

Araştırma

NEOLİBERAL DÖNÜŞÜMÜN SAĞLIKTAKİ İZDÜŞÜMLERİ: TEMEL SAĞLIK AKTÖRLERİNCE BU İZDÜŞÜMLERİN ALGILANMA BİÇİMLERİ

Neoliberal Transformation of the Healty Projections: Basic Healty Actors Perception of these Outlines

Assiye AKA*

* Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
İ.İ.B.F. Kamu Yönetimi Bölümü

ÖZET

Sağlıkta yeniden yapılanmanın somut göstergelerinin sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığını inceleyen bu çalışma Çanakkale Devlet Hastanesi (ÇDH) ve Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (TYİEAH)'nde çalışan doktor, hemşire ve yardımcı hizmetliler ile gerçekleştirilmiştir. Bu iki hastanenin toplam çalışan sayısı 2254'dür. Bu sayının yaklaşık %17 (310 kişi)'si ile anket yapılmıştır. Bu üç meslek grubunun seçilmiş olmasının nedeni sağlık çalışanları içerisindeki en büyük popülasyona sahip olmaları; sağlık kurumunun temel taşları

olarak görülmeleri ve aynı zamanda sosyo-kültürel ve ekonomik düzey olarak birbirlerinden oldukça farklı katmanları temsil etmelerinden kaynaklanmıştır. Uygulanan neoliberal sağlık politikalarının etkisinin birbirinden farklı bu üç katman üzerinde incelenmesi bu açıdan oldukça manidardır. Ayrıca nüfus ve yüz ölçüm bakımından iki farklı kentin (metropol ve küçük kent) seçilmesinin nedeni ise neoliberal sağlık politikalarının kentin büyüklüğüne göre etki alanının farklı olup olmadığını belirleyebilmektir. Çalışmaya katılanların %47,7'sini (148) ÇDH, %52,3'ünü (162) ise TYİEAH çalışanları oluşturmaktadır. Neoliberal sağlık politikaların sağlık hizmetini sunanlar üzerinde çoklu etkilerini (ekonomik, politik, sosyo-kültürel) analiz edebilmek için SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi görebilmek için Ki Kare Testi, One Way Anova Testi ve Regresyon Testi kullanılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Neoliberalizm, Sağlık, Yeniden Yapılanma, Meslek

ABSTRACT

Concrete indicators of restructuring in health, this study examined perceptions of health by the staff of the State Hospital Canakkale (CDH), and Turkey High Specialization Training and Research Hospital (TYIEAH) working on at the doctors, nurses and servants, conducted with help. This is the total number of employees of two hospital 2254'dür. This number is approximately 17% (310 people) with the survey was conducted. The reason of selecting these three occupational groups in health care workers to have the largest population, seen as the cornerstones of the health care institution, and at the same time as the socio-cultural and economic level is very different from each other as representatives of the layers resulted. Health impact of neo-liberal policies that were different from each other on the examination of three layers is quite

significant that in this respect. In addition, two of the city in terms of population and facial measurements (metropolitan and small city) was selected because of the city according to the size of the neo-liberal policies in the health domain, if different defination. 47% of those surveyed, only 17(148) CDH, 52.3% 'fame (162) is the TYİH employees. On the multiple effects of neoliberal health policies include health service providers (economic, political, socio-cultural) to analyze using SPSS 16.0 statistical package program resolved. To see the relationship between the dependent and independent variables, Chi Square test, One Way ANOVA test was used, and Regression Testing.

Key Words: *Neoliberalism, Health, Restructuring, Job*

GİRİŞ

1980'lerden itibaren kendi teori ve pratiğini toplumsalın her alanında yoğun olarak hissettiren neoliberal ekonomik politikalar özünde yeni bir uygulama olmayıp, köklerinin 15. yüzyıla kadar dayandığını ve kolonyal sürecin bir devamı olduğu ileri sürülebilir. Özünde neoliberalizm, liberalizmin bazı temel varsayımlarını paylaşmakla birlikte onu da aşan bir düzeyde ve kapsam alanını genişleten bir olgu olarak; ve ayrıca insan yaşamının her noktasının piyasalaştığı bir süreç olarak da okumak mümkündür. Neoliberalizmin farklı ülkelerdeki gelişme evrelerine göre incelendiğinde ise 1980'lerde İngiltere'de Margret Thatcher Hükümeti'nin temsil ettiği Yeni Sağ politikalarla adlandırılan Thatcherizm (Birinci Dalga); Amerika'da Reaganlık (ikinci Dalga); Türkiye'de ise Özalizm olarak adlandırılan bir evrimsel dönem geçirdiği söylenebilir. Sosyal bilimlerin alanında pek çok konu farklı algılanabildiğinden dolayı neoliberalizm konusunda

da birbiriyle çelişen /çatışan tartışmaların literatür incelemesi esnasında tezahür ettiğine bir kez daha tanık olundu. Bu konuda birbiriyle çelişen/çatışan tartışmaların farkında olarak son dönemlerde yoğun tartışmaların yaşandığı kamusal hizmetlerden biri olan sağlık hizmetlerinin sunum biçimlerinde meydana gelen temel değişimlerin neler olduğunu ve bu değişimlerin (sağlıkta özelleşme, sağlıkta yeniden yapılanma ve sağlıkta dönüşüm projeleri vb.) ikinci ve üçüncü basamak hastanelerinde çalışan temel öznelerin (doktor, hemşire ve diğer yardımcı personel) nasıl algıladığını ve onların üzerinde ne gibi etkiler yarattığını anlamak ve açıklamak bu makalenin temel temasını oluşturmaktadır. Çalışma İkinci Basamak hizmeti sunan Çanakale Devlet Hastanesi (ÇDH) ve Üçüncü Basamak hizmeti sunan Ankara Türkiye İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (T.Y.İ.E.A.H)'nde yapılmıştır.

Çalışmanın teorik çerçevesi oluşturulurken yerli ve yabancı olmak üzere geniş bir literatürün varlığı ilk göze çarpan bir özellikti. Bu çalışmayı hem kolaylaştırdı hem de zorlaştırdı. Olabildiğince farklı bakış açılarından faydalanma gayreti içerisinde çeşitli ve seçilmiş kaynaklar tercih edildi. Aşağıda neoliberalizmin kısa bir tarihçesine yer verilecektir. Kamu hizmeti olarak bilinen, fakat buna ek olarak özel ve özerk yapılarca da sunulan hizmetler konusunda görüş ayrılıkları bulunmasına rağmen neoliberal ekonomik politikaların sağlık alanındaki somut izdüşümlerine kısaca yer verilecektir.

Neoliberalizm ve Temel Öncülleri

Neoliberalizm 1970'lerin başlarında, birikim krizleri ve karlılıkla birlikte başlayan kapitalizmdeki değişim rejimini

kavramak için kullanılan bir terimdir (Harms, 2007: 64). Neoliberalizmin oluşmasını, “çıkar”, “girişim” ve “tanıtım” faktörlerini dahil eden bir süreç olarak görebiliriz. Ekonomik elitlerin “çıkarları” sermayenin karlılığını ve birikimlerini restore etmek zorunda bırakmıştır. Neoliberal düşünce Adam Smith (1776)’in “Ulusların Zenginliği” adlı tezinde ilk kez ifade edilen klasik liberal geleneğin temeli üzerine inşa edilmiştir. Bu çalışmada, Smith üretim ve dağıtım mallarının en etkili koordinasyonunda merkantilist devlet müdahalelerinin olmadığı durumlarda pazarların nasıl işleyeceğini açıklamıştır. Bu perspektife göre bireyler devletin sınırlandırılmalarından kurtulabilirlerse ve kendi çıkarlarını takip edebilirlerse ulusların zenginliği artacaktır (Prechel ve Harms, 2007: 3-4).

