yıldırım, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sennett, R. (2009a). *Zanaatkâr*. (M. Pekdemir, Çev.) İstanbul: Ayrıntı.
- Sennett, R. (2009b). *Yeni kapitalizm kültürü*. (A. Onacak, Çev.) İstanbul: Ayrıntı.
- Seymour, R. (2012). Hepimiz güvencesiziz: “prekarya” kavramı ve yanlış kullanımları üzerine. *Güvencesizleştirme, süreç, yanılğı, olanak* içinde (s. 251–271). Ankara: NotaBene.
- Söyük, S. (2007). *Örgütsel adaletin iş tatmini üzerine etkisi ve istanbul ilindeki özel hastanelerde çalışan hemşirelere yönelik bir çalışma*. (Doktora Tezi) İstanbul Üniversitesi SBE İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı
- Standing, G. (2015). *Prekarya yeni tehlikeli sınıf*. İstanbul: İletişim.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara : Nobel.
- Ünlütürk-Ulutaş, Ç. (2011). *Türkiye’de sağlık üretiminin dönüşümü*. Ankara: NotaBene Yayınları.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2005). Avrupa Birliği’ne uyum süreci ve Türk sağlık sisteminde reform tartışmaları. *Avrupa Birliği’ne uyum ve katılım sürecinde Türk sağlık sektörü açısından değerlendirmeler* içinde (s. 39–63). Ankara: ATO.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayınevi
- Yücesan-Özdemir, G. (2008). Emek süreci, denetim ve emek rejimleri: taşeron çalışma üzerine ilk notlar. *Toplum ve Hekim*, 23(4), 254–262.
- Yücesan-Özdemir, G. (2010). Despotik emek rejimi olarak taşeron çalışma. *Çalışma ve Toplum*, (4), 35–50.