

KAMU SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN TAŞERON SAĞLIK İŞÇİLERİNİN İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ: ORDU İLİ ÖRNEĞİ*

MUKADDES ESRA AYSAN**

ÖZET

Kamu mal ve hizmetlerinin verimsiz olduğu, bu nedenle de özelleştirilmesi gerektiği iddiasına dayanan neo-liberal politikalar sonucunda sağlık sektörü de piyasanın konusu haline gelmiş alanlardan birisidir. Sağlık sektöründe uygulanan bu politikalar sonucunda, sektörde çalışan taşeron sağlık işçisi sayısı zaman geçtikçe hızla artmaktadır. Bu çalışmada, neo-liberal politikalar sonucu meydana gelen sağlık sektöründeki küresel dönüşüm, bu dönüşümün Türkiye'deki uygulaması olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ve bunun sağlık çalışanlarına etkisi incelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Neo-liberal politikalar, sağlıkta dönüşüm, özelleştirme, taşeronlaşma

ABSTRACT

Markets began to discuss the health sector as a result of neo-liberal policies based on argument that public properties and services are inadequate and must be privatized. The number of subcontracted workers has gradually increased due to such policies implemented in the health sector. This study examines the global transformation witnessed as a result of "Health Transformation Program" and its consequences.

Keywords: Neo-liberal policies, health transformation, privatization, subcontractation

* 8. Mülkiye Genç Sosyal Politikacılar Kongresi'nde 23 Ekim 2015 tarihinde "Emeğe Sermaye Kapanı: Taşeronluk" oturumunda sunulan tebliğin genişletilmiş biçimidir. Çalışmanın oluşumunda öneri ve düzeltmeleri ile büyük katkı sağlayan sevgili tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Sebiha KABLAY hocama, yine önerileri ile çalışmanın daha kapsamlı bir hale gelmesini sağlayan Muğla Üniversitesi öğretim üyesi Doç. Dr. Recep KAPAR hocama ve çalışmanın makaleleştirilmesine öncülük eden Ankara Üniversitesi öğretim üyesi Prof. Dr. Ahmet MAKAL hocama çok teşekkür ederim.

** Ordu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD Yüksek Lisans Programı

GİRİŞ

Neoliberal düşünce; kamu sektörü tarafından üretilen mal ve hizmetlerin verimsiz ve hantal olduğu, bunun yerine serbest piyasadaki özel sektör üreticilerinin daha verimli ve dinamik olduğunu savunur. Bu nedenle de, devlet eliyle yapılan mal ve hizmetlerin özel sektöre devredilmesi gerektiğini söyler. Neoliberal politikalar ile yaşanan dönüşüm bir çok alanda olduğu gibi, sağlık alanında da rekabeti artırmış, bu da, sağlık hizmetlerinin de piyasaya açılmasına neden olmuştur. Yeni anlayışa göre devlet, serbest piyasa kurallarına göre hareket eden, piyasayı sadece denetleyip kontrol eden "düzenleyici" bir rol üstlenmiştir (Etiler, 2011).

Türkiye'de 2003 yılında "sağlıkta dönüşüm politikaları" adı altında sağlık hizmetleri piyasayla uyumlu hale getirilmeye başlanmıştır. Kamu eliyle sağlanan sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hastanelerin özertleştirilmesi amaçlanmıştır. Hastanelerin devlet hizmeti olmaktan çıkıp özel piyasa güçlerinin eline geçmesi kamu personeli olan işçilerin de özel işletmecilik anlayışına uygun olarak esnek çalışma rejimleri ile karşı karşıya kalmalarına neden olmuştur.

Sağlık hizmetleri alanında özel sektörün ağırlığının artmasıyla birlikte kamu sağlık çalışanları da taşeronlaşma sistemi ile daha güvencesiz bir şekilde hastanelerde çalışmaya itilmiştir. İşverenlerin maliyeti düşürmek amacıyla yaptıkları alt işverenlik taşeronluk sistemi yapılan araştırmaların da gösterdiği gibi işçiler açısından keyfi işten çıkarılma, iş gü-

vencesizliği, düşük ücret, daha kötü çalışma şartları, daha kötü işçi sağlığı ve iş güvenliği anlamı taşımaktadır. Sağlık alanındaki taşeron uygulamaları, ağırlıklı olarak temizlik ve güvenlik elemanı alımıyla başlamıştır. Daha sonra, 'yardımcı sağlık elemanları' taşeronlaşma yoluyla hastanelerde göreve başlatılmış ve bu süreç doktor düzeyindeki sağlık personeline kadar uzamıştır.

Bu çalışmada da, öncelikle sağlıkta dönüşüm konusuna değinilecektir. Sağlıkta dönüşüm başlığı altında, neoliberal politikaların sağlıktaki küresel dönüşüme etkisi ve bunun Türkiye'deki tarihsel gelişimi incelenecektir. Çalışmanın ikinci bölümünde, uygulanan neoliberal politikalar sonucunda meydana gelen taşeronlaşmanın sağlık sektörüne etkisi ve bunun sağlık çalışanlarının işçi sağlığı ve iş güvenliğine etkisi açıklanmaya çalışılacaktır. Çalışmanın üçüncü bölümünde Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı uygulaması, dördüncü bölümünde, ise sağlıkta dönüşüm programının sağlık çalışanlarına etkisi incelenecektir.

I. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

1. NEOLİBERAL POLİTİKALAR VE SAĞLIKTA KÜRESEL DÖNÜŞÜM

1973 ve 1978 yıllarında yaşanan petrol krizleri sonucunda meydana gelen ekonomik krize tepki olarak; dönemin toplumsal, siyasal ve ekonomik bütün dengelerini değiştirecek olan yeni bir sistem ortaya çıkmıştır. Neoliberalizm adındaki bu yeni yaklaşım, yaşanan krizlerin sosyal devlet politikaları sebebiyle ortaya çıktığını, bu nedenle de, krizden kurtulmak için

sosyal devlet politikalarının terk edilip, yerine serbest piyasa koşullarının uygulanması gerektiğini öngörmüştür. Neoliberalizme göre, sosyal devlet politikaları ile kamunun ürettiği mal ve hizmetler yetersiz ve verimsizdir. Buna karşılık olarak, serbest piyasa mekanizmalarının üreteceği mal ve hizmetlerin daha etkin ve verimli olacağı öngörülmüştür. Bu yaklaşıma göre, serbest piyasa mekanizmasının kullanıldığı bir sistemde ekonomik aktörler arasındaki rekabet artacak ve bu artan rekabet de üretilen mal ve hizmetlerin daha kaliteli ve daha ucuz olmasını sağlayacaktır. Kısacası bu yaklaşımın özü, kamunun hizmet sunumunun azaltılması, devletin, özel sektörün piyasaya girişini teşvik edecek uygulamaları hayata geçirmesi ve sosyal refah programlarının ağırlıklı özel sektör tarafından uygulanmasıdır (Elbek ve Adaş, 2009).

II. Dünya Savaşı sonrası dönemde sağlık bir vatandaşlık hakkı olarak ele alınmaktadır. Bu dönemde Birleşmiş Milletler ve buna bağlı olarak kurulan uluslararası örgütler ile devlet aralarında 'sağlık hakkı' da olmak üzere birtakım "sosyal hak" tanımlamışlardır. Bu dönemde vatandaşlık hakkı olarak ele alınan sağlık hizmetleri tüm yuttaşları kapsamakta ve sağlıksızlık, toplumsal bir sorun olarak görülmektedir. Sağlık hizmetini sunan da finanse eden de devlet olduğu için, o dönemde çalışan tüm sağlık çalışanları da kamu çalışanı statüsündedir (Etiler, 2011).

1970'lerde patlak veren kriz sonucunda kar oranlarının düşmesiyle küresel kapitalizm dönemi başlamıştır.

Küreselleşme döneminde Dünya Bankası (DB) gibi uluslararası örgütler hazırladıkları reform proramlarını çeşitli şekillerde ulus devletlere dayatarak hükümetler aracılığıyla uygulamaya geçirmiştir. Yeni anlayışa göre devlet; hizmet üreten değil, serbest piyasa dinamiklerine göre hareket eden düzenleyici bir aktördür. Neoliberal politikalar, devletin vermiş olduğu hizmetlerin verimsiz olduğunu ileri sürerek kısıtlanmasının gerektiğini, onun yerine serbest piyasa ekonomisinin daha verimli hizmet üreteceğini savunmuştur (Etiler, 2011).

