

DERLEME

ÖZELLEŞTİRME: SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME VE HEMŞİRELER

Arzu Kader HARMANCI SEREN*

Aytolan YILDIRIM**

Alınış Tarihi: 14.07.2012

Kabul Tarihi: 26.12.2012

ÖZET

Kamu mal ve hizmetlerinin özel sektöre devri olarak tanımlanan özelleştirmeler, bütün dünyada hızla sağlık alanını da kapsayacak şekilde hayata geçirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi birçok farklı uygulama ile gündeme gelmekte ve hem sağlık çalışanları hem de hizmetten yararlanan halk, bu hizmetlerin özelleştirilmesinden farklı boyutlarda etkilenmektedir. Hizmet sunumunda sayıca ve yaptığı işin niteliği ile ön planda olan hemşireler, tüm dünyada özelleştirme uygulamalarından en yoğun etkilenen kesimlerden birini oluşturmaktadır.

Özelleştirme uygulamalarının yaygınlaşmasıyla birlikte, hemşirelerin çalışma saatlerinin uzadığı, iş yükünün arttığı, güvencesiz çalışmanın yaygınlaştığı, hemşirelik dışı işlerin arttığı, lisans mezunu olmayan hemşirelik personeli sayısının arttığı gibi sonuçlar ortaya konmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Özelleştirme; sağlık hizmetleri; kamu; hemşirelik.

ABSTRACT

Privatization: Privatization in Health And Nurses

Privatizations those are defined as transfer of public goods and services to private sector, are implemented rapidly all over the world with covering the health field. Privatization of health services to come up with many different applications and both health workers and public are affected from these applications in different dimensions. Nurses who are at the forefront in servicing health care and who are huge numbers of health workers are one of the most affected parties in health field.

With the spread of privatization practices, those are set out nurses are working more hours, they are face to increased workload, precarious work, increased work non related nursing and increased nursing personnel don't have licence education.

Key words: Privatization; health services; public sector; nursing.

GİRİŞ

Özelleştirmelerin, yetmişli yıllarda kapitalizmin içine girdiği kriz ve bu krize yanıt olarak ortaya çıkan neoliberal akımın, ülkelerin ekonomi politikalarında ağırlık kazanması sonucu gündeme getirildiği belirtilmektedir (Scrapaci 1989; Friedman 1993; Önder 1994; Demir ve Şimşek 2003).

Türkiye'de bugün tartıştığımız kapsamda özelleştirmelerin, 24 Ocak 1980 tarihinde alınan ve ekonomik alanda 24 Ocak kararları olarak anılan liberalizasyon süreci ile birlikte başladığı bilinmektedir (Başkaya 2005; Boratav 2010).

Sağlık hizmetleri bu tabloda daha farklı bir yere oturmaktadır (Hayran 2001). Milyonlarca insanın hizmet aldığı ve on binlerce insanın çalıştığı sağlık hizmetleri, ülkemizde 1980'lere kadar mahallelerdeki doktor muayenehaneleri, bir kaç özel hastane ve bir kaç azınlık hastanesi dışında, kamu tarafından verilmekteyken, bugün

bu alanda önemli değişimler yaşanmaktadır (Atun 2001; Hayran 2001). Sağlık hizmetlerinin tüm dünyada yetmişli yıllardan itibaren kapitalizmin içine girdiği krizi aşmak adına geliştirilen politikalar paralelinde adım adım piyasanın müdahalelerine açıldığı, sağlık hizmetlerinin ticarileştirildiği, hizmetin finansmanı ve sunumunun ayrılarak özelleştirildiği vurgulanmaktadır (Belek ve Soyer 1995; Pollock 2005).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi başlığında, 2011 yılında gündeme gelen Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve 2007 yılında çıkarılan Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile birlikte önemli adımlar atıldığı belirtilmektedir (Ataay 2006; Sarı 2009; Özçelik, Demir, Bafra, Karaduman ve Erbaş 2012).

*İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi (Arş. Gör. Dr.) arzukader@gmail.com

**İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi (Prof. Dr.)

Amaç

Bu çalışmada literatür incelemesi yoluyla sağlık hizmetlerinde hayata geçirilen özelleştirme uygulamalarının, hemşireleri ve hemşirelerin çalışma koşullarını nasıl etkilediğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Özelleştirme

Özelleştirme, genel olarak “kamu kuruluşlarındaki ve kamu ortaklıklarındaki yönetim ve hisselerin kısmen, tamamen veya geçici olarak özel kesime devredilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Duran 1994; Önder 1994). Dar anlamda özelleştirme; Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT) mülkiyet ve yönetimlerinin özel sektöre devredilmesi ve burada mülkiyet devrinin en az %51 oranında gerçekleşmesidir (Önder 1994). Geniş anlamda özelleştirme ise kamunun ekonomik faaliyet ve işlevlerinin sınırlandırılması, kısıtlanması, en aza indirilmesi veya ortadan kaldırılması olarak tarif edilmektedir (Önder 1994; Barışık ve Barlas 2003).

Özelleştirmenin Tarihçesi

“Büyük Buhan” olarak adlandırılan 1929 krizinden sonra tüm dünyada devletin ekonomik alandaki varlığının, hem mülkiyet hem de yönetim anlamında artması, (Boratav 2006), yetmişli yıllara kadar sürmüş, 1973 yılında baş gösteren enerji krizi ile birlikte bu dönem son bulmuştur (Eyles 1989; Scarpaci 1989).