Pekçok akademisyen ve politikacı tarafından epistemolojik alt yapıyı mümkün kılan tarihsel ve ampirik eleştiriden muaf olarak neoliberal kabul destek görmüştür (Somers ve Block 2005; akt. Prechel ve Harms, 2007:5). Neoliberalizmin “doğanın kanunları insan toplumunu yönetir” iddiası aslında sosyal doğallığa/naturalizme dayanır. Kendi kendini düzenleyen bir sistem ancak politik müdahale olmadığında denge ve düzene girme eğilimindedir” (Somers ve Block, 2005: 271; Prechel ve Harms, 2007: 5). Bu tartışma, 1970’ler ve 1980’lerin başında stagflasyon ve ekonomik krizin başlangıcında var olan doğal düzen ve denge ile karakterize edilen, kamu politikalarındaki tarafsızlaşma ve yeniden yasalaşma sürecindeki dönüşümü anlatır (Prechel ve Harms, 2007: 5). Neoliberalizmin temel özelliklerinden biri piyasalara duyduğu yoğun inançtır. Klasik liberalizmde de piyasalara inanç ve onların ahlaki gereksinimleri vardır, fakat neoliberalizmde mal ve

hizmetlerin özel düzenlenmesi söz konusudur. Neoliberaler için, sosyal yaşamın tümü piyasa olarak organize edilmelidir; mal ve hizmetlerin realitedeki korunmasından da ayrılmalıdır (Treanor 2005: 6; akt. Harms, 2007: 65). Kısaca neoliberalizm piyasa yaptırımlarının sıklığını ve ulaşımını maksimize ederek sosyal iyiliği maksimize edecek ve piyasalaştıracaktır (Harvey 2005: 3; akt. Harms, 2007: 65). Neoliberaler için, herşeyin metalaşması ahlaki bir zorunluluk ve metalaşan herşeyin satılması için pazarların yaratılması gerekir. Bu yüzden, sağlık, eğitim, refah ve kirlilik (değişim için yaratılmayan hizmetler) gibi herşey “kurgu mallar”a dönüştürülecektir (Polanyi 2001:75-76; akt. Harms, 2007:65) ve buna ek olarak piyasa güçleri yaptırımlarla düzenlenecektir (Harms, 2007: 65).

Neoliberalizm klasik liberalizmin bireysel özgürlüklerle serbest piyasanın “**bırakınız yapsınlar**” öncülünü paylaşır. Bu anlamda neoliberalizm piyasa mekanizmasının ekonomiyi düzenlemek için en iyi yol olan piyasa köktencililiğine hissedilen inancı kucaklar (Treanor, 2005: 3; Somers ve Block, 2005: 260-261; akt. Harms, 2007: 64).

Neoliberalizm klasik liberalizmin serbest piyasa ve bireysel özgürlük formülünü ve ekonomide de devlet müdahalesinin güvenli olmadığını kabul eder. Yine de, neoliberalizm klasik liberalizmin piyasa köktencililiğini kuşatarak onun da ötesine geçer: “Din gibi kesinliklere inanca, örgütlerin moral üstünlüğü ve sosyal yaşamın tüm boyutları piyasa ilkelere göre belirlenir” (Somers ve Block 2005:260–261; akt. Prechel ve Harms, 2007:4). Smith gibi klasik liberaller için piyasalar malların üretimi ve dağıtımını için etkili olan araçlardır. Bunun aksine neoliberaler pazarın kendisinin ahlaki

olduğunu ve bu yüzden yaşamın tüm yönlerine uygulanması gerektiğini (sosyal ilişkiler, kimlik vs.) varsayarlar. Bu nedenle piyasa değerleri basit bir şekilde sadece üretim ve dağıtım mallarının kapasitelerine hapsedilmiş değildir; ayrıca piyasalar birey ve toplum için çoklu fayda sağlayan içsel değerlere sahiptir (Prechel ve Harms, 2007: 4)

Neoliberalizm ayrıca klasik liberalizmin girişimcinin rolü üzerine vurgusunu da paylaşır. Smith için girişimci, ekonomik aktiviteyle ilgilenen ekonomik aktörlerin farklı tiplerinden biriydi. Girişimci, piyasa rekabetini hem yatırım hem de yenilik yaparak karşılar. Böylece verimlilik ve ulusların zenginliği artar. Smith girişimcilerin ve ekonomistlerin rolünün çok önemli olduğunu kabul ederken aynı zamanda hükümet, kilise ve okul gibi diğer kurumlara da gereksinim olduğunu söyler. Bunun aksine, neoliberaler tüm toplumun bir pazar olduğunu iddia ederler; "her insan kendi yaşamını sürdüren bir girişimcidir ve bu şekilde davranmalıdır" (Treanor 2005: 10; akt. Prechel ve Harms, 2007:4). Kurumlar veya programlar piyasa mekanizmaları ahlaken yanlış olduğunda müdahale eder veya yer değiştirirler (Prechel ve Harms, 2007: 4).

Liberalizmin ve neoliberalizmin her ikisinin de bireye vurgu yapmasına rağmen, klasik liberalizm piyasa yaptırımında hem bireysel özgürlüğü hem de sosyal ilişkiler ve sorumlulukların diğer biçimlerini de kabul eder. Fakat neoliberaler için, sadece piyasalar ve özgür bireylerin seçimi olmalıdır. Bu neoliberal düşünce "toplum için böyle şeyler yoktur" şeklinde olan Başbakan Thatcher'in iddiasında yer alır (Thatcher 1987; akt. Prechel ve Harms, 2007: 4). Thatcher'a göre "toplumda erkek ve kadın bireyler

ve onların aileleri vardır". Neoliberalizm bireylerin seçim özgürlüğünün olması gerektiğini ve bu seçimlerin sonuçlarına katlanması gerektiğini ileri sürer. Tam da girişimcilerin kendi yatırımlarından sorumlu olmaları gerektiği gibi. Bireysel seçimlerin sonucu düşüncesi Amerika Birleşik Devletleri'nde 1996 sağlık reformları başlığında görülür. Bu reformlar 'Kişisel Sorumluluk' ve 'İş Fırsatları' yasalarıdır (Prechel ve Harm, 2007: 4)..

Kısaca, neoliberal öncülün temeli, ekonomik performansın zayıf nedeni olan piyasa mekanizması ile devletin müdahalesidir ve bu piyasa tutuculuğuna geri dönüş zenginliği restore edecektir. Bu hedefi gerçekleştirmek için neoliberalizm toplumlar ve devletlerarasındaki ilişkilerde ciddi değişimleri savunur. Bunlar: 1. Hükümet politikalarının piyasaya müdahalesiyle ortadan kalkan pazarın büyümesi, 2. Eşzamanlı olarak yetersiz hükümet kaynaklarını azaltma ve kapital oluşumunu sağlamak için özel yatırımcıların önlerinin açılması ve vergilerin kesilmesi, 3. Özel ekonomik aktörler için kamu mallarının satılarak özelleştirilmesi, 4. Piyasada değiştirilmek üzere metalaşan nesnelere üretme (sağlık, eğitim, kirlilik vb.), 5. Bireysel sorumluluğu oluşturan sosyal programların ortadan kalkması gibi (Prechel ve Harms, 2007: 5).

Neoliberalizm ve Sağlık: Sağlıkın Yeniden Yapılandırılması

Dünyada 1980'ler boyunca, Yeni Sağlık hükümet programlarında, kamu hizmetinin yapısı, finansı ve yönetimi değişti. Bu değişiklikler sağlık otoritelerinin faaliyetleri bağlamında eskisinin lehine merkez yerel güç dengesinin değişmesi ve sağlık çalışanları ve diğer sağlık personeli üzerinde yöneticilerin etkisinin artması şeklinde gerçekleşti (Flynn, 2002: 20).