1980'lerde uygulamaya konulan neoliberal politikaların en önemli ayağını, sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen değişiklikler oluşturmaktadır. Bu dönemde bir yandan sermayenin kamu finansmanına katkısının azaltılmasıyla birlikte devletin sosyal harcamalara ayırdığı kaynaklar aşındırılır ve doğrudan sermayeye aktardığı kaynaklar artırılırken, bir yandan da sermayenin elinde biriken kaynaklar yeni yatırım alanlarına yayılarak, geçmişte kamu tarafından yürütülen sosyal hizmetlerin özelleştirilmesi yönünde baskı yaratmaktadır. Böylece, bir yandan borç krizine giren devletin mali kaynaklarının iyice daralmasıyla ortaya çıkan finansman sorunları, hizmetlerin fiyatlandırılması ve yararlananların mali katkısının zorunlu kılınması ile aşılmaya çalışırken, bir yandan da, "kamunun sağlık hizmetlerinde bıraktığı boşluğu özel sektörün doldurması" olarak sunulan bir süreçte, kamudan özel kesime kaynak aktarması yapılmaya başlanmıştır. Birbiriyle ilişkili bu iki eğilim,

sağlığın da aralarında yer aldığı kamu hizmetlerinin bir yandan aşındırılmasını bir yandan da özelleştirilmesini gündeme getirmektedir (Soyer, 2003).

Sağlık hizmetleri de neo-liberal politikaların uyguladığı dönüşüm sonucunda rekabete açılarak, piyasanın konusu haline gelen alanlardan birisidir. II. Dünya Savaşı sonrası dönemde vatandaşlık hakkı olarak görülen sağlık hizmetleri, uygulanan politikalarla artık fiyatlandırılabilen, serbest piyasa koşullarında üretilebilen bir hizmet olarak görülmektedir. Bu politikalar sonucunda devlet, sadece sağlık hizmetlerini finanse eden bir rol üstlenmektedir (Kablay, 2009).

Sağlıktaki özelleştirme ve yeniden yapılandırma sürecini yönlendiren Dünya Bankası'na göre, az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar temelde, devletin artan sağlık hizmeti talebini karşılayacak mali olanaklardan yoksun olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, devletin sağlık hizmetlerini bütçe yoluyla finanse etmesinin "sağlıktaki eşitsizlikleri derinleştirdiği" ileri sürülebilmektedir. Banka, çözümü ise, "devlet üzerindeki yükün azaltılması ve özel kesimin katkısının alınmasında" bulmaktadır. Buna göre, sağlıktaki yeniden yapılanma süreci, hem hizmetten yararlananların hizmetin bedelini ödemesini, hem de sağlık hizmetlerine "özel kesimin katkısının alınmasını" öngörmektedir. Dünya Bankası'nın, "özel kesimin katkısının alınması"ndan anladığı ise, kamuya ait sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi, sektöre yatırım yapacak özel kesime teşvik ve muafiyetler sağlanması ile teknik ve finansal destek ve-

rilmesidir (Dünya Bankası, 1986; akt. Soyer, 2003).

Lister'e (2008) göre, neoliberal reform programı iki ana ekol olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki, 1970'lerde ortaya çıkan kriz sonrası maliyetleri azaltmayı amaçlayan reform programıdır. İkincisi ise 1990'lı yıllardan itibaren uygulanan ve piyasalaşmayı hedefleyen, bu nedenle sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırılan reform programlarıdır. Lister'in belirttiği bu ikinci reform dalgası, aslında neoliberal politikaların yapıyı değiştirmeye yönelik asıl gücüdür ve kamu hizmeti kavramının çökertilmesi ve müşteri odaklılığın temeli de bu programlarla atılmıştır (Aka vd., 2012).

Neo-liberal politikalar, üretim sistemini değiştirdiği gibi, toplumsal hayatta kullanılan kavramları da bu değişen sisteme uyarlamaktadır (Müftüoğlu ve Taniş, 2010). Buna bağlı olarak neoliberal politikaların uygulamaya başladığı 1980'li yıllardan sonra sağlık hizmeti kullanan kişilere "hasta" yerine 'müşteri' denilmeye başlanmıştır. Bu da, sağlık hizmetlerinin tamamıyla alınıp satılabilen ticari bir metaya dönüştürülmeye çalışılması anlamına gelmektedir. Müşteri; mal, hizmet vb. alan ve karşılığında ücret ödeyen kimsedir (www.tdk.gov.tr, 12.08.2015). Müşteri, kelime tanımından yola çıkılırsa, parası olup parasının yettiği kadar alışveriş yapabilen kişidir. Sağlık hizmeti kullanan kişilere "hasta" yerine 'müşteri' denilmesi de iki önemli sonuç doğurmaktadır. Bunlar:

■ Parası olmayanın sağlık hizmetini kullanamayacağı,

■ Parası olanın da ancak parasının yettiği kadar sağlık hizmeti satın alabileceğidir.

Sağlık hizmeti alacak kişilere "müşteri" denildiği zaman, en temel insan hakkı olan sağlık, parası olanın parasının satın alma gücüne göre satın alabileceği bir metaya dönüşür. Oysa ki, sağlık hizmetinin, en temel insan hakkı olarak, hiçbir ayırım gözetmeksizin herkesin yararlanabileceği bir hizmet olması gereklidir (Pala, 2007).

2. NEOLİBERAL SAĞLIK POLİTİKALARININ TÜRKİYE'DEKİ TARİHSEL GELİŞİMİ

1980'lerden itibaren özellikle gelişmekte olan ülkelerin sürekli bir kriz içerisinde olması IMF'nin reçetelerine ülkeleri mahkum etmekte, enflasyonla mücadele programı gereği harcamaların kısılması ve bütçe açığının kapatılması çabaları nedeniyle devlet yatırımları azaltılıp kamu sektöründe kapsamlı bir dönüşüm hedeflenmekte ve kamunun büyük bir harcama hamlesine girişme olanağı ortadan kaldırılmaktadır. Türkiye örneğinde 1980'lerin ikinci yarısından itibaren sağlık alanında devlet teşviklerinin başladığı, 1990'larda da özel sağlık kurumlarının giderek artan bir hızla devreye girdiği, 2000'li yıllara gelindiğinde uygulanan politikalar sonucunda yatak kapasitesinin onda birinin özel sektör hastanelerinde bulunduğu görülmektedir. Buna bağlı olarak, yurttaşların kendi ceplerinden yaptıkları harcamalar da tüm sağlık harcamalarının üçte birini aşmaktadır (Keyder, 2007; akt. Aka vd., 2012).

Neoliberal yaklaşıma ve yeni ideolojilere göre yaşanan krizde sorunların nedeni devlet müdahalesidir ve çözüm de hizmetlerin piyasa mantığı içerisinde sunulmasıdır. 1980'lerden itibaren uygulanan sağlık politikalarında devlet sağlık hizmetlerinden aşamalı olarak çekilmeye başlamış, hizmet üretenlerle hizmetten yararlananlar arasında tarafsız bir konum kazanmaktan çok, özel kesimin desteklenmesinde aktif bir rol oynamaya başlamıştır. Bu dönemde ülkelerde IMF reçeteleri kurtuluş ümidi olarak öne çıkarken, sağlık politikalarını DB'nin yönlendirdiği görülmektedir. DB'ye göre az gelişmiş ülkelerde temel sorun devletin artan sağlık hizmeti talebini karşılayacak mali olanaklarının olmamasıdır. Sağlık hizmetlerinin bütçe yoluyla finanse edilmesinin eşitsizlikleri derinleştirdiği ileri sürülmektedir. Çözüm, devletin yükünün azaltılması, özel kesimin katkısının sağlanmasıdır. Sağlıktaki yeniden yapılanma süreci, hizmetten yararlananların hizmetin bedelini ödemesini öngörürken, aynı zamanda özel kesimin sağlık hizmetlerine yatırım yapmasını da içermektedir. Dünya Bankası'na göre özel kesimin bu alanda katkısı sağlanmalı, kamuya ait sağlık kuruluşları özelleştirilmeli, sektöre yapılacak yatırımlarda bu kesime her türlü destek (teşvikler, muafiyetler ve teknik finansal destek gibi) verilmelidir (Soyer, 2003; akt. Aka vd., 2012).

1980 askeri darbesinden sonra, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektöre öncelik verilmesi en temel değişim olmuştur. 1970'li

yıllarda başlayan sağlıkta neo-liberal dönüşüm, Türkiye'de ilk kez 1982 Anayasası'nda söz konusu olmuştur. Bu dönemlerde hükümetler tarafından reform adı altında özelleştirmeler başlatılmış, devlet yavaş yavaş sağlık hizmetlerinden çekilmeye başlamıştır. 2002 yılı sonrasında ise AKP Hükümeti tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile özelleştirme girişimleri daha güçlü bir biçimde yaşama geçirilmiştir (Pala, 2007).