Bu süreçler doğrultusunda 1970’lerin sonuna doğru ses getiren neoliberal akım, kamu yatırımlarının özel sektörün gelişimini ve büyümesini engellediğini ve özelleştirilmesi gerektiğini iddia etmiştir (Friedman 1993; Önder 1994). İlerleyen yıllarda yaşanan ekonomik durgunluğu aşmak için ileri sürülen çözüm önerileri arasında, özelleştirmeler hep ilk sıralarda yer almıştır (Friedman 1993; Selar 2000).

Özelleştirmenin Gerekçeleri

Özelleştirmeler taraftarlarına göre, en temelde devletin ekonomiye müdahalesi sonucu iktisadi hayatta yaşanan başarısız tabloyu tersine çevirmek için gerekli görülmektedir (Donahue 1989; Demir ve Şimşek 2003). Özelleştirmelerin verimlilik ve rekabeti artıracığı, bu sayede serbest piyasa ekonomisinin daha iyi işleyeceği gibi ekonomik, kamu kurumlarının bütçe açıklarının bu sayede kapatılacağına ilişkin mali (Önder 1994; Sönmez 2003) ve özelleştirmelerle sermayenin tabana yayılacağı gibi sosyal (Sönmez 2003) gerekçelerine de literatürde değinilmektedir.

Türkiye’de cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren özel sermayeye dayalı bir büyüme modeli üzerinde durulmuş (Boratav 2010), ancak ağırlıklı olarak 1980 darbesi sonrası özelleştirmeler gündeme gelmiştir (Başkaya 2005).

Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Uygulamaları

Genel anlamda özelleştirmeler ve liberalizasyona ilişkin görüş belirtmeyen uzmanlar dahi, söz konusu olan sağlık hizmetleri olduğunda, bu hizmetlerin piyasaya terk edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadırlar. Böylesi bir durumda toplumun ihtiyacı olan yerine, piyasada daha karlı görülen sağlık hizmetlerinin üretilmesine odaklanılacağına, özellikle yoksulların böylesi bir sistemde sağlık hizmetlerine ulaşamayacağına değinilmektedir. Sağlık hizmetlerinde özelleştirmeyi uygulamaya koymadan önce, hizmetten yararlanacakların ödeme gücü, resmi düzenlemeler ve devletin temel bazı amaçlarıyla örtüşmeme gibi başlıkların üzerinde düşünülmesi önerilmektedir. Nitekim sağlık hizmetleri, maddi bir değer üretmeyen ancak ülke ekonomisinin ürettiği maddi değerleri kullanarak bu değerleri sonuçta toplumsal bir yarara dönüştüren hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik, hastaların tedavi edilmesinden ziyade, o toplumdaki insanların hasta olmaması demektir (Hayran 2001).

Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesine İlişkin Tanımlar

Sağlık sektöründe özelleştirme; “kamu ve özel sektör hizmet sunucularının bulunduğu ve farklı finans kaynaklarının aynı anda var olduğu çoğulcu bir yapı içinde, özel sektörün, sağlık sektöründeki ve sağlık hizmetlerindeki rolünün göreceli olarak artırıldığı bir süreç” olarak tanımlanmaktadır (Mert 2001; Kaplan 2001).

Bir diğer tanımda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi; “genel olarak her kademedeki sağlık personelinin ve sağlık hizmet kuruluşlarının, serbest rekabet kurallarına uygun olarak hizmet vermelerinin ve vatandaşların kamu veya özel nitelikte istediği doktoru, hastaneyi, polikliniği vb. serbestçe seçebilme hakkına sahip olmalarının sağlanması” olarak açıklanmaktadır (Mert 2001; Kaplan 2001).

Üçüncü bir tanımda, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi; “özel sektör sunum ve finansmanına geçişi sağlayan veya geçişi hızlandıran hükümet stratejileri” olarak da tarif edilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde özel sektörün rolünü artıracak girişimler de

özelleştirme tanımı içerisinde yer bulmaktadır (Kaplan 2001).

Başka bir tanımda sağlıkta özelleştirme; özel hastanelerin sayısının artması, yaygınlaşması ve özel sağlık kuruluşlarının genişletilmesi olarak tarif edilmektedir (Kaplan 2001).

Tüm bu tanımlar sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin geniş anlamda tanımlanmasıdır. Daha dar anlamıyla hastanelerin işletme ve mülkiyetlerinin devri ise, kimi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde uygulanmaktadır. Ülkemizde yakın zamanda benzeri uygulamaların hayata geçirilmesi planlanmaktadır (Kaplan 2001; Homedes and Ugalde 2005).

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmeler

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde hayata geçirilen özelleştirme uygulamaları pek çok ülkede olduğu gibi bizzat Dünya Bankası (DB) tarafından planlanmaktadır (Belek ve Soyer 1995; Pala 2003; Şiriner 2006). Haziran 2002’de yayınlanan “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirme Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” raporunda, Türkiye için adeta bir sağlık politikası önerilmiş ve bu politika o tarihten bugüne adım adım hayata geçirilmiştir (Pala 2003; Sarı 2009). Tablo1’de, DB raporunda Türkiye’ye ilişkin öneriler ve ardından kurulan 58. Hükümetin programında sağlık hizmetlerine ilişkin hedefler verilmiştir.