Bu yeniden yapılanma Sağlık Bakanlığının açıklamalarıyla vuku buldu. Yeniden Yapılanma formülü şunlardan oluşuyordu: Performansa dayalı çalışma sistemi; verimlilik tasarrufu ve maliyet iyileştirmeleri; genel yönetimle yönetimin uzlaşmasının yer değiştirmesi; klinik bütçe veya yönetim kaynakları, tıbbi olmayan yardımcı hizmetler için zorunlu sözleşme; özel sağlık hizmetlerini destekleme; sağlık sektörüne yetersiz fon; aile hekimliği hizmetini arttıran düzenleme ve hatta son zamanlarda hastane piyasasında hizmet alıcılar ve sağlayıcılar arasında yoğun rekabet ve sağlık hizmetlerinde girişimci kültürün teşvik edilmesidir (Flynn, 2002: 20).

Finans sağlık hizmetlerinde kalıcı ve sürekli bir problem oldu ve maliyetin azaltılmasında ve kontrol edilmesinde ve özellikle hastane hizmetlerinde çeşitli çabalar sarf edildi. Klinik bütçe, tıbbi denetim, klinik özgürlük ve tıbbi özerklik tartışıldı. Para için değer (hizmet) üretmeyle etkililik tartışması ilişkilendirildi. Ayrıca performans değerlendirme -performans göstergeleri, verimlilik tasarrufu, yönetimin denetimi- kalite güvencesinde büyüme konuları da gündeme alındı (Flynn, 2002: 20-21).

1980'li yıllarda kamu sağlık hizmetlerinde finans yeterliliği, hastane hizmetlerinde rasyonalizasyon ve hoşnutsuzluk tartışıldı. Sağlık harcamalarında kesintiye gitme konusunda yapılan çalışmalarda; şiddetli bütçe krizleri ve hizmetlerde azalma ayrıca yönetsel etkinin pekiştirilmesinde tasarrufun önemli olduğu saptandı (Flynn, 2002: 21).

Sağlık Hizmeti sunumu farklı meslek ve gruplarca yürütüldü, fakat doktorlar ve yöneticiler arasında ilişkiye daha çok odaklanıldı. Klinik özerklik bürokrasiyle

aşındırıldı ve idari kontrol ne profesyonel egemenlik için övgü ne de 'gayri meşru' idari eleştiri ile sonuçlanmadı. Tıbbi müdahalelerin etkinliği ve niteliği önemli bir noktadır, fakat pastoral, tekelci ve tıbbi sorumsuzluk eleştirisi yönetimi de aşan bir sorundur. Çağdaş yeniden yapılanma ve yönetim sistemindeki bu özelliklerin taşınması için gerekli değildir; bu özellikler farklı gruplar ve farklı kurumsal ilişkiler içinde dönüştürülebilir (Flynn, 2002: 21-22).

Türkiye'de ise sağlığın yeniden yapılanması dünyadaki gelişmeleri takip etti. Sağlıkta yeniden yapılanmanın (Sağlıkta Dönüşüm Programı) temel gerekçelerini de, neoliberal politikalarla uyumlu olacak biçimde, kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu tespitleri oluşturmaktadır. Buna paralel olarak kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesi, hizmet satın alma ve hastanelerin özerkleştirilmesi gibi "adem-i merkezîyetçi" politikalar ile sağlık alanının tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılması biçiminde özettelebilecek olan çözüm önerileri de aynı şekilde dünyadaki küresel dönüşüm ile uyumludur (Elbek ve Adaş, 2009: 35).

Aşağıda sağlıkta yeniden yapılanmanın temel izdüşümlerinden olan ve Türkiye'de de uygulanmaya başlayan ve bu uygulamalara da uygulamaların yasa haline gelmesinden önce tasarı aşamasında bile yoğun eleştiriler alan; Genel Sağlık Sigortası, Performansa Dayalı Ücretlendirme, Aile Hekimliği, Tam Gün Çalışma ve Toplama Kalite Yönetimi sistemleri detaylandırılacaktır.

Yeniden Yapılanan Sağlıkta Belli Başlı İzdüşümleri:

Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Günümüzde kamu sağlık sigortacılığı S.S.K, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Yeşil Kart ve kamu çalışanları olmak üzere beş farklı kalite ve standartta sunulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında yer alan ve 01.01.2007 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmış olan Genel Sağlık Sigortası ile bu beş farklı kalite ve standartta sunulan kamu sağlık sigortacılığının birleştirilerek tüm vatandaşlara eşit kapsam ve kalitede sağlık sigortacılığı hizmeti verilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda yeniden yapılanan sağlık programında (Sağlıkta Dönüşüm), vatandaşların ödeme gücüyle orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli oluşturacağı belirtilmiştir. Bu yaklaşım, sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerinden biri olup Anayasamızın 56. maddesinde de yönlendirici bir hüküm olarak yer almaktadır. Programda hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun tamamını kapsayan zorunlu sigortacılık sistemine olan ihtiyacın gün geçtikçe arttığı belirtilmiştir. Yine programda, böyle bir sigortacılık sisteminin sağlık harcamaları maliyetini düşürme gayreti içinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin teşvikçisi ve zorlayıcısı olacağı da vurgulanmıştır. Ayrıca zorunlu Genel Sağlık Sigortası'nın kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabileceklerdir. Bu anlamda özel sigortacılığın teşvik edildiği görülmektedir (Sevim, 2006: 78).

Ancak, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası'nın yukarıda belirtilen özelliklerine eleştiriler getirilmiştir. Örneğin Elbek ve Adaş (2009:37)'a göre söz konusu kanun genel gerekçesinde "Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorununun, ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilediği", "son yıllarda bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisinin ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden biri haline geldiği" belirtilerek, söz konusu tasarının çıkış amacının yaşanan bu finans 'sorununa' çözüm getirmeyi hedeflediği ifade edilmektedir. Ayda 203 TL'den az kazananların sigorta primi devlet tarafından karşılanırken, bu 'zenginlik' kriterinin üzerindeki herkesin aylık 18 ile 146 TL arasında destek primi ödemek zorunda bırakılması, ayakta tedavi için başvuran hastalardan katılım payı alınması bu mantığın en açık kanıtlarıdır (Elbek ve Adaş, 2009: 37).

Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlıkta yeniden yapılanmanın ikinci izdüşümü olan Aile Hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması hedeflenmektedir. Bu anlamda, herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği ve herhangi bir engelle karşılaşmadan her şeyi danışabileceği bir aile hekiminin olması bu programın ana unsurlarından biridir. Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimliği; "koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunan, kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik hem ruhsal hem de sosyal yönleriyle ilgili olan ve kişilerin kendilerinin

seçecekleri bir hekimlik” olarak tanımlanmaktadır (Sevim, 2006: 79).

Bu sistem, etkili bir sevk zincirine göre işleyecektir. Hastalar önce aile hekimlerine başvuracak, aile hekimleri hastalarını gerek görürlerse uzmanlara veya hastanelere sevk edeceklerdir. Tasarlanan bu birinci basamak sağlık hizmetleri modelinin pilot uygulamasına “Temel Sağlık Hizmetleri Projesi” ile Eskişehir ve Bilecik İllerinde, aile hekimliği pilot uygulamasına ise Düzce İli’nde başlanmıştır (Sevim, 2006: 79).