Neoliberal politikaların etkisiyle, 1982 Anayasası'nda devletin sağlık hizmetlerinde üstlendiği görevler yeniden tanımlanmıştır. 1961 anayasası sağlık hakkını açıkça düzenlerken, devletin tedbirler alma gerekliliğini de belirtmiştir. 1982 Anayasası ise devlete sağlık kuruluşlarının verdiği hizmeti düzenleyen bir rol vermiştir. Yani neoliberal politikalar sonucunda, devlete ödevler yükleyen "sosyal devlet", bu ödevlerden kurtarılmış "düzenleyici devlet" ile yer değiştirmiştir (Yaşar, 2008; akt. Kablay, 2009).

II. TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP)

Adalet ve Kalkınma Partisi Hükümeti'nin 2003 yılında uygulamaya koyduğu "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" ve Sağlık Reformu Projesi Türkiye'deki sağlık sektörünün neoliberal politikalara uyumlaştırılmaya çalışıldığı projeler olarak kabul edilmektedir. 1980 sonrasında göreve gelen hükümetlerin hepsi, neoliberal politikaların da öngördüğü üzere, sağlık sektöründe devletin çekildiği alanlara özel sektöre hizmet vermesi için teşvikler

vermiş, sağlık hizmetlerinin finansmanını ise primli sisteme dayalı Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile sağlamaya çalışmışlardır (Soyer, 2003; akt. Aka vd., 2012).

Sağlık Bakanlığı SDP ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlamıştır. SDP'nin temel ilkeleri ise, insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir. Bu ilkeler çerçevesinde SDP'nin temel bileşenleri ise, planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili, kademeli sevk zinciri, idari ve mali açıdan daha verimli yönetilen sağlık kurumları, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve karar sürecinde etkili bilgiye erişim (sağlık bilgi sistemi) (Sağlık Bakanlığı, 2003) olarak ortaya konulmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın ortaya koyduğu SDP'nin amaç, ilke ve bu ilkeler çerçevesinde oluşan bileşenleri görünürde iyi niyetli, herkesin istediği amaçlar olarak algılanmaktadır. Ancak, her başlık kendi içinde dikkatle incelendiğinde esas olanın neoliberal

politikaların hayata geçirilmeye çalışılması ve devletin sağlık sektöründen tamamen elini çekmesi için oluşturulan politikalar olduğu aşikardır (Kablay, 2009).

2003'te gerçekleştirilen SDP ile birlikte ilk olarak sağlık hizmeti veren bütün kurumların Sosyal Güvenlik Kurumu çatısından hizmet almaları sağlanmıştır. Bu kapsamda Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı birleştirilerek tek bir kuruma, SGK'ya dönüştürülmüştür. Ardından, 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" (SSGSSK) ile vatandaşların tamamını kapsayan Genel Sağlık Sigortası (GSS) çıkartılmıştır. Daha sonra ilk basamak sağlık hizmeti olan sağlık ocakları yerine Aile Hekimliği modeli uygulanmaya başlamıştır. Bu modelde vatandaşların tamamına değil, sadece talep edenlere hizmet sunulmaktadır. Reformun bir diğer adımı ise tüm sağlık kurumlarının birer sağlık işletmesi gibi hizmet vermesinin sağlanması olmuştur. Kurumlar birer sağlık işletmesi yani piyasa mantığında işletilince sağlık çalışanlarının ücretlerinin belirlenmesinde de rekabetçi bir mekanizma oluşturulması öngörülmüştür. Bu kapsamda da, performans bazlı ödeme ve döner sermaye payları uygulamaları oluşturulmuştur. SDP kapsamında hayata geçirilen bu reformlarla sağlık sistemi her açıdan yeniden yapılandırılmıştır. SDP sürecinde Bakanlığın verdiği sayılara bakıldığında, sağlık sektöründeki taşeron işçi sayısı 9 yılda 11.000'den 120.000 kişiye arttırılmıştır (Başol ve Işık, 2015).

III. SDP'İN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ

2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), 1980'den itibaren uygulanmaya çalışılan neoliberal politikaların özüne uygun reformlar gerçekleştirmiştir. Gerçekleştirilen tüm reformlar sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının, düzenlerinin, ücretlendirme şekillerinin değişime uğramasına neden olmuştur (Urhan ve Etiler, 2011). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) de sağlık çalışanlarını etkilemesi açısından reformun, kamu personeli istihdamını azaltması, çalışanlar arasında ücret farklılıkları yaratarak rekabete teşvik etmesi ve devlet denetiminin kamu hizmetleri üzerindeki kontrolünün yeniden kurulması özelliklerine vurgu yapmaktadır (ILO, 1998; akt. Urhan ve Etiler, 2011).

Uygulanmaya başladığı tarihten itibaren "Sağlıkta Dönüşüm Programı" gerek yaptığı reformlar gerekse bu reformların sonuçlarından dolayı hükümet, hükümete yakın çevreler ve liberal kesimler tarafından övgüyle karşılaırken, sağlık çalışanları sendikaları, meslek örgütleri ve muhalif siyasi kesimler tarafından da yoğun eleştiriyile karşılaşmıştır (Soyer, 2011).

"Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın kamuda çalışan sağlık işçileri üzerindeki etkilerini değerlendirmek için Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) nin yaptığı çalışmaya göre, görüşülen 2562 sağlık çalışanının verdiği yanıtlardan yola çıkılarak, sağlıkta dönüşüm sonrasında sağlık çalışanlarının diğer sektörler çalışanlarına nazaran daha kötü şartlar

altında çalıştıklarını düşündükleri, çalışma süresi ve fazla mesai sorunu yaşadıkları, çok ciddi bir ücret sorunlarının olduğu, tam ve zamanında ücret alamama sorunlarının başladığı, gün geçtikçe işsizlik korkusuyla karşı karşıya kaldıkları gibi saptamalarına ulaşılmıştır (Soyer, 2011).

Kısaca SDP, yarattığı sonuçlar bakımından, az sayıda sağlık çalışanı ile hizmet verilmesi sonucu iş yükünü arttıran, çalışma koşullarını kötüleştiren, sözleşmeli statüyle çalıştırılma nedeniyle güvencesiz istihdam yaratan, esnek çalışmayı yaygınlaştıran, taşeron sağlık işçisi sayısını artıran, sağlık işgücünün emeğini değersizleştiren, performans dayalı ücretlendirme biçimi nedeniyle ücret eşitsizliklerini arttıran ve çalışanları çalışma arkadaşlarıyla rekabete zorlayan, iş barışını bozan bir proje olmuştur (Urhan ve Etiler, 2011). Görüldüğü üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sadece maddi ortam ve fiziksel koşullar değil, insani ortam da bozulmaktadır (Soyer, 2011).

IV. TAŞERONLAŞMA

1. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE

TAŞERONLAŞMA

Küreselleşme süreci ile ülkeler arasındaki sınırlar kalkmış, bilgi ve teknoloji hızlı bir şekilde tüm dünyaya yayılmış ve bunun sonucunda da bu sürece uygun olarak yeni düşünce, sistem ve ürünler oluşmuş, bunlar sınır tanımaksızın her yere girmiş ve girdiği yerlerde de kendine has etkiler doğurmuştur (Tokol, 2000). Bu süreçte üretim süreçleri parçalanmış, ulusal sınırları aşarak sınırsız-

laşmıştır. Bununla birlikte, yüksek teknolojiye sahip merkez ülkeler az gelişmiş ya da gelişmekte olan çevre ülkelerin düşük ücretli işgücünü kulanarak hem kendilerine küresel bir pazar oluşturup karlarını artırmakta hem de bu çevre ülke ekonomilerinin üzerindeki etkilerini artırmaktadırlar. Bunun sonucunda küresel bir emek piyasası oluşur ve bu piyasada iş yapabilmek için emeğin en ucuza mal edilerek ve verimliliğin de arttırılarak bütün işgüçleri arasında bir rekabet oluşturulur. Bu küresel rekabet sonucunda da tüm dünyada işçi standartları ve ücretler hızla kötüleşmektedir (Tokol, 2000). İşgücü piyasaları küreselleşmeye ivme kazandırmak için işletmeler yeni üretim yöntemleri, yeni iş tanımları, yeni bir çalışma biçimi uygulamaya başlamışlardır. Tüm bunlar da esnek istihdam olgusunu doğurmuştur. Taşeronlaşma gibi yeni çalışma şekilleri, piyasadaki büyük şirketlerin üretimini daha ucuza mal edebilmek amacıyla, üretim süreçlerinin bazı kısımlarını taşeron şirketlere devretmesine neden olmaktadır. Bu da işgücü piyasasında ikili bir yapı ortaya çıkarmaktadır (İltan, 2008).