Tablo 1. Dünya Bankası raporu ve 58. hükümet programının karşılaştırılması (Pala K. 2003)

“Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirme Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” Dünya Bankası (2002)	58. Hükümet Programında Sağlık Hizmetlerine İlişkin Hedefler (2002)
Sosyal Güvenlik Örgütlerinin Birleştirilmesi	Sosyal güvenlik sisteminin bütçe üzerindeki yükünün kaldırılması
Genel Sağlık Sigortası kurulması	Genel Sağlık Sigortası kurulması
Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi	Hastanelerin özerkliğe kavuşturulması
Sağlık ve Çalışma Bakanlıklarının hizmet sunumundan çekilmesi	Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması
Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi	Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi

Türkiye’de 2002 yılından bu yana sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi uygulamalarında çok ciddi adımlar atılmış ve oldukça hızlı yol alınmıştır. DB’nin Türkiye için oluşturduğu program 58, 59 ve 60. Hükümet programlarında birebir yer bulmuş ve büyük ölçüde uygulamaya geçirilmiştir (Soyer, Kılıç, Belek, Pala, Yazgan, Yavuz ve ark. 2004).

Akdağ (2011) tarafından, 2002 yılından sonra sağlık hizmetlerinde gerçekleştirildiği belirtilen uygulamalar aşağıdaki gibi tablolştırılmıştır (Tablo 2).

Çakılı Kadro Uygulaması

Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, kamuoyunda “Çakılı Kadro Yasası” olarak bilinmektedir. Bu

düzenleme ile birlikte Sağlık Bakanlığı’nın (SB) sözleşmeli personel çalıştırmasına yasal zemin hazırlanmıştır. Bu durum zaman içerisinde kamuda sağlık personeli istihdamının azaltılmasını amaçlamaktadır ve kanunun gerekçesinde de yer almaktadır (Soyer, Kılıç, Belek, Pala, Yazgan, Yavuz ve ark. 2004). Kuralısız, güvencesiz çalışma sağlık alanında da yaygınlaştırılmaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumları’nın (SSK) Sağlık Bakanlığı’na Devri

“Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” 5283 sayı numarası ile çıkarılmış ve SSK’ya ait 182 hastane, 212 dispanser, 202 sağlık istasyonu, 3 ağız diş sağlığı merkezi ve hemodiyaliz merkezleri ile birlikte toplam 573 sağlık kurumu SB’ye devredilmiştir (Soyer, Kılıç, Belek, Pala, Yazgan, Yavuz ve ark. 2004).

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası (SSGSS)

Kamuoyunda en fazla tartışılan düzenlemelerden biridir. SSGSS ile birlikte sağlık harcamalarına bütçeden, dolayısı ile genel vergilerden yapılan harcamaların zaman içerisinde kısıtlanması, bunun yerine çalışanlardan yapılan kesintilerle sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması amaçlanmaktadır (Belek ve Soyer 1995; Pala 2003; Soyer, Kılıç, Belek, Pala, Yazgan, Yavuz ve ark. 2004; Sarı 2009).

SSGSS 2006 yılı itibariyle yürürlüğe girmiştir. Ancak hala prim ödeyen vatandaşların “temel teminat paketi” kapsamı dışındaki

hizmetlere hangi şartlarda ulaşacağına ilişkin belirsizlikler bulunmaktadır. Düzenlemenin vatandaşları bir vadede özel sigorta şirketlerine yönlendireceği ifade edilmektedir (Ataay 2006).

Soyer, Kılıç, Belek, Pala, Yazgan, Yavuz ve ark. (2004), sağlıkta dönüşüm programı ile SSGSS arasında ilişki kurmaktadır. Buna göre, sağlıkta dönüşüm programında belirtildiği üzere yakın vadede SB'nin hizmet sunumundan çekileceği veri alınarak, SGK'nın özel sağlık sektöründen hizmet satın alacak bir finans kurumu olarak kodlandığı, tüm bu uygulamaların sağlık hizmetlerinin kamusal bir hizmet olmaktan çıkıp açıkça özelleştirildiğini ortaya koyduğu belirtilmektedir.

Tablo 2. Sağlık hizmetlerinde 2002 sonrası gerçekleştirilen uygulamalar ve düzenlemeler

Yıl	Düzenleme -Uygulama
2003	Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması
2004	Aile Hekimliği Pilot Uygulaması
2005	Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesi (Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerinin Devri).
2005	Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılması
2006	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Uygulaması
2006	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılması
2010	Aile Hekimliği Uygulamasının Tüm Ülkeye Yaygınlaştırılması

Performansa Dayalı Ücretleme Sistemi

Performansa dayalı ücretleme sistemi olarak bilinen uygulamalarla birlikte Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışanların döner sermaye gelirleri, yapılan tıbbi işlem, muayene, ameliyat sayısına göre belirlenmektedir. Sağlık çalışanları arasında rekabetin artırılmasına yol açan uygulamalar sonucunda yapılan muayene ve tıbbi işlem sayısının arttığı, ancak bu durumun sağlık göstergelerinde bir iyileşmeye yol açmadığı belirtilmektedir (Soyer, Kılıç, Belek, Pala, Yazgan, Yavuz ve ark. 2004).

Aile Hekimliği Uygulaması

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi olarak da kodlanan aile hekimliği sisteminde (Üner 2005; Ataay 2006); aile hekimleri bağımsız ve sözleşmeli olarak, asgari standartları önceden belirlenmiş muayenehanelerde çalışmaktadırlar (Üstündağ ve

Yoltar 2007). Aile hekimi ile birlikte çalışacak olan hemşire, ebe veya sağlık memuru gibi sağlık elemanları da “aile sağlığı elemanı” olarak tanımlanmaktadır. Yasal düzenlemelerle kamuya ait taşınmazlar, aile hekimlerine kiraya verilebilmektedir (Üner 2005).

Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK)

DB'nin Türkiye için hazırladığı özelleştirme programının en önemli adımlarından biri de Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin özleştirilmesi ve Bakanlığın bu yolla hizmet sunumundan tamamen çekilerek denetleme ve koordinasyon görevlerini yerine getirmesidir (Pala 2003; Ataay 2006).

Bu süreç 2011 yılı kasım ayında çıkarılan KHK ile tamamlanmış görünmektedir. KHK'ya göre Türkiye Kamu Hastaneleri Kurulu kurulmuş

ve kuruma bağlı hastanelerin yönetimi genel sekreterliklere ve ilgili hastanelerin yöneticilerine bırakılmıştır (Özçelik, Demir, Bafra, Karaduman ve Erbaş 2012). Öncelikle SB'ye bağlı yaklaşık 900 hastanenin en iyi durumdaki 400'ü bölgesel düzeyde oluşturulacak kamu hastane birliklerine (KHB) bağlanacaklardır. Bu konudaki çalışmalar sürdürülmektedir (Akdağ 2010).

SB'ye bağlı bütün hastaneler tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterlerine göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulacak, değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru A, B, C, D, E sınıfı olmak üzere beş sınıfa ayrılacaktır. Ağırlıklı ortalaması C ve üzeri olan hastane grupları birliğe dönüştürülecektir (Ataay 2006). Bu tabloda E sınıfına girecek hastanelerden hizmet alacak olan hastalar açısından kaygılar dile getirilmekte ve uygulama ile eşit nitelikte sağlık hizmeti verilmesi ilkesinin zedeleneceğine dikkat çekilmektedir (Özçelik, Demir, Bafra, Karaduman ve Erbaş 2012, Özkal Sayan ve Küçük 2012).

KHK ile Sağlık Bakanlığının örgütlenme yapısı baştan sona revize edilmektedir. Bu yapısal değişikliklerin kurumların organizasyon yapılarına ve işleyişlerine doğrudan etkileri yakın zamanda ortaya çıkacaktır. Kurulacak olan KHB'lerin yönetimi genel sekreter tarafından, birliğe bağlı hastanelerin de hastane yöneticisi tarafından yönetilmesi söz konusu olacaktır. Başhekimler ile idari, mali ve bakım hizmetleri müdürleri hastane yöneticisine bağlı olarak çalışacaklardır. Düzenleme ile Başhemşirelik pozisyonları kaldırılacak, hemşirelik hizmetleri "Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü" tarafından yönetilecektir (Özçelik, Demir, Bafra, Karaduman ve Erbaş 2012, Özkal Sayan ve Küçük 2012).

KHK ile ayrıca hem yabancı hekim hem de yabancı hemşire çalıştırılmasına olanak verecek düzenlemeler uygulamaya geçirilmektedir (Özkal Sayan ve Küçük 2012).

Diğer Uygulama ve Düzenlemeler

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan yurt içi ve yurt dışı raporlarda en önemli sorunlardan biri olarak sağlık insangücü sayısının yetersizliği öne çıkmaktadır. İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı ülkelerinde ortalama 1000 nüfusa üç hekim düşerken, bu oran Türkiye'de 1,5'tir. Yine İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı ülkelerinde 1000 nüfusa düşen hemşire sayısı ortalama 8,9 iken, bu rakam

Türkiye'de 1,8'dir (Vujicic, Sparkes ve Mollahaliloğlu, 2009). Bu sorunu aşmaya dönük olarak, yabancı hekim ve hemşire istihdamı, sağlık meslek liselerine yeniden öğrenci alınması gibi düzenlemeler de gündeme getirilmiştir. Hemşire yetersizliği gerekçe gösterilerek, 4 Temmuz 2012'de çıkarılan ve 12 Temmuz 2012 tarihli, 28351 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan, "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"un geçici 23. maddesinde, sağlık meslek liselerinin hemşirelik programlarına öğrenci alınmasına beş yıl süre ile devam edileceği belirtilmektedir. Aynı maddede "ebelik diplomasına sahip olduğu halde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar, hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam eder" denmektedir. Oysa ki hemşire yetersizliği sadece ülkemizin yaşadığı bir sorun değildir. Diğer gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de benzer sorunlar yaşanmakta, ancak bu sorunlarla başa çıkmada farklı yollar izlenmektedir. Hemşirelerin meslekte kalmaları sağlanmakta, çalışma saatleri ve ücretleri yeniden düzenlenmektedir. Bu ülkelerin hiç birinde farklı meslek üyelerinin hemşire olarak çalıştırılması veya mesleki eğitimin düzeyinin aşağıya çekilmesi gibi bir yöntem uygun görülmemektedir (Yıldırım 2012).

Döner sermaye gelirlerinin SB bütçesine oranı bu dönemde de artmaya devam etmiştir. Döner sermaye gelirleri, SB bütçesinin çok üzerine çıkmıştır. Bu da Sağlık hizmetlerinin en az SB bütçesi kadar döner sermaye gelirlerinden finanse edildiğini göstermektedir. Yalnızca 2002'den 2004'e kadar geçen sürede, döner sermaye gelirlerinin SB bütçesine oranı %79,9'dan, %100,8'e ulaşmıştır. Benzer şekilde özel sektöre kaynak aktarılmasında ciddi bir artış yaşanmış; 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının %24'ü özel sektöre aktarılırken bu miktar 2004'de neredeyse iki kat artarak %47'ye ulaşmıştır (Soyer, Kılıç, Belek, Pala, Yazgan, Yavuz ve ark. 2004).