Aile hekimliği ile ilgili önemli bir husus bu hekimlerin rekabet içinde çalışacakları ve bu çerçevede halka seçme olanağının tanınacağıdır. Ancak Avrupa ülkelerindeki deneyimler bize göstermiştir ki bu durum ilacı ve tıbbi malzeme tüketimini artırıcı, yanlış, gereksiz tıbbi uygulamaları uyarıcı, hekimi yanlış ve tıbbi gerekçesi olmayan raporlar vermeye zorlayıcı nitelikler taşımaktadır. Bir üst düzeyde ne kadar sıkı ve iyi işleyen bir denetim mekanizması kurulursa kurulsun pazar koşullarına göre işleyen bir ekonomide, hasta kaybetmemek kaygısının ortaya çıkabileceği gelişmeleri engellemek olanaklı görülmemektedir (Ardıç ve diğ.,1992: 51; akt. Şahin, 2006: 163). Özü itibarıyla birinci basamakta var olan mesleki yabancılaşmayı ortadan kaldıracak kimi potansiyelleri bünyesinde barındıran bu sistem üç temel yapısal sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlardan ilki, verem ve ana-çocuk sağlığı gibi Türkiye’nin iki önemli sorununu çözmek amacıyla kurulan “dikey sağlık yapıları” (verem savaş dispanserleri ve ana çocuk sağlığı merkezleri) “görevlerini tamamlamış, karmaşaya ve israfa yol açan merkezler” olarak tanımlamasıdır (Elbek ve Adaş, 2009: 35-36). Aile hekimliğinin uygulamaya konulduğu

kimi illerde söz konusu bu merkezlerin personel eksikliği nedeniyle fiilen kapandığı veya kapatıldığı görülmektedir.

Aile hekimliği sisteminin ikinci temel yapısal sorunu, birey ve toplum sağlığını ayrı kategoriler gibi algılaması ve gündelik pratikte bu hizmet süreçlerini ayrıştırmaya kalkışmasıdır. Sistem gereğince yeniden yapılanma sonrası koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik olanlar aile hekimlerince, çevreye ve topluma yönelik olanlar ise toplum sağlığı merkezlerince yürütülecektir. Aile hekimliği sisteminin sağlığa bakışındaki bu çarpıklığın yanı sıra, toplum sağlığı merkezlerinde görev yapmayı tercih eden hekim ve sağlık çalışanlarına aile hekimlerine kıyasla dört-beş kat daha düşük ücret verilmektedir. Ayrıca, toplum sağlığı merkezlerindeki çalışanlara yasal olarak denetlemekle yükümlü oldukları aile hekimlerinin yapmayı istemedikleri ek işler yapma zorunluluğu getirilmiştir (Elbek ve Adaş, 2009: 36).

Bu nedenle, toplum sağlığı merkezlerindeki kadrolar sıklıkla tercih edilmemektedir. Bu durum, zaman içerisinde çevre ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerde ciddi aksamalar yaşanabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, toplum sağlığı merkezleri ile ilgili tek sorun sadece kadro sayısındaki kıtlık değildir. Siyasi iktidarın aile hekimliğine geçişi teşvik etme politikası, verem savaş dispanserlerini ve toplum sağlığı merkezlerini önemsizleştirmektedir. Bu bağlamda, dispanser ve/veya toplum sağlığı merkezlerinde çalışanların ruh halini yansıtmaları bakımından Elbek ve Adaş ‘a göre oldukça çarpıcı örneklerdir (Elbek ve Adaş, 2009: 36).

Aile hekimliği sisteminin üçüncü yapısal sorunu ise, iddiasının aksine, hekim

ve kent tabanlı olması, kırsal alanlı ve bölge tabanlı bir perspektifi içermemesidir. Ayrıca, sistem kapsamında geri ödeme kuralları çerçevesinde uygun önlemler alınmazsa, dezavantajlı grupların (örneğin sık başvuru ihtimali bulunan kronik hastalıklar, tüberküloz gibi stigma sorunu yaşanan hastalıklar) sistem dışında kalabilme tehlikesi olanaklıdır (Elbek ve Adaş 2009: 36).

Bu noktada, öncelikle yukarıda tanımlanan üç sorunun da yapısal sorunlar olduğunun altı çizilmelidir. Zaten aile hekimliği sisteminin uygulamaya geçildiği illerdeki kimi veriler de Elbek ve Adaş (2009:36)'ın öngörülerini doğrulamaktadır: Örneğin Denizli, Samsun ve Eskişehir'de hayata geçirilen sağlık alanındaki uygulamalarda olduğu gibi.

Tam Gün Yasası

Sağlıkta yeniden yapılandırmanın dördüncü bileşeni ise Tam Gün Yasası pratiğidir. Gedikli (2011:8)'ye göre "bu uygulama yıllardır Tabip Odaları tarafından tartışılmakta ve önerilmekte olan bir konudur. Tam Gün Yasası ile iki nokta hedeflenmektedir. Birincisi, kamuda çalışan doktorların sadece kamuda çalışması ve muayenehanelerini kapatmaları, ikincisi de sağlıkta mesainin 08-17 arası olmasıdır. Zaten bu güne kadar muayenehanesi olan üniversite hocaları hariç, diğer kamu sağlık kurumlarında çalışan doktorlar ister muayeneleri olsun ister olmasın hepsi saat 16'ya kadar hastanede bulunmaktadır. Kısaca kamu sağlık kurumlarında çalışan doktorların %90'nı tam gün çalışmaktadır (Gedikli, 2011:8).

Özetle Tam Gün Yasası uygulaması ile sağlık hizmetlerinin sunumunda nasıl bir değişiklik olacak sorusunu şu şekilde

cevaplamak olanak dâhilindedir. Sağlık personellerinin üzerindeki iş yükü dengeli hale gelecek; doktor ve hasta arasındaki para ilişkisi ortadan kalkacak; hastalar ile doktorlar arasında güven ilişkisi oluşacak; hastaların sağlık hizmetine ulaşması kolaylaştırılacak; doktor seçme hakkı gelişerek devam edecek; devlet ve üniversite hastanelerinde bekleme süreleri azalacak; üniversite hastanelerinde hâlihazırda bir öğretim üyesine ulaşabilmek için para ödenmesi gerekirken bu sistem ile öğretim üyesi ile hastanın buluşması kolaylaştırılacaktır.

Yapılan saha çalışmasında bu uygulamanın doktorların iş motivasyonu üzerinde olumsuz bir etki yarattığı ve iş güvenliklerinde kaygı düzeylerini arttırdığı yönünde bir eğilim saptanmıştır.

Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi

İlk defa Beer ve Ruth tarafından 1976 yılında kullanılan performans odaklı yönetim sistemi, Beer ve Ruth tarafından yöneticilerin yardımcı ve yapıcı bir yolla geri bildirimlerini ilettikleri, gelişme planlarının yaratıcı fikirlerle desteklendiği bir sistem olarak tanımlanmıştır. Bir diğer tanıma göre ise performans odaklı yönetim sistemi; performans değerlendirme kavramını statik anlamda bir değerlendirme faaliyeti olarak değil de dinamik bir süreç olarak ele alan, çalışanların performanslarını planlama, değerlendirme ve geliştirmeyi amaçlayan ve konuya daha geniş bir açıdan yaklaşan örgütsel bir sistemdir (Özkök, 2010: 130).

Performans Odaklı Yönetim'in somut görünümü ücret sistemlerinde hayat bulmuştur. Bu sistemde fiili karın paylaşılması belirleyici olmuştur. Bu sistemin amacı işverenlerin, işçilerden doğrudan

kar elde etme beklentisi idi (Osterman, 1999; akt. Scott-Marshall, 2007: 27). Piyasa güçleri sessizleştirildi ve ücret yapıları stabilize edildi ve ücretler üzerinde baskılar oldu (Betcherman, 1999; Osterman, 1999; Rubin, 1996; akt. Scott-Marshall 2007: 27-28). Bunun aksine yeni ücretlendirme mekanizmaları artan bir şekilde firmaların kar amaçlarıyla işçilerin daha da yabancılaşmasını tasarlayan "performansa dayalı ödeme" düzenlemelerine dayandı (Osterman, 1999; Smith 1997; akt. Scott-Marshall, 2007: 27-28). Ücret pratiklerindeki değişimler veya ücret oranlarının düşmesi durgunlaşmaya ve ayrıca eksik istihdam edilen işçilerin oranlarının yükselmesi ile büyüyen gelir eşitsizlikleri bazı toplu düzey eğilimleriyle karıştırıldı (Burke ve Shields, 1999; Jackson ve diğ., 2000; Katz, 1998; Osterman, 1999; akt. Scott-Marshall, 2007: 28).