Dış kaynaklardan hizmet satın alma olarak ifade edilen taşeronlaşma ile hem işgücü maliyetleri hem de hızla değişen ve gelişen teknolojik değişmelerin yarattığı yatırım maliyetleri azaltılarak, kaynakların hizmetin temel amaçları doğrultusunda kullanılabilmesi ve söz konusu teknolojinin takip edilmesinin kolaylaşacağı iddia edilmektedir (Kavuncubaşı, 2010).

Kamu kesiminde taşeronlaşma, en önemli kamu hizmetlerinden biri

olan sağlık sektöründe yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde dönüşüm ilk kez 1984 yılında hazırlanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında yer almaktadır. Bu planda, devlet tarafından özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi, piyasada serbest olarak çalışan doktorlarla anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması (taşeronlaştırma) gibi planlar öngörülmektedir (DPT, 1984; akt. Öngel, 2014). Ancak bu plan 2003 yılında hazırlanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) ile uygulama alanı bulmuştur. SDP ile sağlıkta sözleşmeli personel istihdamı ve yardımcı sağlık hizmetlerinde dışarıdan hizmet satın alma uygulaması başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme şekli ve finansmanı değiştirilmiştir. SDP ile gelen "Aile hekimliği" ve "kamu hastane birlikleri" gibi modeller sözleşmeli personel istihdamını esas almış, sağlık hizmetinin taşeron aracılığıyla yürütülmesi ve özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi öngörülmüştür (Sayan ve Küçük, 2013; akt. Öngel, 2014).

Türkiye'deki sağlık reformunun başlangıcı 1986 yılında Dünya Bankası'nın yaptığı "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması" olarak kabul edildiğinde, 2000'lerin ilk yarısına kadar süren bir "kuralsızlaştırma dönemi" ile karşılaşılmaktadır. Sağlıktaki bu kuralsızlaştırma döneminde, neoliberal politikaların öngördüğü gibi, kamu sağlık kuruluşları desteklenmemiş, bütçeleri azaltılmıştır. Bu dönemde kamu sağlık hizmetleri kötülenmiş, kamu sağlık çalışanları itibarsızlaştırılmıştır. Özel sağlık sektörü ise kamunun

tam aksine çok çeşitli biçimlerde desteklenmiştir. Yine bu dönemde başta hastaneler olmak üzere kamu sağlık kuruluşlarında yardımcı işlerden başlayarak dışardan hizmet satın alma yaygınlaşmıştır (Etiler, 2011).

Türkiye'de 1987 yılında kabul edilen "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu" sağlık sektörünü serbest piyasa ekonomisine uyarlamak yolundaki ilk girişimdir. Bu kanunla genel bir sağlık sigortası oluşturmak amaçlanmıştır. Aynı zamanda kamu hastanelerinin, tıpkı bir şirket gibi, kendi işletme ve personel politikalarını yürütebilecekleri düzenlemeleri kapsamaktadır. Kanunun bazı kısımları Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiğinden dolayı, halen yürürlükte olmasına rağmen uygulamaya konulamamıştır (Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, 2002; akt. Pala, 2007). 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası dönemin mantığını en iyi anlatan belgedir. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası ile sağlık kuruluşları adeta birer sağlık işletmesine dönüştürülmüştür. Bu yasa ile kamu personeli olan doktorların mesai saatleri dışında kurumu, özel muayenehaneleri gibi kullanmalarına izin verilerek, doktorların kamunun olanaklarını kullanarak kişisel kazanç sağlamalarına imkan verilmiş, ayrıca sağlık işletmesine dönüşen kuruluşlara sözleşmeli sağlık personeli çalıştırma yetkisi tanınmıştır. Yasa ile tanınan bu imkanlar ile sağlık hizmetleri piyasaya açılmış, ticarileşmiştir. Kamu sağlık personeli ise sözleşmeli çalıştırılarak güvencesizleştirilmiştir (Yaşar, 2008; akt. Kablay, 2009). 3359 sayılı

yasa ile neoliberal politikaların sağlık sektöründe uygulamaya konulduğu görülmektedir. Yasa ile devletin sağlık sektöründeki sorumluluğu sonlandırılmış, sağlık hizmetleri ticarileştirilerek piyasa açılmıştır. Bu durum sağlık personeli üzerinde piyasa mantığı ile baskı oluşturulmasına neden olmuştur. (Soyer, 2003).

1980'den bu yana Türkiye'de sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerini aşamalı olarak özel kesime aktararak, bu alandan çekilmeye başlaması ve hizmet üretenlerle hizmetten yararlananlar arasında "nötr" bir konum kazanması biçiminden çok, devletin bizzat özel kesimin desteklenmesinde aktif rol alması biçiminde olmuş, sağlık alanında sermayenin egemenliğinin artışı anlamına gelen süreç bizzat devletin aktif yönlendirmesi eliyle gerçekleştirilmiştir (Soyer, 2003).

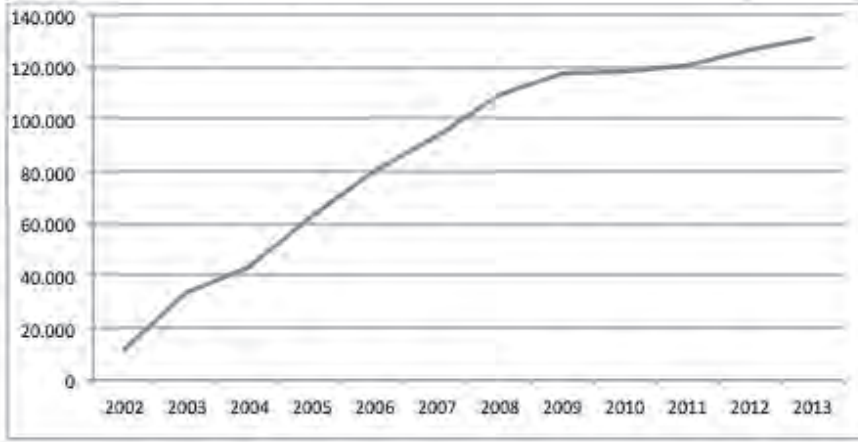
1980 sonrası dönemde sistemde en çok şikâyete yol açan sorun; hastanelerde çalışan doktorların normal çalışma saatleri dışında muayenehanelerinde çalışmaları ve ameliyatlara için hastaların sigorta dışı harcama yapmalarını şart koşmaları olarak belirtilmektedir. Hastanelerde yatanlar için de araç-gereç, ilaç gibi bazı harcamaların kişilerin ceplerinden yapılması eleştirilen diğer bir noktadır. İngiltere, Kanada ve İskandinav ülkelerinde sağlık hizmetlerinin çoğu devlet tarafından karşılanırken sağlık personelinin çoğu da devlet tarafından istihdam edilmektedir. Hizmetten yararlananlar ceplerinden ayrıca harcama yapmamakta, sağlık personeli verdiği hizmet başına ücret

almamakta, ödemesi de aylık maaş biçiminde yapılmaktadır. Türkiye'de de sağlık teşkilatı bu mantık çerçevesinde kurulmuş, fakat sistemin düzeltilmesi, sağlık çalışanlarının ücretlerinin iyileştirilmesi gibi amaçlarla sistem kökünden sarsılmıştır (Keyder, 2007; akt. Kablay, 2009).

SDP sonrası dönemde devlet tamamıyla neoliberal devlet kimliğine bürünerek, serbest piyasa aktörleri için uygun ortam yaratmaya çabalamaktadır (Güzelsarı, 2008; akt. Etiler, 2011). Sağlık sektöründe yapılan reformlar kapsamında kamusal hizmetlerin özel sektör tarafından yapılmasının teşvik edilmesiyle "özel sağlık sektörü" hızla büyümüştür. Pala'nın (2007) da deyimine göre; "Sağlık hizmeti, dünyanın tek kutuplu bir biçim almasından sonra, kapitalist dünyada artık fiilen bir hak olmaktan çıkarılmış, "Parası olanın parası kadar satın alabileceği" bir meta biçimine dönüştürülmüştür".

Neoliberal sağlık reformlarının uygulamaya konulduğu pek çok ülkede öncelikle uluslararası, sonrasında ulusal düzeyde yürütülen faaliyet, örgütlenme ve finansman süreçlerinin tamamlanmasıyla birlikte, sıra sisteme uyumlaştırılması gereken sağlık emek gücüne gelmektedir. Neoliberal politikalar sonucunda kamuda özel sektör işletmecilik anlayışının uygulamaya konulmasıyla birlikte, kamu personeli rejimi esnekleşmiş ve kamu sağlık personellerine de yeni esnek istihdam biçimleri uygulamaya konulmuştur (Etiler, 2011).

Neoliberal sağlık politikalarının uygulamaya konulduğu dönemden

Grafik 1: Sağlıkta Taşeron İşçi Sayısı

Kaynak: Bursa Milletvekili İsmet Büyükatman tarafından verilen 7/20489 esas numaralı yazılı soru önergesine verilen cevap.