Dikkat çekilebilecek bir diğer unsur özel sektör yatırımlarının artmasıdır. Tüm hastane yataklarının 2002 yılında yalnızca 13.192 tanesi özel sektör yatağı iken bu rakam 2008 yılında %58 oranında artarak 20.938'e çıkmıştır

(Mollahaliloğlu, Kosdak ve Eryılmaz, 2010). Uluslararası literatürde de özel hastane yatak sayısının artışı, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin somut kanıtı olarak değerlendirilmektedir (Bohland and Knox 1989).

Son olarak 2002 yılından sonra Türkiye’de sağlık hizmetlerinin taşerondan satın alınması uygulamasının klinik hizmetlere yansımalarını söylemek gerekmektedir. Kamu hastanelerinde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması ile yetinilmemiş ve taşeron firmalar aracılığıyla sağlık hizmetlerinin gördürülmesinin önü açılmıştır. Bu durum aynı kurumda, aynı işi yapıp farklı statülerde çalışmayı beraberinde getirmektedir (Soyer, Kılıç, Belek, Pala, Yazgan, Yavuz ve ark. 2004).

Özelleştirme Uygulamalarının Hemşirelere Etkisi

Hemşirelerin özelleştirme uygulamalarından en olumsuz şekilde etkilenen meslek grubu olduğu, ancak mesleki özellikleri ile de ilişkili olarak hekimlere göre daha geri planda kaldıkları dile getirilmektedir.

Genel değerlendirmelerden biri, ülkelerde sağlık reformu, sağlık bakım reformu, özelleştirme adlarıyla uygulamaya konan politikaların, hemşirelerle tartışılmadan hayata geçirildiğidir. Bu nedenle, uygulamaların hemşirelik uygulamalarını nasıl etkilediğini belirlemek son derece önemli görülmektedir (Guevera and Mendidas 2002).

Uygulamaların hemşirelere dönük etkileri üzerine, farklı ülke deneyimlerine ilişkin araştırmalar yapılmıştır. Kolombiya, Çin, Nijerya, Uganda, Tanzania ve Filipinler’i ele alan bir çalışmada, ülkelerde sağlık çalışanları ve hemşirelerin uygulamalardan farklı şekilde etkilendiği belirtilmiştir. Pek çok ülkede performans dayalı ücretleme sistemi ile kurumların etkinliği artırılmak istenmiştir (Forsberg, Axelsson and Arnetz 2001). Ancak bu durum, hastaların ve hizmet alanların daha çok ödeme yapması anlamına gelmiştir. Çalışmalarda, Filipinler ve Tanzania gibi ülkelerde çalışanların uygulamalar sonucu hüsrana uğradıkları rapor edilmiştir (Blas 2004; Fritzen 2007). Hemşirelerin diğer meslek gruplarına oranla daha düşük maaşlar aldığı ve maaşların iyi bir yaşam kalitesi için gerekli olan miktarın altında olduğu vurgulanmıştır.

Klinisyen hemşireleri ele alan bir diğer çalışmada, hemşirelerin uygulamalara ilişkin görüşlerinin yeterince değerlendirilmediği vurgulanmaktadır (Wynne 2003). Oysaki hemşirelerin bu yapısal değişiklikleri nasıl

algıladıklarını belirlemek, reformların klinik ortamda ve hemşirelik hizmetlerinde nasıl bir etki oluşturacağını anlamada önemlidir.

İsveç’te hemşirelerin de dahil olduğu bir grupta yapılan kalitatif bir çalışmada, özelleştirme ile birlikte hasta sayısının arttığı, hemşire sayısının azaldığı ve iş yükünün arttığı vurgulanmaktadır. Ayrıca çalışanların geleceklelerinden endişe ettikleri belirtilmektedir (Engström and Axelsson 2010). Hemşire sayısının azaldığı, başka çalışmalarda da vurgulanmaktadır (Kolehmainen-Aitken 2004; Homedes and Ugalde 2005). Ülkelerin hemen hepsinde ücretlerin düşmesi ve iş yükünün artmasına vurgu yapılmaktadır (Vujicic and Zurn 2006).

Çalışmalarda, hemşirelerin dökümantasyon ve kayıt için harcadıkları zamanın çok fazla arttığına dikkat çekilmekte ve hemşirelerin bu zamanı, bakıma ayıramadıkları için şikayetçi oldukları vurgulanmaktadır (Engström and Axelsson 2010).

Segall (2000), gelişmekte olan ülkelerde özelleştirme uygulamaları ile birlikte maaşların düştüğünü vurgulamakta, ancak para dışındaki sorunlara da işaret etmektedir. Özellikle toplum sağlığında çalışanların demoralizasyonunun altını çizmekte ve hizmet sunmaya çalıştıkları koşulların güçlüklerini anlatabilecekleri kimseyi bulamadıklarına değinmektedir.