Türkiye'de 2004 yılında, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi (bundan sonra PDEÖ sistemi olarak anılacaktır) başlatılmıştır. İlk olarak on hastanede pilot çalışması yapılmış ve daha sonra sistem tüm Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık kuruluşlarına yayılmıştır. SSK hastaneleri, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredildiği zaman, PDEÖ (Performansa Dayalı Ek Ödeme) bu hastanelere de yayılmıştır. Şu anda 850 Sağlık Bakanlığı hastanelerinin hepsinde bu PDEÖ sistemi uygulanmaktadır. Bu sistem, sağlık hizmeti veren diğer kamu kurumlarında (ör. üniversite hastaneleri) yoktur (OECD ve IBRD/ DÜNYA BANKASI, 2008 : 40).

PDEÖ sisteminin temel amacı, kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmektir. Esas olarak PDEÖ, sağlık personelinin düzenli maaşına ek olarak her ay aldığı bir ek

ödemedir. Taban maaş, Sağlık Bakanlığı bütçesinden (personel gideri, temel maaşlar kaleminden) ödenir. Performansa dayalı ek ödemeler ise daha çok genel sigorta sisteminden finanse edilen döner sermayelerden ödenmektedir (OECD ve IBRD/Dünya Bankası, 2008: 40).

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi sağlığın piyasalaşmasında önemli bir bileşendir. Doktorlarla yüz yüze yapılan görüşmelerde bu uygulama ile hekimle hastanın temasının kesildiğini, verilen hizmetin niteliğinin azaldığını ve sadece niceliksel iş yükünün arttığı yönünde bir eğilim saptanmıştır.

Toplam Kalite Uygulaması

Toplam kalite yönetimi, firmalarda bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmıştır. İşletmeler müşteriler olmadan hayatlarını devam ettiremezler. O halde müşteriyi elde etmek ve korumak için sunulan hizmet veya ürünlerden onların memnun olması gerekir. Toplam kalite yönetimi, bir yolculuktur, varılacak bir yer değildir. Ürün ve sistemlerin sistematik gelişimi için bir metottur. Satıştan sonra müşteriye hizmeti de kapsar. Katılımcı bir tekniktir. Tamamen müşteriye odaklanmış bir işletme kültürü oluşturan, tam bir yönetim sistemidir (Şimşek, 2000: 21).

Özünde bir yönetim felsefesi olan toplam kalite yönetiminin en öncelikli 3 ilkesi; müşteri oryantasyonu, süreç oryantasyonu ve sürekli gelişme olarak ifade edilmektedir (Acuner, 2003: 14). Bir başka yaklaşımla toplam kalite yönetiminin ilkeleri olarak sayılan 4 ilke; müşteri odaklılık, süreçlerin yönetimi tam katılım ve insan kaynakları yönetimi olarak sınıflanmıştır (Perçin, 1996: 16).

Sağlık kurumlarında özellikle de hastanelerde toplam kalite yönetimi

çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi kurum üst yönetiminin toplam kalite yaklaşımını benimsemesi gerekir. Kurumda yürütülen bütün işlemsel süreçlerin saptanması ve en uygun iş akış şemalarının tespit edilerek prosedürlerin yazılı hale getirilmesi, yapılacak her işle ilgili iş talimatların hazırlanması ve görevli personelin görev tanımlarının ayrıntılı şekilde ifade edilmesi gerekir.

YÖNTEM

Araştırmada ağırlıklı olarak nicel araştırma tekniği olan anket (soru formu-survey) ve buna ek olarak sağlık sistemi ve sorunları üzerine de on kişi ile nitel araştırma tekniği olan gözlem-mülakat kullanılmıştır. Araştırma öncesi konu ile ilgili literatür çalışması yapılmış ve kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Literatürdeki neoliberal ekonomi politik okumalardan faydalanılarak hipotezler geliştirilmiş olup bu hipotezlerin sınanabilmesi için yapılandırılmış anket formu oluşturulmuştur. Anket formunda önce sosyo-demografik sorulara sonra da neoliberal sağlık politikalarının sağlık çalışanları tarafından algılanmasına ve sonra da bu politikaların mesleki, sosyo-kültürel etkilerine ilişkin açık ve kapalı uçlu sorulara yer verilmiştir. Çanakkale Devlet Hastanesi (ÇHD) ve Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (TYİH)'nde anket formu uygulanarak pilot uygulama yapılmış, anlaşılma-yan sorular çıkarılarak/düzeltilerek ya da sağlık çalışanları ile yapılan görüşmeler doğrultusunda yeni sorular da eklenerek soru formuna son şekli verilmiştir.

Çalışma Grubu

Çalışma, Ankara İli Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çanakkale Devlet Hastanesi'nde sağlık

hizmeti veren üç farklı sosyo-kültürel katmanı temsil eden doktor, hemşire ve yardımcı personelle yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada nicel araştırma yöntemi olan soru formu (anket-survey) ve nitel araştırma yöntemi olan mülakat (yüz yüze yapılan görüşme) ve gözlem kullanılmıştır.

Veri Toplama Süreci

Filiyatta uygulanan neoliberal sağlık politikalarının konumlandığı literatür taraması yapılarak, ilk altı ay çalışmanın teorik çerçevesi oluşturulmuş ve doğrudan sağlık hizmeti sunan temel aktörlerin üzerindeki çoklu etkileri (ekonomik, politik, sosyo-kültürel) araştırmak için yaklaşık üç ay süren saha çalışması yapılmıştır. Saha çalışmasında önce her iki hastanede de pilot uygulama yapılmıştır. Anlaşılma-yan sorular çıkarılmış ve pratikte var olan sorulara yer verilerek anket formunun son hali oluşturulmuştur.

Verilerin Analizi

Neoliberal sağlık politikaların sağlık hizmetini sunanlar üzerinde çoklu etkilerini (ekonomik, politik, sosyo-kültürel) analiz edebilmek için SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi görebilmek için Ki Kare Testi, One Way Anova Testi ve Regresyon Testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Neoliberal sağlık politikaların sağlık hizmetini sunanlar üzerinde çoklu etkileri (ekonomik, politik, sosyo-kültürel) analiz etmek için kullanılan betimsel istatistikler aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 1'e göre sağlık çalışanlarının %54,5'u kadın, %45,5'u erkek; 28-32 yaş aralığında olanların oranı %28,1; %77,1'i evli; iki çocuk sahibi olanların oranı %35,5; öğrenim durumları %23,2'sinin yüksekokul; doğum yerleri %26,5'nin büyük şehir (metropol)'dür.

Çizelge 2 sağlık çalışanlarının ekonomik özelliklerini göstermektedir. Tablo 2'ye göre sağlık çalışanların ortalama aylık geliri 1501-2000 arasında olanların oranı %28,4; %53,9'u ev sahibi; araba sahibi olanların oranı %67,7; yazlık sahibi olmayanların oranı %92,6'dır.