İtibaren devletin sektördeki payı azaltılarak, özel sağlık sektörü desteklenmiştir. Dolayısıyla, özel sektörde çalışan sağlık personeli sayısında da yıllar içinde artış olmuştur (Etiler, 2011).

Neoliberal sağlık politikaları sonucu sağlık hizmetlerine özel işletmecilik mantığıyla bakılması beraberinde, maliyetleri en ucuza indirmek amaçlı, ilk zamanlarda yemek, temizlik, güvenlik gibi destek hizmetlerinde başlayan, daha sonra yardımcı sağlık hizmetlerine kadar dışarıdan hizmet satın almayı, yani taşeronlaştırma uygulamasının yaygınlaşmasını getirmiştir (Urhan ve Etiler, 2011).

Sağlık reformu sürecinde uygulanan bazı politikalar sonucunda devlet, kalıcı memur istihdamını en aza indirgeyerek kadrosuz, iş güvencesi bulunmayan, ücretleri döner sermayeden karşılanan sözleşmeli hekim ve hemşire çalıştırılmasını sağlayacak düzenlemeler getirmiştir. Özel-

likle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başladığı zamanlarda yürürlüğe giren Çakılı Kadro Yasası, devlet hastanelerinde hemşirelik gibi asli sağlık hizmetlerinin de taşeron şirketler tarafından verilmesini sağlayan düzenlemeler içermektedir (Urhan ve Etiler, 2011).

Kamuda çalışan taşeron işçilerin sayıları hakkında tam bir bilgi verilmemektedir. Ancak, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yapmış olduğu açıklamalardan ulaşılabilmektedir (Öngel, 2012). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından açıklanan son rakamlara göre kamudaki taşeron işçi sayısı 586 bin, sağlık sektöründeki taşeron işçi sayısı ise 16 bin 184'tür (ÇSGB, 2013).

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) yürürlüğe girmesiyle birlikte ortaya çıkan veriler incelendiğinde, taşeron personel istihdamının yüksek oranda arttığı görülmektedir. Yukarıdaki grafikte

de görüldüğü üzere, sağlıkta taşeron personel istihdamı yıllar içinde çok hızlı bir artış göstermiştir. Taşeron istihdamı, sağlık alanındaki en güvencesiz personel istihdamıdır. 2003 yılından sonraki yıllarda taşeron işçi sayısı 11 binden 2011 yılı itibarıyla 120 bine yükselerek yaklaşık 11 kata yakın bir artış göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde taşeron personel istihdamı yardımcı hizmetlerle başlayıp zamanla asli sağlık hizmetlerini de kapsamıştır (Önal ve Küçük, 2012).

Neoliberal politikalar sonucunda uygulanan sağlık politikalarında "maliyeti en aza indirmek", "daha ucuza daha kaliteli hizmet vermek" gibi söylemler ile sağlık kurumlarında önce yardımcı zamanla da asli hizmetlerde taşeron şirketlerden yararlanılmaya başlanmıştır. Görünürde iyi bir amaçla hizmet veren taşeron şirketlerin maliyetleri nasıl düşürdüğüne bakılacak olursa, bu şirketler; az sayıda personelle çok iş yapmaya çalışan, çalışanlarını normalden daha uzun süre çalıştıran, çalışanlarına daha düşük ücret veren ki bu düşük ücret verirken bile, çoğu zaman sorun çıkartan, belli sürelerle el değiştirdiği için kıdem tazminatı vermeyen, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmeti vermeyen, işçileri daha kötü çalışma koşullarında çalıştıran yapıda küçük şirketler olduğu görülmektedir. Buradan da yola çıkarak, taşeronlaştırmanın adeta bir emek sömürüsü olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Sağlık Bakanlığının 'maliyet tasarrufu' olarak dile getirdiği payın, sağlık emekçilerinin haklarının verilmemesiyle ortaya çık-

tığını görmek çok da zor değildir (Urhan ve Etiler, 2011).

2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ TAŞERONLAŞMANIN İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİNE ETKİSİ

Neoliberal politikaların etkisiyle çalışma hayatına giren özelleştirmeler ile artan esnek çalışma şekilleri işçilerin sağlıkları üzerinde olumsuz etkiler yaratmıştır. Özelleştirmeler öncesi kullanılan işçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamaları ve mevzuatlar görece daha güvenli ortamda çalışan işçiler için hazırlanmıştır. Taşeronlaşma gibi çalışma modelleri, özelleştirme öncesi kullanılan bu yasaların içeriğinde ve uygulamalarında değişiklik yapılması gereğini doğurmuştur. Neoliberal politikaların etkisiyle hazırlanan bu yeni yasalarda verilen hizmetin en az maliyetle yapılmasını sağlamayı amaçlarken, işçi sağlığını ve iş güvenliğini olumsuz etkilemiştir.

Taşeronlaştırma, üretim süreçlerinin parçalanmasına ve işgücünün düşük maliyetle çalıştırılmasına sebep olmaktadır. Taşeronlaştırma yoluyla büyük firmalar daha önce yürüttükleri işleri, daha ucuza, sendikasıız güvencesiz işçi çalıştıran küçük firmalara devretmektedirler. Uygulanan bu istihdam modeli işçileri örgütsüzleştirmiştir (Uyanık, 2008). Bu durum da daha kötü çalışma şartlarına sahip işgücünü daha da yalnızlaştırmış ve şartlarının daha da zorlaşmasına neden olmuştur.

Kavuncubaşı (2010) yaşanan dönüşümü çalışan açısından "taşeronlaşma sürecinin mağdurları ilk başta taşeron firmaların çalışanlarıdır; ta-

seronlaşma, ucuz insan gücü (emek) yaratılması ve sürdürülmesidir; taşeron firma çalışanları, kamusal bir görev yapmakla birlikte, düşük ücretlerle, iş güvencesinden yoksun, örgütlenme ve sendikal haklardan mahrum biçimde çalıştırılmaktadır. İşsizlik oranının yüksek olduğu bir ülkede asgari ücretle çalışacak insan bulmak son derece kolaydır; taşeron firmalar, kazançlarını maksimize etmek için, yasal görünüşte etik olmayan yolları kullanabilmektedirler" şeklinde özetlemektedir.

Artan taşeron çalışma biçimleri sonuçları dolayısı ile araştırmacıları da bu alana çekmiştir. Bu nedenle, taşeronlaşma, çeyrek asırdır farklı sektör uygulamaları kapsamında birçok çalışmaya konu olmuştur. Literatürde ki konu ile ilgili yapılan araştırmaların genel sonuçları incelendiğinde, taşeron çalışmanın işçi sağlığı ve iş güvenliği (İSİG) üzerinde birçok olumsuz etkisinin olduğu görülebilir. Bunun nedeni olarak "az işçi, çok iş" mantığından kaynaklanan artan iş yoğunluğu, İSİG konusunda işverenlere verilen tavizler, işçilerin eğitimlerinin düşük olması, denetimlerin yetersiz olması, kolektif sorunları dile getirmede azaltılan kapasite yani sendikasılaşma, piyasa lehine hareket eden çalışanlar için daha az düzenleyici koruma sağlayan politikalar gibi faktörlerden söz edilebilir.

Geçici çalışma, güvencesiz çalışma, esnek çalışma saatleri, örgütsüz çalışma gibi uygulamalar, taşeron çalışma modelinin en temel uygulamalarıdır. Bu uygulamalar uygulandığı bütün diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de çalışanların sağlığını olumsuz etkilemektedir. Konuyla ilgili

yapılan araştırmalarda, geçici olarak çalışan işçilerin psikolojik sağlıklarının, sürekli çalışan işçilere oranla bozulma riskinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Artan iş yükü, daha kötü çalışma koşulları, daha uzun ve esnek çalışma saatleri, iş tanımlarının olmayışı, ölümlü ve yaralanmalı iş kazalarını da beraberinde getirmektedir. Taşeron çalışma, aynı zamanda sağlık çalışanları açısından iş verimliliğinde düşme, uyum sağlayamama, iritabilite, yorgunluk, sürekli endişeli olma (anksiyete), baş ağrısı, uyku bozukluğu, kardiyovasküler ve sindirim sistemi hastalıkları gibi sorunlarda da artışa yol açtığı belirtilmektedir (Tüzün, 2008; akt.İzgi ve Türkmen, 2012).