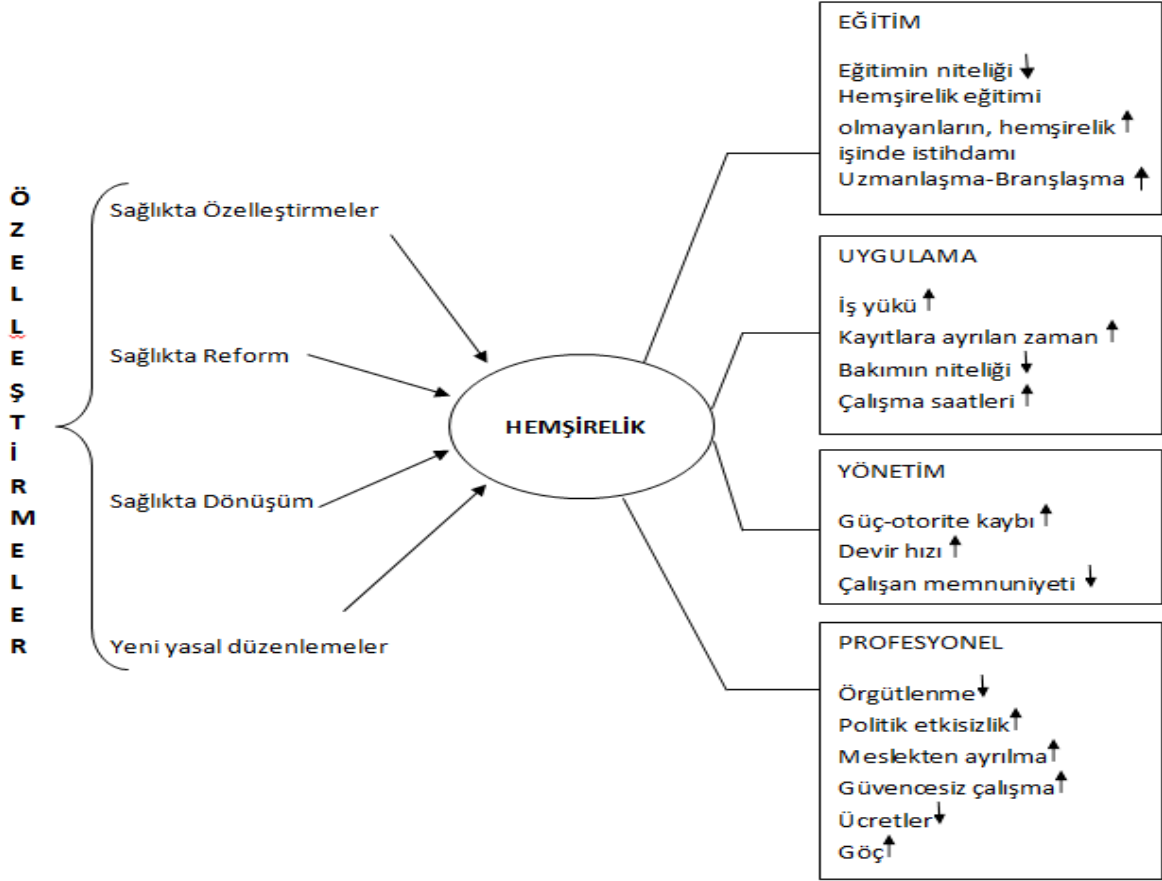
Kingma (2008), neoliberalizmin etkisini sağlık hizmetlerinde göstermesiyle birlikte hemşireler için ortaya çıkan bir diğer önemli olgunun göç olduğunu belirtmektedir. Hemşirelerin az gelişmiş veya gelişmemiş ülkelere, gelişmiş ülkelere doğru kaydığına işaret etmektedir.

Guevera ve Mendidas’ın (2004) çalışmasında, özelleştirme uygulamalarının hayata geçirildiği beş ülkeden hemşirelerle görüşülmüştür. Çalışmada reformların sonucunda az kişi ile daha çok iş yapmak gerektiği, dökümantasyon işlerinin hemşirelerin çok fazla vaktini aldığı, direk hasta bakımına ayrılan sürenin azaldığı, yönetsel görevlerin arttığı, hemşirelerin teknolojik bilgiye taleplerinin arttığı ve eski ismi ile hastaların, yeni ismi ile müşterilerin daha bilgili, eğitilmiş ve talepkar oldukları ifade edilmektedir.

Aynı çalışmada hemşirelerin iş memnuniyetsizliklerinin arttığı, ağır çalışma koşulları altında stresin arttığı, kurumlar arası hemşire geçişlerinin arttığı, hemşirelere esnek çalışmanın dayatıldığı belirtilmektedir.

Literatürde bu konuda yapılan çalışmaların derlenmesi sonucunda özelleştirme uygulamalarının hemşirelik mesleği üzerine

etkileri yazarlar tarafından Şekil-1'de model olarak gösterilmiştir.



Şekil 1. Özelleştirmelerin Hemşireliğe Etkileri

Şekilde, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi doğrultusunda hayata geçirilen yasal düzenlemelerin ve kar odaklı uygulamaların, hemşirelerin çalışma koşullarına doğrudan etkileri olduğu ve sonuçta da kimi olumsuz çıktılara yol açtığı görülmektedir. Bu olumsuz çıktılar sonrası çalışanların özelleştirmelere uyum göstermeleri için de kimi çalışmalar yapılmaktadır (Maynard 2005; Fritzen 2007).

Türkiye’de Sağlıkta Özelleştirmelerin Hemşireler Üzerindeki Etkileri

Ülkemizde hemşirelerin uygulamalardan nasıl etkilendiğine dair literatürde yapılan bir çalışma bulunmamıştır. Ancak yapılan değerlendirmelerde vurgulanan kimi başlıklara değinmek gerekmektedir.

Kamuda kadrolu olarak istihdam edilen hemşireler bu statüde çalışmaya devam ederken,

yeni işe başlayanlar sözleşmeli statüde işe alınmışlardır. Taşeron şirketlere bağlı olarak hemşire istihdamının, bir diğer önemli sorun olduğu göze çarpmaktadır.