Çizelge 3'de ise sağlık çalışanlarının sosyo-kültürel özelliklerini yansıtan veriler yer almaktadır. Tablodaki verilere göre sağlık çalışanlarının %17,4'ü ayda bir defa sineme ve tiyatroya gitmekte iken %45,5'u ise sineme ve tiyatroya hiç gitmemektedirler. Sağlık çalışanlarının en fazla izledikleri film türü arasında romantik/komedi (%26,6) ilk sırada yer almakta; %71,9'unun kitap okuma alışkanlığı bulunmakta; %31,6'sının haftada birkaç saat kitap okuduğu; okudukları kitap türünün ağırlıkta roman (%29,3); her gün 1-2 saat bilgisayar kullandıkları (%37,1); her gün ortalama 1-2 saat televizyon izledikleri (%49,7); televizyonda çoğunlukla izledikleri programın haber ve tartışma olduğu (%43,4); yılda bir kez seyahat etme alışkanlıkları olduğu (%46,5); bireysel rahatlama yöntemi olarak %16,5'unun evde uymayı ve evde vakit geçirmeyi tercih ettikleri görülmektedir.

Çizelge 4 sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerini göstermektedir. Çizelge 4'e göre sağlık çalışanlarının %33,9'u doktor; %39,4'u hemşire/sağlık memuru; %26,8 yardımcı hizmetli konumundadır. Yaptıkları meslekleri seçmelerinin

Çizelge 1: Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	169	54,5
Erkek	141	45,5
Yaş		
28-32	87	28,1
33-37	68	21,9
38-42	67	21,6
Medeni Durum		
Evli	239	77,1
Bekar	57	18,4
Boşanmış	10	3,2
Dul	4	1,3
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar	12	3,9
İlkokul	38	12,3
Ortaokul	37	11,9
Lise	56	18,1
Yüksekokul	72	23,2
Fakülte	30	9,7
Yüksek Lisans	24	7,7
Doktora	41	13,2
Doğum Yeri		
Büyük şehir (metropolde)	82	26,5
Küçük ve orta büyüklükte şehir	78	25,2
İlçe merkezi	62	20
Kasaba	14	4,5
Köy	74	23,9

nedeni %38,6'sının iş bulma kolaylığı; yaptıkları mesleklerden doyum almayanların oranı %52,3; hissettikleri en önemli mesleki sıkıntıları %15,7 oranında iş yoğunluğu; meslekteki çalışma süreleri 2-6 yıl aralığında olanların oranı %23,9; sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı %64,8 memur kadrosunda;

Çizelge 2: Sağlık Çalışanlarının Ekonomik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Aylık Ortalama Gelir		
Aylık Ortalama Gelir		
1501-2000	88	28,4
500-1000	66	21,3
1001-1500	30	9,7
5501 ve yukarı	28	9,0
Oturulan Evin Sahibi Olma Durumu		
Ev sahibi olma	167	53,9
Ev sahibi olmama	143	46,1
Araba Sahibi Olma Durumu		
Araba sahibi olma	210	67,7
Araba sahibi olmama	110	32,3
Yazlık Sahibi Olma Durumu		
Yazlık sahibi olanlar	23	7,4
Yazlık sahibi olmayanlar	287	92,6

%56,1'nin mesleki bir sivil toplumuna üye oldukları, %38,1'nin sadece sendikaya üye oldukları görülmektedir.

Çizelge 5'de sağlık çalışanlarının uygulanan neoliberal sağlık politikaların insan/toplum sağlığı açısından yararlı / zararlı bulup bulmadıklarına ilişkin veriler yer almaktadır. Çizelge 5'e göre GSS'nı insan/toplum sağlığı açısından yararlı bulmayanların oranı %50,0 iken zararlı bulmayanların oranı %77,1'dir. Aile Hekimliği uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %62,9; zararlı bulmayanların oranı %61,3'dir. Tam Gün Yasası (TGY)'ni yararlı bulmayanların oranı %79,7; zararlı bulmayanların oranı %57,1'dir. Performansa Dayalı Ücretlendirme sistemini yararlı bulmayanların oranı %31,3; zararlı bulmayanların oranı %36,5'dir. Toplam Kalite uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %66,5; zararlı bulmayanların oranı %77,7'dir.

Çizelge 6'da sağlık çalışanlarının uygulanan neoliberal sağlık politikalarını kendileri açısından yararlı/zararlı bulup bulmadıklarına ilişkin veriler yer almaktadır. Çizelge 6'ya göre GSS'nı kendileri için yararlı bulmayanların oranı %68,1 iken zararlı bulmayanların oranı %73,9'dür. Aile Hekimliği uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %74,2; zararlı bulmayanların oranı %58,4'dir. Tam Gün Yasası (TGY)'ni yararlı bulmayanların oranı %83,9; zararlı bulmayanların oranı %50,0'dir. Performansa Dayalı Ücretlendirme sistemini yararlı bulmayanların oranı %78,4; zararlı bulmayanların oranı %36,5'dir. Toplam Kalite uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %73,5; zararlı bulmayanların oranı %72,9'dir.

Diğer bazı temel bulgular ise sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumun bulunduğu kentin büyüklüğü uygulanan sağlık politikalarını etkilemektedir

Çizelge 3: Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Kültürel Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Sinema ve Tiyatroya Gitme Sıklığı		
Ayda bir defa	54	17,4
Senede ayda bir defa	52	16,8
Gitmiyorum	141	45,5
En Fazla İzlenen Film Türü		
Romantik/Komedi	77	26,6
Macera/Aksiyon/Savaş/Polisiye	73	25,2
Korku/Gerilim/Psikolojik	37	12,8
Kitap Okuma Alışkanlığı		
Evet	223	71,9
Hayır	87	28,1
Kitap Okuma Sıklığı		
Her gün 1-2 saat	67	21,6
Haftada birkaç saat	98	31,6
Alışanlığım Yok	55	17,7
Okunan Kitap Türü		
Roman	87	29,3
Kitap Okumuyorum	58	19,5
Ayırım Yapmam	41	13,8
Bilgisayar Kullanma Sıklığı		
Her gün iki saatten fazla	54	17,4
Her gün 1-2 saat	115	37,1
Haftada birkaç saat	68	21,9
Televizyon İzleme Sıklığı		
Her gün iki saatten fazla	71	22,9
Her gün 1-2 saat	154	49,7
Haftada birkaç saat	63	20,3
Televizyonda En Fazla İzlenen Program Türü		
Haber ve Tartışma	128	43,4
Belgesel	27	9,2
Dizi	78	26,4
Seyahat Etme Alışkanlığı		
Hiç Yapmıyorum	115	37,1
Yılda Bir Kez	144	46,5
Yılda İki Kez	31	10,0
Bireysel Rahatlama Yöntemi		
Yürüyüş Yapma, Tek Başına Gezme	37	12,5
Uyuma/Evde Vakit Geçirme	49	16,5
Aile İle Vakit Geçirme	31	10,4

Çizelge 4: Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Meslek		
Doktor	105	33,9
Hemşire/Sağlık Memuru	122	39,4
Yardımcı Hizmetli	83	26,8
Mesleği Seçme Nedeni (ilk üç neden)		
Toplumsal Saygınlık	49	15,9
İş Bulma Kolaylığı	119	38,6
Mesleki Doyum/Bireysel Tercih	45	14,6
Mesleki Doyum		
Sağlıyorum	145	46,8
Sağlamıyorum	162	52,3
Hissedilen En Önemli Mesleki Sıkıntı (en önemli üç neden)		
İşin Yoğunluğu	44	15,7
Mesleki Saygınlığın Düşük Olması	42	14,9
Çalışma Süresi/Nöbet/İcap Uygulamaları	38	13,5
Meslekte Geçirilen En fazla ilk üç çalışma süresi)		
2-6	74	23,9
7-11	66	21,3
12-16	59	19,0
Kadro Durumu		
Memur	201	64,8
4B	36	11,6
İşçi	9	2,9
Taşeron işçi	64	20,6
İşteki Konum		
Çalışan	285	91,9
Yönetici	25	8,1
Mesleki Örgütlere Üyelik Durumu		
Üye olma	174	56,1
Üye olmama	130	41,9
Üye Olunan Mesleki Örgüt Türü		
Mesleki Dernek/Oda/Birlik	48	15,5
Sendika	118	38,1
Her ikisine de	18	5,8

($p=0,000<0,05$). Uygulanan sağlık politikalarının etkileri, mesleklere göre farklılaşmaktadır ($p=0,000<0,05$). Sağlık çalışanlarının sivil topluma üyelik durumları uygulanan sağlık politikalarının farkında olmalarını kolaylaştırmaktadır ($p=0,01<0,05$). Sağlık çalışanlarının meslek kategorileri ile mesleki

örgütlere üyelik durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Doktorların %33,3 (35)'ü mesleki dernek/oda/birliğe üye iken; hemşire/sağlık memurlarının %53,3 (65)'ü, yardımcı personelin de %45,8 (38)'i sendikaya üye konumundadır.