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan açıklamalarda dış kaynaktan hizmet satın almanın yani taşeronlaşmanın, yarattığı rekabet sonucunda işin daha az maliyetle daha kaliteli yapıldığı, maliyeti düşük olduğu için sürekliliğini sağladığı ve sağlık kuruluşlarının finansal risklerini azalttığı belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan rakamlara göre, Bakanlık bünyesinde 118 bin sağlık çalışanı yapılan ihaleler sonucunda taşeron şirketler aracılığı ile çalıştırılmaktadır. Üniversite hastaneleri de eklendiğinde kamu sağlık kurumlarında çalışan taşeron sağlık işçisi sayısının 150 bini bulduğu belirtilmektedir (Uğur, 2012; akt.İzgi ve Türkmen, 2012).

V. SAĞLIKTA TAŞERONLAŞMANIN İSG'YE ETKİSİ, ALANDAN İZLENİMLER: ORDU İLİ ÖRNEĞİ

Sağlıkta dönüşümün en önemli konularından biri şüphesiz taşeron-

laşmanın sağlık alanında yaygınlaşmasını sağlamaktır. Bu, devletin sağlık hizmeti üretiminde payını azaltması anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, kamunun sağladığı sağlık hizmetlerinin yerine özel sektörün teşvik edilmesi ve özel sektöre kaynak transferi yapılması söz konusuyken; kamuda çalışan yetişmiş personel de, özel sektöre doğru ve güvencesiz bir konuma itilmektedir. Gerek merkez ve gerekse çevre ülkelerde sağlık alandaki taşeron uygulamaları, ağırlıklı olarak temizlik ve güvenlik elemanı alımıyla başlamıştır. Daha sonra 'yardımcı sağlık elemanları' taşeronlaşma yoluyla hastanelerde göreve başlatılmış ve bu süreç doktor düzeyindeki sağlık personeline kadar uzamıştır (Yücesan-Özdemir, 2010).

Ordu ilinde araştırma yapılan devlet hastanesinde 1 yardımcı sağlık elemanında (sağlık teknikeri) taşeronlaşma yaşandığı görülmüştür. Onun dışında hemşire veya doktor düzeyinde sağlık personeline taşeronlaşma yaşanmamıştır.

Araştırmada kullanılan toplam çalışan taşeron sayısı hastane baştabiliğine "alt işverene bağlı çalışan işçi sayısının tarafımıza bildirilmesi" talebiyle yazılan dilekçeye kurumun 31.12.2014 tarihinde verdiği cevapta yer alan tablodaki işçi sayısıdır. Buna göre araştırma yapılan hastanede 80 temizlik, 4 teknik onarım bakım, 15 yemek, 35 V.H.K.İ, 3 hasta ve ziyaretçi yönlendirme, 2 hastane bilgi yönetim sistemleri, 16 koruma güvenlik olmak üzere, toplamda 155 taşerona bağlı işçi bulunmaktadır.¹ Araştırmada işçilerin

işlerinin yoğunluğu nedeniyle hastane tarafından sınırlı sayıda personel ile görüşülmesine izin verilmiştir. Bu nedenle araştırma yapılacak işçilerin farklı meslek gruplarından olmasına özen gösterilmekle birlikte, en çok iş kazası yaşama riski temizlik işçilerinde olduğu için temizlik departmanından daha fazla işçi ile görüşülmüştür.

Araştırma kapsamında 7 erkek, 8 kadın taşeron işçi ile görüşülmüştür. Erkek işçilerin yaşları 27-34 arasında değişmektedir. Görüşülen erkek taşeron işçilerden biri güvenlik amiri, diğerleri ise temizlik personeli olarak görev almaktadırlar. Erkek işçilerin eğitim durumları incelenecek olursa, temizlik personeli olarak çalışanlardan 4'ü ortaokul, 2'i lise mezunu, güvenlik amiri olarak çalışanın da açık öğretimden üniversite okuduğu görülmektedir. Erkeklerin araştırma yapılan hastanede farklı taşeronlara bağlı olarak toplam çalışma süreleri 4 yıl ile 10 yıl arasında değişmektedir. Kadın işçilerin yaşları ise, 21-33 arasında değişmektedir. Görüşülen kadın işçilerin biri sağlık teknikeri, ikisi sekreter, diğerleri ise temizlik personelidir. Kadın işçilerden sağlık teknikeri olarak çalışan kişi önlisans mezunu, sekreter olarak çalışan kişiler lise mezunu, temizlik personeli olarak çalışanlar ise ilkökul mezunudur. Kadınların hastanede çalıştıkları süreler incelendiğinde, yine farklı taşeronlara bağlı olarak, 8 ay ile 6 yıl arasında değiştiği görülmektedir.

Sağlık alanındaki taşeron işçilerin bizzat taşeron işçisi olmaktan kaynaklanan başlıca sorunları, araştırma kapsamında incelenen hastanede ça-

1- Hastanede taşerona bağlı olarak çalışan sağlık teknisyeni Baştabiliğin göndermiş olduğu taşeron işçi sayısı tablosunda yer almamaktadır.

lışan taşeron işçiler tarafından da yaşanmaktadır. Taşeron şirket elemanlarına "kadrolu personelle aranızda bir fark olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusu yöneltildiğinde, hepsinin cevabının "tabi ki" olduğu görülmüştür. Taşeron şirket elemanlarının verdiği cevaplardan yola çıkılarak, kadrolu işçilerle taşeron işçiler arasında uçurum kadar fark olduğu, kadrolu personelin taşeron işçilere kendi işi dışında iş buyurdıkları, taşeron işçi yapmak istemediğinde sorumluya şikayet edildiği ve daha sonradan sözünü dinlemediği için daha fazla iş buyurduğu, taşeron işçilerin alt kademe olarak görüldüğü, yemekhanelerinin bile ayrı olduğu, maaşlarında da net bir farklılığın olduğu gözlenmiştir. Buradan yola çıkılarak, kadrolu personel tarafından özellikle taşeron temizlik işçileri üzerinde psikolojik şiddet uygulandığı söylenebilir.

Sağlık sektöründe çalışan temizlik işçileri diğer sektörlerde çalışan temizlik işçilerinin yaşadığı çoklu ergonomik ve kimyasal kaynaklı iş kazaları risklerine ilaveten, sağlık sektörüne özgü, tıbbi atıkları temizleme sırasında hayati tehlikesi olan etken maddelerle karşılaşma, diğer sektörlerde kullanılan farklı olarak daha güçlü ve farklı bileşenden oluşan temizlik malzemeleriyle çalışmaktan kaynaklı hastalık riskleri ile de karşı karşıya kalmaktadırlar (İzgi ve Türkmen, 2012).

Özellikle temizlik personeli açısından hastanede en çok karşılaşılan iş kazası iğne batmasıdır. Araştırma yapılan hastanede çalışan taşeron temizlik personeli de bu iş kazasını

yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastane tarafından "iğne batması" kazası geçiren bütün personele derhal gerekli tedavinin yapıldığı tespit edilmiştir. Ayrıca, iğne batmasının yanında hastaların kanlarından vs geçmesi muhtemel enfeksiyon, bulaşıcı hastalıklar konusunda da gerekli eğitim verilmesi, önlem alınmamasına karşılık, böyle bir durumla karşılaşıldığında da yine gerekli tedavinin hastane tarafından yapıldığı çalışanların söylemlerinden tespit edilmiştir. Oysa, işverenler, işçilerin toplu olarak sağlığını ve güvenliğini sağlayacak teknik önlemler ve çalışma yöntemleri kullanmakla, eğer alınan kontrol önlemleri tehlikeleri ortadan kaldırmaz ise de, kişisel koruyucu donanımları temin edip kullanılmasını sağlamakla yükümlüdür (Taşyürek, 2007). Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Esas ve Usulleri Hakkında Yönetmeliğin işverenin yükümlülüklerini düzenleyen 5.maddesinin 3. fıkrasında, "4857 sayılı İş Kanunu'nun 2.maddesinin 7.fıkrasında belirtilen asıl işveren-alt işveren ilişkisi kurulan işyerlerinde, alt işverenin çalışanlarının eğitimlerinden, asıl işveren alt işverenle birlikte sorumludur." düzenlemesine yer verilmiştir. Buna göre, araştırma yapılan asıl işveren konumundaki hastanenin, iş kazasını eğitim ve önlemlerle engellemesini sağlamakla yükümlü olmasına karşın iş kazası olduktan sonra tedavi edici yöntemler uygulaması yasal yükümlülüğünü yerine getirmediğini göstermektedir.