Yoğun bakımlarda bebek ölümlerinin araştırıldığı bir çalışmada bulunan sonuçlardan biri, hemşire personelin devir hızının yüksek bulunmasıdır. Hafta sonu ve gece, hemşire başına düşen hasta sayısının arttığı belirtilmektedir (Soyer, Kılıç, Belek, Pala, Yazgan, Yavuz ve ark. 2004). Literatürde, hemşirelik personelinin devir hızının incelendiği çalışmalardan birinde üç farklı üniversite hastanesinde devir hızları incelenmiş ve özellikle sözleşmeli çalışan hemşirelerin devir hızları, kadrolu çalışanlardan yüksek bulunmuştur (Kocaman, Seren, Kurt, Danış ve Erer 2010). Özel bir hastanede yapılan bir diğer çalışmada, hemşire devir hızı %16 olarak belirlenmiştir

(Baykal ve Eren 2004). Türkiye’de hemşire sayısının yetersiz ve OECD ülkeleri ortalamasının beşte biri oranında olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte hemşire devir hızının da belirtilen oranlarda gerçekleşmesi, hemşirelik bakımını olumsuz olarak etkilemektedir (Vujicic, Sparkes ve Mollahaliloğlu, 2009; Kocaman, Seren, Kurt, Danış ve Eren 2010).

Birinci basamağa getirilen Aile hekimliği sisteminde hemşirelere de aile sağlığı elemanı rolü verilmiştir (Akdağ 2009). Aile Hekimliği Sisteminde çalışanlar, sistemin ekip anlayışını yok ettiğini ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışanlara göre daha düşük ücret aldıklarını ifade etmektedirler.

Yalnız ücret açısından değil, aile hekiminin yanında çalışacak hemşirelerin görevleri açısından da belirsizlikler bulunmaktadır. Nitekim ilgili yönetmelikte aile sağlığı elemanının görevleri sıralanmış ve en son “hekimin verdiği her işi yapar” ifadesi eklenmiştir. Buna paralel olarak Hemşirelik

Kanunu’nda yapılan değişiklikle de hemşirelerin aile hekimlerinin yanında aile sağlığı elemanı olarak çalışmaları, kanun düzeyinde ifade edilmiştir (Özkal Sayan ve Küçük 2012).

Yürürlüğe giren KHK’da hastane yönetimleri yeniden yapılandırılırken başhemşire veya hemşirelik hizmetleri müdürlüğü’ne yer verilmediği görülmektedir. Bu durum, yeni yapılanmada hastane yönetimlerinde hemşirelik hizmetlerinin yönetilmesi işini farklı sağlık profesyonellerine devredilebileceğine ilişkin endişeleri artırmaktadır.

SONUÇ

İncelenen yerli yabancı literatür doğrultusunda sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarının tüm dünyada ve ülkemizde sağlık çalışanlarının ve özel olarak da hemşirelerin görüşleri dikkate alınmadan gerçekleştirildiği belirtilmektedir. Buna karşın sağlık hizmetlerinde çalışan personelin ve hemşirelerin uygulamalardan büyük ölçüde olumsuz olarak etkilendiği vurgulanmaktadır.

KAYNAKLAR

- Akdağ R.** Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Kasım 2002-2008. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:770; 2009. p.143-8.
- Akdağ R.** Health Transformation Program in Turkey, Porogress Report. Republic of Turkey, Ministry of Health Publication No: 807; 2010.p. 33-120.
- Akdağ R.** Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2010. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını; 2011. p. 187-216, 355-70.
- Ataay F.** Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması. İstanbul: De ki Basım Yayın; 2006. p.20-62.
- Atun RA.** Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim. Yeni Türkiye 2001;40(7): 1148-67.
- Barışık S, Barlas E.** Türkiye’de Özelleştirme. Bayraktutan Y, editör. Özelleştirme Teori, Dünya ve Türkiye Deneyimi. Ankara. 2003. p.108-135.
- Başkaya F.** Devletçilikten 24 Ocak Kararlarına. 2. Baskı. Ankara: Maki Basım Yayın 2005. p.59-76.
- Baykal Ü, Eren D.** Özel Bir Hastanede Hemşirelik Personeli Devir Hızının, Hemşirelerin İş Doyumu ve Hasta Doyumu ile İlişkinin Araştırılması. Hemşire Dergisi 2004;53(13):85-100.
- Belek İ. Soyer A.** Sağlıkta Özelleştirme. Ankara: Sorun Yayınları;1995.p.10-199.
- Blas E.** The Proof Of The Reform is in The Implementation. Int J Health Plann Manage 2004;19(1):3-23.
- Bohland J, Knox PL.** Growth of Proprietary Hospitals in the United States. In: Scarpaci, JL, eds. Health Services Privatization in Industrial Societies. New Brunswick: Rutgers University Press.;1989.p.29-64.

- Boratav K.** Türkiye İktisat Tarihi. 5. Baskı. İstanbul: İmge Kitabevi;2010.p10-245.
- Demir O, Şimşek M.** Özelleştirme: Üretici Devletten Düzenleyici ve Denetleyici Devlete Geçiş. Bayraktutan Y, editör. Özelleştirme Teori, Dünya ve Türkiye Deneyimi. Ankara:2003.p.149-76.
- Donahue JD.** The Privatization Decision. USA: Perseus Books Group. 1989.p.14-34, 213-15.
- Duran M.** Özelleştirmenin Toplumsal ve Ekonomik Boyutları. Arıoğlu E, editör. Dünyada ve Türkiye’de Özelleştirme. Ankara: Türkiye Maden İşçileri Sendikası Yayını;1994.p.117-21.
- Engstörn AK, Axelsson R.** The Double Spiral of Change - Experiences of Privatization in A Swedish Hospital. Int J Health Plann Manage 2010;25(2):156-68.
- Eyles J.** Privatizing The Health and Welfare State, The Western European Experience. Scarpaci JL, eds. Health Services Privatization in Industrial Societies. New Brunswick: Rutgers University Press.;1989.p.66-82.
- Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B.** Financial Incentives in Health Care. The Impact of Performance Based Reimbursement. Health Policy 2001;58(3):243-62.
- Friedman M.** Bütçe ve Maliye Politikasına Hakettiğinden Fazla mı Değer Veriliyor? *Liberalizm, Refah Devleti*, Eleştiriler. Çev. G. Özcan. Ankara: Bağlam Yayıncılık;1993.p.110-56.
- Fritzen SA.** Strategic Management on The Health Workforce in Developing Countries. Hum Resour Health 2007;5(4):1-6.