Çizelge 5: Sağlık Çalışanlarının İnsan/Toplum Sağlığı Açısından Neoliberal Sağlık Politikalarını Yararlı /Zararlı Bulup Bulmadıkları

Uygulanan Sağlık Politikaları	İnsan ve Toplum Sağlığı Açısından Yararlı Bulma						İnsan ve Toplum Sağlığı Açısından Zararlı Bulma					
	Evet		Hayır		Bilgim Yok		Evet		Hayır		Bilgim Yok	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Genel Sağlık Sigortası	142	45,8	155	50,0	13	4,2	54	17,4	209	77,1	17	5,5
Aile Hekimliği	102	32,9	195	62,9	13	4,2	103	33,2	190	61,3	17	5,5
Tam Gün Yasası	49	15,8	247	79,7	14	4,5	116	37,4	177	57,1	17	5,5
Performansa DDS	26	8,4	270	87,1	14	4,5	196	63,2	97	31,3	17	5,5
Toplam Kalite U.	90	29,0	206	66,5	14	4,5	52	16,8	241	77,7	17	5,5

Çizelge 6: Sağlık Çalışanlarının Kendileri Açısından Neoliberal Sağlık Politikalarını Yararlı/Zararlı Bulup Bulmadıkları

Uygulanan Sağlık Politikaları	Sağlık Çalışanlarının Kendileri Açısından Yararlı Bulma						Sağlık Çalışanlarının Kendileri Açısından Zararlı Bulma					
	Evet		Hayır		Bilgim Yok		Evet		Hayır		Bilgim Yok	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Genel Sağlık Sigortası	84	27,1	211	68,1	15	4,8	63	20,3	229	73,9	18	5,8
Aile Hekimliği	65	21,0	230	74,2	15	4,8	111	35,8	181	58,4	18	5,8
Tam Gün Yasası	35	11,3	260	83,9	15	4,8	136	43,9	155	50,0	19	6,1
Performansa DDS	52	16,8	243	78,4	15	4,8	179	57,7	113	36,5	18	5,8
Toplam Kalite U.	67	21,6	228	73,5	15	4,8	66	21,3	226	72,9	18	5,8

TARTIŞMA

Sağlık alanında neoliberal dönüşüm kapsamında sunulan hizmetlerin piyasasının konusu yapılması hizmeti sunanlar ve alanlar açısından farklı etkiler yarattığı şüphesizdir. Bu bağlamda kamu, özel ve özerk kuruluşlarca verilen sağlık hizmetlerinde (aralarında rekabete dayalı bir ilişkisellik söz konusu iken) yeniden yapılandırılmaya gidilmesi

esasinda devletin yapısında meydana gelen bir değişim ve dönüşümün somut bir göstergesidir. Kamu hizmetlerinde bürokrasi ve yönetim-denetim sorunları çoğunlukla bir kamu hizmeti olarak algılanan sağlık hizmetlerinin kontrol yapılarında, sunumunda, örgütlenme yapısında ve hizmet sunanların yeterlilik ve etkinliklerinde vb. değişiklik yapılmasına zemin hazırladı. Bunun sonucu olarak Yeni Sağ politikalar toplumsal

alanlara/ yaşamsal pratiklere daha çabuk nüfuz etti. Bu alanlardan biri olan sağlıkta da yeni politikaların hayat bulması kolaylaştı. Böylece pek çok tartışma ve kritik olmasına rağmen, devlet giderlerinde önemli bir bütçe yükü oluşturan sağlık giderlerinde kısıtlama yapılması ve bu politikaların uygulamaya devam etmekte olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin temel sorunlarından biri olan sağlık hizmetlerinin yapısındaki değişimler, bu hizmeti doğrudan sunan sağlık çalışanları arasında yoğun bir rekabet, iş güvensizliği, iş doyumsuzluğu, motivasyonu olumsuz yönde etkileme, hastaları hizmet alan bir aktör olarak görmeden ziyade müşteri gibi algılama, sıkı denetim ve kontrolün yarattığı stres, hizmet sürekliliğinden (çalışma süresinin uzunluğu) dolayı sağlık çalışanlarının sosyal ve kültürel yaşama yabancılaştırılması, aile yaşantılarında huzursuzluk yaşanması, kişi olarak kendilerinde ve mesleklerinde değer kaybı yaşayabilecekleri söylenebilir. Hizmet alan hastaların da uzun bekleme kuyruklarından kurtulmaları, doktor seçiminde bireysel tercihlerini kullanmaları gibi hasta hakları uygulaması hastane yönetiminin iktidar yapısındaki değişimi beraberinde getirecektir.

SONUÇ

1980'lerden itibaren sosyo-kültürel-ekonomik ve politik ve bireysel yaşamlar üzerinde yoğun etkileri hissedilen neoliberal politikaların sağlık kurumu üzerinde de etkileri tartışılmaz bir şekilde hissedilmeye başlandı. Sağlıkta yeniden yapılanma, sağlıkta dönüşüm ve sağlıkta reform gibi farklı adlarla ifade edilse bile, aslında bu ifadeler bu politik biçimin tezahürü olarak ortaya çıkmıştır.

Benzer biçimde yaşamsal pratiklere daha fazla nüfuz etmeye başlayan neoliberal ekonomi politikaların somutlaştırıldığı bu çalışma 2010 yılında yapılmıştır. İkinci (ÇDH) ve üçüncü hizmet basamaklarında (T.Y.İ.E.A.H.) görev yapan sağlık çalışanları (doktor, hemşire ve yardımcı personel) üzerindeki neoliberal çoklu etkilerin betimlendiği bu çalışmanın belli başlı sonuçları şu şekildedir.

Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri: Sağlık çalışanlarının %54,5'u kadın, %45,5'u erkek; 28-32 yaş aralığında olanların oranı %28,1; %77,1'i evli; iki çocuk sahibi olanların oranı %35,5; öğrenim durumları %23,2'sinin yüksekokul; doğum yerleri %26,5'nin büyük şehir (metropol)'dür.

Sağlık çalışanlarının ekonomik özellikleri: Sağlık çalışanlarının 1501-2000 arasında; %53,9'u ev sahibi; araba sahibi olanların oranı %67,7; yazlık sahibi olmayanların oranı %92,6'dır.