Araştırma yapılan hastanede temizlik personeli olarak çalışan işçiler taşeron firmanın gönderdiği ucuz

ve kalitesiz deterjanlar nedeniyle ciltlerinin zarar gördüğünü belirtmektedirler. Bu durumu asıl işveren konumundaki hastane yönetimine bildirmelerine rağmen herhangi bir değişim olmadığını, aynı malzemelerle temizlik yapmaya devam ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, temizlik personeli olarak kullanmaları gereken koruyucu malzemelerin (eldiven, maske vb. gibi) taşeron firma tarafından temin edilmediği, sorumlu izin verdiği takdirde hastanenin malzemelerinden kullandıkları görülmektedir. Burada da hastane asıl işveren durumunda olduğu için, müteselsil sorumluluk gereği alt işverenin sorumluluğunu aynı derecede taşımaktadır. Yani, eğer, taşeron firma, işçilerinin kullanması gereken koruyucu malzemeyi temin etmiyorsa, müteselsil sorumlu olan hastane bu malzemeleri temin etmekle yükümlüdür. Ancak araştırma yapılan hastanedeki işçiler, sorumlunun hastane malzemelerini kullanmalarına izin verdiği sürece kullanabildiklerini, yoksa hiçbir koruyucu olmadan çalışmaya devam ettiklerini belirtmişlerdir.

Alamgir'in yapmış olduğu araştırmada, sağlık sektöründe çalışan temizlik işçilerinin mesleki yaralanmalarının yıllık insidans hızının 100 kişide yılda 32.1 iken, diğer sağlık çalışanlarında 13.0 olarak bulunmuştur (Tüzün, 2008; akt. İzgi ve Türkmen, 2012). Taşeron sağlık çalışanlarının enfeksiyon hastalıklarına yakalanma risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmekte ve bunun nedenleri olarak da bu işçilerin eğitim seviyesinin düşük olması, riskli işlerin yaptırılması, yo-

ğun çalışma temposu, sağlık hizmetlerine ilişkin genel bilgilerinin eksik olması, düzensiz işe giriş muayenesi, uyum eğitimi verilmemesi sayılmaktadır (Ergönül, 2008; akt. İzgi ve Türkmen, 2012).

Taşeron işçilere ne işe girmeden önce ne de işe girdikten sonra sağlık sektöründe çalışmanın getirdiği riskler hakkında taşeron işveren tarafından bir bilgilendirme, eğitim yapılmadığı görülmüştür. Hatta çoğu işçi taşeron işvereni tanımamaktadır. İşçilerden biri, "biz hastanedekileri biliriz, esas patronumuz kim bilmeyiz. Yeni formlar geldi mi, onlar ki, taşeron değişmiş" diyerek durumu açıklamıştır.

Sağlık sektörü içerisinde yardımcı sağlık hizmetlerinde yaşanan taşeronlaşmanın ve özelleştirmenin doğası gereği iş yükünün artması hayati tehlikeler meydana getirmektedir. Özel sektör işletmecilik mantığı olan "az işçi çok iş" uygulaması sonucunda, özellikle radyasyona maruz kalan sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin artması, radyasyona daha fazla maruz kalmalarına ve radyasyondan kaynaklanan meslek hastalıklarına yakalanma risklerinin artmasına neden olmaktadır. İyonize radyasyonun başta kan kanseri (lösemi), kemik, akciğer, tiroit ve meme kanserleri, kısırlık (sterilite), gelecek nesillerde sakatlıklar (mutasyon), büyüme ve gelişme geriliği, körlük ve radyasyon çalışanlarının doğal yaşam sürelerinde kısalma gibi birçok ciddi zarara neden olduğu bilinmektedir (TÜMRAD-DER, 2010).

Tüm radyoloji teknisyenleri ve teknikerleri derneği (TÜMRAD-DER)'in

22 ilde 707 teknisyen ile yapmış olduğu araştırmaya göre, koruyucu ekipman bağlamında düşünülmesi gereken kurşun önlüklerin kullanım oranı %19'dur. Bunun sebebi olarak kurşun önlüklerin yetersiz olması ile birlikte, radyoloji teknisyenlerinin de kullanma konusunda yeterince hassas davranmamaları belirtilmiştir. Araştırmada diğer bir koruyucu ekipman olan tiroid ve ganod koruyucu aparatlarının da %84'lük oranla olmadığı saptanmıştır (TÜMRAD-DER, 2007). İncelenen hastanede de işçi sağlığı ve güvenliği açısından yeterli önlemlerin alınmadığı ve gerekli kişisel koruyucuların kullanımı konusunda bir denetimin yapılmadığı tespit edilmiştir. Hastanede sağlık teknikeri olarak çalışan işçi A. bu konuda şunları söylemiştir:

"Sağlık teknikeri olarak tomografi bölümünde çalışıyorum. Çalıştığım benim radyasyon bulunan bir yer. Ancak bana henüz bu konuda ne taşeron ne de hastane tarafından bir eğitim, bilgilendirme yapılmadı. Lise ve önlisansta gördüğüm bilgilerimle kendimi korumaya çalışıyorum. Normalde benim olduğum bölüm ile tomografinin çekildiği bölüm arasındaki kapının, duvarın radyasyon geçirmemesi için kurşundan olması gerekli, ancak öyle değil. Benim de kurşundan yeleğim, boyunluğum koruyucu ekipmanım var ama çok ağır onları giydiğimde hareket edemiyorum, o yüzden de kullanmıyorum. Kimse de kullanman gerekiyor demiyor. Denetim yok, yani kullanırsan kullan, kullanmazsan kullanma. Biz oraya koyduk denetim olursa 'var mı?' var der geçeriz deniyor."

Araştırma kapsamında incelenen hastanede çalışan temizlik işçileri de tıpkı diğer örneklerinde olduğu gibi (Gün, 2013) temizlik işçisi olarak alındıkları bu işte yıllardır, özellikle yoğun bakım servisinde hasta bakıcıların yapması gereken işleri, hastaların kişisel bakımları, oksijen tüpü değiştirip ambulanstan hasta taşıma gibi görevleri yapmaktadırlar. Oysa, 13 Ocak 1983 tarih 17927 sayılı Mükerrer Resmî Gazetede yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 135. Maddesinde, "hastane hizmetlileri, hastanenin temizliği, hastaların laboratuvar vesair yerlere götürülüp getirilmesiyle ilgili her türlü hizmetleri yapan yardımcı hizmetler sınıfı personelidir" diye tanımlanmakta ve "bizzat hasta bakımı ve hemşirelik hizmetleriyle ilgili olmamak üzere tabip, çalıştığı servis veya laboratuvarların hemşire, ebe ve tıbbi teknisyenleri tarafından verilen emir ve görevleri yerine getirirler" diye de iş tanımları yapılmaktadır. Ancak uygulamada bu yönetmelik maddesinin geçersiz olduğu görülmektedir. Bu duruma örnek olarak, araştırma yapılan hastanenin yoğun bakım bölümünde temizlik personeli olarak çalışan işçi B, sorumlu hemşirenin kendisine, hastanın altını temizlemek istemesi üzerine hemşireye, "Bu benim işim değil. Hasta yere istifa etsin ya da tuvaletini yapsın temizleyim ama onun dışında onun altını temizlemek benim işim değil" dediğinde hemşire, "Bu senin işin. Benim dediğimi yapmak zorundasın, eğer yapmazsan hakkında tutanak tutarım, işverene şikayet ederim." gibi

tehditlerde bulunduğunu, kendisinin de bu nedenle işi olmasa dahi söylenen herşeyi yapmak zorunda kaldığını belirtmiştir. Uygulanan psikolojik şiddetin boyutları burada daha iyi gözlemlenebilmektedir. Çünkü, işçiler yaşadıkları bölge koşullarında daha iyi bir iş bulamayacakları için, her denileni yapmak, şikayet etmemek durumunda kalmaktadırlar. Çünkü bunları yaptıklarında işçilere, işten çıkarılacaklarını tazminat vs haklarının da verilmeyeceği söylenmektedir. Gün'ün de belirttiği gibi, işçilere ölüm gösterilip sıtmaya razı edilmektedir.

Hastanede çalışan erkek temizlik personeli, kendi işleri dışında hastanenin yük taşıma işlerinin de kendilerine yaptırıldığı, bu ağır yükleri taşımaktan bazılarının bel fitiği olduğu, bazılarının sırt ağrısı yaşadığı, ancak bu rahatsızlıklarından dolayı hastane tarafından herhangi bir tedavide bulunulmadığını belirtmişlerdir. Yani, işçiler aslında en çok iş tanımlarının olmamasından, herkesin onlara istediği işi buyurabilmesinden yana şikayet etmektedirler.

Hastanede görüşülen tıbbi sekreterlerin işçi sağlığı ve iş güvenliği kapsamında, sürekli olarak bilgisayar başında olmalarından dolayı göz rahatsızlıkları yaşadıkları, bel ve sırt ağrısı çektikleri, ancak bunların hiçbirinin meslek hastalıkları kapsamında değerlendirilmediği saptanmıştır.