- Guevara EB, Mendidas EP.** A Comparative Analysis of The Changes in Nursing Practice Related to Health Sector Reform in Five Countries of The Americas. *Rev. Panam. Salud Publica* 2002;12(5):347-53.
- Hayran O.** Küreselleşme ve Sağlık. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı* 2001;40(7):1110-5.
- Homedes N, Ugalde A.** Human Resources: The Cinderella of Health Sector Reform in Latin America. *Hum Resour Health* 2005;3(1):34-60.
- Kaplan A.** Özelleştirme, Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmenin Kavramsal Boyutu. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı* 2001;40(7):1409-30.
- Kingma M.** Nurses on The Move: Migration And The Global Health Care Economy. *Policy, Politics and Nursing Practise* 2008;9(4):328-33.
- Kocaman G, Seren Ş, Kurt S, Danış B, Erer T.** Üç Üniversite Hastanesinde Hemşire Devir Hızı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2010;7(1):34-8.
- Kolehmainen-Aitken RL.** Decentralization's Impact on The Health Workforce: Perspective of Managers, Workers And National Leaders. *Hum Resour Health* 2004;2(5):1-11.
- Maynard A.** Competition in Health Care: What Does It Mean For Nurse Managers. *J Nurs Manag* 2005;13(5):403-10.
- Mert A.** Sağlıkta Devlet Ve Özel Kesim Ortak Ekonomisi. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı* 2001;40(7):1458-70.
- Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Eryılmaz Z.** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 790.2010.p.10-72.
- Önder İ.** Özelleştirmeye Genel Yaklaşım. İçinde Arıoğlu, E, editör. *Dünyada ve Türkiye'de Özelleştirme*. Ankara: Türkiye Maden İşçileri Sendikası Yayını;1994.p.11-45.
- Özçelik Z, Demir S, Bafra K, Karaduman B, Erbaş Ö.** 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin Anayasaya Aykırılık Gerekçeleri. *Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları;2012. p.38-74.*
- Özkal Sayan İ, Küçük A.** Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 2012; 67(1):171-203.
- Pala K.** Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası. *Toplum ve Hekim* 2003;18(2):115-9.
- Pollock AM.** *The Privatization of Our Health Care*. London: Verso; 2005.p. 36-85.
- Resmi Gazete.** 6354 Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 12 Temmuz 2012/28351.
- Sarı C.** Biyosiyaset ve Yönetim Teknikleri Açısından Neoliberal "Sağlık ve Sosyal Güvenlik" Politikaları. *Toplum ve Hekim* 2009;24(2):115-9.
- Scarpaci JL.** *The Theory and Practice of Health Services Privatization*. Scarpaci JL, eds. *Health Services Privatization in Industrial Societies*. New Brunswick: Rutgers University Press.;1989.p.1-23.
- Sclar ED.** *You Don't Always Get What You Pay For, The Economics of Privatization*. USA: Cornell University Press.;2000.p.1-19, 47-58.
- Segall M.** From Cooperation To Competition in National Health Systems And Back?: Impact On Professional Ethics And Quality Of Care. *Int J Health Plann Manage* 2000;15(1):61-79.
- Soyer A, Kılıç, B, Belek İ, Pala K, Yazgan A, Yavuz CI ve ark.** Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere ve Sağlık Personeline Ne getiriyor? 2.Baskı, Kocaeli: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2004.p.9-64.
- Sönmez S.** Küreselleşmenin Ekonomi-Politik Boyutları. İçinde Kaya B, Ünal S, editör. *Küreselleşme ve Psikiyatri*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2003.p. 15-51.
- Şiriner İ.** Arz ve Talep Dengesi(zlığında) Sağlık Hizmetlerindeki Dönüşümün Ekonomi Politikası. *Toplum ve Hekim*; 21(1): 55-63.
- Üner S.** Sağlıkta "Dönüşüm"ün Temel Sağlık Hizmetlerine Etkileri. *Toplum ve Hekim* 2005;20(1):75-8.
- Üstündağ N, Yoltar Ç.** Türkiye'de Sağlık Sistemi'nin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi. İçinde Akkıyal B. Editör. *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*. İstanbul: İletişim yayınları; 2007.p.55-93.
- Vujicic M, Sparkes S, Mollahaliloğlu S.** *Health Workforce Policy in Turkey, Recent Reforms and Issues for The Future*. Washington DC: World Bank; 2009.p.1-24.
- Vujicic M, Zurn P.** The Dynamics of The Health Labour Market. *Int J Health Plann Manage* 2006;21(2):101-15. **Wynne R.** Clinical Nurses' Response To An Environment Of Health Care Reform And Organizational Restructuring. *Journal of Nursing Management* 2003;11:98-106.
- Yıldırım A.** Sağlık Hizmetleri Sunumunda Ara İnsangücü Gereksinimi Var mı? *Hastane* 2012; 74(1): 32-3.