Sağlık çalışanlarının sosyo-kültürel özellikleri: Sağlık çalışanlarının %17,4'ü ayda bir defa sineme ve tiyatroya gitmekte iken %45,5'u ise sineme ve tiyatroya hiç gitmemektedirler. Sağlık çalışanlarının en fazla izledikleri film türü arasında romantik/komedi (%26,6) ilk sırada yer almakta; %71,9'unun kitap okuma alışkanlığı bulunmakta; %31,6'sının haftada birkaç saat kitap okuduğu; okudukları kitap türünün ağırlıkta roman (%29,3); her gün 1-2 saat bilgisayar kullandıkları (%37,1); her gün ortalama 1-2 saat televizyon izledikleri (%49,7); televizyonda çoğunlukla izledikleri programın haber ve tartışma olduğu (%43,4); yılda bir kez seyahat etme alışkanlıkları olduğu (%46,5); bireysel rahatlama yöntemi olarak

%16,5'inin evde uyumayı ve evde vakit geçirmeyi tercih ettikleri görülmektedir.

Yukarıdaki özelliklere bakıldığında T.Y.İ.E.A.H. ve Ç.D.H.'de sağlık hizmeti sunan doktor, hemşire yardımcı personelin sosyo-demografik; ekonomik ve sosyo-kültürel özellikleri bakımından orta sınıf (ve ortanın altı) özellikler taşımakta olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri: Sağlık çalışanlarının %33,9'u doktor; %39,4'u hemşire/sağlık memuru; %26,8 yardımcı hizmetli konumdadır. Yaptıkları meslekleri seçmelerinin nedeni %38,6'sının iş bulma kolaylığı; yaptıkları mesleklerden doyum almayanların oranı %52,3; hissettikleri en önemli mesleki sıkıntıları %15,7 iş yoğunluğu; meslekteki çalışma süreleri 2-6 yıl aralığında olanların oranı %23,9; sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı %64,8 memur kadrosunda; %56,1'nin mesleki bir sivil topluma üye oldukları, %38,1'nin sendikaya üye oldukları görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının uygulanan neoliberal sağlık politikalarının insan/toplum sağlığı açısından yararlı /zararlı bulup bulmadıklarına ilişkin şu veriler saptanmıştır: GSS'nı insan/toplum sağlığı açısından yararlı bulmayanların oranı %50,0 iken zararlı bulmayanların oranı %77,1'dir. Aile Hekimliği'ni yararlı bulmayanların oranı %62,9; zararlı bulmayanların oranı %61,3'dir. Tam Gün Yasası (TGY)'ni yararlı bulmayanların oranı %79,7; zararlı bulmayanların oranı %57,1'dir. Performansa Dayalı Ücretlendirme sistemini yararlı bulmayanların oranı %31,3; zararlı bulmayanların oranı %36,5'dir. Toplam Kalite uygulamasını yararlı bulmayanların oranı %66,5; zararlı bulmayanların oranı %77,7'dir.

Sağlık çalışanlarının uygulanan neoliberal sağlık politikalarının kendileri açısından yararlı /zararlı bulup bulmadıklarına ilişkin veriler ise şu şekildedir: GSS'nı kendileri için yararlı bulmayanların oranı %68,1 iken zararlı bulmayanların oranı %73,9'dür. Aile Hekimliği uygulaması yararlı bulmayanların oranı %74,2; zararlı bulmayanların oranı %58,4'dir. Tam Gün Yasası (TGY)'ni yararlı bulmayanların oranı %83,9; zararlı bulmayanların oranı %50,0'dir. Performansa Dayalı Ücretlendirme sistemini yararlı bulmayanların oranı %78,4; zararlı bulmayanların oranı %36,5'dir. Toplam Kalite Uygulaması'nı yararlı bulmayanların oranı %73,5; zararlı bulmayanların oranı %72,9'dir.

Yeni uygulamaya sokulan sağlıkta yeniden yapılanmanın beş bileşeni açısından genel bir değerlendirme yapıldığında; uygulamaya yeni başlayan sağlıkta yeniden yapılanmanın hem genel toplum sağlığı hem de kendileri için yararlı/zararlı bulma bakımından birbirine yakın bir dağılım göstermektedir. Bu durum mevcut kurumsal düzenlemelerde yeni getirilen pratiklerin/değişimlerin henüz tam anlamıyla yerleşmediğini ve getirilen uygulamaların yeterince sağlık çalışanları tarafından algılanamamış olduğu ile açıklanabilir. Fakat orta sınıf özelliği gösteren bir mesleği icra eden 'doktorlarda' bu etkiler daha yoğun hissedilirken (yapılan yüz yüze görüşmelerde saptanan bir eğilim), 'hemşireler' de iş yükünün artması ve yapılan kontrollerin ve denetimlerin daha sıkı olmasından dolayı iş yükünün artması ve motivasyonlarının azalması ve çalışma sürelerinin uzunluğundan dolayı yoğun bir şekilde etkilendikleri; 'yardımcı hizmetlilerin' ise bu uygulamalardan haberdar olmadıklarından ve çalışma

sistemlerinde herhangi bir değişiklik yaratmadığından dolayı hiç etkilenmedikleri söylenebilir. Buna ek olarak yüz yüze yapılan görüşmelerde doktorların en fazla rahatsız oldukları yeni uygulamalardan ikisi Performansa Dayalı Ödeme (PDÖ) ve Tam Gün Çalışma Sistemi'dir. Doktorlara göre PDÖ sağlık hizmetinin niteliğini azaltan ve doktorluk mesleğinin de değerini azaltan bir uygulamadır. Ayrıca kendi meslektaşları arasında yoğun bir rekabet yaratacağından dolayı çatışma ve çelişkiler yaşanabilecektir. Bu uygulamanın bir devamı niteliğinde olan Tam Gün Çalışma sisteminde ise iş yükünün artmasından dolayı iş ve çalışma verimsizliği olacaktır. Ayrıca sağlık personeli üzerinde rekabet kültürüne yol açabilecek ve hizmetin niteliğinde bozulma ve insan ilişkilerinde çelişki ve çatışma gibi olumsuz sonuçlar yaratabilecektir.

KAYNAKÇA

- Acuner, T. (1998). *Toplam kalite yönetiminde insan faktörü ve bir model önerisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (8. Basım). Ankara: Pagem Yayıncılık.
- Elbek, O. Adaş, E.B. (2009). Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), 33-43.
- Gedikli, O. (2011). Bu politikalarla sağlıktaki sorunlar çözülmez. *Türkiye Ortadoğu Gazetesi*.
- Harms B. J. (2007). Neoliberalism and social imbalance: higher education in Missouri. In Harland Prechel (Eds.), *Politics and Neoliberalism: Structure, Process and Outcome* (First ed., pp. 61-83). USA:Texas.
- OECD ve IBRD/DÜNYA BANKASI (2008). Sağlık sistemi incelemeleri. Türkiye.
- Özkök, Ö. (2010). *Müdahaleci devletten piyasa ekonomisine değişen refah devleti anlayışı*. Yayınlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Perçin, S. (1996). *Hizmet sektöründe toplam kalite yönetimi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.

Prechel, H. and Harms, B. J. (2007). Politics and neoliberalism: theory and ideology, In Harland Prechel (Eds.), *Politics and Neoliberalism: Structure, Process and Outcome* (First eds., pp. 3-17). USA:Texas.

Scott-Marshall, H. (2007). Work-related insecurity in the new economy: evaluating the consequences for health, In Harland Prechel (Eds.), *Politics and Neoliberalism: Structure, Process and Outcome* (First eds., pp.22-60), USA: Texas.

Sevim, İ. (2006). *1980 sonrası uygulanan yeni liberal politikaların sağlık sektörüne etkisi Türkiye örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Şahin, S.G. (2006). *Türkiye'de yeni kamu yönetimi anlayışı ve sağlık hizmeti*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnönü Üniversitesi, Malatya.

Şimşek, M. (2000). Toplam kalite yönetiminin amacı ve felsefesi. *Standart Dergisi*, Sayı: 468 (Aralık 2000b), 20-21.

Yılmaz, N. (2008). Aile hekimliği; sağlıkta geriye gidişin öyküsü. *Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı*, 2008 (1), 4-5.