Hastanede görüşülen işçilerin hiçbirisi bir sendika üyeliklerinin olmadığını belirtmişlerdir. İşçiler, hastane yönetiminin sendikalılığa hoş bakmayacağını bu nedenle de isteseler dahi işlerini kaybetmemek adına sendikalı

olamayacaklarını söylemişlerdir. Buradan da anlaşılacağı gibi, taşeronluk sistemi işçileri örgütsüzleştirmektedir. Bu da zaten kadrolu/sürekli çalışan işçilere göre daha kötü çalışma şartlarına sahip olan taşeron işçilerinin hak arayışında bulunamamalarını ve sistemin onlara uygun gördüğü şartlarda çalışmaya mecbur kaldıklarını göstermektedir.

SONUÇ

Neoliberal politikaların etkisiyle kamu sektörünün taşeronlaşmasıyla birlikte, en büyük ve yıkıcı etki yukarıda açıklanmaya çalışıldığı üzere, kamu sağlık sektöründe yaşanmıştır. Neoliberal politikaların ülkemizdeki uygulamalarından, sağlık reformu olarak sunulan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" ile sağlık sektörü çalışanları, çalışma şartları açısından önemli değişimler yaşamışlardır. Bu uygulamalar sonucunda kamu sağlık sektöründe iş güvencesi olmayan esnek istihdam modelleri ortaya çıkmıştır.

Taşeronlaşma ve taşeron çalışmayla birlikte sağlık çalışanlarının, diğer bütün sektörlerde çalışan taşeron işçiler gibi, düşük ücret, ağır çalışma koşulları, güvencesizlik, işçi sağlığı ve iş güvenliği hususlarında büyük problemler yaşadığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde yoğunlaşan taşeronlaşma yarattığı sonuçlar itibarıyla hem taşeron sağlık işçisinin hem de buna bağlı olarak işçinin vermiş olduğu hizmeti olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuzlukları gidebilmek için işçileri iş ortamlarının getirebileceği sağlık riskleri hakkında bilgilendirmek ve düzenli eğitim-

ler vermek gereklidir. Aynı zamanda iş ortamında meydana gelebilecek zararların önlenmesi için kişisel koruyucu donanımının yetersizliğinin giderilmesi, her türlü önlemin alınması gereklidir. Ayrıca, her türlü önleme rağmen iş kazası geçiren işçinin de sağlık kontrollerinin yapılması gerekir.

Sağlık hizmetleri emek yoğun hizmetlerdir. Bu nedenlerle de yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen bulgulara göre, sağlık çalışanları, işne yaralanmaları, bulaşıcı hastalıklar, bel ve sırt sorunları, lateks alerjisi, şiddet ve stres gibi birçok sağlık sorunuyla karşılaşmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin güvenli, kaliteli ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için, öncelikle sağlık işçilerinin sağlığına önem verilmelidir. Çünkü, kaliteli bir sağlık

hizmetinin sunulması, sağlık çalışanının sağlığına, kapasitesine ve performansına bağlıdır.

Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamında çalışmak herkesin hakkıdır. Ancak, neoliberal politikalar sonrasında taşeron çalışanlar kamusal alanda kamusal bir hizmet vermelelerine rağmen, düşük ücretle, iş güvencesinden, örgütlenme ve sendikal haklardan yoksun olarak çalışmaktadırlar. Bu da, emek gücünü kullanan bireyin sömürüsünün, sağlık sektöründe sağlıksızlık koşullarının oluşmasına sebep olmaktadır. İşçilere zorunlu olarak kabul ettirilen taşeronlaşmanın ortadan kaldırılması gerektiği, toplumdaki herkesin sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamına sahip olabilmesi için çalışılmalıdır (İzgi ve Türkmen, 2012).

KAYNAKÇA

- Aka, A., S. Kablay ve M.C. Demir. (2012). *Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları. 1. Basım*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Başol, E. ve A. Işık. (2015). Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *IAAOJ Social Science*, 2 (2), 1-26.
- Belek, İ. (1999). Üretim Sürecinin Örgütlenmesindeki Değişimlerin Sağlığa Yansımaları. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi*, 74-76.
- Çerkezoğlu, A. Açılış Konuşması. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi*. 12-14. ÇSGB. (2013). <http://www.cs.gb.gov.tr/cs.gbPortal/cs.gb.portal?page=haber&id=basin491>, [10/11/2013].
- Ekin, A., A. Yanık ve M. Kıyak. (2012). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dışardan Satın Alınan Hizmetlerin Ekonomik Değerlendirmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15 (1), 1-23.
- Elbek, O. ve E.B. Adaş. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), 33-44.
- Etiler, N. (2014). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek gücü Üzerindeki Etkileri. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 4, 2-11.
- Gün, S. (2013). Taşeronlaşma ve Taşeron Uygulamaları Bağlamında 'Hukukun Üstünlüğü' İdeali Üzerine Bir İnceleme. *Tunceli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2), 57-72.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 60 (1), 323-365.
- Harmanca- Seren, A. K. ve A. Yıldırım. (2013). Özelleştirme: Sağlıkta Özelleştirme ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (1), 123-131.
- Harmanca Seren, A.K ve A. Yıldırım. (2013). Özelleştirme: Sağlıkta Özelleştirme ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (1), 123-131.
- İltan, M.Ö. (2008). Esnek İstihdam Koşullarında Eğitim- İstihdam İlişkinin Çözümlemesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- İzgi, M.C. Ve H. Öztürk Türkmen. (2012). Akdeniz Üniversitesi'nde Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Durum Tespiti. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10 (3), 160-173.
- Kablay, S. (2002). Sağlık Bakanlığının Hastaneleri Özerkleştirme Politikasına Eleştirel Bir Bakış. *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 3 (11-12), 36-41.
- Kablay, S. (2009). Yeni Görüntüleme Teknolojilerinin Bunlarla Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Ankara İli Örneği. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ÇEEİ Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Kablay, S. (2014). Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 16 (4), 85-110.
- Kavuncubaşı, Ş. (2010). Kamudan Özele Hastanelerde Dışarıdan Hizmet Alımı. *Hospital News*, 73, 7-19.
- Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (3), 192-199.
- Güler Müftüoğlu, B. Ve B. Taniş. (2010). 21. Yüzyılda Zonguldak Maden İşletmelerinde Çalışma Hayatı: Bir Kesit- Tek Gerçek. *Çalışma ve Toplum*, 2, 185- 216.
- Oğan, H. (2013). Açılış Konuşması. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi*. 10-11.
- Öngel, F.S. (2014). Türkiye'de Taşeronlaşmanın Boyutları. *DISK-AR*, 6, 39-51.
- Özkal-Sayan, İ. Ve A. Küçük. (2012). Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67 (1), 171-203.
- Pala, K. (2007). Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?
- Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu. (2014). *Sağlık Çalışanları İçin İşçi Sağlığı ve Güvenliği*.
- Soyer, A. (2011). "Sağlıkta Dönüşüm" ve Kamu Sağlık Çalışanları. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi*. 70-74.
- Soyer, A. (2003). 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis*, 9 (kış-bahar), 301-319.
- Taşkuran, G. (2011). Taşeron İşçilerde Örgütlenme Sorunları: Sağlık İşçileri Üzerine Bir Araştırma. III. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu Kocaeli-Poster Bildiri.1-17.
- Taşyürek M. (2007). Kişisel koruyucu donanımlar. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 29 (Ocak-Mart), 18-26.

- TBMM. (2013). Bursa Milletvekili İsmet Büyükataman'ın 7/20489 esas numaralı soru önermesine verilen cevap. www.tbmm.gov.tr. Erişim Tarihi 22.11.2015.
- Tokol, A. (2000). Küreselleşme ve Endüstri İlişkileri. Ed. Veysel BOZKURT, Küreselleşmenin İnsani Yüzü, Alfa Yayınları, 131 – 53.
- Tüm Radyoloji Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği (TÜMRAD-DER). (2007). Radyoloji Çalışanlarının Çalışma Koşullarını Değerlendirme Anketi Analizi. www.tumrad.net/FileUpload/ds58732/File/anket2007.doc, Erişim Tarihi 22.11.2015.
- Urhan, B. Ve N. Etiler. (2011). Sağlık Sektöründe Kadın Emeginin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi. *Çalışma ve Toplum*, 2. 191-216.
- Uyanık, Y. (2008). Neo-liberal Küreselleşme Sürecinde İşgücü Piyasaları. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,10(2), 209-224.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17927_1.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17927_1.pdf. Erişim Tarihi 22.11.2015.
- Yavuz, C. I. (2011). Kamu Hastane Birliği ve Kamu Özel Ortaklığı Emekçilere Nasıl Yansiyacak. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi*, 48-56.
- Yıldırım, H. H. (2013). Türkiye'de Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. *Sağlık-Sen Yayınları*, 21. 8-80.
- Zencir, M. (2006). Sağlıkta Dönüşüm: Sağlıkta Deformasyon.XII. *Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı*. 31-34.